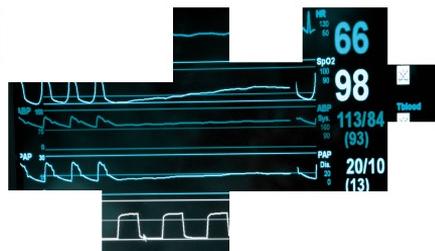
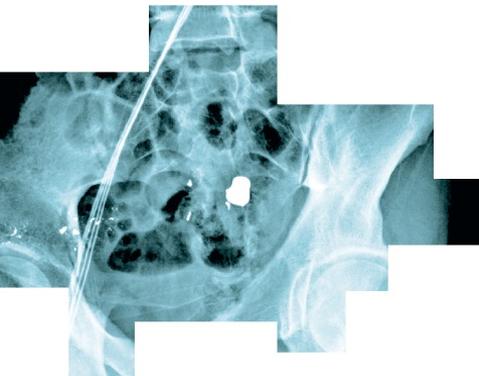




ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DE CHIRURGIE

18 AU 21 MAI 2023
Hilton Lac-Leamy, Gatineau

TRAUMA RECONSTRUCTION DE PAROI



Les meilleurs articles 2022- 2023

Farah Pérodin, MD
chirurgienne générale
CISSSO



DIVULGATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

TYPE D'AFFILIATION

Aucune

COMPAGNIES

PÉRIODE



1: Tamoxifen et néoplasies mammaires intra-épithéliales



Question 1:

- **Traitez-vous des patientes pour des pathologies mammaires?**

1- Oui

2- Non



Question 2:

- Offrez-vous une hormonothérapie en prévention de récurrence maligne chez vos patientes avec néoplasie mammaire non-invasive (HCA, CLIS, CCIS)?
 - 1- Oui, toujours
 - 2- Non, jamais
 - 3- Seulement pour les patientes avec CCIS
 - 4- C'est du cas par cas

Randomized Placebo Controlled Trial of Low-Dose Tamoxifen to Prevent Recurrence in Breast Noninvasive Neoplasia: A 10-Year Follow-Up of TAM-01 Study

Matteo Lazzeroni, MD¹; Matteo Puntoni, PhD²; Aliana Guerrieri-Gonzaga, MSc¹; Davide Serrano, MD¹; Luca Boni, MD³; Tania Buttiron Webber, RN⁴; Marianna Fava, PhD⁴; Irene M. Briata, MSc⁴; Livia Giordano, MD⁵; Maria Digennaro, MD⁶; Laura Cortesi, MD⁷; Fabio Falcini, MD^{8,9}; Patrizia Serra, PhD⁹; Franca Avino, MD¹⁰; Francesco Millo, MD¹¹; Katia Cagossi, MD¹²; Elisa Gallerani, MD¹³; Alessia De Simone, MD¹⁴; Anna Cariello, MD¹⁵; Giuseppe Aprile, MD¹⁶; Maria Renne, MD¹⁷; Bernardo Bonanni, MD¹; Andrea DeCensi, MD^{1,4,18}

Journal of Clinical Oncology®

EXCELLENCE INNOVATION COLLABORATION



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DE CHIRURGIE

L'étude

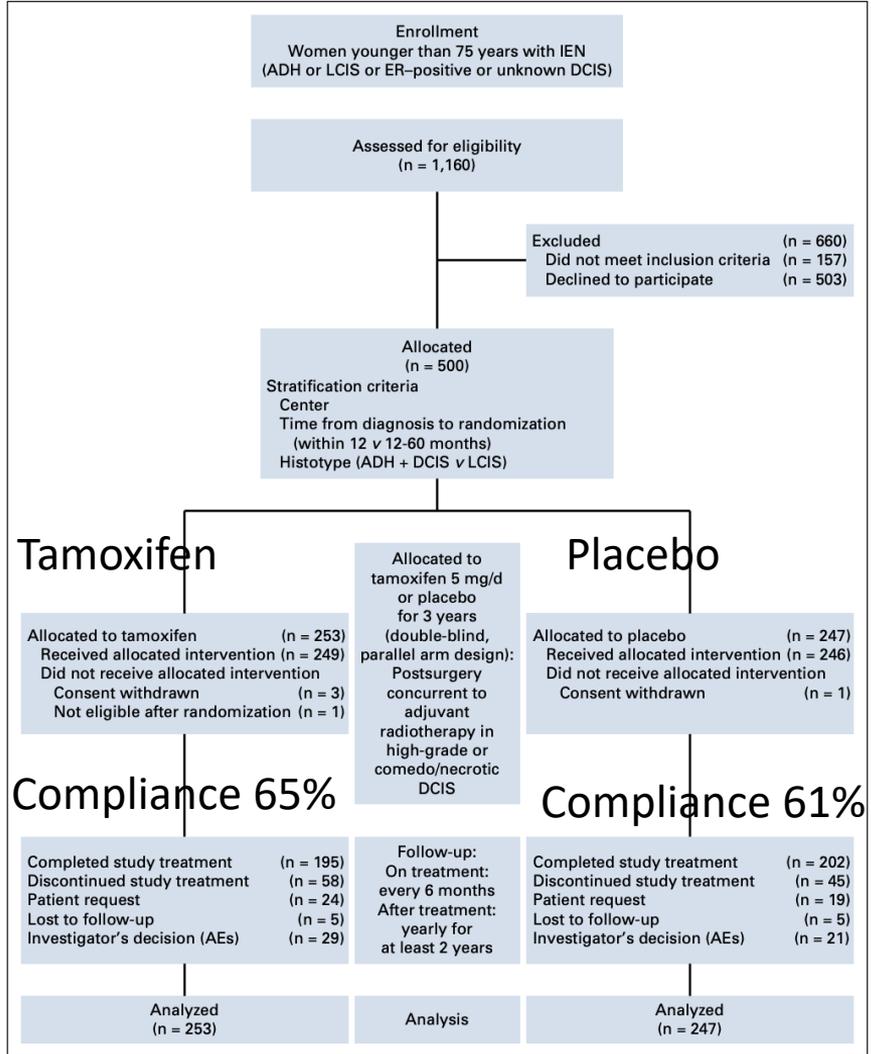
- **Présentation des résultats à 10 ans de l'étude TAM-01**
 - **ERC placebo vs tamoxifen 5 mg die x 3 ans pour patientes avec néoplasie mammaire intra-épithéliale présentée initialement en 2019**
 - **Réduction de 52% de récurrence sous forme de carcinome envahissant ou de DCIS**
 - **Pas d'effets aderses secondaires au tamoxifen**

Le contexte

- **Étude TAM-01 (ERC phase III)**
 - **Population: patientes post-exicision de NIE (CCIS, CLIS, HCA) randomisées avec prise de placebo vs tam 5 mg die x 3 ans**
 - **Issue primaire: incidence de néoplasie envahissante ou CCIS**
 - **Résultats: réduction de moitié de récurrences sous forme de cancer envahissant ou CCIS, sans événements adverses liés au tamoxifen (suivi médian de 5 ans)**
 - **Meilleur profil coûts-bénéfices que tamoxifen 20 mg die**

Conséquences de TAM01

- Recommandations de l'ASCO en 2019 d'offrir tamoxifen 5 mg die en prévention pour NIE non-invasives
- Recommandations de la USPSTF pour les patientes à haut risque de cancer du sein
- Recommandations du NCCN pour patientes post CCIS si 20 mg pas toléré ou accepté



Étude TAM01 initiale

ERC double aveugle

14 centres en Italie

Toutes les résections pour DCIS sont complètes

Issue primaire: incidence de carcinome envahissant ou CCIS

Issues secondaires: incidence de HCA, CLIS, second primaire, effets secondaires associés au tamoxifen (ETE, #, MCAS, polypes ou cancers de l'endomètres symptômes ménopausiques)

TABLE 1. Main Patient and Tumor Characteristics at Baseline (N = 500)

Characteristic	Tamoxifen (n = 253)	Placebo (n = 247)
Age, years, mean (SD)	54 (9.6)	54 (9.1)
Menopausal status, No. (%)		
Pre	110 (43)	99 (40)
Post	143 (57)	148 (60)
Age at menopause, years, mean (SD)	50 (4.6)	49 (5.8)
Body mass index, kg/m ² , mean (SD)	25.7 (4.8)	25.3 (4.2)
Waist to hip ratio, mean (SD)	0.86 (0.1)	0.86 (0.1)
Endometrial thickness, mm, mean (SD)	5.1 (3.7)	4.7 (3.2)
1st/2nd degree breast/ovarian cancer FH, No. (%)	94 (37)	95 (38)
Histologic type, No. (%)		
ADH (DIN 1b)	51 (20)	50 (20)
LCIS (LIN 2-3)	27 (11)	25 (10)
DCIS grade 1 (DIN 1c)	42 (17)	40 (16)
DCIS grade 2 (DIN 2)	72 (29)	87 (35)
DCIS grade 3 (DIN 3)	60 (24)	45 (18)
Type of surgery, No. (%)		
Conservative (Q/L)	213 (84)	203 (82)
Mastectomy	40 (16)	44 (18)
Comedo, No. (%)	29 (12)	24 (10)
Necrosis, No. (%)	64 (25)	60 (24)
Multifocal neoplasia, No. (%)	73 (29)	67 (27)
ER %, median (IQR)	90 (60-95)	90 (65-95)
PgR %, median (IQR)	70 (20-90)	60 (14-90)
HER2/neu, No. (%)		
0-2	79 (79)	89 (81)
3+	21 (21)	21 (19)
Ki67%, median (IQR)	10 (5-20)	10 (5-18)
Radiotherapy, No. (%)	108 (45)	107 (45)

NOTE. n = 1 patient with invasive breast cancer at baseline was not eligible. Menopausal status was recalculated from the data of the initial paper¹ and redefined as amenorrhea for at least 3 months, serum FSH levels above 45 mIU/mL, and serum estradiol levels below 10 pg/mL.⁷ A woman with axillary dissection was re-evaluated as a conservative surgery. Percentages were calculated excluding missing data.

Abbreviations: ADH, atypical ductal hyperplasia; DCIS, ductal carcinoma in situ; DIN, ductal intraepithelial neoplasia; ER, estrogen receptor; FH, family history; FSH, follicle-stimulating hormone; HER2, human epidermal growth factor receptor 2; LCIS, lobular carcinoma in situ; LIN, lobular intraepithelial neoplasia; Conservative (Q/L, quadrantectomy/lumpectomy); PgR, progesterone receptor; SD, standard deviation.

Étude initiale TAM01, Journal of Clinical Oncology Volume 37, Issue 19 p 1629

500 patientes de moins de 75 ans

- 20% HCA

- 11% CLIS

- 60% CCIS

- 45% pré-ménopause

- 55% post-ménopause

- 84% mastectomie partielle

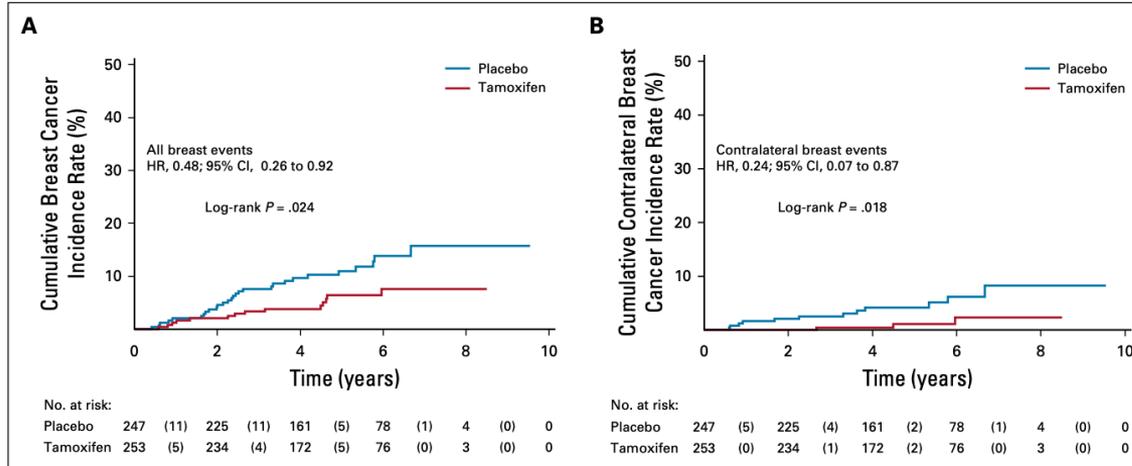
- 16% mastectomie totale

- 90% RE+, 60-70% RP+, 80% Her2 neu-

- 45% RøRx

Suivi médian 5,1 ans

Résultats de TAM01



Réduction de 52% de néoplasie ipsilatérale (NNT 22) et 75% controlatérale avec le tamoxifen

Nombre d'événements adverses similaires entre tam et placebo (dont une EP avec placebo et une néoplasie endométriale de stade I avec tam)

La question

- **Les bénéfices de 3 ans de 5 mg de tamoxifène persistent-ils à plus long terme pour la prévention de néoplasies mammaires envahissantes et du CCIS?**
 - Analyse après 9,7 ans de suivi médian

La méthodologie

- Suivi de la cohorte de TAM01
 - Suivis cliniques et mammographique annuellement
 - Évaluation des effets secondaires associés au tamoxifen
 - Cataractes, polypes endométriaux, ETE ou EP, MCAS, fracture osseuse, cancer endométrial, autres formes de malignité, etc.

Résultats après 9,7 ans de suivi

	Tamoxifen 5 mg (253 ptes)	Placebo (247 ptes)	Statistiques
Carcinome ipsilatéral (in situ ou infiltrant)	25	41	HR 0,58 CI 0,35-0,95 p= 0,03
Carcinome controlatéral	6	16	HR 0,36 CI 0,14-0,92 p=0,023

Réduction de 50% d'événements dans la cohorte de CCIS (70% des patientes)

Bénéfices présents pour tous les sous-groupes de patientes

77% des récurrences sont envahissantes, vs 23% sous forme de CCIS

59% des récurrences sont ipsilatérales

Caractéristiques tumorales similaires pour les 2 groupes

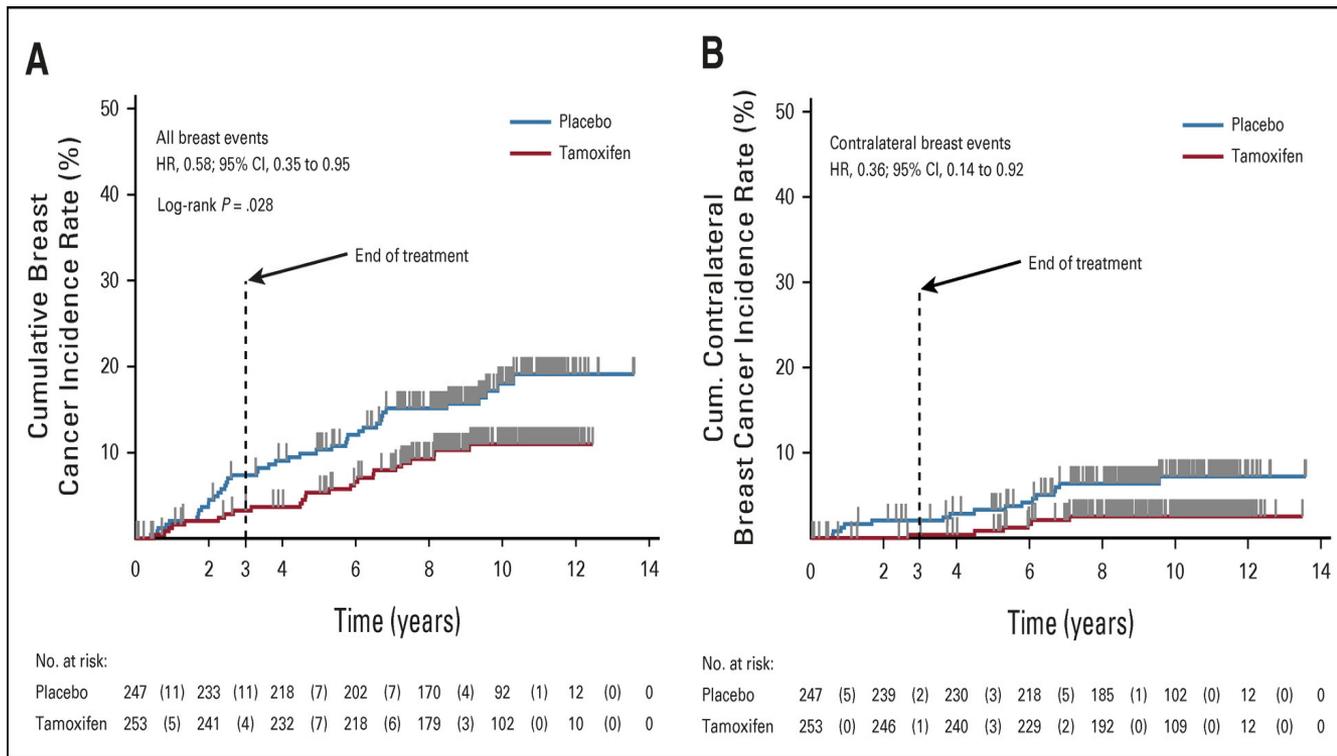


FIG 1. Kaplan-Meier estimates of (A) cumulative incidence of breast cancer events (invasive breast cancer or DCIS) and (B) contralateral breast cancer events in the overall ITT by allocated arm. Numbers in parentheses represent the number of events that occurred within each time interval by treatment arm. The dotted line indicates the time of treatment cessation (3 years). The log-rank test was used to draw inferences. The estimate of the HR was based on a univariable Cox proportional hazards regression model (ie, with only the treatment arm variable). DCIS, ductal carcinoma in situ; HR, hazard ratio; ITT, intention-to-treat population.

Published in: Matteo Lazzeroni; Matteo Puntoni; Aliana Guerrieri-Gonzaga; Davide Serrano; Luca Boni; Tania Buttiron Webber; Marianna Fava; Irene M. Briata; Livia Giordano; Maria Digennaro; Laura Cortesi; Fabio Falcini; Patrizia Serra; Franca Avino; Francesco Millo; Katia Cagossi; Elisa Gallerani; Alessia De Simone; Anna Cariello; Giuseppe Aprile; Maria Renne; Bernardo Bonanni; Andrea DeCensi; *Journal of Clinical Oncology* Ahead of Print

DOI: 10.1200/JCO.22.02900

Copyright © 2023 American Society of Clinical Oncology

Résultats

- NNT pour éviter une récurrence
 - 22 après 5 ans
 - 14 après 10 ans

Événements défavorables

- • **Tamoxifen**
 - **35 événements**
 - 1 cancer de l'endomètre stade 1
 - 1 TVP
 - Augmentation de l'épaisseur endométriale de 1,2 mm, pas d'augmentation de polypes
 - 6 morts (1 par cancer du sein)
- **Placebo**
 - **22 événements**
 - 1 EP
 - 4 morts (2 par cancer du sein)

TABLE 2. Adverse Events by Allocated Arm

Adverse Event	Tamoxifen (n = 249)	Placebo (n = 246)	P
Deep vein thrombosis or pulmonary embolism, No. (%)	1 (0.4)	1 (0.4)	1.0
Superficial phlebitis, No. (%)	2 (0.8)	0	.50
Coronary heart disease, No. (%)	2 (0.8)	2 (0.8)	1.0
Bone fracture, No. (%)	4 (1.6)	2 (0.8)	.69
Cataract, No. (%)	5 (2.0)	5 (2.0)	1.0
Endometrial polyps, No. (%)	20 (8.0)	13 (5.3)	.28
Endometrial cancer, No. (%)	1 (0.4)	0	1.0
Other malignancies, No. (%)	16 (6.4)	9 (3.7)	.22
Thyroid	1	2	
Parathyroid	1	1	
Lungs	1	1	
Melanoma	3	2	
Kidney	—	1	
Bladder	1	—	
Colon	1	—	
Appendiceal	1	—	
Cervix	1	—	
Ovary	1	2	
Lymphoma	4	—	
Myeloma	1	—	
Death from breast cancer, No. (%)	1 (0.4)	2 (0.8)	.62
Death from other causes, No. (%)	4 (2.0)	3 (1.2)	.45
Lung cancer	1	—	
Ovarian cancer	1	—	
Pneumonia	—	1	
Acute renal failure	1	—	
Myocardial infarction	—	1	
Car accident	1	1	
Other serious adverse events, No. (%)	3 (1.2)	6 (2.4)	.34

NOTE. The safety analysis included all patients who received at least one dose of the drug or placebo (495 patients). *P* values were calculated using Fisher's exact test or the Mann-Whitney exact test.

Discussion

- Réduction significative du risque de récurrence de carcinome in situ et envahissant après 3 ans de tamoxifène 5 mg die
 - Persiste même 7 ans après la fin de la prise de Rx
 - Diminution surtout de la récurrence envahissante
- Tamoxifène 5 mg die bien toléré
 - Une bouffée de chaleur par jour de plus avec tamoxifène
 - Profil d'effets secondaires similaire avec le placebo
 - Profil de toxicité favorable par rapport à 20 mg die
 - Diminution du risque thrombo-embolique, symptômes sexuels et vasomoteurs, cataractes, polypes endométriaux

Discussion

- **Prévention efficace à long terme et bien tolérée pour patientes à haut risque de cancer du sein (HCA, CCIS, CLIS)**

Critiques

- **Pas de comparaison directe entre 5 et 20 mg po die**
- **Comprimés de 5 mg non-disponibles au Québec**
 - **Pas de garantie de dosage si comprimé de 20 mg coupé en 2 ou plus**

Question 3

- **Suite à la lecture de cet article, comptez-vous offrir du tamoxifen à faible dose à cette population de patientes?**
 - 1- Oui
 - 2- Non
 - 3- Seulement pour les CCIS
 - 4- Au cas par cas

2: Appendicite complexe et antibiotiques



Question 4:

- • **Après une appendicectomie pour appendicite complexe, que prescrivez-vous comme antibiotiques?**
 - 1- ATB IV pour 5 jours sans relais po
 - 2- ATB IV pour 5 jours avec relais po pour un total de 7 à 14 jours
 - 3- ATB IV pour 2 jours sans relais po
 - 4- ATB IV pour 2 jours avec relais po pour total de 5-14 jours
 - 5- ATB IV ad 24-48 heures sans fièvre avec ou sans relais po

2 days versus 5 days of postoperative antibiotics for complex appendicitis: a pragmatic, open-label, multicentre, non-inferiority randomised trial

Elisabeth M L de Wijkerslooth, Evert-Jan G Boerma, Charles C van Rossem, Joost van Rosmalen, Coen I M Baeten, Frédérique H Beverdam, Johanna W A M Bosmans, Esther C J Consten, Jan Willem T Dekker, Marloes Emous, Anna A W van Geloven, Anton F Gijzen, Luc A Heijnen, An P Jairam, Damian C Melles, Augustinus P T van der Ploeg, Pascal Steenvoorde, Boudewijn R Toorenvliet, Maarten Vermaas, Bas Wiering, Bas P L Wijnhoven, Anne Loes van den Boom* for the APPIC Study Group†*

www.thelancet.com

Le contexte

- **Appendicite = urgence chirurgicale la plus prévalente dans les populations adulte et pédiatrique**
- **30% se présentent sous forme complexe**
 - **Nécrose**
 - **Perforation**
 - **Abcès**
 - **Péritonite purulente**
- **Étalon d'or: appendicetomie + ATB pré et post-op**
- **Complications infectieuses post-op: 20%**

Le contexte

- **Durée optimale d'antibiothérapie post-op dans l'appendicite complexe inconnue**
- **Nécessité de restreindre l'usage des ATB**
 - **Bonne antibiogouvernance dans un contexte de montée de la multirésistance aux ATB**
 - **Réduction des effets secondaires liés aux ATB**
 - **Diminution de la durée de séjour hospitalier et coûts associés**

Le contexte

- **Étude STOPIT (NEJM 2015)**
 - **Non-infériorité de 4 jours d'ATB vs tx plus long après contrôle adéquat de la source pour les infections intra-abdominales complexes**
- **Littérature soutenant utilisation de 24-72hres d'ATB post-appendicetomie sans compromis infectieux**

L'étude: APPIC trial

- Étude randomisée multicentrique néerlandaise, de non-infériorité comparant 2 et 5 jours d'ATB
- Issue primaire: score composite de complications infectieuses et mortalité à 90 jours
 - Cx infectieuses: abcès intra-abdominal et/ou infection du site chirurgical

L'étude APPIC

- **Issues secondaires:** (déterminées par questionnaire téléphonique et consultation dossier électronique)
 - Durée de l'antibiothérapie post-op
 - Taux d'abcès intra-abdominaux
 - Infection de sites chirurgicaux
 - Toute cx post-op
 - Réactions adverses aux ATB
 - Nécessité de redébuter les ATB après arrêt initial
 - Ré-admission hospitalière
 - Réintervention (chirurgicale ou radiologique)
 - Durée de séjour total (séjour initial + réadmission)
 - Type et nombre d'examens d'imagerie post-op
 - \$

L'étude APPIC

- **Hypothèse: 2 jours d'ATB sont non-inférieurs à 5 pour les complications infectieuses et la mortalité**
 - **Seuil de non-infériorité établi à 7,5%**

L'étude

- • **Critères d'inclusion**
 - 8 ans et plus
 - Appendicite complexe (nécrotique, perforée, abcédée, péritonite purulente)
 - ASA I-III
- **Critères d'exclusion**
 - Grossesse
 - Immunosuppression
 - Contrôle chirurgical de la source inadéquat

Randomisation entre 2017 et 2021

- Randomisation 1:1, dans les 24 heures post-op
- ATB: céfuroxime 1,5 g IV tid ou ceftriaxone 2 g IV die + metronidazole 500 mg IV tid, +/- 1 dose de gentamycine selon protocole local

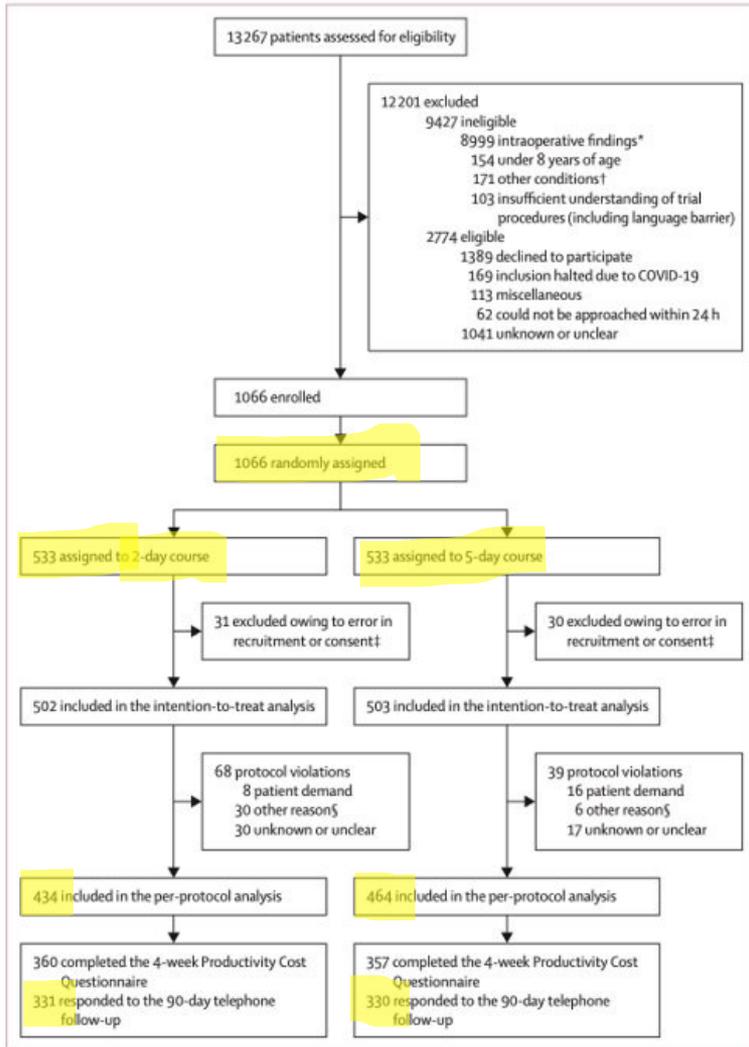


Figure 1: Trial profile

La méthodologie

- Écarts au protocole permis si
 - ATBgramme nécessite une molécule ou durée de tx différente
 - Effets secondaires aux atb (allergie, TPP)
 - Arrêt précoce par impossibilité d'administrer l'ATB en IV, ou survenue d'une cx infectieuse nécessitant la poursuite des ATB ou un changement de molécule
- Critères de congé
 - Pas de fièvre x 24 heures
 - Tolérance de la diète po
 - Mobilisation
 - Bon contrôle de la douleur

	2-day group (n=502)	5-day group (n=503)
Age (years)	51 (31-62)	52 (30-64)
Age distribution		
8-17 years	49 (10%)	62 (12%)
18-64 years	346 (69%)	320 (64%)
≥65 years	107 (21%)	121 (24%)
Sex		
Male	285 (57%)	286 (57%)
Female	217 (43%)	217 (43%)
ASA score*		
ASA I	235 (47%)	235 (47%)
ASA II	216 (43%)	217 (43%)
ASA III	51 (10%)	51 (10%)
BMI (kg/m ²)	26 (23-29)	25 (23-29)
Missing	97 (19%)	109 (22%)
Duration of symptoms (days)	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-2.8)
Missing	9 (2%)	11 (2%)
Body temperature (°C)	37.5 (37.0-38.2)	37.6 (37.0-38.2)
Missing	6 (1%)	6 (1%)
Pulse (bpm)	90 (78-102)	90 (79-104)
Missing	30 (6%)	21 (4%)
White blood cell count (x10 ⁹ cells per L)	15.1 (12.0-18.1)	15.0 (12.2-18.7)
Missing	..	2 (<1%)
C-reactive protein concentration (mg/L)	100 (44-175)	99 (48-167)
Missing	..	1 (<1%)
Imaging test		
Ultrasonography	397 (79%)	389 (77%)
CT	238 (47%)	228 (45%)
Multiple imaging tests	153 (30%)	139 (28%)
Faecolith on imaging	170 (34%)	151 (30%)
Intravenous antibiotics in the emergency department or ward	150 (30%)	151 (30%)
Antibiotic prophylaxis in the operating room	418 (83%)	405 (81%)
Missing	..	3 (<1%)

(Table 1 continues on next page)

	2-day group (n=502)	5-day group (n=503)
(Continues from previous page)		
Laparoscopic procedure	480 (96%)	475 (94%)
Operating time (min)	47 (36-59)	46 (36-58)
Missing	3 (<1%)	11 (2%)
Classification of appendicitis†		
Gangrenous	264 (53%)	283 (56%)
Perforated	365 (73%)	365 (73%)
Periappendiceal abscess	75 (15%)	61 (12%)
Pus or peritonitis present	421 (84%)	440 (87%)
Diffuse peritonitis	51 (10%)	45 (9%)
Drain placement	8 (2%)	13 (3%)
Histopathological examination‡		
Appendicitis	485 (97%)	491 (98%)
Malignant or premalignant lesion	12 (2%)	8 (2%)
Missing	4 (1%)	5 (1%)

Data are n (%) or median (IQR). Percentages might not total 100 because of rounding. The distribution of patient allocation stratified by centre is shown in the appendix (p 8). ASA=American Society of Anesthesiologists. bpm=beats per min. *For 57 patients in the 2-day group and 51 in the 5-day group, ASA classification was not registered in the electronic patient files but was retrospectively assigned by the researchers on the basis of information in the patient files. †For 23 patients in the 2-day group and 17 in the 5-day group, the type of appendicitis was judged as complex, without explicit description of necrosis, perforation, or abscess in the surgical report; for another three patients the surgical report was missing or incomplete, but notes in the electronic patient dossier confirmed complex findings. ‡For seven patients in the 2-day group and 13 patients in the 5-day group, the histopathology report showed findings of appendicitis alongside findings of benign, malignant, or premalignant lesion; for one patient in the 2-day group and three patients in the 5-day group, benign pathology was found without signs of appendicitis.

