

Inte skada patienten – lever vi upp till det i ljumskbräckskirurgin?

Självskattningsmetod prövad för att besvara frågan



STAFFAN SMEDS, professor
staffan.smeds@carema.se
LARS LÖFSTRÖM, dr; båda
Sergelkliniken, Linköping

ANDERS KALD, docent, över-
läkare, kirurgkliniken i
Östergötland, Universitets-
sjukhuset i Linköping

Övergången från användning av olika typer av plastiker vid ljumskbräckskirurgi till användning av proteser i form av nät eller pluggar har inneburit en signifikant sänkning av antalet bräckrecidiv [1]. Samtidigt finner vi en oroande nivå av kroniska besvär i det opererade området [2]. Alltmer sällan frågar kirurgen rutinmässigt sina ljumskbräckspatienter hur operationen har gått. Återbesök efter den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige (årigen ca 19 000) har väsentligen rationaliserats bort.

Ökning av postoperativa besvär

Numera opereras närmare 80 procent av ljumskbräckspatienterna med användning av något främmande material, huvudsakligen i form av nät, <www.svensktbrackregister.se>. Studier har visat att frekvensen patienter med lättare kroniska besvär efter denna typ av kirurgi har ökat till mellan 25 och 40 procent, medan incidensen av moderata till svårare besvär varierar mellan 3 och 12 procent [3, 4]. Studier har också visat en påtaglig diskrepans mellan kirurgens och patientens uppfattning om hur operationen gått, vilket bidrar till en rutinmässigt baserad okunskap om problemets omfattning [5].

Konsekvensen blir att allmänläkaren möter patienter med ljumskbesvär efter en genomgången ljumskbräckoperation. I den kliniska vardagen utkristalliserar sig två frågor från patienten som söker för kvarvarande besvär i sin ljumske: »Vad ger besvären?» och »Hur länge ska det göra ont?»

Självskattningsmetod införd

I ett försök att närma oss svaren på dessa frågor har en rutinmässig självskattningsmetod införts. Den används i väsentligen all allmänkirurgisk och ortopedisk verksamhet. Patienter som planeras för en operation skattar sina besvär 1–4 veckor före operationen i samband med inskrivningen. I samband med hemgången efter den dagkirurgiska behandlingen får patienten med sig en enkät som ska skickas tillbaka tre månader efter operationen.

Skattningen sker i en boxskala med tio nivåer från »värsta tänkbara besvär» till »inga besvär». De självskattade besvärnivåerna ges en siffra, 1–10 (högsta besvärnivå till besvärsfria). Dessa nivåangivelser, som är ordinaldata, lagras i en databas. Patientens skattning både före och efter operationen ger en uppfattning om både riktning och »storlek» av förändringen i patientens besvär. Denna metod har använts sedan 2004, och ca 800 ljumskbräckspatienter av alla kategorier med självskattning både före och efter operationen har ackumulerats i databasen. Den grafiska presentationen uppdateras automa-

tiskt varje gång databasen öppnas (Figur 1). Databasen kan användas för att studera hur olika kategorier av ljumskbräckspatienter skattar sina besvär efter operationen. Statistiska beräkningar av skattningarnas ordinaldata görs med ordinal logistisk regressionsanalys. Analysen avslöjar om det finns några signifikanta förskjutningar mellan olika patientkategorier längs skattningsskalan.

Två faktorer viktigast

Två faktorer har visat sig ge en signifikant skillnad i postoperativ självskattning: patientens ålder vid operationen och kirurgens operationsfrekvens. Yngre patienter skattar sig mot mer besvär vid tre månader jämfört med äldre ($P < 0,002$). Patienter som opererats av en kirurg med relativt lägre operationsfrekvens (13 vikarierande specialister på Sergelkliniken) skattar sig likaså mot mer besvär ($P < 0,023$) jämfört med en kirurg som opererar fler ljumskbräck.

Ingen signifikant skillnad sågs om plastiker, pluggfall och nätoperationer jämfördes ($P < 0,099$). Om materialet delades i ålderskategorier visade det sig att plastik- och pluggmetoder gav större chans än nätkirurgi att ge patienten besvärsfrihet tre månader efter operationen (Tabell I).

Olika typer av nät minskar recidivfrekvensen, men risken för kvarstående besvär efter operationen tycks vara högre. Den observerade åldersrelaterade postoperativa smärtrisken talar för att man bör överväga plastiker hos yngre bräckpatienter, speciellt som denna åldersgrupp nästan enbart har laterala bräck som kan relateras till en kvarstående processus vaginalis, med låg recidivfrekvens efter den primära operationen. Detta gäller även yngre kvinnor vars inguinala bräck dominerar av den laterala bräckvarianten.

Analysen visar också att kirurgens vana är av betydelse för att reducera antalet patienter med kvarvarande postoperativa besvär. Sannolikt beror detta delvis på erfarenheten att identifiera de tre nerverna och deras grenar i operationsområdet.

