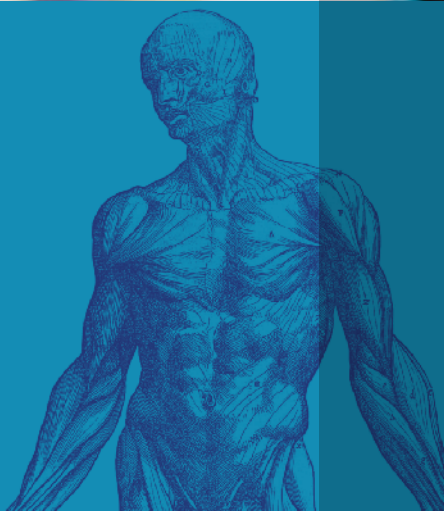


EUROPEAN
HERNIA
SOCIETY



LINEE GUIDA
INTERNAZIONALI PER LA
GESTIONE DELL'ERNIA
INGUINALE

2019



CONTENUTO

PAGINA

Introduzione	3
Metodi	4
Riepilogo	4
Raccomandazioni	4
Capitolo 2 Fattori di rischio	5
Capitolo 3 Modalità dei test diagnostici	5
Capitolo 4 Classificazione	5
Capitolo 5 Indicazioni relative alle opzioni di trattamento per pazienti sintomatici e asintomatici	6
Capitolo 6 Trattamento chirurgico delle ernie inguinali	6-8
Capitolo 7 Individuazione delle opzioni di trattamento	9
Capitolo 8 Ernie occulte	10
Capitolo 9 Intervento chirurgico in regime di day surgery	10
Capitolo 10 Mesh	11
Capitolo 11 Fissaggio della mesh	12
Capitolo 12 Profilassi antibiotica	12
Capitolo 13 Anestesia	13
Capitolo 14 Prevenzione e gestione del dolore postoperatorio precoce	13
Capitolo 15 Convalescenza	14
Capitolo 16 Ernia inguinale nelle donne	14
Capitolo 17 Ernia femorale	15
Capitolo 18 Complicanze – Prevenzione e trattamento	15
Capitolo 19 Dolore – Prevenzione e trattamento	16-17
Capitolo 20 Ernie inguinali recidive	18
Capitolo 21 Trattamento dell’ernia inguinale in emergenza	18
Capitolo 22 Curva di formazione e apprendimento	19
Capitolo 23 Centri specializzati e specialisti dell’ernia	19
Capitolo 24 Costi	20
Capitolo 25 Registri dell’ernia inguinale	20
Capitolo 26 Valutazione degli esiti e della qualità	21
Capitolo 27 Diffusione e attuazione	21
Capitolo 28 Chirurgia dell’ernia inguinale in ambienti con scarsa disponibilità di risorse	22
Conclusioni	23

INTRODUZIONE

Il presente è un riepilogo delle Linee Guida Internazionali per la gestione dell’ernia inguinale. Le Linee Guida sono state pubblicate sul Journal Hernia (Hernia). 2018 Feb;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x). È possibile accedere alle Linee Guida gratuitamente online sul sito di Springer, Pubmed e sul sito Web di HerniaSurge (www.herniasurge.com). Il riepilogo non contiene i riferimenti bibliografici. Tali riferimenti possono essere visualizzati nell’articolo presente online. Le Linee Guida sono costituite da 165 pagine con 136 dichiarazioni, 88 raccomandazioni e 1299 riferimenti. Elaborate appositamente per i chirurghi generali e applicabili ad ogni tipo di pratica, hanno come obiettivo quello di poter essere utilizzate per la maggior parte dei pazienti con ernia inguinale. Questo riepilogo è destinato ai chirurghi non anglofoni, a cui consigliamo anche di leggere l’intero documento, per una migliore comprensione di tutti gli aspetti della gestione. Deviazioni dalle Linee Guida possono essere necessarie o giustificate, soprattutto se si tiene conto delle differenze di cultura, formazione, competenze, logistica e possibilità economiche che esistono a livello continentale e persino loco-regionale.

In tutto il mondo, più di 20 milioni di pazienti vengono sottoposti ogni anno ad interventi di riparazione dell’ernia inguinale. I molteplici approcci, le indicazioni di trattamento e una gamma significativa di tecniche per la riparazione dell’ernia inguinale giustificano linee guida che hanno come finalità quelle di standardizzare le cure, ridurre al minimo le complicanze e migliorare i risultati.

L’obiettivo principale delle linee guida è quello di migliorare gli esiti dei pazienti, in particolare attraverso la riduzione della frequenza di recidive e di dolore cronico, che costituiscono i problemi più frequenti in seguito all’intervento di riparazione dell’ernia inguinale. Le linee guida sono state approvate da tutte e cinque le Società scientifiche che si occupano di ernia, dalla International Endo Hernia Society e dalla European Association for Endoscopic Surgery.



Simons MP, Smietanski M, Bonjer HJ, Bittner R, Miserez M, Aufenacker TJ, Fitzgibbons RJ, Chowbey PK, Tran HM, Sani R, Berrevoet F, Bingener J, Bisgaard T, Bury K, Campanelli G, Chen DC, Conze J, Cuccurullo D, de Beaux AC, Eker HH, Fortelny RH, Gillion JF, van den Heuvel BJ, Hope WW, Jorgensen LN, Klinge U, Köckerling F, Kukleta JF, Konate I, Liem AL, Lomanto D, Loos MJA, Lopez-Cano M, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Muysoms FE, Niebuhr H, Nordin P, Pawlak M, van Ramshorst GH, Reinhold WMJ, Sanders DL, Schouten N, Smedberg S, Simmermacher RKJ, Tuntavikul S, van Veenendaal N, Weyhe D, Wijsmuller AR.

