Mensile

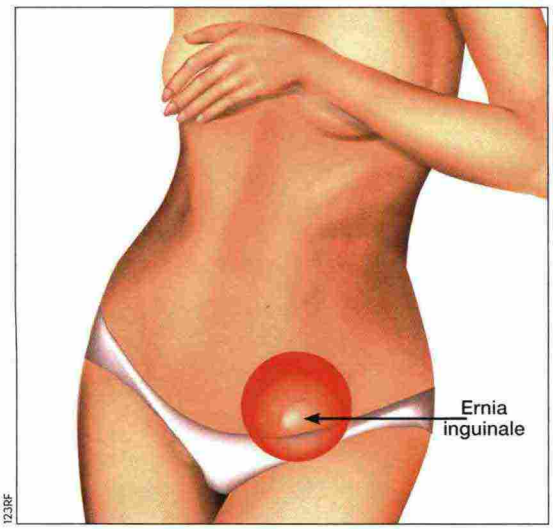
Data 12-2020
Pagina 63/64
Foglio 1 / 2

DOLORI INGUINALI?

Meglio aspettare prima di operarsi

Spesso la diagnosi di ernia risulta imprecisa e i sintomi sono dovuti in realtà a pubalgia, che **il più delle volte non richiede l'intervento chirurgico**

• *Testo di Marzia Brentani*



123RF

Superano di gran lunga i casi di appendicectomia, piazzandosi al primo posto tra gli interventi di chirurgia generale. Sono le operazioni di ernia inguinale, un «classico» di tutti i tempi che interessa leggermente più gli uomini delle donne e che ogni anno annovera due milioni di persone al mondo, con 180mila interventi eseguiti in Italia. Bisturi facile?

«Sì, perché in una discreta percentuale di casi non si tratta di vere e proprie ernie inguinali, ma di situazioni di dolore e fastidio all'inguine che vengono scambiate per tali, a causa di diagnosi superficiali e non specialistiche», spiega Giampiero Campanelli, direttore del Centro di ricerca e alta specializzazione sulla chirurgia delle ernie della parete addominale dell'Università dell'Insubria - Hernia Center di Milano. «Basta che il paziente accusi un dolore persistente all'inguine e subito scatta l'ipotesi di un'ernia, cioè della fuoriuscita di una piccola porzione di intestino o del sacco peritoneale che lo avvolge all'interno del canale inguinale. Ed ecco allora che il medico di base prescrive un'ecografia, in base alla quale molto viene spesso posta la diagnosi di ernia senza che vi sia una vera erniazione dei visceri. Con il rischio di finire sotto ferri senza una reale indicazione al trattamento chirurgico e di ritrovarsi poi con gli stessi sintomi di prima. Anzi, peggiori».

Come districarsi, quindi, nel labirinto di false diagnosi e interventi prescritti con eccessiva disinvoltura, che anziché risolvere il problema tendono ad aggravarlo?

L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

«Per capire se si tratta di un'autentica ernia inguinale o di un quadro clinico facilmente confondibile, un fattore dirimente è la presenza di una tumefazione, cioè di una zona gonfia e sporgente a livello inguinale», continua Campanelli, che è anche direttore della Chirurgia Generale dell'Istituto Clinico Sant'Ambrogio di Milano-Gruppo Ospedaliero San Donato. «Se c'è una tumefazione ben visibile a occhio nudo e il paziente riferisce i sintomi tipici (bruciore e dolore, con fitte intermittenti all'inguine accompagnate da un senso di tensione e pesantezza al basso ventre) la diagnosi è certa: si tratta di ernia. Più attenzione esige il caso in cui il paziente lamenti dolore inguinale, ma non presenti alcun gonfiore, nemmeno alla palpazione. In questi casi spetta al chirurgo interpretare il

112296

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Si parla di noi

risultato dell'ecografia per evitare diagnosi errate. Sotto sforzo, cioè mentre si tossisce e si spinge verso il basso, è facile che ecograficamente si riscontri una piccola estroflessione della parete inguinale che, indebolita, cede alle pressioni intraddominali e protende un po' verso l'esterno. Così l'ecografista referta la presenza di ernie di piccole dimensioni (4-6 mm) che in realtà sono modeste estroflessioni, come se fossero palloncini gonfiati ad aria».

