

ПРОБЛЕМИ НА ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХЕРНИЯТА НА AMYAND

Костадин Георгиев*, Атанас Петков*, Мариана Георгиева**

* - УМБАЛ „ Св. Георги „ – гр. Пловдив – Еднодневна хирургия

** - ВМА – гр. София – Клиника по Физикална терапия и рехабилитация
Европа; България; гр. Пловдив; бул. Пещерско шосе 66, ет. 1, Еднодневна хирургия;
e-mail: xo2014@abv.bg

PROBLEMS IN THE SURGICAL TREATMENT OF HERNIA AMYAND

Kostadin Georgiev * Atanas Petkov * Mariana Georgieva **

* - *University Hospital " St. George" - Plovdiv - day surgery*

** - *ММА - Sofia - Department of Physical Therapy and Rehabilitation
Europe, Bulgaria, Plovdiv, bul Peshtersko Road 66, 1st Floor, One-day surgery;
e-mail: xo2014@abv.bg*

SUMMARY

Hernia requiring emergency surgery are as trapped and hernia Amyand, in which hernialniya bag has fallen and appendix .

The purpose of this study was to determine the number of these hernias over a 5 year period and to share our experience in the operative treatment. And to derive an algorithm for treatment.

The study covered only 16 patients because of the rarity of this disease . In their treatment are mainly used methods of hernia repair and Shouldice- Kukudzhanov Bassini.

From his experience in the field of emergency herniotomii suggest the following klasivikatsiya for hernia Amyand:

Type I hernialen bag containing healthy and Levitating appendix

Type II hernialen bag containing appendix with adhesions and sterkoliti in the lumen and dragging

TipIII hernialen bag containing altered inflammatory appendix .

Type IV acute inflammatory changes of the bag and surrounding tissues of advanced inflammation of the appendix

The decision to put appendectomy turn another problem - access to carry her choice of access is determined by the following criteria: changes in the appendix and surrounding tissue , the size of the neck , the distance from the neck of the bag to the base of the appendix . In our opinion, the main criterion are changes in the appendix and surrounding tissues and the other two are important in appendectomy in relative indications.

Въведение

Херния на Amyand е ингвинална херния съдържаща апендикс в херниалния сак. Описана е от Claudius Amyand през 1735 година. По литературни данни честотата на този вид ингвинална херния е от 2 до 4% от слабинните херниотомии. Честотата на острия апендицит в херниалния сак е 0,1%.

Херния на Amyand е по-честа при мъжете и най- често е дясностранна има описана и лявностранна при мобилен цекум, малротация или situs viscerus инверзус.

Цел

Целта на настоящото проучване е да се установи честотата на хернията на Amyand при болните оперирани за ингвинална херния в Отделението по еднодневна и миниинвазивна хирургия на УМБАЛ „ Св. Георги „ – гр. Пловдив от 2008 година до сега.

Неизяснени при този вид херния са: показанията за апендектомия при наличие или не на хронични промени в апендикса, критериите за достъп за апендектомия при наличната херния, както и за разширяване или използване на друг допълнителен разрез, не е общоприета тактика по отношение на извършване на пластика при тежки възпалителни промени в апендикса и околните структури.

Материал и методи

Оперирали сме 16 хернии на Amyand, които са 6.81% от разглежданите от нас сложни слабинни хернии и 2.76% от всички хернии. Това са 15 мъже със средна възраст 67 г. и 1 жена на 71г.

Предоперативно 14 от болните са с анамнеза за херния, с давност от 10 м, до 12г. (табл. 1.). При 1 от тях е отбелязана промяна в оплакванията след прекаран грип - болка в областта на хернията, а друг е опериран за херния преди повече от 30 години и има рецидив.

Таблица 1. Предоперативни данни

Предоперативни данни	Давност на оплакванията	Брой болни
Анамнеза за херния	От 10 мес. до 12г.	15
Анамнеза за t° и болка в слабинната област	6 дни	1
Всичко		16

При всички болни операцията е извършена с ингвинален достъп и е намерен индиректен херниален сак. Апендиксът е свободно висещ в херниалния сак при 12 болни, а при 4, т.е. в 25% от болните е бил с плъзгане.

