

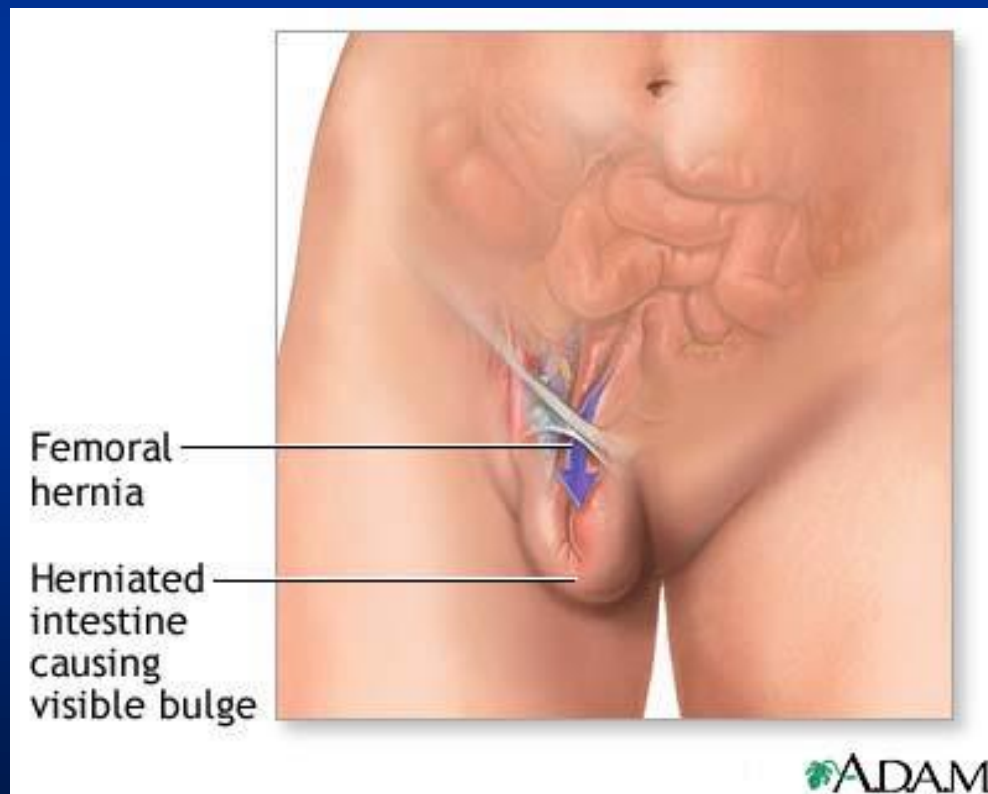
Patologia chirurgicală a peretelui abdominal

Partea a 2-a

HERNIA FEMURALĂ

- herniile ce se produc prin inelul femural (clasic) sau alte elemente constitutive ale trigonului femural*

- exteriorizarea viscerelor abdominale la nivelul coapsei, în triunghiul Scarpa
- pronunțată tendință la strangulare (50%) datorită inelului mic și rigid



EPIDEMIOLOGIE

- Locul 2 ca frecvență - după hernia inghinală
- La femei de 3 ori mai frecventă, în special la multipare – diametrul bazinului și implicit al canalului femural mai mare

ETIOLOGIE

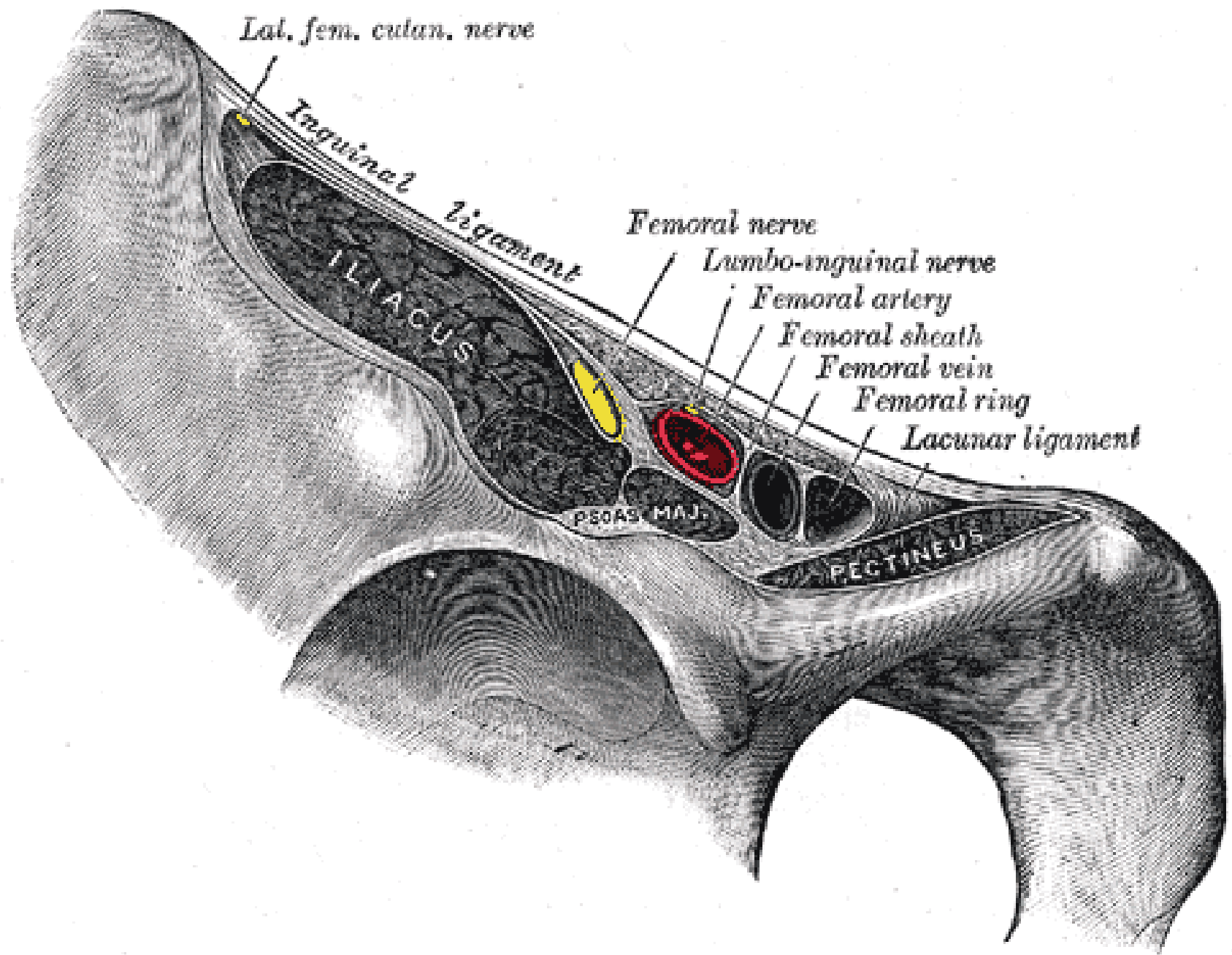
- denumite și hernii de slăbiciune
- NICIODATĂ congenitale
- TOTDEAUNA dobândite: efort fizic, obezitate, sarcini repetate, cura unei hernii omolaterale, denutriție marcată

