

Hernie v jazve

doc. MUDr. Milan Schnorrer, CSc., MUDr. Barbora Vichová, MUDr. Milan Oravský, MUDr. Vladimír Bak
III. chirurgická klinika LFUK, FNŠP Milosrdní bratia, Bratislava

Hernie (prietrže) v jazve sú častou komplikáciou v abdominálnej chirurgii. Jedinou radikálnou liečbou je chirurgická liečba. Najlepšie výsledky sa v dlhodobom sledovaní dosahujú v chirurgickom riešení prietrží v jazve pomocou sieťok – alopastických materiálov. Na základe prehľadu svetovej literatúry, ako aj vlastných skúseností, odporúčame aktívnejší prístup pri chirurgickej liečbe prietrží v jazve.

Kľúčové slová: hernia v jazve, chirurgická liečba.

Incisional hernia

Incisional hernia is often complication in abdominal surgery. The only radical treatment is by surgical operation. In long term follow up, the best results were achieved by surgical treatment using aloplastic materials. According to overview of worldwide literature as well as our own practice and experience, we consider surgical treatment as essential approach in management of incisional hernia.

Key words: incisional hernia, surgical treatment.

Via pract., 2009, 6 (10): 404–406

Úvod

Hernie – prietrže v jazve sú jednou z najčastejších komplikácií v abdominálnej chirurgii. Prietrže v jazve sú definované ako prietrže v oblasti vyhojenej (abdominálnej) incízie, pričom vak prietrže je tvorený peritoneom.

Epidemiológia

Incidenca prietrží v jazve sa pohybuje v rozsahu 5 – 11 %. Podľa najnovších štúdií je incidencia prietrží v jazve okolo 15 % a viac (1, 2). Pri približne 700 000 laparotómiách vykonaných v Nemecku môžeme predpokladať výskyt novovzniknutých prietrží v jazve okolo 100 000 (3). V USA pri 4 až 5 miliónoch laparotómiách sa dá predpokladať pri 15 % incidencii vznik viac ako 400 000 novovzniknutých prietrží v jazve (4). Na Slovensku môžeme očakávať podobnú incidenciu prietrží v jazve, presné čísla nie sú k dispozícii. Pritom operovaných je len malé percento pacientov, v Nemecku sa udáva 30 % a v Holandsku menej ako 20 % pacientov s prietržou v jazve (5). Pravdepodobných príčin takého nízkeho počtu operovaných pacientov s prietržou v jazve je viac. Zo strany pacienta ide o strach pred ďalšou operáciou s možnosťou opätovného vzniku prietrže. Zo strany lekárov o nedostatočné poučenie o možných komplikáciách pri pretrvávaní prietrže v jazve, ako aj o informovaní o možnostiach chirurgickej liečby a jej výsledkoch. Výskyt prietrží v jazve má aj značný socioekonomický význam. Počnúc nákladmi na chirurgickú reparáciu a z toho rezultujúcim výpadkom v práci až po výskyt veľkých prietrží v jazve, ktoré vedú k čiastočnej, resp. trvalej invalidite.

Symptomatológia a príznaky

Vplyv prietrže v jazve môže mať pri jednotlivom pacientovi rôznu symptomatológiu, od asymptomatickej prietrže cez kozmetickú iritáciu až po prietrž v jazve vedúcu k pracovnej neschopnosti. Malé prietrže sú často len náhodným nálezom na ultrasonografickom vyšetrení brušnej steny. Podľa veľkosti defektu vo fascii a veľkosti vaku prietrže so zodpovedajúcim preložením vnútrobrušných orgánov do vaku prietrže sa vyvíjajú príznaky od obmedzenej hybnosti až po stratu domovského práva vnútrobrušných orgánov v dutine brušnej.

K najdramatickejším dôsledkom prietrže v jazve je inkarcerácia obsahu prietrže bránkou prietrže. Pri inkarcerácii dochádza k zníženiu prekrvenia a uškrteniu črevných klučiek. Výskyt inkarcerácie sa udáva v rozsahu 6 – 15 %, pričom v 2 % dochádza k strangulácii črevných klučiek (6). Každá inkarcerácia je náhlou príhodou brušnou a vyžaduje urgentnú operáciu, pričom sa výrazne zvyšuje morbidita operácie oproti plánovanej operácii (obrázky 1, 2, 3).

