Chirurgia (2012) 107: 393-396
Nr. 3, Mai - Iunie
Copyright© Celsius

Hernia Amyand – prezentare de caz și o discuție asupra problemelor de diagnostic și tratament chirurgical

E. Suliman[1], D. Popa[1], R. Palade[1], G. Simion[2]

[1]Clinica Chirurgie I, Spitalul Universitar de Urgență București, România
[2]Departamentul de Anatomie Patologică, Spitalul Universitar de Urgență București, România

Rezumat

Prezentăm cazul unui pacient de 62 ani, cu multiple afecțiuni asociate, care a fost operat de urgență pentru o hernie Amyand. Apendicele prezenta o perforație, care a generat o colecție voluminoasă purulentă (circa 200 ml) în sacul herniar. Imposibilitatea de a mobiliza apendicele, aflat doar 2/3 în sacul herniar, a impus laparotomia mediană pentru efectuarea apendicectomiei în siguranță. Cecul, sus situat și fix, a fost cauza care nu a permis exteriorizarea în sacul herniar a apendicelui. Evoluția postoperatorie, sub o terapie complexă, a fost favorabilă. Raritatea entității clinice, problemele particulare ivite și analiza literaturii ne-au determinat să comunicăm observația clinică.

Cuvinte cheie: hernie inghinală, apendicită acută, apendicectomie

Abstract

Amyand's Hernia – case presentation and a discussion about diagnosis problems and surgical treatment

We present the case of a 62 years old patient, with multiple associated tares, which was operated in emergency for an Amyand's hernia. The appendix was perforated and generated a big pussy collection (aprox. 200 ml) in the hernia sac. The impossibility of mobilization of the appendix, which was just 2/3 in the hernia sac, made us perform a median laparotomy for safety reasons. The position and fixation of the cecum made impossible the exteriorization of the appendix in the hernia sac. The postoperative evolution, under a complex supervision, was favorable. Due to the rarity of the clinical entity, of the specific issues and of the literature review, we decided to communicate the clinical observation.

Key words: inguinal hernia, acute appendicitis, appendectomy

Corespondență: Dr. Emel Suliman
Spitalul Universitar de Urgență București
Clinica Chirurgie I
Splaiul Independenței nr. 169, sector 5,
050098 București, România
E-mail: emel_suliman@yahoo.com

Introducere

Hernia Amyand este o formă rară de hernie inghinală, în sacul căreia se află apendicele cecal alunecat. Apendicele poate prezenta leziuni inflamatorii acute, poate fi fixat în sacul herniar sau poate avea un aspect macroscopic normal. Raritatea acestei entități patologice și problemele diagnostice și terapeutice pe care le generează, fac respectivele cazuri clinice interesante, în literatură întâlnindu-se, relativ sporadic, raportări și discuții, deseori contradictorii.

De aceea, prezentăm un caz, pe care l-am întâlnit în activitatea noastră clinică.

Prezentare de caz

Pacient de 62 de ani, sex masculin, se prezintă pentru o hernie inghinală dreaptă ireductibilă, intens dureroasă, febră 38,5ºC, simptomatologie care a debutat în urmă cu 48 ore. Anamnestic, reținem că bolnavul se știa purtătorul unei hernii inghinale drepte de șapte ani și că de două săptămâni aceasta a devenit ireductibilă.

Obiectiv, hernia era foarte dureroasă, de circa 10/6 cm, în tensiune, mată la percuție, fără modificări ale tegumentelor supraiacente. Abdomenul era suplu, tranzitul intestinal prezent. Tușeul rectal – Adenom de prostată.

TA=160/80mmHg , AV=76 b/min.

Ca afecțiuni asociate menționăm: Diabet zaharat tip II, tratat cu ADO, Polineuropatie diabetică, HTA stadiul III, Dislipidemie, AVC sechelar, Ateromatoză sistemică, Ciroză hepatică etanolică, Obezitate grad II, Adenom de prostată.

