

# Kvinder med lyskenære hernier bør henvises til kirurgisk behandling

Line Schmidt & Jacob Rosenberg

## STATUSARTIKEL

Center for Perioperativ Optimering, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion, Herlev Hospital

Ugeskr Læger  
2018;180:V07180487

Kvinder udgør ca. 10% af patienterne med lyskenære hernier, og i Danmark opereres der således 800-1.000 kvinder hvert år for lyskenære hernier [1, 2]. Livstidsrisikoen for at få et ingvinalhernie er 27% for mænd og 3% for kvinder [3]. Ud over kønsforskelle i prævalens og livstidsrisiko er fordelingen af hernietyper også forskellig hos mænd og kvinder. Således er hyppigheden af femoralhernier hos kvinder tyve gange højere end hos mænd [4, 5], men ikke desto mindre er det en udbredt misforståelse blandt mange læger, at femoralherniet er det hyppigste lyskenære hernie hos kvinder. Det laterale ingvinalhernie er det hyppigste [4]. Studier, hvor man specifikt beskriver lyskenære hernier hos kvinder, er sparsomme [6], men der er igennem de senere år kommet mere fokus på patientgruppen. Dette har resulteret i et særskilt afsnit om kvinder i de nyeste internationale retningslinjer fra 2018, hvor man anbefaler, at alle kvinder med et lyskenært hernie, uanset hernietype, tilbydes laparoskopisk kirurgi [7]. Et lyskenært hernie opdages som regel i almen praksis, hvorfra der henvises til en kirurgisk hospitalet eller en privatpraktiserende speciallæge. Målet for behandling i almen praksis er god information og vejledning af patienten om operation [8].

Formålet med denne artikel er at gennemgå rationalet bag direkte henvisning til kirurgisk behandling af kvinder med lyskenære hernier med henblik på at give den praktiserende og medicinske læge et bedre udgangspunkt for vejledning, rådgivning og behandling af patienterne.

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Ingvinalhernier udgør ca. 75% og femoralhernier ca. 25% af de lyskenære hernier hos kvinder.
- ▶ Ubehandlet er der en væsentlig risiko for inkarcination af femoralhernier, og det er vanskeligt præoperativt at afgøre hernietypen.
- ▶ Recidivraten hos kvinder er lavere efter laparoskopisk kirurgi end efter åben kirurgi, og det ser ud til, at man ved åben kirurgi overser en del femoralhernier.
- ▶ I nye internationale retningslinjer fra 2018 anbefales det, at alle kvinder med lyskenære hernier tilbydes laparoskopisk kirurgi.

## ET LYSKENÆRT HERNIE HOS EN KVINDE BETRAGTES ALTID SOM ET POTENTIelt FEMORALHERNIE

Ved et lyskenært hernie forstås enten et ingvinalhernie (som opdeles i laterale og mediale hernier), et femoralhernie eller et kombineret ingvinal-femoralhernie. Det er en ikke sjælden misforståelse, at femoralherniet er det hyppigste hernie hos kvinder. Fordelingen hos kvinder er 70-75% ingvinalhernier, 20-25% femoralhernier og 2-3% kombinerede ingvinal/femoralhernier [4, 9]. Ikke desto mindre er der en grund til denne misforståelse, da hyppigheden af femoralhernier hos kvinder er mere end tyve gange højere end hos mænd, hvor femoralhernier udgør under 1% af alle lyskenære hernier [4, 5].

I almen praksis, og endda på kirurgiske afdelinger, kan det være svært at afgøre, om et lyskenært hernie er et ingvinal- eller et femoralhernie [10, 11]. I teorien, og som det også fremgår af lærebøger, fremkommer protrusionen ved ingvinal- og femoralhernier henholdsvis over og under ligamentum inguinale. I praksis er denne adskillelse dog sjældent så ligetil at foretage, og især hos overvægtige kvinder kan den kliniske, præoperative klassifikation af hernietype være vanskelig [12]. Studier tyder på, at ultralydskanning i de rette hænder kan være en hjælp i differentieringen af hernietyper i den præoperative diagnostik [13, 14], men anbefalingen om ultralydskanning som standard i diagnostikken har ikke vundet indpas i internationale retningslinjer [7]. Dette skyldes formentlig, at metoden er afhængig af undersøgerens erfaring og ekspertise.

