

HERNII

- **Hernia** = iesirea partiala sau totala a unui organ din cavitatea continătoare.

Ex: hernii abdominale musculare, pulmonare, cerebrale.

- **Hernia abdominala**: iesirea partiala sau totala a unui viscer (care "ia in cap" peritoneul) din cavitatea abdomino-pelvina printr-un traiect sau orificiu preexistent = punct slab al abdomenului.

- **Eventratia (hernia incizionala)** = cand iesirea organului (care "ia in cap" peritoneul) se face printr-un orificiu de cauza traumatica sau operatorie.

- **Evisceratia** = cand iesirile viscerelor abdominale se instaleaza imediat dupa o operatie sau un traumatism (**organul eviscerat trece și prin breșa peritoneului parietal și iese inafara cavitatii abdominale**).

HERNII

Clasificare

Hernii abdominale:

1. Functie de localizare:

- ale peret ant-lat. al abdom: inghinale., crurale, ombilic, ale liniei albe, ale liniei Spiegel (hernii Spiegeliene);
- ale peret poster. al abdom: lombare;
- ale peret super. al abdom: diafragmatice (hiatale);
- ale peret infer. al abdom: pelviperineale (obturatorii, ischiatice).

2. Functie de momentul aparitiei (si natura traiectului/orificiului herniar):

- congenitale (prezente la nastere);
- castigate (hernii de efort) care apar in cursul vietii.

3. Functie de tabloul clinic si evolutie:

- simple - reductibile
- complicate - **irreductibile** de ordin - acut (**strangulate,...**) -
cronic (**incarcerate** - aderă la sac)

4. Functie de natura continutului : intestin subtire, epiploon, intestin gros, corn de vezica urinară, trompe, ovar,

diverticul Meckel (hernie Littrè),
apendice (copil).

5. **Varietate specială:** Exista hernii interne: un organ din cavitatea abdominală se angajează în diferite **fosete ale cavității peritoneale**.

Ex: **hernie retro, para-duodenală** (realizată în fosetele juxtaduodenale de pe lângă segm IV duodenal), retrocecală, etc., constituind **cauza mecanică a ocluziilor** prin hernie internă.

ETIOPATOGENIE

- **factori determinanți: efortul fizic** (efort mare, efortul susținut, eforturi mici dar repetate...) care induce creșterea presiunii intraabdominale;
- **factori favorizanti:**
 - **congenitali:** persistența canalului peritoneovaginal;
 - **patologici:** (induc **slăbirea peretelui abdominal în „zonele herniare”:** **fosete inghinale, inel ombilical, inel crural, etc.**):
 - cord pulmonar cr.(tusi cr), hipotiroidie
 - **cancer:** pulmonar, gastric, colon-rect
 - **cașexie, denutriție, obezitate**
 - **af. urinare:** adenom prostată, strict. uretrale;
 - **constipație cronică (în spec la bătrân)**
 - **varsta, sex, profes.**(efort fizic mare: suflători, hamali)

Frecvența mai mare la bărbați (**B/F = 3/1**); bărbați = 3-6%

ANATOMIE PATOLOGICĂ

Unei hernii i se descrie:

- **traiectul anatomic**
- **inelisurile herniare**
- **conținutul herniei**

I. Traiect anatomic - poate fi:

- **veritabil traiect = în hernia inghinală:**
 - orificiu profund (extern) la niv. fosetelor inghinale
 - traiectul inghinal propriu-zis (cu 4 pereti)
 - orificiu superficial (intern) delimitat de pilieri.
- **inel musculo-aponevrotic: hernia Spiegel**
- **inel aponevrotic: hernia crurală, ombilicală, a liniei albe.**

OBS: In raport cu situatia herniei **functie de locul organ herniat in traiecul herniar anatomic** exista:

- 1.- **punct herniar**: hernia se afla la nivelul orificiului profund;
- 2.- **hernie interstitiala**: hernia se afla intre cele 2 orificii;
- 3.- **hernie inghinopubiană (bubonocel)**: hernia (fundul sacului herniar) se află **chiar la nivelul orif. inghinal superficial**.
- 4.- **hernie completa**: hernia a depasit orificiul superficial.

La barbat poate fi: - **inghino-funiculara** (ocupa funiculul spermatic)
- **inghino-scrotala** (a ajuns in scrot).

La femei: **inghino=labială**

II. Invelisurile herniei:

- **sacul herniei**
- **invelisurile externe**

a) **sacul** = (**elementul comun al tuturor herniilor**), este format de **peritoneul parietal** luat "in cap" de organul herniat prin orificiul herniar. Este format din: **gât** (in raport cu orificiul de ieșire din abdomen) **corp** si **fund** (zona de sac ce vine in raport cu planurile superficiale)

OBS:

1°- **Hernii castigate** =sacul e format in timpul hernierii - prin luarea in cap a peritoneului parietal (initial normal situat) de organul care herniaza.

- **Hernii congenitale** = sacul preexista **momentului hernierii prin persistenta** neobturata a unui punct (inel, canal) slab al abdomenului pe care peritoneul parietal il tapeteaza formând un adevarat "diverticul" al cavitatii peritoneale, **diverticul (sac) in care va hernia un organ "in timpul sau imediat dupa nastere"**; ex. **persistenta canalului peritoneo-vaginal (vaginala testiculara) determina hernia inghinoscrotala congenitala.**

2°- **Sacul poate lipsi**

- **partial**: - hernia vezicii urinare
- hernia colonului (prin alunecare)
- **total**: - **hernii ombilicale embrionare** (produse inainte de a se forma seroasa peritoneala)
- Exista hernii cu saci multipli = ex. Hernia Hesselbach, hernie in bisac (Astley-Cooper), hernia Berger (distensia stinghiei)...

3°- **Sacul fara continut** – poate deveni **chist sacular** prin umplere cu lichid. (poate sa fie si separate de cavitatea peritoneala prin membrane – **punti Ramonede**).

b) **Invelisurile externe** = (functie de planurile regiunii herniare); mentionam grasimea din fata sacului → poate deveni **lipom preherniar**.

III. Continutul herniei:

- **orice organ** din cavitat. abdomino-pelvina **fără duoden si pancreas**
- frecvent herniază: **1.epiploon** (cel mai frecvent), **2.intestin subtire**, **ambele**, **colonul...**

Patogenie

Aparitia herniei este determinata de dezechilibrul dintre:

a) presiunea intraabdominala pozitiva

b) ”presa” abdominala:

- muschii peretelui anterolateral al abdomenului
- muschii diafragmei
- muschii ridicatori anali

Cauze:

a) - conditii de viata si de munca: **efortul fizic** (efort mare, efortul susținut, eforturi mici dar repetate... care induc creșterea presiunii intraabdominale);
- situatii patologice: **tuse**, **constipatie**, **greutate in mictiune** (af ale prostat.)

b) - factori locali: - **cicatrici traumatice**, **operatorii...**(hernii incizionale)

-factori generali:

- **scaderea tonusului si troficitatea musculaturii peretelui abdominal**
- **batrani**
- **insuficienta tiroidiana** → **distrofii ale peretelui abdominal**

Clinica

- SUBIECTIV

- **senzati**a de greutate - hernie cu volum mare
- **durere** – accentuate de efort: mers, ortostatism prelungit...

- OBIECTIV:

INSPECTIE

- prezenta unei **formatiuni “pseudotumorale” in zonele herniare**
- **creste** in ortostatism, efort (tuse=prez.”**EXPANSIUNE LA TUSE**”)
- formațiunea **diminuă** (chiar dispare) in clinostatism fie **spontan**, fie **provocat, la palpare prin manevre de reducere**, organul herniat retrăgându-se (spontan la inspectie) sau fiind impins (de manevrele de reducere la **palpare**) **inapoi in abdomen**.

Obs. Tegumente suprajacente sunt de aspect normal in herniile necomPLICATE.

PALPARE

Dacă hernia este redusă, palparea corectă se face cu indexul mâinii drepte care pătrunde în orificiul inghinal superficial (începând de la baza scrotului – la bărbat), mergând ascendent, superior și lateral, invitând bolnavul să tușească.

