

01.05.2017 Allgemein Chirurgie

## Leserbrief und Antwort zu Ausgabe 12/2016 „CME-Artikel: Leistenhernien bei Frauen“

M. Seelig



In der Dezemberausgabe der gemeinsamen Mitgliederzeitschrift der DGCH sowie des BDC wurde ein bemerkenswerter Fortbildungsartikel zum Thema der Leistenhernienchirurgie bei Frauen publiziert [1]. Dies ist ein durchaus löbliches Unterfangen, zumal vermutlich etwa 30.000 primäre Leistenhernien-Operationen bei Frauen pro Jahr durchgeführt werden und, so die Autoren, eine klare Evidenz fehlt, wie am besten bei einem solchen Szenario operativ vorgegangen werden sollte.

Der Anspruch des als CME-zertifizierten Fortbildungsartikels publizierten Beitrags ist hoch, versucht er doch den aktuellen Wissensstand insbesondere anhand der Daten des in Deutschland entwickelten Herniamed-Registers zu werten und auch aktuelle internationale Leitlinienempfehlungen einzuordnen, um schlussendlich aktuelle Handlungsempfehlungen zu destillieren. Dabei suggeriert der provokative Titel der Arbeit bereits die Antithese, nämlich die Gleichwertigkeit der anderen operativen Verfahren oder – modern formuliert – die „Nicht-Inferiorität“, als repräsentierten die laparoskopischen Verfahren (TEP/TAPP) eine etwas zu enge Hose, in die alle Leistenhernien der Frau hineingezwängt werden müssten.

Der vorliegende Artikel erhebt andererseits den Anspruch auf besondere Wissenschaftlichkeit, um dann Vorschläge zur Behandlung der weiblichen Leistenhernie zu machen, ohne dafür überhaupt nur irgendeine wissenschaftliche Evidenz zu präsentieren. Er wehrt sich insbesondere gegen die Empfehlung, Leistenhernien bei Frauen sollten mit Netz und nach Möglichkeit laparoskopisch operiert werden, eine Consensus-Empfehlung, die im Rahmen des Kongresses der European Hernia Society 2016 vorgestellt wurde und deren Publikation kurzfristig zu erwarten ist [2]. Sie ist zwar noch nicht final publiziert, aber bereits in einer vorläufigen Version als „World Guidelines for Groin Hernia Management“ einsehbar und wurde unter Mitwirkung auch namhafter deutscher Autoren verfasst. Dadurch soll das Risiko, eine synchrone Femoralhernie zu übersehen, und das Risiko chronischer Leistenschmerzen minimiert werden.

Grund sei, so die Autoren des Fortbildungs-Artikels, dass bislang der definitive Nachweis durch eine prospektive randomisierte Studie fehle. Demzufolge wird gleichsam deduktiv abgeleitet, dass für die Behandlung der Leistenhernie der Frau wieder ein ganzes Sammelsurium von Operationsverfahren einsetzbar sei. Dieser Vorschlag erscheint bar jeder Wissenschaftlichkeit und nicht sonderlich professionell, vielmehr muss man bei extensiver Analyse vermuten, dass ganz andere Interessen unter dem Deckmantel fehlender Evidenz ausgebreitet werden.

Interessanterweise wurde im März 2016, also etwa neun Monate zuvor im Deutschen Ärzteblatt ein Fortbildungsartikel über die „Evidenzbasierte Behandlung der Leistenhernie des Erwachsenen“ publiziert [3]. Hier wird klar formuliert, dass die Leistenhernie der Frau immer mit Netz und vorzugsweise laparoskopisch operiert werden sollte.