Investigațiile paraclinice au arătat: leucocitoză = 13170/ mm^3 cu neutrofilie, glicemie = 173mg%, ALT = 84U/L, AST = 47U/L.

Examenul radiologic toracic: Cord moderat mărit, desen interstițial accentuat bilateral, cu aspect reticulomicronodular.

Radiografia abdominală simplă în ortostatism: fără nivele hidroaerice, fără pneumoperitoneu.

Ecografia abdominală: ficat fibrosteatozic, fără lichid în peritoneu.

Consultul preanestezic stabilește un risc anestezic clasa III A.S.A. (stare septică și multiplele afecțiuni asociate).

După o scurtă terapie intensivă de reechilibrare și antibioticoterapie (Cefort 1g) se intervine chirurgical de urgență sub AG IOT: incizie inghinală dreaptă, țesutul celular subcutanat edemațiat. Se deschide canalul inghinal și se constată un sac de hernie oblică externă, care prezenta zone de gangrenă. Din sac se evacuează circa 200 ml puroi fetid, cremos, din care se recoltează pentru examen bacteriologic și antibiogramă.

În sac se constată apendicele cecal, care prezenta leziuni gangrenoase și la vârf o perforație (Fig. 1). Baza apendicelui nu era situată în sacul herniar.

Încercarea de mobilizare în sacul de hernie a apendicelui în totalitate risca să rupă organul, care era fixat puternic la orificiul inghinal profund.

Se practică laparotomie mediană și se constată un cec relativ sus situat, fix, cu apendicele inserat infero-medial, lung de circa 15 cm, cu 2/3 distale în sacul herniar. Apendicectomie, cu mobilizarea apendicelui din sacul herniar. Toaletă și drenaj al fundului de sac Douglas. Închiderea laparotomiei. Rezecția sacului herniar (Fig. 2), după separarea de elementele funiculului spermatic, care prezentau leziuni avansate inflamatorii, dar cu vascularizație indemnă. Cura chirurgicală a herniei, procedeul retrofunicular Postempschi, cu fire lent resorbabile (Vycril nr. 2). Spălarea plăgii inghinale cu soluții antiseptice, urmată de drenaj subcutanat. Fire cutanate de orientare a cicatrizării.

Postoperator s-au administrat: Ertapenem 1 g/zi × 5, Ciprofloxacin 8 fl/zi × 7, tratament anticoagulant (Clexane 0,6 ml 1 f/zi × 12), antihipertensiv, antianginos, antidiabetic, hipolipemiant, antisecretor gastric, antalgic, reechilibrare complexă parenterală. Evoluție postoperatorie favorabilă. Externat a 13-a zi postoperator cu plagă mediană vindecată, cea inghinală edemațiată, a necesitat încă două săptămâni de supraveghere în ambulator.

Examenul bacteriologic al puroiului recoltat intraoperator: E. coli.

Examenul histopatologic al pieselor de rezecție:

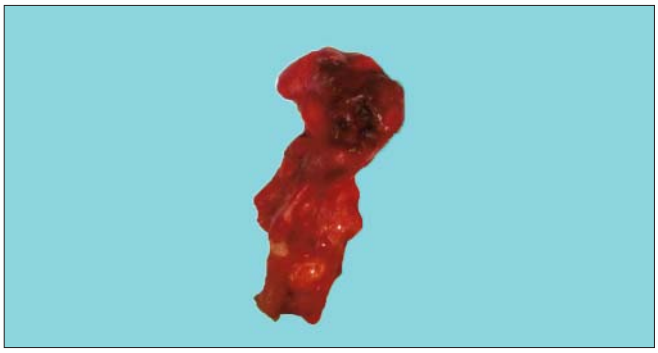


Figura 1. *Apendicele cecal – piesa operatorie*

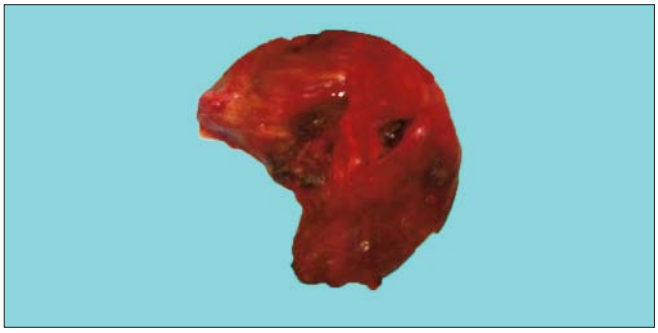


Figura 2. *Sacul herniar – piesa operatorie*

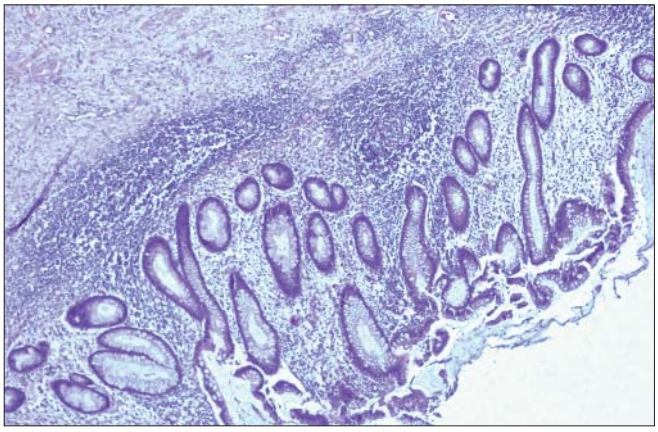


Figura 3. *Apendicita acută flegmonoasă, Obiectiv 10 ×10, colorație H.E.*

1) Apendice – macroscopic prezenta sufuziuni hemoragice parietale, mucoasa necrozată, de aspect gangrenos.

Histopatologic: apendicită acută flegmonoasă (Fig. 3, 4).

2) Sac herniar 8,5/6/4,5 cm, cu sufuziuni sanghine, de 0,5 cm grosime, în interior cu zone de gangrenă.

Histopatologic: Hiperemie și infiltrat inflamator acut difuz. (Fig. 5)

3) Țesut grăsos periapendicular cu proces inflamator acut. (Fig. 6)

Discuții

Claudius Amyand (1681 – 1740), francez emigrat în Anglia, din

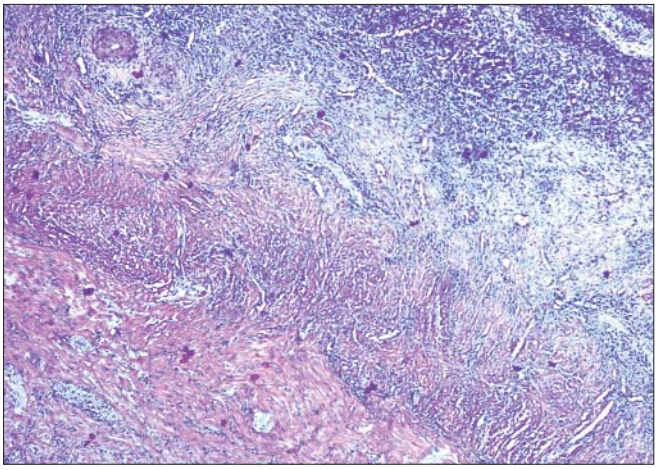


Figura 4. *Apendicita acută flegmonoasă*
Obiectiv 5×10, colorație H.E.

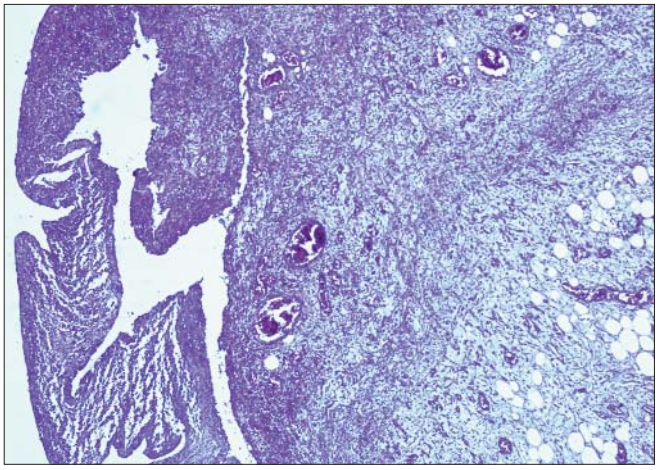


Figura 5. *Sac herniar cu proces inflamator acut*
Obiectiv 5×10, colorație H.E.

