

Riparazione dell'ernia ombelicale nell'adulto



Ernia ombelicale

La Patologia

Si parla di ernia ombelicale quando un tessuto intra-addominale protrude attraverso un'apertura nei muscoli dell'addome in corrispondenza dell'ombelico. Circa il 10% delle ernie addominali sono ernie ombelicali.¹

Sintomi Comuni

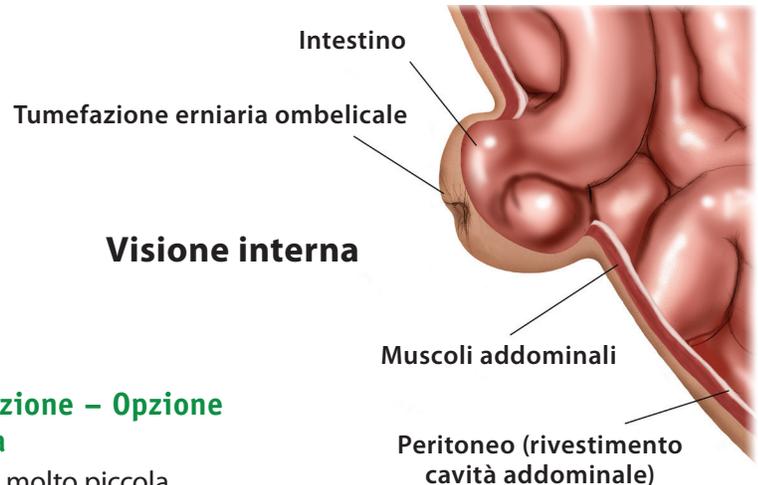
- Tumefazione visibile sull'addome, soprattutto quando si tossisce o si compie sforzi fisici;
- Dolore o senso di pressione nel sito della tumefazione.

Opzioni di Trattamento

Procedura Chirurgica

Riparazione open dell'ernia —Viene praticata un'incisione vicino alla zona dell'ernia. Il chirurgo procederà alla riparazione dell'ernia posizionando una rete protesica o suturando gli strati muscolari.

Riparazione laparoscopica dell'ernia —L'ernia viene riparata inserendo una rete protesica o eseguendo delle suture tramite strumenti specifici inseriti nell'addome attraverso piccole incisioni.



Vigile Osservazione – Opzione Non Chirurgica

In caso l'ernia sia molto piccola, riducibile (si può spingere il contenuto all'interno dell'addome) e non associata a fastidio si può aspettare a procedere con la riparazione chirurgica.³ Se l'ernia non viene trattata chirurgicamente, si ha il 4% di rischio che vada incontro a strangolamento nei successivi 5 anni: ciò significa che l'intestino che fuoriesce attraverso l'ernia viene compresso eccessivamente e non riceve più flusso di sangue. In questo caso ci sarà bisogno di un intervento in urgenza.

Rischi e Benefici dell'Intervento

Benefici—L'intervento è l'unico modo per riparare l'ernia. Potrai tornare alle tue normali attività e, nella maggior parte dei casi, non avrai altri disagi.

Possibili rischi includono—Recidiva (ricomparsa) dell'ernia; infezione; lesioni alla vescica, ai vasi sanguigni, all'intestino o ai nervi; dolore continuo nel sito dell'ernia.³

Rischi del non affrontare l'intervento— La tua ernia può causare dolore e aumentare di dimensioni. Se il tuo intestino rimanesse intrappolato nell'ernia, potresti avere dolore improvviso, vomito e aver bisogno di un intervento in urgenza.

Cosa aspettarsi

Prima dell'intervento—la valutazione preoperatoria può includere analisi del sangue, analisi delle urine ed un'ecografia. Il tuo chirurgo e l'anestesista esamineranno la tua storia clinica, i farmaci che assumi e le opzioni di controllo del dolore.

Il giorno dell'intervento—Non mangerai né berrai per sei ore prima dell'operazione. Assumerai regolarmente i tuoi farmaci abituali con un sorso d'acqua. Avrai bisogno di qualcuno che ti accompagni a casa.