»Alltmer sällan frågar kirurgen rutinmässigt sina ljumskbräckspatienter hur operationen har gått.«

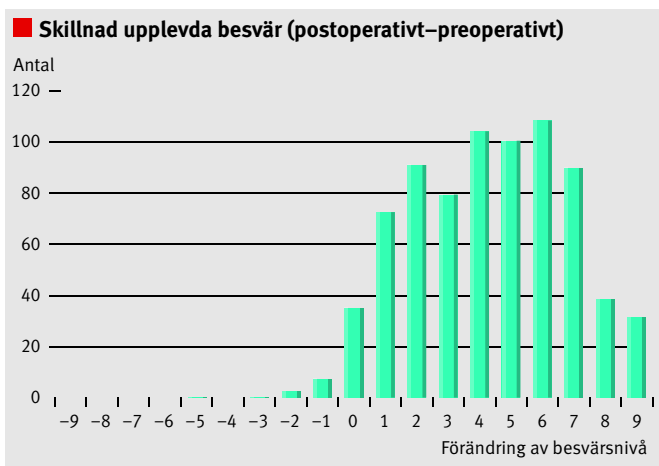
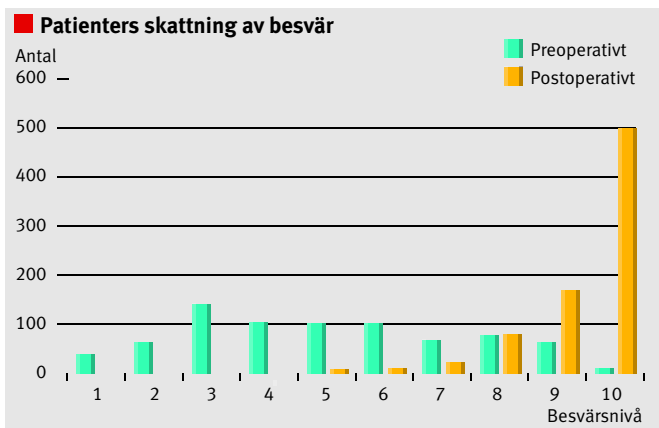
SAMMANFATTAT

Modern ljumskbräckskirurgi ger färre recidiv, men den postoperativa smärtproblematiken kvarstår.

De postoperativa besvären är sannolikt beroende av både individrelaterade (exempelvis ålder) och teknikrelaterade

faktorer (kirurgens vana) samt komplikationer.

Registerdata med fokus på postoperativ neuropati och funktionella störningar kan komma att identifiera ytterligare riskfaktorer kring ljumskbräckskirurgin.



UNDERLAG till stapeldiagrammen.

Värde	Preoperativt	Postoperativt	Skillnad
-9			0
-8			0
-7			0
-6			0
-5			1
-4			0
-3			1
-2			3
-1			8
0			36
1	41	1	73
2	63	2	91
3	142	2	80
4	107	2	105
5	100	8	101
6	100	11	108
7	68	23	90
8	79	82	38
9	63	172	32
10	12	501	

Figur 1. Resultat av självskattning vid all ljumskbråckskirurgi 2004–2007. Övre diagrammet visar patienters skattning av sina besvär 2–4 veckor före och 3 månader efter operationen. Nedre diagrammet visar fördelningen av antalet patienter som förändrat sin självskattning mot förbättring (positiva värden) respektive mot försämring (negativa värden). Siffrorna på x-axeln anger storleksförändringen mellan skattning före och efter operationen för varje patient. 90,3 procent av patienterna skattar sig i nivå 8–10. »90 procent« har valts som arbiträrt riktmärke för acceptabel kirurgisk kvalitet från besvärssynpunkt (mer än 90 procent av patienterna ska ligga på nivå 8 eller högre tre månader efter operationen).

Även om det inte är bevisat medför sannolikt kontakt mellan nät och suturer mot nerverna i operationsområdet ökad risk för kroniska besvär av neuropatisk typ.

Inga enkla svar

Svaret på den första frågan, »Vad ger besvärerna?«, visar sig vara mångfasetterat. I det enskilda fallet kan vi inte säkert svara patienten. Individens ålder spelar in, kirurgens erfarenhet att undvika tekniska fallgropar och komplikationer (blödningar och infektioner) har betydelse [6]. Av dessa faktorer kan kirurgen bara påverka valet av metod och överväga plastiker hos yngre individer för att minska risken för kvarstående postoperativa besvär. Övriga faktorer visar ingen entydig bild som talar för att olika metoder eller någon speciell typ av nät eller plugg på lång sikt har en överlägsen fördel. I ett kortare tidsperspektiv ger den laparoskopiska tekniken och användning av nät med lägre mängd främmande material (»light weight mesh«, t ex polypropylen <40 g/m²) en signifikant klinisk fördel [7].

