

## Hur ska man behandla ett kroniskt serom efter ärrbråckskirurgi ?

*Nedan kan ni följa maildiskussionen som förts i detta ämne av bräckprofilerade kirurger i Sverige. Frågan initierades av Sven Bringman Södertälje och resulterade i många kloka synpunkter. Sänd gärna mer inlägg till [lars-goran.larsson@orebroll.se](mailto:lars-goran.larsson@orebroll.se)*

Sven Bringman  
Södertälje kir.klin



Bästa bukväggsvänner!

Vad är er uppfattning om behandling av ett kroniskt serom?

Patienten är en 60-årig man med BMI 32 som primärop med stominedläggning av en sigmoideostomi för ett antal år sen. Han utvecklade ett ärrbräck som inte gick att op laparoskopiskt pga adherenser. Fick ett sublaynät med fullständig aponeurotisk täckning. Gott resultat avseende recidiv men utvecklade ett serom som fyllde hela det gamla sc utrymmet, c:a 300 ml. Tappade det upprepade ggr utan större framgång. Opererade bort ett kroniskt serom med en 5 mm tjock kapsel för c:a 6 mån sen. Fortfarande serom av samma karaktär....

Således ingen kvarvarande bräcksäck, inget nät subcutant men ändå recidiverande serom.

Vad är lämpligaste terapin? Finner inte mycket stöd i litteraturen.

Tacksam för era kloka synpunkter!

Agneta Montgomery  
MAS





Hej Sven!

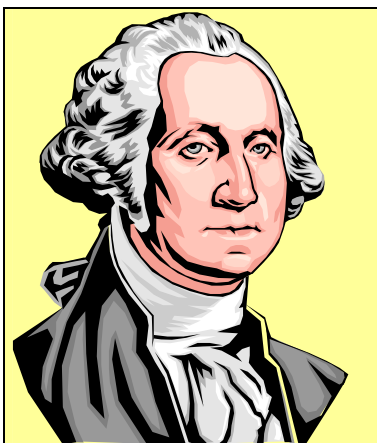
Jag har ett parallellfall på en kvinna opererad ca 1998 i övre medellinjen

som jag tappade många gånger, initialt på minst en liter. Hon opererades efter minst ett år för en ”biffigt” tjock seromkapsel och fick omedelbart ett nytt serom . Detta är kanske är en aning mindre, men hon har haft detta i nu ganska många år. Såg henne av en annan anledning för ca en månad sedan. Hon har kvar sitt serom, men har lärt sig leva med det. Är av utländsk natur och har en stor kapp på sig av kulturella skäl. Hon har dock inte ont men det är skrymmande. Skall tilläggas att patienten också har en kraftig övervikt.

Jag tror att denna reaktion måste vara någon typ av svår nätreaktion. Har aldrig skådat detta varken förr eller senare. Att ta bort nätet bedömer jag som omöjligt på min patient med sin grava övervikt och har ett jättenät. Jag vet inte om man skulle kunna prova operera patienten och sedan Vac-behandla under en tid innan man sluter huden ? Detta kanske gör att subcutis klaffar och läker ihop med granulationer.

Jag har en patient som jag opererade för ett ärrbräck där en

	<p>gammal avstängd abscess som låg på djupet efter en tidigare gastrostomi dök upp i såret. Som du förstår var jag tvungen att fullfölja operationen. Det var ett enormt ärrbräck efter en öppen buk tidigare. Vi ska sy ihop denna kvinna idag i lokalbedövning. (Detta gick utmärkt) Jättespännande diskussion</p>
<p>Sam Smedberg Helsingborg</p> 	<p>Hej! Excision + drän har löst problemet när jag provat, dock endast något enstaka fall. Jag skulle överväga "pleurodesbehandling" efter evakuering, med efterföljande kompression. Ett retningstillstånd som ger synechier och förhoppningsvis obliteration. Jag vet att hydrocele har en tendens att recidivera efter Vibramycininstillation.</p>
<p>Johanna Österberg Mora</p> 	<p>Hej Hörde att man provat med excision och sedan sprutat in Tissel över ytan och sedan kompressionsförband. Har dock ej testat. Hälsningar  Johanna</p>
<p>Sven Bringman Södertälje</p>	<p>Håller med om att det skulle vara lämpligt med denna typ av diskussionsforum på hemsidan. Vi får diskutera det igen.  Beträffande nätreaktion känns det lite tveksamt eftersom nätet ligger helt subaponeurotiskt, utan någon kontakt med subcutis. Seromet ligger helt subcutant.  Sven</p>
<p>Jan Dalenbäck Göteborg</p>	<p>Hej alla! Vibramycin finns mig veterligen inte längre för sclerobehandling av hydrocele/pleurodes behandling etc. Man kan använda aetoxysclerol istället (3% lösning, dvs rejält stark). Vi behandlar en hel del hydrocele på det viset, dvs tappning, försök få ut så</p>

