



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I KIRURGISË SË PËRGJITHSHME

Punim për gradën shkencore:

“DOKTOR I SHKENCAVE NË KIRURGJI”

***“TRAJTIMI I HERNIEVE INGUINALE
PA MESH DHE PA TENSION”***

KANDIDATI:

Dritan ÇOBANI

UDHËHEQËS SHKENCOR:

Prof. Asc. Dr. Agron DOGJANI, MD, Ph.D., FACS, FISS, FICS

Tiranë, 2021



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I KIRURGJISË SË PËRGJITHSHME

DISERTACION

Paraqitur nga: **Dr. Dritan ÇOBANI**

Për marrjen e grades shkencore

“Doktor i Shkencave Mjekësore”

Udhëheqës shkencor: **Prof. Asc. Dr. Agron DOGJANI, MD, Ph.D., FACS, FISS, FICS**

TEMA:

“TRAJTIMI I HERNIEVE INGUINALE PA MESH DHE PA TENSION”

Mbrohet me dt. 19/01/2022 para jurisë:

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Prof. Dr. Etmont ÇELIKU | KRYETAR |
| 2. Prof. Asc. Dr. Myzafer KAÇI | (OPONENTE) |
| 3. Prof. Dr. Hysen HETA | (OPONENTË) |
| 4. Prof. Dr. Alma IDRIZI | (ANËTARE) |
| 5. Prof. Asc. Dr. Liri HOXHA (ÇUKO) | (ANËTARE) |

Tiranë, 2022

FALENDERIME

Fillimisht shpreh mirënjohje dhe falenderim për udhëheqësin e temës Prof. Asc. Dr. Agron Dogjani MD, PhD, FACS, FISS, FICS për profesionalizmin, pozitivitetin dhe përkushtimin e palodhur që ka treguar gjatë këtij rrugëtimi.

U jam shumë mirënjohëse të gjithë miqve që njoha gjatë këtyre viteve dhe për gjithçka që kemi kaluar së bashku.

Mbi të gjitha falenderoj familjen time, prindërit e mi, dhe gruan time..., femijëve të mij, të cilët më kanë shtyrë vazhdimisht të jem versioni më i mirë i vetvetes, që më kanë përkrahur në mënyrë të pakushtëzuar dhe pavarësisht gjithçkaje që më kanë mësuar të mos lodhem së kërkuari të arrij më të mirën.

Gjithçka që unë arrij, ua dedikoj vetëm atyre!

U jam përjetësisht mirënjohëse dhe përlësisht falenderuese për çdo gjë!

Faleminderit nga zemra!

Përmbajtja

ABSTRAKTI.....	6
KREU 2.....	7
2.1 Hyrje	7
2.2 Epidemiologjia	8
2.3 Etiopatogjeneza	9
KREU 3. <i>Anatomia e Kanalit Inguinal</i>	15
3.1 Anatomia e Kanalit Inguinal.....	15
3.3 <i>Anatomia Laparoskopike e Kanalit Inguinal</i>	24
3.4 <i>Elementët përbërës të kanalit inguinal</i>	26
3.5 <i>Klasifikimi i Hernies Inguinale</i>	27
3.5.1 -Klasifikimi GILBERT	27
3.5.2-Klasifikimi Nyhus	29
3.5.3-Klasifikimi i Ponkes	29
KREU 4. <i>Shfaqja Klinike e Hernies Inguinale</i>	31
KREU 5. <i>Diagnoza e Hernies Inguinale</i>	33
5.1 <i>Ekzaminimi Fizik</i>	33
5.1.1 <i>Inspeksioni</i>	33
5.1.2. <i>Palpacioni</i>	33
5.1.3 <i>Testi i Okluzionit Inguinal</i>	34
5.2 <i>Imazheria</i>	34
KREU 6. <i>Trajtimi i Hernieve Inguinale</i>	36
6.1 <i>Trajtimi i hernieve inguinale</i>	36
6.2 <i>Incizioni i Lëkurës</i>	38
6.3 <i>Mobilizimi i strukturave të kordonit spermatik</i>	39
6.4 <i>Identifikimi dhe reduktimi i sakusit herniar</i>	39
6.5 <i>Teknikat operatore pa materiale protetike (pa meshë)</i>	40
6.5.1 <i>Teknika Bassini</i>	40
6.5.2 <i>Teknika Schouldice</i>	42
6.5.3 <i>Teknika DESARDA</i>	45
6.6 <i>Teknikat Operatore me materile protetike ose me Mesh</i>	47
6.6.1 <i>Teknika pa tension - Lichtenstein (tension-free)</i>	47

6.6.2 Zgjedhja e mesh-it prostetik	49
6.6.3 Teknika Gilbert, Rutkow, Robbins	51
6.7 Teknikat Preperitoneale.....	54
KREU 7. STUDIMI	58
7.1 Qëllimi.....	Error! Bookmark not defined.
7.2 Metodologjia.....	Error! Bookmark not defined.
7.3 REZULTATET	Error! Bookmark not defined.
DISKUTIM.....	Error! Bookmark not defined.
KREU VIII. REFERENCAT.....	Error! Bookmark not defined.

ABSTRAKTI

Hyrje: Hernia inguinale është dalja jashtë kavitetit abdominal e organeve të brendshme më të lëvizshme si: zorra e hollë, omentumi, koloni etj, nëpërmjet defekteve anatomike të lindura ose të fituara. Herniet inguinale përbëjnë patologjitë më të shpeshta të sëmundjes herniare. 75 % e të gjithë hernieve të murit abdominal e perbejne ato të rrëzës së kofshës.

Qëllimi i studimit: Evidentimi dhe vlerësimi i rezultateve të trajtimit kirurgjikal të hernies inguinale primare të trajtuar në kirurgjin e planifikuar sipas teknikes Desarda tek të rriturit.

Për identifikimin e teknikes Desarda së trajtimit që ka efikasitetin e saj u mbeshtetem ne komplikacionet postoperatore; dite qëndrimin në spital; shkalles se recidivave, komplikime të vonshme, vdekshmëri dhe sëmundshmëri më të ulët.

Materiali dhe metoda: Studimi ka karakter deskriptiv- retrospektiv dhe përfshin të gjithë pacientët e paraqitur në Departamentin e kirurgjisë në Spitalin Universitar të Traumës, Tiranë, brenda intervalit kohor Prill 2016 - Mars 2018. Mostra në studim është marrë në mënyrë të rastësishme pa ndonjë kufizim studimor.

Metodologjia e Studimit; Studimi ynë është i tipit rast-kontroll (bazuar në krahasimin e dy grupeve të rastit që i nënshtrohen metodave të ndryshme kirurgjikale për trajtimin e hernisë inguinale primare sipas teknikes Desarda), me dy përbërës: **a) Përshkrues: b) Analitike:**

Rezultatet: Studimi përfshiu 542 pacientë të shtruar, diagnostikuar dhe trajtuar në Spitalin Universitar të Traumës Tiranë, Shqipëri. Në studimin tonë u përfshinë 542 pacientë, moshat e tyre që varionin nga 18 në 92 vjeç me një moshë mesatare prej 46.12 vjeç, dhe 514 (94.84%) ishin meshkuj dhe 28 (5.16%) ishin femra me një raport meshkuj-femra 18.3: 1. (Tab.1) Ky ndryshim gjinor ishte statistikiisht i rëndësishëm (P = 0.004).

Konkluzionet: Rezultatet tona në këtë studim pas riparimit të Desarda janë të mira dhe të ngjashme me rezultatet pas hernioplastikës nga Liechtenshteini. Prandaj, sipas përvojës sonë teknika Desarda duket të jetë një alternativë tërheqëse e mund te perdoret përgjërësisht në praktikën aktuale,

Fjalët kyce: hernia inguinale, direkte, indirekte, Desarda, plastike

KREU 2.

2.1 Hyrje

Të dhëna teorike

Hernia inguinale përkufizohet si dalja jashtë e kavitetit abdominal e organeve të brendshme më të lëvishme si: zorra e hollë, omentumi, koloni etj, nëpërmjet defekteve anatomike të lindura ose të fituara. Fjala hernie vjen nga fjala greke “hernios” që do të thotë syth, bulë, shpërthim, dalje rrupturë ose çarje e një pjese ose të një strukture.

Herniet inguinale përbëjnë patologjitë më të shpeshta të sëmundjes herniare. 75 % e të gjithë hernieve të murit abdominal ndodhin në murin abdominal anterior të rrëzës së kofshës.

Këto kanë qenë sfida kirurgjikale po aq të vjetra sa edhe vetë shoqëria njerëzore.

Astley Cooper në punën e tij me 2 volume, në 1804 dhe 1807, “Anatomia dhe trajtimi kirurgjikal i hernies abdominale dha një kontribut të rëndësishëm.” Ai thotë *“Asnjë sëmundje e trupit të njeriut, që kërkon ndërhyrje kirurgjikale nuk kërkon kombinim më të mirë të njohurive anatomike me aftësitë kirurgjikale sesa hernia në të gjithë llojet e saj.”*

Sot teknikat e reja duhet të bazohen në një vlersim të kujdesshem mbi përfitimet dhe kostot; përfitimet duhet të jenë si në aspektin klinik, shoqëror dhe atë ekonomik. Kirurgjia moderne filloi me **Eduardo Bassini**. Bassini konsiderohet babai i kirurgjisë herniare. Bassini pasi bëri ekcizion të lartë të sakusit herniar, përdori plastikën retrofunikulare për të forcuar murin posterior ose dyshemenë e kanalit inguinal, suturuar aponeurozën e muskulus transversus abdominis me ligamentum inguinale e fibrat muskulore të këtij muskuli, pa u hapur fascia transversalis. Hernioplastika Bassin I rezistoi kohës se bezohej në principe të forta anatomike.

Historia e kirurgjisë herniare nuk do të jetë asnjëherë complete nëse nuk do të përmendet kontributi i Earle Schouldice, i cili ka një recidiv shumë të ulët. Metoda Schouldice përdor qepjen e vazhdueshme për forcimin e dyshemesë së kanalis inguinalis në mënyrë që tensioni të përhapet gjatë gjithë linjës së suturave.

Plastikat standarte me hyrje anteriore ende shoqërohen me ndërlikime vaskulare e nervore. Për të pakësuar në mënyrë të theksuar këto ndërlikime janë propozuar dhe aplikuar materiale sintetike përforcuese me vendosje ekstraperitoneale, për forcimin pa tension të murit posterior të canalis inguinalis, duke krijuar një dysheme të re të tij. Fillimisht kjo u përshkrua nga Lichtenstein ku procedura konsistonte në vendosjen e një meshi Marlex mbi të gjithë shtresën e kanalit inguinal.

Gjithashtu futja e metodës laparoskopike ishte një avantazh që solli uljen e dhimbjeve postoperative e shpejtimin e riaftësimit e daljes nga spitali. Ky studim është bërë për të përcaktuar faktorët e riskut që çojnë në hernien inguinale, shfaqjen klinike më të shpeshtë, komplikacionet, llojin më të shpeshtë të hernies dhe protokollin e menaxhimit kirurgjikal të saj.

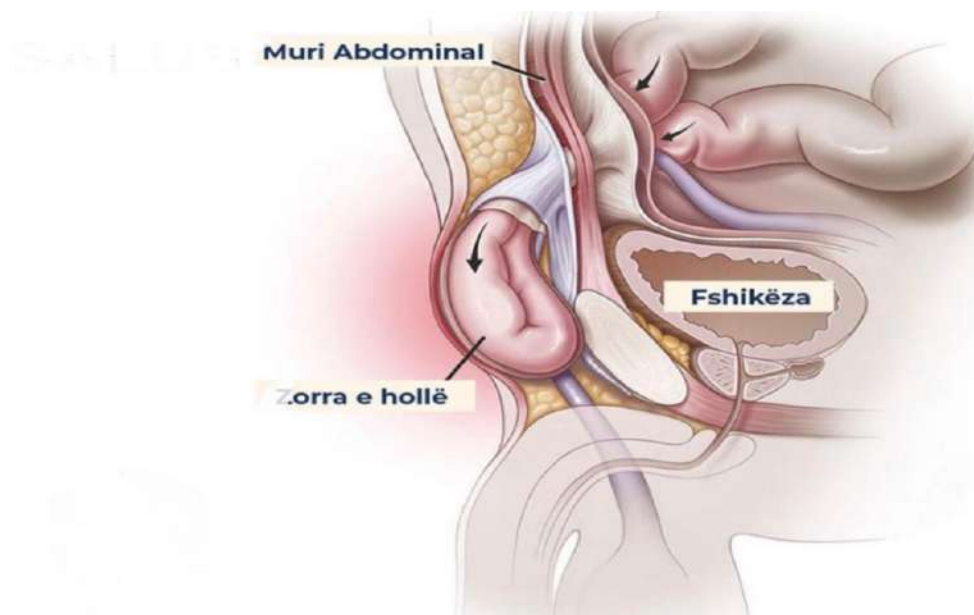


Figure 1- Pamje reale e kanalit inguinal

2.2 Epidemiologjia

Herniet inguinale janë operacionet që performohen më shumë pasi kanë incidencë të ndodhjes së tyre për gjatë gjithë jetës dhe sepse kanë disa mënyra të suksesshme trajtimi.

Herniet inguinale kanë një përqindje shumë më të lartë tek meshkujt se tek femrat. Meshkujt janë 8 herë më shumë të predispozuar për të zhvilluar hernie inguinale dhe 20 herë më shumë sesa femrat kanë nevojë për ndërhyrje kirurgjikale. Për meshkujt risku për të zhvilluar hernie inguinale gjatë jetës është 25%, ndërsa për femrat është më pak se 5%. Por tek femrat kemi

efektin e mbivendosjes së hernies inguinale si hernie femorale rreth 5 herë më shumë. Tek femrat hernia inguinale më e përhapur është hernia inguinale indirekte. Zakonisht herniet unilaterale ndodhin në anën e djathtë. Por është vërejtur se rreth 1/3 e pacientëve që riparojnë një hernie unilaterale mund t’iu krijohet një hernie inguinale kontrolaterale. Ka raste në të cilat pacientë të ekzaminuar për hernie inguinale unilaterale kanë pasur hernie bilaterale. Në laparoskopji pjesa kontrolaterale mund të ekzaminohet pa kryer incision shtesë. Në një studim mosha mesatare e shfaqjes së hernies inguinale te femrat ishte 60-79 vjeç dhe 50-69 vjeç tek meshkujt.

2.3 Etiopatogjeneza

Etiopatogjeneza e sëmundjes herniare ende nuk është e qartë. Shkaqet janë të lindira dhe të fituara, favorizuese dhe determinuese, anatomiko-biologjike dhe fiziko-mekanike, dispozicione të pafavorshme anatomike të arcus muscularis dhe konfiguracioni i bacinit, deficit i kolagenit si dhe prishje e mekanizmave mbrojtëse fiziologjike, historia familjare, konstipacioni kronik, kolla kronike, pesha e rritur, shtatzania, lindja premature, historitë e mëparshme për hernie etj. Por mund të themi se asnjë prej faktorëve të riskut apo faktorëve herniogjenikë të marrë të shkëputur nuk mund të shpjegojë dhe të justifikojë plotësisht të gjitha format e veçanta të hernieve.

- *Ngarkesa fizike dhe rritja e presionit intraabdominal*

Ky presion është i rritur gjatë sforcimeve dhe eforteve fizike, ngritjes së peshave të rënda, shtrëngimeve, kollitjes, si edhe disa sëmundje gastrointestinale, bronkopulmonare, obstruktive dhe urologjike. Presioni shtohet në diarre kronike, konstipacionin kronik, stenoza të instestinale, në meteorizëm, kolite, kancer pankreasi dhe koloni, në pengesat urinare (strikturat e uretrës dhe hipertrofi e prostatës), në sindromën bronkiale obstruktive kronike dhe në emfizemën pulmonare, në profesione që kërkojnë ekspiracione të gjata dhe të sforcuara, në disa gjendje patologjike ose fiziologjike që shoqërohen me rritje të volumit dhe presionit brenda në bark si gravidanca, hipertensioni portal me ascit etj.

Presioni bazal intraabdominal është i lidhur me pozicionin e të sëmurit dhe me shkallën e mbushjes së ansave të intestinum tenue et crissum. Ky presion në çdo pjesë të cavum peritonei, në kushte normale dhe në pozicion të të sëmurit shtrirë është 6-8 mmHg. Në pozicion në këmbë

presioni hidrostatik është më i madh dhe trefishohet në fund të barkut, në nivel të pelvisit ose të rrëzës së kofshës.

Në prani të faktorëve herniogjenik të përmendur më sipër presioni hidrostatik arrin vlerën 30-80 mmHg nga kontraksioni i muskulaturës së paretit abdominal anterior dhe zvogëlimit të volumit të cavum abdominis. Nga presioni i shtuar organet e brendshme vihen në lëvizje kaotike në të gjitha drejtimet, sidomos intestinum tenue, colon dhe epiplon, veçanërisht në pozicionin në këmbë, në prani të faktorëve herniogjenik. Ato ushtrojnë presion në zonat e dobëta herniare, kryesisht në rrëzën e kofshës të ndihmuar edhe nga presioni hidrostatik i përmbajtjes intestinale.

Organet e brendshme më të lëvizshme bëjnë përpjekje për të dalë jashtë cavum abdominis nëpërmjet defeteve të lindura ose të fituara në strukturën muskuloaponeurotike të paretit abdominal, të mbuluar nga peritoneum dhe cutis. Mospërputhja për një kohë të gjatë midis forcës së presionit intraabdominal dhe rezistencës ndaj tij të pjesëve të caktuara të paretit abdominal, kryesisht në nivel të rrëzës së kofshës bën të mundur lindjen e hernieve.

- *Prishja e mekanizmave mbrojtës fiziologjikë*

Mekanizmat mbrojtës fiziologjike ose natyrore kanë si qëllim të mos lejojnë daljen jashtë cavum abdominis të organeve të ndryshme, nëpërmjet defekteve të lindura ose të fituara në strukturat muskuloaponeurotike të paretit abdominal, sidomos në rrëzën e kofshës, kur presioni intraabdominal është i lartë si pasojë e një faktori herniogjenik. Mekanizmat mbrojtës fiziologjikë janë:

- a) Mekanizmi perde i arcus muscularis
- b) Mekanizmi sfinkterial i anulus inguinalis internus
- c) Kontraksioni i musculus cremaster

- a) *Arcus muscularis* formohet nga margot inferiore ose të poshtme të muskujve transversus abdominis dhe obliquus internus abdominis. Ai normalisht inserohet: nga brenda ose medialisht në tuberculum ubicum ose edhe 1 cm mbi të, në margon laterale të musculus rectus abdominis, dhe nga jashtë ose lateralisht në ligamentum inguinale, deri 1 cm më tutje anulus inguinalis internus. Në normë mekanizmi mbrojtës fiziologjik i efektit perde konsiston që me rritjen e presionit intraabdominal nga faktorë të ndryshëm arcus

muscularis ulet poshtë si perde drejt ligamentum inguinale ose tractus iliocubicum, duke u zvogëluar spacium inguinalis sat ë jetë e mundur, ose për ta ngushtuar atë deri në trajtë fisurale që të mos lejohet dalja e organeve jashtë cavum abdominis nëpërmjet portave ose pikave të dobëta herniare fiziologjike të rrëzës së kofshës.

Variacionet e ndryshme anatomike të inserimit të arcus muscularis japin disa dispozicione të pafavorshme të cilat prishin këtë mekanizëm mbrojtës. Dispozicioni i pafavorshëm është kur arcus muscularis inserohet në ligamentum inguinale më jashtë, më lateralisht ose më tutje se 1 cm nga niveli i anulus inguinalis internus ose nga Brenda, kur inserohet më lart se 1 cm mbi teberculum pubicum, në margo laterale të musculus rectus abdominis. Këto 2 dispozicione të pafavorshme, të izoluara ose të bashkeshoqëruara me njëra tjetrën japin zgjerim të spatium inguinalis duke krijuar mundësinë e lindjes së hernies së rrëzës së kofshës.

- b) *Mekanizmi sfinkterial i anulus inguinalis internus* – Musculus obliquus internus abdominis dhe musculus transversus abdominis në nivel të anulus inguinalis internus veprojnë si sfinkter ku ky anulus është i ngjitur me musculus transversus abdominis përmes fascia transversalis, e cila përforcon buzën mediale dhe të poshtme të tij, në pozicionin shtrirë të të sëmurit. Kur të dy muskujt kontrahohen në prani të faktorit herniogjenik, anulusi tërheq lartë dhe jashtë rripin fascial (ligamentum interfoveolare Hasselbach) të fascia transversalis për të mbyllur unazën e brendshme të canalis inguinalis, duke penguar në këtë mënyrë futjen e sacusit herniar idirekt në të.
- c) *Kontraksioni i musculus cremaster* – Gjatë rritjes së presionit intraabdominal kontrahohet e shkurtohet musculus cremaster dhe cordonus funicularis. Ky i fundit ngrihet lartë për të penguar daljen e hernies i ndihmuar edhe nga kongruenca anatomike midis përmasave të kordonit dhe të anulus inguinalis internus, edhe pse ekziston defekti në strukturën musculoaponeurotike të paretit abdominal në rrëzën e kofshës. Në këtë kontraksion marrin pjesë edhe fibrat e musculus obliquus abdominis externus, fibrat aponeurotike e të cilit afrohen për tu ngushtuar anulus inguinalis externus. Ky mekanizëm shpjegon mungesën e hernies edhe pse në disa raste ka qenë i pranishëm processus vaginalis peritonei i paobliteruar ose një anulus inguinalis externus i gjerë.
- *Konfiguracioni anatomik i bacinit*

Konfiguracioni anatomik i bacinit nuk është identic jo vetëm në të dy gjinitë por edhe në një prej tyre. Në të sëmuret meshkuj, të operuar për hernie është parë se bacini është më i lartë dhe më i ngushtë ndërsa tek femrat më i ulët dhe i gjerë. Me këto ndryshime në konfiguracionin anatomik të bacinit mund të shpjegojmë shfaqjen më të shpeshtë të hernies femorale dhe më të rrallë të hernies inguinale tek femrat.

- *Faktori kongenital*

Një pjesë e hernieve është me origjinë kongenitale e lidhur me zbritjen graduale të testeve në jetën intrauterine nga pozicioni retroperitoneal për në vendin e tyre të zakonshëm në scrotum. Nëse processus vaginalis peritonei I krijuar nga kjo zbritje nuk obliterohet menjëherë pas lindjes organet abdominale futen lirisht në të, komunikojnë dhe janë në kontakt me testis. Faktori kongenital nuk duhet te lidhet vetëm me zbritjen e testeve ose të ovareve por dhe me kongruencën e diskongruencën anatomike, gjithashtu kongenitale. Defektet anatomike të lindura ose zona të dobëta a pika herniare të lakolizuara në murin abdominal, mund të kenë përmasa më të mëdha se sa normalisht si pasojë e faktorëve kongenital. Strukturat anatomike vaskulare dhe nervore që shtrihen ose kalojnë përmes tyre, si pasojë e diskongruencës anatomike kongenitale, krijojnë hapësira dhe nuk bëhen pengesë që midis tyre të kalojnë dhe të dalin jashtë cavum abdominalis organet më të lëvizshme.

Në normë ekziston një përputhje, një kongruencë e plotë midis madhësisë së këtyre defekteve në strukturën muskuloaponeurotike e fasciale të murit abdominal dhe formacioneve anatomike që kalojnë në to. Kjo diskongruencë kongenitale mund të bëhet shkak i hernies. Megjithatë ka patur raste kur diskongruenca ka ekzistuar, ndërsa hernia nuk ka qenë e pranishme.

Si pasojë e faktorit kongenital mund të vërehet agenezia, hipogenezia, ose dobësia e strukturave muskuloaponeurotike e fasciale të murit abdominal, veçanërisht e fascia transversalis, aponeurozës dhe muskujve transversus abdominis, të fascia umbilikalit, diastase e muskujve rectus abdominis, si dhe anomaly të indit kolagjenoz, të cilët nuk përballojnë rritjen e presionit intraabdominal në prani të faktorëve herniogjenik.

Dyshemeja ose muri posterior I canalis inguinalis në 25% të rasteve është I dobët nga mungesa e aponeurozës dhe e musculus transversus abdominis. Fascia transversalis është një shtresë e hollë e indit konjektiv, pa forcë të brendshme, por e kompensuar nga kondensimet fasciale të

pranishme në të, si tractus iliopubicum ose veshja si këllëf e aponeurozës së musculus transversus abdominis nga fascia transversalis.

Ligamentet si shirita dens kanë formë të mirë tendosëse. Këto struktura me fibra kolagjene dense, duke shkruar vetëm në një plan dhe në të njëjtin drejtim në këtë plan edhe pse nuk kanë elasticitet, kanë forcë tendosëse të shprehur. Aponeuroza e musculus transversus abdominis duke pasur fibra kolagjeni që shkojnë në një plan por me drejtime të ndryshme në këtë plan, paraqitet me një forcë elastike dhe tendosëse të mirë.

Aponeuroza është një ligament i sheshtë. Fascia transversalis dhe aponeuroza e musculus transversus abdominis vetëm kur janë sëbashku, intakte ose solide, nuk lejojnë që të shfaqet hernia inguinale direkte ose indirekte.

- *Traumat*

Traumat abdominale të shoqëruara me dëmtime serioze të strukturave anatomike të paretit abdominal, me dëmtime indore të rënda, vaskulare dhe nervore, sensore dhe motore, si dhe ndërhyrjet kirurgjikale me infeksion plage dhe reaksion fibrocitik mjaft të shprehur japin ilje të aftësisë kontraktuese muskulore dhe bëhen shkak për lindje të hernieve.

