

# Was gibt es Neues in der Chirurgie? Jahresband 2016

Berichte zur chirurgischen Weiter- und Fortbildung

Bearbeitet von

Joachim Jähne, Alfred Königsrainer, Wolfgang Schröder, Norbert P. Südkamp

2016 2016. Buch. 384 S. Hardcover

ISBN 978 3 609 76931 8

Format (B x L): 17 x 24 cm

Gewicht: 1036 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Chirurgie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei



Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

## 2 Systematische Reviews und Metaanalysen

### 2.1 TAPP vs. TEP

In einer Metaanalyse von 10 RCTs mit insgesamt 1 047 eingeschlossenen Patienten werden die Ergebnisse der TAPP mit der TEP verglichen. In dieser Metaanalyse ergibt sich kein signifikanter Unterschied in der Rezidivrate, den Schmerzscores, der Operationszeit, der Zeit zur Rückkehr zu normalen Aktivitäten, der Krankenhausverweildauer, der Gesamtkomplikationsrate und der Kosten zwischen TEP und TAPP [5].

#### Fazit

Diese neue Metaanalyse bestätigt noch einmal die Aussage in dem Update der Guidelines der International Endohernia Society, dass die TEP und die TAPP eine vergleichbare Effizienz und vergleichbare Ergebnisse aufweisen.

### 2.2 Atraumatische vs. traumatische Netzfixierung bei endoskopischer/laparoskopischer Leistenhernienreparation

In einer Metaanalyse von 9 RCTs mit 1 454 Patienten wurden die Ergebnisse bei Netzfixierung mit biologischen oder biosynthetischen Klebern mit denen mit traumatischer Fixierung mit Tackern oder Naht bei der laparoskopischen/endoskopischen Leistenhernienchirurgie verglichen [6]. Die chronische Schmerzrate war bei der Fixierung mit Klebern geringer ( $OR\ 0.46;\ 95\ CI\ 0.22–0.93$ ) als mit einer traumatischen Fixierung. Die Operationszeit, die Rate an Seromen und Hämatomen, die Morbidität und Rezidivraten waren vergleichbar.

#### Fazit

Auch die neue Metaanalyse unterstützt die Aussagen in dem Update der Guidelines der International Endohernia Society, dass eine atraumatische Fixierung des Netzes mit Klebern bei der

endoskopischen/laparoskopischen Leistenhernienchirurgie einer traumatischen mit Tackern und Nähten vorzuziehen ist, um chronische Schmerzen zu vermeiden.

### 2.3 Ligatur und Resektion des Bruchsackes vs. Einstülpung des Bruchsackes

In einer Metaanalyse von 5 RCTs mit Patientenkollektiven von 50–467 Patienten – 4 Studien mit offener und 1 Studie mit laparoskopischer Leistenhernienreparation – wurden die Ergebnisse mit Ligatur des Bruchsackes und Resektion vs. Einstülpung des Bruchsackes miteinander verglichen [7]. Es fand sich kein Unterschied zu den Rezidivraten und der postoperativen Komplikationsrate zwischen diesen beiden Gruppen. Die Intensität des postoperativen Schmerzes war in der Gruppe mit Ligatur und Resektion des Bruchsackes signifikant höher ( $OR\ 1.46;\ CI\ 0.98–1.95$ ).

#### Fazit

Die Ligatur und Resektion des Bruchsackes bei der Leistenhernienchirurgie bietet keine Vorteile und führt zu einer höheren postoperativen Schmerzbelastung der Patienten.

### 2.4 Patientenbezogene Risikofaktoren für die Rezidiventstehung

In einem systematischen Review von 40 Beobachtungsstudien mit Einschluss von 720 651 Leistenhernienoperationen bei 714 917 Patienten wurde nach patientenbezogenen Risikofaktoren für die Rezidive nach Leistenhernienchirurgie gesucht [8]. 14 der 40 Studien waren in 8 Metaanalysen eingeschlossen, die das Geschlecht, den Hernientyp, die Herniengröße, das Re-Rezidiv, die bilaterale Hernie, stationäre oder ambulante Behandlung, das Alter und Rauchen als mögliche Einflussgrößen untersucht haben. Es zeigt sich, dass das weibliche Geschlecht, die direkte bzw. mediale Hernie, die Rezidivhernie und das Rauchen signifikante

## 1.1 Leistenhernienchirurgie

Risikofaktoren für die Entstehung eines Rezidivs darstellen.

