



## Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico di *riparazione di ernia inguinale*



### Informazioni generali

L'**ernia inguinale** è una patologia molto diffusa, che colpisce circa il 5% della popolazione maschile.

È causata da un cedimento degli strati interni (muscoli e fasce) della parete dell'addome, a livello del canale inguinale, con conseguente protrusione (= *sporgenza*) dei visceri dalla cavità addominale. Si manifesta con una tumefazione all'inguine, che aumenta di volume quando il Paziente è in posizione eretta o compia sforzi che provochino un aumento della pressione addominale; può essere accompagnata da dolore inguinale e senso di pesantezza allo scroto.

Nel maschio, il canale inguinale, contiene il funicolo spermatico (= *struttura formata dal dotto deferente, arteria, vene e nervo*). Nella donna, all'interno del canale inguinale si trova il legamento rotondo, uno degli elementi di sostegno dell'utero.

A seconda del tratto di canale inguinale interessato è possibile la formazione di **ernie dirette e indirette, quest'ultime le più frequenti**.

In alcuni casi accade che, a causa di un'inflammazione dei visceri contenuti nell'ernia, questa diventi **irriducibile**, cioè non sia più possibile "farla rientrare" nell'addome. Qualora si verifichi anche una torsione o una compressione dei vasi che portano il sangue ai visceri contenuti all'interno dell'ernia, si configura la situazione di ernia **strozzata** (una delle possibili cause del quadro clinico noto con il nome di "addome acuto"), caratterizzata da occlusione intestinale e intenso dolore nella sede della tumefazione erniaria. In questo caso è necessario intervenire rapidamente per evitare che l'ischemia (= *riduzione del flusso sanguigno*) dei visceri "strozzati" ne provochi la perforazione.

### Informazioni per il Paziente

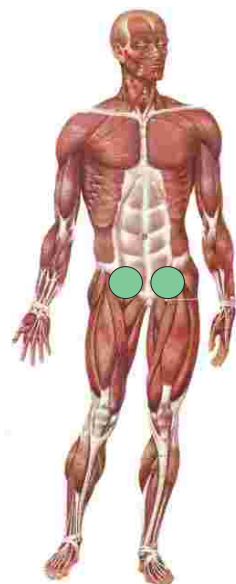
Attualmente la tecnica chirurgica di uso più frequente (per riduzione di complicanze e garanzia di migliori risultati) è l'**ernioplastica con protesi**.

Questo intervento prevede il posizionamento di una rete di materiale sintetico (non o semi assorbibile), nella sede della "breccia erniaria" (dove è avvenuto il cedimento della parete addominale), attraverso un'incisione obliqua o trasversale nella regione inguinale. Può essere eseguito indifferentemente in **anestesia locale, loco-regionale (spinale) o generale**.

La rete di materiale plastico viene rapidamente "inglobata" dall'organismo (in circa 30 giorni), con formazione di tessuto resistentissimo.

Talvolta, per motivi di sicurezza (ernie voluminose, recidive, sanguinamenti modesti), è necessario posizionare un drenaggio (= *tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dalla sede di intervento*), che viene rimosso nei giorni dopo l'intervento.

Questa tecnica consente una precoce mobilitazione e dimissione del Paziente: se l'intervento è stato eseguito in anestesia locale è possibile dimettere il Paziente anche lo stesso giorno. Il dolore post-operatorio è ormai ridotto rispetto alle tradizionali erniorafie senza protesi.





La riparazione dell'ernia può avvenire anche in **videolaparoscopia**: in questo caso è sempre indicata l'anestesia generale e la durata dell'intervento è maggiore.

Questa tecnica attualmente trova indicazioni soprattutto nelle ernie plurirecidue e nelle ernie bilaterali.



### Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

### Rischi specifici

Nel decorso post-operatorio possono comparire: **dolore** dominabile con analgesici orali in sede ferita, modesto e transitorio **rialzo termico, ecchimosi e/o ematoma** in sede di ferita o a livello dello scroto (in un numero limitato di casi, l'ematoma può assumere dimensioni considerevoli, determinando una vera e propria tumefazione dello scroto, destinata a scomparire nell'arco di 2-3 settimane).

In un numero esiguo di interventi si possono verificare **gravi complicanze a carico del testicolo** dovute al danneggiamento del funicolo spermatico (orchite, atrofia). La comparsa di **recidive** dell'ernia dopo l'inserimento della protesi è estremamente rara (la causa più frequente è data dalla dislocazione della protesi stessa). In caso di interventi eseguiti in regime di urgenza (ernia strozzata), il rischio di complicanze aumenta notevolmente: può anche rendersi necessaria una resezione intestinale al fine di asportare un tratto di intestino coinvolto irrimediabilmente nel processo di "strozzamento". In questo caso può essere controindicato il posizionamento di una rete per il rischio di infezioni.

Per quanto concerne gli interventi eseguiti con tecnica videolaparoscopica, è opportuno segnalare il rischio, seppur raro, di complicanze dovute a lesioni dei visceri e dei vasi contenuti nell'addome.