

IMPLANTÁTY U RECIDÍV PRIETRŽÍ BRUŠNEJ STENY

Milan SCHNORRER Jr., Miron PETRAŠOVIČ, Peter MRÁZ

(Z chirurgickej kliniky Dérerovej nemocnice, výučbovej základne Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave, vedúci prof. MUDr. S. Čársky, DrSc.)

Autori retrospektívne vyhodnotili dva súbory pacientov operovaných pre recidivujúce ingvinálne hernie a hernie v jazve. V oboch súboroch dosiahli vysoké percento recidív. Zmenou taktiky operácie s uložením sieťky preperitoneálne dúfajú v zlepšenie dlhodobých výsledkov.

Kľúčové slová: recidívy brušných hernií – implantáty.

Úvod

Cieľom operácií hernií je jej uzavretie a zabránenie recidívy. Napriek uzavretiu hernie podľa v súčasnosti platných chirurgických pravidiel nemôžeme s istotou jej zabrániť. Príčin recidív je veľa (zlá výživa, nesprávna operačná technika, hojenie rany per secundam intentionem), preto má chirurgické riešenie recidív ingvinálnych hernií a hernií v jazve celý rad úskalí vedúcich k vysokému percentu opätovných recidív. V ostatnom čase nastali významné zmeny v technike operácií hernií so snahou zlepšiť dlhodobé výsledky. Jednou z vyvinutých techník je **plastika pomocou syntetickej sieťky** s uložením preperitoneálne. Jej výhodou je vykonanie plastiky bez použitia menejcenného, zjazvovaného tkaniva recidivujúcej hernie alebo hernie v jazve.

Cieľom našej práce bolo retrospektívne vyhodnotenie dvoch súborov pacientov operovaných pre recidívu ingvinálnej hernie Lichtensteinovou plastikou (uzavretie ingvinálneho kanála pomocou sieťky uloženej ingvinálnym prístupom) a pacientov operovaných pre herniu v jazve plastikou podľa Mayo (strechovité prekrytie fascie).

Metodika

Na zhodnotenie oboch súborov pacientov, operovaných na chirurgickej klinike Dérerovej nemocnice v r. 1992 – 1996, sme použili dotazník. Operovaným sme ho zaslali v auguste 1997. V dotazníku sme sa cielene zamerali na možnú reoperáciu pre recidívu hernie alebo na opätovné vyklenovanie v operovanej oblasti.

Súbory pacientov

1. súbor pacientov. Na chirurgickej klinike Dérerovej nemocnice sme od 1. januára 1992 do 31. decembra 1996 operovali spolu 30 pacientov pre recidívu ingvinálnej hernie Lichtensteinovou technikou. Priemerný vek pacientov bol 61,3 (min. 30, max. 83) roka. Takmer všetkých pacientov (95 %) sme operovali v spinálnej anestézii. Podľa počtu predchádzajúcich operácií malo 73 % prvú recidívu a 27 % druhú a viacnásobnú recidívu ingvinálnej hernie. Pooperačné komplikácie boli minimálne. U dvoch pacientov sa vyskytol

malý podkožný hematóm a 1 raz vznikol opuch a začervenanie operačnej rany, ktoré ustúpilo po antibiotickej terapii. Ani raz sa rana nehojila per secundam intentionem.

2. súbor pacientov. Na chirurgickej klinike Dérerovej nemocnice sme od 1. januára 1992 do 31. decembra 1996 celkovo operovali 116 pacientov pre herniu v jazve po predchádzajúcej abdominálnej operácii. Cielene sme sa zamerali na plastiku podľa Mayo, ktorá sa najčastejšie používa na našich pracoviskách. Takto sme operovali z celého súboru 96 pacientov, t. j. 83 %. Ich priemerný vek bol 60,4 (min. 31, max. 86) roka. Podľa počtu predchádzajúcich operácií malo 12 pacientov (17 %) opakovanú operáciu pre recidívu hernie v jazve. Päťdesiatosem (84 %) pacientov malo herniu v jazve po vertikálnom prístupe a 11 (16 %) po transverzálnom prístupe do brušnej dutiny. Pooperačné komplikácie malo 10 (14 %) pacientov, z toho 6 pacientov závažné, t. j. potrebu rozpustenia operačnej rany pre výtok serómu alebo zhnisanie.

Výsledky

1. súbor pacientov. Z celkového počtu zaslaných dotazníkov a osobne vyšetrených pacientov sme mohli vyhodnotiť 28 pacientov (93 %). Priemerná doba sledovania bola 34 (min. 10, max. 58) mesiacov. Z 28 pacientov malo opätovnú recidívu ingvinálnej hernie 8 pacientov, t. j. 28 %. Z celkového počtu opätovných recidív u 4 pacientov išlo o prvú opätovnú recidívu a u 4 znovu opakovanú recidívu ingvinálnej hernie.