### Fazit

Das Risiko für ein Rezidiv nach primärer Leistenhernienoperation ist bei Frauen, bei direkter bzw. medialer Leistenhernie und bei Rauchern erhöht. Das Risiko für ein Re-Rezidiv ist nach Reparation einer Rezidiv-Leistenhernie erhöht.

## 2.5 Vergleich der laparoskopischen/endoskopischen vs. Lichtenstein-Operation bei der Rezidiv-Leistenhernie

Insgesamt 647 Patienten mit 333 TAPP- oder TEP-Operationen wurden mit 314 Lichtenstein-Operationen bei Rezidiv-Leistenhernien verglichen [9]. Dabei zeigten die mit TAPP und TEP operierten Patienten signifikant weniger chronischen Schmerz nach der Operation (9,2 % TAPP, TEP vs. 21,5 % Lichtenstein;  $p = 0,003$ ). Patienten der TAPP- bzw. TEP-Gruppe wiesen eine signifikant frühere Rückkehr zu normaler Aktivität auf (13,9 Tage TAPP, TEP vs. 18,4 Tage Lichtenstein;  $p < 0,000001$ ). Die Operationszeit war mit 62,9 Minuten für die TAPP und TEP signifikant länger als bei der Lichtenstein-Operation mit 54,2 Minuten ( $p = 0,04$ ).

### Fazit

Bei Leistenhernienrezidiven zeigt die Reparation in TAPP- und TEP-Technik im Vergleich zur Lichtenstein-Operation eine signifikant geringere chronische Schmerzrate und frühere Rückkehr zu normaler Aktivität. Die Operationszeit der TAPP und TEP ist im Schnitt um 8 Minuten länger als die der Lichtenstein-Operation.

## 2.6 Biologisches Netz für die Leistenhernien-Reparation

In 7 RCTs mit 748 eingeschlossenen Patienten mit offener Leistenhernienchirurgie mit biologischen vs. synthetischen Netzen fand sich kein

Unterschied in der Rezidivrate [10], aber Vorteile zugunsten der biologischen Netze bei den postoperativen Schmerzen. Die biologischen Netze zeigten dagegen einen Trend zu mehr Seromen.

### Fazit

Biologische Netze stellen eine Alternative zur Leistenhernienreparation bei potentiell kontaminiertem oder kontaminiertem Operationsgebiet dar.

## 3 Randomisierte kontrollierte Studien

### 3.1 Netzfixierung bei der Lichtenstein-Operation mit Naht vs. Kleber vs. Selbstfixation

In einer großen prospektiv randomisierten Studie mit 625 Patienten aus 8 finnischen Kliniken wurden verschiedene Netzfixierungstechniken bei der Lichtenstein-Operation miteinander verglichen [11]. Dabei wurde das Netz bei 216 Patienten mit Histoacryl, bei 207 Patienten per Naht mit Prolene und bei 202 Patienten durch die selbstfixierenden Häkchen des Netzes fixiert. Dabei waren der Typ und die Größe der Hernie in allen 3 Gruppen vergleichbar. Die Operationsdauer war mit  $34 \pm 13$  Minuten in der Kleber-Gruppe, mit  $32 \pm 9$  Minuten in der Gruppe mit dem selbstklebenden Netz und mit  $38 \pm 9$  Minuten in der Nahtgruppe signifikant unterschiedlich ( $p < 0,001$ ). Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den 3 Gruppen im postoperativen Schmerz und dem Schmerzmittelbedarf.

### Fazit

In dieser großen RCT kann der Nachweis einer geringeren postoperativen Schmerzelastung durch Fixierung des Netzes mit Kleber bzw. selbstklebenden Häkchen im Vergleich zur Nahtfixierung nicht geführt werden. Somit kann bei der Lichtenstein-Operation auch weiterhin eine Nahtfixierung des Netzes vorgenommen werden.