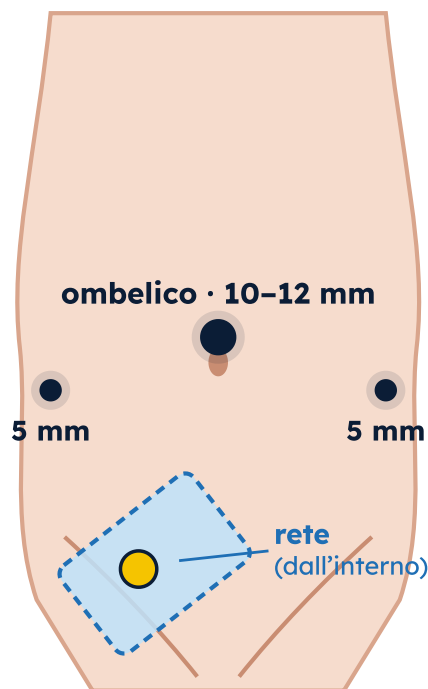


Ernia inguinale

e intervento in laparoscopia: che cos'è, come prepararsi, come recuperare



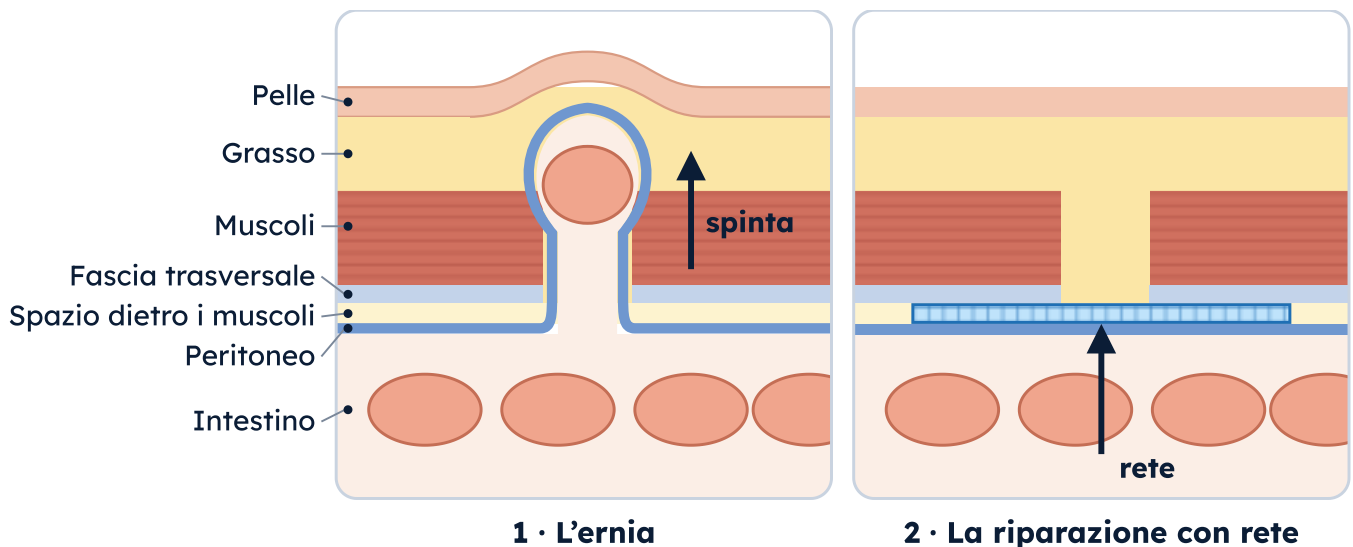
In breve

- L'ernia inguinale è un **punto debole** della parete dell'addome, all'inguine, da cui sporge un piccolo "sacco".
- Se dà pochi disturbi o nessuno, nell'uomo si può **attendere con controlli**; quando dà fastidio, l'**intervento** è la cura definitiva.
- In laparoscopia l'ernia si ripara **dall'interno**, con tre piccoli fori e una rete: di solito si torna a casa in giornata.

Che cos'è l'ernia inguinale

La parete dell'addome è fatta di più strati, come una "cipolla": pelle, grasso, muscoli, una membrana di sostegno (**fascia trasversale**) e, all'interno, il **peritoneo**, il sottile foglietto che riveste gli organi.

