

Le Ernie Della Parete Addominale



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:

Highest Standards, Better Outcomes

100+ years

Informazioni per il Paziente

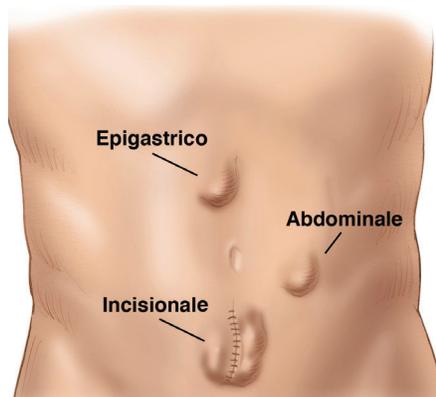
Queste informazioni educative servono ad aiutarti a essere meglio informato sulla tua operazione e a rafforzare la tua abilità e conoscenza necessaria per partecipare attivamente alle tue cure.

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



Sede comune per ernia ventrale

La Patologia

L'ernia ventrale è una protrusione attraverso un orificio della parete addominale. L'ernia può presentarsi a seguito di una progressiva incisione chirurgica (incisionale), attraverso l'ombelico (ombelicale), o in altre sede addominale per difetto muscolare (primaria).

Sintomi comuni

- Tumefazione visibile sulla parete addominale, specialmente dopo tosse o sforzo
- Dolore o pressione sulla sede dell'ernia

Opzioni di Trattamento

Procedura Chirurgica:

Riparazione open dell'ernia—Viene praticata un'incisione vicino alla sede dell'ernia, l'ernia viene quindi riparata con una rete o suturando la fascia muscolare.

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.¹⁻³

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.

Rischi se non esegui l'intervento—Puoi notare un aumento delle dimensioni dell'ernia e del dolore nella sede erniaria. A seguito di un possibile strozzamento dell'ernia con intrappolamento dell'intestino nel sacco erniario, si può accusare dolore e vomito ed è necessario un intervento chirurgico d'urgenza.

Possibili rischi, **se decidi di eseguire l'intervento chirurgico**, sono: la recidiva dell'ernia, l'infezione, una lesione della vescica, di vasi sanguigni o intestinali o un dolore persistente in sede dell'ernia.

Cosa aspettarsi

Prima dell'intervento—La valutazione preoperatoria prevede esami ematici, analisi delle urine, ecografia o TAC. Il tuo chirurgo e l'anestesista provvederanno a esaminare la tua storia clinica, i farmaci che usi a domicilio, e le opzioni per il controllo del dolore.

Il giorno dell'intervento—Digiuno anche da liquidi 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.

Il tuo ricovero—Tu sarai dimesso entro 24 h. per interventi per piccole ernie, resterai in ospedale più a lungo per riparazioni erniarie più complesse. La degenza per riparazioni complesse è di 1-1,5 gg.¹

Chiama il tuo chirurgo—Se tu hai dolori forti, crampi addominali, brividi di freddo con rialzo febbrile (maggiore di 38,3 C), aumento di drenaggio maleodorante dell'incisione chirurgica, o assenza di movimenti intestinali per 3 gg.

