

PATOLOGIA CHIRURGICALA A PERETELUI ABDOMINAL

- **HERNIILE INGHINALE**
- **HERNIILE FEMURALE**

Herniile abdominale

Definite:

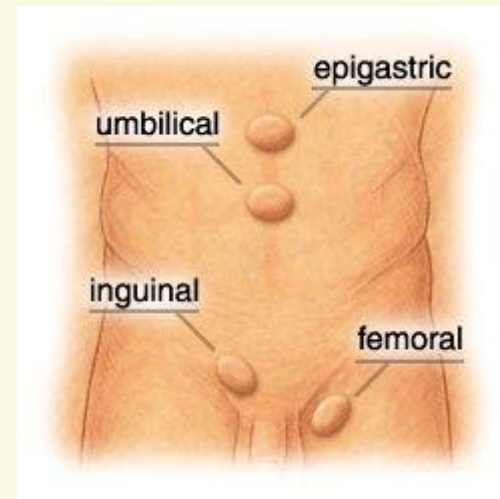
herniile abdominale reprezinta exteriorizarea partiala sau totala a unui sau mai multe viscere, din cavitatea peritoneala, la nivelul unor zone slabe ale peretelui abdominal, preexistente anatomic.

Se deosebesc morfologic si etiopatogenic de afectiuni asemanatoare:

- eventratii, evisceratii - zone slabe aparute secundar, plagi operatorii, plagi traumatice etc.
- hernii interne - viscerele nu se exteriorizeaza
- hernii peritoneale
- hernii diafragmatice

Clasificare:

1. Hernii inghinale
2. Hernii femurale
3. Hernii ombilicale
4. Herniile liniei albe



1.HERNIILE INGHINALE

- 80 - 90 %
- regiunea inghinala - zona cea mai slaba din structura peretelui abdominal datorita canalului inghinal



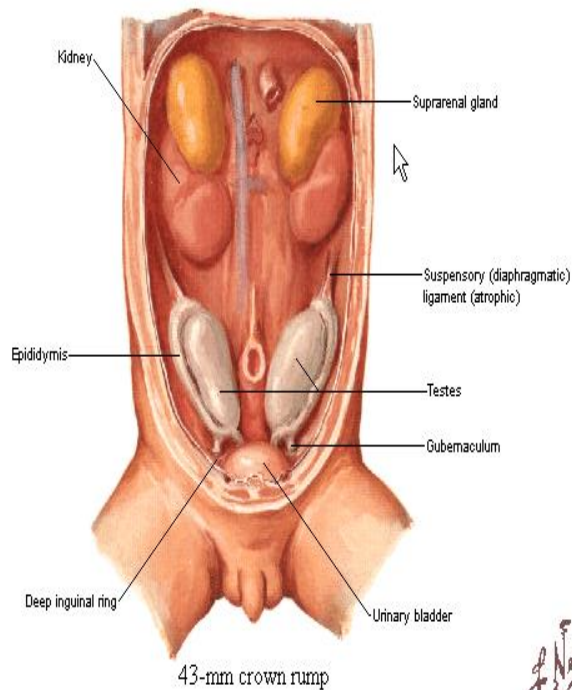
Inguinal hernia

Inguinal hernia occurs when a portion of the small intestine enters the inguinal canal

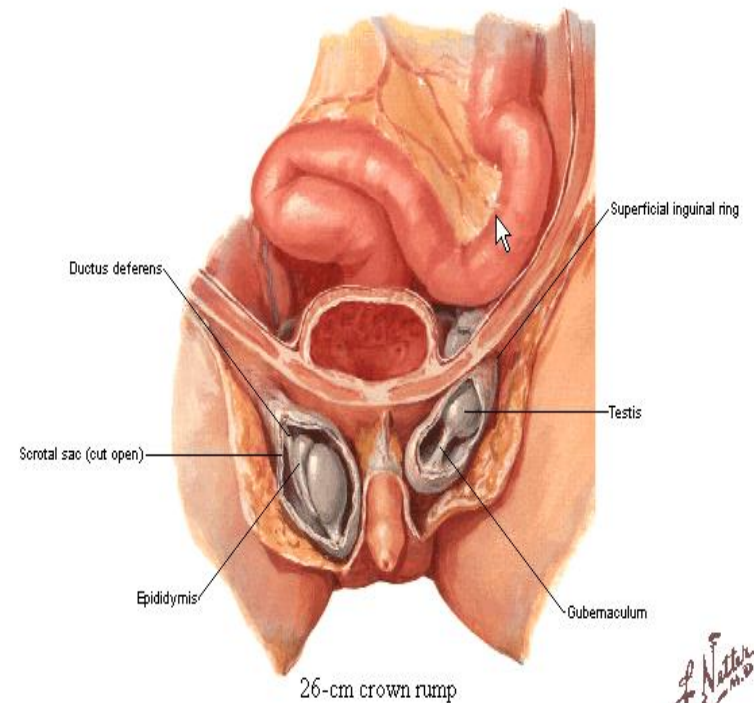
CANALULU INGHINAL

canalul inghinal se formeaza in viata fetala printr-o prelungire a seroasei peritoneale determinata de migratia testiculului din regiunea lombara catre scrot, care apoi se fibroseaza total sau partial

