Ljumskbråckskirurgin förtjänar högre status

Ny teknik har möjliggjort stora framsteg

Eduardo Bassini, som tidigare förtjänstfullt presenterats för Läkartidningens läsare [1], revolutionerade för ca 100 år sedan behandlingen av ljumskbråck. Hans operationsmetod skilde sig från alla föregångares genom att den sökte återställa inguinalkanalens naturliga anatomi. Kanalens framvägg (externusaponeurosen) öppnades, bråcksäcken avlägsnades, varefter bakväggen (transversalisfascian) inciderades.

Bassini rekonstruerade sedan bakväggen genom att sy ned transversalisfascians övre parti tillsammans med den nedre gemensamma delen av transversus- och internusmuskulaturen mot inguinalligamentet. När inguinalkanalens framvägg därefter sytts på plats var anatomin återställd.

Bassini en föregångare

Incisionen av transversalisfascian beskrevs otydligt i Bassinis huvudarbete från år 1890 [2], möjligen beroende på att han opererade stora bråck där hela inguinalkanalen var destruerad. Detta viktiga moment ingår i den 50 år senare beskrivna Shouldicetekniken, som i allt väsentligt är en förfinad variant av Bassinis operation men som kom att uteslutas i s k »modifierade Bassini-operationer».

Bassinis teknik var för sin tid helt ny och renderade upphovsmannen stor ryktbarhet. Resultaten var utmärkta och redovisades med en anmärkningsvärd öppenhet [2]. Mellan 1884 och 1889 utförde Bassini 262 bråckoperationer hos 227 patienter. Dessa angavs med ålder, namn och yrke, liksom tidpunkt för operation och efterundersökning. Om den senare inte utförts av Bassini själv utan av någon kollega noteras även namnet på denne. Efter 251 operationer för icke inklämda bråck avled en patient i lunginflammation, i elva fall iakttogs fördröjd sårläkning trots noggrann aseptik.

Patienterna efterundersöktes mellan en månad och fyra och ett halvt år postoperativt, och Bassini fann sju recidiv hos fem patienter (två bilateralt opererade). För fyra patienter antecknade han »Unbekannte Erfolge», dvs »lost to follow-up» med nutida nomenklatur.

Dessa resultat, som sannolikt skulle ha glatt många av dagens bråckoperatörer, bekymrade Bassini mycket. I sitt arbete analyserade han utförligt de operationer som givit upphov till recidiv och tyckte sig finna tänkbara förklaringar i samtliga fall. Eftersom han använt resorberbar tråd (catgut!) vid ett av recidivfallen påpekade han vikten av att använda silke. Han vågade kalla sin metod radikaloperation eftersom patienterna inte behövde använda bråckband efteråt, vilket varit regel tidigare.

Bassini gav fyra bidrag till samtidens bråckkirurgi: Hög dissektion av bråcksäcken, rekonstruktion av inguinalkanalens bakvägg, användning av icke resorberbar sutur (silke) samt – mest betydelsefullt och mest försummat av eftervärlden – kvalitetskontroll.

Borelius – också en noggrann operatör

År 1898, åtta år efter Bassinis beskrivning av sin operationsmetod, redovisade Jaques Borelius 200 bråckoperationer utförda i Karlskrona under åren 1891–1897 [3]. Av dessa var 192 inguinala eller femorala bråck, flertalet opererade med Bassinis teknik. Efter 139 operationer för icke inklämda och 53 för inklämda ljumskbråck fann Borelius 18 respektive åtta recidiv som han granskade ingående. Detsamma gällde komplikationer och dödsfall. Fem patienter avled postoperativt, en efter operation för icke inklämt bråck. Alla obducerades.

I likhet med Bassini var Borelius bekymrad över sin recidivfrekvens. Det är mycket anmärkningsvärt att en dåtida svensk kirurg några få år efter det att en nydanande operationsmetod offentliggjorts hunnit skaffa sig en så betydande personlig erfarenhet av denna, och därtill på ett omsorgsfullt sätt dokumenterat sina resultat. Detta är »bench marking» för 100 år sedan.

