

# Cum Putem Îmbunătăți Urmărirea Pacienților Operați De Hernie Inghinală

D Moga\*

Secția Chirurgie, Spitalul Militar de Urgență "Dr. Alexandru Augustin" Sibiu, România

\*Corresponding author: D Moga, MD, Department of Surgery, Emergency Army Hospital, Dr. Alexandru Augustin" Sibiu, Romania, B-dul Victoriei 44-46, 550024, Sibiu, Romania, Tel: +40 (0) 269 21 12 09; E-mail: [mogadoru@yahoo.com](mailto:mogadoru@yahoo.com)

Received date: 20 December 2013, Accepted date: 30 January 2014, Published date: 9 May 2014

Copyright: © 2014 Moga D. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

## Abstract

**Background:** A long-term follow-up of inguinal hernia operated patients is mandatory in order to evaluate the efficiency of the surgical procedures. AIM: The aim of this study is to evaluate a personal follow-up procedure for the operated inguinal hernia patients.

**Material and Methods:** A prospective study including the patients who underwent Lichtenstein tension-free procedure was performed. A prospective follow-up to 1, 6 and 12 months using a Quality of Life (QoL) questionnaire was performed, and the results were carefully analyzed.

**Results:** 44 consecutive patients operated from June 2011 until May 2012 was included in the study. The median age was 60 years old and men to women ratio were 43 to 44. To 1 month postoperative check-up, 88.63% of the patients were presented and at 6 months only 31.81% from the patients were presented to the postoperative check-up, and after 12 months 58.13% of the patients answered to QoL questionnaire. In term of QoL, 76% of the patients had "excellent result" and 24% "very good result" one year after the procedure. We recorded no recurrence one year after the procedure to the patients who underwent the check-up physical exam. Even the postoperative results are outstanding, the follow-up is only satisfactory from multiple reasons, equally related to doctors, patients and medical system as well.

**Conclusions:** In our conditions the long term follow-up of the inguinal hernia operated patients is more likely a goal than a routine activity. Further studies and activities (e.g. a National Hernia Registry) will be necessary to improve the patients' follow-up procedure.

**Keywords:** Groin Hernia; Lichtenstein Procedure; Follow-Up

## Introducere

Intervențiile chirurgicale efectuate pentru diagnosticul de hernie inghinală sunt printre cele mai frecvente intervenții practicate în serviciile de chirurgie generală. Anual pe glob sunt efectuate aproximativ 20 de milioane de astfel de operații [1]. Numărul lor foarte mare este explicat prin riscul de a face o hernie inghinală de-a lungul vieții, care este de 27% în cazul bărbaților și de 3% în cazul femeilor [2]. Au fost descrise peste 70 de tehnici de cură herniară [3]. Dintre acestea însă, sunt validate în prezent un număr restrâns de intervenții care și-au demonstrat eficiența: tehnica Lichtenstein, Shouldice, tehnicile laparoscopice.

Eficiența unui procedeu chirurgical este dată de rata complicațiilor postoperatorii (mai ales incidența durerii cronice) și rata recidivei [4,5]. În acest scop urmărirea postoperatorie a pacienților este obligatorie.

Scopul studiului de față este de a evalua dacă maniera în care se efectuează urmărirea pacienților în serviciul nostru este corectă și suficientă.

## Material și Metodă

În Secția Chirurgie a Spitalului Militar de Urgență Sibiu, în intervalul iunie 2011 – mai 2012, au fost incluși în studiu toți pacienții

internați cu diagnosticul de hernie inghinală, operați de către autorul articolului. În perioada mai sus menționată, au fost practicate 44 de operații protetice, prin abord anterior, după tehnica Lichtenstein.

Înainte de operație, cu ocazia anamnezei și a semnării consimțământului informat, am încercat să explicăm pe înțelesul pacienților ce înseamnă hernia inghinală și în ce constă intervenția chirurgicală, cu riscurile și complicațiile acesteia. În scopul unei cât mai bune informări a pacienților, am elaborat un ghid al pacientului (*Ghidul pacientului – Ce este hernia inghinală?*), care a fost pus la dispoziția tuturor pacienților care și-au exprimat disponibilitatea de a-l parcurge.

Pacienții operați, înainte de externare au fost informați cu privire la necesitatea controalelor postoperatorii (la 1 lună, la 6 luni și la 12 luni postoperator), aceste informații fiind trecute și în biletul de ieșire din spital/scrisoarea medicală.

Pentru evaluarea rezultatelor, chestionarele au fost interpretate utilizând următoarea scală: 9-10 puncte (*rezultat excelent*), 6-8 puncte (*rezultat foarte bun*), 5-6 puncte (*bun*), 3-4 puncte (*slab*), < 3 puncte (*foarte slab*) [6].

La controlul de 1 an, pe lângă consult pacienții au fost rugați să completeze și un chestionar (Tabelul 1). Chestionarul a fost trimis prin poștă după 1 an de la operație pacienților care nu s-au prezentat la control.

**Table I:** Chestionar de evaluare calitativă și cantitativă a calității vieții la 1 an după cura herniei inghinale.

Dacă Da, la ce interval de timp de la operație? .....	
---	--

<b>1) Cum vă simțiți după cura herniei ?</b>	
Mai rău ca înainte	- 1
Rău	0
La fel	1
Bine	2
Foarte bine	3
Excelent	4
<b>2) Aveți vreuna din suferințele pe care le-ați avut înainte de operație?</b>	
Da	0
Nu	1
Dacă Da care ? .....	
<b>3) Ați dezvoltat vreun simptom sau vreo complicație pe care nu ați avut-o înainte de operație?</b>	
Da	0
Nu	1
Dacă Da, care dintre ele:	
- atrofie testiculară (micșorarea testicolului de partea operată)	
- durere cronică	
- migrarea plasei	
- fistulă cutanată (infecție cronică)	
Când a apărut ? specificați intervalul de timp scurs de la operație în luni: .....	
<b>4) S-a îmbunătățit activitatea fizică după operație?</b>	
Da	1
Nu	0
<b>5) Sunteți satisfăcut de operație ?</b>	
Da	1
Nu	0
Dacă Nu, specificați de ce: .....	
<b>6) Ați recomanda operația unui cunoscut ?</b>	
Da	1
Nu	0
Dacă Nu, specificați de ce: .....	
<b>7) Hernia inghinală a recidivat?</b>	
Da	1
Nu	0

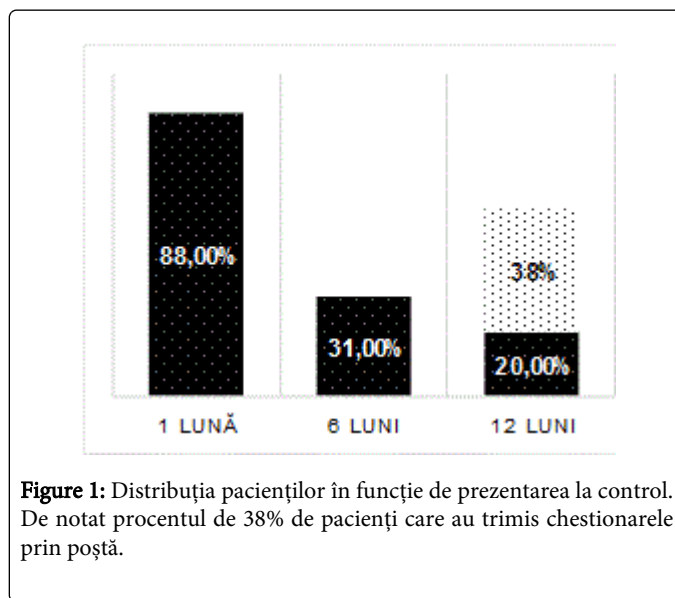
## Rezultate

Au predominat pacienții de sex masculin (43 din cei 44 de pacienți). Vârsta pacienților a fost între 19 și 90 de ani, 33 dintre aceștia (75%) având peste 50 de ani. Vârsta mediană a pacienților a fost de 60 de ani. Pacienții au provenit din județul Sibiu (36 de pacienți – 81,81%) și județele limitrofe: Vâlcea (4 pacienți – 9,09%), Alba (3 pacienți – 6,81%), Mureș (1 pacient – 2,27%). Ca și mediu de proveniență 27 dintre pacienți au fost din mediul urban (61,36%) și 17 din mediul rural (38,63%).

