

## Operacja przepukliny pachwinowej

Przepuklina pachwinowa to uwypuklenie otrzewnej (błony wyścielającej jamę brzuszną) - do tego uwypuklenia przemieszczają się narządy jamy brzusznej przez otwór w przedniej ścianie brzucha znajdujący się w okolicy pachwiny. Najpoważniejszym powikłaniem u chorych z przepukliną jest uwięźnięcie w niej pętli jelitowej i martwica jelita prowadząca do zapalenia otrzewnej – wówczas konieczne jest wykonanie operacji w trybie pilnym. Ryzyko uwięźnięcia wynosi nawet 20 % dlatego zalecane jest operowanie przepukliny zanim dojdzie do tego powikłania.

### **Plastyczne zaopatrzenie przepukliny pachwinowej sposobem Lichtensteina.**

Współczesne sposoby leczenia przepuklin pachwinowych to tak zwane metody beznapięciowe – polegają one na zaopatrzeniu przepukliny bez zszywania tkanek pod napięciem. Większość metod beznapięciowych polega na zastosowaniu wszczepu syntetycznego (siatki), który umieszcza się na tylnej ścianie kanału pachwinowego i mocuje szwami do otaczających tkanek (można również zastosować siatki klejone). Plastyka sposobem Lichtensteina polega na odprowadzeniu zawartości przepukliny do jamy otrzewnej a następnie umieszczeniu prostokątnej siatki w obrębie tylnej ściany kanału pachwinowego i przyszyciu jej do otaczających tkanek. Celem wykonania opisanej powyżej operacji konieczne jest wykonanie skośnego cięcia skórniego w okolicy pachwinowej o długości 5-10 cm. Długość nacięcia skóry zależy od wielkości przepukliny.

### **Laparoskopowe zaopatrzenie przepukliny pachwinowej z użyciem siatki**

– metody laparoskopowe zalecane są szczególnie u chorych z nawrotem przepukliny i z przepukliną obustronną. Endoskopowe techniki leczenia przepuklin skutkują niższym odsetkiem powikłań infekcyjnych rany pooperacyjnej, krwiaków, bólu przewlekłego i szybszym powrotem do normalnej aktywności i pracy zawodowej niż technika Lichtensteina. Jednak z drugiej strony endoskopowe techniki leczenia przepuklin skutkują dłuższym czasem operacji i wyższym ryzykiem powstania surowiczaków (zbiorników płynu w ranie) niż technika Lichtensteina.

### **Powikłania**

- nawrót przepukliny - ryzyko nawrotu przepukliny przy zastosowaniu siatki jest niewielkie i wynosi około 1%
- krwiak - ryzyko powstania krwiaka wynosi 5-15%. Małe krwiaki leczy się zachowawczo, gdy powstały krwiak jest duży i daje dolegliwości bólowe możliwa jest operacyjna ewakuacja krwiaka. Duże krwiaki po operacjach przepuklin obserwuje się rzadko
- surowiczak- to zbiornik płynu surowiczego w ranie, ryzyko powstania surowiczaka waha się od 0,5% do 12,2%; częstość jest większa po zabiegach laparoskopowych. Większość surowiczaków wchłania się spontanicznie w ciągu 6-8 tygodni, zatem nie wymaga interwencji chirurgicznej. Niekiedy konieczne jest nakłucie i odessanie surowiczaka
- ropienie rany - ryzyko infekcji rany po zabiegu naprawczym przepukliny pachwinowej z siatką lub bez siatki wynosi 0-5%. Zastosowanie siatki nie powoduje zwiększenia ryzyka zropienia rany. W przypadku wystąpienia tego powikłania może być konieczne czasowe otwarcie i płukanie rany oraz założenie sączka do rany. Bardzo rzadko może dojść do uogólnionej infekcji wymagającej leczenia antybiotykami
- powikłania w obrębie jądra i powrózka nasiennego - występują rzadko, częstość powikłań jest podobna po zabiegach otwartych i laparoskopowych. Niedokrwienne zapalenie jądra może prowadzić do jego martwicy w ciągu kilku dni lub zaniku jądra w ciągu kilku miesięcy. Leczenie tej choroby polega na stosowaniu leków przeciwzapalnych i antybiotyku. Możliwe jest także

przecięcie nasieniowodu podczas operacji skutkujące zaburzeniami płodności. W takim przypadku chirurg zawsze podejmuje próbę rekonstrukcji nasieniowodu.