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

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

Tieniti informato

Le ernie della parete addominale

Sono anche chiamate ernie ventrali

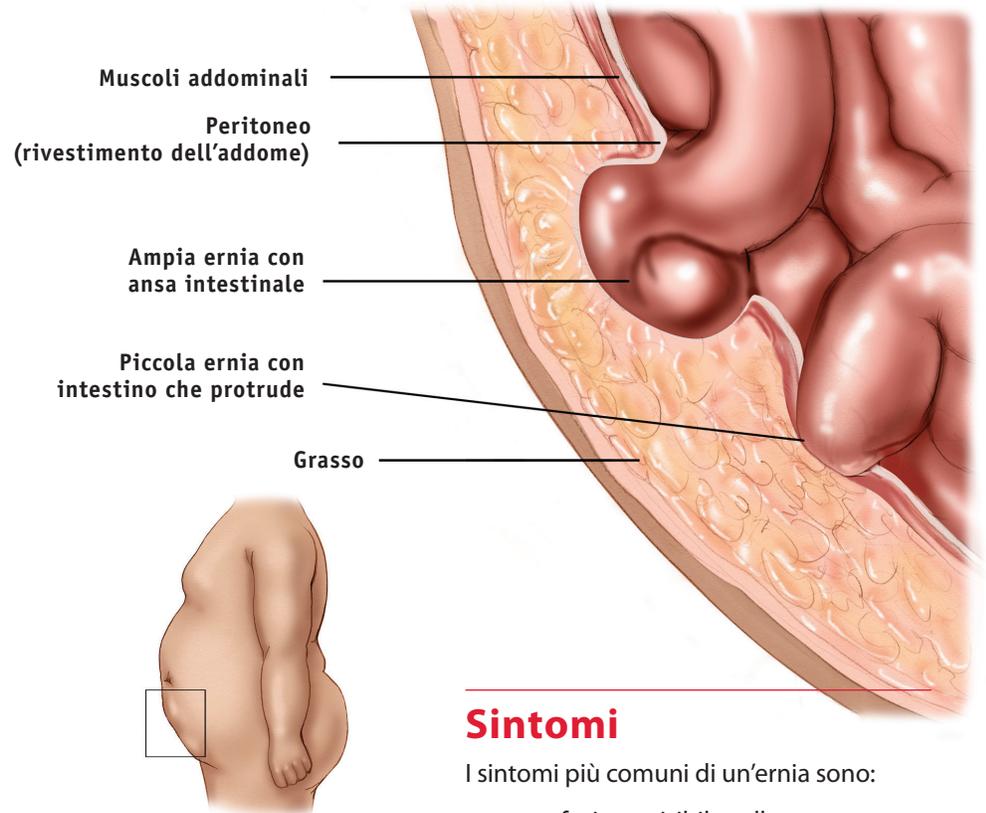
Possono presentarsi:

- alla nascita (ernia congenita)
- per una debolezza muscolare in ogni momento della vita
- -sulla sede di incisione chirurgica

Laparocele²⁻⁴

Laparocele o ernia incisionale può manifestarsi nella sede del port laparoscopico in 5/1000 pazienti e in più di 150/1000 pazienti a seguito di una precedente incisione chirurgica. Nella maggior parte dei casi si presenta nei primi 5 anni dopo l'intervento. I fattori di rischio che contribuiscono alla formazione di un laparocele sono:

- l'obesità, che si rende responsabile di una tensione e pressione sulla parete muscolare
- ampie incisioni addominali
- infezioni postoperatorie (si ricordi che il fumo è responsabile di una maggiore incidenza di infezione)
- debolezza del tessuto connettivale (la sostanza presente tra le cellule del corpo che dà forza al tessuto, alcune volte è chiamata collante cellulare)
- diabete mellito
- malattie polmonari



La Patologia

L'Ernia

Un'ernia **addominale** è una protrusione attraverso un orifizio dei muscoli addominali. Se l'ernia si riduce quando il paziente è sdraiato o dopo pressione manuale, si dice **riducibile**. Se non può essere ridotta, essa è definita **irriducibile o incarcerata** con un tratto di intestino che è 'protruso nel sacco erniario. Un'ernia è **strangolata** se l'intestino è intrappolato nel sacco erniario e si ha una riduzione di afflusso ematico. **Questa è una emergenza chirurgica.**²

Ernia Addominale Primaria insorge spontaneamente in un'area di debolezza della parete addominale

Il Laparocele è una protrusione nella sede di una precedente incisione chirurgica.

Ernia Epigastrica è una protrusione attraverso la linea mediana al di sopra dell'ombelico.

Sintomi

I sintomi più comuni di un'ernia sono:

- tumefazione visibile sulla parete addominale, specialmente con la tosse o con la contrazione
- dolore o senso di pressione in sede erniaria.

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.