Hur har svensk kirurgi förvaltat arvet?

Hur har då svensk kirurgi förvaltat arvet från Bassini och Borelius? I epidemiologiska undersökningar fann man i Göteborg vid 1970-talets början att 20 procent av 54-åriga män som opererats för ljumskbråck hade recidiv av sitt bråck [4]. Motsvarande siffra för 62-åriga män var 30 procent.

I detta nummer av Läkartidningen redovisas recidivsiffror av samma storleksordning vid uppföljning fem år efter bråckoperationer utförda 1990 i Karlskrona. Det finns skäl att tro att Karlskronaklinikens resultat är representativa för landet som helhet vid 1990-talets början. Andelen recidivbråck bland opererade ljumskbråck kan tas som ett ungefärligt mått på kvaliteten hos gångna års bråckkirurgi inom en definierad population.

I Karlskronamaterialet utfördes 17 procent av operationerna på grund av recidiv efter tidigare operation. Samma andel recidivoperationer, 16–17 procent, förelåg 1992–1996 hos de kliniker som då var anslutna till det nationella kvalitetsregistret för bråckkirurgi [5]. Extrapolerat till landet som helhet innebär det att vi under denna tid årligen utförde ca 3 000 reoperationer för ljumskbråck.

Kvaliteten har inte blivit bättre

Det är vanskligt att jämföra resultat efter bråckkirurgi som utförts vid olika tidsepoker. Dock torde Borelius' recidivsiffra på 13 procent efter upp till sju

Författare

ERIK NILSSON
docent, kirurgiska kliniken, Lasarettet, Motala.

år postoperativt tåla en jämförelse med vår kirurgiska standard vid 1990-talets början. En av orsakerna härtill torde vara de otaliga »modifierade Bassini-operationer» som utförts i vårt land, liksom annorstädes, utan någon delning av transversalisfascian.

En annan förklaring är kvantitativ. Bassini och Borelius opererade mer än 20 bråck årligen. Många svenska kirurger som opererar ljumskbråck torde utföra färre ingrepp per år. Både internationellt [6] och nationellt [7] har man diskuterat en koncentration av bråckingrepp till färre kirurger. Det finns också starka skäl att koncentrera handläggning av recidivbråck och komplicerade bråck inom varje klinik till kirurger med speciellt intresse härför.

Angelägnare än ytterligare subspecialisering inom kirurgin är dock varje patients rätt att handläggas av en operatör som är väl förtrogen med de metoder kliniken använder och som dessutom känner sina egna resultat. Härtill fordras en prospektiv registrering med aktiv resultatåterföring. Det är viktigt att en sådan registrering omfattar alla ingrepp, enär det vid registrering av kärlkirurgi visat sig att icke registrerade ingrepp har sämre resultat än övriga [8].

