



Cosa sono le ernie della parete ?

Le ernie di parete sono caratterizzate dalla fuoruscita di contenuto addominale (grasso od intestino), ricoperto dalla membrana peritoneale (il cosiddetto sacco erniario), attraverso la il cedimento delle strutture muscolo fasciali della parete addominale.

A seconda della zona dove si trovano sono definite:

Ernie **epigastriche**: si sviluppano sulla linea mediana nella zona al di sopra dell'ombelico.

Ernie **ombelicali**: si sviluppano a livello della cicatrice ombelicale

Ernie di **Spigelio**: ernia di non frequente riscontro che si sviluppa al di sopra dell'inguine

L'ernia si presenta come un rigonfiamento di varia grandezza visibile sotto alla pelle.

L'ernia può essere riducibile in cavità addominale o non riducibile, così come contenibile o non contenibile se fuoriesce immediatamente.

Il sintomo più frequente è il dolore.

CONTATTACI

Dr Federico Biolchini
Specialista in chirurgia generale e della parete addominale

<https://federicobiolchini.it>
[e-mail] info@federicobiolchini.it

INTERVENTO DI ERNIA DELLA PARETE

Opuscolo informativo



CHI SONO

Sono un medico specializzato in chirurgia e nello specifico nella cura di ernie.

Mi sono laureato in MEDICINA E CHIRURGIA presso l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia nel 2003 e presso lo stesso ateneo ho conseguito la specialità in CHIRURGIA GENERALE nel 2009.

Iscritto all'ordine dei medici di Reggio Emilia, sono stato responsabile della struttura semplice "Chirurgia di parete" presso l'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia.

Attualmente lavoro ed opero a Reggio Emilia presso la casa di cura polispecialistica "Villa Verde", presso i poliambulatori privati "San Michele" e "Lazzaro Spallanzani". Parma presso Piccole Figlie Hospital. Cremona presso Poliambulatorio Dalla Rosa Prati. Mantova presso Centro Medico Polispecialistico Armonia. Carpi presso Clinica Tarabini. San Lazzaro di Savena (BO) presso Ospedale Privato Eugenio Gruppioni.



Utilizzo sia tecniche tradizionali che moderne e miniinvasive, utilizzando un approccio "tailored", cioè personalizzato, che consiste nello scegliere la tecnica di riparazione e la modalità di riparazione che meglio si addicono alle caratteristiche sia dell'ernia che del paziente da trattare. L'obiettivo finale è quello di ricostruire la parete addominale in modo da ripristinare la sua funzionalità.

MI OCCUPO DI

- Ernie inguinali e crurali
- Ernie della parete addominali (ombelicali, epigastriche, di Spigelio)
- Diastasi dei muscoli retti con ernia della parete associata
- Ernie insorte su cicatrici chirurgiche (laparoceli)

I fattori di rischio

Oltre ai classici fattori di rischio comuni a tutti i tipi di ernia (familiarità, fumo, aumento della pressione addominale, lavori pesanti, interventi di riparazione di ernia eseguiti in maniera non ottimale), vi sono alcuni fattori specifici:

- **Obesità** poiché comporta un notevole aumento della pressione endoaddominale ed è responsabile della maggior parte delle ernie ombelicali
- **Età avanzata**
- **Ascite** (aumento del volume addominale per la anomala presenza di liquido causato solitamente da gravi malattie epatiche)
- **BPCO** bronchite cronica costruttiva
- **Dialisi peritoneale**
- **Gravidanza**
- **Diastasi dei muscoli retti** poiché l'allontanamento dei muscoli retti dell'addome crea uno stiramento della parete addominale sulla linea mediana che ne causa un indebolimento e favorisce l'aumento volumetrico di difetti già esistenti (es ernie ombelicali congenite)

Frequenza

Tra gli interventi chirurgici per ernia della parete. Il 65% è eseguito per ernie inguinali, il 19% per ernia ombelicale, il 9% per ernie epigastriche mentre <1% è eseguito per ernie di Spigelio.

Le ernie ombelicali sono maggiormente rappresentate nelle donne in gravidanza e negli uomini obesi mentre non vi sono differenze di genere nell'incidenza delle ernie epigastriche (che appaiono solo leggermente più presenti nelle donne) ed in quelle di Spigelio

Le Ernie Di Parete Vanno Sempre Operate?

Solo nel caso di ernie ombelicali non troppo voluminose e non sintomatiche, spesso presenti da tempo, si può proporre una strategia di “vigile attesa” poichè il rischio di complicanze dell’ernia risulta relativamente basso.

