

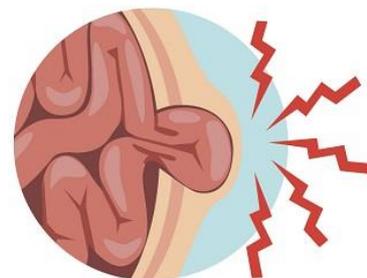


## ERNIOALLOPLASTICA INGUINALE

Con il termine ERNIA si intende la fuoriuscita di una parte del contenuto dell'addome (visceri, omento), ricoperta dalla cute, attraverso un'area di debolezza della parete addominale. Questa si realizza per una lassità costituzionale o congenita della parete muscolare oppure per un aumento della pressione all'interno dell'addome, ad esempio in chi ha presentato prolungati periodi di tosse o in chi effettua lavori particolarmente pesanti. Le ernie più frequentemente presenti sono quelle inguinali e quelle crurali. Ma possono esservi anche ernie diaframmatiche, epigastriche, ombelicali.

*Vi è sempre l'indicazione ad operare un'ernia per i seguenti motivi:*

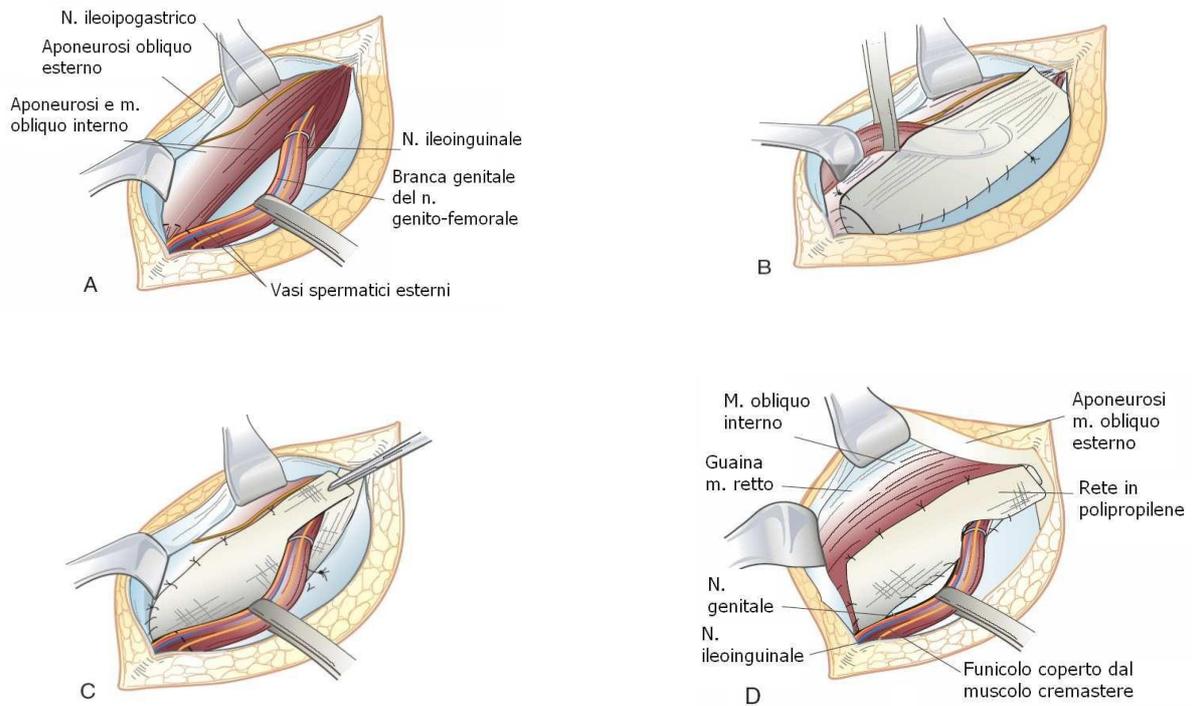
- Perché non esiste una terapia medica delle ernie ed è meglio sottoporsi all'intervento chirurgico quando esse sono di piccole dimensioni, dunque più facilmente correggibili.
- Perché un'ernia tende sempre ad aumentare, lentamente ma progressivamente, di volume. Si giunge anche a situazioni in cui il contenuto dell'ernia per le sue abbondanti dimensioni non può più essere ridotto nella cavità addominale



*D'altro canto il mancato trattamento espone a possibili complicanze:*

- Perché un'ernia, anche se di dimensioni non voluminose, può sempre intasarsi, non essere più riducibile e di conseguenza correre il pericoloso rischio di strozzarsi e rendere necessario un intervento chirurgico d'urgenza. Tale evenienza può comportare anche la resezione di un'ansa intestinale.