La guarigione—In caso di riparazioni semplici, andrai a casa il giorno stesso o quello successivo. In caso di riparazioni chirurgiche complesse sarà necessario un decorso ospedaliero più lungo.⁴

Chiama il tuo chirurgo—In caso di forte dolore, crampi allo stomaco, brividi o febbre alta (oltre 38 °C), aumento di drenaggio dall'incisione o assenza di movimenti intestinali per 3 giorni.

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

Questa prima pagina è una panoramica. Per informazioni più dettagliate, leggere l'intero documento.

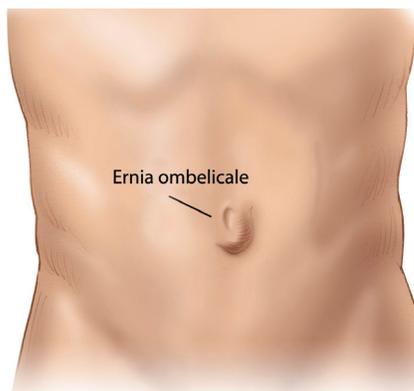
Tieniti informato

A chi viene l'ernia ombelicale?

Nell'adulto, le ernie ombelicali sono il 10% di tutte le ernie addominali.⁵ Sono circa tre volte più frequenti nel sesso femminile a causa della gravidanza, ma sono ugualmente comuni in uomini e donne di età superiore a 60 anni per la debolezza muscolare.⁶

Considerazioni in gravidanza

La gravidanza può determinare un'ernia ombelicale a causa dell'incremento della pressione intra-addominale. L'incidenza dell'ernia in gravidanza è pari allo 0.08%. Se l'ernia non fosse complicata ma sintomatica, dovrebbe essere riparata. Se invece l'ernia è strangolata o incarcerata, richiede un intervento urgente.⁷



Sede dell'ernia

La Patologia

L'ernia ombelicale si verifica quando parte dell'intestino o del tessuto adiposo protrude attraverso un'apertura nei muscoli dell'addome in corrispondenza dell'ombelico. La maggior parte delle ernie ombelicali sono causate da un aumento della pressione intra-addominale contro una parete addominale debole (ernia acquisita).

L'ernia è riducibile quando può essere spinta in addome attraverso l'apertura o diminuisce di dimensioni in caso si stia sdraiati. Quando l'intestino o il tessuto intra-addominale riempie il sacco erniario e non può essere spinto in cavità addominale, si parla di **ernia irriducibile o incarcerata**. Un'ernia viene detta **strangolata** se l'intestino è intrappolato nell'ernia e l'afflusso di sangue all'intestino è ridotto.

Questa è un'emergenza chirurgica e può rendersi necessaria una resezione intestinale.⁸

I Sintomi

I sintomi più comuni sono:

- Rigonfiamento/tumefazione in regione addominale che spesso aumenta di dimensioni tossendo o sforzandosi;
- Dolore o senso di pressione nel sito dell'ernia;
- Dolore addominale acuto e vomito possono significare che l'ernia sia strangolata. Questa è un'emergenza chirurgica e richiede un trattamento immediato.

Poiché i muscoli dell'addome si indeboliscono con l'età, l'ernia può presentare un incremento dimensionale e c'è il rischio di incarceramento e strangolamento.² Le cinture addominali che applicano una pressione e spingono all'interno dell'addome la tumefazione non riparano comunque l'ernia.

Alcuni Fattori di Rischio:

- Età avanzata — I muscoli si indeboliscono;
- Sovrappeso o obesità — L'incremento del peso aumenta la pressione sui muscoli della parete addominale;
- Sforzo cronico;
- Storia familiare;
- Ascite: liquido in eccesso nello spazio tra i tessuti che rivestono l'interno della cavità addominale e gli organi addominali stessi; può essere dovuto ad alcolismo;
- Gravidanza, in particolare gravidanze multiple.

Esami Diagnostici Comuni

Anamnesi ed esame fisico

Controllo della regione addominale alla ricerca di tumefazione.

L'ernia ombelicale è usualmente diagnosticata con il solo esame clinico dell'addome. Metodiche di immagine, come l'ecografia o la TC, possono essere utili se l'esame clinico è inconcludente.