Als Argument gegen eine laparoskopische Operation wird von den Autoren die Arbeit von Mikkelsen et al. aus dem Jahr 2002 angeführt, die zeigte, dass nach vorausgegangener Leistenhernienoperation das Risiko eines femoralen Rezidivs 15-fach erhöht war [4]. Weil diese Rezidive in der Regel jedoch vor dem inguinalen Rezidiv auftraten, wurde in dieser Arbeit vermutet, die synchrone Femoralhernie sei bei der initialen Operation übersehen worden. Diese Tatsache wird von Lorenz et al. nun als Argument gegen eine laparoskopische Operation benutzt. Dabei waren in dieser nur Studie 4,9 Prozent laparoskopisch operiert worden. Es wurde u. a. vermutet, dass der Femorkanal nicht exploriert wurde oder dieser bei inguinalem Zugang nur ungenügend exploriert werden kann. Gerade deshalb ist diese Studie eher ein Argument dafür, laparoskopisch zu operieren, da hier die femorale Bruchpforte wesentlich komfortabler visuell inspiziert werden kann.

Es wäre nachvollziehbar, wenn in scheinbarer Ermangelung eindeutiger wissenschaftlicher Belege auf eine Empfehlung zur Versorgung der weiblichen Inguinalhernie gänzlich verzichtet würde. Aber ohne jeden wissenschaftlichen Beleg nun wieder Operationsverfahren aus der „Büchse der Pandora“ zu lassen, die dort besser verblieben, entbehrt nun wirklich jedes ernsthaften wissenschaftlichen Anspruches.

Interessanterweise empfiehlt der Senior-Autor der vorliegenden Publikation für die elektive primäre unilaterale und bilaterale Leistenhernie bei der Frau grundsätzlich entweder TEP oder TAPP in Anlehnung an die Leitlinienempfehlungen der European Association of Endoscopic Surgery, der European Hernia Society und der International Endohernia Society [5]. Dies steht in deutlichem Kontrast zur vorliegenden Empfehlung.

Das eigentliche Problem der Publikation eines solchen Fortbildungsartikels, der ja allen operativ tätigen Kollegen einen validen Behandlungskorridor eröffnen soll, scheint jedoch vielmehr an der Zerstrittenheit zwischen maßgeblichen Akteuren der Deutschen Herniengesellschaft, der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Hernien (CAH) sowie der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Ambulante Chirurgie (CAAC) zu liegen. Zu unterschiedlich sind die Interessen, sodass, wie vorliegend, einfach die Evidenz internationaler Leitlinienempfehlungen ignoriert wird und eine deutsche herniologische Insellösung propagiert wird.

Es bleibt dem kritischen Betrachter nicht verborgen, dass sich auf dem Gebiet der Herniologie eine Vielzahl von selbsternannter Kompetenz tummelt und dass die Kritik an den Leitlinien gerade von denen kommt, die nicht laparoskopisch operieren. Offenbar besteht hier ein enormes Interesse daran zu verhindern, ein primäres endoskopisches Verfahren zur Operation auch der weiblichen Hernie in die Leitlinienempfehlungen aufzunehmen.

Weil die Refinanzierung durch die Forderung nach vorwiegend ambulanter Versorgung für endoskopische Versorgung ungleich schwerer ist, wird das primär schlechtere Verfahren durch die ökonomischen Rahmenbedingungen begünstigt. Hier liegt der eigentliche Skandal: Es wird versucht, das Verfahren mit den Rahmenbedingungen zu harmonisieren, anstatt der Forderung, allen Patienten ein optimales netzgestütztes endoskopisches Verfahren zu ermöglichen, auch auf gesundheitspolitischer Ebene Nachdruck zu verleihen. In unverständlicher Ahnungslosigkeit machen sich hier Vertreter der Fachgesellschaften letztendlich zum Instrument gesundheitspolitischer Vorgaben, obwohl sie es besser wissen müssten.

Es ist ehrlicher, die Kontroversen aufzuzeigen und auszuhalten, bis vielleicht ein Evidenzbeweis gelingt oder zu akzeptieren, dass eine solche Studie möglicherweise aus ethischen Gründen nicht realisierbar ist, weil das laparoskopische Vorgehen eindeutige Vorteile aufweist und auch bei Frauen ein primäres laparoskopisches Vorgehen zu den besseren Ergebnissen führt. Zu dieser Überzeugung ist zumindest die Mehrheit der international tätigen Hernienchirurgen gekommen.