Table 1: Baseline characteristics of the intention-to-treat population

Groupes comparables

Les résultats

- **1005 patients retenus**
 - **502 groupe 2 jours**
 - **86% adhérence au protocole**
 - **19% déviation au régime d'ATB**
 - **13% reprise d'ATB après 2 jours pour complications post-op**

Les résultats

- **Groupe 5 jours: 503 patients**
 - **92% adhérence au protocole ATB**
 - 6% reprise d'ATB après 5 jours pour complications post-op

Les résultats

- **Issue primaire (cx infectieuse, mortalité)**
 - **10% 2 jours vs 8% 5 jours**
 - **Différence absolue de 2% (IC 95% -1,6 à 5,6)**
 - **Ne dépasse pas le 7,5% pour non-infériorité**

Les résultats: issue primaire

- • **Abcès intra-abdominal**
 - **9% 2 jours vs 7% 5 jours**
 - Besoin de drainage per-cutané ou chirurgical dans 4% du groupe 2 jours vs 3% 5 jours
- Infection du site chirurgical
 - 2% 2 jours vs 1% 5 jours
- Mortalité
 - 1 patient 2 jours (DCD secondairement à métastases d'un cancer de l'oesophage) vs 0 groupe 5 jours

Issue primaire: suspicion de complications infectieuses

- **Reprise des ATB après arrêt**
 - Dans groupe 2 jour, 25% de reprise sans preuve de cx infectieuse
 - Basé sur fièvre, douleur abdo, augmentation des paramètres inflammatoires, iléus

	2-day group	5-day group	Risk difference (95% CI)		Odds ratio (95% CI)	
			Univariable	Multivariable*	Univariable	Multivariable†
Intention-to-treat						
Intra-abdominal abscess, surgical-site infection, or mortality	51 (10%)	41 (8%)	2.0% (-1.6 to 5.6)	2.0% (-1.6 to 5.6)	1.274 (0.828 to 1.961)	1.128 (0.719 to 1.769)
Intra-abdominal abscess	43 (9%)	36 (7%)	1.4% (-1.9 to 4.8)	..	1.215 (0.766 to 1.927)	..
Surgical-site infection	10 (2%)	5 (1%)	1.0% (-0.6 to 2.6)	..	2.024 (0.687 to 5.965)	..
Mortality	1 (<1%)	..	0.2% (-0.5 to 0.9)	..	..	..
Total	n=502	n=503	..	..	..	..
Per-protocol						
Intra-abdominal abscess, surgical-site infection, or mortality	45 (10%)	39 (8%)	2.0% (-1.9 to 5.8)	2.1% (-1.8 to 5.9)	1.261 (0.804 to 1.978)	1.132 (0.710 to 1.805)*
Intra-abdominal abscess	38 (9%)	34 (7%)	1.4% (-2.2 to 5.0)	..	1.214 (0.749 to 1.966)	..
Surgical-site infection	8 (2%)	5 (1%)	0.8% (-0.9 to 2.5)	..	1.724 (0.560 to 5.311)	..
Mortality	1 (<1%)	..	0.2% (-0.5 to 1.0)	..	..	..
Total	n=434	n=464	..	..	..	..

*Adjusted for age (below vs above median age) and severity of appendicitis (absence vs presence of perforation or abscess). †Adjusted for the following independent variables: treatment allocation, centre, sex, age, American Society of Anesthesiologists classification, surgical approach (laparoscopy vs open procedure), and severity of appendicitis (absence vs presence of perforation or abscess) and for the interaction effect between treatment allocation and surgical approach. Given values apply to patients who had a laparoscopic appendicectomy. For patients who had an open appendicectomy, the adjusted odds ratio of treatment allocation was 10.825 (95% CI 1.231-95.201; p=0.032) in the intention-to-treat population and 11.038 (1.115-109.242; p=0.040) in the per-protocol population.

Table 2: Primary endpoint analysis

Issues secondaires

	2-day group (n=502)	5-day group (n=503)	Effect size* (95% CI)
Protocol adherence	434 (86%)	464 (92%)	0.536 (0.354 to 0.812)
Administered medication†			
Number of days	2.0 (2.0 to 2.3)	5.0 (4.7 to 5.0)	-2.7 (-3.0 to -2.7)
Number of doses	6 (6 to 7)	15 (14 to 15)	-8.0 (-9.0 to -8.0)
Missing	20 (4%)	13 (3%)	..
Complications			
Any complication	125 (25%)	104 (21%)	1.272 (0.946 to 1.710)
Clavien-Dindo class 1	36 (7%)	53 (11%)	0.656 (0.421 to 1.021)
Clavien-Dindo class 2	72 (14%)	51 (10%)	1.484 (1.013 to 2.175)
Clavien-Dindo class 3a	19 (4%)	11 (2%)	1.759 (0.829 to 3.736)
Clavien-Dindo class 3b	14 (3%)	12 (2%)	1.174 (0.537 to 2.564)
Clavien-Dindo class 4a	1 (<1%)	0	..
Comprehensive complication index‡	20.9 (20.9 to 26.2)	20.9 (8.6 to 29.4)	0.0 (0.0 to 3.2)
Re-interventions			
Any re-intervention	32 (6%)	21 (4%)	1.563 (0.888 to 2.749)
Percutaneous drainage	18 (4%)	13 (3%)	1.402 (0.679 to 2.892)
Reoperation	15 (3%)	10 (2%)	1.518 (0.676 to 3.413)
Adverse effects of antibiotics§	45 (9%)	117 (22%)	0.344 (0.237 to 0.498)
Postoperative length of stay (h)¶	69 (61 to 94)	126 (118 to 139)	-56 (-58 to -53)
Missing	1 (<1%)	2 (<1%)	..
Postoperative length of stay (days)	3.0 (2.0 to 4.0)	5.0 (5.0 to 6.0)	-2.0 (-2.0 to 2.0)
Missing	..	1 (<1%)	..
Unplanned medical visits			
Emergency department visits	76 (15%)	39 (8%)	2.118 (1.409 to 3.185)
Outpatient clinic visits	59 (12%)	49 (10%)	1.231 (0.825 to 1.838)
General practitioner visits	56 (17%)	47 (14%)	1.248 (0.819 to 1.902)
Missing	172 (34%)	169 (34%)	..
Hospital re-admission	58 (12%)	29 (6%)	2.135 (1.342 to 3.396)
Total length of stay (days)¶¶	3.0 (3.0 to 5.0)	5.0 (5.0 to 6.0)	-2.0 (-2.0 to -2.0)
Missing	..	1 (<1%)	..

Data are n (%) or median (IQR), unless otherwise stated. Between-group differences in medians were estimated using the Hodges-Lehmann estimator. CIs for between-group differences in proportions were calculated using the Agresti-Caffo interval. *Effect size is shown as odds ratio (95% CI) for categorical outcomes and absolute difference in median (95% CI) for continuous outcomes. †Postoperative administration of cefuroxime (1500 mg three times a day) or ceftriaxone (2000 mg once a day), combined with metronidazole (500 mg three times a day). In the 2-day group, 16 (3%) of 502 patients were prescribed follow-up oral antibiotics, which was classed as a protocol violation in five (1%) patients. In the 5-day group, 28 (6%) of 503 patients were prescribed follow-up oral antibiotics, which was classed as a protocol violation in 13 (3%) patients. Two (<1%) patients in the 2-day group and six (1%) patients in the 5-day group received gentamycin as a co-intervention. ‡The comprehensive complication index (CCI) result is a median of CCI scores of 125 patients in the 2-day group and 104 patients in the 5-day group who had a postoperative complication. §The reported adverse effects were nausea or vomiting (n=96), diarrhoea (n=83), allergic reaction (n=4), *Clostridioides difficile* infection (n=3), and thrombophlebitis (N=2). For 31 patients, two adverse effects were reported. ¶Total length of hospital stay is the sum of the original hospital admission and any re-admissions.

Table 3: Univariable comparison of secondary outcomes in the intention-to-treat population

Issues secondaires

- **Réadmissions, groupe 2 jours**
 - **53% pour complications infectieuses**
 - **Autre: iléus, douleur, fièvre sans foyer**

Chirurgie ouverte

- **5% des patients (50 patients)**
 - **56% (28 patients) conversion d'une lsc**
 - 27% (6) du groupe 2 jours: cx infectieuse
 - 4 abcès, 2 infections su site chirurgical
 - 4% (1) du groupe 5 jours: cx infectieuse

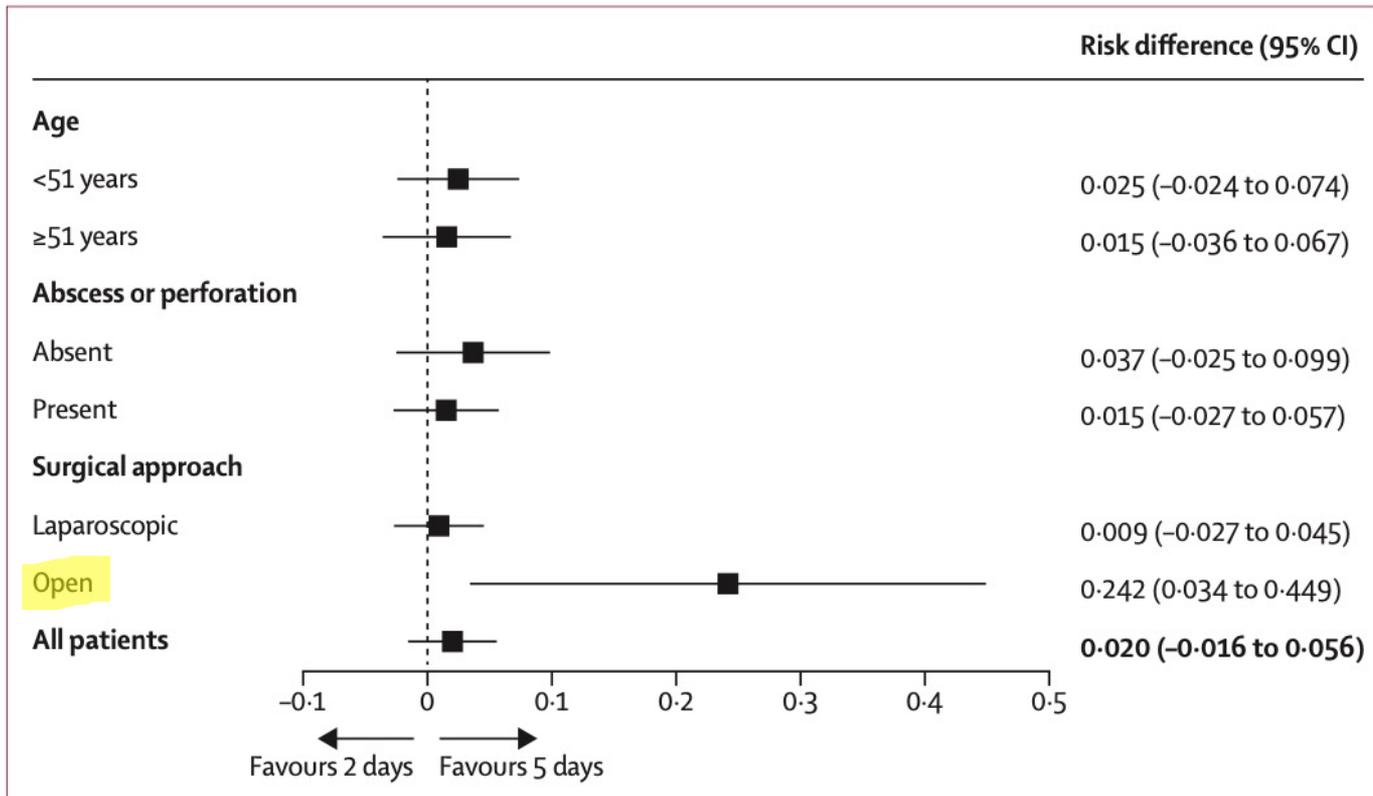


Figure 2: Forest plot of primary endpoint by age, severity of appendicitis, and surgical approach
 Risk differences and 95% CIs are based on the Klingenberg method for the Mantel-Haenszel common risk difference.^{38,39}

La discussion

- • **Non-infériorité de 2 jours vs 5 pour les complications infectieuses et la mortalité**
 - **Différence de risque absolu entre les 2 groupes: 2 % favorisant 5 jours**
 - **Moins d'effets aduerses secondaires aux ATB**
 - **Durée de séjour plus brève, même si plus de visites à l'urgence et plus de réadmissions**
 - **Pas plus de ré-interventions**

La discussion

- **Potentiel biais pour reprise des ATB après cessation dans le groupe 2 jours sans confirmation de cx infectieuse et basé seulement sur la clinique**
 - **Possible sur-estimation des cx infectieuses**
 - **Cause inflammatoire systémique que se serait résolue spontanément?**

La discussion

- • **Causes de réadmission dans le groupe 2 jours: 47% non-infectieuses (iléus, douleur, fièvre sans foyer)**
 - **Groupe 5 jours a pu avoir des symptômes similaires per-hospitalisation**
 - **Potentiel biais de l'équipe traitante de réadmettre et recommencer les ATB plus facilement les patients ayant eu 2 jours d'ATB**

Conclusion

- **Non-infériorité de 2 jours vs 5**
 - **Même en comptant les réadmissions supplémentaires pour le groupe 2 jours**
 - **Ne semble pas s'appliquer pour les cas de laparotomie**
 - **Possible infection initiale plus sévère avec besoin de conversion, contrôle de la source moins optimal**
 - **Indication de 5 jours d'ATB pour tous patients en chx ouverte?
À explorer**
- **Concordant avec littérature des dernières années**

Conclusion

- **Différence de risque absolu entre les 2 groupes: 2%, NNT 50 (une cx infectieuse de plus pour chaque 50 patients avec 2 jours d'ATB)**
 - **Conséquences d'une complication infectieuse peu sévères**
 - **Bénéfices de durée de séjour diminuée et d'une exposition moindre aux ATB supérieurs à la morbidité des cx infectieuses supplémentaires**

Limites

- • **Peu d'enfants**
 - Enfants plus à risque d'abcès intra-abdominaux post-op
 - Résultats extrapolables?
- **27% de refus de participation**
 - Biais de sélection?
- **Étude pas à l'aveugle**
 - Risque de biais
- **Rôle des ATB po?**
 - Étude danoise PIPA étudie la question

Question 5

- **Après la lecture de cette étude, quelle sera votre approche après appendicectomie pour appendicite complexe?**
 - 1- ATB IV pour 5 jours sans relais po
 - 2- ATB IV pour 5 jours avec relais po pour un total de 7 à 14 jours
 - 3- ATB IV pour 2 jours sans relais po
 - 4- ATB IV pour 2 jours avec relais po pour total de 5-14 jours
 - 5- ATB IV ad 24-48 heures sans fièvre avec ou sans relais po

3: Inguinalgie post herniorraphie chez la femme



Question 6

- **Après une herniorraphie inguinale chez une femme, quelle proportion de vos patientes se plaint d'inguinalgie chronique?**
 - 1: Aucune
 - 2: Moins de 5 %
 - 3: 5-25%
 - 4: La majorité
 - 5: Je ne leur demande pas

Chronic Pain After Groin Hernia Surgery in Women

A Patient-reported Outcome Study Based on Data From the Swedish Hernia Register

Ebbe Jakobsson, MD,✉ Karl-Johan Lundström, MD, PhD,*† Henrik Holmberg, PhD,‡
Hanna de la Croix, MD, PhD,§¶ and Pär Nordin, MD, PhD*†*

Annals of Surgery • Volume 275, Number 2, February 2022



Le contexte

- L'inguinalgie chronique post-herniorraphie chez la femme est très peu étudiée malgré son incidence importante
 - 8% des herniorraphies sont effectuées chez des femmes
 - Aucune ERC sur la herniorraphie inguinale chez le femme
 - Les lignes directrices des sociétés savantes recommandent une herniorraphie inguinale pour toutes les hernies chez la femme, vs observation chez les hommes asymptomatiques

L'étude

- Issue primaire:
 - Inguinalgie chronique 1 an post-op
- Issues secondaires:
 - facteurs de risques de douleur chronique
 - réopération pour récurrence
 - Satisfaction par rapport à l'opération

La méthodologie

- Questionnaire un an post-herniorraphie à plus de 80 000 patients du registre suédois des hernies (SHR) entre 2012 et 2017, avec réponses de plus de 4000 femmes
- Analyse multivariée de la cohorte de femmes avec le groupe d'hommes comme contrôle, ajustée selon
 - Âge
 - Anatomie herniaire
 - Type de réparation
 - Chx urgente vs élective
 - ASA
 - IMC
 - Chirurgien à faible débit (moins de 5 par an)

Étude observationnelle de cohorte à partir du registre national des hernies en Suède (SHR: Swedish Hernia Registry)

Questionnaire PROM (patient reported outcome mesure), validé: Inguinal Pain Questionnaire (IPQ)

Inclus: Plus de 15 ans, hernie primaire unilatérale, électif ou urgent

Exclus: pas de réponse au questionnaire, décès, émigration, chx ipsi ou controlatérale pendant la première année post-op

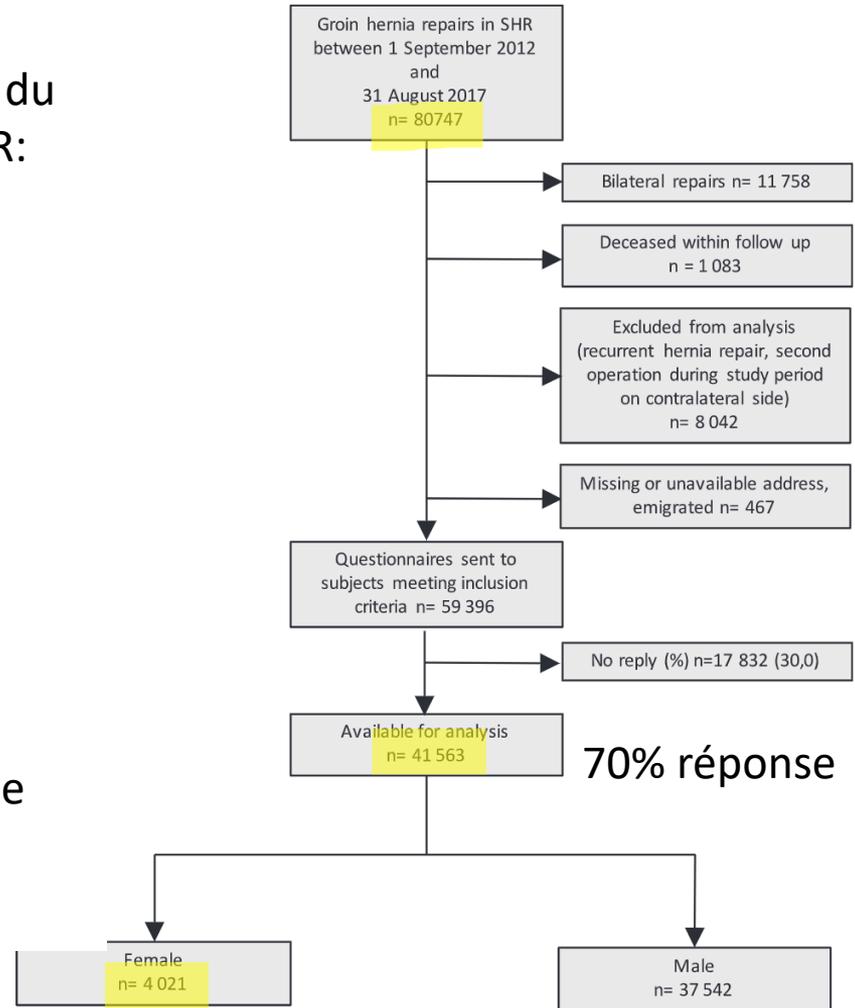


FIGURE 1. Inclusion flowchart.

Le questionnaire IPQ

- Décrire la pire douleur ressentie à l'aine opérée dans la dernière semaine, échelle de 1 à 7
 - 1: pas de douleur
 - 2: douleur présente mais facile à ignorer
 - 3: douleur présente, pas ignorable, mais n'interfère pas avec les activités quotidiennes
 - 4: douleur présente, pas ignorable et interfère avec concentration pour les activités quotidiennes
 - 5: Douleur présente et interfère avec la majorité des activités quotidiennes
 - 6: Douleur présente et nécessite alitement
 - 7: Douleur présente et nécessite avis médical rapide
- Score 1 à 3 considéré comme pas de douleur
- Score 4 à 7 considéré comme douleur post-opératoire significative

Le questionnaire IPQ

- Êtes-vous satisfait des résultats de votre herniorraphie?
 - 1: oui, complètement
 - 2: oui, pour la plupart
 - 3: non, surtout négatif
 - 4: non, absolument pas
- Scores 1-2 considérés comme satisfaits, 3 et 4 comme insatisfaits

Résultats

TABLE 1. Patient Characteristics, Women and Men

	Women (n = 4021)	Men (n = 37542)	P
Age in years mean	62.7 (66.4)*	63.6 (66.0)*	<0.001
Method of repair			<0.001
Open anterior mesh repair	796 (19.8)	32,150 (85.6)	
TEP	1888 (46.9)	2724 (7.3)	
TAPP	391 (9.7)	311 (0.8)	
Combined open anterior and posterior	99 (2.5)	1506 (4.0)	
Open preperitoneal mesh	725 (18.0)	474 (1.3)	
Sutured	73 (1.8)	174 (0.5)	
Incorrect registration	49 (1.2)	203 (0.5)	
Hernia anatomy			<0.001
Indirect	2168 (53.9)	22,065 (58.8)	
Direct	691 (17.2)	11,798 (31.4)	
Femoral	992 (24.7)	273 (0.7)	
Combined (indirect and direct)	109 (2.7)	3164 (8.4)	
-incorrect registration	61 (1.5)	242 (0.6)	
Emergency repair	448 (11.1)	1129 (3.0)	<0.001
Low volume surgeon (≤ 5 hernia repairs/year)	442 (11.0)	4463 (11.9)	0.1
Body mass index mean	23.9 (23.4)*	25.3 (25.0)*	<0.001
ASA classification ≥ 3	525 (13.1)	4412 (11.8)	0.15
Reoperation for recurrence	58 (1.4)	691 (1.8)	0.07
Reoperation ≤ 1 y from primary surgery	29 (50.0) [†]	219 (31.7) [†]	0.28
Satisfied with operation	3696 (90.2)	35,512 (94.6)	<0.001

Values in parentheses are percentages of total in column unless indicated otherwise.

*Values in parentheses are medians.

†Values in parentheses are percentages of reoperated patients.

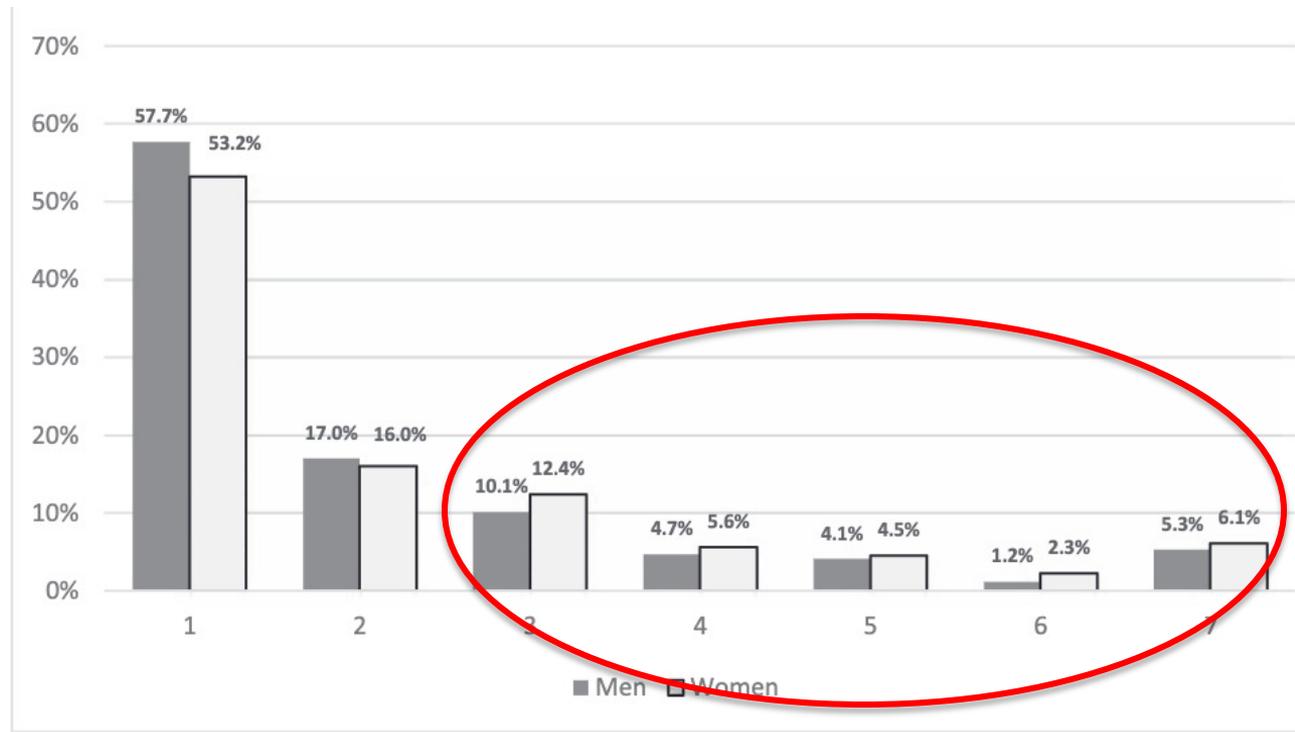
Les résultats: chez les femmes

- 18% de herniorraphie laparoscopique en urgence vs 61,5% en électif

Résultats: douleur chronique

- Femmes 18,4%
 - 12,8% interférant avec la plupart des activités ou pire
- Hommes 15,2%
 - 10,5% interférant avec la plupart des activités ou pire
- Différence statistiquement significative

FIGURE 2. Patients were asked to grade the worst pain they had felt in the operated groin during the previous week. The seven grades were: 1, no pain; 2, pain present, but easily ignored; 3, pain present, cannot be ignored, but does not interfere with everyday activities; 4, pain present, cannot be ignored, and interferes with concentration on everyday activities; 5, pain present, interferes with most activities; 6, pain present, necessitating bed rest; and 7, pain present, prompt medical advice sought. IPQ, inguinal pain questionnaire.



Douleur chronique

TABLE 2. Multivariable Logistic Regression* Analysis for Chronic Pain in Women With Men As Reference

Pain Score IPQ	Women (n = 4021)	Odds Ratio Women	CI (95%)	Men (n = 37,542)	Odds Ratio Men
≥2	1880 (46.8)	1.36	1.24–1.48	15,862 (42.3)	1
≥3	1237 (30.8)	1.38	1.26–1.52	9483 (25.3)	1
≥4	740 (18.4)	1.30	1.16–1.46	5707 (15.2)	1
≥5	516 (12.8)	1.28	1.12–1.46	3936 (10.5)	1
≥6	337 (8.4)	1.33	1.13–1.56	2414 (6.4)	1
7	245 (6.1)	1.11	0.92–1.32	1979 (5.3)	1

IPQ, inguinal pain questionnaire: 1 = no pain; 2, pain present, but easily ignored; 3, pain present, cannot be ignored, but does not interfere with everyday activities; 4, pain present, cannot be ignored, and interferes with concentration on everyday activities; 5, pain present, interferes with most activities; 6, pain present, necessitating bed rest; and 7, pain present, prompt medical advice sought.

*Adjusted for age, method of repair, hernia anatomy, acute or elective surgery, low volume surgeon, ASA classification and BMI. Values in parentheses are percentages of total in column.