Esami aggiuntivi (vedi il glossario)

Altri esami possono includere:

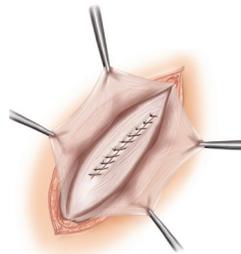
- Ecografia
- Tomografia computerizzata (TC)
- Esami del sangue
- Analisi delle urine
- Elettrocardiogramma (ECG) per pazienti sopra i 45 anni di età o ad elevato rischio cardiovascolare

Trattamento Chirurgico e Non Chirurgico

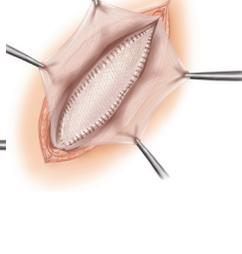


Riparazione "open" (aperta)

Riparazione muscolare con sutura



Riparazione con "mesh" (rete)



Riparazione laparoscopica

Trattamento Chirurgico

Il tipo di intervento dipende dalle dimensioni e dalla sede dell'ernia e se è o no una recidiva (ernia che si ripresenta dopo trattamento). La tua salute, la tua età e l'esperienza del chirurgo sono altri fattori importanti. L'intervento chirurgico è l'unico modo per riparare un'ernia.

L'ernia può essere riparata per via "open" (chirurgia aperta) o per via laparoscopica.

La riparazione può essere fatta usando solo fili di sutura oppure aggiungendo una rete protesica.

Riparazione dell'ernia "open"

Il chirurgo esegue un'incisione vicino al sito dell'ernia ed il tessuto che sporge viene riposizionato all'interno dell'addome. Per chiudere il difetto muscolare vengono usati o fili di sutura o una rete protesica.

- In caso di una riparazione fatta solo con fili di sutura: Il sacco erniario viene rimosso. Il tessuto resistente lungo il margine muscolare viene suturato. L'ombelico viene poi fissato di nuovo al muscolo. Questa procedura viene spesso utilizzata in caso di piccoli difetti.⁹
- In caso di ernioplastica/riparazione "open" con rete protesica: Il sacco erniario viene rimosso. La rete o "mesh" viene posizionata sotto al sito dell'ernia e fissata utilizzando delle suture applicate sul tessuto più resistente che si trova intorno all'ernia. Il "mesh" si estenderà 3-4 cm oltre i margini dell'ernia. La riparazione open e quella laparoscopica (entrambe con posizionamento di rete) dell'ernia ombelicale non differenziano in termini di risultati a 30 giorni e rischio di recidiva.
- Per tutte le riparazioni "Open": l'incisione cutanea viene chiusa mediante punti di sutura, agraiffe (punti metallici) o colla chirurgica.
- Una riparazione open può essere fatta in anestesia locale e sedazione somministrata attraverso una via endovenosa.

- Il chirurgo inietta l'anestetico locale intorno al sito di riparazione dell'ernia per garantire il controllo del dolore.
- In caso di ernie complesse o voluminose, piccoli drenaggi possono essere posizionati con decorso dall'interno all'esterno della parete addominale.

Riparazione laparoscopica dell'ernia

La riparazione laparoscopica riduce il rischio di complicanze della ferita ed è da preferirsi per ernie ombelicali ampie (più di 4 cm di diametro). Questo tipo di riparazione può essere considerato in ernie di medie dimensioni in pazienti ad alto rischio di infezione della ferita.

Il chirurgo esegue alcune piccole incisioni sull'addome. I "ports" o "trocars" (dei tubi cavi) sono inseriti attraverso le incisioni. Gli strumenti chirurgici ed una luce laparoscopica vengono introdotti attraverso i "ports".

L'addome viene quindi insufflato con anidride carbonica per facilitare la visione dell'ernia dall'interno. L'ernia viene riparata con una rete che viene o suturata o fissata con delle agraiffe al muscolo intorno al sito dell'ernia. Le incisioni dei "trocars" vengono chiuse con punti di sutura, clip chirurgiche o colla.

L'erniorrafia è la riparazione chirurgica semplice dell'ernia.

L'ernioplastica è la riparazione chirurgica dell'ernia con rete protesica a rinforzo della zona indebolita.