- przewlekły ból pachwiny - występuje u 5-15% operowanych chorych. Pacjenci skarżą się na dolegliwości bólowe w operowanej okolicy trwające ponad 3 miesiące. Ból może być skutkiem uszkodzenia jednego z nerwów okolicy pachwinowej lub zmienionych stosunków anatomicznych w operowanej okolicy. Nie znamy obecnie skutecznej metody leczenia bólu przewlekłego, jedynie u niektórych chorych ponowny zabieg operacyjny może być skuteczny. U chorych reoperowanych z powodu nawrotu przepukliny ryzyko bólu przewlekłego jest 4-krotnie większe. Ryzyko wystąpienia bólu jest mniejsze po operacjach laparoskopowych oraz po zabiegach z użyciem siatki (w porównaniu z zabiegami bez siatki).

- ryzyko zgonu po operacji przepuklin jest niskie i wynosi  $< 1\%$ , podobne jak ryzyko w populacji ogólnej. Ryzyko zgonu jest większe po operacjach w trybie doraźnym i wynosi do 7%. Gdy wykonywana jest resekcja jelita ryzyko zgonu wzrasta 20-krotnie w porównaniu z zabiegami planowymi.

### **Powikłania późne**

Jak wspomniano powyżej leczenie przepukliny pachwinowej sposobem beznapięciowym z użyciem siatki jest skuteczne i wiąże się z niewielkim odsetkiem nawrotów (ok. 1%). W przypadku wystąpienia nawrotu przepukliny nadal możliwe jest leczenia chirurgiczne zarówno metodą otwartą, jak i laparoskopową. Zaleca się aby metoda leczenia nawrotu była inna niż pierwotna metoda leczenia (po zabiegu otwartym zabieg laparoskopowy i na odwrót). Najpoważniejszym odległym powikłaniem jest obecnie przewlekły ból pachwiny.

### **Rezygnacja**

W przypadku rezygnacji z leczenia przepukliny pachwinowej w trybie planowym narażają się Pan/i na możliwe powikłania. Nie operowana przepuklina może zwiększać swoje rozmiary z biegiem czasu i powodować coraz silniejsze dolegliwości bólowe. Początkowo podczas zwiększonego wysiłku fizycznego, a następnie podczas codziennych czynności a nawet w spoczynku. Najpoważniejszym zagrożeniem jest ryzyko uwięźnięcia przepukliny (bolesny guz przepuklinowy, którego nie da się odprowadzić do jamy brzusznej). W przypadku uwięźnięcia, którego ryzyko sięga nawet 20%, konieczny jest zabieg operacyjny w trybie doraźnym, przeprowadzany zwykle podczas ostrego dyżuru chirurgicznego. Ryzyko powikłań po takim zabiegu jest większe niż po zabiegu przeprowadzonym w trybie planowym, po odpowiednim przygotowaniu chorego.

### **Uwagi**

Leczenie przepuklin może być wykonywane w trybie jednego dnia niezależnie od użytej techniki. Operację wykonuje się w znieczuleniu ogólnym („w uśpieniu”).

Pacjent wypisywany jest do domu wieczorem lub w następnej dobie rano.

Szwy usuwa się zwykle w 1-10 dobie po operacji.

Rodzaj planowanej operacji (klasyczna czy laparoskopowa) oraz rodzaj wszywanej siatki omawiany jest podczas kwalifikacji chirurgicznej.