

INCISIONAL HERNIA

Vitawati¹, Roberthy D. Maelisa², Tri Setyawati^{3,4}

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University– Palu, INDONESIA, 94118

²Departement of Surgery, Undata Hospital Palu – Palu, INDONESIA, 94118

³Department of Biochemistry, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

⁴Departement of Tropical Diserses and Traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

ABSTRACT

Incisional hernia is a frequent postoperative complication of abdominal surgery due to failure of the abdominal wall to recover. 73-year-old female patient entered the RSUD Undata Palu with complaints of abdominal pain experienced since 2 weeks before being admitted to the hospital, and burdensome since 1 day before entering the hospital. Pain is felt throughout the air, continuously, and like twisting. The complaint is accompanied by nausea, vomiting 2 times, and the appearance of a protrusion below the navel. The patient has not been defecating for 4 days, but still throws the wind every day \pm 2 times. Patients have a history of surgery twice. Incisional hernias have a life-threatening effect, around 6-15% become incarcerated and 2% become strangulated, with recurrence rates still high enough to around 54% suture repair and 36% in mesh repair with an overall average of around 15%. Management of incisional hernia is by surgery (open technique: onlay, sublay, and inlay)

Keywords: *Incisional hernias, complications, postoperative*

ABSTRAK

Hernia insisional adalah suatu komplikasi pasca operasi yang sering pada pembedahan abdomen akibat kegagalan lapisan dinding abdomen untuk pulih kembali. Pasien perempuan usia 73 tahun masuk di RSUD Undata Palu dengan keluhan nyeri perut yang dialami sejak 2 minggu SMRS, dan memberat sejak 1 hari SMRS. Nyeri dirasakan diseluruh lapang perut, terus menerus, dan seperti melilit. Keluhan tersebut disertai mual, muntah 2 kali, dan munculnya penonjolan yang nyeri di bawah pusar. Pasien belum BAB selama 4 hari, namun masih buang angin setiap hari \pm 2 kali. Pasien memiliki riwayat operasi sebanyak 2 kali. Hernia insisional memiliki efek yang mengancam jiwa, sekitar sekitar 6-15% menjadi inkarserata dan 2% menjadi strangulasi, dengan angka rekurensi masih cukup tinggi hingga sekitar 54% *suture repair* dan 36% pada *mesh repair* dengan rata-rata kesuluruhan sekitar 15%. Tatalaksana dari hernia insisional adalah dengan operasi (teknik terbuka : onlay, sublay, dan inlay)

Kata kunci : Hernia insisional, Komplikasi, Pasca Operasi

PENDAHULUAN

Hernia insisional merupakan kegagalan lapisan abdomen untuk pulih kembali setelah pasca operasi laparatomi, gejala tersering yang dikeluhkan pasien yang mengalami hernia insisional seperti nyeri, rasa tidak nyaman, keluhan kosmetik, masalah kulit, dan cacat fungsional. Akan tetapi, sampai sepertiga pasien tidak selalu sadar memiliki hernia insisional, terutama bila usia lebih tua atau hernia yang masih berukuran kecil. Sekitar setengahnya tidak memiliki gejala (Caglià dkk., 2014; Luijendijk dkk., 2000)

Hingga saat ini, tidak ada kriteria standar untuk diagnosis hernia insisional.

Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan dinding abdomen dan palpasi dengan pasien telentang dan berdiri. Pemeriksa mencari tonjolan dan jika ada hernia yang didapatkan, pemeriksa mencoba untuk menentukan fascial edges. Terkadang pencitraan radiologis sangat dibutuhkan. Ultrasound dan CT Scan berkualitas tinggi telah semakin digunakan untuk mendiagnosis dan menggambarkan hernia, terutama yang memerlukan perbaikan operasi yang kompleks. Teknik pencitraan tidak hanya dapat menentukan isi kantung hernia dan hubungan dengan tanda dasar dari dinding abdomen lainnya, seperti struktur tulang, tetapi juga memberikan

rincian penting tentang posisi ukuran kantung hernia jika perbaikan hernia dilakukan sebelumnya. Komplikasi potensial seperti penyumbatan lumen intestinal, dan iskemia dari isi hernia adalah alasan terpenting yang menyebabkan risiko bedah relatif rendah (Caglià dkk., 2014; Mudge & Hughes, 1985)

LAPORAN KASUS

Seorang pasien perempuan masuk dengan keluhan nyeri perut yang dialami sejak 2 minggu SMRS, dan memberat sejak 1 hari SMRS. Nyeri dirasakan diseluruh lapang perut, terus menerus, dan seperti melilit. Keluhan tersebut disertai mual, muntah 2 kali, nafsu makan menurun, dan munculnya penonjolan yang nyeri di bawah pusar. Pasien belum BAB selama 4 hari, namun masih buang angin setiap hari \pm 2 kali. BAK lancar seperti biasa.