Trattamento Non Chirurgico

La vigile osservazione clinica di solito non è raccomandata, eccetto che per ernie ombelicali molto piccole. La riparazione chirurgica è raccomandata per adulti che hanno sintomi, incarceramento, ispessimento della cute o ascite scarsamente controllabile.

Tieniti informato

Riparazione "open" vs riparazione laparoscopica

Non ci sono evidenze scientifiche riguardo la migliore tecnica per riparare un'ernia ombelicale. Il tipo di riparazione può dipendere anche dalle dimensioni dell'ernia.

- La riparazione "open" e quella laparoscopica (entrambe con posizionamento di rete) dell'ernia ombelicale non differenziano in termini di risultati a 30 giorni e rischio di recidiva. La riparazione laparoscopica è correlata ad un rischio leggermente più basso di complicanze della ferita, tra cui sieromi, ematomi e infezioni.¹ Le due diverse tecniche hanno simili risultati a lungo termine.
- Le riparazioni "open" possono essere eseguite in anestesia locale invece che in anestesia generale e sono frequentemente effettuate in ambiente di "day surgery" (intervento e dimissione nella stessa giornata).
- Le ernie strangolate possono necessitare di riparazione "open".
- L'utilizzo della rete protesica garantisce una riparazione più efficace e riduce il rischio di recidiva.
- La riparazione per sutura semplice comporta un'incisione più piccola intorno al sito dell'ernia. La riparazione laparoscopica generalmente comporta 3-4 piccole incisioni in corrispondenza delle porte dei "trocars".

Rischi di Questa Procedura

Rischi basati sul Calcolatore di Rischio ACS

Chirurgia "open" (a cielo aperto) e laparoscopica dell'ernia ombelicale secondo il calcolatore di rischio ACS – 30 marzo 2022

RISCHI	Percentuale per paziente medio	Tieniti Informato
Infezione della ferita: l'infezione dell'area dell'incisione chirurgica o vicino all'organo dove è stata eseguita la chirurgia.	Open 1.3% Laparoscopica 0.6%	Il fumo e l'obesità aumentano il rischio di complicanze post-operatorie della ferita. È consigliato smettere di fumare per 4-6 settimane e una perdita di peso fino ad un BMI (indice di massa corporea) inferiore a 35 prima di chirurgia dell'ernia ombelicale in elezione.
Complicanze: includono l'infezione chirurgica, difficoltà a respirare, formazione di trombi, complicanze renali, cardiache e necessità di re-intervento chirurgico.	Open 2.1% Laparoscopica 2.6%	Complicanze correlate all'anestesia generale e alla chirurgia possono essere più frequenti nei pazienti fumatori, anziani e/o obesi e in quelli con ipertensione arteriosa e problemi respiratori. La capacità di guarigione delle ferite, inoltre, può essere ridotta nei pazienti fumatori e in quelli con diabete e disordini del sistema immunitario.
Polmonite: infezione dei polmoni	Open 0.1% Laparoscopica 0.2%	Il movimento, la respirazione profonda e lo smettere di fumare possono aiutare a prevenire le infezioni respiratorie.
Infezione delle vie urinarie: infezioni della vescica o dei reni.	Open 0.2% Laparoscopica 0.1%	Il bere liquidi e la cura del catetere diminuiscono il rischio di infezione urinaria.
Trombosi venosa: un coagulo nelle gambe che può raggiungere i polmoni.	Open 0.1% Laparoscopica 0.1%	Interventi lunghi e l'eccessivo riposo a letto aumentano il rischio. Alzarsi, camminare 5-6 volte al giorno e indossare calze compressive diminuiscono il rischio.
Decesso	0%	Il tuo gruppo chirurgico è preparato ad affrontare ogni situazione d'emergenza.
Rischi da Risultati Riportati in Letteratura negli Ultimi 10 anni	Percentuale per paziente medio	Tieniti Informato
Dolore post-operatorio immediato	La tecnica di riparazione non sembra determinare significative differenze nel dolore post-operatorio precoce. ¹⁰	A causa dell'accostamento chirurgico dei margini muscolari si può avvertire una sensazione di tensione in corrispondenza dell'addome. Il dolore può essere controllato con farmaci antinfiammatori non steroidei, mediante il riposo ed evitando stiramenti o sollevamenti. ¹¹
Recidiva: un'ernia può ritornare dopo la riparazione.	Riparazione semplice: 17% Riparazione con mesh: 2.3% ¹²	L'utilizzo del "mesh" o di altri tipi di rete sembra ridurre il tasso di recidive. ¹² Ascite, patologia epatica, diabete, obesità e riparazioni semplici senza rete sono associate a recidiva. ¹²
Sieroma: raccolta di liquido chiaro/giallo Ematoma: raccolta di sangue nella ferita o nello scroto	Open & Laparoscopica Riparazione semplice: 50 su 1000 Riparazione con rete: 60 su 1000 ⁹	Il sieroma è la complicanza più comune dopo riparazione di ernia ombelicale. Il sieroma può formarsi in corrispondenza del sito dell'ernia riparata. Può rendersi necessaria l'aspirazione del liquido con un ago sterile. Gli ematomi sono trattati con farmaci antinfiammatori non steroidei, con l'elevazione o il riposo.

