

## Αποκατάσταση της βουβωνοκήλης με νοσηλεία μίας ημέρας

Χ. Φριζής, Ι. Πριονίδης, Κ. Κωνσταντινίδης, Γ. Χατζηθεοχάρης

Α΄ Χειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης

**Περίληψη:** Η μελέτη της λειτουργικής ανατομικής του βουβωνικού πόρου έχει οδηγήσει από τις κλασικές τεχνικές, που στηρίζονται στη συμπλησία των ανατομικών στοιχείων, στη "χωρίς τάση" αποκατάσταση του βουβωνικού πόρου. Η εφαρμογή της μεθόδου με τοπική αναισθησία, χωρίς νοσηλεία των ασθενών, οδήγησε σε βελτίωση των αποτελεσμάτων και μείωση του κόστους νοσηλείας. Σκοπός της εργασίας ήταν να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της μεθόδου, συγκρίνοντας τα αποτελέσματά μας με αυτά εξειδικευμένων κέντρων του εξωτερικού, με απώτερη επιδίωξη την επέκταση της μεθόδου και σε άλλες χειρουργικές παθήσεις, που μπορούν να αντιμετω-

πωπιστούν με νοσηλεία μίας ημέρας. Την τετραετία 1994-1998, στην Α΄ Χειρουργική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης διενεργήθηκαν 161 αποκαταστάσεις βουβωνοκήλης με νοσηλεία μίας ημέρας και με τη μέθοδο tension - free κατά Lichtenstein. Από την εξέταση των αποτελεσμάτων μας καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η μέθοδος είναι δυνατό να εφαρμοστεί στην καθημερινή πράξη. Ακόμη πιστεύουμε ότι η χειρουργική με νοσηλεία μίας ημέρας είναι δυνατό να επεκταθεί και σε άλλες παθήσεις με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τη σύγχρονη μείωση του κόστους. *Ιπποκράτεια 1998, 2 (3): 135 - 138*

Η χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης αποτέλεσε θέμα που απασχόλησε για πολλά χρόνια τους χειρουργούς και το οποίο μέχρι πρόσφατα πιστευόταν ότι είχε βρει την οριστική του λύση. Η θεώρηση ορισμένων παθοφυσιολογικών παραμέτρων και η μελέτη της λειτουργικής ανατομικής της περιοχής οδήγησαν στην εισαγωγή και την επιτυχή εφαρμογή μεθόδων αποκατάστασης των βουβωνοκηλών "χωρίς τάση" (tension - free), οι οποίες και τείνουν να εκτοπίσουν τις κλασικές τεχνικές. Η ασφαλής και επιτυχής εφαρμογή των μεθόδων αυτών με τοπική αναισθησία αποτέλεσε μια επιπλέον παράμετρο που άλλαξε ριζικά τη θεραπευτική προσέγγιση των χειρουργών για την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης.

Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος νοσηλείας, οι όχι απεριόριστες δυνατότητες χρηματοδότησης της υγείας, τόσο από το κράτος όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς, σε συνδυασμό με την ταχύτερη αποκατάσταση της δραστηριότητας και τη μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση, από την άμεση επιστροφή του ασθενούς στο οικείο περιβάλλον, οδήγησαν στην εφαρμογή της νοσηλείας μίας ημέρας (day-care). Ενδεικτικό της σύγχρονης τάσης στην αντιμετώπιση των χειρουργι-

κών παθήσεων είναι ότι το 1988 στις ΗΠΑ το 40,5% του συνόλου των χειρουργικών επεμβάσεων έγινε χωρίς νοσηλεία των ασθενών σε Νοσοκομείο<sup>1</sup>.

