

SCHEDA DI INFORMAZIONE RELATIVA AD INTERVENTO DI ERNIOALLOPLASTICA INGUINALE VIDEOSCOPICA PER VIA PRE-PERITONEALE (TEP) e PER VIA TRANS-PERITONEALE (TAPP)

Gentile Signora, Egregio Signore,

crediamo che un'adeguata informazione sia un elemento indispensabile di ogni atto sanitario e costituisca una parte essenziale del programma di cura.

Per tale motivo puntiamo ad assicurarLe una buona informazione, che Le permetta di divenire, il più possibile, partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza alla competenza dei professionisti sanitari.

In considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata, nello specifico **ernia inguinale**, Le viene proposto come trattamento terapeutico l'intervento di **ernioaloplastica inguinale con metodica videoscopica**, in quanto consente di correggere il difetto di parete addominale che l'ha provocata.

Con il termine **ernia** si intende la fuoriuscita di una parte del contenuto dell'addome (visceri, omento, tessuto adiposo), ricoperta dalla cute, attraverso un'area di debolezza della parete addominale. Questa si realizza per una lassità costituzionale o congenita della parete muscolare e spesso l'evento finale è legato ad un aumento della pressione all'interno dell'addome (p.e. in seguito a prolungati periodi di tosse o a sforzi intensi).

Le ernie più frequentemente presenti sono quelle inguinali e quelle crurali. Le ernie inguinali si suddividono in 4 gruppi (Fig 1) in relazione alla zona della parete addominale sede della "porta" erniaria (Fig 2).

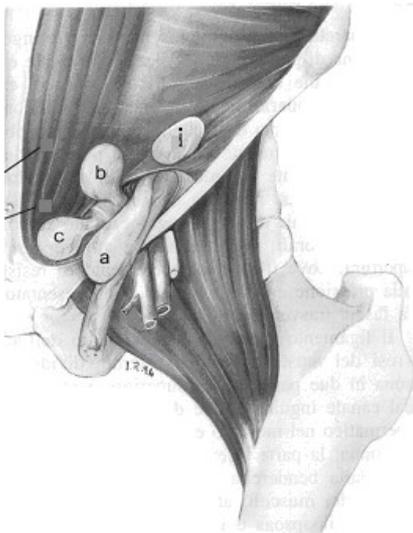


Fig 1 Regione inguinale vista dall'esterno

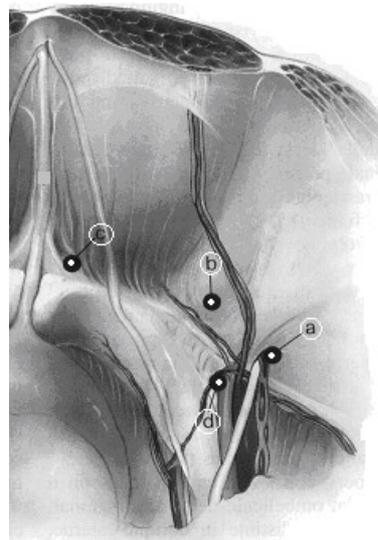


Fig 2 Regione inguinale vista dall'interno

a Ernia obliqua esterna, **b** Ernia diretta, **c** Ernia obliqua interna, **d** Ernia crurale, **i** ernia interstiziale

Vi è sempre l'indicazione ad operare un'ernia per i seguenti motivi:

- Perché non esiste una terapia medica delle ernie ed è meglio sottoporsi all'intervento chirurgico quando esse sono di piccole dimensioni, dunque più facilmente correggibili.
- Perché un'ernia tende sempre ad aumentare, lentamente ma progressivamente, di volume. Si giunge anche a situazioni in cui il contenuto dell'ernia per le sue abbondanti dimensioni non può più essere ridotto nella cavità addominale
- Perché un'ernia, anche se di dimensioni non voluminose, può sempre intasarsi, non essere più riducibile e di conseguenza correre il pericoloso rischio di strozzarsi e rendere necessario un intervento chirurgico d'urgenza. Tale evenienza può comportare anche la resezione di un'ansa intestinale.

- LA VIDEOSCOPIA CHIRURGICA -

L'intervento chirurgico di ERNIOALLOPLASTICA VIDEOLAPAROSCOPICA è considerato un **trattamento chirurgico mininvasivo** perché ha l'intento di ridurre il trauma e il dolore, grazie al tipo di accesso, ma soprattutto permettere il rapido recupero delle attività lavorative e sociali dei pazienti sottoposti a questo tipo di procedura.

