

HF er vist at bedre behandlingsresultatet i den umiddelbart postoperative periode, men forskningen i påvirkningen af rekonvalescensforløbet er indtil videre mangelfuld. Overordnet er den forventede indlæggelsestid for en patient med HF reduceret til 5-25 dage, efterfulgt af en rekonvalescensperiode på 1-3 måneder med behov for ekstra smertestillende og fysioterapeutisk træning. Patientgruppen er dog meget heterogen, og de præoperativt dårligste patienter er i høj risiko for komplikationer, permanent reduceret gangfunktion og smertestillende, samt boligskift til plejehjem.

KORRESPONDANCE: Henrik Palm, Ortopædkirurgisk Afdeling, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: hpalm@dadlnet.dk

ANTAGET: 17. juli 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Palm H, Krashennikoff M, Jacobsen S. Operativ behandling af hofte- og femurfrakturer. Ugeskr Læger 2006;168:2891-6.
2. Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Dansk Ortopædisk Selskab. Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud 2008. www.ortopaedi.dk (1. maj 2009).
3. Det Nationale Indikatorprojekt: National auditrapport 2008 Hofte- og femurfrakturer. 2. udgave. www.nip.dk (21. december 2008).
4. Rosell PA, Parker MJ. Functional outcome after hip fracture. A 1-year prospective outcome study of 275 patients. Injury 2003;34:529-32.
5. Kristensen MT, Bandholm T, Bencke J et al. Knee-extension strength, postural control and function are related to fracture type and thigh edema in patients with hip fracture. Clin Biomech 2009;24:218-24.
6. Foss NB, Kehlet H. Hidden blood loss after surgery for hip fracture. J Bone Joint Surg Br 2006;88:1053-9.
7. Foss NB, Kristensen MT, Jensen PS et al. The effects of liberal versus restrictive transfusion thresholds on ambulation after hip fracture surgery. Transfusion 2009;49:227-34.
8. Foss NB, Kristensen MT, Palm H et al. Postoperative pain after hip fracture is procedure specific. Br J Anaesth 2009;102:111-6.
9. Avenell A, Handoll HHG. Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people. Cochrane Database Syst Rev 2006;(4):CD001880.
10. Bitsch M, Foss NB, Kristensen B et al. Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: a review. Acta Orthop Scand 2004;75:378-89.

Rekonvalescens og sygemelding efter operation for lyskebrok

Overlæge Morten Bay-Nielsen & overlæge Thue Bisgaard

Der foretages årligt ca. 10.000 operationer for lyskebrok i Danmark, ved hvilke standardoperationsmetoderne er åben operation med indsættelse af møche ad modum Lichtenstein (ca. 80%) eller laparoskopisk indgreb (ca. 20%) [1].

Patienterne har krav på evidensbaseret, relevant information om det forventelige postoperative forløb, således at de på forhånd kan angive en realistisk sygemeldingsperiode i forhold til et eventuelt arbejde. Selv om en del af patienterne ikke er erhvervsaktive, er de samlede udgifter, der er forbundet med det postoperative sygefravær, formentlig den mest omkostningstunge del af indgrebet set i et samfundsmæssigt perspektiv [2].

POSTOPERATIV RESTITUTION OG SMERTER

Den postoperative organ dysfunktion er formentlig begrænset efter et indgreb af samme størrelsesorden som en ukompliceret lyskebrokoperation – ud over eventuelle følgevirkninger efter generel og særligt regional anæstesi [3], og varigheden af den postopera-

tive periode med nedsat fysisk aktivitet og eventuel sygemelding fra arbejde efter indgrebet afhænger af en række mere eller mindre veldefinerede faktorer, sådan som det også er vist efter f.eks. laparoskopisk kolecystektomi [4] (Tabel 1).

Ukompliceret ingvinal herniotomi med indsættelse af kunststofnet, hvad enten indgrebet udføres åbent eller med kikkertkirurgi, efterfølges af en peri-

STATUSARTIKEL

Hvidovre Hospital,
Gastroenheden 435, og
Køge Sygehus, Kirurgisk
Afdeling



TABEL 1

Faktorer med indflydelse på varighed af rekonvalescens og sygemelding efter ingvinal herniotomi.

Afkortede anbefalinger

Smarter
Fysisk belastning ved arbejde og fritidsinteresse
Operativ teknik (åben eller laparoskopisk)
Kompikationer

ode med smerter. Efter Lichtensteins operation er smerterne typisk mest intense i det første døgn, hvor to tredjedele af patienterne har svære til moderate smerter ved hoste eller bevægelse, mens en tredjedel af patienterne rapporterer moderate til svære smerter efter en uge, en andel der falder til ca. en tiendedel efter fire uger [5]. Efter laparoskopisk operation (**Figur 1**) er der formentlig færre smerter, selv om der kun foreligger relativt få detaljerede studier til belysning af det tidlige smertemønster efter laparoskopisk ingvinal herniotomi [6]. Patienter, der efter åben operation for lyskebrok ikke har genoptaget arbejde eller vanlige aktiviteter efter henholdsvis en uge og en måned, angiver smerter som hovedårsagen [7]. Smerterne efter åben brokoperation er bevægelsesudløste eller forstærkes af bevægelse, og der kan ses forlænget reaktionstid ved bilkørsel (f.eks. betjening af fodbremse) de første dage postoperativt [8, 9]. Formentlig gælder dette forhold også anden maskinbetjening.