Pasien memiliki riwayat operasi sebanyak 2 kali. Operasi pertama dilakukan 7 bulan yang lalu dengan tindakan laparotomi. Operasi kedua dilakukan 24 hari setelah operasi pertama akibat bekas jahitan yang terbuka. Setelah itu, 3 bulan kemudian muncul penonjolan di bawah pusar yang kecil dan tidak terasa nyeri.

Tanda-tanda vital dalam batas normal. Status lokalis menunjukkan regio abdomen (umbilikal dan suprapubik) tampak bekas jahitan post operasi dengan ukuran \pm 15 cm, disertai adanya penonjolan, bunyi peristaltik (+), nyeri tekan terutama pada area penonjolan. Pemeriksaan

neurologis menunjukkan GCS : E4M6V5 = 15. Hasil pemeriksaan laboratorik darah didapatkan WBC : $11,3 \times 10^3/\text{mm}^3$ dan HGB : 14,3 g/dL.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang maka diagnosis kerja dari kasus ini yaitu hernia insisional. Pada kasus ini, penatalaksanaan dilakukan berdasarkan terapi dari bagian bedah. Pasien dirawat dirumah sakit selama 16 hari dan dipulangkan dalam kondisi stabil setelah sebelumnya dilakukan intervensi bedah (adhesiolisis dan rekonstruksi dinding abdomen).



Gambar 1. Tampak penonjolan regio abdomen



Gambar 2. Prosedur intraoperasi

DISKUSI

Hernia insisional adalah suatu protrusi omentum (suatu lipatan peritoneum) atau organ melalui insisi bedah. Pada kasus, pasien sudah berumur 73 tahun dan memiliki riwayat operasi sebanyak 2 kali, yaitu

laparotomi (7 bulan yang lalu) dan resecting. Usia tua dapat dikaitkan dengan atrofi dinding perut dan perubahan pada jaringan ikat. Gangguan jaringan ikat yang terganggu dapat menyebabkan kerusakan jaringan ikat dinding abdomen dan menurunkan kekuatan dari jaringan ikat tersebut (Mityanand, 2017)

Obstruksi usus halus merupakan obstruksi saluran cerna tinggi, artinya disertai dengan pengeluaran banyak cairan dan elektrolit baik di dalam lumen usus bagian atas dari obstruksi, maupun oleh muntah. Gejala pentumbatan usus meliputi nyeri kram pada perut, disertai kembung. Pada obstruksi usus halus proksimal akan timbul gejala muntah yang banyak, yang jarang menjadi muntah fekal, walaupun obstruksi berlangsung lama. Nyeri abdomen sering dirasakan sebagai perasaan tidak enak di perut bagian atas (Mityanand, 2017)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya bekas jahitan post operasi dengan ukuran ± 15 cm, nyeri tekan abdomen terutama pada area penonjolan di regio umbilical dan suprapubik, serta peristaltik (+) kesan menurun. Hernia insisional disebabkan kegagalan lapisan dinding abdomen untuk pulih kembali. Ketika defek terjadi pada luka bekas insisi dinding abdomen, isi rongga abdomen dapat menonjol melalui defek tersebut, didorong keluar oleh adanya tekanan intra-abdomen. Tekanan intra-abdomen yang meningkat, dapat terjadi saat buang air besar, muntah, batuk, dan lain-lain. Seringkali, defek

tersebut pada awalnya tidak begitu jelas dengan adanya peningkatan ukuran yang bertahap sehingga defek menjadi lebih jelas (Jacobus Willem Annes, 2006)

Pada pemeriksaan penunjang, hasil laboratorium menunjukkan nilai dalam batas normal. USG yang dilakukan hanya memberikan hasil adanya kista ren sinistra, hidrop vesica fellea, dan PID. Pada hernia insisional USG menunjukkan defek pada lapisan fascia posterior dengan loop usus yang menonjol di dinding abdomen. Pada CT Scan abdomen menunjukkan kantung hernia yang memisahkan antara lapisan muskulus, aponeurosis, dan fascia dinding abdomen (Wongsithichai, Chang, Hung, & Wang, 2015)

