SVEIKATOS MOKSLAI /
HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE
ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online
2025, 35 tomas, Nr.8, p. 79-81
DOI: https://doi.org/10.35988/sm-hs.2025.360

LĖTINIS SKAUSMAS MOTERIMS PO KIRKŠNIES IŠVARŽOS OPERACIJŲ IR CHIRURGINIAI ASPEKTAI

Raminta Akelaitytė[1], Ugnė Kriščiūnaitė[2], Žilvinas Dambrauskas[3]
[1,2]Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas,
[3]Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija,
Medicinos fakultetas, Chirurgijos klinika

Raktažodžiai: moterys, kirkšnies išvarža, laparoskopinė hernioplastika, lėtinis skausmas.

Santrauka

Kirkšnies išvaržos moterims pasitaiko gerokai rečiau nei vyrams, todėl daugeliu atvejų klinikinės rekomendacijos bei chirurginės metodikos grindžiamos klinikiniais tyrimais, kuriuose didžiąją dalį tiriamųjų sudaro vyrai. Moterų dubens ir kirkšnies kanalo anatomija skiriasi nuo vyrų, todėl gali būti, jog tai nulemia didesnį atkryčių bei lėtinio skausmo dažnį moterims po kirkšnies išvaržos operacijų.

Tyrimo tikslas. Išanalizuoti naujausią mokslinę literatūrą, susijusią su laparoskopiniu kirkšnies išvaržos gydymu, operacijų metodika ir lėtiniu pooperaciniu skausmu moterims. Tyrimo metodai. Remiantis Medline (PubMed) bei Science Direct duomenų bazių šaltiniais, atrinkta ir išanalizuota 15 publikacijų.

Išvados. Pagrindiniai kirkšnies išvaržos lėtinio pooperacinio skausmo rizikos veiksniai yra moteriškoji lytis, jaunas amžius, padidėjęs kūno masės indeksas, praeityje atlikta kirkšnies išvaržos operacija toje pačioje pusėje bei šlaunies išvarža. Apvaliojo gimdos raiščio perkirpimas operacijos metu nėra reikšmingai susijęs su lėtiniu pooperaciniu skausmu. Norint išvengti lėtinio pooperacinio skausmo, efektyviausias kirkšnies išvaržos gydymas moterims yra minimaliai invazinė operacija, tačiau skirtumo tarp transabdominalinės preperitoninės (TAPP) ir visiškos ekstraperitoninės (TEP) laparoskopinių kirkšninių išvaržų gydymo metodikos nenustatyta.

Įvadas

Kirkšnies išvarža – tai būklė, kai pilvaplėvė ir pilvo ertmės organai išsiveržia pro kirkšnies kanalą dėl pilvo sienos defekto. Kirkšnies išvaržos operacija yra viena iš dažniausiai atliekamų chirurginių procedūrų pasaulyje. Statistiškai ši būklė pasireiškia apie 27 proc. vyrų ir tik apie 3 proc. moterų, todėl daugeliu atvejų klinikinės rekomendacijos bei chirurginės metodikos grindžiamos klinikiniais tyrimais, kuriuose didžiąją dalį tiriamųjų sudaro vyrai [1]. Vis dėlto, moterų dubens ir kirkšnies kanalo anatomija skiriasi nuo vyrų. Apvalusis gimdos raištis neretai sunkina tinkamą tinklelio pozicionavimą laparoskopinių operacijų metu, tačiau jis reikšmingas stabilizuojant dubens organus, nes juo eina kraujagyslių bei nervų pluoštas. Metaanalizėje, į kurią buvo įtraukti 29 tyrimai (dalyvavo 98641 (7,98%) moteris), nustatyta, kad moterų didesnė išvaržos pasikartojimo (RR 1,28), lėtinio skausmo (RR 1,52) ir chirurginės žaizdos infekcijų (RR 1,46) rizika nei vyrų, taip pat moterys rečiau rinkosi minimaliai invazines operacijas (RR 0,82; 95% PI 0,69-0,97; p = 0,02) [2]. Tikėtina, kad netinkamai pasirenkama operacijos metodika ir netinkamas prisitaikymas prie moters dubens anatomijos lemia, jog moterims po kirkšnies išvaržos operacijų dažnesni atkryčiai bei lėtinis skausmas.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti naujausią mokslinę literatūrą, susijusią su laparoskopiniu kirkšnies išvaržos gydymu, operacijų metodika ir lėtiniu pooperaciniu skausmu moterims.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Taikyta sisteminė mokslinės literatūros apžvalga ir analizė. Informacijos paieška atlikta Medline (PubMed) bei Science Direct duomenų bazėse. Išanalizuota 15 straipsnių, parašytų 2020-2024 metais anglų kalba, kurių turinys atitiko analizuojamą temą. Paieškos metu buvo naudojami pasirinkti raktažodžiai ir jų deriniai anglų kalba: female, inguinal hernia, surgical treatment, outcomes, chronic pain (moteriškoji lytis, kirkšnies išvarža, chirurginis gydymas, gydymo baigtis, lėtinis skausmas). Remiantis literatūros duomenimis, parengta aprašomoji apžvalga.