motive religioase (era hughenot), a fost primul care la 6 decembrie 1735, în timp ce opera un băiat de 11 ani, Hanvil Anderson, la Spitalul St. George din Londra, a constatat în sacul unei hernii inghinale drepte o apendicită acută perforată. A practicat apendicectomia și cura chirurgicală a herniei. Cazul a fost comunicat în revista Philosophical Transaction of the Royal Society în anul 1736. Trebuie spus că el este considerat primul chirurg, care a efectuat o apendicectomie. (1)

Apendicita acută în sacul unei herni inghinale este o complicație rar întâlnită. În 1937 Ryan raportează 11 cazuri (0,13%) din 8692 apendicite acute. (citat de 1 și 2) Thomas și colaboratorii, într-o perioadă de opt ani, au găsit doar șapte cazuri de apendicită acută, care a evoluat în sacul unei hernii externe, dintre care doar trei inghinale. (citat de 1 și 2)

După cum se observă entitatea clinică a fost extinsă și la alte herni.

O problemă esențială e aceea că diagnosticul nu este stabilit preoperator în majoritatea cazurilor.

Hernia incarcerată sau strangulată sunt, de obicei, diagnosticele preoperatorii. Semnele locale, febra, leucocitoza nu sunt de mare ajutor în diagnostic, poate și pentru că entitatea clinică e rară și nu ne gândim la ea. (1,2)

Simptomatologia poate fi însă și extrem de polimorfă, influențată de gravitatea leziunii apendiculare, de gradul de cointeresare a structurilor saculare și parietale herniare și de contaminarea sau nu a cavității peritoneale. (3)

În diagnosticul diferențial al herniei inghinale ireductibile, mai ales dacă scrotul devine dureros, se poate ridica și suspiciunea unei torsiuni de testicol. (3)

Uneori apendicele e descoperit în sacul unei herni inghinale cu ocazia intervenției, fără a exista o simptomatologie sugestivă preoperator. Incidența reală a acestei situații nu e cunoscută. În schimb există opinii divergente în ceea ce privește atitudinea chirurgicală, care oscilează între apendicectomie sau reducerea în abdomen a organului. Adepții apendicectomiei susțin că această atitudine previne morbiditatea posibilă în viitor, costurile unei alte operații și nu presupune o modificare a riscului anestezico-chirurgical, ceea ce o justifică. Cei care se opun apendicectomiei, în timpul unei cure chirurgicale a herniei, afirmă că astfel se evită un timp septic (secțiunea bazei apendicelui), care ar determina o morbiditate și mortalitate prin complicațiile pe care ar putea să le genereze postoperator. În acest fel ar crește riscul de infecție al plăgii și implicit riscul de recidivă al herniei. Acest risc nu e clar cuantificat.

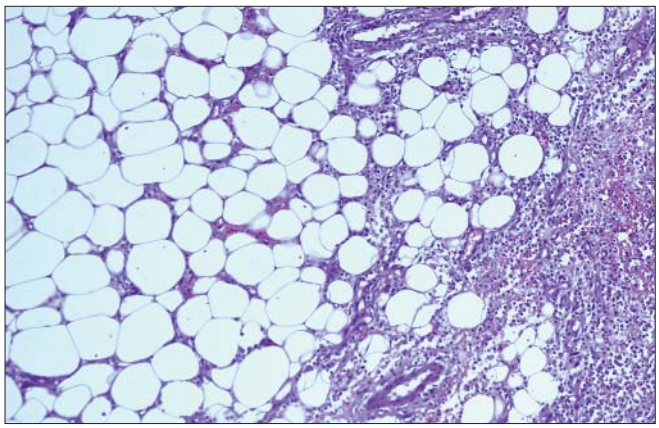


Figura 6. *Țesut gras cu proces inflamator acut*
Obiectiv 10×10, colorație H.E.