Facteurs de risque de douleur chronique

- Analyse univariée
 - Chirurgie urgente ($p=0,04$)
 - ASA ≥ 3 ($p < 0,001$)
 - IMC élevé ($p < 0,001$)
 - Chirurgie pour récurrence
 - 41,4% de douleur chronique 1 an post chx index

Analyse multivariée

- Tendance à moins de douleur avec TEP
 - Pas statistiquement significatif, n trop petit
- Facteurs de risque de douleur chronique
 - Hernie fémorale
 - IMC plus élevé
 - ASA ≥ 3

TABLE 3. Patient Characteristics, Women Reporting Chronic Pain (IPQ ≥ 4) Versus No Pain (IPQ ≤ 3)

	Chronic Pain 740 (18.4)*	No Pain 3281 (81.6)*	P <0.001
Age in years mean	63.3 (67.8) [†]	62.6 (66.2) [†]	0.33
Method of repair			0.07
Open anterior mesh repair	161 (21.8)	635 (19.4)	
TEP	307 (41.5)	1581 (48.2)	
TAPP	78 (10.5)	313 (9.5)	
Combined open anterior and posterior	23 (3.1)	76 (2.3)	
Open preperitoneal mesh	148 (20.0)	577 (17.6)	
Sutured	14 (1.9)	59 (1.8)	
Incorrect registration	9 (1.2)	40 (1.2)	
Hernia anatomy			0.06
Indirect	365 (18.8)	1803 (16.8)	
Direct	139 (49.3)	552 (55.0)	
Femoral	205 (27.7)	787 (24.0)	
Combined (indirect and direct)	18 (2.4)	91 (2.8)	
Incorrect registration	13 (1.8)	48 (1.5)	
Emergency repair	98 (13.2)	350 (10.7)	0.04
Low volume surgeon (≤ 5 hernia repairs/year)	85 (11.5)	357 (10.9)	0.63
Body mass index mean	24,2 (23.8) [†]	23,8 (23.3) [†]	0.03
ASA classification ≥ 3	127 (17.2)	398 (12.1)	<0.001
Reoperation for recurrence	24 (3.2)	34 (1.0)	<0.001
Satisfied with operation	555 (75.0)	3141 (95.7)	<0.001

Values in parentheses are percentages of total in column unless indicated otherwise.

*Values in parentheses are percentages of total in row.

[†]Values in parentheses are medians.

TABLE 4. Multivariable Logistic Regression* Analysis: Influencing Factors for Chronic Pain (IPQ Score 4 \geq) in Women and Men

	Women Odds Ratio	CI (95%)	Men Odds Ratio	CI (95%)
Method of repair				
Open anterior mesh repair (ref)	1		1	
TEP	0.82	0.65–1.03	0.85	0.75–0.95
TAPP	1.06	0.77–1.45	0.95	0.68–1.29
Combined open anterior and posterior	1.09	0.63–1.83	0.91	0.78–1.06
Open preperitoneal mesh	1.05	0.81–1.38	0.95	0.72–1.22
Sutured	1.02	0.52–1.85	1.12	0.73–1.65
Type of hernia				
Indirect (ref)	1		1	
Direct	1.15	0.91–1.44	1.08	1.01–1.15
Femoral	1.29	1.04–1.58	1.46	1.04–2.01
Combined (indirect and direct)	1.01	0.58–1.66	1.01	0.91–1.13
Age below median	0.96	0.81–1.15	1.25	1.18–1.33
Emergency repair	1.10	0.81–1.49	1.49	1.26–1.75
Low volume surgeon (≤ 5 hernia repairs/year)	0.90	0.67–1.19	0.99	0.91–1.09
BMI above median	1.02	1.00–1.04	1.03	1.02–1.04
ASA classification ≥ 3	1.39	1.09–1.77	1.32	1.21–1.44

*Adjusted for age, method of repair, hernia anatomy, acute or elective surgery, low volume surgeon, ASA classification, and BMI.

La discussion

- Femmes: 30% de plus de douleur chronique à un an par rapport aux hommes
 - Facteurs de risque: IMC élevé, chx urgente, hernie fémorale, ASA élevé
 - Raisons incertaines

La discussion

- Plus de réopérations chez les femmes
 - Hernie fémorale manquée
- Tendance vers moins de douleur avec TEP, mais pas significative (n trop petit)
- Meilleure stratégie de prévention de la douleur: éviter l'opération?
 - Pas plus de douleur avec chx urgente en multivarié
 - Place à l'observation des hernies asymptomatiques?

Les limites

- Questionnaire auto-rapporté
- 30% n'ont pas répondu: biais?
 - Douleur possiblement sur-représentée par non-réponse des patientes sans douleur?
- Pas de façon objective de mesurer la douleur
 - Définition variable selon les études
- Pas de score de douleur pré-opératoire
- Résultats pas complètement concordants avec études disponibles
 - Petit nombre de patientes analysées

4: ADN tumoral circulant et cancer du côlon de stade 2



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JUNE 16, 2022

VOL. 386 NO. 24

Circulating Tumor DNA Analysis Guiding Adjuvant Therapy in Stage II Colon Cancer

Jeanne Tie, M.D., Joshua D. Cohen, M.Phil., Kamel Lahouel, Ph.D., Serigne N. Lo, Ph.D.,
Yuxuan Wang, M.D., Ph.D., Suzanne Kosmider, M.B., B.S., Rachel Wong, M.B., B.S., Jeremy Shapiro, M.B., B.S.,
Margaret Lee, M.B., B.S., Sam Harris, M.B., B.S., Adnan Khattak, M.B., B.S., Matthew Burge, M.B., B.S.,
Marion Harris, M.B., B.S., James Lynam, M.B., B.S., Louise Nott, M.B., B.S., Fiona Day, Ph.D.,
Theresa Hayes, M.B., B.S., Sue-Anne McLachlan, M.B., B.S., Belinda Lee, M.B., B.S., Janine Ptak, M.S.,
Natalie Silliman, B.S., Lisa Dobbyn, B.A., Maria Popoli, M.S., Ralph Hruban, M.D.,
Anne Marie Lennon, M.D., Ph.D., Nicholas Papadopoulos, Ph.D., Kenneth W. Kinzler, Ph.D., Bert Vogelstein, M.D.,
Cristian Tomasetti, Ph.D., and Peter Gibbs, M.D., for the DYNAMIC Investigators*

Le contexte: ADK colique de stade II

- • **Le rôle de la chimiothérapie adjuvante est débattu pour les adénocarcinomes coliques de stade II**
 - **Guérison dans 80% des cas avec chx seule**
 - **Pas de bénéfices clairs de survie avec l'ajout de chimiothérapie**
 - **Réservée quand critères de haut risque clinico-pathologique**

PATHOLOGIC STAGE^p
pMMR/MSSADJUVANT TREATMENT^{b,u}

Tis; T1, N0, M0; T2, N0, M0

Observation

T3, N0, M0^{q,r} (no high-risk features)

Observation

or
Consider capecitabine (6 mo)^y or 5-FU/leucovorin (6 mo)^yT3, N0, M0 at high risk for
systemic recurrence^{r,s}
or
T4, N0, M0Capecitabine (6 mo)^{v,w} or 5-FU/leucovorin (6 mo)^{v,w}or
FOLFOX (6 mo)^{v,w,x,y} or CAPEOX (3 mo)^{v,w,x,y}or
ObservationT1–3, N1
(low-risk stage III)^t

Preferred:

• CAPEOX (3 mo)^{v,y}

or

• FOLFOX (3–6 mo)^{v,y}

or

Other options include: Capecitabine (6 mo)^y or 5-FU (6 mo)^yT4, N1–2; T Any, N2
(high-risk stage III)^t

Preferred:

• CAPEOX (3–6 mo)^{v,w,y}

or

• FOLFOX (6 mo)^{v,w,y}

or

Other options include: Capecitabine (6 mo)^{v,w} or 5-FU (6 mo)^{v,w}

Surveillance (COL-8)

^b Principles of Imaging (COL-A).^p Principles of Pathologic Review (COL-B).^q Principles of Risk Assessment for Stage II Disease (COL-F).^r High-risk factors for recurrence (exclusive of those cancers that are MSI-H): poorly differentiated/undifferentiated histology; lymphatic/vascular invasion; bowel obstruction; <12 lymph nodes examined; perineural invasion (PNI); localized perforation; close, indeterminate, positive margins; or high-tier tumor budding. In high-risk stage II patients, there are no data that correlate risk features and selection of chemotherapy.^s There are insufficient data to recommend the use of multi-gene assay panels to determine adjuvant therapy.^t While non-inferiority of 3 mo vs. 6 mo of CAPEOX has not been proven, 3 mo of CAPEOX numerically appeared similar to 6 mo of CAPEOX for 5-year overall survival (82.1% vs. 81.2%; hazard ratio [HR], 0.96), with considerably less toxicity (Andre T, et al. Lancet Oncol 2020;21:1620-1629). These results support the use of 3 mo of adjuvant CAPEOX over 6 mo in the vast majority of patients with stage III colon cancer. In patients with colon cancer, staged as T1–3, N1 (low-risk stage III), 3 mo of CAPEOX is non-inferior to 6 mo for disease-free survival (DFS); non-inferiority of 3 mo vs. 6 mo of FOLFOX has not been proven. In patients with colon cancer staged as T4, N1–2 or T any, N2 (high-risk stage III), 3 mo of FOLFOX is inferior to 6 mo for DFS, whereas non-inferiority of 3 mo vs. 6 mo of CAPEOX has not been proven. Grade 3+ neurotoxicity rates are lower for patients who receive 3 mo vs. 6 mo of treatment (3% vs. 16% for FOLFOX; 3% vs. 9% for CAPEOX). Grothey A, et al. N Engl J Med 2018;378:1177-1188.^u There is currently insufficient evidence to recommend routine use of circulating tumor DNA (ctDNA) assays outside of a clinical trial. De-escalation of care is not recommended based on ctDNA results. Participation in clinical trials is encouraged.

Le contexte: chimio et critères de haut risque

- Critères de haut risque ^(NCCN):
 - Pauvrement différencié, LVI+, occlusion colique, < 12 gg, EPN+, perforation localisée, marges positives, proches ou indéterminées, tumour budding
- Corrélation imparfaite entre critères de haut risque et risque de récurrence
- < 5% de bénéfiques de survie chez patients avec critères de haut risque
 - Exposition potentiellement inutile à de la chimiothérapie pour plusieurs

Le contexte: qui traiter?

- **Nécessité de trouver un prédicteur de risque de récurrence plus fiable que les critères clinico-pathologiques classiques pour déterminer quels patients bénéficieront d'un tx adjuvant, et quels sont chez qui on peut l'omettre sans compromis oncologique**
 - Résultats décevants ou incertains avec analyses tissulaires et biomarqueurs variés

Le contexte: AND tumoral circulant (ADNtc)

- • **Mesure sérique ("biopsie liquide")**
 - Évidence de maladie résiduelle minime qui pourrait être la source d'une éventuelle récurrence
- **Mesure de l'ADNtc post-résection colique oncologique**
 - **Présence: > 80% récurrence sans tx adjuvant**
 - Bénéfices de tx adjuvant chez ces patients =?
 - **Absence: faible risque de récurrence**

La question

- **Est-ce que l'ADNtc peut servir de biomarqueur pour identifier quels patients avec ADK colique de stade II bénéficieraient de chimiothérapie adjuvante, et chez quels patients on peut l'omettre sans augmenter le risque de récurrence?**

L'étude DYNAMIC

- **ERC phase 2, de non-infériorité**
 - Compare tx adjuvant guidé par ADNtc vs tx standard
- Hypothèse: Tx guidé par ADNtc pourrait réduire l'utilisation de chimiothérapie adjuvante sans impact sur la récurrence post-opératoire

L'étude: les issues

- **Issue primaire:**
 - Survie sans récurrence à 2 ans
- **Issues secondaires**
 - Utilisation de chimiothérapie adjuvante
 - Survie sans récurrence à 3 ans
 - Survie sans récurrence chez patients ADNtc + et ADNtc- dans le groupe guidé par ADNtc
 - Délai avant récurrence
 - Survie globale
- **Issues exploratoires (pas rapportées dans le papier)**
 - Taux de clairance de l'ADNtc chez patients + traités avec chimio
 - Peur de la récurrence
 - Rapport coûts-bénéfices

La méthodologie

- **Inclusion**
 - **ADK colique ou rectal stade II**
 - **Résection oncologique**
 - **ECOG 0 à 2**
 - **Médicalement capable de recevoir du 5 FU ou de l'oxaliplatine**
- **Exclusion**
 - **Évidence de maladie métastatique au CT TAP de 8 semaines post-op**
 - **ATCD d'un autre cancer dans les 3 ans précédants**
 - **ADK colo-rectal synchrone**
 - **Tx néo-adjuvant**

Méthodologie: le suivi

- **Suivi x 5 ans**

- **CEA q 3 mois x 24 mois puis q 6 mois x 36 mois**
- **CT TAP C+ q 6 mois x 24 mois, puis à 36 mois**

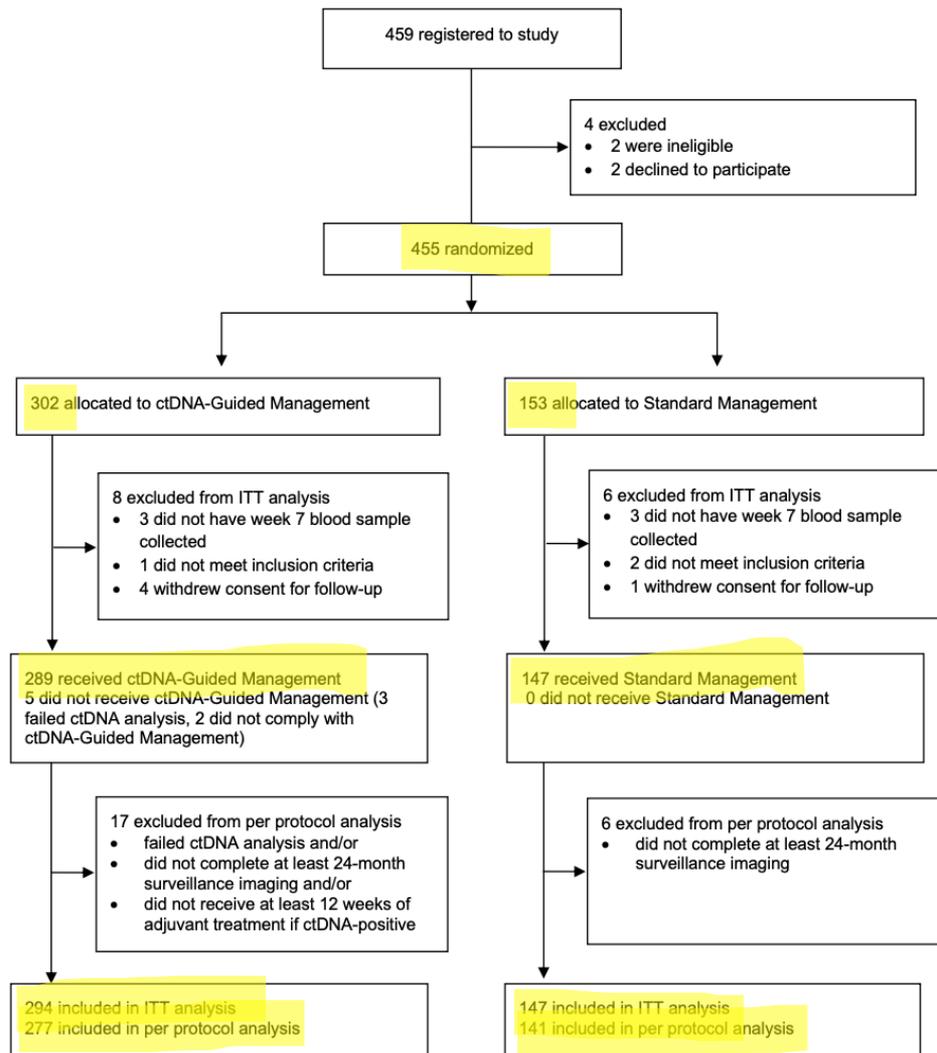
Analyse statistique

- Échantillon calculé pour assurer au moins 30 patients ADNtc + et marge de non-infériorité acceptable de 8,5% pour la survie sans récidence à 2 ans
- Besoin de 450 patients en présumant 84% de SSR à 2 ans avec tx standards et 85% avec tx guidé par ADNtc et drop-out de 10% des patients
- Analyse intention-to-treat

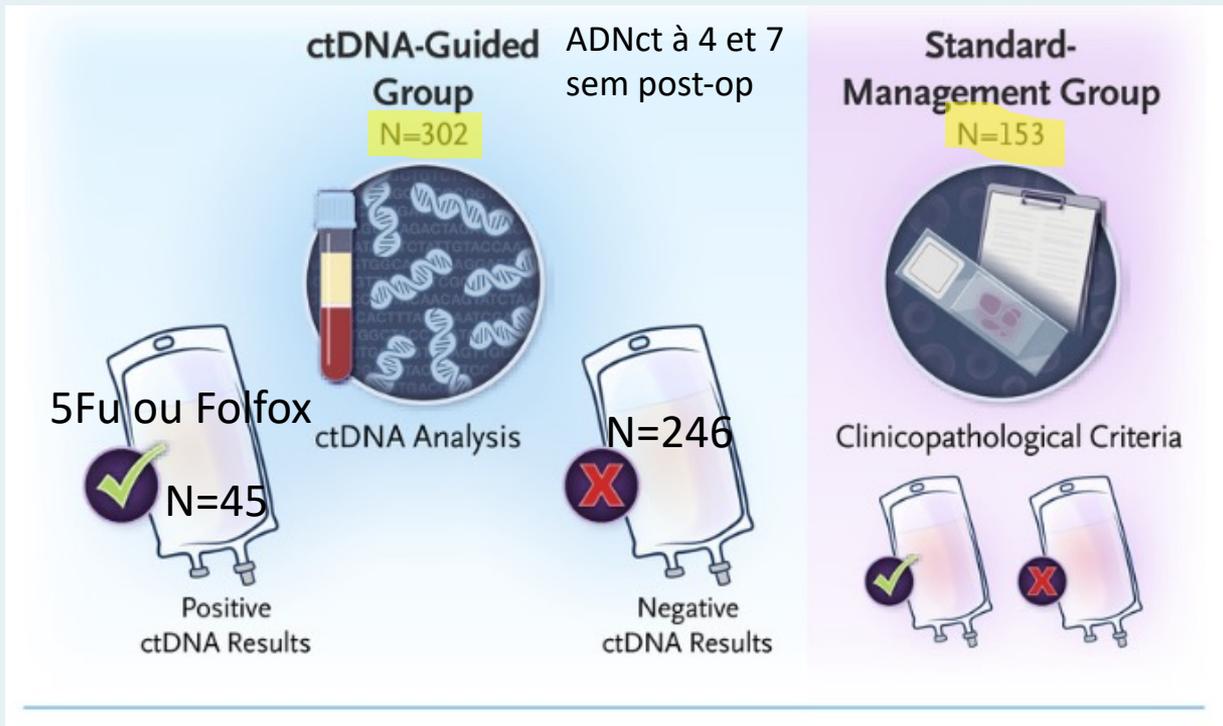
Résultats

23 centres
australiens entre
2015 et 2019

Suivi médian 37
mois



- 455 patients post-op résection pour ADK colo-rectal stade II, randomisation 2:1



Groupe ADNtc

- **Succès de la technique pour 99% des patients (291/294)**
 - 45 ADNtc+ (15,4%)
 - 1 n'a pas reçu de chimio
 - ADNtc -
 - 1 a reçu de la chimio

Table 1. Characteristics of the Patients at Baseline in the Intent-to-Treat Population.^a

Characteristic	Standard Management (N=147)	ctDNA-Guided Management (N=294)	Overall (N=441)
Male sex — no. (%)	81 (55)	154 (52)	235 (53)
Median age (range) — yr	62 (28–84)	65 (30–94)	64 (28–94)
Age group — no. (%)			
≤70 yr	113 (77)	207 (70)	320 (73)
>70 yr	34 (23)	87 (30)	121 (27)
ECOG performance-status score — no./total no. (%) [†]			
0	124/147 (84)	226/293 (77)	350/440 (80)
1	20/147 (14)	65/293 (22)	85/440 (19)
2	3/147 (2)	2/293 (1)	5/440 (1)
Type of center — no. (%)			
Metropolitan	121 (82)	240 (82)	361 (82)
Regional	26 (18)	54 (18)	80 (18)
Primary tumor site — no. (%) [‡]			
Left side	78 (53)	126 (43)	204 (46)
Right side	69 (47)	168 (57)	237 (54)
Tumor stage — no. (%)			
T3	127 (86)	250 (85)	377 (85)
T4	20 (14)	44 (15)	64 (15)
Poor tumor differentiation — no. (%)	17 (12)	43 (15)	60 (14)
Lymph node yield <12 — no. (%)	7 (5)	13 (4)	20 (5)
Tumor perforation — no. (%)	7 (5)	7 (2)	14 (3)
Bowel obstruction — no./total no. (%) [†]	18/147 (12)	26/291 (9)	44/438 (10)
Lymphovascular invasion — no. (%)	38 (26)	82 (28)	120 (27)
Deficient mismatch repair — no. (%)	27 (18)	59 (20)	86 (20)
Clinical risk group — no./total no. (%) [§]			
High	60/147 (41)	116/293 (40)	176/440 (40)
Low	87/147 (59)	177/293 (60)	264/440 (60)
Median time from surgery to randomization (IQR) — days	33 (28–41)	32 (28–39)	32 (28–39.5)

^a The abbreviation ctDNA denotes circulating tumor DNA, and IQR interquartile range.

[†] Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance-status scores range from 0 to 5, with higher numbers reflecting greater disability.

[‡] A tumor on the left side was defined as a tumor arising in the area from the splenic flexure to the rectum; a tumor on the right side was defined as a tumor arising in the area from the cecum to the transverse colon.

[§] Clinical high risk was defined as the presence of tumors with proficient mismatch repair along with any clinicopathological risk feature, including T4 extension, poor tumor differentiation, a lymph node yield of less than 12, lymphovascular invasion, tumor perforation, or bowel obstruction. Clinical low risk was defined as the presence of a tumor with deficient mismatch repair or a tumor with proficient mismatch repair and none of the above risk features. One case could not be classified because of missing information on bowel obstruction.

- Patients comparables sauf cancer colique droit surreprésenté ds groupe ADNtc
- Âge médian 64 ans
- T4: 15%
- 5% < 12 gg
- Critères de haut risque: 40% patients

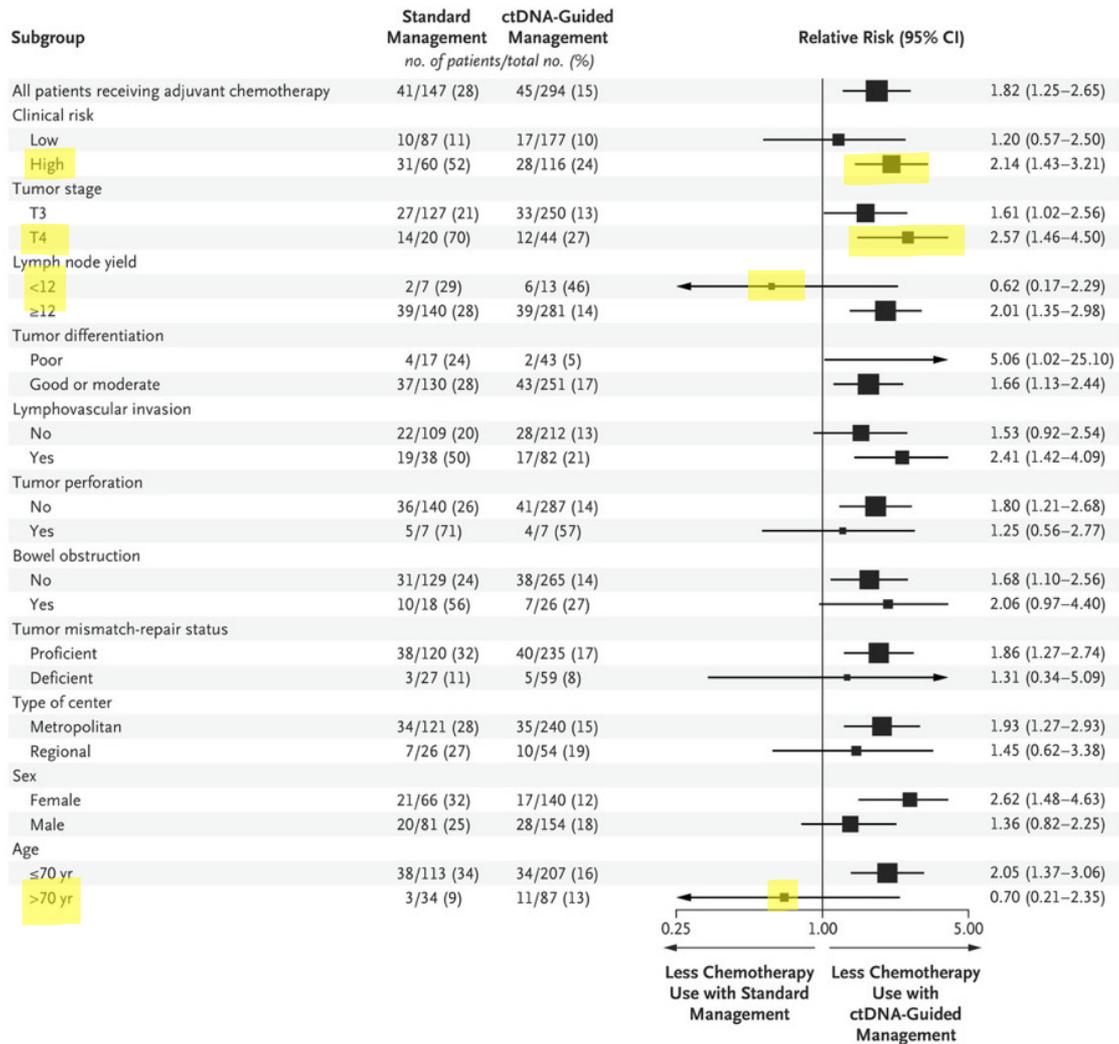
Table 2. Treatment Delivery and Adherence.*

Treatment Characteristic	Standard Management (N = 147)	ctDNA-Guided Management (N = 294)	Relative Risk (95% CI)
Adjuvant chemotherapy received — no. (%)			
No	106 (72)	249 (85)	
Yes	41 (28)	45 (15)	1.82 (1.25–2.65)
Chemotherapy regimen received — no./total no. (%)			
Oxaliplatin-based doublet	4/41 (10)	28/45 (62)	
Single-agent fluoropyrimidine	37/41 (90)	17/45 (38)	2.39 (1.62–3.52)
Median time from surgery to start of chemotherapy (IQR) — days	53 (49–61)	83 (76–89)	Délais d'obtention de l'ADNtc
Median treatment duration (IQR) — wk	24 (21–24)	24 (19–24)	
Reason for stopping chemotherapy — no./total no. (%)			
Completion of planned treatment	32/41 (78)	38/45 (84)	
Disease relapse	1/41 (2)	0/45 (0)	
Patient request	1/41 (2)	1/45 (2)	
Toxic effects	7/41 (17)	6/45 (13)	
Percentage of full dose delivered			
Mean	77±26	74±24	
Median (IQR)	84 (64–100)	78 (56–100)	

* Plus-minus values are means ±SD. CI denotes confidence interval.

Résultats: chimiothérapie

- **Groupe ADNtc reçoit moins de chimio que groupe standard**
 - 15% vs 28%
 - **Tendance vue pour tous sous-groupes**
 - Sauf < 12 gg, et > 70 ans
 - Plus marquée pour sous-groupes T4 (RR 2,57) et tumeurs pauvrement différenciées (RR 5,06)
 - RR 2,14 pour critères de haut risque

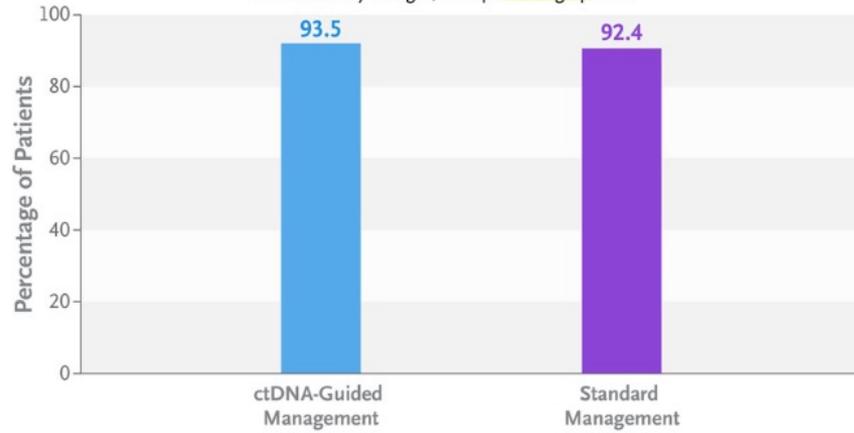


Résultats: récurrence

- **43 événements (récurrence ou décès) à 2 ans**
 - Différence absolue de 1,1% entre les 2 groupes
 - Seuil de non-infériorité de 8,5%
- **SSR à 3 ans**
 - 91,7% groupe ADNtc vs 92,4% groupe standard
HR 0,96 CI 0,51 à 1,82
- **Résultats maintenus dans les différents sous-groupes**

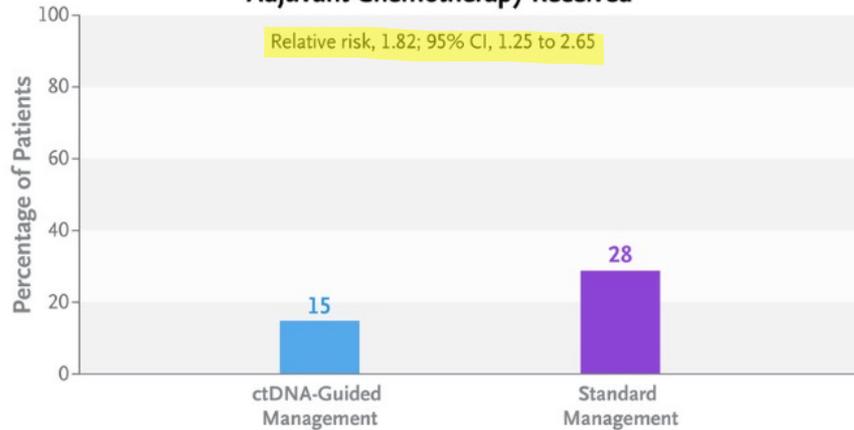
2-Year Recurrence-free Survival

Absolute difference, 1.1 percentage points; 95% CI, -4.1 to 6.2
Noninferiority margin, -8.5 percentage points

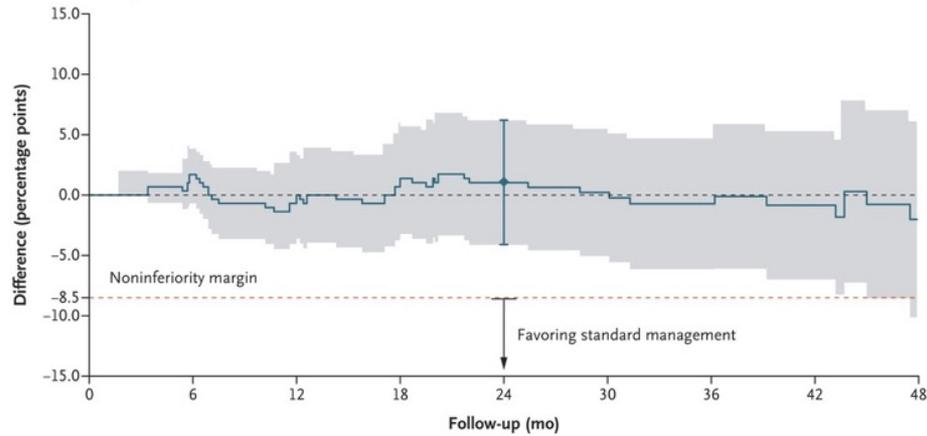


Adjuvant Chemotherapy Received

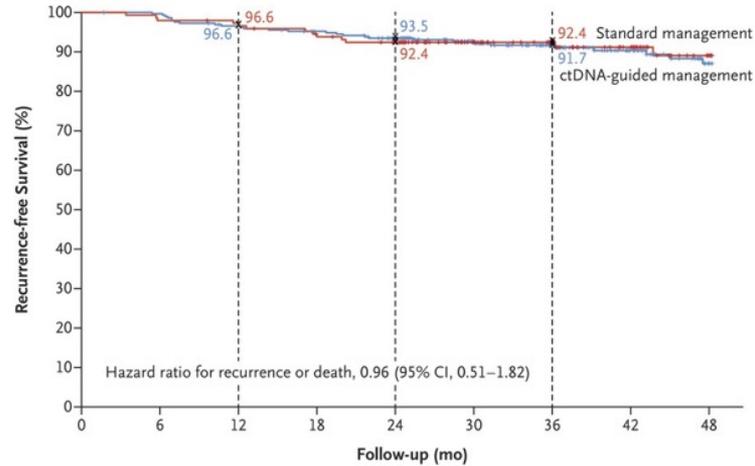
Relative risk, 1.82; 95% CI, 1.25 to 2.65



A Between-Group Differences in Recurrence-free Survival



B Kaplan–Meier Estimates of Recurrence-free Survival

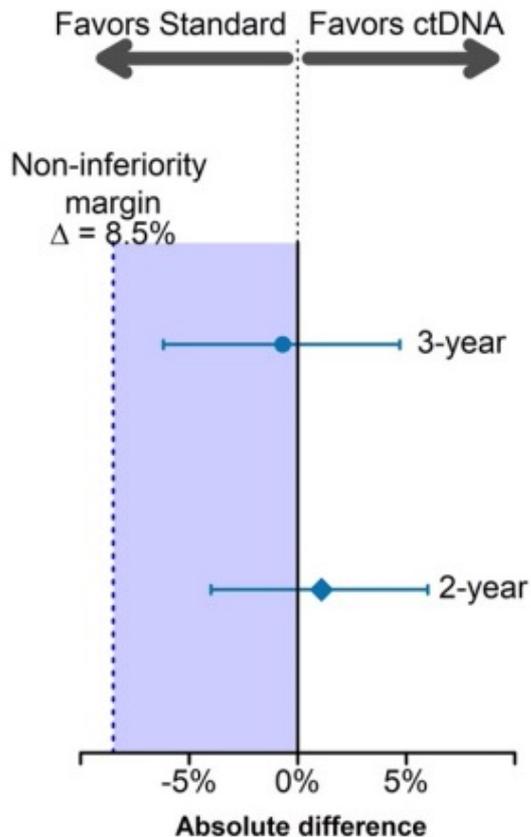


No. at Risk

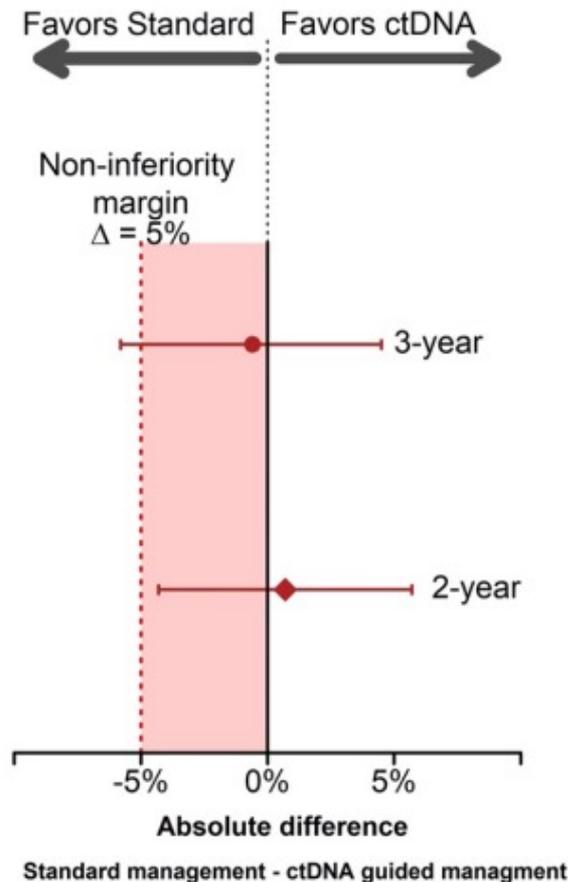
Standard management	147	144	142	136	128	97	78	57	33
ctDNA-guided management	294	292	281	273	259	207	155	109	64



(a) RFS

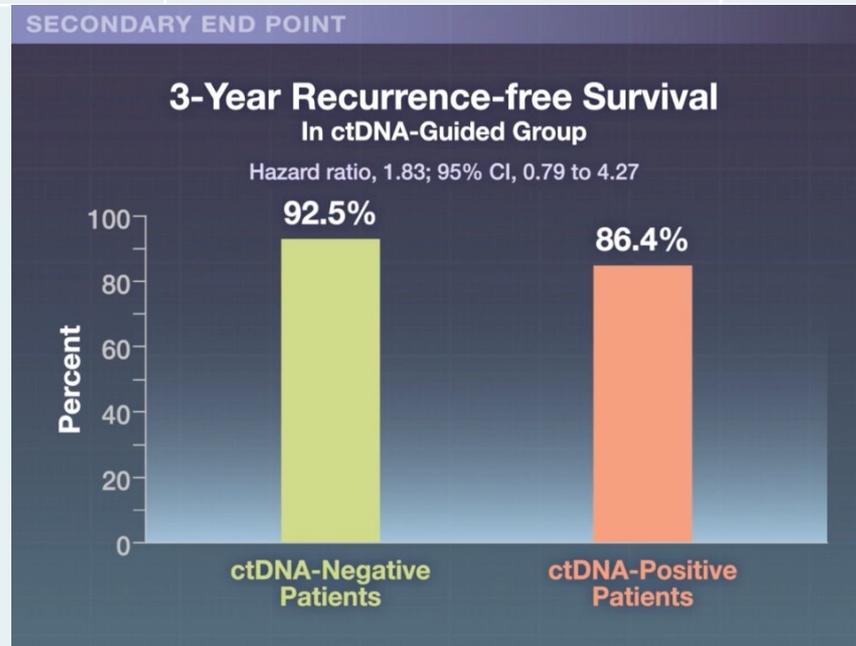


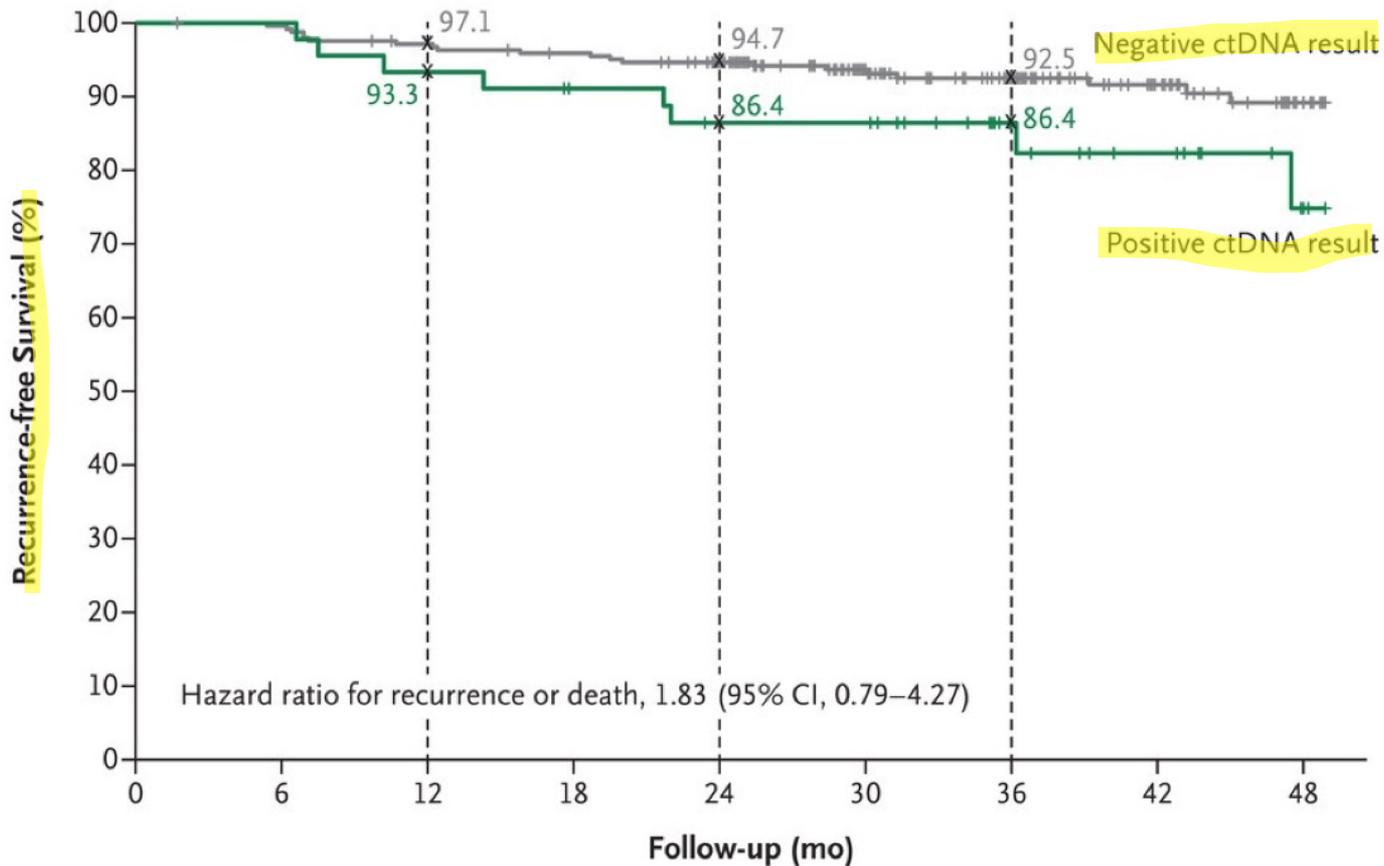
(b) TTR



Les résultats selon statut ADNtc

	ADNtc + (45)	ADNtc - (246)
Récidive/décès	18% (8)	6% (15)
SSR à 3 ans	86,4%	92,5%





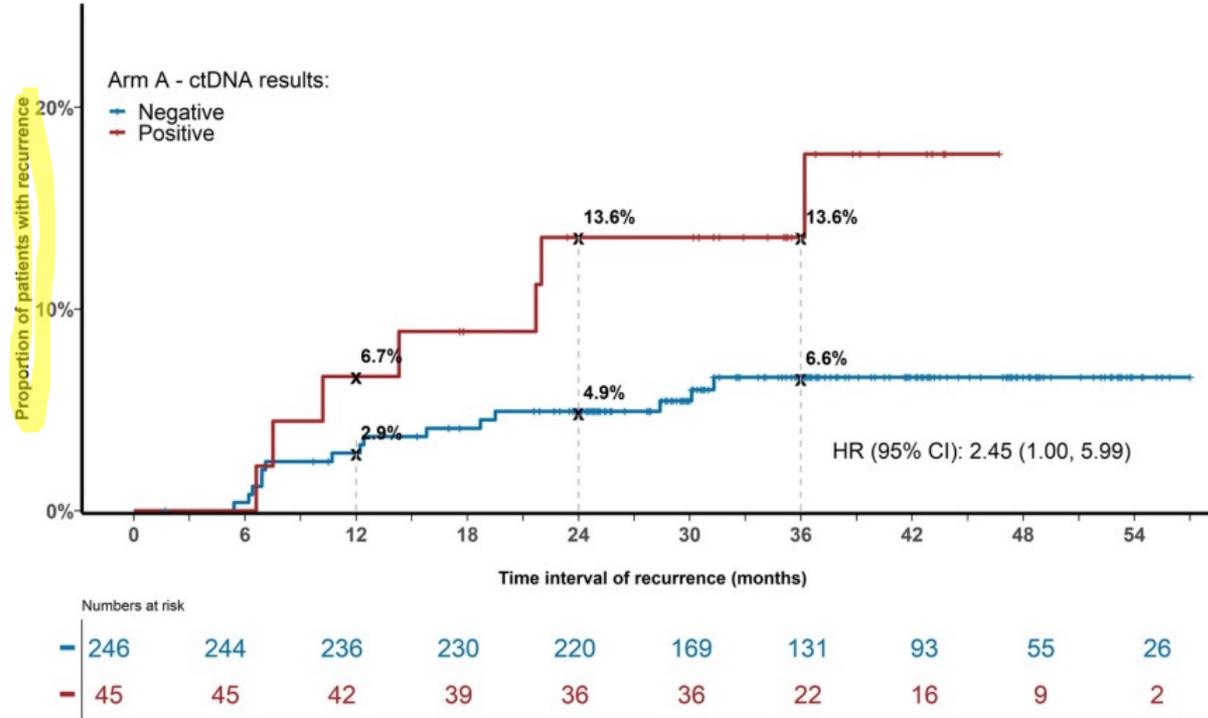
No. at Risk

Negative ctDNA result
Positive ctDNA result

246	244	236	231	220	169	131	93	55
45	45	42	39	36	36	22	16	9

Figure S8. Cumulative Incidence of Recurrence According to ctDNA Status in ctDNA-Guided Group

Kaplan-Meier estimates of recurrence rates at 1-year, 2-year and 3-year landmarks for ctDNA-positive and ctDNA-negative patients are shown. The 3-year rate of recurrence was 13.6% in treated ctDNA-positive patients and 6.6% in the untreated ctDNA-negative patients, indicating worse prognosis in ctDNA-positive patients despite adjuvant treatment.



Sous-groupe ADNtc+

- **Tx avec 5FU seul**
 - 76% SSR
- **Tx avec doublet oxaliplatine**
 - 92,6%
 - **Besoin de plus de patients pour vérifier si ceci est significatif**

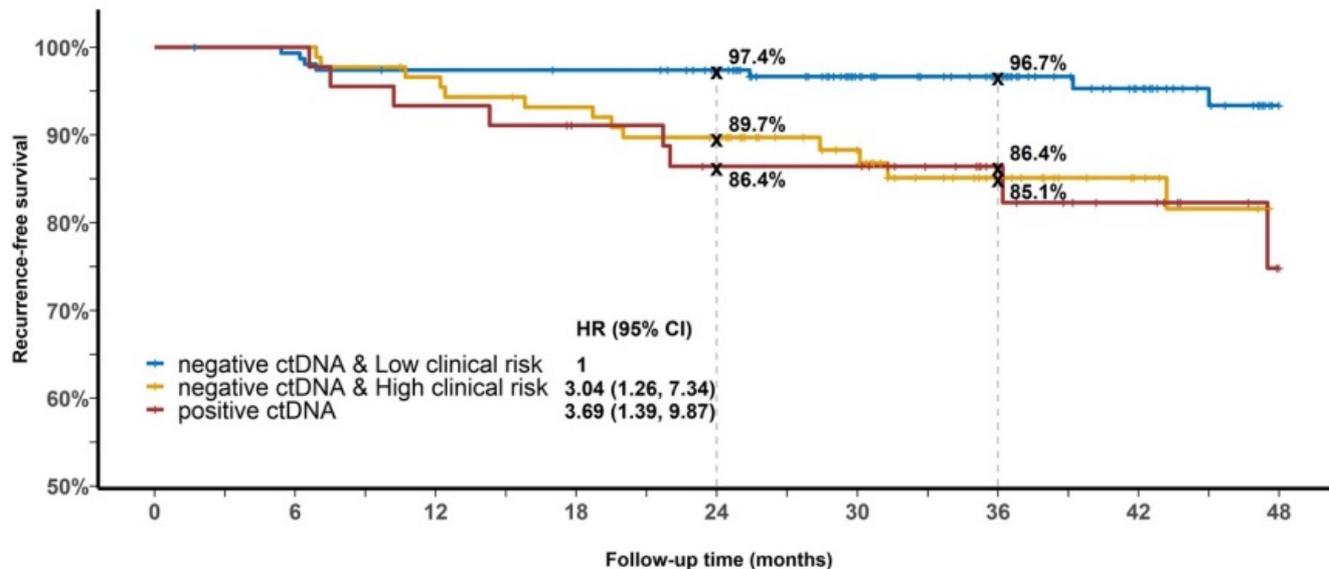
Sous-groupe ADNtc -

- • **SSR à 3 ans selon critères de haut risque**
 - 96,7% si faible risque
 - 85,1% si haut risque (HR 3,04 CI95% 1,26-7,34)
- **SSR selon T**
 - T3 94,2%
 - T4 81,3% (HR 2,60 IC 95% 1,01-6,71)

Figure S9. Recurrence-Free Survival for ctDNA-Guided Patients, according to ctDNA Status and Clinical Risk

Kaplan–Meier estimates of recurrence-free survival according to ctDNA results (positive or negative) and clinical risk group for ctDNA-negative patients. The effect of ctDNA-positive status by clinical risk was not examined due to the small total number of patients with a ctDNA-positive result. By design, ctDNA-positive patients received adjuvant chemotherapy while ctDNA-negative patients (regardless of clinical risk) did not. 96.7% of patients with low-risk clinic-pathologic features and a ctDNA-negative result were alive and disease-free at 3 years.

ctDNA-Guided Patients



La discussion

- Tx adjuvant guidé par le statut d'ADNtc permet de d'omettre la chimiothérapie chez 47% des patients sans impact délétaire sur la SSR/mortalité
- Risque de récidence faible sans tx adjuvant avec ADNtc -

La discussion

- **Groupe ADNtc +**

- **Bénéfice considérable de la chimiothérapie, surtout doublet avec oxaliplatine, vu faible taux de récurrence par rapport à la littérature existante**

- **14% à 3 ans vs >80% sans tx adjuvant**

- **TTR court dans la littérature chez pts non-traités, moins de 2 ans**

La discussion

- • **Délais avant de commencer la chimio plus longs que recommandations (> 11 semaines vs < 8 semaines recommandées)**
 - Ne semble pas avoir d'impact, mais effets à plus long terme inconnus
 - Possibilité de commencer après le test de 4 semaines si positif plutôt que de commencer après le combiné avec 7 semaines, à étudier

Discussion

- **Comparaison entre groupes standards à haut risque et groupe ADNtc - à haut risque à étudier**
- **Études supplémentaires à venir**
- **Corrélation avec MMR à venir**

5: Infiltration péri-tumorale d'anesthésiques locaux per-mastectomie



Question 7

- **Utilisez-vous une forme d'anesthésique local lors de vos mastectomies (partielle ou totale)?**
 - 1: Oui, injection pré-opératoire d'anesthésique en péri-tumoral**
 - 2: Oui, injection ou irrigation de la cavité de mastectomie avec un anesthésique local après la résection**
 - 3: Oui, bloc régional par l'anesthésiste**
 - 4: Non**

Effect of Peritumoral Infiltration of Local Anesthetic Before Surgery on Survival in Early Breast Cancer

Rajendra A. Badwe, MS¹; Vani Parmar, MS, DNB¹; Nita Nair, MS, DNB, MCh, MRCS¹; Shalaka Joshi, MS¹; Rohini Hawaldar, BSc, DCM¹; Suraj Pawar, MS, FICS, FAIS, FMAS, FIAGES²; Geeta Kadayaprath, MS, FRCS³; Bibhuti B. Borthakur, MS⁴; Subramanyeshwar Rao Thammineedi, MS, MCh, FMAS⁵; Shashank Pandya, MBBS, MS, MCh⁶; Satheesan Balasubramanian, MS, DNB, MCh⁷; Priyadarshan V. Chitale, MBBS, MS⁸; Rakesh Neve, MBBS, MS, DNB⁹; Caleb Harris, MS, MCh¹⁰; Anurag Srivastava, PhD, MPH, MS, FRCS¹¹; Shabina Siddique, MSc¹; Vaibhav J. Vanmali, BCom, ADCSSAA, PGDCR¹; Ashwini Dewade, MSc¹; Varsha Gaikwad, MSc¹; and Sudeep Gupta, MBBS, MD, DM¹

ASCO®

Journal of Clinical Oncology®

1



Le contexte

- La résection de la tumeur mammaire pourrait encourager la dissémination tumorale ou la croissance de micro-métastases pré-existantes, menant à une maladie métastatique.
- Modulation de protéines Tyrosine kinase non-récepteur et des canaux sodiques avec les anesthésiques locaux. La suppression de ces voies peut inhiber la prolifération cellulaire, la mobilité, l'envahissement et faciliter l'adhésion focale, pouvant réduire la capacité métastatique de la tumeur primaire (études conflictuelles)

En français

- Hypothèse: l'infiltration péri-tumorale d'anesthésiques locaux pourrait réduire le potentiel métastatique de la tumeur, menant à une diminution des récurrences et une augmentation de la survie

L'étude

- Étude randomisée multicentrique (11 centres en Inde) pour évaluer l'impact de l'infiltration péritumorale préopératoire d'anesthésique local sur la survie sans maladie en cancer du sein
- Suivi médian 68 mois

Les issues à l'étude

- Primaire
 - Survie sans maladie
 - Temps avant récurrence loco-régionale, à distance, au sein controlatéral, ou décès
- Secondaire
 - Survie globale
 - Temps avant décès de toute cause

Méthodologie: les patientes

- Inclusion
 - Cancer du sein précoce, opérable
 - cN0 ou cN1
 - ECOG 0
- Exclusion
 - Exérèse ou biopsie incisionnelle préalable de la tumeur
 - Tx néo-adjuvant (chimio ou hormonothérapie)
 - Maladie métastatique

Méthodologie: l'infiltration

- Solution de 0,5% de lidocaïne en péri-tumoral autour des 6 faces tumorales après anesthésie générale
- 7-10 minutes avant la chirurgie
- Reste de la procédure selon méthode habituelle (soit MP ou MRM)
- Ptes dans le groupe contrôle pas injectées

Méthodologie: tx adjuvant

- Toutes les patientes planifiées pour tx adjuvant
 - 6 cycles anthracycline pour N0
 - 4 cycles anthracyclines + 12 semaines de taxanes pour les N+
 - + 12 semaines à 12 mois de trastuzumab si Her2neu +, si disponible
 - RøRx pour toutes patientes avec MP, et toutes patientes avec MRM N+ ou T3 ou plus
- Tamoxifen si RH+ et pré-ménopause, inhibiteur de l'aromatase si RH+ et post-ménopause, x 5 ans

Méthodologie: suivi

- Suivi clinique + examen des seins q 6 mois
- Mammographie q 18-24 mois
- Bilan d'extension ou imagerie supplémentaire sur une base symptomatique ou si récurrence loco-régionale

Méthodologie

- Statistiques

- Hypothèse d'amélioration de la survie sans maladie de 7%

- Recrutement estimé à 5 ans, durée totale de l'étude de 10 ans
 - Besoin de 538 événements de SSM
 - Échantillon estimé à 1600 patientes

Méthodologie

- Mais:
 - 7 ans pour recruter 1588 patientes
 - Seulement 99 événements de SSM
- Plan statistique révisé pour détecter une amélioration de 6% de SSM
- 2 analyses intérimaires

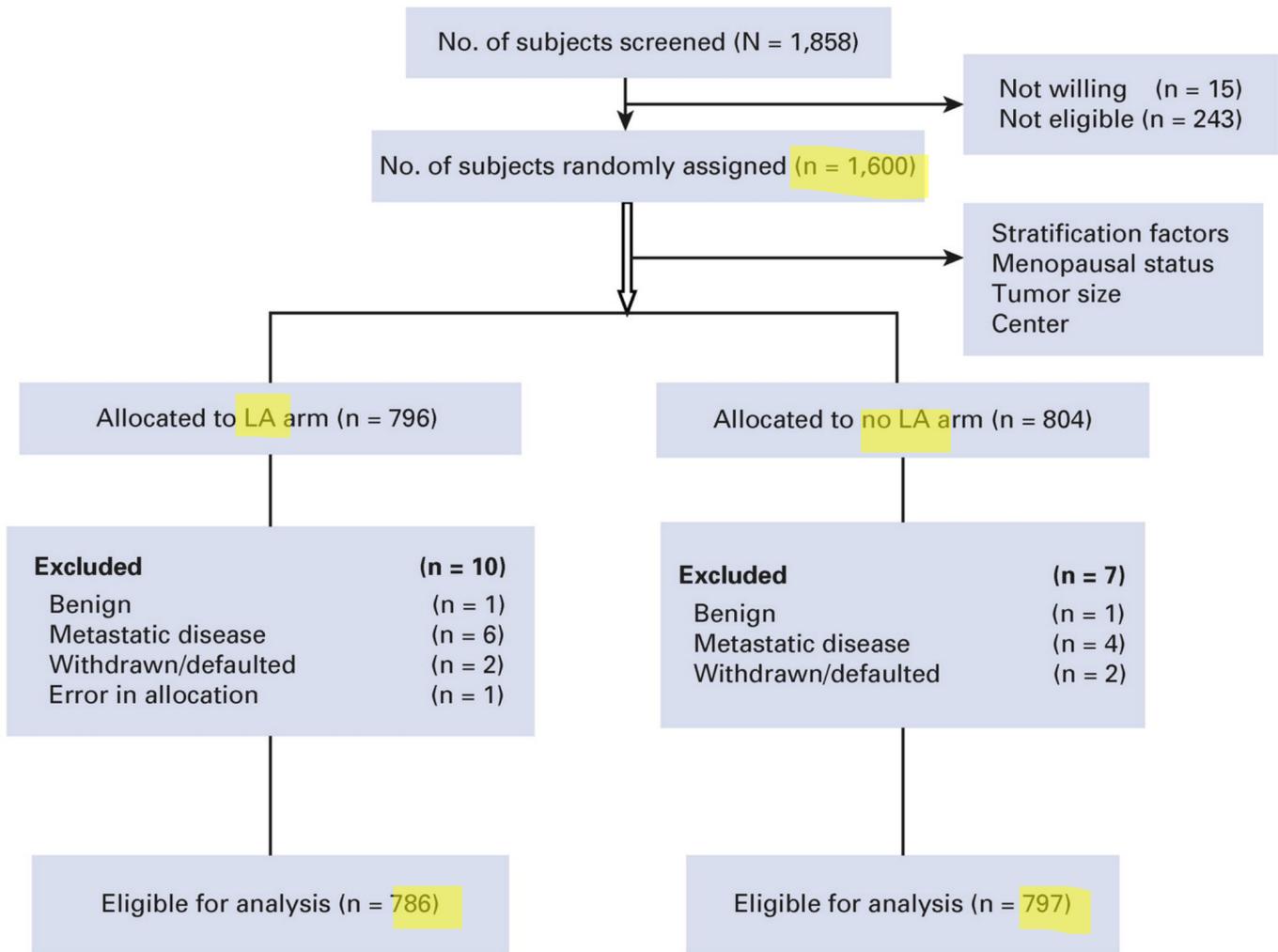


TABLE 1. Patient and Tumor Characteristics

Characteristic	Arm: LA (n = 786)	Arm: No LA (n = 797)	Total (N = 1,583)
Age, years			
Mean	51.32	51.24	51.29
Median	51.00	51.0	51.0
Range	22-79	24-84	22-84
≤50, No. of patients (%)	392 (49.9)	392 (49.2)	784 (49.5)
>50, No. of patients (%)	394 (50.1)	405 (50.8)	799 (50.5)
Menopausal status, No. of patients (%)			
Premenopausal	309 (39.3)	321 (40.2)	630 (39.8)
Postmenopausal	477 (60.7)	476 (59.7)	953 (60.2)
Clinical tumor size, cm			
Mean	2.98	2.96	2.97
Median	3.00	3.00	3.00
Range	0.5-7.0	0.9-7.0	0.50-7.00
≤2, No. of patients (%)	184 (23.4)	194 (24.3)	378 (23.9)
2.1-5, No. of patients (%)	592 (75.3)	598 (75)	1,190 (75.2)
>5, No. of patients (%)	10 (1.3)	5 (0.6)	15 (0.95)
Pathologic tumor size, cm			
Mean	2.93	2.89	2.91
Median	3.00	3.00	3.00
Range	0.3-7.0	0.4-7.5	0.30-7.50
≤2, No. of patients (%)	162 (20.6)	161 (20.4)	323 (20.4)
>2, No. of patients (%)	617 (78.5)	627 (78.6)	1,244 (78.6)
Not known, No. of patients (%)	7 (0.9)	9 (1.0)	16 (1.0)
Grade, No. of patients (%)			
I + II (well and moderately differentiated)	197 (25.1)	206 (25.8)	403 (25.5)
III (poorly differentiated)	583 (74.2)	582 (73.1)	1,165 (73.6)
Not known	6 (0.8)	9 (1.1)	15 (0.95)
ER/PgR status, No. of patients (%)			
ER- and/or PgR-positive	518 (65.9)	542 (68.0)	1,060 (67.0)
Both negative	261 (33.2)	248 (31.1)	509 (32.2)
Not known	7 (0.9)	7 (0.9)	14 (0.88)
HER2 status, No. of patients (%)			
Negative	612 (77.9)	612 (76.8)	1,224 (77.3)
Positive	154 (19.6)	161 (20.2)	315 (19.9)
Equivocal	12 (1.5)	20 (2.5)	32 (2.0)
Not known	8 (1.0)	4 (0.5)	12 (0.8)

TNBC, No. of patients (%)

No	566 (72.0)	596 (74.8)	1,162 (73.4)
Yes	199 (25.3)	177 (22.2)	376 (23.8)
Equivocal HER2	10 (1.3)	14 (1.7)	24 (1.5)
Not known	11 (0.4)	10 (1.3)	21 (1.3)
Pathologic lymph node status, No. of patients (%)			
Negative	423 (53.8)	429 (53.8)	852 (53.8)
Positive	356 (45.3)	359 (45.1)	715 (45.2)
Not known	7 (0.9)	9 (1.1)	16 (1.0)
Surgery, No. of patients (%)			
Mastectomy	305 (38.8)	286 (35.9)	591 (37.3)
Breast conservation	474 (60.3)	502 (63.0)	976 (61.7)
No surgery*	7 (0.9)	9 (1.1)	16 (1.0)
Axillary surgery, No. of patients (%)			
None	7 (0.9)	9 (1.1)	16 (1.0)
Full axillary dissection	522 (67.0)	535 (67.9)	1,057 (66.8)
Sentinel lymph node biopsy	33 (4.2)	38 (4.8)	71 (4.5)
Low axillary sampling	224 (28.8)	215 (27.3)	439 (27.7)
RT, No. of patients (%)			
No RT advised	174 (22.1)	166 (20.8)	340 (21.5)
Post-BCS RT	449 (57.1)	472 (59.2)	921 (58.2)
Postmastectomy RT	134 (17.1)	138 (17.4)	272 (17.2)
Not known	29 (3.7)	21 (2.6)	50 (3.2)
HER2-targeted therapy (in HER2-positive), No. of patients (%)			
Received	n = 154	n = 161	315
	54 (35.1)	55 (34.2)	109 (34.6)
Not received	100 (64.9)	106 (65.8)	206 (65.4)
Adjuvant endocrine therapy (in ER-/PgR-positive patients), No. of patients (%)			
	n = 518	n = 542	1,060
Tamoxifen only	221 (42.7)	237 (43.7)	458 (43.2)
Aromatase inhibitor only	203 (39.2)	227 (41.9)	430 (40.6)
Tamoxifen and aromatase inhibitor (sequential)	51 (9.8)	39 (7.2)	90 (8.5)
Prescribed but not taken by patient	7 (1.4)	8 (1.5)	15 (1.4)
Not prescribed	29 (5.5)	23 (4.2)	52 (4.9)
Not known	7 (1.4)	8 (1.5)	15 (1.4)

NOTE. Demographical and clinical characteristics of the patients. There were no significant differences between the two groups. Abbreviations: AI, aromatase inhibitor; BCS, breast-conserving surgery; ER, estrogen receptor; HER2, human epidermal growth factor receptor 2; LA, local anesthetics; No LA, no local anesthetics; PgR, progesterone receptor; RT, radiotherapy; TNBC, triple-negative breast cancer.

