



SST
Servizio
Sanitario
della
Toscana



UNIVERSITÀ DI PISA



Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



CHIRURGIA A CICLO BREVE
Orientamenti e tendenze
nella patologia di parete
Monteriggioni 6 dicembre 2013

TRATTAMENTO dei LAPAROCELI: INDICAZIONI e NOTE di TECNICA

ANTONIO MARIONI MD

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Dipartimento di Gastroenterologia e Malattie Infettive

UO Chirurgia Generale (Dir. Dr. Piero Buccianti)

Centro di Riferimento ACOI per il Training in Chirurgia Laparoscopica Mininvasiva della Parete Addominale

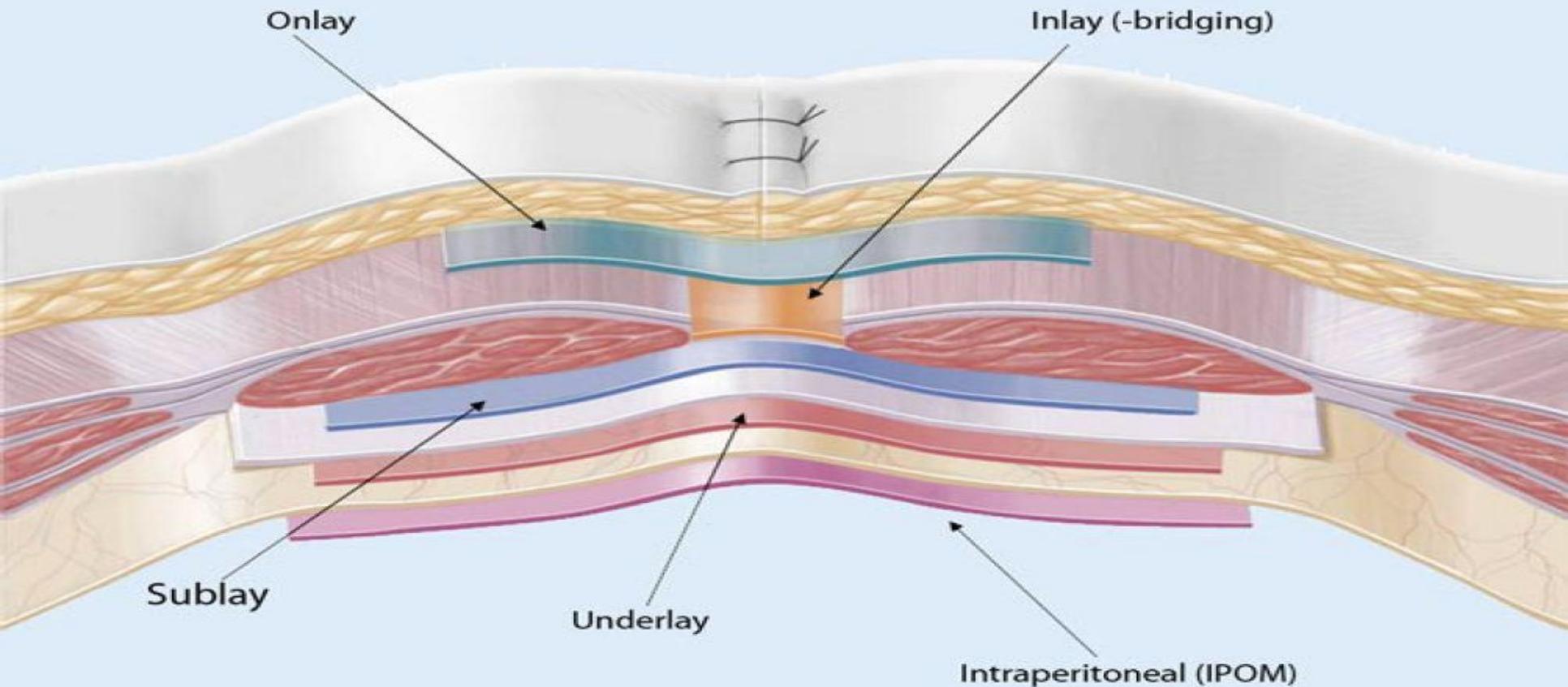
Incisional/primitive ventral hernia repair

E' ormai un dato di fatto che l'impiego di una protesi riduce in modo significativo il tasso di recidiva dopo trattamento chirurgico di un'ernia indipendentemente dal tipo di accesso usato per posizionarla (dal 12-54% al 2-36%).