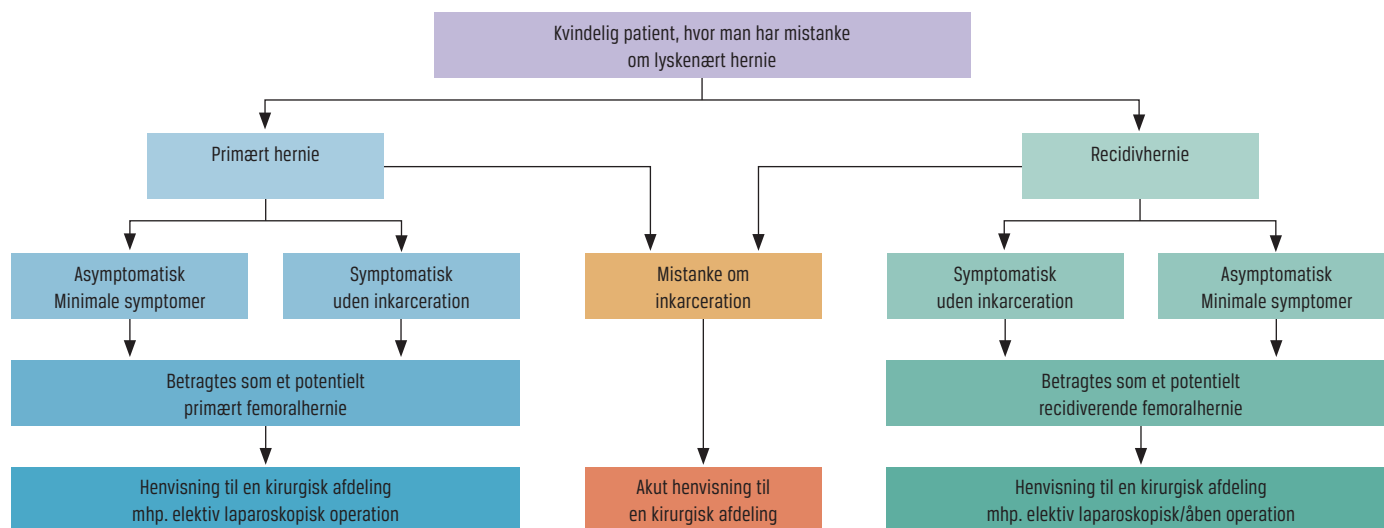
Der mangler således i almen praksis såvel som på medicinske og kirurgiske hospitalet afdelinger en entydig pålidelig måde til skelnen mellem ingvinal- og femoralhernier præoperativt. I lyset af dette og den øgede hyppighed af femoralhernier hos kvinder, har man internationalt valgt, at alle lyskenære hernier hos kvinder skal betragtes som et potentielt femoralhernie [7].

## DET »FARLIGE« FEMORALHERNIE

Der er flere komplikationer ved femoralhernier end ved ingvinalhernier [15, 16]. Femoralhernier har øget risiko for at inkarcerere, og ofte opdages de først netop pga. inkarcination [17]. Det betyder, at mange femoralhernier ender med at blive behandlet med akut ope-

 **FIGUR 1**

Flowchart, der illustrerer behandlingen i almen praksis eller på en ikkekirurgisk hospitalsafdeling af kvinder, hvor man har mistanke om lyskenære hernier.