## Literatur

- [1] Lorenz R, Koch A, Köckerling F. Leistenhernien bei Frauen – ‚one fits all‘ oder doch maßgeschneiderte OP? *Passion Chirurgie* 2016; 4, 14-22
- [2] World Guidelines for Groin Hernia Management.  
[www.eeaes2016eu/EAES.Congress/media/media/Amsterdam2016/HerniaSurge-Statements-and-Recommendations-EAES.pdf](http://www.eeaes2016eu/EAES.Congress/media/media/Amsterdam2016/HerniaSurge-Statements-and-Recommendations-EAES.pdf) (letzter Zugriff: 12.1.2017)
- [3] Berger D. Evidenzbasierte Behandlung der Leistenhernie des Erwachsenen. *Deutsches Ärzteblatt* 2016; 113: 150-157
- [4] Mikkelsen T, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Risk of femoral hernia repair after inguinal herniorrhapy. *Br J Surg* 2002; 89: 486-488
- [5] Köckerling F, Schug-Pass C. Tailored approach in inguinal hernia repair- decision tree based on the guidelines. *Front Surg* 2014; 1: 20; doi 10.3389/fsurg.2014.00020

## Antwort der Autoren

*R. Lorenz, A. Koch, F. Köckerling*

Zunächst danken wir Herrn Kollegen Seelig für die kritische Stellungnahme. Allerdings hätten sich die Autoren mehr Sachlichkeit in der Stellungnahme gewünscht. Äußerungen wie „dieser Vorschlag erscheint bar jeder Wissenschaftlichkeit“ und „sich auf dem Gebiet der Herniologie eine Vielzahl von selbsternannter Kompetenz tummelt“ gehören nicht in eine ernstzunehmende wissenschaftliche Diskussion. Eine einfache PubMed-Recherche zeigt deutlich auf, wer sich mit dem Thema „Hernie“ wissenschaftlich beschäftigt und wer nicht.

Wir wollen uns dennoch fundiert mit den Argumenten der Stellungnahme auseinandersetzen. Zunächst einmal muss festgestellt werden, dass Guidelines in der Medizin nicht gleichzusetzen sind mit den in Stein gemeißelten zehn Geboten, sondern maximal die momentane evidenz-basierte Datenlage wiedergeben. Sich daraus ableitende Empfehlungen können durch neue Studienergebnisse jederzeit wieder außer Kraft gesetzt werden. Hinzu kommen dann auch noch Meinungen von Experten in der Guidelines-Gruppe, die zusätzlich in die Empfehlungen einfließen. Da der Senior-Autor des Beitrages Mitglied der Guidelines-Gruppe „HerniaSurge“ ist, kann er die Entstehung der neuen „World Guidelines for Groin Hernia Management“ gut beurteilen. Dies soll an einem Beispiel aufgezeigt werden.

Herr Kollege Seelig schreibt, „dass für die Behandlung der Leistenhernie der Frau wieder ein ganzes Sammelsurium von Operationsverfahren einsetzbar sind“. Weiter schreibt er: „Aber ohne jeden wissenschaftlichen Beleg nun wieder Operationsverfahren aus der Büchse der Pandora zu lassen, die dort besser verblieben, entbehrt nun wirklich jedes ernsthaften wissenschaftlichen Anspruches.“ Gemeint sind die Verfahren Plug, Gilbert und Shouldice. Wie sieht nun für diese Operationstechniken die evidenzbasierte Datenlage aus? Da bisher die „World Guidelines for Groin Hernia Management“ noch nicht publiziert sind, weil es eben an so mancher Stelle noch sehr heftige Diskussionen gibt, gilt für Europa immer noch das „Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients“ (Miserez et al. 2014). In diesem Update wird mit dem Evidenzgrad 1 A festgestellt, dass die Techniken „PHS“ (Gilbert) und „Plug and Patch“ ein vergleichbares Outcome in Bezug auf die Rezidivrate und die chronische Schmerzrate haben wie die Lichtenstein-Operation (ein bis vier Jahre Follow-Up). Für die Shouldice-Technik blieb es bei der Feststellung auf dem Evidenzlevel 1 A, dass sie die beste Methode ohne Netzverwendung ist.