EU Hernia Trialists Collaboration. Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: systematic review of randomised controlled trials. (Br J Surg 2000)

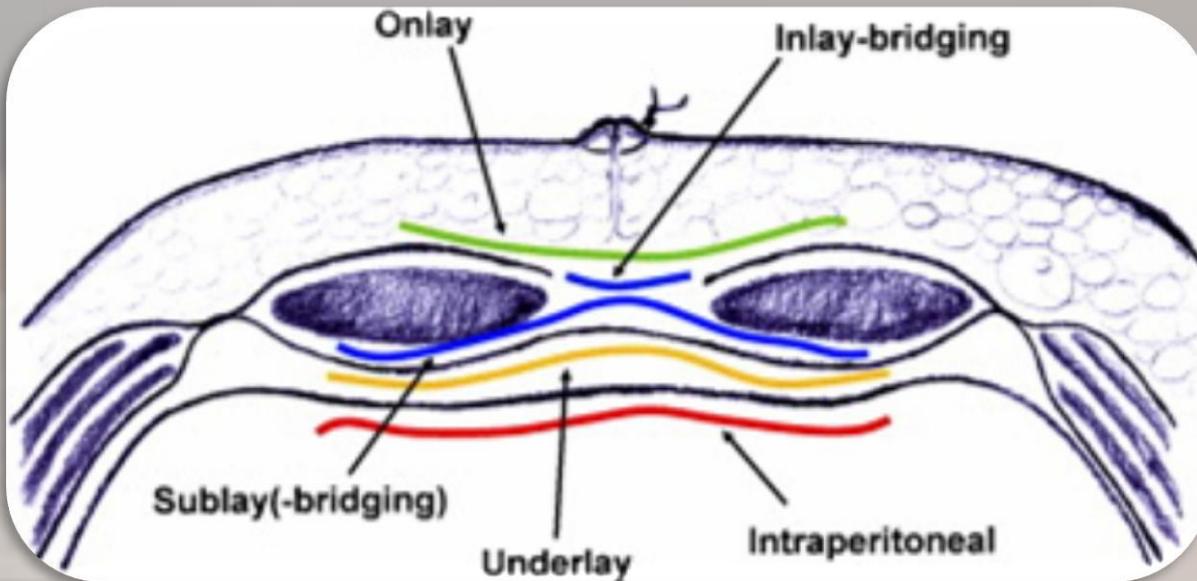
LIVELLO DI EVIDENZA 1A

Incisional/primitive ventral hernia repair

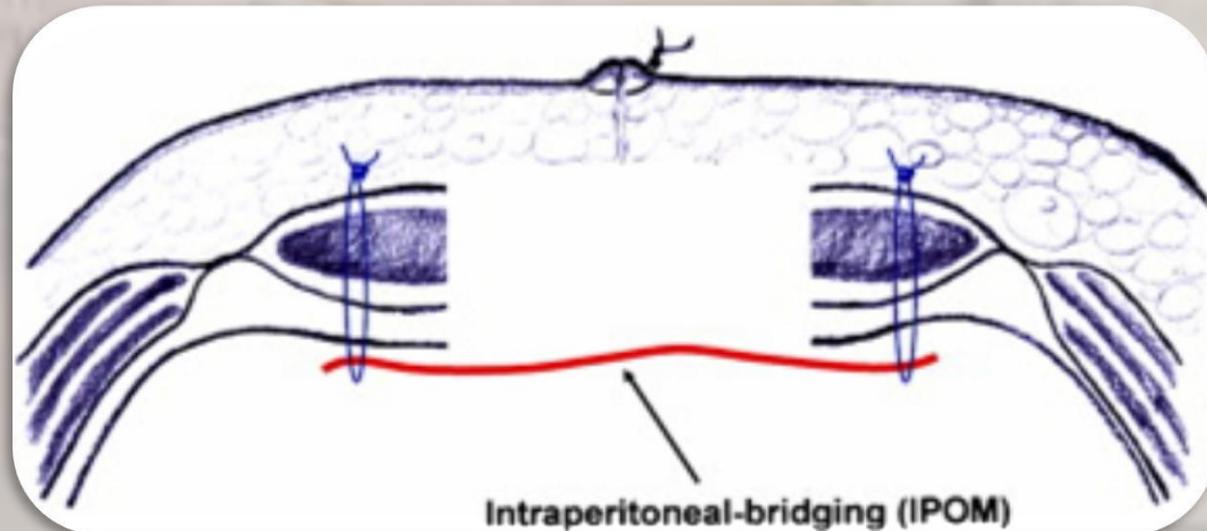


Rimane aperto il dibattito su come (Open v VLS) e dove posizionarla

Incisional/primitive ventral hernia repair



Gold standard open: **augmentation** with retromuscular sublay placement of a mesh (Rives-Stoppa)

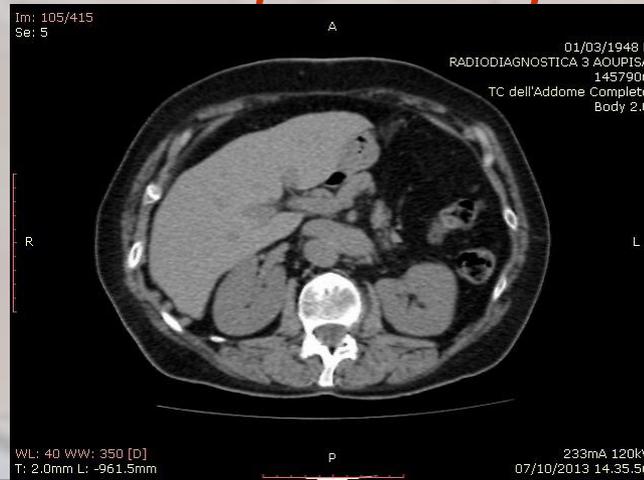


Gold standard VLS: **bridging** with intraperitoneal onlay mesh repair

*Quali indicazioni
all'approccio laparoscopico?*

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. **L'indicazione alla riparazione protesica laparoscopica dei laparoceli è accettata a partire dai 3 cm di diametro.**
2. **Il limite massimo non è stabilito in letteratura, ma varia a seconda dell'esperienza dei singoli centri. Sono riportate esperienze positive per grandi laparoceli (diametro superiore ai 10 cm) da equipe con esperienza consolidata, Questi valori non sono da considerarsi assoluti ma sempre in relazione al soma del paziente.**
3. **Per quanto riguarda la valutazione preoperatoria del difetto si raccomanda la **TC in casi selezionati** (ad esempio nei pazienti obesi, con laparoceli complicati, con multipli difetti, recidivi o con patologie associate), mentre il solo esame clinico, eventualmente associato all'ecografia, è da considerarsi sufficiente in tutti gli altri pazienti.**
4. **Non vi è controindicazione alla riparazione laparoscopica dei laparoceli di confine. (GoRB, LEIII)**



