

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE CRAIOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ



Rezumatul Tezei de Doctorat

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL EVENTRAȚIILOR POSTOPERATORII

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT:

PROF.UNIV.DR. DAN MOGOȘ

STUDENT- DOCTORAND:

SFECLAN MARIA CRISTINA

CRAIOVA

2013

Cuprinsul tezei de doctorat

INTRODUCERE

IMPORTANȚA STUDIULUI TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN EVENTRAȚIILE POSTOPERATORII	1
--	----------

CAPITOLUL I

Eventrațiile . Istoric, definiție.....	3
---	----------

CAPITOLUL II

Anatomia chirurgicală, funcțională și patologică a peretelui abdominal	7
---	----------

<i>2.1. Anatomia chirurgicală</i>	<i>7</i>
---	----------

<i>2.2. Anatomia funcțională</i>	<i>14</i>
--	-----------

<i>2.3. Anatomia patologică și fiziopatologia peretelui abdominal</i>	<i>17</i>
---	-----------

<i>2.3.1. Modificări locale</i>	<i>18</i>
---------------------------------------	-----------

<i>2.3.2. Modificări sistemice.....</i>	<i>19</i>
---	-----------

CAPITOLUL III

Clasificarea eventrațiilor.....	20
--	-----------

<i>3.1. Clasificarea anatomo-clinică a eventrațiilor.....</i>	<i>20</i>
---	-----------

<i>3.2. Clasificarea etiopatogenică.....</i>	<i>22</i>
--	-----------

CAPITOLUL IV

Etiopatogenia și incidența eventrațiilor abdominale.....	24
---	-----------

<i>4.1. Factori generali.....</i>	<i>24</i>
-----------------------------------	-----------

<i>4.2. Factorii locali</i>	<i>26</i>
-----------------------------------	-----------

<i>4.3. Incidența eventrațiilor</i>	<i>28</i>
---	-----------

CAPITOLUL V

Diagnostic, evoluție și complicații în eventrațiile abdominale	30
---	-----------

<i>5.1. Examenul obiectiv</i>	<i>30</i>
-------------------------------------	-----------

<i>5.2. Diagnosticul paraclinic.....</i>	<i>31</i>
--	-----------

<i>5.3. Evoluția și complicațiile evolutive ale eventrațiilor postoperatorii.....</i>	<i>33</i>
---	-----------

CAPITOLUL VI

Tratamentul chirurgical al eventrațiilor abdominale	34
--	-----------

<i>6.1. Timpii operatori în chirurgia deschisă a eventrațiilor</i>	<i>35</i>
--	-----------

<i>6.2. Plastia prin sutură directă</i>	<i>36</i>
---	-----------

<i>6.3. Plastie cu incizii de eliberare a tensiunii.....</i>	<i>36</i>
--	-----------

6.4. Procedee care folosesc materialul parietal local	37
6.5. Procedee folosind materiale protetice	37
6.6. Procedeele cu montarea plasei intraperitoneale	38
6.7. Tehnica montării plasei în spațiul retromuscular prefascial	40

CAPITOLUL VII

Materiale și metode	41
7.1. Compararea parametrilor numerici	43
7.2. Pregătirea preoperatorie a pacienților cu eventrație	46
7.3. Metode anestezice folosite la pacienții din loturile studiate	47
7.4. Tehnicile chirurgicale folosite în tratamentul eventrațiilor	48
7.5. Proteze folosite în tehnicile chirurgicale abordate	53
7.6. Materiale folosite în fixarea protezelor	55
7.7. Îngrijirea postoperatorie a pacienților cu eventrație	56