Aus dieser Auswahl an Operationstechniken (TEP, TAPP, Lichtenstein, Plug, PHS, Shouldice) nach evidenzbasierten Kriterien eröffnete sich für den Chirurgen die Möglichkeit, je nach seiner persönlichen Expertise und patientenseitigen Besonderheiten und Befundkonstellationen, ein maßgeschneidertes Konzept (Tailored Approach) umzusetzen, unter der Zielsetzung einer Risikominimierung für die Patienten. Aus der Sicht eines bevorzugt endoskopisch operierenden Hernienchirurgen, hat der Senior-Autor den sich daraus ergebenden „Tailored Approach“ publiziert (Köckerling et al. 2014). Dieser „Tailored Approach“ sieht natürlich für einen überwiegend offen operierenden Hernienchirurg ganz anders aus. Da weltweit immer noch mehr offene als laparo-endoskopische Leistenhernienchirurgie durchgeführt wird, kann man gerade in World-Guidelines verantwortungsbewusst nicht ausschließlich bestimmte Konzepte favorisieren, solange sie nicht mit der ausreichenden Expertise von Chirurgen hinterlegt sind. So wird man vernünftigerweise nicht erwarten können, dass alle Hernienchirurgen mit Erscheinen der Welt-Guidelines von einem Tag auf den anderen dann laparo-endoskopisch operieren können. Dies wäre auch bei der langen Lernkurve der TEP und TAPP nicht sinnvoll. Hier kann es sich maximal um eine sehr langsam verlaufende Entwicklung handeln. Auch muss dabei die Nicht-Verfügbarkeit von Equipment und Netzen in weiten Teilen der Welt berücksichtigt werden.

Nun wurden in den neuen „World Guidelines for Groin Hernia Management“ der Plug und PHS aus den Empfehlungen, trotz evidenzbasierter Gleichwertigkeit mit der Lichtenstein-Operation, herausgenommen, weil die Mehrheit der Experten in der HerniaSurge-Gruppe der Meinung ist, dass ein Rezidiv bei Netzplatzierung in der anterioren und posterioren Schicht schwieriger zu operieren ist (Simons et al. 2017). Dafür liegt keine Studie vor. Die Shouldice-Technik soll nur noch eingesetzt werden, wenn der Patient ein Netz ablehnt oder kein Netz zur Verfügung steht. Ansonsten sollen für mögliche Indikationen bei jungen Männern mit L1-, L2-Befunden Studien durchgeführt werden.

In der Zwischenzeit ist eine große Studie auf der Basis von administrativen Daten aus Ontario publiziert worden, die 65.127 Patienten der Shouldice-Klinik mit 170.065 Patienten aus Allgemeinkrankenhäusern Ontarios, die von 1993 bis 2007 operiert wurden, miteinander vergleicht. Dabei wurde auch die Fallzahl an Hernienoperationen pro Klinik berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Rezidivraten der in der Shouldice-Klinik operierten Patienten im Vergleich signifikant niedriger sind, als in den Allgemeinkrankenhäusern in Ontario. Die signifikant niedrigere Rezidivrate gilt auch für ältere Patienten, Frauen und Patienten mit mehr Komorbiditäten.

Aus den obigen Ausführungen lassen sich zwei wichtige Erkenntnisse ableiten:

Die Spezialisierung in der Hernienchirurgie ist vielleicht noch wichtiger als die Operationstechnik.

Auch Guidelines müssen kritisch hinterfragt werden und können sich jederzeit aufgrund neuer Studien wieder ändern. Anhand von verfügbaren Daten müssen auch Guidelines immer wieder auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden.