RACCOMANDAZIONE 1

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. **L'età avanzata non costituisce una controindicazione**, di per sé, alla riparazione laparoscopica dei laparoceli, pertanto anche i pazienti di età superiore ai 75 anni possono beneficiare dell'approccio laparoscopico (GoRB, LE III)
2. **L'obesità non costituisce una controindicazione** alla laparoscopia, non avendo la letteratura dimostrato che il paziente obeso abbia un tasso di complicanze maggiore rispetto al non obeso. Il paziente deve essere informato della possibilità di recidiva a un tasso superiore rispetto al non obeso, analogamente a quanto accade nella chirurgia aperta. **La cirrosi epatica non scompensata non costituisce una controindicazione assoluta** alla riparazione laparoscopica (GoRB, LE IIb)
3. **Non esistono in letteratura dati sufficienti a raccomandare l'utilizzo della tecnica laparoscopica nelle donne in età fertile e in gravidanza.** (GoRC, LE IV)

RACCOMANDAZIONE 2

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. *Il numero, l'eziologia e la tipologia degli **interventi pregressi**, recidive comprese, non costituiscono una controindicazione all'approccio laparoscopico (GoRB, LE IIb).*
2. *Gli **interventi associati** sono indicati solo se non a rischio di contaminazione, potenzialmente settica, del campo operatorio.*
3. *Per ciò che concerne l'utilizzo delle **protesi biologiche** in questi casi, i dati in letteratura non sono ancora sufficienti per una raccomandazione (GoR C, LE III)*

RACCOMANDAZIONE 3

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. *Esistono pochi studi che evidenziano la fattibilità e l'efficacia della riparazione laparoscopica nel laparocele in urgenza, ma in questi le complicanze intra e postoperatorie e le recidive sono riportate con numeri sovrapponibili ai casi trattati in elezione. Si raccomanda, comunque, di **affrontare il laparocele in urgenza con approccio laparoscopico, solo in presenza di buona esperienza sia in chirurgia d'urgenza sia nella riparazione laparoscopica in elezione.** (GoRB, LEIII)*

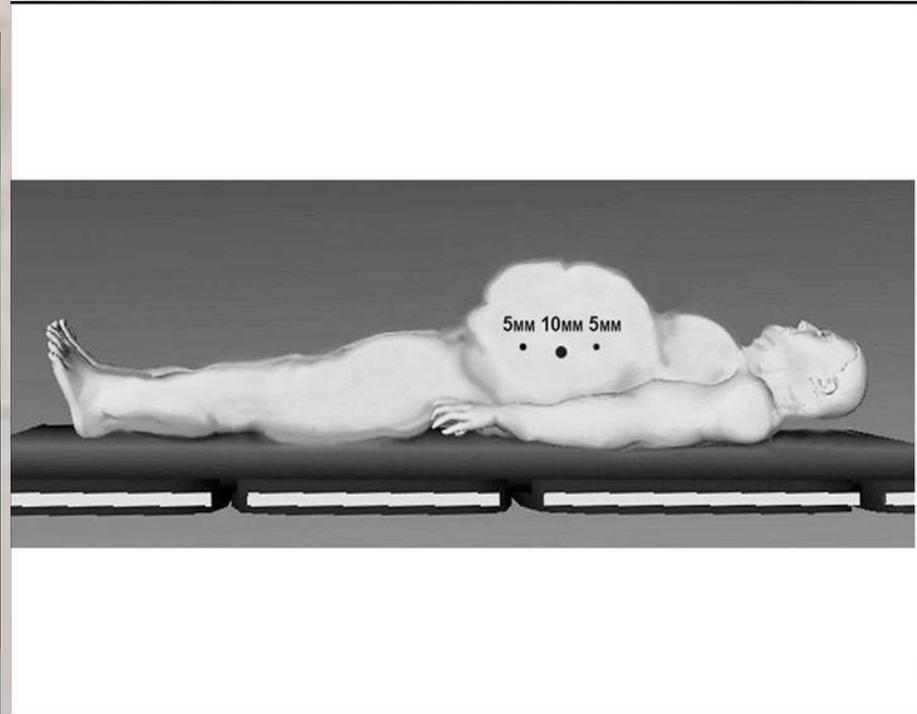
RACCOMANDAZIONE 4

Quali dettagli di tecnica sono importanti da rispettare?



Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. Si raccomanda che l'induzione dello **pneumoperitoneo** venga eseguita a distanza dalle cicatrici chirurgiche; che l'introduzione del primo trocar venga eseguita con tecnica open o con trocar ottico o open-Veress assistita di solito lateralmente a sinistra.
2. Per quanto riguarda il posizionamento degli ulteriori trocar, si proceda con un orientamento tale da permettere non solo il corretto utilizzo dello strumentario ma anche il posizionamento della protesi. (GdR B, LE IIa)

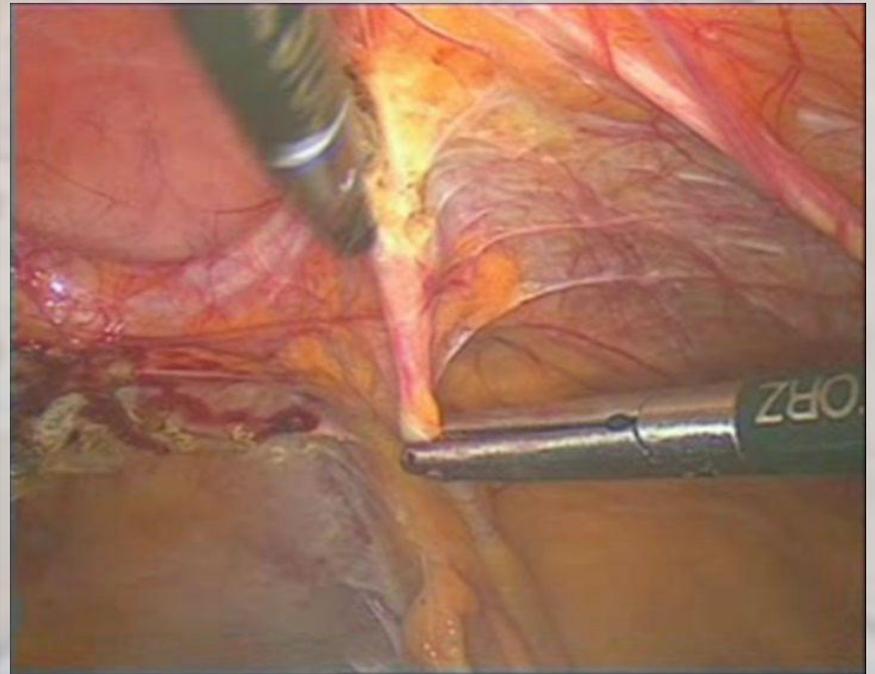


RACCOMANDAZIONE 5

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

3. *E' raccomandabile eseguire l'**adesiolisi** in maniera tale da esporre l'intera area della pregressa incisione, per evidenziare eventuali difetti secondari misconosciuti. L'adesiolisi in prossimità dei visceri dovrebbe essere eseguita con lama fredda. (GdR B, LE IIa)*

