

Trattamento delle ernie inguinali strozzate

M. Beck, E. Pélissier, P. Ngo

Un'ernia strozzata è un'urgenza chirurgica. Il rischio di strozzamento è dieci volte superiore per le ernie crurali che per le ernie inguinali. Trattare un'ernia strozzata significa effettuare un primo tempo viscerale per liberare l'intestino erniato e un secondo per valutarne la vitalità ed eventualmente praticare la sua resezione. Il terzo tempo consiste in una riparazione della parete. L'uso della laparoscopia e l'interesse per un rinforzo protesico sono controversi e dovrebbero essere discussi caso per caso.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Laparoscopia; Ernia inguinale; Ernia strozzata

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Alcuni concetti statistici	1
■ Fisiopatologia e forme anatomocliniche	2
Meccanismo di strozzamento e conseguenze anatomiche	2
Conseguenze fisiopatologiche e batteriologiche e loro impatto sul postoperatorio	2
Forme specifiche anatomocliniche	2
■ Principi del trattamento	3
Quando la chirurgia?	3
Quale tecnica utilizzare?	3
■ Trattamento	4
Preparazione	4
Intervento	4
■ Conclusioni	7

■ Introduzione

Il trattamento di un'ernia inguinale strozzata prevede necessariamente tre passaggi:

- un intervento in urgenza che inizia con la riduzione dell'ernia;
- un controllo delle condizioni del viscere strozzato e la sua resezione, se necessaria;
- una chiusura della breccia erniaria.

Qualsiasi ernia sospetta di strozzamento deve essere operata senza indugio; il rischio di resezione intestinale aumenta già oltre le sei ore. In una coorte di 102 pazienti sottoposti a intervento chirurgico d'urgenza, 14 (88%) dei 16 che hanno richiesto una resezione intestinale erano stati operati con un ritardo di più di sei ore, contro solo 22 (26%) sugli 86 che non hanno avuto bisogno di resezione ($p < 0,05\%$)^[1].

La percentuale di resezioni intestinali durante gli interventi in urgenza per un'ernia incarcerata o strozzata è del 10-15% circa^[1,2]. L'intervento in urgenza è ancora grave oggi: secondo il registro svedese delle ernie, la mortalità del trattamento elettivo di ernia inguinale è paragonabile a quella della popolazione generale, ma è moltiplicata per 5-10 in caso di intervento d'urgenza e per 15 in caso di resezione intestinale^[3]. Questi dati sono a sostegno di una pratica senza restrizioni della chirurgia elettiva ("a freddo").

Nel precedente articolo dell'EMC^[4], la laparoscopia ha avuto un posto molto piccolo e il rafforzamento protesico durante la riparazione parietale è stato tradizionalmente piuttosto scoraggiato a causa del rischio di infezione. Attualmente, la laparoscopia ha un innegabile posto nel trattamento delle ernie strozzate e l'utilizzo di una protesi è lecito nella maggior parte delle situazioni. Questi due punti sono le principali modifiche apportate all'articolo precedente.

■ Alcuni concetti statistici

Occorre distinguere l'incarcerazione, che corrisponde semplicemente al carattere irriducibile dello strozzamento e caratterizzata dalla presenza di segni di sofferenza viscerale in misura diversa. Circa il 30% delle ernie incarcerate è rappresentato da ernie strozzate^[5]. L'intervento in urgenza è più frequente negli uomini che nelle donne, ma il tasso di resezione intestinale è più alto nelle donne^[1], forse a causa della maggiore frequenza dell'ernia crurale in questo sesso. Il tasso di resezione intestinale è più alto dopo i 65 anni^[1]. L'intervento d'urgenza è più comune per l'ernia crurale (dal 35% al 38%) che per l'ernia inguinale (dal 5% all'8%)^[1,3]. Il tasso di resezione intestinale è più alto per l'ernia inguinale indiretta che per l'ernia inguinale diretta, ma non è nullo per quest'ultima: su 222 ernie inguinali operate in urgenza, 29 (13%) erano ernie dirette con una porta stretta in 21 casi e una resezione intestinale è stata necessaria in due casi^[5].

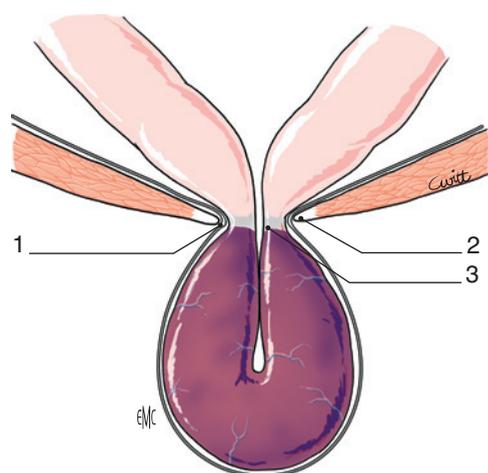


Figura 1. Ernia strozzata. 1. Colletto del sacco; 2. circonferenza dell'anello inguinale profondo; 3. solco di strozzamento.

