

Il trattamento chirurgico ambulatoriale delle ernie primitive: nostra esperienza



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 4, 2002

**G. Zanghì, F. Catalano, A. Biondi,
A. Zanghì, F. Basile**

Università degli Studi di Catania
Dipartimento di Chirurgia - Sezione di Chirurgia Generale
ed Oncologica
Direttore: Prof. Francesco Basile

Abstract

THE DAY-SURGERY TREATMENT OF THE PRIMARY INGUINAL HERNIAS: OUR EXPERIENCE

The authors report their personal experience (169 pz.) of the primary inguinal hernia repair in day surgery treated in local anaesthesia and by applying prosthesis according to latest «Tension-free and Suture-less» techniques. Results surely confirmed the validity of the method and the utility in creating centres concerning this type of surgery so that we are able to grant to the patient the best comfort that is to say a relevant reduction of the recurrence and a faster reintegration of patient's activities daily living.

Key words: Prosthetic hernioplasty, tension-free, day surgery.

L'ernioplastica protesica in anestesia locoregionale rappresenta oggi il "golden standard" per il trattamento ambulatoriale dell'ernia inguinale primitiva.

Negli ultimi anni, come si può desumere dalla ricca letteratura sull'argomento, sono state proposte numerose tecniche, tutte volte al raggiungimento di un migliore confort dell'intervento chirurgico da parte dei pazienti che sempre più richiedono trattamenti che consentano una rapida ripresa della normale vita di relazione e lavorativa. È nostra opinione, e siamo attualmente orientati in questa direzione, che migliori risultati potranno essere raggiunti con la formazione di centri «dedicati» alla chirurgia dell'ernia, nei quali il personale medico e paramedico che possiede specifica competenza potrà proporre interventi chirurgici sempre più semplici ed affidabili incentivando e motivando in questo modo ulteriormente la day surgery.

Materiali e metodi

Dal 1997 al 1999 presso l'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Ospedale Vittorio Emanuele diretto dal Prof. Francesco Basile sono stati operati in regime di day-surgery 169 pazienti affetti da ernia inguinale primitiva.

Di questi 148 erano di sesso maschile (87,5 %) e 21 di sesso femminile (12,5 %), con età compresa tra i 22 e gli 86 anni (età media 67).

Complessivamente sono state diagnosticate 120 ernie oblique esterne, 2 oblique interne e 47 dirette. Per quanto riguarda le dimensioni, in rapporto all'impegno del viscere nel canale inguinale, l'ernia era in 24 casi allo stadio di punta, in 134 bubbonocoele, in 8 inguinoscrotale e in 3 permagna.

Nessuno dei pazienti giunti alla nostra osservazione è stato mai giudicato inoperabile né per età né per malattie associate. Tutti i pazienti sono stati preventivamente sottoposti a visita anestesiológica e quindi quando necessario ad idonea terapia farmacologica per la preparazione all'intervento.

Anche i pazienti cardiopatici e con malattie respiratorie gravi, (12 pz.-7%) ritenuti a rischio elevato per una narcosi, sono stati operati in anestesia locale. Solo in sette pazienti (4,1 %) abbiamo dovuto proseguire l'intervento in sedazione, più per motivi di ordine psicologico che per reale necessità, si trattava di pazienti giovani e quindi più sensibili a stimoli emotivi. In otto pazienti (4,7%) con ernie voluminose è stata invece necessaria una sedazione con diprivan soltanto durante la fase di isolamento e affondamento del sacco per la necessità di uno scollamento maggiore o per l'apertura del sacco stesso che, peraltro non siamo più soliti eseguire di routine. Nelle ernie oblique esterne di dimensioni medio-piccole affondiamo direttamente il sacco contestualmente al plug nello spazio preperitoneale, dopo averlo accuratamente isolato. Ciò a nostro avviso determina una diminuzione e

dell'incidenza e dell'entità del dolore post-operatorio. Anche il lipoma preerniario, se non causa difficoltà nell'affondamento del plug, non viene resecato. Nelle ernie dirette siamo soliti invece eseguire una embricatura della parete posteriore, allo scopo di creare una superficie "piana" dove allocare la protesi. Talvolta, quando la parete posteriore è stata giudicata particolarmente lassa abbiamo preferito invece eseguire l'embricatura su un plug. Per il confezionamento della plastica erniaria, dopo un periodo in cui eravamo soliti confezionare le protesi in doppio strato artigianalmente, così come proposto inizialmente dallo stesso Trabucco, siamo passati all'utilizzo di protesi in polipropilene presagomate mentre, per quanto riguarda il plug preferiamo quello classico di Gilbert.

A tutti i pazienti viene somministrata preventivamente una fiala di atropina al fine di evitare l'insorgenza di possibili crisi vagali.