Tyrimo rezultatai

Etiologija ir rizikos veiksniai. Lėtinis skausmas po kirkšnies išvaržos operacijos yra reikšminga problema, ku-

Adresas susirašinėti: Raminta Akelaitytė, el. p. ramiakel0210@kmu.lt

rios tikimybė moterims yra 30 proc. didesnė nei vyrams [3]. Dažniausiai lėtiniu skausmu skundžiasi moterys iki 45 metų, kurios jau prieš operaciją jautė skausmą kirkšnies srityje. Pagrindiniai rizikos veiksniai, susiję su lėtiniu pooperaciniu skausmu, yra moteriškoji lytis, jaunas amžius, padidėjęs kūno masės indeksas, praeityje toje pačioje pusėje atlikta kirkšnies išvaržos operacija bei esama šlaunies išvarža [4,5]. Švedijoje atliktas epidemiologinis tyrimas parodė, kad nėštumų ir gimdymų skaičius taip pat turi įtakos moterų kirkšnies ir šlaunies išvaržų išsivystymui. Cezario pjūvio operacija siejama su mažesne kirkšnies išvaržos rizika (RR 0,78) nei natūralus gimdymas. Gimdant natūraliai, mažiausia kirkšnies išvaržos rizika nustatyta moterims, gimdžiusioms vieną kartą (7,4/100 000 gyv.). Moterų, kurios gimdė du kartus, sergamumo kirkšnies išvarža rodiklis buvo aukštesnis (RR 1,31; 95% PI 2,26-2,66) nei gimdžiusių vieną kartą. Gimdžiusių tris ar daugiau kartų rodiklis buvo dar aukštesnis (RR 1,70; 95% PI 1,58-1,82) [6]. Pastebėta, kad miego sutrikimai, trunkantys mėnesį iki operacijos, taip pat didina lėtinio pooperacinio skausmo riziką [7]. Be to, ūmus pooperacinis skausmas yra stiprus predisponuojantis lėtinio skausmo atsiradimo veiksnys, net ir praėjus vieneriems metams po operacijos [8].

Apvalusis gimdos raištis. Kai kuriuose straipsniuose teigiama, kad lėtinio kirkšnies išvaržos pooperacinio skausmo riziką moterims gali didinti apvaliojo gimdos raiščio perkirpimas operacijos metu. Tačiau atliktų tyrimų rezultatai neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių, kuriose apvalusis gimdos raištis išsaugotas, ir tų, kuriose jis buvo perpjaunamas [9,10]. Metaanalizė, į kurią buvo įtraukti 6 tyrimai (dalyvavo 1131 moteris, iš kurių 652 (57,6%) atliekant minimaliai invazinę kirkšnies išvaržos operaciją buvo išsaugotas apvalusis gimdos raištis), nenustatė statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių, vertinant lėtinio skausmo, parestezijų, išvaržos recidyvų ir kitų pooperacinių komplikacijų pasireiškimą. Tačiau gimdos raiščio išsaugojimo grupėje operacijos trukmė buvo kiek ilgesnė (vidutinis skirtumas 6,84 min.; P = 0,0005) [11].