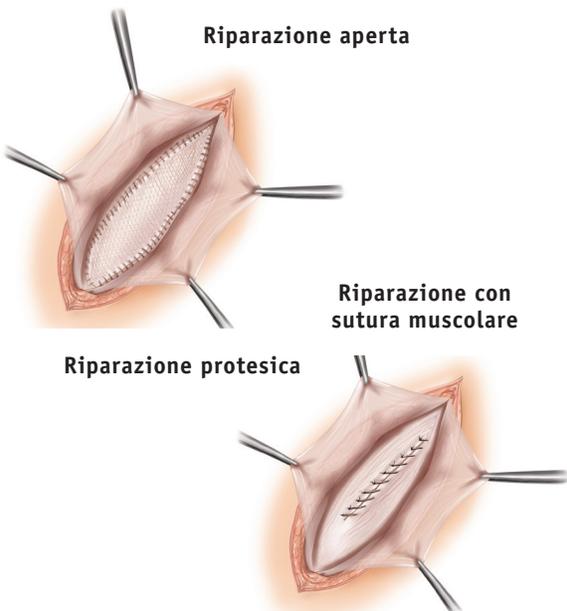
Esami diagnostici comuni

Anamnesi e visita medica

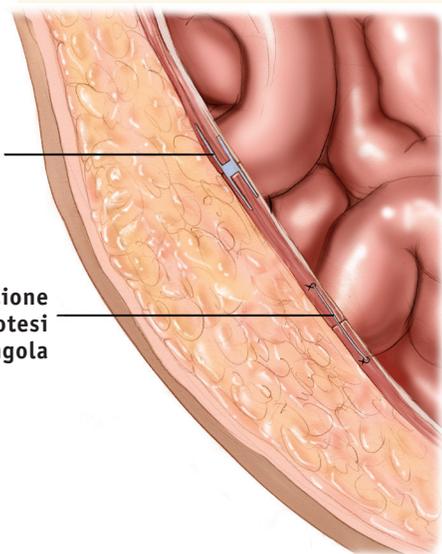
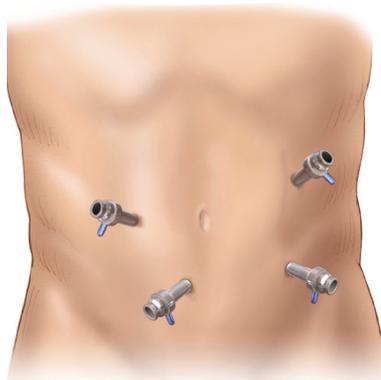
La parete addominale è controllata per la presenza di una tumefazione.

Altri esami possono includere (vedi il glossario):

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



Riparazione laparoscopica



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 anestesilogico e il livello di esperienza del chirurgo. L'intervento chirurgico è l'unico trattamento per le ernie

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 viene eseguita utilizzando suture, rete o lembo per chiudere il difetto nel muscolo.⁵ Per ernie più grande o complesse può essere necessario utilizzare un drenaggio che fuoriesce dall'addome. la cute è chiusa con suture, suture meccaniche o collanti chirurgici.

Riparazione "Open" con Protesi

Per una riparazione "open": Il sacco erniario viene rimosso. La protesi viene sistemata sul sito dell'ernia. La protesi viene fissata utilizzando delle suture applicate sul tessuto più resistente che si trova intorno all'ernia. La protesi è spesso usata per riparazione di grandi ernie e può ridurre il rischio che l'ernia possa recidivare. La cute è chiusa usando suture, suture meccaniche o collanti chirurgici.

Riparazione laparoscopica dell'ernia

Il chirurgo esegue alcune piccole incisioni sull'addome. I ports o trocars (tubi vuoti) sono inseriti nelle incisioni. Gli strumenti chirurgici sono inseriti nei ports. L'addome è gonfiato con gas CO₂ per rendere più semplice al chirurgo la visione dell'ernia. La protesi è suturata, con sutura meccanica, o fissata con clips al muscolo attorno alla sede dell'ernia. La sede dell'ernia può anche essere cucita direttamente insieme.