ration, som har en højere komplikationsrate end det elektive indgreb. I et svensk studie har man således påvist, at der var ti gange højere dødelighed ved akut operation for femoralhernie end ved elektiv operation [16], og i andre studier har man fundet høje risici for postoperative komplikationer og tarmresektion ved akut herniekirurgi [18, 19]. Tal fra de danske og svenske herniedatabaser viste, at 36-39% af femoralhernierne blev opereret akut [5, 16], hvor andelen af akutte indgreb for ingvinalhernier var under 10% [4]. *Watchful waiting* ved femoralhernier vurderes således at være for risikabelt, komplikationsraten taget i betragtning [7]. Dette er anderledes hos mænd, hvor en del patienter kan have gavn af *watchful waiting* [20]. Den øgede hyppighed af femoralhernier hos kvinder og den høje komplikationsrate ved femoralhernier er grunden til, at det anbefales, at alle kvinder med lyskenære hernier henvises til kirurgisk behandling [7].

#### ALLE KVINDER MED LYSKENÆRE HERNIER BØR HENVISES TIL LAPAROSKOPISK KIRURGI

Laparoskopi er ifølge nye internationale retningslinjer den optimale kirurgiske behandling hos kvinder med lyskenære hernier [7]. Rationalet bag denne anbefaling stammer bl.a. fra databasestudier, som har vist, at recidivrater hos kvinder er lavere efter laparoskopisk kirurgi, hvor den er ca. 2%, end efter åben kirurgi, hvor den er 5-7% [4, 9, 21, 22]. Endvidere tyder det på, at man ved åben kirurgi har stor risiko for at overse et asymptomatisk/uopdaget femoralhernie. I studier er det påvist, at man fandt ca. 50% femoralhernier ved recidivoperationer, selvom diagnosen ved den primære operation var et ingvinalhernie [4, 9, 11]. Ved åben

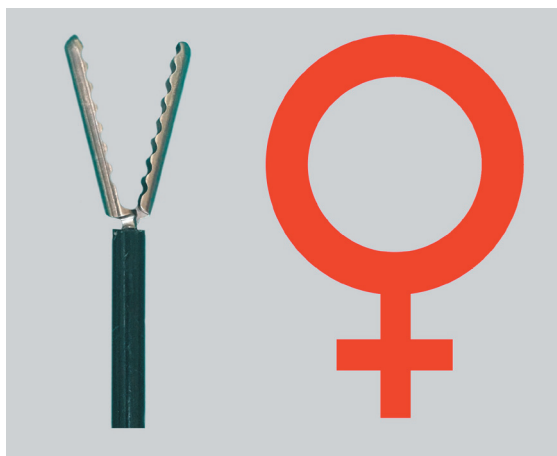
kirurgi har man ikke umiddelbart visuel adgang til femoralostiet, og kirurgen skal aktivt palpere efter et potentielt femoralhernie for at opdage et sådant, dvs. at man skal gennembryde bagvæggen i ingvinalkanalen eller, hvis det er muligt, palpere gennem den mediale eller laterale brokdefekt. Ved den laparoskopiske metode har man derimod fuldt overblik over alle tre ostier, og man placerer ydermere et net, der dækker dem alle uanset broktypen. Således kan man behandle både femoral- og ingvinalhernier i samme operation.

I den danske herniedatabase indførte man i 2016 en ny ingvinalhernieindikator om anvendelse af laparoskopisk kirurgi ved primær operation hos kvinder [1]. På den baggrund anvendtes der i 2016 laparoskopisk operationsteknik hos 763 ud af 820 (93%) kvinder med primært lyskenært hernie i Danmark [1]. For recidivhernier afhænger valget af operationsteknik af den metode, der blev brugt ved det primære hernie. Dvs. at hvis den primære operation var åben, bør der tilbydes laparoskopisk kirurgi til reoperationen. Og hvis den primære operation var laparoskopisk, bør der tilbydes åben kirurgi til reoperationen. *Flow chart*'et i **Figur 1** illustrerer, hvordan kvinder med primære og recidiverende hernier ud fra nye internationale retningslinjer bør behandles i almen praksis og på ikkekirurgiske hospitalsafdelinger.