I dati sono stati calcolati su 1000

Il calcolatore del rischio chirurgico dell'ACS stima il rischio di un esito sfavorevole. I dati provengono da un gran numero di pazienti che hanno subito una procedura chirurgica simile a questa. Se fossi sano senza problemi di salute, il tuo rischio potrebbe essere inferiore alla media. Se fumi, sei obeso o hai altri problemi di salute, allora il tuo rischio potrebbe essere più alto. Queste informazioni non sono destinate a sostituire il parere del medico o di personale sanitario. Per verificare il tuo rischio vai al calcolatore di rischio ACS al link:

<http://riskcalculator.facs.org>.

Prepararsi all'Intervento Chirurgico

Farmaci che assumi a casa

Porta con te una lista di tutti i farmaci, vitamine o integratori che stai prendendo. Potrebbe essere necessario variare l'assunzione delle tue medicine prima del tuo intervento. Alcuni farmaci possono influenzare la tua guarigione e la reazione all'anestesia. Potrai assumere al mattino le tue medicine con un sorso d'acqua nella maggior parte dei casi.

Anestesia

Fai saper al tuo anestesista se hai allergie, malattie neurologiche (epilessia, ictus), malattie cardiache, problemi con lo stomaco, malattie polmonari (asma, enfisema), malattie endocrine (diabete, malattie della tiroide), o protesi dentali mobili; se fumi, bevi alcoolici, fai uso di sostanze stupefacenti, o assumi farmaci omeopatici o vitamine; oppure se hai una storia di nausea e vomito associati all'anestesia.

Se fumi, dovresti farlo sapere al tuo gruppo chirurgico e pianificare di smettere. Infatti, smettere prima dell'intervento può ridurre la frequenza di complicanze respiratorie e della ferita ed aumentare le possibilità di smettere di fumare per sempre. Risorse per smettere di fumare possono essere trovate su: acs.facsitaly.org/pazienti. *Smetti di fumare*

Tempo di Ricovero

Se vieni sottoposto ad anestesia locale, probabilmente andrai a casa nella stessa giornata, altrimenti il giorno dopo se sei stato sottoposto a riparazione di un'ernia voluminosa o incarcerata, se la riparazione laparoscopica ha necessitato un tempo anestesilogico prolungato, se insorgono problemi legati all'anestesia quali nausea, vomito o se non riesci ad urinare.

Il Giorno Dell'intervento Chirurgico

- I tuoi sanitari ti consiglieranno di non bere e non mangiare nelle sei ore prima dell'intervento
- Fai una doccia e pulisci il tuo addome, soprattutto intorno alla regione ombelicale, con un sapone antibatterico
- Lava i denti e sciacqua la tua bocca con un collutorio
- Non radere la zona dell'intervento, il personale medico taglierà i peli vicini al sito chirurgico.

