

ERNIOPLASTICA INGUINALE SECONDO TRABUCCO: NOSTRA ESPERIENZA

GUIDO BASILE - GIUSEPPINA CICCARELLA - ANTONINO PRIMUS* - STEFANIA CHIARENZA - ANTONINO CORSARO - ANTONINO BUFFONE

Università degli Studi di Catania - Dipartimento di Chirurgia - Sezione di Chirurgia D'Urgenza - (Direttore: Prof. E. Cirino)

*Dottorando di ricerca in Traumatologia

[Trabucco's inguinal hernioplasty: our experience]

RIASSUNTO

L'ernia inguinale è una delle patologie più frequenti, soprattutto negli anziani. Negli ultimi decenni l'utilizzo di protesi ha permesso una precoce ripresa post-operatoria del paziente ed inoltre una sensibile riduzione delle recidive erniarie.

La nostra casistica degli ultimi 5 anni comprende 525 pazienti affetti da ernia inguinale, dei quali 48 (9%) operati in urgenza per intasamento o strozzamento. In 462 (88%) pazienti abbiamo eseguito l'ernioplastica secondo Trabucco con apposizione di un plug al di sotto dell'anello inguinale interno e di una rete di polipropilene in doppio strato sulla parete posteriore del canale inguinale con un unico punto di fissazione al tubercolo pubico. Nei restanti 63 pazienti è stato eseguito l'intervento secondo Lichtenstein. L'anestesia è stata in genere locoregionale o peridurale; la maggior parte dei pazienti sono stati dimessi dopo 24 ore.

Nel post-operatorio abbiamo riscontrato solamente 5 casi di sieromi (0,9%), 3 di ematomi (0,6%) e 2 recidive (0,3%).

Non abbiamo avuto alcun paziente con dolore cronico post-operatorio.

Concludendo, la rarità delle complicanze, ed in particolare delle recidive, riscontrate con la tecnica di Trabucco ci ha convinto ad usare preferibilmente questa modalità di trattamento, riservando la metodica di Lichtenstein solo per quei pazienti con evidente indebolimento della struttura muscolo-fasciale.

Parole chiave: Ernia inguinale, ernioplastica secondo Trabucco

Introduzione

L'ernia inguinale dell'adulto, pur non facendo parte della chirurgia maggiore, riveste una notevole importanza dal momento che è una patologia estremamente diffusa e che le sue complicanze (intasamento, incarceramento, strozzamento), se non trattate, possono diventare pericolose per la vita.

Si stima che ne sia colpito il 10% della popolazione adulta maschile e l'1% di quella femminile.

L'incidenza è inoltre direttamente proporzionale all'età: 5x1000 nella popolazione generale, 50x1000 nella sesta decade e 120x1000 dopo i 75 anni.

SUMMARY

Inguinal hernia is one of the most frequent diseases, especially in old patients. During last decades the use of prostheses has allowed an early post-operative recovery of the patient and a considerable decrease of recurrences.

Our experience of last 5 years includes 525 patients affected by inguinal hernia, 48 (9%) of whom were operated in emergency for incarceration or strangulation. In 462 (88%) patients we performed a Trabucco's hernioplasty with positioning of a plug under the internal inguinal ring and a double-layer polypropylene mesh on the posterior wall of the inguinal canal with a single fixation stitch to the pubic tubercle. In the other 63 patients we used the Lichtenstein technique. Anesthesia was usually a locoregional or peridural one; the majority of patients were dismissed after 24 hours.

During the post-operative course we observed only 5 cases of seroma (0,9%), 3 haematoma and 2 recurrences (0,3%). We didn't have any case of chronic post-operative pain.

In conclusion, the rarity of complications, and especially of recurrences, after Trabucco's technique has taken us to use preferably this modality of treatment, leaving the Lichtenstein approach only for those patients with a marked weakness of the muscle-fascial structure.

Key words: Inguinal hernia; Trabucco's hernioplasty

Il rischio della sua insorgenza nel corso della vita è pari al 27% per gli uomini ed al 3% per le donne.

La considerevole incidenza nella popolazione attiva determina una non indifferente perdita di giornate lavorative e rappresenta un notevole costo per la società. E' quindi di enorme interesse limitare la durata della convalescenza post-operatoria e l'incidenza delle recidive.

La fine del XX secolo è stata caratterizzata dalla realizzazione di procedure che conseguono ambedue i risultati, per mezzo del posizionamento di protesi di rinforzo^(1,2,3).

