

Risultati della chirurgia dell'ernia inguinale  
DR. Massimo Gislón

## Criteri di valutazione

Criteri clinici oggettivi → recidive  
→ complicanze

Criteri clinici soggettivi

Criteri economici → costi diretti  
→ costi indiretti

## La recidiva

- E' il principale criterio di valutazione
- E' una diagnosi clinico-strumentale non sempre agevole
- E' legata a fattori di rischio del paziente, al tipo di ernia o alla chirurgia

## % di recidiva dopo ernioplastica sec. Shouldice (senza protesi) nelle ernie primitive

<i>Centri specialistici</i>	<i>n°</i>	<i>recidive%</i>
- Myers e Shearburn	953	0,7
- Devlin et al.	350	0,8
- Bocchi	1.708	1,16
- Welsh e Alexander	2.748	1,46

<i>Centri non specialistici</i>	<i>n°</i>	<i>recidive%</i>
- Paul et al.	244	1,7
- Hay et al.	1.578	6,1
- Eu trialists	674	2,7
- Day-Nielsen et al.	488	2,7
- Nordin et al	148	4,7
- Panos et al.	136	6,6

## % di recidiva dopo ernioplastica open con protesi nelle ernie primitive

<i>Centri specialistici</i>	<i>n°</i>	<i>recidive%</i>
- Liechtenstein et al.	1.000	0,0
- Amid e Liechtenstein	5.000	0,1
- Wants	1.252	0,5
- Robbins e Rutcow	2.333	0,3
- Gilbert	1.044	0,0
- Trabucco	4.500	0.4
- Kugel	1.353	0,4

<i>Centri non specialistici</i>	<i>n°</i>	<i>recidive%</i>
- Shulman et al.	16.068	0,4
- Janu et al.	391	0,3
- Eu Trialist	1.179	0,8
- Nordin et al.	149	0,7
-Bay-Nielsen et al.	13.335	0,7

## Liechtenstein (con protesi) vs Shouldice (senza protesi)

	<i>anno</i>	<i>% complic.</i>	<i>ripresa normali attività</i>	<i>% recidive</i>
- Miedema et al.	2004	29 vs 25	29 vs 30	8 vs 5
- Nordin	2002	41 vs 32	15 vs 18	0,7 vs 4,7
- Danielsson	1999	42 vs 40	18 vs 24	0 vs 10.1
- Barth	1998	5 vs 2	9 vs 9	n.p.
- Mc Gillicully	1998	42 vs 50	n.p.	0,5 vs 2

## Laparoscopica vs Liechtenstein

	<i>anno</i>	<i>% complic.</i>	<i>ripresa normali attività</i>	<i>% recidive</i>
- Neumayer	2004	39 vs 33	4 vs 5	10,1 vs 4,9
- Colak	2003	13 vs 16	11 vs 15	2,9 vs 5,9
- Anderson	2003	58 vs 69	8 vs 11	2,5 vs 0
- Gokalp	2003	27 vs 31	13 vs 18	0 vs 0
- Bringhan	2003	13 vs 29	14 vs 28	2,2 vs 0
- Douek	2003	9 vs 41	n.p.	2 vs 3
- Pichio	1999	27 vs 27	15 vs 14	3,8 vs 0
- Wellwood	1998	55 vs 71	17 vs 21	0 vs 0
- Payne	1994	10 vs 12	9 vs 17	0 vs 0

### Complicanze:

Definizione “generica” per l’insorgenza di un evento responsabile sia del protrarsi del ricovero, sia della necessità di instaurare misure terapeutiche non usuali.

L’incidenza delle complicanze negli studi randomizzati è per tale motivo varia.



## Complicanze

### Complicanze operatorie

- Lesioni vascolari
- Viscerali
- Del dotto deferente
- Nervose

### Complicanze postoperatorie precoci *(entro il 1° mese)*

- Correlate al paziente
- Correlate all'anestesia
- Correlate all'intervento

### Complicanze postoperatorie tardive *(dopo il 3° mese)*

- Atrofia del testicolo
- Infezione della protesi
- Eviscerazione sull'orifizio dei trocars
- Dolori tardivi

## Complicanze post operatorie

- Idrocele e sieroma
- Soffusioni ecchimotiche ed ematoma
- Infezione ferita
- Infezione protesi
- Orchite ischemica
- Lesione dotto deferente
- Dolori

## Dolore post operatorio

L'intensità del dolore postoperatorio precoce viene valutata con scale analogiche visive e sulla base del consumo di antalgici.