Nell'inguine questa parete ha dei **punti naturalmente più deboli**. Con gli anni, o per una predisposizione, un punto può cedere: il peritoneo spinge verso l'esterno e forma un **sacco**, in cui può entrare un tratto di intestino o di grasso. Da fuori si vede e si sente come un **rigonfiamento**.



Schema semplificato, non in scala. A sinistra l'ernia; a destra la riparazione con rete posta dietro i muscoli.

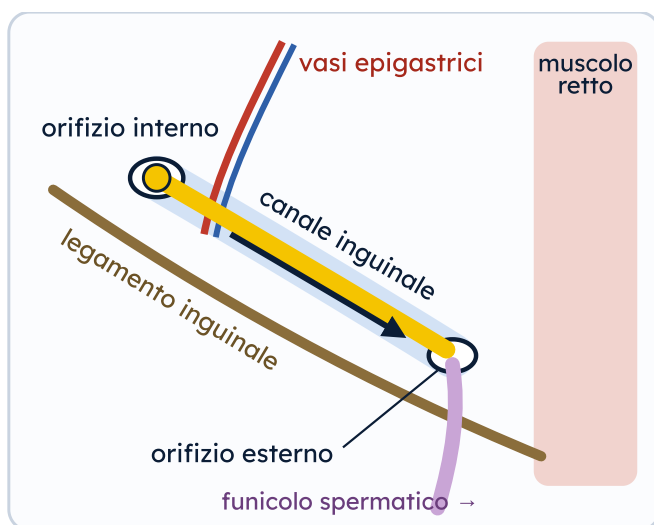
Chi ne soffre

È molto frequente: nel corso della vita viene operato d'ernia inguinale circa **1 uomo su 4** e circa **3 donne su 100**^[1].

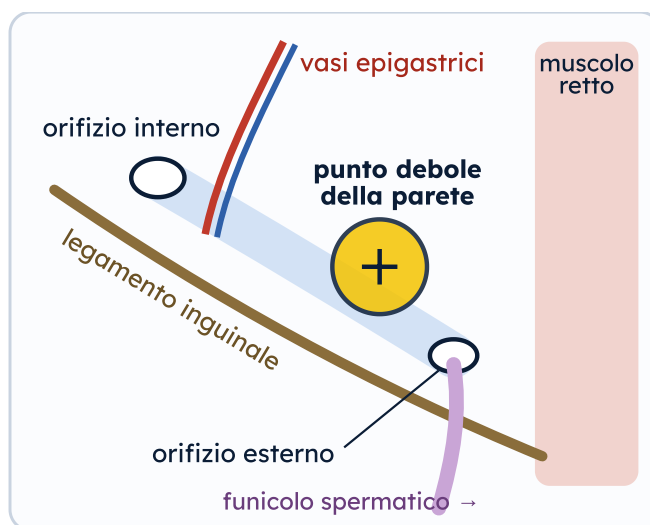
- **Fattori di rischio dimostrati:** sesso maschile, età, familiarità, un'ernia già avuta dall'altro lato, intervento alla prostata, un collagene "più debole" per costituzione^[1].
- **Fattori possibili, ma meno certi:** stitichezza cronica, sollevamento abituale di pesi, tosse cronica (per esempio nei fumatori)^[1].

L'ernia **non è colpa del paziente** e non si "sbaglia" un movimento per farla venire: di solito è una debolezza che si manifesta col tempo.

Diretta o indiretta, sintomi e allarmi



INDIRETTA: dall'orifizio interno



DIRETTA: cede la parete di fondo

Inguine destro visto da davanti (schema). A sinistra il fianco, a destra il centro della pancia.

Indiretta: il sacco entra dall'**orifizio interno** e scende lungo il canale inguinale, a volte fino allo scroto. È la più comune, anche nei giovani.

Diretta: la parete di fondo del canale cede e il sacco sporge "in avanti". È più tipica dell'età adulta e avanzata.

Esiste anche l'**ernia femorale**, appena sotto la piega dell'inguine, più frequente nelle donne: per questo nella donna si consiglia di non attendere^[1].

