

Riparazione dell'ernia

inguinale e femorale



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:

Highest Standards, Better Outcomes

100+years

Informazioni per il Paziente

Queste informazioni educative servono ad aiutarti a essere meglio informato sulla tua operazione e a rafforzare la tua abilità e conoscenza necessaria per partecipare attivamente alle tue cure.

Tieniti informato

Informazioni che ti aiuteranno a comprendere meglio l'operazione e il tuo ruolo nel recupero.

Le informazioni includeranno:

Panoramica sulla riparazione dell'ernia	1
Condizioni, Sintomi, Esami Diagnostici	2
Opzioni di Trattamento	3
Rischi e Possibili Complicanze	4
Preparazione ed Aspettative	5
La tua Guarigione e Dimissione	6
Controllo del dolore	7
Glossario/Bibliografia	8

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

La Patologia

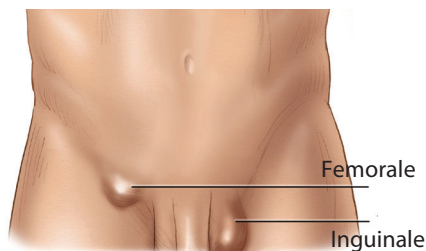
Si parla di ernia quando un tessuto intra-addominale protrude fuori attraverso un'apertura nei muscoli.

Qualsiasi parte della parete addominale si può indebolire e sviluppare un'ernia; le zone più comuni sono la regione inguinale, ombelicale e i siti di pregresse incisioni chirurgiche.

Sintomi Comuni

- Una tumefazione visibile nello scroto o nella regione inguinale, evidente in particolar modo quando si tosse o durante lo sforzo
- Dolore o senso di pressione nel sito dell'ernia

Siti dell'ernia inguinale



Opzioni di Trattamento

Procedura Chirurgica

Riparazione open dell'ernia—Viene praticata un'incisione vicino alla zona dell'ernia, l'ernia viene quindi riparata con una rete o suturando il muscolo.

Riparazione dell'ernia laparoscopica—L'ernia viene riparata con una rete o con delle suture praticate tramite degli strumenti specifici inseriti attraverso piccole incisioni nell'addome.

Procedura Non Chirurgica

A volte, in alcuni pazienti adulti che non hanno fastidio, è possibile aspettare e monitorare in sicurezza l'evoluzione dell'ernia.¹⁻²

Molti pazienti diventano sintomatici dopo 1 o 2 anni e diventano candidati all'intervento chirurgico a causa dell'aumento del dolore durante lo sforzo, stipsi cronica o sintomi urologici.³

Rischi e Benefici del tuo Intervento

Benefici—L'intervento è l'unico modo per riparare un'ernia. Potrai tornare alle tue normali attività e nella maggior parte dei casi, non avrai ulteriori disagi

Possibili rischi sono—Recidiva (ritorno) dell'ernia; infezione; lesioni alla vescica, ai vasi sanguigni, all'intestino o ai nervi, difficoltà a urinare, dolore continuo e gonfiore dei testicoli o della zona inguinale.

Rischi se non si affronta l'intervento—La tua ernia può causare dolore e aumentare di dimensioni. Se il tuo intestino rimanesse intrappolato nell'ernia, potresti avere dolore improvviso, vomito e avrai bisogno di un'operazione d'urgenza

Cosa aspettarsi

Prima dell'intervento—la valutazione preoperatoria può includere analisi del sangue e analisi delle urine. Il tuo chirurgo e l'anestesista ti chiederanno informazioni riguardo la tua storia clinica, i farmaci che assumi e le opzioni di controllo del dolore.

Il giorno dell'intervento—Non mangerai né berrai per sei ore prima dell'operazione. Assumerai regolarmente i tuoi farmaci abituali con un sorso d'acqua. Avrai bisogno di qualcuno che ti accompagni a casa.

La guarigione—Se non ci sono complicanze, andrai a casa il giorno stesso o quello successivo.

Chiama il tuo chirurgo—In caso di forte dolore, crampi allo stomaco, brividi o febbre alta (oltre 38 °C), dolore o aumento di drenaggio dall'incisione o assenza di movimenti intestinali per 3 giorni.

Questa prima pagina è una panoramica. Per informazioni più dettagliate, leggere l'intero documento.

American College of Surgeons per L'educazione del Paziente • Italy Chapter • facssitaly.org/pazienti.

Tieniti informato

A chi viene l'ernia?

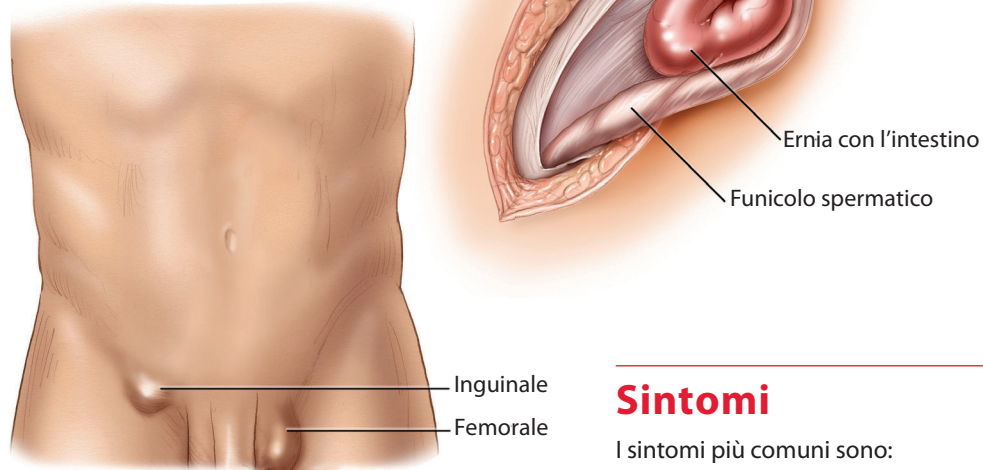
Può non esserci una causa dell'ernia. Alcuni fattori di rischio sono:

- età avanzata—I muscoli si indeboliscono
- Obesità—L'incremento del peso aumenta la pressione sui muscoli della parete addominale
- Movimenti di torsione, strappi o stiramenti improvvisi
- Sforzo cronico
- Storia familiare
- Malattie del tessuto connettivo
- Gravidanza—1 donna su 2,000 sviluppa un'ernia durante la gravidanza.²

Altre patologie

che hanno sintomi simili a quelli delle ernie includono linfonodi aumentati di volume, cisti, problemi testicolari, ed idrocele.²⁻⁴

Ernia Inguinale



La Patologia

L'Ernia

Un'ernia inguinale si verifica quando l'intestino protrude attraverso l'apertura nel muscolo nella zona inguinale. Un'ernia ridicibile può essere spinta in addome attraverso l'apertura. Quando l'intestino o il tessuto intra-addominale riempie il sacco erniario e non può essere spinto in cavità addominale, si parla di **ernia irriducibile o incarcerata**. Un'ernia viene detta strangolata se l'intestino è intrappolato nell'ernia e l'afflusso di sangue all'intestino è ridotto. Questa è un **emergenza chirurgica**.²

I tipi di ernia più comuni sono due:

L'**ernia inguinale**, che si manifesta come tumefazione all'inguine o nello scroto. Questo tipo di ernia rappresenta il 75% di tutte le ernie ed è il tipo più comune nell'uomo.²

L'**ernia femorale**, che si manifesta come una tumefazione a livello inguinale, della coscia superiore, o a livello delle grandi labbra (le pieghe cutanee che circondano l'ingresso vaginale). Le ernie femorali sono 10 volte più frequenti nelle donne.² Queste devono essere sempre riparate in quando il rischio di strangolamento è alto.¹⁻³

Erniorrafia: è la riparazione chirurgica dell'ernia con sutura.

Ernioplastica: è la riparazione chirurgica di un'ernia con una rete.

Sintomi

I sintomi più comuni sono:

- Tumefazione in regione inguinale, scroto, o area addominale che aumenta di dimensioni tossendo o sforzandosi
- Dolore moderato o senso di pressione nella zona dell'ernia.²
- Insensibilità o irritazione dovute alla compressione dei nervi nella zona dell'ernia.²
- Dolore addominale acuto con vomito possono voler dire che l'intestino sia scivolato all'interno del sacco erniario e si è strangolato. **Questa è un'emergenza chirurgica e necessita di trattamento immediato.**

Esami diagnostici comuni

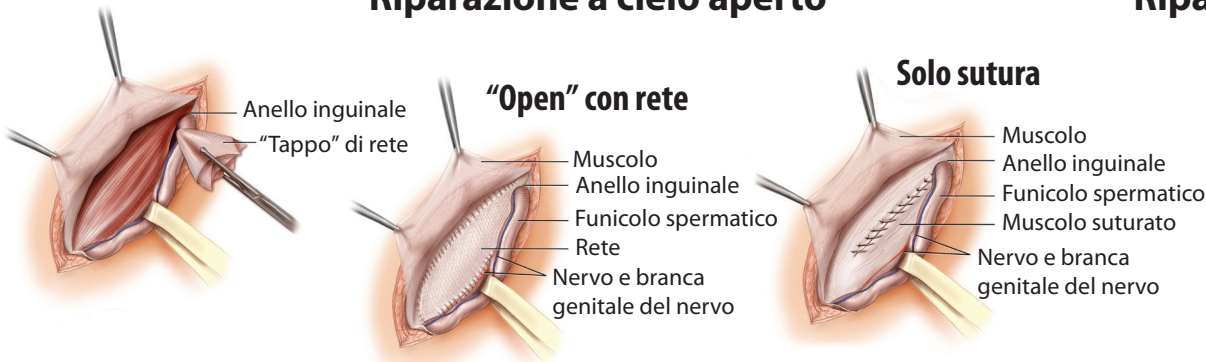
Anamnesi e visita medica²

La regione inguinale si controlla per la presenza di una tumefazione.

Altri esami possono includere (**vedi il glossario**):

- Esame digitale
- Esami ematici
- Analisi delle urine
- Elettrocardiogramma (ECG)—per pazienti sopra i 45 anni o con elevato rischio cardiovascolare
- Ecografia
- Tomografia assiale computerizzata (TAC)

Riparazione a cielo aperto



Trattamento chirurgico

Il tipo di trattamento dipende dalle dimensioni dell'ernia e dal sito e se è un'ernia recidiva. Altri fattori importanti sono la tua salute, l'età, il rischio anestesiológico e il livello di esperienza del chirurgo. L'intervento chirurgico è l'unico trattamento per le ernie incarcerate/strangolate o femorali.

La tua ernia può essere riparata per via "open" o via laparoscopia. La riparazione può essere fatta utilizzando solo dei fili di sutura oppure aggiungendo una rete.

Riparazione "Open"

Il chirurgo esegue un'incisione vicino al sito dell'ernia ed il tessuto che sporge viene riposizionato all'interno dell'addome. La gran parte delle riparazioni dell'ernia inguinale viene eseguita utilizzando una rete per chiudere il difetto nel muscolo.⁵ La riparazione "open" può essere eseguita in anestesia locale.

- Per una riparazione "open": Il sacco erniario viene (rimosso o spinto nell'addome). La rete viene sistemata sul sito dell'ernia. La rete viene fissata utilizzando delle suture applicate sul tessuto più resistente che si trova intorno all'ernia. Dei "tappi" fatti dello stesso materiale della rete, possono essere posizionati nel sito dell'ernia inguinale o femorale. Questi "tappi" riempiono il difetto erniario e sono suturati al tessuto che si trova intorno ad esso.

Può essere applicata un'ulteriore rete e può anche non essere suturata.² Spesso la rete è utilizzata per riparazioni di ernie di maggiori dimensioni e riduce il rischio che l'ernia si ripresenti. L'incisione viene chiusa utilizzando suture, agraiffe (punti metallici), o colla chirurgica.

- Per una riparazione fatta solo con suture: Il sacco erniario viene rimosso o spinto nell'addome. Il tessuto resistente lungo il margine muscolare viene suturato. Questa procedura viene spesso utilizzata in caso di ernie strangolate o infette o per piccoli difetti (meno di 3 cm).

Riparazione laparoscopica dell'ernia

Il chirurgo esegue alcune piccole incisioni sull'addome. I "ports" (dei tubi cavi) sono inseriti attraverso le incisioni. L'addome viene insufflato con anidride carbonica per facilitare la visione degli organi interni.

Gli strumenti chirurgici ed una luce laparoscopica vengono introdotti attraverso i "ports". L'ernia viene riparata con una rete che viene o suturata o fissata con delle agraiffe. La riparazione viene detta "procedura transaddominale preperitoneale" (TransAbdominal PrePeritoneal procedure- TAPP), quando si accede nel peritoneo (il sacco che contiene tutti gli organi addominali). altrimenti se non si entra nel peritoneo viene detta "procedura totalmente extraperitoneale" (Totally ExtraPeritoneal procedure - TEP).²⁻⁴

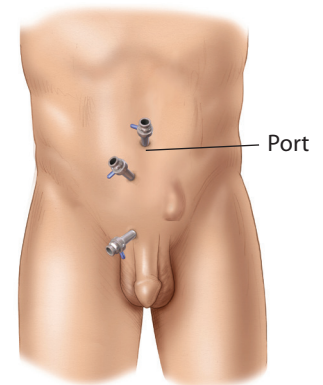
Trattamento Non Chirurgico

L'osservazione clinica dell'ernia nel tempo è un'opzione se non sono presenti sintomi.¹

L'ernia incarcerata si è presentata in 1.8 su 1,000 uomini che hanno atteso più di 2 anni per sottoporsi ad un intervento chirurgico.² Le ernie femorali dovrebbero essere sempre operate a causa del rischio elevato (400 su 1,000) di incarceramento e strangolamento dell'intestino entro due anni dalla diagnosi.²

Il cinto erniario può aiutare a trattare i sintomi di un'ernia attraverso la pressione che esercita sul sito. Il cinto erniario deve essere della giusta misura e può determinare delle complicanze tra cui il danno dei nervi del testicolo e l'incarceramento dell'intestino.⁴

Riparazione laparoscopica



La disposizione dei Port può variare



Riparazione con rete

Tieniti informato

Confronto tra Riparazione a "Open" e laparoscopica

La riparazione laparoscopica può determinare un minore dolore e intorpidimento della parete addominale, un minor rischio d'infezione ed una ripresa post-operatoria più rapida se comparata con la riparazione a "open."⁶ La riparazione laparoscopica può avere dei tempi più lunghi ed un costo maggiore.⁵ Un'ernia recidiva viene meglio riparata in laparoscopia perché si evita il passaggio attraverso il tessuto cicatriziale formatosi in corrispondenza delle precedenti incisioni.⁷

La riparazione laparoscopica di un'ernia inguinale bilaterale (ovvero in tutte e due le regioni inguinali) è associata ad un ritorno più rapido all'attività lavorativa rispetto alla riparazione a cielo aperto.⁸ Il rischio di complicanze aumenta sia per la riparazione a cielo aperto che per quella laparoscopica se l'ernia si estende nello scroto.⁹

Rischi basati sul Calcolatore di Rischio ACS

Chirurgia "open" (a cielo aperto) e laparoscopica dell'ernia inguinale e femorale secondo il calcolatore di rischio ACS - 17 Luglio, 2018

Rischi	Percentuale per paziente medio	Tieniti informato
Infezione della ferita: Infezione nell'area dell'incisione chirurgica o vicino all'organo dove la chirurgia è stata eseguita.	"Open": 0.3% Laparoscopico: 0.2%	Gli antibiotici e il drenaggio della ferita possono essere necessari. Il fumo aumenta il rischio di infezioni.
Complicanze: Includono le infezioni chirurgiche, difficoltà a respirare, formazione di trombi, complicanze renali, complicanze cardiache, necessità di re-intervento chirurgico.	"Open": 1.5% Laparoscopico: 1.2%	Complicanze correlate all'anestesia generale e alla chirurgia possono essere più elevate nei fumatori, anziani e/o pazienti obesi, e in quelli con pressione elevata e difficoltà respiratorie. La capacità di guarigione delle ferite, inoltre, può essere diminuita nei fumatori e nei pazienti con diabete o disordini del sistema immunitario.
Polmonite: Infezione dei polmoni	"Open": 0.1% Laparoscopico: 0.1%	Il movimento, la respirazione profonda, e lo smettere di fumare possono aiutare nel prevenire le infezioni respiratorie.
Infezioni delle vie urinarie: Infezioni della vescica e dei reni	"Open": 0.1% Laparoscopico: 0.1%	Il bere liquidi diminuisce il rischio di infezioni della vescica.
Trombosi venosa: un coagulo nelle gambe che può raggiungere i polmoni.	"Open": 0.1% Laparoscopico: 0.1%	Interventi lunghi e il riposo a letto aumentano il rischio. Alzarsi, camminare 5-6 volte al giorno, e indossare calze compressive diminuiscono il rischio.
Decesso	Meno di 1%	Il tuo chirurgo è preparato ad affrontare ogni situazione di emergenza.
Rischi da Risultati Riportati in Letteratura negli Ultimi 10 anni	Percentuale per paziente medio	Tieniti informato
Dolore cronico (duraturo nel tempo)	Da 10% a 12% possono avere dolore un anno dopo l'intervento chirurgico; possibilmente meno con l'intervento laparoscopico ¹⁰⁻¹²	I fattori che contribuiscono al dolore cronico includono la riparazione dell'ernia in emergenza, l'ernia inguino-scrotale, o la riparazione di un'ernia recidiva. ¹ Il dolore può essere minore nelle procedure laparoscopiche che in quelle "open". ² Il dolore causato dalla compressione o dalla tensione può diminuire gradualmente con il tempo come risultato di una riorganizzazione dei tessuti. ¹³
Recidiva: Un'ernia può ritornare dopo la riparazione	Tutti i pazienti da 1% al 17% ¹⁴ "Open": 4.9% Laparoscopico: 10.1%	La percentuale di recidiva è ridotta del 50% nei casi in cui viene utilizzata la rete rispetto a quando non viene usata. ² Il trattamento laparoscopico è raccomandato nei casi di ernia recidiva perché in questo modo il chirurgo evita il tessuto cicatriziale formatosi nel precedente intervento. Il tasso di recidiva è maggiore in uomini anziani sottoposti a riparazione laparoscopica.
Neuralgia: Dolore neurologico che causa formicolio o addormentamento	"Open": 10.7% Laparoscopico: 7.4%	La pressione, le agrafose, i punti o un nervo intrappolato nell'area chirurgica possono causare dolore neuralgico. Fai sapere al tuo chirurgo nell'immediato post-operatorio se provi un dolore severo, acuto o un formicolio nella regione inguinale e nella gamba; se il nervo è rimasto intrappolato può essere necessario un altro intervento. ²
Sieroma: Una raccolta di liquido chiaro/giallo	Riparazione con rete 8% Riparazione senza rete 3.1%	I sieromi si possono formare intorno al sito dell'ernia operata. Potrebbe essere necessario l'aspirazione del liquido con un ago sterile. ²⁻⁴
Ematoma: una raccolta di sangue nella ferita o nello scroto	Riparazione con rete 2.2% Riparazione senza rete 7%	Gli ematomi sono trattati con farmaci antiinfiammatori, con l'elevazione ed il riposo. Raramente può essere necessaria una trasfusione ematica o ulteriori esami per evidenziare eventuali lesioni vascolari. ⁴

Il calcolatore del rischio chirurgico dell'ACS stima il rischio di un esito sfavorevole. I dati provengono da un gran numero di pazienti che hanno subito una procedura chirurgica simile a questa. Se fossi sano senza problemi di salute, il tuo rischio potrebbe essere inferiore alla media. Se fumi, sei obeso o hai altre problemi di salute, allora il tuo rischio potrebbe essere più alto. Queste informazioni non sono destinate a sostituire il parere del medico o di personale sanitario. Per verificare il tuo rischio vai al calcolatore di rischio ACS

<http://riskcalculator.facs.org>

Aspettative: Preparazione al Tuo Intervento

Prepararsi all'Intervento Chirurgico

Farmaci che assumi a casa

Porta con te una lista di tutti i farmaci e vitamine che stai prendendo. Potrebbe essere necessario variare l'assunzione delle tue medicine prima del tuo intervento. Alcuni farmaci possono influenzare la tua guarigione e la reazione all'anestesia. Di solito, potresti assumere al mattino le tue medicine con un sorso d'acqua.

