

Torsby Hernia Meeting 2019



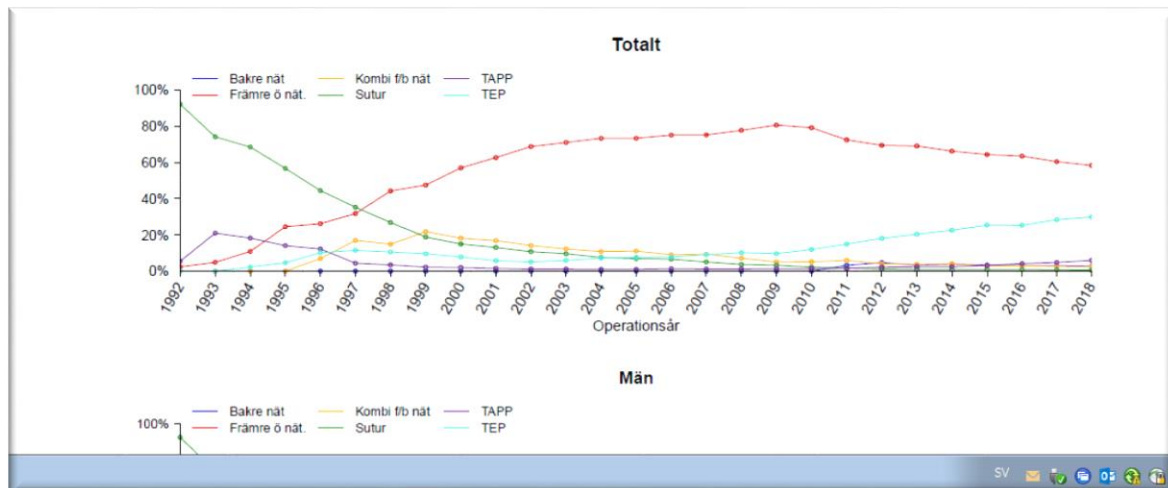
Torsby hernia meeting lockade detta år 18 entusiastiska bråckkirurger från norr till söder. Kollegorna Bengt Handske och Stephan Axer från Torsby stod för arrangemanget och tillsammans med sin personal på administration, operation, anestesi, postop och medicinsk teknik så blev det även i år en lyckad tillställning. I fakulteten deltog några nationellt erkända bråckkirurger som har stor klinisk och forskningsmässig erfarenhet inom bråckkirurgin och jag fick förmånen att delta med min videokamera och fånga en del av de operationer som utfördes för att på så sätt kunna sprida denna kunskap vidare till alla bråckintresserade ute i kirurgsverige. Här nedan finns referat från några av de mest illustrativa operationerna men lite kommentarer.

Förutsättningarna för att driva dessa kurser är en aktiv medverkan med ekonomiskt bidrag av inbjudna företag som i gengäld fick möjlighet att visa sina produkter mellan operationerna. Nedan följer några företags korta produktinformationer. I år får vi framföra ett extra stort tack till Arthrex som ansvarade för videdokumentationen med sitt 4 K system och alla vi erfarna laparoskopister som följt utvecklingen var mycket imponerade av systemets bildkvalitet och man undrar hur det blir när nästa steg införs 8 K. Tyvärr var ljudinspelningsutrustningen i Torsby ur funktion varför jag lagt speakertext till Dan Sevoniuss fina film som visar en öppen främre nätplastik, men förhoppningsvis så talar videofilmerna sitt tydliga språk ändå tack vara dessa pedagogiska operatörer.

Ett par patienter ströks från operationsprogrammet däribland en ung kvinna i 25 års åldern som under sin andra graviditet besvärats av en mjuk reponibel knöl i ena lumsken. I kombination med varicer på lår och underben utfördes preoperativt ultraljud och CT där man konstaterade att det rörde sig om ett varicerkylse i lumsken. Något att vara uppmärksam på när man bedömer denna typ av patienter.

Operationerna

Från bråckregistrets årsrapport 2018 ser man på kurvorna nedan att den främre nätplastiken har haft en tendens att minska något under de senaste åren och en motsvarande ökning har skett för TEP och de tekniker som demonstrerades under kursen var den främre nätplastiken i lokalbedövning o narkos samt TEP o TAPP o nedan kan ni följa några av operationerna med operatörskommentarer.



Främre nätplastik

Tekniken finns väl beskriven på SIKTs hemsida och vad gäller step-by-step och som ni kommer att se på filmerna finns operatörsspecifika modifikationer som skiljer sig något från den nationella standard som beskrivs på hemsidan men grundprinciperna är dom samma. Det som ändå i år diskuterades är om man ska excidera laterala bråcksäcken eller bara invaginera. Nedan hänvisar Dan Sevonius till artiklar som ger en god vetenskaplig grund att stå på för att kunna rekommendera att enbart invaginera bråcksäcken. Detta är något som får diskuteras vid kommande möten i svenska bråckregistret innan man reviderar teknikbeskrivningen för den svenska främre nätplastiken.

Doc Jan Dalenbäck från Carlanderska sjukhuset i Göteborg visar här tekniken vid främre nätplastik i lokalbedövning efter recidiverande TEP plastik med 3 D BARD nät.