METODI

È stato formato un gruppo di esperti composto da chirurghi internazionali (il gruppo HerniaSurge) e da un anestesista esperto nella gestione del dolore. I membri di questo gruppo provenivano da tutti i continenti e vantavano un'esperienza specifica nella ricerca sull'ernia. È stata prestata particolare attenzione alla scelta di chirurghi in grado di eseguire tutti i diversi tipi di riparazione e che, preferibilmente, avessero effettuato ricerche nell'ambito della chirurgia dell'ernia inguinale. In occasione del primo incontro del gruppo, è stata svolta la formazione Evidence-Based Medicine (EBM) e sono state formulate 166 domande chiave (KQ). Per eseguire ricerche bibliografiche complete, sono state seguite le regole EBM (compresa una ricerca completa da parte della banca dati olandese Cochrane) fino al 1 gennaio 2015 e al 1 luglio 2015 per le pubblicazioni di livello 1.

Gli articoli sono stati valutati da team composti da due o tre esperti secondo le metodologie Oxford, SIGN e Grade. I risultati sono stati discussi con i membri del gruppo di lavoro nel corso di cinque riunioni della durata di due giorni, che ha portato alla stesura di 136 dichiarazioni e 88 raccomandazioni. Le raccomandazioni sono state classificate come "forti" (raccomandazioni) o "deboli" (suggerimenti) e, in alcuni casi, la classificazione è stata incrementata all'unanimità. Nella sezione dei Risultati e Riepilogo sotto riportata, il termine "dovrebbe" si riferisce a una raccomandazione. Per convalidare le linee guida è stato usato lo strumento AGREE II. Inoltre, tre esperti internazionali hanno eseguito una revisione esterna. Questi ultimi hanno raccomandato le linee guida con punteggi elevati.

RIEPILOGO

Questo riepilogo contiene una breve introduzione di ogni capitolo e le raccomandazioni più importanti. Non è del tutto completo, ma è destinato ad essere tradotto in numerose lingue. Sono state usate 63 raccomandazioni su 88. Per ulteriori dettagli, si prega di leggere l'articolo completo.

RACCOMANDAZIONI

FORTE *i benefici fanno o non superano i rischi e gli oneri.*

DEBOLE *benefici, rischi e oneri sono finemente bilanciati.*

CAPITOLO 2 FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio per l'ernia inguinale (IH) sono: familiarità, precedente ernia controlaterale, sesso maschile, età, metabolismo anomalo del collagene, prostatectomia e basso indice di massa corporea. Fattori di rischio perioperatori di recidiva, come: tecnica chirurgica scadente, bassi volumi, inesperienza chirurgica e anestesia locale, dovrebbero essere presi in considerazione nel trattamento di pazienti con IH.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: Si raccomanda che i fattori di rischio acquisiti, chirurgici e perioperatori siano fortemente considerati, in quanto potenzialmente modificabili e in grado di influenzare il tipo di riparazione eseguita.

CAPITOLO 3 MODALITÀ DEI TEST DIAGNOSTICI

La diagnosi di ernia inguinale può essere confermata mediante il solo esame obiettivo per la stragrande maggioranza dei pazienti con segni e sintomi appropriati. Raramente si dimostra necessario eseguire un'ecografia. Ancora meno frequentemente possono essere necessarie una RM o TC dinamica o un'erniografia. Nelle donne, la diagnosi può essere difficile a causa della maggiore incidenza di ernia femorale.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: la combinazione di esame obiettivo ed ecografia è raccomandata in quanto considerata la modalità più appropriata per la diagnosi di pazienti con rigonfiamento inguinale generico o possibili ernie inguinali occulte. RM o TC dinamica possono essere prese in considerazione per un'ulteriore valutazione in caso di risultato negativo o non diagnostico dell'ecografia.

CAPITOLO 4 CLASSIFICAZIONE

È suggerito l'uso della classificazione dell'EHS per le ernie inguinali ai fini della ricerca, della personalizzazione dei trattamenti e dell'esecuzione dei controlli di qualità.



CAPITOLO 5 INDICAZIONI RELATIVE ALLE OPZIONI DI TRATTAMENTO PER PAZIENTI SINTOMATICI E ASINTOMATICI

Le ernie inguinali sintomatiche dovrebbero essere trattate chirurgicamente. I pazienti maschi con IH asintomatica o minimamente sintomatica possono essere gestiti con "vigile attesa", poiché il rischio di emergenze correlate all'ernia è basso. La maggior parte di questi individui alla fine svilupperà dei sintomi, soprattutto dolore, e diverrà necessario un intervento chirurgico. Pertanto, il decorso naturale di un'ernia asintomatica o minimamente sintomatica e i rischi chirurgici dovrebbero essere discussi con i pazienti. Il trattamento chirurgico dovrebbe essere adattato alle competenze del chirurgo, alle caratteristiche del paziente e dell'ernia e alle risorse locali e nazionali disponibili. Inoltre, la salute del paziente, lo stile di vita e i fattori sociali dovrebbero influenzare il processo decisionale condiviso che porta alla gestione dell'ernia.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: confrontarsi con i pazienti sui tempi della riparazione dell'ernia è raccomandato ai fini di convogliare la loro attenzione su ambiente sociale, occupazione e salute in generale. La minore morbilità della chirurgia elettiva deve essere considerata rispetto alla maggiore morbilità della chirurgia d'urgenza.

