

## HERNII OMBILICALE CU ASCITĂ ȘI SINDROM DE COMPARTIMENT ABDOMINAL REZOLVATE PRIN PLASTIE ALOTISULARĂ CU DRENAJ ÎN ȚESUTUL SUBCUTANAT ANTERIOR

Bour Alin<sup>1</sup>, Sîngereanu Andrei<sup>2</sup>, Maloghin Vasile<sup>1,2</sup>,  
Bescheru Eugen<sup>3</sup>, Strelțov Liubovi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Catedra Chirurgie nr.5, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

<sup>2</sup>IMSP SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”

<sup>3</sup>Catedra Chirurgie nr.1, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

Autorul corespondent: Andrei Sîngereanu, e- mail: ndreisingereanu@gmail.com

### Rezumat

Este prezentat studiu a 47 cazuri hernii ombelicale de compartiment abdominal secundar patologiei hepatice cu ascită, rezolvate prin fenestrare anterioară cu drenajul lichidului în peretele subcutanat anterior pe parcursul anilor 2008-2018 operați la ÎMSP SCM Sfântul Arhanghel Mihail. Elementul de bază al studiului este reprofilarea absorbției lichidului ascitic spre bazinul Venei Cave Inferioare din albia Venei Portae. Analiza postoperatorie la distanță permite a constata eficiența metodei, aplicată la rezolvarea sindromului de compartiment secundar ascitei cirotice.

**Cuvinte cheie:** hernii, ascită, ciroză

### Summary

**Umbilical hernias with ascites and abdominal compartment syndrome are solved by allotisular plasty with drainage in the anterior subcutaneous tissue**

A study of 47 cases of umbilical hernias with compartment syndrome secondary to liver pathology with ascites, resolved by anterior fenestration with fluid drainage in the anterior subcutaneous wall over 2008-2018 surgical treated at IMSP SCM „Sf. Arhanghel Mihail”. The study’s focus is the redirection of the ascitic fluid absorption to the inferior vena cava from the portal vein. Remote surgical postintervention analysis allows to ascertain the effectiveness of the applied method in resolving compartment syndrome secondary of cirrhotic ascites.

**Keywords:** hernias, ascites, cirrhosis

### Резюме

**Пупочные грыжи с асцитом и абдоминальным компартмент-синдромом решаются сеткой с дренированием в переднюю подкожную клетчатку.**

Представлено исследование 47 случаев пупочных грыж с компартмент-синдромом при патологии печени с асцитом, операцией методом передней фенестрации с дренированием жидкости в подкожной клетчатки в период 2008-2018 годов, оперированных в клинической муниципальной больнице «Св. Архангел Михаил». В центре внимания исследования - перенаправление всасывания асцитической жидкости в нижней полой вены из воротной вены. Отдаленный послеоперационный анализ позволяет установить эффективность применяемого метода в решении компартмент-синдрома в последствии цирротического асцита.

**Ключевые слова:** грыжи, асцит, цирроз печени

**Introducere.** Hernia de tensiune apare la 20% dintre pacienții cu ciroză hepatică complicată cu ascită. Datorită presiunii intraabdominale (sindrom de compartiment abdominal) secundară ascitei, hernia ombilicală la acești pacienți este o provocare chirurgicală. Controlul ascitei este elementul principal pentru reducerea recurenței herniei și a complicațiilor postoperatorii, precum infecția plăgii, eviscerația, drenarea ascitei și peritonita. Paracenteza intermitentă, cateterul de dializă peritoneală temporară sau șunturile portosistemice intra- sau extrahepatice pot fi necesare pentru controlul ascitei. Cura herniei este indicată la bolnavii la care tratamentul medical este eficient în controlul ascitei. Pacienții care au o perspectivă bună în intervalul 3-6 luni, hernioplastia trebuie efectuată în timpul transplantului hepatic. Tratamentul chirurgical al herniei ombilicale cu plasă sintetică este asociată cu o rată de recurență mai

mică, dar cu un risc înalt de infectare a plăgii postoperatorii. Unele studii au demonstrat avantaje ale hernioplastiei ombilicale laparoscopice la pacienții cronici versus tratamentul chirurgical deschis. Cirozele hepatice cu ascită progresivă sunt cauza etiologică preponderentă în apariția herniilor ombilicale de tensiune cu sindrom de compartiment abdominal.

Hernioplastia ombilicală la astfel de pacienți este de obicei temporizată sau refuzată din cauza ratei de morbiditate și mortalitate postoperatorii ridicate. Totodată, rapoarte recente recomandă o intervenție chirurgicală electivă la acești pacienți cu o pregătire preoperatorie pentru a evita operațiile de urgență ulterioare.

Cura chirurgicală a herniilor în astfel de condiții necesită o abordare particulară.

**Scopul** lucrării a fost analiza rezultatelor trata-

mentului chirurgical al pacienților cu hernii ombilicale însoțite de sindrom de compartiment abdominal rezolvate prin hernioplastie tension free cu fenestrare peritoneală.

**Obiectivele studiului** au fost: Analiza etiologiei cirozelor hepatice la pacienții cu hernii ombilicale patologice; Implementare metodei curei chirurgicale a herniilor ombilicale la pacienți cu ciroză hepatică și ascită rezistentă prin fenestrarea peritoneală anterioară; Argumentarea căilor de migrare a lichidului ascitic și micșorarea sindromului de compartiment abdominal după fenestrarea peritoneală anterioară; Analiza complicațiilor postoperatorii după cura chirurgicală a herniilor ombilicale însoțite de ascită prin fenestrarea peritoneală anterioară.

