



Cos'è l'ernia inguinale?

L'**ernia inguinale** è caratterizzata dalla fuoruscita di contenuto addominale (grasso od intestino), ricoperto dalla membrana peritoneale (il cosiddetto sacco erniario), attraverso la mancata chiusura o il cedimento del canale inguinale (apertura sponanea della parete addominale).

Nell'**ernia crurale**, invece il sacco erniario fuoriesce più in basso, in corrispondenza della porzione mediale (cioè vicino al pube) della radice della coscia, ove è presente un ulteriore orifizio congenito che offre il passaggio ai vasi femorali, che dall'addome raggiungono la gamba.

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 inguinale che spesso si irradia al testicolo od alle grandi labbra ed alla radice mediale della coscia

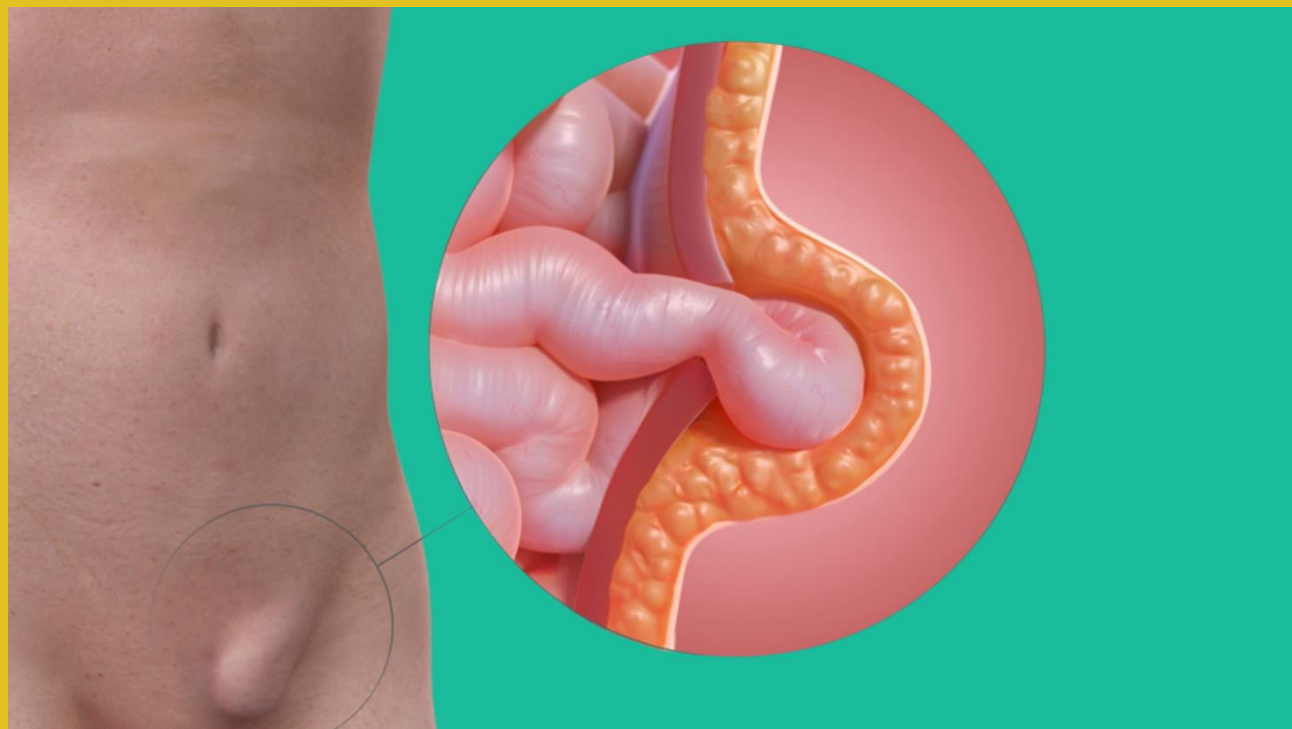
CONTATTACI

Dr Federico Biolchini
Specialista in chirurgia generale e della parete addominale

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

INTERVENTO DI ERNIA INGUINALE

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)

L’ernia va sempre operata?

Le ernie inguinali non hanno nessuna possibilità di guarire spontaneamente ed anzi l’ernia non trattata tende nel tempo 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 diventa più complesso e la patologia è a maggior rischio di complicazioni.

Come viene diagnosticata?

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.

Tecnica tradizionale

Viene praticata una incisione inguinale, lunga circa 5 cm, e viene aperto il canale inguinale, isolato e ridotto il sacco erniario; si applica successivamente la rete protesica che solitamente si fissa con alcuni punti.

In caso di ernie voluminose esistono alcune tecniche che utilizzano una seconda rete od un piccolo tappo (detto plug), sempre di materiale sintetico, in grado di permettere una riparazione senza tensione soprattutto in presenza di tessuti danneggiati (es in pazienti in età avanzata)

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 **45-60 minuti**.

In caso di ernie voluminose o non del tutto riducibile si ricorre all'anestesia locoregionale (spinale) sempre in regime di Day Surgery.

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) in cui vengono inserite una **telecamera e gli strumenti di lavoro**. Viene creata una camera di lavoro **insufflando anidride carbonica** tramite una macchina.

Viene raggiunta la regione inguinale, ridotto il contenuto erniario ed eliminato il sacco.

Viene posizionata una rete protesica a coprire il foro erniario.