1) ERNIOALLOPLASTICA INGUINALE PREPERITONEALE VIDEOSCOPICA TEP (Totally Extra-Peritoneal – laparoscopic repair)

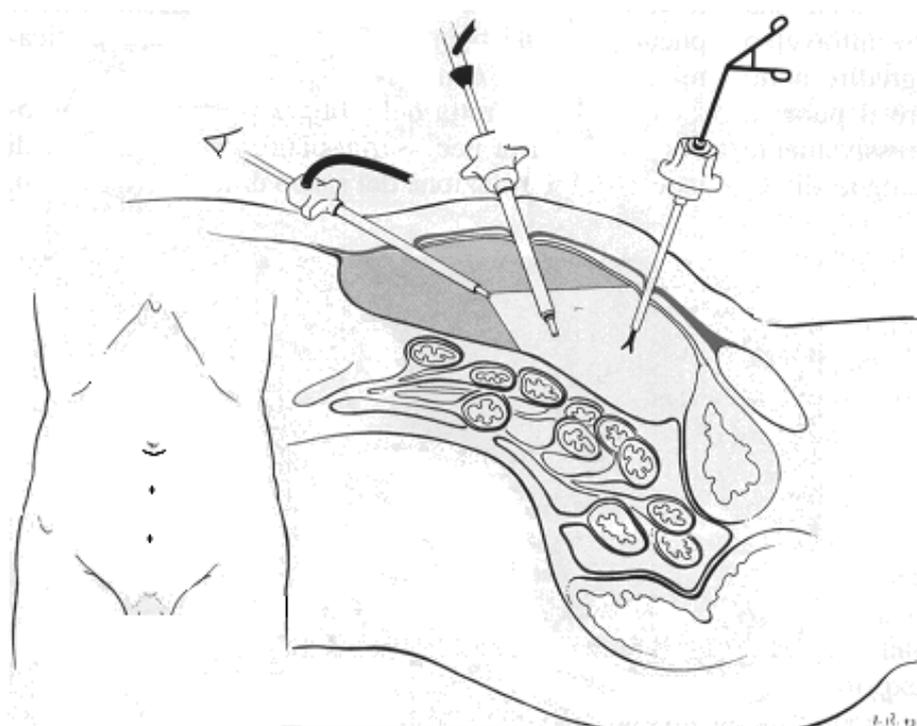


Fig.3

Si esegue un'incisione al di sotto dell'ombelico di circa 1 cm, per poi guadagnare lo spazio tra i muscoli retti e il peritoneo (pre-peritoneale: cioè non si entra nella cavità addominale) per arrivare sino al pube e alla regione inguinale. La cavità del campo operatorio viene assicurata dall'insufflazione di un gas inerte per l'uomo (CO₂ : anidride carbonica).

Si procede con due ulteriori accessi di 5mm ciascuno sulla linea mediana (tra ombelico e pube) dove vengono posizionati gli strumenti chirurgici. Individuato il difetto erniario si ottiene l'isolamento del contenuto dell'ernia e il suo riposizionamento in addome, riconoscendo e rispettando tutte le strutture anatomiche della regione inguinale che sono magnificate dalla telecamera videoscopica

2) ERNIOALLOPLASTICA INGUINALE TRANSPERITONEALE VIDEOLAPAROSCOPICA TAPP (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal - laparoscopic repair)



Fig.4

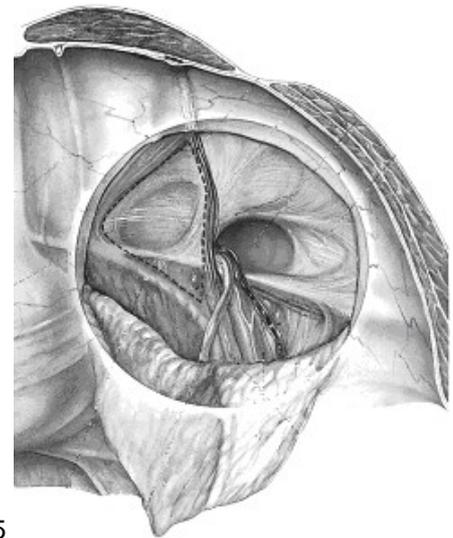


fig.5

L'incisione avviene sempre a livello sott'ombelicale, entrando però nella cavità addominale. Si insuffla CO₂ e si introducono altri due dispositivi chirurgici eseguendo due incisioni di 1cm ciascuna a lato dell'ombelico (Fig 4). Individuato il difetto erniario si ottiene l'isolamento del contenuto dell'ernia e il suo riposizionamento in addome, e quindi si apre il peritoneo per il posizionamento della rete (fig.5)

In entrambe le tecniche il difetto della parete addominale viene riparato utilizzando una protesi in rete (da qui il termine "alloplastica") che rimarrà inglobata tra il peritoneo e la parete muscolare-ossea della regione inguinale, rendendola più resistente. La rete può essere fissata o meno con clip (a discrezione del chirurgo).