Pada kasus, manajemen terapi yang diberikan pada pasien meliputi farmakoterapi dan pembedahan. Terapi cairan dan elektrolit diberikan untuk memenuhi kebutuhan elektrolit, ranitidin untuk mengurangi sekresi asam lambung melalui mekanisme H₂ antagonis reseptor, dan asam mefenamat sebagai analgesik untuk mengurangi nyeri perut yang dikeluhkan. Pembedahan yang dilakukan adalah teknik terbuka. Pembedahan diperlukan untuk mengembalikan penonjolan, menghilangkan jaringan perut, dan menempelkan *mesh* pada hernia untuk mencegah kekambuhan. Hernia insisional tidak akan kembali setelah dilakukan perbaikan, angka kekambuhan dapat berkisar 5-20% pada pasien yang memiliki riwayat sebelumnya. Contoh

pembedahan yang memiliki invasif minimal yaitu seperti laparoskopik ventral atau *insisional hernia repair*(Kingsnorth, 2006)

Metode pembedahan dapat digunakan sebagai tatalaksana semua kasus hernia insisional, tetapi sangat perlu hanya untuk tatalaksana hernia insisional yang besar. Sebagian kecil kasus hernia insisional dapat ditatalaksana dengan menggunakan *truss*. *Truss* adalah sejenis pakaian yang digunakan sama seperti ikat pinggang untuk menekan jaringan dan memastikan pertumbuhan hernia insisional. Pengelolaan konservatif menggunakan alat penyangga atau korset elastik khusus dapat digunakan sementara atau bila ada kontraindikasi pembedahan. Terapi operatif berupa herniotomi dan hernioplasti baik operasi terbuka maupun secara laparaskopi bertujuan menutup defek di lapisan muskulo-aponeurosis(Sjamsuhidajat, 2017)

KESIMPULAN

Hernia insisional merupakan komplikasi tersering pasca operasi laparotomi yang terjadi akibat adanya defek dari dinding abdomen. Hernia insisional memiliki efek yang mengancam jiwa, sekitar sekitar 6-15% menjadi inkarserata dan 2% menjadi strangulasi, dengan angka rekurensi masih cukup tinggi hingga sekitar 54% *suture repair* dan 36% pada *mesh repair* dengan rata-rata kesuluruhan sekitar 15%. Tatalaksana dari hernia insisional adalah dengan operasi laparotomi (teknik terbuka : onlay, sublay, dan inlay).

REFERENSI

1. Adotey, J. M. (2006). Incisional hernia: a review. *Nigerian Journal of Medicine: Journal of the National Association of Resident Doctors of Nigeria*, 15(1), 34–43.
2. Caglià, P., Tracia, A., Borzì, L., Amodeo, L., Tracia, L., Veroux, M., & Amodeo, C. (2014). Incisional hernia in the elderly: Risk factors and clinical considerations. *International Journal of Surgery*, 12, S164–S169. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2014.08.37>
3. Hope, W. W., & Tuma, F. (2018). Incisional Hernia. Dalam *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Diambil dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435995/>
4. Jacobus Willem Annes, burger. (2006). *Incisional Hernia Etiology, Prevention, Treatment*. Diambil dari https://repub.eur.nl/pub/7857/060630_Burger-JWA.pdf
5. Kingsnorth, A. (2006). The Management of Incisional Hernia. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 88(3), 252–260. <https://doi.org/10.1308/003588406X106324>
6. Luijendijk, R. W., Hop, W. C. J., van den Tol, M. P., de Lange, D. C. D., Braaksma, M. M. J., IJzermans, J. N. M., ... Jeekel, J. (2000).

7. Comparison of Suture Repair with Mesh Repair for Incisional Hernia. *New England Journal of Medicine*, 343(6), 392–398.
<https://doi.org/10.1056/NEJM200008103430603>
8. Mityanand, R. (2017). Small-Bowel Obstruction. Diambil dari <https://emedicine.medscape.com/article/774140-overview>
9. Mudge, M., & Hughes, L. E. (1985). Incisional hernia: a 10 year prospective study of incidence and attitudes. *The British Journal of Surgery*, 72(1), 70–71.
10. Sjamsuhidajat, R. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah, Masalah, Pertimbangan Klinis Bedah, dan Metode Pembedahan* (4 ed.). EGC.
11. Wongsithichai, P., Chang, K.-V., Hung, C.-Y., & Wang, T.-G. (2015). Dynamic ultrasound with postural change facilitated the detection of an incisional hernia in a case with negative MRI findings. *Journal of Ultrasound*, 18(3), 279–281. <https://doi.org/10.1007/s40477-014-0146-x>