Anestesia

Fai saper al tuo anestesista se hai allergie, malattie neurologiche (epilessia, ictus), malattie cardiache, problemi con lo stomaco, malattie polmonari (asma, enfisema), malattie endocrine (diabete, malattie della tiroide), o protesi dentali mobili; se fumi, bevi alcoolici, fai uso di sostanze stupefacenti, o assumi farmaci omeopatici o vitamine; oppure se hai una storia di nausea e vomito associati con l'anestesia.

Se fumi, lo dovresti far sapere al tuo chirurgo e pianificare di smettere. Infatti, smettere prima dell'intervento può ridurre la frequenza di complicanze respiratorie e della ferita ed aumenta le possibilità di smettere di fumare per sempre. Risorse per smettere di fumare possono essere trovate su <http://acs.facsitaly.org/pazienti>. www.facs.org/patienteducation oppure su www.lungusa.org/stop-smoking.

Degenza in ospedale

Se vieni sottoposto ad anestesia locale, di solito andrai a casa nella stessa giornata, altrimenti il giorno dopo se sei sottoposto a riparazione di un'ernia voluminosa o incarcerata, a riparazione laparoscopica con un prolungato tempo anestesilogico, se insorgono problemi legati all'anestesia quali nausea, vomito o se non riesci ad urinare.

Cosa portare

- Un documento di identificazione/tessera sanitaria/assicurazione
- Disposizioni prima dell'intervento (vedi glossario)
- Lista delle medicine assunte
- Vestiti confortevoli
- Pantofole che non ti richiedano di piegarti per indossarle
- Lascia i tuoi oggetti di valore a casa

Cosa ti puoi aspettare

Nell'ospedale/clinica ti verrà messo al polso un braccialetto identificativo con il tuo nome, allergie ed il numero identificativo dell'ospedale/clinica. Questi dovrebbero essere controllati dai sanitari prima di eseguire qualsiasi procedura o somministrarti dei farmaci.

Liquidi e Anestesia

Una cannula endovenosa sarà posizionata per somministrarti liquidi e medicine. In caso di anestesia generale, tu dormirai e non sentirai dolore. Un tubo sarà posizionato attraverso la bocca per permetterti di respirare durante l'intervento. Per l'anestesia spinale, un sottilissimo ago verrà inserito in prossimità della colonna vertebrale. Sarai sveglio e non avrai dolore.

Dopo il Tuo Intervento

Verrai portato in una sala di risveglio dove la frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione dell'ossigeno, pressione e la diuresi verranno attentamente monitorati. Assicuratevi che tutti i visitatori lavino le mani.

Prevenire la Polmonite e la Formazione di Trombi

Il movimento e la respirazione profonda dopo il tuo intervento possono aiutare a prevenire le complicanze postoperatorie quali trombi, accumulo di liquidi nel polmone e la polmonite. Ogni ora esegui da 5 a 10 respiri profondi trattenendo ogni volta il respiro per 3-5 secondi.

Quando vieni sottoposto a un intervento hai un rischio maggiore di formare dei trombi a causa della mancanza di movimento durante l'anestesia. Più è lungo e complicato l'intervento, maggiore è il rischio. Tale rischio viene diminuito alzandoti e camminando cinque o sei volte al giorno, oppure indossando delle calze elastiche compressive o dei gambaletti a compressione pneumatica, per i pazienti ad alto rischio si prescrivono farmaci che rendono il sangue più fluido.

Domande da Fare

Riguardo il mio intervento

- Quali sono i rischi e gli effetti collaterali dell'anestesia generale?
- Che tecnica di riparazione verrà usata? Laparoscopica oppure "open"; con rete o con sutura?
- Chiedi al tuo chirurgo quanti interventi d'ernia ha eseguito per via laparoscopica
- Quali sono i rischi di questa procedura?
- Sarà lui ad eseguire l'intervento?
- Che grado di dolore ci sarà e come può essere trattato?
- Quanto tempo dovrà passare prima di poter tornare ad una attività normale – lavoro, guidare, alzare pesi?

Il Giorno del Tuo Intervento

- Non mangiare e non bere a partire almeno da 6 ore prima del tuo intervento.
- Fai una doccia e pulisci il tuo addome e la regione inguinale con un sapone antibatterico
- Lava i denti e sciacqua la tua bocca con un collutorio.
- Non radere la zona dell'intervento, il personale medico taglierà i peli vicini al sito chirurgico.

