Il prof. Giampiero Campanelli

Giampiero Campanelli, Professore Ordinario di Chirurgia dell'Università dell'Insubria di Varese, Direttore della Chirurgia Generale II e Unità Operativa di Day e Week-Surgery Ospedale Multimedica Santa Maria di Castellanza, Segretario Generale della European Hernia Society, Presidente Eletto della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day-Surgery, Presidente della Fondazione Day-Surgery Onlus

Sindrome dolorosa pubica inguinale

Il punto sulla pubalgia ed il dolore cronico post operatorio della parete addominale. La "clinica", la diagnostica e la chirurgia. È ampia, intorno all'80 percento, la quota dei pazienti che risolve definitivamente il problema

di Carlo Ciocci

Pubalgia: è vero che si registra un'impennata del numero di affetti da questa patologia?
Premetto che noi medici – chirurghi esperti della parete addominale, medici sportivi, ortopedici - chiamiamo pubalgia una sindrome caratterizzata da un dolore intenso al livello del pube, il più delle volte non centrale, ma spostato a destra o sinistra. Negli Stati Uniti e nei Paesi anglosassoni la pubalgia viene invece denominata "sportsman hernia", ernia degli sportivi: in entrambi i casi non sono definizioni definitive, perché non si tratta semplicemente di un dolore sul pube, così come non si tratta di un'ernia nel puro senso del termine, e comunque non sempre a carico di sportivi di professione.
Di conseguenza, sarebbe forse più giusto parlare di sindrome dolorosa pubica inguinale.

Chi colpisce?
Per quanto si possa chiamare "sportsman hernia", in realtà non colpisce soltanto gli sportivi. Alcune categorie di sportivi se ne ammalano molto: loro riferiscono di un dolore intenso a destra o sinistra del pube. Tra questi sportivi ci sono quelli che fanno movimenti di adduzione della coscia e della gamba sul bacino e movimenti di estensione della coscia sul bacino: in sostanza i mezzofondisti, i calciatori e tutti coloro che sono sportivi professionisti e che utilizzano molto la muscolatura degli arti inferiori ed il cingolo del bacino. Da noi, però, si presentano anche pazienti che non sono degli sportivi professionisti, di età compresa tra i venti ed i cinquanta anni, magri, che svolgono una vita attiva, e che spesso svolgono lo sport a livello amatoriale o che, addirittura, non fanno alcuna attività sportiva.

Che cosa si può fare dal punto di vista diagnostico?
Molto poco. Nelle linee guida internazionali elaborate da un gruppo di studiosi della parte addominale instaurato ad Amsterdam, sotto l'egida della Commissione europea e della European Hernia Society, abbiamo definito, nella diagnosi del dolore oscuro della regione inguinale, l'iter diagnostico: l'esame clinico quando non è evidente può essere supportato da un'ecografia, molte volte poi vi è bisogno anche di una risonanza magnetica nucleare che è importante per escludere altre patologie di tipo muscolo-tendineo della medesima regione o anche vertebrale. Se neanche la risonanza dà delle informazioni, in alcuni centri si può svolgere l'erniografia, cioè l'inserimento di un mezzo di contrasto all'interno della cavità peritoneale sotto radioscopia o radiografia. Quando tutto questo manca si torna alla "clinica", cioè il dolore alla palpazione dell'anello inguinale esterno provocato dalla compressione all'altezza del pube, la sensazione blanda di impulso al colpo di tosse e, soprattutto, la percezione di una muscolatura ipertrofica.

Come si interviene una volta fatta la diagnosi?
Il paziente va messo a riposo e così facendo il più delle volte la sintomatologia sparisce. E' evidente che il riposo non è compatibile con l'attività lavorativa, e men che meno con l'attività sportiva professionale. Insieme al riposo si interviene con una terapia antalgica ed antinfiammatoria, allo scopo di "raffreddare" i tessuti che sono stati sottoposti ai traumi, e con la fisioterapia. Quando tutto questo non porta alla soluzione del problema o si verificano ricadute frequenti, allora si può prendere in considerazione l'intervento chirurgico. Su questo punto, in realtà, non c'è accordo internazionale o evidenza di "livello 1" e pertanto vi sono differenti proposte: il mio atteggiamento è il seguente: l'intervento esplorativo va fatto in anestesia locale, come nel caso dell'ernia; l'incisione è sopra-pubica laterale e di modesta dimensione; i riscontri operatori che abbiamo avuto nel corso degli ultimi anni sono soprattutto tre. Il primo è che questi pazienti per l'attività fisica svolta hanno la muscolatura ipertrofica; questa caratteristica all'altezza della regione inguinale si traduce nel fatto che i muscoli retti e larghi dell'addome che si inseriscono entrambi sul pube, esercitano una discreta trazione sui tendini che, a loro volta, sono sottoposti a trazione sulle ossa alle quali sono attaccati. Il secondo riscontro è che proprio l'ipertrofia dei muscoli determina che tra questi il passaggio dei nervi risulta compresso. Il terzo ed ultimo riscontro è che questi pazienti hanno sempre una piccola ernia che contribuisce alla compressione delle strutture nervose.

A fronte di tutto questo come intervenite?
Per prima cosa una parziale disinserzione del tendine del muscolo-retto sul pube, in maniera tale da detendere il muscolo retto; successivamente la riduzione della componente erniaria (talvolta assolutamente modesta) e il posizionamento sulla parete posteriore di una rete parzialmente assorbibile ultraleggera, senza alcun punto di sutura, fissata con una colla biologica; infine, il funicolo spermatico ed i nervi della regione vengono posizionati in modo da non essere più sottoposti a trazione. Questo intervento dura circa un'ora e consente la ripresa della normale attività lavorativa sedentaria già il giorno dopo e la ripresa dell'attività sportiva dopo una settimana. Oltre l'80 percento di quanti si sottopongono all'intervento che ho descritto ottengono il risultato sperato.

Cambiamo argomento: il dolore cronico post-operatorio negli interventi della parete addominale.
Per dolore cronico post operatorio si intende il dolore persistente ad un anno di distanza da un intervento sulla parete addominale, malgrado le diverse terapie intraprese. In questi casi la diagnostica non ci dice nulla, ma va chiarito che tale dolore può essere di due nature: neuropatico o non neuropatico. Nel primo caso i nervi sono direttamente stati lesionati da manovre errate o da cicatrizzazioni abnormi; il dolore non neuropatico, invece, si verifica quando si è verificato un mal posizionamento delle protesi. In quest'ultimo caso la tac può evidenziare il danno che provoca dolore.

Come procedete di fronte a questi quadri clinici?
In questi casi non esiste una terapia non chirurgica, malgrado le infiltrazioni locali con anestetici, la terapia midollare e quella antalgica, la fisioterapia ed il riposo: per questo genere di pazienti si tratti di un vero e proprio calvario. Spesso vengono operati di nuovo e male con il risultato che il problema persiste rendendo, come dicevo, la qualità della vita assolutamente scadente. A fronte di queste problematiche noi proponiamo un periodo di alcuni mesi di terapia antalgica, infiltrazioni e fisioterapia: successivamente si deve operare. Con un'unica incisione si procede alla rimozione del materiale protesico precedente e si vede cosa è accaduto ai nervi interessati; nello stesso momento si isolano i nervi della regione e si procede alla neurectomia. In più verrà posizionata una rete ultraleggera, semi assorbibile, fissata con la colla, al fine di prevenire una recidiva.

Risultati?
In genere una buona percentuale guarisce, ma esiste un 20 percento dei pazienti che non guarisce o che, addirittura, peggiora. In quei casi, purtroppo, non sappiamo ancora oggi cosa fare per affrontare il problema.