

# PROCEDEUL LICHTENSTEIN- PROCEDEU DE ELECTIE ÎN TRATAMENTUL HERNILOR INGHINALE

Constantin Tâbârnă, Vasile Ceauș, Andrei Zaharia, Lidia Istrati

Catedra Chirurgie nr. 2 USMF „Nicolae Testemițanu”, Clinica SCM nr. 3 „Sfânta Treime”

## Summary

### *Lichtenstein Procedure- elective procedure in the treatment of inguinal hernia*

We present you a study made on a sample of 137 patients with inguinal hernia: interstitial, inguinal - pubian, funicle, inguinal scrotal, recurrent and re - recurrent; hospitalized in the SCM Nr. 3, „Sfânta Treime” during the years 12.2001-04.2009.

All patients had supported surgical treatment by tension-free method (no voltage) Lichtenstein procedure using synthetic polypropylene net.

The performed clinical analysis shows a considerable decrease of complications and postoperative recurrence, quick restoration and very good results.

## Rezumat

Prezentăm un studiu pe un lot de 137 de pacienți cu hernii inghinale: interstițiale, inghinopubiană, funiculară, inghinoscrotală, recidivante și rerecidivante; spitalizați în SCM N 3 Sfânta Treime” în perioada anilor 12.2001-04.2009.

Toți pacienții au suportat cură chirurgicală prin metoda tension-free( fără tensiune) procedeul Lichtenstein prin folosirea plasei sintetice din polipropilenă.

Analiza clinică efectuată atestă o scădere considerabilă a complicațiilor și recidivelor postoperatorii, refacerea este rapidă iar rezultatele foarte bune.

## Introducere

Herniile peretelui abdominal reprezintă cele mai frecvente afecțiuni care necesită intervenții chirurgicale majore.

În ciuda numeroaselor intervenții chirurgicale reparatorii, rezultatele optime continuă să se lase așteptate, iar rata insucceselor chirurgicale (recidivelor) este dezamăgitoare. Rezultatul unei cure chirurgicale a unei hernii este înalt dependent de chirurg, iar memorabila declarație din 1804 a lui Astley P. Cooper este încă pertinentă și adecvată: „Nici o boală a corpului omenesc, care face parte din sfera de activitate chirurgicală, nu necesită pentru tratament o combinație mai mare de cunoștințe anatomice precise și îndemânare chirurgicală decât hernia sub toate formele ei”.

Herniile reprezintă o problema curentă de sănătate publică. Herniile inghinale constituie 80% din totalul herniilor. Prevalența exactă nu este cunoscută, dar se acceptă o incidență estimată de 3-4% la populația masculină.

Strangularea apare la 1,3-3% din herniile inghinale. Probabilitatea srangulării unei hernii inghinale variază cu localizarea și durata. Pentru hernia inghinală probabilitatea strangulării este de 2,8% după 3 luni de apariție și crește la 4,5% după 2 ani. Localizarea herniilor pe partea dreaptă a abdomenului este de 30% mai frecventă decât pe cea stângă, iar la 8-10 hernii unilaterale se întâlnește una bilaterală.

Chirurgii foarte experimentați care au folosit tehnicile clasice au raportat o rată a recurențelor variind între 1-3 până la 8% după o urmărire de 10 ani.

Hernioplastia Lichtenstein după părerea multor autori este o metodă simplă, economică cu nivel scăzut al recidivelor și complicațiilor.

## Scopul

Studierea eficacității procedurii Lichtenstein în tratamentul herniilor inghinale la distanță și în timp.

### Material și metode

În perioada anilor 12.2001-04.2009 au fost supuși tratamentului chirurgical cu plasă sintetică din polipropilenă procedeul Lichtenstein 137 pacienți. În toate cazurile s-a folosit plasă cu dimensiunile 7,5-15 cm suturate cu sutură din polipropilenă (tabelul 1).