Με βάση τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθόδου στις Η.Π.Α., η αποκατάσταση της βουβωνοκήλης με νοσηλεία μίας ημέρας άρχισε να εφαρμόζεται στην Α΄ Χειρουργική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης από τον Ιούλιο του 1994. Σκοπός της εργασίας ήταν να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της μεθόδου, συγκρίνοντας τα αποτελέσματά μας με αυτά εξειδικευμένων κέντρων του εξωτερικού, έχοντας σαν απώτερη επιδίωξη την επέκταση της μεθόδου και σε άλλες χειρουργικές παθήσεις, που μπορούν να αντιμετωπιστούν με νοσηλεία μίας ημέρας.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Την τετραετία 1994-1998 στην Α΄ Χειρουργική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης διενεργήθηκαν 161 αποκαταστάσεις βουβωνοκήλης με νοσηλεία μίας ημέρας με τη μέθοδο tension - free κατά Lichtenstein. Τους ασθενείς αποτελούσαν 156 άνδρες (ποσοστό 97%) και 5 γυναίκες (ποσοστό 3%) ηλικίας από 25 ως 85 ετών [μ.ο. 57,7 ± 12,5 (m\*sd)].

Κατά την προσέλευσή του στα Εξωτερικά Ιατρεία ο ασθενής εξετάζονταν από ειδικό Χειρουργό. Μετά από λεπτομερή

λήψη ιστορικού, με ιδιαίτερη έμφαση στις τυχόν συνυπάρχουσες παθήσεις και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, ο ασθενής υποβάλλονταν σε φυσική εξέταση κατά την οποία αξιολογούνταν η γενική του κατάσταση και καταγράφονταν ο τύπος, η πλευρά και το μέγεθος της κήλης. Εάν από την κλινική εξέταση κρίνονταν ότι μπορεί να υποβληθεί σε αποκατάσταση της κήλης με νοσηλεία μιας ημέρας, εξηγούνταν στον ασθενή η "ακολουθητέα" μεθοδολογία και τα πλεονεκτήματα της μεθόδου. Αν συμφωνούσε, δίνονταν παραπεπτικά για αιματολογικό, βιοχημικό, ηλεκτροκαρδιογραφικό και ακτινογραφικό έλεγχο του θώρακα. Σε περίπτωση που οι τυχόν συνυπάρχουσες παθήσεις δεν αποτελούσαν αντένδειξη, ο ασθενής εξετάζονταν από το γιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας για τη λήψη οδηγιών ή την τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, εάν αυτό κρίνονταν απαραίτητο.

Μετά την αξιολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων, ο ασθενής εισάγονταν στην Κλινική μια ώρα πριν από την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Προετοιμάζονταν το χειρουργικό πεδίο, κατά τα συνήθη, τοποθετούνταν ορός για διατήρηση φλέβας και χορηγούνταν προνάρκωση. Ο ασθενής οδηγούνταν στο χειρουργείο, όπου συνδέονταν με monitor για συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο, υποβάλλονταν σε τοπική αναισθησία και αποκατάσταση της βουβωνοκήλης με τη μέθοδο "tension-free" κατά Lichtenstein<sup>2</sup>.

Μετά το τέλος της επέμβασης, ο ασθενής οδηγούνταν στον θάλαμο όπου ελέγχονταν η γενική του κατάσταση, η κινητικότητα του σύστοιχου σκέλους και έπαιρνε οδηγίες για λήψη υγρών και τροφής από το στόμα.

