

Videnskabelig Leder

Incisionalhernier og parastomalhernier: Tiden er inde til systematisk forebyggelse

Jacob Rosenberg

Afdelingen for Mave-, Tarm-, og Leversygdomme, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital

Ugeskr Læger 2026;188:V03260171. doi: 10.61409/V03260171

Incisionalhernier og parastomalhernier er hyppige og ressourcekrævende komplikationer efter abdominalkirurgi. Incidensen kan overstige 30% [1], og ved permanent endekolostomi udvikler over halvdelen en parastomalhernie [1]. Recidivrisikoen efter rekonstruktion er betydelig. Vi kender problemets omfang og risikofaktorer – og vi råder i dag over veldokumenterede forebyggelsesstrategier. Statusartiklen i dette nummer [1] gennemgår opdaterede internationale retningslinjer og evidens. Budskabet er klart: Systematisk risikostratificering, small-bites-teknik ved midtlinjelukning og selektiv anvendelse af profylaktisk mesh reducerer risikoen betydeligt.

Small-bites-teknikken bør betragtes som standard ved elektiv midtlinjelukning. Randomiserede studier og metaanalyser dokumenterer lavere hernierate end ved traditionelle large-bites-teknikker [2]. På dette punkt er der næppe længere faglig uenighed. En central guideline fra 2022 anfører, at profylaktisk mesh kan anvendes for at reducere forekomsten af incisionalhernier, og at meshen bør have onlayplacering eller retromuskulær placering [2]. Metaanalyser og langtidsdata viser en markant og vedvarende reduktion i incisionalhernier. Således fandt man i PRIMA-studiet en forekomst af incisionalhernie hos 30% ved lukning af fascien uden mesh, 18% ved sublayplacering af mesh og 13% ved onlayplacering af mesh [3]. Effekten er således klinisk betydelig.

Ved permanent endekolostomi er anbefalingerne endnu tydeligere. En guideline fra 2023 giver en betinget anbefaling til alle patienter og en stærk anbefaling hos patienter med tidligere hernier, bindevævssygdomme, overvægt, eller hvis patienten skal have kemoterapi [4]. Vi testede for en del år siden et innovativt design med en stjerneformet mesh til onlayplacering og fandt hos 24 patienter ingen sårinfektioner eller umiddelbare postoperative komplikationer, og kun to patienter udviklede stomihernie i de 12 måneders followupperiode [5]. Når incidensen uden mesh kan overstige 50%, og randomiserede studier dokumenterer betydelig risikoreduktion, er det vanskeligt fortsat at betragte profylaktisk mesh som eksperimentelt.

Bekymringer om komplikationer bør vurderes nøgternt. De tilgængelige data viser ikke signifikant øget forekomst af sårkomplikationer ved korrekt udført elektiv midtlinjelukning med mesh [3]. I PRIMA-studiet anvendtes en aflang mesh til onlayplacering med 3 cm overlap på hver side af fascielukningen uden omfattende dissektion [3]. Ved endekolostomi kan onlaymesh placeres med begrænset ekstra dissektion, hvor meshens »vinger« føres langs fascien med en pean uden særskilt dissektion [5].

Dette er ikke et argument for ukritisk meshanvendelse, men for struktureret risikostratificering og målrettet forebyggelse. I Danmark har vi tradition for hurtigt at implementere evidensbaserede tekniske standarder – small-bites-teknikken er et eksempel. Næste skridt bør være en tydelig national anbefaling om profylaktisk mesh ved elektiv midtlinjelaparotomi hos patienter med forhøjet risiko, f.eks. tidligere hernie, overvægt etc., samt ved anlæggelse af permanent endekolostomi. Relevante faglige forummer inden for abdominalkirurgi, karkirurgi, gynækologi og urologi bør tage initiativet og udarbejde nationale anbefalinger.

Det centrale spørgsmål er derfor: Kan vi retfærdiggøre ikke at tilbyde en veldokumenteret forebyggende intervention til patienter med høj risiko for en komplikation, der er vanskelig at behandle og ofte recidiverer? Kirurgi bør ikke kun være reaktiv. Når vi optimerer ernæring, reducerer infektioner og standardiserer suturteknik, bør vi også anvende profylaktisk mesh, når evidensen taler for det.

Statusartiklen [1] viser, at feltet har bevæget sig fra debat til evidensbaseret konsensus. Der er fortsat behov for langtidsdata og sundhedsøkonomiske analyser, men grundlaget er nu så solidt, at vi i Danmark med faglig ro kan anbefale profylaktisk mesh i definerede risikogrupper – både ved midtlinjeincision og ved permanent endekolostomi. Spørgsmålet er ikke længere, om det virker, men om vi vil implementere det. Tiden er inde.

Korrespondance *Jacob Rosenberg*. E-mail: jacob.rosenberg@regionh.dk

Publiceret 27 april 2026

Interessekonflikter ingen. Forfatter har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Denne er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V03260171

doi [10.61409/V03260171](https://doi.org/10.61409/V03260171)

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Abdulrasool AS, Öztoprak M, Helligsø P et al. Forebyggelse af incisionalhernier og parastomalhernier efter åben kirurgi. Ugeskr Læger. 2026;188:V10250888. <https://doi.org/10.61409/V10250888>
2. Deerenberg EB, Henriksen NA, Antoniou GA et al. Updated guideline for closure of abdominal wall incisions

from the European and American Hernia Societies. *Br J Surg.* 2022;109(12):1239-1250.

<https://doi.org/10.1093/bjs/znac302>

3. Jairam AP, Timmermans L, Eker HH et al. Prevention of incisional hernia with prophylactic onlay and sublay mesh reinforcement versus primary suture only in midline laparotomies (PRIMA): 2-year follow-up of a multicentre, double-blind, randomised controlled trial. *Lancet.* 2017;390(10094):567-576.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31332-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31332-6)
4. Stabilini C, Muysoms FE, Tzani AA et al. EHS rapid guideline: evidence-informed European recommendations on parastomal hernia prevention—with ESCP and EAES participation. *J Abdom Wall Surg.* 2023;2:11549. <https://doi.org/10.3389/jaws.2023.11549>
5. Gögenur I, Mortensen J, Harvald T et al. Prevention of parastomal hernia by placement of a polypropylene mesh at the primary operation. *Dis Colon Rectum.* 2006;49(8):1131-5. <https://doi.org/10.1007/s10350-006-0615-1>