LA CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE

a cura del Prof. Giampiero Campanelli

In tema di chirurgia della parete addominale negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli progressi, caratterizzati da un tumultuoso avvicendarsi di nuove tecniche chirurgiche, differenti approcci e nuovi materiali protesici.

Nell'ambito delle ernie della parete addominale, sono senza dubbio più frequenti quelle localizzate nella regione inguinale: in Italia sono infatti eseguiti ogni anno oltre 170.000 interventi.

Per la cura delle ernie inguinali, la moderna chirurgia ha ormai abbandonato completamente l'utilizzo di tecniche di riparazione basate sulla plastica della parete inguinale e si basa sull'utilizzo di protesi, mesh, disponibili in diverse forme, dimensioni e materiali.

Le tecniche di riparazione con protesi si differenziano innanzitutto sulla base delle sede di posizionamento della protesi: sulla parete posteriore del canale inguinale, nello spazio preperitoneale oppure nelle due sedi contemporaneamente.

L'approccio preperitoneale (Rives, Stoppa, Kugel, laparoscopico) consente il vantaggio di avere una visione ampia della regione e di ridurre il tasso di recidive o di ernie misconosciute con l'approccio anteriore, ma la sua relativa complessità ne consente l'utilizzo a mani esperte e soprattutto per il trattamento di ernie inguinali recidive.

Il posizionamento della protesi al davanti del piano muscolare medio, caratterizza due delle tecniche oggi più utilizzate, introdotte rispettivamente da Lichtenstein nel 1984 e da Trabucco nel 1989, basate entrambe sul concetto di "tension free", al fine di attenuare il dolore postoperatorio e ridurre il tasso di recidive, attuabili entrambe in anestesia locale e in regime di Day Surgery.

La tecnica di Lichtenstein è di gran lunga quella più utilizzata oggi e prevede l'uso di una protesi in polipropilene fissata con una sutura non riassorbibile al legamento inguinale e con una sutura riassorbibile al legamento congiunto. La possibilità di eseguire questo intervento con relativa facilità, con un basso tasso di recidive e complicanze postoperatorie, lo ha imposto come adatto a tutti i tipi di pazienti e a tutti i tipi di ernie.

La tecnica di Trabucco, da noi preferita e attuata dal 1991, rappresenta l'intervento di riparazione "tension-free sutureless".

Si tratta di una tecnica che si basa sull'utilizzo di una protesi sagomata, posizionata sulla parete posteriore del canale inguinale senza punti di sutura o con l'ausilio, per il suo fissaggio, di una speciale colla biologica (colla di fibrina) che consente una perfetta tenuta della rete posizionata, senza rischio di danneggiare i nervi della regione e quindi con notevole riduzione del dolore postoperatorio.

Le tecniche di riparazione mista si basano, infine, sul posizionamento di una protesi che ha al tempo stesso una componente preperitoneale ed una superficiale: sono le tecniche con plug.

Per la riparazione delle ernie inguinali trova indicazione, inoltre, in particolari casi di ernie voluminose e plurirecidive, la tecnica laparoscopica, che se da un lato ha il vantaggio di ridurre il dolore postoperatorio, dall'altro comporta il rischio di maggiori complicanze intra e postoperatorie e la necessità di eseguire un'anestesia generale e sovente un ricovero più lungo.

Ha ulteriormente ampliato la gamma delle scelte, la recente introduzione di diversi tipi di reti (riassorbibili, biologiche, composite, parzialmente riassorbibili) insieme a nuovi materiali di ancoraggio delle reti (colla di fibrina, devices riassorbibili).

Nell'ampia gamma di materiali protesici che l'industria del settore ci offre, trovano sempre maggior utilizzo le protesi biologiche. Questi nuovi materiali sono essenzialmente costituiti da matrice extracellulare privata della sua componente cellulare ottenuta per esempio dalla sottomucosa del piccolo intestino del maiale. Trattandosi di un biomateriale di origine naturale, il suo impiego preferibile è nella riparazione di ernie della parete addominale in campi infetti e/o in pazienti immunocompromessi. Infatti la matrice cellulare che viene impiantata ha solo inizialmente una funzione contenitiva diretta, viene poi rivascolarizzata e riabilitata in vivo da cellule dell'ospite che la rimodellano fino alla costruzione di un tessuto neoformato, che ristabilisce la funzione di sostegno della parete addominale originale, senza quindi l'impianto di materiali estranei. Si tratta della riparazione da noi adottata nei pazienti adolescenti, nei pazienti a rischio infettivo e in coloro che manifestano la volontà di non avere protesi permanenti.

Il miglioramento delle tecniche chirurgiche e dei materiali utilizzati nella riparazione delle ernie inguinali, ha consentito di ottenere una notevole riduzione del tasso di recidive, spostando quindi l'attenzione del chirurgo su un altro problema emergente: il dolore inguinale cronico postoperatorio.