Cosa portare

- Un documento di identificazione/ tessera sanitaria/ assicurazione
- Disposizioni prima dell'intervento (vedi glossario)
- Lista delle medicine assunte
- Vestiti confortevoli
- Pantofole che non ti richiedano di piegarti per indossarle
- Lascia i tuoi oggetti di valore a casa

Cosa aspettarsi

Nell'ospedale/clinica ti verrà messo al polso un braccialetto identificativo con il tuo nome, allergie ed il numero identificativo dell'ospedale/clinica. Questi dovrebbero essere controllati dai sanitari prima di eseguire qualsiasi procedura o somministrarti dei farmaci. Il tuo chirurgo può segnare con una marcatura il sito dell'intervento.

Liquidi ed Anestesia

Una cannula endovenosa sarà posizionata per somministrarti liquidi e medicine. In caso di anestesia generale, tu dormirai e non sentirai dolore. Un tubo sarà posizionato nella tua gola attraverso la bocca per permetterti di respirare durante l'intervento. Per l'anestesia spinale, un sottilissimo ago verrà inserito in prossimità della colonna vertebrale. Sarai sveglio e non avrai dolore.

Dopo il Tuo Intervento

Verrai portato in una sala di risveglio dove verranno attentamente monitorati la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la saturazione dell'ossigeno, la pressione e la diuresi. Assicuratevi che tutti i visitatori lavino le mani.

Prevenire la Polmonite e la Formazione di Trombi

Il movimento e la respirazione profonda dopo il tuo intervento possono aiutare a prevenire le complicanze postoperatorie quali trombi, accumulo di liquidi nei polmoni e la polmonite. Ogni ora esegui da 5 a 10 respiri profondi trattenendo ogni volta il respiro per 3-5 secondi.

Quando vieni sottoposto a un intervento hai un rischio maggiore di formare dei trombi a causa della mancanza di movimento durante l'anestesia. Tale rischio viene diminuito alzandoti e camminando cinque o sei volte al giorno, oppure indossando delle calze elastiche compressive o dei gambaletti a compressione pneumatica, per i pazienti ad alto rischio si prescrivono farmaci che rendono il sangue più fluido.

Domande da Fare

Riguardo il mio intervento

- Quali sono i rischi e gli effetti collaterali dell'anestesia generale?
- Che tecnica di riparazione verrà usata? Laparoscopica oppure "open"? Con rete o con sutura?
- Quali sono i rischi di questa procedura?
- Sarà lui ad eseguire l'intervento?
- Che grado di dolore dovrò aspettarmi e come può essere trattato?
- Quanto tempo dovrà passare prima di poter tornare ad una attività normale – lavoro, guidare, alzare pesi?

Il Tuo Recupero e Dimissione

Tieniti informato

Cibo ad alto contenuto di fibre

Evita di sforzare l'intestino aumentando l'apporto di fibre nella tua dieta con cibi che ne contengono alte quantità

Assicurati di bere da 8 a 10 bicchieri di acqua al giorno

Cibi ad alto contenuto di fibre includono: fagioli, cereali alla crusca, pane integrale, piselli, frutta secca (fichi, albicocche e datteri), lamponi, more, fragole, mais, dolce, broccoli, patate al forno con buccia, prugne, pere, mele, verdure



Il Tuo Recupero e Dimissione

Pensare In Modo Chiaro

Se sei stato sottoposto a un'anestesia generale o hai assunto antidolorifici narcotici, potresti sentirti "strano" per 2 o 3 giorni, avere difficoltà con la memoria e sentirti più affaticato. Non dovresti guidare, bere alcolici o prendere decisioni importanti per almeno due giorni.

Alimentazione

- Quando ti sveglierai dall'anestesia generale, potrai bere piccole quantità di liquidi. Se te la senti, puoi incominciare a mangiare cibi normali.
- Continua a bere circa 8-10 bicchieri di acqua al giorno
- Mangia cibi ad alto contenuto di fibre così da non sforzarti quando vai al bagno.

Attività

- Aumenta lentamente le tue attività. Assicurati di alzarvi e camminare ogni ora in modo da prevenire la formazione di coaguli.
- Potresti andare a casa lo stesso giorno dopo una semplice riparazione. Se hai altre patologie o complicanze come nausea, vomito, sanguinamento, difficoltà ad urinare, potresti rimanere di più.

