

Trattamento laparoscopico delle ernie inguinali negli adulti per via totalmente extraperitoneale

M. Beck

Il trattamento laparoscopico totalmente extraperitoneale (TEP) delle ernie inguinali consente di controllare e, poi, coprire ampiamente tutti i siti erniari, di realizzare una riparazione senza tensione, generando poco dolore postoperatorio, di evitare i nervi che attraversano la regione inguinale, le cui lesioni durante le procedure eseguite per via anteriore possono portare a sequele dolorose croniche, e di evitare l'apertura e la chiusura del peritoneo, come negli accessi transperitoneali. Combinando i vantaggi della tecnica di Stoppa a quelli della laparoscopia, essa risponde perfettamente alle esigenze moderne della chirurgia erniaria, consentendo una gestione ambulatoriale di tutte le ernie, anche bilaterali, nonché una ripresa precoce e senza restrizioni dell'attività fisica. Nelle mani di un operatore esperto, il tasso di recidiva è estremamente basso. Se si eccettua una curva di apprendimento più lunga rispetto ad altre tecniche, il TEP rappresenta il miglior trattamento di tutte le ernie dell'inguine.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Laparoscopia; Ernia inguinale; Via totalmente extraperitoneale

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Trattamento laparoscopico totalmente extraperitoneale e scelte tecniche	1
■ Nozioni di anatomia chirurgica	2
■ Forme anatomocliniche	3
■ Tecnica	3
Situazioni classiche	3
Situazioni particolari	9
■ Difficoltà tecniche, complicanze operatorie, conversioni	10
Difficoltà tecniche	10
Complicanze operatorie	10
Conversioni	10
■ Complicanze postoperatorie	10
Ematomi extraperitoneali	10
Occlusioni	10
Infezione del materiale protesico	11
Dolori cronici dell'inguine	11
Recidive	11
Complicanze minori o «inconvenienti» postoperatori	11
■ Postumi e risultati	11

■ Introduzione

Combinando i vantaggi di una grande copertura protesica con accesso posteriore a quelli della laparoscopia, che gli conferisce un carattere mini-invasivo, il trattamento laparoscopico totalmente

extraperitoneale (TEP) delle ernie inguinali è particolarmente adatto per il trattamento di tutte le ernie mono- o bilaterali e permette una gestione ambulatoriale, nonché una ripresa molto precoce e senza restrizioni di tutte le attività fisiche, professionali o sportive. Responsabile di un tasso minimo di recidive e generando un rischio molto basso di dolore cronico, il TEP fa parte dei trattamenti di riferimento per queste patologie particolarmente comuni.

I principali cambiamenti rispetto all'articolo precedente sono^[1]:

- utilizzo di protesi monoblocco;
- assenza di fissazione della protesi;
- nessun gesto fasciale.

■ Trattamento laparoscopico totalmente extraperitoneale e scelte tecniche

Al centro del dibattito per molti anni, il tema della recidiva cede attualmente il passo a quello del dolore cronico. Responsabile di un tasso minimo di recidive e generando un rischio molto basso di dolore cronico, il TEP risponde, quindi, perfettamente alle esigenze moderne della chirurgia erniaria:

- sul piano fisiopatologico, esso permette un ampio rinforzo protesico posteriore che poggia sulla parte solida dell'inguine e che occlude tutti i punti deboli dell'imbuto muscolopettineo, rendendo, in linea di principio, impossibile ogni recidiva;
- risponde ai criteri attuali della riparazione protesica detta *tension free*;

- l'associazione di questo concetto «senza tensione» e della laparoscopia fornisce al paziente un comfort postoperatorio particolarmente compatibile con una gestione ambulatoriale e una riabilitazione precoce che consente una ripresa molto rapida dell'attività fisica, professionale o sportiva;
- a differenza della via transaddominopreperitoneale (TAPP), esso permette di conservare l'integrità del peritoneo;
- non richiede una fissazione della protesi;
- la dissecazione non interessa i nervi dell'inguine, da cui un rischio molto ridotto di sequele dolorose croniche.

