

Hernia Inguinalis Per magna: Laporan Kasus

Yusmaidi¹, Wasiatul Ilma²

¹Bagian Bedah Digestif RSUD H. Abdul Moeloek Bandar Lampung

²Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Hernia inguinalis permagna merupakan salah satu bentuk hernia yang jarang, umumnya didefinisikan sebagai hernia inguinalis yang ukurannya meluas hingga melebihi titik tengah paha bagian dalam saat posisi berdiri. Prevalensi hernia inguinalis sebesar 75% dari keseluruhan jenis hernia. Sedangkan prevalensi hernia inguinalis permagna sangat rendah, yaitu sebesar 2,81% - 5% dari seluruh hernia inguinalis. Penatalaksanaan hernia inguinalis permagna menggunakan metode operasi dengan berbagai teknik. Hernia jenis ini tergolong sulit karena butuh pengembalian isi kantong hernia ke dalam rongga abdomen yang biasanya kosong sehingga dapat menyebabkan hipertensi intra abdominal dan kompartemen sindrom abdominal. Pada laporan kasus, seorang laki-laki usia 90 tahun datang dengan keluhan munculnya benjolan besar pada lipatan paha kanan sejak 6 bulan lalu secara tiba-tiba. Keluhan lain tidak ada. Riwayat penyakit lain dan riwayat operasi sebelumnya tidak ada. Penatalaksanaan pada pasien ini berupa herniotomi, dilanjutkan penguatan kanal inguinalis dengan teknik Bassini dilanjutkan prosedur McVay. Penggunaan teknik Bassini dan McVay dipilih karena sesuai indikasi yang ada pada kasus ini, yaitu adanya hernia yang besar atau permagna. Pasca operasi, tidak didapatkan efek samping atau komplikasi lain sehingga pasien dipulangkan setelah 2 hari perawatan. Hernia inguinalis permagna merupakan kasus jarang, yang memiliki teknik pembedahan beragam serta memiliki keuntungan dan kerugiannya tersendiri. Beberapa masalah yang muncul dan berhubungan dengan hernia jenis ini adalah peningkatan tekanan intra abdominal, sindrom kompartemen intra abdominal, dan tingginya angka rekurensi pada kasus ini sehingga penatalaksanaannya harus berfokus pada individual pasien serta memperhitungkan keuntungan dan kerugiannya agar mortalitas dan morbiditas tidak meningkat.

Kata Kunci: Bassini, hernia inguinalis permagna, McVay

Giant Inguinal Hernia: a Case Report

Abstrack

Giant inguinal hernia is a rare form of hernia, generally defined as an inguinal hernia that extends below the midpoint of the inner thigh when standing. The prevalence of inguinal hernia is 75% of all types of hernia. Meanwhile, the prevalence of giant inguinal hernia is very low, amounting to 2.81% - 5% of all inguinal hernias. The management of giant inguinal hernia uses surgical methods with various techniques. This type of hernia is classified as difficult because it requires returning the contents of the hernia bag into the empty abdominal cavity, which can cause intra-abdominal hypertension and compartment syndrome of abdominal. In a case report, a 90 year old man came with a sudden complaint of a large lump in the right groin since 6 months ago. Other complaints do not exist. There was no history of other medical conditions and previous surgery. Management in this patient was a herniotomy continue with strengthening of the inguinal canal trough Bassini technique followed by the McVay procedure. These technique was chosen because according to the indications in this case, namely the presence of a large hernia or giant. Post surgery, there were no side effects or other complications so the patient was discharged after 2 days of treatment. Giant inguinal hernia is a rare case, which has various surgical techniques and has its own advantages and disadvantages. Some of the problems that arise and associated with this type of hernia are increased intra-abdominal pressure, intra-abdominal compartment syndrome, and the high recurrence rate, so the management must focus on the individual patient and take account the advantages and disadvantages so the mortality and morbidity do not increase.

Keywords: Bassini, giant inguinal hernia, McVay.

Korespondensi : Wasiatul Ilma, alamat Jl. Lada VI No. 56, Perumnas Way Halim, Bandar Lampung, HP 08988097457, e-mail wasiatuli85@gmail.com.