Dacă hernia este exteriorizată, se apreciază:

- suprafata neteda, nedureroasa, elastica, daca org herniat este **intestin**;
- suprafata neregulata, consistenta moale, nedureroasa, cand organul herniat este **epiploon**.

Hernia simplă permite reducerea acesteia:

- **reductibilitatea** ne permite **perceperea pedicolului herniei** iar dupa reducere evidentierea “**IMPULSIEI LA TUSE**”,si **controlul orificiului herniar**:

- dimensiuni
- rezistenta inelului aponevrotic
- rezistenta peretilor canalului musculo-aponevrotic

PERCUTIE

Pseudotumora herniara poate fi – **mată** (continut: mare epiploon)
- **sonoră** (continut: anse intestin.)

ASCULTATIE

Se pot percepe **zgomote hidroaerice** (spontan sau in mom reducerii) daca org herniat este intestin.

Paraclinic:

- Diafanoscopie (importantă istorică): - tumora herniara = opaca
- hidrocelul = transparent
- Ex. Echografic, Rx. (“pe gol” sau irigoscopia), Ex. Endoscopic (inclusiv Cistoscopia), Ex. C.T. sau Ex. RMN aduc date in ceea ce priveste **continutul herniei sau precizeaza existenta altor boli** suspectate la examenul general al aparatelor si sistemelor.

Obs. Este **obligatorie examinarea clinica a tuturor zonelor herniare.**

Diagnosticul

Este **clinic**, evidentiind o **“pseudotumora” intr-o zona herniara** care **diminua** sau **“dispare” in clinostatism.**

La **inspectie** prezinta **“expansiune la efortul de tuse”**;

La **palpare** formațiunea este reductibilă și

- prezintă pedicul ce se prelungeste in cavitatea abdominala printr-un inel aponevrotic (sau canal musculoaponevrotic), prin care hernia (“formațiunea”)- **se reduce** si

- prezintă “impulsie la efortul de tuse”.

La **percutie** poate prezenta **matitate (epiploon) sau sonoritate (intestin)**;

La **ascultatie** poate prezenta **zgomote hidroaerice in momentul reducerii (intestin).**

Diagnostic diferential: este al unei tumori intr-o zona herniara (punct slab al abdomen): adenopatii, abces rece, tumora a partilor moi, etc. ce **NU prez caract. unei hernii.**

Evolutie: - herniile **cresc de volum si se pot complica.**

COMPLICATIILE HERNIILOR

a. acute

- Strangularea (ireductibilă prin strangulare)
- Accidente asemanatoare strangurarii: - subocluzia
- peritonita herniara

b. cronice: încarcerarea (ireductibilă prin aderențe la sac,..).
ireductibila prin pierderea dreptului la domiciliu

c. Complicatii rare:

- traumatismele herniilor
- TBC si tumorile sacului herniar
- corpi straini intrasaculari

Obs.: herniile la copil → vindecare:

- spontana
- ortopedica → pot recidiva la adult

Prognostic:

- **F. bun** in tratament corect si respectarea indicatiilor postoperatorii
- recidiva - in hernia inghinala = 3-4%.

Tratament:

T. ORTOPEDIC: la copii, batrani = cu contraindicatie operatorie

-Foloseste bandaje:

- rigide = semicerc de otel cu doua pernite la capete ptr. hernii inghinale;
- moi (centuri) = pernite pline, pneumatice (sac de piele) → copii (cu hernii ombilicale), batrani cu risc chirurgical crescut (ce prez. hernii voluminoase inghinoscrotale).

T. CHIRURGICAL

(singurul tratament care vindecă hernia)

Parcurge trei timpi principali:

I.- punerea in evidenta a sacului,

- disectia si deschiderea acestuia, precum si

- **tratarea continutului**: - reducerea organ herniat daca e indemn sau
- resectia acestuia daca e lezat.

II.- **ligatura si resectia sacului**

III.- **refacerea peretelui abdominal**

Contraindicatii: copii sub 3 ani si batrani cu risc chirurgical crescut.

Contraindicatii locale: inlaturale prin folosirea – procedeele aloplastice
(plase de material plastic: teflon, vicryl, etc)

- **Contraindicatii generale**:

- boli vezico-prostatice

- boli bronho-pulmonare:

- bronșita cronică

- scleroemfizem pulmonar

- cord pulmonar cronic

- TBC pulmonar activ, fibroza pulm intinsa

- boli cardiace decompensate

Varietati topografice ale herniei

1. Herniile inghinale

Reprezinta **80 - 90%** din hernii si se produc prin **traiectul inghinal** = clivare a planurilor musculo aponevrotice in regiunea inghinoabdominala a peretelui anterolateral al abdomenului. Are o **lungime de 5-6 cm**, este situat **deasupra arcadei crurale** (care se proiecteaza la niv tegum pe **linia lui**

Malgaigne) si contine **cordonul spermatic** la barbat sau **ligamentul rotund** la femeie. Este **format din 4 pereti si două orificii**.

Peretii: - anterior: **aponevroza muschiului mare oblic**;

- superior: **tendonul conjunct** format prin unirea muschiului mic oblic si transvers la nivelul marginii inferioare;

- inferior: **arcada crurala** (ligam. inghinal Poupart);

- posterior: **fascia transversalis** intarita lateral de **ligamentul**

Hesselbach, medial de **ligamentul lui Henle**.

Orificiile:

- **profund** (lateral) situat la nivelul fosetei inghinale externe, adica inafara repliului peritoneal determinat de **artera epigastrica inferioara**, repliu intarit de marginea laterala a **ligam. lui Hesselbach**.

- **superficial** (medial) delimitat lateral de **pilierul extern**, medial de **pilierul intern**, superior de **fibrelor arciforme** si inferior de **pilierul posterior (Colles)** al musch. **Mare oblic** de partea opusa.

OBS: Privit din abdomen partea anterior al abdomenului prezinta **trei repliuri care delimiteaza trei fosete inghinale**; dinauntru inafara repliurile sunt date de:

- uraca situate pe linia mediana;
- vestigiile arterei ombilicale intarita de lig Henle;
- artera epigastrica inferioara intarita de lig Hesselbach.

Intre aceste repliuri se afla:

- **foseta inghinala externa** (respons. de **herniile oblice externe**), situate inafara repliului art epigastrice infer;
- **foseta inghinala mijlocie** (respons. de **herniile directe**), situata intre repliul art. epig. si repl. vestig. art. vez-ombilic;
- **foseta inghinala interna** (respons. de **herniile oblice interne**), situata intre repliul vestig. art. vez-ombilic. si repliul dat de uracă.

Obs: *Persistenta conductului peritoneo-vaginal (care porneste de la nivelul fosetei inghinale externe, traverseaza traiectul inghinal din care iese prin orif superficial-medial- al acestuia si coboara in scrot la nivelul complexului epididimo-testicular) induce aparitia herniei congenitale prin coborarea unui organ abdom de-a lungul acestui conduct care astfel devine sac herniar. Acest sac format din conductul peritoneo-vaginal (la femei exista canal Nück) este situat la barbat intre elementele cordonului spermatic, invelit de fibroasa comuna a acestuia.*

Hernia inghinala oblica externa (de efort, de forta)

Organul herniaza prin **foseta inghinala externa**, traverseaza traiectul inghinal si prin orif superf al acestuia coboara in scrot. Functie de pozitia organului herniat se descriu mai multe variante de hernia oblice externe:

-**punct herniar**: organul herniat se afla la nivelul orificiului inghinal profund (foseta inghinala externa);

-**hernia interstitiala**: organul herniat se afla in traiectul inghinal (intre orificiile prof si superficial)

-**hernia inghino-pubiana (bubonocel)**: organul herniat și fundul sacului herniei se află chiar la nivelul orificiului inghinal superficial;

-**hernia inghino-funiculara**: organul herniat se afla in funiculul spermatic la baza scrotului;

-**hernia inghino-scrotala (inghino-labiala)**: organu herniat se afla in scrot (sau in labile mari – la femeie).