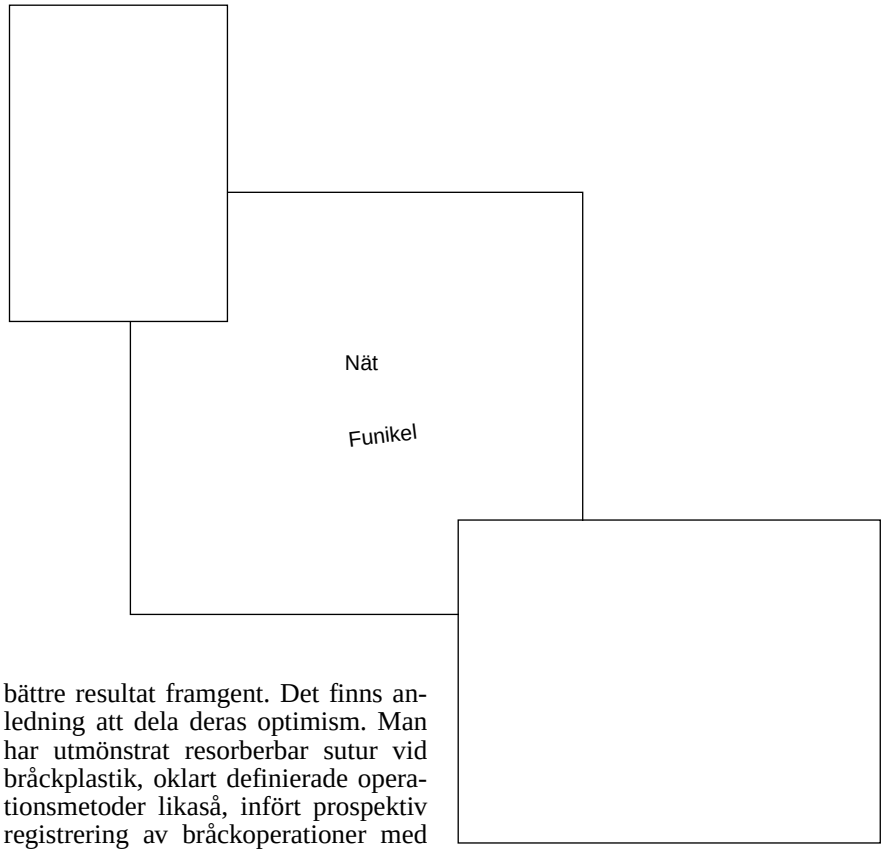
Ljumskbråckskirurgi har haft låg status bland svenska kirurger. Kanske borde det vara precis tvärtom. Den verksamhetschef som anställer en yngre kollega som kan tydliggöra att hon/han är en skicklig bråckoperatör gör sannolikt ett fynd. Utsikterna att vederbörande kan eller kan tillägna sig andra operationstekniker torde vara stor.

Slutligen, det som mest imponerar hos Bassini och Borelius är deras kontroll av det utförda och deras oro över misslyckanden; bråckrecidiv är misslyckanden. Här finns något för oss alla att lära.

Ändå skäl för optimism

Karlskronakollegerna förändrade sin bråckkirurgi 1993 och förväntar sig bättre resultat framgent. Det finns anledning att dela deras optimism. Man har utmönstrat resorberbar sutur vid bråckplastik, oklart definierade operationsmetoder likaså, infört prospektiv registrering av bråckoperationer med ansvarig sköterska, liksom strukturerad operatörsutbildning (med åtföljande förlängning av operationstiden), och man planerar enkätundersökningar till opererade patienter fem år postoperativt.

Erfarenheter från andra områden talar för att en kombination av tydliga riktlinjer, registrering och återförande av information leder till resultatförbättring [9, 10]. Inom det nationella bråckregistret har man också kunnat iaktta en minskad kumulativ omoperationsincidens (andel omoperationer på grund av recidiv efter tidigare registrerad operation). Hos de kliniker som började registrera sina operationer 1992 har risken för omoperation nästan halverats. Den relativa risken för omoperation inom två kalenderår var 0,55 (95 procent konfidensintervall 0,33–0,86) för operatio-



Ljumsksnitt med polypropylennät fastsytt i inguinalkanalens bakvägg. Sårets mediala nedre del ligger uppåt och till höger i bilden. En plastslang håller funikeln på plats under ingreppet. Nederst: tillklippt polypropylennät klart för användning, 15 × 7,5 cm.

FOTO: GABRIEL SANDBLOM/LEIF PERSSON, MOTALA

ner utförda år 1995 jämfört med 1992 års operationer [5].

Konstfiberväv ett framsteg

Dagens kirurger har en fördel framför Bassini och Borelius. Vävnadsdefekter kan nu täckas med konstfiberväv, vanligen polypropylennät, så att spänning i bukväggen undviks. År 1996 inlades nät vid 57 procent av alla bråckoperationer i Karlskrona. Motsvarande siffra för 4 056 operationer registrerade i det nationella bråckregistret var samma år 51 procent. Nät kan anbringas öppet eller laparoskopiskt, i det förra fallet också med »plug»-teknik [11]. Genom nätmetodikens tillkomst är det möjligt att bråckrecidiv i framtiden blir en sällsynthet.