Au fost 38 de cazuri de hernie primară unilaterală, 2 cazuri de hernie primară bilaterală (operate în același timp operator) și 4 cazuri de hernie recidivată unilaterală (după procedee tisulare, retrofuniculare).

Pe perioada urmăririi postoperatorii, cu ocazia controalelor am diagnosticat un hidrocel și 2 hernii inghinale primare, pe partea controlaterală. Nu a fost diagnosticată nici o recidivă herniară. Unul dintre pacienți a decedat la 10 luni de la operație, fără legătură cu intervenția chirurgicală.

Prezența pacienților la controale a fost următoarea: la 1 lună 39 de pacienți din 44 (88,63%), la 6 luni 14 pacienți din 44 (31,81%), iar la 1 an doar 9 pacienți din 43 (20,93%). Adăugând la controlul de 1 an și pacienții care au răspuns la chestionarul expediat prin poștă (16 chestionare primite), am considerat că am reușit să urmărim la 1 an 25 dintre pacienții lotului nostru (58,13%) (Figure 1).



În urma interpretării chestionarelor, 19 pacienți (76%) s-au încadrat în categoria *rezultat excelent* (9-10 puncte) iar restul de 6 (24%) în categoria *rezultat foarte bun* (6-8 puncte).

Întrucât numărul de pacienți prezentați la controlul de la 12 luni a fost redus, am analizat la acest interval și pacienții care au răspuns prin poștă la chestionar. Complanța la follow-up din lotul total de pacienți a crescut odată cu vârsta: < 40 de ani 2 pacienți din 9 (22,22%),

categoria 40-60 ani 5 pacienți din 11 (45,45%), > 60 de ani 18 pacienți din 25 (72%).

Ca mediu de proveniență, au răspuns la controlul de 1 an 61,53% dintre pacienții din mediu urban (16 pacienți din 26) și 52,94% dintre pacienții din mediu rural (9 pacienți din 17). 63,15% dintre pacienții având domiciliul în municipiul Sibiu se regăsesc printre pacienții controlați la 1 an.

## Discuții

Din multitudinea de tehnici chirurgicale descrise de cură herniară, în prezent s-au selectat un număr redus de procedee ale căror rezultate justifică folosirea lor [2]. Simplificând și sintetizând și mai mult lucrurile putem afirma că în prezent, științific validate și recomandate pentru aplicare clinică nu au mai rămas decât 3 tehnici: tehnica tisulară Shouldice, tehnica protetică prin abord anterior Lichtenstein și tehnicile protetice prin abord endoscopic/ laparoscopic (TEP/TAPP) [1].

Pentru a putea vorbi de rezultate competitive în ceea ce privește patologia herniară este necesar un lot mare de pacienți, cu un procent înalt de pacienți urmăriți (85-90%), pe o perioadă lungă de timp (de preferat 5-10 ani) [7,8].

În România, se pune prea puțin accent pe importanța urmăririi post-operatorii. În aceste condiții, eforturile individuale de urmărire a loturilor de pacienți, au șanse mici de reușită, în condițiile în care pacientul și anturajul acestuia nu sunt familiarizați cu importanța controalelor periodice. Acest fapt explică subdiagnosticarea sindromului de durere cronică postherniorafie și că nu se poate stabili procentul real de recidivă herniară. Deși sună mai degrabă anecdotic, unii dintre chirurghi cred că, dacă pacientul nu se prezintă la control, înseamnă că e bine”.

Nu există procedeu chirurgical herniar infailibil, care să nu aibă recidive. Este însă necesar să practicăm un procedeu, care să aibă un risc cât mai mic de recidivă. Procentul de recidivă este influențat de tehnica folosită, de experiența operatorului, metoda și de durata de timp pe care se face urmărirea [9]. Dacă pentru procedeele consacrate, defectele de tehnică chirurgicală sunt principala cauză de recidivă, folosirea procedeelelor istorice reprezintă în sine cauză de recidivă [10].

