



NOTA INFORMATIVA PATOLOGIA ERNIARIA DELLA PARETE ADDOMINALE

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

----- [__ / __ / ____] ora: __ / __

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la
preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.**

Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi
fornisce le informazioni

Alla luce di tali premesse:

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona¹?

SI NO

FIRMA DEL PAZIENTE

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

SI NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

¹ Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PATOLOGIA ERNIARIA DELLA PARETE ADDOMINALE

1. CHE COS' È?

La Società Italiana di Chirurgia dell'Ernia e della Parete Addominale definisce l'ernia come: la fuoriuscita di un viscere dalla cavità che normalmente lo contiene attraverso un orifizio o un canale anatomico.

Il termine viscere indica in generale tutti gli organi contenuti in una delle cavità anatomiche (p.e. cranio, torace, addome) presenti in un essere umano.

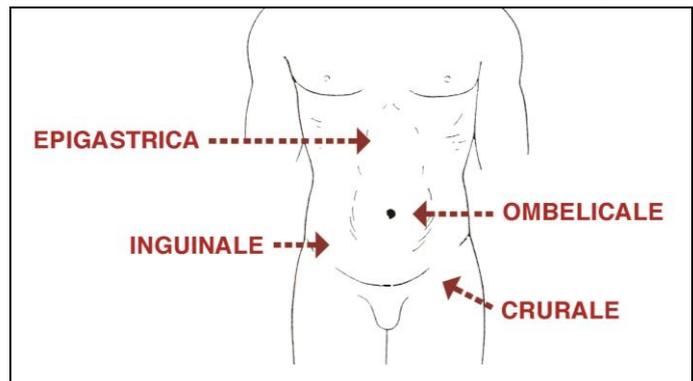
La patologia erniaria, in sede addominale, riconosce numerose cause di insorgenza.

Si distinguono fattori predisponenti, per lo più rappresentati da una malformazione congenita distrettuale, ma molto più spesso da una collagenopatia, malattia che coinvolge il metabolismo del collagene, tessuto che svolge una funzione di "cemento" a livello dei nostri tessuti. L'alterazione della sua struttura, geneticamente determinata, provoca una debolezza strutturale che facilita un cedimento tessutale.

Questo accade in particolari zone anatomiche sottoposte ad una maggior stress meccanico, come nel caso della sede inguinale o ombelicale e l'origine genetica di questa affezione potrebbe giustificare la frequenza di questo tipo di patologia in certe linee familiari.

I fattori scatenanti, provocando un incremento della pressione addominale, facilitano l'insorgenza di un'ernia in soggetti predisposti, come nel caso di uno sforzo fisico continuo, di stitichezza cronica, di ipertrofia prostatica benigna, di tosse cronica, di obesità ed in presenza di ascite.

Anche il fumo può esercitare un'azione favorente sia attraverso un effetto meccanico diretto, legato per lo più alla tosse cronica dei fumatori, che indiretto - indebolendo per via enzimatica la struttura del collagene.



Le ernie addominali sono un problema molto frequente e interessano circa il 5% della popolazione.

L'ernia nel suo caso è a livello:

- OMBELICALE
- EPIGASTRICA
- INGUINALE
- CRURALE
- OTTURATORIA

2. COME SI CURA L'ERNIA DELLA PARETE ADDOMINALE?

Il trattamento di questa patologia è chirurgico: occorre riposizionare il viscere erniato e riparare la parete addominale. L'evoluzione naturale di questa malattia porta ad un aumento di dimensioni dell'ernia e può portare a conseguenze come l'intasamento (cioè l'ernia non ritorna più in addome, anche con manovre specifiche) o lo strozzamento (complicanza grave, che richiede un intervento d'urgenza, e che si manifesta quando la parte erniata va incontro a sofferenza vascolare, cioè mancanza di adeguato apporto di sangue e di ossigeno).

Secondo la “*Società Italiana di Chirurgia dell'Ernia e della Parete Addominale*” qualunque ernia della parete addominale, per esser riparata, deve esser trattata chirurgicamente.

L'utilizzo di biamcheria elastica contenitiva o di un cinto erniario può esser accettato solo nel caso di soggetti estremamente anziani con breve aspettativa di vita o con grave compromissione dello stato di salute.

L'approccio clinico prevede una valutazione da parte di un chirurgo generale, meglio ancora se specialista nel campo della chirurgia della parete addominale, il quale tenendo conto dei diversi parametri clinici del paziente, programmerà un trattamento chirurgico idoneo ad ottenere il miglior risultato finale (cosiddetta “Tailored Surgery” cioè chirurgia fatta su misura).