Forme particulare de hernie:

Hernia Maydl (sacul herniar conține mai multe anse subțiri)

Hernie Berger=Distensia stinghiei:hernie crurala si hernie inghinala (coexista)

Hernia Richter (sacul herniar conține intestin pensat lateral)

Hernia Litré (sacul herniar conține diverticulul Meckel)

Hernia congenitala oblica externa:

Persistenta conductului peritoneo-vaginal (care porneste de la nivelul fosetei inghinale externe, traverseaza traiecul inghinal din care iese prin orif superficial-medial- al acestuia si coboara in scrot la nivelul complexului epididimo-testicular) **induce aparitia herniei congenitale** prin coborarea unui organ abdom de-a lungul acestui conduct care astfel devine sac herniar. Acest sac format din conductul peritoneo-vaginal (la femei exista canal Nück) este situat la barbat intre elementele cordonului spermatic, invelit de fibroasa comuna a acestuia.

Hernia oblica externa congenitala poate fi:

1. **hernia peritoneo-inghinala:** - conduct peritoneo-vaginal este permeabil in totalitate si continutul sacului (organul herniat vine in raport direct cu complexul epididimo- testicular.

2. **hernia peritoneo-funiculara:** inchiderea printr-o punte Ramonède a conductului peritoneo-vaginal = deasupra vaginalei testiculului care astfel separa hernia de complexul epididimo- testicular invelit de seroasa vaginala proprie .

3. **hernia vaginala inchistata** = coexista: hernia si hidrocelul de aceeasi parte, comunicant);

4. **hernia funiculara cu chist al cordonului:** intre fundul de sac herniar si vaginala testic, se interpune un chist al cordonului format intre 2 puncti **Ramonède**

OBS. Cand **sacul herniar coexista cu anomalii de migrare a testiculului** exista:

1. **hernie inghino-properitoneala:** sacul are un segment in traiecul inghinal iar altul intre peritoneu si fascia transversalis.

2. **hernie inghino-interstitiala:** sacul se dezvoltă între planurile peretelui abdominal (micul si marele oblic)

3. **hernie inghino-superficiala**: sacul depaseste orificiul superficial si se angajeaza intre piele si aponevroza musch. mare oblic.

Diagnostic diferential al herniei oblice externe congenitale

- **hernia inghino- interstitiala, inghino-funiculara** ↔

- testicul ectopic

- chist dermoid

- chist de cordon

- tumori solide

(nereductibile, nu exista impulsie, nu exista expansiune, nu doare)

- **hernia inghino-funiculara, inghino-pubiana**

↔ hernia directa

↔ hernia crurala (pedic hern.se afla sub linia Malgaigne)

la femei ↔ lipom al buzei mari

- hernia ovarului (T.R. se percepe coarda anexiala)

la fetite - chist al canalului Nück

Hernia oblica externa castigata

Sacul herniar coboara prin **foseta inghinala externa**

Pediculul herniei este totdeauna inafara repliul art. epigastrice.

Diagnosticul clinic pozitiv prezinta semnele descrise:

- senzatie de tractiune cu arsura in hernia inghino-scrotala;
- expansiune (la inspectie) si impulsie (la palpare) la efortul de tuse;
- reductibila (frecvent spontan cu zgomote hidroaerice = intestin;

Diagnosticul diferential al herniei inghino-scrotale:

- 1.- **hidrocelul**: renitent, transparent la iluminare, nu se reduce, limita superioara se percepe net la palpare;
(cand hernia comunica cu hidroc se reduce de jos in sus)
- 2.- **varicocelul** = masa neregulata ("punga cu rame") in scrot;
exista la barbati inalti;
- 3.- **tumora testiculara** – benigna, maligna (limita super. neta)
- 4.- **abces rece osifluent (TBC)**;
- 5.- **hernii crurale asociate cu h.ingh.**(Distensia stinghiei - Berger)
- 6.- **orhita pe test. ectopic** (ectopie testic=cunosc din antecedente)
- 7.- **adenite inghinale**
- 8.- **limfogranulomatoza inghinala subacuta (B. Nicolas - Favre)**

Evolutie-complicatii: - **strangularea** = gatul sacului, rar inelul

- **încarcerarea** (ireductibilă prin aderențe la sac,...)

- ireductibila prin pierderea dreptului la domiciliu
- contuzia, perf org. herniat,...

Hernia directa (de slabiciune)

- organul herniaza prin **foseta inghinala mijlocie** (dintre art vezico-ombilic, si art. epigastrica).
- este adesea bilaterala
- nu coboara niciodata in scrot
- apare dupa 20 ani

MFP: - zona herniara: Δ slab al lui Hesselbach: (repr orif. profund al herniei)

- ligament Hesselbach = supero-extern
- ligament Henle = supero-intern
(- tendon conjunct = superior)
- arcada crurala (ligam. Poupart) = inferior

- sacul: **coletul sacului herniar se afla intern de art. epigastrica.**
- continut: - **epiploon (cel mai frecvent), intestin, corn al vezicii urinare.**

Diagnostic clinic:

- formatiune tumorala = deasupra 1/2 arcadei crurale
 - bilaterala adesea
 - apare dupa 20 ani \rightarrow perete abdominal slab, coexista cu alte hernii
 - cele voluminoase = nu coboara in scrot, se reduc
 - se palpeaza intern de pulsul art.epigastrice
- Frecvent = exista lipom preherniar

Hernia inghinala oblică internă

Foarte rară (exceptională) = există la batrani = distrofie accentuata musculo-aponevrotică. Sacul herniar coboara prin **foseta inghinala interna**

Tratament:

- Tratament profilactic: - tonifierea musculaturii peretilor abdominali:
 - cultura fizica
 - combaterea cresterii presiunii intraabdominale:
(trat. bronsitei, constip, tulb mictionale)

- Tratament curativ: este chirurgical (singurul care vindecă hernia)
(Ex clinic apreciaza marimea inelului, starea musculaturii abdomen).
- tratam. continutului (reintegrarea organ herniat daca e indemn)
- tratam. sacului (ligat la baza si rezectia acestuia)
- refacerea peretelui inghino-abdominal:
 - Proced.anatomic (Bassini), retrofunicular (Juvara), Shouldice...
 - Proced aloplastice (Lichtenstein): utiliz. plase din teflon, vicryl...

Obs. Toate proc au in vedere desfiintarea zonei slabe si calibrarea corecta a orif inghinal prof (neofomat). Se sutureaza tesaturile identice: aponevroza – aponevroza (tend conj la arcada crurala si lig Cooper = proc.Bassini), muschi – muschi sau utiliz. mater plastice (plasate properitoneal) care intaresc peret inghino-abd in zonele slabe.

2. Hernia crurala (femurala)

Definitie: Hernierea organelor din abdomen pe **sub arcada crurala (prin inelul crural) in Δ lui Scarpa**. Ocupa **locul 2** ca frecventa (dupa hernia inghinala), fiind mai des intalnita (**de trei ori** mai frecventă la femeii decât la bărbați) la femeia adulta datorita: **bazinului mai larg (diametrul transvers al bazinului la femeie este mai mare)**, sarcinilor repetate, obezitatii precum si metaplasziei conjunctivo- grasoase la nivelul inelului crural.

MFP

-inelul crural:

- medial: marginea externa, concava a ligamentului Gimbernat;
- lateral: bandeleta ileo-pectinee flancată medial de artera (lateral) și vena (medial) femurală;
- ventral: arcada crurala;

- dorsal: eminenta ileo-pectinee acoperita de ligamentul Cooper;
- cranial: fascia transversalis acoperita de peritoneul parietal infer;
- caudal: sept crural, fascia cribriformis;

OBS.: Bandedeta ileo-pectinee delimiteaza foramen neuro-musculare, lateral de bandedeta (ocupat de nerv. crural și muschiul psoas-iliac) de foramen vasculare, medial de bandedeta, (denumita si lacuna vasculara) care contine artera femurala-lateral, vena femurala-medial, despartita de ligamentul Gimbernat (situat intern) de infundibulum crurale, ocupat de ganglionul limfatic Cloquet.

Varietati MFP:

I. Functie de dezvoltarea herniei:

- 1.- **punct herniar** organul herniat se afla la niv. inelului crural;
- 2.- **hernie crurala interstitiala** org.herniat se afla sub fascia cribriformis;
- 3.- **hernie crurala completa** organul herniat se afla in tes.celul.subcutanat.