Il tuo Recupero e Dimissione

Tieniti Informato

Cibi ad Alto Contenuto di Fibre

I cibi con elevato contenuto di fibre includono fagioli, cereali alla crusca, pane integrale, piselli, frutta secca (fichi, albicocche e datteri), lamponi, more, fragole, mais dolce, broccoli, patate al forno con buccia, prugne, pere, mele, verdure e noci.



Evita di sollevare pesi maggiori di 4-5 Kg.

Il Tuo Recupero e Dimissione

Pensare in modo chiaro

Se sei stato sottoposto a un'anestesia generale o hai assunto antidolorifici narcotici, potresti sentirti "strano" per 2 o 3 giorni, avere difficoltà con la memoria e sentirti più affaticato. Non dovresti guidare, bere alcolici o prendere decisioni importanti per almeno due giorni.

Alimentazione

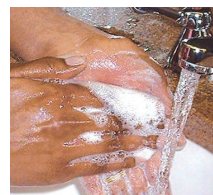
- Quando ti sveglierai dall'anestesia generale, potrai bere piccole quantità di liquidi. Se te la senti, puoi incominciare a mangiare cibi normali.
- Continua a bere circa 8-10 bicchieri di acqua al giorno
- Mangia cibi ad alto contenuto di fibre così da non sforzarti quando vai al bagno

Attività

- Aumenta lentamente le tue attività. Assicurati di alzarvi e camminare ogni ora in modo da prevenire la formazione di coaguli.
- I pazienti di solito impiegano 2-3 settimane per ritornare ad una normale attività in maniera confortevole.⁷
- Potresti andare a casa lo stesso giorno dopo un intervento semplice. Se hai altre patologie o complicanze come nausea, vomito, sanguinamento, difficoltà ad urinare, potresti rimanere di più.
- Le persone sessualmente attive prima dell'intervento hanno riferito di poter tornare ad avere una normale attività sessuale in 14 giorni (media).

Lavoro e Ritorno a Scuola

- Puoi ritornare al lavoro dopo una o due settimane dopo un intervento d'ernia "open" o laparoscopica, ammesso che tu non sollevi carichi pesanti. Parla della tempistica con il tuo chirurgo.
- Non sollevare carichi maggiori di 5 Kg e non partecipare ad attività faticose per almeno 4-6 settimane.
- Tali limitazioni nel sollevare pesi possono durare anche sei mesi dopo la riparazione di ernie complesse o recidive.



Lavaggio delle mani



Steri-Strips®

Cura della Ferita

- Lava sempre le mani prima e dopo aver toccato la zona vicina alla ferita.
- Non ti immergere in una vasca da bagno fin quando i punti di sutura, Steri-Strips®, o le agrafes non sono state rimosse. Puoi fare una doccia dopo la seconda giornata post-operatoria a meno che non ti sia stato sconsigliato.
- Segui le indicazioni del tuo chirurgo quando cambi la medicazione.
- Una modesta quantità di secrezione dalla ferita è normale. Se la medicazione è impregnata di sangue chiama il tuo chirurgo.
- Se hai delle Steri-Strips sulla ferita, esse di solito cadono da sole in 7-10 giorni.
- Se la ferita è stata trattata con della colla chirurgica, permetti alla colla di sfaldarsi da sola.
- Evita di indossare vestiti stretti o ruvidi. Essi possono sfregare contro l'incisione e rendere difficoltosa la guarigione.
- Proteggi la pelle nella zona della cicatrice, specialmente dal sole. Il sole la potrebbe bruciare e causare una cicatrizzazione più scura
- La tua cicatrice guarirà in 4-6 settimane, diventerà più morbida e tenderà a sbiadire in circa un anno.

Andare al Bagno

Evita di sforzarti quando vai al bagno aumentando il consumo di cibi e prodotti ricchi in fibre. Assicurati di bere 8-10 bicchieri di acqua al giorno.

Dolore

Il grado di dolore è differente per ogni persona. I farmaci che avrai bisogno di prendere dopo l'intervento servono al controllo del dolore, e sarà il tuo dottore a dirti quali prendere ed in quale quantità. Puoi utilizzare delle pastiglie per il mal di gola dovuto al tubo che è stato posizionato durante l'anestesia.

Quando Contattare il Tuo Chirurgo

Contatta il tuo chirurgo se hai:

- Dolore che non va via
- Dolore che peggiora
- Febbre maggiore di 38°C
- Vomito continuo
- Gonfiore, arrossamento, sanguinamento o delle secrezioni con cattivo odore dalla ferita
- Dolore addominale intenso e continuo, o distensione addominale
- Se non riesci ad andare di corpo per 2-3 giorni dopo l'intervento

Trattamento del Dolore

Ognuno reagisce in maniera differente al dolore. Una scala da 0 a 10 è utilizzata per valutarlo. Lo "0" corrisponde ad assenza di dolore, il "10" è il peggior dolore mai provato nella tua vita. A seguito di un intervento laparoscopico, alcune volte si può avvertire un dolore alla spalla dovuto al gas inserito nell'addome durante la procedura.