- *Operacionet e mëparshme*

Incizionet kirurgjikale duhet të jenë sa më pak traumatike, e të presin sa më pak struktura muskulore, vaskulare dhe nervore. Teknika e saktë e mbylljes së plagës operatorore me një shtresë jep më pak hernie. Duhet të eliminohen suturat në afërsi dhe me tension ose përdorimi i materialit qepës të absorbueshëm.

- *Mosha*

Në moshën e vjetër hernia haset më shpesh për shkak të dobësisë, të mplakjes, hipotonisë e hipotrofisë biologjike të strukturës muskuloaponeurotike e fasciale të paretit abdominal nga predominimi i proceseve fibrosklerotike në të gjithë organizmin. Në këto kushte paretit abdominal nuk mund ti bëjë ballë presionit të shtuar intraabdominal nga prania herniogjenik .

- *Gjinia*

Sëmundja herniare është e shpërndarë në të dy gjinitë , por më shpesh në seksin mashkull, jo vetëm se ky seks predominon në mënyrë natyrore , por e lidhur edhe me faktorët herniogjenik duke filluar që nga ngarkesa fizike . Gjithashtu canalis inguinalis tek meshkujt është më i gjerë, jo vetëm nga zbritja e testeve por edhe pse cordonus funikularis që kalon në të është më masiv se ligamentum rotundum tek femrat .

- *Gravidanca*

Gravidanca shkakton hernie nga dobësimi i tonusit të muskulaturës së paretit abdominal, sidomos tek gratë që kanë lindur shumë herë. Muskulatura nuk i bën ballë presionit të lartë intraabdominal nga rritja e volumit të uterusit në varësi të moshës së gravidancës dhe nga kontraksionet e forta gjatë aktit të lindjes.

- *Obeziteti*

Dhjamoshja e shprehur infiltron indet, planet fasciale, hapësirat midis muskujve dhe fibrave muskulore , duke i dobësuar ato dhe i bën të paaftë për të rezistuar presionit intraabdominal të shtuar .

Nje lidhje inverse u vu re midis BMI dhe riskut për hernie inguinale. për cdo 1 njësi BMI të rritur (3-4 kg) risku relative për hernie inguinale bie 4%. Krahasuar me meshkujt me peshë normale, meshkujt obez kanë 43% risk më pak. Ky nonsense mund të shpjegohet duke qenë se hernia është më lehtësisht e diagnostikueshme tek meshkujt e dobët .

- *Deficiti i kolagjenit*

Ka mendime se hernia është nje sëmundje kolagjeni. Kolagjeni dens është pjesë ndërtimore e strukturave anatomike aponeurotike, fasciale, ligamentare e tendinoze të murit abdominal. Ndryshimet patologjike në këto struktura predispozojnë për hernie . Elasticiteti dhe fortësia e këtyre formacioneve anatomike varet nga planet dhe drejtimet e vendosjes se fibrave të kolagjenit dens. Nuk dihet se cili është shkaku i anomalive metabolike kolagjenoliza apo kolagjenosinteza. Sinteza e hidroksiprolines dhe për pasojë dhe e kolagjenit është e frenuar .

Deficit i kolagjenit shkakton dobësim të fascia transversalis , reduktim të koncentrimit e precipitimit anormal të hidroksiprolines , që është aminoacid i rëndësishem në përbërjen e indit të kolagjenit . duke ulur përmbajtjen e saj . Në ekzaminimin mikroskopik elektronik shihet

distrofi muskuloaponeurotike të zona e hernies , karakterizuar nga skleroza elastogjene e fibrave aponeurotike e tendinoze disorganizim , neurovaskularizim konxhestiv , degjenerim lipomatoz dhe fissuracione

Shfrytëzimi në hernioplastikat tradicionale me hyrje anteriore i formacioneve anatomike të rrëzës së kofshës , sidomos i *fascia transversalis* dhe i aponeurozës së *musculus transversus abdominis*, në të sëmurë me deficit të kalogjenit jep rezultate të papëlqeshme postoperative .Në këto raste rrjetoplastika sintetike përforcuese e paabsorbueshme do të evitojë recidivën.

- *Historia familjare*

Sëmundja herniare mund të jetë e trashëguar. Në shumë studime gjenetike të autorëve të huaj ka rezultuar se ekziston një predispozicion familjar por ene nuk është e qartë se si transmetohet ai.

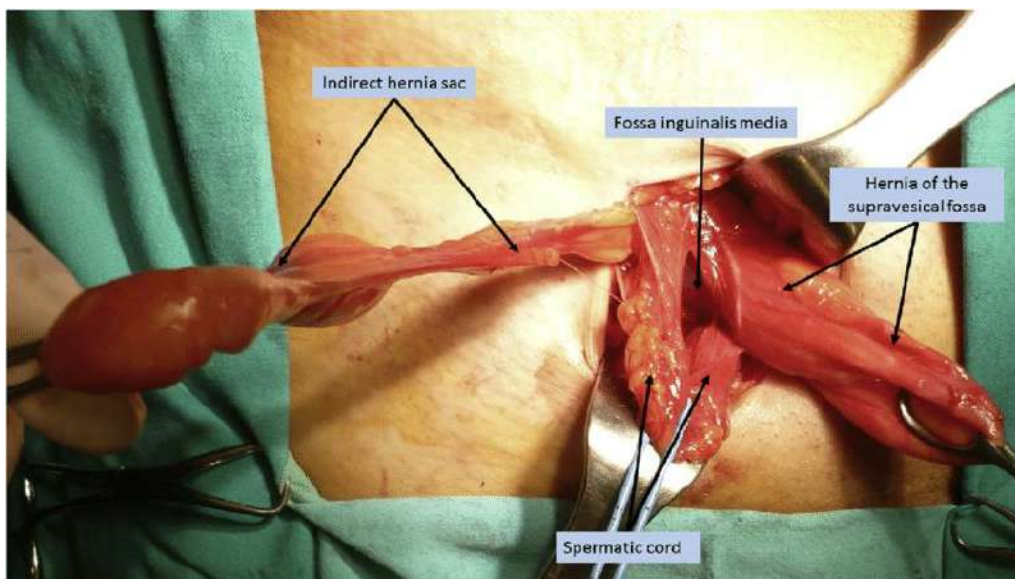


Foto 1- Elemente të hernioplastikes

KREU 3. Anatomia e Kanalit Inguinal

3.1 Anatomia e Kanalit Inguinal

Kanali inguinal është një kanal në fundin anësor të barkut me një gjatësi 2 dhe 4 cm, nëpër të cilin kalon tek meshkujt funiculus spermaticus, ndërsa te femrat ligamentum teres uteri. Kanali inguinal vendoset në pjesën e poshtme të murit abdominal anterior, në rrëzën e kofshës, mbi

ligamentum inguinale Pouparti. Ai ka drejtim oblik, nga sipër poshtë, nga jashtë brenda, ose nga ana laterale në anen mediale dhe nga prapa përpara.

Kanali inguinal ka katër mure:

- *anterior,*
- *posterior,*
- *superior*
- *inferior,*

• **Muri i përparshëm** është *aponeuroza e muskulit obliquus externus abdominalis*, pa fibra muskulote, dhe në pjesën e jashtme të tij *musculus obliquus internus abdominalis*.

• **Muri posterior** formohet në një pjesë të vogël të rasteve vetëm nga *fascia transversalis*, kurse në një numër shumë të madh të rasteve, në pjesën e jashtme ose laterale përforcohet edhe nga *aponeuroza e musculus transversus abdominalis*, ndërsa medialisht nga *aponeuroza e musculus obliquus internus abdominalis*, nga *Dalx aponeurotica inguinalis* dhe *ligamentum interfoveolare Hasselbach*.

• **Muri i sipërm** formohet nga *arcus musculuris I* përbërë prej fibrave muskulore të harkuara të margo inferior të *musculus obliquus internus abdominalis* dhe nga fibra muskulore dhe *aponeuroza e musculus transversus abdominalis*, që medialisht përfundojnë më zonën bashkuese ose në një ligament të përbashkët në *tuberculum pubicum*.

• **Muri i poshtëm** formohet nga *ligamentum inguinale Pouparti*, madje në pjesën mediale ose të brendshme të këtij muri merr pjesë edhe *ligamentum lacunare Gimbernat*.

Kanali inguinal ka dy anuluse:

1. *Anulus Internus*

2. *Anulus Externus*.

1) *Hapja e jashtme* (*anulus externus*, *anulus subcutaneous* ose *anulus inguinalis superficialis*), e cila është një çarje në formë trekëndëshe e *aponeurozës së m. obliquus abdominalis externus*, që kufizohet nga *crus mediale (superior)*, *crus laterale (inferior)*, sipër nga fibra e *intercrurales*, të cilat vijnë nga *fascia* që mbulon muskulin oblik të jashtëm të barkut, kurse nga poshtë nga *ligamentum reflexum*, që s’është gjë tjetër por kthim nga brenda dhe

lateralisht i fijeve të ligamentit inguinal që shkojnë në tuberkulum pubicum dhe një pjesë të këtyre fijeve vazhdojnë si këmbëz e tretë mediale për këtë hapje.

2) *Hapja e brendshme* (anulus internus, anulus preperitonealis, anulus profundus). Anulus internus I korrespondon fovea ose fossa inguinalis lateralis, e vendosur lateralisht ligamentum umbelikalale laterale (plica umbelicalis lateralis). Ky ligament është mbivendosje e peritoneum parietale dhe e fascia transversalis të trashur mbi strukturat arteriovenoze të thella epigastrike inferior. Në nivel të anulus inguinalis internus mungon fascia transversalis. Në pozicionin në këmbë margo superior të këtij anulusi formohet nga arcus musculi transversus abdominalis, kurse margo inferior nga finrat aponeurotike të tractus iliopubicum, vazat epigastrike inferiore dhe *ligamentum interfoveolare Hasselbach*.

Po ta shohim murin e përparshëm abdominal nga brenda, do të dallojmë në të pesë pala (a- plica umbilicalis mediana, që është teke dhe shkaktohet nga kalimi i peritoneumit parietal prapa urachus, mbeturinë e ductus atlantoideus; b- plica umbilicalis medialis, çifte, formohet nga kalimi i peritoneumit parietal prapa a. umbilicale te obliteruar dhe c- plica umbilicalis lateralis, gjithashtu çifte që formohen nga kalimi i peritoneumit parietal prapa arteries due venës epigastrike të poshtme).

Kanali fillon intra-abdominal në pjesën e thellë të murit abdominal aty ku kordoni spermatik kalon nëpërmjet hiatusit në fascien transversale, (tek femrat ligamentum teres uteri). Ky hiatus quhet anulus inguinale interne. Kanali pastaj vazhdon në anën superficiale të muskulaturës së murit abdominal në sipërfaqe ose në anulusin e jashtëm, në pikën ku kordoni spermatik kryqëzohet me defektin medial të aponeurozës oblike eksternale. Në situata normale peritoneumi parietal mbulon pjesën intra-abdominale të kordonit spermatik gjithashtu dhe anulusin e brendshëm.

- Anteriorisht pjesa fundore e kanalit është e përbërë nga aponeuroza oblike eksternale dhe muskujt oblike internal lateral.
- Posteriorisht pjesa e poshtme e kanalit inguinal është e formuar nga bashkimi I fascies transversale dhe muskulit abdominalis transversus ($\frac{1}{4}$ pacientave janë gjetur që vetëm fascia transversale formon pjesën e poshtme posteriore).
- Pjesa superiore e fundme është një hark që formohet nga fibrat e muskulit oblike intern.

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

Kordoni spermatic përbëhet nga 3 arterie, 3 vena dhe 2 nerva. Gjithashtu përmban anteriorisht pleksusin venoz pampiniform si dhe posteriorisht ductusin deferent, me indin lidhor dhe procesin vaginal në mes. Kordoni pastaj mblidhet nga fascia spermatiche.

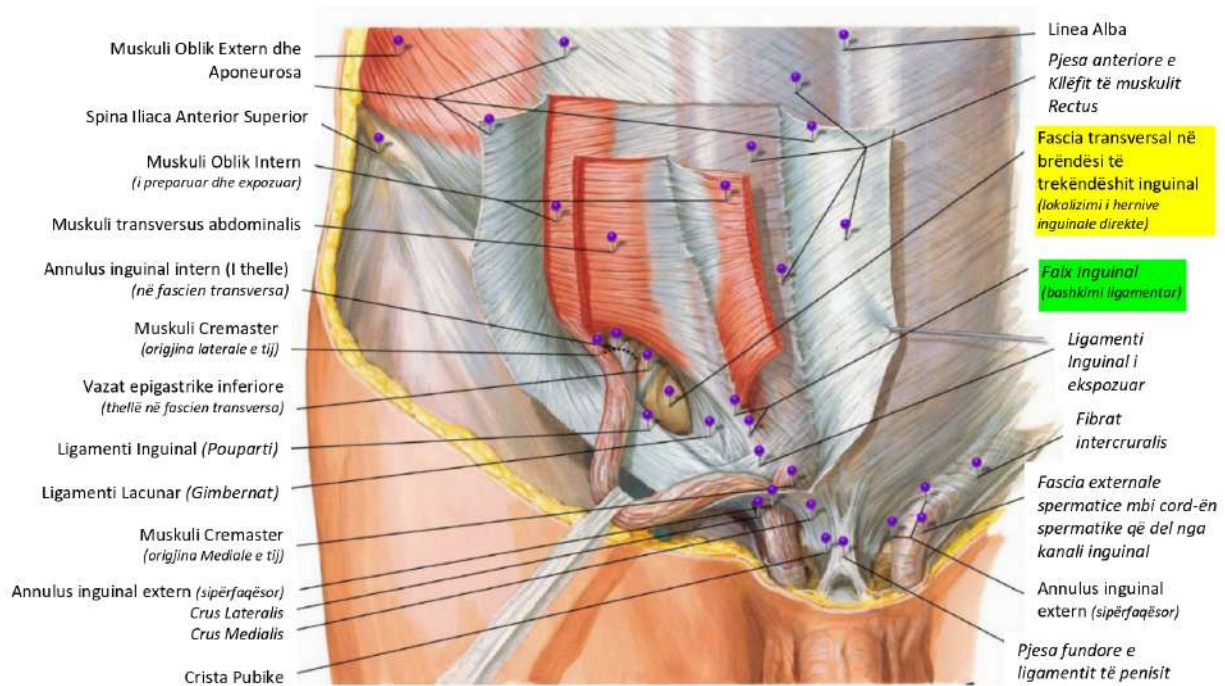


Figure 2 Anatomia e kanalit inguinal

Strukturat e rëndësishme për të konceptuar kanalin inguinal përfshijnë:

- Trigonumi inguinal kufizohet poshtë dhe nga jashtë nga ligamentum inguinale, sipër nga vija horizontale që fillon nga pika ndarëse midis 1/3 së jashtme dhe të mesme të ligamentum inguinale, që bie perpendikular në margon laterale të musculus rectus abdominalis dhe nga brenda me buzën e jashtme ose laterale të këtij muskuli. Trigonum inguinale është vendi i dalies së hernies inguinale.
- Spacium inguinal ose saptium inguinale Venglovski është një hapësirë që gjendet në trigonum inguinale.
 - a) Sipër kufizohet nga margo inferior e musculus obliquus internus abdominalis dhe transversus abdominalis.
 - b) Poshtë nga ligamentum inguinale.
 - c) Nga jashtë nga vete fiksimit i arcus muscularis në ligamentum inguinale.

d) Nga brenda nga tuberculim pubicum.

Ky spacium ka formë dhe madhësi jo konstante, në varësi të zhvendosjes së fiximit të jashtëm më jashtë ose brenda dhe të fiximit të brendshëm në tuberculum pubicum 1 cm mbi ose edhe më sipër, në margin laterale të musculus rectus abdominalis. Në varësi të këtyre variacioneve anatomike spatium inguinale paraqitet në katër forma: fissurale , rotundus , ovalis dhe triangularis. Në formen ovale arcus muscularis fiksohet më lateralisht, afërsisht në 2/3 e jashtme të legamentum inguinale, për pasojë rrëzë e kofshës është më e dobët dhe hernia inguinalis, kryesisht direkte, lind më shpesh.

- *Ligamenti inguinal Pouparti* është pjesa e poshtme aponeurotike e trashur dhe e kthyer përbrenda e musculus obliquus externus abdominalis. Ai fillon në spina iliaca anterior superior dhe merr drejtim oblik poshtë dhe medialisht për tu fiksuar në tuberculum pubicum. Në 2/3 e tij të jashtme fiksohet musculus obliquus internus abdominalis dhe musculus transversus abdominalis.

- *Ligamenti lakunar Gimbernat* konsiderohet shtrirja triangolare e ligamentum inguinale Poupart para inserimit në tuberculum pubicum me ligamentin poetineale Cooper, duke u shpërndarë poshtë në ramus superior ossis pubis.

- *Trakti ileopubik* është bandë aponeurotike. Shtrihet nga arcus iliopectineus në ramus superior ossis pubis. Ai është në vazhdimësi ose bashkohet me gascia transversalis dhe njëkohësisht me të, me musculus transversus abdominis dhe aponeurozen e tij, si dhe me aponeurozën e musculus obliquus internus abdominis merr pjesë në shtresën muskuloaponeurotike të vendosur prapa canalis inguinalis.

Dobësimi I travtus iliopubivum vetëm ose i shtresës muskuloaponeurotike bëhet shkas për ta shfaqur hernien inguinale. Tractus iliopubivum përbën kufirin inferior të anulus inguinalis internus, kryqëzon përpara vazat femorale dhe merr pjesë në këllëfin konjuktivial të tyre dhe bashkohet distalisht me ligamentum petineale Cooper.

- *Trekëndëshi Hasselbach*, për bazë ka ligamentum pectineale Cooper dhe pecten ossis pubis. Ky trekëndësh është një formacion anatomik jo shumë i qartë sepse asnjë nga brinjët ose buzët e tij nuk i përket të njëjtës shtresë anatomike. Kufijtë e trekëndëshit janë :

- a) *Superolateral* – strukturat vaskulare arteriovenoze të thella epigastricaninferior ose ligamentum interfoveolare Hasselbach. Ky ligament është një trashje e fascia transversalis midis fovea inguinalis lateralis dhe medialis, e shtrirë mbi strukturat arteriovenoze epigastrica inferior.
- b) *Inferior* ose baza e trekëndëshit – ligamentum inguinale Pouparti.
- c) *Medial* – margo laterale e vaginës së musculus rectus abdominis.

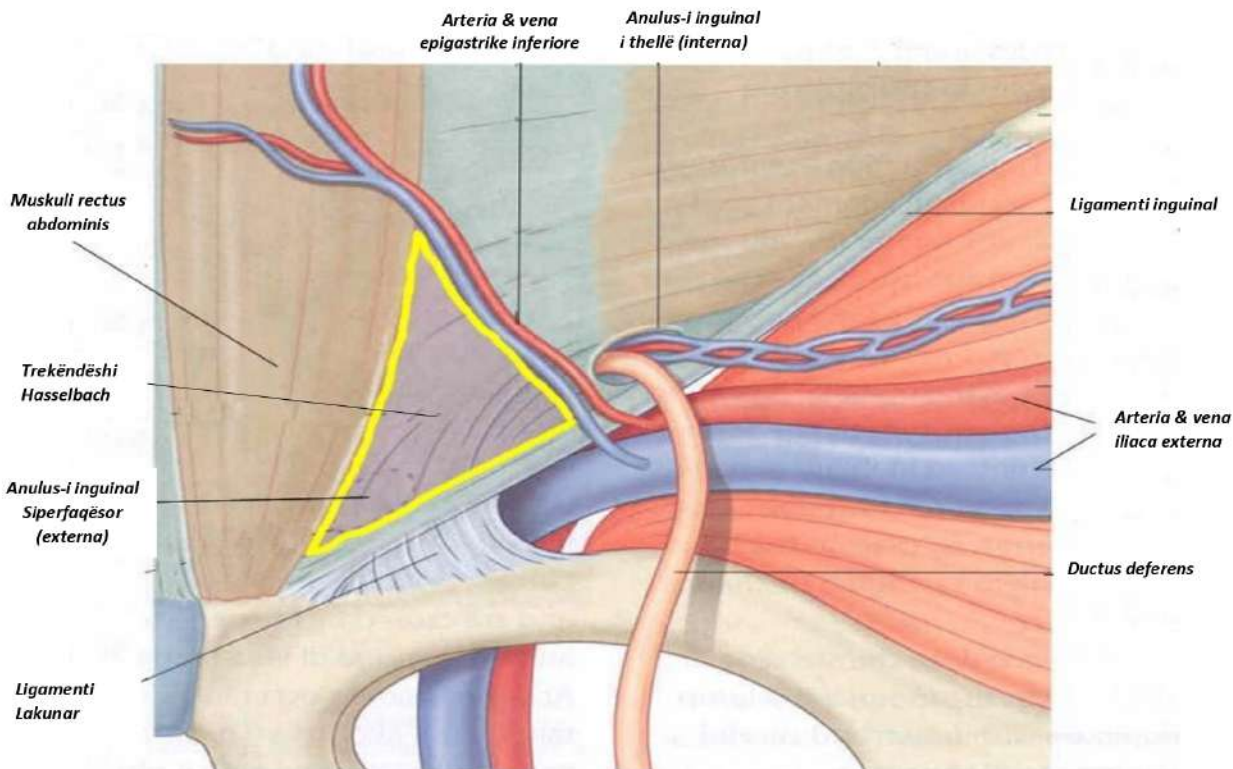


Figure 3 Trekendeshi Hasselbach

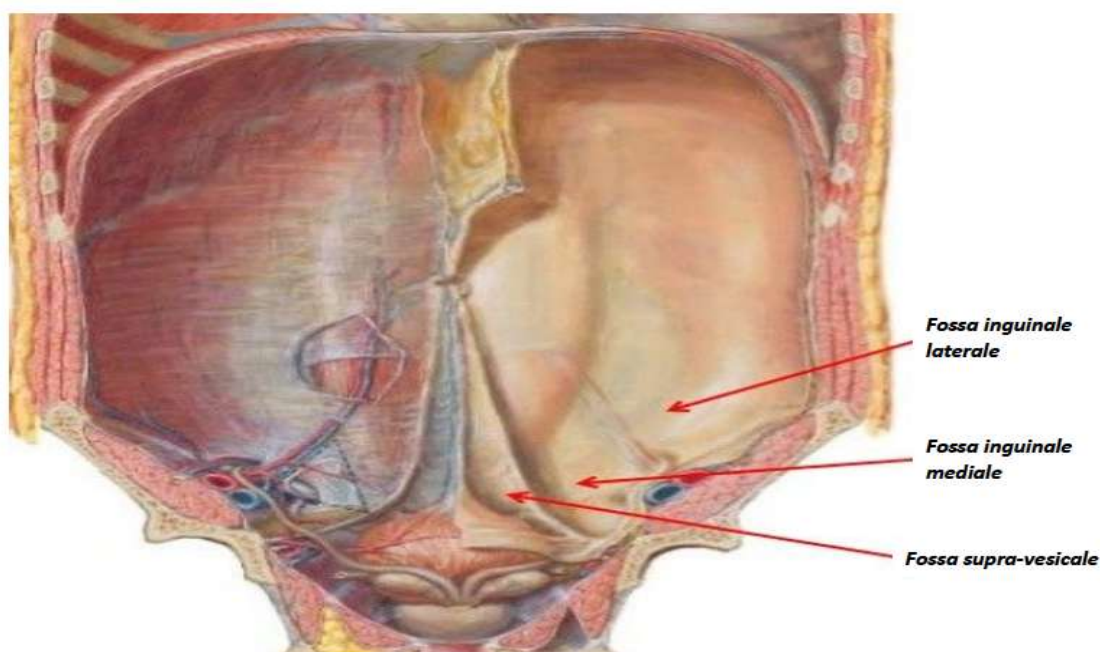
Shumica e hernieve inguinale direkte shfaqen në këtë zonë.

- *Fossa inguinalis medialis*, e vendosur midis ligamentum umbelicale mediale dhe ligamentum umbelicale laterale, është trashje e fascia transversalis mbi strukturat vaskulare arteriovenoze të thella epigastrike inferior, vend përmes të cilit del hernia inguinale mediale ose hernia inguinale direkte.

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

- *Fossa inguinalis lateralis*, e vendosur lateralisht ligamentum umbelicale laterale, në fakt është vetë anulus inguinalis internus, vendi ku futet salusi herniar me përmbajtjen e tij për të dhënë hernia inguinalis lateralis ose hernie inguinale indirekte
- *Spaciumi i Borgos* është hapësira midis peritoneum parietale dhe lamina posterior e fascia transversalis. Kjo hapësirë është vendi më komod ku vendoset materiali përforcues sintetik në operacionet e kirurgjisë së hernies. Ai është vazhdim lateral I spatium previscerale ose retropubicum të Retzius.

Figure 4 Fossa-t Inguinale



Në këtë spatium ndodhen strukturat vaskulare arteriovenze të thella me variacionet përkatëse të cilat gjatë ndërhyrkes kirurgjikale s’duhet të dëmtohen, sepse mund të kompromentohet rezultati i operacionit për shkak të hemoragjisë dhe hematomave. Ky spatium ndan catinë nga dyshemeja e kanalit inguinal.

Kordoni funikular dhe vaskularizimi i testit – *cordonus funicularis* ose funikuli spermatik përbëhet nga *musculus cremaster*, *ductus deferens*, nerva dhe një rrjetë e pasur arteriovenoze si *plexus venosus pampiniformis*, *arteria deferentialis* si dhe venat bashkëshoqëruese përkatëse.

Keto struktura vaskulare arteriovenoze krijojnë anastomoza midis tyre me strukturat arteriovenoze skrotale si dhe me qarkullimin arteriovenoz prostatik.