ANATOMIE

- Triunghiul femural:
 - anterior: ligamentul inghinal
 - posterior: marginea superioară a pubelui între spina iliacă antero - superioară și tuberculul pubic
 - lateral: m.iliopsoas
 - medial: ligamentul lacunar (Gimbernat) care prelungit posterior pe creasta pectineală formează ligamentul Cooper
- împărțit de ligamentul ilio-pectineu în:
 - loja vasculară: conține - artera femurală dispusă lateral
 - vena femurală dispusă medial
 - loja musculo-nervoasă: conține - mușchiul iliopsoas
 - nervul femural
- acoperit de fascia transversalis și țesut grasos

ANATOMIE

- Inelul femural:
 - pasaj stenotic, rigid situat sub arcada femurală
 - dispus medial de vena femurală
 - conține unul dintre ultimii ganglioni inghinali
profunzi: ggl. Cloquet, vase limfatice și țesut adipos
 - anterior: ligamentul inghinal
 - medial: ligamentul lacunar (Gimbernat)
 - lateral: vena femurală
 - posterior: ligamentul Cooper și m.pectineal

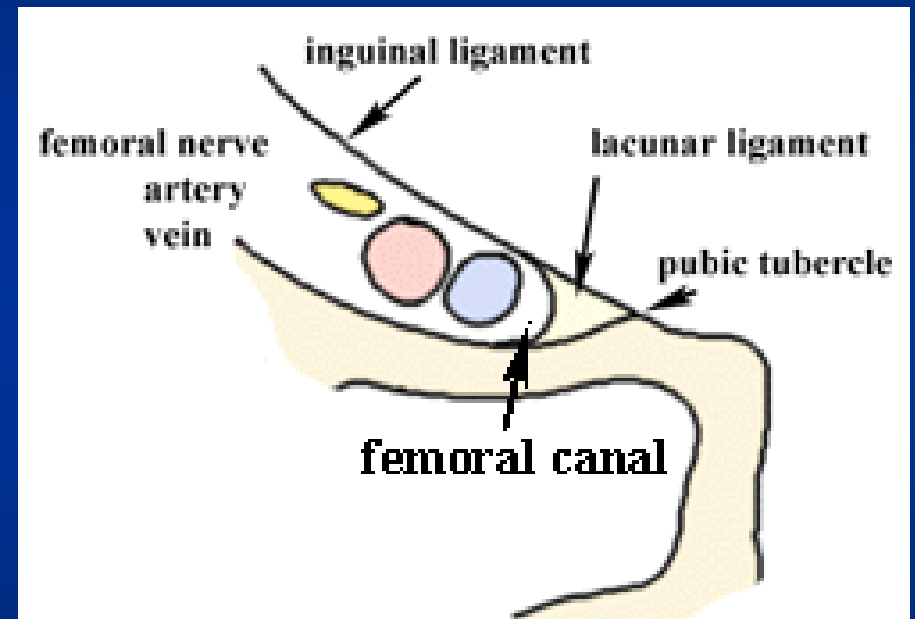
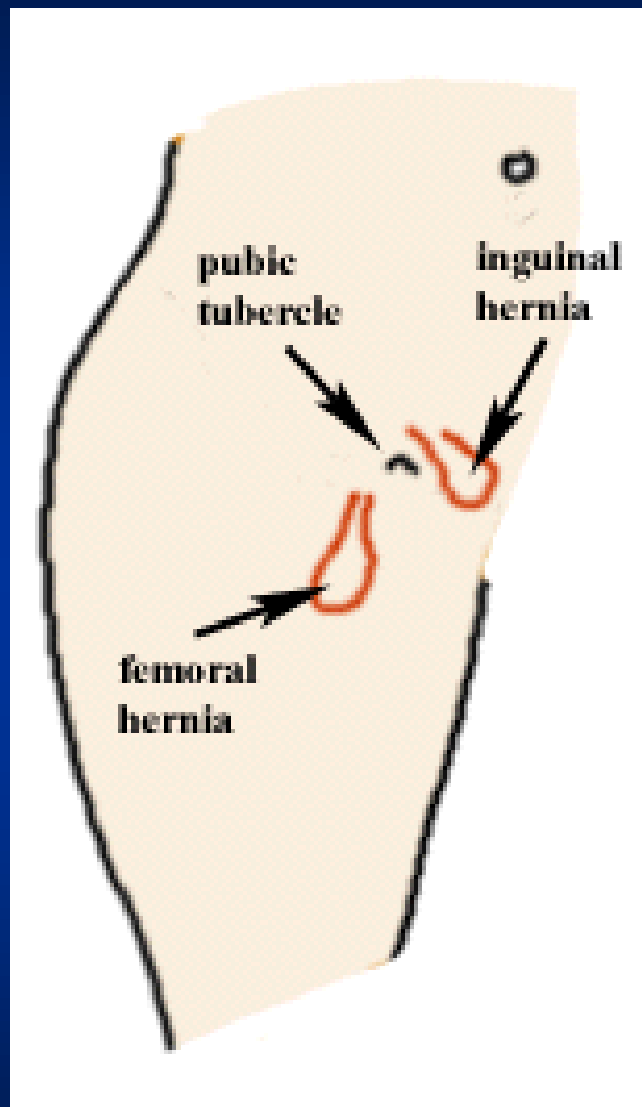


