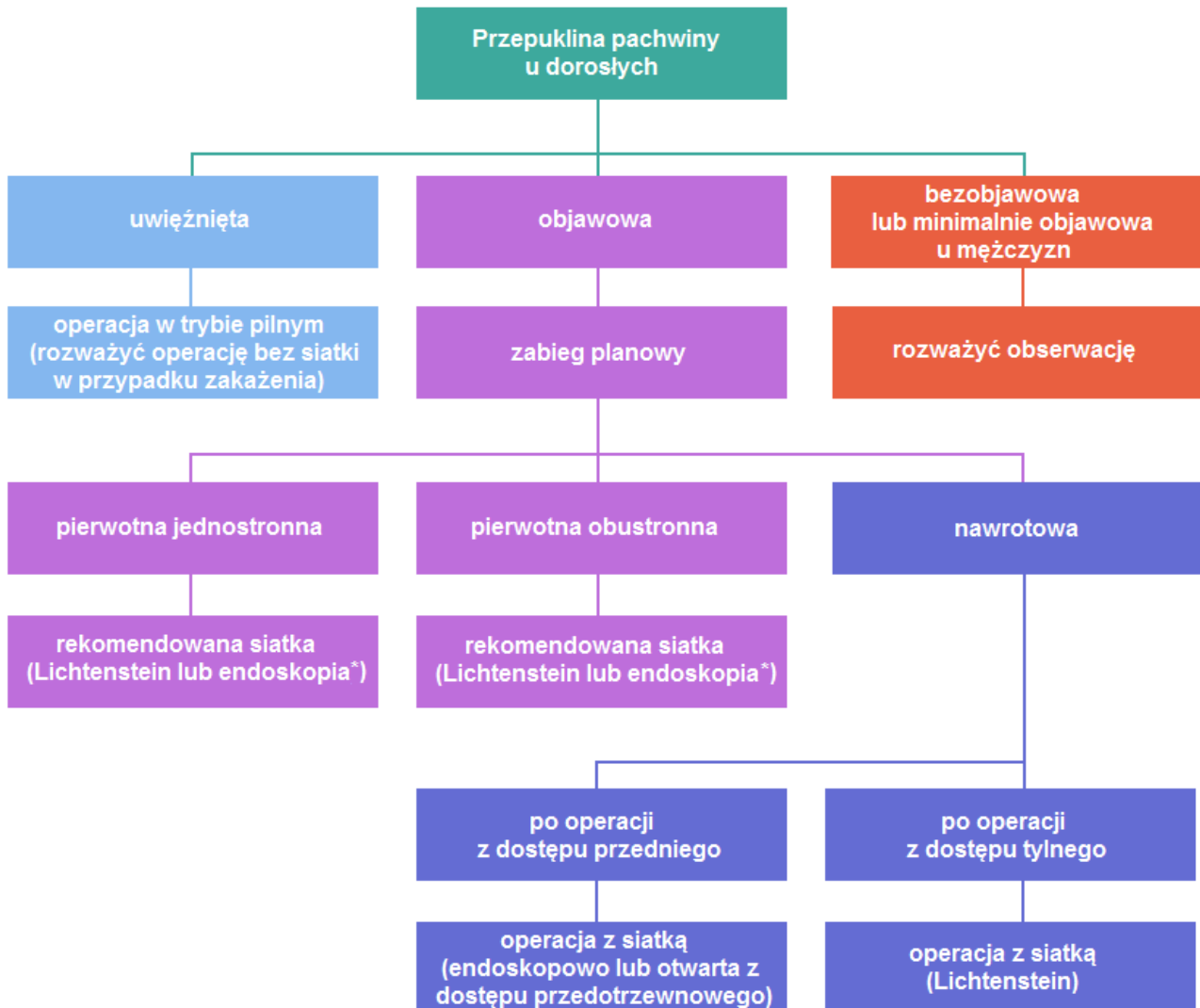


ALGORYTM LECZENIA PRZEPUKLIN PACHWINY



* preferowany TEP wobec TAPP w przypadku posiadanego doświadczenia

* * *

WSKAZANIA DO LECZENIA

Wnioski:

Obserwacja (watchful waiting) jest akceptowalną opcją dla mężczyzn z bezobjawową lub minimalnie objawową przepukliną pachwiny. [Poziom 1B]

Przepuklina uwięźnięta (z objawami uwięźnięcia i/lub niedrożnością) powinna być operowana w trybie pilnym. [Poziom 4]

Zalecenia:

Rekomenduje się u mężczyzn z bezobjawową lub minimalnie objawową przepukliną pachwiny możliwość zastosowania obserwacji, jako strategii postępowania. [Stopień A]

Rekomenduje się operowanie uwięźniętych przepuklin pachwiny w trybie pilnym. [Stopień D]

Rekomenduje się leczenie operacyjne objawowych przepuklin pachwiny. [Stopień D]

* * *

LECZENIE PRZEPUKLIN PACHWINY

Wnioski:

Techniki operacyjne z użyciem siatki powodują niższy odsetek nawrotów niż techniki bez użycia siatki. [Poziom 1A]

