

## TRATAMENTUL PE CALE LAPAROSCOPICĂ ÎN HERNIA INGHINALĂ MULTIPLĂ - PREZENTARE DE CAZ

Lucica Timișescu ✉, Clarisa Gîdea, N. Iordache

Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, București, România

### **LAPAROSCOPIC TREATMENT FOR MULTIPLE INGUINAL HERNIAS – CASE REPORT**

**(Abstract):** The miopectineal weak area described by Fruchaud is better visualized by laparoscopic approach, and associated occult hernias of this region can be easily diagnosed, either ipsilateral or contralateral. The goal of this paper is to emphasize the less obvious advantages of mini-invasive approach, by a case study of a bilateral hernia (left inguinal hernia and recurrent right inguinal hernia), operated by laparoscopic means using TEP (total extraperitoneal) approach. A femoral hernia without clinical manifestations was diagnosed intraoperatively. All three hernias were repaired during the same operation. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged three days after the procedure. **CONCLUSIONS:** The laparoscopic approach of inguinal hernias offers the possibility to diagnose and to treat the occult inguinal hernias with low rate of postoperative morbidity and recurrence.

**KEY WORDS:** GROIN HERNIA; OCCULT HERNIA; LAPAROSCOPY; TEP

**SHORT TITLE:** TEP în hernia inghinală multiplă  
TEP for multiple inguinal hernia

**HOW TO CITE:** Timișescu L, Gîdea C, Iordache N. [Laparoscopic treatment for multiple inguinal hernia – case report]. *Jurnalul de chirurgie (Iași)*. 2013; 9(2): 167-171. DOI: 10.7438/1584-9341-9-2-8.

### **INTRODUCERE**

Chiar dacă abordul laparoscopic în tratamentul herniilor inghinale se practică de foarte mulți ani, nu s-a impus drept „gold standard”, așa cum s-a întâmplat cu colecistectomia sau fundoplicatura gastrică laparoscopică [1].

Tratamentul pe cale laparoscopică al herniilor inghinale oferă multiple avantaje: reducerea durerii postoperatorii, complicații parietale mai puține, rată de recidivă mai scăzută și nu în ultimul rând reducerea duratei de spitalizare. În plus, laparoscopia permite diagnosticarea herniilor nevidente clinic, atât ipsilaterale cât și controlaterale [2,3].

Dacă aceste hernii nediagnosticate clinic ar fi lăsate netratate, pacientul ar continua să fie simptomatic sau ulterior ar fi raportat ca având o recidivă [3].

### **PREZENTARE CAZ**

Bolnavul L.T. în vârstă de 63 de ani s-a internat în Clinica de Chirurgie a Spitalului „Sf. Ioan” București pentru o formațiune pseudotumorală la nivelul regiunii inghinale stângi și o alta la nivelul cicatricii postoperatorii din regiunea inghinală dreaptă, ambele însoțite de durere locală. Simptomatologia pacientului a debutat insidios în urma cu 4 ani, durerile fiind asociate efortului fizic.

Din antecedentele personale patologice, reținem o intervenție chirurgicală pentru hernie inghinală dreaptă în urma cu 5 ani (procedeu anatomic), hipertensiune arterială esențială stadiul II, controlată medicamentos.

La examenul clinic pacientul avea o stare generală bună, afebril, prezentând la nivelul cicatricii de inghinotomie dreaptă o

Received date: 19.11.2012

Accepted date: 30.12.2011

**Adresa de corespondență:** Dr. Lucica Timișescu,  
Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, București  
Șoseaua Vitan Bârzești, nr. 13, sector 4, București, România  
Tel.: 0040 (0) 21 33 45 075  
E-mail: lucia.timisescu@yahoo.com

formațiune pseudotumorală, cu impulsivitate și expansiune la tuse, reductibilă la taxis, iar în regiunea inghinală stângă o formațiune pseudotumorală cu aceleași caracteristici. Diagnosticul clinic a fost de hernie inghinală dreaptă recidivată și hernie inghinală oblică externă stângă.

Investigațiile paraclinice nu au evidențiat alte modificări patologice.

S-a intervenit chirurgical, sub anestezie generală cu intubație orotraheală, prin abord laparoscopic extraperitoneal (TEP - total extraperitoneal).

S-a disecat spațiul properitoneal cu trocarul cu balonaș, care a fost ulterior înlocuit cu altul de 12 mm cu sistem de etanșizare și s-a insuflat CO<sub>2</sub> la presiune de 10-12 mm Hg.