ANATOMIE PATOLOGICĂ

- prezintă trei etape evolutive:
 - punct herniar: sacul abia a trecut de inelul femural
 - hernie interțițială: sac sub fascia cribriformis
 - hernie completă: sac subtegumentar
- pereții sacului: peritoneu, țesut conjunctivo-adipos, fascia transversalis
- conținutul: variabil, visceralele pelvine herniind mai frecvent la acest nivel
- sacul se poate obtura în absența unui conținut => se transformă chistic => higroma crurală

VARIETĂȚI DE HERNII ÎN FUNCȚIE DE LOCALIZARE

- hernia femurală clasică: prin inelul și apoi canalul femural
- hernia Laugier: printre fibrele ligamentului Gimbernat
- hernia prin loja vasculară:
 - înapoia vaselor femurale: Moschowitz
 - înaintea vaselor femurale: Glasser
 - printre vasele femurale: Cooper
- hernia prin loja musculo-nervoasă
- h. Cloquet prin m. pectineu
- hernia Hasselbach: hernia cu un singur sac dar cu multipli diverticuli ce au ieșit prin diferite orificii ale fasciei cribriformis
- hernia în bisac Astley-Cooper: un sac situat sub și unul deasupra fasciei cribriformis

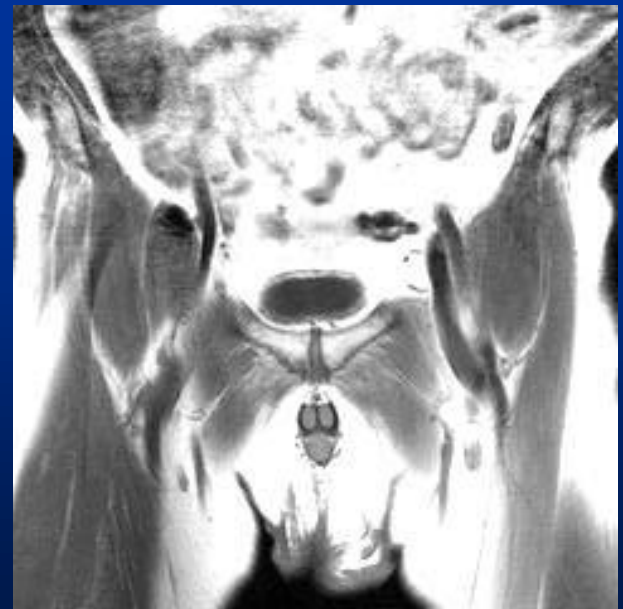
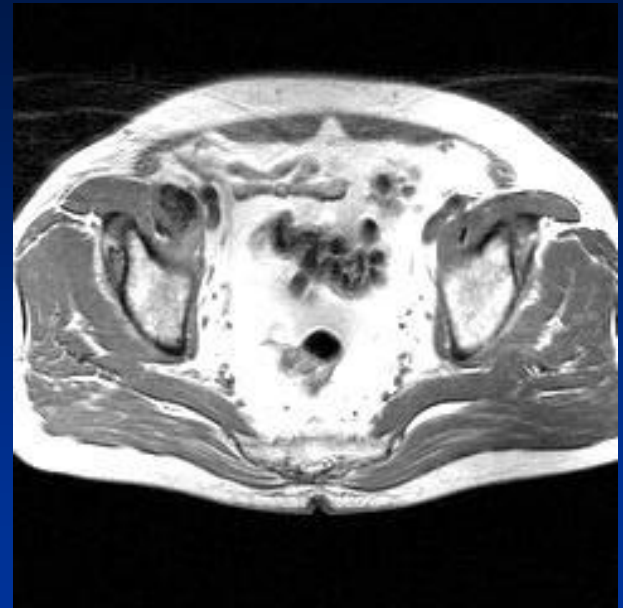
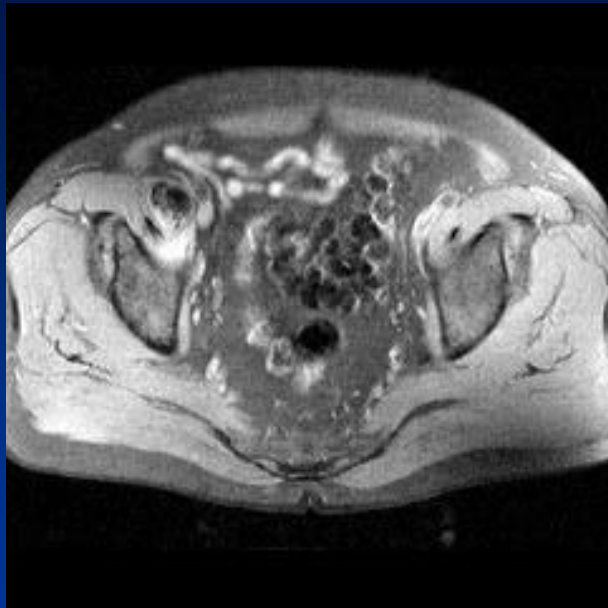