Technika Shouldice'a jest najlepsza spośród technik bez użycia siatki. [Poziom 1A]

Endoskopowe techniki leczenia przepuklin skutkują niższym odsetkiem powikłań infekcyjnych rany pooperacyjnej, krwinków, bólu przewlekłego i szybszym powrotem do normalnej aktywności i pracy zawodowej niż technika Lichtensteina. [Poziom 1A]

Endoskopowe techniki leczenia przepuklin skutkują dłuższym czasem operacji i wyższym ryzykiem powstania surowiczaków niż technika Lichtensteina. [Poziom 1A]

Operacja z użyciem siatki zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia bólu przewlekłego. Techniki endoskopowe zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia bólu przewlekłego i niedoczulicy pachwiny w porównaniu z techniką Lichtensteina. W długim czasie obserwacji (ponad 4 lata) różnice te zanikają. [Poziom 1B]

W przypadku przepuklin nawrotowych po tradycyjnych operacjach otwartych techniki endoskopowe charakteryzują się mniejszym odsetkiem bólu i wcześniejszym powrotem do zdrowia niż w przypadku techniki Lichtensteina. [Poziom 1B]

Użycie siatki o zredukowanej masie skutkuje zmniejszeniem pooperacyjnego dyskomfortu i poczucia ciała obcego oraz poprawą samopoczucia w okresie pooperacyjnym, jednak może być związane z wyższym ryzykiem nawrotu przepukliny. [Poziom 1B]

Z perspektywy szpitala otwarta operacja z siatką w przypadku pierwotnej jednostronnej przepukliny jest najbardziej kosztowo-efektywna. Z perspektywy socjo-ekonomicznej procedury endoskopowe są prawdopodobnie najbardziej kosztowo-efektywne zwłaszcza dla chorych aktywnych zawodowo i z przepukliną obustronną. Analiza koszt-zysk uwzględniająca jakość życia chorego (QALY's) wskazuje techniki endoskopowe jako preferowane z uwagi na zmniejszenie odczucia bólu przewlekłego i uczucia drętwienia pachwiny. [Poziom 1B]

Wśród technik endoskopowych TAPP łączy się z wyższym ryzykiem powstania przepuklin w miejscu po trokarach i uszkodzeń trzewi niż TEP, jednak więcej konwersji występuje w grupie chorych operowanych z użyciem techniki TEP. [Poziom 2A]

Endoskopowe techniki operacyjne charakteryzują się długą krzywą uczenia i potencjalnie możliwością wystąpienia rzadkich lecz ciężkich powikłań. [Poziom 2B]

Otwarte techniki: PHS, Kugel patch, plug and patch (mesh-plug) i Hertra mesh (Trabucco), w krótkim okresie obserwacji dają wyniki podobne jak w metodzie Lichtensteina. [Poziom 2B]

Młodzi mężczyźni (18-30 lat) obarczeni są co najmniej 5% ryzykiem nawrotu w okresie ponad 5 lat jeśli zastosowano naprawę przepukliny bez użycia siatki. [Poziom 2B]

Endoskopowe zabiegi z użyciem małej siatki ($\leq 8 \times 12 \text{cm}$) skutkują wyższym odsetkiem nawrotowości niż technika Lichtensteina. [Poziom 2C]

Kobiety obarczone są wyższym ryzykiem nawrotu niż mężczyźni i nieproporcjonalnie wyższym odsetkiem nawrotów w kanale udowym. [Poziom 2C]

Krzywa uczenia dla zabiegów endoskopowych (zwłaszcza TEP) jest dłuższa niż dla operacji Lichtensteina i wynosi od 50 do 100 operacji, dla których pierwsze 30 – 50 jest najbardziej krytyczne. [Poziom 2C]

Ryzyko poważnych komplikacji jest wysokie w krzywej uczenia metod laparoskopowych i może być minimalizowane poprzez właściwy dobór pacjentów i metod nauczania. [Poziom 2C]

Nie stwierdzono negatywnego wpływu na wynik leczenia operacji wykonywanej przez rezydenta w porównaniu do specjalisty. [Poziom 2C]

Specjalistyczne centra leczenia przepuklin osiągają lepsze wyniki leczenia zwłaszcza w metodach endoskopowych. [Poziom 2C]

Wszystkie techniki (zwłaszcza laparoskopowe) posiadają krzywą uczenia która jest niedoszacowana. [Poziom 4]

Dla dużych przepuklin mosznowych, po dużych zabiegach brzusznych (dolnej części brzucha) i gdy nie jest możliwe zastosowanie znieczulenia ogólnego preferowana jest technika Lichtensteina. [Poziom 4]

Dla przepuklin nawrotowych techniki endoskopowe po naprawie otwartej (i vice versa) posiadają przewagę w przypadku planowego wszczępienia kolejnego implantu. [Poziom 4]

Naprawa sposobem Stopy jest w dalszym ciągu rekomendowana do operacji złożonych przepuklin. [Poziom 4]

Zalecenia:

Wszyscy dorośli mężczyźni (>30 lat) z objawową przepukliną powinni być operowani z użyciem siatki. [Stopień A]

W przypadku rozważania techniki bez siatki należy użyć techniki Shouldice'a. [Stopień A]

Technika Lichtensteina i techniki endoskopowe są rekomendowane jako najlepiej potwierdzone naukowo metody zaopatrzenia przepukliny pod warunkiem, że chirurg posiada odpowiednie doświadczenie w wybranej metodzie. [Stopień A]

W naprawie przepukliny nawrotowej po operacji otwartej rekomendowane jest użycie technik endoskopowych. [Stopień A]

Jeśli rozpatrywany jest tylko ból przewlekły zabiegi endoskopowe są lepsze od zabiegów otwartych. [Stopień A]

W beznapięciowej naprawie przepuklin pachwiny powinno się stosować płaskie niewchłaniające siatki syntetyczne lub siatki kompozytowe z elementem niewchłaniającym. [Stopień A]

Powinno się rozważyć użycie siatki lekkiej i makroporowej z uwagi na redukcję pooperacyjnego dyskomfortu, poczucia ciała obcego i lepsze samopoczucie chorego jednak również z uwagi na potencjalne koszty leczenia nawrotu (w przypadku niewłaściwego mocowania lub zbyt małego marginesu). [Stopień A]

Użycie technik laparoskopowych jest rekomendowane w przypadkach gdy szybki powrót do pełnej aktywności jest szczególnie istotny. [Stopień A]

Rekomendowane jest, z perspektywy szpitala, stosowanie zabiegów otwartych w leczeniu przepuklin pachwiny. [Stopień A]

Z perspektywy socjo-ekonomicznej proponuje się używanie procedur endoskopowych u populacji aktywnej zawodowo zwłaszcza w przypadku przepuklin obustronnych. [Stopień A]

Inne niż Lichtenstein otwarte techniki (Kugel, PHS, Trabucco, Plug and Patch) mogą być rozważane, jako alternatywne w leczeniu przepuklin pachwiny (z uwzględnieniem, że jedynie wyniki obserwacji w krótkim okresie są opisane w pracach naukowych). [Stopień B]

Rekomenduje się używanie techniki TEP do endoskopowych napraw przepukliny. [Stopień B]

Rekomenduje się użycie siatki do naprawy przepukliny u młodych mężczyzn (18-30 lat) niezależnie od typu stwierdzonej przepukliny. [Stopień B]

Nauczanie metod endoskopowych powinno obejmować młodszych rezydentów z uwzględnieniem właściwej opieki eksperta. [Stopień C]

Rekomenduje się użycie techniki Lichtensteina dla dużych przepuklin mosznowych, po dużych zabiegach brzusznych (dolnej części brzucha) i gdy nie jest możliwe zastosowanie znieczulenia ogólnego. [Stopień D]

W przypadku zabiegu endoskopowego rekomendowane jest użycie siatki o wymiarach 10x15 cm. [Stopień D]

w przypadku powstania nawrotu rekomendowane jest zastosowanie techniki z dostępu przedniego po zabiegach z dostępu tylnego. [Stopień D]

Dostęp endoskopowy powinien być rozważony we wszystkich przypadkach naprawy przepukliny u kobiet. [Stopień D]

U kobiet występowanie przepukliny pachwinowej powinno być wykluczone w przypadku każdej przepukliny pachwiny (tj. w różnicowaniu przepukliny pachwinowej i udowej). [Stopień D]

Wszyscy chirurdzy ze specjalizacją z chirurgii ogólnej powinni posiadać dokładną wiedzę na temat anatomii okolicy pachwiny z uwzględnieniem przestrzeni przedotrzewnowej. [Stopień D]

Kompleksowa chirurgia przepuklin (kolejny nawrót, ból przewlekły, infekcja siatki) powinna być wykonywana przez doświadczonego herniologa. [Stopień D]

* * *

PRZEPUKLINY PACHWINY U KOBIET

Wnioski:

Kobiety obarczone są wyższym ryzykiem nawrotu po operacji przepukliny niż mężczyźni z uwagi na częstsze występowanie nawrotu w kanale udowym (przepuklina udowa). Prowadzi to do nieproporcjonalnie wyższego odsetku nawrotów udowych. [Poziom 2C]

Zalecenia:

U kobiet występowanie przepukliny pachwinowej powinno być wykluczone w przypadku każdej przepukliny pachwiny (tj. w różnicowaniu przepukliny pachwinowej i udowej). [Stopień D]

Dostęp endoskopowy powinien być rozważany w naprawie przepukliny pachwiny u kobiet. [Stopień D]

SKOŚNA PRZEPUKLINA PACHWINOWA U MŁODYCH MĘŻCZYŹN (18-30 LAT)

Wnioski:

Młodzi mężczyźni (18-30 lat) obarczeni są co najmniej 5% ryzykiem nawrotu w okresie ponad 5 lat jeśli zastosowano naprawę przepukliny bez użycia siatki. [Poziom 2B]

Zalecenia:

Rekomenduje się użycie siatki do naprawy przepukliny u młodych mężczyzn (18-30 lat) niezależnie od typu stwierdzonej przepukliny. [Stopień B]

* * *

DIAGNOSTYKA**Wnioski:**

W przypadku ewidentnej przepukliny pachwiny badanie kliniczne jest wystarczające. [Poziom 2C]

Rozróżnienie przepukliny prostej i skośnej jest niepotrzebne. Jedynie przypadki uporczywego bólu lub wątpliwych zgrubień wymagają dalszej diagnostyki. [Poziom 2C]

W codziennej praktyce czułość i specyficzność USG w diagnostyce przepukliny są niskie. [Poziom 2C]

Badanie KT ma ograniczone zastosowanie w diagnostyce przepukliny pachwiny. [Poziom 2C]

MRI posiada specyficzność i czułość wyższą niż 94% w wykrywaniu patologii mięśniowo-ścięgnowej. [Poziom 2C]

Herniografia jest wysoko czułym badaniem obarczonym niskim odsetkiem powikłań. Nie pozwala jednak na wykrycie tłuszczaków powrózka nasiennego. [Poziom 2C]

Zalecenia:

Rekomenduje się wykonywanie diagnostyki pachwiny jedynie u pacjentów z uporczywym bólem.

Przebieg diagnostyki w tych przypadkach obejmuje:

- USG (w przypadku posiadanego doświadczenia)
- Jeśli USG daje wynik negatywny → MRI (z próbą Valsalvy)
- Jeśli MRI daje wynik negatywny → rozważyć herniografię. [Stopień C]

* * *

CZYNNIKI RYZYKA I ZAPOBIEGANIE PRZEPUKLINOM**Wnioski:**

Palenie, wywiad rodzinny, przetrwały wyrostek pochwowy, kolagenozy, tętniak aorty, stan po appendektomii i prostatektomii, wodobrzusze, dializa otrzewnowa, długotrwała ciężka praca fizyczna, POChP są czynnikami ryzyka powstania przepukliny. Nie wykazano wpływu dźwigania (ciężkich przedmiotów), zaparć i przerostu prostaty na ryzyko powstania przepukliny. [Poziom 3]

Zalecenia:

Jedynie zaprzestanie palenia tytoniu jest uzasadnioną poradą w prewencji rozwoju przepukliny pachwiny. [Stopień C]

* * *

PROFILAKTYKA ANTYBIOTYKOWA

Wnioski:

W tradycyjnej naprawie przepukliny (bez siatki) stosowanie profilaktyki antybiotykowej nie zmniejsza statystycznie odsetka infekcji rany pooperacyjnej. NNT 68. [Poziom 1A]

W otwartej naprawie przepukliny u chorych niskiego ryzyka stosowanie profilaktyki antybiotykowej nie zmniejsza statystycznie odsetka infekcji rany pooperacyjnej. NNT 80. Dla infekcji głębokich NNT 352. [Poziom 1B]

W zabiegach endoskopowych stosowanie profilaktyki antybiotykowej nie zmniejsza statystycznie odsetka infekcji rany pooperacyjnej. NNT ∞. [Poziom 2B]

Zalecenia:

W warunkach szpitali o niskim stopniu powikłań infekcyjnych (<5%) nie ma wskazań do rutynowego używania antybiotyków w profilaktyce w przypadku planowych zabiegów naprawy przepuklin u chorych niskiego ryzyka. [Stopień A]

W zabiegach endoskopowych profilaktyka antybiotykowa jest prawdopodobnie niewskazana. [Stopień B]

W przypadku czynników ryzyka zakażenia związanych z chorym (nawrót, podeszły wiek, immunosupresja) lub zabiegiem (długi czas operacji, drenaż) używanie antybiotyków w profilaktyce powinno być rozważone. [Stopień C]

* * *

ZNIECZULENIE

Wnioski:

Otwarte zabiegi na przepuklinach mogą być wykonywane w znieczuleniu miejscowym. [Poziom 1B]

Brak jest udokumentowanej przewagi znieczulenia regionalnego nad znieczuleniem miejscowym, jednak zwiększa ono ilość zatrzymań moczu. [Poziom 1B]

Zalecenia:

Rekomenduje się stosowanie znieczulenia miejscowego we wszystkich przypadkach operacji pierwotnej, odprowadzanej przepukliny u dorosłych. [Stopień A]

Używanie znieczulenia rdzeniowego powinno być zaniechane. [Stopień B]

Znieczulenie ogólne (lekami krótko działającymi) łączone z nasiękowym stanowi wartościową alternatywę dla znieczulenia miejscowego. [Stopień B]

* * *

CHIRURGIA JEDNEGO DNIA

Wnioski:

Leczenie przepukliny pachwiny w trybie jednego dnia jest tak samo bezpieczne i efektywne jak leczenie w warunkach hospitalizacji jednak bardziej efektywne kosztowo. [Poziom 2B]

Leczenie przepuklin może być wykonywane w trybie jednego dnia niezależnie od użytej techniki. [Poziom 3]