Das ist genau das, was die Autoren mit ihrem Beitrag in *Passion Chirurgie* versucht haben und was bei der Leistenhernie der Frau so wichtig ist, weil die Evidenzlage viel zu dürftig ist. Es ist sinnvoller, sich nicht auf Operationstechniken festzulegen, da sie nicht von allen beherrscht werden, sondern auf Prinzipien des Vorgehens, welches mit unterschiedlichen Techniken möglich ist. Und deshalb bleibt es bei den Schlussfolgerungen des Beitrages:

Die Exploration des Femoralkanals sollte obligater Bestandteil der Leistenhernienoperation der Frau sein. Frauen haben einen höheren Anteil an femoralen Hernien als Männer, allerdings bestehen auch in zwei Drittel der Fälle indirekte Hernien.

Im Falle einer Femoralhernie besteht die Indikation zur präperitonealen Netzreparation laparoskopisch oder offen.

Was die ökonomischen Aspekte in der Stellungnahme von Herrn Kollegen Seelig anbelangt, wären wir Chirurgen sicherlich alle daran interessiert, wenn die Leistenhernienchirurgie adäquat bezahlt würde, unabhängig von der angewandten Technik und des Vorgehens ambulant oder stationär. Das konkrete Vorgehen sollte von medizinischen und nicht ökonomischen Aspekten geprägt sein.

Zusammenfassend zeigt der Leserbrief, wie Guidelines leicht als unumstößliche Wahrheiten und in Stein gemeißelte Weisheiten fehlinterpretiert werden können und keinen Raum mehr für Diskussionen zulassen. Jede andere Meinung lässt sich damit leicht verunglimpfen. Aber das gibt die Evidenzlage auch der neuen weltweiten Guidelines an vielen Stellen nicht her. Mit Veröffentlichung der „World Guidelines for Groin Hernia Management“ wird der Prozess der Evaluierung der Statements and Recommendations beginnen, und man wird sehen, welche Aussagen und Empfehlungen auch in ein paar Jahren noch Bestand haben werden. Dies gilt besonders unter dem Aspekt völlig unterschiedlicher ökonomischer Voraussetzungen in den Regionen dieser Welt.

## Literatur

[1] Miserez M, Peeters E, Aufenacker T, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, Fortelny R, Heikkinen T, Jorgensen LN, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smietanski M, Weber G, Simons MP Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients *Hernia* (2014) 18: 151-163 DOI: 10.1007/s10029-014-1236-6

[2] Köckerling F, Schug-Pass C. Tailored approach in inguinal hernia repair – decision tree based on the guidelines *Frontiers in Surgery* Jun 2014 Volume 1 Articles 20 DOI: 10.3389/fsurg.2014.00020

[3] Simons MP, Aufenacker TJ, Berrevoet F, Bingener J, Bisgaard T, Bittner R, Bonjer HJ, Bury K, Campanelli G, Chen DC, Chowbey PK, Conze J, Cuccurullo D, de Beaux AC, Eker HH, Fitzgibbons RJ, Fortelny RH, Gillion JF, van den Heuvel BJ, Hope WW, Jorgensen LN, Klinge U, Köckerling F, Kukleta JF, Konate I, Liem AL, Lomanto D, Loos MJA, Lopez-Cano M, Miserez M, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Muysoms FE, Niebuhr H, Nordin P, Pawlak M, van Ramshorst GH, Reinhold WMJ, Sanders DL, Sani R, Schouten N, Smedberg S, Smietanski M, Simmermacher RKJ, Tran HM, Tumtavitikul S, van Veenendaal N, Weyhe D, Wijsmuller AR (2017). World Guidelines for Groin Hernia Management. [www.herniasurge.com](http://www.herniasurge.com). Zugegriffen: 09.01.2017



## Autor des Artikels



**Prof. Dr. Matthias Seelig**

Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und  
Gefäßchirurgie

Kliniken des Main-Taunus-Kreises

Lehrkrankenhaus der Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität

Frankfurt

Kronberger Str. 36

65812 Bad Soden

[> kontaktieren](#)