Descent of Testis
11 Weeks

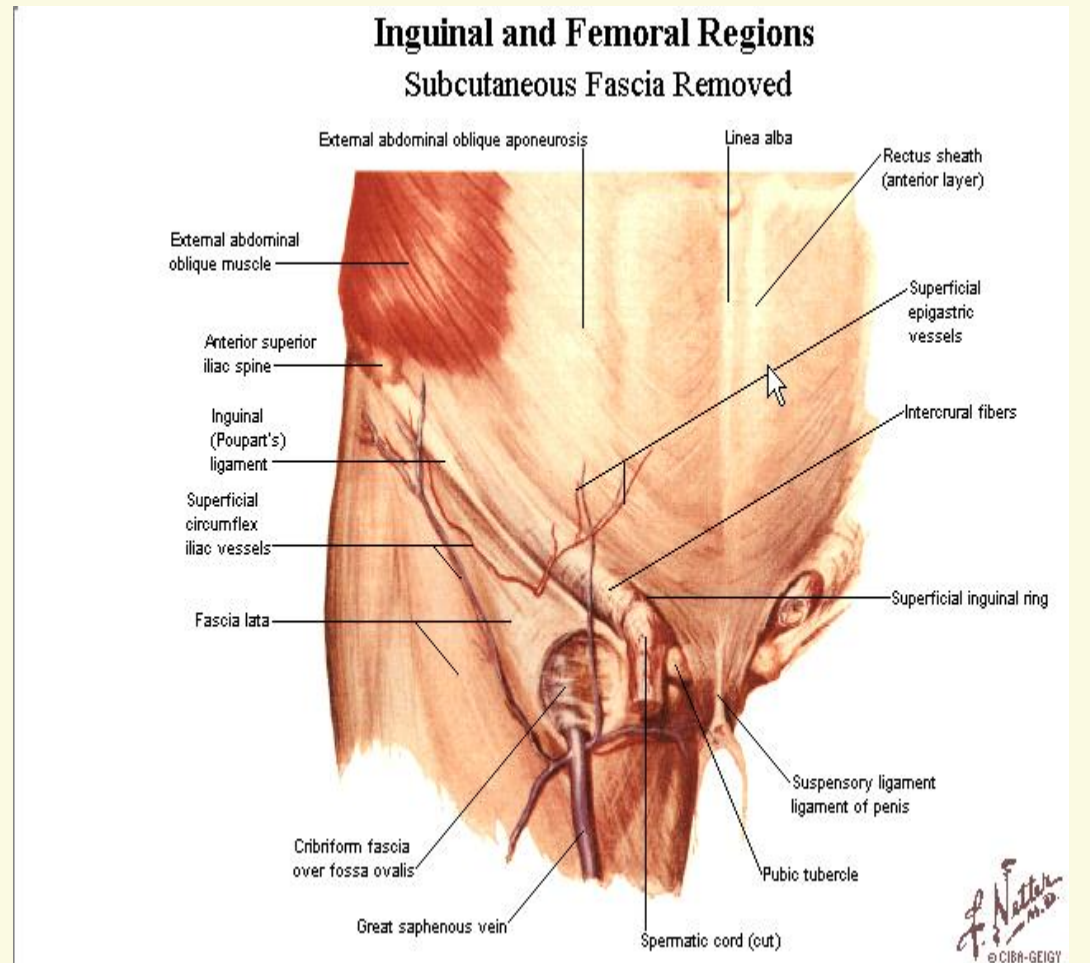


Descent of Testis
8 Lunar Months



Structura canalului inghinal

- are o lungime de aproximativ 4 cm ,cu directie oblica inferomedial strabatand peretele abdominal anterior,si paralel cu ligamentul inghinal care uneste spina iliaca anterosuperioara cu pubisul.
- prezinta 4 pereti , 2 orificii , continut



Peretele anterior:

- aponevroza **Oblicului extern** si intarit in partea laterala de fibre din Oblicul intern.

Peretele posterior:

- fascia Transversalis intarita de:
- tendonul conjunct (falx inguinalis) = unirea portiunilor aponevrotice ale muschiului Oblic intern si Transvers abdominal
- ligamentul reflex
- ligamentul Henle si interfoveolar -delimiteaza trigonul Hessebach
- tesutul celular preperitoneal
- peritoneul

Peretele superior:

- marginea inferioara a muschilor transvers abdominal si oblic intern

Peretele inferior:

- jgheabul canalului inghinal intarit medial de ligamentul lacunar
-

Orificiul superficial(extern):

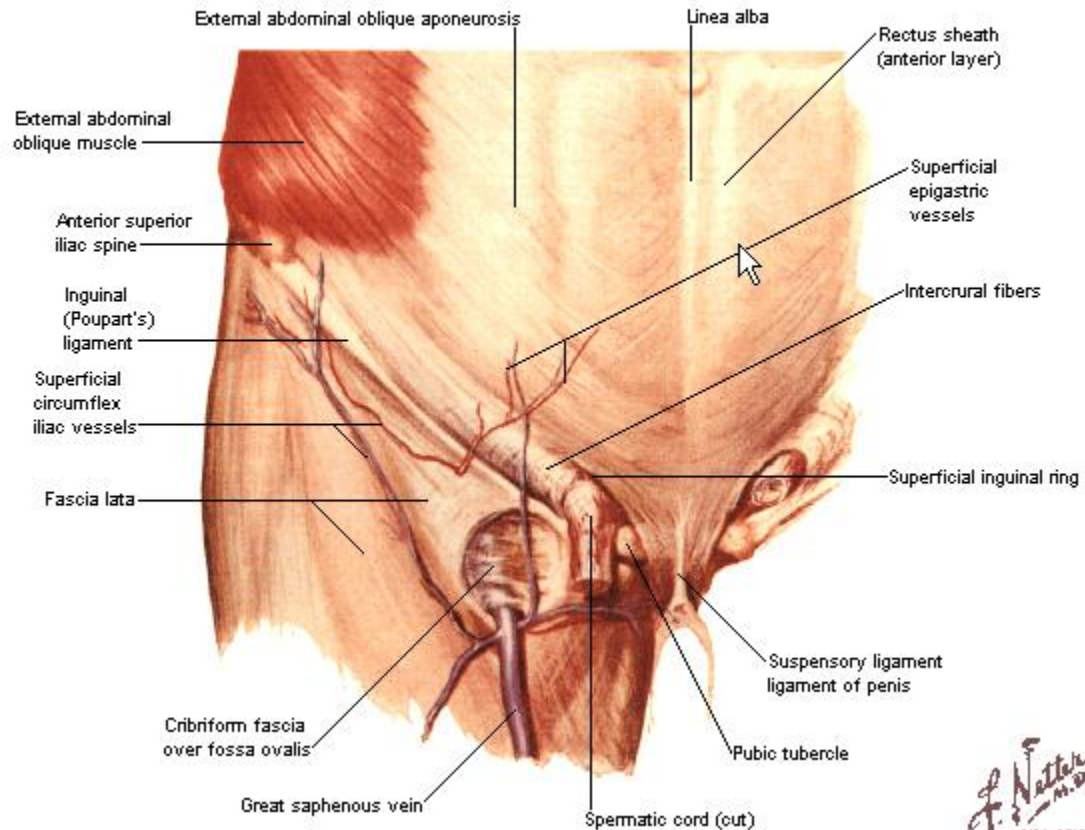
- delimitat de un inel format de fibre ale **aponevrozei oblicului extern** ce formeaza 2 stalpi:medial si lateral care se insera pe pubis si intre care se gasesc fibre intercrurale si **ligamentul reflex**.
- Inelul are un diametru de aproximativ 2 cm si permite patrunderea indexului
- hiperextensia trunchiului ingusteaza orificiul iar flexia il largeste

Orificiul profund(intern):

- **fascia transversalis** care se continua la acest nivel cu fascia spermatica interna a funiculului spermatic
- se gaseste la 2 cm deasupra ligamentului inghinal si lateral de artera epigastrica inferioara

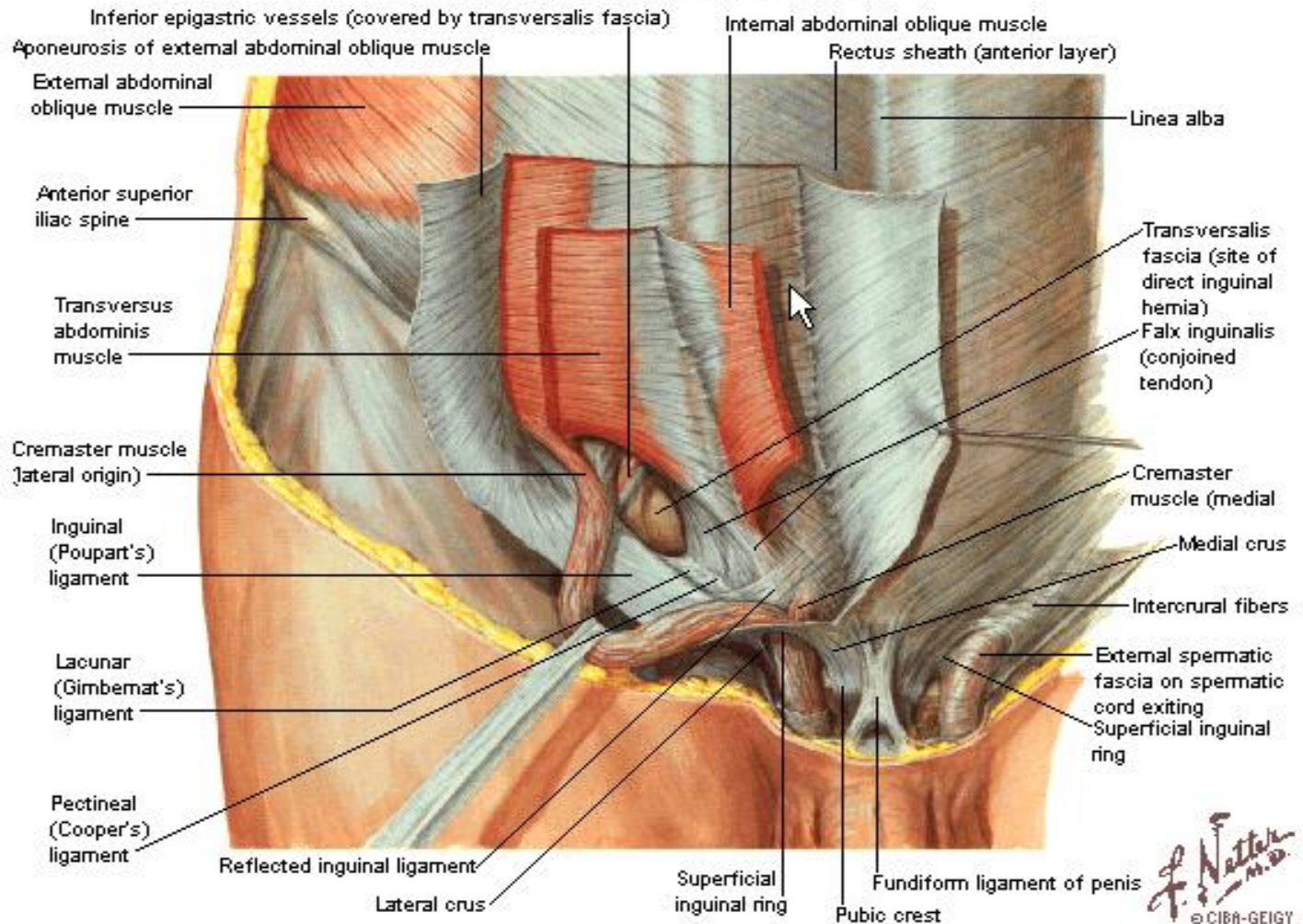
Pertele anterior

Inguinal and Femoral Regions Subcutaneous Fascia Removed



Pertele posterior

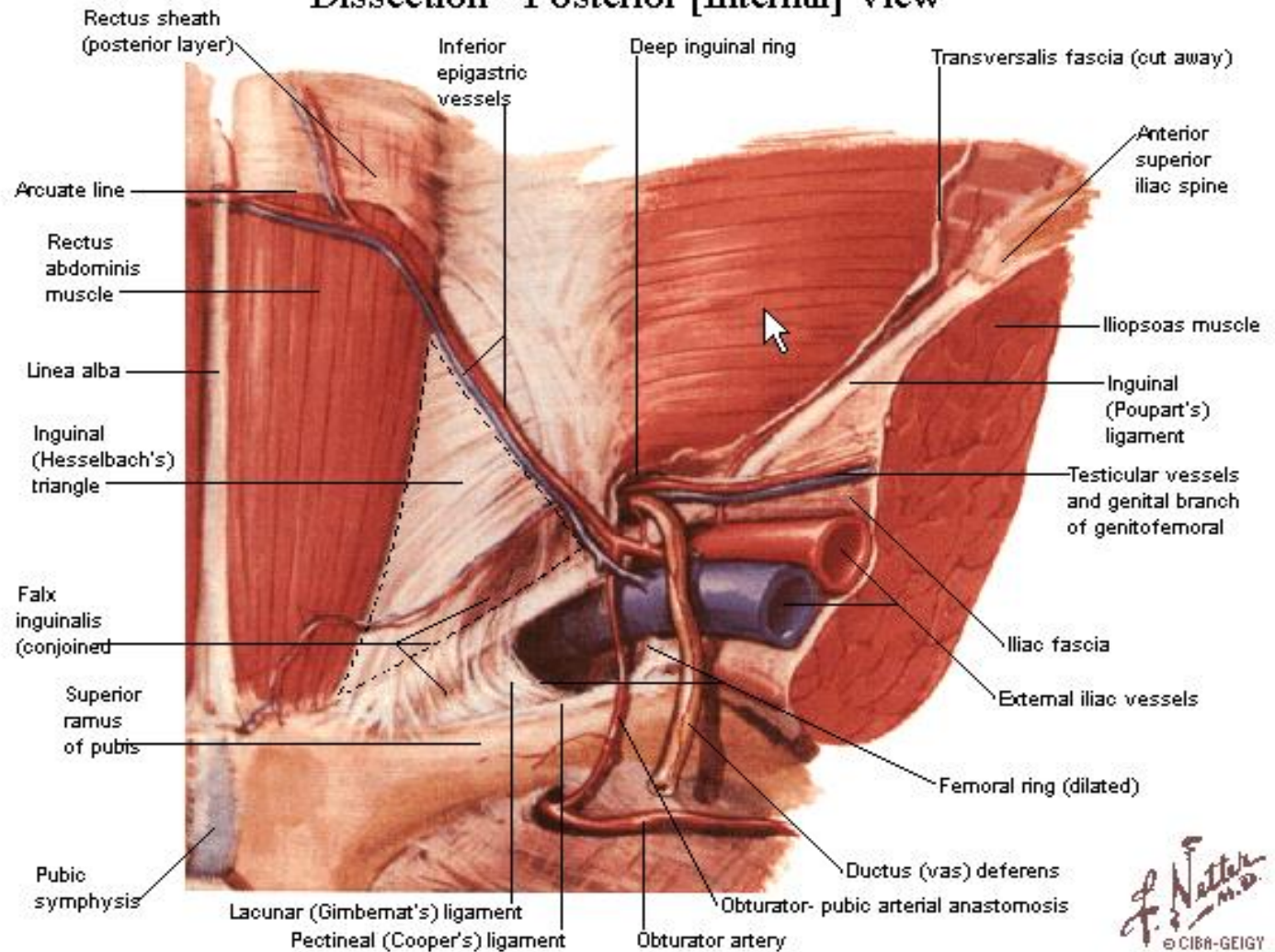
Inguinal Region Dissection - Anterior View



F. Netter M.D.
© CIBA-GEIGY

Trigonul Hesselbach-hernii directe

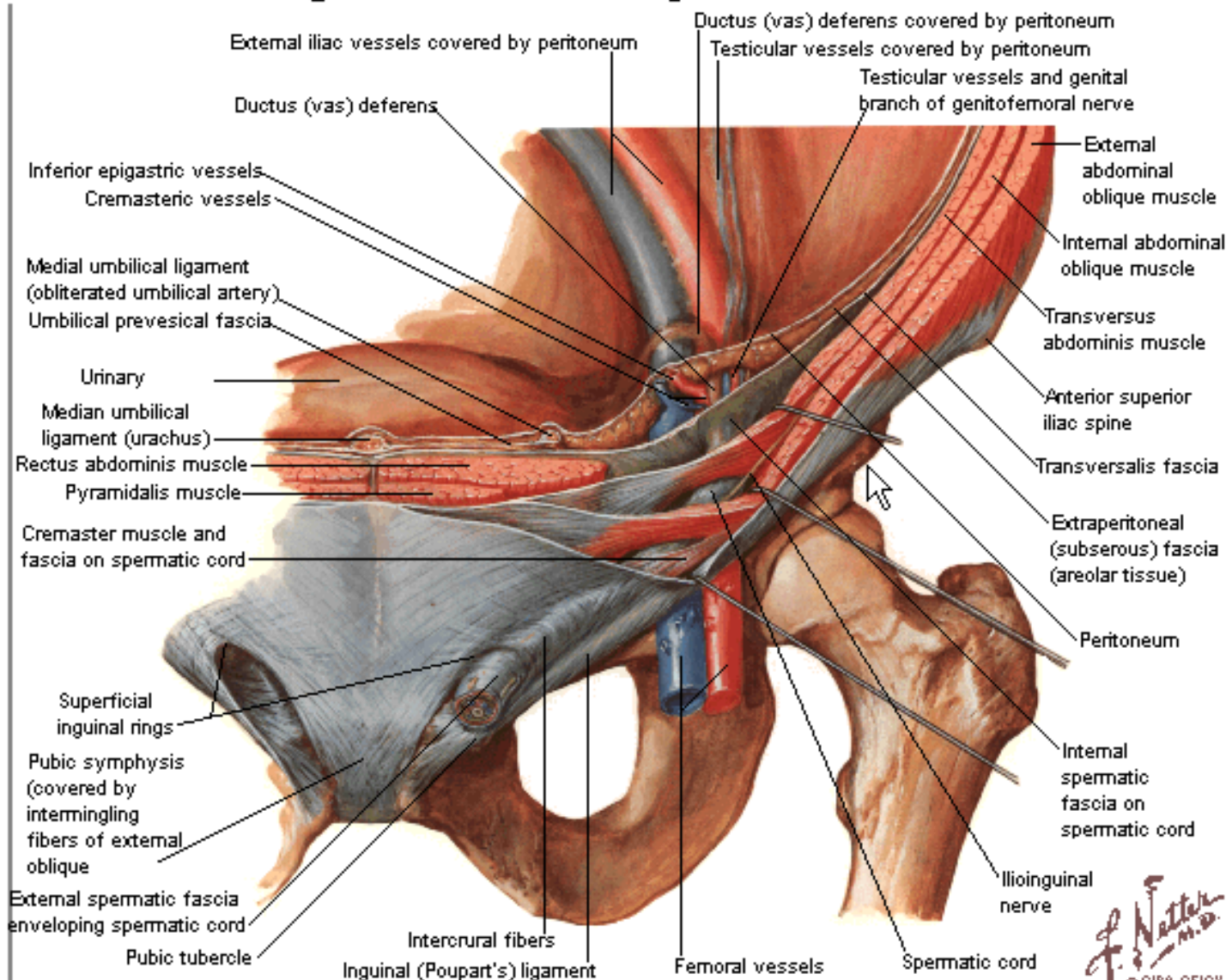
Inguinal Region Dissection - Posterior [Internal] View



La nivelul ligamentelor ombilicale peritoneul determina niste pliuri ce delimiteaza fosete ce reprezinta zone de slaba rezistenta a peretelui abdominal anterior.astfel:

- **foseta inghinala interna** - intre uraca si cordonul arterei ombilicale-**hernii oblice interne**
- **foseta inghinala mijlocie** - trigonul hesselbach-**hernii inghinale directe**
- **foseta inghinala externa** -lateral de artera epigastrica inferioara cuprinde orificiul profund al canalului inghinal- **hernii inghinale oblice externe**

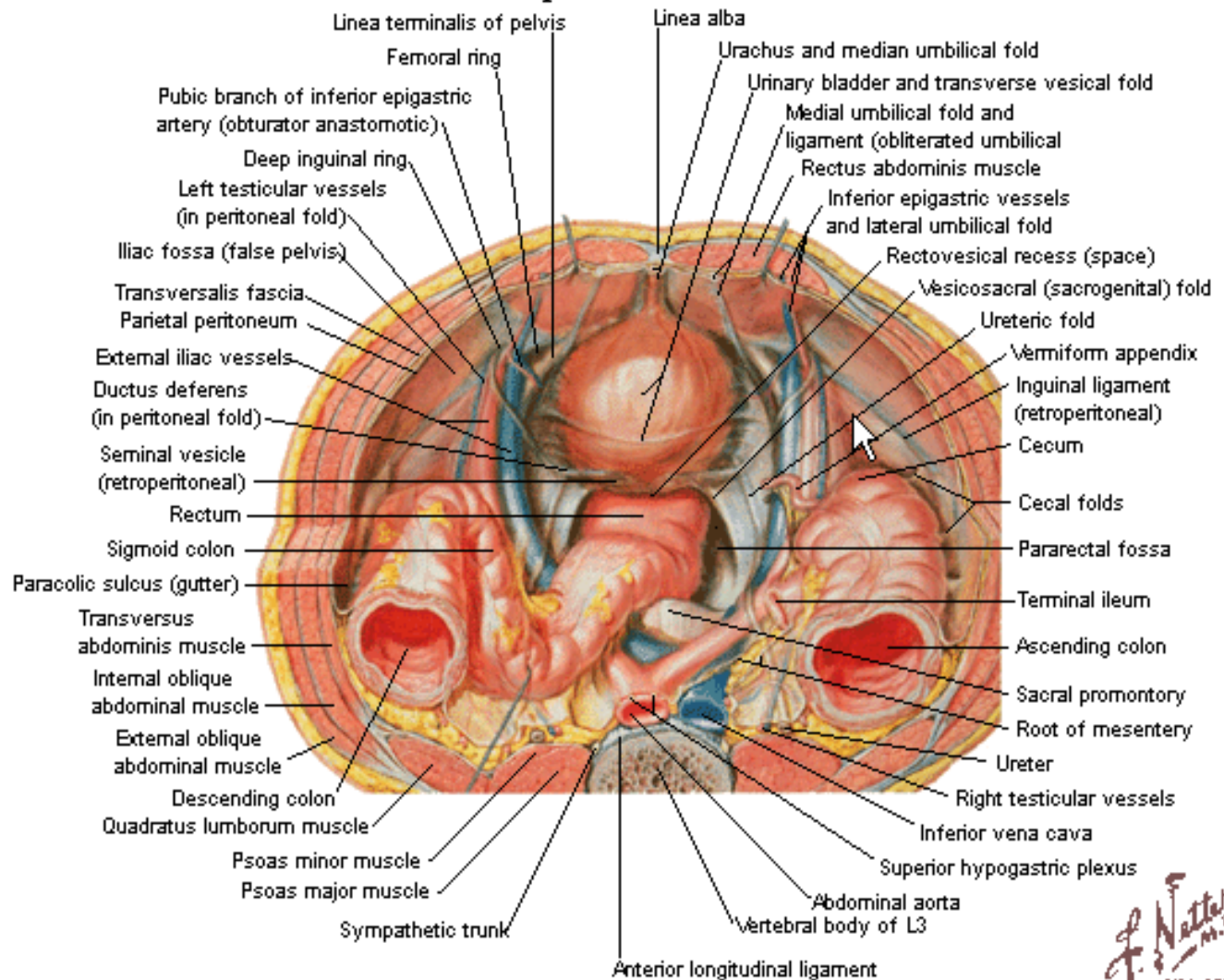
Inguinal Canal and Spermatic Cord



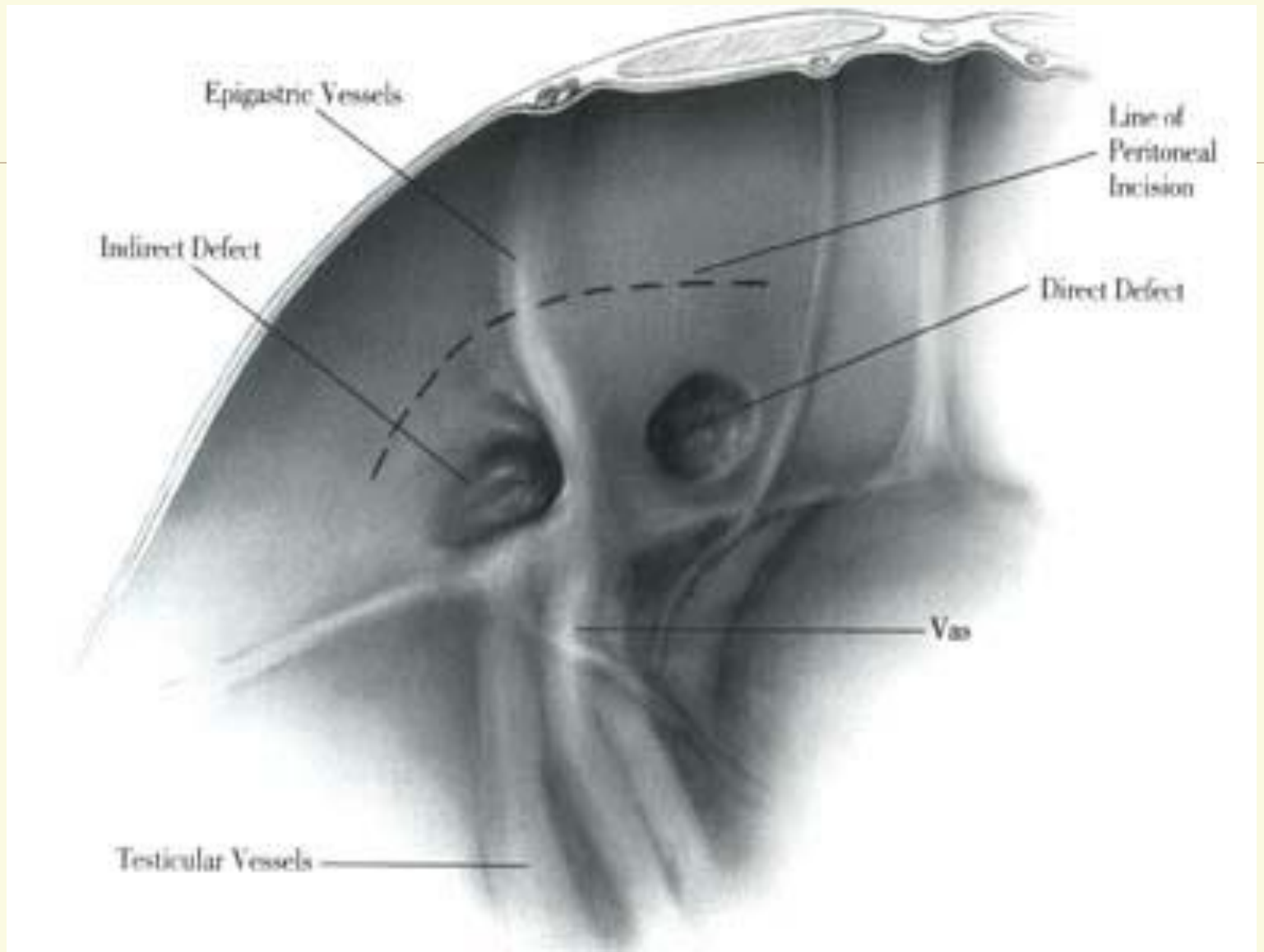
F. Natter
M.D.
© CIBA-GEIGY

Pelvic Contents of Male

Superior View



F. J. Netter M.D.
© CIBA-GEIGY



Variante ale herniilor inghinale

1. Hernii inghinale oblice externe - congenitale
- castigate
2. Hernii directe
3. Hernii inghinale oblice interne

1.Herniile inghinale oblice externe

pot fi :1.congenitale
2.castigate

.1.1.Herniile inghinale congenitale - se produc prin canalul peritoneo-vaginal persistent,neobliterat

pot fi:

- hernii peritoneo-vaginale
- hernii peritoneo-funiculare
- hernia vaginala inchistata
- hernia funiculara cu chist al cordonului

se pot asocia cu anomalii de migrare a testicolului care constituie un obstacol in calea sacului herniar care isi schimba traiectul realizand urmatoarele forme anatomo-clinice:

- hernia inghino-properitoneala
- hernia inghino-interstitiala
- hernia inghino-superficiala

1.2 Herniile inghinale castigate

- se produc prin orificiul inghinal profund la nivelul fosetei inghinale externe datorita presiunii exercitate dinspre interior reprezentata de gradientul presional al viscerelor abdominale(eforturi mici dar repetate:tusitorii cronici,constipati,disurici si eforturi mari brutal efectuate) cat si de calitatea peretelui abdominal care favorizeaza herniile(discolagenoze,neoplazii ,afectiuni inflamatorii,obezitate ,hipotiroidia,decompensari ascitice)
- sacul herniar(epiplon sau anse intestinale) se afla intotdeauna lateral de pulsatiile perceptibile clinic ale a.epigastrice inferioare.
- evolutiv dupa pozitia sacului herniar fata de traiectul inghinal HOE se clasifica in:
 - punct herniar - la nivelul orificiului inghinal profund
 - hernie interstitiala - cu sacul in canalul inghinal
 - bubonocel -fundul sacului la niv.orificiului superficial
 - hernia inghino-funiculara -sacul depaseste orificiul superficial
 - hernia inghino-scrotala - sacul ajuns la nivelul scrotului

2.Herniile directe

-se produc la nivelul fosetelor inghinale mijlocii si se situeaza medial de pulsatiile a.epigastrice inferioara.

3.Herniile inghinale oblice interne

-se produc la niv.fosetelor inghinale interne si sunt extrem de rare deoarece acest segment e puternic intarit de tendonul conjunct si ligamentul Henle.

Semne clinice:

- inspectia - tumora (clinostatism si ortostatim)
- palparea - tumorii si a traiectului parietal prin care s-a exteriorizat continutul sacului herniar
- tumora (sacul herniar) este reductibila si prezinta tendinta de expansiune la efort
- raportul cu a.epigastica inferioara
- continutul sacului herniar - palpate si percutie -epiploocel(matitate)
- enterocel(sonoritate)



Tratament:

- exclusiv chirurgical - refacerea defectelor parietale inghinale

tehnica:

Procedeul anatomic

1. disectia sacului herniar si tratarea continutului

2. patrunderea in spatiul properitoneal prin sectionarea fasciei transversalis si refacerea peretelui posterior al canalului inghinal prin sutura

lig. conjunct, fascia transversalis la marginea posterioara a ligamentului inghinal.

Procedeul funicular

sutura FT, OI, OE la ligamentul inghinal cu realizarea unui orificiu inghinal unic

Plasele de tip Mersilene

Refacerea peretelui abdominal prin plase de tip mersilene



EVOLUTIA HERNIILOR:

- incarcerarea herniara- cand elementele din sac nu mai pot fi reduse dar isi pastreaza vascularizatia
- strangularea herniara - bride si aderente intrasaculare
- leziuni ale sacului herniar si a viscerului herniat:gangrena(ansa cenusie),necroza ,perforatia ansei ,flegmonul piostercoral.,echimoze(ansa violacee),congestie

TABLOU CLINIC:

- bolnavul remarca in urma unui efort imposibilitatea reducerii herniei
- durere progresiva la inceput locala apoi se extinde l aintrg abdomenul
- sdr.de ocluzie intestinala
- varsaturi
- meteorism abdomoinal asimetric
- examen obiectiv - hernia(reductibila sau ireductibila -strangulata),

-
- regiunea herniara mult destinsa
 - tegumentele cu aspect inflamator progresiv mergand pana la flegmon si fistula piostercorala
 - abdomenul initial plat devine meteorizata
 - palparea herniei evidentiaza durere vie la acest nivel
 - percutia -matitate datorita lichidului transudat in sacul herniar
 - radiografia abdominala- imagini tipice ocluziei intestinale-imagini hidroaerice -dispunere in “cuib de randunica”

COMPLICATII:

- peritonita herniara
- tuberculoza herniara
- tumorile herniare
- corpi straini intrasaculari