Il movimento e il camminare aiutano a diminuire il gas e il dolore alla spalla destra.²⁻³ Il dolore estremo può provocare stress fisico aggiuntivo in un momento nel quale il tuo corpo ha bisogno invece di concentrarsi sulla guarigione. Non aspettare che il tuo dolore raggiunga a un livello "10" o diventi insopportabile per informare il tuo medico o gli assistenti. È molto più semplice controllare il dolore prima che diventi severo.

Farmaci Antidolorifici Non Oppiacei

La gran parte dei farmaci analgesici non oppiacei sono classificati come farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Sono usati per trattare il dolore moderato e l'infiammazione o sono assunti insieme ad altri farmaci narcotici per trattare il dolore severo. Possibili effetti collaterali di questi farmaci sono i disturbi dello stomaco, sanguinamento nel tratto digestivo e la

ritenzione di liquidi. Di solito questi effetti collaterali non si notano se il trattamento è breve. Fai sapere al tuo medico se hai problemi cardiaci, renali o epatici.

Farmaci Antidolorifici Narcotici (Oppiacei)

I **farmaci narcotici o oppiacei** sono usati per il dolore severo. Possibili effetti collaterali sono sonnolenza, abbassamento della pressione, della frequenza cardiaca e di quella respiratoria; manifestazioni cutanee e prurito; stipsi, nausea, difficoltà ad urinare. Alcuni esempi di farmaci oppiacei includono morfina, ossicodone ed idromorfone. Altri farmaci possono essere utilizzati per controllare gli effetti collaterali degli oppiacei.

Controllo del Dolore Senza Farmaci

Il distrarsi ti aiuta a focalizzarti su altre attività piuttosto che sul dolore. Ascoltare della musica, giocare, o altre attività coinvolgenti possono aiutarti a far fronte ad un dolore moderato e all'ansia.

L'immaginazione controllata ti aiuta a controllare le tue emozioni. Chiudi gli occhi e respira lentamente. Immagina te stesso in un ambiente meraviglioso. Assapora la bellezza che ti circonda e le emozioni che ritornano sotto il tuo controllo. Ti dovresti sentire più rilassato.

ALTRE ISTRUZIONI:

APPUNTAMENTI DI FOLLOW-UP

CHI:

DATA:

TELEFONO:

Tieniti informato

Dolore Dopo un intervento di Ernia Inguinale

Il dolore che continua dopo un anno dall'intervento d'ernia è più comune nelle donne, in pazienti al di sotto dei 40 anni, e quelli che hanno avuto un pregresso intervento di ernia. Il dolore può essere maggiore quando viene usata una protesi più spessa, rispetto a una più leggera.¹³ Altre cause di dolore dovrebbero essere escluse, quali il dolore lombare, della colonna vertebrale, o il dolore dell'anca.

Le opzioni di trattamento includono l'assunzione di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), paracetamolo, compresse o iniezioni di gabapentin o pregabalin per la nevralgia, o procedure per rimuovere le terminazioni nervose.



Distrazione



Immaginazione controllata

Maggiori informazioni

Per maggiori informazioni fai riferimento al sito dell'American College of Surgeons per L'educazione del Paziente (facs.org/patienteducation) o al sito dell'American College Italy Chapter (facsitaly.org/pazienti). Per una informazione completa sulla riparazione dell'ernia inguinale, consulta la pubblicazione "Selected Readings in General Surgery", "Hernia" 2015 Vol. 41 No. 7 (facs.org/SRGS).

GLOSSARIO

Disposizioni prima dell'intervento: Documenti firmati da una persona in grado di intendere e volere che da indicazione al personale sanitario sulle scelte di trattamento.

Tomografia assiale computerizzata (TAC): esame eseguito con raggi-X ed elaborato al computer che permette di ricreare immagini dettagliate tridimensionali del tuo addome. La TAC è comunemente utilizzata per scoprire anomalie o patologie nell'addome. A volte può essere utilizzata per verificare la presenza di un'ernia non chiaramente evidenziata durante la visita del paziente.

Esame digitale: Per sentire la presenza dell'ernia il medico spinge, con delicatezza, il suo dito rivestito dal guanto nel sacco scrotale per raggiungere l'anello inguinale. Quindi al paziente viene chiesto di tossire.

Elettrocardiogramma (ECG): Misura la frequenza e la regolarità del battito cardiaco e rileva eventuali danni al cuore.

Anestesia generale: Si tratta di una procedura in cui si utilizzano dei farmaci che ti permettono di dormire così da non provare dolore durante l'intervento.

Ematoma: Si tratta di una raccolta di sangue che si è riversata nei tessuti sotto la pelle o in un organo, come esito delle incisioni eseguite durante l'intervento o dovuta all'incapacità del sangue di coagulare normalmente.

Incarcerazione: La protrusione e la costrizione di un organo attraverso la parete che normalmente lo contiene.

Anestesia locale: La perdita della sensibilità nell'area del corpo dove il farmaco anestetico è stato applicato o iniettato.