CAPITOLO 6 TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE ERNIE INGUINALI

Scegliere la tecnica di riparazione dell'ernia inguinale migliore o più appropriata è una vera sfida. La tecnica operatoria migliore dovrebbe possedere i seguenti requisiti: basso rischio di complicanze (dolore e recidive), essere (relativamente) facile da imparare, consentire un recupero rapido, garantire risultati riproducibili e presentare un buon rapporto costi/benefici. La decisione dipende anche da altri fattori come le caratteristiche dell'ernia, il tipo di anestesia, le preferenze del chirurgo, la capacità di formazione e la logistica. I desideri del paziente devono essere presi in considerazione. Infine, esistono differenze culturali tra chirurghi, stati e aree geografiche.

RIPARAZIONE SENZA MESH

La tecnica di riparazione senza mesh è un'opzione possibile se la mesh non è disponibile o in situazioni decisionali condivise con pazienti che non vogliono la mesh. La Shouldice è, tra le tecniche di riparazione con sutura diretta, la migliore, anche se nella pratica generale il tasso di recidiva è superiore a quello della riparazione con mesh e i rischi di dolore sono paragonabili. Sono necessarie ulteriori ricerche e i risultati di clinici esperti, per convalidare il valore della riparazione senza mesh nei casi con basso rischio di recidiva (ad esempio nei giovani uomini con ernia indiretta).

RACCOMANDAZIONI

FORTE: la tecnica Shouldice è raccomandata per la riparazione dell'ernia inguinale senza mesh.

RIPARAZIONE CON MESH

La mesh è raccomandata come prima scelta, sia nell'ambito di una procedura open che di una tecnica di riparazione laparo-endoscopica. Non esiste una tecnica di riparazione standard per tutte le ernie inguinali. Si raccomanda ai chirurghi/servizi chirurgici di fornire entrambe le opzioni di approccio, sia anteriore che posteriore. La Lichtenstein o la riparazione laparo-endoscopica hanno ottenuto una valutazione migliore. Molte altre tecniche, come gli approcci pre-peritoneali open e i speciali tipi di mesh, richiedono una valutazione più approfondita. Queste ultime non sono migliori della Lichtenstein. Non è suggerito l'uso di plug e di tecniche che passano attraverso due piani (ad es. anteriormente posizionando una rete posteriormente), se non nell'ambito della ricerca. A condizione che siano disponibili risorse e competenze, le tecniche laparo-endoscopiche prevedono tempi di recupero più rapidi, riducono il rischio di dolore cronico e sono economicamente vantaggiose. TAPP e TEP conducono a risultati comparabili e possono essere considerate sulla base della formazione e dell'esperienza dei chirurghi. È in corso di discussione la gestione laparo-endoscopica di potenziali ernie bilaterali (problema dell'ernia occulta). Dopo aver ottenuto il consenso del paziente, durante la TAPP, dovrebbe essere ispezionata anche la parete controlaterale. Ciò non è suggerito in caso di riparazione TEP unilaterale. Le raccomandazioni riferite a strutture con risorse limitate sono riassunte nel capitolo 28.

RACCOMANDAZIONI

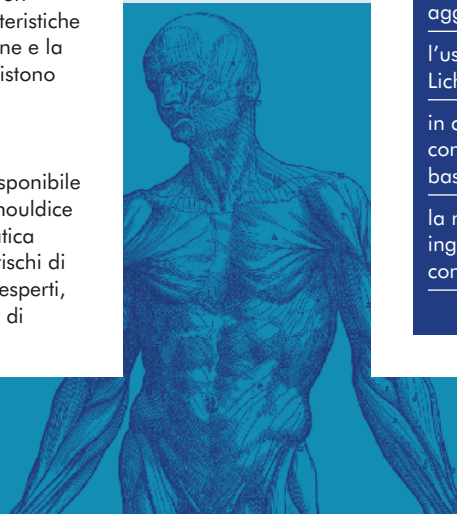
FORTE: per pazienti con ernie inguinali è raccomandata una tecnica di riparazione con mesh.

nonostante i risultati comparabili, gli impianti tridimensionali (plug-and-patch e bilayer) non sono raccomandati a causa dell'uso eccessivo di materiali estranei, della necessità di entrare sia nel piano anteriore che in quello posteriore e del costo aggiuntivo.

l'uso di altri impianti in sostituzione della mesh piatta standard nella tecnica Lichtenstein non è attualmente raccomandato.

in caso di riparazione laparo-endoscopica dell'ernia inguinale, poiché TAPP e TEP conducono a risultati comparabili, si raccomanda che la scelta della tecnica sia basata sulle competenze, sulla formazione e sull'esperienza del chirurgo.

la riparazione laparo-endoscopica è raccomandata per la riparazione di ernie inguinali bilaterali primarie, a condizione che sia disponibile un chirurgo con competenze specifiche e risorse sufficienti.



DEBOLE: una riparazione dell'ernia inguinale senza mesh può essere suggerita nei casi in cui il paziente rifiuta una mesh e/o in seguito ad un processo decisionale condiviso.

L'uso di tecniche open pre-peritoneali con mesh, in sostituzione della mesh piatta standard nella tecnica Lichtenstein, è suggerito nell'ambito della ricerca.

per i pazienti di sesso maschile con ernia inguinale unilaterale primaria, è suggerita una tecnica laparo-endoscopica, a causa di una minore incidenza del dolore postoperatorio e di una riduzione dell'incidenza del dolore cronico, a condizione che sia disponibile un chirurgo che abbia risorse specifiche e sufficienti. Tuttavia, alcune caratteristiche del paziente e dell'ernia possono giustificare una Lichtenstein come prima scelta.