Ritorno ad attività lavorativa o scolastica

- Dopo la dimissione, puoi ritornare al lavoro nel giro di 2-3 giorni.
- Non sollevare carichi maggiori di 5 Kg, non arrampicarsi e non partecipare ad attività faticose per almeno 4-6 settimane.
- Tali limitazioni nel sollevare pesi possono durare anche sei mesi dopo la riparazione di ernie complesse o recidive.²



Lavaggio delle mani



Steri-strips®

Cura Della Ferita

- Lava sempre le mani prima e dopo aver toccato la zona vicina alla ferita.
- Non ti immergere in una vasca da bagno fin quando i punti di sutura, Steri-Strips®, o le agrafes non sono state rimosse. Puoi fare una doccia dopo la seconda giornata post-operatoria a meno che non ti sia stato sconsigliato.
- Segui le indicazioni del tuo chirurgo quando cambi la medicazione.
- Una modesta quantità di secrezione dalla ferita è normale. Se la medicazione è impregnata di sangue chiama il tuo chirurgo.
- Se hai delle Steri-Strips sulla ferita, esse di solito cadono da sole in 7-10 giorni.
- Se la ferita è stata trattata con della colla chirurgica, permetti alla colla di sfaldarsi da sola.
- Evita di indossare vestiti stretti o ruvidi. Essi possono sfregare contro l'incisione e rendere difficoltosa la guarigione.
- Proteggi la pelle nella zona della cicatrice, specialmente dal sole. Il sole la potrebbe bruciare e causare una cicatrizzazione più scura
- La tua cicatrice guarirà in 4-6 settimane, diventerà più morbida e tenderà a sbiadire in circa un anno.
- Puoi accedere al manuale di cure a domicilio delle ferite chirurgiche (ACS Surgical Wound Home Management Program) sul sito dell'American College of Surgeons al link: www.facs.org/woundcare

Controllo del dolore

Il tuo dolore post-operatorio può essere controllato usando farmaci come l'ibuprofene. Terapie non farmacologiche, come il ghiaccio, possono essere ugualmente efficaci. Per dolore di grado severo che ti impedisce di muoverti o di dormire potrebbe essere necessaria terapia con oppioidi. Intorno alla quarta giornata post-operatoria, la maggior parte dei pazienti non ha dolore severo. Il dolore in corrispondenza della ferita chirurgica si attenua di solito intorno a 7-10 giorni. Vedi la guida al controllo sicuro ed efficace del dolore sul sito dell'American College of Surgeons o al link: <https://www.facs.org/for-patients/safe-pain-control/>

Pain	Quanto è intenso il mio dolore	Cosa Posso Prendere Per Stare Meglio?	Terapie Più Comuni
Leggero	<ul style="list-style-type: none"> Difficilmente noto il dolore, e non interferisce con le mie attività Noto il mio dolore e mi distrae, ma posso ancora svolgere le mie attività (come sedermi, camminare e stare in piedi) 	<p>Terapie non farmacologiche</p> <p>+</p> <p>Farmaci non oppioidi per via orale</p> <ul style="list-style-type: none"> Da prendere al bisogno quando si prova dolore Aiutano a ridurre dolore e gonfiore (infiammazione) 	<p>Terapie non farmacologiche</p> <ul style="list-style-type: none"> Ghiaccio, sollevamento, riposo, meditazione, massaggio, distrazione (musica, TV, gioco), camminare ed esercizio lieve Immobilizzare l'addome con cuscini <p>Farmaci non oppiacei</p> <ul style="list-style-type: none"> Paracetamolo (Tachipirina®) Farmaci antinfiammatori non steroidei: aspirina, ibuprofene
Moderato	<ul style="list-style-type: none"> Il mio dolore è difficile da ignorare e lo noto di più quando mi riposo Il mio dolore interferisce con la mia attività usuali 	<p>Terapie non farmacologiche</p> <p>+</p> <p>Farmaci non oppioidi per via orale</p> <p>Da prendere secondo una programmazione regolare (ad orario)</p>	<p>Terapie non-farmacologiche in aggiunta a Farmaci non oppioidi</p> <p>Su base regolare (ad orario) invece che al bisogno (es. Paracetamolo ogni 6 ore alle 9.00, alle 15.00, alle 21.00 e alle 3.00 e Brufen ogni 8 ore alle ore 9.00, alle 14.00 e alle 21.00).</p>
Severo	<ul style="list-style-type: none"> Sono focalizzato sul mio dolore e non riesco a svolgere le mie attività Gemo dal dolore e non riesco a dormire. Non sono in grado di fare nulla Il mio dolore è molto forte e nient'altro conta 	<p>Terapie non farmacologiche</p> <p>+</p> <p>Farmaci non oppioidi per via orale</p> <p>Da prendere secondo una programmazione regolare (ad orario)</p> <p>Oppioidi a breve durata d'azione</p> <ul style="list-style-type: none"> Assumere per pochi giorni e diminuire/stoppare prima possibile 	<p>I farmaci oppioidi bloccano il dolore e danno una sensazione di euforia (sentirsi su di giri). In caso di uso a breve termine, la dipendenza (un serio effetto collaterale della terapia con oppioidi) è rara.</p> <p>Esempi di oppioidi a breve durata d'azione includono: Tramadolo (Contramal®), Idrocodone (Vicodin®) e Idromorfone.</p>

