

REZULTATELE UTILIZĂRII PLASELOR SINTETICE ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL EVENTRAȚIILOR ABDOMINALE

N. Dănilă, E. Târcoveanu, Cr. Lupașcu, D. Andronic, Beatrice Luca
Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – V. Buțureanu”, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

PROSTHETIC MESH REPAIR OF THE ABDOMINAL INCISIONAL HERNIAS; LONG-TERM RESULTS (Abstract): The use of synthetic meshes in surgical repair of abdominal incisional hernias became a routine surgical technique in the last years. Analyzing the results, the authors, try to describe the surgical manner to insert the mesh which can prevent the recurrence and the reject of the mesh. In the First Surgical Clinic Iași (Romania) 1031 abdominal incisional hernias were operated between 1994 and 2003. At 323 patients a synthetic mesh were used. The different surgical manners to insert the mesh are analyzed, with the particularities of postoperative evolution, the recurrence rate and the reject rate of the mesh. In 172 cases (53,3 %) the mesh was placed inside the peritoneal cavity and the postoperative course was uneventful. We consider this technique the gold standard but it is dependent by the presence of the great omentum and by the accuracy of the surgical technique.

KEY WORDS: INCISIONAL HERNIA, MESH REPAIR, POLYPROPYLENE MESH

Correspondență: Conf. Dr. N. Dănilă, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 700111, Iași

INTRODUCERE

Eventrațiile reprezintă exteriorizarea unui viscer abdominal acoperit de peritoneu parietal, sub tegumente, printr-un defect musculo-aponevrotic dobândit (post-traumatic sau postoperator) [1].

Frecvența de apariție a acestei complicații tardive variază între 4 – 23% din cazurile cu intervenții chirurgicale abdominale [2,3].

Eventrația abdominală, ca leziune anatomo-patologică, este caracterizată de următoarele elemente: sediul anatomo-topografic (peretele abdominal antero-lateral), dimensiunea defectului parietal musculo-aponevrotic, volumul viscerelor herniate în sacul de eventrație, prezența fenomenului de încarcerare/strangulare, „pierderea dreptului la domiciliu”. Deci, la unii pacienți se impune intervenția chirurgicală în urgență (eventrație strangulată sau încarcerată cu ocluzie intestinală), iar la alții, operația poate fi temporizată dar este necesară o schimbare a stilului de viață.

Refacerea peretelui abdominal se poate realiza prin procedee anatomice sau prin inserția unui material protetic. Autorii își propun să evalueze modalitatea tehnică chirurgicală optimă de inserție a plasei sintetice.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul este retrospectiv incluzând 1031 pacienți operați de eventrație în Clinica I Chirurgie Iași în perioada 1994 – 2003. La 323 de cazuri (31,32%) refacerea peretelui abdominal s-a realizat prin substituție cu plasă sintetică.

Am utilizat aproape exclusiv plasele de tip Plastex[®] produse de I.C.T. București (94% din cazuri); celelalte tipuri de plase au fost folosite sporadic.

Utilizarea plaselor sintetice în repararea defectelor parietale abdominale reprezintă la ora actuală un procedeu utilizat frecvent în clinica noastră, plastia defectelor parietale abdominale cu proteze sintetice având o dinamică constant ascendentă în raport cu procedeele anatomice (Fig. 1).

Eventrațiile au fost mai frecvente la femei (77% din cazuri) și la pacienții din mediul urban. Incidența maximă este notată în decadele 4 - 5 de viață. Din punct de vedere topografic predomină eventrațiile subombilicale (49,31%) urmate de cele supraombilicale (37,15%). Restul localizărilor au fost rare (Tabelul I).

Din totalul eventrațiilor prezentate, 66,5% erau recidive după cel puțin o cură de eventrație printr-un procedeu anatomic. De asemenea, majoritatea pacienților cu eventrații recidivate prezentau o serie de comorbidități, dintre care obezitatea a fost principalul factor agravant (82%). Adesea, am întâlnit veritabile asocieri patologice, din care trepidul obezitate-diabet-hipertensiune arterială a fost prezent în 22,5% din cazuri.

