

Strokovni prispevek/Professional article

OPERACIJE DIMELJSKE KILE V LETIH 2000 IN 2001 TER PRIMERJAVA Z LETOMA 1996 IN 1997 NA ODDELKU ZA ABDOMINALNO KIRURGIJO UČNE BOLNIŠNICE MARIBOR

INGUINAL HERNIA SURGERY AT DEPARTMENT OF ABDOMINAL SURGERY, GENERAL HOSPITAL MARIBOR IN THE YEARS 2000 AND 2001 AND COMPARISON WITH THE YEARS 1996 AND 1997

Bojan Krebs, Marko Novak, Damijan Vidovič, Arpad Ivanecz

Oddelek za abdominalno kirurgijo, Učna bolnišnica Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor

Prispelo 2002-11-14, sprejeto 2003-03-07; ZDRAV VESTN 2003; 72: Supl. I: 13-5

Gljučne besede: kirurgija; dimeljska kila; nenapetostne operacije; anestezija; recidiv

Izveček – Izhodišča. Operacija dimeljskih kil je ena najpogostejših operacij v splošni kirurgiji. S svojim obsegom predstavlja veliko obremenitev za zdravstvo. Kirurg lahko s svojim izborom bolnika in izborom ustrezne anestezije ter tehnike pomembno vpliva na stroške operacije in rehabilitacijo. V članku sta obdelani in primerjani dve različni obdobji, med katerima je prišlo do ključne spremembe kirurške tehnike, ki vodi do boljših rezultatov na področju kirurgije dimeljskih kil. Posebej velja opozoriti na visok delež bolnikov, ki so bili operirani v lokalni anesteziji, kar omogoča hitrejšo mobilizacijo bolnika ter prispeva h hitrejši rehabilitaciji.

Metode. Pregledali smo popise vseh bolnikov, ki so bili v letih 1996, 1997, 2000 in 2001 operirani zaradi dimeljskih kil na Oddelku za abdominalno kirurgijo Učne bolnišnice Maribor.

Rezultati. V obdelanih štirih letih sta bila operirana 1602 bolnikov. Opazili smo upadanje števila operacij dimeljskih kil. V prvem obdobju je bilo veliko bolnikov operiranih v splošni anesteziji, v letih 2000 in 2001 pa je to število padlo predvsem na račun operacij, ki so bile napravljene v lokalni anesteziji. Z uvedbo nenapetostnih tehnik v svetu smo to metodo osvojili tudi pri nas in v drugem obdobju večino bolnikov operirali že z njeno pomočjo. Število ponovitev za enkrat ostaja na približno enaki ravni.

Zaključki. Naše izkušnje z nenapetostnimi tehnikami so dobre. Prednosti za bolnika so predvsem manjša pooperativna bolečina, hitrejšo okrevanje in zgodnja vrnitev na delo ter dokaj znižana možnost ponovitve. Zaenkrat v našem prispevku še nismo mogli dokazati manj recidivov po nenapetostnih operacijah, ker je čas opazovanja še prekratek. Vendar pa se bo razlika gotovo pokazala kmalu.

Key words: surgery; inguinal; hernia; tension-free technique, anaesthesia; reoperation

Abstract – Background. Inguinal hernia repair is one of the most common surgical procedures performed in the world and as that represents a huge socio-economic problem. Today, surgeon can significantly improve outcome for many patients with proper patients selection, proper anaesthesia and surgical technique. In this article two different time intervals are reviewed. Between those intervals surgeons began to change their attitudes about hernia surgery approach and »tension-free« concept became widely accepted. We also operated many patients under local anaesthesia, which has many advantages between which is lesser need for preoperative investigations and faster mobilisation.

Methods. In article charts from all patients operated for inguinal hernia in years 1996, 1997, 2000 and 2001 at the Department for abdominal surgery in Maribor.

Results. 1602 patients were operated for inguinal hernia in four years. We noticed that less patients were operated in years 2000/2001 than in the earlier interval. Number of the patients operated under general anaesthesia was relatively high in first period but in the second interval majority of the patients were operated under subarachnoidal and local anaesthesia. While most patients in years 1996 and 1997 were operated with original Bassini's technique and its modifications, majority of patients in years 2000 and 2001 were treated with tension-free technique.