Апендектомия е направена при 5 болни: при 3 за плъзгане, при 1 за плъзгане и хроничен апендицит, при 1 за "хроничен апендицит в херниалния сак на рецидивна херния" и при 1 за флегмонозен (табл. 2).

Таблица 2. Хирургично поведение

Хирургично поведение	Брой болни
Апендектомия	11
Достъп до основата на апендикса:	
- през шийката на сака	8
- чрез трансингвинална минилапаротомия	3
Пластика по:	
- Shouldice-Кукуджанов	15
- Bassini	1

Сакът е затворен с кесиен шев при 3 и с единични шевове при болните с трансингвинална миналапаротомия. При 5 болни пластиката е направена по Shouldice-Кукуджанов и по Bassini при болната с флегмонозен апендицит 9 (табл. 2).

Таблица 3: Интраоперативни данни

Интраоперативни данни	Брой болни
Достъп: ингвинален	16
Вид на сака: индиректен	16
Състояние на апендикса	
- свободно висящ	4
- с плъзгане:	4
* на проксималната част	1
* на проксималната част и срастване на върха	2
* с плъзгане на целия апендикс	1
- само със сраствания	7
- флегмонозно променен	1

Следоперативният период е безпроблемен при всички болни. При болната с флегмонозния апендицит е регистриран рецидив на хернията след 6 месеца.

Обсъждане

Честотата на случаите с хернията на Amyand в нашата серия е 2.76% и е съпоставима със съобщаваните литературни данни за нея - от 2 до 4% от слабинните херниотомии.

Диагнозата ѝ основно е интраоперативна. Не може да се подозира херния на Amyand при анамнеза за апендектомия в миналото и наличие на цикатрикс в илеоцекалната област, но както показва опитът ни и тази възможност трябва да се има в предвид интраоперативно.

Здравият и свободно висящ в херниалния сак апендикс не е показан за апендектомия. Това е в съгласие с наблюдаващата се тенденция в последните десетилетия за въздържание от апендектомия при липса на строги показания за нея.

Интраоперативните данни за сраствания, стерколити в лумена и плъзгане на апендикса съчетани или не с рецидивиращите болки в илеоцекалната област правят апендектомията наложителна с профилактична цел, но когато липсват строги противопоказания за нея. Те според Fisher (1990) са: болестта на Crohn, провеждана радиотерапия, патологична или ятрогенна имуносупресия и използвани протезни материали в миналото.

При плъзгаща се херния на Amyand решението за поведението спрямо плъзгалия се апендикс, за разлика от плъзганията на другите органи, не зависи от типа и степента на протрузията. Самото плъзгане на апендикса е показание за апендектомия за постигане на по-високото лигиране на сака, както и за премахване на възможността за стаза в апендикса - условие за развитието на бъдещ апендицит.

Решението за апендектомия поставя на свой ред друг проблем - достъпа за осъществяването ѝ, което може да стане: през шийката на херниалния сак, през херниолапаротомия, през отделна лапаротомия.

Ние смятаме, че изборът на достъп се определя от следните критерии: промените в апендикса и околните тъкани, големината на шийката, разстоянието от шийката на сака до

основата на апендикса. Според нас основният критерий са промените в апендикса и околните тъкани, а останалите два имат значение при апендектомия по относителни показания.

Тези критерии и опита ни макар и малкия брой болни с индиректна херния на Amyand оперирани от нас ни позволява да изкажем мнението си за разширяване на достъпа при тези хернии. За целта сме използвали описаната от Ю. Ванев (1994) трансингвинална минилапаротомия, която той нарича „трансингвинална минилапаротомия с параингвинален разрез при херниотомия”.

Макар че имаме само един случай на пластика на слабинния канал с последвал рецидив при наличието на остри възпалителни изменения на апендикса и околните тъкани, се съгласяваме с мнението на Mitchell (1964) и Н. Рухляда и сътр. (1988) в тези случаи да не се прави пластика. Според нас в такава ситуация е важно да не се нарушава целостта на задната стена на ингвиналния канал нито за разширяване на достъпа до коремната кухина, нито за пластика. По-добре е тук апендектомията да се извърши през отделен достъп.

Различаваме четири типа херния на Amyand:

Тип I херниален сак съдържащ здрав и свободно висящ апендикс

Тип II херниален сак съдържащ апендикс със сраствания и стерколити в лумена и плъзгане

Тип III херниален сак съдържащ възпалително променен апендикс.