CAPITOLUL VIII

Rezultate	58
8.1. Rezultatele obținute după urmărirea lotului de pacienți din Clinica IV Chirurgie Craiova.....	
8.1.2 Clasificarea eventrațiilor postoperatorii în funcție de dimensiunea defectului parietal.....	63
8.1.3. Manifestări clinice	63
8.1.4 Etiopatogenia eventrațiilor.....	64
8.1.5. Corelația între dimensiunea defectului parietal și tipul de intervenție din antecedentele pacienților	66
8.1.6 Complicații ale eventrațiilor	67
8.1.7. Eventrațiile recidivate	67
8.1.8. Tratamentul eventrațiilor	69
8.1.9. Aspecte intraoperatorii ale eventrațiilor	72
8.1.10. Durata medie de spitalizare a pacienților.....	74
8.1.11. Complicațiile postoperatorii	75
8.2. Rezultatele obținute după urmărirea lotului de pacienți din Clinica Spitalului Santa Maria Multimedita Castellanza	
8.2.1 Clasificarea eventrațiilor în conformitate cu Societatea Europeană de Hernie (EHS)	76
8.2.2 Clasificarea eventrațiilor postoperatorii în funcție de suprafața defectului parietal	77
8.2.3. Incidența pe sexe a pacienților cu eventrație.....	77
8.2.4. Repartiția pe categorii de vârstă a pacienților cu eventrație.....	78
8.2.5. Distribuția internării pacienților, pe anii de studiu.....	78

8.2.6 Manifestările clinice prezentate de pacienții cu eventrație	79
8.2.7 Etiopatogenia eventrațiilor postoperatorii în lotul studiat.....	79
8.2.8 Analiza eventrațiilor privind numărul de defecte parietale găsite intraoperator	83
8.2.9. Relația între dimensiunea defectului parietal și tipul de intervenție din antecedentele pacienților	84
8.2.10. Eventrațiile recidivate	85
8.2.11. Tipuri de anestezii folosite.....	88
8.2.12 Tratamentul chirurgical al eventrațiilor postoperatorii	88
8.2.13. Relația între proteza folosită și metoda de fixare	96
8.2.14. Semnificația duratei intervenției chirurgicale în funcție de metodele de fixare ...	97
8.2.15. Aspecte intraoperatorii ale eventrațiilor	97
8.2.16. Durata medie de spitalizare a pacienților cu eventrație postoperatorie	101
8.2.17. Complicații postoperatorii după tratamentul chirurgical al eventrațiilor	102

CAPITOLUL IX

Discuții	107
9.1. Studiul etiopatogenic al eventrațiilor postoperatorii	108
9.2. Discuții privind protezele folosite în tratamentul chirurgical al eventrațiilor postoperatorii	114
9.3. Discuții privind modul de fixare al plaselor și corelarea între complicațiile postoperatorii, modul de fixare și proteză	120
9.4. Discuții privind tratamentul chirurgical al eventrațiilor postoperatorii	124
9.4.1. Probleme ridicate de breșa musculo-aponevrotică în tratamentul eventrațiilor ..	125
9.4.2. Probleme ridicate de sac și conținutul acestuia	126
9.4.3. Probleme ridicate de localizarea defectelor parietale	127
9.5. Tehnici chirurgicale.....	128
9.5.1. Procedee tisulare	128
9.5.2. Procedeele preperitoneale	129
9.5.3. Procedeele intraperitoneale	130
9.6. Analiza comparativă globală a celor 2 loturi de pacienți studiate	134

CAPITOLUL X

Concluzii	135
------------------------	------------

Cuvinte cheie: eventrație postoperatorie, factori de risc, tratament chirurgical, tehnica retromusculară-preperitoneală, adeziv de fibrină, complicații

INTRODUCERE

Tratamentul chirurgical al eventrațiilor postoperatorii reprezintă una dintre cele mai frecvente intervenții în chirurgia generală împreună cu celelalte defecte parietale abdominale. Rata apariției acestora este de 0,5-12% la pacienții cu laparotomie în antecedente și de 0,2-1,8% la pacienții cu intervenții laparoscopice .

De-a lungul timpului au apărut procedee multiple pentru repararea defectelor parietale care au creat o serie de discuții privind complicațiile postoperatorii ale eventrațiilor abdominale. Una dintre cele mai de temut este recidiva postoperatorie. S-a observat o rată crescută a acesteia după procedeele tisulare între 31-58% , iar după procedeele protetice rata este mult mai scăzută ajungând la 8-10 % .

În prezent asistăm la o dezvoltare atât a materialelor protetice, cât și a procedeele care le utilizează, precum și la căutarea unei metode cât mai eficiente de fixare a protezei intraoperator care să ajute la reducerea complicațiilor postoperatorii.

