

PLASTICA DI ERNIA INGUINALE O CRURALE NELL'ADULTO

MODULO INFORMATIVO E DI CONSENSO ALL'INTERVENTO

Si definisce "ernia" una tumefazione sottocutanea visibile e palpabile, costituita da materiale normalmente presente in addome (tessuto adiposo, omento, intestino), che fuoriesce da un "orifizio erniario", contenuto nel peritoneo che costituisce il "sacco erniario".

Ernia inguinale - fra i muscoli addominali ed il legamento inguinale si trova il canale inguinale attraverso il quale passano, nell'uomo arterie e vene per il testicolo ed il dotto deferente, nella donna il legamento rotondo. In caso di ernia inguinale il sacco erniario fuoriesce attraverso questo passaggio naturale dilatato in modo patologico.

Ernia crurale - il sacco erniario passa tra il legamento inguinale, le ossa del bacino e la vena femorale.

Una volta formati, l'ernia e l'orifizio erniario non guariscono mai spontaneamente, ma tendono ad allargarsi con il passare del tempo.

In particolare, la tendenza all'aumento di dimensioni di un'ernia dipende da:

- forza di gravità: l'ernia tende a "uscire" in posizione eretta, mentre tende a "rientrare" da sdraiati;
- pressione addominale: l'aumento di peso o la gravidanza provocano una maggiore tensione sull'orifizio favorendone l'allargamento e l'aumento di dimensioni dell'ernia;
- sforzi fisici: lavori pesanti e sport favoriscono aumenti della pressione addominale.

Fasi della patologia erniaria e rischi connessi

Ernia non complicata, punta d'ernia: rappresenta la prima fase di esordio della malattia, spesso a evoluzione graduale, con aumento di volume progressivo e indolenzimento. In questa fase si tende a intervenire chirurgicamente anche in assenza di grossi disturbi, per poter eseguire una procedura semplice, in anestesia locale, con una piccola incisione, prevenendo possibili problemi a lungo termine.

Ernia strozzata: rappresenta la peggiore complicanza di un'ernia, si verifica quando il sacco erniario rimane nell'orifizio stretto e rigido, provocando dolore e impossibilità dell'ernia a rientrare in addome. Questo provoca lo strozzamento dei vasi nutritizi diretti alle strutture comprese nell'ernia, con possibilità di ischemia e perforazione del tratto di intestino interessato, seguita da peritonite e altre complicanze altamente pericolose. Quando anche i vasi sanguigni del testicolo vengono compressi può essere danneggiato il testicolo stesso. L'intervento è sempre necessario, con urgenza.

Ernia incarcerata: è l'ernia che non può rientrare in addome neanche con manovre manuali del paziente e rimane imprigionata nell'orifizio erniario senza che ci sia un vero strozzamento. Se nell'ernia è presente intestino può derivarne un'occlusione intestinale. L'intervento è sempre indicato.

Procedimento dell'intervento

L'intervento per ernie non complicate si esegue nella maggior parte dei casi in anestesia locale. Si può optare anche per anestesi diverse, spinale o generale, quando si devono affrontare situazioni a particolare rischio, in urgenza, o se sono necessari interventi associati.

Obiettivo dell'intervento è riportare in sede il contenuto del sacco erniario, suturare e rafforzare l'orifizio erniario con una protesi in modo da prevenire il riformarsi di un'altra ernia.

Le prospettive di successo dell'intervento sono molto buone. Il rischio di una recidiva di ernia è passato dal 25-30% a valori inferiori al 5% da quando si utilizzano le protesi.

Intervento tramite un'incisione inguinale

Anestesia locale. Incisione di alcuni cm. sulla tumefazione. Identificazione e riposizionamento

del sacco erniario nella cavità addominale con preservazione delle strutture circostanti. Ricostruzione della parete sul cedimento muscolare e posizionamento di una protesi sintetica. Sutura con punti interni.

Intervento tramite una laparoscopia

Con tre incisioni sulla parete addominale si introducono una telecamera e due strumenti. Si trazione il sacco erniario in addome e si posiziona una protesi dall'interno. L'intervento deve essere eseguito in anestesia generale.

Interventi particolari - variazioni ed estensioni dell'intervento

In urgenza o in presenza di malattie associate, possono rendersi necessari interventi diversi da quello standard, anche con cambiamenti di condotta decisi dal chirurgo durante l'intervento.

Possono essere utilizzate incisioni diverse oltre a quella sull'ernia vera e propria, qualora dovessero essere necessari interventi sull'intestino o sul testicolo.

Può essere variata la tecnica di anestesia, passando da un'anestesia locale ad un'anestesia generale in corso di intervento.

L'accettazione dell'intervento presuppone l'accettazione ed il consenso per modifiche, estensioni o utili variazioni della tecnica concordata che potrebbero rendersi necessarie nel corso dell'intervento previsto, allo scopo di non dover procedere ad un ulteriore intervento chirurgico con relativa nuova anestesia.

Decorso immediato

L'intervento in anestesia locale fa parte degli interventi chirurgici di routine e può essere eseguito con un tempo minimo di ricovero perché non è necessario un monitoraggio complesso.

È sufficiente, e necessario, osservare la ripresa della deambulazione, delle funzioni fisiologiche, dell'alimentazione leggera.

La terapia antidolorifica viene dapprima eseguita per via endovenosa e poi passata per via orale. La dimissione avviene quando il dolore è sotto controllo.

Possibili complicanze dell'intervento standard

Un modesto rigonfiamento delle strutture che portano al testicolo e una lieve colorazione scura dello scroto o del pube sono una conseguenza normale dell'intervento, perdurano per 2-3 settimane, sono normalmente indolenti e possono essere trattati con antidolorifici orali.