Sintomi tipici e diagnosi

Rigonfiamento all'inguine che **aumenta in piedi**, con la tosse o lo sforzo e **rientra da sdraiati**; peso o fastidio a fine giornata. Nella grande maggioranza dei casi basta la **visita**; l'ecografia serve solo in alcuni casi dubbi^[1].

Vada subito in Pronto Soccorso (o chiami il 112) se:

- il rigonfiamento diventa **duro, molto dolente** e **non rientra più**;
- il dolore è forte e cresce, la pelle sopra è **rossa o violacea**;
- compaiono **nausea, vomito, pancia gonfia** o non riesce a liberarsi di feci e gas.

Può essere un'ernia "strozzata", in cui l'intestino rischia di soffrire: è un'urgenza. **Non provi a spingerla dentro con forza.**

Si può evitare o rimandare l'intervento?

Un'ernia **non guarisce da sola** e nessun farmaco la chiude. Ma non tutte vanno operate subito: in alcuni casi si può scegliere, insieme al medico, l'**attesa vigile** (in inglese “watchful waiting”).

L'attesa vigile si può valutare se:

- è un **uomo adulto**;
- l'ernia **non dà disturbi, o solo minimi**;
- rientra facilmente;
- accetta **controlli regolari** e sa riconoscere i segnali d'allarme.

Meglio non attendere se:

- l'ernia **fa male** o limita lavoro e attività;
- è **donna**, per il rischio di ernia femorale (in gravidanza invece di solito si attende)^[1];
- l'ernia **cresce** o rientra con fatica;
- ha già avuto un episodio di ernia bloccata.

COSA DICONO GLI STUDI

In uno studio americano su **720 uomini** con ernia poco fastidiosa, attendere è risultato **sicuro**: a 2 anni dolore e qualità di vita erano simili a chi era stato operato, e un'ernia bloccata si è verificata in circa **2 casi ogni 1.000 pazienti all'anno**^[5]. Seguendo gli stessi pazienti fino a 11 anni, però, circa **7 su 10** hanno poi scelto di operarsi, soprattutto per dolore, e quasi 8 su 10 sopra i 65 anni^[6]. Uno studio scozzese su uomini sopra i 55 anni ha mostrato che molti finiscono per operarsi comunque e che operare presto non aumenta il dolore cronico^[7].

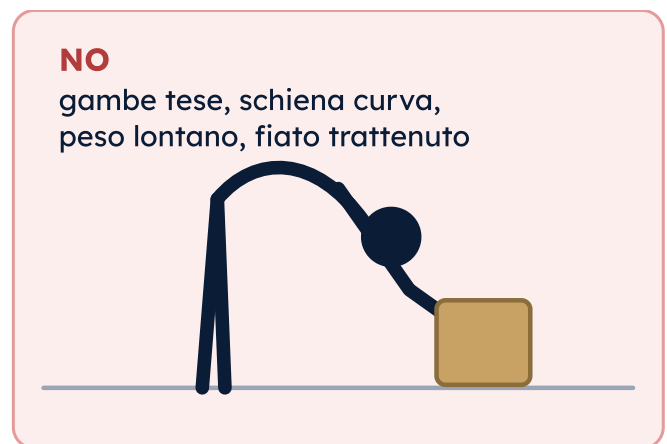
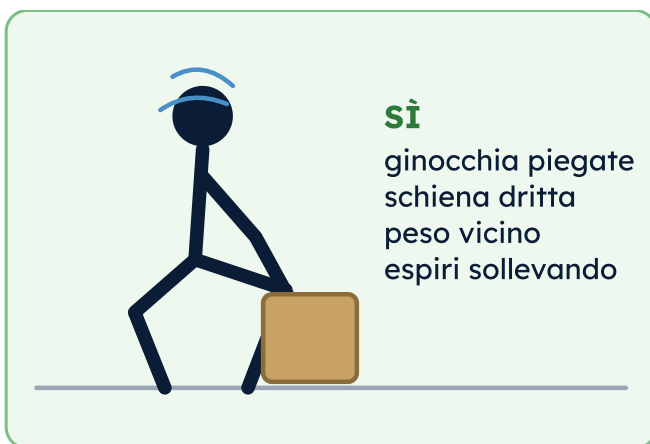
Le linee guida internazionali dicono quindi che le ernie **con sintomi vanno operate**, mentre negli uomini con pochi o nessun sintomo l'attesa è un'opzione ragionevole, da discutere caso per caso, sapendo che **la maggior parte prima o poi richiederà l'intervento**^[1,2].