Тип IV остри възпалителни изменения на сака и околните тъкани от напреднало възпаление на апендикса

При **I тип** не е задължително извършване на апендектомия – трябва да се ликвидира сака и да се извърши пластика на ингвиналния канал, уместно е използване на пластика с платно.

При **II тип** апендектомия по правило през херниалния достъп и пластика на ингвиналния канал.

При **III тип** апендектомия през херниалния достъп и пластика на ингвиналния канал. Разширен достъп - трансингвинална минилапаротомия - препоръчваме при тясна шийка и голямо разстояние между нея и основата на апендикса.

При **IV тип** за препоръчване е да не се нарушава целостта на задната стена на канала. Да не се разширява херниалния достъп за апендектомията и да не се извършва пластика. При необходимост да се направи допълнителен разрез за апендектомия, а предната стена да се възстанови без пластика. Това облекчава реконструкцията на канала и сигурността на пластиката на втори етап.

Изводи

1. Диагнозата на хернията на Amyand по принцип е интраоперативна.
2. Апендектомия с профилактична цел е показана при сраствания на апендикса, стерколити в лумена му и плъзгане. Здравият и свободно висящ апендикс в сака не е показание за апендектомия.
3. Апендектомията по правило се осъществява през херниалния достъп. Разширен достъп - трансингвинална минилапаротомия - препоръчваме при тясна шийка и голямо разстояние между нея и основата на апендикса.
4. При остри възпалителни изменения на сака и околните тъкани от напреднало възпаление на апендикса за препоръчване е да не се нарушава целостта на задната стена на канала нито за разширяване на достъпа за апендектомията нито за пластика. При необходимост да се направи допълнителен разрез, а предната стена да се възстанови без пластика. Това облекчава реконструкцията на канала и сигурността на пластиката на втори етап.

Библиография

1. Amyand C. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci incrusted with stone, and some observations on wound in the guts. *Philosophical Transactions of the Royal Society (London)* 1736;39:329–342.
2. Komorowski AL, Rodriguez JM. Amyand's hernia. Historical perspective and current considerations. *Acta Chirurgica Belgica*. 2009;109(4):563–564.
3. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: what lies beneath—a proposed classification scheme to determine management. *American Surgeon*. 2007;73(12):1288–1290.
4. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia*. 2008;12(3):325–326.
5. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Medical Journal*. 2005;46(8):424–425.
6. Bakhshi GD, Bhandarwar AH, Govila AA. Acute appendicitis in left scrotum. *Indian Journal of Gastroenterology*. 2004;23(5):p. 195.
7. Khan RA, Wahab S, Ghani I. Left-sided strangulated Amyand's hernia presenting as testicular torsion in an infant. *Hernia*. 2011;15(1):83–84.
8. Johari HG, Paydar S, Zeraatian S, Davani N, Eskandari S, Johari MG. Left-sided Amyand hernia. *Annals of Saudi Medicine*. 2009;29(4):321–322.
9. Gupta N, Wilkinson TRV, Wilkinson A, Akhtar M. Left-sided incarcerated Amyand's hernia. *Indian Journal of Surgery*. 2007;69(1):17–18.
10. Tayade MB, Bakhshi GD, Borisa AD. A rare combination of left sided Amyand's and Richter's hernia. *Bombay Hospital Journal*. 2008;50:644–645.
11. Breitenstein S, Eisenbach C, Wille G, Decurtins M. Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal hernia. *Hernia*. 2005;9(1):100–102.
12. Ravishankaran P, Mohan G, Srinivasan A, et al. Left sided Amyand's hernia, a rare occurrence: a case report. *Indian Journal of Surgery*. 2010
13. Singh K, Singh RR, Kaur S. Amyand's hernia. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*. 2011;16(4):171–172.
14. Ghafouri A, Anbara T, Foroutankia R. A rare case report of appendix and cecum in the sac of left inguinal hernia (left Amyand's hernia) *Medical Journal of Islamic Republic of Iran*. 2012;26(2):94–95.
15. Malik KA. Left sided Amyand's hernia. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2010;20(7):480–481.
16. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of 10 cases. *Surgery*. 1967;61(2):236–238.
17. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *Journal of Computer Assisted Tomography*. 2000;24(6):884–886.