- Arteria testicularis dextra është degë e aortës dhe vena përkatëse zbrazet në v.cava inferior.
- Arteria testicularis sinistra është degë e arteria renalis sinistra ndërsa vena përkatëse derdhjet në v.renalis sinistra.
- Arteria cremsterica dhe deferentialis janë degë të arteria iliaca externa.
- Plexus venous pampiniformis vendoset në pjesën r përparme të cordonus funicularis dhe formohet nga 10-12 degë venoze, të ndara në arteriore dhe posteriore, bashkimi I të cilave krijom dy kolektorë venoz në pjesën proximale në nivel të anulosit intern të kanalit inguinal, për tu drejtuar si degë e vetme venoze testikulare në spatium extraperitonealis, anash nga arteria testikularis.

Manovra traumatike për ndarjen e sakusit nga cordonus funikularis mund të dëmtojë strukturat arteriovenoze dhe nervore.

Nervat në këtë regjion janë:

- *Nervi ilioinguinal*
 - *Nervi iliohypogastrik*
 - *Nervi genitofemoral*
 - *Nervi cutaneous femoral lateral*
- **Nervi ilioingual dhe iliohypogastrik** derivojnë së bashku nga nervi i parë lumbar (L1). Nervi ilioinguinal fillon nga kufinj të lateral të muskulit psoas major dhe kapërcen oblikisht përgjatë quadratus lumbarum. Medialisht pjesës anterio superiore të spinës iliake kalon muskulin intern oblike për të hyrë në kanalin inguinal në mes muskujve intern oblike dhe extern oblike dhe del në sipërfaqen e anulosit inguinal. Nervi inervon pjesën e sipërme dhe mediale të kofshës. Tek meshkujt gjithashtu inervon dhe oenisin dhe scrotumin e sipërm. Tek femrat mons punis dhe labium major.
 - **Nervi iliohypogastric** derivon nga T12-L1 dhe ndjek nervin ilioinguinal. Pasi depërton në thellësi të murit abdominal në rrugën e tij për poshtë, kalon ndërmjet muskulit oblik intern dhe muskulit transversus abdominus që i inervon të dy. Pastaj ndahet në degën cutaneous laterale dhe

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

cutaneos anterior që penetron pastaj aponeurozën interne oblike dhe pastaj externe oblike mbi sipërfaqen e anulusit inguinal. Një variant i shoeshhtë është që si n.iliohypogastrik dhe n.ilioinguinal të salin në sipërfaqen e anulusit inguinal si një entitet i vetëm.

• **Nervi genitofemoral** derivon nga L1-L2 vazhdon përgjatë retroperitoneumit dhe duket ne pjesën anteriore të muskulit psoas. Pastaj ndahet në dy degë: 1) genitale, 2) femorale.

1) *Dega genitale* e tij qëndron ventralisht vazave iliake dhe traktit ileopubik dhe pastaj hyn në kanal inuinal lateralisht vazave inferiore epigastrike. Tek meshkujt kalon nëpërmjet sipërfaqes së anulusit inguinal dhe inervon scrotumin dhe muskulin cremaster. Tek femrat inervon mons pubis dhe labia major.

2) *Dega femorale* inervon pjesën e sipërme të lëkurës dhe pjesën e sipërme të triangolos femoral.

• Nervi Cutaneos femoral lateral derivon nga L2-L3 por shtrihet nga kufinj të lateral të muskulit psoas në nivelin e L4. Kryqëzon muskulin iliak oblike përpara dhe pjesën antero-superiore të spinës iliake. Pastaj kalon inferiorisht ligamentit inguinal nga ku ndahet për të inervuat pjesën laterale të kofshës.

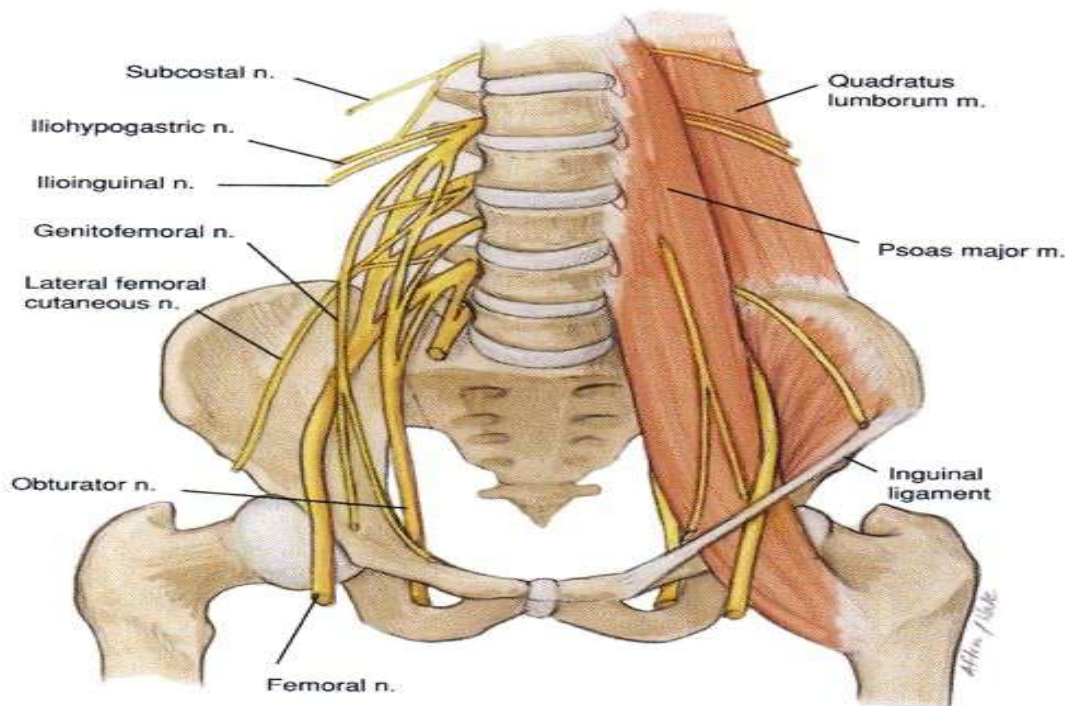


Figure 5 Inervimi i Kanalit Inguinal

3.3 Anatomia Laparoskopike e Kanalit Inguinal

Gjatë laparoskopisë duhet të orientohemi me 3 lifamentet umbilikale ose 3 fossat e kufizuara prej tyre në sipërfaqen peritoneale të pjesës së poshtërme të murit abdominal anterior të renditura nga periferia drejt linea mediana: fossa inguinalis lateralis, lifamentum umbilicalis lateralis, fossa inguinalis medialis, ligamentum umbilicalis medialis, fossa supravesicalis, ligamentum umbilicalis mediana.

Në pjesën e poshtme të fossa lateralis kalon cordonia funikularis me vazat spermatica interna, struktura si kordon blu, dhe ductus deferens si kordon i argjendtë. Pasi pritët peritoneum, kalohet në spatium retrofascialis dhe peritoneale të Borgos, që është hapësirë me dhj preperitoneal, e shtrirë midis peritoneum dhe lamina posterior të fascia transversalis. Spatiumi i Borgos është vendi ku pozicionohet biomateriali gjatë hemioplastikës laparoskopike.

Ngjanjëherë hapësira midis lamina anterior dhe posterior të fascia transversalis, ku gjenden strukturat arteriovenoze të thella epigastrike inferiore nuk egziston, sepse shtresa posteriore është e papërfillshme. Ljo sjell zgjerim të kësaj hapësire deri tek lamina anteriore. Në pjesën e poshtme të spatiumit të Borgos shtrihet rrjeta e dendur venoze me shumë degëzime e komunikime dhe vaza aberrante.

Menjëherë shikohet në rrëzën e kofshës, në nivel të anulus inguinalis internus, vazat epigastrike inferiore, që janë formacione anatomike më superficiale, gjithashtu arcus muscularis transversus abdominis dhe tractus iliopubivum, të lidhur ngushtë me njëri-tjetrin, duke formuar respektivisht kufirin superior dhe inferior të anulus inguinalis internus.

Ndërsa ligamentum inguinale Pouparti dhe lakunare Gimbernat nuk vërehen. Ligamentum pectineale Cooper shijet në margo ossis pubis si kordon i bardhë ose i shkëlqyer.

Gjatë procedurës së laparoskopisë duhet të njihet dhe të fiksohet mirë corona mortis. Corona mortis formohet nga një rreth ose koron arteriale, dëmtimi i së cilës shkakton hemoragji këtcënuese, madje dhe vdekjeprurëse nëse nuk merren masa urgjente korrigjuese.

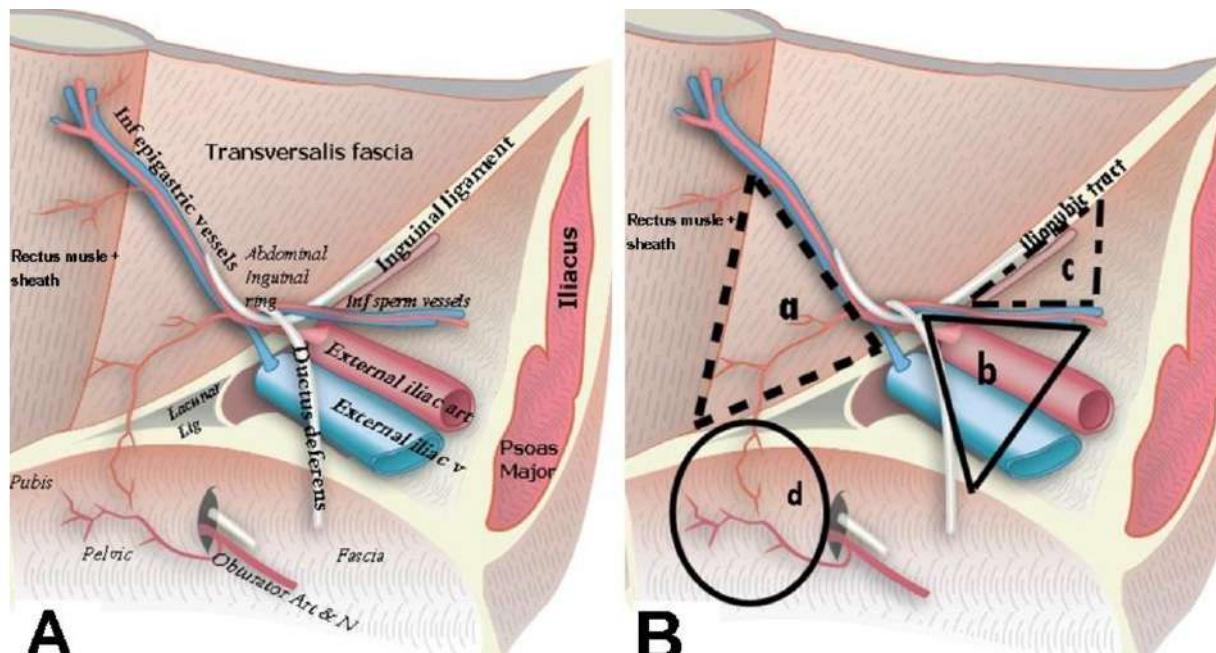


Figure 6 Anatomia Laparoskopike e Kanalit Inguinal

Arteriet që marrin pjesë në këtë koronë vaskulare janë:

- *Arteria iliaca communis*
- *Arteria iliaca externa*
- *Arteria iliaca interna*
- *Arteria obturatoria*
- *Arteria obturatoria aberrante*
- *Arteria epigastrica inferiore*

Rreziku është shumë më i madh sepse këto struktura arteriale shoqërohen nga struktura venoze të njëjta. Duhet të orientohemi në zonën e angulus inguinalis internus ku nervat lokalizohen lateralisht, ndërsa strukturat vaskulare arteriovenoze poshtë dhe medialisht.

Gjatë laparoskopisë dallohet orificium muopectineum i Fruchaud, i mdarë në dy pjesë : e sipërmja është sptium inguinalis, dhe e poshtmjja është lacuna vasorum e musculorum.

Nervus curaneus femoris lateralis vendoset lateralisht dhe thellë në tractus iliopubicum, ndërsa ramus genitalis paralel dhe lateralisht nga arteria iliaca externa. Dëmtimi i tyre parandalohet nëse evitohet diseksioni lateralisht nga kjo arterie dhe nfa vazat spermatike interne, si dhe vendosja e staplerave apo suturave në këtë nivel.

Dëmtimi i vazave të mëdha, të vendosura poshtë dhe medialisht anulus inguinalis internus, mund të shkaktojë hemoragji vdekjeprurëse. Duhet të evitohet dëmtimi i vazave testikulare që kalojnë drejt këtij anulusi për ta parandaluar orchioepididimitis iskemik dhe atrofia e testeve.

3.4 Elementët përbërës të kanalit inguinal

Në elementët përbërës të kanalit inguinal do të përmendim:

• **Porta herniare** është defekti në strukturën muskuloaponeurotike të paretit abdominal përmes së cilës dalin jashtë organet e brendëshme. Portën herniare mund ta ndajmë në tre kategori:

- E vogël (diametri deri në 2 cm)
- Mesatare (diametri 2-4 cm)
- E madhe (diametri 4-6 cm)

Nga eksperiencia jonë mund të themi se dimensionet e portës herniare lanë percaktuar edhe madhësinë e hernies, e cila mund të jetë e vogël, mesatare, e madhe, shumë e madhe ose permagna. Megjithatë një përputhje midis madhësisë së portës herniare dhe volumit të masës herniare jo gjithmonë ndodh. Nganjëherë hernie të mëdha kanë patur portë herniare të vogël. Porta herniare me përmasa 2-4 cm është e hasur me shpesh.

• **Sakusi herniar** është pjesë e peritoneum parietale, që kalon nëpër portën herniare, e zgjatur si qese dhe në brendësi përmban organe të ndryshme të cavum abdominalis. Sakusi herniar mund të jetë i fituar ose i lindur. Sakuset e fituara janë xhepa të peritoneum parietale të formuar gjatë jetës që dalin nëpërmjet portave herniare. Proccus caginalis peritonei i pa obliteruar plotësisht është një sakus herniar kongenital.

- **Goja** ose gryka e sakusit që realizon komunikimin e cavum abdominalis me vetë qesen herniare.
- **Qafa** e cila është edhe pjesa më e ngushtë vjen direkt pas gojës dhe bashkon gojën me trupin. Qafa është vendi ku ndodh më shpesh incarcerationi.

- **Trupi** i qeses herniare ka forma dhe dimensione të ndryshme. Sakusi jo rrallë aderohet me inde përreth, të cilat janë ndarë lehtë. Por në herniet me histori të vjetër, sidomos pas përdorimit të bandazheve ku aderenat kanë qenë të theksuara, izolimi i sakusit herniat ka qenë më i vështirë.

3.5 Klasifikimi i Hernies Inguinale

Egzistojnë disa klasifikime mbi herniet inguinale, si klasifikimi i Harkins, McVay, Casten, Giobert-Rutkoë, Robbins, Nyhus, Bendavid, Ponka etj. Këto klasifikime presupozohet të ndihmojnë në standartizimin e outcome-ve të hernieve të ndryshme por deri tani përdorimi klinik është i kufizuar.

Një klasifikim i ndan herniet në varësi të pozicionit direkte, indirekte, femorale por ky klasifikim nuk merr parasysh kompleksitetin e hernieve. Por dhe ky klasifikim vet ka pësuar ndryshime në futjen e konceptit të orificiumitmyopecyinal të FRUCHAUD-it.

Në vend të ekzaminimit të vendeve të ndryshme të hernieve në mënyrë të pavarur, Fruchaud doli në përfundimin se një pikë e dobët e përbashkët, fascia transversale, predisponon krijimin e të 3 llojeve.

Me trajtimin dhe rikonfigurimin e kësaj zone ripërsëritja e kësaj hernie ulet. Një klasifikim idel mund të ishte i aftë të bënte preoperatorisht shtresëzimin e hernies dhe të lejonte përcaktimin e mënyrës më të saktë të trajtimit dhe jo marrjen e vendimeve në sallën operatore në fushën operatore të hapur.

Sidoqoftë klasifikimi preoperator bazohet në ekzaminimin fizik. Klasifikimi intraoperator është gjithashtu i komplimuar pasi shumë komponente të hernies inguinale nuk mund të vlerësohen me metoden laparoskopike.

Klasifikimi i llojeve të ndryshme të hernieve ndihmon për të zgjedhur më mirë dhe për të përdorur më drejtë një teknikë operatore rezultative.

3.5.1 -Klasifikimi GILBERT kërkon vlerësimin intraoperator dhe ndan hernien në **5 tipe**, 3 indirekte dhe 2 direkte.

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

Tipi	1	2	3	4	5
<i>Unaza interne</i>	< IFB	IFB	> IFB	Normale	Normale
<i>Sacusi peritoneal</i>	Y	Y	Y	N	N
<i>Dyshemeja e kanalit</i>	I	I	DES	DES	DES(IFB)



Table 1 Klasifikimi i hernieve Inguinale

Indirekte:

- a- E vogël
- b- Mesatare
- c- E madhe

Direkte:

- d- E gjithë hapësira
- e- Divertikulare
- f- Kombinuar
- g- Femorale

Tipi 1(a) ka një unazë të vogël interne.

Tipi 2(b) ka një unazë internet ë dilatuar në mënyrë të moderuar.

Tipi 3(c) ka një unazë më të madhe se 2 gishta.

Tipi 4(d) hernie direkte e përfshirë në destruktimin e gjithë hapsirës.

Tipi 5(e) përfaqëson hernie direkte me një divertikul të vogël të hapur jo më shumë se 1 gisht.

Ruthow dhe Robbins më vonë e zgjeruan klasifikimin e Gilbert duke përfshirë hernien e kombinuar *tipi 6(f)*, që është kombinimi i një sakusi të hernies direkte dhe indirekte, dhe *tipin 7(g)* që është hernie femorale.

Pavarësisht pranimit në përgjithsi, klasifikimi Nyhus është limituar prej subjektivitetit në vlerësimin e distorsionit të anulusit inguinal dhe shtresës së pasme veçanërisht në kirurgjinë laparoskopike.

3.5.2-Klasifikimi Nyhus

TIPI I:	hernia indirekte, anulusi intern abdominal normale, tipikisht tek infantrt, fëmijët dhe tel moshat e reja.
TIPI II:	hernie indirekte, anulusi intern I zmadhuar pa hapjen në shtresat e kanalit inguinal, nuk ekstenon në skrotum.
TIPI III A	hernie direkte, nuk merret parasysh përmasa
TIPI III B	hernie indirekte që zmadhohet mjaftueshëm sat ë kalojë mbi murin posterior inguinal, rrëshqitjet indirekte ose hernie skrotale janë zakonisht në këtë kategori sepse janë përgjithësisht të lidhura me ekstensionin në këtë hapësirë, përfshihen edhe herniet e kombinuara.
TIPI III C	hernia femorale
TIPI IV	hernia rekurente

Tabela 2. Klasifikimi i hernieve inguinale sipas Nyhus

3-Një klasifikim tjetër (i tretë) madhor u krijua nga **Schumpelich** dhe gëzon aplikim më të madh në Europë krahasuar me Amerikën e Veriut. E reja më e madhe oshte shtrimi i madhësisë së orificiumit klasifikimeve tradicionale. Një “L” përfaqëson pjesën laterale indirekte, “M” pjesën mediale direkte dhe “F” femoral.

Defekti pastaj është shkallëzuar silas madhësisë ku: tipi I fillon < 1,5 cm diameter, tipi II ndërmjet 1,5 dhe 3 cm, dhe tipi III > 3 cm.

Ku sistem synon të jete më objektiv, difetencat në ekstendim të distendimit abdominal gjatë pneumoperitoneumit mund të kenë efekt në matje.

3.5.3-Klasifikimi i Ponkes që i ndan herniet e rrëzës së kofshës në 4 tipe kryesore dhe tipin e tretë e ndan në katër nëntipe(ABCD) dhe tipin e katërt e ndan në pesë nëntipe(ABCDE).

•Tipi I

Përfshin hernien inguinale indirekte ose laterale që arrin deri në mesin e canaliz inguinalis, pa dalë në anulus externus. Anulus inguinalis internis dhe dyshemeja e canalis inguinalis(trigonum Hesselbach) është normal. Hernia e tipit të parë haser tel fëmijët e porsalindur e më të rritur, si dhe tel adultët e rinj.

•Tipi II

Sakusi hernial indirekt del në anulus externus, duke rrëshqitur përmes canalis inguinalis, nuk zbret akoma ne scrotum, okupon dhe lëviz nëpër gjithë gjatësinë e kanalit inguinal. Anulus inter është i zgjeruar. Dyshemeja e kanalit është normale, e palpuar dhe vlerësuar në operacion me ekzaminimin digital nëpërmjet hapjes së sakusit herniar. Strukturat vaskulare epigastrike inferiore janë të pazhvendosura.

•Tipi III

Herniet e tipit të III e kanë defektin në murin posterior të kanalit inguinal. Ky tip ndahet në katër nëntipe (ABCD)

- *Tipi III A* përmbledh herniet inguinale direkte (mediale) të vogla ose të mëdha, të cilat dalin në nivel të anulus extern, përmes dyshemesë së kanalit inguinal, medialisht strukturave vaskulare arteriovenoze epigastrike inferiore, si pasojë e dobësisë së fascia transversalis dhe aponeurozës së muskulit transversus abdominalis, që përbëjnë murin posterior të kanalit inguinal në zonën e trigonum Hesselbach
- *Tipi III B* përmbledh herniet inguinale indirekte ku sakusi hernial shpesh zbret ne scrotum. Nganjëherë hernia është rrëshqitëse, ku caecum në të djathtë ose colon sigmoid në të majtë janë një pjesë e mirot të sakusit, duke prishur ose shkatërruar një hapësirë të dyshemesë së kanalit inguinal. Anulus intern është i zgjeruar dhe i shtrirë medialisht, duke cënuar pak më shumë murin posterior ose dyshemenë e kanalit, pa zhvendosur vazat epigastrike inferiore, të cilat janë të mbajtura në vend nga ligamentum interfoveolare Hesselbach, duke shkaktuar një hernie masive inguinokrotale rrëshqitëse ose tip pantallon.
- *Tipi III C* përmbledh herniet supravezikale eksterne.
- *Tipi III D* përmbledh herniet femorale.

•Tipi IV

Në tipin IV janë herniet përsëritëse ose recidivuese. Ky tip ndahet në pesë nëntipe (ABCDE).

- Tipi IV A - hernia direkte recidivuese
- Tipi IV B - hernia indirekte recidivuese
- Tipi IV C - hernia supravezikale externe recidivuese
- Tipi IV D - hernia femorale recidivuese
- Tipi IV E - hernia e kombinuar me lloje të ndryshme të tipit IV me probleme të vështira për sa I përket trajtimit.

Sistemet e ardhshme duhet rë marrin parasysh lehtësinë e përdorimit, objektivitetin dhe numrin e variacioneve anatomike ndërmjet kirurgjisë së hapur dhe laparoskopike.

KREU 4. Shfaqja Klinike e Hernies Inguinale

Hernia inguinale paraqet seri spektrash, nga gjetjet aksidentale të simptomave herniare te urgjencat kirurgjikale si inkarcerimi e strangulacioni i sakusit herniar. Herniet asimptomatike diagnostifikohen gjatë ekzaminimit fizik ose tërheqin vëmendjen e pacientit si një fryrje anormale. Këto mund të identifikohen gjatë një procedure laproskopike intra-abdominale.

Simptomat e hernies inguinale mund të shfaqen gradualisht me kalimin e kohës ose shfaqen në mënyrë te papritur , psh në rastin e inkarcerimit

Hernia inguinale mund të jetë asimptomatike dhe te diagnostikohet aksidentalisht gjatë nje ekzaminimi rutinë .

Pacientët simptomatike shfaqin këto shenja tipike:

- **Dhimbja** në fillim është jo e fortë, shpeshherë ajo lokalizohet ose përhapet në lukth, përreth kërthizës, në regjionin lumbar, në rrëzë të kofshës në hernien inguinale fillestare, poshtë në kofshë, në labia minor, në testis etj. Dhimbja jo gjithmonë është proporcionale me madhësinë e hernies, madje në hernien e vogël dhimbja është më e shprehur nga shtrëngimi I peritoneumit të qafës së ngishtë të sakusit herniar në nivel të portës herniare. Ajo theksohet gjatë ecjes, sforcimeve fizike dhe ngritjes së peshave të rënda.
- **Ndjenja e Shtypjes;** shfaqet zakonisht ne fund të një dite me aktivitet të zgjatur fizik

- **Dhimbje Neurogjenike** -referohen në skrotum, testikuj, kofshë, (në pjesën e brendshme)
- **Crregullime Dispeptike** si nausea, urthi , meteorizmi , konstipacioni , të vjella pa shkak nga tensioni i epiplonit dhe mezenterit në sakusin herniar , si dhe crregullime urinare mund të hasen në të gjitha llojet e hernieve
- **Masa Herniare** është shenja më objektive. Ajo vihet re në të gjithë të sëmurët sidomos gjatë ekzaminimit në këmbë, në vendet e zakonshme ku ekzistojnë porta herniare, kur i sëmuri kollitet, shtrëngohet, sforcohet.
- **Simptomi i Kollitjes** është pozitiv. Ky symptom provokohet duke futur gishtin tregues të dorës së djathtë në anulus inguinalis eksternus , nëpër kanal in inguinal deri në anulusin intern dhe I thuhet të sëmurit të kollitet ose shtrëngohet , process ky që shoqërohet me ndjenjën e presionit mbi majën e gishtit tregues
- **Shenja te tjera** që lidhen me faktoret predispozues që cojnë në hernie
 - kollë persistente
 - bronkit kronik
 - Fenimene dizurike (lidhur me zmadhimin e prostatës ose strikturën e uretrës)

Foto 2 Ekzaminimi i pacientit me hernie inguinale



KREU 5. Diagnoza e Hernies Inguinale

5.1 Ekzaminimi Fizik

Ekzaminimi fizik është esencial për të vendosur diagnozën . Një diasavantazh ekziston në të sëmurët obezë ku ilustrimi i natomisë eksternale inguinale është I vështirë e mund të fshehë diagnostikimin e njëhernie inguinale.