Wybrani chorzy w podeszłym wieku i chorzy ASA III/IV mogą również być operowani w trybie jednego dnia. [Poziom 3]

Zalecenia:

Operacja w trybie jednego dnia powinna być rozważona w przypadku każdego pacjenta. [Stopień B]

* * *

OPIEKA POOPERACYJNA**Wnioski:**

Zalecanie chorym czasowego zaniechania podnoszenia, aktywności sportowej i pracy nie jest konieczne. Prawdopodobnie zaniechanie podnoszenia ciężkich przedmiotów w okresie 2-3 tygodni jest wystarczające. [Poziom 3]

Zalecenia:

Rekomenduje się nie ograniczanie aktywności chorych po plastyce przepukliny i pozostawienie im decyzji: “robienia tego co uważają, że są w stanie robić” Zaniechanie podnoszenia ciężkich przedmiotów w okresie 2-3 tygodni jest wystarczające. [Stopień C]

* * *

OKRES POWROTU DO ZDROWIA**Wnioski:**

Zabiegi endoskopowe skracają okres powrotu do zdrowia w porównaniu do operacji otwartych. [Poziom 1A]

Zalecenia:

Rekomenduje się użycie technik laparoskopowych w przypadkach gdzie szybki powrót do pełnej aktywności jest szczególnie istotny. [Stopień A]

* * *

KONTROLOWANIE BÓLU POOPERACYJNEGO**Wnioski:**

Ostrzyknięcie rany operacyjnej długo działającym analgetykiem skutkuje zmniejszeniem dolegliwości bólowych w okresie pooperacyjnym. [Poziom 1B]

Zalecenia:

Rekomenduje się ostrzyknięcie rany operacyjnej długo działającym analgetykiem co pozwala na lepsze kontrolowanie bólu pooperacyjnego i zmniejszenie zużycia analgetyków. [Stopień A]

* * *

BÓL PRZEWLEKŁY**Wnioski:**

Ryzyko wystąpienia bólu przewlekłego w zabiegach z użyciem siatki jest niższe niż bez użycia siatki. [Poziom 1B]

Ryzyko wystąpienia bólu przewlekłego w zabiegach endoskopowych jest niższe niż po zabiegach otwartych. [Poziom 1B]

Użycie siatek lekkich wydaje się redukować dyskomfort w pachwinie w długofalowej obserwacji po zabiegach naprawczych przepuklin. [Poziom 1B]

Częstość występowania bólu przewlekłego po zabiegu hernioplastyki wynosi 10-12%. [Poziom 2A]

Ryzyko wystąpienia bólu przewlekłego zmniejsza się z wiekiem chorego. [Poziom 2A]

Profilaktyczna resekcja nerwów okolicy pachwiny nie zmniejsza ryzyka występowania bólu przewlekłego. [Poziom 2A]

Ból pooperacyjny zwiększa ryzyko powstania bólu przewlekłego po operacji przepukliny. [Poziom 2B]

Przewlekły ból przed zabiegiem koreluje z występowaniem przewlekłego bólu po zabiegu operacyjnym. [Poziom 2B]

Silny ostry ból po zabiegu operacyjnym koreluje z występowaniem bólu przewlekłego. [Poziom 2B]

Kobiety wykazują zwiększone ryzyko powstania bólu przewlekłego po operacji przepukliny. [Poziom 2B]

Identyfikacja wszystkich nerwów podczas zabiegu otwartego zmniejsza możliwość ich uszkodzenia i wystąpienia bólu przewlekłego. [Poziom 2B]

Wielodyscyplinarne podejście jest właściwą opcją w leczeniu bólu przewlekłego. [Poziom 3]

Leczenie chirurgiczne wybranych przypadków może być korzystne dla chorych w przypadkach: resekcji uchwyconych nerwów, usunięcia siatki jako przyczyny bólu lub usunięcia szwów lub zszywek staplera w zabiegach laparoskopowych. [Poziom 3]

Zalecenia:

Jeśli rozważyć tylko ból pooperacyjny siatka lekka o dużych okach (>1000m) powinna być użyta z wyboru dla zmniejszenia . [Stopień A]

Jeśli rozważyć ból przewlekły metody endoskopowe (w przypadku dostępności doświadczonego zespołu) są lepsze od metod otwartych. [Stopień A]

Rekomenduje się rozważenie problemu bólu przewlekłego przy wyborze metody operacyjnej w naprawie przepuklin. [Stopień B]

Rekomenduje się identyfikację wszystkich trzech nerwów podczas zabiegów otwartych. [Stopień B]

Rekomendowane jest zaoferowanie chorym z rozpoznaną przepukliną udową wczesnego (przyspieszonego) zabiegu planowego nawet w przypadku niewielkich rozmiarów lub braku objawów. [Stopień B]

Rekomendowane jest wielodyscyplinarne podejście w leczeniu bólu przewlekłego. [Stopień C]

Rekomenduje się ograniczenie rutynowego leczenia chirurgicznego bólu przewlekłego z powodu braku dowodów skuteczności i przebiegu dla poszczególnych sposobów leczenia chirurgicznego. [Stopień C]