Trattamento Non Chirurgico

L'attesa vigile è una opzione per un'ernia senza sintomi. Tutti i pazienti riceveranno un trattamento se essi presenteranno un improvviso dolore addominale acuto e vomito. Questi sintomi possono indicare un'ernia incarcerata e ostruzione intestinale.

Cinti erniari o cinture predisposte per applicare pressione sull'ernia richiedono un corretto posizionamento. Quando usati correttamente il controllo in parte o completo dell'ernia si ha nel 31% dei pazienti ma il 64% trovano il cinto erniario non confortevole.⁵

Tieniti informato

Confronto tra Riparazione "Open" e laparoscopica

Non vi è un tipo di riparazione che sia ottimale per tutte le ernie ventrali. Le riparazioni laparoscopiche sono associate ad un minore rischio di infezioni e ad una ridotta degenza ospedaliera. Non si registra differenza nell'incidenza di recidiva, nel dolore a lungo termine e nella qualità di vita. Per i pazienti con intestino strangolato o infezioni l'approccio laparoscopico può non essere un'opzione.^{1,6,7}

Perché la mia ernia ritorna?

La protesi riduce il rischio che l'ernia ritorni ancora. La protesi può essere fissata con tacs (spiralì metalliche), con suture o suturata. L'obesità e le complicanze della ferita aumenta il rischio di recidiva.⁹ Prima di una riparazione elettiva al fine di raggiungere il migliore risultato ti può essere richiesto di ridurre il peso corporeo, di smettere di fumare, di fare un programma di controllo del diabete.

Rischi di questa Procedura

Rischi da Risultati Riportati in Letteratura negli Ultimi 10 anni	Percentuale	Tieniti informato
Incapacità di urinare dopo rimozione del catetere urinario	21%	Anestesia generale, età avanzata, problemi prostatici e il diabete possono essere associati ad una ritenzione urinaria. Un catetere temporaneo o farmaci possono essere usati per il trattamento della ritenzione.
Sieroma: Una raccolta di liquido chiaro/giallo	12%	I sieromi si possono formare intorno al sito dell'ernia operata. Potrebbe essere necessario l'aspirazione del liquido con un ago sterile. ¹⁰
Recidiva: Un'ernia può ritornare dopo la riparazione anche dopo alcuni anni.	"Open" 12% laparoscopico 10% senza protesi 17% ¹¹	L'incidenza di recidiva è maggiore per riparazione di ernie complesse o infette o per riparazioni eseguite senza uso di protesi. In un follow-up di 5 anni, il 6% - 20% dei pazienti con riparazione protesica presentava serie complicanze, quali ostruzione intestinale, fistole, o scollamento della ferita. ¹²
Lesione intestinale	"Open" meno di 1% laparoscopico 4.3% ¹³	Una lesione può essere riparata durante lo stesso intervento. Se vi è una perdita intestinale nella cavità addominale, la riparazione erniaria sarà differita dopo che la sutura intestinale è guarita. Un sondino nasogastrico sarà posto per tenere lo stomaco vuoto finché l'intestino riprende a funzionare.
Rischi basati sul Calcolatore del rischio secondo ACS nel Giugno 2017*	Percentuale	Tieniti informato
Infezione della ferita: Infezione nell'area dell'incisione chirurgica o vicino all'organo dove la chirurgia è stata eseguita.	"Open" 3.9% laparoscopico meno di 1%	Possono essere necessari l'utilizzo di antibiotici e un drenaggio della ferita. Il fumo aumenta il rischio di infezioni.
Ritorno alla chirurgia: la necessità di ritornare in sala operatoria dovuto ad un problema dopo il precedente intervento.	"Open" 2.5% laparoscopico meno di 1%	Dolore significativo e un'emorragia possono essere causa di un re intervento. Il tuo gruppo chirurgico ed anestesiologicalo è preparato per ridurre ogni rischio di re intervento.
Polmonite: Infezione dei polmoni	"Open" 1.2% laparoscopico meno di 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" 1.2% laparoscopico meno di 1%	Il bere liquidi diminuisce il rischio di infezioni della vescica.
Trombosi: un coagulo nelle gambe che può interessare il polmone	"Open" 1.1% laparoscopico meno di 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.
Complicanza cardiaca: include un attacco cardiaco o un improvviso arresto cardiaco	meno di 1%	Problemi con il tuo cuore o polmone possono essere aggravati dall'anestesia generale. Il tuo anestesista provvederà a raccogliere la tua anamnesi e suggerire la migliore opzione per te.
Insufficienza renale: I reni non producono urine e/o non ripuliscono il sangue dalle tossine	meno di 1%	Condizioni renali preesistenti, squilibrio idrico, diabete Tipo 1, età superiore a 65 anni, antibiotici, e altri farmaci possono incrementare il rischio.
Decesso	meno di 1%	
Altre complicanze, includono: infezioni chirurgiche, difficoltà respiratorie, trombosi, complicanze renali, complicanze cardiache e ritorno in sala operatoria.	"Open" 9.7% laparoscopico 2.9%	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.