Gydymo taktika. Kirkšnies išvaržos gydomos atliekant laparoskopinę arba atvirą operaciją. Apžvelgtų tyrimų rezultatai parodė, kad po atviros operacijos moterys dažniau patiria lėtinį skausmą nei vyrai, o po laparoskopinės operacijos reikšmingo skirtumo tarp lyčių nebuvo pastebėta. Japonijoje atliktame vieno centro tyrime (dalyvavo 1689 pacientai, iš kurių 177 moterys) buvo peržiūrimi medicininiai pacientų įrašai, vertinami klausimynai bei lyginami trumpalaikiai ir ilgalaikiai vyrų ir moterų pooperaciniai rezultatai. Po atliktos TAPP, praėjus mažiausiai 3 mėnesiams, reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų skausmo nebuvo (P = 0,59). Tačiau po atviros operacijos su tinkleliu, skausmas reikšmingai skyrėsi (į klausimą, kaip dažnai jaučia skausmą, vyrai atsakė: dažnai – 2,7%, kartais – 12%; moterys: dažnai – 7%, kartais – 13%; P = 0,032). Prieita prie išvados, jog geriausias būdas gydyti moterų kirkšnies išvaržas yra laparoskopinė operacija [12]. Taip pat pastebėta, kad laparoskopinės operacijos yra susijusios su mažesniu pooperacinių komplikacijų skaičiumi, lyginant su atviromis kirkšnies išvaržos operacijomis [13]. Didžioji dalis atliktų tyrimų, lyginančių laparoskopinių metodikų TAPP ir TEP efektyvumą, yra atlikti vertinant tik vyrų arba bendros moterų ir vyrų grupės duomenis. Pavyzdžiui, metaanalizės, į kurią buvo įtraukta 15 tyrimų (1359 pacientai, iš kurių 87,9% vyrai), 7 tyrimuose (873 pacientai) pranešta apie lėtinį pooperacinį skausmą. Šie rezultatai parodė, jog lėtinio pooperacinio skausmo santykinė rizika naudojant TEP ir TAPP metodiką yra panaši (RR = 1,51; 95% PI 0,54-4,22) [14], tačiau šiuo metu trūksta duomenų, kuri laparoskopinės operacijos technika būtų tinkamiausia mažinti lėtinio pooperacinio skausmo pasireiškimą moterims, todėl reikalingi tolesni tyrimai.

Išvados

1. Pagrindiniai kirkšnies išvaržos lėtinio pooperacinio .skausmo rizikos veiksniai yra moteriškoji lytis, jaunas amžius, padidėjęs kūno masės indeksas, praeityje atlikta kirkšnies išvaržos operacija toje pačioje pusėje bei šlaunies išvarža.

2. Apvaliojo gimdos raiščio perkirpimas operacijos metu nėra reikšmingai susijęs su lėtiniu pooperaciniu skausmu.

3. Norint išvengti lėtinio pooperacinio skausmo, efektyviausias moterų kirkšnies išvaržos gydymas yra minimaliai invazinė operacija. Skirtumo tarp transabdominalinės preperitoninės (TAPP) ir visiškos ekstraperitoninės (TEP) laparoskopinių kirkšninių išvaržų gydymo metodikos nenustatyta.

Literatūra

1. Haladu N, Alabi A, Brazzelli M, Imamura M, Ahmed I, Ramsay G, et al. Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: an overview of systematic reviews of randomised controlled trials. Surgical Endoscopy 2022;36:4685-700. https://doi.org/10.1007/s00464-022-09161-6

2. Balthazar da Silveira CA, Mazzola Poli de Figueiredo S, Rasador ACD, Dias YM, Hernandez Martin RR, Fernandez MG, Towfigh S. Impact of patient's sex on groin hernia repair: A systematic review and meta-analysis. World J Surg 2024;48(11):2592-2603. https://doi.org/10.1002/wjs.12344

3. Jakobsson E, Lundström KJ, Holmberg H, De La Croix H, Nordin P. Chronic Pain After Groin Hernia Surgery in Women: A Patient-reported Outcome Study Based on Data From the Swedish Hernia Register. Ann Surg 2022;275(2):213-9.