E il cinto erniario? Il cinto può dare sollievo a chi non può o non vuole operarsi, ma **non cura** l'ernia, non la fa rientrare per sempre e non evita le complicanze. Se lo usa, lo faccia solo su indicazione del medico e lo indossi da sdraiato, a ernia rientrata.

Se è in attesa: le abitudini che aiutano

Queste abitudini **non fanno sparire l'ernia**, ma riducono la pressione sull'inguine, possono limitare i fastidi e la preparano meglio a un eventuale intervento.

-  **Intestino regolare, senza spingere.** Fibre (verdura, frutta, legumi, cereali integrali), acqua a sufficienza salvo diverse indicazioni del medico, orari regolari. Se serve, chiedi al medico un lassativo dolce.
-  **Curi la tosse.** Una tosse che dura da settimane va valutata; mentre tossisce o starnutisce, appoggi una mano sull'inguine.
-  **Se fuma, smetta.** Riduce la tosse e, se si arriverà all'intervento, diminuisce le complicanze della ferita^[9].
-  **Mantenga un peso adeguato.** Il sovrappeso non è una causa dimostrata dell'ernia, ma rende l'intervento più complesso e aumenta il rischio che l'ernia ritorni^[1].
-  **Sollevi i pesi nel modo giusto** e, se può, eviti di sollevare carichi molto pesanti da solo.

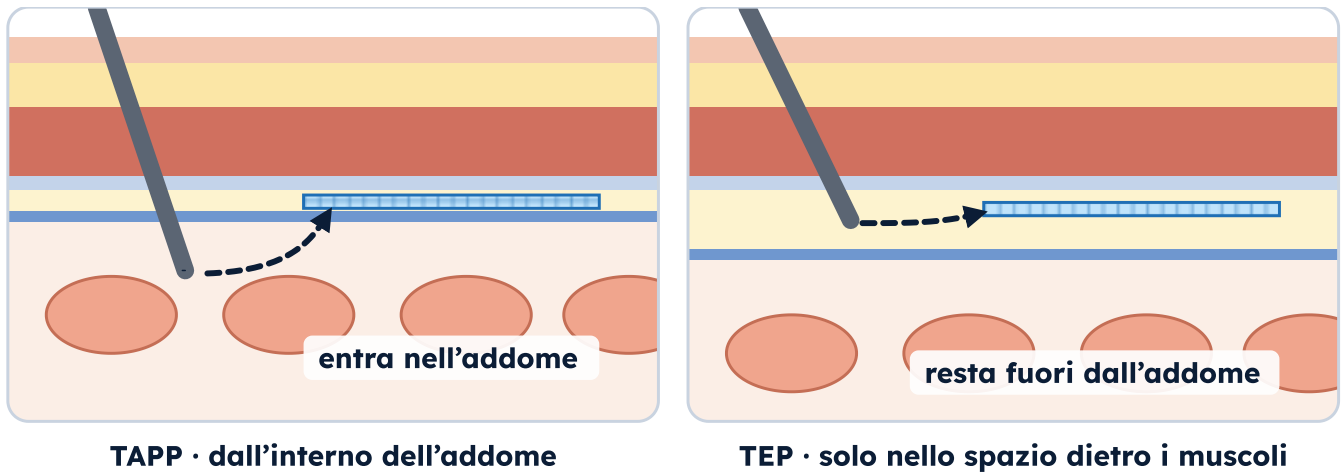


-  **Respiro e muscoli della pancia.** Non trattienga il fiato sotto sforzo: **espiri mentre spinge o solleva.** Esercizi dolci di respirazione con la pancia e di attivazione dei muscoli profondi vanno bene se non danno dolore; eviti sforzi massimali, addominali “a scatto” e pesi in apnea. Ogni programma va concordato con il medico o il fisioterapista.

In modo onesto: nessun esercizio, ginnastica o integratore chiude il punto debole della parete. Quando l'ernia dà disturbi, la cura definitiva è l'intervento^[1].