OPERATIV TEKNIK OG REKONVALESCENSVARIGHED

Rekonvalescensvarighed opfattet bredt har været anvendt som resultatparameter i en lang række randomiserede sammenligninger af operativ teknik [10-12].

Rekonvalescensvarigheden i de fleste studier er imidlertid længere, end det er muligt at opnå alene ved standardiserede afkortede anbefalinger, hvorfor resultaterne er vanskelige at tolke. Der synes dog at

være en tydelig tendens til kortere rekonvalescens efter laparoskopisk indgreb sammenlignet med åbent indgreb [10, 11].

KOMPLIKATIONER OG REKONVALESCENSVARIGHED

Hos ca. 10% af patienterne er sårkomplikation årsag eller medvirkende årsag til manglende genoptagelse af arbejde inden for en uge efter operation for lyskebrok, mens kun 2% angiver sårkomplikation som årsag til manglende genoptagelse af arbejde efter en måned [13].

ARBEJDSBELASTNING

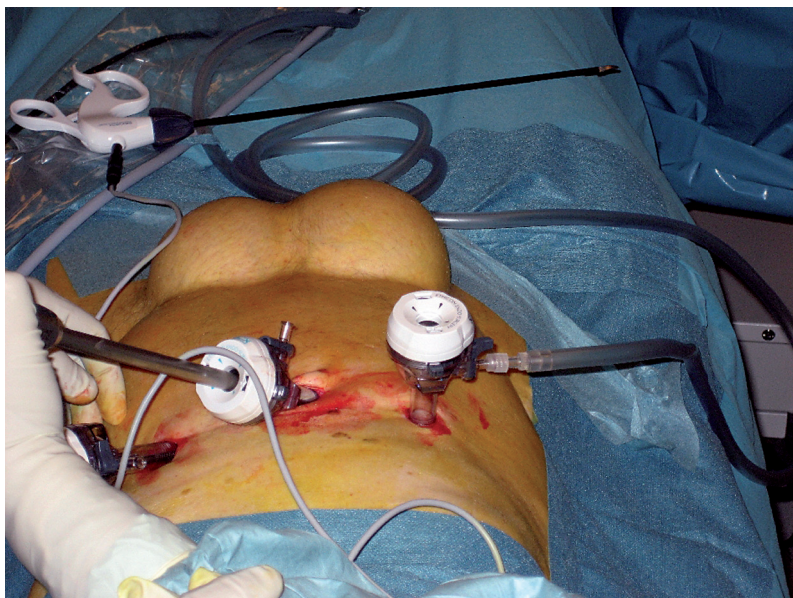
Alle relevante studier viser en sammenhæng mellem arbejdsbelastning og tidspunkt for genoptagelse af arbejde. Ved let fysisk arbejde (kontorarbejde etc.) er den mediane tid til genoptagelse af arbejde 6-7 dage [7, 13, 14], mens patienter med hårdt fysisk arbejde er gået i arbejde efter median 14 dage [13], når der gives strukturerede retningslinjer for rekonvalescens, hvor patienterne informeres om, at tidlig genoptagelse af arbejde og fritidsinteresse ikke medfører øget risiko for recidiv.

ANBEFALING AF KORT REKONVALESCENS OG RISIKO FOR RECIDIV

En af de faktorer, der formentlig betyder mest for rekonvalescenslængden, er den information, patienten modtager både fra kirurg og praktiserende læge, men hvilke anbefalinger patienterne rent faktisk modtager, vides ikke [4]. En undersøgelse af praktiserende lægers anbefalinger af rekonvalescens efter operation for ingvinalhernie viste meget lange anbefalinger, samt en overordentlig stor variation mellem de givne anbefalinger [7]. Mèchebaseret kirurgi for lyskebrok er primært indført på baggrund af serier fra dedikerede centre, hvor der er anbefalet tidlig genoptagelse af vanlig fysisk aktivitet, og hvor patienterne er informeret om, at fysisk aktivitet ikke øger risikoen for gendannelse af det opererede brok [7, 14-16]. Konkrete undersøgelser af sammenhæng mellem tidlig fysisk aktivitet og risiko for recidiv er kun udført i begrænset omfang. I et dansk multicenterstudie med udgangspunkt i Dansk Herniedatabase fik en patientpopulation (n = 1.059) rekonvalescensanbefalinger, som specifikt angav, at fysisk aktivitet inkl. arbejde kunne genoptages en dag efter operationen. Reoperationsraten (anvendt som et udtryk for recidivraten) i denne gruppe blev sammenlignet med resten af patienterne i Dansk Herniedatabase, uden at der blev fundet tegn på øget risiko for recidiv [13]. Endvidere foreligger der resultater fra et enkelt randomiseret studie, som ikke viser øget risiko for recidiv efter tidlig genoptagelse af fysisk aktivitet, om end den an-

FIGUR 1

Laparoskopisk operation, bilateralt ingvinalhernie.