Tuttavia, **le ernie addominali non hanno nessuna possibilità di guarire spontaneamente** ed anzi l’ernia non trattata tende nel tempo (mesi od anni) ad aumentare di volume rendendo più difficili le comuni attività (soprattutto se si sta a lungo in piedi o si compiono sforzi fisici).

Con il tempo l’intervento, sempre necessario, **diventa più complesso** e la patologia è a **maggior rischio di complicazioni**.

I rimedi non chirurgici, come pancere o mutande elastiche possono dare sollievo temporaneo ma **non sostituiscono l’intervento chirurgico, anzi talvolta lo rendono più difficile** per la presenza di infiammazione e conseguenti aderenze tra i tessuti.

Le ernie epigastriche e soprattutto quelle di Spigelio presentano solitamente sintomi dolorosi anche se molto piccole e pertanto **vanno sempre operate**.

In presenza di una **diastasi dei retti** si dovrebbe sempre procedere all’intervento poichè in questo caso l’ernia sicuramente aumenterà di volume in un tempo relativamente breve.

Come ci si prepara all’intervento?

Esistono fattori di rischio per le complicanze post-operatorie come l’infezione della ferita e fattori che possono incidere nella comparsa di recidiva dell’ernia.

Alcuni di essi sono modificabili ed è necessaria **la sua collaborazione** per cercare di ridurli, ben consapevoli che tutto questo non è sempre semplice:

- **FUMO:** è importante cercare di smettere di fumare almeno 1 mese prima dell’intervento. Le potremo fornire, se vorrà, il numero del centro antifumo che potrà aiutarla nel compito.
- **OBESITÀ:** l’obesità rappresenta uno dei fattori di rischio più importanti per la sua salute in generale prima che per l’intervento. Ogni persona è diversa per quanto riguarda il suo dimagrimento; per questo è necessario il controllo di un dietista.
- **DIABETE:** se è diabetico occorrerà uno stretto controllo della glicemia e talvolta sarà necessaria una visita presso il centro diabetologico di riferimento.

Come vengono diagnosticate?

La **visita** eseguita da un chirurgo esperto nella chirurgia delle ernie e della parete addominale è nella quasi totalità dei casi sufficiente per la corretta diagnosi e l’impostazione del successivo iter terapeutico; durante la visita il chirurgo potrà eseguire una ecografia di completamento o richiedere, in casi particolari, ulteriori accertamenti.

La valutazione di un **chirurgo esperto nella chirurgia delle ernie e della parete addominale** è particolarmente indicata per la corretta diagnosi delle ernie di Spigelio (che talvolta possono essere diagnosticate solo con la valutazione ecografia del chirurgo soprattutto se piccole) e delle ernie rare. La valutazione ecografia inoltre può **valutare il contenuto erniario** dato che nella maggior parte delle ernie ombelicali ed epigastriche il contenuto erniario è rappresentato da tessuto adiposo (“grasso”) che, soprattutto se intasato (cioè non si riesce più a ridurre in addome), talvolta protegge da un’erniazione di porzioni di intestino che risultano più pericolose (poiché più soggette a complicanze di strangolamento, vedi sotto).

Da ultimo il chirurgo esperto, utilizzando l’ecografia, potrà valutare la presenza i meno di una diastasi dei muscoli retti.

E’ necessaria una stretta collaborazione tra paziente e chirurgo

Tecnica tradizionale

Viene praticata una incisione cutanea, lunga circa 2-3 cm, nel sito dell'ernia (a livello ombelicale si può utilizzare la stessa cicatrice dell'ombelico con una ferita che risulterà poco visibile) e viene isolato e ridotto il sacco erniario; si applica successivamente la rete protesica che solitamente si fissa con alcuni punti.

Lo sviluppo di nuovi materiali protesici ha permesso di posizionare la rete all'intervento della cavità addominale: così facendo si possono utilizzare reti di forma circolare e grandi dimensioni (da 6 a 8 cm di diametro) che rendono meno possibile una recidiva.

L'intervento viene nella stragrande maggioranza dei casi (90% circa) eseguito in **anestesia locale ed in regime di Day Surgery** (senza ricovero notturno) ed ha una durata complessiva di circa **30 minuti**.

Il regime di ricovero ordinario (con almeno una notte in ospedale) viene riservata a pazienti fragili con patologie importanti o nel caso di pazienti che non possono avere assistenza a domicilio.

Tecnica laparoscopica

Il chirurgo accede alla cavità addominale tramite tre piccole incisioni (da 1-1,5 cm circa), eseguite in posizione laterale sx, in cui vengono inserite una telecamera e gli strumenti di lavoro. Viene creata una camera di lavoro insufflando anidride carbonica tramite una macchina.