II. Functie de localizare:

1. - hernie crurală (clasică)
2. - hernie crurala exterioara intre artera si vena femurala
3. - hernie crurala in afara vaselor
4. – **hernia lui Laugier (prin ligament Gimbernat)**

III. Cand exista anomalii de traiect:

- 1.-**hernia femuro-pectineala(Cloquet)**:sac.hern=in teaca musch pectineu;
- 2.-**hernie multidiverticulara (Hesselbach)**: sacul herniar este polilobat trimitand prelungiri in orificiile fasciei cribriformis (ciuruite);
- 3.- **hernie in bisac (Astley-Cooper)**: o punga deasupra / o punga sub fascia cribriformis (lama ciuruita)
- 4.- **Hernie Berger=Distensia stinghiei:hernie crurala si hernie inghinala (coexista)**

Sacul : -de obicei este mic precedat frecvent de lipom (X3 mai voluminos)
 -format din peritoneu,acop de tes.celul.subperit., fascia transversalis

Continut: → intestin subțire, epiploon, cec, apendice, vezica, anexe genitale
→ lichid serocitrin (cand sacul nu e locuit)
→ **Hernia Richter** (sacul herniar conține intestin pensat lateral)
cu evoluție fără tratament → peritonita herniara → flegmon pioster coral

S **DIAGNOSTIC CLINIC**

SUBIECTIV: -semne functionale: - senzatie de greutate, durere locala;
- tulburari dispeptice vagi (greturi);
- colici abdominale.

OBIECTIV:

- formatiune pseudotumorală rotunda/ovalară, intern de pulsul art. femurale, puțin dureroasă/nedureroasă, rar reductibilă (cand e reductib. prez. impulsie si expansiune la ef de tuse), bine delimitată, de consistență moale sau renitent-elastică, cu **pedicul sub arcada crurală**

Devine rapid ireductibilă, dureroasa datorită: - aderentelor
- lipom preherniar
- chist preherniar

Diagnostic diferential:

- Hernie crurală nestrangulată ↔ dilatația varicoasă a crosii safene interne
↔ aneurismul arterei femurale
↔ abces rece (osifluent) → adesea în bisac
- Hernia crurală ireductibilă: ↔ lipom în regiunea inghinală
↔ adenopatia inghinală
- Hernia crurală strangulată:
 - ↔ tromboflebită a crosii venei safene interne
 - ↔ adenita acută a ggl. lui Cloquet
 - ↔ la bărbați: ↔ orhita pe un testicul ectopic femoral
↔ torsionarea unui testicul în ectopie femorală

Evoluție. Complicații:

Ireductibilitate prin

(50%) **strangularea** = gatul îngust, inel rigid → staza ven. → edem → ischemie

(50%) **încarcerarea** = ader. contin (epipl) la sac, reacție lichid sero-citrina
= dilatația varicoasă a crosii venei safene interne

Tratamentul este chirurgical:

(obligatoriu și în regim de urgență în hernia strangulată)

- tratam conținutului (reintegr dacă org e indemn sau **rezeție** dacă ac e lezat)
- ligatura și rezeția cât mai înaltă a sacului
- închiderea perfectă a inelului (canalului) crural,
formând **dubla perdea (Delagenière)**:
 - tendon conjunct → ligament Cooper
 - arcada crurală → aponevroza pectineală

3. HERNIILE OMBILICALE

CLASIFICARE: A. - Hernii ombilicale congenitale: 1.- embrionare
2.- foetale

B. - Hernii ombilicale castigate: 1.- la copil
2.- la adult

B.2 Hernii ombilicale castigate la adult

Ocupa locul 3 (10%) dintre hernia, frecvența fiind crescută la femei.

CLASIFICARE

- 1.- **Hernii ombilicale de forță**: presiunea crescută intraabdominală → angajarea organului herniat prin canalul ombilical.
- 2.- **Hernii ombilicale de slăbiciune** → organul herniat ia în cap peritoneul.

MFP:

La nivelul inelului ombilical pielea vine in contact si adera intim de peritoneu; in spatele inelului exista **fascia ombilicala a lui Richet** care formeaza un canal deschis fie superior, fie inferior.

- **sacul** este subtire = se rupe = organ herniat venind contact direct cu pielea;
= **gâtul sac = adera strans de inelul ombilical inextensibil** → strangulare;
- **continut**=epiploon, intestin subtire, colon transvers → **ireductibil (aderent)**

DIAGNOSTIC CLINIC

SUBIECTIV: **colici abdominale + tulburari digestive**

(pensarea filetelor nerv vegetat din ligamentul rotund al ficatului)

OBIECTIV:

- **tumora ombilicala** (+ tulburari mecanice secundare) cu contur neregulat:
- **piele subtire, violacee dat.inflam.cr.** → aderente = org. hern devine ireduct.

EVOLUTIE: → devine voluminoasa, nereductibila, aparand complicatii:

Complicatiile herniei ombilicale:

1. **Strangularea** - hernii mici: inel fibros = brutal
- hernii mari: aderente intrasaculare = insidios
2. **Ruptura spontana a invelis.:**(efort), ulceratie a pielii → urgenta chirurgicala
3. **Subocluzia:** hernii voluminoase → strangulare

TRATAMENT

Tratamentul este chirurgical: proc classic (th. Mayo, Quenu...) sau aloplastic.

= **incizie eliptica:** - vertical sau orizontal;

= **suprimarea ombilicului + pungea herniara (sac + continut)**

= **refacerea peretelui abdominal:**

- peritoneul se sutureaza orizontal

- planului musculo-aponevrotic se sutureaza (proc. classic)

fie orizontal "in feston" (Op. Mayo) fie vertical (cu deschiderea tecii

dreptilor) sau utilizand materiale sintetice (plase teflon, vicryl...) dupa procedee aloplastice.

4. Herniile liniei albe (2%)

Hernierea grasimii subperitoneale (rar peritoneu, foarte rar continut abdominal) prin gaurile de iesire a filetelor nervoase intercostale la nivelul liniei (bandei) albe (formate din filetele conj. ale aponevrozei musch mare oblic si transvers) pe linia mediana intre tecile musch. drept abdominal.

CLASIFICARE:

- **hernii epigastrice (cele mai frecvente hernia ale liniei albe)**
- hernii juxtaombilicale
- hernii subombilicale

Hernii epigastrice

MFP:

- orificiu paramedian = inel fibros
- **sacul:** - lipseste de regula: franjur grasos = lipom = cireasa
 - cand exista: → gol, sau
- **continut:** epiploon, intestin, stomac, colon transvers
ligamentul rotund al ficatului

DIGNOSTIC CLINIC:

1.- exista forma dureroasa: senzatie de greutate cu dureri si iradiere spre ap. xifoid si hipocondrul drept → legate de pranz – insotita de greturi, varsaturi fie datorita existentei de leziuni gastrice (ulcer, cancer), fie sunt tulburari reflexe la distanta prin pensarea nervilor ligamentului rotund al ficatului.

2.- exista forma nedureroasa: tumoreta epigastrica cu crestere continua, ± reductibila

EVOLUTIE: → strangulare

TRATAMENT: → chirurgical in forma dureroasa:

- descoperirea si disectia lipomului (+/-sacului) care se rezeca;
- refacerea plan. aponevrotic prin sutura tecii dreptilor;
- cand este implicat ligam. rotund =acesta se reface fara a fi prins in sutura.

Hernii juxtaombilicale

- orificiu la 2 cm deasupra, (dedesubtul) ombilicului

Hernii subombilicale = exceptionale ptr-ca subombilical muschii drepti continuti in tecile proprii vin margine la margine.

- Prezinta un orificiu la 4 cm sub ombilic.
- Diagn.diferential: eventratia prin diastazis al m.drepti (post partum).