DIAGNOSTIC POZITIV

- Urmează metodologia bișnuită
- Particular:
 - foarte dureroasă (mobilizarea coapsei pe bazin)
 - este de dimensiuni mici
 - organul herniat - epiploon simptomatologie - redusă
 - la palpare prin tact: traiect vertical iar anterior se percepe ligamentul inghinal ca un cordon fibros

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| • Hernia inghinală | • Abces al mușchiului psoas |
| • Ganglioni limfatici | • Lipom |
| • Testicul ectopic | • Ectazia crosei safenei |
| • Varice ale v. safene | • Anevrism arteră femurală |



HERNIA OMBILICALĂ

- herniile ce se produc prin inelul ombilical

EPIDEMIOLOGIE

- locul 3 ca frecvență - după hernia inghinală și femurală
- reprezintă aproximativ 5 - 10% din totalul herniilor

ETIOLOGIE

- în funcție de perioada de apariție există 3 tipuri de hernii:
 - a nou-născutului: *congenitală* = exomfalos, omfalocel
 - aplazie de perete abdominal $\pm$ un grad variabil de ectopie viscerală
 - a copilului : mai frecvente la băieți ; secundare unei întârzieri în închiderea ombilicului
 - a adultului : *dobândită*
 - slăbirea inelului ombilical
 - de 5 ori mai frecvent la femei
 - apar în jurul vârstei de 35 ani

ANATOMIE

- La nivelul ombilicului, structurile sunt dispuse de la suprafață în profunzime, astfel:
 - pielea: lipsită de hipoderm aderă intim la fața anterioară a inelului => aspectul înfundat al ombilicului
 - inelul ombilical: orificiu rotund, de maxim 2-3 mm diametru, situat în zona de inserție aponevrotică a tecilor anterioară și posterioară a dreptilor abdominali
 - elementele vestigiale:
 - superior și cu traiect ascendent:
 - ligamentul rotund al ficatului
 - inferior și cu traiect descendent
 - uraca
 - arterele ombilicale obliterate
 - țesut celular properitoneal densificat => fascia Richet
 - peritoneul parietal anterior

VARIETĂȚI DE HERNII OMBILICALE:

- Hernia directă
 - de slăbiciune
 - mai frecvent la femei obeze, multipare
 - prin dilatarea inelului ombilical și pătrunderea sub tegument a viscerelor
 - *sacul: format de peritoneu și fascia Richet*
- Hernia indirectă:
 - de forță
 - mai frecvent la bărbați
 - traversarea inelului ombilical pe sub fascia Richet
 - *sacul: format de peritoneu*

DIAGNOSTIC POZITIV

- Urmează metodologia bișnuită
- Clinic: grețuri, vărsături, balonări, constipație - când conține ligamentul rotund (bogat inervat)
- Ex. Clinic: formațiune greu reductibilă sau chiar ireductibilă datorită aderențelor precoce intrasaculare

EVOLUȚIE

- continuă, hernia devenind mai voluminoasă, multidiverticulară și ireductibilă

COMPLICAȚII

- cel mai frecventă este strangularea: la nivelul inelului ombilical sau datorită aderențelor intrasaculare
=> tablou clinic de ocluzie intestinală

HERNIILE LINIEI ALBE

***-herniile ce se produc printre fibrele de încrucișare
ale liniei albe, prin orificiile normale sau anormale
ale acesteia***

EPIDEMIOLOGIE:

- locul 4 ca frecvență - după hernia inghinală, femurală și ombilicală
- reprezintă aproximativ 2% din totalul herniilor
- mai frecventă la bărbați

ETIOLOGIE:

- imperfecțiunile genetice
- orificiile neuro-vasculare
- eforturile crescute în intensitate (așa se explică de ce sunt mai frecvente la bărbați)

ANATOMIE

- Rafeu conjunctiv rezistent rezultat din intersecția pe linia mediană a aponevrozelor mușchilor lați
- Este o „linie” adevărată doar subombilical (la acest nivel mușchii dreپți abdominali sunt tangenți, aproape margine la margine), în rest fiind o ca o bandă
- Este străbătută de orificii prin care ramuri vasculare și filete nervoase, locuri la nivelul cărora, în condiții patologice, pot apare hernii

