



Dott. Federico Biolchini
Medico Chirurgo
Specialista in chirurgia generale
C.F. BLCFRC78M05I462L
PIVA: 03047870351
federicobiolchini.it
Email: info@federicobiolchini.it

SCHEDA INFORMATIVA

Paziente
nato/a il.....a

Condizione clinica: **ERNIA INGUINALE** ☐ **CRURALE** ☐
MONOLATERALE ☐ **BILATERALE** ☐

Prestazione proposta: **INTERVENTO CHIRURGICO LAPAROSCOPICO DI PLASTICA DELL'ERNIA** con impiego di **PROTESI in ANESTESIA GENERALE**

Condizione clinica	L'ernia inguinale (spesso chiamata gonfiore all'inguine) è caratterizzata dalla fuoriuscita del peritoneo (il cosiddetto sacco erniario), nel quale può scivolare del grasso od un viscere, attraverso la mancata chiusura o il cedimento del canale inguinale (apertura della parete addominale). Le ernie inguinali 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 (INTASAMENTO o STROZZAMENTO)
Modalità di esecuzione	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 che o non viene fissata o viene fissata con colla. <i>L'intervento, dura circa 60-90 minuti, viene eseguito in anestesia generale ed in regime di one day surgery con dimissione nella giornata successiva.</i>
Risultati conseguibili	L'intervento è volto alla ricollocazione del viscere erniato nella cavità addominale e alla riparazione/rinforzo della parete addominale, così da ridurre il rischio di recidiva
Tipo di anestesia	L'intervento per ernie non complicate si esegue nella maggior parte dei casi in anestesia locale a cui viene associata una sedazione (come normalmente si esegue, per esempio, con la colonscopia). Nel caso di ernie non riducibili o voluminose potrebbe essere necessaria un'anestesia spinale o generale.

Condizioni morbose riscontrabili che costituiscono fattore di rischio	La presenza di aderenze in esiti di pregressi interventi/altre patologie e/o l'effettuazione dell'intervento in emergenza-urgenza per ernia complicata (strozzamento/intasamento dell'ernia, perforazione dell'ernia, presenza di peritonite locale e/o generalizzata, etc) comporta inevitabilmente maggiori difficoltà operatorie e rappresenta un fattore di rischio così come la presenza di ernie voluminose e/op presenti da lungo tempo.
Conseguenze temporanee e permanenti prevedibili	La prestazione comporta di solito le seguenti conseguenze: • L'intervento avviene normalmente in one day surgery (con un pernottamento in ospedale) • Dopo l'intervento normalmente avrete solo un fastidio a livello delle incisioni addominali che scomparirà in circa 4-5 giorni • Occorrerà fare attenzione a non portare pesi superiori a 5 Kg o attuare sforzi fisici per circa 4-6 settimane • Il lavoro potrà essere ripreso normalmente dopo circa 7 giorni, mentre l'attività sportiva dopo circa 15 giorni-1 mese Esisteranno piccole cicatrici addominali che normalmente saranno poco visibili ma che talvolta potrebbero divenire particolarmente brutte e fastidiose (cheloidi) e/o potrebbero allargarsi a fronte della continua tensione a cui sono sottoposte (diastasi)
Rischi connessi alla prestazione, eventi avversi, complicanze	La chirurgia, indipendentemente dalla via di accesso e benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi; si ricordano: • rischi e effetti indesiderati legati all'intervento chirurgico in generale: emorragie, reazioni allergiche, infezioni, trombosi venose profonde (ostruzione di una vena), embolie, irregolarità della pelle attorno all'area di intervento; • <u>Complicanze legate al pneumoperitoneo</u> (pneumomediastino, pneumotorace, enfisema sottocutaneo, ipercapnia, acidosi metabolica, alterazioni emodinamiche) <1%. • <u>Complicanze legate alla tecnica</u>: • lesioni viscerali e vascolari anche gravi • applicazione della rete vicina ai vasi iliaci ed alla vescica e quindi possibili difficoltà in caso di interventi successivi su tali strutture • sviluppo di laparocele sulle incisioni >1 cm (rischio più teorico che pratico venendo le incisioni maggiori suture) • <u>Complicanze locali connesse alla presenza della protesi</u> (raggrinzimento, migrazione o infezione della protesi) che possono anche divenire gravi e che se non risolte con terapia medica e/o topica possono costringere a re-intervento di debridement, toilette ed eventualmente rimozione della protesi stessa. • <u>Complicanze locali</u> quali infezioni, sieromi, ematomi che prevalentemente vengono trattati conservativamente ma che possono necessitare anche di antibiotico-terapia, medicazioni ripetute, drenaggi, agoaspirazioni, debridement con evacuazione di ematomi o ascessi. • <u>Complicanze loco-regionali</u> quale dolore precoce e temporaneo o cronico dovuto a lesione, infiammazione o intrappolamento delle terminazioni nervose loco-regionali nella plastica erniaria con possibilità rara di re-intervento ed espianto della protesi. Gonfiore residuo del testicolo o delle grandi labbra, soprattutto nel caso di ampi sacchi erniari: normalmente si riduce e spesso scompare del tutto dopo circa 20-30 giorni • <u>Recidiva</u> (1-3%) con necessità di re-intervento. • <u>Cicatrici addominali e laparocele</u>: talvolta le cicatrici possono divenire particolarmente brutte e fastidiose (cheloidi) e/o possono allargarsi a fronte