În lipsa unei urmăririi corecte, cădem cu ușurință pradă unor speculații prin care credem că și pacienții noștri vor avea un risc de recidivă “ideal” (recurența herniară este de <1% în clinicile specializate în chirurgia parietală) sau eventual putem să credem că nu avem recidive. Aceasta în condițiile în care se estimează că recidiva după procedeele tisulare istorice atinge 35% [3].

Cea mai fidelă metodă de urmărire postoperatorie a pacienților este prin examinare directă, de către chirurg. Urmărirea trebuie să fie făcută pe termen lung, acest lucru fiind îngreunat de faptul că complianța pacienților scade cu timpul. Dacă pacientul nu se prezintă din proprie inițiativă la control, care sunt soluțiile? Efectuarea de vizite periodice la domiciliu, metodă folosită de către unele servicii de chirurgie herniară, în condițiile noastre o considerăm utopică. Alte opțiuni sunt cele legate de expedierea unui chestionar prin poștă (inclusiv poșta electronică) și respectiv apelul telefonic (răspunderea la întrebările unui chestionar) [11]. Aceste metode sunt utile, dar cu un grad înalt de subiectivitate, putând duce la rezultate incomplete, uneori incorecte, legate de modul în care sunt redactate întrebările și de nivelul cunoștințelor medicale al pacienților. Comparând cele 2 metode indirecte de follow-up se consideră că prin apel telefonic

procentul de pacienți urmăriți este superior celui prin chestionar, întrucât o scrisoare este mai ușor ignorată [12]. Dacă pacientul este contactat telefonic în locul chestionarului este de preferat programarea unei consultații. În situația pacientului care nu mai locuiește la adresa cunoscută și nu poate fi contactat telefonic, s-ar putea încerca obținerea datelor de contact și informații despre pacient de la medicul de familie [9].

Dificultățile în urmărirea pacienților operați pentru hernie inghinală sunt multifactoriale, fiind legate de chirurg, de pacient, de sistemul medical:

### Cauze legate de chirurg

- nu cheamă pacientul la control sau recomandă doar controlul la nevoie;
- nu explică pacientului importanța controalelor;
- nu acordă timp și atenție suficientă pacientului prezentat la control, astfel încât pacientul nu mai revine la controalele ulterioare;
- nu ține evidența controalelor;
- operația de hernie, cunoscută ca operația “rezidentului”, frecvent nu este privită cu seriozitatea necesară, astfel încât nici urmărirea nu poate fi privită altfel;
- schimbarea locului de muncă (serviciul chirurgical, orașul, țara);
- nu ne informăm colegii că le-am operat recidivele.

### Cauze legate de pacient

- nu a venit la consultația e control programată;
- se simte bine și nu înțelege utilitatea controlului;
- nu se simte bine și decide să se adreseze altui chirurg;
- nu se simte bine și refuză ajutorul medical;
- locuiește la distanță de locul în care a fost operat;
- schimbarea localității de domiciliu;
- suferă de alte afecțiuni care îl împiedică să respecte programul controalelor;
- decedează.

### Legate de sistem

- rata recidivelor, procentul de pacienți urmăriți nu reprezintă un criteriu de evaluare a calității serviciilor medicale;
- pacientul nu este obligat de casa de asigurări să se prezinte la controalele recomandate de către medicul specialist;
- lipsa unui sistem de secretariat pentru efectuarea apelurilor telefonice, expedierea corespondenței;
- medicul de familie, care cunoaște din scrisoarea medicală calendarul vizitelor, nu trimite pacientul la control;
- lipsa unui registru național de hernii.

În condițiile în care folosim un procedeu actual pentru patologia herniară și îl executăm corect, identificarea și asumarea propriilor recurențe herniare (într-un procent de < 5%) nu denotă lipsa de experiență, fiind mai degrabă o dovadă de maturitate. Este necesar să ne aliniem recomandărilor ghidului european, pentru a putea oferi pacienților noștri servicii medicale de calitate.

Încercând să facem un profil al pacientului pe care ne așteptăm să putem să-l urmărim postoperator, pe termen mediu și lung, afirmăm

că este un pacient de sex masculin, de peste 60 de ani, care locuiește la oraș (în Sibiu sau în orașele apropiate).