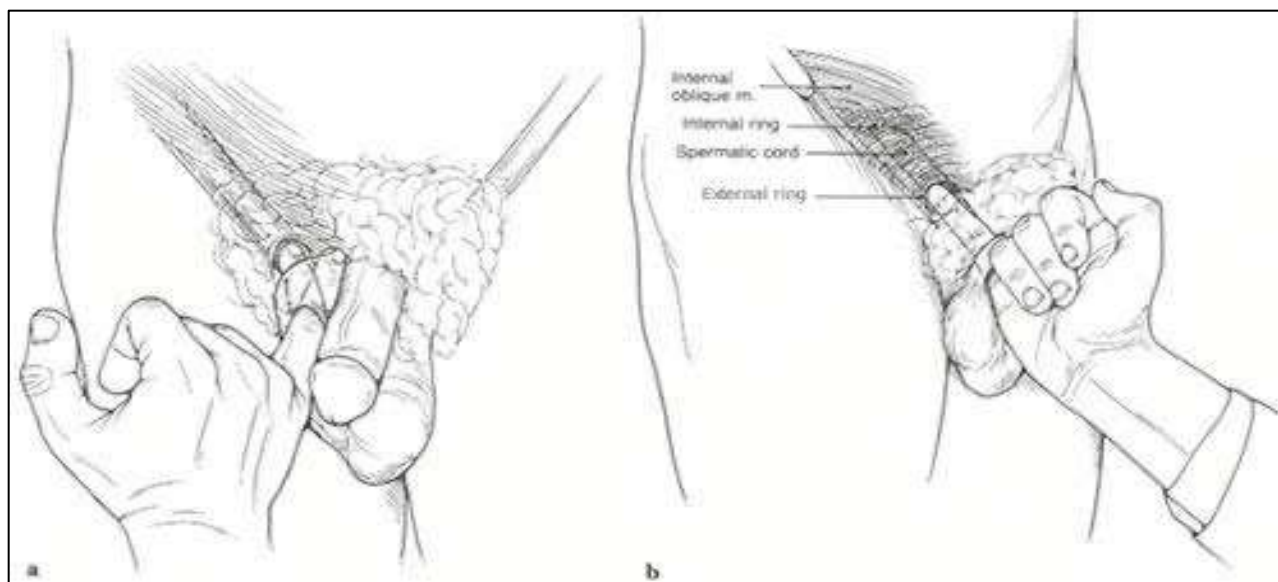


Figure 7 Vleresimi i pacientit me hernie Inguinale

Pacienti duhet ekzaminuar në këmbë, me regjionin inguinal dhe skrotumin tërësisht të ekspozuar. Pozicioni në këmbë ka avantazhe me pozicionin shtrirë pasi në pozicionin në këmbë presioni abdominal rritet e kështu hernia mund të nxirret në dukje më lehtë.

5.1.1 Inspeksioni - bëhet i pari me qëllimin e gjetjes së një fryrje anormale në regjionin inguinal ose në scrotum. Masa herniare është shenja më objektive që vihet re kur pacienti ekzaminohet në këmbë . në hernien ireponibile ose incancerata volume I masës herniare ndryshon pak gjatë përpjekjes për reponim manual.

5.1.2. Palpacioni - realizohet duke futurë gishtin tregues të dorës së djathtë në anulus inguinalis externus dhe më thellë në kanalis inguinalis deri në anulus internus dhe i thuhet të sëmurit të kollitet ose të shtrëngohet (*prova e Valsavës*)

Gjatë kollitjes masa herniare e future në anulus inguinalis internus, rrëshqet në canalis inguinalis dhe bën presion mbi majën e gishtit tregues. Tërheqja graduale e gishtit tregues ndiqet nga presioni I butë I masës herniare mbi të, duke bërë përpjekje për të dalë në anulus extern .

Sipërfaqja e lëmuar e masës herniare, konsistenca e butë dhe elastike gjatë palpacionit dhe pa dhimbje , kur në sakus janë future ansat intestinale.

Nëse në te është I pranishem omentum preken kokrrizat e epiplonit. Kur në sakus ndodhet vezika urinare , dhe nëse ndodhen organet gjentiale të femërore të brendshme rritet volume i masës herniare gjatë menstruacioneve, dhe i sëmuri paraqet crregullime urinare.

Disa teknika të ekzaminimit fizik janë përdorur për të diferencuar hernien direkte nga ajo indirekte

5.1.3 Testi i Okluzionit Inguinal - kryhet duke vendosur gishtin tregues mbi anulusin intern inguinal dhe pacienti instruktohet të kollitet. Nqs impulsi i kollitjes është i kontrolluar atëherë hernia është indirekte. Nqs impulsi i kollitjes vazhdon hernia është direkte, gjithashtu vendosja e një gishti në kanalin inguinal mund të përdoret së bashku me impulsin e kollës për të përcaktuar tipin e hernies. Nqs impulsi i kollës ndihet në majën e gishtit kemi hernie indirekte. Nqs ndihet në pjesën dorsale të gishtit kemi hernie direkte. Sidoqoftë kur rezultatet e diagnozës gjate ekzaminimit klinik krahasohen me gjetjet gjatë operacionit kanë një propabilitet të lartë për të ndryshuar nga diagnoza e saktë e tipit të hernies. Nga kjo dalim në përfundimin që këto teknika nuk duhen performuar për të përcaktuar tipin e hernies por vetëm për të përcaktuar nqs kemi apo jo ekzistencë të saj.

5.2 Imazheria

Herniografia është përdorur fillimisht në pacientët me një dhimbje të pashpjeguar si shtrëngim rrëzë kofshës , ose për të gjetur shkakun e një hernie rekurente simptomatike të papalpueshme.

Teknika e ekzaminimit është përshkruar nga Gullmo. Një gjilpërë Veres përdoret për të punktuar vijën e mesit poshtë umbilikusit . Kateteri futet në pelvisin minor dhe injektohet 50-80 ml lëndë kontrasti. ndërkohë që pacienti kthehet nga njëra anë në tjetren , lënda e kontrastit noton në regjionin inguinal.

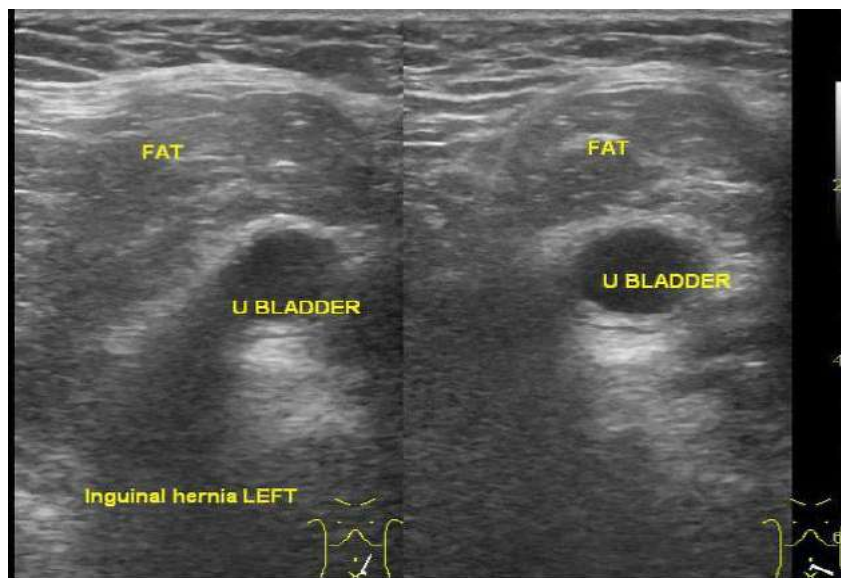


Foto 3. Imazhe ekografik i Hernies inguinale

Komplikacionet shkaktohen nga përkusioni direct i kavitetit abdominal. Me teknikat e disponueshme sot, nuk ka indikacione për herniografi edhe pse shkalla e komplikacioneve është e ulët.

Më shpesh përdoret ECHO, CT-scanner dhe MRI rezonanca magnetike. Secili nga këto ekzaminime ka avantazhet dhe disavantazhet e veta.

Echo-ja është ekzaminimi më pak invaziv për pacientët që s’futen në radiacion. Strukturat anatomike duken më qartë nga prezencja e kockave por që gjithsesi janë pak në kanalin inguinal, strukturat e tjera si vazat epigastrike inferior përdoren të përcaktojnë anatominë inguinale.

Presioni pozitiv intraabdominal përdoret të nxjerrë përmbajtjen herniare të abdomenit. Lëvizja e kësaj përmbajtje është esenciale për të bërë diagnozën me echo e mungesa e saj mund të çojë në një rezultat fals negativ.

Në pacientët e dobët, lëvizja normale e kordonit spermatic dhe murit posterior abdominal mbi murin anterior abdominal mund të çojë në një diagnozë fals pozitive të hernies.

CT-scanner dhe MRI rezonanca magnetike prodhojnë imazhe statike që të bëjnë të aftë të përshkruash anatominë inguinale dhe jo vetëm të përcaktosh prezencën e hernies por edhe të bësh diagnozë diferenciale. CT-scanner është më i përdorshëm në rastet e dyshimta klinike.



Foto 5. Imazhe ekografik i Hernies inguinale ireponibile

Ka disa të dhëna në bazë të studimeve të randomizuara nga doktorë në shtetet e zhvilluara perëndimore që mendojnë të futet në përdorimin rutinë për të vënë diagnozën, Ekzaminimi fizik është më pak sensitiv në përcaktimin e saktë të diagnozës ndërsa MRI është më sensitive.

KREU 6. Trajtimi i Hernieve Inguinale

6.1 Trajtimi i hernieve inguinale në vitet e fundit i është nënshtruar një debati përse i përket rezultateve me metodat tradicionale dhe nëse duhet kryer që në fillim një trajtim kirurgjikal a nëse ka raste në të cilat pacienti mund të presë duke i'u nënshtruar një kontrolli të vazhdueshëm.

Ndërhyrja kirurgjikale ka qenë dhe është metoda radikale e trajtimit të të gjithë llojeve të hernieve të rrëzës së kofshës reponible, irreponible, dhe inkarcerata. Edhe pse hernia është një difekt anatomik në strukturat muskulofasciale këto metoda bëjnë një një riparim anatomik dhe jo anatomik. Teknikat e reja kirurgjikale përdorin materiale përforcuese sintetike qoftë edhe me laparoskop. Riparimi me metoda tradicionale dhe jo anatomike provokon tension dhe mundësi dështimi të plastikës.

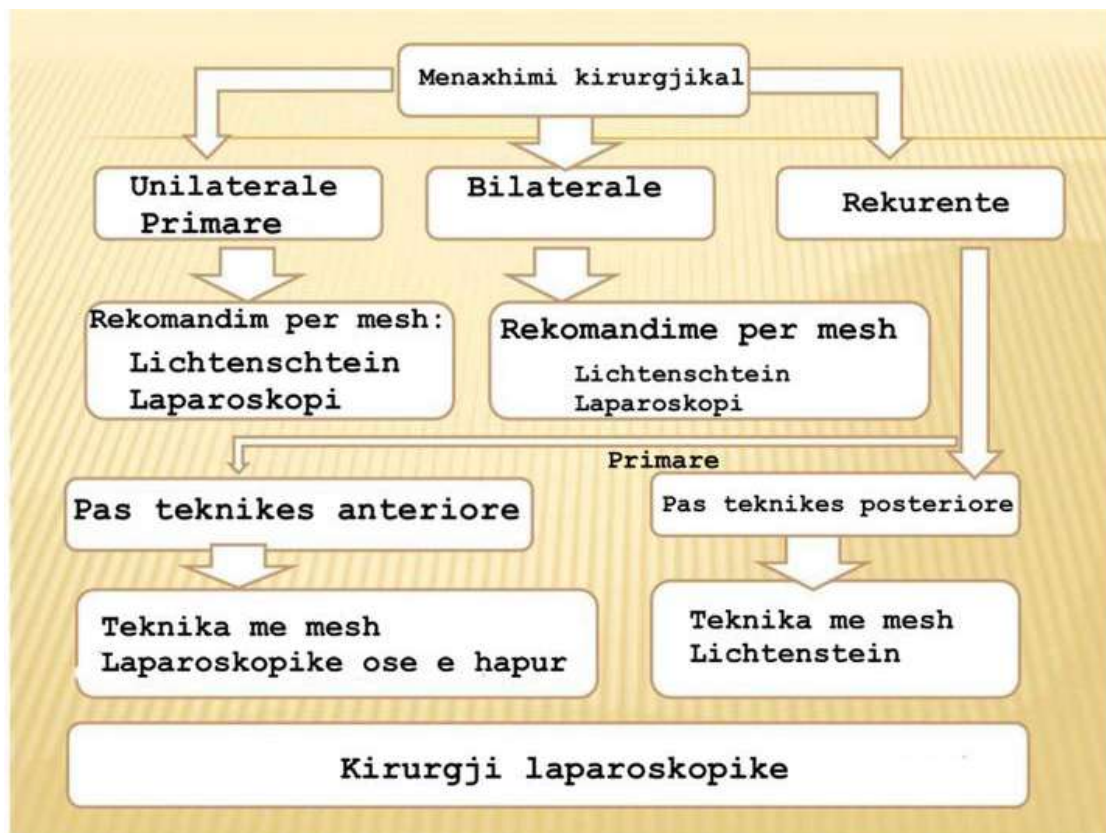
Pothuaj në të gjithë rastet trajtimi i hernieve inguinale është kirurgjikal, por ka edhe raste në të cilat, duke vënë në ballancë avantazhet dhe disavantazhet e trajtimit kirurgjikal, pacienti mund të presë, por gjithmonë duke qenë në një ndjekje të vazhdueshme.

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

Në grafikun e mëposhtëm tregohet një shpjegim skematik i mënyrës së trajtimit të hernies inguinale, rastet kur duhet kryer kirurgji dhe rastet në të cilat duhet pritur (që janë të pakta , vetëm tek pacientët asimptomatik ose minimalisht simptomatik).

- *Hernia inguinale e stranguluar* - operacion urgjent (konsidero pa meshë kur ka infeksion)
- *Hernie inguinale simptomatike* - kirurgji
- *Hernie inguinale primare unilaterale* – me meshe, rekomandohet Lichtenstein ose laparoskopji
- *Hernie inguinale primare bilaterale* - rekomandohet Lichtenstein ose laparoskopji
- *Hernie inguinale rekurente*
 - pas teknikës anteriore me meshe, laparoskopji ose kirurgji e hapur
 - pas teknikës posterior me meshe Lichtenstein
- *Hernie inguinale asimptomatike* ose minimalisht simptomatike – pritje dhe ndjekje e vazhdueshme

Grafiku 1 Algoritmi i menaxhimit të henriëve inguinale



6.2 Incizioni i Lëkurës

Ndërhyrja kirurgjikale ka qenë metoda radikale e trajtimit të hernieve inguinale: reponible, ireponible . dhe inkarcerata. Incizionet janë shtrirë sipër ose poshtë ligamentum inguinale, me drejtim oblik, transversal ose vertical

Hernioplastikat e ndryshme realizohen nëpërmjet dy hyrjeve: anteriore dhe posterior. Rruga anteriore është shumë e përdorur në herniet tek fëmijët sepse në këtë rast mjafton vetëm heqje e thjeshtë e sakusit herniar.

Përpara përhapjes së materialeve prostetike, trajtimi i hernieve inguinale bazohej në rikthimin e forcës së indit nëpërmjet suturimit të tij (dhe mbyljes së defektit)

Më pas u futën dhe materialet prostetike (mesha). Edhe duke marrë parasysh të gjithë avantazhet e metodës me trajtimin prostetik pa tension, gjithsesi metoda e riparimit të indit/muskujve zë një vend të rëndësishëm për trajtimin e hernies inguinale në situatat kur materiali prostetik është i kundërrindikuar. Këtu përfshihen fusha operative të kontaminuara ose shqetësime mbi azospermi sekondare nga efektet në kohë të gjatë të mesh-it mbi vas deferens.

Në teknikën e hapur për korigjimin e hernies inguinale fillimisht bëhet ekspozimi I regjionit inguinal. Bëhet incision mbi ligamentin inguinal me drejtim oblik. Zgjidhet një pikë rreth 2 gisht inferoro-medialisht pjesës antero-superiore të spinës iliake , dhe që këtu progresohet medialisht rreth 8-10 cm. Më pas përdorim elektrokauterin për të ndarë indin subkutan . Pritet fascia superficiale Camper dhe Scarpa, fascia profunda Gallaudet, dhe ekspozohet aponeuroza e muskulit oblik ekstern abdominis.

Më pas bëhet prerja e muskulit oblik ekstern abdominis parallel me fibrat aponeurotike të saj. Gërshërët Metzenbaum futen duke avancuar nëpërmjet fibrave lateralisht dhe më pas medialisht drejt anulusit inguinal ekstern.

Duhet të kemi kujdes dhe të shmangim një disekim të padëshiruar të nervit ilioinguinal. Gërshërët Metzenbaum përdoren përsëri për të ndarë aponeurozën, për të ndarë anulusin inguinal ekstern dhe në këtë mënyrë ekspozojmë kanalën inguinal dhe përmbajtjen e tij . Në këtë mënyrë kemi hapur murin anterior të këtij kanali.

6.3 Mobilizimi i strukturave të kordonit spermatik

Vendosim klampe hemostatike në këndet superior dhe inferior të aponeurozës dhe të ngritura mbi kanalit inguinal. Më pas bëjmë një disekim për të ndarë pjesën superior të aponeurozës oblike eksterne nga muskuli intern oblik. Gjithashtu për të shfaqur këndin e ligamentit inguinal disekojmë pjesën inferior të aponeurozës oblike eksterne. Vendosim një klamp hemostatik ndërmjet nervit ilioinguinal dhe iliohypogastrik dhe më as i nxjerrim jashtë fushës operatore duke i shtrënguar në një nga këndet e aponeurozës.

Disa kirurgë në mënyrë rutinë i ndajne këto nerva për të shmangur një kapje dhe dëmtim të tyre, që sjell parestezi permanente në vendet e inervimit kutan të tyre. Pasi duket tubercula pubike, gishti tregues dhe gishti i madh i kirurgut vendosen rrotull kordonit pasi ai kalon tuberculën. Një dren “Penrose” ose një unazë metalike mund të vendosen pastaj rreth kordonit.

Me kordonin e ngritur tek anulusi inguinal ekstern, duken fibrat e muskulit cremaster që lidhin pjesën e kanalit inguinal me pjesën posteriore të kordonit. Duke përdorur termo-kauterin ndajmë fibrat e muskulit cremaster për të filluar skeletizimin e kordonit. Sapo fibrat e muskulit cremaster janë plotësisht të ndara ndërmjet anulusit extern dhe intern, mund të procedohet në hapësirën e kanalit inguinal. Duhet të kemi shumë kujdes se mos dëmtojmë strukturat e kordonit spermatik gjatë ndarjes së muskulit cremaster.

6.4 Identifikimi dhe reduktimi i sakusit herniar

Pasi kemi kryer të gjithë procedurat e mësipërme bëhet identifikimi I përmbajtjes së kordonit dhe sakusit të hernies. Sapo hapësira e kanalit inguinal disekohet bëhen të dukshme herniet direkte . Një sakus i hernies indirekte do të gjendet zakonisht në sipërfaqen antero-laterale të kordonit spermatik. Sapo të përcaktojmë sakusin, duhen identifikuar vas deferens dhe vazat e kordonit spermatik për të lejuar disekimin e sakusit nga kordoni spermatik. Në këndin e sakusit, dy shtresat e peritoneumit do të vendosen mbi njëra tjetrën duke krijuar një kënd të bardhë, që mund të ndihmojë në identifikimin e sakusit. Kapim peritoneumin me një forceps dhe e disekojmë nga kordoni spermatik. Disekimi mbahet proximalisht përpara anulusit inguinal intern.

Reduktimi i sakusit të hernies inguinale në hapësirën preperitoneale njihet si High-ligation i sakusit. Në mënyrë rutinë zakonisht kryhet hapja e sakusit për të inspektuar nëse ka apo jo incarceration të përmbajtjes intraabdominale. Gjithashtu duhet vendosur Nëse do të bëjmë një ekscizim të sakusit në anulusin intern inguinal ose thjesht do ta kthejmë në preperitoneum. Të dyja metodat janë efektive për reduktimin e sakusit, por në një prespektivë të largët , studimet kanë treguar se pacientëve që I është kryer një high-ligation dhe ekscizim I sakusit kanë një rritje sinjifikative të dhimbjeve postoperatore në javën e parë.

Në rastet kur kemi një sakus adherent dhe dens që mund të sjelli dëmtime të strukturave të kordonit, nuk duhet domosdoshmerisht të disekohet, por duhet domosdosmërisht të ndahet nga anulusi inguinal intern . Gjithashtu në rastet kur kemi një hernie inguinale në të cilën sakusi do të ekstendojë në skrotum duhet të bëhet ndarja me kanalën inguinal. Tentativat për të reduktuar një sakus të tillë mundn të cojnë në komplikacione të mëdha postoperatore të lidhura me dëmtimin e plexusit Papiniform, Përfshirë këtu atrofi testikulare dhe orchit.

6.5 Teknikat operatore pa materiale protetike (pa meshë)

Përpara përdorimit të materialeve prostetike, realizohej trajtim i hapur anterior hernies inguinale duke ribashkuar indin me anë te suturave . Disa teknika specifike si *Desarda, Bassini, Schouldice & Mcvay* ne ditët e sotme zënë një hapësirë minore, por akoma të rëndësishme në trajtimin e hernieve inguinale. Prezantimi i metodës Bassini ishte superior krahasuar me performancat e mëparshme, sepse jo vetëm që bënte reduktimin e hernies dhe të defektit, por bëhen dhe tentative për të rikonstruktuar “*pikën e dobët*”, pra këto riparime me bazë indin tentojnë të krijojnë tension mbi indin e rikonstruktuar. Teknika Schouldice solli një siri pasi rikonstruksioni i shumë shtresave shpërndan tensioni, dhe efektivisht kemi një korigjim të hernies pa tension. Ekspozimi i hernies dhe reduktimi janë të pranishëm në të gjitha tekniknikat anterior të hapura, por mënyra e rikontruktimit të integritetit të kanalit inguinal është karakteristikë për çdo teknikë.

6.5.1 Teknika Bassini

Kjo plastikë forcon murin posterior të kanalit inguinal duke bërë qepje në tre shtresa. Plastika është retrofunikulare. Bëhen incision oblik suprainguinal 8-12 cm I gjatë. Në indin adipo

subcutan lidhen strukturat arteriovenoye epigastrike inferior superficial dhe disa degë të vogla venoye të vena saphena magna. Pritet fascia Scarpa. Hapet aponeuroza e musculus obliquus externus abdominis dhe annulus inguinalis subcutaneus. Evitohet prerja e nervit ilioinguinal, i cili vendoset nën aponeurozë dhe jo rrallë është i ngjitur me të. Në fakt hapet canalis inguinalis.

Arrihet dyshemeja e këtij kanali dhe izolohet kordoni funikular, pa u dëmtuar vazat spermatike eksterne të vendosura në pjesën e pasme dhe të poshtme të kordonit dhe ramusit brenda kordonit, kurse në hernia inguinalis direkte jashtë tij ose në dyshemenë e kanalit inguinal.

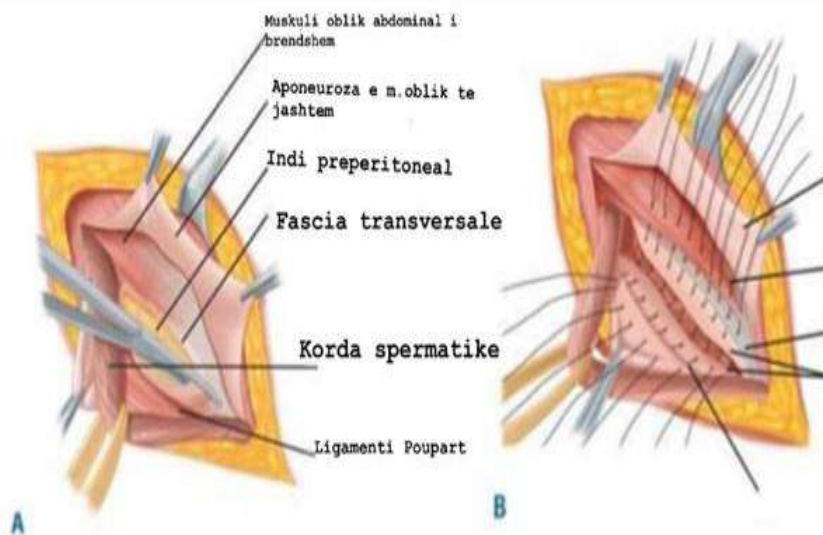


Figure 8 Plastika Bassini

Preparohet ligamentum inguinale nga tuberculum pubicum deri në spina iliaca anterior superior për t’u zbuluar tractus iliopubicum. Hiqet musculus cremaster nga annulus inguinalis intern deri në atë extern. Evitohet dëmtimi i strukturave arteriovenoze spermatike ose kremasterike të dala jashtë barkut përmes annulus inguinalis intern dhe të vendosura në anën e brendshme të cordonus funicularis. Duhet të theksohet se prerja e këtyre strukturave nuk jep asnjë pasojë sepse nuk furniojnë me gjak testet, por shtresat rreth tyre. Tek femrat nëse pritet ramusi genitalis i nervit genitofemoral shkaktohet mpirje përgjatë labia maiora.