Complessivamente, esso unisce tutti i vantaggi dell'operazione di Stoppa^[2] e quelli della chirurgia laparoscopica. Va, inoltre, osservato che si tratta di una soluzione ideale al problema delle ernie bilaterali sincrone e anche delle recidive dopo un accesso anteriore. Così, in queste due situazioni, il TEP è citato come tecnica di riferimento nelle raccomandazioni dell'European Hernia Society (EHS)^[3].

Va, tuttavia, ricordato il lato paradossale di queste raccomandazioni: è difficile immaginare come un operatore, non particolarmente esperto in questa procedura, potrebbe applicarla in questi casi specifici che, precisamente, pongono spesso problemi tecnici particolarmente difficili.

Per ragioni di obiettività, occorre, dunque, menzionare anche i limiti del TEP, che ne hanno, del resto, impedito l'accesso al titolo di gold standard nel trattamento delle ernie, stato che esso dovrebbe comunque meritare:

- la difficoltà tecnica legata alla dissecazione extraperitoneale rappresenta il principale ostacolo che spinge numerosi operatori ad arretrare o a rinunciare. Ne possono derivare delle complicanze postoperatorie, a volte gravi. Infine, la curva di apprendimento è più lunga rispetto ad altre tecniche;
- la durata dell'intervento è maggiore, almeno all'inizio dell'esperienza. Questo argomento può, peraltro, invertirsi a favore del TEP per degli operatori esperti. Infine, esso richiede un prerequisito: una buona padronanza della laparoscopia, nonché una buona conoscenza dello spazio extraperitoneale e, idealmente, della tecnica di Stoppa;
- rispetto alla chirurgia a cielo aperto, il costo sarebbe più alto, a causa del prolungamento del tempo di occupazione della sala operatoria, più che del materiale;
- la dissecazione extraperitoneale e la protesi causano un ostacolo a un'eventuale prostatectomia successiva. Tuttavia, questo punto va modulato alla luce di diversi articoli che presentano delle prostatectomie radicali laparoscopiche riuscite a distanza da un TEP^[4-6];
- il TEP non è adatto a tutte le situazioni, come vedremo.

Malgrado ciò, nelle mani di un operatore esperto, il peso della maggior parte di questi argomenti diminuisce o si annulla.

■ Nozioni di anatomia chirurgica (Fig. 1)

Ci limitiamo, qui, a sviluppare le conoscenze minime necessarie per la corretta realizzazione dell'intervento. La descrizione dell'anatomia dell'inguine, piuttosto complessa, può essere trovata in un altro articolo di questo trattato^[7]. Peraltro, il concetto di rinforzo protesico posteriore come lo consente il TEP è abbastanza semplice nel suo principio per permettere di evitare una lunga dissertazione anatomica e fisiopatologica.

La vista posteriore dell'anatomia dell'inguine può essere riassunta come un quadro solido che circonda una zona debole, definita imbuto muscolopettineo da Fruchaud (Fig. 2). Questo quadro è costituito dalla branca ileopubica, dal muscolo retto, dal muscolo trasverso e dal muscolo psoas. Tra questi ultimi, si possono identificare l'arcata femorale o, piuttosto, il suo corrispondente posteriore, la bandelletta ileopubica di Thomson, rinforzo della fascia trasversale. L'imbuto stesso si trova tra questi elementi e consente il passaggio dei vasi iliaci esterni, del funicolo spermatico nell'uomo o del legamento rotondo nelladonna. La

