

Lyske- og lårbrokk - Diagnostisering og behandling

D27799

 Utgave:
2.02

 Gjelder fra:
17.01.2017

Side 1 av 7



Sykehuset Innlandet HF

Gjelder fra 17.01.2017

 Utarbeidet av: Prosjektgruppe Gastrokirurgi v/overlege Jan Lambrecht
 Godkjent av: Konst. fagdirektor Benedicte Thorsen-Dahl

Ref.nr. SI/17.09-18 Utg.2.02

Lyske- og lårbrokk - Diagnostisering og behandling

Endring siden forrige versjon

Hensikt

Forebygge unødvendige operative inngrep med risiko for komplikasjoner, herunder kronisk smerte. Sikre diagnostiske kriterier, samt flytplan for behandling, med kortest mulig ventetid og opphold i institusjon. God kommunikasjon og informasjon. Validere behandlingsmetoder. Støtte den daglige praksis med behandling av lår- og lyske-brokk.

Målgruppe

Alt helsepersonell som forholder seg til pasienter med lyskebrokk behandlet ved Sykehuset Innlandet.

Bakgrunn

Definisjon

Lyskebrokk er frembuling av intraabdominalt eller preperitonealt vev i en bukveggdefekt eller svakhet i lyskeområdet over lyskebåndet. Inndeles i direkte/mediale (medialt for a/v epigastricae inf.) og indirekte/laterale (~lateralt, langs funikkel i lyskekanalen). Lårbrokk er en frembuling under lyskebåndet – i femoralkanalen medialt for v. femoralis. Brokk kan være Asymptomatiske (uten ubehag), Minimalt symptomatiske (ingen innskrenkning av normal aktivitet), Symptomatiske (smerte eller ubehag som innskrenker normal aktivitet), Incarcererte (akutt eller kronisk ikke-reduserbart) samt Strangulerte (vaskulær forstyrrelse av hernieinnhold under incarceration)[1].

Forekomst

Lyskebrokk er en meget vanlig sykdom, men reel forekomst er ukjent. Imidlertid er livstidsrisiko for operasjon for lyskebrokk er opp mot 27 % for menn og 3 % for kvinner. Lårbrokk utgjør ca 3 % av lyskenære brokk og er 23 ganger hyppigere hos kvinner. Lårbrokk presenterer seg oftere med strangulasjon: opp mot 40% av lårbrokk krever ø-hjelps behandling[1].

Årsaker

Lysken er et naturlig svakt punkt i bukveggen (Fruchauds orifisium). Transversalisfascien gjennombrøyes av funikkelen hos menn og det runde ligament hos kvinner. Fascien kan svekkes

ved abdominal trykkstigning. Insidens er økt ved sykdommer med abnorm collagen metabolisme, e.g. aortaaneurysme, og collagendefekt synes også å kunne være bakforliggende årsak.

Femoralkanalene er et svakt område grunnet kar- og nerve-forløpet fra bakre bekkenvegg til fremsiden av låret. Forebygging: Røykeopphør[1].

Patofysiologi

Økt buktrykk over lengre tid. Abnorm collagenmetabolisme.

Klassifikasjon

Fagrådet anbefaler å bruke EHS-klassifikasjonen:

P = primary hernia

R = recurrent hernia

0 = no hernia detectable

1 = < 1,5 cm (one finger)

2 = < 3 cm (two fingers)

3 = > 3 cm (more than two fingers)

x = not investigated

L = lateral/ indirect hernia

M = medial/ direct hernia

F = Femoral hernia

Tick appropriate box(es)

	P			R		
	0	1	2	3	x	
L						
M						
F						

Tabell 1. [1,2]

Fremgangsmåte

Diagnostikk

Sykehistorie

Anamnese med hevelse/kul i lysken, smerte, motsidig hevelse, tegn og symptomer på incarcerated, reponerbarhet, tidligere brokkoperasjon. Predisponerende faktorer som KOLS, røyking, AAA, tungt arbeid, familiehistorie med brokk, åpen appendectomi, prostatectomi og peritoneal dialyse.

Undersøkelse

Reduserbar lyskehevelse i lyskeområdet, operasjonsarr, anslag, kontralateralt, incarceratedstegn, testespalpasjon, ascites, rektaleksplorasjon. Klinisk US som regel tilstrekkelig for diagnostikk. Onkologisk kirurgisk behandling av prostata- eller testikkel-malignitet synes ikke forringet eller teknisk vanskeliggjort etter preperitoneal lyskebrokkkirurgi. Det er derfor ikke grunnlag for spesifikk undersøkelse med tumormarkør eller UL for prostata- eller testikkel-malignitet. Risikofaktorer for foranstående er ikke kontraindikasjon for preperitoneal lyskebrokkkirurgi.