https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005194

4. Forester B, Attaar M, Chirayil S, Kuchta K, Denham W, Linn JG, et al. Predictors of chronic pain after laparoscopic inguinal hernia repair. In: Surgery (United States). Mosby Inc 2021:586-94.
https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.07.049
5. Lo CW, Chen YT, Jaw FS, Yu CC, Tsai YC. Predictive factors of post-laparoscopic inguinal hernia acute and chronic pain: prospective follow-up of 807 patients from a single experienced surgeon. Surg Endosc 2021;35(1):148-58.
https://doi.org/10.1007/s00464-020-07373-2
6. Matovu A, Löfgren J, Wladis A, Nordin P, Sandblom G, Pettersson HJ. Incidence of groin hernia repairs in women and parity: a population-based cohort study among women born in Sweden between 1956 and 1983. Hernia 2024;28(4):1231-8.
https://doi.org/10.1007/s10029-024-03011-1
7. Bjurström MF, Irwin MR, Chen DC, Smith MT, Montgomery A. Sex Differences, Sleep Disturbance and Risk of Persistent Pain Associated With Groin Hernia Surgery: A Nationwide Register-Based Cohort Study. Journal of Pain 2021;22(11):1360-70.
https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.008
8. Olsson A, Sandblom G, Franneby U, Sondén A, Gunnarsson U, Dahlstrand U. Do postoperative complications correlate to chronic pain following inguinal hernia repair? A prospective cohort study from the Swedish Hernia Register. Hernia 2023;27(1):21-9.
https://doi.org/10.1007/s10029-021-02545-y
9. Zhong W, Zhang L, Zhong JQ, He XP, Liu HQ, Zhu WQ, et al. Comparison of outcomes between preservation or division of the uterine round ligament in laparoscopic groin hernia repair in females: a meta-analysis and trial sequential analysis. Hernia 2024;28:343-54.
https://doi.org/10.1007/s10029-023-02917-6
10. Liu Y, Liu J, Xu Q, Zhang B, Wang M, Zhang G, et al. Objective follow-up after transection of uterine round ligament during laparoscopic repair of inguinal hernias in women: assessment of safety and long-term outcomes. Surg Endosc 2022;36(6):3798-804.
https://doi.org/10.1007/s00464-021-08696-4
11. Silveira CAB, de Figueiredo SMP, Rasador ACD, Fernandez MG, Martin RRH, Dias YJM, et al. Round ligament management during minimally invasive groin hernia repair in women: a systematic review and meta-analysis. Surg Endosc 2024;38(4):1731-9.
https://doi.org/10.1007/s00464-024-10721-1
12. Takayama Y, Kaneoka Y, Maeda A, Takahashi T, Seita K. Long-Term Outcomes Using a Questionnaire After Inguinal Hernia Repair in Female. Indian Journal of Surgery 2022;84(6):1276-83.
https://doi.org/10.1007/s12262-022-03323-5
13. Lin R, Lin X, Yang Y, Wang C, Fang H, Chen Y, et al. Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair for female patients with groin hernias. BMC Womens Health 2023;23(1).
https://doi.org/10.1186/s12905-023-02527-5
14. Aiolfi A, Cavalli M, Del Ferraro S, Manfredini L, Lombardo F, Bonitta G, et al. Total extraperitoneal (TEP) versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernioplasty: systematic review and trial sequential analysis of randomized controlled trials. Hernia 2021;25:1147-57.
https://doi.org/10.1007/s10029-021-02407-7

CHRONIC PAIN AFTER INGUINAL HERNIA SURGICAL TREATMENT AND INTRAOPERATIVE CONSIDERATIONS IN WOMEN

R. Akelaitytė, U. Kriščiūnaitė, Ž. Dambrauskas

Keywords: female, inguinal hernia, laparoscopic hernioplasty, chronic pain.

Summary

Inguinal hernias are significantly less common in women than in men, which is why most clinical recommendations and surgical techniques are based on clinical trials primarily involving male subjects. However, the female anatomy of the pelvic and inguinal canal is different from that of males, which may account for the higher incidence of recurrence and chronic pain in women after inguinal hernia surgery.

The aim. To analyze the latest scientific literature related to laparoscopic inguinal hernia treatment, the methodology of the procedures and chronic postoperative pain in women after surgery.

Methods. Fifteen publications were selected and analyzed using Medline (PubMed) and Science Direct databases.

Conclusions. The main risk factors for chronic postoperative pain after inguinal hernia repair are female sex, young age, increased body mass index, history of inguinal hernia repair on the same side and femoral hernia. The transection of the round ligament of the uterus during surgery is not significantly associated with chronic postoperative pain. To avoid chronic post-operative pain, the most effective treatment for inguinal hernia in women is minimally invasive surgery, but no significant difference has been found between the transabdominal preperitoneal (TAPP) and totally extraperitoneal (TEP) techniques.

Correspondence to: ramiakel0210@kmu.lt

Gauta 2025-03-27