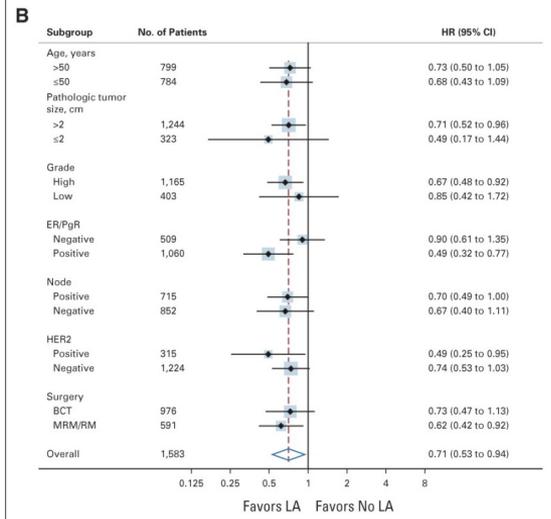
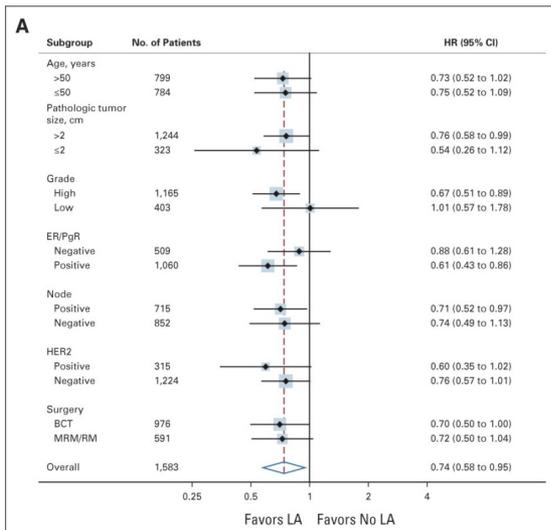
*These patients did not undergo surgery but were included in the analysis according to intention-to-treat principle.

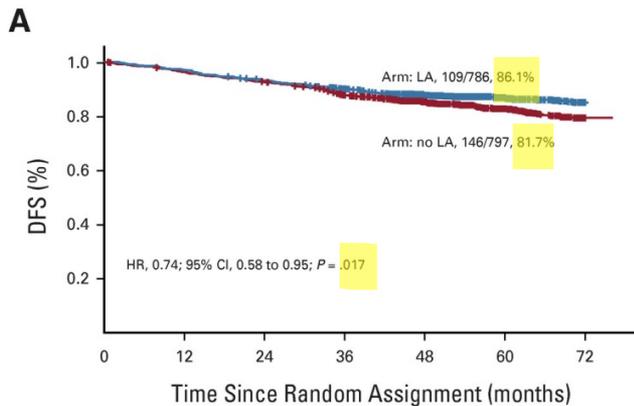
Les résultats: récurrence

- 255 événements après suivi médian de 68 mois
 - 109 groupe AL vs 146 groupe contrôle
- SSM à 5 ans
 - 86,6% groupe AL vs 82,6% groupe contrôle (HR 0,74 IC95 0,58-0,95 p= 0,017)
 - Effet retrouvé dans tous les sous-groupes
 - Même en comparant MT vs MP
 - Effet conservé sans égard à l'utilisation de trastuzumab ou pas

Les résultats: mortalité

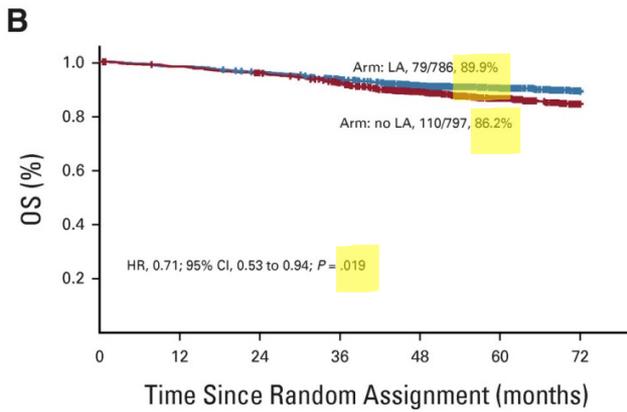
- 189 décès
 - 79 groupe AL vs 110 groupe contrôle
- Survie globale à 5 ans
 - 90,1% groupe AL vs 86,4% groupe contrôle
 - HR 0,71 IC 95% 0,53 à 0,94 p=0,019
- Effet maintenu dans tous les sous-groupes (p=0,003)





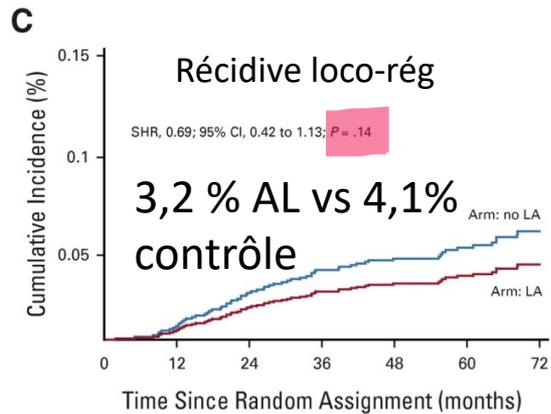
No. at risk:

LA	786	762	728	687	592	430	316
No LA	797	764	734	677	568	409	294



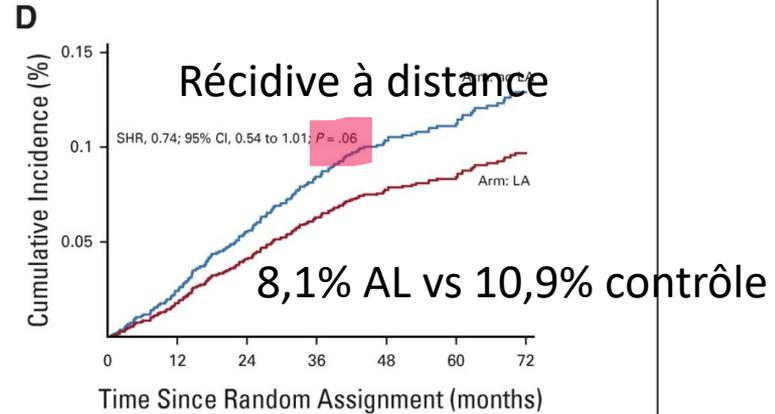
No. at risk:

LA	786	772	753	713	618	452	334
No LA	797	780	758	710	519	425	311



No. at risk:

LA	786	762	728	687	592	430	316
No LA	797	764	734	677	568	409	294



No. at risk:

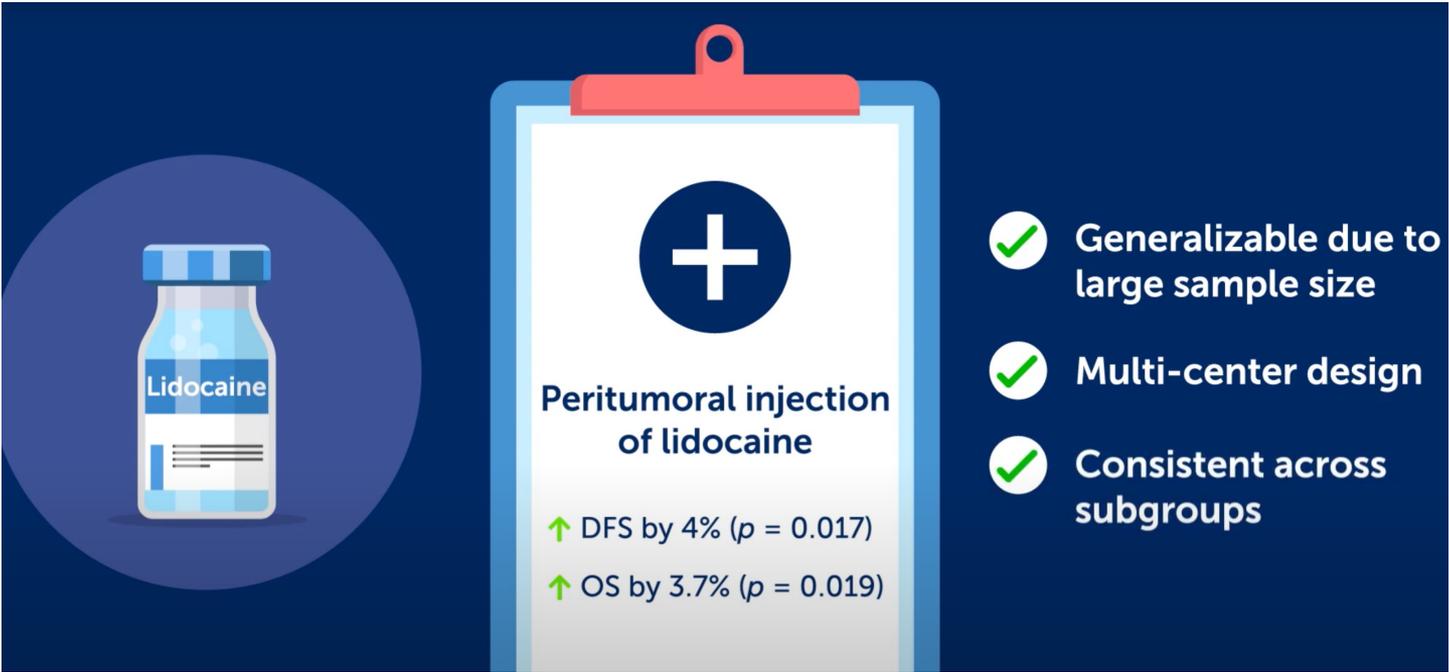
LA	786	762	728	687	592	430	316
No LA	797	764	734	677	568	409	294

TABLE 2. Multivariable Cox Regression Analyses for DFS and OS

Variable/Factor	DFS			OS		
	HR	95% CI	Significance	HR	95% CI	Significance
Arm						
No LA	1					
LA	0.69	0.53 to 0.88	.004	0.64	0.47 to 0.86	.003
Age, years						
≤50	1					
>50	1.35	1.05 to 1.74	.02	1.85	1.36 to 2.51	<.001
Pathologic tumor size, cm						
≤2	1					
>2	1.63	1.12 to 2.38	.01	2.40	1.41 to 4.08	.001
Grade						
I + II (well + moderately differentiated)	1					
III (poorly differentiated)	1.28	0.92 to 1.80	.15	1.41	0.94 to 2.13	.10
ER/PgR						
Positive	1					
Negative	1.82	1.40 to 2.37	<.001	2.49	1.83 to 3.38	<.001
HER2						
Negative	1					
Positive	1.08	0.80 to 1.45	.64	0.96	0.68 to 1.37	.84
Axillary lymph nodes						
Negative	1					
Positive	2.29	1.76 to 2.97	<.001	2.59	1.90 to 3.54	<.001

Abbreviations: DFS, disease-free survival; ER, estrogen receptor; HER2, human epidermal growth factor receptor 2; HR, hazard ratio; LA, local anesthetics arm; no LA, no local anesthetics; OS, overall survival; PgR, progesterone receptor.





Lidocaïne

+

Peritumoral injection of lidocaine

- ↑ DFS by 4% ($p = 0.017$)
- ↑ OS by 3.7% ($p = 0.019$)

- ✓ Generalizable due to large sample size
- ✓ Multi-center design
- ✓ Consistent across subgroups

Pas d'événements adverses secondairement à l'infiltration de lidocaïne

Réduction risque relatif de 26% Pour la récurrence et de 29% pour les décès

La discussion

- Résultats statistiquement significatifs et maintenus parmi tous les sous-groupes
- Pas étudiés en post-néo-adjuvant
- Étude amendée conçue pour détecter une différence absolue de 6%
 - Elle n'a détecté que 4%
 - Ceci est quand même intéressant vu le nombre de patients atteintes de cancer du sein

Les limites

- Pas de placebo, pas à double aveugle
- Sous-utilisation du trastuzumab pour considérations financières

Les limites

- Contexte oncologique différent en Inde par rapport au monde occidental
 - Toutes les patientes de l'étude ont eu de la chimio adjuvante
 - Utilisation de chimiothérapie néo-adjuvante pour les cancers triples-négatifs et Her-2-neu en occident
 - Utilisation de trastuzumab chez la majorité des patientes Her2neu+ en adjuvant en occident, vs 32% dans l'étude
 - Technique systématique du ganglion sentinelle chez patientes cN0 en occident vs DA dans l'étude
 - RøRx chez seulement 58% des patientes post MP
 - Utilisation de harpons ou billes pour les tumeurs non-palpables en occident, pas mentionné dans le protocole de l'étude ni le supplément

Les limites

- L'effet serait-il encore vu si les patientes avaient ce qu'on considère être le tx standard en occident
 - RøRx post-MP, trastuzumab si Her +
 - Moins de MT, moins de DA
 - Omission de chimiothérapie systématique

Les limites

- Applicabilité pour les tumeurs non-palpables?
 - Moins de risque de dissémination ou métastases si plus précoce? Y a-t-il un bénéfice de l'infiltration si déjà faible risque?
 - Infiltration devrait alors se faire sous écho, enjeu technique supplémentaire

- MAIS: considérant le faible coût, la disponibilité de la molécule, la facilité du geste et l'absence d'effets délétaires de l'infiltration, et le potentiel d'effets bénéfiques sur la survie globale et sans maladie, cette approche demeure intéressante
- Combinaison avec le bloc pectoral?
 - Études antérieures ne montraient pas d'avantages avec l'anesthésie régionale

Question 8

- Après la lecture de cet article, comptez-vous utiliser des anesthésiques locaux pour vos mastectomies?
 - 1: oui
 - 2: non, je ne suis pas convaincu(e)

RÉFÉRENCES

1. **Lazzeroni et al: Randomized Placebo Controlled Trial of Low-Dose Tamoxifen to Prevent Recurrence in Breast Noninvasive Neoplasia: a 10 Year Follow-up of TAM-01 Study. Journal of Clinical Oncology, March 2023**
2. **de Wijckersloot et al: 2 days versus 5 days of postoperative antibiotics for complex appendicitis: a pragmatic, open-label, multicentre, non-inferiority randomised trial. The Lancet, Jan 2023**
3. **Jakobsson et al: Chronic Pain After Groin Hernia Surgery in Women A Patient-reported Outcome Study Based on Data From the Swedish Hernia Register. Annals of Surgery Volume 275, Number 2, February 2022**
4. **J Tie et al: Circulating Tumor DNA Analysis Guiding Adjuvant Therapy in Stage II Colon Cancer. The New England Journal of Medicine 386;24 June 16 2022**
5. **R.A. Badwe et al: Effect of Peritumoural Infiltration of Local Anesthetic Before Surgery on Survival in Early Breast Cancer. Journal of Clinical Oncology 2023**
6. **De Censi et al: Randomized Placebo Controlled Trial of Low-Dose Tamoxifen to Prevent Local and Contralateral Recurrence in Breast Intraepithelial Neoplasia. Journal of Clinical Oncology Volume 37, Issue 9, p 1629-1638**
7. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer Version 2.2023**



Les meilleurs articles 2022-2023

Margaret Henri

Chirurgie générale

HMR-CIUSSEIMTL

Professeur agrégée de clinique

Département de chirurgie

Université de Montréal



DIVULGATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

TYPE D'AFFILIATION

aucune

COMPAGNIES

-

PÉRIODE

-



Les syndromes fonctionnels et les cholélithiases symptomatiques



Question 9

- Vous voyez en consultation par le CRDS une patiente de 56 ans pour cholélithiases. L'échographie montre des microlithiases vésiculaires sans autres anomalies hépatiques ou des voies biliaires. Au questionnaire elle a des lourdeurs épigastriques en barre, de durée variable, avec éructations fréquentes et ballonnement abdominal intermittent. Elle prend déjà une IPP. Vous lui proposez:
 1. Une cholécystectomie.
 2. Vous faites une anamnèse approfondie
 3. Un changement du type d'IPP pour 2 mois
 4. Aucun traitement car ce n'est pas une colique biliaire.

ORIGINAL ARTICLE

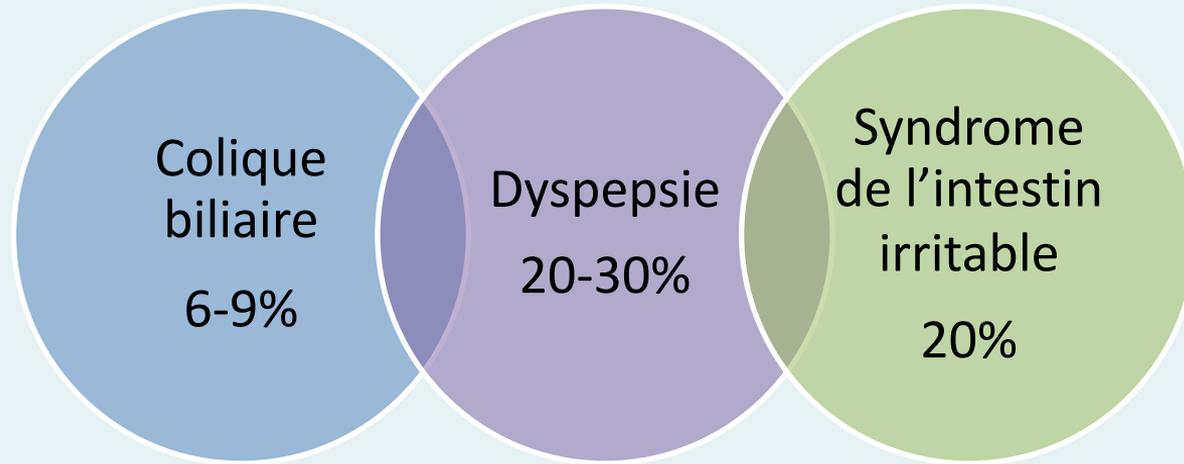
Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome are Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Are Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy

A Prospective, Multicenter, Observational Study (PERFECT - Trial)

Judith J. de Jong, MD,✉ Carmen S. S. Latenstein, MD,† Djamila Boerma, PhD,‡ Eric J. Hazebroek, PhD,§
David Hirsch, PhD, Joost T. Heikens, PhD,|| Joop Konsten, PhD,** Fatih Polat, PhD,††
Marten A. Lantinga, PhD,* Cornelis J. H. M. van Laarhoven, PhD,† Joost P. H. Drenth, PhD,*
and Philip R. de Reuver, PhD†✉*

Ann Surg 2022;275:e766 – e772

L'étude PERFECT: prémisses



Étude SECURE (Lancet 2019) 40% des patients post CCK restent avec des douleurs abdominales (sélection restrictive ou non)

L'étude PERFECT: objectif

- Quantifier la présence de dyspepsie fonctionnelle ou SII chez les patients référés en chirurgie pour cholélithiases symptomatiques

L'étude PERFECT: Méthodes

- Étude prospective multicentrique (5 hôpitaux néerlandais)
 - Pts 18 ans +
 - Cholélithiases à l'échographie
 - Douleur abdominale
 - Référés pour cholélithiases symptomatiques

L'étude PERFECT: Méthodes

- 4 questionnaires:

- **Rome III** (pour colique biliaire) Douleur sévère, >15-30 minutes, HCD ou épigastre
- **Rome IV** (dyspepsie fonctionnelle (FD), synd. Intestin irritable (IBS))
- Évaluation de la sévérité des symptômes gastro-intestinaux (PAGI-SYM)
- Score de douleur Izbicki (**IPS**: *fréquence + Rx+ travail+ Score Visuel Analogue*)

385 patients pour puissance nécessaire : incidence de 50% sans douleur post-op

L'étude PERFECT: Issues étudiées

primaires

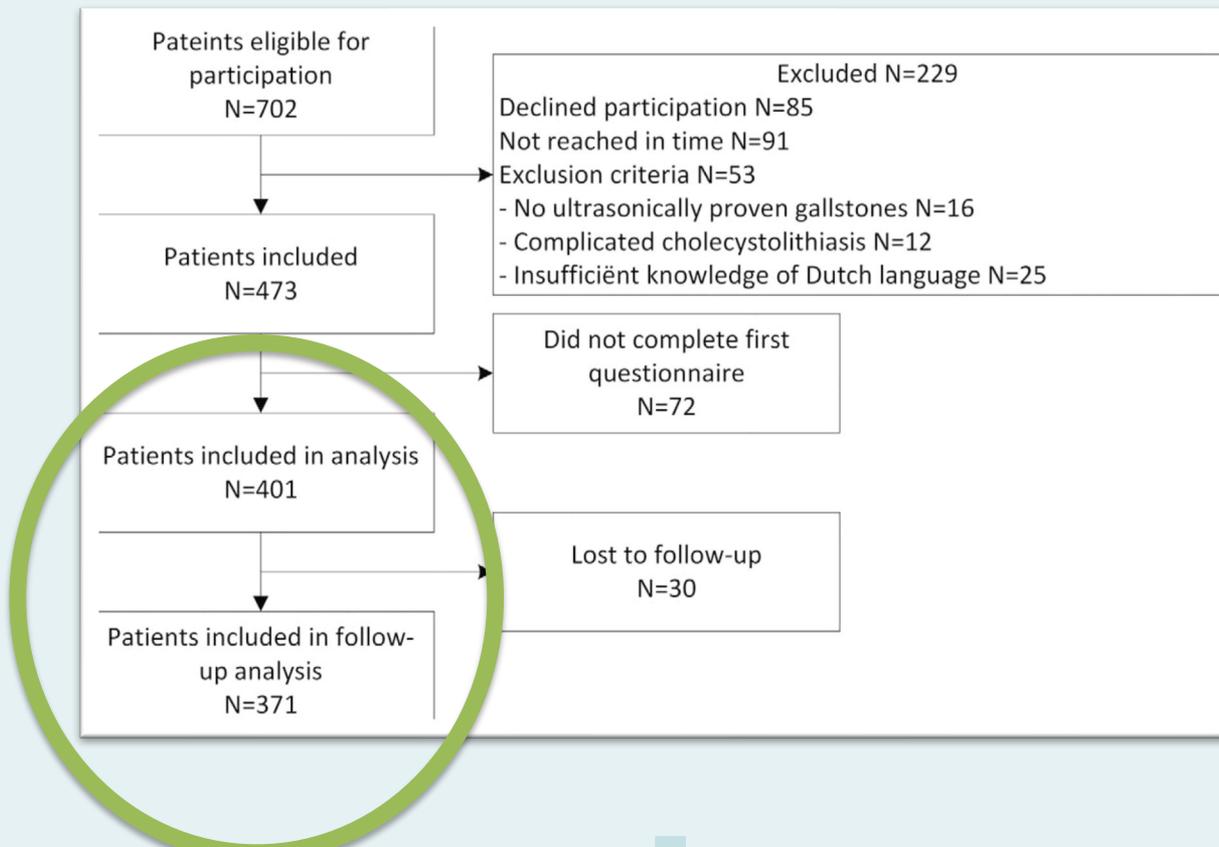
Prévalence de FD
ou de IBS à la base

Sx colique biliaire +
score de douleur
(IPS) en POST-OP
selon le statut
FD/IBS pré-op

secondaires

Comparaison des
scores de colique
biliaire , douleur , de
sévérité des sx selon
statut FD et IBS

Taux d'intervention
chirurgicale
complications
chirurgicales



[Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome are Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Are Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy: A Prospective, Multicenter, Observational Study \(PERFECT - Trial\)](#)

de Jong, Judith J.; Latenstein, Carmen S. S.; Boerma, Djamilia; Hazebroek, Eric J.; Hirsch, David; Heikens, Joost T.; Konsten, Joop; Polat, Fatih; Lantinga, Marten A.; van Laarhoven, Cornelis J. H. M.; Drenth, Joost P. H.; de Reuver, Philip R. *Annals of Surgery* 275(6):e766-e772, June 2022. doi: 10.1097/SLA.0000000000004453

Flowchart of inclusion of patients. This flowchart shows the number of eligible patients, the number and reasons for exclusion, the number of patients lost to follow-up, and the final included number of patients.

Age, mean ± SD	51.7 ± 13.9	52.7 ± 14.8	51.1 ± 13.5	0.287
Sex, Female (%)	75.3	86.4	69.6	<0.001
BMI, mean ± SD (kg/m ²)	28.4 ± 4.7	29.1 ± 5.1	28.0 ± 4.4	0.050
BMI < 25, %	25.6	24.2	26.3	0.238
BMI 25–30, %	43.3	39.1	45.4	
BMI > 30, %	31.1	36.7	28.3	
Consumes alcohol, %	48.9	36.7	55.2	0.001
Smoking status				
Current, %	15.5	19.5	13.5	0.285
Former, %	25.0	22.7	26.2	
Never, %	59.5	57.8	60.3	
Abdominal surgery in history, n (%)	147 (36.6)	56 (40.0)	91 (34.9)	0.309
Abdominal pain (IPS)				
Izbicki Pain Score, median (IQR)	34.0 (26.5–41.5)	39.5 (29.3–49.8)	32.8 (26.7–38.9)	<0.001
VAS pain score, median (IQR)	8.0 (6.0–10.0)	8.0 (7.5–9.5)	8.0 (6.0–10.0)	0.660
Biliary colic [†]				
Severe pain in attacks (%)	82.1	85.2	80.5	0.262
Located in right upper quadrant or epigastric region (%)	87.6	89.8	86.5	0.344
Duration of pain longer than 15–30 min (%)	91.0	89.8	91.6	0.572

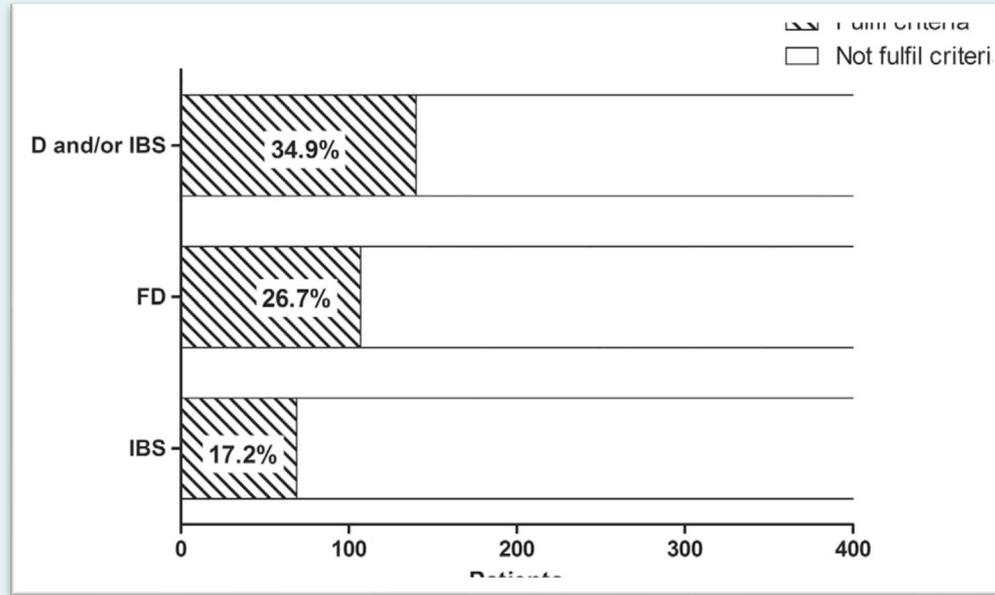
[Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome are Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Are Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy: A Prospective, Multicenter, Observational Study \(PERFECT - Trial\)](#)

de Jong, Judith J.; Latenstein, Carmen S. S.; Boerma, Djamilia; Hazebroek, Eric J.; Hirsch, David; Heikens, Joost T.; Konsten, Joop; Polat, Fatih; Lantinga, Marten A.; van Laarhoven, Cornelis J. H. M.; Drenth, Joost P. H.; de Reuver, Philip R. *Annals of Surgery* 275(6):e766-e772, June 2022. doi: 10.1097/SLA.0000000000004453

Résultats: caractéristiques de base

Baseline Characteristics and Symptoms According to Presence of FD and/or IBS

FIGURE 2



Prevalence of FD/IBS in patients with gallstones according to Rome IV criteria. FD and/or IBS is present in 140 patients (34.9%) with gallstones and abdominal pain according to the Rome IV criteria. FD is present in 107 patients (26.7%) of patients and IBS is present in 69 patients (17.2%).

[Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome are Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Are Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy: A Prospective, Multicenter, Observational Study \(PERFECT - Trial\)](#)

de Jong, Judith J.; Latenstein, Carmen S. S.; Boerma, Djamilia; Hazebroek, Eric J.; Hirsch, David; Heikens, Joost T.; Konsten, Joop; Polat, Fatih; Lantinga, Marten A.; van Laarhoven, Cornelis J. H. M.; Drenth, Joost P. H.; de Reuver, Philip R. *Annals of Surgery* 275(6):e766-e772, June 2022. doi: 10.1097/SLA.0000000000004453

Résultats: prévalence de FD et IBS

TABLE 2

Résultats: symptômes persistants après CCK (3/4 dans chaque groupe)

TABLE 2. Persistent Symptoms After Cholecystectomy Based on Abdominal Pain, Biliary Colic, and Functional Gastrointestinal Symptoms

	FD/IBS* (N = 93)	No FD/IBS* (N = 185)	P - value
Abdominal pain (IPS)			
Izbicki Pain Score, median (IQR)	19.5 (0.1–38.9)	0.0 (0.0–21.3)	0.001
VAS pain score, median (IQR)	2.0 (0.0–5.5)	0.0 (0.0–4.0)	0.026
Pain-free (IPS ≤ 10 and VAS ≤ 4) (%)	40.7	64.4	<0.001
Biliary colic†			
Severe pain in attacks (%)	24.7	11.4	0.004
Located in right upper quadrant or epigastric region (%)	17.2	9.7	0.073
Duration of pain longer than 15–30 min (%)	16.1	12.4	0.397
Biliary colic, all three symptoms (%)	4.9	8.6	0.220
Functional gastro-intestinal symptoms			
Nausea/vomiting, median (IQR)	0.0 (0.0–0.8)	0.0 (0.0–0.0)	<0.001
Postprandial fullness, median (IQR)	1.0 (0.0–2.3)	0.3 (0.0–0.8)	<0.001
Bloating, median (IQR)	1.0 (0.0–2.6)	0.5 (0.5–1.0)	0.001
Upper abdominal pain, median (IQR)	0.0 (0.0–1.5)	0.0 (0.0–1.0)	0.048
Lower abdominal pain, median (IQR)	0.3 (0.0–1.6)	0.0 (0.0–0.5)	<0.001
Heartburn/Regurgitation, median (IQR)	0.3 (0.0–1.0)	0.0 (0.0–0.4)	<0.001
Total PAGI-SYM score, median (IQR)	0.8 (0.2–1.5)	0.2 (0.0–0.9)	<0.001

*Measured at baseline, defined by the Rome IV criteria.

†Defined by the Rome III criteria FD Functional Dyspepsia IBS Irritable Bowel Syndrome IPS Izbicki Pain Score IQR Inter Quartile Range VAS Visual Analogue Scale PAGI-SYM Patient Assessment of Gastrointestinal Disorders Symptoms Severity Index.

[Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome are Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Are Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy: A Prospective, Multicenter, Observational Study \(PERFECT - Trial\)](#)

Résultats: 6 mois post CCK vs traitement conservateur

[Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome: Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy: A Prospective, Multicenter, Observational Study \(PERFECT - Trial\)](#)

Jong, Judith J.; Latenstein, Carmen S. S.; van der Wal, Joop; Polat, Fatih; van't Hof-Grootenboer, Cornelis J. H.; van't Hof-Grootenboer, Philip R. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2022; 56(7):e772, June 2022. doi:10.1097/MCG.00000000000004453

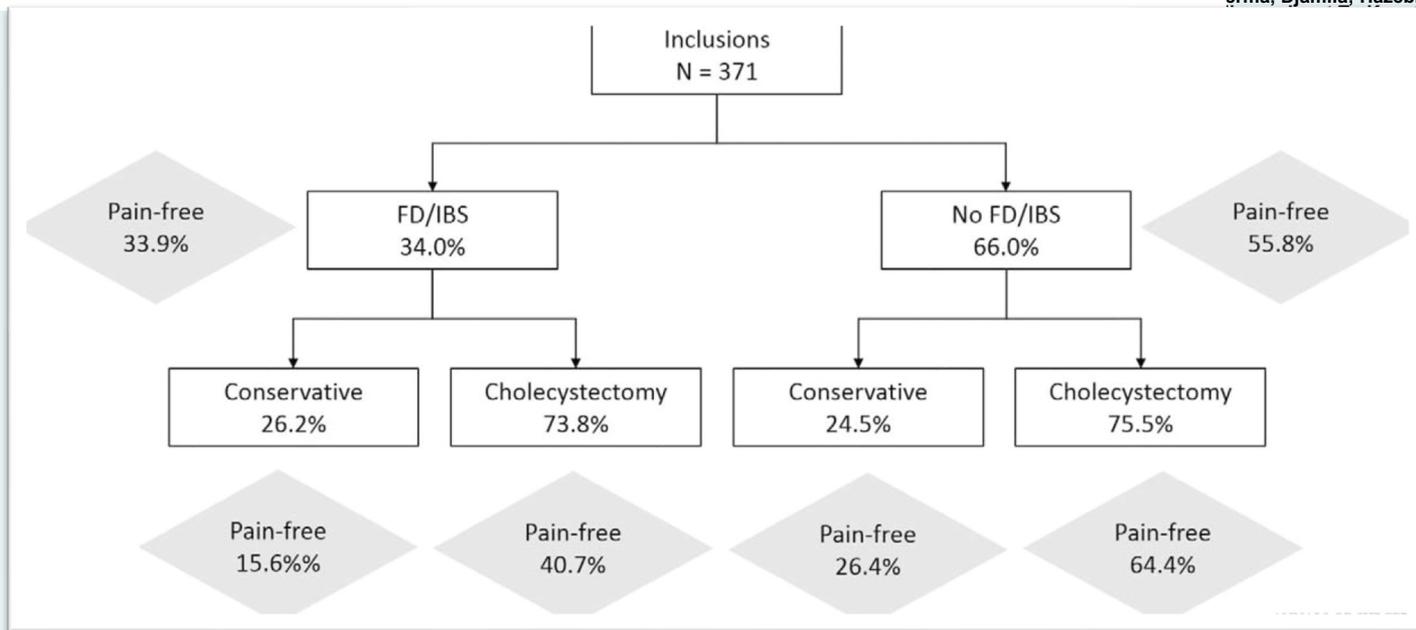


FIGURE 4

Flowchart of presence of FD/IBS, treatment, and persistence of pain according to the IPS. Included patients are divided into FD/IBS and no FD/IBS according to the Rome IV criteria. Moreover, patients are divided according to treatment in conservative and cholecystectomy. Pain-free rates are shown of all groups. Pain-free is defined as Izbicki Pain Score <10 and a visual analogue scale ≤4.

Résultats: symptômes persistants 6 mois post- CCK

- Plus de patients sans douleur après CCK que si non opérés (56,8% vs 22,4%, $p < 0.001$)
- Persistance de symptômes typiques de colique biliaire (Rome-III) chez 6%

Résultats: symptômes persistants 6 mois post- CCK

Si FD ou IBS pré-opératoire risque d'être sans douleur à 6 mois = 40%

Si pas de FD/IBS pré-op risque d'être sans douleur à 6 mois = 64%

OR 2.64 [95%CI 1.56 – 4.48], P < 0.001

En bref:

- Plus de 1/3 des patients se présentant pour CCK ont un syndrome fonctionnel
- Les patients avec synd. fonctionnel ont 2.5 x mois de chance de ne plus avoir de douleur à 6 mois post CCK
- La CCK résout les sx de colique biliaire francs, peu importe la présence ou non de synd. fonctionnel.

En conclusion

- **Les synd. Intestinaux fonctionnels ont une forte prévalence chez la population de patients référés pour cholélithiases symptomatiques**
- **Les patients devraient être questionnés adéquatement pré-op**
- **En présence de synd. fonctionnel, les patients doivent être informés de la présence de douleurs persistantes post- CCK dans un souci de transparence et de décision partagée**

Question 10

- Vous voyez en consultation par le CRDS une patiente de 56 ans pour cholélithiases. L'échographie montre des microlithiases vésiculaires sans autres anomalies hépatiques ou des voies biliaires. Au questionnaire elle a des lourdeurs épigastriques en barre, de durée variable, avec éructations fréquentes et ballonnement abdominal intermittent. Elle prend déjà une IPP. Vous lui proposez:
 1. Une cholécystectomie.
 2. Vous faites une anamnèse approfondie
 3. Un changement du type d'IPP pour 2 mois
 4. Aucun traitement car ce n'est pas une colique biliaire.

Les hernies incisionnelles et le « traitement conservateur »



Question 11

- **Une patiente de 62 ans, retraitée, Db, HTA, fumeuse avec IMC 40 avec hernie incisionnelle (2 orifices de 5 et 7 cm sur la ligne médiane). Les hernies sont peu symptomatiques et réductibles partiellement. Vous lui offrez un traitement :**
 1. **Chirurgie électorive**
 2. **Chirurgie électorive après optimisation (perte de poids et arrêt tabagique)**
 3. **Traitement conservateur et suivi périodique q 6 mois**
 4. **Traitement conservateur sans suivi**

ORIGINAL ARTICLE

The Risk of Incarceration During Nonoperative Management of Incisional Hernias

A Population-based Analysis of 30,998 Patients

Esmael R. Dadashzadeh, MD, MS,†‡ Lauren V. Huckaby, MD,*‡ Robert Handzel, MD, MS,*†‡ M. Shanaz Hossain, MD,* Gloria D. Sanin, MD,* Vincent P. Anto, MD,* Patrick Bou-Samra, MD,* J. B. Moses, MD,* Stephen Cai, MD,§ Heather M. Phelos, MPH,*‡ Richard L. Simmons, MD,* Matthew R. Rosengart, MD, MPH,*‡ and Dirk J. van der Windt, MD, PhD*‡✉*

Ann Surg 2022;275:e488–e495

Prémises de l'étude

On ne prévoit pas de cure de hernie incisionnelle chez tous les patients (raisons: pas de symptômes, obésité, comorbidités, âge avancé)

Les données actuelles ne permettent pas d'informer le processus décisionnel ou la discussion de consentement éclairé avec le patient

Prévalence d'incarcération / risque de complication si chirurgie urgente

Besoin d'estimé valide qui inclut le risque du traitement chirurgical vs traitement conservateur

Méthodes

- **Étude rétrospective de cohorte, 15 hôpitaux du système de santé du University of Pittsburgh Medical Center, 2010-2017**



Méthodes

Patients avec hernie incisionnelle

- CE, urgence, admission
- Suivi minimal de 1 an
- Chirurgie élektive ou traitement conservateur

Patients exclus:

- Intervention chirurgicale d'urgence au diagnostic
- Cure de hernie incisionnelle pendant autre chirurgie

Méthodes

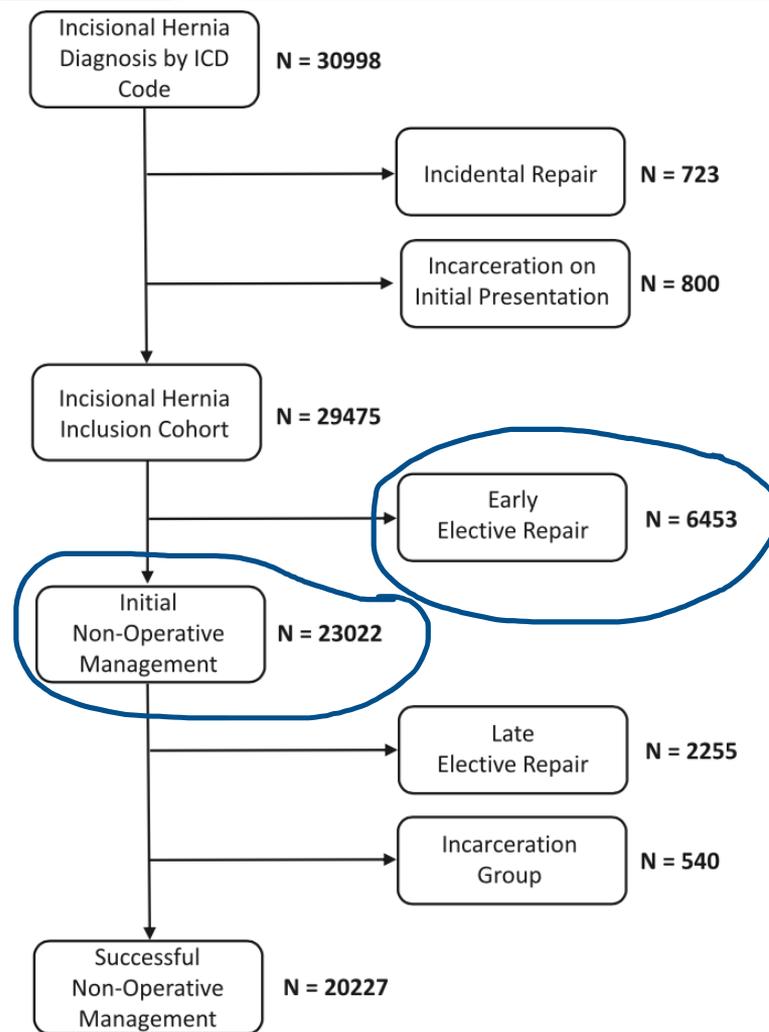
Issue
primaire

Évènement
d'incarcération
pendant le tx
conservateur (chirurgie
urgente)

Issues
secondaires

Mortalité à 30
jours, 90 jours et
1 an

*Patients qui n'ont pas eu chirurgie élektive précoce (<90 jours du dx) ont été assignés au groupe conservateur



21 %
chirurgie
élective
précoce

78 % tx
conservateur

FIGURE 1. Flow chart of the study population.

Risque d'incarcération pendant le tx conservateur (n=23022)

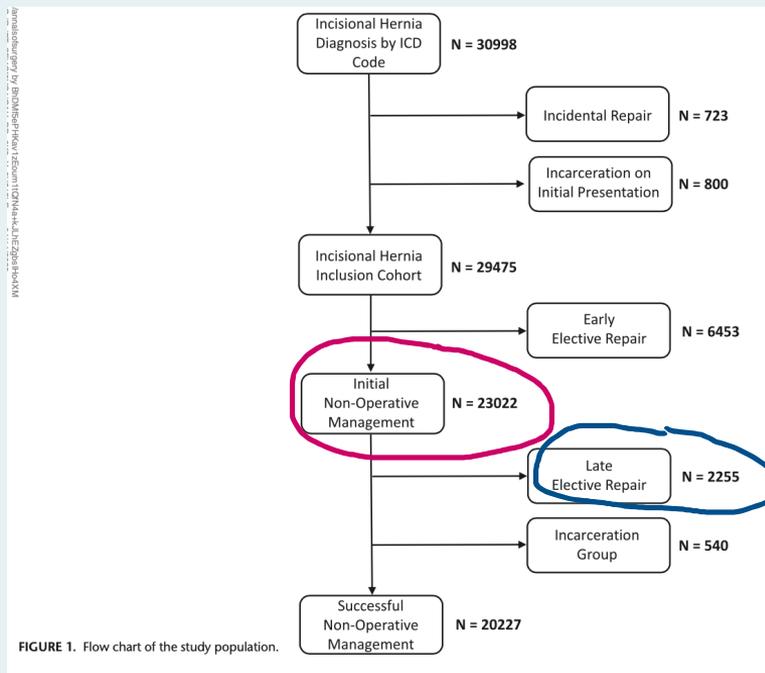


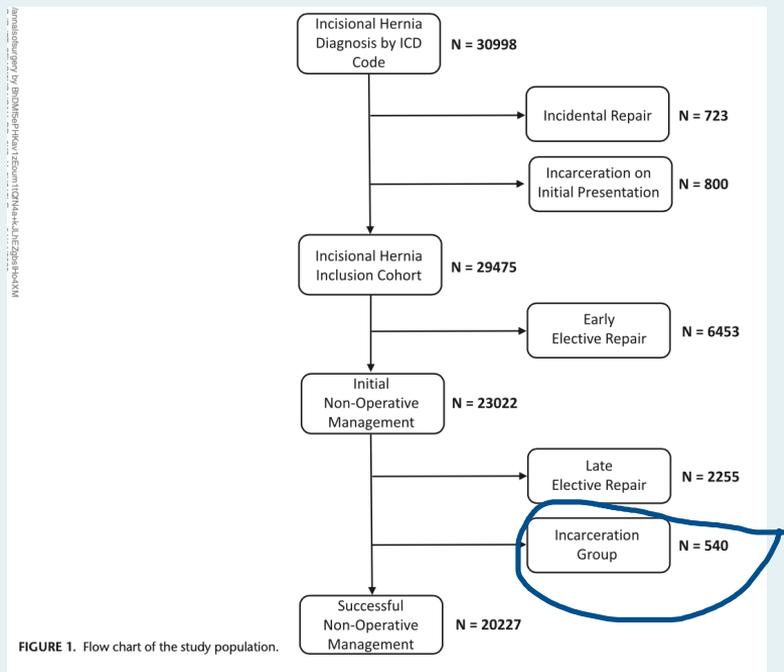
FIGURE 1. Flow chart of the study population.

Durée médiane du traitement conservateur
47,2 mois

9,8% (2255) chirurgie élective tardive (méd. 8,9 mois)

87,9% traitement conservateur sans évènement adverse (suivi méd. 49,8 mois)

Risque d'incarcération pendant le tx conservateur (n=23022)

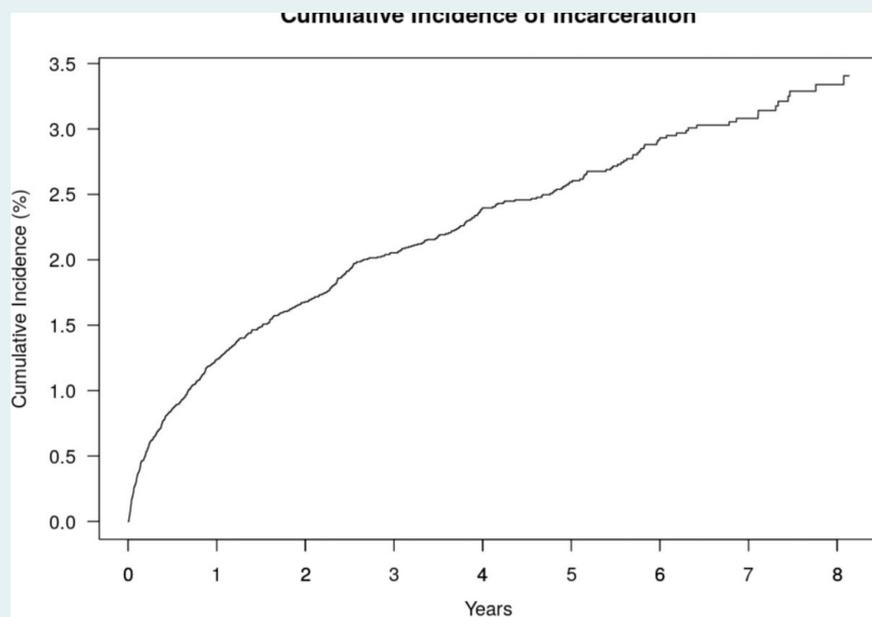


2,3% avec incarceration
Méd. De suivi 11,4 mois

Incidence :
6,05 par 1000 pts/années

Incidence cumulée
À 1 an: 1,24%
À 5 ans: 2,59%

Risque d'incarcération pendant le tx conservateur (n=23022)



Le risque d'incarcération persiste dans le temps sans atteindre un plateau

Traitement chirurgical électif vs. Traitement conservateur: caractéristiques des patients

TABLE 1. Characteristics of Incisional Hernia Patient Cohort and Initial Management Approach

	Incisional Hernia Cohort (N = 29,475)	Early Elective Repair (N = 6453)	Nonoperative Management (N = 23,022)	P
Mean age, yr (std dev)	58.1 (15.9)	55.8 (14.2)	58.7 (16.3)	<0.001
Sex, no. (%)				<0.001
Female	15,520 (52.7)	3652 (56.6)	11,930 (51.6)	
Male	13,995 (47.4)	2801 (43.4)	11,190 (48.4)	
Race, no. (%)				<0.001
Caucasian	26,238 (89)	5884 (91.2)	20,441 (88.4)	
African American	2486 (8.4)	442 (6.9)	2053 (8.9)	
Asian	62 (0.2)	11 (0.2)	52 (0.2)	
Other/unspecified	584 (2)	103 (1.6)	502 (0.02)	
Mean BMI, kg/m ² (std dev)	32 (8.1)	32.3 (7.4)	31.9 (8.3)	
Smoking status, no. (%)				<0.01
Never	10,574 (35.9)	2200 (34.1)	8402 (36.3)	<0.001
Current	7947 (27)	1817 (28.2)	6165 (26.7)	
Former	8332 (28.3)	1703 (26.4)	6660 (28.8)	
Unspecified	2622 (8.9)	733 (11.4)	1893 (8.2)	
Median observation period, days (IQR)	–	–	1414.9 (660, 2075)	

Characteristics of patients in the inclusion cohort are shown above and stratified based on initial management approach (early elective repair or nonoperative management) with corresponding significance results. Age, sex, race, BMI, and smoking status were significantly different between the 2 groups.

IQR indicates interquartile range.

Prédicteur de traitement chirurgical précoce:
Âge entre 40-49 ans et 50-59 ans

Prédicteur de traitement conservateur
Âge entre 70 et 79 ans et >80 ans

Traitement conservateur réussi vs incarcération

TABLE 2. Comparison of Successful Nonoperative Management Group (Successful Nonoperative Management) and Incarceration Group

	Successful Nonoperative Management (N = 20,227)	Incarceration Group (N = 540)	P
Mean age, yr (std dev)	58.9 (16.6)	61.6 (14.6)	<0.001
Sex, no. (%)			<0.001
Female	10,121 (50)	386 (71.5)	
Male	10,106 (50)	154 (28.5)	
Race, no. (%)			<0.001
Caucasian	17,885 (88.4)	458 (84.8)	
African American	1768 (8.7)	77 (14.3)	
Asian	45 (0.2)	0	
Other/unspecified	466 (0.02)	5 (0.9)	
Median body mass index (BMI), kg/m ² (IQR)	30 (26, 36)	36 (31, 43)	
Smoking status, no. (%)			<0.001
Never	7350 (36.3)	188 (34.8)	<0.01
Current	5450 (26.9)	160 (29.63)	
Former	5604 (27.7)	163 (30.2)	
Unspecified	1823 (9)	29 (5.4)	
Median income by postal code, dollars	49,882 (41,921, 59,427)	48,631 (40,275, 54,649)	<0.001
Median observation duration, days (IQR)	1543 (833, 2173)	316 (81, 819)	<0.001
30-Day mortality, % (std dev)	1.1 (10.5)	7.2 (25.9)	<0.001
90-Day mortality, % (std dev)	2.3 (14.9)	10 (30)	<0.001
1-Year mortality, % (std dev)	5.3 (22.3)	14 (34.8)	<0.001
Hernia-related ED visit with discharge, no. (%)	3776 (18.7)	121 (22.4)	<0.001
Hernia-related ED visit with inpatient admission, no. (%)	448 (2.2)	63 (11.7)	<0.001

Risque plus élevé
d'incarcération:
Âge > 60 ans
IMC + élevé
Tabagisme actif

Après incarcération
aigüe:
Mortalité + élevée à 30
jours, 90 jours et 1 an

Downloaded from http://journals.lww.com/annalsofsurgery by BHMfMfSgPHkAv IHNcWwCCK1AMNvYQnllOIH3R1DNOHRU7ZTSPf4CzVACIAOAAVnDnDak

Characteristics of those patients who underwent successful NOM during the study period as compared to those who experienced an incarceration are shown above. IQR indicates interquartile range; ED, emergency department.

Traitement conservateur réussi vs incarcération

- **Risque plus élevé d'incarcération (après ajustements des variables):**
 - Âge plus élevé
 - Tabagisme actif HR 1,28 (1,03-1,59, $p=0,02$)
 - F HR 2,18 (1,80-2,64, $p<0,001$)
 - IMC > 30 HR 1,83 (1,40-2,38, $p<0,001$)
 - Afro-américain HR 1,55 (1,2-2,00. $p=0,001$)

Traitement conservateur réussi vs incarcération

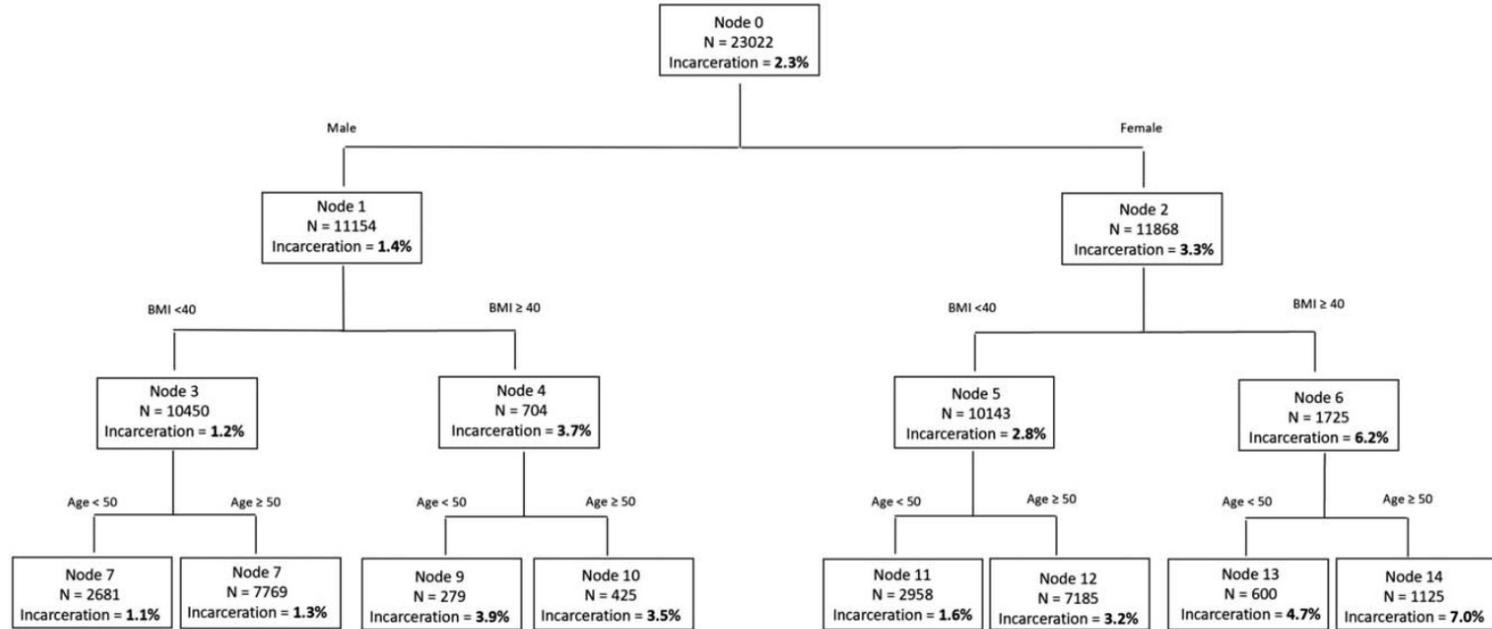
- **Risque plus élevé d'incarcération (après ajustements des variables):**
 - Admission pour problème relié à la hernie
 - HR 4,13 (3,15-5,42, $p < 0,001$)
 - 33% incarcération en dedans de 60 jours
 - Mais pas visite à l'urgence

Traitement conservateur réussi vs incarcération

- **Risque non associé à**
 - Revenu $<$ ou $>$ à 41 921\$

Prédiction de l'incarcération

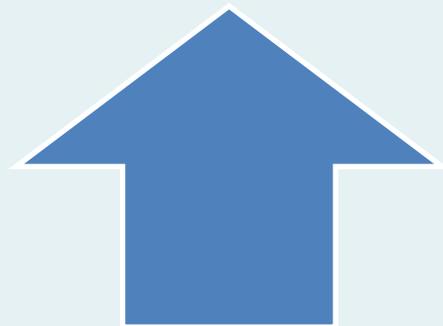
ZgbslH04XM
4/2023



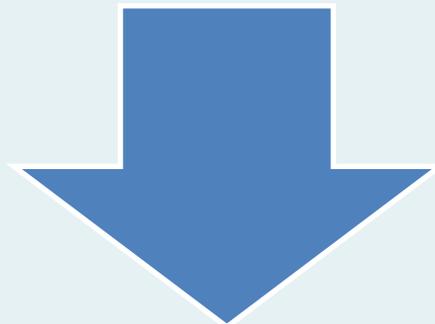
Discussion

- **La plus grande analyse de l'histoire naturelle des hernie incisionnelle avec traitement conservateur**
- **Risque cumulé à 1 ans= 1,24%**
- **Risque cumulé à 5 ans=2,59%**

Discussion



La mortalité plus élevée suite à la chirurgie urgente soutient la réparation élective



Cependant la prévalence globale d'incarcération (2,3%) ne soutient pas la chirurgie élective pour tous

Discussion

- **Certains patients avec risque plus élevé d'incarcération méritent plus d'attention**
- **L'algorithme ne prend pas en compte d'autres facteurs importants (caractéristiques de la hernie, symptômes du patient, comorbidités)**

Discussion

- **Certains patients avec risque plus élevé d'incarcération méritent plus d'attention**
- **L'algorithme ne prend pas en compte d'autres facteurs importants (caractéristiques de la hernie, symptômes du patient, comorbidités)**

Discussion

- **Attention aux patients qui nécessitent une admission pour symptômes de leur hernie**



Question 12

Une patiente de 62 ans, retraitée, Db, HTA, fumeuse avec IMC 40 avec hernie incisionnelle (2 orifices de 5 et 7 cm sur la ligne médiane). Les hernies sont peu symptomatiques et réductibles partiellement. Vous lui offrez un traitement :

- 1. Chirurgie élektive**
- 2. Chirurgie élektive après optimisation (perte de poids et arrêt tabagique)**
- 3. Traitement conservateur et suivi périodique q 6 mois**
- 4. Traitement conservateur sans suivi**

La capacité d'autocritique sur ses habiletés techniques



Question 13

J'ai déjà demandé à un collègue de la rétroaction sur mes habiletés techniques?