Pe de altă parte, ei susțin că timpul operator s-ar lungi, ceea ce e important, mai ales pentru un pacient vârstnic, supus unei herniorafii și care are, de obicei, multiple maladii asociate.

Riscul de a dezvolta o apendicită acută postoperator e scăzut. Așa numita apendicectomie profilactică nu ar fi un beneficiu real pentru pacient, susțin ei.

În literatură, în schimb, se vehiculează ideea că manipularea apendicelui intraopertor ar genera o apendicită acută. Astfel, Ofili (citat de 1) raportează doi pacienți cu apendicită acută după herniorafie inghinală, dar și 11 bolnavi, care au fost apendicectomizați în timpul curei chirurgicale a unei hernii inghinale, fără a prezenta o infecție a plăgii sau recurența herniei. Oricum, problema nu e definitiv lămurită. (1)

Flood și colaboratorii susțin că prezența apendicelui în sacul unei hernii inghinale are o incidență de 1%, dar o apendicită acută se întâlnește în 0,08% din cazuri. (2)

D'Alia, într-o perioadă de 13 ani, la 1341 de bolnavi operați pentru hernie inghinală, a întâlnit o apendicită acută în sacul herniar în 0,08%. (citat de 2)

Hernia Amyand apare mai ales la sexul masculin și în special în partea dreaptă, lucru explicabil prin poziția anatomică obișnuită a apendicelui. Sunt citate însă și herni Amyand în partea stângă: în situs inversus, în cazul malrotației mezenterice sau a unui cec extrem de mobil. (2)

Deși la început, hernia Amyand presupunea existența unei inflamații acute a organului, în ultimul timp majoritatea autorilor consideră că simpla prezență a apendicelui în sacul herniar e suficientă pentru afirmarea entității clinice.

Acest lucru s-ar datora faptului că hernierea apendicelui l-ar face foarte vulnerabil la traume. Schimbările de presiune intraabdominale prin contracția musculaturii, ar strangula apendicele, ar modifica fluxul sanguin, uneori chiar până la abolire. Pe de altă parte, inflamația apendicelui herniat ar genera aderențe, care ar fixa organul, perturbându-i peristaltica și favorizând staza intralumenală. Transformarea lumenului apendicular într-o cavitate închisă favorizează multiplicarea și agresivitatea bacteriană. Așa s-ar explica apariția și evoluția leziunilor severe de apendicită acută în sacul herniar, care pot ajunge până la perforație și fistulă piostercorală inghinală.

Totuși diagnosticul clinic e foarte rar stabilit preoperator.

În 12 ani, la 60 de cazuri raportate, într-o singură situație diagnosticul a fost precizat preoperator.

C.T. abdominal cu reconstrucție multiplan, investigație la care nu se recurge de rutină, a vizualizat, într-o fistulă inghinală, apendicele și relațiile lui cu structurile din jur, stabilind astfel diagnosticul. (2,5)

Tratamentul chirurgical al herniei Amyand e influențat de starea apendicelui aflat în sacul herniar. În cazul unor leziuni avansate de inflamație acută septică apendicectomia este indiscutabil recomandată. Ori de câte ori e posibil se va efectua apendicectomia prin aceeași incizie inghinală, urmată de repararea defectului parietal. (2,5,6)

În cazul în care există clinic semne de contaminare peritoneală sau apendicectomia nu poate fi executată prin incizia inghinală, așa cum s-a întâmplat și în cazul raportat de noi, e recomandată laparotomia exploratorie mediană. Ea va permite o inspecție completă și amănunțită a întregii cavități, oferind siguranță și în ceea ce privește efectuarea apendicectomiei, cu vizualizarea bazei de inserție. Un cec sus situat, fix, nemobilizabil, poate crea dificultăți reale în rezecția corectă a apendicelui herniat. Lavajul peritoneal și drenajul fundului de sac Douglas reprezintă manevre ce urmăresc evitarea unor complicații postoperatorii severe: peritonită închistată, fistulă cecală.(2,5)

