

Lecture N. 17

L'ernioplastica con protesi preperitoneale per via inguinale

Il titolo e l'argomento di questa Lecture discendono da quanto esposto nella Lecture N. 4 "*Fisiopatologia chirurgica della regione inguinale*", e in modo particolare dalla intuizione di Edoardo Bassini sull'importanza della Fascia Transversalis (FT), in quanto elemento fondamentale tra i sistemi contentivi dello hiatus inguinale e di conseguenza ruolo di prim'ordine nella patogenesi dell'ernia inguinale.

Quando si resero disponibili protesi in rete biocompatibili e soprattutto scovre degli inconvenienti presentati da materiali precedentemente usati (anche da noi), noi avevamo alle spalle una lunga e consistente esperienza di ernie trattate con il metodo di Bassini (come del resto la maggior parte dei chirurghi).

Avevamo anche verificato che i risultati della tecnica di Bassini erano tanto migliori quanto più l'intervento fosse eseguito rispettando le indicazioni dell'Autore. Ed in particolare avevamo constatato che molti operatori, anziché il prescritto "*triplice strato*", non praticavano l'apertura della Fascia Transversalis, confezionando pertanto un "*duplice strato*", cioè l'utilizzazione ai fini della plastica soltanto dei muscoli obliquo interno e trasverso senza apertura e coinvolgimento della FT; perché l'apparente esiguità di tale fascia induceva a trascurarne l'importanza. Anzi, si pensava che l'aprirla potesse indebolire ulteriormente la fossetta media.

Altro gesto non sempre eseguito, o comunque non sempre eseguito in modo corretto, il punto di ancoraggio sul legamento di Colles.

L'avvento delle protesi in rete ci portò inizialmente ad eseguire tecniche con accesso inguinale secondo il metodo di Lichtenstein o con accesso videolaparoscopico.

Ci si rese subito conto che i due metodi di riparazione obbedivano a criteri fisiopatologici profondamente diversi. Il primo era costituito da un "*coperchio*" che, applicato all'esterno dello hiatus inguinale e spinto dalla pressione endoaddominale, correva il rischio di essere "*scoperchiato*".

Con il metodo laparoscopico il "*coperchio*" era all'interno della "*fessura inguinale*", ben disteso oltre i margini di questa ed a tenuta obbligata in virtù della pressione endoaddominale.

Partendo da queste considerazioni, vista l'ottima tollerabilità delle protesi, dall'esperienza Lichtenstein e simili, avendo presenti i lavori di Rives, di Stoppa, di Nyhus e tanti altri, ricordando bene i principi vantaggiosi dell'operazione di Bassini, abbiamo pensato che, riunendo tutti questi criteri, avremmo ottenuto un intervento valido, tale da realizzare la contenzione dello hiatus inguinale, col rinforzo esclusivo della FT. Questo poteva essere ottenuto per via inguinale aprendo la FT e inserendo dietro di essa, nello spazio preperitoneale, la protesi, distendendola ampiamente in questo spazio ben al di là dei margini di sezione della FT. Altri Autori (Nyhus, Rives, ecc.), come si è detto, avevano seguito tale strada, però con particolarità a nostro avviso meno convincenti. La tecnica video-laparoscopica, utilizzata in qualche caso, pur rispettando il principio a noi caro, era stata successivamente abbandonata in favore dell'accesso inguinale per i maggiori vantaggi, a nostro parere, di questo: riduzione del rischio operatorio, impiego di anestesia locale, rapidità di esecuzione, veloce ricupero del paziente e conseguente tempestiva dimissione (day surgery).

L'ernioplastica con protesi preperitoneale per via inguinale (PPVI), procedura da noi studiata e verificata, risponde a requisiti degni di essere sottolineati:

- a) ha le caratteristiche della “*tension-free hernioplasty*”;
- b) copre dall'interno tutta l'area di debolezza inguinale;
- c) sostituisce la FT, in linea con quanto insegnatoci da Bassini;
- d) ottempera all'altra condizione dell'intervento di Bassini, l'utilizzazione cioè del legamento di Colles; chiude inoltre il canale femorale dall'interno, a somiglianza degli interventi di “*Cooper ligament repair*”, senza tuttavia avere gli svantaggi di questi: si realizza pertanto la profilassi dell'ernia crurale, evento non raro dopo trattamento dell'ernia inguinale.

Questi i tempi dell'intervento - **vedi filmato**:

- 1) Anestesia locale “step by step”;
- 2) Incisione inguinale;
- 3) Sezione della tela sottocutanea (*fascia innominata*) ed esposizione dell'aponevrosi del muscolo obliquo esterno;
- 4) Identificazione dell'anello inguinale superficiale e sezione dell'aponevrosi;
- 5) Isolamento del cordone spermatico e sezione del cremastere;
- 6) Isolamento del sacco erniario;
- 7) Sezione della Fascia Transversalis;
- 8) Affondamento del sacco erniario o trattamento di questo se voluminoso;
- 9) Identificazione del tubercolo pubico e del legamento di Colles;
- 10) Identificazione del legamento di Cooper;
- 11) Scollamento della Fascia Transversalis dal grasso preperitoneale (spazio di Bogros);
- 12) Scollamento del legamento inguinale evidenziando i vasi iliaci;
- 13) Applicazione in sede pre-peritoneale di rete in polipropilene, sagomata secondo necessità di misura (*tayloring*), fissata con due suture continue a greca in monofilamento polipropilene rispettivamente alla Fascia Transversalis e al legamento inguinale, entrambe ancorate al legamento di Colles.
I punti delle due suture sono applicati non sul margine della protesi, ma ad una certa distanza da questo: si ottiene così che la protesi si distenda ben al di là dei margini di sezione della FT e del legamento inguinale.
- 14) Prova di tenuta (tosse);
- 15) Sutura dell'aponevrosi dell'obliquo esterno, della tela sottocutanea, della cute.

Com'è possibile osservare nel video, la rete, preventivamente fissata al legamento di Colles, è distesa manualmente in modo che si adagi senza pieghe medialmente nello spazio di Bogros e lateralmente nella lacuna compresa tra il legamento di Cooper e quello inguinale (*la lacuna femorale*). Le suture hanno lo scopo di mantenere la protesi in corretta posizione senza pieghe.

I tempi di esecuzione non superano generalmente l'ora. Il paziente lascia il letto nelle ore successive all'intervento ed è dimesso nella stessa giornata o il giorno dopo (24 ore dopo).

L'unico elemento con qualche evidenza in termini di sequele immediate post-operatorie è stato l'ematoma inguino-scrotale nei casi di ernie complicate, voluminose o recidivate. Tale complicanza tuttavia ha sempre avuto risoluzione spontanea e non ha influito sul periodo di degenza.

Lo studio da noi condotto sul trattamento dell'ernia inguinale ha previsto il controllo a distanza degli operati con la verifica dei risultati ottenuti non soltanto dall'intervento PPVI, ma anche da quelli con procedura Lichtenstein e Bassini.

Così abbiamo rilevato dolore oltre il mese dall'intervento nello 0,6% dei pazienti con preperitoneale (PPVI), del 2,7% in quelli con Lichtenstein, mentre nessun soggetto operato con Bassini denunciava dolore a distanza. Da molti AA. si ritiene che il dolore persistente nel tempo possa dipendere dall'intrappolamento di nervi nella rete protesica: la bassa incidenza di questo inconveniente nella PPVI potrebbe essere interpretato dal fatto che con questa procedura la protesi non viene a contatto dei nervi.

Le recidive interessavano con lo 0,6% la PPVI, l'1,33% la Lichtenstein, il 4,8% la Bassini.

Abbiamo applicato l'intervento con PPVI anche nel trattamento delle recidive erniarie. Non v'è dubbio che il reintervento per via inguinale offra alcune difficoltà dovute ai processi cicatriziali e alle modificazioni indotte dal o dai pregressi interventi con comprensibile prolungamento, sia pur modesto, dei tempi operatori. Tuttavia, almeno per quanto riguarda la nostra esperienza, tali difficoltà sono superabili in modo relativamente semplice e sono controbilanciate da alcuni vantaggi non trascurabili. Questi sono: la ridefinizione degli elementi anatomici, il controllo diretto della o delle porte erniarie (l'anestesia locale facilita tale controllo permettendo l'aumento della pressione addominale a comando), la visualizzazione precisa del sacco o dei sacchi erniari, delle loro caratteristiche e del loro contenuto.

Ovviamente tale procedura ha in comune con altre tecniche analoghe doti di economicità sanitaria: protesi semplice e di basso costo, dimissione precoce del paziente, inseribile pertanto in programmi di Day-Surgery, e soprattutto, stavolta a differenza di altre procedure, basso rischio di recidiva (2,5% per la PPVI vs 6,6% per la Lichtenstein). Queste caratteristiche favoriscono la PPVI anche per l'ernia recidivata rispetto alle procedure videolaparoscopiche, che, pur valide soprattutto per il trattamento della recidiva, sono tuttavia gravate da condizioni legate alla maggiore invasività del metodo e alla sua dispendiosità.

Conclusioni

L'ampia messe di lavori che si sono succeduti nel tempo riguardanti l'ernia inguinale e le innumerevoli interpretazioni anatomo-funzionali con conseguenti altrettanto numerose proposte di sempre nuove procedure chirurgiche e di sempre più elaborati e costosi sistemi protesici, ci avevano indotto a rivedere il problema ripartendo dalle origini, cioè dall'impostazione che Bassini ne aveva dato. Di qui la rivalutazione della Fascia Transversalis nel determinismo della continenza inguinale e la valorizzazione di quelle tecniche chirurgiche che si fondano sul rinforzo o sulla sostituzione di questa.

I risultati da noi ottenuti in studi clinici, che cimentavano procedure comportanti applicazione protesica per via inguinale al davanti della falce inguinale (Lichtenstein) e in sede preperitoneale posteriormente alla Fascia Transversalis (PPVI), hanno confermato la validità di quest'ultima. Con questo stesso metodo sono stati ottenuti risultati positivi anche per quanto riguarda la correzione dell'ernia recidivata.
