



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 OMBELICALE** ☐ **EPIGASTRICA** ☐ **SPIGELIO** ☐
OTTURATORIA ☐

Prestazione proposta: **INTERVENTO CHIRURGICO LAPAROTOMICO PER VIA**
ANTERIORE DI PLASTICA DELL'ERNIA che potrà essere:
DIRETTA ☐ con impiego di **PROTESI** ☐

L'intervento chirurgico verrà eseguito in **anestesia generale** ☐ **locale** ☐ **locoregionale** ☐

Condizione clinica	L'ernia consiste nella fuoriuscita di un viscere o di una sua parte, attraverso un'area di debolezza della parete addominale o attraverso un orifizio o un canale naturale Le ernie 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	Viene praticata una incisione nel sito dell'ernia, viene isolato e ridotto il sacco erniario (parte del contenuto intestinale erniato attraverso la parete addominale); si applica successivamente la rete protesica che solitamente si fissa con alcuni punti. Vi sono diverse tecniche di riparazione protesica che utilizzano reti posizionate o dietro ai muscoli dell'addome o direttamente dentro la cavità addominale: la tecnica da utilizzare normalmente si sceglie tenuto conto del tipo di ernia e del tipo di paziente (cosiddetta "tailored surgery" o "chirurgia su misura" L'intervento viene eseguito normalmente in regime di Day Surgery (senza ricovero); l'intervento dura circa 45-60 minuti.
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 day surgery o, in casi particolari, in one day surgery (con un pernottamento in ospedale) • Dopo l'intervento potrete accusare dolore locale che può essere anche importante per circa 2-3 giorni e svanirà in circa in 7-10 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 15 giorni, mentre l'attività sportiva dopo circa 1 mese • Esisterà una cicatrice addominale che normalmente sarà poco visibile ma che talvolta potrebbe divenire particolarmente brutta e fastidiosa (cheloide) e/o potrebbe allargarsi a fronte della continua tensione a cui è sottoposta (diastasi) • Potrebbe verificarsi una iposensibilità (la zona ha meno sensibilità ed appare come se fosse dura e gonfia pur non essendolo) della zona operata: solitamente migliora entro uno-due mesi ma può anche non migliorare (il cervello comunque si abitua alla nuova sensibilità e presto non la si avverte se non al tocco)
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 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, debridment 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. • <u>Recidiva</u> (2-3%) con necessità di re-intervento. La recidiva viene favorita da infezioni della ferita, patologie che provochino una rallentata cicatrizzazione (es diabete od assunzione cronica di cortisonici) oppure da una mancata osservanza di un idoneo periodo di convalescenza

	• <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 - Obesità - Immunodepressione - Fumo - Diabete - Assunzione cronica di corticosteroidi (cortisone) - Pregresse infezioni della parete addominale
Alternative diagnostiche e terapeutiche – diverse tecniche operatorie	In alternativa, è possibile procedere ad un intervento di plastica per via laparoscopica: l'accesso alla cavità addominale avviene tramite 3 piccole incisioni addominali, da 1-1,5 cm circa, attraverso le quali vengono introdotti gli strumenti operatori comprensivi di una piccola telecamera; la telecamera proietta l'immagine del cavo addominale su di un monitor esterno su cui i chirurghi vedono il campo operatorio. L'intervento laparoscopico è più impegnativo ed invasivo dal punto di vista chirurgico ma appare gravato da minore dolore post-operatorio e da minore tasso di infezione di ferita, con tempi di recupero più brevi. Viene riservato per le ernie voluminose (ove l'orifizio erniario è maggiore di 3-4 cm di ampiezza)
Conseguenze di un eventuale rifiuto della prestazione proposta	L'ernia addominale 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.

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 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

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

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