Sondino nasogastrico: Un tubo di plastica morbida inserito tramite il naso e arriva fino allo stomaco. Esso è usato per svuotare lo stomaco del suo contenuto e dall'aria per mettere l'intestino a riposo.

Sieroma: Raccolta di liquido sieroso (chiaro/giallo).

Strangolamento: Parte dell'intestino o del grasso che è stretto nel sacco erniario da non fare affluire il sangue al tessuto strangolato.

Ecografia: le onde sonore sono usate per determinare la posizione di strutture profonde nel corpo. Un manipolo, dopo aver applicato del gel su di esso, viene spostato sull'addome. L'ecografia può essere utilizzata per verificare la presenza di un'ernia non chiaramente evidenziata durante la visita.

Analisi delle urine: Esame chimico e fisico delle urine, usato il più delle volte per verificare la presenza di infezioni urinarie o malattie renali

BIBLIOGRAFIA

Le informazioni fornite in questa brochure sono scelte da articoli recenti sulla base di ricerche o tendenze cliniche rilevanti. La ricerca elencata non rappresenta tutto ciò che è disponibile a riguardo il tuo intervento chirurgico. Chiedi al tuo medico se ti consiglia di leggere ulteriori ricerche.

1. Fitzgibbons RJ, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO et al. Watchful waiting vs. repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men. *JAMA*. 2006;295(3):285-292.
2. Malangoni MA, Rosen MJ. Hernias. In: CM Townsend, RD Beauchamp, et al. *Sabiston Textbook of Surgery*, Philadelphia, PA: Elsevier, 2012:chap 46.
3. Sarosi G, Yongliang W, Gibbs J, Reda D, McCarthy M, Fitzgibbons R, Barkun, J. A clinician's guide to patient selection for watchful waiting management of inguinal hernia. *Annals of Surgery*. 2011;253(3):605-610.
4. Fitzgibbons RJ Jr., Filipi CJ, Quinn TH. Inguinal Hernias. In: FC Brunicaudi, DK Anderson, et al. *Principles of Surgery* (8th edition). New York: McGraw Hill, 2005.
5. Gould, J. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *Surgical Clinics of North America*. 2008;88(5):1073-1081
6. Abbas AE, Noaman N, Amin M, Patient-perspective quality of life after laparoscopic and open hernia repair: A controlled randomized trial. *Surgical Endoscopy*. 2012;26:2465-2470.
7. Takata MC, Duh QY. Laparoscopic inguinal hernia repair. *Surgical Clinics of North America*. 2008;88(1):157-178
8. Mahon D, Decadt M, Rhodes M. Prospective randomized trial of laparoscopic (transabdominal preperitoneal) vs. open (mesh) repair for bilateral and recurrent inguinal hernia. *Surgical Endoscopy*. 2003;17:1386-1390.
9. Schwab JR et al. After 10 years and 1.903 inguinal hernias, what is the outcome for the laparoscopic repair? *Surgical Endoscopy*. 2002;16:1201-1206.
10. Niebuhr H, Wegner F, Hukauf M, et al. What are the influencing factors for chronic pain following TAPP inguinal hernia repair: An analysis of 20,004 patients from the Herniated Registry. *Surgical Endoscopy*. 2018 Apr;32(4):1971-1983. doi: 10.1007/s00464-017-5893-2. Epub 2017 Oct 26.
11. Öberg S, Andresen K, Tobias W, et al. Chronic pain after mesh versus nonmesh repair of inguinal hernias: A systematic review and a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Surgery*. 2018 May;163(5):1151-1159. doi: 10.1016/j.surg.2017.12.017. Epub 2018 Mar 13.
12. Matthews RD, Anthony T, Kim LT, et al. Factors associated with postoperative complications and hernia recurrence for patients undergoing inguinal hernia repair: A report from the VA Cooperative Hernia Study Group. *American Journal of Surgery*. 2007 Nov;194(5):611-617.
13. Inaba T, et al. Chronic pain and discomfort after inguinal hernia repair. *Surgery Today*. 2012;42:825-829
14. Itani K, Fitzgibbons R, Awad S et al. Management of recurrent inguinal hernias. *Journal of the American College of Surgeons*. 2009 Nov;209(5):653-658. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2009.07.015. Epub 2009 Aug 20.

ESCLUSIONE DI RESPONSABILITÀ

L'American College of Surgeons (ACS) è un'associazione scientifica e educativa di chirurghi fondata nel 1913 per migliorare la qualità dell'assistenza al paziente chirurgico stabilendo standard elevati per l'istruzione e la pratica chirurgica. L'ACS si impegna a fornire informazioni sulla procedura per i potenziali pazienti e coloro che li istruiscono. Non intende sostituire una discussione con un chirurgo qualificato che abbia familiarità con la tua situazione. L'ACS si impegna a fornire informazioni accurate e tempestive, ma non fornisce alcuna garanzia al riguardo.

Traduzione a cura del capitolo Italiano dell'ACS

Editore: Biagio Ravo MD FACS

Traduttori: Giuseppe Nigri MD FACS

Elena Belloni, MD

Per qualsiasi domanda: Biagioravo@tiscalinet.it