

Kvinnor som opereras för bråck utsätts för onödiga risker

Ljumskräckoperationen är den vanligaste operationen inom allmänkirurgin, med ca 20 000 operationer per år i Sverige. De tre typerna av bråck man skiljer på är direkta och indirekta ljumskräck samt femorala bråck. Skillnader i kvinnlig och manlig anatomi predisponerar för utveckling av olika bräcktyper. Direkta bråck är hos kvinnor extremt ovanliga, medan femorala bråck är klart överrepresenterade. Trots att nästan var tionde bräckoperation utförs på en kvinna finns i litteraturen knappt någon information om operationstekniker, risker eller komplikationer gällande kvinnor.

I det svenska bräckregistret (Swedish Hernia Register, SHR) registreras majoriteten av alla bräckoperationer som utförs i Sverige [1]. Vi analyserade data från mer än 90 000 registrerade operationer under perioden 1992–2003, inkluderande 6 895 kvinnor och 83 753 män [2].

Våra resultat visar att kvinnor har dels högre risk än män att utveckla recidiverande femoralbräck, dels ökad incidens av akuta operationer med påföljande högre frekvens av tarmresektioner och postoperativa komplikationer samt ökad mortalitet (se Fakta).

I SHR rapporteras andelen direkta bråck hos kvinnor vid akuta och elektiva operationer till 22,4 respektive 16,5 procent, vilket är en klar ökning jämfört med tidigare studier [3]. Direkta bråck hos kvinnor medförde den största risken för

.....
»Det är högst anmärkningsvärt att man idag, trots att sjukvården skall vara evidensbaserad, på kvinnor tillämpar operationstekniker utprovade och standardiserade för män.«

reoperation. Vid recidivoperationerna upptäcktes femoralbräck hos 41,6 procent av kvinnorna som vid primäroperationen bedömdes ha ett direkt eller indirekt ljumskräck, medan motsvarande siffra hos män var 4,6 procent. En studie från det danska bräckregistret visar liknande resultat [4]. Detta gör att man bör ifrågasätta om den primära diagnosen verkligen var korrekt. Siffrorna kan förklaras med att de femorala »recidiven« egentligen är bräck som redan förelåg men – genom feldiagnos – missades vid primäroperationen.

På grund av anatomiska skillnader mellan könen är det diskutabelt om en Lichtenstein-plastik är möjlig att utföra i en kvinnlig ljumske. Ett preperitonealt tillvägagångssätt bör övervägas om bräcktypen är osäker vid preoperativ bedömning, eftersom man då under operationen kan inspektera de tre bräckportarna. Femoralbräckens höga inklämningrisk tillsammans med risken för tarmresektion och den signifikant ökade mortaliteten understryker vikten av en korrekt primärdiagnos. I en studie på över 36 000 bräckoperationer ses en nämnvärd mortalitet vid femoralbräck enbart hos kvinnor [5].

Det saknas idag tillräcklig kunskap bland allmänkirurger om ljumskräckproblematiken hos kvinnor, och det verkar som om användandet av tekniker utvecklade för ljumskräck hos män utsätter kvinnor för onödiga risker. Resultatet kan förbättras genom att man definierar den sanna incidensen av femoralbräck hos kvinnor, förbättrar den intraoperativa detektionen av femoralbräck, ökar kunskapen om kvinnlig anatomi och där efter väljer den mest lämpliga operationstekniken.

Det är högst anmärkningsvärt att man idag, trots att sjukvården skall vara evi-

■ FAKTA – kvinnor och bräckoperation

Av kvinnor opererades 16,9 procent akut, av män 5,0 procent. Mortaliteten i båda grupperna ökade då ca 30 gånger.

Av akuta operationer utgör femoralbräck 52,6 procent hos kvinnor och 6,5 procent hos män.

Tarmresektion vid akuta operationer utfördes hos 16,6 respektive 5,6 procent, vilket medförde en ca 100 gånger ökad mortalitet.

Vid reoperation av recidiv upptäcktes ett femoralbräck hos 41,6 procent av de kvinnor som vid primäroperationen bedömdes ha ett direkt eller indirekt bräck. Motsvarande siffra hos män är 4,6 procent.

Andelen direkta bräck hos kvinnor var vid elektiva och akuta operationer 22,4 respektive 16,5 procent. Direkta bräck hos kvinnor medförde den högsta frekvensen av reoperationer.

Cirka 20 procent av kvinnorna opererades enligt Lichtenstein.

Kvinnor har en signifikant högre reoperationsfrekvens för recidiv än män.

Laparoskopiska bräckoperationer innebär hos kvinnor den lägsta risken för reoperation.

densbaserad, på kvinnor tillämpar operationstekniker utprovade och standardiserade för män.

Angelica Koch

med stud termin 9

Anders Kald

docent; båda vid kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

1. Nilsson E, et al. Assessing the quality of hernia repair. In: Fitzgibbons R, Greenburg A, editors. Hernia. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 567-73.

2. Koch A, et al. Prospective evaluation of 6895 groin hernia repairs in women. Br J Surg. 2005;92 (12): 1553-8.

3. Kingsnorth AN, et al. Anterior open repair of inguinal hernia in adults. In: Kingsnorth AN, Leblanc KA, editors. Management of abdominal hernias. 3rd ed. London: Arnold; 2003. p. 189.

4. Bay-Nielsen M, et al. Inguinal herniorrhaphy in women. Hernia. 2005;25:1-4.

5. Heydorn WH, et al. A five-year U.S. Army experience with 36,250 abdominal hernia repairs. Am Surg. 1990;56(10):596-600.

Det finns fler än 29 000 artiklar i Läkartidningens artikelarkiv.

Som medlem i Sveriges läkarförbund når du arkivet via www.lakartidningen.se

Utmanande saklig

Läkartidningen