Rekomenduje się zwiększanie wysiłków i poprawę wczesnej diagnostyki i leczenia przepuklin uwięźniętych i nieodprowadzalnych. [Stopień D]

* * *

POWIKŁANIA

Zalecenia:

W przypadkach operacji otwartych rekomenduje się aspirowanie krwiaków w sytuacji wzmożonego napięcia skóry. [Stopień B]

Używanie drenów jest rekomendowane jedynie w wybranych przypadkach (duża utrata krwi, koagulopatie). [Stopień B]

Rekomenduje się nieaspirowanie surowiczaków. [Stopień C]

Rekomenduje się aby pacjent opróżnił pęcherz moczowy przed planowym zabiegiem zarówno otwartym jak i laparoskopowym. [Stopień D]

Rekomenduje się aby otrzewna była otwierana jedynie w koniecznych przypadkach ze zwróceniem uwagi na możliwość wgłębienia pęcherza moczowego. [Stopień D]

Rekomenduje się w przypadku dużego worka przepuklinowego aby odciętą dystalną część worka pozostawić nie zaopatrzoną aby uniknąć zwiększonego ryzyka zaniku jądra. Należy unikać uszkodzenia struktur powrózka nasiennego. [Stopień D]

Rekomenduje się aby chorzy po otwartych zabiegach w dolnej części jamy brzusznej i po wcześniejszej radioterapii w obrębie miednicy nie byli operowani sposobem endoskopowym. [Stopień D]

Z uwagi na możliwość powstania zrostów pooperacyjnych i niedrożności jelit rekomenduje się używanie techniki TEP do endoskopowego zaopatrzenia przepukliny. [Stopień D]

Rekomenduje się aby zamykać otwory po trokarach 10 mm i większych. [Stopień D]

Rekomenduje się wprowadzanie pierwszego trokaru w zabiegach endoskopowych techniką otwartą. [Stopień D]

* * *

BIOMATERIAŁY

Wnioski:

Użycie siatki syntetycznej znacząco zmniejsza ryzyko powstania nawrotu przepukliny niezależnie od sposobu jej implantacji. [Poziom 1A]

Siatki lekkie posiadają zalety w stosunku do siatek ciężkich z uwagi na redukcję pooperacyjnego dyskomfortu, poczucia ciała obcego i lepsze samopoczucie chorego jednak potencjalnie mogą zwiększać ryzyko nawrotu (z uwagi na niewłaściwe mocowanie lub/i margines). [Poziom 1B]

Zalecenia:

W beznapięciowej naprawie przepuklin pachwiny powinno się stosować płaskie niewchłaniające siatki syntetyczne lub siatki kompozytowe z elementem niewchłaniającym. [Stopień A]

Powinno się rozważyć użycie siatki lekkiej i makroporowej z uwagi na redukcję pooperacyjnego dyskomfortu, poczucia ciała obcego i lepsze samopoczucie chorego jednak również z uwagi na potencjalne koszty leczenia nawrotu (w przypadku niewłaściwego mocowania). [Stopień A]

* * *

SZKOLENIE

Wnioski:

Krzywa uczenia dla zabiegów endoskopowych (zwłaszcza TEP) jest dłuższa niż dla operacji Lichtensteina i wynosi od 50 do 100 operacji, dla których pierwsze 30 – 50 jest najbardziej krytyczne. [Poziom 2C]

Właściwy dobór chorych i sposobu uczenia minimalizuje ryzyko wystąpienia rzadkich powikłań w krzywej uczenia. [Poziom 2C]

Nie stwierdzono negatywnego wpływu na wynik leczenia operacji wykonywanej przez rezydenta w porównaniu do specjalisty. [Poziom 2C]

Specjalistyczne centra leczenia przepuklin osiągają lepsze wyniki leczenia zwłaszcza dla metod endoskopowych. [Poziom 2C]

Zalecenia:

Nauczanie metod endoskopowych powinno obejmować młodszych rezydentów z uwzględnieniem właściwej opieki eksperta. [Stopień C]

Wszyscy chirurdzy ze specjalizacją z chirurgii ogólnej powinni posiadać dokładną wiedzę na temat anatomii okolicy pachwiny z uwzględnieniem przestrzeni przedotrzewnowej. [Stopień D]

Kompleksowa chirurgia przepuklin (kolejny nawrót, ból przewlekły, infekcja siatki) powinna być wykonywana przez doświadczonego herniologa. [Stopień D]

* * *

KOSZTY**Wnioski:**

Z perspektywy szpitala otwarta operacja z siatką w przypadku pierwotnej jednostronnej przepukliny jest najbardziej kosztowo-efektywna. Z perspektywy socjo-ekonomicznej procedury endoskopowe są prawdopodobnie najbardziej kosztowo-efektywne zwłaszcza dla chorych aktywnych zawodowo i z przepukliną obustronną. Analiza koszt-zysk uwzględniająca jakość życia chorego (QALY's) wskazuje techniki endoskopowe jako preferowane z uwagi na zmniejszenie odczucia bólu przewlekłego i uczucia drętwienia pachwiny. [Poziom 1B]