Viene visualizzato l'orifizio dell'ernia e viene ridotto il contenuto erniario (qualora esso non venga già ridotto spontaneamente all'insufflazione di gas nella parete addominale) Viene chiuso il difetto erniario mediante una ricostruzione dei muscoli addominali e posizionata una rete protesica a rinforzo che viene fissata alla parete tramite alcune tacks, in metallo od in materiale riassorbibili (piccoli "chiodini" con forma a spirale); la rete è in materiale composito e presenta un lato antiaderenziale che le permette di poter essere posizionata all'interno dell'addome.

L'intervento può essere eseguito sia entrando con gli strumenti nella cavità addominale (IPOM plus o LIRA) o rimandando con gli strumenti nello spessore della parete addominale (eTEP): tra le due tecniche non vi è differenza in riferimento al tipo di riparazione ed agli esiti mentre diverso è il tempo operatorio (la seconda è indubbiamente più lunga); nella seconda tecnica inoltre la rete protesica non è a contatto con le anse intestinali ma resta al di sotto dei muscoli e non necessita di fissaggio, presentando così un minor tasso di dolore postoperatorio.

L'intervento in laparoscopia risulta tecnicamente **più difficoltoso e certamente più invasivo** rispetto all'intervento tradizionale ma presenta un **minor tasso di infezioni postoperatorie**

L'indicazione alla tecnica laparoscopica è per i pazienti con ernie molto voluminose (con porta >4 cm) o pazienti obesi. Le controindicazioni principali sono i pazienti anziani o fragili che presentano un rischio anestesilogico elevato ed i pazienti con BPCO.

L'intervento, che dura circa 60 minuti, viene eseguito in anestesia generale ed in regime di one day surgery con dimissione nella giornata successiva o dopo due giorni dall'intervento

L'intervento chirurgico

L'intervento chirurgico consiste nella **ricostruzione della parete addominale**, dopo il riposizionamento del contenuto dell'ernia nell'addome.

Nella ricostruzione della parete addominale viene normalmente impiegata una **rete protesica** (in materiale plastico non riassorbibile) che viene fissata ai tessuti: la rete protesica induce nel corpo una reazione che la "ingloba" nel tessuto rendendo più robusta la parete addominale, **riducendo così il rischio di recidive**.

L'intervento, in casi selezionati od in caso di necessità (per esempio la presenza di infezioni attive), può anche essere condotto senza l'utilizzo di protesi, anche se sarà gravato da un maggior tasso di recidiva a distanza.

L'intervento chirurgico può essere eseguito per via **tradizionale** (laparotomia, anche detta "via anteriore") o **laparoscopica**.

La tecnica da utilizzare viene decisa dal chirurgo e concordata con il paziente, considerando fattori relativi sia al paziente stesso che al difetto da trattare, realizzando una chirurgia "su misura" (la cosiddetta "tailored surgery").



Scansiona i QR
code e vedi i
video di
simulazione



Rischi basati sul Calcolatore di Rischio ACS

Chirurgia "open" (a cielo aperto) e laparoscopica dell'ernia ombelicale secondo il calcolatore di rischio ACS – 30 marzo 2022