Conclusions. Our experiences with tension free techniques are very good. There are many advantages for patients, operated this way: less pooperative pain, faster recovery and earlier return to normal activities and work. We couldn't prove any benefits considering recurrences in our study yet, probably because of two short observation period.

Uvod

Operacija dimeljskih kil je eden najpogostejših kirurških postopkov v splošni kirurgiji v razvitem svetu. Kot taka predstavlja velik socioalnoekonomski problem (1). V zadnjem času se je uspešnost te operacije močno izboljšala. Nekaj na račun boljše kirurške tehnike, največ pa zaradi uvajanja novih umetnih materialov in boljšega razumevanjem njihove uporabe. Ta napredek se je pojavil predvsem v središčih, ki so specializirana za kirurgijo kil (2).

Uspešnost operacije dimeljske kile v Ameriki in zahodni Evropi se meri prvenstveno s številom recidivov, s številom zapletov, z višino stroškov in s čim zgodnejšim povratkom na delovno mesto. Uspeh je v veliki meri odvisen od kirurgovega poznavanja anatomije in fiziologije dimeljskega področja in usposobljenosti, kako najbolj učinkovito uporabiti trenutno poznane tehnike in materiale. Predvsem t. i. nenapetostna tehnika, ki jo je vpeljal Lichtenstein, je pomenila obrat na področju operacijskega zdravljenja dimeljskih kil (3). Za natančno oceno uspešnosti operacije je potrebna tudi statistična analiza podatkov, saj le tako lahko natančno ovrednotimo svoje rezultate. V našem članku smo obdelali in primerjali dve različni časovni obdobji operacij dimeljskih kil na Oddelku za abdominalno kirurgijo v Mariboru, in sicer obdobje pred uvedbo in po uvedbi nenapetostnih tehnik.

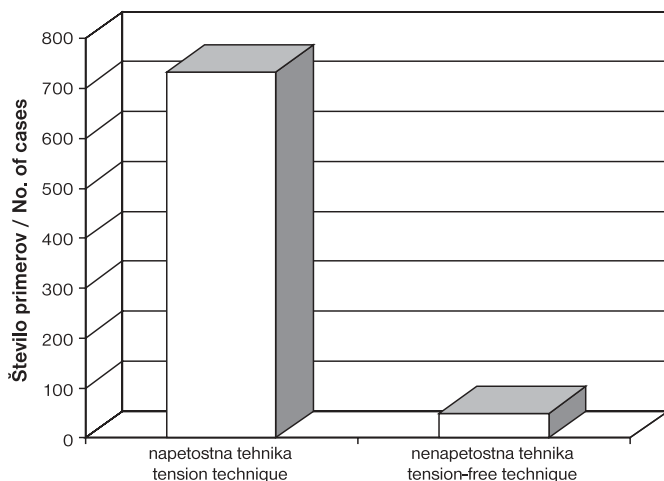
Metode

Pregledali smo operacijske protokole za leta 1996, 1997, 2000 in 2001 in na ta način zbrali 1602 primera operacij dimeljskih kil. Poiskali smo popise vseh bolnikov ter zbrali podatke o spolu, strani dimeljske kile, vrsti anestezije in vrsti operacije. Izločili smo operacije dimeljskih kil pri otrocih.

Rezultati

Obdobje 1996/1997

V letih 1996/1997 smo na našem oddelku operirali 878 bolnikov, pri katerih je bilo popravljenih 939 kil. V teh dveh letih smo večino bolnikov operirali v splošni anesteziji, in sicer celo več kot v obeh drugih oblikah anestezije, področni in lokalni skupaj. Večina operacij je bila takrat napravljena z napetostnimi tehnikami. Operacije z mrežico so bile le izjema pri bolnikih, pri katerih je šlo za prvo ali celo naslednjo ponovitev. Recidivnih kil je v tem obdobju bilo 81 oziroma 8 odstotkov.