LE CARATTERISTICHE DELLA SINDROME DOLOROSA PUBICO-INGUINALE

Da qui alla sala operatoria il passo è breve, con tutti i problemi che derivano dall'operare chi non era candidato all'intervento. Spesso, infatti, non si considera che il dolore inguinale possa dipendere da altre cause. «Molti casi di diagnosi sbagliate di ernie si riferiscono invece alla sindrome dolorosa pubico-inguinale, o PIPS, acronimo di Pubic Inguinal Pain Syndrome», precisa il chirurgo. «Semplificando viene anche chiamata pubalgia, o ernia dello sportivo, tuttavia non si tratta di ernia né colpisce solo chi fa sport, ma migliaia di persone sedentarie che non frequentano palestre da anni».
La PIPS è caratterizzata da tre alterazioni:

- debolezza della parete posteriore del canale inguinale, costituzionale o acquisita con il passare degli anni;
- ipertensione dei tendini del muscolo retto e dell'adduttore nei punti di inserzione sul pube;
- interessamento dei nervi della regione inguinale che, compressi dai tendini in tensione e dalle parete inguinale estroflessa, entrano in uno stato di sofferenza.

NIENTE BISTURI, SERVE FISIOTERAPIA

Se operare l'ernia è un imperativo categorico, per la sindrome dolorosa pubico-inguinale il bisturi può attendere. Anzi, nella maggior parte dei casi i sintomi si risolvono senza entrare in sala operatoria. «Si prescrive un ciclo di fisioterapia mirato ad allentare la morsa dei tendini», prosegue Campanelli. «Il percorso terapeutico, che va iniziato il prima possibile, deve prevedere sedute ravvicinate (almeno tre volte alla settimana) per due mesi, con esercizi da eseguire anche a domicilio».
Sono utili esercizi di stretching, ovvero di detensione e allungamento di tendini, muscoli e legamenti della zona inguinale. «La riabilitazione di quest'area esige fisioterapisti preparati», mette in guardia lo specialista. «Si tratta di un lavoro costante e impegnativo che però dà buoni risultati perché sfrutta la naturale elasticità dei tendini». In molti casi può venire in aiuto la tecnologia: il biofeedback, ad esempio, è un apparecchio che invia al paziente segnali visivi o sonori, utili a fargli capire se sta svolgendo bene l'esercizio. Taccuino alla mano, si annotano i movimenti durante la seduta, per poi riprenderli a casa propria per salutari ripetizioni antidolore, più utili di tante medicine.
«Solo se la fisioterapia non dà buoni risultati si gioca la carta dell'intervento chirurgico, che prevede tecniche e modalità completamente diverse da quello dell'ernia», conclude Campanelli. «Si realizza in tre fasi: la tenotomia parziale calibrata, cioè il taglio di piccoli segmenti di tendini in modo da allungarli; il rinforzo della parete posteriore del canale inguinale che mostra segni di lassità e il release dei nervi interessati, cioè la decompressione da parte di muscoli, fasce e tendini dei nervi della regione inguinale perché è proprio il loro schiacciamento a provocare dolore». Grazie a questo intervento, che si esegue in day-hospital e in anestesia locale, con il paziente sveglio e collaborativo, si riequilibrano carichi e pressioni della regione inguinale che ritrova la scioltezza di muoversi a piacere. Finalmente libera dal dolore.

Intervento di ernia: le tecniche innovative

Se l'ernia c'è va operata. Come? Oggi si utilizzano materiale protesici perfettamente biocompatibili, che vengono fissati senza punti di sutura grazie a delle colle biologiche. Sono di peso e tessitura molto leggeri e perciò riducono al minimo la percentuale di effetti collaterali e di complicanze, se utilizzati correttamente.
«L'intervento mininvasivo, eseguito in anestesia locale e in day-hospital, consente di operare in massima sicurezza, riducendo al minimo la degenza e, quindi, il rischio di contrarre infezioni ospedaliere, Covid incluso», spiega il chirurgo Giampiero Campanelli.
«L'intervento dev'essere confezionato a misura del singolo paziente, in base al suo quadro clinico e alle sue esigenze. In linea generale, per un'ernia inguinale primitiva, cioè mai operata prima, si opta per una "miniopen" che non prevede grossi tagli sull'addome ma incisioni di 2-3 cm, attraverso cui realizzare la riduzione dell'ernia e riparare la parete inguinale, con o senza protesi. Rispetto alla vecchia e ingombrante rete, le protesi di nuova generazione sono leggerissime e si integrano perfettamente ai tessuti circostanti. Non solo hanno un peso piuma, ma presentano una texture a microfori che le consente di stimolare, una volta impiantate, la reazione cicatriziale. Così, quando la protesi ultralight si integra, subentra un nuovo tessuto fibrotico, frutto dei naturali processi di riparazione predisposti dall'organismo».
Quanto ai mezzi di fissaggio, i punti interni metallici hanno lasciato il posto a colle base di fibrina (biologiche al 100%) o di cianoacrilato, che è a zero rischio di reazioni avverse. Va precisato che l'intervento in laparoscopia, che è più complesso ed esige l'anestesia generale, non è scomparso ma viene oggi riservato a casi selezionati, come la presenza di recidive o di ernie inguinali bilaterali.

112296

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Si parla di noi