În unul din cele 2 cazuri de hernii rerecidivante în sacul herniar se afla vezica urinară iar în alt caz omentul cu colonul sigmoid și din cele 11 hernii bilaterale 2 au fost directe și 9 oblice. Durata medie a operației este de o oră, operațiile fiind efectuată sub anestezie locală cu potențiere i/v sau i/m. Preoperator se administrează 1g Cefalosporină i/v sau i/m și postoperator analgetice 1-2 zile. În tabela ce urmează prezentăm repartizarea pacienților după vârstă (tabelul 2).

Tabelul 1

Tipul herniei	Nr.	%
Pacienți	137	100%
Hernii oblice	48	35%
Hernii directe	41	29,9%
Bilaterale	11	8%
Recidivante	13	9,4%
Rerecidivante	2	1,45%
Inghinoscrotale	22	16%
Operații (total)	148	

Tabelul 2

Vârsta	Nr.
20-30	4
30-40	12
40-50	21
50-60	51
60-70	31
70-80	15
80-90	3

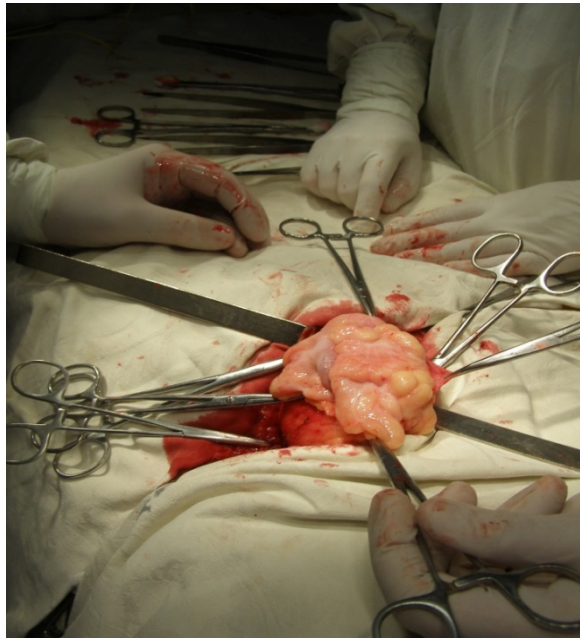
**Caz clinic.** Pacientul X, 35 ani a fost internat pe data de 14.04.2008 cu Dg-Hernie inghinoscrotală voluminoasă recidivantă prin alunecare pe stânga.

Din anamneză la vârsta de 15 ani a suportat tratament chirurgical pentru hernie inghinală pe dreapta, în 2004 pentru hernie inghinală pe stânga. Peste 4 ani se reîntoarce cu recidiva a herniei din partea stângă (fig. 1). Funcția sexuală normală. Se intervine chirurgical, în timpul operației se atestă un sac herniar masiv care a fost deschis, peretele lateral al sacului este prezentat de colonul sigmoid (fig. 2). Sacul a fost suturat și înfundat cu tot cu conținut în cavitatea abdominală (fig. 3,4,5).

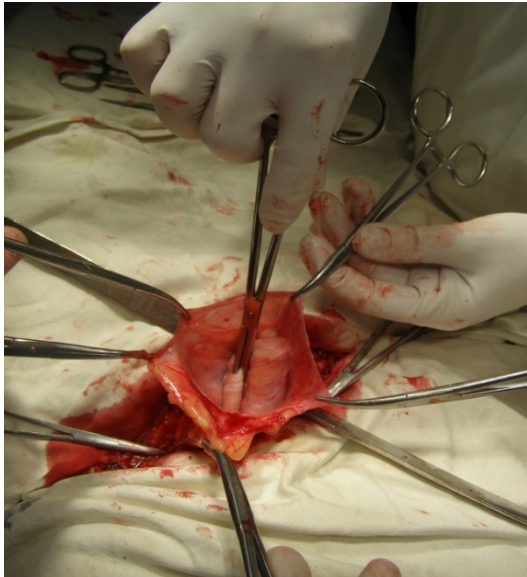
Cordonul spermatic a fost mobilizat după care s-a suturat defectul în fascia transversală și modelat inelul profund al canalului inghinal (fig. 6). S-a efectuat plastia cu plasă sintetică din polipropilenă 7,5-15 cm procedeul Lichtenstein (fig. 7,8). Preoperator și intraoperator s-a administrat câte 1 g. de Ceftriaxonă i/v, evoluție favorabilă, pacientul externat la 6-ea zi după operație.



