

## Hernia Amyand

\*R. Șcerbina, Gh. Ghidirim, Gh. Boghian, V. Bordian

Nicolae Anestiadi Department of Surgery No 1, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University  
 National Centre of Scientific Practice for Emergency Medicine  
 1, August 31 Street, Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: + 37322710774. E-mail: romeo\_scerbina@yahoo.com  
 Manuscript received: January 23, 2011; revised April 02, 2012

### Amyand's Hernia

The finding of vermiform appendix in an inguinal hernia has an incidence of approximately 1%. The condition is given the eponymous name Amyand's hernia. The clinical presentation varies, depending on the extent of inflammation of the appendix and is most often misdiagnosed as an incarcerated inguinal hernia. As such it is rarely recognised prior to surgical exploration. Our patient – 84-year old man presented with 3 day history with discomfort in the right inguinal region, followed by 24 hours of generalized abdominal pain, nausea, and vomiting. The treatment consisted of a combination of appendectomy and hernia repair. The postoperative period was followed by cardio-vascular and respiratory complications and after 6 days the patient died.

**Key words:** Amyand's hernia, appendicitis, inguinal hernia, treatment.

### Грыжа Амианда

Наличие аппендикулярного отростка в грыжевом мешке при паховой грыже встречается редко, (у 1% больных) и носит название – грыжа Амианда. Клинические проявления зависят от выраженности воспаления червеобразного отростка и, чаще, устанавливается диагноз – ущемлённая паховая грыжа. До операции диагноз устанавливается крайне редко. Наш больной, в возрасте 84-х лет, поступил на третий день заболевания с жалобами на дискомфорт в правой паховой области. В последующие 24 часа боли в брюшной области стали диффузными и сопровождалась тошнотами и рвотой. Проведена комбинированная операция – аппендэктомия и грыжесечение с пластикой местными тканями. Послеоперационный период осложнился сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью и на 6-ом дне послеоперационного периода пациент скончался.

**Ключевые слова:** грыжа Амианда, аппендицит, паховая грыжа, лечение.

Hernia Amyand este o hernie rară (mai puțin de 1% din hernii), descrisă acum 170 de ani, în timpul căreia apendicele inflamate este inclus în sacul hernial, provocând încarcerarea acestuia [4]. Patofiziologia reală nu este cunoscută. Acest tip de hernie este dificil de diagnosticat clinic și, mai rar, preoperator [1, 5]. Mai des sau aproape în totalitate, această hernie este din dreapta. Din stânga ea poate fi asociată doar în cazul *situs inversus*, cec mobil și malrotație intestinală. Această afecțiune a fost descrisă de sergent – chirurgul Regelui George II din Anglia, Claudius Amyand (1680–1740), care a efectuat prima apendicectomie cu succes în hernia inghinală la 6 decembrie 1735 [5], în spitalul Sf. Gheorghe din Londra. În acest caz a fost operat un pacient de 11 ani cu o fistulă stercorală în scrot. Aceasta se manifestă ca o hernie încarcerată, fiind descoperită în cazul operației pentru hernie strangulată. Sunt cunoscute descrieri ale 27 de cazuri (Ryan), dintre care doar la 11 (0,13%) a fost prezent sacul herniar, în 8692 de cazuri de apendicită acută. Durerea, pirexia și leucocitoza nu sunt concludente pentru acest diagnostic. Sunt descrise hernii Amyand tip I după Losanoff (apendice normal în sacul herniar), care se vor rezolva prin hernioplastie, excluzând apendicectomia; hernia Losanoff de tipurile II–IV (apendice cu inflamație acută în sacul herniar), rezolvată prin apendicectomie, urmată de plastie fără folosirea protezei. Pentru stabilirea diagnosticului se folosește CT cu reconstrucție, care determină apendicele inflamate cu un diametru

crescut, uneori cu colecție de lichid, ce se răspândește prin canalul inghinal spre scrot [2, 6] sau o relație a apendicelui cu structurile vecine după o reconstrucție multisețională. La fel de important este și examenul USG, care depistează lichid în sacul herniar și un apendice cu un diametru mărit. Aceasta nu poate fi folosită întotdeauna, mai ales când se suspectează o hernie încarcerată. De cele mai multe ori diagnosticul este stabilit în timpul operației pentru o hernie încarcerată, la deschiderea sacului herniar [6]. Tratamentul constă în apendicectomie și cura herniei. Prezența puroiului sau a perforației este o contraindicație pentru hernioplastie [7]. Tratamentul poate fi și laparoscopic. Această tactică e indicată în cazul unui apendice neinflamat. În cazul unei apendicite acute fără colecție de lichid purulent, după apendicectomie se va efectua cura herniei, dar fără a folosi plasa sintetică [5]. Importantă este includerea tratamentului antibacterian și irigarea plăgii pentru reducerea septicemiei. Cât privește tactica chirurgicală, în cazul prezenței apendicelui neinflamat în sacul herniar, este contradictorie: unii pledează pentru extragerea apendicelui, pe când alții sunt categoric împotriva în vederea posibilei dezvoltări a unei infecții în plagă, care poate duce la o recidivă a herniei și chiar la o septicemie.