#### MAN HAR IKKE SAMMENLIGNET LAPAROSKOPISK OG ÅBEN KIRURGI HOS KVINDER I NOGEN RANDOMISEREDE STUDIER

Komplikationerne efter laparoskopisk herniekirurgi hos kvinder er ikke særlig velundersøgt, og der findes ingen randomiserede kliniske studier kun med kvinder [6].

Alle kvinder med et lyskenært hernie bør henvises til laparoskopisk kirurgi.



Man har i to kohortestudier, et prospektivt og et retrospektivt, sammenlignet postoperative komplikationer efter laparoskopisk og åben kirurgi hos kvinder, og man fandt ingen signifikante forskelle på resultaterne af de to metoder [23, 24]. I studierne var der henholdsvis 30 og 44 kvinder i gruppen, der fik laparoskopisk kirurgi, og dette patientantal er åbenlyst insufficient til at detektere nogle af de sjældnere komplikationer. I studier med både mænd og kvinder er fordelene ved laparoskopisk kirurgi entydigt rapporteret i form af færre postoperative komplikationer og færre tilfælde af kroniske smerter end ved åben kirurgi [25, 26]. Man har derfor, formentlig med rette, overført denne evidens til også at gælde for kvinder.

Prospektive studier, hvor man undersøger komplikationer efter kirurgi for lyskenære hernier kun hos kvinder, er således vanskelige at gennemføre. Med 800-1.000 operationer årligt fordelt ud over hele landet har selv de mest produktive herniecentre i Danmark ikke kapacitet nok til som enkeltafdeling at gennemføre et klinisk studie med den nødvendige kraft til at fastlægge komplikationsrater specifikt hos kvinder. Dette problem gælder ikke kun i Danmark, men i særdeleshed også internationalt, hvor man på mange eller de fleste kirurgiske afdelinger typisk laver meget forskellig kirurgi og ikke har dedikerede dagkirurgiske enheder med stort volumen til hernieoperationer. Derfor er studier i regi af f.eks. Dansk Herniedatabase, hvor data registreres prospektivt og nationalt, en måde at klarlægge området på.

## KONKLUSION

Hvis man som læge har mistanke om et lyskenært hernie hos en kvinde, skal det altid betragtes som et potentielt femoralhernie. Dette skyldes vanskelig præoperativ diagnostik af hernietype og en relativt stor hyppighed af femoralhernier hos kvinder. Grundet en høj risiko for inkarcination med deraf risiko for morbiditet og mortalitet ved ubehandlede femoralhernier er

behandlingen kirurgisk uden *watchful waiting*. I internationale retningslinjer anbefaler man derfor, at alle kvinder med lyskenære hernier skal tilbydes operation, og at operationen med fordel kan gennemføres laparoskopisk.

## SUMMARY

Line Schmidt & Jacob Rosenberg:

Women with groin hernias should be referred to surgery  
Ugeskr Læger 2018;180:V07180487

In females, approximately 75% of groin hernias are inguinal hernias, and 25% are femoral. However, all groin hernias in women should be considered potential femoral hernias due to the difficult preoperative diagnosis of hernia type and the high incidence of femoral hernias. Complications following an untreated femoral hernia are unacceptable, which is why, watchful waiting is not recommended in women. Timely repair is desirable, and the laparoscopic approach is recommended due to lower recurrence rates and fewer femoral recurrences than in open repair methods