RACCOMANDAZIONE 5



Laparoscopic incisional ventral hernia repair

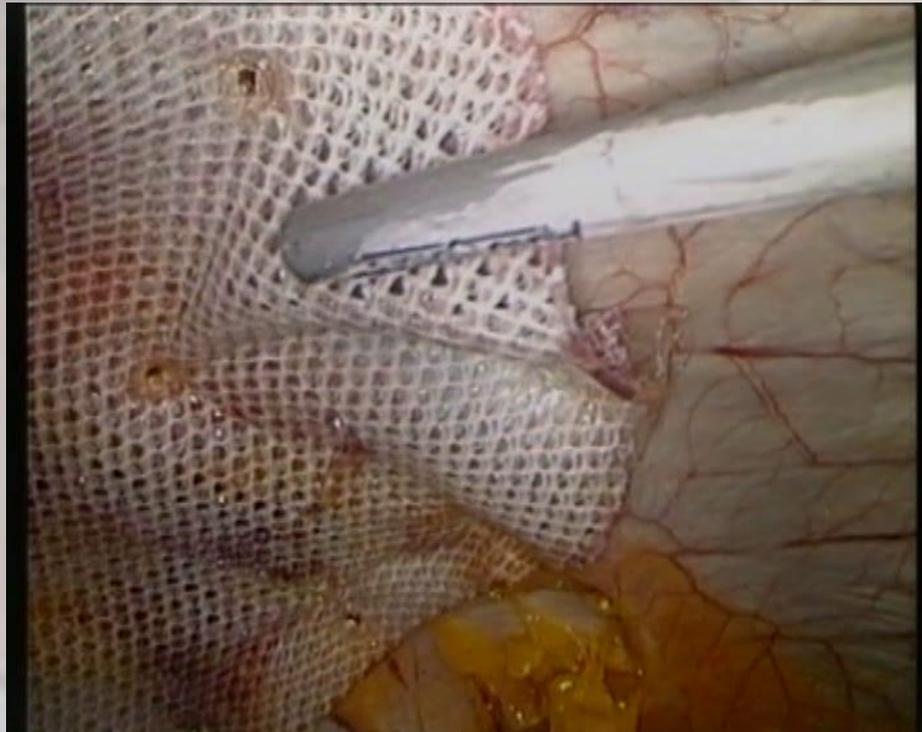
4. *Per quanto riguarda il rispetto dell' **overlap**, si raccomanda un minimo di 3 cm, con un ottimale di 5 cm; non esistono dati sufficienti in letteratura tali da condizionarlo al tipo di protesi utilizzata; la variabilità dell'overlap può essere rapportata alle dimensioni del difetto, ovvero tanto maggiore quanto più ampio il difetto stesso. (GdR B, LE IIa)*



RACCOMANDAZIONE 5

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

4. I **metodi di fissaggio** più utilizzati sono le spiralì metalliche, disposte a doppia corona, associate o meno a punti trasfissi. L'associazione di punti trasfissi non aumenta il rischio di infezione e dolore (GdR B; LE IIa.) L'uso della sola colla di fibrina o dei soli mezzi di fissaggio riassorbibili è ancora da validare, mancando adeguati studi di follow-up. (GdR C, LE IV)



*Come gestire le complicanze e la
ricidiva ?*

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. In caso di **lesione riconosciuta del piccolo intestino**, senza rilevante spandimento di liquido enterico, si può procedere alla rafia della lesione ed alla riparazione protesica anche per via laparoscopica. Non vi è evidente vantaggio nel posizionamento di drenaggi intra-addominali.
2. In caso di una **lesione colica**, si raccomanda la riparazione, eventualmente laparoscopica, della lesione ed una dilazione della riparazione protesica, anche se alcuni Autori, in assenza di contaminazione visibile, procedono alla riparazione immediata e laparoscopica dell'ernia.
3. In presenza di una **peritonite postoperatoria** da lesione viscerale misconosciuta, la revisione laparoscopica precoce ha un ruolo sia diagnostico che potenzialmente terapeutico. Si raccomanda, in questo caso, di rimuovere sempre la protesi posizionata. (GdR B, LE III)

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. *Non esiste evidenza, in letteratura, che l'approccio laparoscopico induca un minor **dolore postoperatorio precoce** rispetto all'approccio laparotomico, dato che vari elementi concorrono all'insorgenza del dolore acuto: la distensione addominale da pneumoperitoneo, l'introduzione dei trocars, l'uso dei mezzi di fissaggio (sia punti transfissi, sia tacks).*
2. *Non esiste evidenza in letteratura che il punto tranfisso risulti più algogeno dei mezzi di fissaggio metallici.*
3. *Per quanto riguarda il **dolore cronico**, i mezzi di fissaggio non riassorbibili possono indurre dolore da ischemia, lesione muscolare e nervosa, senza evidenza in letteratura di una maggiore azione algogena da parte dei punti transfissi. Non esiste adeguato follow-up sui mezzi di fissaggio riassorbibili, anche se i dati sperimentali e preliminari, sul dolore, risultano promettenti.*
4. *Altre possibili cause di dolore cronico possono essere: il sieroma, la retrazione infiammatoria della protesi e la recidiva che andranno sempre escluse prima di procedere a trattamenti conservativi. In caso di dolore intenso e persistente è consigliabile procedere all'esplorazione laparoscopica: le eventuali aderenze alla protesi o alle tacks dovranno essere lisate, mentre i mezzi di fissazione situati nelle sedi algiche, individuati preoperatoriamente, dovranno essere rimossi. (GoR B, LE IIa)*