1. Oui

2. Non

ORIGINAL ARTICLE

Evaluating the Impact of Surgeon Self-Awareness by Comparing Self Versus Peer Ratings of Surgical Skill and Outcomes for Bariatric Surgery

Oliver A. Varban, MD,✉ Jyothi R. Thumma, MPH,† Arthur M. Carlin, MD,‡ Amir A. Ghaferi, MD, MS,*†
Justin B. Dimick, MD, MPH,*† and Jonathan F. Finks, MD**

Ann Surg 2022;276:128–132

Prémises de l'étude

Effet Dunning-Kruger: biais cognitif qui fait en sorte qu'une personne faible évalue ses capacités comme supérieures à ce qu'elles sont.

Les données actuelles suggèrent que la revue de vidéos faite par les pairs pour évaluer les habiletés chirurgicales peut prédire l'incidence de complications.

Prémises de l'étude

Dans un environnement de simulation, les chirurgiens évaluent bien leurs habiletés techniques mais ont plus de difficultés à évaluer leurs habiletés de communication interpersonnelle

Les chirurgiens qui révisent leurs propres vidéos laparoscopiques sur-évaluent leur habileté technique par rapport à l'évaluation d'un pair

Objectifs: dans le cadre la chirurgie bariatrique

- **Comprendre la relation entre l'auto-évaluation des habiletés chirurgicales en SG et le taux de complication (SG et GBP)**

Méthodes

Issue
primaire

Comparer les taux de complications chirurgicales

Issues
secondaires

Comparaison les taux d'infection, fuite, hémorragie, sténose, réopération, décès

Données du Michigan Bariatric Surgery Collaborative (base de données pour amélioration de la qualité)

Méthodes

Les chirurgiens participants ont soumis une vidéo de SG anonymisé.

Vidéos téléversées sur une plateforme en ligne

Grille d'évaluation OSATS (objective structured assessment of technical skills)

Chirurgiens participants auto-évalue leur vidéo

Chirurgiens du MBSC évalue les vidéos

Évaluation des vidéos

- • **OSATS: 6 domaines**
 - Respect de tissus
 - Mouvement
 - Manipulation des instruments
 - Utilisation des assistants
 - Flot de l'opération
 - Exposition
- **De 1: en apprentissage à 5: chir. bariatrique expert**

Évaluation des vidéos

- **Pour chaque vidéo:**
 - Au moins 10 évaluations par les pairs (moyenne 12,1) + 1 auto-évaluation
 - 484 révisions de vidéos par 25 chirurgiens (*moyenne de pratique 12,5 ans, moy de SG 245*)

Chirurgien soumettait aussi

- **Caractéristiques personnelles (âge, années d'expérience en bariatrique, pratique académique ou non)**

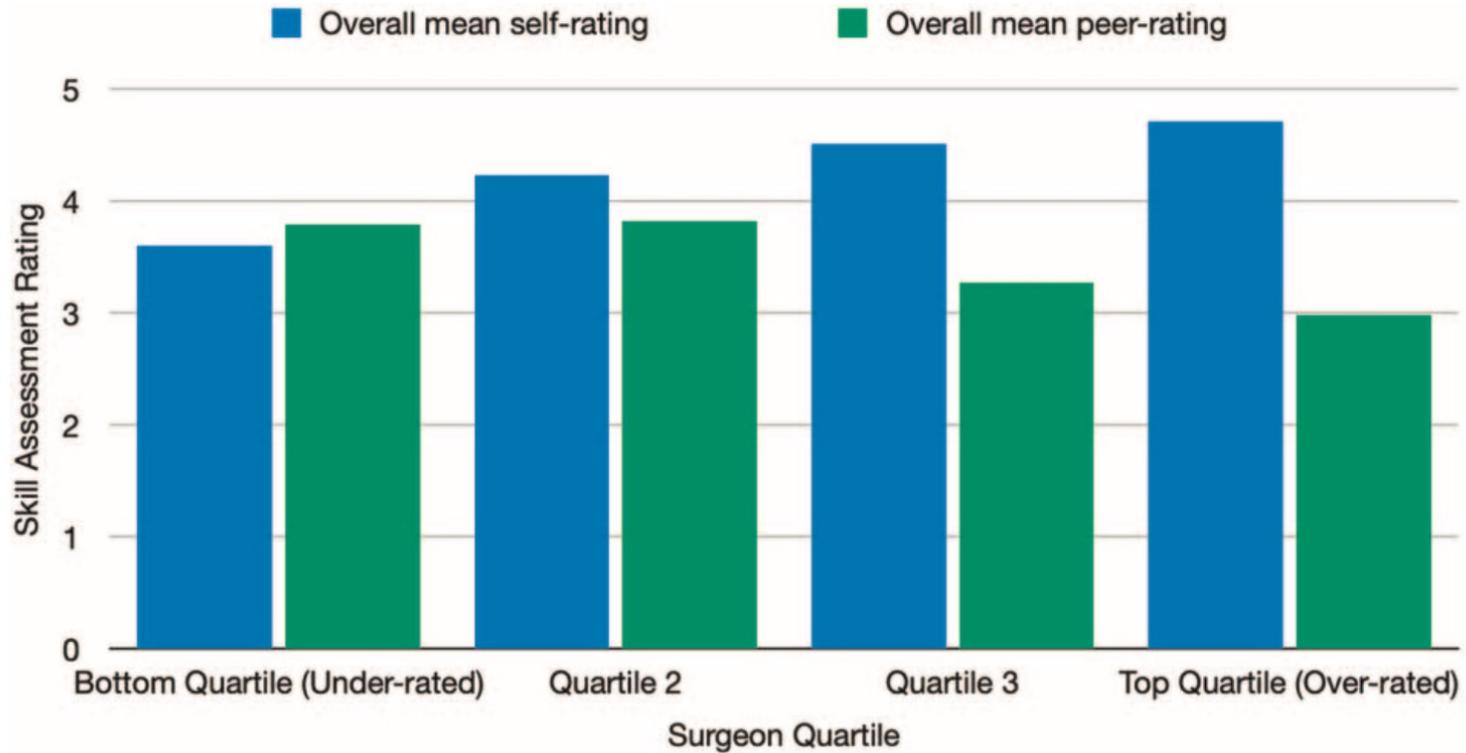
Pour chaque chirurgien évalué (total=25)

- **Données agrégées de la MBSC entre 2006-2019**
- **24 186 SG et 12 888 GBP**
- **Volume opératoire et temps opératoire de chaque chirurgien**
- **Données sur les patients opérés durant cette période (caractéristiques, facteurs de comorbidités, complications, mortalités)**

Analyse

- **Score composite du OSATS séparé en quartiles (ratio auto-évaluation/évaluation par les pairs)**
- **Résultats (complications) ajustés pour le risque avec modèle de régression logistique**
- **Ratio évènements prédits/évènements observés x taux**

FIGURE 1



Comparaison des caractéristiques des chirurgiens qui se sous- ou surévaluent

TABLE 2. Comparison of Surgeon Characteristics Between Top and Bottom Quartiles of Self:Peer Ratio of Ratings of Skill. (P-value Represents Comparison of Top vs Bottom Quartiles)

Mean or %	Bottom Quartile (Under-Rated)	Quartile 2	Quartile 3	Top Quartile (Over-Rated)	P-value
Surgeons, n	6	6	7	6	
Mean age (yr)	44.0	49.0	49.9	48.5	0.317
Mean # of years in bariatric surgery practice	11.2	14.3	12.0	12.7	0.652
Teaching hospital	66.7	83.3	85.7	66.7	1.000
Annual bariatric volume	115.6	191.2	117.5	102.1	0.658
Total bariatric volume	1341.2	2499.0	1427.1	1257.0	0.840
Total sleeve volume	872.5	1532.7	795.7	697.5	0.642
Total gastric bypass volume	326.3	794.2	536.1	402.0	0.548
Sleeve operative time (min)	81.9	77.7	87.0	87.6	0.656
Gastric bypass operative time (min)	124.4	129.5	142.7	143.4	0.289

Pas de différence de complications pour les SG entre le quartile « sous-évalué » et le quartile « sur-évalué »

TABLE 3. Comparison of 30-day Risk Adjusted Complication Rates for Sleeve Gastrectomy Between Surgeons in the Top and Bottom Quartile for Self: Peer Ratio of Ratings of Skill for Sleeve Gastrectomy. (P-value Represents Comparison of Top vs Bottom Quartiles)

	Bottom Quartile (Under-Rated)	Quartile 2	Quartile 3	Top Quartile (Over-rated)	P-value
Cases, n	5,235	9,196	5,570	4,185	
Any complication	5.32%, N = 272 (45.3 (11-149))*	5.4%, N = 510 (85 (20-162))	5.22%, n = 280 (40 (15-75))	5.48%, N = 233 (38.8 (12-64))	0.5083
Surgical Complication	2.22%, N = 117 (19.5 (3-51))	2.37%, N = 222 (37 (9-90))	2.15%, n = 118 (16.9 (5-45))	2.39%, N = 104 (17.3 (4-36))	0.5521
Infection	0.94%, N = 48 (8 (0-25))	1.18%, N = 104 (17.3 (3-53))	0.82%, n = 42 (6 (2-16))	0.98%, N = 39 (6.5 (1 -17))	0.7352
Leak	0.32%, N = 17 (2.8 (0-8))	0.26%, N = 25 (4.2 (1-9))	0.25%, n = 13 (1.9 (0 -4))	0.22%, N = 9 (1.5 (0-5))	0.5087
Hemorrhage	0.96%, N = 53 (8.8 (1-17))	0.89%, N = 90 (15 (3-31))	1.03%, n = 58 (8.3 (2-14))	1.2%, N = 55 (9.2 (1-16))	0.2321
Stricture	0.2%, N = 8 (1.3 (0-5))	0.3%, N = 25 (4.2 (0-17))	0.25%, n = 14 (2 (0-13))	0.26%, N = 10 (1.7 (0-4))	0.0934
Reoperation	0.78%, N = 40 (6.7 (2-12))	0.66%, N = 65 (10.8 (4-21))	0.72%, n = 40 (5.7 (0-14))	0.7%, N = 32 (5.3 (0-11))	0.4183
Mortality	0.08%, N = 4 (0.7 (0-2))	0.02%, N = 2 (0.3 (0-1))	0.04%, n = 2 (0.3 (0-2))	0.05%, N = 2 (0.3 (0-1))	0.2681

*Surgeon-level mean incidence and range.

Plus de fuite après GBP entre le quartile « sous-évalué » et le quartile « sur-évalué »

TABLE 4. Comparison of 30-day risk adjusted complication rates for gastric bypass between surgeons in the top and bottom quartile for self:peer ratio of ratings of skill for sleeve gastrectomy. (P-value represents comparison of top vs bottom quartiles)

	Bottom Quartile (Under-rated)	Quartile 2	Quartile 3	Top Quartile (Over-rated)	P-value
Cases, n	1958	4765	3753	2412	
Any complication	10.56%, n = 238 (39.7 (12–71))*	8.38%, n = 453 (75.5 (8–168))	10.1%, n = 423 (60.4 (10–79))	11.75%, n = 331 (55.2 (12–88))	0.4621
Surgical complication	7.58%, n = 170 (28.3 (5–52))	5.53%, n = 320 (53.3 (4–114))	6.34%, n = 265 (37.9 (5–107))	8.5%, n = 244 (40.7 (7–72))	0.7594
Infection	3.09%, n = 68 (11.3 (2–29))	2.33%, n = 141 (23.5 (0–62))	2.25%, n = 95 (13.6 (0–45))	3.73%, n = 113 (18.8 (4–48))	0.541
Leak	•0.27%, n = 6 (1 (0–3))	0.46%, n = 24 (4 (0–14))	0.37%, n = 15 (2.1 (0–6))	•0.65%, n = 18 (3 (0–6))	0.0181
Hemorrhage	3.08%, n = 73 (12.2 (4–26))	1.55%, n = 85 (14.2 (2–32))	1.91%, n = 81 (11.6 (0–24))	3.19%, n = 99 (16.5 (1–23))	0.9513
Stricture	1.48%, n = 25 (4.2 (0–9))	1.64%, n = 81 (13.5 (0–40))	2.21%, n = 79 (11.3 (0–46))	2.07%, n = 44 (7.3 (0–28))	0.4095
Reoperation	2.29%, n = 51 (8.5 (2–23))	1.45%, n = 77 (12.8 (1–31))	1.89%, n = 78 (11.1 (2–29))	1.71%, n = 48 (8 (2–15))	0.7693
Mortality	0.12%, n = 2 (0.3 (0–1))	0.05%, n = 2 (0.3 (0–1))	0.17%, n = 6 (0.9 (0–3))	0.22%, n = 6 (1 (0–2))	0.3047

*Surgeon-level mean incidence and range.

Discussion

- **Les chirurgiens peuvent avoir une perception différente entre leurs habiletés auto-évaluées et évaluées par des pairs**
 - L'analyse de vidéos peut servir de base à l'auto-réflexion via l'analyse facilitée, la rétroaction et le débriefage

Discussion

- **Les chirurgiens qui se surévaluent ont le même type de pratique que ceux qui se sous-évaluent**



Discussion

- • **Cette étude laisse plus de questions que de réponses:**
 - Est-ce que les différences de perception pour les habiletés techniques sont transposables aux habiletés non-techniques (interpersonnelles) ?
 - Est-ce que les résultats sont transposables à tous les chirurgiens (vidéos offertes de façon volontaire= biais de sélection) ?

Discussion

- Est-ce que l'auto-perception des habiletés change avec l'expérience et la confiance en ses habiletés ou bien un trait de personnalité?
- Est-ce que la perception de soi est « coachable » et peut s'améliorer/se modifier ?



Question 14

- **Après avoir pris connaissance de cette étude, j'envisage de demander à un collègue de la rétroaction sur mes habiletés techniques:**
 - 1. Oui**
 - 2. Non**

Paqueter ou non après drainage d'abcès péri-anal???



Question 15

- Lors d'un drainage d'abcès périanal en salle d'opération:
 1. Je mets un drain (malecot, penrose)
 2. Je laisse la plaie ouverte sans plus
 3. J'insère une mèche à faire changer en CLSC

Question 16

- Lors d'un drainage d'abcès périanal, je choisis le pansement en considérant:
 1. La douleur au changement de pansement
 2. Le risque de récurrence d'abcès ou de fistule
 3. Les deux
 4. Je fais comme j'ai appris



Collaborative Research

BJS, 2022, 109, 951–957

<https://doi.org/10.1093/bjs/znac225>

Advance Access Publication Date: 5 August 2022

Randomized Clinical Trial

Postoperative Packing of Perianal Abscess Cavities (PPAC2): randomized clinical trial

Katy Newton^{1*}, Jo Dumville², Michelle Briggs², Jennifer Law³ , Julia Martin³, Lyndsay Pearce⁴, Cliona Kirwan⁵, Thomas Pinkney⁶, Alexander Needham⁷, Richard Jackson⁷, Simon Winn⁷, Haley McCulloch⁷, and James Hill¹ on behalf of the PPAC2 Collaborators

¹Department of General Surgery, Manchester Royal Infirmary, Manchester University NHS Foundation Trust, UK

²School of Midwifery, Nursing and Social Work, University of Manchester, UK

³North West Research Collaborative, UK

⁴Department of General Surgery, Salford Royal NHS Foundation Trust, UK

⁵Department of Academic Surgery, Wythenshawe Hospital, Manchester University NHS Foundation Trust, UK

⁶Academic Department of Surgery, University of Birmingham, UK

⁷Liverpool Clinical Trials Unit, UK

*Correspondence to: Katy Newton, Department of Surgery, Manchester Royal Infirmary, Oxford Road, Manchester, M14 9WL, UK

(e-mail: katy.newton@mft.nhs.uk)

BJS, 2022, 109, 951–957

EXCELLENCE INNOVATION COLLABORATION



Prémises de l'étude PPAC2

- **Le dogme chirurgical veut que le paquetage avec mèche post drainage réduit le risque de fistule**
- **Pas de lignes directrices claires**
- **Peu d'études sur le sujet**
- **Résultats d'une étude pilote du même groupe (141 pts)**
 - le paquetage a des scores de douleurs 2-3x plus importants pendant et après les changements de pansement
 - 13 paquetages en moyenne (0-21)

Objectifs PPAC2

- **Déterminer si le non-paquetage des abcès périanaux drainés est moins douloureux sans augmenter le risque de fistule ou de récurrence d'abcès**

Méthodes

- **Étude randomisée multicentrique (50 centres)**
- **2018-2020**
- **Patients avec 1^{er} abcès péri-anal**
- **Exclus: gangrène de Fournier, fistule, Abcès en fer à cheval**

Méthodes

- **Patients randomisés au congé :**
 - Pansement avec paquetage dans la communauté
 - Pansement sec seul
- **Évaluation de la guérison faite par chirurgien aveugle au mode de pansement**
- **Pansement enlevé par quelqu'un d'autre avant**

Méthodes

Intervention:

- Drainage et paquetage per-opératoire

Pansement fait dans la communauté par infirmière

Patients devait remplir journal de bord

- Douleur avant-pendant-après changement de pansement
- Grille de qualité de vie
- Retour au travail
- Score de satisfaction pour le pansement
- Score de satisfaction globale

Méthodes

RDV téléphonique J-7:

- documenter retour au travail et encourager à remplir journal

RDV en clinique

- 4, 8 et 26 semaines : fistule, récurrence, guérison (épithélialisation complète)
- Si guéri à 4 semaines, RDV 8 sem. téléphonique

Fistules et abcès considérés comme complication sévères

- Révisés et rapportés même chez les patients perdus au suivi dans le contexte de l'étude

Méthodes

Issue
primaire

Score de
douleur moyen
pendant les
premiers 10
jours*

Issues
secondaires

Douleur avant-
pendant après
pansements

Fistule

Récidive d'abcès

Saignement avec
transfusion ou
retour en SOP

Taux de guérison à
4-8-26 semaines

Score de qualité de
vie

Retour au travail

Satisfaction du
patient

Fig. 1 CONSORT diagram

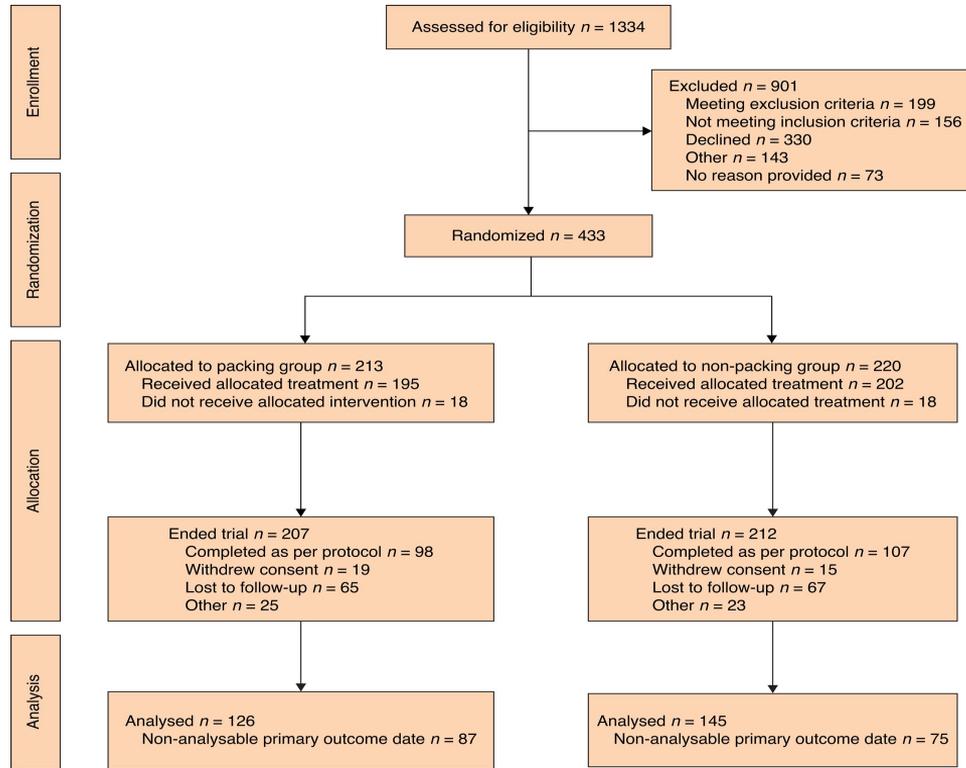


Table 1 Patient demographics

Variable	Overall (n = 433)	Packing group (n = 213)	No-packing group (n = 220)
Median (i.q.r.) age (years)	42 (31–52)	42 (14)	42 (15)
Median (i.q.r.) height (cm)	173 (166– 180)	172 (11)	174 (10)
Median (i.q.r.) weight (kg)	85 (70–96)	84 (23)	86 (21)
Smoking status			
Never	150 (35)	75 (35)	75 (34)
Current smoker	178 (41)	91 (43)	87 (40)
Ex-smoker	97 (22)	42 (20)	55 (25)
Missing	8 (2)	5 (2)	3 (1)
Sex			
Female	144 (33)	77 (36)	67 (30)
Male	289 (67)	136 (64)	153 (70)
Missing	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Diabetes			
No	359 (83)	177 (83)	182 (83)
Yes	62 (14)	28 (13)	34 (15)
Missing	12 (3)	8 (4)	4 (2)
Anticoagulants or immunosuppressants			
No	389 (90)	186 (87)	203 (92)
Yes	39 (9)	22 (10)	17 (8)
Missing	5 (1)	5 (2)	0 (0)

Résultats: douleur dans les 10 premiers jours

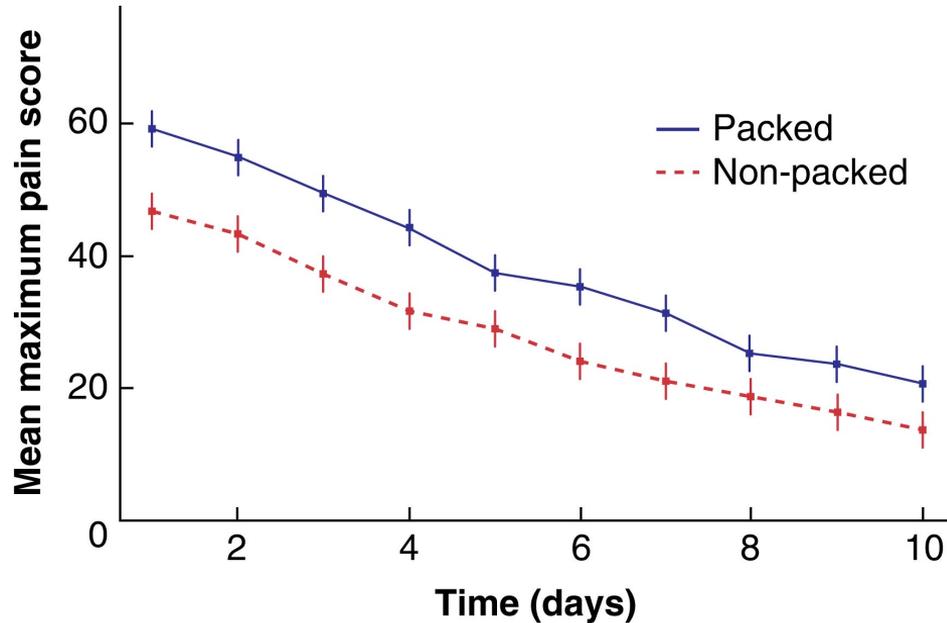


Fig. 2 Daily mean maximum pain scores (visual analogue scale) over the first 10 postoperative days

Différence de 9.9mm SVA (4.84 to 15.05; $P < 0.001$)

Réduction de 26,2 % favorisant le non-paquetage

En retirant les déviations de protocole: différence de 13.7

Résultats

Fistule à 6 mois: 15% P vs 11 % NP
(OR 0,69, 0,39-1,22; p=0,204)

Récidive 3% P vs 6% NP (OR 1,85,
0,72-4,73; p=0,200)

Résultats: issues secondaires

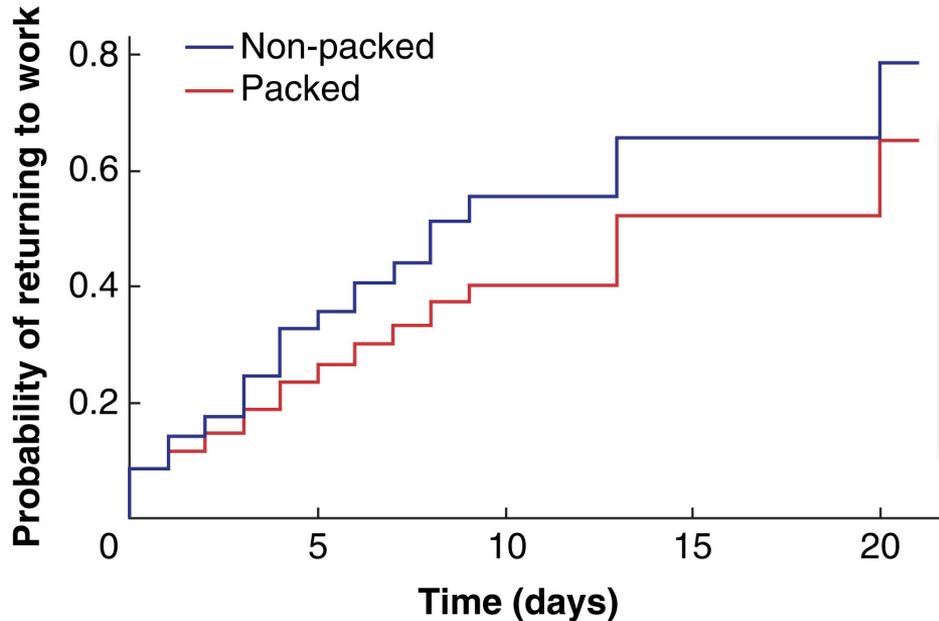
Favorable au non-paquetage (NP):

- ✓ douleur avant-pendant-après
- ✓ Patients guéris à 26 semaines
- ✓ Satisfaction globale du patient

Table 3 Secondary outcomes

Outcome	Level	Packing group	No-packing group	P
Pain prior to dressing change	n (%)	104 (49)	113 (51)	0.05
	Mean (s.e.)	30 (1.9)	26 (2)	
Pain at dressing change	n (%)	104 (49)	112 (51)	<0.001
	Mean (s.e.)	42 (2.1)	32 (2)	
Pain following dressing	n (%)	104 (49)	113 (51)	0.007
	Mean (s.e.)	32 (1.9)	26 (2.1)	
Healing rate (at 26 weeks)	n	163	175	0.05
	No	51	37	
	Yes	112	138	
Metronidazole prescribed	n (%)	202	212	1
	No	166 (78)	174 (79)	
	Yes	36 (17)	38 (17)	
Patient Global Assessment	n (%)	125	141	0.03
	Poor	6 (5)	1 (1)	
	Fair	29 (23)	20 (14)	
	Good	68 (54)	88 (62)	
	Excellent	22 (18)	32 (23)	
Patient satisfaction	n	116	134	0.06
	Strongly disagree	3(3)	2 (1)	
	Disagree	6 (5)	0 (0)	
	Neutral	8 (7)	6 (4)	
	Agree	37 (32)	53 (40)	
	Strongly agree	62 (53)	73(54)	
	Median (i.q.r.)	5 (4-5)	5(4-5)	
Quality of life	n	123	139	
	Day 1	58 (1.90)	58 (1.85)	
	Day 7	73 (1.82)	76 (1.80)	
	Day 14	84 (1.43)	83 (1.80)	
	Day 21	85 (1.75)	86 (1.86)	
	Overall	67 (1.26)	68 (1.27)	

Résultats: retour au travail



65% du groupe NP vs 80% du groupe P étaient retournés au travail à 21 jours

Fig. 3 Probability of returning to work over time after incision and drainage operation

Résultats

- **Qualité de vie similaire dans les 2 groupes**



Discussion

- **Le NP résulte en moins de douleur de façon significative pour le patient**
 - changement minimal cliniquement important étant $> 20\%$ ou -10mm sur un SVA
- **Le NP résulte en une meilleure satisfaction globale du patient**

Discussion

- **Incidence similaire de fistule**
- **NNT 1 fistule évitée par 25 patients dans le groupe NP**
 - Étude n'a pas été prévue pour étudier non – infériorité (échantillon nécessaire de 980)

Discussion

- Incidence similaire de récurrence d'abcès (faible dans les 2 groupes)
- NNT 1 récurrence évitée par 37 patients dans le groupe P
 - Échantillon nécessaire de 900)

Conclusions

- **Non paquetage n'est pas soutenu et est moins douloureux**
- **Limites de l'étude reliées à la perte au suivi (mais puissance préservée pour l'issue primaire)**
- **Généralisable à tous (50 hôpitaux de milieux variés)**

Question 17

- **Après la lecture de cet article:**
 - 1. Je vais changer ma pratique**
 - 2. Je ne changerai pas ma pratique**



Cure de hernie incisionnelle non complexe: faut-il faire un Stoppa ?



