

Sen migration af mesh til colon efter laparoskopisk hernieoperation

Martin Rasmussen & Thue Bisgaard

KASUISTIK

Gastroenheden,
Kirurgisk Sektion,
Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V01140058

Operation for ventralhernie med brug af syntetisk *mesh* er en af de hyppigste gastrointestinale procedurer [1]. Kirurgisk relaterede langtidskomplikationer er kun kasuistisk beskrevet [2, 3]. Vi beskriver her et usædvanligt forløb med *mesh*-migration til colon efter tidligere laparoskopisk operation for ventralhernie.

SYGEHISTORIE

En 63-årig kvinde blev opereret med åben operation for et linea alba hernie med en 2 cm defekt sutureret med simpel suturering. Fire år senere blev hun laparoskopisk opereret for recidiv (defekt 8 cm) med en Gore-*mesh* (Goretex Dual-*mesh*, ePTFE), 18 × 18 cm, som blev fikseret med dobbelt-*crown*-teknik (Pro-Tack; Covidien, Connecticut, USA). Det tidlige efterforløb var ukompliceret. Ni år efter primæroperationen var der igen mistanke om recidiv. En CT viste en velbeliggende *mesh* in situ uden recidiv (Figur 1A). På klinisk mistanke om umbilikalhernie udførte man dog diagnostisk laparoskopi med fund af omentadhærensers mod *mesh*, men man fandt ingen tegn på

umbilikalhernie. Efter yderligere et år, ti år efter første operation, henvendte patienten sig til en privatpraktiserende kirurg, da hun havde tiltagende udfyldning i højre øvre abdominalkvadrant, almen utilpashed, abdominalia, et mindre vægttab og normal mave-tarm-funktion. Der var ingen febrilia. En ny CT med peroral kontrast viste et delvist løsnet *mesh* og lokal inflammation i bugvæggen (Figur 1B). På en kirurgisk specialafdeling, udførtes der to måneder senere en fornyet CT med henblik på at udelukke malignitet. Skanning gav mistanke om intraluminal migration af *mesh* til højre colon (Figur 1C). Ved en koloskopi bekræftedes *mesh* og fiksations-*tacks* intraluminalt. Der blev udført subakut, højresidig, åben hemikolektomi med primær anastomose og fjernelse af *mesh* (Figur 1D). Der var ikke tegn til peritonitis, men der var bugvægsabsces, flegmone og herniedefekt på 7 cm efter *mesh*-fjernelsen. Bugvæggen blev lukket med PDS-sutur med begrænset stramning uden *mesh*-forstærkning. På fjerde postoperative dag blev patienten opereret akut for fascieruptur (10 cm diastase) nu uden tegn til absces eller flegmone. Der blev foretaget lateral *release* ad modum Ramirés [4] med intraperitoneal Physiomes (Ethicon, Flexible Composite Mesh). Det postoperative forløb var uden komplikationer, og ved en klinisk efterundersøgelse seks måneder efter var patienten i velbefindende uden tegn til recidiv.

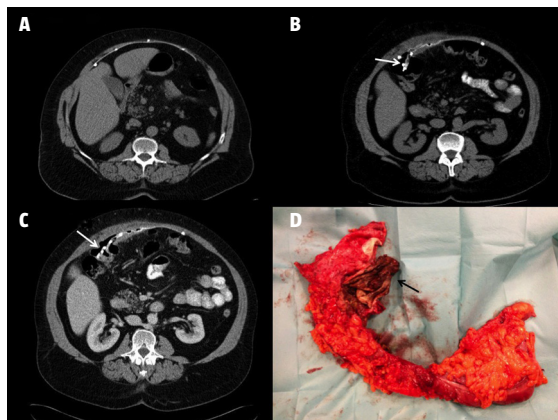
DISKUSSION

Der findes i litteraturen ikke større systematiske opgørelser over risiko for og arten af sene kirurgirelaterede komplikationer såsom ileus, *mesh*-migration og fistulering efter laparoskopisk herniotomi, mens tidlige komplikationer såsom blødning og viscerale skader er velbeskrevne [1]. Ved en systematisk søgning fandt vi kun 32 tilfælde af beskrevet *mesh*-migration til intraluminal tarm efter laparoskopisk herniotomi. Sygehistorien illustrerer, at der selv mange år efter laparoskopisk herniotomi kan forekomme alvorlige komplikationer i forbindelse med en indopereret *mesh* med inflammation, absces og intraluminal colonmigration af *mesh*'en.

I moderne herniekirurgi anvender man oftest fremmedlegemer i form af *mesh* for at mindske risi-

FIGUR 1

A. På CT-billede fra 2011 ses *mesh* beliggende in situ. B. CT-billede fra 2012 med peroral givet kontrast, hvor der ses delvist løsnet *mesh* med lokal inflammation i abdominalvæggen (pil). C. CT-billede fra 2013 med intravenøst givet kontrast, hvor der ses migration af *mesh* intraluminalt i colon transversum tæt ved højre colonfleksur (pil). D. Præparat fra operation i 2013. Der ses *mesh*-migration ind i højre colonhalvdel (pil).



koen for recidiv [1, 5]. Der er på det kommercielle marked et udbud af utallige *mesh*-typer, sutur- og fik-sationsmaterialer, og der udbydes bestandigt nye. Det er bemærkelsesværdigt, at disse fremmedlegeme-produkter ikke er underlagt krav om klinisk afprøv-ning forud for anvendelse hos mennesker. Derved sidestilles anvendelse af fremmedlegemer til behand-ling af mennesker ikke med farmakologisk behand-ling.

Konklusionen er, at risikoen for migration af *mesh* er en alvorlig, men sjælden komplikation i for-bindelse med laparoskopisk hernieoperation. Hos pa-tienter, der har uafklarede abdominalia og tidligere er laparoskopisk opereret for ventralhernie, skal in-traluminal migration have in mente. Brugen af frem-medlegemer til behandling af mennesker bør betrag-tes på lige fod med medicinsk behandling. Man bør således principielt fordrer den nødvendige dokumen-tation af produkterne før ibrugtagning, ligesom en systematisk monitorering af postoperative kompli-kationer er ønskværdig. En sådan monitorering kan i praksis kun varetages ved en samkøring mellem Landspatientregistret og de kliniske databaser; i dette tilfælde Dansk Hernie Database.

SUMMARY

Martin Rasmussen & Thue Bisgaard:

Late mesh migration into the colon after laparoscopic herniotomy

Ugeskr Læger 2014;176:V01140058

Long-term complications after laparoscopic ventral hernia repair with mesh reinforcement are not well documented in the literature. We describe a case of a 63-year-old woman with repeated hernia operations due to a ventral hernia, which ultimately was complicated with mesh migration into the transverse colon.

KORRESPONDANCE: Martin Rasmussen, Bangatan 6c, 214 26 Malmø, Sverige.

E-mail: mfrimand@gmail.com

ANTAGET: 18. marts 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 30. juni 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Bisgaard T, Kehlet H, Bay-Nielsen MB et al. Nationwide study of early outcomes after incisional hernia repair. *Br J Surg* 2009;96:1452-7.
2. Nelson EC, Vidovszky TJ. Composite mesh migration into the sigmoid colon following ventral hernia repair. *Hernia* 2011;15:101-3.
3. Yilmaz I, Karakaş DO, Sucullu I et al. A rare cause of mechanical bowel obstruction: mesh migration. *Hernia* 2013;17:267-9.
4. Ramirez OM, Ruas E, Dellon AL. "Components separation" method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg* 1990;86:519-26.
5. Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-Part 1. *Surg Endosc* 2014;28:353-79.