

**Chirurgia.** Scritte le linee guida internazionali per il trattamento di questa diffusa patologia. Arrivano le protesi biologiche che si trasformano nel tessuto con cui vengono a contatto. Ogni anno in Italia 200.000 operazioni

# Ernia inguinale l'intervento sarà su misura

GIUSEPPE DEL BELLO

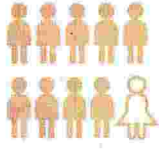
**E**RNIA, un protocollo internazionale indica la migliore scelta terapeutica. L'intervento da programmare in rapporto al paziente, la mesh (rete protesica) per ogni singolo caso, il tipo di anestesia per età e soggetto, e il collante che meglio aderisce al tessuto anatomico da trattare. È tutto scritto nelle linee guida, le prime condivise in tutto il mondo dai massimi esperti del settore per la gestione dell'ernia. Dai casi meno complicati ai più complessi, il documento messo a punto durante la prima Conferenza mondiale sulla Chirurgia dell'ernia addominale che si conclude domani a Milano, si identifica nella *tailored surgery*. Significa trattamento operatorio personalizzato, grazie alle tecnologie che oggi assicurano massima efficacia e rischi di complicanze meno dell'1%. Non solo. Dal congresso fa capolino un prossimo futuro rappresentato dalla robotica per intervenire in casi selezionati, mentre al nastro di partenza c'è la *chirurgia social*: la condivisione di referti ed esami tra medici su profili riservati di Facebook che servirà a dirimere dubbi clinici in tempo reale.

L'ernia è la prima patologia che conduce in sala operatoria: ogni anno nel mondo finiscono sotto i ferri 7 milioni di pazienti, di cui 200 mila solo in Italia. Per lo più a causa di ernia inguinale che, nel nostro Paese, riguarda 150 mila persone, mentre le stime indicano due milioni di adulti, in prevalenza maschi (otto volte più delle donne), che prima o dopo saranno colpiti dalla

patologia. Vari tipi, sintomi simili. Che, anche sfumati o non sempre presenti, vanno dalla tumefazione più o meno evidente al dolore localizzato, alla sensazione di peso. In sintesi l'ernia, caratterizzata dalla fuoriuscita di un viscere dalla sua sede anatomica naturale, può coinvolgere diverse aree dell'addome (inguinale, femorale, mediana) e riconoscere anche patogenesi differenti. Da uno sforzo improvviso, alla lassità muscolare e fino all'esito di un pregresso intervento chirurgico. Cosa significa *tailored surgery*, lo spiega Giampiero Campanelli, direttore di Chirurgia generale e *day surgery* dell'Istituto clinico Sant' Ambrogio di Milano e presidente della Conferenza, premettendo che si può scegliere l'approccio «in laparoscopia o a cielo aperto, e il tipo di riparazione più idonea». In questo settore lo specialista si riferisce alle novità tecnologiche come le «protesi biologiche intelligenti, in grado di trasformarsi nel tessuto con cui vengono in contatto. Si tratta di lamine ottenute da tessuti animali che dopo l'impianto vengono pian piano sostituite e colonizzate dalle cellule del paziente, così da sparire completamente dopo aver esercitato il loro effetto di contenimento. Oggi vengono impiegate in casi complessi, ad esempio se ci sono infezioni o potenziali infezioni, ma sono utili anche in donne con piccole ernie ombelicali dopo la maternità e pliche cutanee addominali ampie, oppure nei bambini». Ma le mesh, cioè le reti in commercio sono anche realizzate in materiali sintetici non assorbibili o che lo sono solo parzialmente, che garantiscono ottimi risultati e un basso rischio di recidiva, mentre le cosiddette protesi dinamiche asseconda-

no la muscolatura della parete addominale, ottenendo un risultato naturale. «Per decidere al meglio tra la grande varietà di reti», aggiunge Campanelli, «bisogna tenere conto dell'età del paziente, del suo stile di vita e della sua corporatura». Tra le più recenti, la *selfgripping* (acido polilattico) che, senza colla, aderisce autonomamente al piano anatomico, mentre l'ultima appena sbarcata sul mercato che si autoincolla grazie alla sua superficie composta di una sostanza derivata dallo zucchero. Il *working progress* investe anche le suture, con fili che si adattano al tipo di protesi, completamente o parzialmente assorbibili, cioè capaci di dissolversi del tutto o di fondersi in parte nella parete addominale. E non mancano le tecniche *suture-less*, ernioplastiche effettuate senza applicazione di punti. È merito delle particolari colle biologiche che, rivela il chirurgo, «sostituiscono l'ago e il filo. In questo modo i pazienti potranno tornare alle consuete attività entro breve tempo, mentre da subito cammineranno, con i fastidi legati alla tensione che spariranno nel giro di una settimana. E dopo 15 giorni potranno riprendere a fare sport. Ma è fondamentale arrivare all'intervento prima che compaiano complicanze. Ed è inutile perdere tempo con busti o cinti, basta rivolgersi a un bravo chirurgo per risolvere l'ernia nel modo migliore».