*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 altri problemi di salute, allora il tuo rischio potrebbe essere più alto. Queste informazioni non sono destinate a sostituire il parere del medico o del personale sanitario. Per verificare il tuo rischio vai al calcolatore di rischio ACS

<http://riskcalculator.facs.org>

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.

Durata della degenza

Se sarai sottoposto ad un'anestesia locale, usualmente andrai a casa lo stesso giorno. Resterai per una notte se hai una riparazione di un'ernia grande o incarcerata. Una riparazione laparoscopica necessita un tempo di anestesia più lungo. Complicanze come nausea severa e vomito o incapacità ad urinare possono essere responsabile di una degenza più lunga.

Controlli di sicurezza

Un braccialetto identificativo (ID) e un braccialetto per allergie con il tuo nome e il numero di ospedale/clinica può essere posto al tuo polso. Questi saranno controllati dal personale sanitario prima che essi eseguano ogni procedura o somministrano il tuo farmaco. Il tuo chirurgo potrebbe marcare la sede dell'intervento.

Liquidi e Anestesia

Una cannula endovenosa sarà posizionata per somministrarti liquidi e medicine. In caso di anestesia generale, 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.

Il Giorno del Tuo Intervento

- Non mangiare o bere a partire almeno da sei 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.

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.

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?
- La mia ernia può essere riparata durante l'esecuzione di un bypass gastrico?

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 alzarti e camminare ogni ora in modo da prevenire la formazione di coaguli.
- 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.
- Non sollevare carichi maggiori di 5 Kg e non partecipare ad attività faticose per almeno 4-6 settimane.

Lavoro e Ritorno a Scuola

- Dopo il ricovero usualmente puoi ritornare a lavoro o scuola entro 2-3 giorni.
- Tu potresti non essere capace di sollevare pesi superiori 10 Kg., di salire o di svolgere attività pesanti per 4-6 settimane dopo una riparazione chirurgica di un'ernia ventrale.
- Una limitazione a sollevare può durare per almeno sei mesi per riparazione di ernia complessa o recidiva.²



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 agrafe 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 difficile 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 generale.

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 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.

Per ridurre il dolore durante colpi di tosse o movimenti poni un cuscino a pressione fissa sul tuo addome.

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 la Riparazione dell'Ernia Ventrale

Nessuna differenza sul dolore a lungo termine e sugli indici di qualità di vita è riportata comparando le procedure aperte e laparoscopiche. Un dolore che persiste per più di 6 mesi è riportato in 30 su 1000 pazienti che hanno una procedura laparoscopica e 20 su 1000 pazienti per procedure aperte. La causa di dolore a lungo termine sarà valutato dal tuo chirurgo e spesso trattato con iniezione di anestetici locali.⁸



Immaginazione controllata



Stecca il tuo stomaco

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.