Pendahuluan

Hernia adalah protrusi atau penonjolan abnormal suatu organ atau jaringan melalui defek yang biasanya terjadi pada dinding abdomen. Defek ini dapat terjadi pada daerah dimana aponeurosis dan fascia tidak dilindungi

oleh otot. Kebanyakan kejadian hernia muncul pada area inguinal, femoral, umbilikal, atau bekas insisi.¹ Sekitar 75% dari keseluruhan hernia terjadi di sekitar lipatan paha berupa hernia inguinalis serta hernia femoralis, 10%

berupa hernia insisional, 10% berupa hernia ventralis, 3% berupa hernia umbilikal, dan hernia lainnya sekitar 3%. Sedangkan prevalensi hernia inguinalis permagna sebesar 2,81%-5%. Pada hernia inguinalis, terjadi lebih banyak pada laki-laki dibandingkan perempuan.²

Hernia inguinalis permagna didefinisikan sebagai hernia inguinalis yang ukurannya sangat besar dan meluas hingga melebihi titik tengah paha bagian dalam yang dapat dilihat saat posisi pasien berdiri.³ Hernia inguinalis permagna termasuk kasus yang jarang saat ini dan biasa terjadi pada populasi daerah pedesaan.⁴ Di negara maju, hernia dapat diidentifikasi secara cepat saat pasien mengeluhkan adanya benjolan atau nyeri pada lipat paha.⁵ Hernia jenis ini tergolong sulit karena butuh pengembalian isi kantong hernia ke dalam rongga abdomen yang sebelumnya kosong sehingga dapat menyebabkan hipertensi intra abdominal dan kompartemen sindrom abdominal. Belum ada standar penggunaan teknik operasi pada hernia inguinalis permagna, sehingga pemilihan teknik operasi harus dievaluasi ketat tergantung keuntungan dan kerugiannya.⁶

Kasus

Seorang petani laki-laki usia 90 tahun datang dengan keluhan munculnya benjolan pada lipat paha kanan sejak 6 bulan yang lalu. Benjolan tersebut muncul tiba-tiba dan dirasakan tidak nyeri. Awalnya benjolan yang muncul berukuran sebesar telur ayam, hanya muncul ketika pasien bekerja terlalu lelah, dan dapat kembali masuk bila pasien beristirahat atau bila di kompres menggunakan air hangat. Setelah 4 bulan dibiarkan, benjolan yang muncul makin besar hingga melebihi titik tengah paha. Benjolan tidak nyeri dan tidak dapat dimasukkan kembali dengan cara apapun. Keluhan lain seperti mual, muntah, dan kesulitan BAK serta BAB tidak ada. Riwayat hernia sebelumnya dan batuk lama tidak ada. Pasien hanya mengeluh rasa tidak nyaman dan rasa mengganjal pada lipat pahanya.

Pada pemeriksaan status generalis didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang dengan kesadaran pasien sadar penuh.

Pemeriksaan tanda vital didapatkan hipertensi grade I. Pemeriksaan status lokalis di regio inguinal kanan didapatkan penonjolan di daerah lipat paha sampai skrotum dengan ukuran sebesar 3 kepalan tangan orang dewasa, tidak nyeri, konsistensi kenyal, dan tidak dapat dimasukkan kembali (**Gambar 1**).



Gambar 1. Hernia yang melebihi titik tengah paha. Posisi pasien supinasi (Sumber: dokumentasi author).

Tatalaksana operatif yang dilakukan pada pasien berupa pembedahan dengan laparotomi. Setelah diberikan anestesi general, dilanjutkan dengan insisi oblique dari SIAS kanan memanjang hingga simpisis pubis. Lalu kantung hernia diidentifikasi dan dipisahkan dari spermatic cord. Setelah kantung hernia dibuka, isi dari kantung diidentifikasi. Didapatkan usus halus yang *viable* dengan panjang kira-kira 20 cm dalam kantung hernia. Isi kantung hernia kemudian dikeluarkan untuk dilakukan identifikasi secara menyeluruh (**Gambar 2**).



Gambar 2. Usus halus *viable* yang didapatkan dalam kantung hernia (Sumber: Dokumentasi author).

Seluruh isi katung hernia dikembalikan kedalam rongga abdomen secara manual. Kemudian dilanjutkan dengan teknik Bassiniplasti untuk rekonstruksi, McVay prosedur untuk menguatkan cincin inguinal, serta dilakukan penjahitan untuk menutup luka operasi.

Setelah operasi, pasien dimasukkan kedalam ruang ICU untuk memonitor perkembangan pasien pasca operasi. Pasca 1 hari perawatan, pasien sudah kembali stabil dan tidak ada tanda-tanda komplikasi sehingga pada hari ke-2 pasien sudah pulang.

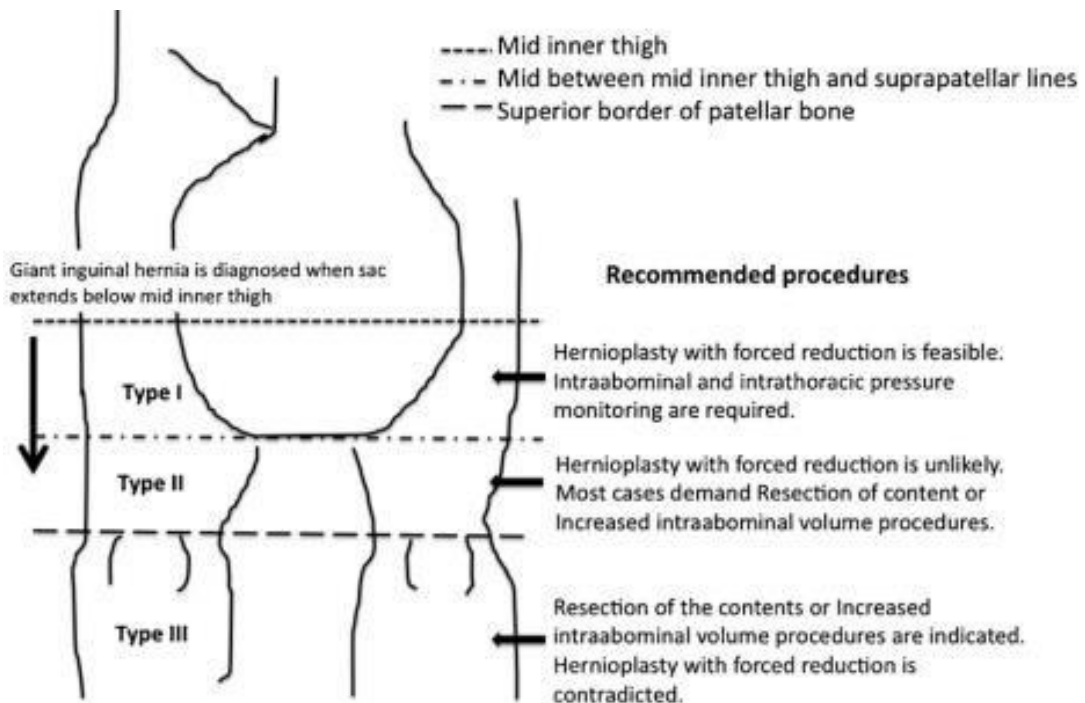
Pembahasan

Hernia inguinalis disebut permagna bila memenuhi salah satu kriteria. Pertama, ukurannya sangat besar hingga melebihi titik tengah paha bagian dalam yang dapat dilihat saat posisi pasien berdiri. Kedua, bila saat pengukuran didapatkan diameter anteroposterior > 30 cm atau diameter laterolateral > 50 cm disertai tidak dapat

dikembalikannya ke posisi semula selama > 10 tahun.⁷ Pada pasien, penegakan diagnosis hernia inguinalis permagna didasarkan pada kriteria pertama, yaitu ukuran hernia yang melebihi titik tengah paha saat posisi pasien berdiri.

Ukuran hernia yang besar ini menyebabkan pasien sulit duduk, berjalan, dan berbaring. Komplikasi dari munculnya hernia ini adalah retensi urin, kebocoran urin, infeksi, maserasi kulit, inkarserasi, dan isolasi sosial.⁸ Pada pasien ini, didapatkan keluhan rasa tidak nyaman dan rasa mengganjal pada lipat paha sehingga sulit melakukan kegiatan sehari-hari, tetapi tidak ditemukan adanya tanda-tanda komplikasi.

Hernia permagna di klasifikasikan menjadi 3 tipe berdasarkan batas skrotum pada titik tengah paha bagian dalam. Klasifikasi ini juga memudahkan pemilihan teknik operasi untuk perbaikannya (**Gambar 3**).



Gambar 3. Klasifikasi hernia inguinalis permagna.⁹

Pada tipe I, hernioplasti dengan reduksi dapat dilakukan, disertai observasi tekanan intra abdominal dan intra thoraks. Pada tipe II, membutuhkan prosedur tambahan selain hernioplasti. Beberapa kasus membutuhkan prosedur untuk reseksi isi kantung hernia atau prosedur untuk meningkatkan volume intra abdominal. Pada tipe III, dibutuhkan prosedur untuk reseksi isi kantung hernia atau prosedur untuk meningkatkan volume intra abdominal. Tipe ini menjadikan hernioplasti dengan reduksi sebagai kontraindikasi.⁹ Berdasarkan klasifikasi ini, pasien dapat dimasukkan pada klasifikasi hernia inguinalis permagna tipe II dengan penatalaksanaannya berupa hernioplasti disertai prosedur tambahannya.