CAPITOLUL I

Eventrațiile . Istoric, definiție.

Hernia este definită în literatura de specialitate ca reprezentând protruzia unui viscer aparținând cavității abdominale printr-o zonă anatomică, preformată, naturală, în timp ce **eventrația** reprezintă protruzia sub tegument a viscerelor din cavitatea abdominală la nivelul unei zone slabe apărute secundar unei intervenții chirurgicale laparotomice sau la nivelul pătrunderii trocarelor folosite în chirurgia laparoscopică, fie în urma unor traumatisme prin înțepare cu obiecte ascuțite.

În primul capitol am expus evoluția istorică a tratamentului chirurgical al eventrațiilor postoperatorii. Anatomia peretelui abdominal a fost descrisă cu aproape 6000 de ani în urmă, când a început civilizația. Prima atestare și descriere a peretelui abdominal a fost făcută de profesorul George Ebers în 1862, iar tratamentul chirurgical s-a dezvoltat de-a lungul a trei principii: laparoplastia simplă, auto și heteroplastia organică și alloplastia.

Laparoscopia, ca și tratament al defectelor parietale abdominale, este recent apărută, în 1990 fiind descrisă de LeBlanc . Această tehnică are ca și îmbunătățiri

timpul de spitalizare și scăderea ratei complicațiilor, în timp ce rata recidivei rămâne cel puțin asemănătoare cu cea a chirurgiei deschise.

În prezent cea mai bună abordare este cea propusă de Stoppa prin implantarea plasei în afara cavității abdominale .

CAPITOLUL II

Anatomia chirurgicală, funcțională și patologică a peretelui abdominal

Lucrarea de față își propune să evalueze influența anatomiei topografice asupra funcționării mecanismelor de protecție împotriva eventrațiilor postoperatorii, precum și importanța lor în alegerea tehnicii chirurgicale care să ofere o maximă eficiență în ceea ce privește rata recidivei și durerea postoperatorie.

Din punct de vedere funcțional, peretele abdominal trebuie considerat un sistem unitar: „acest perete al organismului este alcătuit din opt mușchi, prin intermediul cărora atrage, păstrează, pregătește, elimină și îndeplinește numeroase alte funcții” afirma Andres de Laguna în 1953 .

Stratul mioaponevrotic este implicat în acțiuni precum flexia, extensia și rotirea trunchiului și a pelvisului, și de asemenea participă la procesul de defecație, micțiune, procesul de naștere și respirație prin creșterea presiunii intra-abdominale. În prezența unei breșe parietale largi, apărută în urma unei dezinserții totale sau parțiale a mușchilor abdominali și prezența sacului de hernie, se produce scăderea presiunii intra-abdominale și crearea unei noi cavități, cu consecințe asupra respirației, viscerelor, vascularizației și vertebrelor.

Ideală pentru repararea defectului parietal, este reconstrucția fiecărei componente structurale a peretelui abdominal, folosind elementele mio-fasciale împreună cu pediculii vasculari și nervoși ai acestora .

Din punct de vedere anatomo-patologic eventrația prezintă: orificiul de eventrație, sacul de eventrație și conținutul.

CAPITOLUL III

Clasificarea eventrațiilor

În teza de față s-a utilizat clasificarea realizată de Societatea Europeană de Hernie pentru dimensiune și localizare, iar din punct de vedere etiopatogenic

eventrațiile se pot clasifica la copil în congenitale sau dobândite, iar la adult în traumatice sau atraumatice.

CAPITOLUL IV

Etiopatogenia și incidența eventrațiilor abdominale

Între factorii determinanți ai eventrațiilor postoperatorii, cu importanță deosebită sunt: obezitatea, alterarea metabolismului colagenului, precum și numeroși factori atât locali, cât și generali care determină o cicatrizare vicioasă. Orice factor apărut în timpul acestui proces de vindecare a unei plăgi postoperatorii poate contribui la apariția eventrațiilor și a defectelor sectoriale în producția de colagen.

CAPITOLUL V

Diagnostic, evoluție și complicații în eventrațiile abdominale

Diagnosticul eventrațiilor peretelui abdominal se bazează pe anamneza pacientului și examenul obiectiv.