CAPITOLO 7 INDIVIDUAZIONE DELLE OPZIONI DI TRATTAMENTO

L'adagio che si applica è quello che qualsiasi tecnica insegnata in modo approfondito ed eseguita frequentemente sia valida. Alcune tecniche vengono apprese facilmente e offrono buoni risultati, mentre altre possono essere molto difficili da riprodurre, ma offrono ottimi risultati. Tutte queste tecniche dipendono fortemente dalla conoscenza dell'anatomia da parte del chirurgo, dal suo carico di lavoro e dalla sua dedizione alla chirurgia dell'ernia inguinale. Pertanto, la domanda che si pone ai chirurghi dell'ernia è: "Quale tecnica dovrebbe essere usata in ciascun caso?" Le singole tecniche presentano diversi vantaggi e svantaggi come la possibilità di un intervento chirurgico in anestesia locale, la riparazione simultanea dell'ernia controlaterale, l'evitare le zone cicatriziali nelle ernie ricorrenti scegliendo un approccio diverso, e molti altri ancora. Di conseguenza, ci si chiede quali siano i fattori che dovrebbero guidare adeguatamente il processo decisionale da parte del chirurgo. Il trattamento dell'IH può essere standardizzato o deve essere personalizzato? Se personalizzato, quali fattori determinanti dovrebbero influenzare le scelte del chirurgo?

RACCOMANDAZIONI

FORTE: la tecnica di riparazione laparo-endoscopica è raccomandata per la riparazione di ernie inguinali bilaterali primarie, a condizione che sia disponibile un chirurgo con risorse specifiche e sufficienti.

nei pazienti con patologia pelvica o cicatrici dovute a radiazioni o chirurgia pelvica, o per quelli in dialisi peritoneale, considerare un approccio anteriore.

si raccomanda ai chirurghi di personalizzare i trattamenti sulla base delle competenze, delle risorse locali/nazionali e dei fattori legati al paziente e all'ernia.

poiché non esiste una tecnica generalmente accettata che sia adatta a tutte le ernie inguinali, si raccomanda ai chirurghi/servizi chirurgici di offrire entrambe le opzioni di approccio, sia anteriore che posteriore.



CAPITOLO 8 ERNIE OCCULTE

Un'ernia occulta, come definita dal gruppo HerniaSurge, è un'ernia asintomatica non rilevabile all'esame obiettivo.

La formazione di una IH è considerata una condizione bilaterale basata sull'eziologia, ma per molti pazienti la presentazione di un'ernia sintomatica unilaterale è tipica. Occasionalmente, un'ernia controlaterale può essere evidente all'esame obiettivo; tuttavia, un certo numero di pazienti, al momento della presentazione iniziale, mostra un'ernia occulta controlaterale che potrebbe diventare sintomatica in seguito. Un altro sottogruppo di pazienti sviluppa un'ernia controlaterale de novo che potrebbe richiedere una riparazione in un momento successivo.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: si raccomanda di ispezionare la parete controlaterale inguinale al momento della riparazione con la TAPP. Se al momento dell'intervento chirurgico viene rilevata un'ernia inguinale controlaterale ed è stato ottenuto il previo consenso informato, se ne raccomanda la riparazione.

DEBOLE: nei pazienti con ernie inguinali primarie unilaterali evidenti in assenza di ernie controlaterali, non è suggerita la riparazione bilaterale di routine con la TAPP.

Non è suggerita l'esplorazione di routine della parete controlaterale inguinale tramite TEP in caso di pazienti asintomatici in assenza di ernia clinica.

CAPITOLO 9 INTERVENTO CHIRURGICO IN REGIME DI DAY SURGERY

Il trattamento chirurgico in regime di day surgery è attuabile e comunemente praticato in molti paesi. La scelta di tale soluzione dipende dai seguenti fattori: possibilità di un'adeguata assistenza post-intervento, logistica, assicurazione e politiche di rimborso.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: l'intervento chirurgico in regime di day surgery è raccomandato per la maggior parte delle riparazioni dell'ernia inguinale, a condizione che ci sia la possibilità di organizzare un'adeguata assistenza post-trattamento incasi selezionati.

CAPITOLO 10 MESH

I chirurghi devono essere consapevoli delle caratteristiche intrinseche delle mesh che utilizzano. L'uso delle cosiddette mesh a basso peso può apportare lievi benefici a breve termine, come la riduzione del dolore postoperatorio e una convalescenza ridotta, ma non è associato a migliori risultati nel lungo periodo in termini di recidive e dolore cronico. La scelta delle mesh basata esclusivamente sul peso non è raccomandata. L'incidenza dell'erosione sembra più alta con un plug rispetto alla mesh piatta. Si suggerisce di non utilizzare tecniche di riparazione con plug. L'uso di altri impianti in sostituzione della mesh piatta standard nella tecnica Lichtenstein non è attualmente raccomandato.

RACCOMANDAZIONI

DEBOLE: HerniaSurge raccomanda l'uso di mesh piatte sintetiche monofilamento a pori larghi (1-1,5 mm) con una resistenza alla rottura di 16 Nm² e una resistenza minima alla trazione in tutte le direzioni (compresa la conseguente forza di strappo) di 16 N/cm².

per quanto riguarda il dolore postoperatorio successivo alla riparazione dell'ernia inguinale, si suggerisce di prendere in considerazione il cosiddetto LWM, anche se probabilmente si tratta solo di apportare benefici a breve termine.

considerando il rischio di recidiva nell'ernia inguinale mediale (classificazione EHS M2 e M3), HerniaSurge suggerisce di non utilizzare LWM.