Sl. 1. Število napetostnih in nenapetostnih operacij v letih 1996/1997.

Figure 1. Number of operation with tension and tension-free technique in years 1996/1997.

Obdobje 2000/2001

Splošni podatki

V letih 2000 in 2001 smo na Oddelku za abdominalno kirurgijo v Mariboru operirali skupno 724 bolnikov z dimeljsko kilo. 60 bolnikov je imelo obojestransko kilo tako, da je bilo skupno število operacij dimeljskih kil 784.

V letu 2000 smo operirali 389 bolnikov in v naslednjem letu 335 bolnikov. Že v teh dveh letih je opazen trend upadanja števila operacij dimeljskih kil.

373 bolnikov je imelo kilo na desni strani, 291 kilo na levi strani, 60 bolnikov pa je imelo obojestransko kilo.

85% operiranih je bilo moških in le 15% žensk.

Na našem oddelku operiramo tudi otroke. V letih 2000 in 2001 smo operirali 115 otrok, kar je 14% vseh operacij dimeljskih kil.

Tip anestezije

Zelo pomembna stvar pri operacijah dimeljske kile je način anestezije med operacijo. Od anestezije je odvisen tako čas mobilizacije po operaciji, čas odpusta iz bolnišnice kot tudi trajanje pooperativne nezmožnosti za delo. Največ bolnikov (244 ali 40%) je bilo operiranih v področni anesteziji, sledijo operacije v lokalni anesteziji; tako operiranih je bilo 209 bolnikov ali 34%. Najmanj bolnikov, 156 ali 26%, je bilo operiranih v splošni anesteziji.

Tehnika operacije

Pri analizi razdelitve po tehniki operacije smo ugotovili, da smo operirali 322 bolnikov po napetostni metodi, kar znaša 48%. 45% ali 295 operacij je bilo napravljeno po čisti nenapetostni tehniki, 7% pa je bilo kombiniranih tehnik, ki so jih operaterji poimenovali kot atipične hernioplastike z mrežico ali čepom.

Če si natančneje ogledamo razdelitev v okviru samih tehnik, ugotovimo, da je med napetostnimi tehnikami močno vodila tehnika Bassini-Kirschner, po kateri je bilo operiranih 222 dimeljskih kil ali 69% vseh. 59 primerov ali 18% je bilo čistih Bassinijevih tehnik in 41 ali 13% preostalih napetostnih tehnik.

Na drugi strani je bilo med nenapetostnimi metodami največ operacij po Trabuccu, in sicer 207 ali 71%. Ostalih 29% je bilo operacij z mrežico in čepom, operacij po Lichtensteinu in operacij s PHS mrežico.

Urgentne in recidivne kile

Med 784 operacijami kil je bilo 43 ali 6% urgentnih, ko je šlo za ukleščene kile, ter 64 recidivnih dimeljskih kil kar predstavlja 8% vseh operiranih dimeljskih kil.

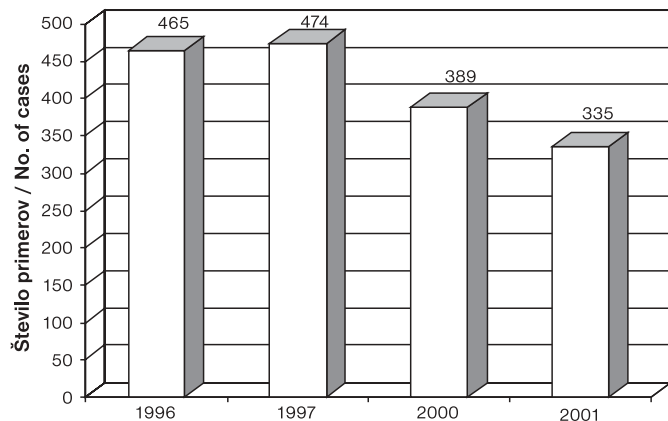
Primerjava obdobj 1996/1997 ter 2000/2001

V primerjavi obeh obdobj opazimo predvsem upadanje števila operacij dimeljskih kil. Od 465 operacij leta 1996 na 335 operacij leta 2001.

