

# PLASTICA DI ERNIA OMBELICALE O EPIGASTRICA 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".

L'ernia ombelicale e l'ernia epigastrica costituiscono i principali "difetti della linea mediana". Queste ernie fuoriescono attraverso la muscolatura addominale a causa di un difetto dei due muscoli retti dell'addome che crea un orifizio erniario mediano. Frequentemente si possono riscontrare difetti multipli con formazione di due o più ernie.

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. 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 uno 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 direttamente l'orifizio erniario quando di dimensioni inferiori ai 3-4cm. o con una protesi per difetti maggiori, 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.

### **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.  
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 e una lieve colorazione scura delle strutture circostanti la sede di incisione sono una conseguenza normale dell'intervento, perdurano per 2-3 settimane, sono normalmente indolenti e possono essere trattati con antidolorifici orali quando necessario. Difficilmente possono richiedere un nuovo intervento di correzione.

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, ecchimosi rilevanti riguardano la zona operata e raramente hanno conseguenze generali.

Recisioni o inglobamento di nervi cutanei nelle cicatrici possono determinare sensazioni di torpore in corrispondenza della ferita chirurgica 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 (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 trattati con terapia medica.

In casi sporadici il materiale sintetico può creare dei problemi a lungo termine quando aderisce all'intestino. Possono nascere sequele anche significative che possono portare alla rimozione della protesi ed a interventi sull'organo coinvolto.

### **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 mobilizzazione 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, 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 OMBELICALE / EPIGASTRICA**

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 ombelicale

ernia epigastrica

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.....