L'operazione di ERNIOALLOPLASTICA comporta un'incisione all'inguine, l'isolamento del contenuto dell'ernia e il suo riposizionamento nell'addome. Il difetto della parete addominale viene riparato utilizzando una piccola protesi in rete (da qui il termine "alloplastica") che rimarrà per sempre inglobata nei tessuti rendendoli più resistenti.



L'intervento può essere effettuato con diverse modalità anestesologiche, la cui scelta è concordata tra il paziente, il chirurgo operatore e l'anestesista.

- *Anestesia locale con sedazione:* consentirà di alzarsi subito dal letto, ovviamente con un aiuto, e di alimentarsi precocemente. E' anche possibile eseguirla in regime di Day Surgery ed essere dimessi il giorno stesso dell'intervento dopo un'osservazione di alcune ore.
- *Anestesia spinale:* determina un'insensibilità del corpo dall'ombelico in giù. Questo comporta una mobilizzazione più ritardata per l'impossibilità a muovere le gambe nelle prime ore ed una transitoria ritenzione urinaria, quest'ultimo fatto potrà rendere necessaria la cateterizzazione estemporanea.

L'utilizzo di queste due tecniche anestesologiche consente di operare anche chi ha patologie cardiache o polmonari di una certa importanza.

L'intervento è generalmente ben tollerato e non comporta particolari limitazioni.

Dopo l'intervento è meglio indossare slip contenitivi, meglio se elastici, per circa un mese.

La rimozione dei punti avverrà presso l'ambulatorio di chirurgia sette giorni circa dopo l'operazione.

Una volta dimessi sarà possibile condurre una vita pressoché normale badando unicamente a non sollevare pesi eccessivi nei primi due mesi dopo l'intervento.

La ripresa dell'attività lavorativa dipenderà dal tipo di lavoro e potrà avvenire dopo 15 giorni circa, salvo complicazioni.

Dopo circa 60 giorni si potrà ricominciare anche l'attività sportiva.

- Eventuali dolori o bruciori della ferita sono assolutamente normali e regrediranno con il tempo e l'eventuale assunzione di antidolorifici.
- Può essere normale la presenza di ecchimosi e piccoli ematomi intorno alla ferita che scompariranno dopo un paio di settimane.
- Ugualmente può essere presente un'alterazione della sensibilità cutanea che scomparirà dopo un mese circa.
- Nell'uomo è possibile che si presenti un modesto gonfiore dello scroto che regredirà con l'uso delle mutande contenitive ed eventuale terapia antinfiammatoria.
- La reazione dell'organismo alla protesi in rete causa generalmente una tumefazione sotto la ferita chirurgica che si riassorbirà completamente nel giro di uno o due mesi.
- In una bassissima percentuale di casi esiste la possibilità di un'intolleranza alla rete che viene utilizzata per la plastica erniaria, in questo caso la rete stessa dovrà essere rimossa con successivo intervento chirurgico.
- Molto bassa anche l'evenienza di una recidiva dell'ernia stessa. Questa eventualità, pur realizzandosi in percentuale estremamente minore rispetto alle vecchie tecniche senza utilizzo della rete, non può mai essere del tutto scongiurata.

Come per ogni intervento chirurgico, si possono verificare complicanze sia specifiche di questo tipo di intervento che comuni a qualunque intervento chirurgico.

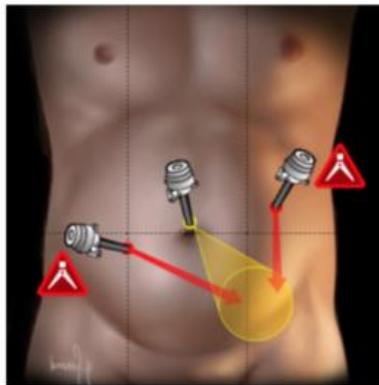
Rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici sono ***complicanze cardiache, respiratorie e renali***, da correlare in genere alle condizioni cliniche precedenti l'intervento, ***trombosi venosa profonda ed embolia polmonare***, per le quali verranno prese le opportune misure di prevenzione. Sono possibili anche ***complicanze relative a condizioni o terapie concomitanti***: per esempio il diabete, una terapia cortisonica cronica o i chemioterapici possono aumentare il rischio di infezioni, una terapia anticoagulante orale può aumentare il rischio di sanguinamento, ecc.