	<p>mycket som någonsin möjligt av vätskan, sedan 3-6 ml 3% lösning enligt ovan. Minst 85%-ig successrate på hydrocele. Jag har aldrig testat det på serom men har själv tänkt att göra det om jag råkar ut för någon terapiresistent typ som Svens aktuella fall. Mitt andra presumtiva alternativ är att öppet explorera och sedan täcka med Tisseel där den nya sprayapparaten säkerligen kommer att vara till stor hjälp. Vi ser fram emot att höra hur det går, Sven! Mvh</p>
<p>Leif Israelsson Sundsvall</p> 	<p>Som jag skrev i mitt första mail så har vi haft en ytterst konservativ inställning till serom i Sundsvall. I allmänhet varken punkterar eller opererar vi. Det är en rätt väl fungerande inställning eftersom vårt intryck är att huvuddelen av seromen resorberas spontant, även om det ibland kan ta 1-2 år. Om man har det strategin så måste man tydligt, tidigt och konsekvent informera patienten om att någon grad av serom är ett normalt förväntat förlopp. I bara ett fall har jag frångått principen och opererat bort seromet. Patienten blev bra men kirurgin var besvärlig eftersom seromet var svårt att avgränsa och man kommer lätt i konflikt med bukvägg och nät. Jag tänker nog inte göra om det.</p> <p>Kunskapsläget vad gäller serom är mycket dåligt. Serom har sannolikt inte så mycket med nätet att göra som det ibland framförs.. Om nätet täcks helt av aponeuros som i detta fall uppstår serom. Om &gt;1 kvadratdecimeter nät ligger blottat subcutant så behöver inget serom alls uppstå. Är möjligen sårhålan efter bråcksäcken det som ger serom? En diskussion i tidskrift kan belysa problemet och ge oss det som behövs - en avhandling som belyser problemet. Kommer inte arrbräck-registret att kunna ge i varje fall goda data vad gäller frekvens och relation till nät? Kunde vi inte samla oss till en fin studie?</p>
<p>LG Larsson Örebro</p>	<p>Hej Kroniska serom är tärande för både doktor och patient och jag tror som Agneta att detta är någon form av ilsken nätreaktion.</p> <p><i>Jag har inte mycket mer att komma med mer än denna synpunkt i egenskap av redaktör för SIKT.</i></p> <p><i>Falldiskussioner som denna är ju utomordentligt intressanta att följa menforumet borde vara på vår hemsida där alla medlemmar kan ta del av diskussionen och komma med kloka råd och synpunkter. Vem vet det kanske finns någon som stött på och löst problemet tidigare utanför föreningens styrelsegrupp. Vi</i></p>



har ju fn tagit bort diskussionsforumet på hemsidan då det var för få som yttrade sig där. Är det någon som har förslag på hur vi kan aktivera medlemmarna på ett mer effektivt sätt. Kanske "Veckans fråga" vore något som kunde stimulera till diskussion

LG

Johanna Österberg  
Mora

Hej  
Veckans el månadens fråga kanske skulle kännas mer angeläget än bara diskutera vad som helst? Vi skulle ju kunna prova med att lägga ut Svens fall och de svar som kommit in och se om det blev någon respons...  
Johanna

Sam Smedberg  
Helsingborg

Hej!  
Jag har letat lite i PubMed och hittade under pleurodes (de 20 senaste publikationerna 2007) talksuspension, vanligaste preparatet, autolog blod patch, doxycylin, urokinas samt silverniträt. Dessutom en experimentell studie som jämförde talk, doxycylin, diazepam och erythromycin. Erythromycin gav mest fibros och begränsad inflammatorisk reaktion. Se bifogad fil. Ethoxysclerol nämnes inte, och det är kanske inte så lämpligt i pleura. Vid seroprevention efter bröstkirurgi har doxycylin och vävnadslim prövats randomiserat utan signifikant bra resultat.  
Kirurgisk behandling med excision av kapsel och systematisk suturering av subcutis för obliteration av kaviteten har jag sett som behandling vid serom. För något år sedan på en bräckkongress hörde jag ett föredrag där samma teknik tillämpades profylaktiskt som seroprevention vid inläggande av onlay Goretex graft. Att lägga in en främmande kropp som talk tycker jag inte är tilltalande. Jans erfarenhet av sklerosering eller något av föreslagna antibiotika ska kanske kombineras med någon form av lokalanestesi. Annars har jag ingen egen erfarenhet att falla tillbaka på.  
Hälsn  
Sam

Ett sent tillägg efter ett samtal igår kväll med en plastikkirurg av helt annan anledning. Kan kanske inflikas i mitt senaste inlägg efter meningen om Goretex.

Diskuterade med en plastikkirurg om seromproblem i samband med hängbukskirurgi. Han har konsekvent de senaste 10 åren lagt ner mycket möda på profylax genom att med suturer steg för steg obliterera den subkutana kaviteten och bandagera länge,

vilket eliminerat problemet. Något att tänka på vid op av riskpatienter, dvs stora ärrbräck hos överviktiga patienter?