2. súbor pacientov. Z celkového počtu 96 dotazníkov sa nám vrátilo 69 (71 %). Priemerná doba sledovania bola 33 (min. 10, max. 65) mesiacov. Zo 69 operovaných pacientov bolo reoperovaných, alebo má opätovnú recidívu hernie v jazve 31 pacientov (44 %). Z 58 pacientov operovaných z vertikálneho prístupu má recidívu 26 pacientov (45 %) a z 11 operovaných transverzálnym prístupom má recidívu 5 pacientov (45 %). Z 12 pacientov operovaných pre recidívu má opätovnú recidívu 8 pacientov (67 %). Počet pacientov, návratnosť dotazníkov, doba sledovania a výsledky ukazuje tab. 1.

Diskusia

Operácie hernií patria k najčastejším operačným výkonom na všeobecných chirurgických pracoviskách (1, 2). V ostatných rokoch sa v literatúre zjavujú zlé dlhodobé výsledky po operáciách recidivujúcich ingvinálnych hernií operovaných ingvinálnym prístupom a hernií v jazve operovaných s využitím anatomických štruktúr (3, 4). Pri operáciách recidívy ingvinálnej hernie opakovaným ingvinálnym prístupom je ope-

Tabuľka 1. Počet pacientov operovaných v rokoch 1992 – 1996

	Počet operovaných	Počet vrátených dotazníkov	Priemerná doba sledovania	Počet recidív
Súbor A	30	28 (93 %)	34 mesiacov	8 (28 %)
Súbor B	96	69 (71 %)	33 mesiacov	31 (44 %)

Súbor A: Pacienti operovaní pre recidívu ingvinálnej hernie Lichtensteinovou plastikou

Súbor B: Pacienti operovaní pre herniu v jazve plastikou podľa Mayo

Tabuľka 2. Možnosti operačného prístupu pri operáciách inguinálnych hernií

Klasický operačný prístup	– inguinálny – Nyhusov
Laparoskopický operačný prístup	– intraperitoneálny (TAPP, IPOM) – extraperitoneálny

Vysvetlivky:

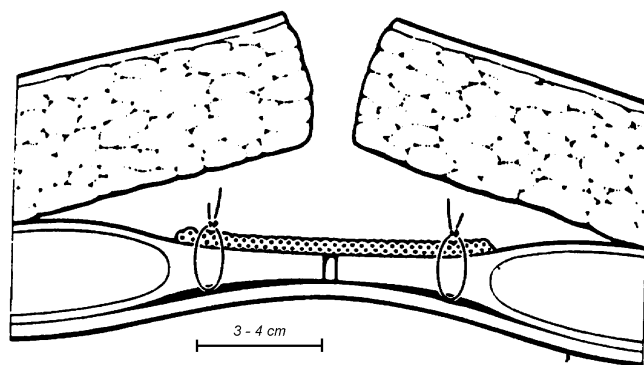
TAPP – transperitoneálny s preperitoneálnym uložením sieťky
IPOM – transperitoneálny s intraperitoneálnym uložením sieťky

rácia zaťažená signifikantne vyšším rizikom opätovnej recidívy a jej rozmedzie sa pohybuje od 7 % do 36 % (4). Najnižšie percento opätovných recidív dosahujú špecializované pracoviská, ale napriek tomu sú dvojnásobne až trojnásobne vyššie ako recidívy po primárnych operáciách (3). Vysoký výskyt opätovných recidív sa udáva pri plastikách primárnych operácií hernií v jazve s použitím len anatomických štruktúr. Počet opätovných recidív v tejto skupine sa v literatúre udáva v rozmedzí 20 – 50 % (5, 6, 7, 8). Podobné zlé výsledky sme dosiahli aj v našich súboroch. Pri operáciách recidivujúcich inguinálnych hernií Lichtensteinovou technikou sme mali 28 % opätovných recidív a pri herniách v jazve operovaných plastikou Mayo 44 % opätovných recidív. Aj keď ide o dva rozdielne súbory pacientov s rozličnou technikou operácií, spoločný je vysoký počet opätovných recidív, ako aj hľadanie ich príčin a východisko v zlepšení dlhodobých výsledkov. Spoločnými sú aj **rizikové faktory** vzniku opätovnej recidívy zo strany pacienta (konštitúcia, chronická bronchopulmonálna choroba, atď.). Medzi najdôležitejšiu prevenciu recidívy zo strany chirurga patrí dokonalá hemostáza a toaleta pri operáciách v infikovanom prostredí (hernie v jazve). Jednou z najdôležitejších príčin vzniku recidívy hernie je chirurg operujúci so zlou operačnou taktikou a technikou.