CAPITOLO 11 FISSAGGIO DELLA MESH

Esistono vari metodi di fissaggio della mesh, inclusi tacks, graffette, autofissaggio, sigillanti a base di fibrina, colle e suture. Tuttavia, non è stato ancora raggiunto un consenso unanime in merito ad un metodo di fissaggio considerato "migliore", pertanto i metodi utilizzati sono basati sulle preferenze dei chirurghi. In ogni caso, nessun metodo di fissaggio è raccomandato per tutti i tipi di ernia in caso di riparazione con le tecniche TAPP e TEP, ad eccezione delle grandi ernie dirette. Tenendo conto del rischio di dolore postoperatorio dovuto a dispositivi di fissaggio traumatici, l'uso del fissaggio con la colla dovrebbe essere considerato in caso di riparazione open e laparo-endoscopica. L'evidenza che un particolare metodo di fissaggio migliori i parametri valutativi dell'outcome del paziente o chirurgico potrebbe avere un impatto significativo sulla pratica clinica.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: il fissaggio della mesh è raccomandato nei pazienti con grandi ernie dirette (classificazione M3-EHS), sottoposti a TAPP o TEP per ridurre il rischio di recidiva.

DEBOLE: il fissaggio atraumatico della mesh nelle tecniche di riparazione open dell'ernia inguinale è suggerito per ridurre il dolore postoperatorio precoce.

CAPITOLO 12 PROFILASSI ANTIBIOTICA

La profilassi antibiotica in pazienti a rischio medio, in ambienti a basso rischio, non è raccomandata in caso di chirurgia open. In caso di riparazione laparo-endoscopica non è mai raccomandata. In ambienti ad alto rischio è raccomandata in tutti i casi, ad eccezione degli interventi in laparo-endoscopia.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: in caso di riparazione open con mesh, la somministrazione di profilassi antibiotica in pazienti a rischio medio in ambienti a basso rischio non è raccomandata.

la somministrazione di profilassi antibiotica, in caso di riparazione open con mesh in qualsiasi tipo di paziente in ambienti ad alto rischio, è raccomandata.

in caso di riparazione laparo-endoscopica, in qualsiasi tipo di paziente in ambienti soggetti a qualunque grado di rischio, la profilassi antibiotica non è raccomandata.

DEBOLE: la somministrazione di profilassi antibiotica, in caso di riparazione open con mesh in pazienti ad alto rischio in ambienti a basso rischio, è suggerita.

CAPITOLO 13 ANESTESIA

L'anestesia locale, in caso di riparazione open, presenta molti vantaggi e il suo uso è raccomandato, a condizione che il chirurgo sia esperto in questa tecnica. L'anestesia generale è suggerita rispetto alla regionale per pazienti di età pari o superiore a 65 anni, poiché potrebbe essere associata a un minor numero di complicanze come infarto del miocardio, polmonite e tromboembolia. In tutti i casi di riparazione open sono raccomandati blocchi del campo perioperatorio e/o infiltrazioni sottofasciali/sottocutanee.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: l'anestesia locale è raccomandata in caso di riparazione open di ernie inguinali riducibili, a condizione che i chirurghi/le équipes siano esperti nell'uso dell'anestesia locale e nella somministrazione dell'anestetico locale.

si raccomanda ai pazienti di riprendere le normali attività senza restrizioni non appena si sentono bene.

DEBOLE: l'anestesia locale correttamente eseguita è suggerita come una buona alternativa all'anestesia generale o regionale in pazienti con grave malattia sistemica.

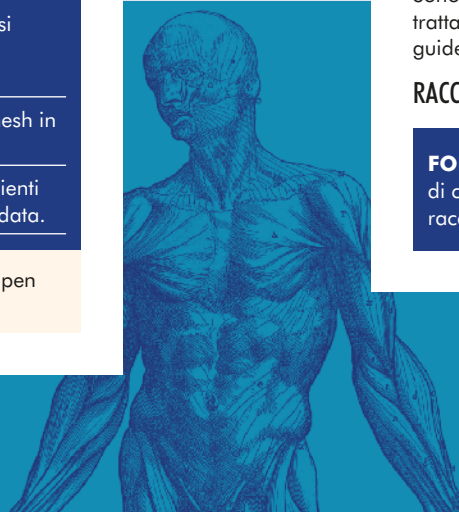
l'anestesia generale o locale è suggerita, rispetto alla regionale, per pazienti di età pari o superiore a 65 anni.

CAPITOLO 14 PREVENZIONE E GESTIONE DEL DOLORE POSTOPERATORIO PRECOCE

Sono stati studiati diversi approcci alla gestione del dolore postoperatorio, compresi vari trattamenti medici e interventi come l'uso di anestetici locali. I diversi protocolli locali guideranno i chirurghi nella scelta delle misure da adottare.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: Le valutazioni di anestetici locali pre- o perioperatorie, come blocchi di campo dei nervi inguinali e/o infiltrazioni sottofasciali/sottocutanee sono raccomandate in tutte le riparazioni open dell'ernia inguinale.



CAPITOLO 15 CONVALESCENZA

La durata della convalescenza, definita come congedo per malattia dal lavoro e tempo libero destinato alla ripresa del paziente, è una caratteristica importante della fase di recupero dopo l'intervento chirurgico per ernia inguinale. Tuttavia, la maggior parte degli studi non ha ancora analizzato l'impatto delle raccomandazioni sulla convalescenza di breve durata.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: si raccomanda ai pazienti di riprendere le normali attività senza restrizioni entro tre-cinque giorni o non appena si sentono bene.

CAPITOLO 16 ERNIA INGUINALE NELLE DONNE

A condizione che siano disponibili le competenze, si suggerisce che le donne con ernia inguinale siano sottoposte a riparazione laparo-endoscopica per ridurre il rischio di dolore cronico ed evitare di trascurare un'ernia femorale. Un atteggiamento di vigile attesa è suggerito in caso di donne in stato di gravidanza, poiché il gonfiore inguinale molto spesso deriva da varici autolimitate al legamento rotondo. In caso di ernie femorali, si suggerisce una tempestiva riparazione con mesh con un approccio laparo-endoscopico, a condizione che sia disponibile l'esperienza necessaria.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: a condizione che sia disponibile l'esperienza necessaria, si raccomanda di sottoporre le donne con ernie inguinali a riparazioni laparo-endoscopiche con impianto di mesh.

una riparazione tempestiva dell'ernia è raccomandata per le donne con ernie inguinali.

i medici dovrebbero considerare l'ernia femorale nella diagnosi differenziale di gonfiore inguinale nelle donne.

