



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: **LAPAROCELE** ☐ **LOMBOCELE** ☐

Prestazione proposta: **INTERVENTO CHIRURGICO LAPAROSCOPICO DI PLASTICA DEL LAPAROCELE** che potrà essere:
DIRETTA ☐ con impiego di **PROTESI** ☐

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

Condizione clinica	Il laparocele consiste nella fuoriuscita di un viscere o di una sua parte, attraverso un'area di debolezza della parete addominale in corrispondenza di una cicatrice chirurgica: per avere un laparocele è necessario quindi essere stati sottoposti in precedenza a chirurgia addominale, altrimenti abbiamo un'ernia e non un laparocele Il lombocele è un laparocele che si è sviluppato in sede addominale laterale I laparoceli non hanno nessuna possibilità di guarire spontaneamente e tendono 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	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. Viene isolato e ridotto il sacco erniario (parte del contenuto intestinale erniato attraverso la parete addominale) e si applica successivamente la rete protesica, che solitamente si fissa con alcune graffette (tacks) che vengono inserite nella parete addominale; le tacks possono essere riassorbibili o permanenti (in questo caso sono di titanio o di acciaio per non confliggere con metal detector).

	Vi sono diverse tecniche di riparazione protesiche: alcune entrano all'interno dell'addome (IPOMN-IPOM Plus-LIRA) ed altre rimangono nello spessore della parete muscolare (eTEP); utilizzano reti posizionate o dietro ai muscoli dell'addome o direttamente dentro la cavità addominale; nella maggior parte degli interventi intraaddominali (IPOM) la parete addominale non viene ricostruita. Talvolta, inoltre, il laparocele è troppo largo e non permette il riapprossimarsi dei muscoli retti e quindi per poterli riapprossimare potrebbero essere necessarie alcune tecniche aggiuntive di rimodellamento della parete (tecniche di "component separation"); queste tecniche sono maggiormente utilizzate nell'approccio open rispetto a quello laparoscopico. In ogni caso 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 degenza ordinaria con un ricovero di 2-3 giorni; l'intervento dura circa 60-90 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. È necessario quando possibile ricostruire la parete addominale riapprossimando i muscoli retti per poter riportare la parete stessa ad essere funzionalmente "guarita" (ciò non è sempre possibile utilizzando la tecnica laparoscopica).
Tipo di anestesia	L'intervento si esegue nella maggior parte dei casi in anestesia generale. IN alcuni caso l'anestesista potrà effettuare una analgesia neuroassiale o di parete per diminuire il dolore postoperatorio.
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 laparocele complicato (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, presenti da lungo tempo o in caso di grandi laparoceli che non permettano la riparazione completa della parete addominale..
Conseguenze temporanee e permanenti prevedibili	La prestazione comporta di solito le seguenti conseguenze: • L'intervento avviene normalmente in degenza ordinaria • Dopo l'intervento potrete accusare dolore locale che può essere anche importante per circa 3-7 giorni e svanirà in circa in 15-20 giorni ed è legato alle tacks od alla sutura muscolare • 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 30 giorni, mentre l'attività sportiva dopo circa 1 mese • Esisteranno tre piccole cicatrici addominali che normalmente saranno poco visibili ma che talvolta potrebbero divenire particolarmente brutte e fastidiose (cheloide) 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;
- Complicanze legate alla laparoscopia:

lesioni di grossi vasi, al momento della introduzione delle sonde, **diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace** (enfisema sottocutaneo o

mediastinico o al collo), **embolia polmonare gassosa**, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o **ipercapnia**, che consiste nell'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue; la **conversione** dell'intervento nella via laparotomica tradizionale: non è una vera complicanza ma una modifica della tecnica chirurgica a cui si ricorre quando si incontrino condizioni tali da non consentire la prosecuzione dell'intervento stesso, con margine sufficiente di sicurezza.

- Complicanze locali connesse alla presenza della protesi (raggrinzimento, migrazione o infezione della protesi, fistole per decubito della protesi sull'intestino e formazione di un tragitto dal quale può fuoriuscire materiale intestinale) 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.

- La tecnica laparoscopica presenta anche una complicanza, fortunatamente molto rara, che è la perforazione intestinale misconosciuta che può causare una peritonite con conseguente necessità di intervento urgente.