Esami ematici: Gli esami usualmente includono un profilo Chem-6 (sodio, potassio, cloro, anidride carbonica, azotemia e creatina) e una conta completa ematica (globuli rossi e bianchi).

Tomografia assiale computerizzata (TAC): esame eseguito con raggi-X ed elaborato al computer che permette di ricreare immagini dettagliate tridimensionali del tuo addome.

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

Fistola: Una connessione anomala tra due spazi cavi, come vasi sanguigni, intestino o altri organi cavi.

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 : Una raccolta localizzata di sangue in un tessuto o organo.

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).

Ferite tunnellizzate: Ferite che presentano canali o tratti che si estendono dalla ferita negli strati profondi della cute, muscolo o grasso.

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.

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. Kurian A, Gallagher S, Cheeyandira A, et al. Predictors of in-hospital length of stay after laparoscopic ventral hernia repair: Results of multivariate logistic regression analysis. *Surg Endosc.* 2010 Nov;24(11):2789-2792. doi: 10.1007/s00464-010-1048-4. Epub 2010 Apr 24.
2. Malangoni MA, Rosen MD, Hernias. In CM Townsend, RD Beauchamp et al. *Textbook of Surgery.* Philadelphia, PA: Saunders, 2008.
3. Helgstrand F, Rosenberg J, Bisgaard T. Trocar site hernia after laparoscopic surgery: A qualitative systematic review. *Hernia.* 2011;15:113-121.
4. Yahouchy-Chouillard E, Aura T, Picone O et al. Incisional hernia related risk factors. *Digestive Surgery.* 2003;20:3-9.
5. Cheek CM, Williams MH, Farndon JR. Trusses in the management of hernia today. *British Journal of Surgery.* 1995;82:1611-1613.
6. Forbes SS, Eskicioglu C, McLeod RS et al. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing open and laparoscopic ventral and incisional hernia repair with mesh. *British Journal of Surgery.* 2009;96:851-858.
7. Hwang CS, Wichterman KA, Alfrey EJ. Laparoscopic ventral hernia repair is safer than open repair: Analysis of the NSQIP data. *Journal of Surgical Research.* 2009;156:213-216.
8. Brill JB, Turner PL. Long-term outcomes with transfascial sutures versus tacks in laparoscopic ventral hernia repair: A review. *The American Surgeon.* 2011;77:458-465.
9. Sauerland S, Korenkov M, Kleinen T, et al. Obesity is a risk factor for recurrence after incisional hernia repair. *Hernia.* 2004 Feb;8(1):42-46. Epub 2003 Sep 6.
10. Turner PL, Park AE. Laparoscopic repair of ventral incisional hernias: Pros and cons. *Surgical Clinical of North America.* 2008;88:85-100.
11. Kokotovic D, Bisgaard T, Helgstrand F. Long-term Recurrence and Complications Associated With Elective Incisional Hernia Repair. *JAMA.* 2016 Oct 18;316(15):1575-1582. doi: 10.1001/jama.2016.15217.
12. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg.* 2004 Oct;240(4):578-83.
13. Zhang Y, Zhou H, Chai Y, et al. Laparoscopic versus Open Incisional and Ventral Hernia Repair: A Systematic Review and Meta-analysis. *World J Surg.* 2014 Sep;38(9):2233-2240. doi: 10.1007/s00268-014-2578-z.

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.

Originariamente rivisto Gennaio 2012 da:

David Feliciano, MD, FACS
Mary T. Hawn, MD, FACS
Kathleen Heneghan, PhD, RN

Revisionato Maggio 2014 e Luglio 2017 da:

David Feliciano, MD, FACS
Mary T. Hawn, MD, MPH, FACS
Nancy Strand, MPH, RN

Traduzione a cura del capitolo italiano dell'ACS. acs.facsitaly.org Editore Biagio Ravo, MD, FACS

Traduttore: Domenico Russello, MD, FACS Per qualsiasi domanda, rivolgersi a: Biagioravo@tiscalinet.it