DEBOLE: un atteggiamento di vigile attesa è suggerito nel caso di donne in stato di gravidanza con gonfiore inguinale.

si suggerisce di evitare la divisione del legamento rotondo in caso di riparazione open. La divisione del legamento rotondo è opzionale in caso di riparazione laparo-endoscopica, ma dovrebbe essere eseguita preferibilmente prossimale all'incontro del ramo genitale alla fusione con il peritoneo.

CAPITOLO 17 ERNIA FEMORALE

Gli interventi elettivi e di emergenza di riparazione dell'ernia femorale costituiscono circa dal 2% al 4% di tutte le riparazioni dell'ernia inguinale. Tuttavia, l'incidenza reale dell'ernia femorale è probabilmente inferiore al 2%/4%, poiché questa stima è distorta dall'alta percentuale di ernie femorali trattate chirurgicamente rispetto alle ernie inguinali.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: si raccomanda l'uso della mesh in caso di riparazioni elettive dell'ernia femorale.

a condizione che sia disponibile l'esperienza necessaria, è raccomandata una procedura laparo-endoscopica per la riparazione elettiva dell'ernia femorale.

CAPITOLO 18 COMPLICANZE – PREVENZIONE E TRATTAMENTO

Le complicanze relative alla gestione dell'ernia inguinale sono discusse in un ampio capitolo sull'argomento, che comprende ritenzione urinaria e disfunzioni sessuali, ematoma, sieroma, complicanze gravi infrequenti e mortalità.



CAPITOLO 19 DOLORE – PREVENZIONE E TRATTAMENTO

Il dolore cronico è una complicanza a lungo termine frequente successiva a quasi tutte le procedure chirurgiche. Tuttavia, non esiste una definizione unanime di ciò che costituisce esattamente il dolore cronico che compare in seguito ad interventi specifici. In caso di riparazione di ernie inguinali, i modelli di dolore possono variare a seconda delle strutture e degli organi coinvolti e del tipo di riparazione eseguita. Mentre alcuni fattori neuroanatomici e tecnici predisponenti possono essere evitati, il dolore inguinale postoperatorio cronico (CPIP) rimane una sfida complessa, con diverse influenze di tipo psicologico, sociale, genetico e comportamentale. Il CPIP è una grave complicanza che colpisce il 10-12% dei pazienti sottoposti ad intervento di ernia inguinale. È definito come un dolore moderato fastidioso che impatta sulle attività quotidiane, della durata di almeno 3 mesi postoperatori. I fattori di rischio di CPIP sono: giovane età, sesso femminile, dolore acuto preoperatorio precoce, dolore acuto postoperatorio precoce, ernia ricorrente e riparazione open. Per quanto riguarda il CPIP, l'attenzione dovrebbe essere focalizzata sul riconoscimento dei nervi in caso di intervento chirurgico open e, in casi selezionati, sulla resezione pragmatica profilattica dei nervi (non è suggerita la resezione pianificata). Si suggerisce che la gestione del CPIP sia eseguita da team multidisciplinari. Inoltre, si suggerisce che il CPIP sia gestito con una combinazione di misure farmacologiche e interventistiche che, in caso di insuccesso, siano seguite, in casi selezionati, da neurectomia (tripla) e rimozione della mesh.



RACCOMANDAZIONI

FORTE: il dolore cronico dovrebbe essere definito come \geq dolore moderato fastidioso con un impatto sulle attività quotidiane che dura \geq tre mesi dopo l'intervento.

la conoscenza dell'anatomia dei nervi e il loro riconoscimento durante l'intervento chirurgico sono raccomandati per ridurre l'incidenza del dolore cronico post-erniografia.

DEBOLE: una resezione del nervo ilioipogastrico profilattica pianificata non è suggerita.

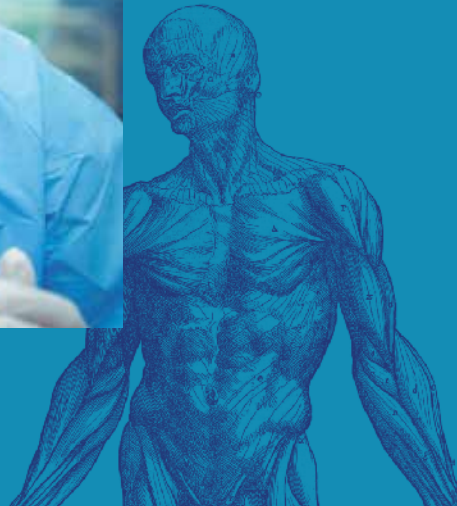
la resezione pragmatica del nervo ilioinguinale e/o del nervo ilioipogastrico è raccomandata se si verifica una lesione iatrogena del nervo o se il nervo o i nervi interferiscono con la posizione della mesh.

il dolore postoperatorio immediato acuto/lancinante aumenta la possibilità di lesioni vascolari o nervose. Un intervento chirurgico tempestivo, nello stesso giorno, è suggerito per escludere o gestire queste complicanze.

Per la gestione dei pazienti con dolore cronico, si suggerisce la presenza di un'équipe multidisciplinare. Le misure farmacologiche e interventistiche, inclusi i blocchi nervosi diagnostici e terapeutici, dovrebbero continuare per un minimo di tre mesi (minimo sei mesi dopo un intervento chirurgico di ernia).

un approccio personalizzato alla neurectomia con o senza rimozione della mesh è suggerito, a seconda del metodo di riparazione e della presentazione originali.