Patogenéza prietrží v jazve

Príčiny vzniku prietrží v jazve nie sú dostatočne vyjasnené, ale jednoznačne ide o multifaktoriálne ochorenie. Na sledovanie faktorov pri vzniku prietrže v jazve sa uskutočnili rôzne štúdie. Medzi najčastejšie faktory, ktoré zo strany pacienta ovplyvňujúce vznik prietrže v jazve, patria obezita s body mass indexom (BMI) viac ako 30, vek nad 45 rokov, pravidelný konzum nikotínu a diabetes mellitus (7, 8). Zo strany operačnej techniky sa ako prevencia vzniku prietrží udávajú priečne laparotómie, u ktorých sa vyskytujú v najmenšom počte.

Obrázok 1. Inkarcerovaná hernia v jazve – predoperačný nález (vlastný materiál).



Obrázok 2. Redukcia objemu útrov.



Obrázok 3. Korekcia a plastika brušnej steny.



Jednoznačným rizikovým faktorom pri vzniku prietrže v jazve postoperačne je hematóm alebo infekcia v rane a opakované incízie v operačnej rane. Nové výskumy poukazujú

aj na poruchy kolagénového mechanizmu, čo dokazuje, že 50 % prietrží vzniká v prvých šiestich mesiacoch a 97 % v prvých piatich rokoch po operácii (9). Keby išlo iba o chirurgickú príčinu, tak väčšina prietrží by vznikla v skorom pooperačnom období.

Diagnostika prietrží v jazve a príprava na operáciu

Väčšina prietrží sa dá dokázať pri **klinickom vyšetrení**. Inšpekcia sa vykonáva v ľahu a stojí. Všetky asymetrie brušnej steny sa ďalej vyšetrujú palpačne. Hodnotí sa ich konzistencia, reponibilita, ako aj veľkosť bránky prietrže. Predovšetkým pri obéznych pacientoch sa musia použiť na určenie obsahu a veľkosti defektu vo fascii doplnujúce vyšetrovacie metódy ako napr. ultrasonografia.

V rámci predoperačnej prípravy hlavne u veľkých defektov by mal mať pacient zistené **plúcne funkcie a záťažové EKG**. V rámci infekčného rizika by mala byť koža brušnej steny optimálne pripravená. U obéznych pacientov by mala byť podmienkou na vykonanie operácie **redukcia nadváhy**. To je často z pohľadu pacienta nesplniteľné (10).

Terapia prietrží v jazve

Jediným radikálnym riešením prietrží v jazve je **chirurgická liečba**. V chirurgii prietrží v jazve poznáme v princípe dva možné postupy: klasický postup s využitím vlastných fascií na plastiku prietrže a uzavretie prietrže pomocou sieťky. Výsledky klasických postupov ukázali zlé dlhodobé výsledky s vysokým výskytom recidív prietrží v jazve. Ich počet sa pohybuje v rozsahu od 30 do 50 % (11). V súčasnosti ich preto môžeme považovať za obsolentné a nemali by sa pri riešení prietrží v jazve používať.

Moderná chirurgická liečba prietrží v jazve využíva **sieťky – aloplastické materiály** na spevnenie brušnej steny. Základným princípom operácií s aloplastickým materiálom je snaha vykonať plastiku prietrže s minimálnym respektíve bez prítomnosti ťahu (tzv. tension-free plastika). **V operačnom postupe** s uložením sieťky poznáme **dva prístupy**:

- **otvorený spôsob** s uložením sieťky cez operačnú ranu. Metóda sa v súčasnosti zdá z pohľadu recidív ako najlepšia chirurgická metóda s najnižším počtom recidív do 10 % (12);
- **laparoskopický prístup** vzdialený od bývalej operačnej rany. Pri laparoskopickom prístupe zavádzame troakáre mimo pôvodnú operačnú ranu a sieťku ukladáme na *peritoneum* z vnútra brušnej dutiny. Takáto plastika umožňuje vykonanie plastiky prietrže v jazve bez ťahu. Nevýhodou je, že je limitovaná počtom zrástov v brušnej dutine. Pri početných zrástoch nie je vždy možné laparoskopiu vykonať (13, 14, 15). Ďalšou nevýhodou je ekonomické zaťaženie pre nemocnicu. Sieťky používané pri laparoskopii sú cenovo podstatne drahšie ako sieťky používané pri otvorenom prístupe.

