

SOMMARIO

1. Modalità operative
 - 1.1 Introduzione
 - 1.2 Criteri di selezione del paziente
 - 1.3 Fase di ammissione
 - 1.4 Fase di ricovero
 - 1.5 Fase chirurgica
 - 1.6 Fase di dimissione
 - 1.7 Follow up
2. Riferimenti

Redazione Firma  data 21/10/25	Verifica Firma  data 21/10/25	Approvazione Firma  data 30/10/25
---	--	--

1. MODALITÀ OPERATIVE

1.1 Introduzione

L'ernia inguinale è una delle patologie che più frequentemente giungono alla nostra osservazione e necessita abitualmente di correzione chirurgica.

Classificazione:

- Ernia inguinale diretta
- Ernia inguinale indiretta (obliqua esterna prevalentemente)
- Ernia inguinale recidiva

Le tecniche che noi proponiamo sono:

- Alloplastica inguinale laparoscopica (con utilizzo di mesh di polipropilene autoadesiva) TAPP.
- Plastica inguinale sec. Lichtenstein con utilizzo di mesh di polipropilene.
- Plastica inguinale sec. Trabucco (tension-free sutureless).

1.2 Criteri di selezione del paziente

CLINICI: Visita chirurgica in regime ambulatoriale che fornisce indicazioni circa le condizioni generali e specifiche del paziente e consente di raccogliere informazioni per poter decidere l'idoneità del paziente al trattamento chirurgico, in particolare:

- gravità della sintomatologia;
- limitazioni funzionali secondarie alla patologia erniaria;
- facilità alla riduzione del sacco erniario;
- valutazione del rischio delle complicanze quali intasamento o strozzamento
- valutazione delle condizioni generali cardiocircolatorie e respiratorie del paziente (criteri ASA).

Inserimento nella lista di attesa chirurgica.

1.3 Fase di ammissione

Chiamata telefonica per conferma:

- Giorno di intervento chirurgico
- Giorno di esecuzione delle indagini preoperatorie (da effettuarsi almeno 5-6 giorni prima del ricovero): esami ematochimici, ECG, Rx torace, eventuali visite specialistiche qualora si rendano necessarie.

1.4 Fase di ricovero

Registrazione c/o gli uffici amministrativi.

Personale infermieristico:

- accoglimento in reparto

Personale medico chirurgo operatore:

- intervento informativo su diagnosi, tecnica e procedure chirurgiche;
- presa visione del modulo consenso informato per intervento chirurgico e firma per accettazione sia del paziente e sia del medico;
- compilazione della Cartella Clinica (che raccoglie gli accertamenti e le eventuali visite effettuate nella fase preoperatoria)

Personale medico anestesista:

- valutazione del rischio operatorio e presa visione del questionario di anestesia compilato e firmato dal paziente e controfirmato dal medico anestesista;
- intervento informativo sul tipo di anestesia idonea al trattamento chirurgico;
- presa visione del modulo consenso informato per rischio anestesilogico e firma per accettazione sia del paziente e sia del medico.

1.5 Fase chirurgica

Preparazione pre-intervento

Intervento chirurgico:

- Alloplastica inguinale in videolaparoscopia TAPP: pneumoperitoneo 12 mm-Hg di CO₂. Trochar come d'abitudine, introduzione dell'ottica in accesso ombelicale, incisione del peritoneo parietale in sede inguinale ed isolamento del sacco erniario dagli elementi del funicolo previa scheletrizzazione dei vasi epigastrici e del Cooper. Ampia esposizione della regione inguinale, introflessione del sacco erniario a dito di guanto, posizionamento di mesh autoadesiva avendo cura di ottenere un adeguato overlap del difetto erniario. Peritoneizzazione mediante sutura con monofilamento riassorbibile. Chiusura dei trami dei trocar.
Tale tecnica viene proposta in ernie inguinali oblique e dirette, ernie crurali, in pazienti che non presentino importanti problemi cardiorespiratori in quanto tale tecnica necessita di anestesia generale profonda e pneumoperitoneo in posizione di Trendelenburg.
- Plastica inguinale secondo Lichtenstein: tale tecnica rappresenta ad oggi il gold standard come procedura chirurgica di riparazione di ernia inguinale, può essere

eseguita anche in anestesia spinale o loco regionale ed è quindi proponibile anche a pazienti con patologie cardiorespiratorie.