Infezioni della ferita sono molto rare. Viene eseguita una profilassi antibiotica al momento dell'intervento secondo le linee guida riconosciute. Raccolte di siero possono verificarsi, si possono risolvere spontaneamente o dopo aspirazione con un ago.

Emorragie sono molto rare dato il campo operatorio molto ristretto; quando presenti, eventuali ecchimosi riguardano la zona operata e raramente hanno conseguenze generali.

L'interessamento di nervi cutanei nelle cicatrici possono determinare sensazioni di torpore in corrispondenza della ferita chirurgica o ipersensibilità in regione inguinale o alla radice della coscia che tendono ad attenuarsi nelle settimane successive all'intervento.

In caso di disturbi alla guarigione della ferita o a predisposizione individuale possono insorgere cicatrici ispessite con iperpigmentazioni cutanee o cheloidi esteticamente deturpanti e ipersensibili.

Anche se la plastica di ernia costituisce un intervento di routine, possono verificarsi casi di allergie o di ipersensibilità (a farmaci, disinfettanti, lattice), con effetti di solito transitori come gonfiori, starnuti, eruzioni cutanee, capogiri con vomito ed altre lievi reazioni. Sono molto rare altre complicanze che possono compromettere le funzioni vitali (al cuore, circolazione, respirazione, reni) e danni permanenti (per esempio a carico del sistema nervoso o dei reni).

In situazioni standard, con paziente che entra in sala operatoria camminando e riprende a camminare subito dopo l'intervento, gli eventi tromboembolici sono improbabili e non viene praticata profilassi routinaria con eparina. In pazienti particolari o per procedure complesse può invece essere necessario provvedere a tale profilassi secondo giudizio del Chirurgo.

Le protesi sintetiche rientrano nella normale pratica da decenni, vengono utilizzate per rendere solida la riparazione di un difetto erniario ed è molto raro che possano provocare una reazione di rigetto. Salvo situazioni particolari, si utilizzano reti in polipropilene, la cui biocompatibilità è comprovata. La presenza di una protesi non evoca particolare sensibilità. A distanza di tempo la protesi viene incorporata nei tessuti e raramente può provocare disturbi, con dolori cronici attenuabili con terapia medica.

In casi sporadici il materiale sintetico può creare dei problemi a lungo termine quando aderisce agli organi addominali (intestino e vescica) tanto da far insorgere sequele anche significative che possono portare alla rimozione della protesi ed a interventi sull'organo coinvolto.

In caso di plastica di ernia inguinale nell'uomo, a causa di cicatrizzazione ipertrofica o di imprevisti chirurgici, il dotto deferente o i vasi sanguigni del testicolo possono essere lesionati. Tali complicanze possono portare ad un rigonfiamento temporaneo del testicolo e in singoli casi si può giungere ad una permanente ipotrofia o alla perdita funzionale del testicolo. Ciò determina la sterilità solo in caso sia lesionato o assente l'altro testicolo.

Preparazione all'intervento

Va segnalato l'utilizzo di qualunque farmaco, in particolare anticoagulanti (Coumadin, Sintrom) e antiaggreganti (Aspirina, Cardioaspirina, Tiklid) utilizzati per motivi cardiovascolari.

A parte i farmaci citati, la terapia domiciliare va assunta normalmente, come se non ci fosse l'intervento.

Prima dell'intervento bisogna osservare un digiuno di almeno 6 ore, anche da acqua e liquidi; unica eccezione è la terapia del mattino dell'intervento, che deve essere assunta con poca acqua, quanto basta per deglutire le compresse.

Al mattino dell'intervento fa fatta un'accurata doccia e una depilazione della zona interessata dall'intervento.

Dopo l'intervento

Non si deve guidare per le 24 ore dopo l'intervento perché la capacità di reazione può essere pregiudicata dagli anestetici e/o dagli antidolorifici.

Per il rientro a casa è necessario quindi un accompagnatore adulto; a domicilio è sufficiente un familiare che assista nelle attività di base, come cucinare o fornire un piccolo sostegno per la mobilitazione e deambulazione quando necessario.

La ferita può essere bagnata dopo 6 giorni.

La medicazione con eventuale rimozione dei punti avviene dopo circa 10-12 giorni.

Bisogna attendere un mese prima di riprendere appieno le attività fisiche, evitando per due mesi sforzi sportivi intensi o sollevamento di carichi pesanti.

Va informato il medico in caso di febbre sopra i 38,5°C, dolori o arrossamenti alla ferita o un rigonfiamento al testicolo, anche se questi disturbi sopraggiungono solo alcuni giorni dopo l'intervento. Ciò vale anche se dovesse avvertire disturbi della defecazione (stitichezza, diarrea, crampi addominali).

**CONSENSO INFORMATO A INTERVENTO DI
PLASTICA DI ERNIA INGUINALE / CRURALE**

Io sottoscritto/a,

DICHIARO

- di aver letto il presente protocollo di consenso informato.
- che l'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal, dott..... e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

AUTORIZZO

il dott..... ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento indicato barrando la tecnica prescelta a pagina 1 per eseguire la plastica di:

ernia inguinale ernia crurale destra sinistra

Note:

.....

.....

So che dovrò essere sottoposto/a ad anestesia.....

AUTORIZZO

il dott..... ed i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente programmato a priori l'esatto risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

Acconsento la divulgazione di documentazione radiologica e fotografica a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

.....
firma del paziente (dell'esercente la patria potestà in caso di minore)

.....
firma del chirurgo

Luogo, data.....