L'intervento in laparoscopia

Invece di un taglio all'inguine, l'ernia si ripara **dall'interno** con una telecamera e strumenti sottili, attraverso **tre piccoli fori**: uno all'ombelico e due sui fianchi.



Le due varianti, con risultati simili^[1,3,4]. La scelta dipende dal tipo di ernia e dall'esperienza del chirurgo.

- 1 Anestesia generale:** Lei dorme per tutto l'intervento.
- 2** Con un gas (anidride carbonica) si crea lo spazio per vedere e lavorare.
- 3** Il chirurgo riporta il sacco erniario al suo posto.
- 4** Posiziona una **rete** (di solito almeno 10 × 15 cm)^[1] **dietro i muscoli**, che copre insieme tutti i punti deboli dell'inguine: diretto, indiretto e femorale. La pressione della pancia la tiene appoggiata alla parete.
- 5** Con lo stesso accesso, se serve, si può riparare anche un'ernia dall'altro lato.

Nella maggior parte dei casi si opera in **day surgery**: si torna a casa lo stesso giorno, accompagnati^[1].

COSA DICONO GLI STUDI

Una grande revisione Cochrane (41 studi, oltre **7.000 pazienti**) ha mostrato che, rispetto all'intervento "aperto", con la laparoscopia si torna alle attività in media circa **una settimana prima**, con **meno dolore e meno intorpidimento** a distanza; le recidive sono simili a quelle dell'intervento aperto con rete. Le lesioni di vescica o vasi sono rare, ma un po' più frequenti^[8]. Le linee guida internazionali indicano la laparoscopia, dove c'è esperienza, come la tecnica con recupero più rapido e minor rischio di dolore cronico, ed è suggerita nelle donne e nelle ernie bilaterali^[1,2].

Prima dell'intervento

-  **Visita ed esami.** Di solito esami del sangue, elettrocardiogramma e visita con l'anestesista, secondo le regole della struttura. Porti eventuali esami recenti e l'elenco completo dei farmaci.
-  **Farmaci che “fluidificano” il sangue** (anticoagulanti come warfarin o i nuovi anticoagulanti, antiaggreganti come l'aspirina o il clopidogrel): **non li sospenda da solo.** Ne parli prima con il chirurgo, l'anestesista e il medico che li ha prescritti: con questi farmaci il rischio di sanguinamento è più alto (in un grande registro tedesco 3,9% contro 1,1%)^[1]. Segnali anche farmaci per il diabete, integratori e allergie.
-  **Fumo.** Se possibile smetta **almeno 4 settimane prima**: i programmi intensivi per smettere hanno ridotto di oltre la metà le complicanze, soprattutto della ferita^[9]. Il medico di famiglia o un centro antifumo possono aiutarLa.
-  **Peso e movimento.** Camminare ogni giorno e, se è in sovrappeso, perdere qualche chilo aiutano anestesia e recupero.
-  **Intestino.** Arrivi con l'intestino regolare: dopo l'intervento gli antidolorifici possono rallentarlo.
-  **Febbre, raffreddore, tosse forte** nei giorni prima: avvisi la struttura, a volte conviene rimandare.
-  **Organizzi casa e rientro.** Serve un accompagnatore per tornare a casa (non potrà guidare quel giorno) e, se possibile, qualcuno con Lei la prima notte. Prepari una borsa del ghiaccio, abiti comodi e slip aderenti, che sostengono la zona e riducono il gonfiore.
-  **Il giorno dell'intervento.** Rispetti il digiuno indicato dalla struttura, prenda solo i farmaci concordati con un sorso d'acqua, tolga gioielli e smalto, e **urini poco prima** di entrare in sala operatoria.

I primi giorni a casa

Giorno 0 la sera dell'intervento

- Si alza e **cammina** già nelle prime ore, con un aiuto la prima volta.
- Prima della dimissione si controlla che riesca a **urinare** bene.
- Beva e mangi leggero; il giorno dopo torna all'alimentazione abituale.