VARIETĂȚI DE HERNII ALE LINIEI ALBE:

- **Hernia epigastrică:**
 - cea mai frecventă formă
 - inelul și sacul herniar - dimensiuni mici
 - se însoțește de lipomul preherniar – grăsimea properitoneală
 - două forme clinice: - dureroasă (poate ascunde altă suferință)
 - nedureroasă: cea mai frecventă
- **Hernia juxtaombilicală:**
 - localizată la 2 cm deasupra sau sub ombilic
 - mai frecvente cele supraombilicale
 - greu de diferențiat de herniile ombilicale
- **Hernia subombilicală:**
 - cea mai rară formă dintre herniile liniei albe - datorită densității fibrelor aponevrotice la acest nivel
 - localizată la 2 cm sub ombilic (cel mai frecvent sub 4 cm)

DIAGNOSTIC POZITIV:

- Urmează metodologia bișnuită
- Poate ridica probleme de diagnostic mai ales atunci când nu se poate palpa
- Poate necesita investigarea clinică și radiologică a organelor din etajul abdominal superior
- Uneori necesită laparotomie exploratorie

HERNIILE SPIEGELIENE

- herniile ce se produc la nivelul linei semilunare Spiegel

EPIDEMIOLOGIE

- sunt hernii rare
- mai frecventă la femei, în special cele obeze și cu sarcini multiple
- apare în jurul vârstei de 50 ani
- repartiție egală dreapta-stânga
- mai frecventă în regiunea subombilicală
- se strangulează frecvent datorită inelului mic și fibros

ANATOMIE

- Linia Spiegel este o linie semilunară ce începe la vârful coastei IX și se oprește la 2 cm lateral de spina pubelui, cu traiect descendent sub formă de arc de cerc
- Corespunde limitei dintre corp și aponevroza mușchilor lati ai abdomenului
- Prezintă multiple orificii punctiforme transaponevrotice datorate pasajului vasculo-nervos:
 - pediculi intercostali
 - ramuri ale vaselor epigastice inferioare
 - ramuri ale vaselor circumflexe
 - ramuri periferice ale ilioinghinalului și iliohipogastrului

VARIETĂȚI EVOLUTIVE ALE HERNIEI SPIEGELIENE

- Punct herniar :
 - depășește aponevroza transversului dar rămâne sub aponevroza oblicului intern
- Hernie interstițială:
 - depășește aponevroza oblicului intern dar rămâne sub aponevroza oblicului extern
- Hernie completă:
 - dezvoltare subcutanată a sacului

DIAGNOSTIC POZITIV

- diagnostic dificil
- poate beneficia substanțial de ecografie și CT
- uneori necesită laparotomie exploratorie

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- greu de efectuat
- poate fi confundată cu:
 - tumori de perete: lipom, fibrom, etc
 - abces
 - hematom

Herniile lombare

- regiunea lombară
 - anterior - marginea posterioară a oblicului extern
 - posterior - masa sacro-lombară
 - superior - coasta a XII-a
 - inferior - creasta iliacă
- ***triunghiul Jean Louis Petit***
 - *anterior - marginea posterioară a oblicului extern*
 - *posterior - marginea anterioară a marelui dorsal*
 - *inferior - creasta iliacă*
- ***patrulaterul Grynfeldt***
 - *anterior - marginea posterioară a oblicului intern*
 - *posterior - marginea anterioară a pătratului lombelor*
 - *superior - coasta a XII-a*
 - *inferior - marginea inferioară a dințatului mic*

ANATOMIE PATOLOGICĂ

- sacul nu diferă de cel al herniilor obișnuite
- conține frecvent anse intestinale sau epiploon
- se strangulează foarte rar datorită inelului de dimensiuni mari
- sunt de cele mai multe ori reductibile

DIAGNOSTIC POZITIV:

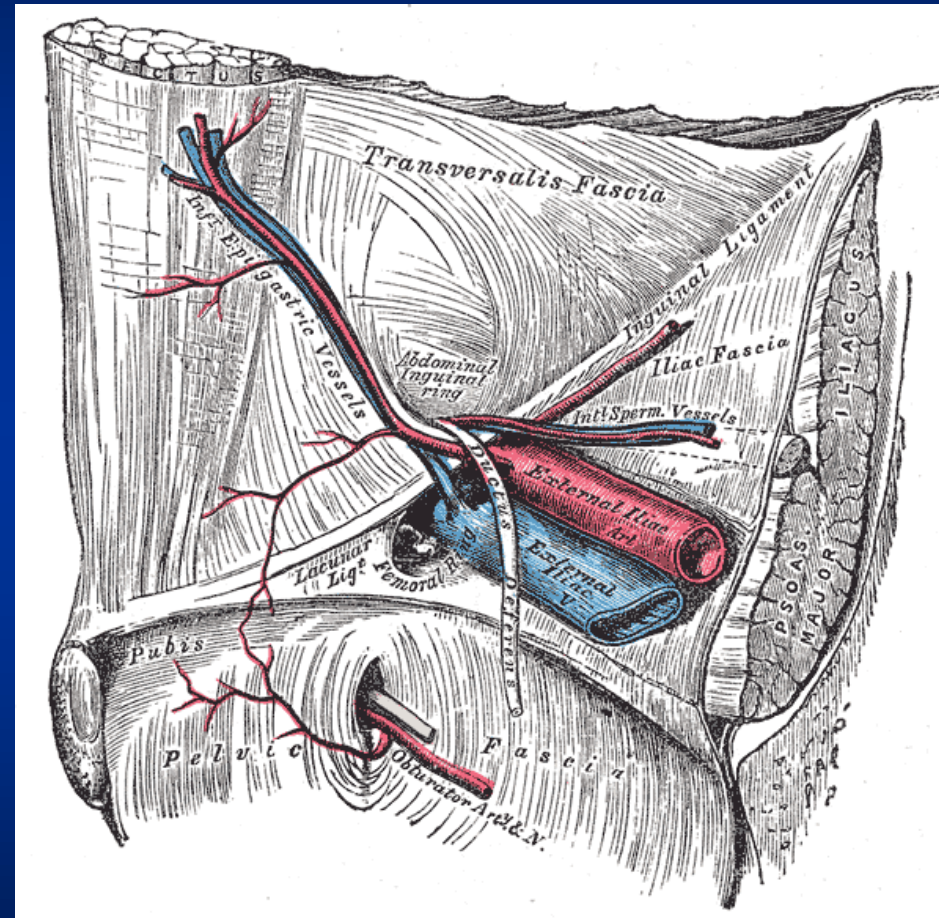
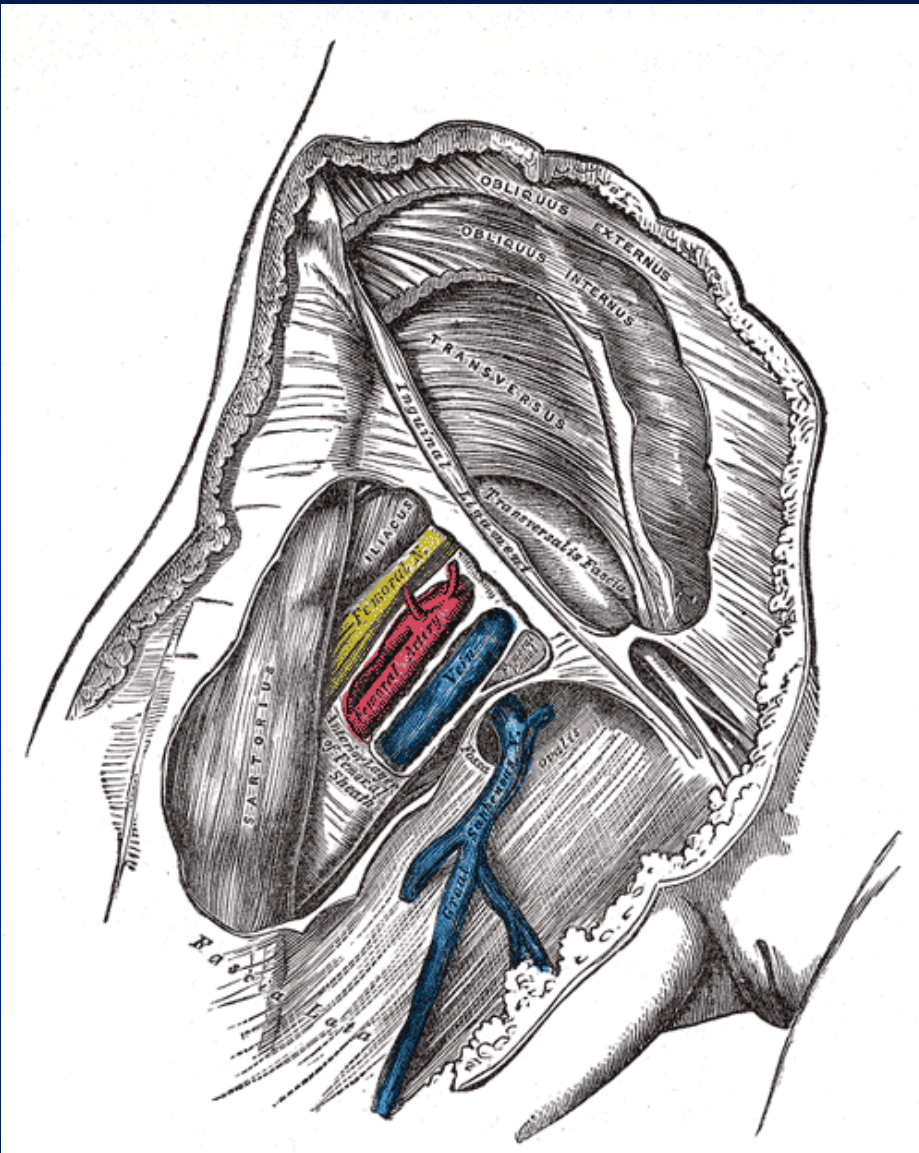
- este cel obișnuit în cazul herniilor

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL:

- poate fi confundată cu:
 - tumori de perete: lipom, fibrom, etc
 - abces rece
 - hematom
 - tumori renale

Herniile obturatorii

- exteriorizarea viscerelor prin canalul subpubian
 - superior - jgheabul osos subpubian
 - inferior - m. obturator intern și extern
- se exteriorizează la rădăcina coapsei pe fața medială



DIAGNOSTIC POZITIV:

- diagnostic foarte dificil
- CT - cea mai specifică; echografia și tranzitul baritat sânt utile
- cel mai frecvent este intraoperator – operație pt. abdomen acut
- mai ușor în prezența semnelor de ocluzie:
 - Rx: fixitatea unor anse mobile
 - imagine hidroaerică fixă în canalul obturator
 - prin tușeu rectal sau vaginal - sacul și coletul herniar deasupra ridicătorilor anali
- ***characteristic*** pentru hernia obturatoare încarcerată – compresiunea nervului obturator:
 - durere pe fața internă a coapsei și la nivelul genunchiului, accentuată de flexia coapsei pe abdomen: ***Howship-Romberg***
 - mai specific este dispariția reflexului adductor cu dispariția reflexului patelar de partea herniei: ***Hannington-Kiff***
 - poziția în flexie și rotație externă a coapsei

Herniile ischiadice

- se exteriorizează în regiunea fesieră prin marea sau mica incizură ischiadică

Herniile perineale

- se produc prin planșeul pelvin ajungând în perineu
fie lateral fie medial

EPIDEMIOLOGIE

- apar datorită persistenței fundului de sac Douglas primitiv care coboară la embrion, până la planșeul prineal, între vagin (la femei) sau vezica urinară (la bărbați) și rect
- mai frecventă la femei

ANATOMIE

- dacă sacul trece printre fibrele marginii interne a ridicătorului anal => **hernii mediane**
- dacă sacul trece între fibrele marginii externe a ridicătorului anal și mușchiul ischiococcigian => **hernii laterale**

ANATOMIE PATOLOGICĂ:

- sacul este format de peritoneul fundului de sac Douglas
- se produc prin:
 - împingerea spre posterior a peretelui anterior a rectului (femei și bărbați)
 - hidrocel
 - se asociază frecvent cu prolaps rectal
 - împingerea spre anterior a peretelui posterior al vaginului (la femei)
 - eltrocel
 - se asociază frecvent cu prolaps genital

CLINIC

- simptomele funcționale lipsesc în caz de eritrocel
- în cazul hidrocelului, bolnavul acuză o jenă permanentă ce se accentuează în timpul defecației, constipație, tenesme

DIAGNOSTIC POZITIV

- se pune pe baza tușeului rectal și-sau vaginal

Eventrațiile

- ieșirea unui viscer abdominal sub tegument, printr-o zonă în care rezistența stratului musculo-aponevrotic este diminuată spontan, postoperator sau traumatic

Eventrațiile

- Spontane

- *etiologie*

- *sunt veritabile aplazii ale peretelui abdominal cu etiologie variabila: leziuni medulo-radiculare, nevrită diabetică, obezitate, degenerescenta senilă, etc.*

- *tipuri*

- *distazisul dreptilor abdominali*
 - *eventrațiile laterale se datoreaza hipotrofiei musculaturii laterale a abdomenului - obezi, multipare, cirotici, etc.*
 - *localizate între coaste, creasta iliacă, arcada inghinală, masa sacro-lombară și marginea laterală a dreptului abdominal*

Eventrațiile

- Post-traumatice - accidentale
 - ***contuzii abdominale*** cu ruptura subcutanata a m. abdominali
 - ***paralitică*** - consecința secțiunii nervoase

- Post-operatorii
 - *3% din laparotomii*
 - *etiopatogenie -determinate de factori care influențează negativ cicatrizarea*
 - *factori care țin de intervenția chirurgicală*
 - *tipul de laparotomie*
 - *sutură parietală*
 - *material de sutură necorespunzător*
 - *hemostaza deficitară*
 - *drenaj prin plagă*
 - *supurații*
 - *complicațiile imediate postoperatorii - ileus, vărsături,*
 - *factori care țin de boală și bolnav*
 - *afecțiune septică,*
 - *vârstă înaintată, diabet, hipoproteinemie*

Eventrațiile

- Anatomie patologică
 - *orificiu de eventrație - unic, multiplu, de diferite dimensiuni*
 - *sac de eventrație*
 - *conținutul sacului*
 - *tegumentele supraiacente*

Eventrațiile

- Clasificare
 - eventrații mici
 - eventrații mari
 - eventrații gigante
- ***Forme evolutive***
 - ***reductibile***
 - ***încarcerate***
 - ***strangulate***

Eventrațiile

- **Tablou clinic**
 - ***anamneză***
 - *elementele etiopatogenice*
 - *data debutului*
 - ***semne funcționale***
 - *durere*
 - *dispepsie, meteorism, constipație*
 - *fenomene subocluzive intermitente*
 - ***examen clinic***
 - *Tumefactii - formă și mărime variabilă*
 - *reductibilă*
 - *cicatrice postoperatorie*
 - *unul sau mai multe traiecte, orificii de eventrație*

Eventrațiile

- **Tratament**
 - ***eventrații spontane - conservator***
 - ***diastazis - poate avea indicație chirurgicală***
 - ***procedeul Quenu, Dallaines-Contiades***
 - ***eventrații post-traumatice***
 - ***tratament chirurgical de urgență***
 - ***eventrații postoperatorii***
 - ***de principiu - chirurgical***
 - ***după 6 luni de la prima intervenție***

