

EUROPEAN
HERNIA
SOCIETY



RICHTLINIEN ZUR VORBEUGUNG
UND BEHANDLUNG VON
PARASTOMALEN HERNIEN

2019



INHALT

SEITE

Klinische Leitlinie	3
Methodik	4
Empfehlungen	4
Inzidenz	5
Klassifikation	5
Diagnose	6
Watchful Waiting bei Patienten mit nicht-inkarzierter parastomaler Hernie	6
Spezifische OP-Techniken im Rahmen der Primäranlage eines Stomas	7
Parastomale Hernien-Reparation ohne Netz	8
Keine Netz-Reparation	9
Laparoskopische parastomale Hernien-Reparation	9
Offene Reparationstechniken	10
Laparoskopische Reparationstechniken	10
Netztypen	11

KLINISCHE LEITLINIE

Empfehlung der European Hernia Society (EHS).

Basiert auf einer systematischen und umfassenden Literaturrecherche.

Berücksichtigt das Nutzen-Risiko-Verhältnis der Prävention und die aktuell für Diagnose, Behandlung und Management parastomaler Hernien verfügbaren Daten.



ZIELGRUPPE:

Medizinisches Personal (Chirurgen, Allgemeinmediziner, Stomapflegefachleute, Physiotherapeuten) und Entscheidungsträger in der europäischen Gesundheitspolitik.



ARBEITSGRUPPE:

Wissenschaftler und Chirurgen aus 14 europäischen Ländern sowie die Leitlinien-Arbeitsgruppe der EHS.



PATIENTEN:

mit einem temporären oder permanenten Stoma oder Patienten, bei denen ein Stoma angelegt werden soll.

Simons MP, Smietanski M, Bonjer HJ, Bittner R, Miserez M, Aufenacker TJ, Fitzgibbons RJ, Chowbey PK, Tran HM, Sani R, Berrevoet F, Bingener J, Bisgaard T, Bury K, Campanelli G, Chen DC, Conze J, Cucurullo D, de Beaux AC, Eker HH, 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, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Muysoms FE, Niebuhr H, Nordin P, Pawlak M, van Ramshorst GH, Reinhold WMJ, Sanders DL, Schouten N, Smedberg S, Simmermacher RKJ, Tumtavitikul S, van Veenendaal N, Weyhe D, Wijsmuller AR.

METHODIK

- Erste Stufe (Literaturrecherche): Durchgeführt im Februar 2016, berücksichtigt wurden die Datenbanken von MEDLINE (über PubMed), CINAHL (über OpenAthens) und CENTRAL (über Wiley Online Library), ohne Einschränkungen für Datum oder Sprache. Über OpenGrey (Exalead) wurde die Literatur in den Bereichen Kongressberichte, akademische Schriften und Publikationen in elektronischer Form, die nicht durch das kommerzielle kommerzielle Verlagswesen herausgegeben werden, recherchiert
- Zweite Stufe (Screening): Die Evidenzqualität wurde unter Verwendung der Checklisten des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) beurteilt und gemäß dem GRADE-Ansatz bewertet
- Eine Konsensus-Konferenz wurde im April 2016 in Brüssel abgehalten
- Peer-Review und Bewertung durch zwei externe Gutachter im August 2016 gemäß dem AGREE-II-Instrument

EMPFEHLUNGEN

STARK: Nutzen ist größer oder kleiner als die Risiken und die Beschwerden.

SCHWACH: Nutzen, Risiken und Beschwerden sind gut ausgewogen.

KEINE: Es wurde keine Evidenz gefunden, es kann keine Empfehlung abgegeben werden.

INZIDENZ

Geschätzte gesamt-Inzidenz von parastomalen Hernien:

- 30 % nach 12 Monaten
- 40 % nach 2 Jahren
- 50 % bei längerer Nachbeobachtung

Die endständige Kolostomie ist im Vergleich zur Loop-Kolostomie oder zur Loop-Ileostomie mit einer höheren Inzidenz parastomaler Hernien assoziiert.

KLASSIFIKATION

- Es gibt 5 Klassifikationen für parastomale Hernien
- Keine davon wurde validiert
- Die Evidenz ist unzureichend, um eine der Klassifikationen zu bevorzugen



EMPFEHLUNGEN

SCHWACH: Die Anwendung der Klassifikation der European Hernia Society (EHS) wird empfohlen.



DIAGNOSE

Es gibt keine Goldstandard-Untersuchung für die Diagnose der parastomalen Hernie. Die Diagnose ist schwierig und zwischen Beobachtern nicht immer reproduzierbar.