Il dolore p.o. tardivo o cronico che viene definito come un dolore che persiste oltre il normale tempo di cicatrizzazione dei tessuti (*per convenzione 3 mesi*) è più difficilmente misurabile e può essere valutato mediante una scala verbale di 4 gradi di intensità (*assente, lieve, moderato, severo*) e sulla base di informazioni riguardanti il ritorno alle normali attività quotidiane e l'eventuale assunzione di antidolorifici

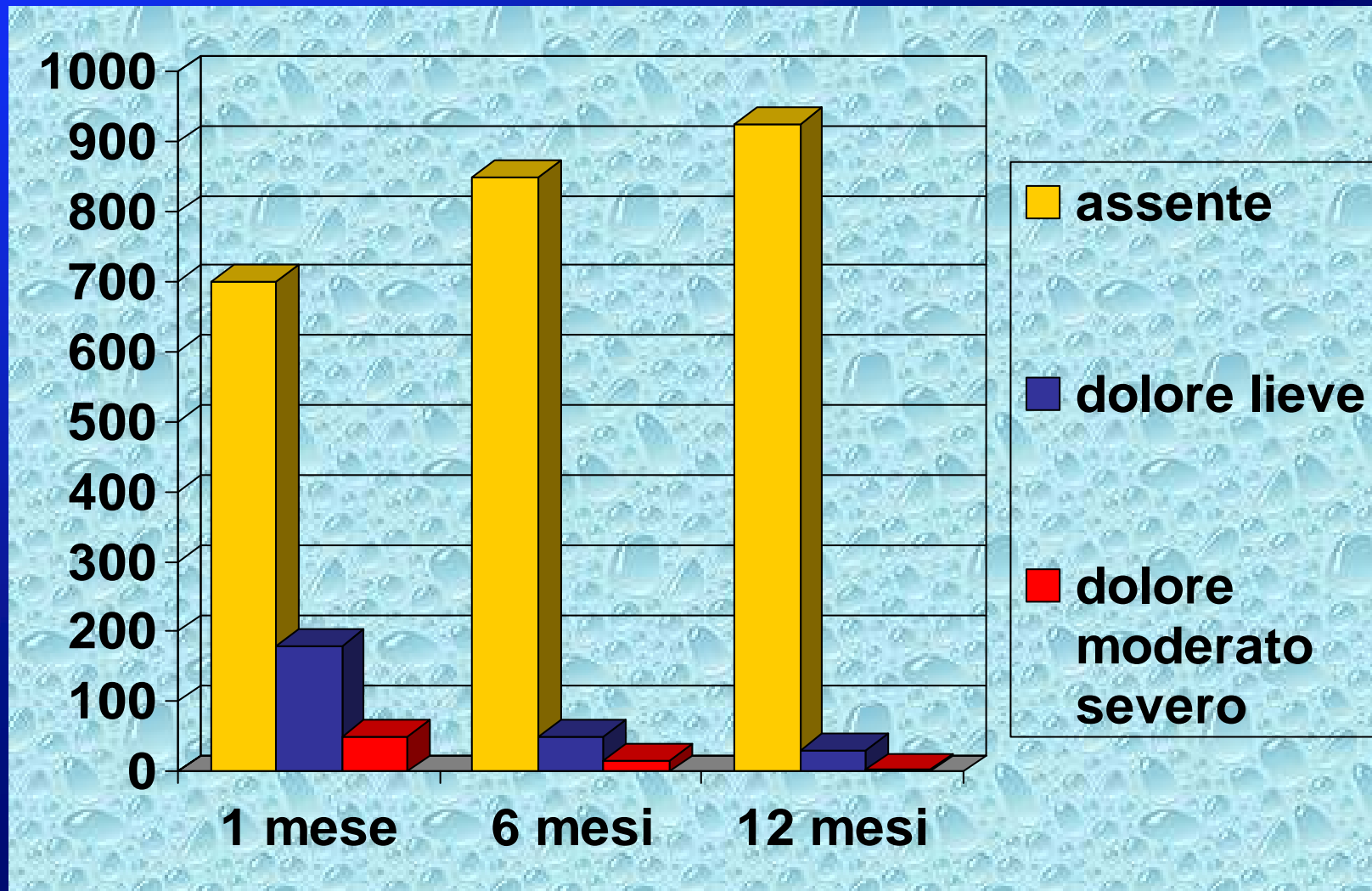
## Dolore post operatorio

Lieve	Occasionale e non condizionante lo stile di vita e non limitante le normali attività quotidiane; non necessita di analgesici.
Moderato	Raro utilizzo di analgesici, ha interferenza con il ritorno alle normali attività quotidiane
Severo	Frequente ricorso agli antidolorifici, inabilità per periodi più o meno frequenti, pesante interferenza con le normali attività quotidiane

## Dolore cronico post operatorio

- D.somatico Legato alla messa in tensione delle strutture muscolo-aponevrotiche, tipicamente scatenato dallo sforzo .
- D.neuralgico Legato al coinvolgimento dei nervi del canale inguinale o dei nervi della regione iliaca.  
Da neuroma: iperestesia avvertita lungo il dermatomero corrispondente con sensazione dolorosa che simula una scossa elettrica.  
Da deafferentazione: (completa o incompleta) anestesia e poi iperestesia e disestesia da contatto con dolori urenti parossistici
- D.viscerale Legati all'ostruzione del dotto deferente e tipicamente provocati dall'eiaculazione

Incidenza del dolore p.o. nel controllo a 1, 6, 12 mesi



# Dolore cronico post operatorio

- L'inguinodinia è molto soggettiva e difficile da quantificare con precisione.
- La causa del dolore cronico dopo riparazione erniaria è probabilmente in parte nocicettiva e in parte neuropatica (Sthefenson).
- Il dolore cronico è più frequente dopo interventi per recidiva, non è legato al tipo di riparazione open eseguito, né al tipo di anestesia.
- La metanalisi riportata da Eu Hernia Trialist conclude che le riparazioni con Protesi, indipendentemente dal metodo usato per il loro posizionamento, riducono il rischio di dolore persistente.