La nostra quasi ventennale esperienza, che annovera oltre tremila casi di riparazione di ernie della parete addominale, vede un numero sempre maggiore di pazienti che si presenta alla nostra attenzione lamentando notevoli limitazioni nella vita lavorativa, nonché sociale, proprio a causa di tale problema. Questi casi difficili, ormai trattati con terapia medica antidolorifica e fisica riabilitativa senza nessun successo, scelgono il trattamento che noi proponiamo nella consapevolezza che esso può risolvere il problema nella metà dei casi, come riportano i dati della letteratura medica e scientifica, che ancora poco conosce a riguardo.

L'intervento chirurgico che noi attuiamo consiste nella rimozione dei punti di sutura e di staples posizionati nei precedenti interventi e che comprimono i nervi della regione, nell'asportazione delle eventuali protesi e/o plug precedentemente posizionati, che spesso appiano accartocciati e preda di esuberanti reazioni cicatriziali, ed infine nell'eventuale sezione dei nervi della regione. Tale intervento di solito prevede un approccio preperitoneale, per cui si accede alla regione inguinale da uno spazio più profondo, mai esplorato prima e pertanto libero da reazioni cicatriziali legate ai precedenti interventi e successivamente, tramite la stessa incisione, si approccia lo spazio precedentemente operato.

La storia qui brevemente ripercorsa degli ultimi anni di riparazione dell'ernia inguinale, può far comprendere come la chirurgia erniaria sia diventata una vera e propria super specializzazione e che i chirurghi specialisti devono essere in grado di adottare una vera e propria chirurgia su misura, una "tailored surgery", per confezionare nella grande varietà anatomo-chirurgica delle differenti patologie, la riparazione più adatta al singolo caso.

La chirurgia della parete addominale prevede inoltre, insieme al trattamento delle più note ernie inguinali, anche la riparazione di altre ernie della parete addominale anteriore ed in questo vasto gruppo rientrano i laparoceli. Si tratta della fuoriuscita di visceri addominali attraverso lacerazione delle strutture muscolo-fasciali della parete, in sede di pregresse incisioni chirurgiche. Possono essere semplici laparocele, così come veri e propri disastri parietali, plurirecidivi, infetti e con perdita di sostanza.

Per il trattamento di queste problematiche, in riferimento alla natura del nostro centro considerato di riferimento per questo tipo di chirurgia, può accadere di avvalersi di fruttuose collaborazioni con altri specialisti. È il caso di un tipo di intervento da noi attuato in associazione con il chirurgo plastico, per risolvere problemi di carattere estetico e funzionale con un solo atto chirurgico in due tipologie di pazienti che presentano caratteristiche differenti ma che si giovano della medesima tecnica chirurgica combinata. Si tratta di pazienti giovani che giungono alla nostra osservazione in particolare qualche anno dopo la prima o la seconda gravidanza, lamentando la presenza di una globosità circoscritta all'addome, causa di disagio estetico e dovuta ad una "diastasi dei muscoli retti addominali", cioè di un progressivo allontanamento dei due ventri muscolari lungo la linea mediana dell'addome e della concomitante presenza di piccole ernie della parete, scarsamente sintomatiche.

L'altro gruppo di pazienti presenta problematiche diverse, ossia voluminosi laparoceli, spesso plurioperati, con vistose lesioni della cute della parete e con associati problemi respiratori, cardiaci oltre che di vita relazionale.

Pur nella loro diversità, la soluzione a queste due problematiche consiste in un intervento, svolto dalla nostra equipe di Chirurgia Generale, di ampia riparazione della parete addominale con l'utilizzo di protesi adeguate ai casi in questione e di un intervento di addominoplastica con asportazione del tessuto addominale in eccesso, svolto dallo specialista chirurgo plastico.

Nella nostra esperienza, che complessivamente comprende il trattamento di quasi trecento laparoceli di natura e complessità differente, il recente impiego di questo nuovo intervento chirurgico combinato ha consentito di andare incontro alle esigenze di natura diversa, ma causa comunque di particolare disagio per il paziente. Abbiamo infatti riscontrato grande soddisfazione per aver ottenuto con un solo ricovero ospedaliero e un decorso postoperatorio relativamente breve, la rapida ripresa della vita quotidiana con una nuova e più positiva percezione del proprio corpo, sia da un punto di vista estetico che funzionale.

Prof. Giampiero Campanelli
Professore Ordinario di Chirurgia
Università dell'Insubria - Varese
Direttore del Reparto
di Chirurgia Generale II
Ospedale Multimedica Santa Maria
Castellanza (Varese)
Tel. 0331 393325/6
giampiero.campanelli@multimedica.it