Dispoziția celor 3 trocare de lucru de 5 mm a fost astfel: unul la câțiva cm subombilical și două deasupra spinele iliace anterosuperioare, la 3-4 cm superior și 1-2 cm medial de acestea. S-a identificat, disecat și redus un sac de hernie oblică externă pe partea stângă (Fig. 1) iar pe partea dreaptă un sac de hernie directă. Surpriza intraoperatorie a fost că sub tractul ileopubic drept s-a identificat, disecat și redus un sac de hernie femurală neidentificată la examenul clinic (Fig. 2). S-au rulat și introdus prin trocarul optic 2 proteze de polipropilen monofilament, cu dimensiuni de 12 x 15 cm.

Protezele au fost simple, fără fantă și nu au necesitat fixare, ele urmând să fie menținute în poziție de către presiunea intraperitoneală. Protezele au fost plasate astfel încât să acopere întreaga zonă slabă inghinofemurală (Fruchaud) pentru a preveni formarea altor hernii [4] (Fig. 3).

Exsuflarea gazului s-a făcut progresiv, sub control vizual, asigurându-ne că protezele au rămas corect poziționate pe peretele muscular.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacientul fiind externat în a treia zi postoperator.

Controalele periodice nu au semnalat morbiditate postoperatorie sau recidiva herniei la 6 luni, 1 an sau 2 ani postoperator.

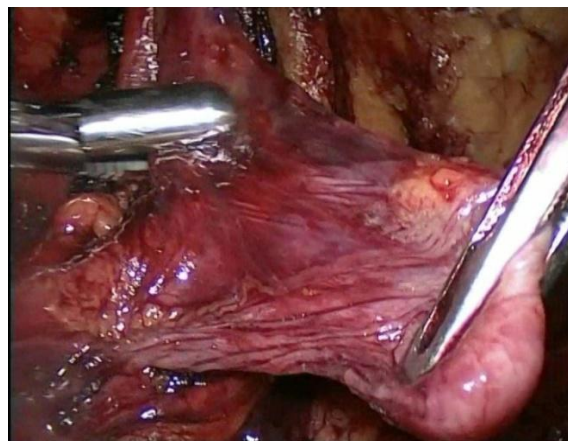


Fig. 1 Sacul de hernie oblică externă stângă

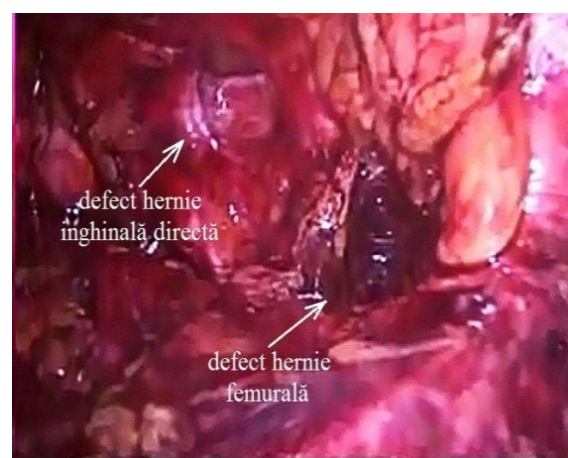


Fig. 2 Defectele parietale pe partea dreaptă



Fig. 3 Aspect final după plasarea celor două proteze de polipropilen

## DISCUȚII

Hernia ocultă este definită ca o hernie care nu a fost identificată la examenul clinic [3]. Acest lucru se poate întâmpla fie în contextul coexistenței a două defecte herniare din care unul este evident, celălalt

„scăpând” examinătorului, fie când hernia deși este simptomatică, are dimensiuni prea mici pentru a putea fi evidențiată clinic.

*Missed hernia syndrome* este definit prin tratarea unui defect herniar izolat și lipsa tratării unei hernii inghinale ipsilaterale coexistente datorită evaluării incomplete a regiunii inghino-femorale [6]. O hernie nedagnosticată clinic, sau trecută cu vederea la intervenția chirurgicală anterioară, poate fi responsabilă pentru simptomatologia persistentă [3].

Cele mai multe dintre aceste hernii ratate la examenul clinic sau la intervenția chirurgicală sunt hernii femurale sau obturatorii [2].

Unul dintre motivele eșecului diagnostic este raritatea lor. În timp ce hernia femurală reprezintă 2-8% din totalul herniilor inghinale [7], hernia obturatorie reprezintă mai puțin de 1% din totalul herniilor [8]. Ușurința stabilirii diagnosticului clinic a herniei inghinale face să scape diagnosticului, o hernie femurală concomitentă.

Hernia femurală prezintă dificultăți în diagnostic mai mari decât alte hernii abdominale externe [9]. Aceasta este o afecțiune mai frecventă la femei. La bărbați, herniile femurale sunt rare și, în mai mult de jumătate din cazuri, sunt asociate cu o hernie inghinală [10].

Diagnosticul de hernie inghinală poate fi stabilit prin examenul clinic cu o sensibilitate de 74,5-92% și specificitate de 93% [11-13]. Doar cazurile cu hernii neevidente clinic/tumefacții abdominale îndoielnice necesită investigații suplimentare de diagnostic [13-15].