La decisione in merito al tipo di neurectomia più opportuna (selettiva o tripla) è lasciata alla discrezione del chirurgo.



CAPITOLO 20 ERNIE INGUINALI RECIDIVE

L'ernia inguinale recidiva costituisce chiaramente ancora un grave problema di salute. I tassi di recidiva possono raggiungere il 15%. Questo valore è difficile da stabilire poiché i tassi di recidiva variano a seconda della durata del follow-up. Indipendentemente da ciò, ingenti risorse sono state investite per ovviare a questo problema. Dopo una riparazione anteriore, in caso di ernia recidiva è raccomandata una riparazione posteriore. In caso di recidiva dopo una riparazione posteriore, è raccomandata una riparazione anteriore. Se entrambi gli approcci, anteriore e posteriore, determinano un insuccesso, è raccomandata la gestione da parte di un chirurgo specializzato in ernie.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: la riparazione laparo-endoscopica dell'ernia inguinale ricorrente è raccomandata in seguito ad insuccesso della riparazione del tessuto addominale anteriore o Lichtenstein.

la riparazione anteriore è raccomandata in seguito all'insuccesso di una riparazione posteriore.

in seguito all'insuccesso di entrambi i tipi di riparazione, anteriore e posteriore, l'ernia inguinale ricorrente dovrebbe essere riparata da un chirurgo esperto di ernie. La scelta della tecnica dipende da specifici fattori relativi al paziente e al chirurgo.

CAPITOLO 21 TRATTAMENTO DELL'ERNIA INGUINALE IN EMERGENZA

Questo capitolo risponde ad alcune domande chiave relative al miglior approccio chirurgico (anteriore open, posteriore o laparoscopico) e alle opzioni di riparazione (ad es. con mesh o senza mesh). Nel cercare delle risposte definitive a questioni cliniche chiave, basate su prove di efficacia, è necessario prendere in considerazione i limiti imposti dallo stato della letteratura attualmente disponibile. I fattori di rischio di intasamento/strozzamento dell'ernia sono: sesso femminile, presenza di ernia femorale e una storia di ospedalizzazione legata all'ernia inguinale. Si suggerisce di personalizzare il trattamento delle emergenze in base ai fattori legati al paziente e all'ernia, e alle competenze e alle risorse locali.

RACCOMANDAZIONI

DEBOLE: un approccio personalizzato è suggerito in caso di pazienti adulti con ernie inguinali intasate/strozzate acute, poiché non esistono prove a sostegno di un approccio chirurgico ottimale.

CAPITOLO 22 CURVA DI FORMAZIONE E APPRENDIMENTO

Le curve di apprendimento variano a seconda delle diverse tecniche. Probabilmente sono necessarie circa 100 riparazioni laparo-endoscopiche supervisionate per ottenere gli stessi risultati relativi a tecniche di riparazione open con mesh come la Lichtenstein. Si suggerisce che il carico di lavoro per chirurgo sia più importante del volume del centro. Si raccomanda che vengano sviluppati i requisiti minimi per la certificazione di un chirurgo come esperto di ernia. Lo stesso vale per la designazione di un "Centro specializzato per il trattamento dell'ernia".

RACCOMANDAZIONI

FORTE: è raccomandato un programma di studi orientato agli obiettivi che comprenda la revisione dell'anatomia, le fasi della procedura, il processo decisionale intraoperatorio e la formazione di competenze tecniche avanzate basate sulla simulazione.

CAPITOLO 23 CENTRI SPECIALIZZATI E SPECIALISTI DELL'ERNIA

Affinché i diversi centri possano essere certificati come "centri specializzati nel trattamento dell'ernia", è necessario che soddisfino i requisiti relativi al numero di interventi, follow-up e controllo della qualità. La task force dell'EHS, denominata ACCESS, sta sviluppando linee guida per l'accreditamento e la certificazione di centri e chirurghi. Le raccomandazioni principali riguarderanno i requisiti minimi relativi a: volume del centro, volume dei chirurghi, tipi di interventi che possono essere offerti, modalità diagnostiche, presenza di unità di terapia intensiva, registrazione dei pazienti, qualità del follow-up, risultati, ricerca e strutture didattiche.



CAPITOLO 24 COSTI

Il calcolo dei costi delle riparazioni di ernie inguinali è complesso e difficile da eseguire. I costi complessivi, inclusi i costi di pretrattamento, trattamento e assistenza medica post-trattamento, nonché i costi sociali e del datore di lavoro, sono raramente riportati in modo completo negli studi. Inoltre, occorre considerare che i costi non corrispondono alle spese. Le spese non sono necessariamente correlate ai costi e sono generalmente determinate con formule diverse. Le spese possono variare notevolmente da un ospedale all'altro e da un paese all'altro. Il rimborso dei costi da parte delle compagnie di assicurazione o dei pazienti varia notevolmente tra paesi e ospedali, spesso a seconda delle trattative relative agli accordi sui volumi.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: dal punto di vista del rapporto costo-efficacia, è raccomandata la riparazione laparo-endoscopica dell'ernia inguinale in regime di day surgery con minimo uso di materiali smaltibili.

CAPITOLO 25 REGISTRI DELL'ERNIA INGUINALE

Si suggerisce la creazione e l'implementazione di registri nazionali dell'ernia inguinale in ogni paese (o regione, nel caso di piccole popolazioni nazionali). Questi registri dovrebbero includere i dati di follow-up dei pazienti e tenere conto delle strutture sanitarie locali.

RACCOMANDAZIONI

DEBOLE: si suggerisce ai paesi o alle regioni di sviluppare e implementare registri con un'elevata copertura e un follow-up a lungo termine per il controllo della qualità nei pazienti con ernia inguinale.