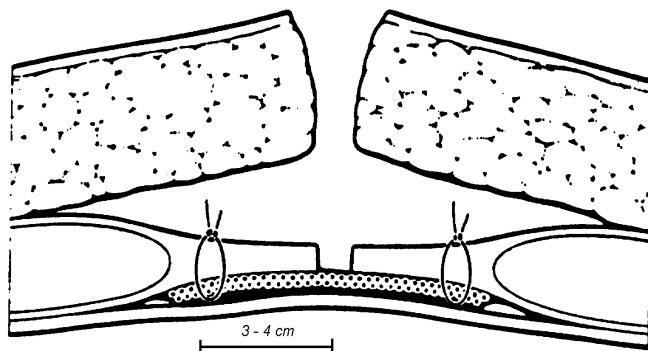
Operácia recidivujúcej inguinálnej hernie je vždy zložitá pre preparáciu v jazvovitom tkanive a identifikáciu štruktúr potrebných na rekonštrukčnú plastiku. Jenu z možných príčin zlých výsledkov pri *Lichtensteinovej* technike je aj uloženie sieťky pomerne povrchovo na fasciu "on lay" a jej ukotvenie k jazvovito zmeneným anatomickým štruktúram.

Pri **výbere techník** dnes najviac používaných pri plastikách inguinálnych hernií (tab. 2) používame od r. 1997 pri recidivách inguinálnych hernií **sieťku s uložením preperitoneálne**. Sieťku ukladáme laparoskopickou cestou (TAPP) alebo *Nyhusovým* prístupom. Výhodou oboch prístupov je operácia mimo jazvovité tkanivo a možná skorá mobilizácia pacienta.

Jednou z najdiskutovanejších je dnes **operačná technika pri uzáverě hernie v jazve**. Dnes môžeme rozdeliť plastiky k uzavretiu hernie v jazve na dve veľké skupiny. V prvej sa používajú anatomické štruktúry (okraj fascie). Táto skupina je z dnešného pohľadu nevyhovujúca pre vysoký počet opätovných recidív. V druhej skupine sú plastiky s použitím syntetických materiálov na spevnenie fascií. V tejto skupine rozoznávame dve techniky. Prvou je onlay – technika (obr. 1), kde kvôli spevneniu fascie sa sieťka prišívá na vonkajšiu fasciu. Nevýhodou tejto techniky je vyššie percento rán hojajúcich sa per secundam intentionem, lebo sieťka je v kontakte s podkožím, čo často spôsobuje secernáciu seróznej tekutiny s možným zhnisaním. Druhou je sublay – technika (obr. 2) s prišitím sieťky preperitoneálne s následnou adaptáciou fascie. V r. 1997 sme taktiež zmenili taktiku pri herniách v jazve. Primárne operujeme hernie v jazve s uložením sieťky, podľa možnosti preperitoneálne (sublay).



Obr. 1. Operačná technika – onlay s uložením sieťky na fasciu



Obr. 2. Operačná technika – sublay s uložením sieťky preperitoneálne

Za **hlavnú výhodu** preperitoneálneho uloženia sieťky pri operáciách hernií považujeme skorú mobilizáciu, ktorá zvyšuje intraabdominálny tlak a prtláča sieťku vakom hernie, peritoneom k brušnej stene s jej následnou fixáciou v skorej pooperačnej fáze (9, 10).

Zmenou techniky operácií hernií, podporovanou literárnymi údajmi (11, 12, 13, 14, 15, 16), dúfame, že príde k zlepšeniu dlhodobých výsledkov.

