

Laparoskopische Versorgung großer Hiatushernien

Naht vs. resorbierbarer und nichtresorbierbarer Netzimplantation

Originalpublikation

Watson DI, Thompson SK, Devitt PG et al (2015) Laparoscopic repair of very large hiatus hernia with suture versus absorbable versus nonabsorbable mesh: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 261:282–289

Hintergrund

Die laparoskopische Antirefluxchirurgie ist ein seit gut 20 Jahren etabliertes Verfahren, und die initial noch hohen Rezidivraten schienen mittels Optimierung der chirurgischen Technik sowie des Einsatzes der Netzverstärkung in Analogie zu anderen Hernien-Repairs signifikant gesenkt worden zu sein. Allerdings wird die Netzimplantation aus Sorge um assoziierte Komplikationen wie Arrosion und Migration häufig zurückhaltend eingesetzt. Ziel dieser multizentrischen prospektiven doppelt verblindeten und randomisierten Studie war es daher, das postoperative Outcome nach reiner Nahtversorgung – verglichen mit einer zusätzlichen Netzimplantation – zu evaluieren.

Methoden und Ergebnisse

Es wurden im Zeitraum 02/2006 bis 09/2012 in vier australischen Zentren insgesamt 126 Patienten mit einer symptomatischen Hiatushernie – nachgewiesen durch Bariumbreischluck und Endoskopie – in die drei Gruppen randomisiert:

1. Nahtversorgung (n = 43),
2. zusätzliche Netzverstärkung mit einem resorbierbaren Netz (n = 41) sowie

3. zusätzliche Netzverstärkung mit einem nichtresorbierbaren Netz (n = 42).

Die laparoskopischen Operationstechniken wurden zuvor standardisiert und beinhalteten die Bruchsachresektion, die dorsalen (ggf. ergänzend ventralen) Hiatusnähte sowie die Fundoplikation, deren Ausmaß den Operateuren überlassen wurde. Die Implantation des Netzes (rechteckig, 2–3 × 4–5 cm) erfolgte im Bereich der dorsalen Hiatusnähte sowie der Zwerchfellschenkel, allerdings nie periösophageal. Das Follow-up erfolgte mittels Interviews hinsichtlich spezifischer Symptome nach 1, 3, 6 und 12 Monaten sowie mittels verblindeter Untersuchung (Bariumbreischluck und/oder Endoskopie) nach 6 Monaten.

Operationszeit, mittlere Verweildauer sowie das Auftreten postoperativer Komplikationen waren in den drei Gruppen ähnlich. Es fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Gesamtrezidivrate im Vergleich Nahtversorgung vs. zusätzliche Netzimplantation (9/39 = 23,1 vs. 17/78 = 21,8 %, p = 1,00) sowie für Rezidivhernien ≥ 2 cm (7,7 vs. 2,6 %, p = 0,329). Kleinere Unterschiede ließen sich in Bezug auf spezifische Symptome (insbesondere Sodbrennen) darstellen, allerdings waren die Scores für die Gesamtzufriedenheit in den drei Gruppen ähnlich (p $\geq 0,05$ bei allen Follow-up-Intervallen). In der Subgruppenanalyse der Netzimplantation schien sich ein geringer Vorteil für das nichtresorbierbare Netz (TiMesh vs. Surgisis) abzubilden.

Diskussion und Fazit

Nach Ansicht der Autoren lässt sich aufgrund der Ergebnisse dieser Studie mit ihrem äußerst validen Design keine generelle Empfehlung zur zusätzlichen Netzversorgung größerer Hiatushernien ableiten, obgleich frühere randomisierte Studien allesamt eine signifikante Reduktion der Rezidivrate nachweisen konnten. Ein relevanter Unterschied scheint sich hier in den Operationstechniken zu finden, da andere Netzkonfigurationen sowie Netzplatzierungen (zirkulär periösophageal) eingesetzt wurden, sodass ein vergleichendes Extrapolieren der Ergebnisse nicht unproblematisch ist. Es wird ergänzend darauf hingewiesen, dass bisher nur Daten für ein 12-Monats-Follow-up vorliegen und sich im weiteren Nachbeobachtungszeitraum noch signifikante Unterschiede insbesondere im Subgruppenvergleich der implantierten Netze ergeben könnten.

Korrespondenzadresse

L. Haeder

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
 Schwerpunkt für endokrine und onkologische
 Chirurgie, Diakoniekrankenhaus
 Henriettenstiftung gGmbH
 Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
 Lars.Haeder@ddh-gruppe.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Haeder, J. Jähne geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.