Uppföljningsenkät

Att kunna svara på den andra frågan, »Kommer mina besvär att gå över?«, är minst lika viktigt. För att få en uppfattning om detta skickades uppföljningsenkäter ut till patienter 1 respektive 2 år efter operationen. Patienter vid alla besvärnivåer i skalan vid tremånadersuppföljningen fick svara: de besvärsfria (10), de med skattning 9–7 och de som skattat sig lågt med uttalade besvär efter operationen (6–1).

Den första observationen var att ca 20 procent av de besvärsfria patienterna skattade sig något lägre (nivå 9 och 8) efter 1

och 2 år. Besvärerna var lätta, men någon typ av reaktion i sårområdet gav besvär hos en del av dessa individer. Möjliga förklaringar kan vara en reaktion kring det främmande material som placerats i operationsområdet eller regenerering av nerver vars nervledningsfunktion temporärt störts vid dissektionsarbetet. De med lättare besvär (9–7) blev i 70 procent av fallen besvärsfria eller förbättrade, men några få försämrades. Hos en del patienter var försämringen korrelerad till ett recidiv. De med högre grad av självskattade besvär (6–1) blev alla förbättrade, men endast en av de nio patienterna i denna grupp blev besvärsfri.

Resultat efter två år

I detta tvååriga tidsperspektiv visar resultaten att besvär efter ljumskbråcksoperationer kan utvecklas åt båda hållen längs självskattningsskalan. Patienten bör känna till att sena besvär kan uppkomma efter bråckoperationer. Patienter som har besvär ska informeras om att besvärerna kan förbättras eller försvinna efter 1–2 år.

De patienter som har kliniskt signifikanta besvärnivåer på självskattningsinstrumentet ska känna till att det finns hopp om förbättring. Dessa ska i första hand ges kontakt med smärt-klinik. Operativ behandling av kvarstående smärta efter ljumskbråckskirurgi bör begränsas till att utföras av enbart kirurger med erfarenhet av dessa operationer.

Slutsats

Som svar på rubrikens fråga kan vi konstatera att vi ännu inte nått vårt mål att ge alla patienter med ljumskbråck ett recidiv-

TABELL I. Sannolikheten för att vara besvärsfri (nivå 10) vid 3 månader efter en ljumsbråcksoperation om man opererats med plastik (huvudsakligen Marcyplastik) med inläggning av plugg eller med Lichtensteins suturerade nätteknik. Ur databasen har valts alla patienter i åldern 30, 50 och 70 år. Operationerna har utförts av 13 allmänkirurger på specialistnivå och visar att inläggning av nät i alla ålderskategorier ger minst chans till besvärsfrihet 3 månader efter operation.

Ålder	Plastik	Plugg	Nät
30	0,39	0,31	0,28
50	0,55	0,46	0,43
70	0,70	0,62	0,59

fritt fortsatt liv utan besvär efter våra ljumsbråcksoperationer. Ett sätt att minska riskerna för postoperativ smärta vid nätkirurgi är att placera nätet mellan peritoneum och bråckhalsarnas bakre öppningar, antingen vid öppen kirurgi eller med minimalinvasiv teknik. Dessa metoder kommer framgent att öka i antal men utgör ännu en liten del av landets bråckoperationer. Den laparoskopiska tekniken används nu med fördel vid bilateral primär ljumsbråckskirurgi, vid behandling av bråck hos kvinnor och vid recidivkirurgi.

Många nya vägar måste prövas innan vi finner de optimala behandlingsstrategierna för de olika bråcken i ljumsken. Med tillägg av uppföljningsinstrument inkluderande självskattning som kan användas i den kliniska vardagen och i det svenska bråckregistret kommer svenska kirurger att ha en stor potential att besvara många av de frågor som vi snuddat vid i denna artikel.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. EU Hernia Trialists Collaboration. Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Surg.* 2000;87:854-9.
2. Massaron S, Bona S, Fumagalli U, Valente P, Rosati R. Long-term sequelae after 1,311 primary inguinal hernia repairs. *Hernia.* 2008;12:7-63.
3. Kumar S, Wilson RG, Nixon SJ, Macintyre IM. Chronic pain after laparoscopic and open groin hernia repair. *Br J Surg.* 2002;89:1476-9.
4. Bay-Nielsen M, Perkins FM, Kehlet H. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide study. *Ann Surg.* 2001;233:1-7.
5. Fränneby U, Gunnarsson U, Wollert S, Sandblom G. Discordance between the patient's and surgeon's perception of complications following hernia surgery. *Hernia.* 2005;9:145-9.
6. Kalliomäki ML, Meyerson J, Gunnarsson U, Gordh T, Sandblom G. Long-term pain after inguinal hernia repair in population-based cohort; risk factors interference with daily activities. *Eur J Pain.* 2008;12:214-25.
7. Bringman S, Wollert S, Österberg J, Smedberg S, Granlund H, Heikkinen TJ. Three-year results of a randomised clinical trial of lightweight or standard polypropylene mesh in Lichtenstein repair of primary inguinal hernia. *Br J Surg.* 2006;93:1056-9.