Question 17

- Vous opérez une patiente de 58 ans pour cure de hernie incisionnelle de 8 cm à cheval sur l'ombilic post 1 laparotomie pour occlusion intestinale. Votre chirurgie de choix est:
 1. Une réparation avec prothèse en rétro-rectus, approche ouverte
 2. Une réparation avec prothèse intrapéritonéale , approche ouverte
 3. Une réparation avec prothèse intrapéritonéale, LSC
 4. Une réparation avec prothèse en rétro-rectus, LSC
 5. Une réparation primaire avec séparation des composantes postérieure TAR

META-ANALYSIS

OPEN

Favorable Outcomes After Retro-Rectus (Rives-Stoppa) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis

Floris P. J. den Hartog, MD,✉ Dimitri Sneiders, MD, PhD,* Es F. Darwish, MD,* Yağmur Yurtkap, MD, PhD,* Anand G. Menon, MD, PhD,† Filip E. Muysoms, MD, PhD,‡ Gert-Jan Kleinrensink, PhD,§ Nicole D. Bouvy, MD, PhD,¶ Johannes Jeekel, MD, PhD,§ and Johan F. Lange, MD, PhD**

Ann Surg 2022;276:55–65



Prémises de l'étude

Plus de chirurgie
minimement invasive

Pas moins
d'intervention pour
cure de hernie
incisionnelle

Prémises de l'étude

Plus de chirurgie
minimement invasive

Pas moins
d'intervention pour
cure de hernie
incisionnelle

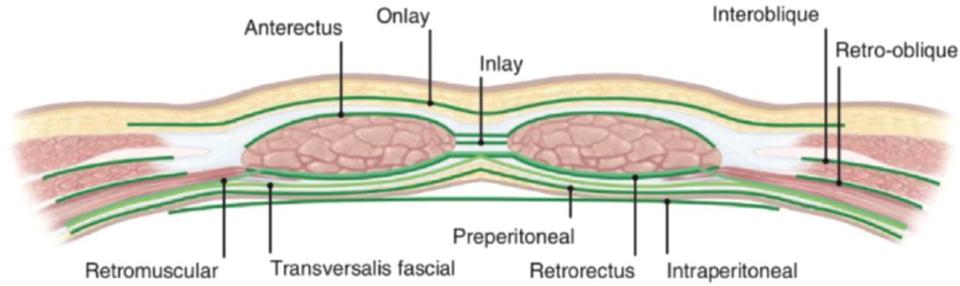
STOPPA le plus
couramment
utilisé*

Supériorité
non
démontrée

FIGURE 1

[Favorable Outcomes After Retro-Rectus \(Rives-Stoppa\) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis](#)

Hartog, Floris P. J. den; Sneiders, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F.
Annals of Surgery 276(1):55-65, July 2022.
doi: 10.1097/SLA.0000000000005422



International classification of abdominal wall planes.
Reused with permission.14

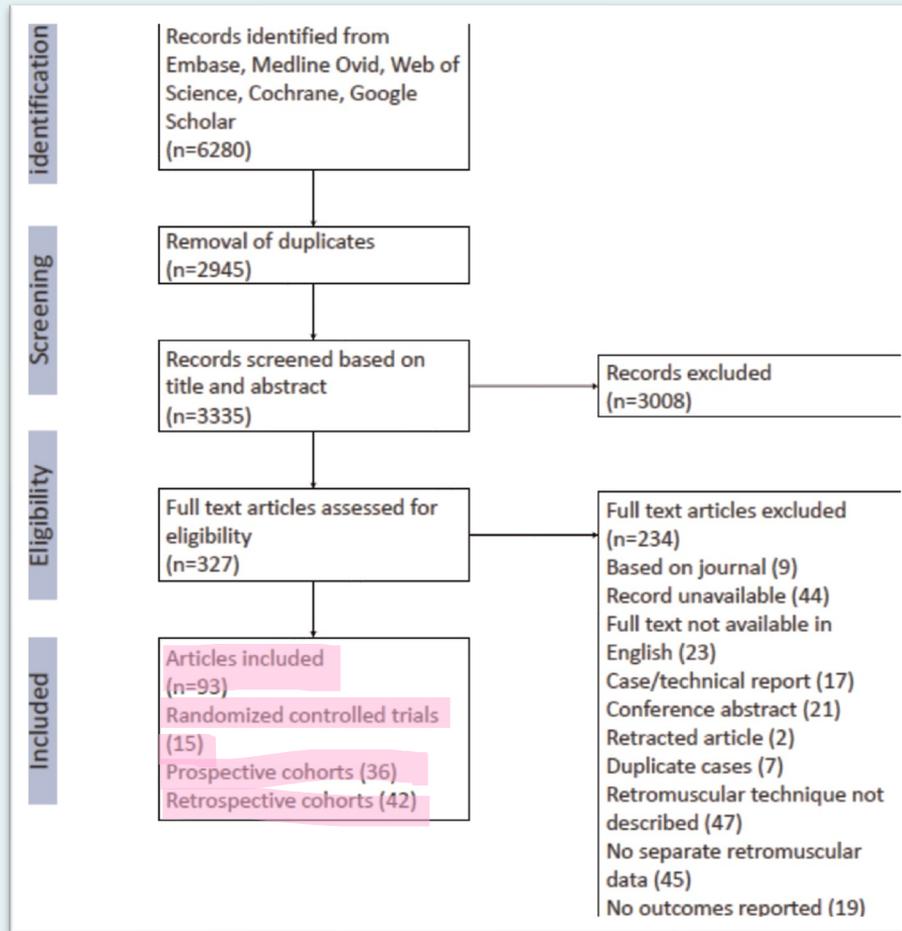
Objectif

- Évaluer la performance du Rives-Stoppa:
 - Récidives
 - Infections
 - Complications sévères
- Comparer à d'autres techniques

Méthodes

- Revue systématique et méta-analyse
- **Incluant l'évaluation du risque de biais**
- **ERC, études prospectives et études rétrospectives incluses**
- **Analysées séparément**

FIGURE 2



[Favorable Outcomes After Retro-Rectus \(Rives-Stoppa\) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis](#)

Hartog, Floris P. J. den; Sneider, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F. *Annals of Surgery* 276(1):55-65, July 2022. doi: 10.1097/SLA.0000000000005422

Résultats

PRISMA flow-chart.

Résultats

- • **18 572 patients**
- **Âge médian 55 ans**
- **1H pour 3F**
- **IMC moyen 29 (17-39 kg/m²)**
- **Hernies de 3.9 à 23,5 cm (médiane 7,2 cm)**
- **Suivi médian 17 mois**

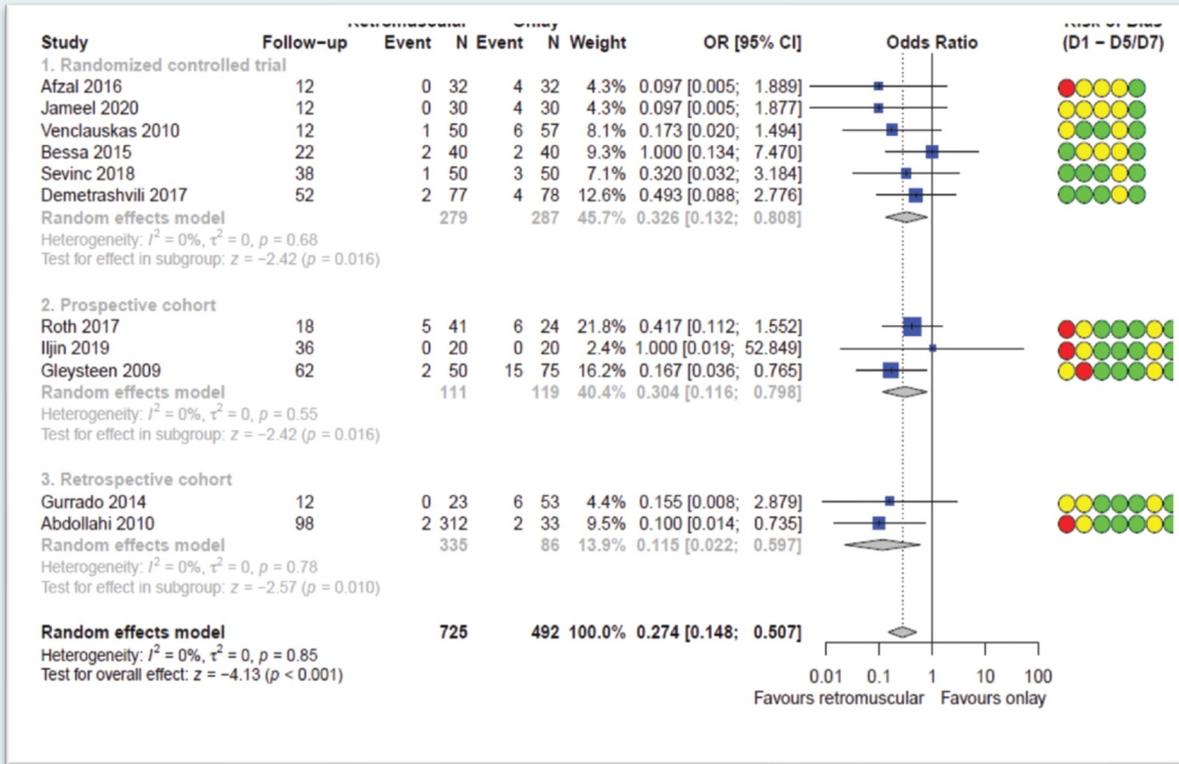
Résultats: Stoppa conventionnel

- Récidives à 12 mois: 3,2 % (10787 patients)
- Récidive à 24 mois: 4,1 % (3770 patients)
- Complications sévères 2,7% mortalité 0,2% (4844/3650 patients)
- Infection de plaie 5,2% (2864 patients)
- Sérômes 6,1% (2864 patients)

Résultats: Stoppa laparoscopique

- **Récidives à 12 mois: 1,3 % (849 patients)**
- **Complications sévères 2,9% (1366 patients)**
- **Infection du site chir.: 1,5 % (982 patients)**
- **Séromes 5% (1269 patients)**

FIGURE 4



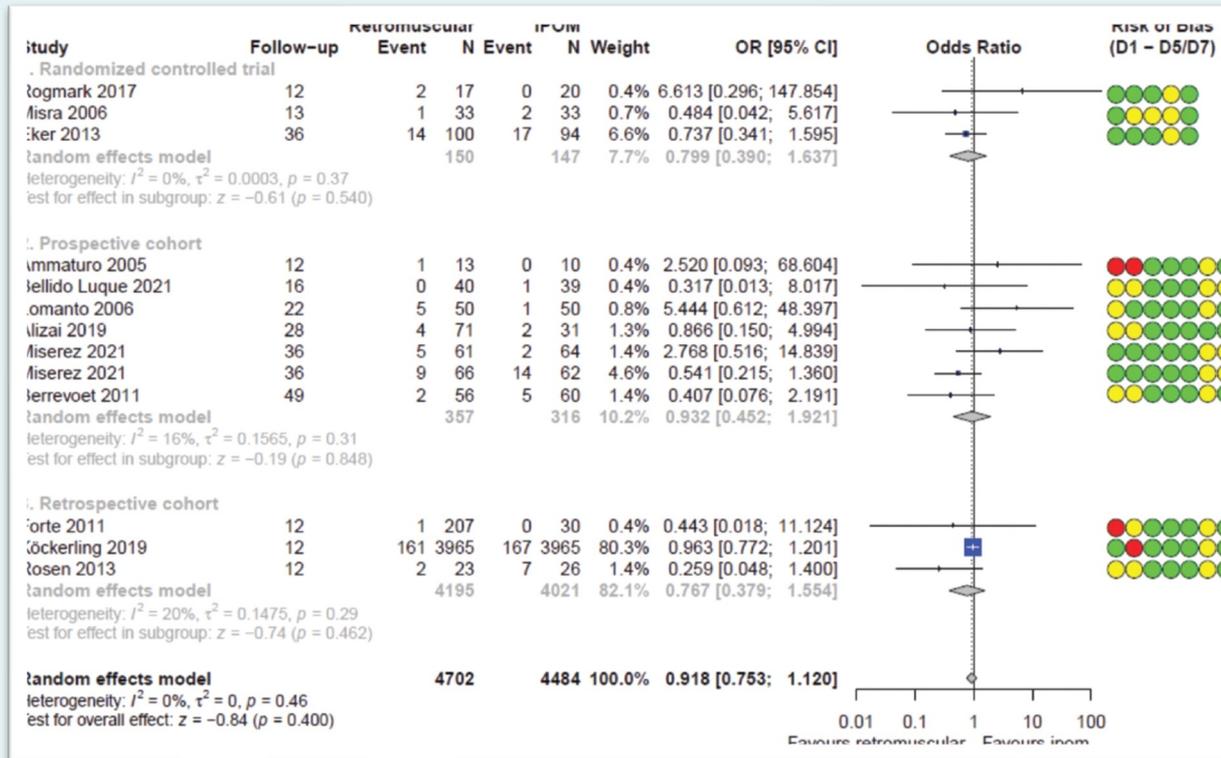
[Favorable Outcomes After Retro-Rectus \(Rives-Stoppa\) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis](#)

Hartog, Floris P. J. den; Sneider, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F.
Annals of Surgery 276(1):55-65, July 2022.
doi: 10.1097/SLA.0000000000005422

Résultats: récurrences Stoppa vs Onlay (15 études)

Recurrence after retro-rectus mesh repair versus onlay mesh repair (top) and retro-rectus mesh repair versus intraperitoneal onlay mesh repair (bottom). IPOM: intraperitoneal onlay mesh; OR: odds ratio; D1 - D5/D7: risk of bias domains.

FIGURE 4



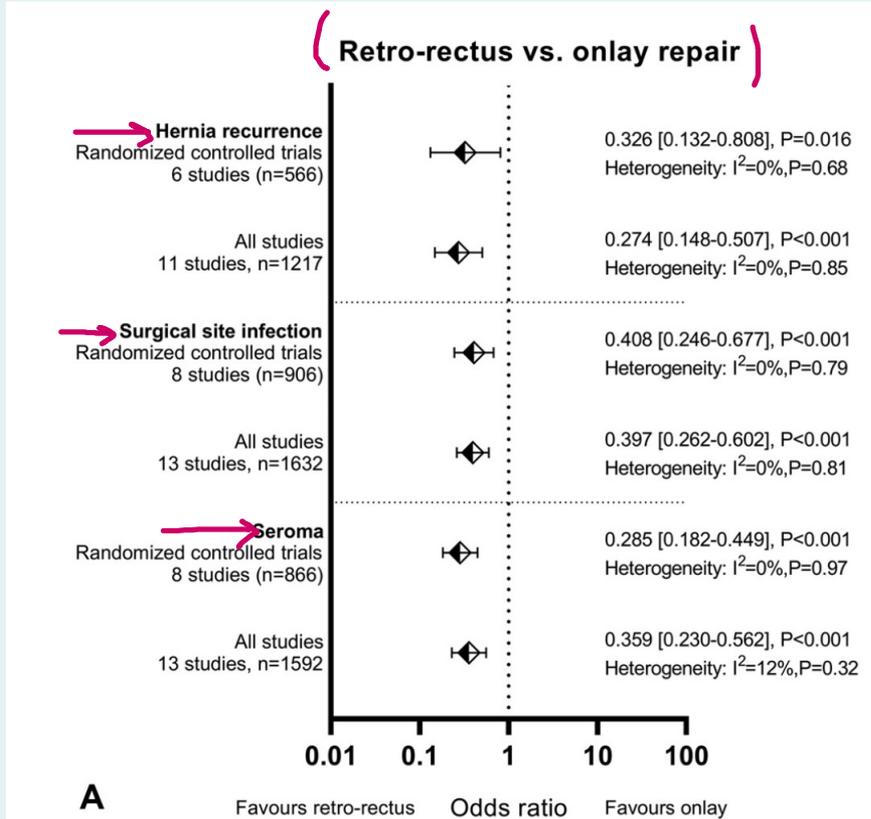
[Favorable Outcomes After Retro-Rectus \(Rives-Stoppa\) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis](#)

Hartog, Floris P. J. den; Sneider, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F.
Annals of Surgery 276(1):55-65, July 2022.
doi: 10.1097/SLA.0000000000005422

Résultats: récidives Stoppa vs IPOM (19 études)

Recurrence after retro-rectus mesh repair versus onlay mesh repair (top) and retro-rectus mesh repair versus intraperitoneal onlay mesh repair (bottom). IPOM: intraperitoneal onlay mesh; OR: odds ratio; D1 - D5/D7: risk of bias domains.

FIGURE 5



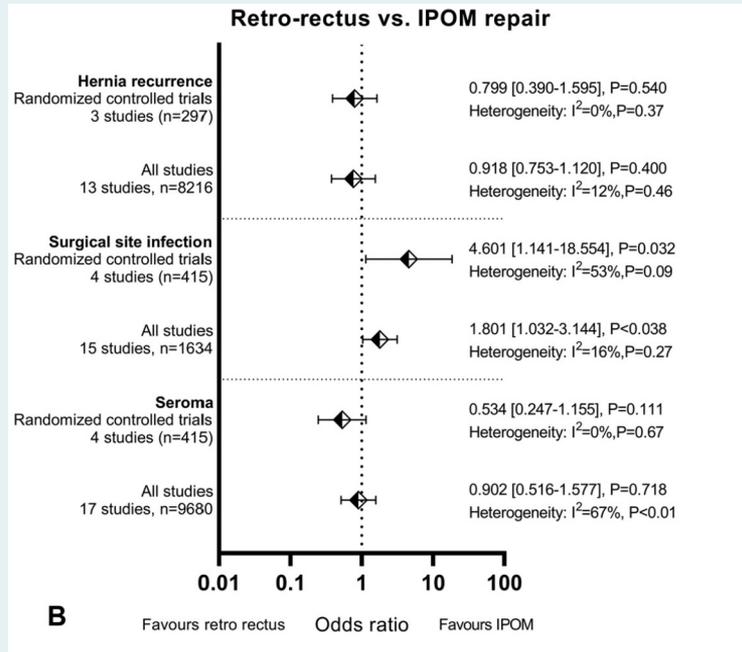
Favorable Outcomes After Retro-Rectus (Rives-Stoppa) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis

Hartog, Floris P. J. den; Sneyders, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F.
 Annals of Surgery 276(1):55-65, July 2022.
 doi: 10.1097/SLA.0000000000005422

Stoppa vs onlay

All comparative outcomes. IPOM: intraperitoneal onlay mesh. Full-size, detailed forest plots for all of the above outcomes are available in the Supplemental Digital Content Figures 3–13, <http://links.lww.com/SLA/D680>.

FIGURE 5



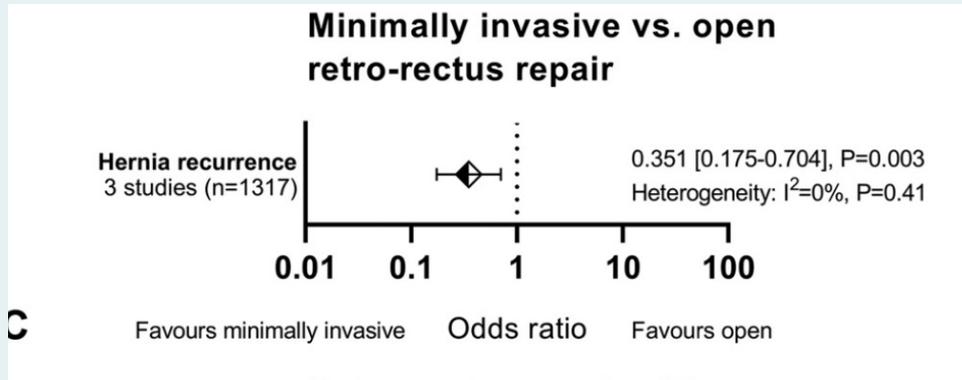
[Favorable Outcomes After Retro-Rectus \(Rives-Stoppa\) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis](#)

Hartog, Floris P. J. den; Sneider, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F.
 Annals of Surgery 276(1):55-65, July 2022.
 doi: 10.1097/SLA.0000000000005422

Stoppa vs IPOM

All comparative outcomes. IPOM: intraperitoneal onlay mesh. Full-size, detailed forest plots for all of the above outcomes are available in the Supplemental Digital Content Figures 3–13, <http://links.lww.com/SLA/D680>.

FIGURE 5



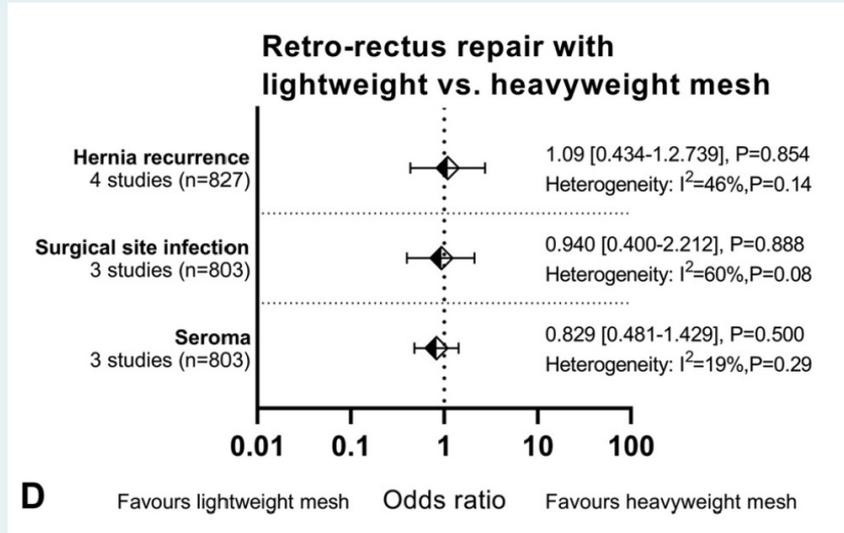
[Favorable Outcomes After Retro-Rectus \(Rives-Stoppa\) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis](#)

Hartog, Floris P. J. den; Sneider, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F.
Annals of Surgery 276(1):55-65, July 2022.
doi: 10.1097/SLA.0000000000005422

MIS vs ouvert

All comparative outcomes. IPOM: intraperitoneal onlay mesh. Full-size, detailed forest plots for all of the above outcomes are available in the Supplemental Digital Content Figures 3–13, <http://links.lww.com/SLA/D680>.

FIGURE 5



[Favorable Outcomes After Retro-Rectus \(Rives-Stoppa\) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis](#)

Hartog, Floris P. J. den; Sneider, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F.
Annals of Surgery 276(1):55-65, July 2022.
doi: 10.1097/SLA.0000000000005422

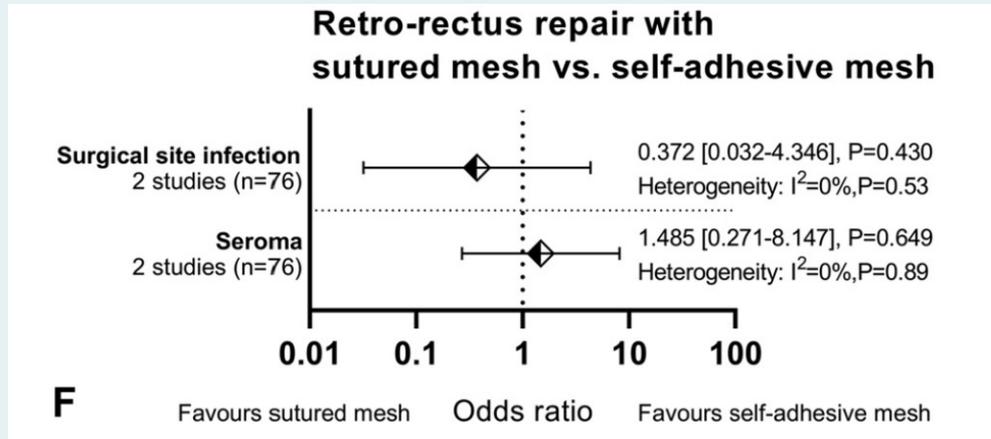
STOPPA
prothèse lightw.
vs heavyw.

All comparative outcomes. IPOM: intraperitoneal onlay mesh. Full-size, detailed forest plots for all of the above outcomes are available in the Supplemental Digital Content Figures 3–13, <http://links.lww.com/SLA/D680>.

FIGURE 5

[Favorable Outcomes After Retro-Rectus \(Rives-Stoppa\) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis](#)

Hartog, Floris P. J. den; Sneider, Dimitri; Darwish, Es F.; Yurtkap, Yağmur; Menon, Anand G.; Muysoms, Filip E.; Kleinrensink, Gert-Jan; Bouvy, Nicole D.; Jeekel, Johannes; Lange, Johan F.
Annals of Surgery 276(1):55-65, July 2022.
doi: 10.1097/SLA.0000000000005422



STOPPA fixation avec sutures vs. Prothèse auto-adhérente

All comparative outcomes. IPOM: intraperitoneal onlay mesh. Full-size, detailed forest plots for all of the above outcomes are available in the Supplemental Digital Content Figures 3–13, <http://links.lww.com/SLA/D680>.

Conclusions: en considérant les résultats agrégés

- La réparation de Stoppa est associé à des issues post-opératoires et à long terme favorables
- Stoppa > Onlay pour tous les objectifs
- IPOM > Stoppa pour infection du site chirurgical
- Stoppa minimement invasif prochaine étoile? (ERC manquant)
- Les chirurgies ouverte devraient favoriser lorsque possible un STOPPA si technique est possible

Question 18

■ Vous avez lu l'étude. Vous opérez une patiente de 58 ans pour cure de hernie incisionnelle de 8 cm à cheval sur l'ombilic post 1 laparotomie pour occlusion intestinale. Votre chirurgie de choix est:

1. Une réparation avec prothèse en rétro-rectus, approche ouverte
2. Une réparation avec prothèse intrapéritonéale , approche ouverte
3. Une réparation avec prothèse intrapéritonéale, LSC
4. Une réparation avec prothèse en rétro-rectus, LSC
5. Une réparation primaire avec séparation des composantes postérieure TAR

références

1. Dadashzadeh, Esmaeel R. MD, MS^{*,†,‡}; Huckaby, Lauren V. MD^{*,‡}; Handzel, Robert MD, MS^{*,†,‡}; Hossain, M. Shanaz MD^{*}; Sanin, Gloria D. MD^{*}; Anto, Vincent P. MD^{*}; Bou-Samra, Patrick MD^{*}; Moses, J. B. MD^{*}; Cai, Stephen MD[§]; Phelos, Heather M. MPH^{*,‡}; Simmons, Richard L. MD^{*}; Rosengart, Matthew R. MD, MPH^{*,‡}; van der Windt, Dirk J. MD, PhD^{*,‡}. The Risk of Incarceration During Nonoperative Management of Incisional Hernias: A Population-based Analysis of 30,998 Patients. *Annals of Surgery* 275(2):p e488-e495, February 2022. | DOI: 10.1097/SLA.0000000000003916
2. Hartog, Floris P. J. den MD^{*}; Sneyders, Dimitri MD, PhD^{*}; Darwish, Es F. MD^{*}; Yurtkap, Yağmur MD, PhD^{*}; Menon, Anand G. MD, PhD[†]; Muysoms, Filip E. MD, PhD[‡]; Kleinrensink, Gert-Jan PhD[§]; Bouvy, Nicole D. MD, PhD[¶]; Jeekel, Johannes MD, PhD[§]; Lange, Johan F. MD, PhD^{*}. Favorable Outcomes After Retro-Rectus (Rives-Stoppa) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Surgery* 276(1):p 55-65, July 2022. | DOI: 10.1097/SLA.0000000000005422
3. de Jong, Judith J. MD^{*}; Latenstein, Carmen S. S. MD[†]; Boerma, Djamila PhD[‡]; Hazebroek, Eric J. PhD[§]; Hirsch, David PhD[¶]; Heikens, Joost T. PhD^{||}; Konsten, Joop PhD^{**}; Polat, Fatih PhD^{††}; Lantinga, Marten A. PhD^{*}; van Laarhoven, Cornelis J. H. M. PhD[†]; Drenth, Joost P. H. PhD^{*}; de Reuver, Philip R. PhD[†]. Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome are Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Are Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy: A Prospective, Multicenter, Observational Study (PERFECT - Trial). *Annals of Surgery* 275(6):p e766-e772, June 2022. | DOI: 10.1097/SLA.0000000000004453

références

4. Katy Newton and others, Postoperative Packing of Perianal Abscess Cavities (PPAC2): randomized clinical trial, *British Journal of Surgery*, Volume 109, Issue 10, October 2022, Pages 951–957, <https://doi.org/10.1093/bjs/znac225>
5. Varban OA, Thumma JR, Carlin AM, Ghaferi AA, Dimick JB, Finks JF. Evaluating the Impact of Surgeon Self-awareness by Comparing Self Versus Peer Ratings of Surgical Skill and Outcomes for Bariatric Surgery. *Ann Surg*. 2022 Jul 1;276(1):128-132. doi: 10.1097/SLA.0000000000004450. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33201111