

# **Faut il opérer les hernies inguinales non ou pauci symptomatiques ?**

**DESC Angers 2008**

# Introduction

- L'histoire naturelle de la hernie inguinale reste peu connue.
- Incidence : 3 pour 1000 hernies/an
- 5% des hernies opérées en 2001 sont étranglées
- Actuellement, l'indication opératoire repose sur la prévention du risque d'étranglement.

Verhaegue P. Chirurgie des hernies inguinales de l'adulte. Monographie AFC 2001

\*Gallegos NC. Risk of strangulation in groin hernias. BJS 1991

Berger P. Résultats de l'examen de 10000 observations de hernies. IX<sup>e</sup> Congrès Français de Chirurgie. 1896

# Watchful Waiting vs Repair of Inguinal Hernia in Minimally Symptomatic Men

A Randomized Clinical Trial

Robert J. Fitzgibbons, Jr, MD

Anita Giobbie-Hurder, MS

James O. Gibbs, PhD

JAMA, January 18, 2006—Vol 295, No. 3

## But de l'étude

- Comparer les résultats d'un traitement chirurgical (Lichtenstein) versus surveillance en cas de hernie inguinale non ou paucisymptomatique

# Matériel & Méthodes


- Etude randomisée
- 5 centres nord-américains
- Critères d'inclusion
  - Sujet > 18 ans
  - Non ou peu symptomatique (absence de douleur, pas de limitation des activités, réductibilité)
- Critères d'exclusion
  - Hernie indétectable
  - Infection en cours
  - ASA supérieur à 3
  - Participation à d'autres essais

# Matériel & Méthodes

- 3074 patients examinés entre Janvier 1999 et Décembre 2004
- 2350 patients exclus
- 724 patients randomisés
  - Groupe Chirurgie : 358 patients
  - Groupe Surveillance : 366 patients

# Matériel & Méthodes

## ■ Suivi du groupe Surveillance

- Examen clinique et questionnaire SF-36
- À M0 puis M6 puis annuellement
- Instructions 

## ■ Suivi du groupe Chirurgie

- Examen clinique et questionnaire SF-36
- Consultation post opératoire à 2 semaines +/- M3
- Puis M6 et annuellement

**Table 1.** Home Instructions for Patients Who Do Not Have an Operation for Their Hernia

### Activity

1. No specific restrictions. Stop doing an activity such as lifting, pushing, or pulling only if it causes pain.
2. Do not limit your normal activities such as walking, cooking, housework, and hobbies.
3. Do not limit sports or exercises unless they are painful to do. You should notify your doctor if you have pain while exercising.
4. You may climb stairs unless it is painful. You should notify your doctor if you have pain when climbing stairs.

### Diet

1. Eat normally. Do not avoid your usual foods.
2. If your appetite is poor, eat small meals more often.
3. Be careful when drinking alcohol and use only moderate amounts.

### Pain

1. If you have pain in your abdomen (stomach) or in the hernia, do not take pain medicines, including aspirin or acetaminophen, unless your doctor has prescribed them. If pain increases or if a new type of pain occurs, call your doctor before taking more medicines.

### Constipation

1. You can usually prevent constipation by eating a high-fiber diet and drinking at least eight glasses of water a day. Take a stool softener such as Citrocel or Metamucil if your doctor prescribes it. You will find recommendations for a high-fiber diet at the end of these instructions.
2. If you follow these recommendations and are still constipated, you may take Milk of Magnesia according to the instructions on the bottle.

### Sexual activity

1. You do not need to limit your normal sexual activity.

### Warning signs

1. Pain or tenderness over the hernia
2. Pain in the stomach
3. Problems with passing urine or with constipation
4. Enlargement of the hernia
5. Problems with reducing the hernia (getting it back in)

Remember to call your doctor immediately if your hernia suddenly becomes painful or hard to the touch, or if you begin to have stomach cramps or vomiting.