În dubiile de diagnostic investigația inițială de elecție este ecografia parietală. Într-o analiză sistematică de evaluare a herniilor oculte, ultrasonografia și herniografia (peritoneografia) au fost cel mai des utilizate [14]. Necesitatea de a diagnostica și rezolva cât mai rapid simptomatologia algică la sportivii de performanță a făcut să se dezvolte investigațiile pentru diagnosticarea herniilor oculte. Cu ajutorul herniografiei, au fost

diagnosticate hernii oculte în 25% din cazuri, la sportivii care prezentau dureri inghinale de lungă durată fără a putea fi definite anterior [16]. Computer tomografia poate detecta majoritatea herniilor inghinale care necesită intervenție chirurgicală. Rezonanța magnetică nucleară (IRM) are sensibilitate și specificitate de peste 94% în diagnosticul herniilor inghinale și de asemenea poate diagnostica alte afecțiuni asociate [13]. Costul și lipsa de disponibilitate poate limita posibilitatea practică a IRM.

Deși herniografia poate fi mai exactă, este invazivă și este rareori necesară, având la dispoziție alte investigații noninvazive [17,18]. În cazul în care imagistica nu reușește să identifice o hernie suspectată, laparoscopia diagnostică poate fi folosită pentru a evidenția sau exclude definitiv o hernie [5]. Intervenția chirurgicală pe cale laparoscopică oferă oportunitatea de a examina toate orificiile herniare inghinale și de a identifica defectele parietale „pierdute” la examenul clinic sau intervențiile chirurgicale anterioare [1,4,19].

La o proporție semnificativă de pacienți operați pe cale laparoscopică, s-a pus în evidență o hernie femurală asociată herniei inghinale, literatura de specialitate raportând o incidență de 6-33% [20-22]. Aceste hernii concomitente sunt ușor tratate în aceeași ședință operatorie laparoscopică. Ekberg et al., într-un studiu pe 314 pacienți cu hernii inghinale, a arătat că 71 pacienți (23%) au avut hernii multiple [3].

O situație clinică aparte este hernia femurală, după cura chirurgicală a herniei inghinale. Cauza este fie o hernie ignorată, fie o hernie secundară herniorafiei inghinale. Herniile ignorate apar după intervenții chirurgicale pe cale anterioară dacă regiunea femurală nu este explorată [23]. Într-un studiu pe 34.849 cazuri de hernie inghinală operată, Mikkelsen et al. [24] constată o incidență de 15 ori mai mare a herniei femurale după herniorafia inghinală (cu/fără proteză), comparativ cu incidența spontană. Aceste recidive femurale au apărut mai devreme decât recidivele inghinale, sugerând



că foarte probabil sunt herniile trecute cu vederea la prima operație [24]. Mikkelsen et al. consideră că trebuie explorat de rutină canalul femural în timpul curei chirurgicale a herniei inghinale [24].

O altă explicație ar fi că operația precedentă de hernie inghinală poate precipita formarea unei hernii femurale [24]. Aceasta se poate datora tracțiunii ascendente asupra tractului ileopubic și lărgirii consecutive a canalului femural [4,23].

Pentru herniile recidivate după intervențiile pe cale anterioară, laparoscopia pare să aibă avantaje clare, deoarece este abordat un alt plan de disecție și de implantare a protezei [1,13].

Pe lângă aceste hernii concomitente ipsilaterale, în cursul intervențiilor chirurgicale laparoscopice pot fi diagnosticate și herniile controlaterale care nu au expresie clinică. Incidența herniilor oculute controlaterale astfel identificate este între 10-20% [25]. Un studiu realizat de Crawford et al, a arătat că 37 din 73 de pacienți (50%) au avut hernie bilaterală diagnosticată laparoscopic [2].

Atunci când este diagnosticată o hernie femurală, intervenția chirurgicală trebuie planificată cât mai repede chiar dacă simptomele sunt absente, datorită riscului crescut de strangulare.

Ratele de recidivă după cura chirurgicală a herniei inghinale variază între 3-20% [3]. O parte din procentaj poate fi imputat herniilor ipsilaterale concomitente. Cele mai multe recidive după cura chirurgicală aloplastică a herniilor inghinale apar în timpul primului an de la operație și sunt secundare unor defecte de tehnică chirurgicală sau secundare unor complicații, cum ar fi infecția și hematumul [6].

## CONCLUZII

Tratamentul pe cale laparoscopică permite diagnosticarea herniilor inghinale și femurale concomitente, oculute clinic, precum și rezolvarea lor simultană, fără morbiditate supra-adăugată, reducând în acest fel incidența recidivelor și a simptomatologiei persistente cauzată de herniile oculute.

## CONFLICT DE INTERESE

Autorii nu declară nici un conflict de interese.