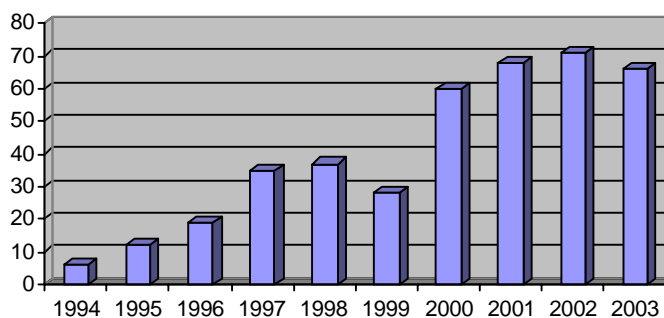


Fig. 1: Dinamica plastiilor cu plase sintetice

Tabelul I: Localizarea eventrațiilor

SUBOMBILICALE	49,31 %
SUPRAOMBILICALE	37,15 %
SUPRA ȘI SUBOMBILICALE	11,83 %
PARASTOMALE	1,2 %
ALTELE	0,4 %

Protocolul de investigații paraclinice în cazurile noastre a fost cât mai complet, pentru a depista o eventuală patologie intraperitoneală asociată eventrației. Justificarea acestei atitudini constă în necesitatea rezolvării chirurgicale concomitente a eventrației și a eventualei patologii asociate, deoarece intervențiile chirurgicale abdominale precoce după cura eventrației cu plasă sintetică, sunt de evitat, pentru a nu compromite soliditatea peretelui abdominal.

În acest sens, am procedat la explorarea ecografică de rutină, hepato-bilio-pancreatică și pelvină; de asemenea, s-a efectuat și explorarea colonului, obligatoriu peste 40 de ani, prin colonoscopie sau prin clismă baritată. Endoscopia digestivă superioară și chiar computer tomografia au fost necesare la unii pacienți în caz de dubiu diagnostic.

Astfel, în 86 cazuri (26,7%), asociat curei de eventrație cu plasă sintetică, s-au efectuat alte operații: 42 colecistectomii, 10 rezecții de cancer colo-rectale, 10 anexectomii, 7 histerectomii, 3 rezecții gastrice pentru ulcer, 14 rezecții intestinale pentru necroze ale ansei eventrate.

Tehnica chirurgicală

Cura eventrației abdominale cu plasă sintetică este o tehnică chirurgicală laborioasă, necesitând o hemostază perfectă, o disecție atentă a sacului și a reperării marginilor musculo-aponevrotice ale defectului parietal, o visceroliză minuțioasă, în care eliberarea intestinului și/sau a marelui epiploon încarcerat reprezintă timpul principal.

Deosebit de important în acest moment operator este un bilanț lezional corect, prin depistarea tuturor defectelor parietale, adesea, pe lângă defectul parietal principal existând multiple orificii în lungul vechii cicatrici operatorii. Nu suntem adepții rezecțiilor tisulare (sac, piele, epiploon) în cursul disecției și a inventarierii leziunilor. Sugerăm ca țesuturile excesive să fie excizate la sfârșitul plastiei parietale, odată cu excesul de material sintetic.

Modalitatea de inserție a plasei sintetice, pe seria noastră, a fost variabilă, în acord cu evoluția conceptuală din literatura de specialitate, dar și în concordanță cu experiența pe care colectivul clinicii a acumulat-o în decursul timpului. Astfel, dacă inițial plasele sintetice au fost montate pre-musculo-aponevrotic 122 cazuri (33,8%), pe măsură ce au început să apară complicațiile septice (urmate de limforagii, reacții granulomatoase cu evoluție trenantă, asociată uneori cu rejetul plasei), montajul pre-musculo-aponevrotic a început să fie din ce în ce mai rar utilizat. În prezent, rezervăm această tehnică doar situațiilor speciale.

În consecință ne-am concentrat atenția asupra tehnicilor chirurgicale de inserție a plasei care realizează o protecție suplimentară, prin amplasarea ei într-o poziție profundă în structura peretelui abdominal; astfel, în 29 cazuri (8,9%) plasa sintetică a fost amplasată retromuscular după tehnica Rives și în 172 de cazuri (53,3%) intraperitoneal. Acest ultim procedeu ne-a dat satisfacții depline din punct de vedere al solidității refacerii peretelui abdominal și al absenței complicațiilor septice.

Atragem atenția asupra importanței „economiei” marelui epiploon care nu trebuie rezecat deoarece reprezintă un material plastic deosebit.

Un principiu fundamental este de a nu aplica materialul protetic direct pe ansele intestinale deoarece în aceste cazuri sindroamele aderențiale și fistulele digestive sunt frecvente [4,6]. Singurele plase care pot fi aplicate direct pe ansele intestinale (când marele epiploon este absent chirurgical) sunt plasele compozite din Vicryl® (acid poliglicolic) cu polipropilenă sau Vicryl® cu poliester la care suprafața în contact cu viscerele este cea de Vicryl® [6].

În aceste condiții, după reperarea defectului parietal este necesară interpunerea marelui epiploon între masa intestinală și plasa sintetică, pentru protecția anselor intestinale. În cazul epiploonului scurt sau absent chirurgical, se poate folosi un lambou din sacul de eventrație care se inseră intraperitoneal pe circumferința defectului parietal.