- Klinische Untersuchung
 - Sensitivität = 66-100 %
 - Negativer Vorhersagewert = 75-100 %
- Das CT-Scan kann zu falsch positiven Diagnosen führen
- Die klinische Relevanz der Ultraschalluntersuchung ist unklar

EVIDENZ-QUALITÄT	SEHR NIEDRIG	NIEDRIG	MITTEL	HOCH
	✓			

EMPFEHLUNGEN

SCHWACH: Die klinische Untersuchung in Rückenlage und in aufrechter Position unter Valsalva-Manöver ist für die Diagnose erforderlich.

In Zweifelsfällen können ein CT oder eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden.

Die Differenzialdiagnose zwischen parastomaler Hernie und Stoma-Prolaps kann eine CT-Bildgebung erforderlich machen.

WATCHFUL WAITING BEI PATIENTEN MIT NICHT INKARZERIERTER PARASTOMALER HERNIE

Keine Evidenz für den Nutzen von Watchful Waiting gegenüber Operation.

EVIDENZ-QUALITÄT	SEHR NIEDRIG	NIEDRIG	MITTEL	HOCH
	✓			

EMPFEHLUNGEN

KEINE: Aber: zum Treffen einer klinischer Entscheidungen muss der Chirurg Folgendes berücksichtigen:

- die mit dem Watchful Waiting assoziierten Risiken (z. B. Strangulation, Hernienvergrößerung, Verschlechterung von Komorbiditäten), die die Schwierigkeiten und Risiken einer nachfolgenden Operation erhöhen können
- die erhöhte Inzidenz perioperativer Komplikationen nach einer Notoperation sowie Parameter der Lebensqualität

SPEZIFISCHE OP-TECHNIKEN IM RAHMEN DER PRIMÄRANLAGE EINES STOMAS

Aussage 1: Unzureichende Evidenz zum vergleichenden Risiko der Entwicklung von parastomalen Hernien nach Anlage eines Stomas über die extraperitoneale Route ODER die transperitoneale Route UND über die transperitoneale Route.

EVIDENZ-QUALITÄT	SEHR NIEDRIG	NIEDRIG	MITTEL	HOCH
	✓			

EMPFEHLUNGEN

KEINE

Aussage 2: Unzureichende Evidenz zum vergleichenden Risiko der Entstehung von parastomalen Hernien nach Anlage eines Stomas mit lateraler Ausleitung („Pararectus“-Position) UND einer „transrectus“-Position.

EVIDENZ-QUALITÄT	SEHR NIEDRIG	NIEDRIG	MITTEL	HOCH
	✓			

EMPFEHLUNGEN

KEINE

Aussage 3: Unzureichende Evidenz zur idealen Weite der faszialen Durchtrittsstelle bei der Anlage eines Stomas.

EVIDENZ-QUALITÄT	SEHR NIEDRIG	NIEDRIG	MITTEL	HOCH
	✓			

EMPFEHLUNGEN

SCHWACH: Wir schlagen vor, die fasziale Durchtrittsstelle eng zu gestalten, allerdings ohne das Risiko der Darmischämie einzugehen.



PROPHYLAKTISCHES NETZ

Evidenz von hoher Qualität zeigt, dass die Verwendung eines prophylaktischen Netzes während der Anlage eines permanenten endständigen Kolostomas bei elektiver Operation zur Reduzierung der Inzidenz parastomaler Hernien beiträgt.

EVIDENZ-
QUALITÄT

SEHR NIEDRIG

NIEDRIG

MITTEL

HOCH



EMPFEHLUNGEN

STARK: Es wird empfohlen, ein prophylaktisches synthetisches, nicht resorbierbares Netz bei der Anlage eines elektiven permanenten endständigen Kolostomas zu verwenden, um die Inzidenz parastomaler Hernien zu reduzieren.

EVIDENZ-
QUALITÄT

SEHR NIEDRIG

NIEDRIG

MITTEL

HOCH



EMPFEHLUNGEN

KEINE Für die Verwendung eines prophylaktischen Netzes bei Ileostomie und Ileum-Conduit-Stoma.

KEINE Für die Verwendung synthetisch resorbierbarer, biosynthetischer oder biologischer Netze.



PARASTOMALE HERNIEN-REPARATION OHNE NETZ

- Es gibt keine gute Evidenz zum vergleichenden Rezidivrisiko nach Reparatur parastomaler Hernien mit Netz, Stomarelokation oder Nahtreparation
- Es gibt Evidenz, die ein hohes Rezidivrisiko nach Nahtreparation zeigt
- Die Evidenz zum vergleichenden Morbiditätsrisiko nach Reparatur parastomaler Hernien mit Netz, Stomarelokation oder Nahtreparation ist unzureichend
- Es gibt Evidenz, die eine geringe Rate infektiöser Komplikationen bei einer Reparatur parastomaler Hernien mit Netz zeigt

EVIDENZ-
QUALITÄT

SEHR NIEDRIG

NIEDRIG

MITTEL

HOCH



EMPFEHLUNGEN

STARK: Es wird empfohlen, aufgrund des hohen Rezidivrisikos keine Nahtreparation bei elektiven parastomalen Hernienoperationen durchzuführen.