Nella plastica transperitoneale (**TAPP**) una volta posizionata la rete si richiude la finestra di peritoneo aperta per impedire il contatto del contenuto addominale con la rete stessa.

Vantaggi

(TEP e TAPP)

Grazie all'ampia rete utilizzata (15cm x 10cm o poco inferiore), sia si copre perfettamente la porta del difetto erniario, sia si rinforzano le aree della parete addominale sedi di possibili ernie (Vedi fig 2).

Un grande vantaggio che determina l'indicazione a questo tipo di trattamento in alternativa al trattamento "tradizionale" (ernioalloplastica inguinale con incisione inguinale) è la possibilità di riparare i difetti erniari bilaterali mediante gli stessi accessi chirurgici (le tre piccole incisioni).

Un'altra indicazione per questa tecnica chirurgica è la riparazione di un'ernia inguinale recidiva.

(TAPP) Possibilità di eseguire una laparoscopia esplorativa, in particolare per la valutazione delle anse in caso di ernie incarcerate. L'ampia camera operatoria permette di trattare ernie di maggiori dimensioni.

Svantaggi

(TEP e TAPP)

Lo svantaggio che risulta evidente è che l'intervento non può essere effettuato con diverse modalità anestesologiche, (anestesia locale, spinale o generale), ma solamente in anestesia generale. Questo svantaggio ha come conseguenza l'impossibilità, per i rischi anestesologici, di operare chi ha patologie cardiache o polmonari di una certa importanza. La conversione in intervento "open" si può rendere necessaria, in corso d'opera, se si evidenzia un'intolleranza all'anestesia generale o all'anidride carbonica insufflata.

(TEP) Esistono condizioni anatomiche o anamnestiche che determinano il rischio di non poter concludere l'intervento per via videoscopica, ma impongono la necessità della conversione laparotomica (con il taglio della cute) per l'ottimizzazione del trattamento e sono:

- voluminose ernie inguino-scrotali (l'ingombro dell'ernia non permette una visuale adeguata)
- ernie incarcerate o strozzate.
- pregressi interventi dell'addome inferiore (p.e. la prostatectomia o tagli cesarei)

(TAPP) Pregressi interventi laparotomici sull'addome possono aver generato aderenze invalicabili dagli strumenti laparoscopici. Entrando in cavità addominale si crea la possibilità di lesionare i visceri ivi contenuti.

Complicanze post-operatorie:

- L'enfisema sottocutaneo (presenza di gas nel sottocute dallo scroto al volto).
- Ematomi o sieromi inguino-scrotali
- Nevralgie o parestesie loco-regionali.

La complicanza tardiva è la recidiva che seppur rara non può mai essere del tutto scongiurata (In letteratura medica è descritta dello 0.5%)

In alcuni casi, assai rari, è possibile la lesione del *dotto deferente* o dei *vasi spermatici* con conseguente *atrofia o ipotrofia testicolare*.

In una bassissima percentuale di casi esiste la possibilità di un'intolleranza alla rete che viene utilizzata per la plastica erniaria, in questo caso la rete stessa dovrà essere rimossa con successivo intervento chirurgico.

Rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici

Le complicanze cardiache, respiratorie e renali, la trombosi venosa profonda ed embolia polmonare, per le quali vengono prese le opportune misure di prevenzione. *Le complicanze relative a condizioni o terapie concomitanti* (p.e. il diabete, una terapia cortisonica cronica o i chemioterapici aumentano il rischio di infezioni, la terapia anticoagulante aumenta il rischio di emorragie. *Il sanguinamento o la suppurazione della ferita chirurgica* richiedono medicazioni ambulatoriali, sino alla risoluzione.

Il decorso post-operatorio:

Il Paziente, smaltiti gli effetti dell'anestesia generale, può mobilizzarsi senza problemi. La degenza è mediamente di una notte. La rimozione dei punti avviene una settimana circa dopo l'intervento chirurgico.

Una volta dimessi sarà possibile condurre una vita pressoché normale, unicamente limitata dal dolore post-chirurgico che generalmente è ben controllato dai consueti antidolorifici in commercio. (fans – paracetamolo)

La ripresa dell'attività lavorativa può essere rapida (anche dopo 3 giorni dall'intervento, salvo complicazioni o dolore debilitante) sebbene si consiglia di attendere la guarigione delle ferite cutanee. Come rapida può essere la ripresa dell'attività sportiva (dopo circa 15 giorni).

NOTA: Le informazioni contenute in questa scheda mirano ad illustrare modalità di esecuzione, benefici, effetti collaterali e rischi al trattamento sanitario che Lei è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo tra medico e paziente. Potrà sempre trovare, pertanto, uno specialista chirurgo disponibile per rispondere ad ogni ulteriore richiesta di chiarimento che Lei vorrà rivolgere e per aiutarLa a fronteggiare eventuali incertezze