Plasa este suturată intraperitoneal cu fire separate totale în „U” (de preferat firele monofilament non-resorbabile grosimea 0 sau 1 sertizate). Inserția plasei o facem la distanță de 4 - 5 cm de marginea defectului parietal [7,8]. Plasa este apoi acoperită de lambourile saculare.

Nu drenăm niciodată în contact cu plasa, deoarece marele epiploon subjacent are o mare putere de resorbție astfel încât nu se formează seroame. În schimb, drenajul aspirativ subcutanat este absolut necesar, el favorizând acolarea planurilor superficiale prevenind acumulările serohematice și infectarea lor.

Nu recomandăm rezecția cutanată deoarece există riscul ca aceasta să fie excesivă. Dacă nu am conceput intervenția de plastic parietală cu plasă sintetică în asociere cu un gest de chirurgie plastică, o dermolipectomie, este bine să amânăm corecția eventualelor cicatrici vicoase sau a șorțurilor adipoase peste 6 luni, când retracția cutanată este definitivă și permite o intervenție corectoare.

În continuare prezentăm cazul unei paciente de 54 ani, cu obezitate morbidă și eventrație gigantă subombilicală (Fig. 3).

S-a practicat cura eventrației cu plasă sintetică, plasată intraperitoneal (Fig. 4) și dermolipectomie abdominală. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, aspectul peretelui abdominal la 3 luni postoperator fiind prezentat în Fig. 5.



Fig. 3: Eventrație subombilicală, obezitate morbidă
S-a practicat cura eventrației cu plasă sintetică și dermolipectomie.

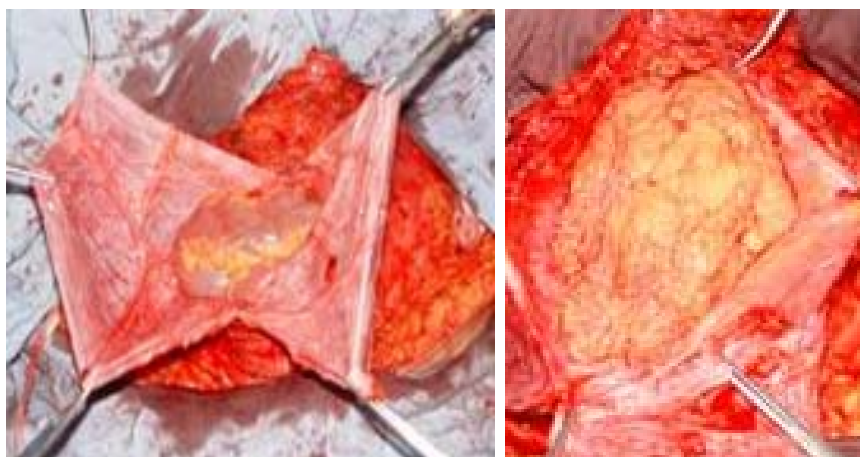


Fig. 4: Aspecte intraoperatorii
a) izolarea sacului și reperarea marginilor defectului parietal,
b) fixarea marelui epiploon.



Fig. 5: Aspectul peretelui abdominal la 3 luni postoperator

REZULTATE

Pe seria de 172 de plase montate intraperitoneal nu am avut complicații majore.

Singurele incidente au fost reprezentate de: limforagii și necroze ale marginilor inciziei operatorii, cu întârzieri în cicatrizarea plăgii operatorii.

Toate aceste incidente le considerăm că se datorează unui exces a decolării cutanate și au survenit în 17 cazuri (9,9%). Supurația țesutului subcutan a survenit în 3 observații (1,75%). Această complicație s-a rezolvat prin drenaj și ulterior prin sutură secundară. Nu s-a produs nici un incident septic legat de plasă, urmat de rejețul acesteia. Pe întreaga serie prezentată, de 323 cazuri, semnalăm 48 de recidive ale eventrației ce reprezintă 14,8% din cazuri. Dintre acestea, la 23 de cazuri (47,9%) recidiva eventrației s-a produs datorită efortului fizic excesiv depus de pacient în primele 6 luni postoperator.

Au fost 22 complicații septice ce au compromis plasele montate pre-musculo-aponevrotic dintre care și 3 cazuri de fistule intestinale (când plasa a fost în contact cu intestinul de necesitate sau fortuit).

S-au înregistrat pe întreaga serie 3 decese (0,93%): embolie pulmonară (1 caz), insuficiență respiratorie (1 caz), sepsis sever (1 caz).