Zanimiva je tudi sprememba v načinu anestezije. Vedno več bolnikov je operiranih v lokalni in področni anesteziji in vedno manj v splošni anesteziji. Vzrok je najverjetneje napredek same anesteziologije pa tudi pomanjkanje specialistov anesteziologov. Vedno več bolnikov se odloča za operacijo v lokalni anesteziji, kjer prisotnost anesteziologa ni nujna. Na ta način lahko skrajšamo čakalno dobo na operacijo.

V letih 2000 in 2001 smo večino operacij izvajali že po nenapetostnih metodah, medtem ko so v prejšnjem obdobju še prevladoval napetostne tehnike.

Število recidivov je bilo v obeh primerjanih obdobjih enako.



Sl. 2. Število operiranih primerov kil v letih 1996, 1997, 2000 in 2001.

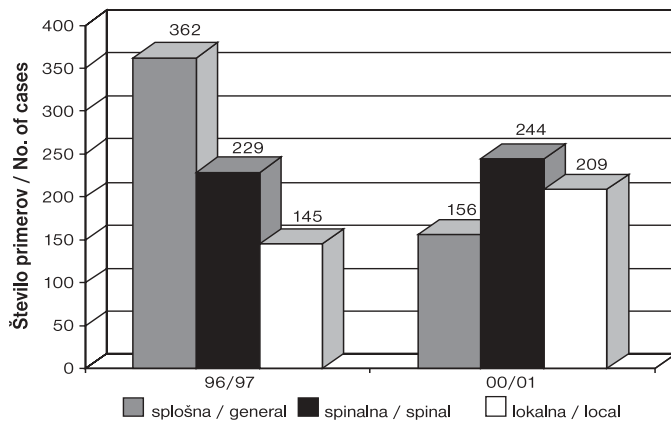
Figure 2. Number of inguinal hernia repair in years 1996, 1997, 2000 and 2001.

Zaključki

Število operacij dimeljskih kil v Mariboru upada. Žal ne na račun manjše pojavnosti, temveč zaradi daljšanja čakalne dobe. Vsako leto se namreč povečuje število bolnikov z onkološkimi boleznimi, ki imajo prednost pri operativnem programu. Zato število bolnikov, ki so sprejeti zaradi programskih operacij, vztrajno pada.

Oblika anestezije je zelo pomemben dejavnik pri operativnem zdravljenju dimeljskih kil. Ker gre za sorazmerno neinvaziven poseg, lahko izbiramo med različnimi metodami anestezije (4). V zadnjem času se po svetu vse bolj uporablja lokalna anestezija s sedacijo, ki jo lahko uporabi sam kirurg. Tudi pri nas je ta tehnika zelo pogosta, saj je bila v letih 2000/2001 na ta način operirana več kot ena tretjina bolnikov.

Delež recidivnih kil operiranih na našem oddelku je skorajda enak v letih 1996/1997 in letih 2000/2001. Za sedaj še ni zazna-



Sl. 3. Vrsta anestezije v obdobju 1996/1997 v primerjavi z obdobjem 2000/2001.

Figure 3. Type of anesthesia in period 1996/1997 in comparison with period 2000/2001.

ti upadanja števila recidivnih kil. Glede na izkušnje drugje po svetu pa se bo po uvedbi nenapetostnih metod upadanje gotovo pojavilo v naslednjih letih.

Literatura

1. Rutkow IM, Robbins AW. Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin North Am.* 1993; 73: 413-26.
2. Gilbert AI. Sutureless repair of inguinal hernia. *Am J Surg.* 1992; 163: 331-5.
3. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Open »tension-free« repair of inguinal hernias: The Lichtenstein technique. *Eur Jour Surg* 1996; 162: 447-53.
4. Bučar-Poljanec A, Požar-Lukanovič N, Vintar N izbira vrste anestezije za operacijo dimeljske kile-lokalna, področna ali splošna. In: Repše S ed. Zbornik simpozija Kile, Ljubljana. 1998: Ljubljana: Kirurška šola, Kirurška klinika, 1998; 128-32.