5. Hernii rare

1. Hernii Spiegel
2. Hernii lombare
3. Hernii obturatorii
4. Hernii ischiatic
5. Hernii perineale mediane (Hedrocel, Elitrocel) si laterale

1. Hernii SPIEGEL

1°- exista pe **linia lui Spiegel** = la marginea exterioara a tecii m.drepti abdom (linia ce separa corpul muscular de aponevroza de insertie a m. transvers)

- exista la nivelul **orificiului de iesire a pachetului vasculo-nervos-intercostal**

2°- Herniile rare nu se exteriorizeaza sub piele – raman **intre planurile intermediare musculare.**

Inelul este **fibros** → **stangulari frecvente**

3°- Clinic: ≈ hernii epigastrice: **foarte dureroasa** = **cu tulburari dispeptice**

Tratament: **excizia sacului si suprimarea inelului muscular** (cand este larg = **plastie cu materiale plastice: nylon, vicryl...**)

2. Hernii lombare

- Apar in regiunea lombara: creasta iliaca - ultima coasta - marginea exterioara a masei musculare commune lombare.



Δ J.L.Petit = format intre m. mare oblic, m. mare dorsal si creasta iliaca.

Patrulaterul Grynfelt (Krause):

	- intern: marginea laterala a masei musc. lombare
↓	- inferior: creasta iliaca
planseu	- antero-inferior: m. mic oblic
↓	- supero-extern: m. mic dintat posteroinferior

(aponevroza posterioara a musch. transv.)

- Sacul poate lipsi cand hernia intereseaza un organ retroperitoneal: - rinichi
- colon

Diagnosticul Clinic: formatiune nedureroasa cu impulsie si expansiune la efortul de tuse.

Diagnoastic diferential:

- lipom subseros
- abces osifluent

Tratament = **chirurgical** ± **auto, aloplastie** (in defecte parietale mari)

3. Hernii obturatorii

Organul din cavitatea abdomino-pelvina (intestin, epiploon, ovar, trompa uterina) herniaza prin canalul obturator (sub pubian): (sacul = gat lung).

CLASIFICARE:

- 1.- **hernie completa:** hernia ajunge in regiunea obturatorie = la radacina coapsei
- 2.- **hernie incompleta:** organul herniat se afla intre cele 2 membrane obturatorii

DIAGNOSTICUL CLINIC:

- se pune in **forma strangulata** (complicata) = tablou clinic de **ocluzie** intestinala (cand org. hern este intestin)
- in **hernia completa:** **tumora mica, nereductibila, foarte dureroasa**, la radacina coapsei

- semne de compresiune pe obturator → flexie si rotatie externa a coapsei accentueaza durerea.

TRATAMENT

Tratament este **chirurgical**:

- incizie abdominala (pentru ocluzie acuta)
- incizie abdomino-obturatorie (se impune rezectia sacului herniar)

4. Hernii ischiatic

Frecventa crescuta la **femei**.

Organele pelvine herniaza – deasupra marelui ligament sacro-sciatic prin marea si mica scobitura ischiatica: → in regiunea fesiera

Clasificare:

- A. **Exista hernii suprascioase** = prin marea scobitura sciatica (ocupata de m. pyramidal al bazinului), **deasupra micului ligament sacrosiatic**.

→ **H. suprapiramidale**: au vasele fesiere = supero-intern.

(Rez. necesit sectionarii inelului in jos, inafara)

→ **H. subpiramidale**: - au medial pachetul rusinos intern (vase, nerv)

↓- au lateral vase ischiatic, nervul mare sciatic

(Repere anatom care treb protej. cand se section. inelul de strangulare;

- B. **Exista hernii subscioase**

MFP:

1. Organul abdomino-pelvin herniaza prin **mica scobitura sciatica: sub micul ligament sacrosiatic (intre marele si micul ligament sacrosiatic)**

2. Hernia are **extern pachetul vasculonervos rusinos intern** → Rez. necesit **sectionarii inelului herniar inaintu.**

DIAGNOSTIC CLINIC

1: **hernia simpla**, tumoreta reductibila cu impulsie la tuse in regiunea fesiera

2. **hernia strangulata**: sindrom de ocluzie intestinala + durere vii tip sciatic

Diagnostic diferential: - **hernie perineala laterala**

- lipom

- abces rece

Tratament: **chirurgical = radical = incizie fesiera** (rar abdominala)

5. Herniile perineale Exista la femeie de obicei.

Sunt: - mediane

- laterale

a) Herniile perineale mediane

De cauza congenitala = **persistenta fundului de sac Douglas primitiv**
(lipsa de coalescenta)

Clasificare

- **exista hedrocelul** (proctocelul): impinge peretele anterior al rectului
→ + prolaps anorectal
- **exista elitrocelul**: impinge peretele posterior al vaginului
→ ± prolaps genital

MFP: - **sac**: fund de sac Douglas – larg, conic
- **continut**; intestin subtire, epiploon, colon, anexe

DIAGNOSTIC CLINIC:

- **hedrocel**: - prolaps anorectal
- tumora reductibila in buza anterioara a anusului
- **elitrocel**: - jena permanenta + tulburari mictionale
- tuseu vaginal: percepe tesut moale sau combinat, reductibil,
cu impulsie la efortul de tuse.

Diagnostic diferential:

- prolaps genital;
- chist vaginal;
- tumori ale septului rectovaginal.

TRATAMENT

Tratamentul este **chirurgical**: abordul pe cale abdomino-perineala
→ **miorafia m. ridicatori anali**, (desfiintarea sacului herniar);
→ **sutura etajata vagino-rectala**, utero- rectala a sacului Douglas.

b) Herniile perineale laterale

Organele herniaza prin:

- fante (preexistente sau create traumatic) intre muschii ridicatorilor
- intre muschii ridicatori anali si ischiococcigieni
- intre muschii ischiococcigieni si coccis

in **groapa ischiorectala**

MFP:

-hernii anterioare:

- ocupa partea mijlocie a labiei mari; continut: vezica urinara. (produse prin o fanta ridicatoarelor anali).
- para comisura posterioara vaginala; continut: intestine (produse printre muschii ridicatori anali si ischiococcigieni)
- (la barbati = lateral de bulbul uretral = baza bursei)

- hernii posterioare = apar lateral de orificiului anal

DIAGNOSTIC CLINIC:

- tumora reductibila partial cu impulsie la tuse, efort
- tendinta la incarcerare
- cand sacul herniar contine vezica urinara:
 - tulburari mictionale: disurie
 - durerea si tumora diminueaza si dispara in timpul mictiunii

Diagnostic diferential:

- lipom
- chist dermoid
- chist al glandei Bartholin
- abces rece

Tratament: este **chirurgical = abord pe cale perineala**

6. Hernii diafragmatice

Hernierea organelor din cavitatea abdominala in cavitatea toracica prin orificii (fante) preexistente sau nou create ale diafragmului:

Herniile diafragmatice - A. netraumatice 1. congenitale
2. castigate
- B. traumatice

A-2. Hernii diafragmatice castigate

Herniile hiatale

Herniile hiatale cele mai frecvente - produse prin **orificiul esofagian in mediastiu posterior si hemitoracele stang.**

Inelul: - de la 3 latimi de deget la o palma

- format din musculatura normala – atrofiata, metaplaziata

Continut: → esofag si stomac; colon si splina

→ de obicei libere in sac

Clasificare:

1. Akerlund: - tipul I = brahiesofag; cardia = intra-toracic

- tipul II = esofag normal; cardia situata = normal (in abdom):

M. tuberozitate = in torace = paraesofagian

- tipul III = esofag lung, cardia intra-toracic

2. Actual:

- hernii paraesofagiene: cu cardia subdiafragmatic, M. tuberozitate = intra- toracica, paraesofagian;

- hernia prin alunecare: cardia + M. tuberozitate in torace

Particularitati ale **herniei prin alunecare:**

- volum redus

- nu au sac peritoneal

- nu se stranguleaza niciodata

- frecvent crescuta la copii = varsaturi frecvente

- sunt intermitente → dau reflux esofagian → ulcere

→ hemoragii → anemii

Patogenie:

- largirea congenitala sau castigata a inelului hiatal

- slabirea mijloacelor de fixare cardio-tuberozitare:

- membrana Laimer-Bertelli-Juvara

- ligament gastro-frenic stang

CLINICA:

La copil: - varsaturi + striatii sanguinolente
- hipersalivatie = si in ortostatism
- pneumopatii acute = de aspiratie
- esofagite de reflux → hematemeza
→ melena

La adult = sindrom hiatal

- arsuri epigastrice: - iradiate retrosternal
- cedeaza la alcaline
- cresc la bauturi alcoolice

+ regurgitatii:

- varsaturi intermitente
- greturi, hipersalivatie, disfagie
- reflux gastro - esofagian
+fen. de compres. tor-pulm= cedeaza dupa varsatura

Obs. In faza anemica: exista anemie hipocroma (prin denutritie, hemoragii digestive) rezistenta la tratament medical care cedeaza dupa interventia chir.

