

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205061

Hvornår skal et barn tilbydes operation for et lyskebrok?

Lars Rasmussen

Ugeskr Læger 2021;183:V205061

Operation for lyskebrok hos børn foretages på mange kirurgiske afdelinger. *Olesen et al* har publiceret resultaterne af en valideret spørgeskemaundersøgelse, sendt til alle kirurger, som foretager operationer for lyskebrok [1]. Forfatterne undersøgte, hvornår disse børn blev tilbudt en operation, og de fandt stor spredning med hensyn til både alder og symptomer. Hvis lyskebrokket var inkarcereret, varierede operationstidspunktet fra 12 timer til tre måneder. Der var enighed om, at en akut operation er nødvendig ved et stranguleret lyskebrok. På hver kirurgiske afdeling havde man sin tilgang til udredning og operationstidspunkt.

Symptomatologien hos et barn med et tilfældigt fund af et lyskebrok er ofte vanskelig. Specielt mindre børn har ikke nødvendigvis specifikke symptomer fra brokket, og derfor tolkes det oftest, som om barnet ikke har symptomer. Børn med lette eller ingen symptomer fra brokket bør tilbydes operation inden for de næste måneder efter, at brokket er diagnosticeret, uanset alder. Risikoen for udviklingen af et irreponibelt brok i ventetiden på operation ligger på 10-20%, med størst risiko hos et yngre barn [2]. Lyskebrok hos børn svinder som hovedregel aldrig spontant.

Der er ingen tvivl om, at hvis barnet har symptomer på strangulation, bør der foretages en akut operation inden for 6-12 timer. Man vil hermed kunne nedsætte risikoen for følgende komplikationer fra (5-33%): tarmgangræn, tarmiskæmi, recidiv og sårinfektion, og hos drenge bør man tilstræbe operation inden for seks timer, således at man undgår testis atrofi sammenlignet med risikoen ved elektiv operation på 1% [2, 3]. Det drejer sig formentlig om få børn på årsbasis, men det eksakte tal kendes ikke, da der ikke foretages registrering.

Hvis barnet har et irreponibelt brok uden strangulationssymptomer, kan man i første omgang forsøge at reponere brokket i en let rus af smertestillende og beroligende medicin. Brokket reponeres ved først at trække og samtidig trykke ned på brokket. Proceduren foretages under overvågning af barnet. Hvis man er i tvivl om, hvorvidt der er et brok, kan man inden forsøg på reponering supplere med UL-skanning for at udelukke, at det f.eks. er en retineret testis, en lymfeknude eller et kommunikerende hydrocele [3].

Hvis brokket reponeres, og barnet er uden symptomer, bør det opereres under den pågældende

indlæggelse og helst inden for 1-3 døgn, hvor ødemet er aftaget. Ved akutte operationer ses der en gennemsnitlig øget komplikationsfrekvens på 10% (4,5-33%) i form af testisatrofi, tarmiskæmi, sårinfektion og længere indlæggelsestid mod en komplikationsfrekvens på 1% hos patienter, der opereres elektivt [3].

Der findes to specielle situationer, som kræver nærmere omtale: præmature og pigebørn med brok.

Det optimale tidspunkt for operation hos præmature er kontroversielt. I en nyligt publiceret canadisk metaanalyse fandt man øget risiko for recidiv af brokket og respiratoriske problemer ved operation før udskrivelsen fra neonatalafdelingen [4]. Disse præmature børn bør konfereres mellem neonatologer, børneanæstesi-/intensivlæger og børnekirurger, for at finde ud af, hvornår det optimale tidspunkt for kirurgisk intervention er til stede for det individuelle barn.

Operation for lyskebrok hos piger bør tilbydes inden for en måned. Hos de piger, hvor der ligger et ovarium i brokket, bør man operere snarest muligt, så risikoen for strangulation undgås. Dette begrundes i en større undersøgelse med 1.000 pigebørn, hvor ovariet blev fundet i brokket hos 25%, og risikoen for strangulation var 6% [5]. Ved strangulationssymptomer skal operationen foretages akut, på samme indikation som torsio testis hos drenge.

Olesen et al's undersøgelse har sat fokus på et vigtigt område, som bør prioriteres. Operationerne foretages stadig på mange kirurgiske afdelinger. Der findes ikke en dansk guideline eller herniedatabase, idet den kun inkluderer patienter over 18 år. Man bør få oprettet en landsdækkende database, hvor resultaterne efter planlagt og akut operation registreres, og udviklingen af senkomplikationer bør følges. Et forslag til guideline kunne være, at børn med strangulationslyskebrok eller irreponibelt lyskebrok bør tilbydes operationen inden for seks timer, og børn med reponible lyskebrok bør tilbydes operationen inden for en måned.

Korrespondance Lars Rasmussen, Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital. E-mail:

lars.rasmussen@rsyd.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Olesen CS, Andresen K, Öberg S et al. Timing of inguinal hernia repair in children varies greatly among hernia surgeons. *Dan Med J* 2021;68(1):A07200554.
2. Gahukamble DB, Khamage AS. Early versus delayed repair of reduced incarcerated inguinal hernias in the pediatric population. *J Pediatr Surg* 1996;31:1218-20.
3. Abdulhai SA, Glenn IC, Ponsky TA. Incarcerated pediatric hernias. *Surg Clin North Am* 2017;97:129-45.
4. Masoudian P, Sullivan KJ, Mohamed H, Nasr A. Optimal timing for inguinal hernia repair in premature infants. *J Pediatr Surg* 2019;54:1539-45.
5. Dreuning KMA, Barendsen RW, van Trotsenburg ASP et al. Inguinal hernia in girls. *J Pediatr Surg* 2020;55:1908-

13.