- Aderenze viscerali con occlusione intestinale: evenienza che, quando si verifica, può richiedere un anche un intervento chirurgico

- Complicanze locali 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 (tasso inferiore rispetto alla chirurgia laparotomica)

- Recidiva (3-15%) 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

- Cicatrici addominali: talvolta le cicatrici possono divenire particolarmente brutte e fastidiose (cheloidi) e/o possono allargarsi a fronte della continua tensione a cui sono sottoposte (diastasi)

- 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 <u>Per questo è necessario che prima dell'intervento i fattori potenzialmente modificabili siano trattati od ottimizzati (obesità, fumo, diabete).</u>
Alternative diagnostiche e terapeutiche – diverse tecniche operatorie	In alternativa, è possibile procedere ad un intervento di plastica per via laparotomica: viene praticata una incisione nel sito del laparocele, viene isolato e ridotto il sacco erniario (parte del contenuto intestinale erniato attraverso la parete addominale) ed isolati i muscoli retti (i cosiddetti addominali), si applica successivamente la rete protesica, che solitamente si fissa con alcuni punti, e vengono riapprossimati tra loro i muscoli retti. L'intervento laparotomico è meno impegnativo ed invasivo dal punto di vista chirurgico ma appare gravato da un maggior tasso di infezioni di ferita e di una degenza ed un recupero più lungo.
Conseguenze di un eventuale rifiuto della prestazione proposta	IL Laparocele 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 soprattutto i caso di pazienti anziani o con numerose comorbidità per le quali l'intervento risultai ad alto grado di complicate; 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 il laparocele 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 da Risultati Riportati in Letteratura negli Ultimi 10 anni	Percentuale	Tieniti informato
Incapacità di urinare dopo rimozione del catetere urinario	21%	Anestesia generale, età avanzata, problemi prostatici e il diabete possono essere associati ad una ritenzione urinaria. Un catetere temporaneo o farmaci possono essere usati per il trattamento della ritenzione.
Sieroma: Una raccolta di liquido chiaro/giallo	12%	I sieromi si possono formare intorno al sito dell'ernia operata. Potrebbe essere necessario l'aspirazione del liquido con un ago sterile. ¹⁰
Recidiva: Un'ernia può ritornare dopo la riparazione anche dopo alcuni anni.	"Open" 12% laparoscopico 10% senza protesi 17% ¹¹	L'incidenza di recidiva è maggiore per riparazione di ernie complesse o infette o per riparazioni eseguite senza uso di protesi. In un follow-up di 5 anni, il 6% - 20% dei pazienti con riparazione protesica presentava serie complicanze, quali ostruzione intestinale, fistole, o scollamento della ferita. ¹²
Lesione intestinale	"Open" meno di 1% laparoscopico 4.3% ¹³	Una lesione può essere riparata durante lo stesso intervento. Se vi è una perdita intestinale nella cavità addominale, la riparazione erniaria sarà differita dopo che la sutura intestinale è guarita. Un sondino nasogastrico sarà posto per tenere lo stomaco vuoto finché l'intestino riprende a funzionare.
Rischi basati sul Calcolatore del rischio secondo ACS nel Giugno 2017*	Percentuale	Tieniti informato
Infezione della ferita: Infezione nell'area dell'incisione chirurgica o vicino all'organo dove la chirurgia è stata eseguita.	"Open" 3.9% laparoscopico meno di 1%	Possono essere necessari l'utilizzo di antibiotici e un drenaggio della ferita. Il fumo aumenta il rischio di infezioni.
Ritorno alla chirurgia: la necessità di ritornare in sala operatoria dovuto ad un problema dopo il precedente intervento.	"Open" 2.5% laparoscopico meno di 1%	Dolore significativo e un'emorragia possono essere causa di un re intervento. Il tuo gruppo chirurgico ed anestesilogico è preparato per ridurre ogni rischio di re intervento.
Polmonite: Infezione dei polmoni	"Open" 1.2% laparoscopico meno di 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" 1.2% laparoscopico meno di 1%	Il bere liquidi diminuisce il rischio di infezioni della vescica.
Trombosi: un coagulo nelle gambe che può interessare il polmone	"Open" 1.1% laparoscopico meno di 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.
Complicanza cardiaca: include un attacco cardiaco o un improvviso arresto cardiaco	meno di 1%	Problemi con il tuo cuore o polmone possono essere aggravati dall'anestesia generale. Il tuo anestesista provvederà a raccogliere la tua anamnesi e suggerire la migliore opzione per te.
Insufficienza renale: I reni non producono urine e/o non ripuliscono il sangue dalle tossine	meno di 1%	Condizioni renali preesistenti, squilibrio idrico, diabete Tipo 1, età superiore a 65 anni, antibiotici, e altri farmaci possono incrementare il rischio.
Decesso	meno di 1%	
Altre complicanze, includono: infezioni chirurgiche, difficoltà respiratorie, trombosi, complicanze renali, complicanze cardiache e ritorno in sala operatoria.	"Open" 9.7% laparoscopico 2.9%	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.

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

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