TRATAMENT: se impune in = formele cu suferinta clinica evidenta
= formele anemice
= formele hemoragice
= formele trombotice



- reintegrarea continutului abdominal herniat
- inchiderea partiala a inelului esofagian: - pe cale abdominala (Jacob) sau toracica (Delsey).

B. Herniile diafragmatice traumatice

Traumatisme inchise → ruptura - dezinsertia freno-costala, freno-frenica

- mai frecvent pe stanga (85%)
- dreapta = 10-15%
- foarte rar = bilateral

PATOGENIE: ruptura diafragmatica permite hernierea imediata sau progresiva prin aspirare datorita presiunii (+) intraabdominale si presiunii (-) intratoracice.

MFP herniei traumatice:

- plaga diafragmatica = margini neregulate → fibroza cicatriciala (**favorizeaza strangularea**)

- sacul = de regula lipseste
- continut: colon transv.,stomac,epipl.,splina,intestin, lob stg hepatic.



aderente: - de marginile plagii
- de organele toracice



+ Modificarile organelor toracice: - atelectazii pulmonare
- fibrotorax posttraumatic
- deplasare mediastinala

CLINICA:

a) in momentul traumatismului → stare de soc = modificari ventilatorii
= hemoragii
↓
= sdr. de iritatie peritoneala
Impune interventie in urgenta ptr rezolvarea plagii diaphragm.
Depistata izolat se intervine la 1-3 luni de la traumatism

b) hernii vechi

- simptom. abdominala:
 - durere (epigastrica, hipocondrul stang)(poate dispere in anumite pozitii
 - tulburari digestive: greata, varsaturi, balonari, stare de subocluzie
- simptom cardio-pulmonara:
 - dispnee → senzatie de sufocare, crize anginoase, palpitatii
 - sincopa (legate de mese, de anumite pozitii, varsaturi)

Ex. obiectiv:-semne ale traumat. vechi:cicatrici,calus,fibrotorax, pahipleurite
- zgomote hidroaerice ce inlocuiesc murmurul vezical

Ex paraclinice: ecografia, ex.radiologic (date despre org herniat)

EVOLUTIE: → latentă

→ manifesta simptom. caracteristica toraco-abdominala
→ complicatii

1.= strangulare =

- hernii traumatice = inelul gros inextensibil
- hernii congenitale = rasucirea viscerelor herniate



netratat → moartea: (sincopa cardiaca sau asfixie)

2.= perforatie viscerală si pleurezie purulenta consecutiva
+ peritonita generalizata

TRATAMENT: chirurgical:→cale abdomin.sau mixta (abdomino-toracica)

OBS: cand exista contraindicatii chirurgicale = prevenirea strangurarii:

- regim alimentar adecvat
- scaune regulate
- evitarea eforturilor fizice

Eventratia diafragmatica (relaxarea diafragmatica)

DEFINITIE = Pozitie inalta permanenta a diafragmului cu ascensiunea organelor abdominale → torace

Frecventa crescuta pe stanga

ETIOLOGIE:

- congenitala: hernia diafragmatica (stanga) = lama fibroasa = acoperita de 2 seroase (pleura, peritoneu)
- castigata: - prin leziuni ale nervului frenic
- peritonita diafragmatica (induce relaxarea diaphragm).

MFP:

- exista eventratii: - totale = hernia diafragmatica stg → coasta a II-a
- partiale = diaphragm. de aspect diverticular
- modificari ale muschiului: - metaplazii, atrofii
- prin degenerescenta nervoasa
- ectopii ale organelor abdominale: stomac, colon stang, splina,

- CLINICA:**
- Simptom abdominala: - dureri epigastrice
 - disfagie
 - greata dupa mese
 - varsaturi
 - Simptom. toraco-pulm: - dureri la baza hemitoracelui stang
 - dispnee
 - palpitatii
 - tuse

Ex. Paraclinic: radiologic, ecografic,CT (rel despre org herniate si starea lor)

EVOLUTIE: = lunga, lipsita de complicatii

TRATAMENT: **chirurgical in forme simtomatice**

HERNIA STRANGULATA

Este **prima si cea mai frecventa complicatie** a herniilor:

- constrictie brusca si permanenta instalata brutal la nivelul gâtului sacului herniar
- manevra de reducere a herniei = imposibila si foarte dureroasa
- constrictia pedicolului vasculonervos → gangrena organului herniat.

+ oprirea tranzitului ptr materii fecale si gaze [cand organul herniat este intestinul].

OBS:

1. Frecventa:

- mai frecventa la femei (ptr ca hern.cruale-se strangul usor-sunt mai frecv)
- exista la adulti, batrani, (copil → frecventa crescuta) =
la sugar=usor rezolvab=baie cu apa calda sau (antalgice - anestezice)

1°Proc de strangulare:- hernii crurale = 9%

- hernii ombilicale = 2%
- hernii inghinale = 2%

2°-Strangulare:-prim simptom = hernii mici cu inel fibros inextensibil
-complicatie = h.volumin cu inel larg, strangulate intrasacular.

ETIOPATOGENIE

-F.determinanti - efortul = sub toate aspectele

- inelele fibroase - ex = hernie crurala = inel inextensibil:

(arcada crurala/ligam.Cooper/banđeleta ileo-pectinee/ligament Gimbernat)

- sac = hernii inghinale

- gatul sac = prin transformarea sa scleroasa - adera la inel

- intrasaculare = diafragme, aderente intre anse (inflam.)

-F favorizanti (predispozanti)

- volumul herniei: cu cat e mai redus = cu atat strangularea e mai frecventa

- vechimea herniei: veche → aderente intrasaculare = strangulare

- sediul: frecventa crescuta cele care au pedicul lung

- secundare bandajelor herniare → aderente intrasaculare.

PATOGENIE

efort → hernierea unei anse mai voluminoase dincolo de inel → in sac → jena in circulatia de intoarcere = congestie, edem (determ marirea volumului org herniat) → jena progresiva in circulatia arteriala → ischemie, gangrena org herniat

FZP

frecventa crescuta = **epiploon și intestin:**

- oprirea (brusca) a materiilor fecale si gazelor \ = sindrom ocluziv
- dezechilibrul hidroelectrolitic /

MFP

- invelisuri - sacul:
- globulos, destins
 - perete ingrosat, aderent
 - culoare rosie, violaceu inchis

.....→ gangrena: invelisuri cu edem, congestie cu zone hemoragice
continut:

- lichid

- **de reactie: serocitrin** (aseptic)
- **sero-sanghinolent** → **tulbure, fetid** = gangrena org. herniat
- + perforatia = puroi + materii intestinale + gaze = **flegmon_piostercoral**

→ poate lipsi = hernie uscata:

- intestinul subtire (mai rar gros)

- lungime: 10-20 cm → 1 m
- ciupire laterala (hernie mica, hernia Richter)

- a) in perioada de congestie: jena circulatiei de intoarcere → staza venoasa
(peristaltism pastrat) intestin = - ansa rosie violacee
- zone hemoragice sub seroase
 - ingrosata
 - peritoneu fara luciu

(aport peritoneal prezent): hipersecretie si transudare: - in lumen



- intre anse

Începe să se formeze santul de strangulare (leziuni mai inaintate)

- lichid in sac = începe să devină hemoragic

-leziuni reversibile (→ rar posibil infarct intestinal dupa integrare)

(=prevenit cu anticoagulante =)

b) perioada de echimoze = suprimarea circulatiei arteriale

peristaltism abolit (dischinezie arteriala + tromboza venoasa)