	della continua tensione a cui sono sottoposte (diastasi) con conseguente rischio di erniazione dei visceri tramite questa zona di minore resistenza (laparocele). • Talvolta la guarigione delle ferite subisce dei ritardi a causa di punti dello strato profondo che tendono a riaffiorare. L'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e da cui è affetta/o: - Patologie reumatiche o del connettivo (es aneurisma dell'aorta) - Patologie cardiache o respiratorie importanti - Immunodepressione - Fumo - Diabete - Assunzione cronica di corticosteroidi (cortisone).
Alternative diagnostiche e terapeutiche – diverse tecniche operatorie	In alternativa, è possibile procedere ad un intervento laparotomico di plastica per via anteriore: viene praticata una incisione inguinale, viene aperto il canale inguinale, isolato e ridotto il sacco erniario; si applica successivamente la rete protesica che solitamente si fissa con alcuni punti. Vi sono diverse tecniche di riparazione protesica, alcune delle quali utilizzano una seconda rete od un piccolo tappo (detto plug) per permettere una riparazione senza tensione e vengono utilizzate soprattutto per le ernie più voluminose. L'intervento per via anteriore risulta meno invasivo dal punto di vista chirurgico ma è gravato da un <i>dolore post-operatorio maggiore</i> e di norma non viene eseguito bilateralmente; <i>in più è gravato da un maggior tasso di nevralgie o iposensibilità inguinale postoperatoria</i>.
Conseguenze di un eventuale rifiuto della prestazione proposta	L'ernia inguino-crurale è una patologia benigna trattabile esclusivamente con l'intervento chirurgico. Si può decidere di non intervenire e di tenerla sotto semplice monitoraggio quando è completamente asintomatica e riducibile ma i dati scientifici riportano che entro 5 anni probabilmente diverrà sintomatica ed andrà comunque operata; qualora diventi irriducibile e/o in presenza di sintomi (es. fastidio e soprattutto dolore), il rischio di complicanze diventa elevato ed il trattamento chirurgico diventa fondamentale. Se l'ernia dovesse strozzarsi l'intervento chirurgico diverrebbe obbligatorio e rappresenterebbe una emergenza chirurgica.
Controindicazioni assolute e relative	La plastica per via laparoscopica è controindicata per pazienti che non possano eseguire l'anestesia generale. Inoltre presenta alcune controindicazioni non assolute: 1. Terapia anticoagulante orale (TAO o NAO) → in tali pazienti, l'indicazione alla laparoscopia verrà valutata caso per caso a seconda del bilancio costi/benefici della eventuale sospensione della terapia anticoagulante 2. Pregresso intervento di prostatectomia radicale 3. Pregressi traumi con frattura del pube.

Reggio Emilia, _____

Dott. Federico Biolchini
Medico Chirurgo
Specialista in chirurgia generale
C.F. BLCFRC78M05I462L
PIVA: 03047870351

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

Tratto da https://www.facs.org/media/hyan4vd1/hernia_itl.pdf
Informazioni per pazienti a cura dell'American College of Surgeons