Privitor la ghidul pacientului, pe un alt lot de 100 de pacienți, 37 dintre aceștia nu au dorit să-l citească. Explicațiile au fost multiple, dintre care menționez “teama de a nu afla prea multe informații” sau dimpotrivă, că cunosc în detaliu afecțiunea de care suferă”. Procentul de peste o treime dintre pacienții care nu-și doresc să parcurgă materialul de informare al secției spune multe despre nevoia concetățenilor noștri de a fi informați, de a dori să înțeleagă afecțiunea de care suferă, de a avea așteptări corecte înaintea operației.

Rezultatele obținute de către noi în prezentul studiu sunt modeste în privința procentului de pacienți urmăriți la 1 an, astfel încât nu suntem îndreptățiți să susținem că nu avem recidive herniare.

## Concluzii

În condițiile actuale, urmărirea riguroasă pe termen lung a pacienților operați de hernie inghinală este o obligativitate, dar rămâne mai degrabă un deziderat decât o activitate de rutină și un standard în serviciile chirurgicale din România.

- Soluții pentru îmbunătățirea rezultatelor și a urmăririi pacienților ar fi:
- informarea mai detaliată a pacienților în privința afecțiunii, variantelor tehnice de rezolvare chirurgicală, a importanței urmăririi postoperatorii;
- introducerea în contractul asigurărilor de sănătate a obligativității prezentării pacientului la controalele postoperatorii recomandate;
- creșterea disponibilității chirurgilor față de controalele postoperatorii;
- abandonarea procedurilor istorice neperformante;
- respectarea în detaliu a principiilor tehnicii chirurgicale folosite;
- creșterea procentului de intervenții protetice;
- promovarea chirurgiei laparoscopice herniare;
- adoptarea *Ghidului de tratament al herniei inghinale* elaborat de Societatea Europeană de Hernie;
- crearea Registrului Național de Hernii.

## Acknowledgements

Mulțumiri asistentei medicale Carla Monoranu, pentru munca benevolă de secretariat efectuată.

## Conflict de Interese

Autorul nu declară nici un conflict de interese.

## Bibliografie

1. Bittner R, Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques. *Langenbecks Arch Surg.* 2012; 397: 271-282.
2. Simons M P, 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. Amid PK. Groin hernia repair: open techniques. *World J Surg.* 2005; 29: 1046-1051.
4. Dasari B, Grant Lorraine, Irwin T. Immediate and long-term outcomes of Lichtenstein and Kugel patch operations for inguinal hernia repair. *Ulster Med J.* 2009; 78: 115-118.
5. Messenger DE, Aroori S, Vipond MN. Five-year prospective follow-up of 430 laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repairs in 275 patients. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92: 201-205.
6. Oprea V, Matei O, Leucă D, et al. Late results and quality of life after Rives-Stoppa repair for incisional hernias: a prospective clinical study. *Chirurgia.* 2013; 108: 679-683.
7. Gavrițaș F, Oprea V. Chirurgia peretelui abdominal. Vol. I Hernii primare. Cluj Napoca: Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”; 2006.
8. Gavrițaș F, Oprea V. Elemente de chirurgie în hernia inghino-femurală. Cluj Napoca: Ed. Oelty; 1998.
9. Staarink M, van Veen RN, Hop WC, Weidema WF. A 10-year follow-up study on endoscopic total extraperitoneal repair of primary and recurrent inguinal hernia. *Surg Endosc.* 2008; 22: 1803-1806.
10. Gavrițaș F, Oprea V. Chirurgia peretelui abdominal. Vol. II Hernia inghinală recidivată. Hernia incizională. Cluj Napoca: Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”; 2010.
11. van der Pool AEM, Harlaar JJ, den Hoed PT, Weidema WF, van Veen RN. Long-term follow-up evaluation of chronic pain after endoscopic total extraperitoneal repair of primary and recurrent inguinal hernia. *Surg Endosc.* 2010; 24: 1707-1711.
12. Visser A, Ubbink D T, Gouma D J, Carel Goslings J. Questionnaire versus telephone follow-up to detect postdischarge complications in surgical patients: randomized clinical trial. *World J Surg.* 2012; 36: 2576-2583.