# Matériel & Méthodes

- Questionnaire SF-36
  - Questionnaire de santé et de qualité de vie
- Principaux critères d'évaluation
  - Douleur et limitation de l'activité physique
  - Complications dans le groupe Chirurgie
- Critères d'évaluation secondaires
  - Etat général
  - Niveaux d'activité
  - Satisfaction

# Résultats

- Groupes comparables en âge, origine raciale, niveau d'éducation, couverture sociale, caractéristique des hernies (NYHUS), score ASA
- Sauf BMI : significativement supérieur pour le groupe chirurgie

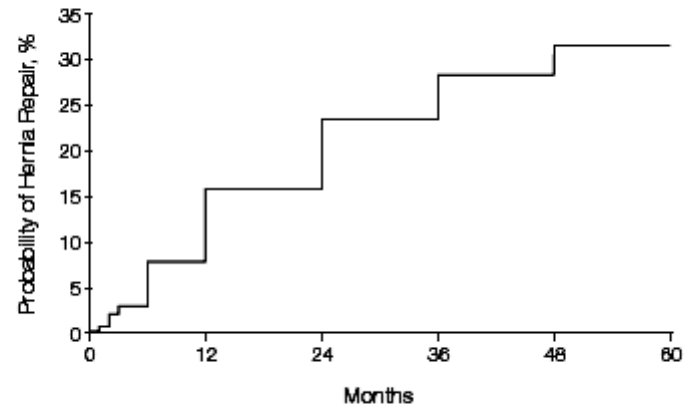
Characteristic	Tension-Free Repair (n = 356)	Watchful Waiting (n = 364)	P Value
Age, mean (SD), y	57.5 (13.9)	57.5 (14.1)	.99
Age group, y, No. (%)			
<40	42 (11.8)	41 (11.3)	
40-65	200 (56.2)	198 (54.4)	
>65	114 (32.0)	125 (34.3)	
Race, No. (%)			
White	311 (87.4)	311 (85.4)	.47
Black	17 (4.8)	16 (4.4)	
Asian	3 (0.8)	3 (0.8)	
Multiracial	12 (3.4)	23 (6.3)	
No response	13 (3.7)	11 (3.0)	
Education, mean (SD), y	13.9 (2.7)	14.2 (2.7)	.09
Private health insurance, No. (%)	279 (78.3)	285 (78.3)	.99
Employment, No. (%)			
Employed	221 (62.0)	213 (58.5)	.61
Disabled/unemployed	18 (5.1)	22 (6.0)	
Retired	117 (32.9)	129 (35.5)	

Characteristic	Tension-Free Repair (n = 356)	Watchful Waiting (n = 364)	P Value
BMI, mean (SD)*	26.8 (3.8)	25.8 (3.4)	.004
Coexisting conditions, No. (%)			
CHF	2 (0.6)	1 (0.3)	.62
Prior MI	1 (0.3)	1 (0.3)	.99
Hypertension	95 (26.8)	102 (28.0)	.74
COPD	5 (1.4)	2 (0.5)	.28
Chronic cough	11 (3.1)	15 (4.1)	.55
Prostatism	35 (9.9)	42 (11.5)	.47
Diabetes	17 (4.8)	16 (4.4)	.86
Cigarette smoker	67 (18.9)	65 (17.9)	.77
Alcohol consumption >2 drinks/d	38 (10.7)	48 (13.2)	.30
ASA health status class			
1	227 (63.9)	246 (67.6)	.43
2	113 (31.8)	100 (27.5)	
3	15 (4.2)	18 (4.9)	
Surgical Pain Scale score, mean (SD)†			
At rest	8.2 (13.1)	8.2 (15.6)	.99
Normal activities	10.3 (14.9)	10.4 (14.9)	.93
Work/exercise	17.1 (24.6)	14.6 (20.7)	.20
Pain unpleasantness	12.9 (19.5)	10.9 (17.9)	.15
PCS score, mean (SD)‡	52.2 (7.9)	51.5 (7.7)	.29
AAS score, mean (SD)			
Sedentary	94.3 (9.6)	95.7 (8.0)	.03
Ambulatory	95.5 (9.8)	97.1 (8.0)	.02
Work/exercise	92.1 (12.8)	93.3 (11.9)	.28
Total	95.2 (8.4)	96.5 (6.7)	.04
Hernia characteristics, No. (%)			
Unilateral	308 (86.5)	311 (85.4)	.75
Bilateral	48 (13.5)	53 (14.6)	
Primary	322 (90.4)	321 (88.2)	.34
Recurrent	34 (9.6)	43 (11.8)	
Duration of hernia, No. (%)			
<6 wk	56 (15.8)	55 (15.1)	.73
≥6 wk	256 (71.8)	267 (73.4)	
Do not know	44 (12.4)	42 (11.5)	
Hernia enlarged in past 6 weeks, No. (%)	34 (9.6)	58 (15.4)	.04
Hernia reducibility, No. (%)			
Spontaneously	232 (65.1)	235 (64.5)	.17
Easily	108 (30.4)	120 (33.1)	
With difficulty	15 (4.2)	6 (1.7)	
Not reducible	1 (0.3)	3 (0.8)	
Hernia findings, No. (%)			
Palpable on impulse	151 (42.5)	142 (39.1)	.57
Visible when standing	184 (51.6)	202 (55.4)	
Extends into scrotum	21 (5.9)	20 (5.6)	

