

Bare et hernie – for sidste gang?

Professor, overlæge, dr.med. Henrik Kehlet

I 1982 fokuserede *Daniel Andersen* i en leder i Ugeskriftet »Bare et hernie« på den høje recidivrate ved konventionelle hernieoperationer, og i 1996 fulgte undertegnede op med en ny leder »Bare et hernie – endnu en gang« med diskussion af de nye operationsmetoder med mecheplastik og laparoskopisk herniotomi samt smerteproblematik. Efterfølgende har etablering af Dansk Hernie Database i 1998 sat øget fokus på inguinalhernier, og >70% af elektive hernier udføres nu med mecheplastik med en deraf følgende halvering af reoperationsraten [1]. Laparoskopisk herniotomi anvendes hos 5-8% og har samme reoperationsrate som mecheplastik. Et ambulantly forløb foretages nu hos ca. 75% mod tidligere ca. 50%, og rekonvalescenstiden kan nedbringes til ca. en uge uden forhøjet risiko for reoperation [2].

Spørgsmålet er derfor, om der er behov for fornyet diskussion af inguinal herniotomi i Danmark disse forbedringer taget i betragtning? Operationen er hyppig med ca. 10.000 årligt, men den løbende registrering i Dansk Hernie Database tyder på, at vi ikke har opnået tilfredsstillende resultater på alle områder. Der er således en høj reoperationsrate efter femoral herniotomi og overraskende nok også efter herniotomi hos kvinder, formentlig betinget af suboptimal operationsteknik og oversete femoralhernier. Antallet af operationer, der udføres for et recidivhernie, er stadig for høj, men dog faldende i perioden 1998-2004 fra ca. 18% til ca. 15%. Størstedelen af disse recidiver hidrører fra operationer udført før 1998. Anvendelse af lokalanæstesi er for lav (ca. 15%) taget i betragtning af, at denne anæstesi-form er den billigste og sikreste med korteste behov for ophold på opvågningsafsnit og hospitalisering og risiko for urinretention [3]. Anvendelse af spinalanæstesi er for høj (ca. 10%) og bør elimineres, idet denne anæstesi-form ikke indebærer nogen fordele, men tværtimod en høj risiko for urinretention [3]. En øget anvendelse af lokalanæstesi, som i randomiserede undersøgelser har vist samme patienttilfredshed som ved de øvrige anæstesi-former, vil kræve en øget opmærksomhed og samarbejde mellem anæstesiologer og kirurger, som vist muligt i klinikker med interesse for herniekirurgi.

Et andet væsentligt fokusområde er den høje 30-dags-mortalitet på 7% ved akut herniekirurgi i Danmark [1]. En planlagt analyse af disse operationsforløb vil forhåbentlig afklare årsagerne hertil og komme med forslag med henblik på organisation og tidligere diagnostik, så resultaterne kan komme på linje med internationale data. Herudover bør der organisatorisk etableres en øget anvendelse af ambulantly kirurgi, som kan ske hos >90% af de elektive operationer, hvilket sammen med en øget anvendelse af lokal anæstesi vil medføre store besparelser og bevare behandlingskvaliteten.

Den væsentligste årsag til en fortsat debat omkring herniekirurgien er imidlertid risikoen for kroniske smerter [4], som andrager ca. 10%, og med gener, som påvirker daglige funktioner. Årsagerne er uafklarede, men indbefatter intraoperativ nerveskade [4]. Laparoskopisk udført operation indebærer en potentiel fordel med mindre risiko for nerveskade og kronisk smerte [4, 5], hvilket bør afklares i fremtidige veldefinerede undersøgelser, før øget anvendelse af laparoskopisk operation rekommanderes. En nylig påvist forekomst af koitusrelaterede smerter med påvirkning af seksualfunktionen hos ca. 3% i en dansk undersøgelse hos ca. 1.000 patienter er foruroligende, og kræver yderligere undersøgelse med henblik på profylakse, idet patogenesen igen formodes at være intraoperativ nerveskade.

Der er således grund til endnu en gang at diskutere organisationen af herniekirurgien på landsplan, og det er desværre næppe sidste gang, idet de resterende problemer, herunder specielt den kroniske smerteproblematik, vil kræve øget fokus på dels de tekniske aspekter med forbedret dissektion og undgåelse af nerveskade, samt en videreudvikling af den laparoskopiske teknik. På trods af operationens lidenhed og ofte værende en begynderoperation vil fremtiden utvivlsomt gå i retning af herniecentre med krav om øget kirurgisk ekspertise, så denne lille operation kan blive »smerte- og risikofri«. Et fortsat samarbejde i den, også i international sammenhæng, enestående Dansk Hernie Database vil være et godt udgangspunkt for denne udvikling.

Korrespondance: *Henrik Kehlet*, H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centret, Enhed for Kirurgisk Patofysiologi 4074, DK-2100 København Ø.
E-mail: henrik.kehlet@rh.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Bay Nielsen M, Kehlet H, Strand L et al. Dansk Hernie Database – fire års resultater. *Ugeskr Læger* 2004;166:1894-8.
2. Bay Nielsen M, Thomsen H, Andersen FH et al. Convalescence after inguinal herniorrhaphy. *Br J Surg* 2004;91:362-7.
3. Kehlet H, Bay Nielsen M. Choice of anaesthesia for hernia surgery in Denmark 1998-2003. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49:143-6.
4. Aasvang E, Kehlet H. Chronic postoperative pain – the case of inguinal herniorrhaphy. *Br J Anaesth* 2005 (i trykken). Doi: 10.1093/bja/aei 019.
5. Grant AM, Scott NW, O'Dwyer PJ. Five-year follow-up of a randomized trial to assess pain and numbness after laparoscopic or open repair of groin hernia. *Br J Surg* 2004;91:1570-4.