Complicanze legate allo specifico intervento possono essere ***sanguinamento o suppurazione della ferita chirurgica*** (che possono richiedere trattamento locale, cioè medicazioni ambulatoriali, sino alla risoluzione), ***ematoma inguino – scrotale*** (in genere a risoluzione spontanea) e ***ritenzione urinaria*** (più spesso legata all'anestesia spinale se concomita ipertrofia prostatica, richiede temporaneo cateterismo vescicale).

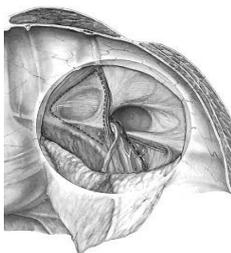
In alcuni rari casi è possibile la lesione del **dotto deferente** o dei **vasi spermatici** con conseguente **atrofia o ipotrofia testicolare**. L'insorgenza di **dolore postoperatorio prolungato** può essere connessa alla lesione accidentale dei nervi inguinali o al loro intrappolamento tra le maglie della rete.

L'intervento chirurgico di ERNIOALLOPLASTICA VIDEOLAPAROSCOPICA ( **TAPP** (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal - laparoscopic repair )

è considerato un **trattamento chirurgico mininvasivo** perché ha l'intento di ridurre il trauma e il dolore, grazie al tipo di accesso, ma soprattutto permettere il rapido recupero delle attività lavorative e sociali dei pazienti sottoposti a questo tipo di procedura.



*Cure de hernie inguinale par coelioscopie*



L'incisione avviene sempre a livello sott'ombelicale, entrando però nella cavità addominale. Si insuffla CO<sub>2</sub> e si introducono altri due dispositivi chirurgici eseguendo due incisioni di 5 mm ciascuna a lato dell'ombelico. Individuato il difetto erniario si ottiene l'isolamento del contenuto dell'ernia e il suo riposizionamento in addome, e quindi si apre il peritoneo per il posizionamento della rete.

In entrambe le tecniche il difetto della parete addominale viene riparato utilizzando una protesi in rete (da qui il termine "alloplastica") che rimarrà inglobata tra il peritoneo e la parete muscolo-ossea della regione inguinale, rendendola più resistente.

Nella plastica transperitoneale (**TAPP**) una volta posizionata la rete si richiude la finestra di peritoneo aperta per impedire il contatto del contenuto addominale con la rete stessa.

## **Svantaggi**

Lo svantaggio che risulta evidente è che l'intervento può essere effettuato solamente in anestesia generale.

Questo svantaggio ha come conseguenza l'impossibilità, per i rischi anestesiológicos, di operare chi ha patologie cardiache o polmonari di una certa importanza. La conversione si può rendere necessaria, in corso d'opera, se si evidenzia un'intolleranza all'anestesia generale o all'anidride carbonica insufflata. Pregressi interventi laparotomici sull'addome possono aver generato aderenze invalicabili dagli strumenti laparoscopici. Entrando in cavità addominale si crea la possibilità di lesionare i visceri ivi contenuti.

**Complicanze post-operatorie:** sono comuni all'intervento di ernioalloplastica tradizionale.

Particolarmente temibile, anche se rara, la possibilità di infezione della rete che richiede reintervento e necessità di espanto della rete .

### **Il decorso post-operatorio:**

Il Paziente, smaltiti gli effetti dell'anestesia generale, può mobilizzarsi senza problemi. La degenza è mediamente di 1 o 2 giorni. La rimozione dei punti avviene sette giorni circa dopo l'intervento chirurgico. Una volta dimessi sarà possibile condurre una vita pressoché normale, unicamente limitata dal dolore postchirurgico che generalmente è ben controllato dai consueti antidolorifici in commercio. (fans – paracetamolo) La ripresa dell'attività lavorativa o sportiva può essere più rapida la ripresa dell'attività sportiva