Diagnosticul paraclinic în cadrul eventrațiilor este reprezentat de obicei de examenele imagistice pentru confirmarea patologiei mai ales la pacienții cu condiții clinice particulare, cum ar fi obezitatea.

Evoluția eventrațiilor în timp are ca efect creșterea dimensiunilor acesteia, atât a sacului, cât și a defectului parietal, cu apariția complicațiilor locale, dar și sistemice.

Complicațiile sunt reprezentate de strangulare, încarcerare sau traumatisme ale sacului de eventrație.

CAPITOLUL VI

Tratamentul chirurgical al eventrațiilor abdominale

Tratamentul eventrațiilor abdominale este exclusiv chirurgical și se pot distinge trei etape: izolarea sacului de eventrație, reducerea acestuia și reconstrucția peretelui abdominal.

Pentru refacerea peretelui abdominal, actual, sunt folosite numeroase tehnici chirurgicale. Unele prevăd sutura directă, folosind structurile peretelui abdominal, altele folosesc materiale protetice care au funcție de susținere a peretelui abdominal după sutura directă (plastie de întărire) sau plastie de substituție a defectului parietal mare în care marginile nu pot fi apropiate. Astăzi, în majoritatea cazurilor de

eventrație, se folosesc procedeele plastice. În cazul eventrațiilor mari cu pierdere de substanță sau recidivate este exclusiv indicată utilizarea materialelor plastice.

CAPITOLUL VII

Materiale și metode

Scopul lucrării a fost determinarea celei mai eficiente metode de reparare a herniilor incizionale, în vederea obținerii unor rezultate care afirmă prezența unor rate cât mai scăzute a complicațiilor postoperatorii imediate și pe termen lung.

Studiul include pacienți cu defecte parietale abdominale de tip eventrații postoperatorii operați în Clinica IV Chirurgie din cadrul spitalului C.F Craiova și din Clinica “Day and Week Surgery” din cadrul Institutului Santa Maria Multimedica, Castellanza, Italia pe o perioadă de 6 ani, 1 ianuarie 2007-decembrie 2012.

Este un studiu retrospectiv și are drept scop analiza eventrațiilor postoperatorii din punct de vedere al etiopatogeniei, aspectelor clinice, al localizării acestora la nivelul peretelui, al tipurilor de tratament aplicat pentru reconstrucția peretelui abdominal și al rezultatelor acestora, al modului de fixare a materialelor protetice, al timpului de spitalizare, precum și analiza complicațiilor în urma procedeele chirurgicale aplicate.

Analiza descriptivă a lotului în funcție de diferiți parametri, reprezentarea lor grafică și calculul coeficientului de corelație r Pearson - a fost efectuată cu programul Excel, cu ajutorul comenzilor Pivot Tables, Functions-Statistical, Chart și a modului Data Analysis. Pentru realizarea testelor statistice complexe (testul t al lui Student pentru compararea a două medii, testul Chi pătrat și testul exact al lui Fisher pentru compararea diferențelor de distribuție) s-au folosit comenzi din modulul XLSTAT sau au fost efectuate cu ajutorul programului SPSS.

CAPITOLUL VIII

Rezultatele obținute după urmărirea lotului de pacienți din Clinica IV Chirurgie Craiova

În urma analizei celor 298 de pacienți incluși în studiu, s-a observat o incidență crescută a eventrațiilor postoperatorii cu topografie mediană la sexul feminin și în decada a cincea de viață. În majoritatea cazurilor sacii au fost unici, iar etiopatogenic au fost implicați mai mulți factori declanșatori sau favorizanți. Au putut

fi identificați câțiva dintre aceștia precum: supurația parietală, obezitatea, afecțiunile cronice precum diabetul zaharat, boli cardio-vasculare sau bronho-pulmonare prin anamneză, examen clinic și paraclinic.

În lotul studiat 56 de pacienți, care reprezintă 18,79% din totalul eventrațiilor din Clinica IV Chirurgie, au prezentat eventrații postoperatorii recidivate, rezultate în urma asocierii factorilor etiopatogenici cu o tehnică chirurgicală inadecvată în închiderea plăgii anterioare.