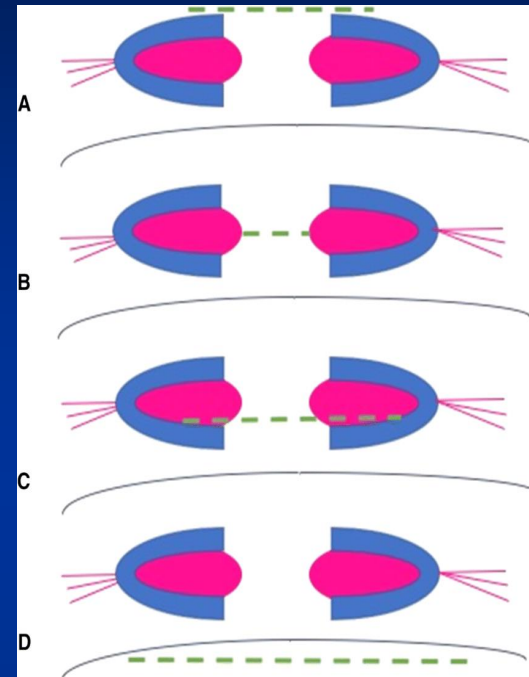
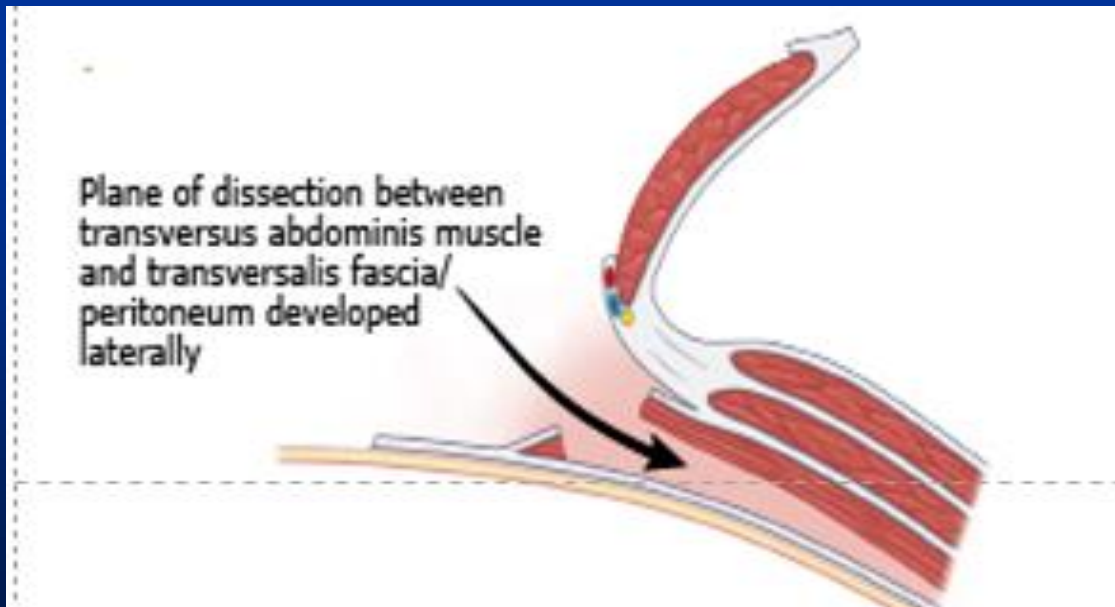
Eventrațiile

- Obiectivele tratamentului chirurgical în eventrațiile post-operatorii
 - *tratarea sacului și a conținutului*
 - *tratarea defectului parietal*
 - *sutură directă*
 - *plastii cu elemente aponevrotice de vecinătate*
 - *plastii cu materiale sintetice (plase de substitutie sau de intarire)*

**SEPARAREA COMPONENTELOR ANTERIOARA
ONLAY, INLAY**

**SEPARAREA COMPONENTELOR POSTERIOARA
UNDERLAY CLASIC, SUBLAY (e TEP, TAR)**

**TRANSVERSUS ABDOMINIS
RELEASE (TAR)**



A – ONLAY
B – INLAY
C – SUBLAY
D – UNDERLAY
(PROCEDEE CLASIC
UNDERLAY SI extended
TEP)

Eviscerațiile

- leșirea viscerelor din cavitatea abdominală la exterior printr-o soluție de continuitate parietală în circumstanțe postoperatorii sau post-traumatice

Eviscerațiile

- Post-traumatice
 - consecința plăgilor abdominale penetrante
 - herniaza viscerele mobile
 - frecvent se asociază leziuni viscerale
- ***Tratament***
 - ***urgență maximă***
 - ***primele îngrijiri***
 - ***pansament steril, antibiotice, profilaxia antitetanică, reechilibrare, transport urgent supravegheat de medic***
 - ***tratament chirurgical***

Eviscerațiile

- Post-operatorii
 - *factori favorizanți*
 - *factorii operatori*
 - *tipul inciziei,*
 - *sutura plăgii*
 - *materiale de sutură inadecvate*
 - *drenajul exteriorizat prin plagă*
 - *factori postoperatori*
 - *infecția plăgii - factor primordial*
 - *factorii care măresc presiunea abdominală (ex.: distensia intestinală postoperatorie)*
 - *hematomul disecant al plăgii*
 - *factori biologici*
 - *hipoproteinemie, tratament cu cortizon, anemie, ciroză*

Eviscerațiile

- Anatomie-patologică
 - *complete*
 - *incomplete*
 - *în practică* -
 - *eviscerații libere* - z. 3-5 post-op
 - *eviscerații fixate* - z. 8-10 post-op
- *tratament*
 - *preventiv*
 - *chirurgical*
 - *conservator*