Supplerende undersøkelse

UL med Valsalva manøver ved tvilstilfelle, alternativt MR med og uten Valsalva.

Utgave: 2.02	Lyske- og lårbrokk - Diagnostisering og behandling	D27799 Side 3 av 7
-----------------	---	-----------------------

Differensialdiagnoser

Hevelse: Femoral-/ingulnal-hernie, arrbrokk, lymfadenopati, aneurysme, saphenavarice, bløtdelstumor, abscess, ektopisk testis. Smerte: adductor tendinitt, hofteleddsarthrose, bursitt, radierende lendesmerter. Kvinner: Femoralhernie og endometriose[1].

Behandling

Menn med Asymptomatisk eller Minimal symptomatisk lyskebrokk: vurder ekspektans (årlig incarcerasjonsrisiko for lyskebrokk er 3 %). OBS informasjon om incarcerasjon/strangulasjon[3]. Symptomatisk lyskebrokk: elektiv operasjon.

Incarcerert lyskebrokk: forsøk reposisjon - irreponibelt: ø-hjelp/rask elektiv avtale.

Strangulert lyskebrokk: ø-hjelpsoperasjon.

Kvinner: vurder lårbrokk, vurder preperitoneal operasjonsmetode. Kvinner bør tilbys rask elektiv behandling tross manglende symptomatikk grunnet større risiko for strangulasjon.

ASA gruppe I og II vurderes for dagkirurgi uansett valg av operasjonsmetode/anestesi. ASA gruppe III og IV, vurder lokalanestesi (åpen prosedyre) og dagkirurgi. Regional anestesi (epidural/spinal) bør unngås.

Antibiotikaproylaks er ikke indisert ved elektiv endoskopisk kirurgi, eller ved elektiv åpen kirurgi til lavrisiko pasienter. Antibiotika kan vurderes ved økt risiko for infeksjon i.e. ved risikopasienter (eldre, immunkompromitterte, residivhernie) eller kirurgiske faktorer (drensbehandling, vevstraume, lang operasjonstid)[3,4].

Bruk av langtidsvirkende lokalanestesi peroperativt nedsetter postoperativ smerte/behov for postoperativ smertestillende[1].

Vurder TEP hvis rask tilbakevenden til aktivitet er vesentlig.

Nettmateriale bør være syntetisk, evt. delvis resorberbart. Ved åpen kirurgi bør det unngås vevet nett (multifilament) med porestørrelse på 10 mikrometer eller mindre. Nedsatt materialinnhold/makroporøst/oligofilament-nett gir mindre inflammasjon og fremmedkroppsfornelemelse, men med større risiko for residiv ved høyrisiko brokk (store direkte lyskebrokk) ved utilstrekkelig fiksasjon eller overlapp. Ved endoskopisk tilgang bør nettet ha en størrelse på minst 10 x 15 cm.

Operasjonsmetoder, voksne menn

Primære unilaterale og bilaterale lyskebrokk: Enstadiet prosedyre. Operasjon med nett: åpen fremre (e.g. Lichtenstein) eller preperitoneal (Stoppa-Rives), alternativt endoskopisk preperitoneal (TAPP/TEP). TEP foretrekkes for TAPP ved endoskopi[1,3,5].

Residiv: Ved tidligere åpen fremre metode (sutureplastikk eller Lichtenstein): preperitoneal prosedyre. Ved tidligere preperitoneal metode: åpen fremre.

Også yngre voksne menn (i.e. 18+ år) med indirekte brokk bør opereres med nett[6,7].