Pentru tratamentul chirurgical al eventrațiilor s-au folosit în 43 dintre cazuri, reprezentând 14,42% procedee tisulare și 255 procedee protetice, reprezentând 85,58%. În funcție de zona în care a fost montată plasa, în lotul studiat cu procedee protetice, plasele sintetice au fost prezente în 197 de cazuri intraperitoneal fixarea realizându-se cu fire trecute transfixiant la nivelul aponevrozei și mușchiului drept abdominal, în 42 de cazuri preperitoneal și 16 cazuri supra-aponevrotic. Eventrațiile mari cu pierdere de substanță au fost prezente la 75 de pacienți la care s-a folosit pentru reparare un procedeu de substituție. Pacienții cu proteză montată intraperitoneal au prezentat o durată medie de spitalizare de 10 zile, cei cu proteză montată supra-aponevrotic sau preperitoneal au prezentat o durată medie de spitalizare între 4 și 5 zile.

Complicațiile imediate au fost cele obișnuite în chirurgia eventrațiilor postoperatorii: hematoame, seroame, supurații parietale. Supurația parietală a fost întâlnită în 20 de cazuri, iar recidivele au fost prezente în 12 cazuri după procedeele tisulare și în 5 cazuri după procedeele protetice ceea ce corespunde unui procent 4,02% și de respectiv 1,67 % din totalul eventrațiilor operate.

Rezultatele obținute după urmărirea lotului de pacienți din Clinica Spitalului Santa Maria Multimedica Castellanza

Lotul preluat din această clinică este alcătuit din 99 de pacienți. Numărul acestora a fost mic datorită regulilor de confidențialitate existente între spital, medic și pacient. Astfel, lotul de studiu a fost constituit din 56 de femei și 43 de bărbați, cu o incidență maximă în decada 6 de vârstă. Ca și factori etiopatogenici, au fost întâlniți obezitatea, tarele asociate precum boala pulmonară obstructivă, diabetul zaharat, afecțiuni vasculare.

Dintre cele 99 de cazuri studiate, 89 au prezentat un defect unicameral, iar la 10 pacienți defectul a fost pluricameral. În funcție de intervențiile din antecedente, se poate observa o suprafață crescută după chirurgia laparotomică, în timp ce dimensiunea cea mai mică a fost întâlnită în cazul pacienților cu intervenții laparoscopice. În evențările recidivate, dimensiunile au variat având o medie între 25 și 125 cm².

Din totalul de 99 de pacienți operați pentru evențarie postoperatorie cu diferite localizări la nivelul peretelui abdominal, pentru majoritatea 67 (67,68%) s-a practicat intervenția cu montarea protezei *retromusculară-preperitoneală*.

Pentru 10 (10,10%) dintre pacienții care au asociat obezitate și șorț abdominal s-a asociat *abdominoplastia* efectuată în același timp operator de către chirurgul estetician sau *dermolipectomia* efectuată de către chirurgul generalist.

Procedeul tisular a fost folosit la 7 (7,07%) dintre pacienți, procedeul laparoscopic la numai 5 (5,05%) pacienți și pentru restul de 10 pacienți din lotul studiat s-au utilizat alte metode de tratament chirurgical pentru repararea defectului parietal și reconstrucția peretelui abdominal.

În reconstrucția protetică realizată prin procedeul retromuscular-preperitoneal s-au utilizat mai multe tipuri de proteze: cele de polipropilenă, cele cu dublă compoziție Physiomesh, plase de vycril și pentru 2 pacienți s-au folosit plasele biologice. În 37 dintre cazuri plasa a fost fixată fără sutură, doar cu ajutorul adezivului de fibrină, care are proprietatea de a atașa plasa la țesuturile adiacente, fără a mai fi folosite fire de sutură între plasă și componentele peretelui abdominal, în 48 (48,48%) de cazuri s-a folosit pentru fixarea plaselor de polipropilenă în procedeele tisulare *firul de Prolene*.

S-a observat că durata de spitalizare la pacienții la care s-a folosit adezivul de fibrină fost în medie de 5 zile, dar și aceasta depinde pe lângă metoda de fixare a plasei, și de localizarea și dimensiunea defectului, dar și de tehnica chirurgicală abordată. În cazul pacienților cu proteze fixate prin sutură durata medie de spitalizare a fost de peste 6 zile.