Atunci când există o cointeresare majoră în procesul inflamator acut atât a sacului herniar cât și a elementelor funiculului spermatic, se poate pune problema, în special la bolnavii vârstnici, a orhiectomiei. (4)

Viabilitatea elementelor funiculului spermatic și în special conservarea vascularizației structurilor testicolului sunt cele care determină atitudinea intraoperatorie. Trebuie menționat că uneori aceste structuri conservate pot reprezenta sursa unor fenomene septice locale și generale postoperator. Sunt citate în literatură ca morbidități postoperatorii: epididimită, retenția de urină, pneumonia. (4)

În ceea ce privește cura chirurgicală a herniei inghinale, toți autorii subliniază că nu trebuie utilizată meșa, ca material de protezare a defectului parietal.

Prezența meșei în mediul septic nu ar face decât să perpetueze și exacerbeze fenomenele inflamatorii parietale, riscul de infecție fiind foarte mare și implicit al recidivei herniare. (1,2,3,4)

Sunt citate în literatură maniere diferite de refacere a defectului parietal inghinal (procedeul Bassini, Shouldice). Noi am preferat un procedeu retrofunicular pentru a utiliza aponevroza mușchiului oblic extern, singura structură mai puternică, în repararea defectului parietal la pacientul nostru.

Se recomandă lavajul cu soluții antiseptice a țesuturilor contaminate înainte de închiderea plăgii inghinale, drenajul subcutanat și antibioticoterapia. Cu toate aceste măsuri rata complicațiilor septice e mare. Așa se explică și mortalitatea postoperatorie, care variază între 14-30%. (4)

Sunt comunicate și rezolvări laparoscopice ale cazurilor cu hernie Amyand. (4)

Concluzii

Am prezentat un caz de hernie Amyand, la un pacient de 62 ani, cu multiple afecțiuni asociate, care avea o colecție voluminoasă (cca 200 ml puroi fetid) în sacul herniar, generată de o apendicită acută perforată.

Fixarea a 2/3 din lungimea apendicelui în sacul herniar și imposibilitatea de a mobiliza organul ne-a determinat să efectuăm o laparotomie mediană pentru a efectua în siguranță apendicectomia. Cecul relativ sus situat și fix a fost cauza dificultăților de mobilizare a apendicelui.

Cura chirurgicală a herniei inghinale drepte s-a realizat, după închiderea laparotomiei, prin procedeul retrofunicular.

Evoluția bună postoperatorie, fără incidente, s-a datorat credem și tratamentului complex, în special antibioticoterapiei (Ertapenem, Ciprofloxacin).

Raritatea cazului, complexitatea lui, precum și maniera de rezolvare chirurgicală a problemelor ivite în cursul intervenției, care au particularizat terapia, ne-au determinat să comunicăm această observație.

Bibliografie

1. Hutchinson R. Amyand's hernia. J R Soc Med. 1993;86(2):104-5.
2. L. Flood, K.H. Chang, O.J. McAnena – A rare case of Amyand's hernia presenting as an enterocutaneous fistula, Journal of Surgical Case Reports. 2010;7:6.
3. Fernando J, Leelaratna S. Amyand's hernia, Î.V.K.M.H. 2002; 47(2):71.
4. Apostolidis S, Papadopoulos V, Michalopoulos A, Paramythiotis D, Harlaftis N. Amyand's Hernia: A Case Report and Review of the Literature. The Internet Journal of Surgery. 2005;6(1).
5. Malayeri AA, Siegelman SS. Images in clinical medicine. Amyand's hernia. N Engl J Med. 2011;364(22):2147.
6. Savlovschi C, Brănescu C, Serban D, Tudor C, Găvan C, Shanabli A, et al. Amyand's hernia - a clinical case. Chirurgia (Bucur). 2010;105(3):409-14. [Article in Romanian]