Literatúra: 1. Čársky, S.: Prietrže. V: Černý, J. a kol.: Špeciálna chirurgia 2. Chirurgia brušných orgánov a retroperitonea. Martin, Osveta, 1996, s. 420–457. 2. Schnorrer, M. jr., Petrašovič, M., Černý, J., Beláček, J.: Operácie inguinálnych hernií v roku 1993 na Slovensku. Rozhl Chir, 74 1995, č. 1, s. 17–20. 3. Gross, E., Köföncü, O.: Die präperitoneale Implantation von Dacron – Netz zur Behandlung von Leistenhernienrezidiven und doppelseitigen Leistenhernien. Zentralbl Chir, 119, 1994, č. 5, s. 207–213. 4. Langer, I., Herzog, U., Schuppisser, J. P., Ackermann, Ch., Tondelli, P.: Di präperitoneale Protheseneinlage zur operativen Versorgung der Rezidivleistenhernie. Chirurg, 67, 1996, č. 4, s. 394–402. 5. Colombo, P. L., Roveda, S., Belisimo, M., Bianchi, C.: Considerazioni sui grandi laparoceli abdominali i utilizzo di protesi. La nostra esperienza. Minerva Chir, 47, 1992, č. 3, s. 160–164. 6. Manninen, M. J., Lavonius, M., Perhoniemi, V. J.: Results of oncsional hernia repair. A retrospective study of 172 unselected hernioplasties. Eur J Surg, 157, 1991, č. 1, s. 26–31. 7. Van der Linden, F. T., van Vroonhoven, T. J.: Long – term results after surgical correction of incisional hernia. Neth J Surg, 40, 1988, č. 2, s. 125–129. 8. Zimmermann, G., Müller, G., Haid, A.: Chirurgische Therapie der narbenhernien. Chirurg, 62, 1991, č. 4, s. 653–658. 9. Schumpelick, V., Kupczyk-Jöriss, D., Töns, C., Pflingsten, F. P.: Reparation der Rezidivleistenhernien. Taktik, Technik und Ergebnisse. Chirug, 61, 1990, č. 6, s. 620–627. 10. Nyhus, L. M., Pollak, R., Bombeck, C. T., Donahue, P. E.: The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia. The evolution of technique. Ann Surg, 206, 1988, č. 8, s. 702–709. 11. Čierny, M., Kozumplík, L., Mackú, L., Ochmann, J., Vrástyk, J.: Laparoskopická inguinálna hernioplastika – výsledky v iniciálnom souboru dva roky po operaci. Rozhl chir, 76, 1997, č. 6, s. 297–301. 12. Bauer, J. J., Salkym, B. A., Gelernt, I. M., Kreel, I.: Repair of large abdominal wall defekts with expanded polatetrafluoroethylene (PTFE). Ann Surg, 206, 1987, č. 6, s. 764–778. 13. Molloy, R. G., Moran, K. T., Waldron, R. P., Brady, M. P., Kirwan, W. O.: Massive incisional hernia: abdominal wall replacement with Marlex mesh. Br J Surg, 78, 1991, č. 2, s. 239–244.

Marlex mesh. Br J Surg, 78, 1991, č. 2, s. 239–244. **14.** Liakakos, T., Karanikas, I., Panagiotidis, H., Dendrinis, S.: Use of marlex mesh in the repair of recurrent incisional hernia. Br J Surg, 81, 1994, č. 2, s. 246–249. **15.** Condon, R. E., Nyhus, L. M.: Ventral hernia and other complication of 1000 midline incision. South Med J, 88, 1995, č. 4, s. 448–452. **16.** Holéczy, P., Horeličan, D., Malina, J., Novák, P., Holeša, S.: Počiatočné skúsenosti s laparoskopickou inguinálnou hernioplastikou. Lek Obzor, 46, 1997, č. 4, s. 95–97.

Do redakcie došlo: 28. 1. 1998

Adresa autorov: M. Sch. Limbová 5, 833 05 Bratislava

M. Schnorrer, M. Petrašovič, P. Mráz: Implants in recurrent hernia of the abdominal wall

The authors made a retrospective evaluation of two groups of patients operated on for recurrent inguinal hernia and hernia in the scar. In both groups a high percentage of recurrences was achieved. A changed strategy of the surgical intervention with preperitoneal location of the net may bring better long-term results.



Recenzia knihy

L. Komadel a spolupracovníci

Telovýchovné lekárske. Vademecum
Druhé, prepracované a rozšírené vydanie

Vydala Slovenská spoločnosť telovýchovného lekárstva a Berlin-Chemie, Menarini Group v Bratislave, 1997. 237 strán doplnených tabulkami a grafmi

Ide o druhé vydanie vydarenej príručky (prvá v r. 1994). Krátky čas od prvého vydania po rozšírenú a prepracovanú edíciu svedčí o aktuálnosti titulu i jeho dobré spracovanie. V novom vydaní sa mnohé heslá aktualizovali a súčasne sa pridali nové, čo vydanie obohatilo. Pritom sa autori vyhli heslám, ktoré výsostne patria do iných medicínskych odborov, ale rozšírili a pridali heslá, ktoré nemajú len výlučne telovýchovný, ale aj interdisciplinárny charakter. Zachovali pritom vzácnu stručnosť a zrozumiteľnosť, čo však publikácii neuberá na výstižnosti a názornosti. Publikáciu dopĺňa niekoľko tabelárne a do grafov spracovaných údajov a vecný register. Publikácia je graficky dobre vybavená, vytlačená na kvalitnom papieri, čo zaručuje dobrú čitateľnosť. Je len na škodu, že pri väzbe vznikla nemilá chyba, keď po strane 136 sa pridali nadbytočné strany 97–104, naviac v opačnom postavení, pričom chýbajú strany 137–144.

Napriek tomu publikácia bude dôstojným nástupcom prvého vydania, ktoré sme privítali recenziou i v našom časopise a poslúži nielen telovýchovným lekárom a lekárom ďalších medicínskych odborov, ale aj ďalším odborným pracovníkom, ktorí sa zaoberajú športom a telesnou výchovou.

R. Menkyna