### Caz clinic

Pacientul I., 84 de ani, f/o 16501, internat în CNȘPMU pe 18.09.2011 la 21.50, la trei zile de la îmbolnăvire, după

un acces de tuse, când a apărut o tumefacție în regiunea inghinală dreaptă. Purtător de hernie inghinală dreaptă timp de doi ani. La internare acuză dureri în regiunea inghinală dreaptă, grețuri, xerotomie. În regiunea inghinală dreaptă s-a determinat o formațiune tumorală dură, ireponibilă cu dimensiunile de 8,0 x 6,0 cm, fără semne peritoneale. Diagnostic: hernie inghinală strangulată pe dreapta. Se stabilesc indicații pentru spitalizare și tratament chirurgical. După o pregătire preoperatorie pe 18.09.2011 pacientul este operat (23.30-00.10). Herniotomie, apendicectomie, drenarea cavității peritoneale. Hernioplastie cu țesuturi proprii. Incizie de 12 cm. Sacul herniar cu pereți necrotizați. În sacul herniar apendicele vermicular modificat gangrenos, lichid turbure – 50 ml. În bazin – 50 ml din același lichid ca și în sacul herniar. Drenarea cavității abdominale prin contrapertură în regiunea inghinală dreaptă. Tamponarea țesutului subcutan cu o meșă cu apă oxigenată de 3%.

**Diagnostic postoperator:** hernie inghinală strangulată pe dreapta tip Amyand II. Patologii asociate: HTA gr. III, esențială. CI, angor pectoral stabil de efort CF III–IV, cord hipertensiv decompensat. IC gr. III–IV NIHA, pneumonie bilaterală de stază. Insuficiență cardio-vasculară și respiratorie acută.

Tratament în secția ATI prin cateterizarea *v. subclavia*, antibioticoterapie, tratament infuzional, detoxicant, reologic, profilaxia complicațiilor trombotice. Perioada postoperatorie gravă cu păstrarea insuficienței cardiovasculare în continuă înrăutățire. La a 6-a zi postoperator s-a stabilit oligurie refractară la diuretice cu o hipotensiune (TA 80/60 mm Hg) pe fon de adrenalină 0,5–0,6 mg/kg/corp. La 16.00 – stop cardiac, resuscitare, la 16.30 – deces. Diagnosticul post-mor-

tem a coincis cu cel postoperator. Din considerații religioase, la insistența rudelor, cadavrul a fost eliberat fără necropsie.

### Discuții

Cazul prezentat confirmă dificultățile diagnostice în cazul herniei Amyand, iar în cazul prezentat diagnosticul a fost stabilit doar intraoperator. Pacientul s-a adresat tardiv (doar după 72 de ore), patologia asociată, cardiorespiratorie și pulmonară, a condiționat evoluția gravă cu insuficiență poliorganică, ceea ce a provocat decesul.

### Concluzie

Hernia Amyand este o patologie rară cu dificultăți de diagnostic (în majoritate diagnosticul se stabilește intraoperator), iar metodele imagistice – USG, CT sunt folosite doar în cazuri de incertitudine diagnostică.

### Bibliografie

1. Apostolis S, Papadopoulos V, Michalopoulos A, et al. Amyand's Hernia. A case Report and Review of the Literature. *Journal of Surgery*. 2005;1.
2. Ashkan A, Malayan, Stanley S, Siegelman. Amyand's Hernia. *New Engl J Med*. 2011;364:2147.
3. Creese PG. The first appendectomy. *Surg Gynecol Obstet*. 1953;97(5):643-652.
4. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. *Ann R Coll Surg Engl*. 1982;64(2):121-122.
5. Flood L, Chang KH, McAnena OJ. A rare case of Amyand's hernia presenting as an enterocutaneous fistula. *JSKR*. 2010;76.
6. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Med J*. 2005;46:424-5.
7. Constantine Sarah. MBBS, FRANZCR Computer Tomography Appearances of Amyand Hernia. *Journal of Computer Assisted Tomography*. 2009;33(3):359-362.