Le ernioplastiche sono oggi interventi gravati da una bassa morbilità e da una mortalità pressochè nulla, ma non per questo è un intervento da sottovalutare poiché le complicanze possono incidere pesantemente sulla qualità di vita del paziente.

Casistica

Dal Gennaio 2002 al gennaio 2007 presso l'Unità Operativa Clinicizzata di Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto e Santo Bambino di Catania, sono giunti 525 pazienti affetti da patologia erniaria a sede inguinale.

Di questi 47 erano donne (10%) e 478 uomini (90%), con età variabile dai 19 ai 91 anni ed età media di 56,8 anni.

Il lato maggiormente interessato è stato quello destro (303 pazienti pari al 57,7%); diciotto pazienti (3,4%) erano portatori di ernia bilaterale.

Quarantotto pazienti (9%) sono stati operati in urgenza, ed esattamente 31 per ernia intasata e 17 per ernia strozzata. In 4 pazienti è stato necessario eseguire una resezione intestinale per una marcata necrosi di ansa. In 462 pazienti (88%) abbiamo eseguito l'ernioplastica secondo Trabucco⁽⁴⁾, negli altri 63 (12%) la riparazione secondo Lichtenstein⁽⁵⁾.

I motivi per i quali abbiamo preferito la metodica di Trabucco, in anestesia locale o peridurale, sono stati principalmente la maggiore semplicità e rapidità di esecuzione, insieme alla bontà dei risultati ottenuti.

La tecnica di Trabucco, in breve, prevede un'incisione cutanea parainguinale di 5-6 cm., l'apertura dell'aponeurosi dell'obliquo esterno, l'isolamento e l'affondamento del sacco erniario, l'inserimento di un plug in polipropilene al di sotto dell'anello inguinale interno, il posizionamento della rete in doppio strato, anch'essa in polipropilene, sulla parete posteriore del canale inguinale ed infine la ricostruzione dell'aponeurosi dell'obliquo esterno lasciando un orifizio per il passaggio in sede sottocutanea del funicolo spermatico. La rete non viene fissata ai lati, in modo da permetterne una sistemazione spontanea, evitando nel contempo l'intrappolamento dei nervi sensitivi.

L'unica variazione che noi utilizziamo rispetto all'intervento originale di Trabucco è la fissazione dell'apice inferiore della rete al tubercolo pubico con un punto in materiale riassorbibile, per evitare nel periodo post-operatorio lo scivolamento della rete stessa verso l'alto.

Per il resto, la pressione esercitata in superficie dalla pelle, dai tessuti sottocutanei e dall'aponeurosi dell'obliquo esterno, ed in profondità dagli organi endoperitoneali e dai muscoli obliquo interno e trasverso consentono l'adesione meccanica e l'incorporazione della rete da parte del tessuto connettivo.

L'intervento è stato eseguito nella maggior parte dei casi in regime di one-day surgery (una notte di degenza) oppure, nel caso di pazienti con malattie associate o con domicilio a più di un'ora di auto di distanza dall'ospedale, in ricovero ordinario con due notti di degenza.

Nella nostra esperienza la degenza media è stata di 1,2 giorni.

Risultati

Abbiamo avuto 8 complicanze (1,5%), e precisamente 5 sieromi (0,9%) e 3 ematomi (0,6%); il dolore post-operatorio di grado lieve è stato lamentato da 181 pazienti (34,4%) facilmente dominante con terapia analgesica per alcuni giorni; la cicatrizzazione ha dato esiti di ipertrofia solo in 5 pazienti (0,9%); 2 sole (0,3%), infine, sono state le recidive.

Discussione

Negli ultimi decenni le protesi hanno permesso notevoli miglioramenti dei risultati dopo interventi di ernioplastica inguinale. Il paziente, infatti, nella maggior parte dei casi può tornare a casa lo stesso giorno o il giorno successivo all'intervento (day-surgery) e riprende le sue normali abitudini dopo pochi giorni. I tassi di recidiva della patologia si attestano oggi al di sotto dell'1%.

Negli anni sono stati proposti molti interventi di ernioplastica con l'utilizzo di protesi. Tra questi ricordiamo le tecniche di Lichtenstein, Trabucco, Gilbert, Rives, Rutkow e Stoppa.

Come descritto nella raccolta della nostra casistica, noi preferiamo la tecnica di Trabucco, con apposizione di plug e mesh, per la semplicità, rapidità ed efficacia dei risultati, riservandoci la tecnica di Lichtenstein solamente per quei soggetti con evidente indebolimento della struttura muscolo-fasciale.