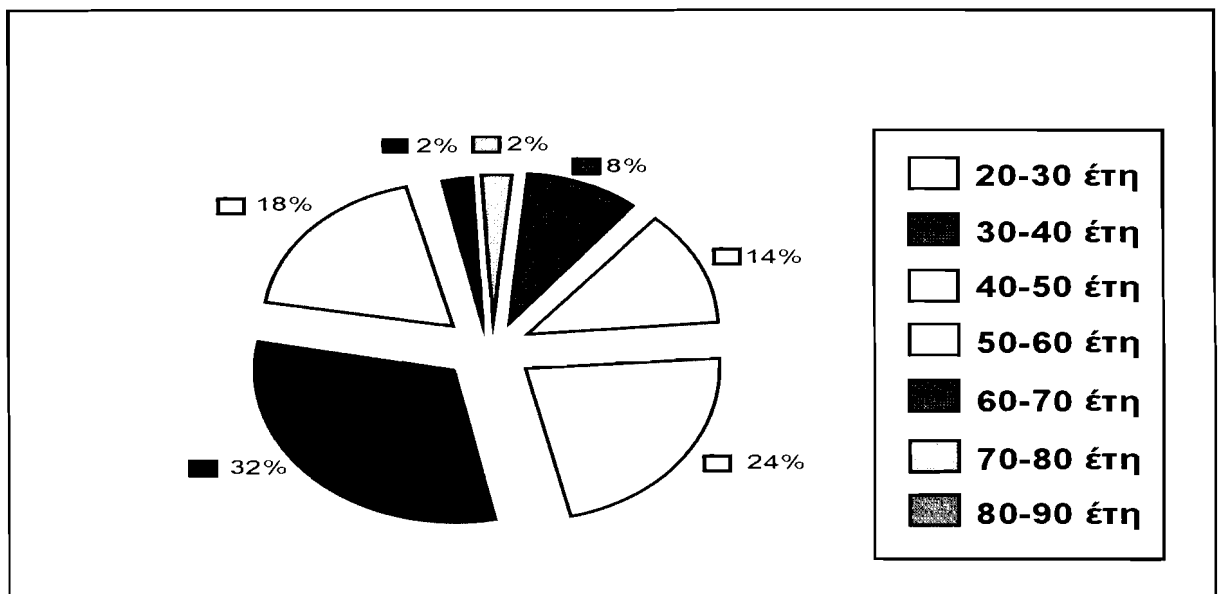
Μετά από παρακολούθηση έξι ωρών ελέγχονταν το τραύμα και η περιοχή της επέμβασης και ο ασθενής εξέρχονταν με οδηγίες για από το στόμα λήψη αντιβιοτικών και αναλγητικών. Επίσης έπαιρνε οδηγίες σχετικά με την επιτρεπόμενη δραστηριότητα και την άμεση επανεξέτασή του από τους γιατρούς της κλινικής, για ενδεχόμενες επιπλοκές. Η άμεση επανεισαγωγή του ασθενούς θεωρούνταν αποτυχία της μεθόδου, ενώ η εμφάνιση υποτροπής δε σχετιζόνταν με τη μέθοδο που αναφέρεται.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κατανομή των ασθενών κατά δεκαετία ηλικίας (Εικ.1) και κατά σειρά συχνότητας αφορούσε την 6η (32%), την 5η (24%), την 7η (18%), την 4η (14%), την 3η (8%), την 8η (2%) και την 2η (2%) δεκαετία.

Από το σύνολο των 161 ασθενών αναγνωρίστηκε διεγχειρητικά ότι οι 88 (55%) είχαν ευθεία βουβωνοκήλη, οι 68 (42%) λοξή, ενώ σε 5 (3%) συνυπήρχαν ευθεία και λοξή (en pantaloon).

Η επέμβαση σε τέσσερις περιπτώσεις ήταν επείγουσα λόγω περίσφιξης (ποσοστό 2%). Το ποσοστό νοσηρότητας ήταν 3%. Οι πρώιμες επιπλοκές αφορούσαν το τραύμα (ορώδης συλλογή, αιμάτωμα) ή το όσχεο (οίδημα). Αναλυτικά, ορώδη συλλογή (seroma) εμφάνισαν δύο ασθενείς (ποσοστό 1,2%), οίδημα οσχέου παρατηρήθηκε σε άλλους δύο (1,2%), ενώ αιμάτωμα - που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά - παρουσίασε ένας ασθενής (ποσοστό 0,6%). Υποτροπή εμφάνισε ένας ασθενής (ποσοστό 0,6%). Το συνολικό κόστος - συνυπολογιζομένων των νοσηλίων, των φαρμάκων και των απαραίτητων για την καθημιά επέμβαση υλικών - εκτιμήθηκε για την επέμβαση με ραχιαία αναισθησία στις 100.000 - 110.000 δρχ. (νοσηλεία τριών ημερών), ενώ για την επέμβαση με τοπική αναισθησία στις 30.000 - 35.000 δρχ. (νοσηλεία μιας ημέρας). Η σχέση κόστους των δύο τεχνικών υπολογίζεται σε 1:3, ενώ ο πραγματικός μέσος χρόνος νοσηλείας για τους ασθενείς,