Umumnya, penatalaksanaan yang dipilih selalu mengacu pada perbaikan penyakit, rendahnya mortalitas dan morbiditas, nyeri yang berkurang pasca operasi, pendeknya hari perawatan di rumah sakit, biaya yang tidak mahal serta teknik operasi yang mudah dan dapat dilakukan oleh semua ahli bedah. Penatalaksanaan pembedahan dapat berbeda antar ahli bedah. Biasanya sulit untuk menentukan teknik bedah yang paling baik sehingga pemilihan harus terfokus pada individual pasien, serta memperhitungkan keuntungan dan kerugiannya.³

Teknik pembedahan yang dapat dilakukan pada hernia inguinalis permagna beragam. Teknik Lichtenstein membantu menguatkan cincin inguinal dengan bantuan biomaterial (mesh prostetik) yang sesuai. Teknik ini tidak hanya mudah untuk dilakukan, tetapi juga memperpendek masa perawatan di rumah sakit dibandingkan dengan laparotomi.⁵ Komplikasi tersering bila menggunakan teknik ini berupa munculnya seroma, hematoma, neuralgia, bahkan infeksi. Drainase dapat dilakukan sebagai pencegahan seroma dan hematoma sedangkan pemberian antibiotik dapat diberikan sebagai pencegahan infeksi.⁶

Teknik Bassini dan McVay juga dapat digunakan sebagai pilihan pembedahan. Bassini merupakan teknik untuk merekonstruksi canalis inguinalis posterior melalui 3 lapisan otot yang dijahit sehingga tidak menggunakan material seperti mesh

prostetik. Prosedur McVay digunakan untuk melonggarkan ruang femoral dengan cara menjahit aponeurosis otot ke ligamentum Cooper.¹ Pada pasien ini dilakukan teknik Bassini disertai prosedur McVay untuk penguatan canalis inguinalis. Metode ini dipilih karena sesuai dengan penggunaannya yaitu untuk hernia inguinal direk atau indirek yang besar, hernia femoral, ataupun hernia yang rekuren.

Kantung hernia dapat berisi usus halus, usus besar, omentum mayor, dan juga vesika urinaria. Lambung, ginjal, dan ureter mungkin didapatkan, tetapi biasanya jarang.¹⁰ Pada pasien hanya terdapat usus halus dalam kantung hernia.

Penting dilakukan evaluasi preoperatif, intraoperatif, dan postoperatif untuk menyukseskan penatalaksanaan. Sebelum operasi, pemeriksaan penyakit lain seperti paru, jantung, urologi, dan anestesi harus dilakukan. Begitu pula dengan penyakit lain yang dimiliki oleh pasien. Pemeriksaan penunjang seperti USG, CT scan, atau MRI dapat dilakukan bila terdapat indikasi untuk evaluasi isi kantung hernia.³ Pada pasien ini dilakukan evaluasi preoperatif berupa pemeriksaan lain dibagian paru, jantung, dan anestesi. Pemeriksaan penunjang seperti USG, CT scan atau MRI tidak dilakukan karena tidak terdapat tanda kegawatan pada pasien ini sehingga tidak ada kemungkinan indikasi dari penyakit lain.

Ada 3 masalah tersering yang berhubungan dengan hernia inguinalis permagna. Pertama, sulitnya mereduksi isi kantung hernia kembali ke rongga abdomen karena rongga abdomen yang sebelumnya sudah lama kosong. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrabdominal yang dapat muncul segera setelah operasi atau beberapa hari setelah operasi dengan adanya tanda-tanda ileus obstruksi.⁹ Peningkatan tekanan ini mengakibatkan aliran darah lokal, kardiovaskular, dan respirasi meningkat. Peningkatan tekanan intra abdominal berbanding lurus dengan peningkatan intra toraks yang diakibatkan oleh bergesernya diafragma.¹¹ Diafragma mungkin dapat

terpuntir dan menyebabkan penurunan volume tidal dan kapasitas vital sehingga terjadi sindrom kompartemen intra abdominal dengan kegagalan respiratorius. Kedua, bila defek dinding abdomen luas, akan meningkatkan angka rekurensi pada pasien.¹² Ketiga, kulit skrotum pasca operasi akan membutuhkan eksisi dengan alasan kosmetik dan hematoma skrotum dapat menjadi masalah selanjutnya yang perlu ditangani.¹³

Pencegahan dan penanganan ketiga hal tersebut dapat dilakukan melalui persiapan ventilasi mekanik, monitoring tekanan aliran udara, dan penilaian tekanan intra abdominal.¹⁴ Seluruh kegiatan ini dapat dilakukan di ruang ICU. Pasca operasi, pasien dimasukkan dalam ruang ICU sebagai tindakan pencegahan dan penanganan bila muncul masalah yang berhubungan dengan pembedahan hernia. Pasca 1 hari perawatan ICU, tidak ditemukan tanda-tanda perburukan sehingga pasien dipindahkan ke ruangan perawatan standar dan hari ke-2 perawatan pasien dipulangkan.