Noi riteniamo che l'ernioplastica per via laparoscopica sia oggi indicata soprattutto per le ernie bilaterali e per quelle recidive, tenendo anche conto che è una metodica che richiede sempre l'anestesia generale⁽⁶⁾.

Preferiamo eseguire l'intervento in anestesia locoregionale o peridurale⁽⁷⁾, dimettendo il paziente

la stessa sera dell'intervento o il giorno successivo, soprattutto nel caso di pazienti anziani con malattie associate o quando il paziente abita a più di un'ora di auto dall'ospedale.

Le complicanze più frequenti degli interventi di ernioplastica sono i sieromi, gli ematomi, l'infezione della protesi e/o della ferita, l'atrofia testicolare, il dolore cronico e le recidive^(8,9,10).

Tali complicanze in effetti non dipendono dal tipo di tecnica utilizzata, tanto è vero che le incidenze riportate in letteratura risultano essere praticamente sovrapponibili. Per questo motivo la scelta della tecnica chirurgica dipende dalle preferenze del singolo chirurgo e non tanto da una reale differenza nei risultati.

I sieromi si verificano nell'1-15% dei casi ed in genere vengono trattati facilmente con il drenaggio della raccolta seguito da medicazioni a giorni alterni fino alla scomparsa dello stesso. Gli ematomi hanno incidenza sovrapponibile ai sieromi; spesso si riassorbono semplicemente con una terapia medica, mentre raramente è necessario riportare il paziente in sala operatoria per una emostasi chirurgica.

L'infezione della ferita avviene nello 0,5-4% dei casi, ed in una piccola parte di questi interessa in maniera primitiva o secondaria la protesi posizionata durante l'intervento di ernioplastica. E' chiaro che in quest'ultimo caso il trattamento è più impegnativo, richiedendo quasi sempre l'asportazione della protesi, con il susseguente alto rischio di recidiva erniaria.

L'atrofia testicolare, nel più dei casi secondaria a lesione dei vasi che irrorano il testicolo, è rara ma altamente lesiva, dal punto di vista sia funzionale che psicologico. In accordo con il paziente l'unico trattamento da proporre è la sostituzione del testicolo con una protesi.

Il dolore inguinale cronico post-operatorio rappresenta una complicanza, la cui gravità negli anni è andata crescendo (dal 3% al 12-25%); molti lavori scientifici hanno cercato di definirne la diagnosi e la clinica, ma pochi ne hanno definito l'eziologia. Per dolore cronico s'intende qualsiasi sintomatologia dolorosa avvertita a livello della regione inguinale ancora a distanza di un anno dall'intervento. Nessun tipo di ernioplastica ne sarebbe indenne. L'incidenza del dolore risulterebbe inferiore per le tecniche "tension-free" rispetto a quelle classiche. Nell'ambito del complesso capitolo del danno nervoso intraoperatorio sono stati invocati la sezione parziale o totale del nervo, la formazione del neurinoma, un trauma o l'intrappolamento.

L'analisi statistica ha dimostrato come il rischio di sviluppare un dolore moderato-severo sia significativamente inferiore se i tre nervi (ileo-inguinale, ileo-ipo-gastrico, genito-femorale) sono stati identificati durante l'intervento.

L'analisi multivariata ha confermato come la non identificazione dei nervi e la loro sezione siano fattori correlati con il rischio d'insorgenza del dolore cronico e come il rischio aumenti con il numero di nervi non identificati⁽¹¹⁾. Il relativo maggior rischio di sviluppare un dolore cronico in caso di sezione di uno o più nervi, è da mettere in relazione con il fatto ovvio che la sezione avvenga nel campo operatorio con possibile contatto della porzione prossimale del nervo con la protesi e il rischio di sviluppare il neurinoma; la raccomandazione in caso di sezione del nervo è di resecarne il tratto prossimale per abbandonarlo nel ventre muscolare o nel retro-peritoneo, in modo tale da ridurre l'incidenza del dolore cronico.

Altra ipotesi attribuisce il dolore cronico potenzialmente all'uso di suture di ancoraggio delle protesi. Queste ultime mutano la reazione tissutale in relazione alla propria struttura filamentosa e alla propria porosità. Inoltre vari studi avrebbero evidenziato che le reti protesiche non sarebbero un corpo inerte ma presenterebbero una propria dinamicità all'interno del canale inguinale.