Al termine degli accertamenti pre-operatori, il trattamento chirurgico, condotto in anestesia locale, loco-regionale (spinale) o generale in base alla sede ed al tipo di difetto erniario oltre all'esperienza del chirurgo, potrà esser eseguito in regime ambulatoriale o di ricovero a ciclo breve (Day-Surgery).

Le tecniche riparative possono esser eseguite sia con sutura diretta del difetto erniario (erniorafia) che con l'impiego di materiali protesici (alloplastica) che possono esser in materiale sintetico (polipropilene, poliestere, PTFE-e e composite) o biologico (derma suino, pericardio bovino).

La sutura diretta del difetto erniario viene oggi limitata ai soggetti giovani in fase di accrescimento o in coloro che hanno manifestato intolleranza verso i materiali protesici.

L'impiego dei materiali protesici biocompatibili (detti anche “reti”), diffusosi a partire dagli anni '90, è stato indotto da alcuni indubbi vantaggi legati sia alla loro capacità tensile, che supporta meccanicamente il dinamismo della parete addominale nelle fasi iniziali, che dalla loro capacità di integrarsi nei tessuti, stimolando una reazione biologica da parte dell'ospite. La sede di impianto varia in base alla tecnica impiegata (a cielo aperto, la più utilizzata, o laparoscopica) ed alla tipologia dei materiali impiantati.

L'impiego dei materiali biologici, pur potenzialmente in grado di aprire una nuova frontiera nel settore riparativo, risulta ancora limitato a causa dei costi elevati, che ne impediscono un ampio utilizzo, limitandolo solo a casi selezionati (campi infetti, soggetti immunodepressi, portatori di valvole cardiache, campi potenzialmente contaminati).

3. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA DI ERNIOPLASTICA ADDOMINALE?

L'operazione si svolge generalmente in regime ambulatoriale o di day hospital con anestesia locale.

Procedure a cielo aperto.

Il paziente è generalmente sveglio e collaborante.

L'intervento viene attuato tramite una piccola incisione della parete addominale, eseguita dopo aver praticato l'anestesia locale o locoregionale.

Una volta identificati il difetto della parete e il sacco erniario che è fuoriuscito attraverso di esso, si procede a riposizionare il sacco in addome e a riparare la parete suturandola direttamente con particolari fili di sutura, oppure applicando una protesi (una “rete”) che a seconda della tecnica può essere suturata, cioè cucita, ai tessuti circostanti oppure semplicemente applicata sui piani profondi (non è necessario mettere punti di sutura, per le caratteristiche della protesi). La ferita viene accuratamente suturata e coperta con una medicazione sterile.

Procedure laparoscopiche.

Il paziente subisce una anestesia generale; vengono praticati piccoli tagli sulla parete (da tre a quattro) e inserite delle cannule che permettono di gonfiare l'addome con anidride carbonica e di introdurre la telecamera e gli strumenti chirurgici. L'osservazione della parete addominale permette



di identificare la breccia nella parete e di riportare i visceri nella collocazione corretta, prima di riparare la parete con l'applicazione di una protesi che può essere fissata alla parete stessa con punti di sutura o graffette metalliche. Al termine, l'addome viene svuotato dalla anidride carbonica e i piccoli tagli vengono suturati e coperti con medicazioni.

4. QUALI SONO I BENEFICI?

L'intervento permette di riparare la parete addominale e risolvere la patologia erniaria.

5. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

È prescritta l'astensione dal bere per almeno 2 ore e dal cibo per almeno 6 ore prima dell'intervento; caso per caso il medico referente indicherà se continuare o sospendere la terapia farmacologica quotidiana.

In caso di assunzione di anticoagulanti e/o antiaggreganti (come la cardioaspirina) il medico curante darà indicazioni specifiche ai pazienti, secondo la "Procedura aziendale sugli antiaggreganti e anticoagulanti".

Prima di uscire di casa per venire in ospedale è necessario eseguire una doccia, lavandosi accuratamente per prevenire infezioni postoperatorie; per lo stesso motivo è bene indossare biancheria intima pulita e abiti comodi.

COSA LASCIARE A CASA: anelli, orologio, braccialetti, collane, etc.

COSA PORTARE CON SÈ: il contenitore per eventuali protesi dentarie mobili; Tessera sanitaria; impegnativa per l'intervento; eventuale tessera di esenzione; Documentazione sanitaria di esami/visite precedenti, soprattutto se eseguiti in altre strutture (immagini; dischetti CD-ROM; etc.) e i farmaci personali.

6. DURATA DELLA PROCEDURA

L'intervento (a cielo aperto o per via laparoscopica) può durare da 45 minuti (ernie piccole, in pazienti normopeso, senza complicanze) fino a 90 minuti o più; vanno considerati in aggiunta i tempi per la fase di trasferimento al blocco operatorio e di preparazione del paziente e per la fase di osservazione post procedura.

7. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Al termine della procedura con tecnica a cielo aperto e anestesia locale, il paziente può alzarsi, bere e mangiare, camminare spontaneamente (riducendo così al minimo il rischio di complicanze tromboemboliche) e già dopo poche ore può riprendere le normali attività quotidiane.

L'anestesia locoregionale può implicare tempi di recupero un poco più lunghi, soprattutto per garantire una ripresa ottimale del tono muscolare delle gambe; si deve attendere che la funzione urinaria riprenda spontaneamente.

Dopo una breve osservazione postoperatoria l'operato viene dimesso rapidamente e può fare così ritorno alla propria abitazione in tutta sicurezza. Lo staff medico e chirurgico garantiscono peraltro la loro pronta disponibilità per le prime 24 ore.

La regione sede dell'intervento può, per alcune ore successive l'intervento, presentare minore sensibilità al tatto. Ciò è assolutamente normale ed è conseguente all'anestesia praticata.

In caso di ernioplastica per via laparoscopica, in anestesia generale, il paziente resterà ricoverato per circa 24 ore e comunque potrà riprendere a muoversi e alimentarsi molto precocemente, dopo valutazione medico-infermieristica.

La ripresa dell'attività fisica dovrà avvenire il più presto possibile, anche se in modo graduale.

Per qualche settimana potrebbe essere palpabile un cordone più consistente, sotto la ferita. È un fatto del tutto normale, dovuto ai punti di sutura interni. Abitualmente il tessuto ritorna alla consistenza normale nel giro di un paio di mesi.

Nella maggior parte dei casi il lavoro potrà essere ripreso dopo qualche giorno dall'intervento, fatta eccezione per lavori molto pesanti, che prevedano il sollevamento di pesi o che debbano essere svolti in piedi per parecchie ore. In questi casi è opportuno attendere almeno 5-6 settimane.

8. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Il trattamento chirurgico è per l'ernia l'unica cura risolutiva. È evidente che l'intervento può essere più o meno invasivo, a seconda che venga eseguito per via "aperta" o laparoscopica e con anestesia locale o generale.

L'intervento per via aperta e in anestesia locale ha il vantaggio per il paziente di una dimissione pressochè immediata; l'intervento per via laparoscopica può permettere di curare altre patologie oltre all'ernia, nello stesso intervento (ad esempio eseguendo colecistectomia e riparazione dell'ernia) ma ha lo svantaggio di richiedere l'anestesia generale e di essere gravato da maggiori rischi.

9. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Fra le complicanze locali, le più frequenti vi sono:

- **Sieromi e/o ematomi** a carico della ferita chirurgica che tuttavia vengono trattati in via conservativa (cioè senza necessità di un nuovo intervento o di manovre invasive) con ottimi risultati nella gran parte dei casi; viene riportata un'incidenza di questa complicanza intorno al 4%, soprattutto in pazienti che assumono anticoagulanti o antiaggreganti per patologie concomitanti;
- **edema del testicolo, orchite**: consiste nell'infiammazione e conseguente ingrossamento del testicolo e può verificarsi in taluni casi quando il deflusso venoso viene ad essere rallentato; è una complicanza precoce e transitoria, non frequente, dell'ernioplastica inguinale
- **ematoma dello scroto**: si può presentare nelle prime giornate postoperatorie, soprattutto in soggetti operati per ernia inguinale di grosse dimensioni e in pazienti che assumono antiaggreganti o anticoagulanti; regredisce spontaneamente senza lasciare traccia;
- **nevralgie inguino-crurali**, temporanee e/o persistenti, per irritazione nervosa o intrappolamento del nervo nel tessuto cicatriziale che si forma a seguito della plastica erniaria; devono essere valutate nel tempo (nei 3-12 mesi successivi all'intervento);
- **ritenzione urinaria acuta**, cioè impossibilità temporanea di svuotare la vescica; è di solito legata al dolore postoperatorio o al tipo di anestesia effettuato e si risolve svuotando la vescica con un catetere e più raramente posizionando il catetere urinario per alcune ore o giorni;
- **infezione della ferita e/o della protesi**: è una complicanza relativamente rara, che se non viene a risoluzione con terapia medica può necessitare di un reintervento per la rimozione della protesi stessa;
- **migrazione della protesi**: evento raro che, tuttavia può richiedere la rimozione della protesi che si è spostata dal sito di impianto; spesso concomita con recidiva dell'ernia.

Fra le complicanze generali, sono possibili:

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie

d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica;

- **broncopolmonite, atelettasia, insufficienza respiratoria e scompenso cardio-circolatorio**, soprattutto in soggetti anziani con preesistenti turbe cardio-respiratorie;
- **trombosi venosa profonda**, possibili in tutti gli interventi anche, talora, in presenza di una opportuna profilassi postoperatoria.

Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili o di natura infettiva.

10. DOLORE POST-PROCEDURA

Nel postoperatorio, quando diminuisce l'effetto dell'anestesia, comincerà ad avvertire dolenzia, senso di peso o di bruciore. Queste sensazioni sono molto soggettive.

La gestione del dolore verrà trattato in tutto il percorso perioperatorio con terapia adeguata secondo le indicazioni date dal medico.

Il paziente deve riferire esattamente al medico se riscontra beneficio alla terapia in corso, in caso contrario la terapia verrà rivista.

11. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI

In alcuni casi le ernie addominali si risolvono spontaneamente. Ciò accade per le ernie ombelicali nel neonato che possono regredire spontaneamente dopo i primi anni di vita.

In tutti gli altri casi le ernie addominali devono essere trattate chirurgicamente. L'utilizzo di un cinto erniario o di biancheria contenitiva non rappresenta una vera e propria terapia e può esser consigliato solo nel caso di soggetti estremamente anziani con breve aspettativa di vita o con grave compromissione dello stato di salute.

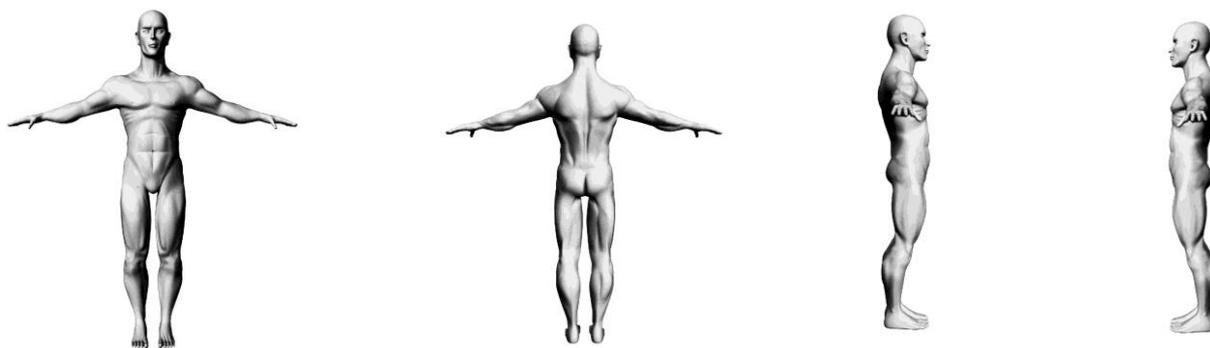
12. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

Il paziente che notasse anomalie a livello della ferita chirurgica o della regione operata o segni e sintomi generali (febbre, ad esempio) deve ricorrere al medico di famiglia ed eventualmente all'equipe chirurgica che aveva eseguito l'intervento o a Pronto soccorso.

13. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

L'evoluzione naturale della malattia porta ad un aumento di dimensioni dell'ernia e può portare a conseguenze come l'intasamento (cioè l'ernia non ritorna più in addome, anche con manovre specifiche) o lo strozzamento (complicanza grave, che richiede un intervento d'urgenza, e che si manifesta quando la parte erniata va incontro a sofferenza vascolare, cioè mancanza di adeguato apporto di sangue e di ossigeno).

14. INDICARE CON UNA X IL PUNTO DEL CORPO INTERESSATO DAL TRATTAMENTO PROPOSTO



15. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

L'intervento chirurgico di ernioplastica ottiene la riparazione dell'ernia nel 100% dei casi. Nel periodo successivo è possibile che avvenga una recidiva dell'ernia (nella sede operata o nelle vicinanze) ma attualmente questo avviene raramente, grazie all'uso delle protesi. In mani esperte la recidiva erniaria è rara, spesso legata ad aumento del peso corporeo, a assunzione di farmaci o a sforzi fisici eccessivi.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

- 1.) *Dopo l'operazione in Day Hospital posso guidare per tornare a casa?*
 - 2.) *Dopo quanti giorni posso tornare al lavoro?*
 - 3.) -----
-

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione di Chirurgia Generale oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Nell'ambito dell'educazione clinica dei pazienti, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha creato delle pagine web e degli opuscoli informativi utili al paziente.

Di seguito trova il QR code, che potrà inquadrare con il suo cellulare, e che la porterà alle informazioni cliniche e organizzative di sua utilità.



**GUIDA AL PERCORSO DI
PREOSPEDALIZZAZIONE**



**GUIDA
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

RICEVUTA DI CONSEGNA DELL'INFORMATIVA

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Data __/__/_____

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate².

Ora __ : __

Data __/__/_____

Firma del medico

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA
INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

CHRGEN06 – rev. 08.01.2024

² Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell'atto del consenso è necessario raccogliergli le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.