Záver

- Výskyt prietrží v jazve je stále vysoký a napriek pokrokom v materiáloch a technike šitia operačnej rany sa incidencia prietrží v jazve v posledných rokoch nezmenila. Pravdepodobne je výskyt prietrží v jazve na Slovensku vysoký – podobne ako v celoštátnych štatistikách v Nemecku a v USA. Celoštátne údaje o výskyte a počte operácií pre prietrže v jazve nie sú v Slovenskej republike k dispozícii.
- S prietržami v jazve sú často konfrontovaní aj praktickí lekári. Vzhľadom na to, že sa v súčasnosti vyskytujú recidívy prietrží v jazve pod hranicou 8 – 10 %, možno pristupovať aktívnejšie k odporúčeniu operácie. Hlavnou príčinou nízkeho počtu recidív je pokrok v chirurgickej liečbe prietrží v jazve zavedením aloplastických materiálov. Klasické metódy v chirurgickej liečbe prietrží sú v súčasnosti prekonané a nemali by sa vykonávať.
- Samostatnou jednotkou sú pacienti s obezitou, pre ktorých je odporúčenie redukcie nadváhy často nesplniteľnou podmienkou. Aj u týchto pacientov je odporúčaný aktívnejší chirurgický prístup, hlavne u symptomatických prietrží.

- Podstatou predpokladaného úspechu operácie s nízkym výskytom recidív a nízkymi pooperačnými komplikáciami je plánovaná operácia s uložením sieťky.

Literatúra

1. Conze J, Klinge U, Schumpelick V, Narbenhernien. Chirurg 2005; 76: 556–582.
2. Israelsson LA, Jonsson T. Overweight and healing of midline incision: the importance of suture technique. Eur J Surg 1997; 50: 175–180.
3. Siewert JR, Bollschwiter E, Hempel K. Changes in the frequency of interventions in general surgery. Chirurg 1990; 61: 855–863.
4. National Center for Health Statistics, Combined surgery data (NHDS and NSAS). Data highlights, 1996.
5. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, Halm JA, Verdaasdonk EG, Jeekel J. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. Ann Surg 2004; 245: 578–583.
6. Manninen MJ, Lavonius M, Perhoiemi Vj. Results of incisional hernia repair. A retrospective study of 172 unselected hernioplasties. Eur J Surg 1991; 59: 29–31.
7. Höer J, Lawong G, Klinge U, Schupelick V. Einflussfaktoren der Narbenhernienentstehung Retrospektive Untersuchung an 2983 Laparotomierten Patienten über Zeitraum 10 Jahren. Chirurg 2002; 73: 474–480.
8. Höer J, Stumpf M, Rosch R, Klinge U, Schumpelick V. Prophylaxe der Narbenhernie. Chirurg 2002; 73: 881–887.
9. Schumpelick V, Klosterhalfen B, Müller M., Klinge U. Minierte Polypropylen-Netze zur präperitonealen Netzplastik (PNP) der narbenherniae. Eine prospektive randomisierte klinische Studie. Chirurg 1999; 70: 422–430.
10. Vichová B, Oravský M, Schnorrer M. Ventrálna hernia spojená s morbidnou obezitou – kedy operovať. Rozhl Chir 2008; 87: 328–331.
11. Vestweber KH, Lepique F, Haaf F, Horatz M, Rink A. Mesh-plasty for recurrent abdominal wall hernias – results. Zentralbl Chir 1997; 122: 885–888.
12. Schnorrer M, Vichová B, Oravský M. Chirurgická liečba hernií v jazve. Slovenská chirurgia 2008; 5: 4–6.
13. Angele MK, Löhe F, Dietz J, Hernandez-Richter T, Jauch KW, Heiss MM. Laparoscopic incisional hernia repair – an alternative to the conventional procedure? Zentralbl Chir 2005; 130: 255–259.
14. Carbajo MA, Martp del Olmo JC, Blanco JI, Toledano M et al. Laparoscopic approach to incisional hernia. Surg Endosc 2003; 17: 118–122.
15. Heniford BT, Park A, Ramshaw BJ, Voeller G. Laparoscopic ventral incisional hernia repair in 407 patients. J Am Coll Surg 2000; 200: 645–650.

doc. MUDr. Milan Schnorrer, CSc.

III. chirurgická klinika LFUK, FNŠP
Milosrdní bratia
Nám SNP 10, 814 65 Bratislava
mschnorrer@milosrdni.sk



Viac informácií nájdete na

www.viapractiva.sk