## COME COLPISCE



**90%** dei casi di ernia inguinale interessa i maschi



Colpisce spesso maschi oltre 40



Anche bambini fino a 1 anno

## TIPOLOGIE E SEDI

Le ernie addominali sono le più frequenti, colpiscono il



della popolazione mondiale

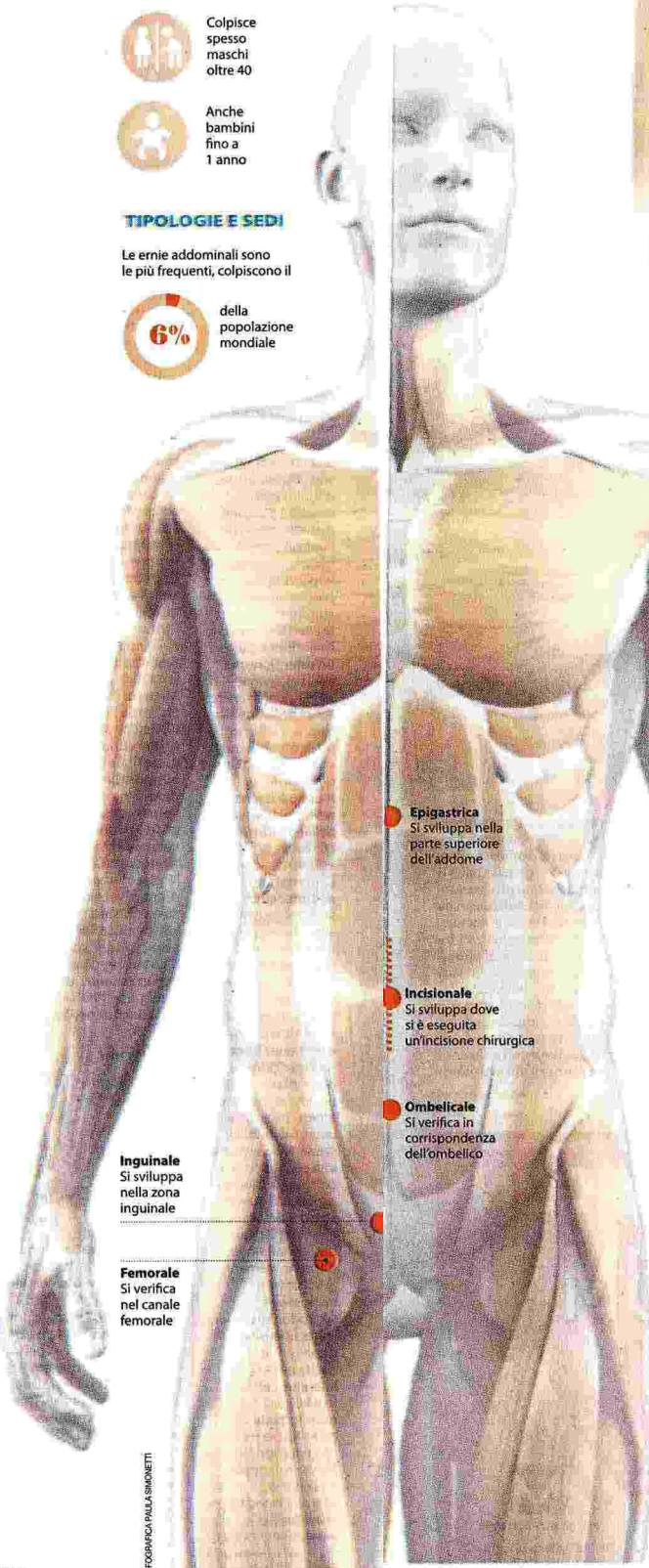
## COS'È L'ERNIA ADDOMINALE

È la fuoriuscita di un viscere, o di una piccola parte di esso, dalla cavità addominale dov'è contenuto. Si produce a causa di un indebolimento progressivo delle pareti muscolari e fasciali

