

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2023;185:V205147

Lyskebrokoperation i lokalbedøvelse – en glemt teknik?

Kristoffer Andresen¹, Jacob Rosenberg¹, Lars Nannestad Jørgensen² & Henrik Kehlet³

Ugeskr Læger 2023;185:V205147

Der er i øjeblikket lange ventelister til operation, hvilket altovervejende skyldes manglen på anæstesisygeplejersker. Der er på landsplan begrænset mulighed for operation i generel anæstesi (GA) på offentlige sygehuse, specielt for patienter med benigne elektive sygdomme, da akutte patienter og patienter med cancer naturligvis prioriteres [1]. Anæstesispersonale kan dog oftest undværes ved operation i lokalbedøvelse (LA). Operation for ingvinalhernier er hyppig og udføres ca. 10.000 gange årligt i Danmark. Operationsmetoder og anæstesiformer har tidligere været emne for ledere på denne plads [2], men vi finder det igen relevant at bringe diskussionen op og foreslår, at man grundigt overvejer operations- og anæstesimetoder, da ventelisterne derved vil kunne reduceres.

Operation for ingvinalhernie foregår i dag enten laparoskopisk (ca. 70%) eller åbent, kaldet Lichtensteins operation (ca. 30%), hvoraf ca. 80% gennemføres i GA med deraf følgende behov for opvågningspladser, anæstesilæger og -sygeplejersker. Fra 2018 til 2022 er antallet af patienter, der opereres elektivt med Lichtensteins teknik, imidlertid faldet med over 35% trods gode resultater.

Der findes et godt, men næsten glemt alternativ til Lichtensteins operation i GA, nemlig Lichtensteins operation i LA. I Danmark blev der i 2022 udført 2.025 elektive Lichtensteinoperationer for primære, unilaterale hernier hos mænd. Heraf udførtes knap 20% i LA, en andel, der har ligget stabilt de seneste fem år. Lichtenstein i LA er ellers standard på flere store udenlandske private hernieklinikker. Der er formentlig flere årsager til den begrænsede brug af LA i dag. En dansk undersøgelse viste, at kirurgers og anæstesilægers negative holdning til LA bl.a. skyldtes bekymring for peroperative smerter og kompromitteret operativ teknik. Desuden medfører manglende erfaring med operation i LA, at det end ikke overvejes [3]. Dette bør kunne overkommes ved oplæring i korrekt administration af LA og operationsteknik [4]. Et dansk studium viste, at Lichtensteins operation i LA kunne etableres i offentligt regi med ultrakort hospitalisering, neglignibel morbiditet og høj patienttilfredshed [4].

Som fremadrettet generel målsætning kan man overveje primært at tilbyde åben operation i LA til f.eks. mænd over 70 år med primære unilaterale hernier, hvilket er den gruppe med højest

prævalens af inguinalhernier (ca. 2.400/år). Disse får aktuelt laparoskopisk operation i omkring halvdelen af tilfældene.

I Danmark er raten af laparoskopisk kirurgi for inguinalhernie stigende trods gode resultater af Lichtensteins operation. En nylig amerikansk retrospektiv opgørelse med mere end 100.000 patienter viste, at der ikke var forskelle i komplikationer mellem laparoskopisk operation i GA og åben operation i LA, men at operationstiden var 10 min kortere for sidstnævnte [5]. Patienter med bilaterale hernier, recidiv efter åben operation og kvinder anbefales opereret laparoskopisk. For den resterende gruppe lægger guidelines op til, at operationsmetode vælges ud fra kompetencer og præferencer. Fordelene ved laparoskopisk operation kan være en kortere rekonvalescens, men dette kan formentlig opvejes ved, at operation kan tilbydes tidligere, og at afkortet rekonvalescens formentlig er mindre betydningsfuld hos den ældre patientgruppe. Det vil være oplagt at tilbyde Lichtensteins operation i LA for en del af de patienter, der i dag tilbydes laparoskopisk operation, samt udbrede operation i LA for den gruppe, der tilbydes Lichtensteins operation.

Der er således et uudnyttet potentiale i det offentlige hospitalsvæsen for at tilbyde flere patienter Lichtensteins operation i LA. Hvis halvdelen af Lichtensteinoperationerne for mænd over 70 år med unilaterale, primære inguinalhernier og halvdelen af de laparoskopiske operationer for samme gruppe omlægges til Lichtensteins operation i LA, vil det medføre en reduktion på over 1.000 indgreb årligt i GA i Danmark. Denne frigjorte anæstesikapacitet kan i stedet bruges til operationer, som ikke kan udføres i LA. Operation for inguinalhernie er formentlig ikke den eneste operation, der med fordel kan omlægges til LA for derved at kunne tilbyde langt flere patienter operation inden for en acceptabel ventetid.

Korrespondance *Kristoffer Andresen*, Afdeling for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital. E-mail: kristofferandresen@gmail.com

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Bekymringsskrivelse fra Kirurgisk Forum. Ugeskrift for Læger. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/bekymringsskrivelse-fra-kirurgisk-forum> (27. feb 2023).
2. Kehlet H. Bare et hernie – for sidste gang? Ugeskr Læger. 2005;167:1372.
3. Olsen JHH, Laursen J, Rosenberg J. Limited use of local anesthesia for open inguinal hernia repair: a qualitative study. *Hernia* 2022;26(4):1077-82.
4. Callesen T, Bech K, Kehlet H. One-thousand consecutive inguinal hernia repairs under unmonitored local anesthesia. *Anesth Analg*. 2001;93(6):1373-6.
5. Meier J, Stevens A, Berger M et al. Comparison of postoperative outcomes of laparoscopic vs open inguinal hernia repair. *JAMA Surg* 2023;158(2):172-80.