

Ondt i lysken

Inden for de seneste 10-15 år har der været tiltagende fokus på en klinisk tilstand præget af bevægelsesindskrænkende lyskesmerter, der som oftest, men ikke altid, er opstået hos personer, som dyrker hård sport, der involverer underkroppen. Der har været hæftet en lang række betegnelser på tilstanden, og »sports-hernier« har været den hyppigst anvendte. Som omtalt i oversigtsartiklen af *Ibsen Hauge & Nannestad Jørgensen* er hverken patogenese eller eksakte kriterier for diagnose og valg af behandling afklaret [1-4]. Pga. lokaliseringen i lysken og en ofte beskrevet svækelse af bagvæggen i lyskekanalen har begyndende brokdannelse været anført som en mulig årsag. Herudover har overstrækning og udrivning i muskelfascier og senetilhæftninger med efterfølgende kronisk inflammation været anført, bl.a. argumenteret ud fra relationen til udtalt fysisk aktivitet, der resulterer i stort modtræk mellem musculus transversus abdominis og adductor longus [1-4]. De diagnostiske kriterier er som sagt omdiskuterede, bedømt ud fra almindelige kliniske undersøgelser, inklusive billeddiagnostik og hviler bl.a. på udelukkelse af andre kendte lidelser i regionen. Ydermere er fundene ved et udført eksplorativt kirurgisk indgreb ikke klart dokumenteret til forklaring af tilstanden [1-4]. Konsekvensen heraf og vurderingerne ud fra de to mulige hovedårsager til et »sports-hernie« har været et langt register af terapeutiske muligheder, der spænder fra konservativ behandling, aktiv træning eller diverse operationer, herunder sutur eller indsættelse af en mesh til forstærkning af lyskekanalens bagvæg enten ved åben eller laparoskopisk operation. Som anført af *Ibsen Hauge & Nannestad Jørgensen* giver de eksisterende, dårligt beskrevne kohorteundersøgelser og enkelte randomiserede studier ingen klar konklusion på, hvorledes behandlingsstrategien skal være. Dette illustreredes måske tydeligst for undertegnede ved en anekdotisk information om strategien i to kendte europæiske fodboldklubber, hvor man i den ene altid vælger konservativ behandling, mens man i den anden vælger operation. Da der er store penge på spil, tyder det på, at der næppe er forskel i behandlingsresultatet, men at behandlingsvalget afhænger af traditionen. Givet det både årsagsmæssige, diagnostiske og behandlingsmæssige kaos inden for betegnelsen »sports-hernier« er spørgsmålet derfor: Hvorledes skal

vi forholde os i den aktuelle patientsituation? På baggrund af den eksisterende litteratur om kirurgiske indgreb [2-4] og risikoen for udvikling af en anden kronisk smertetilstand ved ethvert operativt indgreb i lyskeregnen pga. risikoen for nervelesion, vil undertegnede mene, at operation ikke bør være det primære behandlingsvalg, medmindre der er et præoperativt sikkert diagnosticeret hernie. I så fald vil en laparoskopisk operation med mesh-fiksering med limteknik være førstevalg pga. en mindre risiko for nerveskade og kroniske smerter. Dette er væsentligt, idet en operationsinduceret kronisk neuropatisk smertetilstand vil være overordentlig vanskelig at skelne fra de præoperative smerter og ydermere vanskelig at behandle. En præoperativ mistanke om hernie eller »anslag« i annulus inguinalis superficialis giver således ikke indikation for operation med plastik/mesh eller et andet indgreb, men evt. for diagnostisk laparoskopi til udelukkelse af et hernie. Nonoperativ behandling, hvori der indgår et aktivt træningsprogram har derimod ikke potentielle bivirkninger og er derfor formentlig førstevalg i behandlingsstrategien [5].

Ibsen Hauge & Nannestad Jørgensen's opsummering af de »positive« operationsresultater ved »sports-hernier« bør derfor ikke resultere i en løsere operationsindikation.

Sammenfattende må man derfor håbe, at »sports-hernie«-problematikken fremover vil kunne løses i tæt og specialiseret samarbejde mellem fysioterapeuter, ortopædkirurger og abdominalkirurger i et protokollet regi med veldefineret præterapeutisk beskrivelse af tilstanden og et diagnostisk set-up, samt at kirurgisk intervention kun vil blive udført i veldefineret protokollet regi, medmindre der er påvist et regelret hernie og ikke blot en svaghed i bugvæggen. Et sådant multicenterarbejde vil både være givtigt og enestående jf. den uafklarede internationale litteratur [1-5].

LITTERATUR

1. Morales-Conde S, Socas M, Barranco A. Sportsmen hernia: what do we know? *Hernia* 2010;14:5-15.
2. Campanelli G. Pubic inguinal pain syndrome: the so-called sports hernia. *Hernia* 2010;14:1-4.
3. Garvey JFW, Read JW, Turner A. Sportsman hernia: what can we do? *Hernia* 2010;14:17-25.
4. Muschaweck U, Berger L. Minimal repair technique of sportsmen's groin: an innovative open-suture repair to treat chronic inguinal pain. *Hernia* 2010;14:27-33.
5. Holmich P, Uhrskou P, Ulnits L et al. Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes. *Lancet* 1999;353:439-43.

LEDER

Henrik Kehlet

KORRESPONDANCE:

Henrik Kehlet, Enhed for Kirurgisk Patofysiologi, Rigshospitalet, 2100 København Ø.
E-mail: henrik.kehlet@rh.regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen