

DESPRE REINTERVENȚII PENTRU HERNIE ABDOMINALĂ EXTERNĂ RECIDIVATĂ LA BĂTRÎNI*

M. Ionescu, Gr. Bîrsan

Hernia abdominală externă recidivată, a bătrînilor și vîrstnicilor trecuți de 60 ani, ridică probleme deosebite față de cea întîlnită la alte perioade ale vieții. Analizînd numai cazuistica clinicii noastre cu profil de chirurgie generală pe un an (anul 1966) am constatat că la numărul total de 3748 bolnavi internați, din're care 1150 pentru afecțiuni chirurgicale cronice și 2198 pentru afecțiuni chirurgicale cu caracter de urgență, la care s-au efectuat un număr de 2190 intervenții chirurgicale (1077 pentru boli cronice și 1113 intervenții de urgență) au fost operate 338 hernii din care 179 cronice și 149 strangulate. Din aceste cifre am extras și ne referim la 11 bolnavi care avînd vîrsta peste 60 ani au prezentat ca diagnostic principal una din localizările de hernie abdominală externă sau even'trație cronică recidivată și 9 bolnavi din aceeași categorie de vîrstă avînd hernie sau even'trație recidivată strangulată.

Cei mai mulți din ei nu sînt vechi purtători sau în orice caz la această vîrstă hernia a devenit mai mare și supărătoare.

* Lucrare prezentată la cel de-al XII Cong Naș. de Chir. București 22—26 mai 1968.

La majoritatea dintre ei, recidiva s-a instalat după vârsta de 60 de ani când nu se mai aflau în plină activitate și deci nu mai efectuau eforturi fizice grele. Această recidivă herniară nu se poate pune pe seama procedurii operator aplicată în prealabil ci pe aceea a unor noi condiții biologice și patologice. Astfel am constatat și prezentăm în tabelul alăturat faptul că instalarea recidivei herniare însoțește prezența unui proces intraabdominal sau a unor condiții care determină creșterea bruscă sau progresivă a volumului și presiunii intraabdominale în situația unui perete abdominal hipoton sau oricum, cu rezistență activă și pasivă scăzută, asociind condiția patologică cu cea biologică, mai ales la bolnavii grași sau obezi cu peretele musculo-aponevrotic mult subțiat.

Localizarea recidivei herniare ca expresie a relației dintre conținător și conținut este, am putea spune patognomic vecină procesului intraabdominal: epigastrică sau ombilicală în tumori ale organelor din etajul supravezicalic, inghinală sau crurală în tumori ale prostatei cu retenție urinară acută sau cronică și în general efort de micțiune, iar la femei în tumori ale organelor genitale interne.

Analiza cu care am dori să exemplificăm cele susținute, cu greu se poate întinde pe o perioadă mai lungă decât cea observată de noi în mod special, deoarece din studiul foilor de observație reiese lipsa de preocupare și altfel de înțelegere a recidivei herniare, decât ca o simplă afecțiune chirurgicală externă.

În prezența unui perete abdominal cu rezistență fizică mecanică scăzută, presa abdominală care cauzează sau determină recidiva herniară poate fi realizată și de ciroza hepatică cu ascită, boli cardio-pulmonare cronice cu tuse, stază circulatorie și în general jenă respiratorie și circulatorie.

Depistarea condiției sau condițiilor recidivei herniare se impune în cadrul examenului preoperator atent și complet, cerînd o pregătire, o anestezie și un act operator adecvat suprimării cauzei determinante sau favorizante presiunii intraabdominale nu numai rezolvării herniei externe. Actul operator limitat la reconstituirea peretelui, chiar dacă se recurge la diverse artificii operatorii și metode de plastii ale peretelui, devine inutil și se expune unei noi recidive. Refacerea peretelui trebuie realizată desigur cît mai anatomic dar în nici un caz în tensiune.

Micșorarea volumului intraabdominal și refacerea comodă a peretelui se obține nu numai prin tratamentul adresat aparatului cardio-respirator și prin extirparea unui eventual proces intraabdominal ci în ultima instanță prin rezecția șortului epiploic, eventual chiar rezecții segmentare de intestin subțire, și desigur prin evitarea oricărei complicații respiratorii sau abdominale care ar putea determina creșterea presiunii intraabdominale în perioada postoperatorie imediată (retenție urinară sau digestivă) sau tardivă (sindrom aderențial cu subocluzie și distensie abdominală).

Nu se imune întotdeauna, cura operatorie a tuturor herniilor sau eventrațiilor cronice recidivate. În unele cazuri intervenția pentru hernie poate fi chiar contraindicată atîta vreme cît afecțiunea principală nu se pretează ea însăși unei rezolvări ceea ce putem exemplifica cu ciroza cu ascită, neoplasmul inoperabil etc. sau cînd starea generală a bolnavului contraindică agresiunea anestezică și chirurgicală. În general însă prezența herniei sau eventrației constituie iminența unei strangulări care va agrava starea și pronosticul operator prin însăși situația de urgență creată care pierde avantajul pregătirii și face să crească procentul diagnosticului preoperator incomplet și al surprizei operatorii intraabdominale. Deși strangularea unor astfel de hernii este rară, ea poate fi determinată de contractura peretelui într-o colică urinară sau biliară, în peritonite secundare, în torsionarea unor tumori genitale la femeie, constituind ea însăși un simptom care pune în primejdie la rîndul său

HERNIA ABDOMINALĂ EXTERNĂ, RECIDIVATĂ LA VIRSTNICI ȘI BĂTRINI ÎN ANUL 1968.

Felul herniei recidivate	Nr. crt.	Numele	Vîrsta	Sexul	Localizarea recidivei	De câte ori a intervenit pt. recidivare și localizare	Boli asociate cu rol în patogenia recidivei și cu importanță pt. pregătirea bolnavului în vederea reintervenției	Nr. zile de pregătire preoperator	Nr. zile de spitalizare post-operatorie	Obs.
Hernie cronică	1.	F. A.	67 ani	F	Eventrație hipocondrul drept	1	Emfizem pulmonar, bronșită cronică, miocardoscleroză.	18	9	—
" "	2.	D. I.	72 ani	M	Hernie inghinală bilaterală	1	Sindrom cardio-pulmonar decompensat, adenom periuretral cu retenție urinară cronică incompletă	Nu s-a reintervenit starea generală contraindicînd actul operator		
" "	3.	T. E.	63 ani	F	Hernie epigastrică	1	Emfizem pulmonar, ciroză hepatică cu hepato și splenomegalie	4	9	—
" "	4.	H. I.	73 ani	M	Hernie inghinoscrotală dr.	1	Sindrom cardio-pulmonar cronic compensat, stricturi uretrale cu retenție urinară cronică incompl.	6	9	—
" "	5.	V. M.	60 ani	F	Eventrație hipocondrul dr.	2	Emfizem pulmonar, ciroză hepatică cu hepato și splenomegalie	4	11	—
" "	6.	P. N.	65 ani	M	Hernie inghinală stg.	1	Adenom periuretral, retenție urinară cronică incompletă, hepatită cronică	4	9	—
" "	7.	K. E.	61 ani	M	Hernie inghinală dr.	1	Emfizem pulmonar, bronșită cronică tabagică, miocardoscleroză, adenom periuretral	6	8	—
" "	8.	H. I.	63 ani	F	Eventrație mediană subombilic.	2	Emfizem pulmonar, miocardoscleroză, fibrom uterin	4	11	S-a executat și histerectomia subtotală
" "	9.	F. R.	61 ani	F	Eventrație epigastrică	1	Hepatită cronică	6	9	—
" "	10.	G. P.	74 ani	F	Eventrație fosa iliacă dr.	1	Sindrom cardio-pulmonar subcompensat, chist ovarian drept	13	9	S-a executat și anexectomia dr.
" "	11.	C. N.	63 ani	M	Hernie inghinală bilaterală	1	Adenom periuretral, retenție urinară cronică incompletă	4	8	S-a executat și cura Steinach în vederea adenomectomiei
Hernie strangulată	1.	G. E.	65 ani	F	Hernie ombilicală	1	Emfizem pulmonar, miocardoscleroză, diabet compensat, obezitate	—	13	S-a practicat cura herniei cu lipectomie
" "	2.	T. A.	81 ani	F	Eventrație fosa iliacă dr.	1	Sindrom cardio-pulmonar cronic compensat	—	8	—
" "	3.	T. N.	62 ani	M	Hernie inghinală stg.	1	Emfizem pulmonar, bronșită cronică tabagică	—	8	—
" "	4.	H. D.	69 ani	M	Hernie inghinală dr.	1	Sindrom cardio-pulmonar decompensat	—	5	Deces postoperator în ziua 5-a
" "	5.	D. I.	64 ani	M	Hernie inghinoscrotală dr.	1	Retenție urinară cronică incompletă	—	8	—
" "	6.	V. I.	73 ani	F	Eventrație fosa iliacă dr.	1	Emfizem pulmonar, miocardoscleroză	—	11	S-a practicat și anexectomie dr. pt. chist ovarian dr. torsionat, descop. intraop.
" "	7.	P. P.	69 ani	M	Hernie inghinală dr.	1	Adenom periuretral, retenție urinară cronică incompletă	—	10	—
" "	8.	G. R.	65 ani	F	Hernie ombilicală	1	Arterioscleroză, hipertensiune arterială	—	12	S-a practicat și colecistectomie pt. colecistită litliazică descoperită intraoper.
" "	9.	V. I.	75 ani	F	Eventrație fosa iliacă dr.	1	Sindrom aderențial cu subocluzie după apendicectomie și histerectomie	—	9	—

vitalitatea organului conținut în sac și domină aparent tabloul clinic și necesitatea rezolvării, fără a îngădui neglijarea cauzei recidivei herniare și pe aceea a strangulării.

Problemele ridicate mai sus, care ne determină să privim recidiva herniară ca un simptom și impun elucidarea cauzei sale determinante, cer o atenție deosebită în fața recidivei herniare la vîrstnici și bătrîni, fie că se prezintă ca un caz cronic sau unul de urgență în strangulare, adaugîndu-se specificului gerontochirurgiei.

Sosit la redacție: 30 mai 1968.