**Material și metode.** Studiul cuprinde 47 pacienți cu ciroză hepatică cu ascită, operați în incinta Spitalului Clinic „Sfântul Arhanghel Mihail” în perioada anilor 2008-2018 cu hernii ombilicale patologice, la care s-a efectuat plastie utilizând grefa din polipropilenă prin metoda TENSION FREE de substituție plasată intraabdominal și fenestrarea cavității peritoneale. Criteriile de includere au fost: pacienții cu hernii ombilicale patologice, prezența cirozei hepatice cu ascită. Criteriile de excludere au fost: pacienții operați la care n-a fost utilizată grefa din polipropilenă, bolnavii care la momentul operației nu prezentau ascită. Vârsta medie a pacienților a fost 52,2 +9,26 ani. Repartizarea pe sex a lotului de studiu 32 femei, 15 bărbați. HVC-12 (25,53%), HVB- 9 (19,15%), HVB+D – 10 (21,28%), HVBC-5 (10,64%), hepatita toxică – 11(23,45%). Repartizarea pacienților după gravitatea cirozei hepatice: Cild Pugh A- 12 (25,53%), Cild Pugh B- 21 (44,68%), Cild Pugh C- 14 (29,79%).

O mare parte din pacienți (35(74,47%)) au fost operați de urgență în lacerăția peretelui abdominal anterior cu necroza pielii regiunii ombilicale și ascitoree.

Pacienții au fost operați prin herniotomie cu excizie de ombilic și plastie utilizând grefa polipropilenă prin metoda TENSION FREE plasată intraabdominal cu protejare de oment și fenestrarea cavității peritoneale în spațiu subcutanat anterior. Postoperator la 4-6 zi s-a utilizat metoda de marcarea pigmentară cu albastru de metilen a lichidului ascitic.

**Rezultate.** În perioada postoperatorie precoce prin marcarea lichidului ascitic constatăm pigmentarea țesutului subcutanat a peretelui abdominal, care ulterior sa eliminat cu urina. S-au prezentat la control programat repetat la 1 lună – 28 pacienți (59,57%), la 3 luni – 21 (44,68%), la 6 luni – 14 bolnavi (29,78%) cu ascită abdominală cantitate moderată confirmată imagistic fără sindrom de compartiment abdominal marcat. Analiza complicațiilor postoperatorii a demonstrat un caz de ascitoree și un caz de infectare a plăgii postoperatorii.

**Discuții.** Se prezintă o patologie ce se manifestă cu dereglări poliorganice (hepatice, renale, cardiace)

ce este însoțită de ascită și hernie de perete abdominal și sindrom de compartiment abdominal. Hernia ombilicală e o afecțiune des întâlnită în cazul adulților, cei mai afectați fiind cei care au ciroză hepatică, fumătorii, femeile însărcinate sau cele cu probleme de tranzit intestinal. Ce simptome de hernie ombilicală putem experimenta și care sunt metodele de tratament.

Pentru o astfel de problemă se impune cât mai repede operația pentru că în lipsa ei se poate ajunge la blocarea intestinului și chiar la deces.

Tematica este o provocare pentru toți chirurgii care foarte des întâlnesc solicitarea rezolvării defecului cu un act chirurgical.

La momentul actual este propusă o rezolvare a colecției abdominale cu cerc vicios hipertensiv portal prin migrare in alt bazin venos.

#### **Concluzii:**

1. Cirozele hepatice la pacienții cu hernii ombilicale și ascită în mare majoritate sunt de etiologie virală (76,55%).
2. Implementarea fenestrării anterioare peritoneale în contextul curei chirurgicale a herniei ombilicale patologice scade volumul de ascită în perioada postoperatorie micșorând astfel rata de ascitoree și riscul infectării plăgii.
3. Migrarea lichidului abdominal în spațiul subcutanat prin fenestrare ombilicală contribuie la rezorbția lui în vena cavă inferioară ocolind sistemul portal, astfel micșorând hipertensiunea portală și volumul ascitei.

**Mulțumiri.** Mulțumiri aduse ÎMSP SCM Sf. Arh. Mihail pentru baza de date și tehnici oferite pentru studiu stiințific după școlarizare a fiecărui pacient aparte.

**Declarație de conflict de interese.** Autorii declară lipsa conflictului de interese.

#### **Bibliografie**

1. Făgărășanu, I., Ionescu-Bujor, C., Aloman, D., Albu, E. Chirurgia ficatului și căilor biliare. Editura Academiei Socialiste Române 1967.
2. Sabău, D., Oprescu, S. Chirurgia defecte perete abdominal. Editura Medicală București 1989.
3. Gavrițaș, F., Oprea, V. Chirurgia peretelui abdominal. Editura Univrsitară Iulius Hațieganu 2006.
4. Zolingher-jun, R. M., Zolingher-sr, R. M. Atlas de chirurgie operatorie.
5. Appleby, P.W., Martin, T.A., Hope WW. Umbilical Hernia Repair: Overview of Approaches and Review of Literature. Surg Clin North Am. 2018 Jun;98(3):561-576. doi: 10.1016/j.suc.2018.02.001. Epub 2018 Mar 12. PMID: 29754622.
6. Егиева, В.Н. Натяжная герниопластика. М. 2002 г.
7. Белоконев, В.Н. и соавт. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. М. 2005 г.
8. Славин, А. Е. и соавт. Осложнение хирургии грыж живота, М.2005 г.
9. Столяров, Е.А. и соавт. Оперативная хирургия наружных брюшных грыж. М.2004 г.