FAKTABOKS

Information til patienter angående rekonvalescens efter operation for lyskebrok

Tidlig belastning (dvs. umiddelbart efter operationen) giver ikke øget risiko for recidiv.

Hvis smerterne tillader det, kan fuld fysisk aktivitet derfor genoptages umiddelbart efter operationen.

Smerter efter operationen kan være begrænsende for fysisk aktivitet og mulighed for at genoptage arbejde – efter åbent indgreb har ca. 50% genoptaget arbejde med let fysisk belastning inden for en uge, ved arbejde med hård fysisk belastning har ca. 50% genoptaget arbejdet inden for 14 dage – rekonvalescensen efter laparoskopisk herniotomi er ikke velundersøgt, men er sandsynligvis lidt kortere.

Bilister (og andre, der betjener maskiner) skal være opmærksomme på mulig forlænget reaktionstid som følge af indgrebet, hvis de kører bil i de første døgn efter operation.

Eventuelle komplikationer kan forsinke rekonvalescens i forhold til ovenstående.

vendte definition af tidlig (= tre uger) ikke er i overensstemmelse med aktuel praksis [17]. Hos patienter, der er opereret for recidivhernie, foreligger der ingen specifikke undersøgelser vedrørende sammenhæng mellem tidlig belastning og risiko for gendannelse af brokket. Ud over dette synes der i litteraturen at være generel konsensus om, at tidlig belastning ikke medfører øget risiko for recidiv, når der er brugt mèche-baseret operationsmetode.

KONKLUSION

Varighed af rekonvalescens efter operation for lyskebrok afhænger i væsentlig grad af den information, patienterne modtager. Andre medvirkende faktorer er postoperative smerter, den anvendte operationsteknik (kortere varighed efter laparoskopisk operation), patienternes arbejdsbelastning og forekomst af sårkomplikationer. Der er ikke evidens for øget risiko for recidiv ved tidlig postoperativ belastning. Patienterne kan derfor opfordres til at genoptage al aktivitet umiddelbart efter operationen, kun begrænset af eventuelle smerter.

KORRESPONDANCE: Morten Bay-Nielsen, Gastroenheden 435, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: morten.bay.nielsen@hvh.regionh.dk

ANTAGET: 27. august 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Kehlet H, Bay-Nielsen M. Nationwide quality improvement of groin hernia repair from the Danish Hernia Database of 87,840 patients from 1998 to 2005. *Hernia* 2008;12:1-7.
2. Bay-Nielsen M, Knudsen MS, Christensen JK et al. Analyse af omkostninger ved lyskebrokkirurgi i Danmark. *Ugeskr Læger* 1999;161:5317-21.
3. Bay-Nielsen M, Kehlet H. Anaesthesia and postoperative morbidity after elective groin hernia repair: a nation-wide study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52:169-74.
4. Bisgaard T. Sygemelding og rekonvalescens efter laparoskopisk kolecystektomi? *Ugeskr Læger* 2005;167:2627-9.
5. Callesen T, Bech K, Nielsen R et al. Pain after groin hernia repair. *Br J Surg* 1998;85:1412-4.
6. Eklund A, Rudberg C, Smedberg S et al. Short-term results of a randomized clinical trial comparing Lichtenstein open repair with totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2006;93:1060-8.
7. Kehlet H, Callesen T. Rekonvalescensbefalinger efter herniekirurgi. *Ugeskr Læger* 1998;160:1008-9.
8. Bahir A, Lawaetz O, Kjeldsen L et al. Convalescence and driver reaction time after tension-free inguinal hernia repair. *Ambul Surg* 2001;9:19-21.
9. Wright DM, Hall MG et al. A randomized comparison of driver reaction time after open and endoscopic tension-free inguinal hernia repair. *Surg Endosc* 1999;13:332-4.
10. EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic compared with open methods of groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg* 2000;87:860-7.
11. Bittner R, Sauerland S, Schmedt CG. Comparison of endoscopic techniques vs Shouldice and other open nonmesh techniques for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc* 2005;19:188-99.
12. Schmedt CG, Sauerland S, Bittner R. Comparison of endoscopic procedures vs Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc* 2004;19:188-99.
13. Bay-Nielsen M, Thomsen H, Andersen FH et al. Convalescence after inguinal herniorrhaphy. *Br J Surg* 2004;91:362-7.
14. Callesen T, Klarskov B, Bech K et al. Short convalescence after inguinal herniorrhaphy with standardized recommendations. Duration and reasons for the late return to work. *Eur J Surg* 1999;165:236-41.
15. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. Returning to work after herniorrhaphy. *BMJ* 1994;309:216-7.
16. Kark AE, Kurzer M, Waters KJ. Tension-free mesh hernia repair: review of 1098 cases using local anaesthesia in a day unit [see comments]. *Ann R Coll Surg Engl* 1995;77:299-304.
17. Taylor EW, Dewar EP. Early return to work after repair of a unilateral inguinal hernia. *Br J Surg* 1983;70:599-600.