CAPITOLO 26 VALUTAZIONE DEGLI ESITI E DELLA QUALITÀ

Il reporting degli esiti chirurgici è importante per comprendere il decorso postoperatorio dei pazienti che si sottopongono ai diversi tipi di riparazione dell'ernia inguinale. Serve anche a chiarire come gli esiti siano influenzati da variabili preoperatorie, chirurgiche e postoperatorie (ad esempio, comorbidità, tipo di mesh, metodo di fissaggio della mesh e altro ancora).

RACCOMANDAZIONI

DEBOLE: per scopi di ricerca e di audit, si raccomanda lo sviluppo di registri dell'ernia che includano i dati di follow-up dei pazienti e che tengano conto delle strutture sanitarie locali.

CAPITOLO 27 DIFFUSIONE E ATTUAZIONE

Un piano di diffusione e attuazione delle linee guida sarà sviluppato a livello di iniziative globali (HerniaSurge), regionali (società internazionali) e locali (gruppi nazionali), attraverso siti internet, social media e applicazioni per smartphone.

RACCOMANDAZIONI

FORTE: HerniaSurge raccomanda che tutti i paesi o le regioni sviluppino una strategia di diffusione e di attuazione delle linee guida.



CAPITOLO 28 CHIRURGIA DELL'ERNIA INGUINALE IN AMBIENTI CON SCARSA DISPONIBILITÀ DI RISORSE

HerniaSurge (www.herniasurge.com) sviluppa linee guida destinate ad un uso a livello globale. Questo capitolo contiene linee guida sulle prestazioni di riparazione dell'ernia inguinale sicura ed economica in ambienti con scarsa disponibilità di risorse (LRS). HerniaSurge ritiene che ogni paziente con ernia inguinale, ovunque viva, abbia diritto alla migliore cura possibile. Tuttavia, occorrerà del tempo per raggiungere un livello di assistenza elevato e costante in quelle aree del mondo che non dispongono delle risorse necessarie, e questo si riflette nelle raccomandazioni formulate in questo capitolo.

Nei paesi in cui vive la maggior parte dei pazienti con ernia inguinale esiste un'elevata incidenza di morbidità. Anche se l'erniorrafia è uno degli interventi chirurgici più comunemente eseguiti in LRS, i bisogni superano la capacità. Nel tempo, questa "sottoproduzione" chirurgica si traduce in un'elevata prevalenza di ernia nelle popolazioni. Ciò, a sua volta, si traduce in un'alta percentuale di interventi chirurgici di emergenza e in morbidità e mortalità significative. Tutto questo nonostante il fatto che la riparazione dell'ernia inguinale sia altamente conveniente in termini di costi.

RACCOMANDAZIONI

DEBOLE: in ambienti con scarsa disponibilità di risorse, ci si dovrebbe focalizzare sull'insegnamento di procedure di riparazione dell'ernia inguinale basate su una tecnica standardizzata (Lichtenstein), sotto anestesia locale, usando una mesh a basso costo.

l'uso di mesh a basso costo (con caratteristiche chimiche e fisiche note, paragonabili alle protesi commerciali) può essere suggerito se non sono disponibili protesi commerciali.

se si utilizza una mesh a basso costo senza licenza, si suggerisce di effettuare audit degli esiti a livello locale.

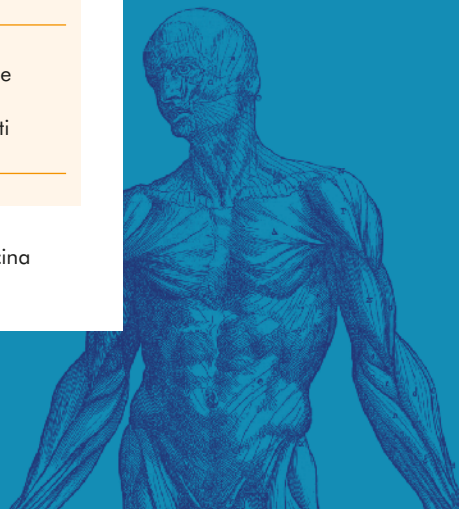
in ambienti con scarsa disponibilità di risorse, si suggerisce di somministrare almeno una dose di un antibiotico profilattico appropriato prima di effettuare la riparazione dell'ernia inguinale.

è necessario un piano globale per migliorare l'accesso alla chirurgia dell'ernia inguinale sicura in ambienti con scarsa disponibilità di risorse. Si suggerisce che questo piano contenga linee guida semplici e una strategia di sostenibilità per l'attuazione e il mantenimento della competenze, indipendentemente dagli aiuti internazionali.

Tre capitoli trattano delle ricerche future e delle linee guida per i medici di medicina generale e per i pazienti.

CONCLUSIONI

Il Gruppo HerniaSurge ha elaborato delle linee guida approfondite ed esaustive per la gestione dei pazienti adulti con ernia inguinale. Si auspica che esse possano contribuire al raggiungimento di esiti migliori per i pazienti con ernia inguinale, ovunque essi vivano! Maggiori conoscenze, una migliore formazione, un audit nazionale e la specializzazione nella gestione dell'ernia inguinale standardizzeranno la cura di questi pazienti, porteranno a un'assistenza sanitaria più efficace ed efficiente e forniranno indicazioni per la ricerca futura.



EUROPEAN HERNIA SOCIETY
CALLE CASTELLÓ 128
28006 MADRID – SPAIN

T: +34 913 836 000 -EXT 133
EMAIL: SECRETARIATEHS(AT)PACIFICO-MEETINGS.COM

Diritti d'autore della foto: Adobe Stock

PRODOTTO IN ASSOCIAZIONE CON

Medtronic