Zalecenia:

Rekomendowane jest, z perspektywy szpitala, stosowanie zabiegów otwartych w leczeniu przepuklin pachwiny. [Stopień B]

Z perspektywy socjo-ekonomicznej proponuje się używanie procedur endoskopowych u populacji aktywnej zawodowo zwłaszcza w przypadku przepuklin obustronnych. [Stopień B]

* * *

INFORMACJE O REKOMENDACJACH**Leczenie przepuklin pachwiny u dorosłych - Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego**

European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Simons MP, Aufencker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, de Lange D, Fortelny R, Heikkinen T, Kingsnorth A, Kukleta J, Morales Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smietanski M, Weber, Miserez M. *Hernia*. 2009; 13(4): 343-403

Grupa robocza (autorzy):

Rene Fortelny (Austria), Marc Miserez (Belgia), Morten Bay Nielsen (Dania), Timo Heikkinen (Finlandia), Jean-Luc Bouillot (Francja), Joachim Conze (Niemcy), Georg Weber (Węgry), Giampiero Campanelli (Włochy), Theo Aufenacker (Holandia), Maarten Simons (Holandia), Diederik de Lange (Holandia), Maciej Smietanski (Polska), Sam Smedberg (Szwecja), Par Nordin (Szwecja), Jan Kukleta (Szwajcaria), Andrew Kingsnorth (Wielka Brytania)

Redakcja, opracowanie i tłumaczenie Maciej Śmietański, Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy w Pucku

Oxford center for evidence based medicine

Poziomy dowodu naukowego

- 1A Przegląd systematyczny (metaanaliza) badań RCT z wynikami z indywidualnych (homogenicznych) badań.
- 1B RCT dobrej jakości.
- 2A Przegląd systematyczny badań kohortowych lub CCS (case-control studies) z wynikami z indywidualnych (homogenicznych) badań.
- 2B RCT gorszej jakości lub badania kohortowe lub CCS.
- 2C Badania opisowe lub podsumowania wyników.
- 3 Badania kohortowe lub CCS o niskiej jakości.
- 4 Opinia eksperta lub ogólnie akceptowane postępowanie.

Stopnie rekomendacji

- A Uzasadnione przez przeglądy systematyczne i/lub co najmniej 2 RCT dobrej jakości [Poziom dowodu naukowego 1A, 1B]
- B Uzasadnione przez wysokiej jakości badania kohortowe lub CCS [Poziom dowodu naukowego 2A, 2B]
- C Uzasadnione przez badania kohortowe lub CCS o niskiej jakości i/lub inne wyniki badań [Poziom dowodu naukowego 2C, 3]
- D Opinie ekspertów lub komitetów konsensusowych

Znaczenie prawne wytycznych.

Wytyczne nie są wymaganiem prawnym, lecz opartymi na faktach naukowych spostrzeżeniami i rekomendacjami dla wprowadzenia wysokiej jakości opieki lekarskiej. Istotne jest aby zauważyć, że występują w nich różne „poziomy wniosków naukowych”, od najwyższych (1A), które zostały udokumentowane w przeglądach systematycznych prac naukowych, i najniższe (4), które są oparte jedynie na opinii ekspertów. Skutkuje to różnymi “stopniami rekomendacji”. Jeśli rekomendacje zostaną wprowadzone dla “zwykłego pacjenta” lekarze chirurdzy mogą w koniecznych przypadkach zastosować terapię odmienną od rekomendacji i opartą o ich profesjonalną opinię. Istotnie może być to konieczne w sytuacji, kiedy wymaga tego stan danego chorego.

Jeśli wytyczne nie są respektowane powinno to zostać uzasadnione i udokumentowane.

* * *

KOMENTARZ I REKOMENDACJE POLSKIEJ GRUPY ROBOCZEJ DS. REKOMENDACJI**Komitet naukowy:**

Dr med. Maciej Śmietański, Puck – koordynator prac Grupy

Dr med. Andrzej Chrościcki – Lublin

Prof. Stanisław Dąbrowiecki – Bydgoszcz

Dr med. Jerzy Fridiger – Kraków

Dr hab. med. Andrzej Matyja – Kraków

Dr med. Maciej Michalik - Wejherowo

Dr med. Kryspin Mitura - Siedlce

Dr med. Rafał Solecki – Kraków

Dr med. Piotr Trojanowski – Warszawa

Prof. Tadeusz Wróblewski - Warszawa

W poszukiwaniu publikacji zawierających słowa kluczowe: przepuklina pachwiny, przepuklina pachwinowa dokonano analizy bazy danych SOWA za lata 1990-2008.