*Fig. 1. Înainte de operație*



*Fig. 2. Omentul și intestinul sigmoid în sacul herniar*



*Fig. 3-4. Eliberarea și mobilizarea conținutului sacului herniar*



*Fig. 5.*



*Fig. 6. Modelarea inelului profund a canalului inghinal*



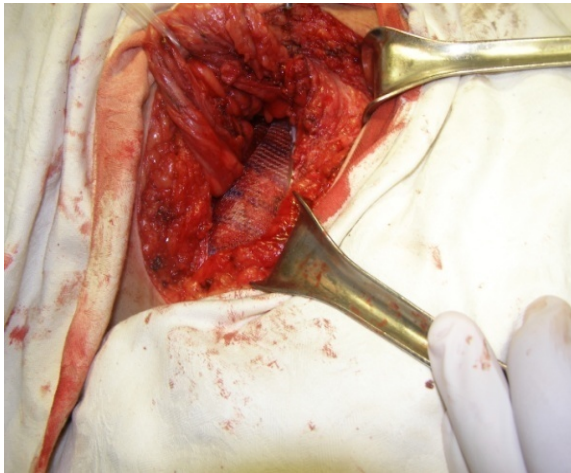


Fig. 7. Aplicarea plasei din polipropilenă

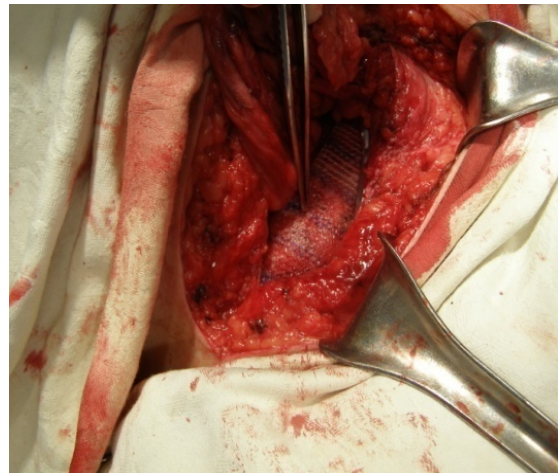


Fig. 8. Plasa fixată deja

### Rezultate și discuții

Analizând cele 137 de cazuri putem afirma ca durata medie de spitalizare a fost 3-4 zile, plăgile postoperatorii sau cicatrizat per prima. Din 148 operații efectuate au fost următoarele complicații:

- Parestezie locală 2 cazuri;
- Serom al plăgii postoperatorii 1 caz care a fost rezolvat prin evacuare;
- Febră postoperatorie 5 cazuri care a fost calificată ca o inflamație aseptică ca rezultat la materialul sintetic implantat.

**Complicații.** În literatură Orhita ischemică, cu complicația ei atrofia testiculară, și nevralgia reziduală sunt cele două complicații importante, deși rare, ale hernioplastiei inghinale. Ele apar mai frecvent după hernioplastia inghinală anterioară, deoarece nervii și cordonul spermatic sunt disecați și mobilizați. Recidiva tot poate fi considerată drept o complicație a hernioplastiei inghinale, deși tradițional, chirurgii nu o consideră așa. Manifestările clinice ale orhitei ischemice apar insidios, nu sunt evidente timp de 2-5 zile după hernioplastie și, inițial, sunt frecvent greșit interpretate. Testiculul și cordonul spermatic se tumefiază, devin de consistență crescută, sensibile, dureroase și retractate. Procesul durează 6-12 săptămâni și se poate remite complet sau se poate termina cu atrofierea testiculului. Gangrena nu este frecventă iar orhidectomia este rareori necesară.

Etiologia orhitei ischemice este tromboza cordonului spermatic, iar afectarea testiculară implică o congestie venoasă intensă. Tromboza este provocată de trauma chirurgicală a cordonului, în special când se asociază cu disecția pentru îndepărtarea completă a unui sac larg de hernie inghinală indirectă. Disecția unui sac herniar indirect scrotal lezează venele delicate ale plexului pampiniform, inițiază tromboza și în plus întrerupe și circulația colaterală. Nu există un tratament eficient de prevenire a atrofiei. Se administrează antibiotice, antiinflamatorii și doze masive de steroizi.