RISCHI	Percentuale per paziente medio	Tieniti Informato
Infezione della ferita: l'infezione dell'area dell'incisione chirurgica o vicino all'organo dove è stata eseguita la chirurgia.	Open 1.3% Laparoscopica 0.6%	Il fumo e l'obesità aumentano il rischio di complicanze post-operatorie della ferita. È consigliato smettere di fumare per 4-6 settimane e una perdita di peso fino ad un BMI (indice di massa corporea) inferiore a 35 prima di chirurgia dell'ernia ombelicale in elezione.
Complicanze: includono l'infezione chirurgica, difficoltà a respirare, formazione di trombi, complicanze renali, cardiache e necessità di re-intervento chirurgico.	Open 2.1% Laparoscopica 2.6%	Complicanze correlate all'anestesia generale e alla chirurgia possono essere più frequenti nei pazienti fumatori, anziani e/o obesi e in quelli con ipertensione arteriosa e problemi respiratori. La capacità di guarigione delle ferite, inoltre, può essere ridotta nei pazienti fumatori e in quelli con diabete e disordini del sistema immunitario.
Polmonite: infezione dei polmoni	Open 0.1% Laparoscopica 0.2%	Il movimento, la respirazione profonda e lo smettere di fumare possono aiutare a prevenire le infezioni respiratorie.
Infezione delle vie urinarie: infezioni della vescica o dei reni.	Open 0.2% Laparoscopica 0.1%	Il bere liquidi e la cura del catetere diminuiscono il rischio di infezione urinaria.
Trombosi venosa: un coagulo nelle gambe che può raggiungere i polmoni.	Open 0.1% Laparoscopica 0.1%	Interventi lunghi e l'eccessivo riposo a letto aumentano il rischio. Alzarsi, camminare 5-6 volte al giorno e indossare calze compressive diminuiscono il rischio.
Decesso	0%	Il tuo gruppo chirurgico è preparato ad affrontare ogni situazione d'emergenza.
Rischi da Risultati Riportati in Letteratura negli Ultimi 10 anni	Percentuale per paziente medio	Tieniti Informato
Dolore post-operatorio immediato	La tecnica di riparazione non sembra determinare significative differenze nel dolore post-operatorio precoce. ¹⁰	A causa dell'accostamento chirurgico dei margini muscolari si può avvertire una sensazione di tensione in corrispondenza dell'addome. Il dolore può essere controllato con farmaci antinfiammatori non steroidei, mediante il riposo ed evitando stiramenti o sollevamenti. ¹¹
Recidiva: un'ernia può ritornare dopo la riparazione.	Riparazione semplice: 17% Riparazione con mesh: 2.3% ¹²	L'utilizzo del "mesh" o di altri tipi di rete sembra ridurre il tasso di recidive. ¹² Ascite, patologia epatica, diabete, obesità e riparazioni semplici senza rete sono associate a recidiva. ¹²
Sieroma: raccolta di liquido chiaro/giallo Ematoma: raccolta di sangue nella ferita o nello scroto	Open & Laparoscopica Riparazione semplice: 50 su 1000 Riparazione con rete: 60 su 1000 ⁹	Il sieroma è la complicanza più comune dopo riparazione di ernia ombelicale. Il sieroma può formarsi in corrispondenza del sito dell'ernia riparata. Può rendersi necessaria l'aspirazione del liquido con un ago sterile. Gli ematomi sono trattati con farmaci antinfiammatori non steroidei, con l'elevazione o il riposo.

I dati sono stati calcolati su 1000

Le complicanze

L'intervento chirurgico di riparazione dell'ernia inguinale con protesi è normalmente un intervento a basso rischio. Tuttavia, come in ogni intervento, vi sono alcune complicanze specifiche che possono essere abbattute se ci si rivolge ad un chirurgo esperto nelle patologie della parete addominale che utilizzi una tecnica rigorosa e personalizzata sul singolo paziente.

Tratto da <http://acs.facsitaly.org/pazienti>

Informazioni per pazienti a cura del capitolo italiano dell'American College of Surgeons

Il post operatorio e la ripresa

Consigli Generali Per Evitare Le Recidive Erniarie:

- Seguire una dieta a base di elementi naturali quindi ricca di fibre e povera di grassi
- Mantenere una buona idratazione, assumendo almeno 2,5 lt di liquidi al giorno
- Evitare completamente il fumo e l'alcool
- Evitare l'aumento di peso

Consigli Generali Per L'immediato Postoperatorio:

- Nella tarda serata dopo l'intervento potrà comparire qualche linea di febbre e dolori: occorre assumere gli antidolorifici prescritti e farsi accompagnare negli spostamenti (es al bagno)
- è normale che nei giorni successivi all'intervento la zona operata possa essere gonfia e possano comparire delle aree violacee, come lividi, che successivamente possono spostarsi verso il pene e lo scroto o verso le grandi labbra: il colorito violaceo scomparirà in qualche giorno mentre per il gonfiore potrebbe essere necessario anche un mese circa
- qualche perdita di sangue (poche gocce) dalla ferita è normale

Quando Occorre Recarsi Dal Medico Od Al Pronto Soccorso:

- febbre persistente superiore a 38°C che non passa nemmeno con i comuni antipiretici
- difficoltà ad urinare
- dolore intenso che non consente nemmeno di eseguire pochi passi
- Perdita profusa di sangue dalla ferita

“Utilizziamo la parete addominale per muoverci, starnutire, tossire ed altro ancora... è normale provare un fastidio anche intenso nella prima settimana; per la ripresa delle attività bisogna sempre rifarsi alla regola generale che “se non fa male, allora v'è bene”: vi invito a fare ciò che vi piace gradatamente sempre nei limiti del vostro confort”

La dimissione

Alla dimissione riceverà una lettera dove troverete sia le istruzioni post-operatorie sia i farmaci da utilizzare; sarà inoltre fissato l'appuntamento per la visita post-dimissione.

Subito dopo l'intervento è consigliato il riposo, evitando sforzi fisici per almeno 3 settimane per non sforzare la muscolatura addominale (es portare pesi; eseguire attività sportiva, ecc).

Per saperne di più



Brochure informativa European Hernia Society



Materiale dal sito federicobiolchini.it