Wnioski:

Modyfikacja techniki operacyjnej przy zastosowaniu siatki lekkiej nie powoduje znamienego wzrostu ryzyka nawrotu przepukliny. [Poziom 1B]

W warunkach szpitali polskich stosowanie profilaktyki antybiotykowej zmniejsza ryzyko infekcji rany operacyjnej w otwartych plastykach przepuklin. [Poziom 3]

Metoda Valentiego wykazuje podobną skuteczność w leczeniu przepuklin pachwiny co metoda Lichtensteina z zastrzeżeniem krótkiego okresu obserwacji i małej liczebności badanych grup. [Poziom 3]

Metoda Desardy wykazuje podobną skuteczność w leczeniu przepuklin pachwiny co metoda Lichtensteina u chorych z zachowanym rozciągniętym mięśniem skośnego brzucha z zastrzeżeniem krótkiego okresu obserwacji i małej liczebności badanych grup. [Poziom 3]

Rozpowszechnienie metod endoskopowych w Polsce jest niewielkie z uwagi głównie na brak refundacji procedury ze strony NFZ, ale także wystarczającej ilości ośrodków mogących prowadzić szkolenia w tym zakresie. [Poziom 4]

Wyniki prac opublikowanych w piśmiennictwie polskim nie zmieniają zaleceń opublikowanych w wytycznych EHS. [Poziom 4]

Zalecenia:

Zastosowanie siatki lekkiej powinno być rozważone w każdym przypadku pierwotnej plastyki pachwiny. [Stopień A]

Użycie profilaktyki antybiotykowej powinno być rozważone w warunkach oddziałów ogólnochirurgicznych w Polsce. [Stopień C]

Inne niż Lichtenstein otwarte techniki (Valenti, Desarda) mogą być rozważane jako alternatywne w leczeniu przepuklin pachwiny (z uwzględnieniem, że jedynie wyniki obserwacji w krótkim okresie są opisane w pracach naukowych i/lub dla wybranych grup chorych). [Stopień C]

Rekomenduje się stosowanie wytycznych EHS w Polsce. [Stopień D]

Z uwagi na niewielką ilość ośrodków stosujących leczenie endoskopowe należy pomimo rekomendacji stosować te metody wyłącznie w przypadku dostępności doświadczonego zespołu operacyjnego. [Stopień D]

Rolą Towarzystw Naukowych i Zespołu Konsultantów jest tworzenie warunków dla szkolenia i rozwoju metod endoskopowych w Polsce. [Stopień D]

Komentarz:

Plastyki przepuklin pachwiny w Polsce są najczęściej wykonywanym planowym zabiegiem chirurgii ogólnej a ich szacunkowa liczba wynosi ponad 60 000 rocznie. Wg danych NFZ jedynie niecałe 60% tych operacji wykonywanych jest z użyciem siatki.

W ostatnich 20 latach w Polsce opublikowano również ponad 300 prac, rozpraw doktorskich i komunikatów zjazdowych dotyczących przepuklin pachwiny. Niestety większość z nich ma niską wartość merytoryczną z uwagi na przyjęte metody doboru chorych i opracowanie statystyczne. Z prac mogących mieć wpływ na zapisy Wytycznych EHS jedynie kilka dokonuje istotnych odkryć naukowych. W większości pozostałe prace potwierdzają wnioski płynące ze wytycznych EHS.

Znamiennym jest zaobserwowanie niższego odsetku zakażeń rany pooperacyjnej po zastosowaniu jednej dawki cefalosporyny przed zabiegiem operacyjnym. Obserwowano spadek ilości zakażeń z ponad 3% do 0,6%. [1] Obserwacja ta choć zgodna z wytycznymi EHS nakazuje dokładniejsze rozważenie stosowania antybiotyków w warunkach ogólnochirurgicznych oddziałów szpitali polskich.

Inną grupę prac stanowią doniesienia dotyczące metody Valentiego i Desardy, które wykazały skuteczność porównywalną z metodą Lichtensteina.[2,3,4,5] Opublikowane dane nie zmieniają jednak wytycznych EHS z uwagi na niższy stopień rekomendacji, użycie ich jednak dla wybranych grup chorych można uznać za możliwe do rozważania przy wyborze metody operacyjnej. Opublikowanie doskonalszych merytorycznie prac w przyszłości może tu mieć wpływ na kształt wytycznych.

Opublikowane ostatnie prace Polskiej Grupy Badaczy Przepuklin dowodzą konieczności modyfikacji techniki operacyjnej dla siatek lekkich, co zapobiega zwiększonemu odsetkowi nawrotów w tej grupie materiałów. [6]

Ostatecznie Polska Grupa Robocza ds. rekomendacji ustaliła (opinia ekspertów), że należy rekomendować wytyczne EHS w Polsce, jednocześnie dążąc do poprawy jakości oferowanych świadczeń poprzez szkolenie specjalistów i rozszerzenie oferty zabiegów endoskopowych w przyszłości.

Źródło:

Leczenie przepuklin pachwiny. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego z komentarzem Polskiej Grupy Roboczej ds. Rekomendacji. Polska Grupa Robocza ds. Rekomendacji: Śmietański Maciej, Chróścicki Andrzej, Dąbrowiecki Stanisław, Fridiger Jerzy, Matyja Andrzej, Michalik Maciej, Mitura Kryspin, Solecki Rafał, Trojanowski Piotr, Wróblewski Tadeusz: Videosurgery and other miniinvasive techniques 2009; 4(Suppl 1): S40-S52