Εικ. 1: Κατανομή των ασθενών κατά δεκαετία ηλικίας

που υποβλήθηκαν σε επέμβαση με ραχιαία αναισθησία, ήταν 4,5 ημέρες.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το 1892 ο Bassini εφαρμόζοντας την ομώνυμη τεχνική, ανακοίνωσε τα αποτελέσματα της αποκατάστασης της βουβωνοκήλης σε 262 ασθενείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο μέσος χρόνος νοσηλείας στο Νοσοκομείο ήταν 21 ημέρες. Παρά το γεγονός ότι η κατάκλιση θεωρούνταν ο καλύτερος σύμμαχος του χειρουργού, όπως υποστήριζαν οι John Hunter και Hugh Owen Thoms, λίγα χρόνια αργότερα, το 1899, ο Emil Reis στο Σικάγο άρχισε να εφαρμόζει την πρώιμη κινητοποίηση των ασθενών. Αν και η εργασία του Bassini αποτέλεσε σταθμό, ο Farquharson ήταν αυτός που επρόκειτο ν' αλλάξει ριζικά τις απόψεις για τη νοσηλεία μετά την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης. Το 1955 ανακοίνωσε τα αποτελέσματα της επιτυχούς αποκατάστασης της βουβωνοκήλης σε 485 ασθενείς χωρίς νοσηλεία<sup>3</sup>. Αν και την άποψη αυτή ακολούθησαν σχεδόν αμέσως διάφοροι χειρουργοί, όπως ο Lichtenstein, ο Gaster και ο Bellis, οι οποίοι εφάρμοσαν τη νοσηλεία μιας ημέρας, η άποψη της σχετικά μακράς νοσηλείας μετά από επέμβαση για βουβωνοκήλη ήταν εδραιωμένη. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 1972 η παραμονή στο Νοσοκομείο μετά επέμβαση για βουβωνοκήλη ήταν 10,2 ημέρες στην Αγγλία και 5,7 ημέρες στις Η.Π.Α.<sup>4</sup>

Η τεχνική του Bassini, η οποία αποτελεί το standard με το οποίο συγκρίνεται κάθε μέθοδος, όπως και οι άλλες τεχνικές, που ακολούθησαν, στηρίζονται την κλασική άποψη της συμπλησίωσης ανατομικών στοιχείων, τα οποία υπό φυσιολογικές συνθήκες αφίστανται μεταξύ τους. Οι πολλές ραφές, που τοποθετούνται για τη δημιουργία του νέου τοιχώματος, προκαλούν πόνο, που συνεπάγεται την καθήλωση του ασθενούς για πολλές ημέρες στο κρεβάτι. Επιπλέον, το νέο τοίχωμα που δημιουργείται με τη συμπλησίαση μυικών και απονευρωτικών στοιχείων αντί της ενίσχυσης του βουβωνικού πόρου, όπως αρχικά πιστευόταν, οδηγεί ουσιαστικά σε εξασθένησή του. Με βάση τα στοιχεία αυτά εισήχθη η άποψη της χωρίς τάση αποκατάστασης της βουβωνοκήλης, η οποία είναι δυνατό να γίνει με τη χρήση πλέγματος. Το 1984 άρχισε να εφαρμόζε-