L'intervento in laparoscopia risulta tecnicamente più difficoltoso e certamente **più invasivo** rispetto all'intervento tradizionale ma presenta un **minor dolore postoperatorio**.

L'indicazione alla tecnica laparoscopica è per i pazienti con **ernia inguinale bilaterale**, che beneficiano di un minor dolore postoperatorio, e per i pazienti con **ernia inguinale recidiva** eseguita precedentemente con tecnica tradizionale, che presentano i benefici di un intervento eseguito in un campo operatorio "vergine".

Le controindicazioni principali sono i pazienti anziani o fragili che presentano un rischio anestesilogico elevato, i pazienti già sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale ed i pazienti in terapia anticoagulante orale.

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



Scansiona i QR
code e vedi i
video di
simulazione



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").

Rischi basati sul Calcolatore di Rischio ACS

Chirurgia "open" (a cielo aperto) e laparoscopica dell'ernia inguinale e femorale secondo il calcolatore di rischio ACS - 17 Luglio, 2018

Rischi	Percentuale per paziente medio	Tieniti informato
Infezione della ferita: Infezione nell'area dell'incisione chirurgica o vicino all'organo dove la chirurgia è stata eseguita.	"Open": 0.3% Laparoscopico: 0.2%	Gli antibiotici e il drenaggio della ferita possono essere necessari. Il fumo aumenta il rischio di infezioni.
Complicanze: Includono le infezioni chirurgiche, difficoltà a respirare, formazione di trombi, complicanze renali, complicanze cardiache, necessità di re-intervento chirurgico.	"Open": 1.5% Laparoscopico: 1.2%	Complicanze correlate all'anestesia generale e alla chirurgia possono essere più elevate nei fumatori, anziani e/o pazienti obesi, e in quelli con pressione elevata e difficoltà respiratorie. La capacità di guarigione delle ferite, inoltre, può essere diminuita nei fumatori e nei pazienti con diabete o disordini del sistema immunitario.
Polmonite: Infezione dei polmoni	"Open": 0.1% Laparoscopico: 0.1%	Il movimento, la respirazione profonda, e lo smettere di fumare possono aiutare nel prevenire le infezioni respiratorie.
Infezioni delle vie urinarie: Infezioni della vescica e dei reni	"Open": 0.1% Laparoscopico: 0.1%	Il bere liquidi diminuisce il rischio di infezioni della vescica.
Trombosi venosa: un coagulo nelle gambe che può raggiungere i polmoni.	"Open": 0.1% Laparoscopico: 0.1%	Interventi lunghi e il riposo a letto aumentano il rischio. Alzarsi, camminare 5-6 volte al giorno, e indossare calze compressive diminuiscono il rischio.
Decesso	Meno di 1%	Il tuo chirurgo è preparato ad affrontare ogni situazione di emergenza.
Rischi da Risultati Riportati in Letteratura negli Ultimi 10 anni	Percentuale per paziente medio	Tieniti informato
Dolore cronico (duraturo nel tempo)	Da 10% a 12% possono avere dolore un anno dopo l'intervento chirurgico; possibilmente meno con l'intervento laparoscopico ¹⁰⁻¹²	I fattori che contribuiscono al dolore cronico includono la riparazione dell'ernia in emergenza, l'ernia inguino-scrotale, o la riparazione di un'ernia recidiva. ¹ Il dolore può essere minore nelle procedure laparoscopiche che in quelle "open". ² Il dolore causato dalla compressione o dalla tensione può diminuire gradualmente con il tempo come risultato di una riorganizzazione dei tessuti. ¹³
Recidiva: Un'ernia può ritornare dopo la riparazione	Tutti i pazienti da 1% al 17% ¹⁴ "Open": 4.9% Laparoscopico: 10.1%	La percentuale di recidiva è ridotta del 50% nei casi in cui viene utilizzata la rete rispetto a quando non viene usata. ² Il trattamento laparoscopico è raccomandato nei casi di ernia recidiva perché in questo modo il chirurgo evita il tessuto cicatriziale formatosi nel precedente intervento. Il tasso di recidiva è maggiore in uomini anziani sottoposti a riparazione laparoscopica.
Nevralgia: Dolore neurologico che causa formicolio o addormentamento	"Open": 10.7% Laparoscopico: 7.4%	La pressione, le agraphes, i punti o un nervo intrappolato nell'area chirurgica possono causare dolore nevralgico. Fai sapere al tuo chirurgo nell'immediato post-operatorio se provi un dolore severo, acuto o un formicolio nella regione inguinale e nella gamba; se il nervo è rimasto intrappolato può essere necessario un altro intervento. ²
Sieroma: Una raccolta di liquido chiaro/giallo	Riparazione con rete 8% Riparazione senza rete 3.1%	I sieromi si possono formare intorno al sito dell'ernia operata. Potrebbe essere necessario l'aspirazione del liquido con un ago sterile. ^{2,4}
Ematoma: una raccolta di sangue nella ferita o nello scroto	Riparazione con rete 2.2% Riparazione senza rete 7%	Gli ematomi sono trattati con farmaci antiinfiammatori, con l'elevazione ed il riposo. Raramente può essere necessaria una trasfusione ematica o ulteriori esami per evidenziare eventuali lesioni vascolari. ⁴

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 https://www.facs.org/media/hyan4vd1/hernia_itl.pdf
Informazioni per pazienti a cura 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 American college of surgeons



Materiale dal sito federicobiolchini.it