- In una certa percentuale di casi (6-7% Bocchi) il paziente avverte un tipico fastidio in sede inguinale dovuto alla presenza della rete protesica, alle aderenze che si creano attorno ad essa e a una possibile conseguente fibrosi perineuronale. Non è in genere una causa permanente di disabilità, ma la sua possibile evenienza deve essere spiegata ai nostri pazienti.

## Criteri clinici soggettivi

I risultati funzionali della chirurgia si valutano in base a criteri percepiti solamente dal paziente. Essi dipendono dal paziente e dalla tecnica chirurgica.

Questa correlazione scompare nel corso dei primi 3 mesi post-operatori.

*I criteri utilizzati sono i seguenti:*

- Dolori postoperatori precoci
- Qualità di vita
- Soddisfazione del paziente
- Tempo di ripresa delle normali attività



## Criteria economici

- Costi diretti Durata del ricovero, durata dell'occupazione del blocco operatorio e della sala di risveglio, materiale chirurgico, trattamento delle complicanze.
- Costi indiretti Cure domiciliari, spostamenti legati ai controlli medici, durata dell'interruzione del lavoro (*indennità socioprofessionali, perdita di produttività legata al ritardo nella ripresa delle attività professionali*).

## Conclusioni

- Il trattamento delle ernie inguinali dell'adulto, specialmente di quelle primitive e unilaterali, pone il problema della scelta fra parecchie tecniche chirurgiche che offrono risultati clinici sovrapponibili ma risultati funzionali ed economici differenti.
- Non c'è *consensus* sulla tecnica chirurgica di riferimento.

## Ernie inguinali primitive: Tecniche utilizzate

Tecnica	n°	%
Trabucco	12.007	64,6
Lichtenstein	2.364	12,7
Gilbert	1.706	9,18
Rutkow	922	4,96
Pad	783	4,2
Tapp	80	0,4
Kugel	30	0,16
Ernioraffie varie	688	3,7

## Ernie inguinali:

### Complicanze delle plastiche per ernia recidiva

• Recidive	3,08%
• Dolore	21,87%
• Sieroma	9,43%
• Infezione	4,36%
• Orchite	4,36%
• Atrofia testicolare	1,76%