Al contrario del dolore acuto, riscontro precoce dopo l'intervento, di facile gestione con terapia analgesica e con risoluzione entro 30 giorni, il dolore cronico può persistere dopo 6 mesi dall'intervento e può comportare una condizione debilitante, nonché essere refrattario all'uso di analgesici, tanto da richiedere il ricorso alla chirurgia per escidere il neurinoma o effettuare la neurolisi.

L'ernia inguinale recidiva post-protetica si configura come una realtà clinica infrequente ma problematica sul piano della tattica chirurgica. In epoca pre-protetica il tasso di recidiva oscillava tra il 7 e il 15%, oggi con l'avvento delle protesi il tasso si è abbassato all'1-9%. La recidiva dopo ernioplastica protetica sembra caratterizzarsi per la precocità di presentazione; si è visto che la maggior parte di esse si presentano entro un anno. Tra le cause principali vi sono l'errore di esecuzione tecnica oppure la presenza di patologie misconosciute del connettivo, le cui basi biochimiche sembrano venire alla luce attraverso studi recenti.

Tra i possibili fattori tecnici di recidiva ricordiamo la difettosa ricostruzione dell'anello inguinale interno o il mancato ancoraggio della mesh al pube.

Conclusioni

La tecnica di Trabucco per la riparazione delle ernie inguinali è sicura ed affidabile e consente una rapida ripresa delle attività quotidiane e lavorative.

La rarità delle recidive è di estrema importanza, tenuto conto soprattutto dell'incidenza di esse nell'era pre-protetica.

Gli ottimi risultati riscontrati nella nostra esperienza ci hanno spinto a continuare ad usare questa tecnica, che ha inoltre il vantaggio di poter essere appresa velocemente e con efficacia da parte dei medici specializzandi in Chirurgia Generale.

Bibliografia

- 1) Vene ML, Mascitelli E., Rea T., Tauro A., Picardi N.: *Il trattamento dell'ernia inguinale: esperienza di una Unità Operativa Chirurgica*. Ann It Chir 2003; 74: 159-63.
- 2) Rea N., Riviaccio P., Di Stasio M., Morra L.: *Il trattamento chirurgico dell'ernia inguinale acquisita primaria con l'impiego di protesi in polipropilene*. Chir Ital 2004; 56: 197-214.
- 3) Castronovo G., Ciulla A., Tomasello G., Damiani S.: *The tension free hernioplasty for primari inguinal hernias: personal experience*. Ann It Chir 2004; 75: 247-8.
- 4) Trabucco E.: *The office hernioplasty and the Trabucco repair*. Ann. It Chir 1993; 64: 127-49.
- 5) Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL: *Inguinal and femoral hernioplasty utilizing polypropylene patch and plug*. Ann It Chir 1993; 64: 119-25.
- 6) Lal P., Kajla RK, Chander J., Saha R., Ramteke VK: *Randomized controlled study of laparoscopic total extraperitoneal versus open Lichtenstein inguinal hernia repair*. Surg Endosc, 2003; 17: 850-6.
- 7) Terranova O., Batocchio F.: *L'anestesia locale in chirurgia erniaria*. Ann It Chir 1993; 64: 113-8.
- 8) Tarufi F., Bernini M., Pantalone D., Paolucci R., Panichi S., Andreoli F.: *Ernioplastica "senza tensione" con protesi: due tecniche a confronto*. Chir Ital 2002; 54: 819-27.
- 9) Celi D., Bronzetti B., Danek R., Cucinotta A., Casoino V., Giordano T., Lucibello L., Melina D.: *Primary inguinal hernia: Shouldice, Lichtenstein, Trabucco. Experience with 1,000 cases*. Chir Ital, 2003; 55: 551-4.
- 10) Leardi S., Delmonaco S., Pietroletti R., Perri S., Citone G., Simi M.: *Chirurgia protetica delle ernie inguinali e crurali*. Chir Ital 2000; 52: 579-83.
- 11) Alfieri S., Rotondi F., Di Miceli D., *Groin Pain Trial Group et al: Il dolore cronico dopo ernioplastica inguinale con protesi: il possibile ruolo della manipolazione chirurgica dei nervi del canale inguinale*. Chir Ital 2006; 58: 23-31.

Request reprints from:

Prof. GUIDO BASILE

Viale Odorico Da Pordenone, 5

95128 Catania

(Italy)