Operasjonsmetoder, voksne kvinner

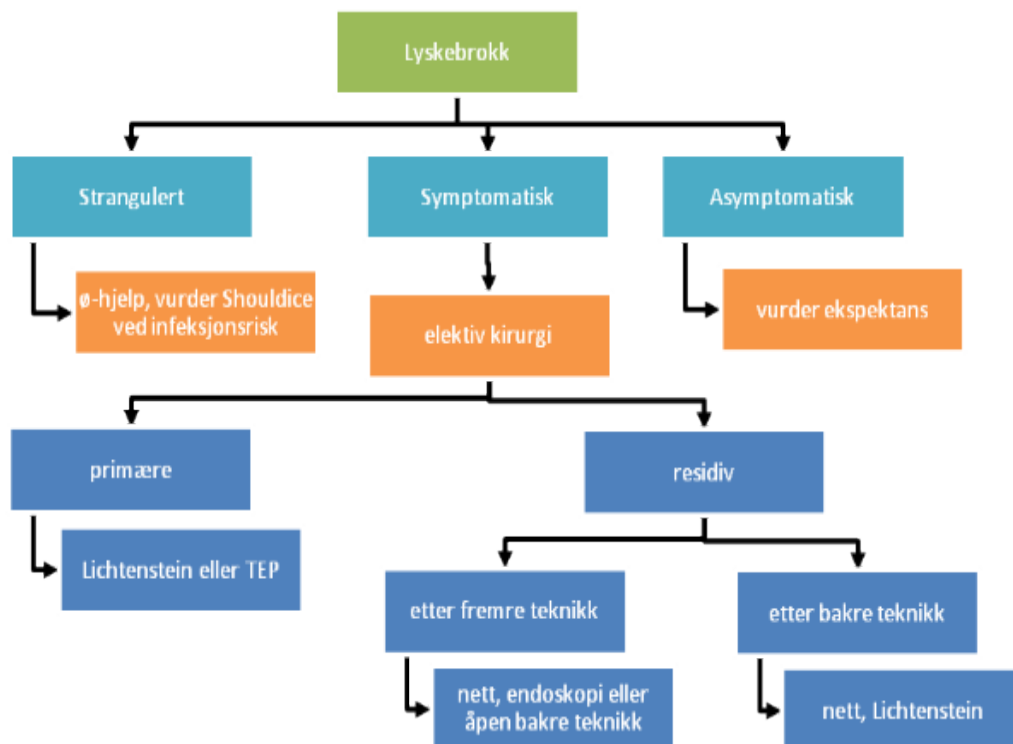
Kvinner med lyskebrokk bør vurderes operert med preperitoneal innleggelse av nett for profylaks mot (evt. interkurrent) lårbrokk, i.e. med TEP (foretrukket) eller åpen preperitoneal tilgang. Kvinner har høyere risiko for residiv etter åpen fremre operasjon: 40 % av lyskebrokkresidiv hos kvinner er lårbrokk.

Kvinner med lårbrokk skal tilbys rask operasjon. Kvinner kan tilbys to prinsipielt forskjellige operasjonsmetoder: åpen tilgang under lyskebåndet med suturplastikk eller nett – eller preperitoneal tilgang med nett, åpent eller laparoskopisk (TEP foretrukket) [6,7].

Strangulasjon

Ved strangulasjon er det behov for vurdering av interponat. Dette kan oppnås via laparotomi eller laparoskopi. TAPP-prosedyre kan være velegnet for reposisjon, vurdering av viabilitet og reparasjon (evt. konvertert til TEP) av defekt. Ved behov for tarmreseksjon gjøres dette gjennom minilaparotomi. Reseksjon av appendix, mesenterie, epiploisk fett og ovarie kan gjøres laparoskopisk. Alternativt gjøres i lyskeområdet åpen preperitoneal prosedyre med laparotomi for vurdering av viabilitet.

Flytskjema, lyskebrokk hos voksne menn



Tabell 2.

Oppfølging og etterbehandling

Smertebehandling

Lokal infiltrasjon med Marcain eller lignende langtidsvirkende anestesimiddel. Peroral Paracetamol, evt. supplert med Diclofenac eller Kodein 2-3 dager etter behov[1,3].

Aktivitet

Mobilisering innen for smertegrensen. Det er sannsynligvis fornuftig å unngå tunge løft 2-3-uker postoperativt[1]. Ellers ingen restriksjon i hverdagsaktivitet, idrett eller jobbfunksjon. Sykemelding < 1 uke el. 2-3 uker ved tungt arbeid, hvor løfting ikke kan unngås.

Etterkontroll

Ingen planlagt kontroll. I spesielle situasjoner med blødning eller vanskelig disseksjon kan kontroll med klinisk us og evt. UL-doppler være aktuelt.

Komplikasjoner

Blødning

Hematom forekommer etter ca. 10 % åpne prosedyrer og med litt lavere frekvens etter endoskopisk prosedyre. Hematom etter åpent inngrep med tensjon i hud bør evakueres. Seromer er hyppigere etter endoskopisk prosedyre. Seromer skal ikke evakueres. Drensbehandling kun i spesielle tilfeller med koagulopati eller stort blodtap[1].

Infeksjon

Infeksjon forekommer etter ca. 3 % åpne og under 1 % endoskopiske prosedyrer. Det er ikke høyere insidens ved bruk av nett. Drensbehandling og systemisk antibiotika vil normalt være tilstrekkelig behandling av også dyp infeksjon[1].

Vevsskade

Testikkelkomplikasjoner forekommer etter litt under 1 % ved både åpen og endoskopisk prosedyre, i form av akutt eller kronisk ischemisk orchitt etter skade på a.testicularis eller plexus pampiniformis samt skade på vas deferens. Det anbefales at store brokksekker transsekteres fremfor resekteres for å unngå scrotalt hematom, ischemisk orchitt og funikkelskade. Tidligere bekkenkirurgi og strålebehandling er relativ kontraindikasjon for endoskopi[1].

