



Reparo robótico de hérnia inguinal transabdominal pré-peritoneal (TAPP)

ANATOMIA ESSENCIAL:

Dois compartimentos pré-peritoneais e o orifício miopectíneo

O espaço pré-peritoneal é dividido em dois compartimentos separados por uma camada fascial, a fáscia intermediária. O compartimento anterior, mais próximo da parede muscular, é o compartimento parietal do espaço pré-peritoneal, e o compartimento posterior, mais próximo das vísceras e do peritônio, é conhecido como compartimento visceral do espaço pré-peritoneal. A sínfise púbica, o ligamento de Cooper e os vasos epigástricos servem como marcos anatômicos importantes.

Descrição do procedimento:

O paciente é colocado em decúbito dorsal com os braços fixados ao longo do corpo

Três trocateres são colocados ao longo de uma linha transversal com 8-12 cm de distância entre eles, e 20-25 cm acima do púbis. O paciente é então colocado em uma posição de Trendelenburg de 12 a 15 graus.

É realizada a inspeção transperitoneal da anatomia e da patologia. As hérnias diretas, indiretas e femorais são identificadas com base na relação com os vasos epigástricos inferiores e o trato iliopúbico. A tela pode ser pré-colocada na cavidade peritoneal superior à linha do trocarte e os fios de sutura são colocadas nas goteiras para maior eficiência. O robô é então acoplado.

No console robótico:

É realizada uma incisão peritoneal transversal cerca de 8 cm acima do defeito inguinal.

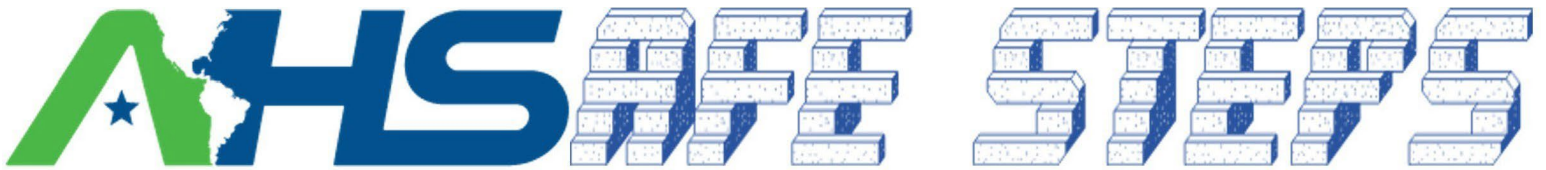
Medialmente aos vasos epigástricos o compartimento parietal é dissecado para visualizar o músculo reto. A dissecação é estendida até a sínfise púbica, e o espaço retropúbico é dissecado para expor pelo menos 2 cm contralateral à linha média. O ligamento de Cooper é exposto e dissecado pelo menos 2 cm abaixo do ligamento para garantir espaço adequado para a acomodação da borda inferior da tela.

Avaliação de hérnias diretas:

O triângulo de Hesselbach é dissecado para avaliação de uma hérnia direta. A hérnia é reduzida e o conteúdo herniário é separado da fáscia transversalis (branca). O pseudosaco pode ser fixado no ligamento de Cooper ou no alto do músculo reto no lugar do fechamento do defeito direto para evitar lesões nos nervos anteriores e nas estruturas do cordão. A hérnia femoral, se encontrada, também é reduzida.

Avaliação de hérnias indiretas

Lateral aos vasos epigástricos, a dissecação é realizada no *compartimento visceral*, continuando no plano pré-peritoneal verdadeiro. É importante ressaltar que a dissecação não deve se estender para expor o músculo psoas e os nervos no compartimento lateral. Qualquer saco herniário indireto, se presente, é cuidadosamente reduzido e separado das estruturas do cordão com retração medial e uma combinação de dissecação romba e cortante usando o eletrocautério de forma precisa.



Essa dissecação é continuada até que as estruturas do cordão estejam completamente "parietalizadas", permitindo a visualização do peritônio refletido 2 cm abaixo do Cooper medialmente e cruzando o músculo psoas no compartimento lateral. A tração cefálica do flap peritoneal não deve levantar a borda inferior da tela ou as estruturas do cordão; caso contrário, a dissecação ínfero-lateral deve ser expandida. *A dissecação excessiva e a exposição dos nervos genitofemoral e cutâneo femoral lateral no compartimento lateral podem levar à neuropatia pós-operatória.*

O anel interno é explorado na busca de um lipoma do cordão, que atravessaria o anel lateralmente às estruturas do cordão e acima do arco transversalis/trato ileopúbico. O lipoma do cordão se identificado deve ser reduzido ao retroperitônio e removido ou posicionado dorsalmente à tela pré-peritoneal.

Colocação da tela

Após obter uma dissecação completa com uma visão crítica de todo o orifício miopectíneo, a tela grande ou XL (mínimo de 10 x 15 cm) é então posicionada. Ela é centralizada no trato iliopúbico com a borda medial cruzando a linha média e a borda inferior posicionada 2 cm abaixo do ligamento de Cooper. Com a cobertura completa do OMP, a borda inferior do peritônio dissecado deve deixar um espaço livre inferior à tela. O aspecto lateral da tela deve se estender de 3 a 5 cm além da borda lateral do psoas. *É importante lembrar que o mecanismo mais comum de recorrência após o reparo posterior é a via inferior/inferolateral, portanto, o posicionamento da tela é confirmado para proporcionar a prevenção adequada.*

A tela é fixada com uma sutura interrompida colocada no ligamento de Cooper ipsilateral. Uma segunda sutura pode ser adicionada no aspecto superomedial da tela, fixando-a no complexo do reto. A colocação da sutura no compartimento lateral deve ser evitada.

Fechamento:

O retalho peritoneal é fechado com sutura farpada contínua. Se houverem orifícios no peritônio eles devem ser fechados com sutura. *Qualquer exposição das farpas pode levar a obstruções intestinais no pós-operatório e deve ser evitada.*

O gás do espaço pré-peritoneal é aspirado para visualizar o peritônio junto à tela e garantir que não haja dobra, elevação ou arqueamento da tela. *Qualquer movimento de tela observado é indicativo de dissecação inadequada do OMP ou colocação incorreta da tela e pode levar à recorrência.*

As incisões da fáscia através da linha alba é fechada. A pele é fechada e são aplicados curativos estéreis.