**KORRESPONDANCE:** Line Schmidt. E-mail: lineschmidt12@gmail.com

**ANTAGET:** 3. oktober 2018

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 26. november 2018

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

## LITTERATUR

1. Den Danske Herniedatabase. National årsrapport 2016. <https://www.herniedatabasen.dk/arsrapporter> (30. jun 2018).
2. Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T et al. Nationwide prevalence of groin hernia repair. *PLoS One* 2013;8:e54367.
3. Primates P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. *Int J Epidemiol* 1996;25:835-9.
4. Nilsson H, Holmberg H, Nordin P. Groin hernia repair in women – a nationwide register study. *Am J Surg* 2018;216:274-9.
5. Andresen K, Bisgaard T, Kehlet H et al. Reoperation rates for laparoscopic vs open repair of femoral hernias in Denmark: a nationwide analysis. *JAMA Surg* 2014;149:853-7.
6. Schmidt L, Öberg S, Andresen K et al. Recurrence rates after inguinal hernia repair in women: a systematic review. *JAMA Surg* 2018 (i trykken).
7. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018;22:1-165.
8. Lægehåndbogen. Lyskebrok – forløbsbeskrivelse, 2017. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/d-fordoejelsesorganer/lyskebrok/> (15. sep 2018).
9. Schmidt L, Öberg S, Andresen K et al. Laparoscopic repair is superior to open techniques when treating primary groin hernias in women: a nationwide register-based cohort study. *Surg Endosc* 15. jun 2018 (e-pub ahead of print).
10. Putnis S, Wong A, Berney C. Synchronous femoral hernias diagnosed during endoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc* 2011;25:3752-4.
11. Schouten N, Burgmans JP, van Dalen T et al. Female "groin" hernia: totally extraperitoneal (TEP) endoscopic repair seems the most appropriate treatment modality. *Hernia* 2012;16:387-92.
12. Whalen HR, Gillian A, Kidd PJO. Easily missed? *BMJ* 2011;343:7668.
13. Bradley M, Morgan D, Pentlow B et al. The groin hernia – an ultrasound diagnosis? *Ann R Coll Surg Engl* 2003;85:178-80.
14. Djuric-Stefanovic A, Saranovic D, Ivanovic A et al. The accuracy of ultrasonography in classification of groin hernias according to the criteria of the unified classification system. *Hernia* 2008;12:395-400.
15. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M et al. Risk of strangulation in groin hernias. *Br J Surg* 1991;78:1171-3.
16. Dahlstrand U, Wollert S, Nordin P et al. Emergency femoral hernia repair: a study based on a national register. *Ann Surg* 2009;249:672-6.
17. Alimoglu O, Kaya B, Okan I et al. Femoral hernia: a review of 83 cases. *Hernia* 2006;10:70-3.

18. Alvarez JA, Baldonado RF, Bear IG et al. Incarcerated groin hernias in adults: presentation and outcome. *Hernia* 2004;8:121-6.
19. Malek S, Torella F, Edwards PR et al. Emergency repair of groin herniae: outcome and implications for elective surgery waiting times. *Int J Clin Pract* 2004;58:207-9.
20. Reistrup H, Zetner DB, Andersen K et al. Watchful waiting ved ventral- og ingvinalhernier. *Ugeskr Læger* 2018;180:V09170710.
21. Burcharth J, Andresen K, Pommergaard HC et al. Direct inguinal hernias and anterior surgical approach are risk factors for female inguinal hernia recurrences. *Langenbecks Arch Surg* 2014;399:71-6.
22. Koch A, Edwards A, Haapaniemi S et al. Prospective evaluation of 6895 groin hernia repairs in women. *Br J Surg* 2005;92:1553-8.
23. Lau H, Patil NG, Yuen WK. Is endoscopic totally extraperitoneal hernioplasty justified for the repair of groin hernia in female patients? *Surg Endosc* 2005;19:1544-8.
24. Ashfaq A, McGhan LJ, Chapital AB et al. Inguinal hernia repair in women: is the laparoscopic approach superior? *Hernia* 2014;18:369-73.
25. Eklund A, Montgomery A, Bergkvist L et al. Chronic pain 5 years after randomized comparison of laparoscopic and Lichtenstein inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2010;97:600-8.
26. McCormack K, Scott NW, Go PM et al. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;1:CD001785.