Giorni 1-2 riprendere a muoversi

- Cammini **più volte al giorno** in casa e fuori: aiuta circolazione, intestino e dolore.
- Faccia le attività leggere: vestirsi, lavarsi, piccole faccende, salire le scale.
- Per tossire, starnutire o alzarsi dal letto, **appoggi un cuscino** sulla pancia e si giri prima su un fianco.

Giorni 3-5 verso la normalità

- Molti pazienti riprendono le attività quotidiane e il lavoro leggero o da seduti già in questi giorni^[1].
- Aumenti un po' ogni giorno, lasciandosi guidare dal fastidio: se un'attività fa male, la riduca e riprovi dopo.



Dolore. Prenda gli antidolorifici prescritti (di solito paracetamolo, eventualmente con un antinfiammatorio) **a orari regolari** nei primi 2-3 giorni, poi al bisogno^[1].



Ghiaccio. Sull'inguine per 15-20 minuti più volte al giorno, sempre avvolto in un panno, mai a contatto diretto con la pelle.



Ferite e doccia. I tre forellini sono chiusi con punti riassorbibili, colla o cerotti. Di solito la doccia è possibile dopo 24-48 ore, secondo le indicazioni ricevute: asciughi tamponando, senza strofinare, e non metta creme. Niente bagno in vasca, piscina o mare finché le ferite non sono ben chiuse.



Intestino. Beva, mangi fibre e cammini; se dopo 2-3 giorni non si è ancora liberato, chiedi un lassativo dolce. Eviti di spingere.

Che cosa è normale, quando chiamare

È normale, di solito passa da solo

- **Lividi** all'inguine, allo scroto o alla base del pene, che scendono verso il basso nei primi giorni.
- Un po' di **gonfiore** e una sensazione di tensione all'inguine.
- Un **“bozzo” morbido** nella sede dell'ernia nelle prime settimane: spesso è una raccolta di liquido (**sieroma**) che di solito si riassorbe da sola. Non è l'ernia che è tornata^[1,3].
- **Dolore alle spalle** per 1-2 giorni, dovuto al gas usato durante l'intervento.
- Fastidio alla ferita dell'ombelico, stanchezza, intestino pigro.

Chiami la struttura o il medico se:

- ha **febbre** sopra i 38 °C;
- una ferita è **rossa, calda, gonfia** o esce pus;
- **non riesce a urinare** o urina pochissimo;
- il dolore **aumenta** invece di diminuire, nonostante gli antidolorifici;
- il gonfiore dello scroto o dell'inguine **cresce in fretta** o diventa duro;
- ha **vomito**, pancia molto gonfia, non passano gas.

Chiami subito il 112 se:

ha **fiato corto, dolore al petto**, oppure un **polpaccio gonfio e dolente**, o un sanguinamento che non si ferma.

Tenga a portata di mano la lettera di dimissione e il numero di telefono della struttura in cui si è svolto l'intervento.

Dalla prima alla sesta settimana

Le linee guida consigliano di tornare alle attività normali **senza restrizioni rigide, appena si sente in grado**: nessuno studio ha dimostrato che riprendere presto faccia tornare l'ernia^[1,3]. Le tappe qui sotto sono indicative: valgono le istruzioni del Suo chirurgo.

Attività	Quando, di solito
Camminare	Da subito, aumentando ogni giorno.
Lavoro da seduti	Dopo pochi giorni (spesso 3-5) ^[1] .
Lavoro fisico	Di solito dopo 1-2 settimane, in base al dolore e al tipo di lavoro ^[1] .
Guidare	Quando può frenare di colpo e girarsi senza dolore e non prende farmaci che danno sonnolenza: spesso dopo pochi giorni.
Rapporti sessuali	Quando si sente a Suo agio, spesso dopo alcuni giorni.
Pesi e sport	Ripresa graduale; attività fisiche e sport per molti dopo 1-3 settimane ^[1] , i carichi massimali per ultimi.

Un piano di esercizi graduale

Settimana 1

Camminate di 10-20 minuti 2-3 volte al giorno. Respirazione con la pancia: inspiri dal naso gonfiando l'addome, espiri lentamente dalla bocca (5 minuti, 2 volte al giorno).

Settimana 2

Camminate fino a 30-45 minuti, cyclette leggera. Esercizi da sdraiato senza dolore: ponte con il bacino, piegare un ginocchio alla volta verso il petto, attivazione dolce dei muscoli profondi della pancia espirando.