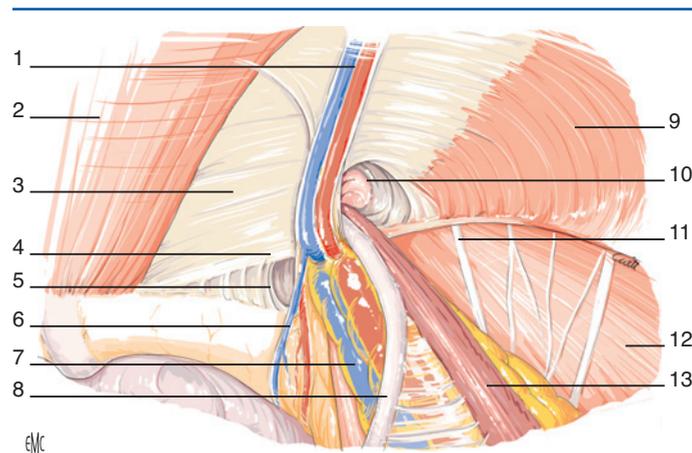


Figura 1. Anatomia dell'inguine. Vista laparoscopica posteriore destra. 1. Vasi epigastrici; 2. muscolo retto; 3. fascia trasversale; 4. arcata femorale; 5. legamento di Gimbernat; 6. vena corona mortis; 7. vena iliaca interna; 8. dotto deferente; 9. muscolo trasverso; 10. orifizio profondo del canale inguinale; 11. ramo femorale del nervo genitofemorale; 12. muscolo psoas; 13. vasi spermatici.

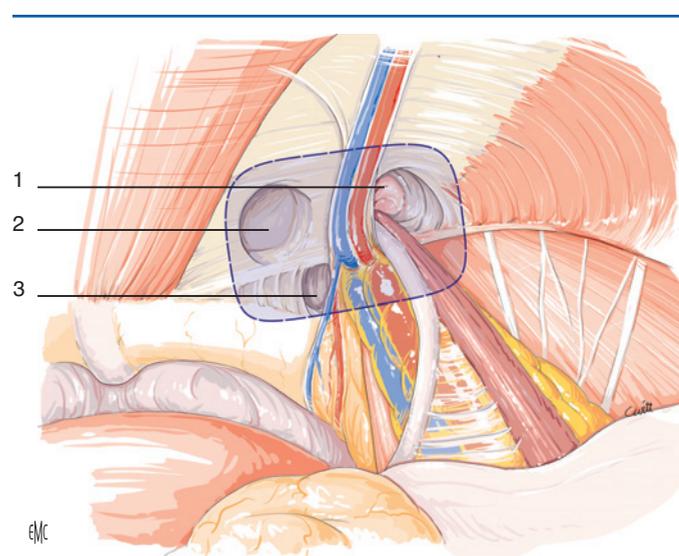


Figura 2. Imbuto muscolopettineo di Fruchaud e siti erniari. 1. Sito delle ernie laterali; 2. sito delle ernie mediali; 3. sito delle ernie femorali.

struttura anatomica che costituisce l'imbuto è la fascia trasversale, su cui vengono a poggiare il grasso extraperitoneale e il peritoneo. L'insieme ricorda una camera d'aria entro il suo pneumatico, immagine ideale per spiegare in modo del tutto comprensibile al paziente la sua patologia.

Alcuni punti specifici di anatomia chirurgica meritano di essere chiariti (Fig. 3):

- i vasi iliaci esterni e l'origine dei vasi epigastrici sono inseriti in quello che è stato definito triangolo fatale o triangolo del destino (*doom triangle*), limitato all'interno dal dotto deferente, all'esterno dai vasi spermatici e in basso dal limite del peritoneo. Meno note sono le anastomosi tra i vasi epigastrici e otturatori (*corona mortis*), che incrociano la faccia posteriore della branca ileopubica e che è preferibile non ledere, poiché la loro emostasi può rivelarsi difficile;
- diverse fibre nervose percorrono verticalmente lo psoas e attraversano il «triangolo del dolore». La più importante, all'esterno del funicolo, è il ramo femorale del nervo genitofemorale. Più esternamente, il nervo cutaneo laterale della coscia (in passato detto femorocutaneo) si trova, il più delle volte, esposto durante la dissecazione dello spazio di Bogros. Esso deve essere preservato durante la dissecazione e deve essere

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287335>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287335>

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