■ Fisiopatologia e forme anatomocliniche

Meccanismo di strozzamento e conseguenze anatomiche

- Il fattore che dimostra lo strozzamento è una forte ipertensione addominale, legata, il più delle volte, allo sforzo: tosse, intensa spinta addominale e sollevamento di un grosso peso. L'intestino o l'epiploon si impegnano nella porta erniaria.
- La causa dello strozzamento nelle ernie inguinali è, il più delle volte, il colletto del sacco peritoneale (Fig. 1), cosa che spiega perché lo strozzamento complica soprattutto le ernie inguinali indirette. Il colletto del sacco è, in effetti, più stretto e più rigido rispetto all'anello dell'orifizio inguinale profondo. Nelle ernie crurali agiscono sia la porta del sacco che l'anello crurale stesso, che, di solito, è di piccolo calibro.
- L'elemento strozzato è solitamente rappresentato dall'epiploon o dal piccolo intestino e, più raramente, dal colon.

L'epiplocele strozzato evolve in tre fasi: congestione, infarto e, poi, necrosi asettica, portando alla formazione di una briglia fibrosa in assenza di intervento.

Le conseguenze dell'enterocele strozzato sono, ovviamente, più gravi. Lo strozzamento dell'intestino attraverso la porta erniaria causa un'occlusione intestinale da strozzamento e un'occlusione vascolare: la compressione determina prima il blocco della circolazione venosa e linfatica responsabile dell'edema e, poi, il blocco del flusso arterioso e l'ischemia. Le lesioni intestinali evolvono in tre fasi: nella fase di congestione, la parete intestinale è edematosa, rossa congesta e ispessita. Il solco della strozzatura è biancastro, livido. Il sacco contiene un liquido inodore sieroso, che può mancare nella varietà dell'ernia strozzata chiamata "a secco". Dopo lo sbrigliamento, l'intestino riacquista il suo colore e i suoi movimenti peristaltici e le lesioni sono reversibili. Nella fase di infarto, l'intestino ha un colore nerastro, è immobile e il solco di strozzamento è sottile e grigiastro. Il sacco contiene un liquido maleodorante, brunastro. Nella fase di gangrena, il sacco contiene un liquido purulento ed eventualmente del liquido intestinale, in caso di perforazione. L'intestino ha chiazze verdastre delle zone di gangrena o zone di perforazione, specialmente nel solco di strozzamento. Il flemmone erniario è caratterizzato dalla presenza di pus e di contenuto intestinale nel sacco. È eccezionale nella nostra epoca: 0,6% nel gruppo dell'Associazione Francese di Chirurgia nel 1988 [6]. Tuttavia, in un importante studio di 182 pazienti, una peritonite complica lo strozzamento nel 3,8% dei casi [7].

Conseguenze fisiopatologiche e batteriologiche e loro impatto sul postoperatorio

- La successione delle lesioni descritte nel paragrafo precedente è direttamente correlata al tempo trascorso tra l'inizio dei sintomi e il trattamento chirurgico, che appare come principale variabile indipendente per prevedere un aumento della morbilità e della mortalità postoperatorie. Questo emerge chiaramente da tutti gli studi su questo argomento [7-9].
- La resezione intestinale agisce come secondo fattore indipendente responsabile delle complicanze in analisi multivariata in importanti studi recenti di 121-195 pazienti [8,9].
- La presenza di liquido torrido nel sacco erniario con batteriogramma positivo (*Escherichia coli* più spesso) rappresenta il terzo fattore [8].
- Altri studi suggeriscono che anche comorbidità come il diabete [8], la terapia anticoagulante [10] ma anche la posizione femorale dell'ernia [7,10] sono la causa di un alto tasso di complicanze.

Nel complesso, è chiaro che un ritardo nell'intervento può comportare una resezione intestinale che porta a complicanze settiche talvolta mortali nei pazienti fragili. Vediamo anche che gli stessi metodi di trattamento (uso o meno di una protesi, per esempio) possono essere diversi a seconda della gravità delle lesioni.

“ Punto importante

Sequenza nefasta

- Ritardo dell'intervento chirurgico
- Ischemia e proliferazione batterica
- Resezione intestinale
- Complicanze infettive
- Morbimortalità più elevata

Forme specifiche anatomocliniche

In funzione del meccanismo di strozzatura

Pinzamento laterale di Richter [11] (Fig. 2)

Questa forma di strozzatura si verifica in ernie con una piccola porta: ernia crurale, il più delle volte, o ernia otturatrice, ma anche ernia inguinale indiretta. Il confine antimesenterico dell'intestino tenue si impegna nella porta erniaria, con conseguente occlusione incompleta ma con un'intensa costrizione della parete intestinale, che può portare rapidamente a necrosi e a perforazione (Fig. 2).

Ernia a W di Maydl (Fig. 3)

Si tratta, di solito, di grandi ernie indirette contenenti un'ansa intestinale a W. Questa ernia è una trappola, perché le due anse laterali contenute nel sacco erniario possono essere vitali, mentre l'anello intermedio imprigionato sopra il colletto, non visibile all'apertura del sacco, può essere necrotico (Fig. 3). Se non si cerca di srotolare completamente l'intestino erniato, si lascia evolvere nella cavità peritoneale una necrosi intestinale misconosciuta. A destra, una delle anse può essere costituita dal cieco [12] o dall'appendice [13].

Riduzione di massa

Questa situazione è, attualmente, eccezionale; è la conseguenza di una riduzione veloce, durante la quale l'intero sacco e il suo contenuto sono stati ridotti nello spazio subperitoneale, lasciando persistere lo strozzamento del colletto.

In funzione dell'organo interessato

Può trattarsi dell'appendice in un'ernia inguinale (ernia di Amyand) [11] e in un'ernia crurale (ernia di De Garengeot) [11,14,15]

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287304>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287304>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)