Angka rekurensi pada kejadian hernia inguinalis permagna sangat tinggi.¹⁵ Pada saat pasien pulang diberikan edukasi mengenai penyakitnya yang mungkin dapat kambuh kembali dan bila muncul tanda-tanda kekambuhan dianjurkan untuk segera memeriksakan kondisinya.

Simpulan

Hernia inguinalis permagna merupakan kasus jarang, yang didefinisikan sebagai hernia inguinalis yang ukurannya sangat besar dan meluas hingga melebihi titik tengah paha bagian dalam yang dapat dilihat saat posisi pasien berdiri. Teknik pembedahan yang dapat dilakukan pada hernia inguinalis permagna beragam dan memiliki keuntungan serta kerugiannya tersendiri. Beberapa masalah yang muncul dan berhubungan dengan hernia jenis ini adalah peningkatan tekanan intra abdominal, sindrom kompartemen intra abdominal, dan tingginya angka rekurensi pada kasus ini sehingga penatalaksanaannya harus berfokus pada individual pasien serta memperhitungkan keuntungan dan kerugiannya agar

mortalitas dan morbiditas tidak meningkat.

Daftar Pustaka

1. Townsend CM, Beauchamp JRD, Evers BM, Mattox KL, editor. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. Edisi ke-20. Kanada: Elsevier Inc; 2017.
2. Amrizal. Hernia inguinalis: Tinjauan pustaka. Syifa'MEDIKA. 2015; 6(1):1- 12.
3. Prochotsky A, Dolak S, Minarovjeh V, Medzo I, Hutan M, Mifkovic A, dkk. Giant inguinoscrotal hernia repair. Bratisl Med J. 2017; 118(8):472-8.
4. Karthikeyan VS, Sistla SC, Ram D, Ali SM, Rajkumar N. Giant inguinoscrotal hernia: report of a rare case with literature review. Int Surg. 2014; 99:560-4.
5. Tarchouli M, Ratbi MB, Bouztroud M, Aitidir B, Ali AA, Bounaim A, dkk. Giant inguinoscrotal hernia containing intestinal segments and urinary bladder successfully repaired by simple hernioplasty technique: a case report. J Med Case Rep. 2015; 9:276-82.
6. Racovita AS, Paduraru DN, Mirica RM, Iosifescu RV. Hernia inguinalis permagna – to the light. Journal of Surgical Sciences. 2017; 4 (2):103-14.
7. Cavalli M, Biondi A, Bruni PG, Campanelle G. Giant inguinal hernia: the challenging hug technique. Hernia. 2015; 19:775-83.
8. Brondfi IS, Dhaliwal G. Giant inguinoscrotal hernia. J Gen Intern Med. 2016; 31(12):1537.
9. Trakarnsagna A. Giant inguinal hernia: report of a case and reviews of surgical techniques. Int J Surg Case Rep. 2014; 5(11):868-72.
10. Vagholkar K, Vagholkar S. Surgical management of giant inguinoscrotal hernias. 2015; 2(4):693-5.
11. Papavramidis TS, Marinis AD, Pliakos I, Kesisoglou I, Papavramidou N. Abdominal compartment syndrome-intraabdominal hypertension: defining, diagnosing and managing. J Emerg Trauma Shock. 2011; 4(2):279-91.
12. Trakarnsagna A, Chinswangwatanakul V, Methasate A, Swangsri J,

- Phalanusitthepha C, Parakonthun T, dkk. Giant inguinal hernia: report of a case and reviews of surgical techniques. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2015; 5: 868-72.
13. Lebeau R. Management of giant inguinoscrotal hernia in resource limiting setting. *J Gastrointest Dig Sys*. 2016; 6(1):1-5.
 14. Qaja E, Le C, Benedicto R. Repair of giant inguinoscrotal hernia with loss of domain. *Journal of Surgical Case Reports*. 2017; 11: 1-3.
 15. Ravanbakhsh S, Batech M, Tejirian T. Increasing body mass index is inversely related to groin hernias. *Am Surg*. 2015; 81(10):1043-6.