<https://s3m.io/R53DX>

ÖI Dan Sevonius från Gastro Center Skåne visar här sin teknik vid främre nätplastik i narkos.



<https://s3m.io/Ailef>

Vid operationen invagineras bråcksäcken och det finns i några studier som motiverar denna teknik. Man kan med gott vetenskapligt stöd avstå från att ligera laterala bråcksäckar och endast seponera dem för att reducera den postoperativa smärtan.

Ann R Coll Surg Engl, 2019 vol. 101(2) pp. 119-122

A randomised controlled trial of excision versus invagination in the management of indirect inguinal hernial sac
Sharma, M; Pathania, OP; Kapur, A; Thomas, S; Kumar, A

Int J Surg, 2015 vol. 19 pp. 55-60

Sac ligation in inguinal hernia repair: A meta-analysis of randomized controlled trials

Kao, CY; Li, CL; Lin, CC; Su, CM; Chen, CC; Tam, KW

Hernia, 2014 vol. 18(2) pp. 199-204

Hernia sac of indirect inguinal hernia: invagination, excision, or ligation?

Othman, I; Hady, HA

Vi kan med gott vetenskapligt stöd avstå från att ligera laterala bråcksäckar och endast reponera dem!!!

TEP <https://s3m.io/KqY06>



Här visas en TEP operation från förra året med Johanna Österberg o Jan Dalenbäck som operatörer. Tekniken är standardiserad och de flesta vana TEP operatörerna använder sig av dissektion av det preperitoniella spatiet med optiken andra använder dilatationsballong. Skruvportar från Storz har fördelen att inte glida under operationens gång. Anknäbstängerna från Storz är utmärkta då nätet hanteras och den korta Kellytången från Storz kopplad till monopolär diatermi är praktisk och enkel att använda under dissektionsarbetet. Vissa operatörer använder bipolära tänger under dissektionen. Vad gäller nätval vg se nedan. Vid årets kurs framgick tydligt att man måste vara noggrann vid selektion av patienter för TEP. Patienter med skrotala bräck lämpar sig sämre med TEP tekniken som även för de mest erfarna kan bli en ordentlig utmaning att operera. Mottot att välja bästa tekniken för varje bräck gör att det är en fördel att kunna främre nätplastikmetoden samt TEP o TAPP.

TAPP

Här visas tekniken vid TAPP <https://s3m.io/2pdar> och min personliga åsikt är att denna teknik är en utmärkt operation att starta med när man lär sig laparoskopisk bräckkirurgi. Alla vi seniora TEP operatörer startade vår karriär med TAPP. Inlärningskurvan är kortare än TEP och detta beroende på att man ser ljumskanatomin tydligare initialt när operationen startar. Det går enkelt att inspektera den kontralaterala ljumskan. En nackdel är förstås att man är inne i bukhålan och det finns alltid risk för adherenser och tarmskador men detta ser man ju även vid TEP även om det är lågfrekvent. Problematiken med hål i peritoneum slipper man med TAPP. Jag tror att totala antalet laparoskopiska ljumskbräckoperationer skulle öka om vi verkade för att sprida TAPP metoden bättre. Vissa kliniker som t.ex. Sundsvalls kir.klinik opererar i princip bara med TAPP tekniken. TEP är en svårare teknik att lära sig och det blir ofta en teknisk utmaning vid skrotala hernia även för superspecialisten.

Företagspresentationer

Medtronic <https://s3m.io/lbt7l>

Kebomed <https://s3m.io/jDiy8>

Ethicon <https://s3m.io/MR3HO>

Braun <https://s3m.io/8Aoys>

Baxter <https://s3m.io/uMG6A>

Arthrex kameraarm <https://s3m.io/RCTOA>

Nätval

	Jan Dalenbäck	Johanna	Sven Bringman	Dan Sevonius
Främre nätplastik	Bard SoftMesh 10x15 cm Versatex 10x15 om behov av kraftigare nät (storporigt polyesternät)	Bard Soft mesh 10x15 cm	Ultrapro Advanced Vid stora defekter Dynamesh Cicat	Parietene light 10x15 cm
TEP TAPP	Bard 3 D Max Light L/XL alt 3D Max L/XL (fullvikt) Dyna Mesh IPOM	Ultrapro advance 15x15 cm klipps till 12x15 cm Dynamesh IPOM	Ultrapro Advance 12x15 cm Dynamesh Cicat minst 12x15 cm	Bard 3D Max Light (XL som standard o L för mindre

Referat från Torsby Hernia Meeting 2019
Lars-Göran Larsson ÖI kir.klin Mora

	15x15 vid risk för tarmkontakt	15x15 vid risk för tarmkontakt	vid stora Symbotex 12x15 vid peritoneala rifter	pat)
--	--------------------------------	--------------------------------	---	------

Stort tack till kursarrangörerna och till all personal på Sahlströmska gården där vi var inkvarterade och njöt av omgivande natur, bastubad, mat och dryck och vi hoppas få återvända med en ny grupp om ett par år.

Vid pennan o kameran



Lars-Göran Larsson
Överläkare kir.kliniken
Mora