Postoperator au fost observate numai 6 complicații imediate la cei 99 de pacienți incluși în studiu reprezentate de hematom postoperator, perforația ileală, complicații infecțioase, necroza plăgii. Complicațiile tardive au fost reprezentate de

durerea postoperatorie, cu o rată mai scăzută în cazurile de fixare a plasei „sutureless” și de *recidive* întâlnite în timpul controalelor clinice de la o lună, 3 luni, 6 luni, apoi anual. Aceasta a fost prezentă la 2 dintre pacienții a căror intervenție a fost reprezentată printr-un procedeu tisular, la unul dintre pacienți s-a folosit fir de polipropilenă, iar la celălalt fir de vycril, resorbabil și la un singur pacient cu montarea plasei retromuscular, plasă care a fost fixată cu fire de polipropilenă.

CAPITOLUL IX

Discuții

În acest capitol s-a încercat o comparare atât a factorilor etiopatogenici, a problemelor întâlnite intraoperator, precum și a celor ridicate de rezolvarea defectelor și refacerea peretelui abdominal. Studiul realizat la nivelul celor 2 loturi de pacienți este susținut de literatura de specialitate privind influența factorilor etiopatogenici implicați în apariția evenștrățiilor postoperatorii. Cercetarea a relevat că tehnica retromusculară-preperitoneală prezintă rezultate mult mai satisfăcătoare postoperator decât în cazul celorlalte tehnici studiate.

Prezentarea pacienților cu evenștrății postoperatorii a fost mai frecventă în cazul lotului românesc, urmărind evoluția anuală a efectuării reparațiilor parietale, iar din punct de vedere a dimensiunilor defectelor, aceștia au relevat o pondere mai crescută a evenștrățiilor voluminoase. Aceste dimensiuni se datorează faptului că, celiotomia este încă un act medical mult mai frecvent decât în statele civilizate unde laparoscopia primează și datorită pacienților care nu se prezintă regulat pentru controale medicale.

Durata spitalizării este un alt factor de mare importanță economică pentru spitale. Dacă în alte țări se încearcă abordarea chirurgicală minim invazivă, cu montarea unor drenaje închise care nu prezintă risc de contaminare a plăgii postoperatorii, în România acest lucru nu este deocamdată posibil.

CAPITOLUL X

Concluzii

1. Evenștrățiile postoperatorii mediane au reprezentat cea mai frecventă localizare în loturile studiate de 89,9 % și respectiv 84,85 %, în funcție de intervenția

chirurgicală prezentă în antecedentele acestora, cea mai frecventă fiind laparomia.

2. S-a observat o scădere a ratei recidivelor în urma folosirii procedeelor plastice în ambele loturi de pacienți, în comparație cu procedeele tisulare.
3. În urma studiului efectuat, ne pronunțăm în favoarea utilizării plaselor montate retromuscular-preperitoneal în cura eventrațiilor mediane medii și mari, precum și a celor recidivate, datorită unei rate scăzute a recidivelor și complicațiilor tardive.
4. Calitățile pe care o proteză trebuie să le îndeplinească sunt : să fie rezistentă mecanic, să permită dezvoltarea țesutului suficient încât să determine reacție inflamatorie sau de corp străin, să nu determine reacție, să nu întrețină procesul infecțios și să nu fie costisitoare.
5. În cazul existenței în antecedentele pacienților a unui focar infecțios, montarea unei proteze s-a realizat la un interval de cel puțin 6 luni după asanarea infecției.
6. Studiul a fost efectuat în vederea determinării influenței metodelor de fixare a protezelor asupra complicațiilor postoperatorii de tip durere cronică și recidivă. S-a constatat că aplicarea unei plase retromuscular fără sutură, fixată numai cu ajutorul adezivului de fibrină determină o rată a complicațiilor mai scăzută. Astfel în lotul de pacienți cărora li s-a efectuat un procedeu fără sutură, durerea cronică a apărut într-un singur caz, în timp ce în lotul în care proteza a fost suturată circumferențial durerea postoperatorie a apărut în 9 dintre cazuri.