Incisione inguinale, apertura della fascia di Scarpa e della fascia del muscolo obliquo esterno, apertura del tragitto inguinale, isolamento del sacco erniario fino al colletto e sua riduzione in cavità peritoneale possibilmente senza sua apertura. Esposizione della regione inguinale e posizionamento di mesh di polipropilene e suo fissaggio secondo la tecnica di Lichteinstein. Emostasi e sutura a strati.

Plastica inguinale sec. Trabucco

Tale tecnica viene adottata quando è impossibile eseguire la tecnica sec. Lichtenstein per sovrvertimento delle strutture (ad es. nelle recidive) o le strutture sono maggiormente favorevoli ad una ricostruzione del tipo Tension-free sutureless.

Incisione inguinale, apertura della fascia di Scarpa e della fascia del muscolo obliquo esterno, apertura del tragitto inguinale, isolamento del sacco erniario fino al colletto e sua riduzione in cavità peritoneale possibilmente senza sua apertura. Esposizione della regione inguinale e posizionamento di mesh di polipropilene senza alcun mezzo di fissazione. Emostasi e sutura a strati.

Decorso post-operatorio (controllo parametri vitali, trattamenti farmacologici prescritti nel postoperatorio e mobilizzazione attiva del paziente secondo prescrizione medica).

1.6 Fase di dimissione

La dimissione del paziente viene stabilita dal chirurgo che ha effettuato l'intervento o da altro chirurgo da lui delegato in collaborazione con l'anestesista ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- Recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale.
- Confermata stabilità cardio-circolatoria.
- Confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree ed assenza dei problemi respiratori.
- Ripristino della minzione spontanea.
- Assenza di sanguinamento
- Minima sensazione di dolore e nausea compatibili con una gestione domiciliare.
- Confermata capacità di assumere liquidi.

- Confermata capacità deambulatoria.
- Controllo e medicazione della ferita.
- Confermata presenza di un accompagnatore.
- Assenza di disagio psico-emotivo.

Al paziente alla dimissione oltre alla scheda informativa sarà consegnata una relazione destinata al medico curante composta dai seguenti elementi:

- Breve descrizione dell'intervento chirurgico.
- Eventuali condizioni degne di nota realizzatesi nel perioperatorio.
- Trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio.
- Indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione compreso recapito telefonico.
- Indicazione della prima visita di controllo e rimozione punti.

1.7 Follow up

Visita di controllo ed eventuale rimozione punti dopo 6-8 giorni.

Controllo dopo un mese salvo complicanze.

2. RIFERIMENTI

- 1) *International guidelines for groin hernia management. Hernia, the journal of hernias and abdominal wall surgery* 22 (1) (2018) 1–165.
- 2) *Spaw AT, Ennis BW, Spaw LP (1991) Laparoscopic hernia repair: the anatomic basis J Laparoendosc Surg; 1(5): 269-77.*
- 3) *Kunz R, Mayer JM, Witte B, Herrmann M (1996) Topographic-anatomic aspects of laparoscopic management of inguinal hernia Chirurg; 67(8):807-13.*
- 4) *Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, de Lange D, Fortelny R, Heikkinen T, Kingsnorth A, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smietanski M, Weber G, Miserez M. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia. 2009 Aug;13(4):343-403. doi: 10.1007/s10029-009-0529-7. Epub 2009 Jul 28. PMID: 19636493; PMCID: PMC2719730.*
- 5) *Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, Agresta F, Aufenacker T, Berrevoet F, Burgmans I, Chen D, de Beaux A, East B, Garcia-Alamino J, Henriksen N, Köckerling F, Kukleta J, Loos M, Lopez-Cano M, Lorenz R, Miserez M, Montgomery A, Morales-Conde S, Oppong C, Pawlak M, Podda M, Reinpold W, Sanders D,*

Sartori A, Tran HM, Verdaguer M, Wiessner R, Yeboah M, Zwaans W, Simons M.
 Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management.
BJS Open. 2023 Sep 5;7(5): zrad080. doi: 10.1093/bjsopen/zrad080.

- 6) Tran HM, MacQueen I, Chen D and Simons M (2023) Systematic Review and Guidelines for Management of Scrotal Inguinal Hernias. *J. Abdom. Wall Surg.* 2:11195. doi: 10.3389/jaws.2023.11195
- 7) Miserez, M., Peeters, E., Aufenacker, T. et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 18, 151–163 (2014).
- 8) Simons, M.P., Aufenacker, T., Bay-Nielsen, M. et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 13, 343–403 (2009).