→ fenomene ischemice: echimoze sub seroase intestinale

↓
ansa = culoare violaceu inchis

- false membrane
- la nivelul gatului = peretele format doar din seroasa (leziuni maxime) mucoasa = ulceratie circulara
- lichidul = hemoragic, negru, turbure

c) **perioada de gangrena si perforatie** =leziuni ireversibile si dupa infiltratie cu ser fiziologic caldut = gangrena și perforația organului herniat. Intestin = negru cu pete galben-verzui (frunza moarta); lichid = turbure, fetid

A. Leziunile intestinului

Leziunile intestinului: - sub strangulare = ansa palida, turtita
- deasupra strangularii = ansa - destinsa
(control minutios al ansei aferente) = se rezeca (10-15 cm deasupra leziunii intestinului la suprafata acestuia)

Lichidul din cavitatea peritoneala = trebuie considerat septic=ATB

Forme particulare de strangulare

- **Strangulare laterala** (ciupire) (frecvent: hernie crurala) → **H. Richter**
 - absenta suprimarii tranzitului intestinal
 - evolutie spre gangrena – fara semne clinice de ocluzie acuta
 - exista in hernii mici (hernii crurale)
 - se manifesta clinic prin diaree, greturi, varsaturi, dureri abdominale
- **Strangulare retrograda**

Exista la **ansa in W** (lung: 0,5-1,5 m,frecv: ileon si cec); lez. max. sunt la niv ansei intermed. ce exista in abdomen (H.Maydl), impunand controlul atat a ansei aferente cat si a celei eferente ptr-ca ansa din sacul herniar poate fi aparent nemodificata.

B. Leziunile mezenterului si epiploonului

- congestie - edem → tromboza vasculara (impunand manevre blande ptr-ca friabilit. mezenter. risca dezinsertia de pe ansa intest fara hemoragie.
- leziunile mezenter.mai intinse decat ale intestin→impun resectie mai larga
- pentru leziuni mai reduse ale mezenterului intestinal se va folosi tratament anticoagulant postoperat.

CLINICA

Instalare brusca dupa un efort la un purtator de hernie.

- durere intensa la niv. “tumorii” herniare (max la nivel pedic.herniar);
- ireductibilitatea herniei spontana sau la palpare

- oprirea completa a tranzitului intestinal:
 - poate lipsi - ciupire laterala (**H.Richter**)
 - poate insela: scaun din portiunea terminala a intestinului
- dispar semn.clasice: impulsione si expansiune la tuse nu mai exista
- + Semne generale: - colici abdominali, greturi, varsaturi aliment → fecaloide, tahicardie, agitatie.

Examen fizic:

Inspectie =tumora ovalara (rotunda) in zona herniara, dureroasa

- pielea: normala → edematoasa, rosie
- abdomen retractat → animat de miscari peristaltice (foarte rar)

Palpare: -“tumora” este dura, sub presiune, ireductibila, dureroasa

Percutie: matitate locala, dureroasa

Examen general:

St. generala buna la inceput, apoi →tablou de **ocluzie intestinala**:

- dezechilibre neuro-vegetative
- puls frecvent, mic
- tulburari de ritm cardiac
- respiratii superficiale, scurte
- temperatura scade sub normal
- varsaturi: alimente → bilioase → fecaloide

Fara tratament bolnavul devine anxios, facies peritoneal (se instaleaza peritonita peste ocluzie) si in 2-3 zile → moarte

- soc ocluzional
- peritonita generalizata

Except→evol catre flegmon pioster coral→abcedare, impunand trat chirurg.

Forme clinice:

- forma supaacuta: „**holera herniara**”:

- durere vie
- varsaturi rapid fecaloide
- alterarea starii generale
- deshidratare masiva → diaree continua
- oligoanurie

+ forma eclamptica (+ contracturi tetaniforme si delir)

- forma acuta ↑(descrisa classic)

- forma subacuta: in h. volumin. cu strangul. intrasacul. (prin bride, aderente)
 - forma latentă = la batrani si tarati: tulb. functionale sterse, ocluzie = frusta
- Impastarea herniara pe aderenta intrasaculara:
- exista ~ reductibilitate
 - nu exista durere pe pedicul
 - compresiune vascul. mai mica → vindecare spont.

Diagnosticul herniilor strangulate

Hernie ce devine brusc ireductibila si dureroasa.

Obs. Exista hernii nereductibile = "hernii simptomatice" in cadrul ocluziei intestinale de alta cauza.

Diagnosticul diferential:

- Ocluzie abdominala + hernie inghinala simpla
- Hernii cu dureri atipice localizate = "strangulate" simptomatice;
- Torsiune de organ herniar.

TRATAMENT

1. La sugar = se asteapta 1/2 ora efectul unei bai calde (exceptional la sugar se inlatura strangularea unei hernii = in primele ore dupa instalare cu o baie calda = 20 min.);

Obs. 2. Taxisul (manevra de reducerea unei hernii strangulate) **este proscris**, cand reuseste este f. periculoasa intru-cat poate reduce in abdom un organ-intestin-lezat care va induce evolutia unei peritonite sec. Prez interes istoric (nu se mai practica = **malpraxis**).

Tratamentul herniei strangulate este – chirurgical (obligatoriu și în regim de urgență), asociat cu tratament medical:

CHIRURGICAL

- **punerea in evidenta a sacului**; hernie cu dublu sac properitoneal – **atentie** – trebuie verificati ambii saci
- **descoperirea si tratarea cauzei strangularii**
- **tratarea continutului**: rezectia ansei intestinale lezate, epiploonectomie...
- **cura radicala a herniei**

= **Aprecierea leziunilor intestinale (dupa rezectia inelului de strangulare):**

- 1.- infiltratie cu novocaina 1% (ser fiziologic cald) in mezenter → revenire completa a intest herniat = pastrare (reintegrare).
- 2.- intestin complet devitalizat → rezectie
- 3.- leziuni indoielnice = atitudine de la caz la caz (functie de exp.chirurgic)
- 4.- flegmon pioster coral = incizie, drenajul colectiei dublat de alt abord abdom ptr trat. lez organ captiv-intestin- in hernia strangul. (“dublu abord”).

MEDICAL = de asociere, reanimare =

- tratam dezechilibr acido-bazice, hidro-electrolitice, proteice;
- combaterea starii de soc;
- antibioterapie;
- aspiratie digestiva;
- monitorizarea diurezei, transit intest, febrei, puls, TA, respire;
- antialgice, sedative.

2. Accidente asemanatoare strangularii

- a) **Subocluzia herniara** (exista o pseudostrangulare)
 - exista in herniile colice prin acumulare de materii stercorale
 - cedeaza la o clisma sau purgativ (altfel se opereaza)
- b) **Peritonita herniara**
(peritonita determinata de continutul sacului)
 - intestin: - apendicita herniara
 - perforatii prin corpi straini
 - traumatisme mici si repetate
 - epiploon = epiploita
 - de cauza genitala = continut = trompa uterina

3. Ireductibilitatea

- a) **prin pierderea dreptului la domiciliu** (Hernii inghinale, ombilicare, = voluminoase = modificarea presiunii intra-abdominale nou create → cu repercursiuni cardio-pulmonare grave.

Tratament:

- pneumoperitoneu (aer, O₂) insuflat progresiv in peritoneu;
- reducere treptata (Trendelenburg) a contin herniar;
- rezectie (abdominala a epiploonului – epiploita)

- cura chirurgic aloplastica a herniei (utilize de mater sintetice ptr rez defect parietal.

b) prin aderente (intre sac si continut) = **Încarcerare herniară**

- inflamatorii = hernii vechi si voluminoase
- naturale (hernii cu colon alunecat)

Cauze: - factori mecanici = bandaje herniare \ metaplazii locale
- factori inflamatori /

Tratament = chirurgical (exceptii: modificari locale si generale care impun abstentia chirurgicala).