Hapet sakusi, dhe kur është i vogël reponohet pa u hapur. Kontrollohet përmbajtja dhe bëhet suturë ose suturë-ligaturë në nivel të qafës duke reyekuar pjesën tjetër. Hapja e sakusit bëhet pasi të jemi të sigurtë se hernia nuk është rrëshqitëse. Edhe në hernia inguinalis direkte të madhe rekomandohet hapja e sakusit. Nëse ai reponohet, për të mos penguar kryerjen e plastikës,

fiksohet me disa sutura të paabsorbueshme Vicryli. Pleksi venoy Pampiniform dhe duktusi deferens nuk duhet të dëmtohen. Ky i fundit më mirë palpohet se sa shikohet si kordon me gjerësi 3 mm, i fortë dhe ngjyrë në të bardhë. Përpara mbylljes së sakusit futet gishti tregues në brendësi të tij për tu vlerësuar dysHEMEJA e kanalit inguinal dhe prania e ndonjë hernie tjetër (femorale ose inguinale indirekte).

Në hernien rrëshqitëse sakusi ka mure të trasha dhe jo transparente. Hapja e tij mund të shoqërohet me dëmtimin e organit meyooperitoneal të future në të. Nëse ndodh dëmtimi I tij duhet të konstatohet dhe të korrigojohet.

Hapet dysHEMEJA e kanalit inguinal (fascia transversalis) nga anulus inguinalis intern deri tek tuberculum pubicum paralelisht dhe 8 mm mbi tractus iliopubicum, pa dëmtuar vazat epigastrike inferior të thella.

Platika realiyohet në tre shtresa ose rradhë. Qepet fascia transversalis me tractus iliopubicum dhe musculus obliquus intern abdominis me ligamentum inguinale, duke lënë një pjesë të lirë të ligamentit për tu restauruar muri anterior i kanalit inguinal.

Në çdo rradhë vendosen 6-8 sutura të paabsorbueshme, 1 cm larg nga njëra tjetra. Mbi këtë shtresë vendoset cordonus funicularis dhe mbi të qepen buyë më buyë dy lebot e aponeuroyës së musculit oblik extern abdominis. Anët negative të kësaj metode janë : bashkon inde heterogjene (afrohet muskuli tek ligamenti) dhe shtrëngimi I suturave në linjën e plastikës provokon tensionin indoor, ishemi dhe bëhet shkak dështimi.

6.5.2 Teknika Schouldice

Plastika Schouldice përdoret në hernia inguinalis indirekte, direkte dhe recidivuese, duke ndërhyrë në integritetin e murit posterior dhe të annulus inguinalis intern. Kjo teknike ka ngjashmëri me atë Bassini. Edhe këtu forcohet muri posterior I kanalit inguinal. Bassini përdor sutura të veçanta ndërsa Schouldice qepje dyshtresore dyshe të vayhdueshme. Kjo metodë nuk përdoret tek fëmijët dhe në moshat e reja, sepse fascia transversalis është e fortë dhe intakte, ndërsa defekti është nga ygjerimi I anulus inguinalis intern.

Muri posterior i kanalit inguinal përforcohet me një shtresë dyfishe të fascia transversalis me qepje të vazhdueshme për të shpërndarë në mënyrë të barabartë forcën që bashkon formacionet

anatomike të qepura dhe ulur tensionin në vijën e qepjes. Pas hapjes së murit anterior të kanalit inguinal incizohet muri posterior (fascia transversalis dhe aponeuroza e musculus transverses abdominis). Shfaqet indi dhjamor preperitoneal në ngjyrë kanarine dhe peritoneum. Evitohet dëmtimi I strukturave vaskulare arteriovenoye të thella epigastrike inferior.

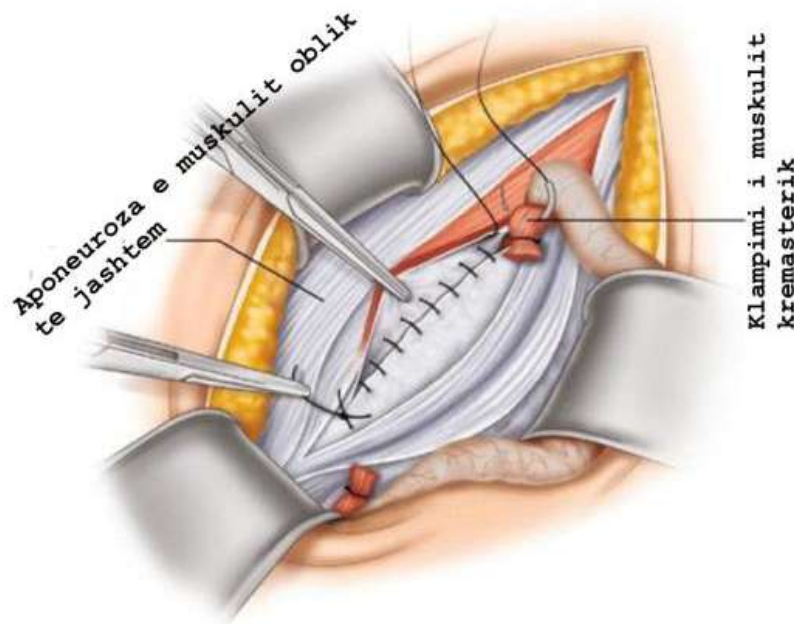


Figure 9 Plastika Schouldice

Fascia spermatica externa dhe musculus cremaster, që mbulojnë sin ë këllëf funikulin, preparohen, veçohen nga vazat spermatike interne dhe ductus deferens dhe priten, ndërsa fascia spermatica interna ruhet. Hiqet muskuli, izolohet sakusi hernia nga vazat spermatike, ductus deferens dhe buzët e fascia transversalis. Hapet sakusi hernia, dhe kontrollohet përmbajtja dhe qepet në qafë duke rreyikuar pjesën tjetër. Ngrihet sa më lartë që të jetë e mundur fleta mediale ose superior e murit posterior (fascia transversalis) dhe aponeuroza e musculus transverses abdominis. Lirohet ajo nga dhjami preperitoneal, derisa arrihet lamina posterior e vaginës së muskulit recus abdominis dhe hapësira e Borgos.

Nëse një pjesë e fascia transversalis është e dobët ajo rreykohet derisa të zbulohet një segment I fortë dhe solid I saj. Fillohet shtresa e parë e plastikës me suturë Prolen duke kapur pjesën sa më të poshtme të fletës mediale të murit posterior të kanalit inguinal me buzën e lirë të fletës laterale ose inferior pot ë murit posterior të kanlit inguinal, e filluar poshtë ose medialisht, në nivel të

annulus inguinal intern, duke e ngushtuar atë dhe kapur në suturë cungun e muskulit cremaster të prerë.

Vazhdohet po me atë suturë kontinua poshtë, drejt tuberculum pubicum, duke kapur nën suturë buzën e lirë të fletës mediale me pjesën zbritëse të ligamentum inguinale, lidhet sutura kontinua. Deri tani plastika është dyshtresore.

Fillohet një suturë tjetër kontinua me Prolen 2-0 në nivel të anulus intern, duke u afruar arcus muscularis (muskuli oblik intern abdominalis) dhe zona bashkuese me ligamentum inguinale deri në nivel të tuberculum pubicum dhe bëhet kthimi po në anulus intern me po atë suturë kontinua, duke u kapur arcus muscularis me pjesë të ligamentum inguinale. Cordonus funicularis vendoset poshtë qepjes të dy lembove të aponeurozës të muskulit oblik ekstern abdominis. Nëse ka tension cordonus funikularis vendoset subkutan.

6.5.3 Teknika DESARDA

(A) - Hapet muri i përparmë i kanalit inguinal;

(B) - qesja e hernisë është i disekuar

(C, D) - buza e poshtme e flapit medial superior e m.oblik extern suturohet me lig inguinal

(E) - Krijohet shirit nga m.oblik extern me prerje gjatësore;

(F, G) - Shiriti është i qepur me m.oblik intern

(H, I) - Muri i përparmë i kanalit inguinal është i bashkuar me m.oblik extern

(1) Ligamenti inguinal flapi e sipërme/mediale i m.oblik extern

(2) sakusi herniar i padisekuar

(3a) sakusi herniar i disekuar;

(3b) ligamenti i rrumbullakët i mitrës]

(3) Linja e qepjes midis margos inferiore të flapit te siperm medial e ligamentit inguinal dhe m.oblik extern

(4) Margo superiore shiritit aponeurotike të krijuar

(5) Margo inferiore e flapit superior të aponeurozës te m.oblik extern te prere

(6) Muskuli oblik intern

(7) Linja e sutures mes buza e sipërme e shiritit aponeurotik m. oblik intern e përfunduar

(8) Sutura në të dy skajet e shiritit aponeurotik që përforcon dyshemenë e kanalit inguinal 11

(9) Plastike posteriore e aponeurozës së m.oblik intern, të incizuar fillimisht dhe të suturuar me ligamentin inguinal dhe linja e qepjes së murit anterior të kanali inginal 12

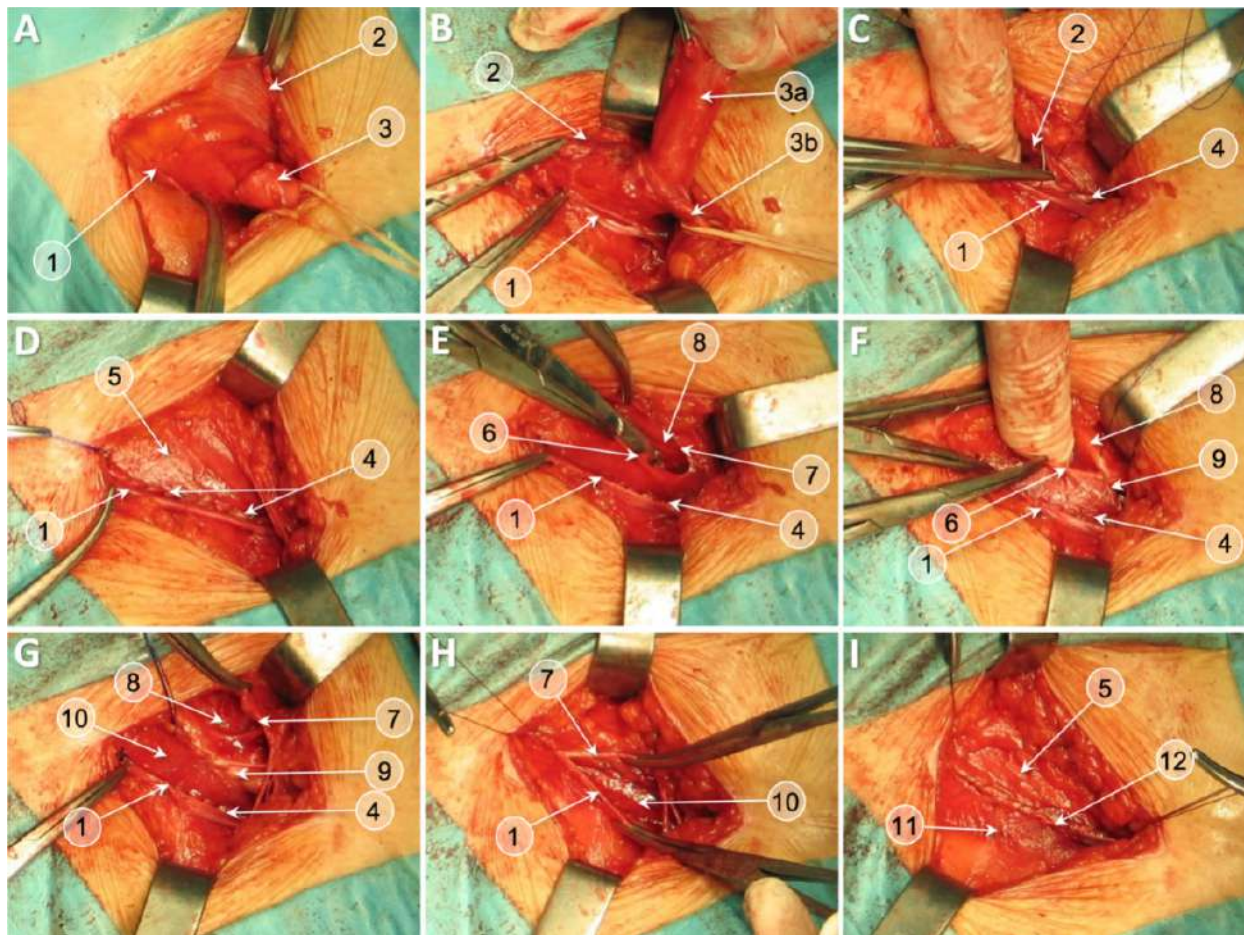


Figure 10 Plastika Desarda

6.5.4 Teknika Mcvay

Duke njohur dobësitë e metodës bassini për riparimin e hernies inguinale McVay, Anson dhe Lotheissen vunë në dukje se nuk është korrekte përdorimi i ligamentum Pouparti. Gjithashtu ata kanë theksuar se hernia inguinale direkte dhe indirekte janë pasojë e mosfiksimit të pjesës më të poshtme të aponeurozës të muskulit transvers abdominis në ligamentum pectineale Cooper dhe të mosngjitjes të fascia transversalis me sipërfaqen e brendshme të këtij ligamenti, pra pasojë e difektit të dyshemesë të kanalit inguinal. Në hernioplastikën McVAay njihen 2 teknika:

1. Riparimi i difektit në nivel të anulus inguinalis intern
2. Riparimi i murit posterior të kanalit inguinal

A. Në riparimin e anulus intern ka rëndësi gjerësia e tij dhe jo madhësia e gjatësia e sakusit herniar. Bëhet ligatura e lartë e sakusit herniar dhe mbyllja e anulus inguinal intern në vendin

e zakonshëm me disa qepje në varësi të madhësisë së tij. Këtu qepet fascia transversalis lartë me fascia femoralis poshtë, duke u lënë në vend funiculus spermaticus.

Ligamentum inguinale këtu nuk përdoret. Muskuli cremaster shpeshherë hiqet, ndërsa tek femrat ligamentum rotundum, duke u mbyllur plotësisht anulus inguinal intern. Sakusi herniar përparohet sa me lartë pasi lirohet nga indi dhjamor preperitoneal. Hiqet lipoma retroperitoneale që del në nivel të anulus inguinal intern.

Monokoni i sakusit shtyhet në cavum peritonei pa u fiksuar në anulus intern. Vazat spermatiche, nëse nuk dalin nga anulus intern, izoloohen dhe priten.

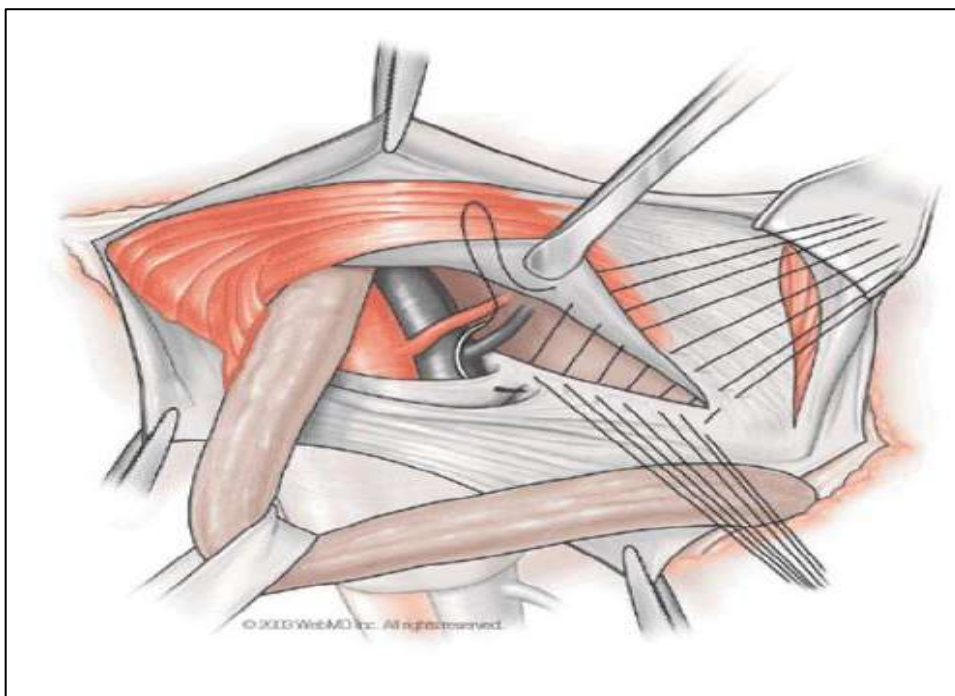


Figure 11 Plastika McVay

B. Metoda e dytë e McVay forcon murin posterior duke u saturuar ligamenti bashkues dhe arcus muscularis gjatë gjithë gjatësisë të kanalit inguinal tek ligamentum pectineale Cooper së bashku me fascia perctinea, më sipër me fascia vascularis vene femoralis (këllëfi femoral), duke u ngushtuar edhe anulus inguinal intern.

Mbi të vendoset kordoni funikular dhe pastaj qepet aponeuroza e muskulit oblik ekstrën abdominis. Kjo plastikë përdoret në herniet inguinale voluminoze indirekte dhe direkte, ne herniet me histori të vjetër dhe në të moshuarit ku tractus iliopubicum nuk është i mundur të

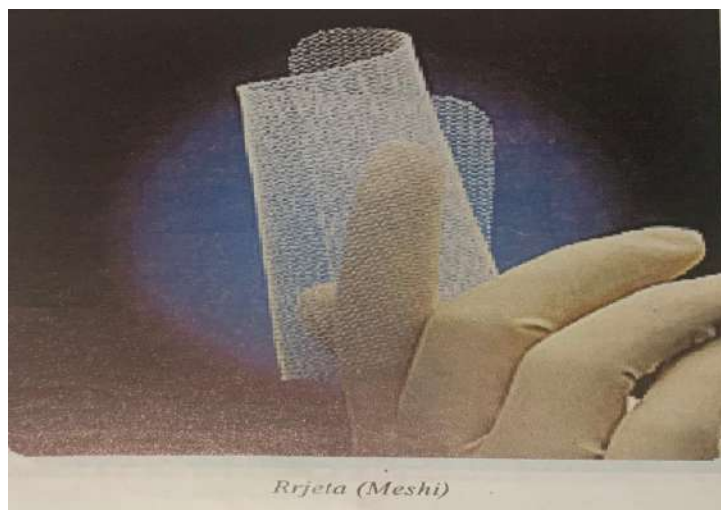
gjendet. Për këtë arsye përdoret ligamentum pectineale Cooper për tu forcuar dyshemeja e kanalit inguinal.

Kjo metodë shoqërohet me incizion çlirues të lamina anterior të vaginës së muskulit rectus abdominis. Pasojat e mundshme të incizionit relaksues përfshijnë rritjen e dhimbjeve postoperatore. Disavantazhet e kryerjes në mënyrë rutinë të teknikës McVay përfshijnë norma te larta të rekurencës për shkak të natyrës së operacionit me bazë indin. Për më tepër, procedura kërkon një prerje të gjerë dhe mund të rezultojë në dëmtimin e vazave femorale.

6.6 Teknikat Operatore me materile prostetike ose me Mesh

6.6.1 Teknika pa tension - Lichtenstein (tension-free)

Hernioplastika pa tension Lichtenstein është aplikuar për herë të parë në 1966 dhe që në atë kohë po përdoret gjithnjë e më shumë për shkak të recidivës shumë të ulët, qëndrimi në spital postop është minimal, si dhe kthimi në punë i shpejtë me një aktivitet fizik te pakufizuar. Kjo teknikë nuk përdoret në të sëmuret me sëmundje të kolagjenit, në fëmijët dhe ne adultët e rinj sepse te këto nuk ka përfunduar rritja dhe zhvillimi i organizmit, si dhe në hernie kongenitale tek femrat.



Të gjitha metodat standarte të trajtimit të hernieve saturojnë së bashku inde qe normalisht nuk mbështeten tek njeri tjetri he realizojnë afrim me tension, duke dhunuar një princip themelor te

teknikës kirurgjikale, krijojnë mundësi recidive, si edhe zhvillim të hernia femoralis nga zgjerimi mekanik i anulus femoralis.

Pasi hapet kanali inguinal izolohet kordoni funikular, madje edhe 2 cm përtej tuberculum pubicum, si edhe nga aponeuroza e muskulit oblik ekstrën abdominis. Evitohet dëmtimi i nervit ilioinguinal dhe iliohypoglos, ramus gjenital të nervit genitofemoral dhe strukturës arteriovenoze cremasterice. Izolohet akusi herniar indirekt.

Hapet ai dhe bëhet ekzaminimi digital, lighet në qafë ose suturë ligaturë dhe rezekohet pjesa tjetër. Kur nuk hapet inervohet brënda cavum abdominalis. Nëse sakusi është i madh dhe zbret në skrotum, pjesa distale nuk izolohet por lihet në vend për tu parandaluar orchitis ischemica dhe hematoma në scrotum. Pjesa e përparme e sakusit distal incizohet dhe lihet e hapur për të prenuar hidrocelën postopertore.

Në hernia inguinalis direkte vlerësimi i anulus femoralis me ekzaminim digital bëhet përmes një hapje të vogël në dyshemenë e kanalit inguinal dhe nëse sakusi është i gjerë mund të invertohet me sutura të absorbueshme.

Izolohet aponeuroza e muskulij oblik extern abdominis nga muskuli oblik intern abdominis, këshillohet edhe 2-3 cm mbi kufirin e ipërm të trigonum Hesselbach, për të vendosur materialin përforcuar sintetik me gjerësi 6-8 cm. Zakonisht madhësia e rrjetës Prolen (Marlex) është 8 cm x 16 cm, madje sipas nevojës mund të jetë 1-2 cm më e ngushtë.

Rrjeta Marlex përgatitet më parë me gjatësi dhe gjerësi të nevojshme dhe me dy bishta në pjesën laterale të saj ose nga ana e anulus internus inguinalis, në mënyrë që bishti i sipërm të jetë sa 2/3 e të poshtmit (më i gjerë). Ajo vendoset në dyshemenë e kanalit inguinal dhe mbi muskulin oblik intern abdominis. Midis dy bishtave të saj, në nivel të anulus intern, futet pjesa e sipërme e kordonit fenicular. Me rrjetën mbulohet edhe 1-2 cm përtej tuberculum pubicum për të evituar mundësinë e dështimit.

Fillohet saturimi me material qepës monofilamentoz kanrinua i pa absorbueshëm në këndin e poshtëm, duke kapur indin aponeurotik me protezën, që të mbulohet pjesërisht os pubis edhe 1,5-2 cm përtej tuberculum pubicum, për të evituar recidivën nga shkarja e meshës në këtë nivel.

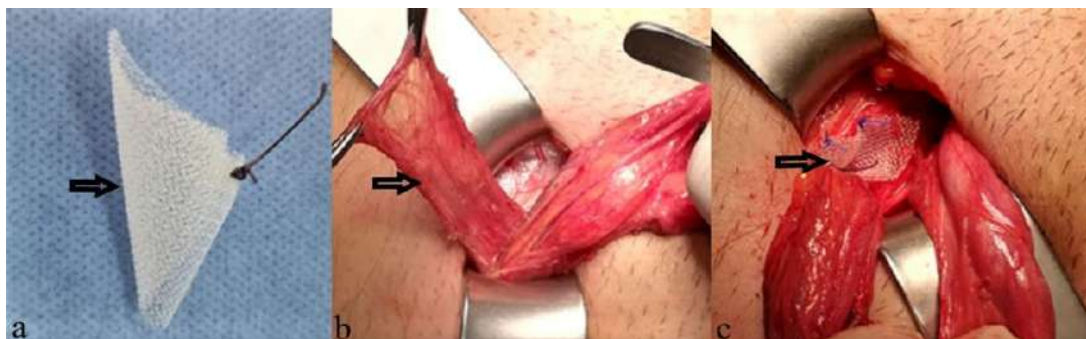
Vazhdohet qepja me drejtim lart i margo inferiore të protezës me buzën zbritëse të ligamentum inguinale deri në dhe lateralisht nivelit të anulus internus.

Bishti i sipërm i protezës kalohet sipër kordonit fenicular dhe vendoset mbi bishtin e poshtëm, duke formuar një unazë rrethuese për këtë kordon, si një anulus i ri prej rrjete në nivel të anulus inguinalis intern, e ngjashme me krustet e fascia transversalis, e cila është përgjegjëse për integritetin e këtij anuluesi. Buza e sipërme e protezës qepet me sutura të veçanta të absorbueshme me aponeurozën ose me vetë muskulin oblik intern abdominis.

Buzët e poshtme të secilit bisht fiksohen me sutura të veçanta monofilamenti të pa absorbueshme me buzën zbritëse të ligamentum inguinale, pak më lateralisht njëjës së saturës kontinua. Pjesa e tepërt e protezës në anën lateral në nivel të bishtave modelohet e shkurtohet, duke lënë 3-4 cm rrjetë më tutje nga anulus intern.