Nevralgia reziduală cronică este determinată de manipularea chirurgicală a nervilor inghinali sau după hernioplastie datorită țesutului cicatricial contractant sau granuloamelor inflamatorii adiacente. Traumatismul intraoperator al nervului prin secționare, întindere, contuzie sau sutură duce la apariția unei dureri care se poate dezvolta precoce sau tardiv, după săptămâni sau chiar luni de la operație. Ea poate fi localizată, difuză, proiectată pe traiectul nervului sau resimțită în zonele învecinate. O cauză binecunoscută a nevralgiei este neurinomul care se dezvoltă din proliferarea fibrelor nervoase ale unui nerv care a fost secționat complet sau incomplet. Prevenirea lezării nervilor este foarte importantă, deoarece tratamentul complicațiilor nevralgice este frecvent lipsit de eficacitate. Din fericire această complicație este rară. Dacă este

posibil nervii trebuie păstrați, însă acest lucru nu este posibil întotdeauna, iar unii nervi mici greu vizibili sunt secționati involuntar.

Uneori, pentru a putea efectua hernioplastia, trebuie secționate ramuri majore sau chiar trunchiuri nervoase. Majoritatea nervilor necesită ligatură pentru controlarea sângerării care poate limita și formarea de neurinom.

Recidiva tot poate fi considerată drept o complicație a hernioplastei inghinale, deși tradițional, chirurgii nu o consideră așa. Recidiva este determinată de tensiunea excesivă la locul suturilor, de țesuturile insuficiente, hernioplastiile neadecvate și de herniile nedepistate. Recidivele sunt mult mai frecvente la pacienții cu hernii directe, în special când sunt bilaterale. Recidiva herniilor indirecte este determinată de excizia insuficientă a capătului proximal al sacului, de refacerea insuficientă a inelului profund. Majoritatea recidivelor sunt directe și apar de obicei în zona tuberculului pubian, unde se înregistrează cea mai mare tensiune la nivelul liniilor de sutură.

Tratarea simultană a herniilor inghinale bilaterale nu mărește tensiunea la nivelul suturilor și nu reprezintă cauză de recidivă, așa cum se credea mai înainte. Pentru tratarea cu succes a herniilor recidivante trebuie folosită o proteză. Iar recidivele după protezare cu proteză sunt determinate de proteze care sunt prea mici.

Hernioplastiile tension-free Lichtenstein sunt contraindicate în cazul herniilor determinate de boli ale țesutului conjunctiv. De asemenea, nu sunt necesare la femeile cu hernii indirecte primare, deoarece închiderea simplă a inelului profund determină întotdeauna rezultate excelente.

Făcând o comparație în baza datelor din literatură și a experienței clinicii noastre se constată o tendință tot mai mare de practicare a plasei sintetice la noi în țară. În cazul nostru s-a efectuat doar analiza a cazurilor de hernioplastie procedeu Lichtenstein care a fost aplicat și în cazurile recidivante cât și cele rerecidivante.

### **Concluzii**

Hernioplastia non-tension procedeu Lichtenstein are o incidență minimă de recidive, lichidarea sigură a porților herniare, complicații minime postoperatorii cât și reîntoarcerea rapidă a pacientului în societate și la activitatea de zi cu zi.

### **Bibliografie**

1. **Schwartz** -Principiile chirurgiei, volumul II, editura 2005 pag 1582-1605.
2. **Mircea Pătruț** -Herniile abdominale, pag 98-135.
3. **Vladimir Hotineanu**-Chirurgie curs selectiv, editura Medicina 2002, pag 632-650.
4. **В.В. Жебровский**, Хирургия грыж живота и эвентраций, Editura Simferopol 2002, pag.191-256.
5. **Н.В.Воскресенский**, Хирургия грыж брюшной стенки, Editura Moscova 1965, pag.141-236.