ται η tension - free μέθοδος στο Lichtenstein Hernia Institute και τα αποτελέσματά της, μετά από ένα εξαιρετικά μεγάλο αριθμό ασθενών και συστηματική παρακολούθηση επί σειρά ετών, δικαιώνουν την αποτελεσματικότητα της τεχνικής<sup>2,5</sup>. Η μέθοδος εφαρμόζεται με τοπική αναισθησία, η οποία είναι απλή, αποτελεσματική, έχει μικρό κόστος και στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως συμβαίνει με άλλες μεθόδους αναισθησίας. Η εγχειρητική τεχνική είναι σχετικά απλή και αποτελεσματική ακόμη και από χειρουργούς που δεν απασχολούνται αποκλειστικά και μόνο με το πεδίο αυτό της Χειρουργικής<sup>6</sup> και εφαρμόζεται χωρίς νοσοκομειακή νοσηλεία (day - care).

Τα πλεονεκτήματα της νοσηλείας μιας ημέρας είναι σημαντικά τόσο από άποψη ποιότητας υγείας όσο και από άποψη κόστους νοσηλείας. Η παραμονή των ασθενών μερικές ημέρες πριν από την επέμβαση στο Νοσοκομείο αυξάνει τη συχνότητα διαπύησης του τραύματος από μικροοργανισμούς, οι οποίοι πολλές φορές είναι ανθεκτικοί στα αντιβιοτικά καθημερινής χρήσης. Η διαπύηση του τραύματος έχει σαν απώτερη επιπλοκή την αύξηση του αριθμού των υποτροπών, ενώ παράλληλα αυξάνει σημαντικά το κόστος νοσηλείας. Η με τοπική αναισθησία αποκατάσταση της βουβωνοκήλης επιτρέπει στο χειρουργό να ελέγχει διεγχειρητικά την αποτελεσματικότητα της επέμβασης με τη "δοκιμασία του βηχός". Εξάλλου, με την τοπική αναισθησία δεν παρατηρείται κατά τη διεγχειρητική περίοδο πάρεση του εντέρου, επίσχεση ούρων, ατελεκτασία ή εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση λόγω κατακλίσεως. Είναι λοιπόν προφανές ότι με τη μέθοδο επιτυγχάνεται μικρότερο ποσοστό επιπλοκών, ταχύτερη κινητοποίηση των ασθενών και μικρότερη παραμονή στο Νοσοκομείο. Οι δύο τελευταίοι παράγοντες έχουν σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό του χρόνου αναμονής για εισαγωγή στο Νοσοκομείο άλλων ασθενών και ταχύτερη επάνοδο του ασθενούς στις συνηθισμένες δραστηριότητες.

Ο Polumbo έδειξε ότι οι ασθενείς που κινητοποιούνται την ημέρα της επέμβασης ή την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα έχουν λιγότερες επιπλοκές και μικρότερη συχνότητα υποτροπών από αυτούς που μένουν σε κατάκλιση μετά την

τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι η συχνότητα του αιματώματος ή της ορώδους συλλογής στο χειρουργικό τραύμα και της υποτροπής δεν αυξάνει με την πρώιμη κινητοποίηση του ασθενούς<sup>7</sup>. Η μέθοδος λοιπόν αποτελεί τη "χρυσή τομή", όπου η βελτίωση των αποτελεσμάτων συμβαδίζει με τη μείωση του κόστους.