LAPAROSKOPISCHE PARASTOMALE HERNIEN-REPARATION

- Die Evidenz zum Rezidivrisiko nach laparoskopischer Reparatur parastomaler Hernien mit Netz, Stomarelokation oder Nahtreparation ist unzureichend
- Die Evidenz zum Morbiditätsrisiko nach laparoskopischer im Vergleich zu offener Reparatur parastomaler Hernien mit Netz ist unzureichend

EVIDENZ-
QUALITÄT

SEHR NIEDRIG

NIEDRIG

MITTEL

HOCH



EMPFEHLUNGEN

KEINE: Aber die klinische Entscheidung sollte von Folgendem abhängig gemacht werden:

- Ressourcen vor Ort
- Präferenzen des Patienten
- Chirurgische Erfahrung
- Spezifische beim Patienten vorliegende Bedingungen (z.B. Komorbiditäten, Vor-Operationen, intraperitoneale Adhäsionen und Größe der Hernie)

OFFENE RERPARATIONSTECHNIKEN

- Die Evidenz zur optimalen Technik für die offene Reparatur parastomaler Hernien hinsichtlich Morbidität oder Rezidiv ist unzureichend



EMPFEHLUNGEN

KEINE

LAPAROSKOPISCHE REPARATIONSTECHNIKEN

- Die vorhandene Evidenz favorisiert im Hinblick auf die Rezidiv-Entstehung nach Reparatur parastomaler Hernien die Verwendung eines Netzes ohne Öffnung; Netze mit Key-Hole führen zu höherer Rezidiv-Rate
- Es gibt keine ausreichende Evidenz zu Gunsten einer besonderen laparoskopischen Technik für die Reparatur parastomaler Hernien hinsichtlich Morbidität



EMPFEHLUNGEN

SCHWACH: Für die laparoskopische Reparatur parastomaler Hernien wird die Verwendung eines Netzes ohne Öffnung anstelle eines Key-Hole Netzes empfohlen.

NETZTYPEN

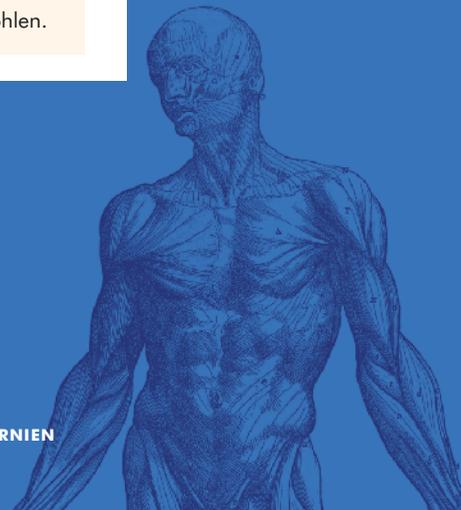
- Die Evidenz zum effektivsten Netz für die Reparatur parastomaler Hernien hinsichtlich Rezidiv oder Morbidität ist unzureichend
- Es gibt keine Evidenz, die eine Gleichwertigkeit oder Überlegenheit biologischer Netze gegenüber synthetischen Netzen hinsichtlich Rezidiv oder Morbidität stützt



EMPFEHLUNGEN

KEINE

Es ist geplant, die Auswirkung dieser Leitlinien auf die klinische Praxis mittels einer webbasierten Befragung von Mitgliedern der EHS 2 Jahre nach der Veröffentlichung dieses Dokuments zu bewerten. Die teilweise oder vollständige Einhaltung dieser Leitlinien durch mindestens 70 % der Teilnehmer wird als Zeichen einer adäquaten Umsetzung betrachtet. Die Teilnehmer werden gebeten, Kommentare und Vorschläge für die geplante Aktualisierung dieser Leitlinien einzureichen. Das Ergebnis dieser Befragung wird öffentlich zugänglich gemacht. Die Wiederholung der Bewertung im 2-Jahres-Intervall wird als angemessen zur Überwachung des Grads der Umsetzung betrachtet.



EUROPEAN HERNIA SOCIETY
CALLE CASTELLÓ 128
28006 MADRID - SPAIN

T: +34 913 836 000 -EXT 133
EMAIL: SECRETARIATEHS(AT)PACIFICO-MEETINGS.COM

Bildnachweis: Adobe Stock

PRODUZIERT IN ZUSAMMENARBEIT MIT

Medtronic