4. Complicatii rare

a) Traumatismele herniilor: (contuzia si ruptura traumatica)

- exista la herniile voluminoase

- Mecanism:

- prin strivire intre 2 planuri dure
- prin explozia ansei herniate = contract.reflex.ale musch abdominali

- Tratament: reprezinta o urgenta chirurgicala

b) TBC herniara

- primitiva
- 80% = in cadrul peritonitei TBC

Diagnosticare: laparoscopie ± biopsie

c) Tumori herniare

- specifice continutului
- tumori ale invelisului: - chistice
- solide = ex.: lipoamele

d) Corpi straini - intrasaculari = surpriza =

- formatiuni proprii = fibroame, calcare
- migrate din intestin: samburi, fragmente de os...

EVENTRATII (HERNII INCIZIONALE)

Slabirea peretelui abdominal urmata de iesirea viscerelor acoperite de peritoneul parietal sub piele.

Etiologie:

- A. eventratii spontane prin hipotrofie musculara;
- B. eventratii traumatice: accidentale sau postoperatorii (hernii incizionale);
- C. eventratii obstreticale = (frecventa la multipare)

A. Eventratiile spontane

CLASIFICARE

1. / congenitale- lipsa de dezvoltare a peretelui abdominal
 \ castigate
2. eventratia - la nou-nascuti
 - din perioada copilariei
 - adult si batran

Eventratia spontana la noul-nascut

= agenezii ale peretelui abdominal (se produc.in cursul vietii intrauterine)
= adesea incompatibile cu viata

Eventratia din perioada copilariei

- de cauza rahitica: abdomen flasc + diastazis al m. drepti abdominali l
- de cauza poliomeilitica=abdom.flasc→protruzia viscerelor la efort;
- de cauza congenitala = absenta dezvoltarii peretelui abdominal intre teaca m. drept si masa lombara / rebord costal→ creasta iliaca;
(au baza larga - fara tendinta la strangulare; continut intestin,epiploon)

Eventratia la adult

= hipertrofie musculara de cauza paralitica: (tabes, guta...)

Eventratia batran

= apar in conditiile casecsiei cu tulburari metabolism proteic;
Se prod. metaplazia fibro-atrofica a muscul. peret. antero-lateral al abdom.

MFP: - degenerascenta scleroatrofica a tesutului musculoaponevrotic

→ viscerale sub presiune ridicata (intraabdominal) la efort determina boltirea peretelui abdominal → destinzandu-l.

CLINICA

- 1° - deformarea reductibila a peretelui abdominal la efort
 - dureri locale – iradiante spre epigastru (plex. Solar)
 - senzatie de tractiune, distensie
 - tulburari de tranzit
- 2° - asimetrie abdominala in eventratiile paralitice cupr. 1/2 din peret. abdom. antero-lateral
- 3° - diastazis - xifoombilical, subombilical

- se evidentiaza contractand muschii drepti (ridicand trunchiul fara sprijinul membrelor superioare)

EVOLUTIE: / stabilizare

\ marire a leziunilor sub presiunea presei abdominale

TRATAMENT: functie de cauza

- rahitism / tratare rahitism
 - \ gimnastica medicala
- paralizie / gimnastica medicala
 - electrofizioterapie
 - \ bandaj
- “laparocel” - chirurgical / sutura plan cu plan
 - \ homo (hetero) plastie (utilize mater sintet)
- diastazis: cura chir.a diastazis (sutura margin.int.ale tecii dreptilor).

B.Eventratiile traumatice

B-1. Eventratii traumatice propriu-zise (accidentale)

B-2. Eventratiile postoperatorii (hernii incizionale)

B-1. Eventratii traumatice propriu-zise

Apar in urma **contuziilor si plagilor accidentale peretelui abdominal** ce determina distrugerii anatomofunctionale ale chingii fibro-musculare abdominale.

MFP:

1°- **defect parietal musculoaponevrotic** prin care patrunde epiploonul apoi intestinul subtire ± peritoneu (depinde daca a fost sau nu lezat) → disociaza pl. superficial → sub piele.

2°- **denervare parietala** (lezare a cel puțin 3 nervi intercostali) = musculatura este flasca, subtire = degenerescenta atrofica a muschilor.

Clinic

- tumora reductibila frecvent cu zgomote hidroaerice sub o cicatrice (semn de traumatism) palpandu-se si inelul fibros (sol. de continuitate parietala).

- eventratie paralitica: deformatie pe flanc/fosa iliaca, reductibila, circumscrisa, nu se stranguleaza.

Evolutie: cele traumatice → **strangulare**

Tratament: chirurgical

B-2. Eventratiile postoperatorii (hernii incizionale)

Sunt cele mai frecvente: **complicatii ale laparotomiilor**

ETIOPATOGENIE:

Cauze - **generale**: - **terenul**: - astenici, denutriti, hipoproteici
- dezechilibre hormonale = hipotiroidieni
- reactivitate = scazuta
- sec. **unor afectiuni**: - pulmonare (tuse)
- abdominale:- distensie (meteorism)
- ileus paralic
- varsaturi

- **locale**:
- drenaj larg si prelungit
- supuratia plagii operatorii
- greseli de tehnica: - o afrontare incorecta
- material de sutura necorespunzator

MFP

orificiu = inel fibros inextensibil = aderent de masa musculara vecina,
- unic (uneori punctiform-Ø 10-15 cm-) sau multiplu

sacul: → complet = ca la hernie

→ se opreste dincolo de inel - continuandu-se cu tesut cicatricial ce inglobeaza aponevroza si pielea (atentie in timpul abordului chirurg – pentru a nu deschide intestinul)

→ poate fi multicliverticular, cu organele continute aderente

continut: - epiploon, intestin, stomac

→ aderente –intre ele, la sac, inel, peritoneu parietal (→ fac organ din sacul de eventratie nereductibile)

→ pot evolua spre complicatii: strangulare.

invelisuri: = piele ce prezinta o cicatrice vicioasa, larga, subtiala aderenta de planuri profunde

CLINICA

Apare postoperator - dupa un interval (saptamani, luni) dupa efort.

Local: - formatiune pseudotumorală

- depresibila, adesea se reduce = se palpeaza inelul (aprec dimensiuni)
- se mareste la efort (prez expansiune la tuse in cele diverticulare)

S. generale: - durere abdominala difuza
- tulburari de tranzit
- senzatie de tractiune

EVOLUTIE. **Complicatii** → ireductibilitate
→ strangulare

TRATAMENT:

1. Profilactic: tratament chirurgical: refacerea chirurg. corecta a peretelui abdominal utilizand materiale corespunzatoare.

2. Tratament ortopedic: bandaje abdominale in contraindicatiile tratam.chirurgical: - stare generale alterata

- afectiuni cardio-vasculare
- afectiuni renale
- eventratii mari, multiple
- eventratii paralitice

3. Tratament chirurgical:

- se opereaza numai cu echilibru proteic corespunzator;
- interventia = la cel putin 6 luni de la terminarea procesului supurativ;
- interventia = sub protectie de antibiotice = pentru contracararea unei eventuale infectii latente.

Intraoperator:

- hemostaza perfecta
- material de sutura rezistent cu rezorbtie lenta: catgut crom, vicryl, nylon...

Postoperator: - purtarea de bandaje abdominale (burtiera) 6 luni → 1 an
- interzicerea eforturilor mari

Operatia:

- resectia sacului de eventratie si tratarea continutului;
- refacerea peretelui abdominal.

Exista 2 metode:

1. Cura extraperitoneala: refacerea peretelui abdominal fara deschiderea peritoneului (ptr eventrat mici)
2. Cura intraperitoneala (ca si la o hernie)
 - sutura plan cu plan (plan perit, plan musc, plan aponevr...)
 - sutura "in bloc" (plan peritoneofibros, pl musculo-aponevrotic,.)
3. Cura aloplastica: utiliz. mater. sintetice (plasa vicryl, naylon, teflon,

C. Eventratiile obstreticale

- Exista la **marile multipare**.
- Sunt 2 forme: - diastazis - supraumbilical (al dreptilor)
 - subombilical
 - eventratie larga subombilicala

= Pielea apare in exces cu circulatie colaterala venoasa.

Tratament: - chirurgical: la femei tinere cu perete abdominal rezistent
- ortopedic: la femei batrane, cu perete slab
(in contraindicat. trat. chirurg. (af. cardio-vasc., renale, respirat.).)