Τα αποτελέσματά μας είναι συγκρίσιμα με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας<sup>7</sup>, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται για την ορώδη συλλογή στο 1,96%, για το αιμάτωμα είναι 0,35%, για το οίδημα οσχέου επίσης 0,35%, ενώ η διαπύσηση του χειρουργικού τραύματος παρατηρείται σε ποσοστό 0,89%. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην τωρινή ανασκόπηση δεν παρατηρήθηκε η τελευταία επιπλοκή, αλλά και το ποσοστό των άμεσων επανεισαγωγών - στη σχετική βιβλιογραφία<sup>8</sup> ανέρχεται στο 2,4% - ήταν επίσης μηδενικό.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματά μας διαπιστώνουμε ότι συμβαδίζουν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας και ότι η μέθοδος είναι εξίσου ασφαλής και αποτελεσματική κατά την εφαρμογή της στην Α' Χειρουργική Κλινική όσο και σε εξειδικευμένα κέντρα.

Με βάση τα στοιχεία αυτά σχεδιάζεται η επέκταση της μεθόδου και σε άλλες παθήσεις που μπορούν να αντιμετωπιστούν με νοσηλεία μιας ημέρας. Η λειτουργία Εξωτερικού Ιατρείου day - care θα έχει ως αποτέλεσμα την επιλογή των ασθενών που έχουν ένδειξη για την εφαρμογή της μεθόδου, τη σωστή προεγχειρητική προετοιμασία τους και τη μείωση του χρόνου αναμονής για τους ασθενείς αυτούς.

#### ABSTRACT

**Frizis H, Prionidis I, Konstadinidis K, Chatzitheoharis G. Repair of inguinal hernia with one day hospitalization (day - care). Hippokratia, 1998, 2 (3):135 - 138**

The classical surgical techniques of the inguinal hernia repair were based on approximation of tissues not normally overlapped. The recognition of this conceptual mistake led surgeons to the "tension - free" repair of the inguinal canal. The application of this method under local anesthesia without hospitalization (day - care) proved to be safe and cost - effec-

tive with better surgical results compared to the old fashioned method.

The aim of this study was to test the safety and the efficacy of the method comparing our results with those of specialized centers with large series of patients treated on a day - care basis.

During a 4 year period, 1994-1998, in the First Surgical Department of the Hippokration General Hospital, 161 patients undergone inguinal hernia repair with the "tension - free" method by Lichtenstein on a day - care basis.

The review of our results led us to the conclusion that the method can be applied with excellent results in every day practice. Moreover we believe that the method of day - care can be applied to other surgical diseases as well, leading to the improvement of health services and the reduction of the cost.

#### REFERENCES

1. Gilbert AI. Day Surgery for Inguinal Hernia. *Int Surg* 1995, 80: 4-8.
2. Amid PK, Shulman A, Lichtenstein IL. An analytic comparison of laparoscopic hernia repair with open "tension - free" hernioplasty. *Int Surg* 1995, 80: 9-17.
3. Farquharson E. Early ambulation with special reference to hernioplasty as an outpatient procedure. *Lancet* 1955, 1: 6889-6891.
4. Glassow F. Short stay surgery (Shouldice technique) for repair of inguinal hernia. *Ann R Coll Surg Engl* 1976, 58:133-139.
5. Amid PK, Shulman A, Lichtenstein IL. A critical evaluation of the Lichtenstein tension free hernioplasty. *Int Surg* 1994, 76: 76-79.
6. Schulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. A survey of non-expert surgeons using the open tension - free mesh patch repair for primary inguinal hernias. *Int Surg* 1995, 80: 35-36.
7. Campanelli GP, Covagnoli R, Gabrielli S, Pietri P. Trabucco's Procedure and Local Anaesthesia in Surgical Treatment of Inguinal and Femoral Hernia. *Int Surg* 1995, 80: 29-34.
8. Jiburum BC, Akpuaka FC. Scope and problems of day - care surgery in a plastic surgical unit. *West Afr J Med* 1996, 15: 237-239.

*Αλληλογραφία*

X. Φριζής

Α' Χειρουργική Κλινική

Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν., Θεσσαλονίκη

*Corresponding author:*

H. Frizis

First Surgical Clinic

Hippokratia G.H., Thessaloniki - Greece