## BIBLIOGRAFIE

1. Moldovanu R, Pavy G. Laparoscopic transabdominal pre-peritoneal (TAPP) for bilateral inguinal hernia. *Jurnalul de chirurgie (Iași)*. 2010; 6(3): 373-382.
2. Crawford DL, Hiatt JR, Phillips EH. Laparoscopy identifies unexpected groin hernias. *Am Surg*. 1998; 64(10): 976-978.
3. Ekberg O, Lasson A, Kesek P, Van Westen D. Ipsilateral multiple groin hernias. *Surgery*. 1994; 115(5): 557-562.
4. Târcoveanu E, Bradea C, Moldovanu R. [Anatomy of the inguinal region]. *Jurnalul de chirurgie (Iași)*. 2005; 1(4): 436-446.
5. Dulucq JL, Wintringer P, Mahajna A. Occult hernias detected by laparoscopic totally extra-peritoneal inguinal hernia repair: a prospective study. *Hernia*. 2011; 15(4): 399-402.
6. Lowham AS, Filipi CJ, Fitzgibbons RJ Jr, Stoppa R, Wantz GE, Felix EL, Crafton WB. Mechanisms of hernia recurrence after preperitoneal mesh repair. Traditional and laparoscopic. *Ann Surg*. 1997; 225(4): 422-431.
7. Hachisuka T. Femoral hernia repair. *Surg Clin North Am*. 2003; 83(5): 1189-1205.
8. Wu J-M, Lin H-F, Chen K-H, Tseng L-M, Huang S-H. Laparoscopic preperitoneal mesh repair of incarcerated obturator hernia and contralateral direct inguinal hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2006; 16(6): 616-619.
9. Naude GP, Ocon S, Bongard F. Femoral hernia: the dire consequences of a missed diagnosis. *Am J Emerg Med*. 1997; 15(7): 680-682.
10. Mathonnet M, Mehinto D. Femoral hernias: repair techniques. *J Chir (Paris)*. 2007; 144 Spec No 4: 5S15-8.
11. Van den Berg JC, De Valois JC, Go PM, Rosenbusch G. Detection of groin hernia with physical examination, ultrasound, and MRI compared with laparoscopic findings. *Invest Radiol*. 1999; 34(12): 739-743.
12. Kraft BM, Kolb H, Kuckuk B, Haaga S, Leibl BJ, Kraft K, et al. Diagnosis and classification of inguinal hernias. *Surg Endosc*. 2003; 17(12): 2021-2024.
13. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009; 13(4): 343-403.

14. Robinson A, Light D, Kasim A, Nice C. A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. *Surg Endosc.* 2013; 27(1):11-18.
15. Sayad P, Abdo Z, Cacchione R, Ferzli G. Incidence of incipient contralateral hernia during laparoscopic hernia repair. *Surg Endosc.* 2000; 14(6): 543-545.
16. Kesek P, Ekberg O, Westlin N. Herniographic findings in athletes with unclear groin pain. *Acta Radiol.* 2002; 43[6]: 603-608.
17. Hamlin JA, Kahn AM. Herniography: a review of 333 herniograms. *Am Surg.* 1998; 64(10): 965-969.
18. Hall C, Hall PN, Wingate JP, Neoptolemos JP. Evaluation of herniography in the diagnosis of an occult abdominal wall hernia in symptomatic adults. *Brit J Surg.* 1990; 77(8): 902-906.
19. Oprea V, Gavrilas F. *Chirurgia peretelui abdominal - vol II Hernia inghinală recidivată. Hernia incizională.* Cluj Napoca: Editura Universitară „Iuliu Hațieganu” 2010.
20. Hernandez-Richter T, Schardey HM, Rau HG, Schildberg FW, Meyer G. The femoral hernia: an ideal approach for the transabdominal preperitoneal technique [TAPP]. *Surg Endosc.* 2000; 14(8): 736-740.
21. Garg P, Ismail M. Laparoscopic total extraperitoneal repair in femoral hernia without fixation of the mesh. *JSLS.* 2009; 13(4): 597-600.
22. Felix EL, Michas CA, Gonzalez MH. Laparoscopic hernioplasty: Why does it work? *Surg Endosc.* 1997; 11(1): 36-41.
23. Chan G, Chan C-K. Longterm results of a prospective study of 225 femoral hernia repairs: indications for tissue and mesh repair. *J Am Coll Surg.* 2008; 207(3): 360-367.
24. Mikkelsen T, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Risk of femoral hernia after inguinal herniorrhaphy. *Brit J Surg.* 2002; 89(4): 486-488.
25. Quilici PJ, Greaney EM, Quilici J, Anderson S. Transabdominal preperitoneal laparoscopic inguinal herniorrhaphy: results of 509 repairs. *Am Surg.* 1996; 62(10): 849-852.