Mbi protezën qepet aponeuroza e muskulit oblik ekstrën abdominis e cila e mban rrjetën të shtrënguar në vend duk vepruar si një mbështetës i jashtëm kur ngrihet presioni intraabdominal. Fiksimi i mirë dhe jo i tendosur ose i lirë i rrjetës të mbron nga recidiva. Në të kundërt nga ngrtija e presionit intraabdominal në prani të një faktori herniogjenik dhe mos adaptimi i saj kur i sëmuri i operuar ngrihet në këmbë, ajo mund të shqyhet. Megjithatë pastika është e sigurt, e thjeshtë dhe efektive.

6.6.2 Zgjedhja e mesh-it prostetik



Në trajtimin e sëmundjes herniare rezultatet postoperative me metoda tradicionale dhe me hyrje anteriore gjithnjë e më shumë janë bërë të diskutueshme. Nuk mund të kuptohet një riparim modern i hernieve në përgjithësi pa njohur materialet përforcuese të përdorura dhe në veçanti materialet sintetike. Përdorimi i materialeve përforcuese krijoi një epoke të re në kirurgjinë herniare, duke ulur në mënyrë të theksuar recidivën,

Në herniopastikë historikisht janë përdorur shumë teknika dhe materiale të ndryshme përforuese si: riparimi atutolog, proteza metalike (filigarana e Ag, garza Tantali, celik inoksidabël) proteze sintetike jo metalike (Dicron, Nylon, Fiberglass, veshje Orloni, rrjetë Tefloni, Polyethylene, struktura Fortisan, Spongel Polyvinyl, Silikonet e Silastik, fibra Crboni, rrjet Polypropylen, Polytetrafluoroethylen (PTFE) dhe Polytetrafluoroethylen i shkrire (e-PTFE), rrjeta e absorbueshme etj.

Zgjedhja e meshit të duhur aose adekuat është e rëndësishme në mënyrë që të kemi një pranim sa më të mirë nga trupi duke pasur parasysh dhe qëllimin e një meshi që konsiston në forcimin e strukturave të dobësuar. Shqetësimet në lidhje me meshin përfshijnë refuzimin, karcinogjenezen etj.

Një material përforvues idela duhet të jetë inert kimikisht, nuk duhet të krijojë një reaksion të theksuar inflmator të tipit të trupit të huaj, të sigurojë inkorporim të mirë e fiksion të shpejtë pa inkapsulim dhe pa cikatrice te shprehuar. Gjithashtu lëngjet indore nuk duhet ta ndryshojnë fizikisht , të jenë joalergogjen , jo karcinogjen, t’u rezistojë tendosjeve, sforcimeve mekanike dhe infeksionit.

Proliferimi indor ne vendin ku duhet të inkorporohet proteza varet nga tre faktorë sic janë:

- *madhësia e poreve të biomaterialit,*
- *vendosja anatomike e tij*
- *struktura thurëse sipërfaqesore e tij.*

Inkorporomi i mjaftueshëm kërkon një madhësi te pores 75-100 mikron. Inkorporimi është gjithmonë në raport të drejtë me shkallën e porozitetit. Kur poret janë më pak se 75 mikron, inilttrimi është më tepër historik se sa fibrocitik prevalenca e histociteve ndaj fibrociteve është shkak i formimit të indit granuloz të ri dhe të dobët për rreth dhe brenda protezës.

Kur rrjeta është monofilamentoze Polyprofilen me madhësi pore mbi 100 mikron nodh infiltrimi komplet në të gjithë trashësinë protezës.

Gjithashtu është pranuar ndarja e protezave sintetike jometalik në 5 grupe:

- Biomateriale plotësisht mkroporoze dhe monofilamentoze Polypropileni me madhësi pore mbi 75 mikron (Trelex, Marlex, Atrium, Parietene) dhe dubëlfilamentoze Polypropilen (Mulex, Prolen).
- Rrjeta plotësisht mikroporoze, të buta me madhësi pore më pak se 10 mikron (PTFE, Gore-Tex, Dualmesh, membrana kirurgjikale).
- Rrjeta Dacroni e thurur (Mersilen), Polyestere multifilamentoze, rrjete mikroporoze multifilamentoze PTFE (Teflon), PTFE ne forme pllake me bira (Mycromeshe), rrjetë Polypropilen e thurur multifilamentoze (Surgipro).
- Rrjeta me pore shumë të vogla submikroporoze si: SiLASTIC, Cellgar, membrana pericardiale Preclud, te cilat nuk janë të përshtatshme për riparimin e hernieve.
- Rrjetet e përbëra, të ndërtuara nga dy shtresa: njëra nga material i grupit të parë, ndërsa tjetra nga material i grupit të katërt, ë në kontakt me ansat intestinale dhe peritoneumin nuk provokojnë fistula dhe aderenca.
- Te gjitha këto materiale përforcuese sintetike tregtohen të ambalazuara sterile, me dimensione të ndryshme; 6x11 cm, 10x15 cm, 15x15 cm, 20x20 cm, 30x30 cm etj.

6.6.3 Teknika Gilbert, Rutkow, Robbins

Plastika Gilbert

Pastika gilbert ose plastika pa suturë është plastikë e thjeshtë , pa tension, e sigurtë dhe efikase. Përdoret më shumë në hernie inguinale indirekte. Përdoren dy proteza sintetike të pa absorbueshme Polypropilen, Marlex, Prolen etj, të cilat janë barriera të shkëlqyera dhe të përhershme. Kjo protezë në formë ombrelle futet si shtup në spatium retrofasciale ose retroperitoneale nëpërmjet anulus inguinal intern, duke u përparuar mirë me tupfer dhe liruar peritoneum nga fascia transversalis. Nga kjo protezë këtu prevenohet dalja e hernia inguinalis indirecta.

Proteza e dytë e prerë në pjesën laterale të saj duke formuar dy bishta, shtrihet e pafiksuar në dyshemenëe kanalit inguinal dhe mbi muskulin oblik intern abdominis, për tu prevenuar hernia inguinalis directa incipiens. Protezën e mbulon aponeuroza e muskulit oblik ekstrën abdominis.

Të dy protezat qëndrojnë të fiksuara nga presioni hidrostatik dhe intraabdominal. Duke u fiksuar me sutura eliminohet trauma indore nga cpimet e gjilpërës dhe tensionimi indor.

Rrjeta Polipropilen me madhësi 30x30 cm. Ajo mund të pritët në copa më të vogla sipas madhësisë së defekteve dhe të paketuara sterile me madhësi 6x11 cm. Bashkimi i dy fletave vendoset në anulus inguinal intern, fleta e brendshme nën fascia transversalis, ndërsa e jashtëmja nën aponeurozën e muskulit oblik ekstrën abdominis.

Ne plastikën Gilbert hapet kanali inguinal, izolohet sakusi herniar nga kordoni funikular, shtresa peritoneale nga fascia endopelvica dhe sipërfaqja posteriore e muskulaturës të murit abdominal. Hapet sakusi dhe kontrollohet me ekzaminim digital. Ligohehet në qafë ose suturë- ligaturë duke rrezekuar pjesën tjetër të tij, apo në raste të tjera reponohet pa u hapur. Vazat epigastrice profunde inferior nuk ngacmohen. Futet si shtup retrofascial nëpërmjet anulus inguinal intern rrjeta Marlex, e bërë në formë ombrelle, e mbajtur nga një klemë e drejtë dhe e ndihmuar nga gishti tregues, duke e lënë atë në nivel të anulus inguinal intern, midis fascia transversalis dhe peritoneum parietale. Rrjeta pozicionohet, hapet dhe sigurohet në vendin e duhur, sidomos kur pacienti shtrëngohet.

Rrjeta e dytë Polipropilen shtrihet në dyshe-menë e kanalit inguinal. e prerë në pjesën laterale në formën e dy bishtave, ku kordoni funikular futet midis tyre në nivel të anulus inguinal intern pa u fiksuar ose rrallë me fiksion. Rrjeta mbulohet nga aponeuroza e muskulit oblik ekstern abdominis, duke u qepur me material qepës të absorbueshëm. Recidiva që është shumë e rrallë shfaqet në pjesën e sipërme të plastikës ose në afërsi të anulus inguinal intern.

• *Plastika Rutkow. Robbins*

Përdoret rrjeta sintetike Perfix si shtup. Incizioni është oblik mbi ligamentum inguinale shtresë pas shtrese. Hapet aponeuroza e muskulit oblik ekstern abdominis. Izolohet kordoni funikular. si dhe evitohet dëmtimi i strukturave vaskulare dhe nervore.

Izolohet sakusi herniar indirekt nga kordoni funikular, duke ndarë fibrat e muskulit cremaster longitudinalisht për të evituar prishjen e refleksit kremasterik. Sakusi disekohet thellë në nivel të anulus inguinal intern dhe invertohet. Kur është hernie incarcerata hapet.

Rekomandohet të mos bëhet ligatura ose suturë-ligaturë e sakusit herniar sepse peritoneum ka shumë mbaresa nervore sensitive të cilat nga shtrëngimi në vendin e ligaturës provokojnë

dhimbje postoperatore. Në herniet inguinalo-skrotale të mëdha pjesa distale e sakusit mund të lihet në vend, që të evitohet dëmtimi i strukturave arterio-venoze të vogla e nervore, shkak i hematomave , seromave dhe ishemisë testikulare. Sakusi distal edhe këtu lihet i hapur në pjesën e tij të përparme për të evituar formimin e hidrocelës në periudhën postoperatore.

Bëhet diseksion i lartë i sakusit, dhe jo ligaturë e lartë për të krijuar një xhep ose hapësirë ku vendoset rrjeta.

Rrjeta Perfix e vendosur si shtup është një lloj rrjete Marlex, me formë konike, me madhësi të ndryshme sipas përmasave të defektit herniar inguinal , shtresa e jashtme e të cilës kombinohet me konfiguracionin e brendshëm prej tetë "petalesh" që e lejon për t'u përshtatur në nivel të anulus intern pa tension. Nëse masa e rrjetës është e madhe egziston mundësia që të reduktohet duke përpunuar disa petale të saj.

Në hernien inguinale indirekte të vogël rrjeta Perfix e vendosur si shtup fiksohet me një ose dy sutura të vecanta te absorbueshme Vicryl 3-0 Polyglactin 910.

Në hernien inguinale indirekte të madhe, si dhe në herninen inguinale Perfix sigurohet në buzën e anulus intern me sutura të shumta të vecanta. Proteza duhet të vendoset në pozicionin e vet preperitoneal dhe sakusi herniar i reponuar përtej saj. Për këtë i sëmuri duhet të kollitet ose të bëhet prova Valsalva.

Ne hemien inguinale direkte , kur masa herniare prolabor në dyshemenë e kanalit inguinal, pritet në mënyrë rrethore dyshemeja përreth qafës të sakusit e reponohet sakusi brënda në cavum abdominal. Në këtë nivel futet rrjeta Perfix si shtup e sigurohet me sutura të shumta të vecanta të absorbueshme. Pozicioni korrekt i rrjetës kontrollohet duke u kollitur i sëmuri ose me provën Valsalva.

Ne herniet e mëdha direkte ose tip "pantallon" përdoren me sukses dy ose më shumë rrjeta Perfix si shtup. Ne keto hemie Vazat epigastrike inferiore . që e ndajnë sakusin në mes, mund të priten për të bashkuar të dy sakuset në një të vetme. Vendoset proteza e dyte Marlex në dyshemenë e kanalit inguinal me teknikën pa suturë nga tuberculum pubicum deri mbi anulus inguinal intem. Pjesa laterale e saj ndahet në dy bishta për tu futur në mes kordoni funikular. Krijohet një pseudoanulus inguinal intem sintetik. Aponeuroza e muskulit oblik ekstern abdominis qepet mbi protezën me sutura të vecanta ose kontinua të absorbueshme.

6.7 Teknikat Preperitoneale

Në teknikat preperitoneale futen disa teknika të cilat janë: Teknika Read-Rives. Teknika Stoppa-Eantz. Teknika Nyhus-Condon dhe Teknika Kugel.

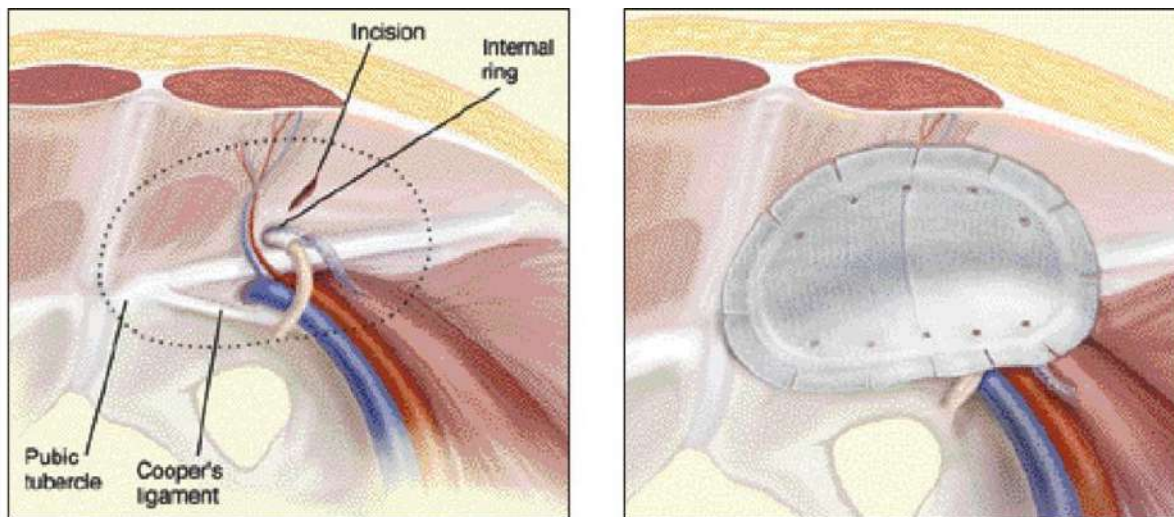


Figure 12 Teknikat Preperitoneale te plastikave ne herniet inguinale

Shumë kirurgë arrijnë hapësirën preperitoneale posteriorisht fascies transversale. I pari që performoi këtë teknikë ishte Cheatle pastaj edhe Nyhus. Avantazhi i kësaj teknike është se materiali prostetik vendoset ndërmjet përmbajtjes herniare dhe defektit herniar, pastaj rritja e presionit intra-abdominal shtyn meshin drejt kanalit inguinal dhe jo si në teknikat anteriore ku meshi shtyhet jashtë.

Këto teknika shmangin kalimin në kanal inuinal dhe lejojnë disa opsione mbylljeje të defektit herniar

Kështu që nervat që kalojnë në kanal inuinal shmangen dhe ka prekje minimale të kordonit spermatic Zakonisht kryhet një incision Plannenstiel për të hyrë në hapësirën preperitoneale.

1. Taktika Read-Rives Kjo hernioplastike është përshkruar nga autori që në vitin 1956. Ajo përforcon murin posterior të kanalit inguinal me rrjete Mersilen me përmasa 10 x 10 cm, mbështetur në idenë se shkak i shfaqjes së hernies është dobësia e dyshemesë së kanalit inguinal , kryesisht fascia transversalis. Hapet kanali inguinal dhe dyshemeja e tij nga anulus inguinal intern deri tek tuberculum pubicum, pa dëmtuar vazat epigastike inferior profunde.

Izolimi dhe përpunimi i sakusit është i njëjtë si me metodat e tjera. Rrjetës më përpara i behet një prerje e posacme për vazat iliake eksterne. Ajo vendoset në spatium retrofascialis dhe preperitoneale. Fiksohet poshtë me ligamentum pectineale Cooper me 4-5 qepje të vecanta nga tuberculum pubicum deri në nivel të vena femoralis dhe pa e dëmtuar atë. Sipër ajo kalon mbrapa arcus muscularis dhe muskulit rectus abdominis, duke u fiksuar edhe këtu me 4-5 sutura në formë të gërmes U, që kalojnë nëpër gjithë trashësinë e muskujve dhe sa më lart të jetë e mundur.

Rrjeta përshtatet me vazat epigastrike me anën e një prerje në pjesën e jashtme të saj. Krijohet një unazë e re e brendëshme duke qepur të dy buzët e prera, të bashkuara me dy sutura në formë të gërmës U me murin abdominal, sa më larg që të jetë e mundur. Rrjeta fiksohet edhe më anash gjatë ligamentum inguinale. Muskuli transversus dhe fascia transversalis qepen si në hemioplastikën Bassin. Shtresat e tjera qepen si zakonisht.

2. Teknika Stoppa

- Plastika Stoppa Kjo plastikë përdoret në herniet e mëdha inguinale, në pacientët që kryejnë punë të rënda fizike, në adipozitetin e shprehur dhe në të sëmurët me sëmundje shoqëruese të tilla si kolagjenoza, asciti, bronkiti etj. Plastika Stoppa futet në grupin e riparimit të hernieve pa tension dhe pa qepje duke përdorur material sintetik përforcues të pa absorbueshëm. Preferohet Mersilen sepse është më i butë dhe merr më lehtë formën e zonës ku vendoset. Proleni nuk preferohet sepse është rrjetë me material gjysëm të fortë. Bëhet një përforcim shumë i madh ose gjigand me material përforcues sintetik bilateral në defektin ose portën herniare. Vetëm duke përdorur një rrjetë me përmasa të mëdha, mund të mbrohet kjo zonë e gjerë dhe e dobët e rrëzës së kofshës.

Presioni intraabdominal e fikson atë në strukturën muskuloaponeurotike të murit abdominal. Vendi i protezës është retrofascial dmth prapa lamina interna, ose posterior të fascia transversalis dhe preperitoneale. sidomos kur përdoret incizioni Pfannenstiel(transversal). Incizioni Pfannenstiel lejon të arrihet lehtë hapësira e Borgos dhe Retzius si vendi më komod i vendosjes së protezës duke mbuluar defektin muskuloaponeurotik hemiar. Rrjeta sintetike mbahet në vend dhe inkorporohet në organizëm si pasojë e reaksionit fibrocitik të mjaftueshem nga struktura makroporoze e saj, si dhe nga presioni pozitiv intraabdominal.

Bëhet incizion median inferior ose transversal duke u prerë edhe fascia transversalis. Preparohet hapësira preperitoneale ose retroparietale nga qendra e hapësirës Retzius , duke shkuar poshtë drejt prostatës pastaj në hapësirën e Borgos anash, prapa muskulit rectus abdominis dhe vazave epigastrike inferiore të thella, deri sa arrihet muskuli ileopsoas. Vazhdohet poshtë duke u zbuluar muri obturator, vazat iliake dhe anash muskuli psoas maior. Sipër nuk është e nevojshme të shtrihet preparimi mbi linea arcuata ose semicirkularis Douglas.

Izolohet sakusi hemiar indirekt. Sakusi i vogël reponohet ndërsa sakusi i madh hapet dhe qepet në qafë duke rezekuar pjesën mbi të. Pjesa skrotale distale lihet në vend për të evituar ndërlikimet si orchitis iskemike dhe hematoma në skrotum.

Sakuset direkte reponohen. Fascia transversalis e dobësuar invertohet dhe suturohet në sipërfaqen e brendëshme të parietit abdominal për të evituar formimin e hematomës, ndërsa funikuli spermatic ndahet nga peritoneumi. Anuluset inguinale të dukura qartë nuk duhen qepur. Rrjeta përgatitet me përmasa 24 x 16 cm në formë të caktuar.

Ajo në të tetë pikat e caktuara kapet me klema të gjata dhe të kthyera. Rrjeta vendoset poshtë midis os pubis dhe vezikës urinare. Me ndihmën e klemave ajo shtrihet majtas dhe lart deri në umbilicus. Hiqen tre klemat e majta. Kirurgu tani kalon në pozicionin e anës tjetër (nga e djathta në të majtë), për të vendosur protezën në anën e djathtë duke bërë të njëjtin veprim. Më tutje hiqen klemat. Për ta mbajtur rrjetën si një perde vendoset një qepje në fascia umbilicalis.

Aponeuroza mbyllet me qepje të vazhdueshme. Rrallë mund të lihet dren.

• *Plastika Wantz*

Në këtë plastikë nuk është e nevojshme të hapet kanali inguinal për të mos u demtuar kordoni funikular dhe nervat inguinal. Përdoret rrjeta Polyester Mersilen sepse i përshtatet mirë dhe merr formën e vendit ku vendoset në dallim nga ajo Polypropylen që është material gjysem i fortë. Zakonisht përdoret në recidivën e një hernioplastike inguinale të mëparshme me rrjetë, kur plastika sipas Stoppa është e panevojshme dhe vetëm në një anë. Aplikohen tre lloje incizionesh: transversal, suprainguinal dhe infrainguinal.

Bëhet incizioni transversal inguinal 8-9 cm i gjatë . 2-3 cm nën linea bispinalis dhe paralel me të, duke filluar nga linea mediana deri pak mbi nivelin e projeksionit të anulus inguinal intern.

Lamina anterior e vaginës së muskulit rectus abdominis pritët, muskuli zhvendoset medialisht

drejt linea mediana dhe vazhdohet prerja e muskujve oblik ekstem et intem abdominis, transversus abdominis, dhe fascia transversalis. Kështu zbulohet indi adipoz preperitoneal. Vazat epigastrike inferior profunde nuk priten.

Hapërsira preperitoneale preparohet në të gjitha anët për tu arritur spatium Retzius, ramus superior osis pubis, foramen obturatorium, vazat iliace dhe muskuli ilopsoas.

Qeset e vogla herniare të dukura qartë izoloohen dhe reponohen me suturë, ndërsa të mëdhatë pasi suturohen në qafë, rezekohen. Në hernien inkarcerata ose rrëshqitëse mund të jetë i nevojshëm incizioni clirues mbi kanalin inguinal. Kordoni funikular lirohet nga peritoneum afërsisht 10 cm mbi anulus inguinal intern.

KREU 7. STUDIMI

Herniet inguinale janë një nga pathollogjite rutine për kirurgun e pergjithshem. Trendi i sotem eshte perdorimi realizimi i hernioplastikës me tekniken Lichtenstein, por jo rralle here ekziston rreziku i pranise te një trupi të huaj, nga perdorimi i rrjetes se prolenit, qe mund të prodhojë reaksione rrjetës, që çojnë në komplikime të ndryshme të tjera kirurgjikale. Riparimi apo hernioplastika me tekniken Desardës është një teknikë e bazuar në riparimin e hernisë duke përdorur një rrip të pazbërthyer nga aponeuroza e m. oblik extren për të forcuar murin e pasmë të kanalit inguinal.

Herniet inguinale janë një nga pathollogjite rutine për kirurgun e pergjithshem. Nga të gjithë barkut herniet e murit abdominal ne 75% te rasteve lokalizohen në rrëzën e kofshës, nga të cilat 95% janë hernie të kanalit inguinal, dhe vetem 5% te tyre e zene Herniet femorale.

Herniet inguinale kanë një mbizotërim ne meshkuj me a raport mashkull me femër prej 9: 1. Rreziku i jetës në një personi me hernie të rrëzën e kofshës është afërsisht 15% tek meshkujt dhe më pak se 5% te femrat. [1]

Jane provuar tashme teknika apo metoda të ndryshme kirurgjikale në riparimi i hernisë gjatë shekujve, duke filluar me tekniken e Bassini-t, deri në teknikat e fundit të Lichtenstein-it pa-tensionme kirurgji të hapur, për të operacionet hernioplastikat laparoskopike.

Sipas Udhëzimeve te Shoqatës Evropiane te Hernies (EHS) të publikuara në 2009, të bazuara në teknikat e riparimit me rrjete, veçanërisht teknika e Lihtenshtein-it dhe metoda laparoskopike, rekomandohen për trajtimin e hernive primare simptomatike inguinale tek të rriturit. [2]

Problemi me këto metoda është se edhe pse kohae të mësuarit për Hernioplastiken sipas teknikes Lichtenstein është më e ulet, po ekziston rreziku i formimit të trupit te huaj, i cili mund të prodhojë reaksione të caktuara nga rrjeta, duke çuar në komplikime të ndryshme të tjera kirurgjikale.

Problemi me riparimin laparoskopik është se, ka nevojë për një kohe mësimi më të gjatë dhe kerkon instrumente e përcaktuara për kirurgji te cilat mund të mos jetë i disponueshëm, pra laparoscopia ka kufizimet e veta.

Riparimi sipas teknikes Desarda është një teknikë e bazuar në riparimin e hernisë duke përdorur një rrip të pazbërthyer nga aponeuroza e m. oblik extern për të forcuar murin e pasëm të kanalit inguinal.

Riparimi i hernies ka tre objektiva kryesore: riparimin e hernies, parandalimi i recidivave, dhe zvogëlimi i dhimbjeve postoperative. [8]



Prof. Dr. Mohan Phulchnad Desarda MS, FICS (Fellow of the International College of Surgeons), FICA (Fellow of the International College of Angiology), lindi më 5 janar 1946 në Changatpuri, Maharashtra, Indi.

Profesor i Kirurgjisë dhe Drejtor i Divizionit të "Hernia Center" në Qendrën Kërkimore të Spitalit Poona, INDI.

Ai është "Profesor Emeritus" në "Galaxy Care Hospital" në Pune, Indi.

Fusha e tij kërkimore është në lidhje me studimin e në lloje të ndryshme të hernieve të jashtme. Ai është autori i vetëm në shumë studime klinike dhe është përfshirë në studimin e një teknike të re të riparimit të hernies inguinale (Groin) pa tension, bazuar në parime fiziologjike. Teknika e tij e operacionit tani quhet "Dr Desarda Repair". Teknika e tij e operacionit ndiqet në më shumë se 61 qendra tani në të gjithë globin.

Deri kohët e fundit, ai ishte konsulent në shumë kompani dhe organizata, të cilat tani ai i ndaloj për shkak të orarit të tij të ngjeshur. Ai është një shkencetar nderkombëtar dhe fitues i shumë medaljeve të arta dhe çmimeve për karrierën e tij të shkëlqyer akademike. Atij i janë dhënë shumë nderime nga institucionet mjekësore, organizatat shoqërore, politike dhe qeveritare. Ai është gjithashtu i interesuar për "Yoga".