## L'INTERVENTO

Si pratica in Day Hospital sotto anestesia locale

Durata da 40 a 70 min



**Epigastrica**  
Si sviluppa nella parte superiore dell'addome

**Incisionale**  
Si sviluppa dove si è eseguita un'incisione chirurgica

**Ombelicale**  
Si verifica in corrispondenza dell'ombelico

**Inguinale**  
Si sviluppa nella zona inguinale

**Femorale**  
Si verifica nel canale femorale



Muscolo obliquo esterno

### 1 INCISIONE

Si effettua una piccola incisione nella parete addominale per aprire la fascia del muscolo obliquo esterno

Funicolo spermatico



Funicolo spermatico

### 2 ISOLAMENTO

Il chirurgo procede all'identificazione e all'isolamento dei nervi inguinali e del funicolo spermatico (nell'uomo)

### Sacco erniario

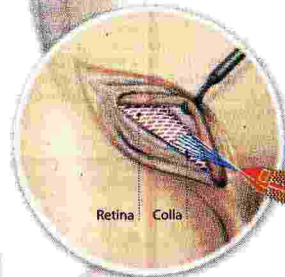
Il viscere fuoriesce a causa dell'indebolimento della parete interna del canale inguinale



### 3 RIPOSIZIONAMENTO

Il sacco erniario viene isolato e ricondotto con il suo contenuto nella cavità addominale

Zona indebolita



### 4 APPLICAZIONE DELLA RETINA

La falla della parete inguinale viene coperta con una retina leggera presagomata. Per fissarla si utilizza una colla biologica di fibrina

Applicazione della colla biologica



Muscolo obliquo esterno

### 5 SUTURA ESTERNA

Dopo il fissaggio della retina - senza i punti di sutura - viene chiusa l'incisione della fascia del muscolo obliquo esterno

FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE / ERNIA.ORG

# I consigli. Una complicanza

post-operatoria che si manifesta in circa il 15% degli interventi. Problemi e rimedi

## Dopo un'incisione rischio laparocele ecco i sintomi per riconoscerlo

**N**on trattata, fatalmente evolve. Con il rischio di ritrovarsi un'ernia strozzata. La conferma arriva da vari studi clinici. Avvertono che le ernie di grosse dimensioni, che si manifestano con dolore e non sono riducibili, possono andare incontro dal momento della diagnosi a strangolamento in circa il 2,5 per cento dei casi nell'arco di sei mesi. Un rischio che, permette il professor Francesco Corcione, direttore di Chirurgia generale e robotica all'azienda Monaldi di Napoli e presidente della Società italiana di Chirurgia, «aumenta col passare del tempo, raddoppiandosi a distanza di due anni. Ancora più alto è il rischio di complicanze gravi (30%) per le ernie femorali».

**Qual è la complicanza più temibile?**

«È quella legata alla compressione del tratto di intestino che, fuoriuscendo dalla breccia inguinale, può rimanere incarcerato o strozzato dallo stesso foro. Un'ernia incarcerata è caratterizzata da gonfiore non più riducibile e quando si arriva allo strozzamento, l'afflusso di sangue all'intestino viene compromesso».

**Che cosa si fa in questo caso?**

«Lo strangolamento dei vasi è un'evenienza rara (circa il 4 per cento) ma oltre a causare fortissimi dolori e vomito può portare a necrosi e perforazione, con infiammazione di tutta la cavità addominale (peritonite). Se ciò accade è necessario operare immediatamente. Gli altri tipi di ernia (epigastrica, ombelicale, crurale) hanno modalità identiche di formazione di quella in-

guinale e possono evolvere nelle stesse complicanze».

**Il laparocele è conseguenza di un precedente intervento?**

«Sì, è una complicanza postoperatoria che si manifesta in circa il 9-19 per cento di tutte le incisioni. In chirurgia laparoscopica può verificarsi il laparocele nel 2-5 per cento dei casi nella sede di inserzione dei trocar (le sonde, ndr). In genere è asintomatico, se si esclude la tumefazione non dolente che si apprezza prevalentemente in posizione eretta. I sintomi che invece devono allarmare sono il dolore e la tumefazione non riducibile in cavità addominale con le classiche manovre digitali. Ovviamente, oltre al vomito e al blocco delle funzioni intestinali».

**Anche in questo caso si deve intervenire in urgenza?**

«È necessario farlo per ridurre al minimo il ricorso alla laparotomia per peritonite evolutiva. Nella maggior parte delle situazioni l'intervento urgente permette di verificare lo stato dell'intestino, reintegrando e riparando il canale inguinale».

**Come si effettua la "riparazione"?**

«Con una sutura diretta oppure, se c'è una importante contaminazione, si è costretti a praticare una resezione intestinale. Nei casi più favorevoli si procede con l'apposizione di una rete per ridurre eventuali recidive, sempre possibili».

(g. del bello)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