DISCUȚII

Există două categorii de factori implicați în etiopatogenia eventrațiilor postoperatorii [1]: factori care țin de actul chirurgical și terenul (fondul biologic) al bolnavului. Din prima categorie reținem *factorul ischemic și factorul septic* ce complică evoluția unei plăgi chirurgicale și ulterior, compromite soliditatea parietorafiei, *tipul laparotomiei* (inciziile verticale, oblice sau paramediane prin interesarea inervației și secționarea planurilor anatomice predispun la eventrații) unele *complicații postoperatorii precoce* care cresc presiunea intraabdominală și suprasolicită sutura parietală (retenție de urină, infecții respiratorii, ileus etc.).

Dintre factorii care țin de bolnav, *factorul mecanic* (suprasolicitarea prin efort fizic excesiv a zonei cicatriceale, rigidă, comparativ cu țesuturile normale) și *factorii distrofici* sunt cei mai importanți în favorizarea dezvoltării eventrațiilor [1].

Pe seria noastră, obezitatea a fost factorul distrofic cel mai des întâlnit.

Din punct de vedere fiziopatologic, este unanim acceptat că sutura plăgii operatorii în tensiune excesivă reprezintă, prin ischemia tisulară pe care o generează, factorul ce conduce la apariția eventrației și a recidivelor după cura anatomică a eventrației. Sutura simplă a eventrațiilor este însoțită de un grad inacceptabil de recidive a eventrațiilor [3], motiv pentru care din 1986 când Lichtenstein și Schilman au descris tehnica „tension free”, repararea cu plase sintetice a defectelor parietale abdominale a devenit progresiv unanim acceptată, pentru orice dimensiune a defectului parietal [4].

Există multiple studii randomizate care, comparând refacerea anatomică cu protezarea cu plase sintetice, au arătat o rată a recidivei de până la 63% la pacienții la care s-a practicat cura anatomică a eventrației [5,7].

CONCLUZII

Tensiunea excesivă a suturii determină ischemie locală; firele de sutură „taie” țesuturile și rezultatul este eventrația sau recidiva eventrației.

Repararea cu plasă nu este recomandată în cazul operațiilor cu timp septic, deoarece contaminarea plasei poate cauza rejețul materialului sintetic.

Antibioprofilaxia este obligatorie și poate fi prelungită când au existat incidente septice intraoperatorii [9].

Repararea cu plasă a eventrației nu este o tehnică dificilă, dar necesită înțelegerea contextului lezional, meticulozitate, iar la unii timpi operatori trebuie o atenție specială. Există câteva principii tehnice care trebuie respectate: evitarea suturii plasei sub tensiune excesivă, suprapunerea dintre proteză și planul musculo-aponevrotic trebuie să se facă pe cel puțin 2 cm, excesul de plasă sau alte materiale de sutură trebuie să fie îndepărtat, marele epiploon și sacul de eventrație sunt utile pentru a proteja plasa, proteza nu va fi pusă în contact direct cu ansele intestinale, plasarea tuburilor de dren în contact cu plasa trebuie evitată.

Considerăm inserția intraperitoneală a plasei ca tehnica de elecție pentru substituția defectelor parietale abdominale.

BIBLIOGRAFIE

1. Ciurea M. Eventrațiile în *Tratat de patologie chirurgicală* vol. I, sub red. N. Angelescu, Ed. Medicală București, 2001: 1317-1319
2. Cassar K, Munro A. Surgical treatment of incisional hernia. *Br J Surg* 2002; 89: 534-545
3. Jacobus W.A. Burger, MD, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia, *Ann Surg* 2004, 240(4): 578-585
4. Roland W. Luijendijk, Wim C.J. Hop et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia *The New England J of Med.* august 10, 2000; vol. 343, no.6.
5. Koller R, Miholic J. Repair of incisional hernias with expanded polytetrafluoroethylene. *Eur J Surg* 1997; 163, 261-266
6. Morris-Stiff GJ, et al. The outcomes of nonabsorbable mesh placed within the abdominal cavity : literature review and clinical experience *J Am Coll Surg.* 1998, 186: 352-67.
7. Vrijland WW, Jeekel J. Prosthetic mesh repair should be used for an defect in the abdominal wall, *Curr Med Res Opin* 2003,19(1): 1-3
8. Mates IN, Dinu D. Substitua alopastica intraperitoneala pentrudefecte parieto-abdominale eventrale, *Chirurgia București* 2003, nov-dec, 98(6): 535-46.
9. Aufenacker TJ, et al. The role of antibiotic prophylaxis in prevention of wound infection after Lichtenstein open mesh repair of primary inguinal hernia *Annals of Surg.* 2005, 240(6): 955-961