# Résultats – Groupe Surveillance

- 366 patients
- 82 patients (23%) ont été opérés à 2 ans
  - 73 pour une gêne (20%)
  - 1 engouement herniaire (0,27%)
  - 3 à la demande
  - 8 non précisés
- À 4 ans, 34% des surveillés avaient été opérés

**Figure 4.** Probability of Crossover From Watchful Waiting to Surgery



No. at Risk 364 307 224 110 33

# Résultats – Groupe Chirurgie

- 358 patients
- 62 patients (17%) n'ont pas été opérés
  - 26 ont refusé l'intervention
  - 4 contre-indications à la chirurgie
  - 32 non précisés
- 85 complications (23%)  
dont trois pronostic vital engagé sans décès
- A deux ans
  - 3,4% douleur de l'aîne
  - 1,7% récives (3 Chirurgie, 2 Cross Over)

# Résultats

- Des douleurs gênant l'activité courante étaient signalées dans les deux groupes. Plus fréquentes, chez les patients surveillés : 5,1% VS 2,2% NS.
- Niveau d'activité meilleur chez les patients opérés
- Les patients cross-over présente une amélioration significative de la perception de la douleur vs groupe chirurgie préventive
- Il n'y a pas plus de complications post-opératoires que ce soit pour la chirurgie prophylactique ou la chirurgie de nécessité

# Conclusions

- L'étranglement herniaire reste un évènement rare (0,0018 patient-année)
- Les auteurs concluent que la surveillance est une option acceptable pour les patients non ou pauci symptomatique.
- Les patients qui développent les symptômes n'ont pas plus de risque opératoire que les patients ayant bénéficié d'une chirurgie prophylactique.

# Conclusions

- Cette attitude implique la possibilité d'avoir recours rapidement à un traitement chirurgical en cas de besoin
- Cependant une étude coût-efficacité, à partir de la même population, concluait que la chirurgie générait un surcoût

# Donc

## En faveur de la surveillance

- Risque d'étranglement faible
- Rendre symptomatique un patient non symptomatique
- Pas de complications surajoutées
- Coût moindre

## En faveur de la chirurgie prophylactique

- Meilleur résultat QALY
- 23% des patients surveillés opérés à 2 ans, 34% à 4 ans

# Résumé

## Groupe Surveillance

- 366 patients
- 82 patients (23%) ont été opérés à 2 ans
  - 73 pour une gêne
  - 1 engouement herniaire
  - 3 à la demande
  - 8 non précisés
- À 4 ans, 34% ont été opérés

## Groupe Chirurgie

- 358 patients
- 62 patients (17%) n'ont pas été opérés
  - 26 ont refusé l'intervention
  - 4 contre-indications à la chirurgie
  - 32 non précisés
- 85 complications (23%)
- A deux ans
  - 3,4% douleur de l'aine
  - 1,7% récives (3 Chirurgie, 2 Cross Over)