Kronisk smerte

Innsidens av kronisk smerte er over 10 % etter kirurgi for lyskebrokk, avtagende med stigende alder. Innsidensen er størst ved suturplastikk, lavere ved åpen nett-teknikk og lavest ved endoskopisk operasjon. Preoperativ kronisk smerte er en risikofaktor. Sterk postoperativ smerte korrelerer til utvikling av kronisk smerte. Kvinner har økt risiko. Ved økt risiko bør vurderes laparoskopisk operasjon[1].

Materiale-reduerte nett samt identifikasjon av de tre lyskenerver ved åpen kirurgi nedsetter risiko for kronisk smerte.

Behandling av kronisk smerte

Multidisiplinær tilgang ved smerteklinikk kan vurderes. Lokalbehandling med infiltrasjonsanalgesi og/eller peroral smertebehandling.

Kirurgisk behandling med nervereseksjon, nettfjerning eller fjerning av evt. festesuturer/stifter kan vurderes – lite evidens[1].

Kostnadsvurdering

Sett fra institusjonsperspektiv er det rimeligst å behandle unilateralt lyskebrokk med åpen nett-plastikk i lokalanestesi. Sett i sosio-økonomisk perspektiv er det størst kostnads-effektivitet ved endoskopisk operasjon i narkose hos den arbeidsaktive del av befolkningen, spesielt ved bilaterale brokk.

Utgave: 2.02	Lyske- og lårbrokk - Diagnostisering og behandling	D27799 Side 6 av 7
-----------------	---	-----------------------

Logistikk, pasientflyt og rutiner

Henvisning / vurdering

Overlege i gastrokirurgi vurderer henvisningen fra fastlegen. Pasienter som vurderes inn til operasjon, får time på kirurgisk poliklinikk for nærmere undersøkelse. Når pasienten er klarert for operasjon, settes de opp til dagkirurgi (hvis det ikke er andre medisinske grunner for innleggelse). Inntakskontoret sender ut innkalling til operasjon. De legger ved generell informasjon om oppholdet og informasjon om operasjonen pasienten skal gjennom.

Transport

Pasienttransport skjer etter gjeldende retningslinjer, se www.pasientreiser.no.

Organisering av oppholdet

Pasienten møter til dagkirurgi. Pasienten får informasjon om oppholdet og får snakke med kirurgen. De klargjøres til operasjon etter prosedyre.

Når pasienten er post operativt stabil, utskrives de. Kirurgen informerer om inngrepet og sørger for resept på smertestillende.

Kontroll / etterarbeid

Dagkirurgiske pasienter ringes eller får tilbud om å bli ringt til, 1. postoperative dag. Evt. kontroll vurderes av kirurgen.

Referanser

- | | |
|-----------------------------------|--|
| SI/17.01.01-08 | Faste - før anestesi |
| SI/17.27-10 | Preoperativ - Hårfjerning, områder |
| SI/17.28.01.22-42 | Pasientinformasjon nett - Lyskebrokk - operasjon |

Referanseliste

- (1) European Hernia Society Guidelines: Treatment of Inguinal Hernia in Adult Patients. 2008.Hentet 08.06.10.
- (2) Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G, Corcione F, Cuccurullo D, Hidalgo M et al. The European hernia society groin hernia classification: Simple and easy to remember. Review.®Springer-Verlag: 2007.Hentet 08.06.10.
- (3) Brooks DC, Turnage R, Pories SE. Overview of treatment for inguinal and femoral hernias. UpToDate: 2010.Hentet 08.06.10.
- (4) Sanchez-Manuel FJ, Lozano-Garcia J, Seco-Gil JL. Antibiotic prophylaxis for hernia repair. Review. The Cochrane Library: 2007. Hentet 08.06.10.
- (5) Chow A, Purkayastha S, Athanasiou T, Tekkis P, Darzi A. Inguinal hernia: interventions. ClinicalEvidence:2008.Hentet 08.06.10.
- (6) Amato B, Moja L, Panico S, Persco G, Rispoli C, Rocco N et al. Shouldice technique versus other open techniques for inguinal hernia repair. Review. The Cochrane Library: 2008. Hentet 08.06.10.
- (7) McCormack K, Scott N, Og PM.N.Y.H, Ross SJ, Grant A, Collaboration the EU Hernia Trialists. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. Review. The Cochrane Library:2002. Hentet 08.06.10.

- (8) National Institute for Clinical Excellence: laprascopic surgery for inguinal hernia repair. ISBN:1-84257-673-9: 2004. Hentet 08.06.10.
- (9) National Guideline Clearinghouse. Guideline: hernia:2007. Hentet 08.06.10.
- (10) Purkayastha S, Chow A, Thanos A, Tekkis P, Ara D. Inguinal hernia: interventions. Best Practice: 2010. Hentet 08.06.10 fra.
- (11) Patient leaflets from the BMJ Group: hernia. Hentet 08.06.10.