Inför val av operationsmetod bör man beakta dels att resultat från randomiserade prospektiva studier inte direkt kan generaliseras till en rutinmässig verksamhet [12], dels att andra faktorer än recidivfrekvens skall tillmätas betydelse [13]. En hög frekvens av dagkirurgi med god smärtlindring och gott omhändertagande i övrigt bör eftersträvas [14-16]. Vi bör ställa upp mål för omvårdnad, långsiktig recidivfrekvens och ekonomi inom bråckkirurgin [17, 18].

Och kontrollera resultaten [7, 19]! Våra patienter kommer då att få de behandlingsresultat vi bestämmer oss för att ge dem [20].

”Ljumskbråckskirurgi har haft låg status bland svenska kirurger. Kanske borde det vara precis tvärtom. Den verksamhetschef som anställer en yngre kollega som kan tydliggöra att hon/han är en skicklig bråckoperatör gör sannolikt ett fynd. Utsikterna att vederbörande kan eller kan tillägna sig andra operationstekniker torde vara stor.

Referenser

1. Jansson O, Näslund E. Mannen bakom metoden. Edoardo Bassini: En revolutionär – både på slagfältet och som bråckoperatör. Läkartidningen 1992; 89: 1053-4.
2. Bassini E. Ueber die Behandlung des Leistenbruches. Archiv für Klinische Chirurgie 1890; 40: 429-76.
3. Borelius J. 200 radikaloperationer för bråck, utförda på Karlskrona lasarett 1891–1897. Nordiskt Medicinskt Arkiv 1898; 1: 1-65 (med tillägg i samma tidskrift 1899; 4: 1-2).
4. Kral J. Förekomst av inguinalbråck. Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar 1973; 59-63.
5. Socialstyrelsen. Operation för ljumskbråck i Sverige 1992–1996. MARS. Stockholm, 1997; 8: 1-5.
6. Deysine M, Soroff HS. Must we specialize herniorrhaphy for better results? Am J Surg 1990; 160: 239-41.
7. Näslund E, Erwald R, Forsgren L. Rapport om slutresultatet av ljumskbråckskirurgi. Undersök patienten två år efter operation! Läkartidningen 1996; 93: 2732-4.
8. Elfström J, Stubberöd A, Troeng T. Patients not included in medical audit have a worse outcome than those included. Int J Qual Health Care 1996; 8: 153-7.
9. O'Connor GT, Plume SK, Olmstead EM, Morton JR, Maloney CT, Nugent WO et al. A regional intervention to improve hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. JAMA 1996; 275: 841-6.
10. Gruer R, Gordon DS, Gunn AA, Ruckley CV. Audit of surgical audit. Lancet 1986; 1: 23-6.
11. Heuman R, Nilsson E, Smedberg SGG. State of the art – ljumskbråck. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997. http://www.sos.se/mars (matsmältningsorganens sjukdomar).
12. Nilsson E. Outcomes. In: Kurzer M, Kark AE, Wantz GE, eds. Surgical management of abdominal wall hernias. London: Martin Dunitz, 1998.
13. Rutkow IM. The importance of socioeconomic issues in surgical outcome: what is a relevant end point? Eur J Surg 1995; 161: 545-8.
14. Maddern GJ. The changing pattern of surgery. Br J Surg 1996; 83: 145-6.
15. Bech K, Callesen T, Nielsen R, Roikjaer O, Andersen J, Hesslefeldt P et al. Organisation og resultater af ambulant kirurgi for hernia inguinalis. Ugeskr Laeger 160; 1014-8.
16. Gunnarsson U, Heuman R, Wendel-Hansen V. Ljumskbråckskirurgi i öppen vård. Läkartidningen 1997; 94:1292-6.
17. The Royal College of Surgeons of England. Clinical guidelines on the management of groin hernia in adults. London, 1993: 1-68.
18. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1997.
19. Nilsson E, Kald A, Bragmark M, Fordell A, Haapaniemi S, Heuman R et al. Hernia surgery in a defined population: A prospective three year audit. Eur J Surg 1997; 163: 823-9.
20. O'Connor GT. Every system is designed to get the results it gets. BMJ 1997; 315: 897-8.

Se även artikeln på sidan 2589 i detta nummer.