RACCOMANDAZIONE 8

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. L'incidenza dell'**ileo postoperatorio**, dopo trattamento laparoscopico di laparocele, non è trascurabile (2,2%) ma comunque sembra inferiore rispetto al trattamento laparotomico. Non vi è evidenza, in letteratura, di correlazione con i differenti tipi di protesi. La genesi è multifattoriale e difficile da prevenire. E' opportuno il trattamento medico, escludendo prima un ileo secondario ad una complicanza postoperatoria.
2. L'incidenza dell'**occlusione meccanica** è riportata tra lo 0,5-1%. Tra le cause possibili, oltre alle aderenze con protesi o tacks, non bisogna dimenticare la possibilità di un laparocele strozzato nel sito di un trocar, per cui si raccomanda la chiusura fasciale degli accessi uguali/superiori ai 10 mm. In caso di reintervento, il primo approccio, se eseguito precocemente, può essere laparoscopico. Non vi è evidenza in letteratura di una chiara correlazione tra l'incidenza di occlusione ed il tipo di protesi. (GoR B, LE III)

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. **L'incidenza del sieroma**, non presenta differenze statisticamente significative rispetto all'approccio laparotomico. **(GdR A, LE Ia)** E'considerato una complicanza solo quando persiste oltre i due mesi ed è associato a dolore o a infezione. L'unica prevenzione efficace sembra essere il bendaggio compressivo sul sito erniario per almeno 4 settimane. L'eventuale trattamento viene eseguito con agoaspirazione eco/TC guidata o drenaggio chirurgico, in caso di localizzazione anteriore; con drenaggio laparoscopico in caso di localizzazione posteriore alla protesi.
2. **L'infezione protesica**, che presenta un'incidenza inferiore (2-3%) rispetto alla tecnica laparotomia, richiede l'asportazione della protesi; in paziente non settico è possibile un tentativo di trattamento conservativo con antibioticoterapia mirata, previo drenaggio percutaneo o laparoscopico. **(GdR B, LE IIb)**



Laparoscopic incisional ventral hernia repair

1. L'incidenza di **recidiva** a medio termine, dopo trattamento laparoscopico risulta, in letteratura, paragonabile al trattamento laparotomico (**GdR A, LE Ia**). Fattori favorenti sono: obesità, laparocele recidivo ed insufficiente overlap. Non vi è correlazione con il tipo di protesi e con le dimensioni del difetto. L'uso dei punti trasfissi, associato ai tacks, non sembra ridurre, in modo statisticamente significativo, l'incidenza di recidiva.
2. La recidiva, sia dopo trattamento laparotomico sia laparoscopico, può essere trattata per via laparoscopica con evidente inferiore incidenza di ulteriore recidiva rispetto all'approccio laparotomico. (**GdR B, LE IIb**)

Laparoscopic incisional ventral hernia repair

CONCLUSIONI

1. Il trattamento laparoscopico del laparocele è efficace e sicuro
2. Non vi è evidenza clinica di quale sia il gold standard (open versus VLS) anche se stà emergendo un trend a favore della riparazione VLS con minori recidive, durata delle degenze, dolore postoperatorio, complicanze
3. L'elevata incidenza del laparocele (10%clean surgery, 40%dirty surgery) determina costi economico-sociali enormi
4. Non sono disponibili linee guida definitive e non vi è accordo circa un sistema classificativo definitivo