Kjo teknike operatore po bëhet popullore në mbarë botën dhe po realizohet në shumë vende si SHBA, Gjermania, Polonia, Kuba, Korea, Ukraina, Shqipëria, Libia, India, Brazili, Irani,

Riparimi sipas teknikes Lichtenstein konsiderohet standardi i artë, megjithatë, ajo ka kufizimet e veta të tilla si ndjesia e trupit të huaj, infeksioni i plagës, fibroza e kordonit, dhimbja kronike, etj. [9]

Teknika riparuese Desarda për riparimin e hernisë inguinale është teknikë e re e karakterizuar nga kostoja e ulët, shkalla e ulët e recidives dhe lehtësia në realizueshmërinë e saj. [3]

kjo teknikë riparimi arrin apo ruan parimin e " tension-free" që është në themelin e teknikës paraqitur më parë nga Lichtenstein. [6]

Në teknikën riparuese Desarda, shiriti aponeurotik zhvendoset nga pjesa e përparme në murin e pasëm të kanalit inguinal pa krijuar tension në murin e pasëm të kanalit inguinal, zevendesimi i rrjetes së prolenit (heterologe) me atë të shiritit aponeurotik të palëvizshëm (autologe) në të lëvizshëm e cila forcon "fiziologjikisht" murin e pasëm të kanalit inguinal është në bazen e saj. [4].

Një avantazh i madh i teknikës së Desarda është kostoja e saj e ulët. Kjo është arsyeja pse shumë studime të publikuara kohët e fundit demonstuan një interes për teknikën. [5- 8]

Ky studim vlerëson rezultatet e riparimit parësor të hernisë inguinale me teknikën e Desarda në lidhje me sëmundshmërinë dhe recidiven postoperatore pas një viti ndjekje.

Teknika Desarda ka potencialin të bëhet standardi i artë i riparimit të hernisë inguinale në vitet në vazhdim. Teknika Desarda e riparimit me bazë jo rrjetë(heterologe) ose me bazë indi (autologe)u përshkrua në 2001. Kjo procedurë është një procedurë e thjeshtë që mund të bëhet nën çdo lloj anestezie nga anestezia e përgjithshme në anestezi lokale dhe ka një kurbë më të vogël të të mësuarit.

Teknika e Desarda është një nga të ashtuquajturat riparime aponeurotike, të cilat iu prezantuan kirurgjisë nga McArthurin 1901 [10]. Operacioni ndjek hapat e zakonshëm derisa qesja herniale të hiqet ose zvogëlohet në hapësirën preperitoneale. Muri i pasmë i kanalit inguinal perforcohet sërish duke qepur flapin medial të aponeurozës të m.oblic extern me ligamentin inguinal (me një suture jo të absorbueshme), e cila fillon nga tuberkula pubike deri në nivelin e kordonit spermatic.

Anulusi intern (Unaza e thellë) inguinale është kështu e restauruar në madhësi. Një shirit prej afërsisht 2 cm (duke llogaritur nga ligamentin inguinal) më pas pritët nga aponeuroza, buza e sipërme e këtij rripi i bashkëngjitet më pas m. oblik intern me anë të suturave të absorbueshme të vecanta.

Sipas autorit të metodës, kjo teknike; rrian fiziologjinë e murit të pasëm inguinal pa shkakuar ngurtësinë e vërejtur në riparimet të cilat përdorin rrjetat për të realizuar plastiken; siguron elasticitetin e përshtatshëm gjatë lëvizjeve të trungut dhe presionit të rritur brenda barkut.

Kanali inguinal më pas mbyllet mbi kordonin spermatic duke i lidhur së bashku dy fletët e aponeurozës së m.oblic extern.

Përkundër faktit se aponeuroza e m. oblic extern ngushtohet me afërsisht 2 cm (gjerësia e flap-it aponeurotik të përdorur për plastike) pacientët nuk përjetojnë tension të shtuar indor.

Në raportin e tij të vitit 2008, Desarda rekomandon përdorimin e suturave të absorbueshme për të dyja linjat e suturave, duke raportuar zero përsëritje [8, 11].

Hernia inguinale është një nga sëmundjet më të vjetra të regjistruara të vuajtjeve me referenca mbi papirusin e lashtë egjiptian që daton në 1552 pes [12].

Herniorrafia më e hershme u krye te Faraoni Merneptah (1224 e1214 para Krishtit) [13]. Fjala "hernie" rrjedh nga një term latin që do të thotë "një këputje". [14].

Një hernie inguinale është një zgjatje e përmbajtjes së zgavrës së barkut ose yndyrës preperitoneale përmes një defekti hernie në zonën inguinale [15].

Hernia inguinale është një nga problemet më të zakonshme të hasura nga kirurgët e përgjithshëm dhe mund të ketë komplikime të rëndësishme [16].

Globalisht, hernia inguinale është lloji më i zakonshëm i hernisë, që përfshin afërsisht 75% të të gjitha hernieve të murit të barkut [17]. Riparimi i hernisë inguinale është një nga operacionet më të zakonshme kirurgjikale të përgjithshme në të gjithë botën që përbën 10 deri në 15% të të gjitha procedurave kirurgjikale dhe është procedura e dytë më e zakonshme kirurgjikale pas apendektomisë [18]. Itshë vlerësuar se në mbarë botën mbi 20 milionë riparime hernie inguinale kryhen çdo vit, nivele specifike të

funksionimit ndryshojnë midis vendeve nga rreth 100-300 për 100,000 popullsi në vit [15]. Në Mbretërinë e Bashkuar, afërsisht 100,000 hernie inguinale riparohen çdo vit, dhe afërsisht 750,000 hernie inguinale riparohen çdo vit në Shtetet e Bashkuara. Sidoqoftë, më pak se 40% në të vërtetë riparohen, duke rezultuar në shumë pacientë që zhvillojnë hernie inguinale afatgjatë të shoqëruar me një incidencë më të lartë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. [15]

Hernia inguinale operohet për të zvogëluar simptomat kur ato janë të pranishme me komplikime akute ose për të parandaluar komplikimet. Pacientët me hernie simptomatike inguinale detyrojnë që simptomat të shfaqen tek mjeku dhe t’i nënshtrohen ndërhyrjes, ndërsa pacientët me simptoma asimptomatike apo edhe minimale paraqesin një dilemë të madhe si për veten e tyre ashtu edhe për mjekun në lidhje me qëndrimin ndaj tyre.

Në zgjedhjen e një taktike trajtimi, të gjithë faktorët e mëposhtëm duhet të merren parasysh; rreziku i përsëritjes; rreziku i komplikimeve; rimëkëmbja postoperative dhe cilësia e jetës (kthimi në punë); shkalla e vështirësisë dhe realizimit të teknikës nga kirurgu (lakimi i të mësuarit); kostot (kostot spitalore dhe sociale)

Meqenëse Bassini publikoi përshkrimin e tij origjinal të riparimit të hernisë inguinale në 1887, shumë teknika për riparimin e hernisë, të tilla si Shouldice, Modifikuar Bassini, Desarda, riparimi i rrjetës Lichtenstein [18, 19].

Në protokollet diagnostikuese për hernie inguinale tek pacientët e rritur mbështetemi në këto pika si: a) Anamneza që përfshin: Edemë në rrëzë të kofshës, djathtas / majtas, lloji i ankesave (dhimbjeve), kohëzgjatja e tyre, prania e ënjtjes në rajonin inguinal, shenjat dhe simptomat e papërputhshmërisë, zvogëlimi i masës herniale, operacionet e mëparshme të hernisë; [21] b) Faktorët predispozues: pirja e duhanit, sëmundja pulmonare obstruktive kronike (COPD), punë e vështirë, me ngritjen e peshave për një kohë të gjatë, histori pozitive familjare, e mëparshme operacionet në hipokondrium inferior.; c) Ekzaminimi fizik; masa hernie (e reduktueshme) (mbi ligamentin inguinal), lokalizimi medial / lateral, prania e cikatriceve në nivelin e rajonit inguinal (dëshmi e një operacioni të mëparshëm), vlerësimi i portës herniale kontralaterale, simptoma të riprodhueshmërisë, reduktueshmërisë, testit përfshirja dhe rajoni skrotal, prania e ascites, ekzaminimi i zorrës së trashë; [21] d) Diagnoza diferenciale me të gjithë tumoret e rajonit inguinal siç janë: Hernia e femurit, hernia incizionale, zmadhimi i nyjeve limfatike, aneurizma, varicet safene, tumoret e indeve të buta, absceset, anomalitë gjenitale (testisi ektopik); [21] e) Prania e dhimbjes dhe diferencimi nga dhimbja e shkaktuar nga: tendoni adduktor, osteiti pubik, osteoartriti i kofshës, bursiti ileopectinea, rrezatimi i dhimbjeve të mesit. [21]

Ekzaminimi i një pacienti me një hernie inguinale të dyshuar duhet: së pari - të kontrolloni pacientin kur ai / ajo është në këmbë; së dyti - identifikimi i masës herniale përmes procesit të kollës; i treti kryen ekzaminimin e barkut me pacientin të shtrirë; e katërta bëjnë diferencimin midis hernies direkte dhe

indirekte; së pesti, bëni një diagnozë diferenciale me: hernie femorale, hidrocele (e diferencuar nga hernie inguinale), venat me varice ... [21]

Ky studim sektorial i kryqezuar bazuar në spital u krye midis Prill 2016 - Mars 2018. Objektivi kryesor i këtij studimi është të vlerësojë rezultatet e operacionit të bazuar në mos vendosjen rrjetës (teknika Desarda) për hernie inguinale duke vlerësuar kohëzgjatjen e operacionit, ndërlikimi, dhimbja kronike dhe përsëritja në pacientët që i nënshtrohen një operacioni hernie inguinale në spitalin tonë në departamentin e Kirurgjisë së Përgjithshme.

Jo të gjithë pacientët e pranuar në departamentin e kirurgjisë të spitalit iu nënshtrohen riparimit të hernies sipas teknikës Desarda pa-rrjetë.

Kriteret e përfshirjes ishin: Moshë mbi 18 vjeç, hernia inguinale jo e përsëritur (recidivante), e pakomplikuar.

Kriteret e përjashtimit ishin hernie të pareponueshme, incarceration ose të përsëritura, kogenitale, bilaterale, kriteret i papërshtatshëm intra-operatore (një aponeurozë e ndarë, e vogël dhe/ose e dobët), pacientë në rrezik të lartë për anestezi, klasa 4 dhe 5 sipas klasifikimit të statusit fizik të pacientëve kandidatë sipas Shoqatës Amerikane të Anestezisë (ASA), histori për abuzimin e drogës.

Qëllimi i studimit: Evidentimi dhe vlerësimi i rezultateve të trajtimit kirurgjikal të hernies inguinale primare të trajtuar në kirurgjinë e planifikuar sipas teknikës Desarda tek të rriturit.

Për identifikimin e teknikës Desarda së trajtimit që ka efikasitetin e saj u mbështetëm në komplikacionet postoperatore; ditë qëndrimit në spital; shkallën e recidivave, komplikime të vonshme, vdekshmëri dhe sëmundshmëri më të ulët.

Të gjitha variablat e studimit të studimit tonë përfshinin; të dhënat demografike; Vlerësimi klinik para ndërhyrjes dhe korrelacioni me komplikimet postoperative dhe BMI; rezultatet postoperative në pacientët me hernie inguinale parësore; Evidenca e efekteve teknike të riparimit sipas teknikës Desarda dhe korrelacioni i tyre me klasifikimin sipas ASA (Shoqata Amerikane e Anestezistëve), gjininë dhe moshën, llojin e hernisë; efekti i antibiotik-profilaksisë operative; vlerësimi i ditëve të qëndrimit në spital pas operacionit; komplikimet, sëmundshmëria, ndërlikimet (herët dhe vonë) dhe vdekshmëria.

Metodologjia e Studimit; Studimi ynë është i tipit rast-kontroll (bazuar në krahasimin e dy grupeve të rastit që i nënshtrohen metodave të ndryshme kirurgjike për trajtimin e hernisë inguinale parësore), me dy përbërës: **a) Përshkrues:** ky komponent i referohet përshkrimit / vlerësimit të prevalencës së hernisë inguinale parësore sipas gjinisë, grupmoshës, BMI, ASA, lokalizimit të hernisë, komplikimet e plagëve operative, komplikimet (sëmundjet e hershme dhe të vonshme) dhe vdekshmëria në operacionet e planifikuara, në pacientët e trajtuar me dhe pa rrjetë; **b) Analitike:** i referohet vlerësimit të lidhjes së variablave të ndryshme me teknikën operative Desarda me komplikime të plagëve operative, komplikime

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

(sëmundshmëri dhe vdekshmëri të hershme dhe të vonshme), dhe cila nga kjo teknikë ka rezultatet më të dëshiruara postoperative.

Koha e studimit përfshin periudhën e a) trajtimit kirurgjikal Nga Prill 2016 - Mars 2018 dhe b) ndjekje postoperative nga Prill 2016 - Mars 2018.

Pacientët u ndoqën në ditën 3, 5, 7 pas operacionit, një, tre muaj dhe çdo vit pas operacionit. Pjesëmarrja maksimale ishte 6 vjet dhe minimumi ishte 3 vjet.

Studimi përfshiu 542 pacientë të shtruar, diagnostikuar dhe trajtuar në Spitalin Universitar të Traumës Tiranë, Shqipëri.

Në studimin tonë u regjistruan 329 (60.7%), pacientë të cilët u realizua herniorafia me rrjetë (sipas Lichtenstein) dhe 213(39.3%) pacientë, të cilët u realizua herniorafia pa rrjetë (sipas teknikës Desarda, Bassini, Shouldice).

Janë përjashtuar nga studimi ynë: pacientët nën 18 vjeç, gratë shtatzëna, pacientë me hernie femorale; pacientë me hernie të përsëritur; pacientë me hernie inguinale primare të komplikuar.

Analiza statistikore e të dhënave: është bërë duke përdorur softuerin SPSS versioni 17.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL). Të dhënat u përmbledhën në formën e grafikeve dhe tabelave të ndryshme për variable të ndryshëm. Variablat e vazhdueshëm u përmbledhën duke përdorur mesataren, dhe devijimin standard. Vlerat P u llogaritën për variablat të hollësishëm duke përdorur testin Chi-square (χ^2) dhe testin e saktë të Fisher, në varësi të madhësisë së grupit të të dhënave.

T-testi i pavarur i studentit u përdor për variablat e vazhdueshëm. Analiza e regresionit logjistik me shumë variable u përdorën për të përcaktuar variablat parashikues që lidhen me rezultatin.

Një vlerë $p < 0.05$ u konsiderua të përbënte një ndryshim statistikor të rëndësishëm.

Rezultatet:

Në studimin tonë u përfshinë 542 pacientë, moshat e tyre që varionin nga 18 në 92 vjeç me një moshë mesatare prej 46.12 vjeç, dhe 514 (94.84%) ishin meshkuj dhe 28 (5.16%) ishin femra me një raport meshkuj-femra 18.3: 1. (Tab.1) Ky ndryshim gjinor ishte statistikisht i rëndësishëm ($P = 0.004$).

Tabela 1 - Shpërndarja e hernies inguinale në bazë të gjinisë.

Gjinia	Frekenca	%	% e vlefshme	% progresive
Mashkull	514	94.84	94.84	94.84
Femër	28	5.16	5.16	100.0
Total	542	100.0	100.0	100.0

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

Në shtrim, 208 (38.4%) pacientë kishin hernie të reduktueshme, 101 (18.6%) kishin hernie të pa reduktueshme.

Shumica e pacientëve 303 (55.9 %) kishin hernie inguinale të djathtë, dhe 156 (28.7 %) kishin hernie inguinale të majtë me një raport nga e djathta në të majtë prej 1.94: 1. dhe 83 (15.4 %) e pacientëve kishin hernie inguinale bilaterale. (Tab.2)

Nga të dhënat e tabelës 3 rezulton së 319 (58.8%) pacientë kishin hernie indirekte, 176(28.7%) e rasteve ishin me Hernie inguinale direkte, dhe 47 (8.6%) kishin lloje indirekte dhe direkte (hernie pantaloön) (tab. 3)

Table 2 - Shpërndarja e hernies inguinale në bazë të lokalizimit.

Hernie Inguinale	Frekenca	%	% e vlefshme	% progresive
e anës së majte	156	28.7	28.7	28.7
e anës së e djathtë	303	55.9	55.9	84.6
bilaterale	83	15.4	15.4	100.0
Total	542	100.0	100.0	

Table 3 - Shpërndarja e hernies inguinale në bazë të llojit.

Hernie Inguinale	Frekenca	%	% e vlefshme	% progresive
Direkte	176	32.6	32.6	32.6
Indirekte	319	58.8	58.8	91.4
Direkte & Indirekte (pantaloön)	47	8.6	8.6	100.0
Total	542	100.0	100.0	

Duke vazhduar me ekspozimin e rezultateve të studimit, një vend të rëndësishëm zë edhe evidentimi i faktorëve të rrishtit /favorizues të zhvillimit të sëmundjes herniare si më poshtë, anamnezë për aktivitet fizik të shtuar, që shoqërohet me atë ngritjes të peshave të rënda (punëtori i ndërtimit, ngarkim e shkarkimit...) u konstatua në 111 (20.4%) pacientë, dhe 227 (41.8%) pacientë ishin duhanpirës.

Koha e paraqitjes klinike të sëmundjes së hernie inguinale (koha e fillimit të ankesave deri nëoperacion) shkonte nga 1 ditë në 45 vite (koha nga shfaqja e sptomave të para deri në kohën që pacienti u operua). Shumica e pacientëve 130 (23.9%) u paraqitën vonë(më shumë se një vit nga fillimi i hernies).

Sëmundjet shoqëruese u evidentuan në 126 (23.2%) pacientë, nga këto 30 (23.8%) e tyre kishin SPOK (Sëmundje Pulmonare Obstructive Kronike), 39 (30.9%) e rasteve kishin hipertension, 27(21.4%) e

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

rasteve kishin diabet mellitus, dhe ne 30 (23.9%) te pacientëve kishin SKV(Sëmundjekardiovaskulare). (Tab. 4)

<i>Sëmundjet shoqëruese</i>	<i>Frekuenca</i>	<i>%</i>	<i>% e vlefshme</i>	<i>% progresive</i>
SPOK	30	23.8	23.8	23.8
Hypertension	39	30.9	30.9	54.7
Diabet Mellitus	27	21.4	21.4	76.1
SKV	30	23.9	23.9	100.0
Total	126	100.0	100.0	

Table 4 - Shpërndarja e sëmundjeve shoqëruese në pacientet në studim

Të gjithë pacientët u vlerësuan para operacionit për përcaktimin e gjëndjes mjekësore të tyre, duke i klasifikuar ato sipas klasifikimit nga ASA, ku kemi këto të dhëna si më poshtë; 317 (58.4%) pacientë kishin ASA të klasës I; 113 (20.8%) kishin ASA të klasës II, 81 (14.9%) kishin ASA klasën III, 21 (3.9%) kishin ASA klasën IV dhe 10 (2.0%) pacientët kishin ASA klasën V. Të gjithë pacientët në këtë studim u nënshtruan herniotomisë së hapur / herniorrhaphy. (Tab. 5)

Table 5 - Shpërndarja e pacientëve me hernie inguinale bazuar në klasifikimin ASA

<i>Klasifikimi ASA</i>	<i>Frekuenca</i>	<i>%</i>	<i>% e vlefshme</i>	<i>% progresive</i>
Klasa I-rë	317	58.4	58.4	58.4
Klasa II-të	113	20.8	20.8	79.2
Klasa III-të	81	14.9	14.9	94.1
Klasa IV-tët	21	3.9	3.9	98.0
Klasa V-të	10	2.0	2.0	100.0
Total	542	100.0	100.0	

Interventi kirurgjikal u krye në të gjithë pacientët, duke përdorur anestezinë spinale në 286 pacientë (52.7%), anestezi të përgjithshme në 141 (26.1%) pacientë dhe anestezi lokale në 115 (21.2%) pacientë. (Tab. 6)

Table 6 - Distribution of patients with Inguinal hernia based on sort of anesthesia

<i>Anesthesia</i>	<i>Frekuenca</i>	<i>%</i>	<i>% e vlefshme</i>	<i>% progresive</i>
Spinale	286	52.7	52.7	52.7
Gjenerale	141	26.1	26.1	78.8
Lokale	115	21.2	21.2	100.0
Totale	542	100.0	100.0	

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

Riparimi i murit të kanalit inguinal të pasëm u përdor nga riparimi i teknikës së modifikuar nga Bassini në 36 (6.7%) pacientë, riparimi i teknikës Shouldice në 51 (9.4%), dhe riparimi i teknikës Desarda në 126 pacientë (23.2%), dhe në 329 (60.7%) pacientë kishin riparim të hernieve sipas teknikës së Lichtenstein. (Tab. 7)

Table 7 - Shpërndarja e pacientëve sipas teknikës së herniorafisë

Teknika e Herniorafisë	Frekuenca	%	% e vlefshme	% progresive
Lichtenstein	329	60.7	60.7	60.7
Desarda	126	23.2	23.2	83.9
Shouldice	51	9.4	9.4	93.3
Bassini	36	6.7	6.7	100.0
Total	542	100.0	100.0	

Duke vazhduar me dhënjen e të dhënave për pacientët që përdoren teknikën Desarda kemi këto rezultate: Mosha e pacienteve tyre varionte nga 18-90 vjeç, mosha mesatare i subjekteve ishte 53.54 ± 19.52 vjeç. Të dhënat sipas grupmoshave të marra në studim ishin si më poshtë: a) 18-30 vjeç janë 6(5%) e rasteve; b) 30-50 vjeç janë 43(34%) e rasteve; c) 50-70 vjeç janë 48(38%) e rasteve; d) mbi 70 vjeç janë 29(23%) e rasteve.

Grupi i pacienteve që përzgjedhen teknikën riparuese Desarda, në studimin tonë u konstatua kjo shpërndarje në raport me kohën e fillimit të ankesave, ku evidentohet që; a) koha fillimit të ankesave <1 vit është në 19 (15%) të pacientëve; b) koha fillimit të ankesave 1-3 vite është në 67 (53%) të pacientëve; c) koha fillimit të ankesave > 3 vite është në 40(32%) të pacientëve;

Shenjat klinike me predominante në pacientët e përfshirë në studim janë si më poshtë: a) konstipacion kronik në 11 (8.7%) të pacientëve; b) kollë kronike në 30(23.8%) të pacientëve; c) fenomene Disurike në 15(12%) të pacientëve; d) Pa ankesa evidente në 70(55.5%) të pacientëve.

Table 8 - Shpërndarja e pacientëve sipas faktorëve të rrishtit

Faktorë e rrishtit	Frekuenca	%	% e vlefshme	% progresive
Duhanpirës	48	38.1	38.1	38.1
Përdorues të Alkoolit	18	14.2	14.2	52.3
Aktivitet fizik të shtuar	27	21.4	21.4	73.7
Nuk kanë	35	26.3	26.3	100.0
Total	126	100.0	100.0	

“Trajtimi i hernieve inguinale pa mesh dhe pa tension”

Në studim tonë kishim 35 (26.3%) të pacientëve nuk kishin faktor rreziku; në 18 (14.2%) e pacientëve ishin përdorues të alkoolit: në 48 (38.1%) e pacientëve ishin duhanpirës: dhe në 16 (20%) të rasteve ishin të dy duhanpirës dhe alkoolistë.

Në studim tonë u evidentua që 39(31%) pacientë kishin hernie inguinale të majtë dhe 87(69%) pacientë kishin hernie inguinale të djathtë, në 80(63.4%) pacientë kishin hernie inguinale indirekte dhe në 46(36.6%) pacientë kishin hernie inguinale direkte, duke vazhduar kështu në 84(66.7%) pacientë kishin hernie inguinale jo-komplete, në 42(33.3%) pacientë kishin hernie inguinale komplete. (Tab. 9)

Table 9 - Shpërndarja e te dhenava te pacientëve sipas lokalizimit dhe formes klinike

<i>Hernie Inguinale</i>	<i>Frekenca</i>	<i>%</i>	<i>% e vlefshme</i>	<i>% progressive</i>
<i>e anës së majte</i>	39	31	31	31
<i>e anës së e djathtë</i>	87	69	69	100
<i>Total</i>	126	100.0	100.0	
<i>indirekte</i>	80	63.4	63.4	63.4
<i>direkte</i>	46	36.6	36.6	100
<i>Total</i>	126	100.0	100.0	
<i>Komplete</i>	42	33.3	33.3	33.3
<i>Jo komplete</i>	84	66.7	66.7	100.0
<i>Total</i>	126	100.0	100.0	

Duke vazhduar me prezantimin e të dhënave të studimit tonë konstatohet që 53(42%) ishin mbipeshë me BMI 26 – 32.

Interventi kirurgjikal u krye në të gjithë pacientët, duke përdorur anestezi spinale në 79 (63%) pacientë, anestezi të përgjithshme në 28(22%) pacientë dhe anestezi lokale në 19 (15%) pacientë. (Tab. 10)

Table 10 - Shpërndarja e pacientëve me tekniken Desarda bazuar në anestezinë e zgjedhur.

<i>Anesthesia</i>	<i>Frekuenca</i>	<i>%</i>	<i>% e vlefshme</i>	<i>% progressive</i>
<i>Spinale</i>	79	63	63	63
<i>Gjenerale</i>	28	22	22	85
<i>Lokale</i>	19	15	15	100.0
<i>Totale</i>	126	100.0	100.0	

Sa i përket kohëzgjatjes së operacionit (e llogaritur nga incizioni i lëkurës deri në qepjen e lëkurës), ajo shkonte nga 50 -100 minuta me një mesatare prej (55.5 ± 15.5).