Completata la plastica erniaria tutti i pazienti vengono invitati ad effettuare uno stress test (colpo di tosse o manovra di Valsalva), che ci permette di evidenziare possibili difetti parietali misconosciuti e di valutare l'efficacia e la solidità della plastica. Quindi il paziente viene invitato a scendere dal lettino operatorio ed a deambulare per poi essere dimesso dopo alcune ore senza alcuna restrizione.

Nella nostra esperienza non abbiamo riscontrato complicanze generali; le complicanze locali sono rappresentate da quattro sieromi (1,7%), in due di questi la dissezione del sacco è stata particolarmente indaginosa a causa di tenaci aderenze legate all'uso prolungato del cinto erniario, un ematocele di modesta entità dovuto verosimilmente all'assunzione recente di salicilati per patologia di tipo cardiocircolatorio (0,60%), due casi di infiltrato funicolare (1,18%). Tutti con esito in risoluzione spontanea. In due pazienti abbiamo osservato una modesta nevralgia che è stata trattata con blandi analgesici per via orale e risolti entro pochi giorni.

Sebbene tutti i pazienti siano stati inseriti in un protocollo di follow-up che prevede controlli a scadenze fisse (1-6-12 mesi, quindi annuali), solo 148 (87,5%) sono stati sottoposti realmente a visita, mentre 6 (3,5%) dei restanti 21 sono stati intervistati telefonicamente.

Nel gruppo controllato è stata riscontrata una sola recidiva, comparsa dopo due mesi dall'intervento (malposizionamento della protesi? dimensione inadeguata?).

Discussione

La odierna disponibilità di nuovi materiali protesici, dotati di una migliore biocompatibilità, con caratteristiche assimilabili alla protesi "ideale", il costo contenuto e la semplicità d'impiego hanno consentito negli ultimi anni lo sviluppo di tecniche chirurgiche innovative che hanno profondamente modificato l'approccio chirurgico nel trattamento delle ernie.

Questi materiali hanno infatti creato i presupposti per lo sviluppo di due nuove metodiche rivoluzionarie nell'ambito della riparazione dei difetti parietali: la tecnica tension-free e quella suture-less.

Queste tecniche proposte inizialmente da Lichtenstein e successivamente attuate e modificate da Trabucco sono semplici, di facile esecuzione e ben tollerate.

Grazie al loro impiego è possibile oggi riparare tutti i difetti di parete senza alterare la normale anatomia della regione inguinale, evitando in questo modo la tensione tipica delle plastiche tradizionali che costituiva il presupposto fisiopatologico della recidiva.

È infatti noto che l'accostamento di strutture muscoloaponeurotiche determina una inevitabile tensione lungo tutta la linea di sutura, violando un principio della chirurgia per cui nessun elemento anatomico deve essere "stirato" e tenuto in sede da una sutura in tensione (8-12-2). Infatti mentre il «centro» della riparazione è di norma resistente, le due estremità distale e prossimale, su cui si distribuiscono in maniera inuniforme le forze di scarico, sono predisposte alla lacerazione e al possibile effetto unzapping della sutura stessa (2-12).

Ciò è facilmente dimostrato dall'alta percentuale di recidive in prossimità del tubercolo (47%), e dell'anello inguinale interno (40%), mentre solo nel 13% la recidiva interessa l'intera linea di sutura (12-15-16-10).

Gli interventi di ernioplastica eseguiti con tali metodiche, in anestesia locale o locoregionale, consentono oggi il trattamento ambulatoriale della quasi totalità delle ernie.

Confortati dalla nostra esperienza sottolineiamo l'importanza che tali metodiche, eseguite in anestesia locale, rivestono in particolare nei pazienti anziani, cardiopatici o bronchitici cronici nei quali le complicanze oscillano in letteratura tra il 2,7 ed il 22 % (13-11-1-9).

L'anestesia locale, oggi utilizzata nel 95% dei casi, è certamente meglio tollerata dal paziente, soprattutto se anziano, poiché evita nel post-operatorio tutti quei disturbi tipici della narcosi (nausea, vomito, dolore da intubazione orotracheale, cefalea, ritenzione urinaria) e consente una dimissione precoce ed una rapida ripresa della normale vita di relazione. Anche le complicanze respiratorie (atelettasia, infezioni respiratorie) e circolatorie (T.V.P.) sono ridotte in virtù della mobilitazione immediata (4-17-3-5). Young riferisce nella sua esperienza una evidente diminuzione delle complicanze generali specie nei pazienti al di sopra dei 65 anni di età, confermando quanto da noi osservato.

Oggi si ricorre all'anestesia generale in non più del 10-15% mentre, in un recente passato la narcosi era l'anestesia di scelta nel 95% dei casi (6-3).