Settimane 3-4

Nuoto (con ferite chiuse), bici, corsa leggera. Plank brevi sulle ginocchia, piccoli pesi con buona tecnica e respiro libero.

Settimane 5-6

Ritorno progressivo a palestra, sport di squadra e carichi pesanti, se non c'è dolore. Il fastidio è una guida: se compare, faccia un passo indietro.

Domande frequenti

La rete si sente? Va tolta?

No, non va tolta: resta al suo posto e viene inglobata dai tessuti. Nelle prime settimane si può percepire un po' di rigidità all'inguine, che di solito scompare.

Posso fare la risonanza magnetica?

Sì: le reti per l'ernia non sono di metallo. Le eventuali clip o graffette di fissaggio sono in genere compatibili; avvisi comunque il personale.

L'ernia può tornare?

Può succedere a una minoranza di pazienti, anche dopo anni. Il rischio dipende soprattutto dalla tecnica e dall'esperienza di chi opera, meno da quello che fa Lei dopo l'intervento^[1].

Avrò dolore a lungo?

Di solito il dolore si riduce molto nei primi giorni. Un fastidio che dura oltre 3 mesi riguarda circa 1 paziente su 10 e tende a diminuire nel tempo; un dolore che limita davvero le attività è raro (circa 1-6 su 100)^[1]. Con la laparoscopia questo rischio è più basso^[1,8].

L'intervento può influire sulla fertilità o sulla vita sessuale?

Il funicolo spermatico viene rispettato e i problemi ai testicoli sono rari^[1,3]. Nei primi giorni lividi e gonfiore allo scroto sono frequenti e passano.

Ho un'ernia anche dall'altro lato: si operano insieme?

Spesso sì, con gli stessi tre forellini e tempi di recupero simili^[1,2].

Posso aspettare l'estate o la fine di un periodo di lavoro?

Se l'ernia dà pochi disturbi e il medico è d'accordo, in genere sì, conoscendo i segnali d'allarme della pagina 3.

Quante visite di controllo servono?

Di solito un controllo dopo alcune settimane, poi solo se compaiono dubbi o disturbi.

FONTI

Gli studi citati

I numeri tra parentesi quadre nel testo rimandano a questo elenco. Tutti gli studi sono consultabili su PubMed (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov) digitando il numero PMID.

1. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018;22(1):1-165. PMID 29330835
2. Stabilini C, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS Open* 2023;7(5):zrad080. PMID 37862616
3. Bittner R, et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society). *Surg Endosc* 2015;29(2):289-321. PMID 25398194
4. Poelman MM, et al. EAES Consensus Development Conference on endoscopic repair of groin hernias. *Surg Endosc* 2013;27(10):3505-3519. PMID 23708718
5. Fitzgibbons RJ Jr, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006;295(3):285-292. PMID 16418463
6. Fitzgibbons RJ Jr, et al. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg* 2013;258(3):508-515. PMID 24022443
7. O'Dwyer PJ, et al. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. *Ann Surg* 2006;244(2):167-173. PMID 16858177
8. McCormack K, et al.; EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001785. PMID 12535413
9. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(3):CD002294. PMID 24671929

Promemoria rapido

Prima

Farmaci per il sangue:
decida con il medico ·
Smettere di fumare ·
Intestino regolare ·
Accompagnatore

Primi giorni

Camminare spesso ·
Antidolorifici a orario ·
Ghiaccio nel panno ·
Cuscino sulla pancia per
tossire

Allarme

Febbre oltre 38 °C · Non
riesce a urinare · Dolore
che aumenta · Fiato corto:
112



Dr. Vito Lavanga

Ortho-Next · Lainate (MI)

oltre 2.300 interventi come primo
operatore

OrthoNext[®]

La tua salute ovunque tu sia

WHATSAPP

392 39 91 841

SITO

orthonext.it

Guida informativa: non sostituisce la visita medica né le indicazioni del chirurgo che La opera. Tempi e consigli sono indicativi e vanno adattati a ogni paziente. Le illustrazioni sono schemi semplificati, non in scala. I dati degli studi sono medie di letteratura, non risultati personali.