Vështirësitë teknike u paraqiten në 28 (22%) pacientë, 13 (10%) pacientë ishin mjaft obezë dhe kishin nevojë për kohë më të gjatë për diseksion me një kohë operative që arriti në 100 minuta, dhe 8(6%) pacientë kishin një anatomi të regjionit inguinal të diskutueshme (variacione anatomike të strukturës vaskulare në nivel të funikulit spermatic)

Vënd të veçante në vlerësimin e rasteve të operuara sipas teknikës Desarda është evidentimi i komplikacioneve si me poshte; retension urinar ne 12 (9.5%) të rasteve, të vjella postoperative, edeme skrotale në 16 (12.6%) të rasteve, Hematoma scrotale në 7 (5.5%) të rasteve, infexion i plagës operative ne 5(3.9%) të rasteve, dhimbje akute postoperative në 16 (12.6%) të rasteve, dhimbje kronike postopeatore në 4(3.1%) të rasteve, recidive në 2 (1.55%) të rasteve. (tab.11)

Table 11 - Shpërndarja e komplikacioneve në pacientët në studim

Komplikacionet postoperative	Frekuenca	%
<i>Të përgjithshme</i>	28	22.2
• Retension Urinar	12	9.5
• Të vjella	16	12.6
<i>Lokale</i>	50	39.6
• Edemë Skrotale	16	12.6
• Hematoma scrotale	7	5.5
• Infexion i plagës operative	5	3.9
• Dhimbje akute postoperative	16	12.6
• Dhimbje kronike postoperative	4	3.1
• Hernie recidivante	2	1.55

Sa i përket dhimbjes, vlerësimi i dhimbjes post-operative u bë duke përdorur Shkallën e Vlerësimit Numerik të Dhimbjes.

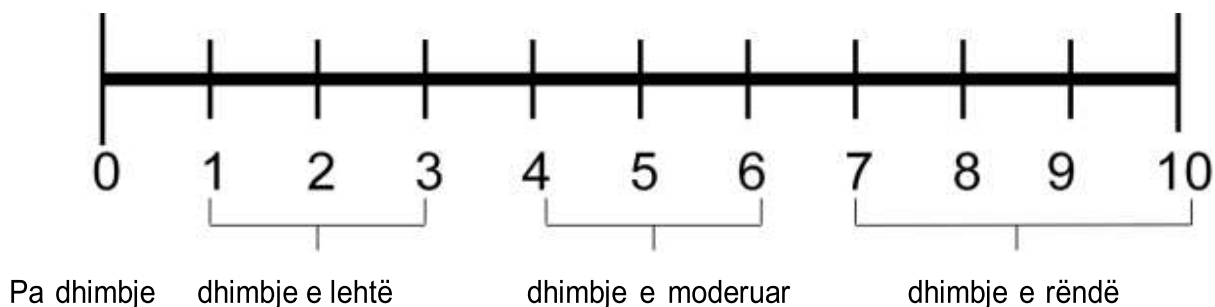
Dhimbja është gjithçka që thotë personi që përjeton është, ekziston kurdo që personi që përjeton thonë se po. *“Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever the experiencing person say it does” (McCaffery and Beebe 1989)*

Shkalla e Vlerësimit Numerik të Dhimbjes (NPRS - Numeric Pain Rating Scale) është një system pikëzimi subjektive në të cilën individët e vlerësojnë dhimbjen e tyre në një vlerë numerike prej 11 pikësh, e cila varion nga 0 (pa dhimbje fare) deri në 10 (dhimbja e rëndë). [22]

Pacientit i kërkohet të bëjë tre vlerësime të dhimbjes, që korrespondojnë me dhimbjen aktuale, më të mire, dhe më të keqe të përjetuar gjatë 24 orëve të fundit.

Mesatarja e 3 vlerësimeve u përdor për të përfaqësuar nivelin e dhimbjes së pacientit gjatë 24 orëve të mëparshme.

Table 12 – Shkalla e vlerësimit të dhimbjes



NPRS mesatare në ditën e parë pas operacionit ishte 6.8, dhe 7 (5.5 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 0; 12 (9.5%) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 3; dhe 79(62,6 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 4; 25 (19.8%) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 5; dhe 3(2.4 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 6;

NPRS mesatare në ditën e dytë pas operacionit ishte 5.8, dhe 45(35.7 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 0; 26 (20.6%) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 3; dhe 39(10,3 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 4; 15 (11.9%) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 5; dhe 1(0.7 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 6;

Një javë pas operacionit, NPRS mesatare ishte 3.28, dhe NPRS mesatare në 1 muaj ishte 1.17. Vetëm 12 (9.5%) të rasteve kishin dhimbje në fund të 1 muaji.

Ndikimi i dhimbjes në nevojën e pacientit për analgjezi ishte si më poshtë: 3(2.4 %) të rasteve treguan një nevojë të vazhdueshme për analgjezi. Ndikimi i dhimbjes ishte i dukshëm në kthimin e pacientit tek ata në aktivitetin dhe punën e përditshme.

Të gjithë pacientët ishin aktiv brenda 12-24 orëve pas operacionit (mesatarja: 11.16 orë). Qëndrimi mesatar në spital ishte 1.76 ± 0.55 (ditë).

Pacientët u kthyen në aktivitetet e tyre të përditshme brenda 10-14 ditëve (mesatarja: 11.22 ditë). Kemi patur 1(0.7 %) të rasteve me dhimbjeve kronike që zgjasin më shumë se 3 muaj.

Kohëzgjatja e qëndrimit në spital ishte dukshëm më e gjatë te pacientët me moshë të avancuar, sëmundje mjekësore shoqëruese, dhe ASA te klasës së lartë.

Në këtë studim, nuk kishim asnjë rast vdekje. Pacientët ishin në dispozicion për ndjekje në 3 muaj, 6 muaj dhe 1 vit, respektivisht. Kohëzgjatja mesatare e ndjekjes pas operacionit ishte nentë muaj (1-24 muaj). Në studimin tonë u konstatuan vetëm 3 (2.3%) raste të përsëritjes së hernisë pas teknikes riparuese Desarda.

Discussion

Të gjitha llojet e operacioneve të hapura të hernisë inguinale kane avantazhe dhe disavantazhe që lidhen me Teknikat aktuale pa-rrjetë (teknikat Bassini/Shouldice), fajësohen për shkak të krijimit të tensionit, apo përdorimi i teknikave riparuese me rrjetë (Liechtensein) fajësohet për shkak të pranisë së trupit të huaj.

Ndërsa në teknikën riparuese e Desarda, një rrip i aponeurozës të muskulit oblik extern, të suturohet midis harkut të muskujve dhe ligamentit inguinal për të dhënë një mur të pasëm të fortë dhe fiziologjikisht dhe dinamik.[23]

Profesori Desarda hipotezoi se kjo force shtesë muskulare, e siguruar nga muskuli oblik extern për të forcuar murin posterior të kanalit inguinal, e cila luan rol të rëndësishëm që parandalon formimin e hernive ose përsëritjen e tyre pas riparimit.

Pra, rezulton në një riparim pa tension pa përdorimin e ndonjë trupi të huaj, duke qenë i thjeshtë për t'u kryer. [23, 24]

Riparimi i hernisë inguinale është tashmë një praktikë e zakonshme dhe rutinë për çdo kirurg dhe në të njëjtën kohë zë një pjesë të rëndësishme të aktivitetit kirurgjikal dhe për sa i përket frekuencës renditet menjëherë pas apendektomisë. [27]

Në studimin tonë u përfshinë 542 pacientë, moshat e tyre që varionin nga 14 në 92 vjeç me një moshë mesatare prej 46.12 vjeç, dhe 514 (94.84%) ishin meshkuj dhe 28 (5.16%) ishin femra me një raport meshkuj-femra 18.3: 1, dhe u zbulua se ishte statistikisht i rëndësishëm. ($p < 0.00001$).

Charles et al raportuan 93.2% të të gjitha rasteve të ishin meshkuj. [28]

Gjithashtu *Russell et al.* evidentoi se hernia inguinale citohet të jetë 20 herë më e zakonshme tek burrat sesa tek gratë [29]. Rezultatet tona janë të ngjashme, në fakt tregojnë se riparimet e hernisë inguinale janë kryer në total pothuajse 18.3 herë më shpesh tek burrat sesa gratë. *Velanovich et al.* gjeti një prevalencë të hernisë midis 85% të meshkujve dhe 15% të femrave [30], *Osifo et al.* ka cituar; moshë mesatare 46 vjeç ishte e ngjashme [31].

Arsyeja e mundshme e mbizotërimit të lartë të hernisë inguinale tek meshkujt është përfshirja e tyre më shumë në aktivitete të vështira. Hernia inguinale ka një prevalencë gjatë gjithë jetës prej 27% tek burrat dhe 3% tek gratë [25], e cila duket të bjerë pas 45 vjetësh [18].

Në studimin tonë ne kemi regjistruar, 208 (38.4%) pacientë kishin hernie të reduktueshme, 101 (18.6%) kishin hernie të pakthyeshme. Shumica e pacientëve 303 (55.9 %) kishin hernie inguinale të djathtë, dhe 156 (28.7 %) kishin hernie inguinale të majtë me një raport nga e djathta në të majtë prej 1.94: 1.

Russell et al. gjithashtu citohen të kanë gjetur hernie inguinale të jenë 20 herë më të zakonshme tek burrat sesa gratë [29]. Rezultatet tona janë të ngjashme, në fakt tregojnë se riparimet e hernisë inguinale janë kryer në total pothuajse 18.3 herë më shpesh tek burrat sesa gratë.

Velanovich et al. gjeti një prevalencë të hernisë midis 85% të meshkujve dhe 15% të femrave [30], *Osifo et al.* ka cituar; mosha mesatare 46 vjeç ishte e ngjashme [31].

Arsyeja e mundshme e mbizotërimit të lartë të hernisë inguinale tek meshkujt është përfshirja e tyre më shumë në aktivitete të vështira. Hernia inguinale ka një prevalencë gjatë gjithë jetës prej 27% tek burrat dhe 3% tek gratë [1], e cila duket të bjerë pas 45 vjetësh [18].

Në studimin tonë ne kemi regjistruar, 208 (38.4%) pacientë kishin hernie të reduktueshme, 101 (18.6%) kishin hernie të pakthyeshme. Shumica e pacientëve 303 (55.9 %) kishin hernie inguinale të djathtë, dhe 156 (28.7 %) kishin hernie inguinale të majtë me një raport nga e djathta në të majtë prej 1.94: 1. *Russell et al.* hernia inguinale gjithashtu citohet të jetë e djathtë në 55% të rasteve. [15] Rezultatet tona kanë pasqyruar këtë mbizotërim të lehtë në të djathtë, me 28.7% riparime në të majtë dhe 55.9% në anën e djathtë.

Charles et al. gjithashtu raportoi se herniat e anës së djathtë ishin më të spikatura se ana e majtë. [28] Tetëdhjetë e tre (15.3%) pacientë kishin hernie inguinale bilaterale. Treqind e nëntëmbëdhjetë (58.8%) pacientë kishin hernie indirekte, dhe 47 (8.6%) kishin lloje indirekte dhe direkte (hernie pantaloons). Rreziku i hernisë inguinale rritet me moshën dhe incidenca vjetore është rreth 50 përqind deri në moshën 75 vjeçare. [32]

Përafërsisht dy të tretat e hernieve inguinale janë indirekte, dhe një e treta janë të drejtpërdrejta. [25] Përafërsisht 10 përqind e rasteve janë bilaterale. [33] Ashtu si tek të rriturit, rreth 10 përqind e rasteve përfshijnë hernie bilaterale. [18]

Anamneza e ngritjes së peshave të rënda (punëtori i ndërtimit, ngarkesa e shkarkimit) u gjet në 111 (20.4%) pacientë, dhe 227 (41.8%) pacientë ishin duhanpirës.

Koha e paraqitjes klinike të sëmundjes së hernies inguinale (koha e fillimit të ankesave deri në operacion) shkonte nga 1 ditë në 45 vjet. Shumica e pacientëve 130 (23.9%) u paraqitën vonë (më shumë se një vit nga fillimi i hernisë).

Sipas *Bronsther et al.* Incidenca e IH është raportuar deri në 4.4% dhe zakonisht paraqitet si një frytje asimptomatike në rreze të kofshës [35]

Shfaqja e hernisë varet nga faktorët e rrezikut, dhe në studimin tonë sëmundja shoqëruese u has në 124 (22.8%) pacientë. Nga këto, 30 (34.1%) kishin infeksione kronike të mushkërive, 39 (31.4%) kishin

hipertension, 27 (21.7%) kishin diabet mellitus dhe 13 (10.4%) pacientë kishin çrregullime kardiovaskulare. *Lau et al.* treguan të njëjtën gjë në artikullin e tyre pasi më poshtë hernia varet nga faktorët e rrezikut, duke përfshirë gjininë, moshën, ankesat e kollës, shtatzënitë e përsëritura, kapsllëk, operacionet paraprake, ngritjen e peshave të rënda, obezitetin, predispozicionin gjenetik dhe pirjen e duhanit [36]

Interventi kirurgjikal u krye në të gjithë pacientët, duke përdorur anestezi spinale në 79 (63%) pacientë, anestezi të përgjithshme në 28(22%) pacientë dhe anestezi lokale në 19 (15%) pacientë. (Tab. 10). *Shyam et al.* në studimin tyre, u evidentuan që anestezia spinale ishte e anestezia që përdoret më shpesh (64.91%), e ndjekur me anestezi të përgjithshme (14.03%), anestezi lokale (12.28 %), anestezi epidurale (5.26%) dhe sedim (3.5%) te rasteve [38]

Sa i përket kohëzgjatjes së operacionit (e llogaritur nga incizioni i lëkurës deri në qepjen e lëkurës), ajo shkonte nga 50 -100 minuta me një mesatare prej (55.5 ± 15.5), e cila i atribuohet faktit se koha e kërkuar për të rregulluar rrjetën është e ngjashme me kohën e kërkuar për të prerë dhe rregulluar aponeurozën e m. oblik extern në riparimin Desarda. *Youssef et al.* [39], *Rodriguez et al.* [40] raportuan ndryshime domethënëse në kohën e operacionit, ndryshe nga rezultatet tona.

Vënd të veçante në vlerësimin e rasteve të operuara sipas teknikës Desarda është evidentimi i komplikacioneve si me poshte; retension urinar ne 12 (9.5%) të rasteve, të vjella postoperative, edeme skrotale në 16 (12.6%) të rasteve, Hematoma scrotale në 7 (5.5%) të rasteve, infexion i plages operate ne 5(3.9%) të rasteve, dhimbje akute postoperative në 16 (12.6%) të rasteve, dhimbje kronike postopeatore në 4(3.1%) të rasteve, recidive në 2 (1.55%) të rasteve. (tab.11)

Rodriguez et al. [40], Arriti rezultate më të mira përse i përket komplikimeve postoperative, 3.4% në Desarda's

Në një studim nga *Amid et al.* raportuan më pak se 2% infeksion të plagës [41]. *Gianetta et al.* [42] raportuan 2.7% hematoma skrotale, 0.7% infeksion plage.

Ne stidimin tone NPRS mesatare në ditën e parë pas operacionit ishte 6.8, dhe 7 (5.5 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 0; 12 (9.5%) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 3; dhe 79(62,6 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 4; 25 (19.8%) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 5; dhe 3(2.4 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 6;

NPRS mesatare në ditën e dytë pas operacionit ishte 5.8, dhe 45(35.7 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 0; 26 (20.6%) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 3; dhe 39(10,3 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 4; 15 (11.9%) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 5; dhe 1(0.7 %) të rasteve kishin shkallë të dhimbjes 6;

Një javë pas operacionit, NPRS mesatare ishte 3.28, dhe NPRS mesatare në 1 muaj ishte 1.17. Vetëm 12 (9.5%) të rasteve kishin dhimbje në fund të 1 muaji.

Ndikimi i dhimbjes në nevojën e pacientit për analgjezi ishte si më poshtë: 3(2.4 %) të rasteve treguan një nevojë të vazhdueshme për analgjezi. Ndikimi i dhimbjes ishte i dukshëm në kthimin e pacientit tek ata në aktivitetin dhe punën e përditshme.

Phoolbalan et al. [43] reported a 10% incidence of pain after inguinal herniorrhaphy.

Situma et al. [44] paraqitën rezultatet e tyre afatshkurtra të riparimit të hernisë inguinale të Desarda kundrejt Bassini të modifikuar, duke arritur në përfundimin se nuk kishte asnjë ndryshim midis këtyre dy teknikave në lidhje me dhimbjen dhe kthimin në aktivitetin normal.

Në studimin tonë u konstatuan në 2 (1.55%) raste të përsëritjes së hernisë pas teknikes riparuese Desarda.

Szopinski et al. [45] raportuan dy recidiva në një grup prej 105 pacientësh pas riparimit të Desarda (1.9%) e cila ndodhi në zonën e dobësuar të murit të pasmë ose unazës inguinale të brendshme deri në 3 vjet pas operacionit.

Konklusionet

Riparimi kirurgjikal i hernis inguinale primare duke përdorur teknikën Desarda është e realizueshme, duke përdorur indet e vetë pacientit. Rezultatet e trajtimi i hernieve inguinale duke përdorur këtë teknikë kane një përqindje të ulët të recidivash, komplikacioneve dhe kronike dhimbje në një periudhe afatgjatë. Duket se riparimi Desarda mund të jetë ende një alternativë e sigurt për plastikat pa përdorim të rrjetes dhe veçanërisht kur pacienti refuzon të ketë një rrjete sintetike.

References

1. Zinner JM, Ashley WS. Maingot's abdominal operations. 12th edn. New York: McGraw-Hill Companies 2013: p. 124.
2. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M. et al.: European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009; 13:343–403.
3. Losanoff JE and Millis JM.: Aponeurosis instead of prosthetic mesh for inguinal hernia repair: neither physiological nor new. *Hernia* 2006, 10:198–199 author reply 200–102
4. Desarda MP and Ghosh DN.: Comparative study of open mesh repair and Desarda's no mesh repair in a district hospital in India. *East Central Afr J Surg.* 2006, 11(2):18-34.
5. Szopinski J, Dabrowiecki S, Pierscinski S, et al.: Desarda Versus Lichtenstein Technique for Primary Inguinal Hernia Treatment: 3-Year Results of a Randomized Clinical Trial. *World J Surg* 2012, 36(5): 984–992.
6. Situma SM.: Comparison of Desarda versus modified Bassini inguinal Hernia repair: a randomized controlled trial. *East Cent Afr J Surg* 2009, 14:70–76
7. Desarda MP.: A new technique of inguinal hernia repair—neither similar to nor modification of Desarda's repair. *J Indian Med Assoc* 2007, 105:654

8. Desarda MP.: No-mesh inguinal hernia repair with continuous absorbable sutures: a dream or reality? A study of 229 patients. *Saudi J Gastroenterol* 2008, 14:122–127
9. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The ten-sion-free hernioplasty. *Am J Surg.* 1989; 157: 188–193.
10. McArthur LL. Autoplastic suture in hernia and other diastases. *JAMA* 1901; 37: 1162–1165.
11. Desarda MP. New method of inguinal hernia repair: a new solution. *ANZ J Surg.* 2001; 71: 241–244.
12. Lau WY. History of treatment of groin hernia. *World J Surg* 2002; 26: 748e59.
13. Thorwald J. The triumph of surgery. New York, NY: Pantheon; 1960. p. p 278.
14. Maingot's Abdominal Operations 12th Edition; Michael Zinner, MD and Stanley Ashley, MD (Eds) McGraw Hill Publishers, page. 127, 2013
15. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society Guidelines on the Treatment of Inguinal Hernia in Adult Patients. *Hernia.* 2009; 13:343–403. 2.
16. Williams NS, Bulstrode CJK, O'Connell PR: *Bailey & Love's Short Practice of Surgery.* 25th edition. London: Hodder Arnold; 2008.
17. Primates P, Golacre MJ: Inguinal hernia repair, incidence of elective and emergency surgery. *Int J Epidemiol* 1996, 25:835–839.
18. Schools IG, Van Dijkman B, Butzelaar RM, Van Geldere D, Simons MP: Inguinal hernia repair in Amsterdam region. *Hernia* 2001, 5(1):37–40.
19. Kingsnorth AN, LeBlanc KA: Management of abdominal hernias. 3rd edition. London, New York: Edward Arnold; 2003:40–47.
20. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society Guidelines on the Treatment of Inguinal Hernia in Adult Patients. *Hernia.* 2009; 13:343–403. 2.
21. Read RC. Herniology: Past, Present and Future. *Hernia.* 2009; 13: 577-80.
22. McCaffery, M., Beebe, A., et al. (1989). Pain: Clinical manual for nursing practice, Mosby St. Louis, MO.
23. Desarda MP.: Surgical Physiology of Inguinal Hernia Repair-A Study of 200 Cases. *BMC Surgery* 2003, 3:1-9.
24. Desarda MP.: Inguinal Herniorrhaphy With an Undetached Strip of External Oblique Aponeurosis: A New Approach Used In 400 Patients. *Eur J Surg.* 2001; 167:443–8.
25. Kingsnorth A, LeBlanc K Review Hernias: inguinal and incisional. *Lancet.* 2003 Nov 8; 362(9395):1561-71. [PubMed] [Ref list]
26. ARSLANI, N. (2020). Clinical Comparison of Postoperative Complications after Lichtenstein versus Bassini Inguinal Hernia Repair. *Albanian Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 4(2), 695-698. <https://doi.org/10.32391/ajtes.v4i2.118>
27. E. Von Elm, D.G. Altman, M. Egger, S.J. Pocock, P.C. Gøtzsche, J.P. Vandenbroucke, Strobe initiative. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies, *Prev. Med.* 45 (4) (2007 Oct 31) 247e251.
28. Charles NR. A two-year retrospective study of congenital inguinal hernia at western regional hospital, Nepal. *J Nep Med Assoc.* 2000; 39: 172-5.
29. Russell RCG, Williams NS, Bulstrode CJK *Bailey & Love's Short Practice of Surgery.* 23rd Edition London: Hodder Arnold, 2000 [Google Scholar]
30. Velanovich, V., Shadduck, P., Khaitan, L. et al. Analysis of the SAGES Outcomes Initiative groin hernia database. *Surg Endosc* 20, 191–198 (2006). <https://doi.org/10.1007/s00464-005-0436-7>
31. Osifo OD, Amusan TI: Outcome of giant inguinoscrotal hernia repair with local lidocaine anaesthesia. *Saudi Med J.* 2010, 31 (1): 53-58.

32. Nicks BA, Askew K. Hernias. eMedicine Web site. 2010 Jan 25. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/189563-overview>. Accessed July 14, 2010.
33. Hammoud M, Gerken J. Inguinal Hernia. [Updated 2020 Sep 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513332/>
34. Schneider E. Inguinal hernia: excerpt from the 5-minute Pediatric Consult. WD Web site. Accessed January 26, 2011.
35. Bronsther B, Abrahams MW, Elbonim C. Inguinal hernia in children-a study of 1000 cases and a review of the literature. *J Am Med Womens Assoc* 1972; 27: 522-235
36. Lau H, Fang C, Yuen WK, Patil NG: Risk factors for inguinal hernia in adult males: a case-control study. *Surgery*. 2007, 141:262-266. 10.1016/j.surg.2006.04.014
37. Anadol AZ, Akin M, Kurukahvecioglu O, Tezel E, Ersoy E. A prospective comparative study of the efficacy of conventional Lichtenstein versus self-adhesive mesh repair for inguinal hernia. *Surg Today*. 2011 Nov;41(11):1498-503. doi: 10.1007/s00595-011-4545-8. Epub 2011 Oct 4. PMID: 21969152
38. Dr. Devajit Chowlek Shyam; Dr. Amy Grace Rapsang. Inguinal hernias in patients of 50 years and above. Pattern and outcome. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2013; 40(5): 374-379
39. J. Szopinski, S. Dabrowiecki, S. Pierscinski, *et al.* Desarda versus Lichtenstein technique for primary inguinal hernia treatment: 3-year results of a randomized clinical trial *World J. Surg.*, 36 (5) (2012), p. 984-992
40. Z. Abbas, S.K. Bhat, M. Koul, Bhat R. Hernia, Desarda, Lichtenstein, V.A.S. Desarda No mesh repair versus lichtenstein S open mesh repair of inguinal hernia *A Comp. Study*, 22 (9035) (2015 Sep)
41. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Open “tension-free” repair of inguinal hernias: the Lichtenstein technique. *Eur J Surg*. 1996;162(6):447-53.
42. Gianetta E, Cuneo S, Vitale B, Camerini G, Marini P, Stella M. Anterior tension-free repair of recurrent inguinal hernia under local anesthesia: a 7-year experience in a teaching hospital. *Ann Surg*. 2000;231(1):132-6.
43. Poobalan AS, Bruce J, Smith WC, King PM, Krukowski ZH, Chambers WA. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. *Clin J Pain*. 2003;19(1):48-54.
44. Situma SM. Comparison of Desarda versus modified Bassini inguinal Hernia repair: a randomized controlled trial. *East Cent Afr J Surg*. 2009;14:70–76. [[Google Scholar](#)]
45. Szopinski J, Dabrowiecki S, Pierscinski S, Jackowski M, Jaworski M, Szuflet Z. Desarda versus Lichtenstein technique for primary inguinal hernia treatment: 3-year results of a randomized clinical trial. *World J Surg* 2012;36:984-92. [DOI PubMed PMC](#)