Conclusioni

Sulla scorta della nostra esperienza, seppure limitata, ed alla luce dei dati della letteratura ci sentiamo di soste-

nere l'utilità e la validità delle tecniche tension-free e suture-less che eseguite anestesia locale hanno permesso la diffusione della chirurgia ambulatoriale delle ernie.

I vantaggi in termini di costo-beneficio sono notevoli, fatto salvo il principio che la selezione dei pazienti da trattare in regime di day-surgery sia estremamente accurata. Riteniamo di potere concludere affermando che le tecniche tension-free e suture-less riscuotono un notevole consenso non solo da parte dei pazienti (rapida ripresa della vita lavorativa e di relazione) ma anche delle aziende sanitarie (riduzione dei costi) e pertanto meritano di essere privilegiate.

Riassunto

Gli A.A. riferiscono la loro esperienza (169 pz.) relativa al trattamento ambulatoriale delle ernie inguinali primitive operate in anestesia loco-regionale e con apposizione di protesi secondo le attuali tecniche "tension-free e suture-less". I risultati ottenuti confermano certamente la validità delle metodiche e l'utilità di creare centri "dedicati" a questo tipo di chirurgia in modo da garantire al paziente il massimo comfort che si traduce in definitiva in una significativa riduzione della recidiva ed in una rapida ripresa della normale vita di relazione.

Parole chiave: Ernioplastica protesica, tension-free, day surgery.

Bibliografia

- 1) Ambrosi A., Fabiano G., Sparasci V., Morelli M., Pezzolla A., Errico D.: *Ernioplastica sec. Bassini versus -Trabucco. Analisi comparativa dei risultati.* Ann It Chir, LXIX2, 1998.
- 2) Amid P.K., ScLulman A.G., Lichtenstein I.L.: *Inguinal and femoral hernioplasty utilizing polypropylene patch and plug.* Ann It, 64:119, 1993.

- 3) Cyanelli G., Bastazza M., Ruca A., Casirani R. et al.: *"Suture-less" tension free repair per l'ernia inguinale primitiva. Bilancio di sei anni.* Chirurgia, 13(2):67-69, 2000.
- 4) Coda A., Ferri F., Filippa C., Mattio R., Bona A., Ramellini G.: *Open mesh plug repair for primaly inguinal hernya (826 cases).* Hernia, 3:57-63, 2000.
- 5) Donati A., Zanghi G., Brancato G., Privitera A., Donati M.: *La chirurgia delle ernie in anestesia locale.* Ann It Chir, 5:723-729, 1997.
- 6) Francioni G., Pari A., Forlivesi L.: *Le complicanze delle protesi sintetiche.* Chir Gen, 18:795-807, 1996.
- 7) Lichtenstein I., Schulman A.G.: *Ambulatory out-patients hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair.* Int Surg, 71:1-4, 1986.
- 8) Lichtenstein I., Schulman A.G., Amid P.K., Montlor M.M.: *The tension-free hernioplasty.* Am J Surg, 157(2):188-193, 1989.
- 9) Nehme A.E.: *Groin hernias in elderly patients.* Am J Surg, 146:257-60, 1983.
- 10) Peacock E.E.: *A biologic basis for groin hernia repair.* Proc Ist Int Symp Hernia Surg, 16, Nice, 1990.
- 11) Pietri P.: *Stato attuale della chirurgia dell'ernia inguino-crurale. Simposio editoriale.* Ann It Chir, 64:109-79, 1993.
- 12) Schulman A.G., Amid P.K., Lichtenstein I.: *The safety of mesh repair for primary inguinal hernias: results 3.019 operations from diverse surgical sources.* Am Surg, 58:255-7, 1992.
- 13) Terranova O., Battocchio F.: *L'anestesia locale in chirurgia erniaria.* Ann It Chir, 64(2):113-18, 1993.
- 14) Trabucco E.: *The office hernioplasty and the Trabucco repair.* Ann It Chir, 64(2):127-150, 1993.
- 15) Wagh P.V., Read R.C.: *Collagen deficiency in rectus sheath of patients with inguinal herniation.* Proc Soc Exp Biol Med, 137:382-384, 1971.
- 16) White H.J., Sung C.N.: *Inguinal hernia: a true collagen disease.* Lab Invest, 36:359, 1977.
- 17) Young D.V.: *Comparison of local, spinal and general anesthesia for inguinal herniorraphy.* Am J Surg, 153(6):560-563, 1987.

Autore corrispondente:

Dott. Guido ZANGHÌ
Via G. Bertonì, 5
95030 TREMESTIERI ETNEO - CATANIA
Tel.: 095 493058 - 0360 401848
Fax: 095457345