Per Maggiori Informazioni

Per maggiori informazioni far riferimento al sito dell'American College of Surgeons per L'educazione del Paziente ([facs.org/patienteducation](https://www.facs.org/patienteducation)) o al sito dell'American College Italy Chapter ([facsitaly.org/pazienti](https://www.facsitaly.org/pazienti)).

Per una informazione completa sulla riparazione dell'ernia, consulta la pubblicazione "Selected Readings in General Surgery", "Hernia" 2019 Vol. 45 No. 5 ([facs.org/SRGS](https://www.facs.org/SRGS)).

GLOSSARIO

Diretta dell'addome (RX): verifica la presenza di livello idro-aerei o di anse chiuse dell'intestino.

Ecografia dell'addome: le onde sonore sono usate per determinare la posizione di strutture profonde nel corpo. Un manipolo, dopo aver applicato del gel su di esso, viene spostato sull'addome.

Ascite: fluido in eccesso nello spazio tra gli organi intra-addominale e i tessuti che rivestono la cavità addominale. Può essere dovuto ad alcolismo o patologia epatica.

Disposizione anticipate: documenti firmati da una persona competente che fornisce indicazioni agli operatori sanitari circa le scelte di trattamento.

Esami del sangue: i test di solito includono un profilo comprendente sodio, potassio, cloro, anidride carbonica, urea e creatinina oltre ad un emocromo completo (conta dei globuli rossi e globuli bianchi).

Tomografia computerizzata (TC): esame eseguito con raggi-X ed elaborato al computer che permette di ricreare immagini dettagliate tridimensionali del tuo addome. L'esecuzione della TC richiede circa 15 minuti.

Elettrocardiogramma (ECG): Misura la frequenza e la regolarità del battito cardiaco, le dimensioni delle camere cardiache e rileva eventuali danni al cuore.

Anestesia generale: Si tratta di una procedura in cui si utilizzano dei farmaci che ti permettono di dormire così da non provare dolore durante l'intervento.

Ematoma: Si tratta di una raccolta di sangue che si è riversata nei tessuti sotto la pelle o in un organo, come esito delle incisioni eseguite durante l'intervento o dovuta all'incapacità del sangue di coagulare normalmente.

Incarcerazione: La protrusione e la costrizione di un organo attraverso la parete che normalmente lo contiene.

Anestesia locale: La perdita della sensibilità nell'area del corpo dove il farmaco anestetico è stato applicato o iniettato

Sieroma: Raccolta di liquido sieroso (chiaro/giallo).

Strangolamento: Parte dell'intestino o del grasso che è stretto nel sacco erniario in modo tale da non fare affluire il sangue al tessuto strangolato.

Analisi delle urine: Esame chimico e fisico delle urine, usato il più delle volte per verificare la presenza di infezioni urinarie o malattie renali

ESCLUSIONE DI RESPONSABILITÀ

L'American College of Surgeons (ACS) è un'associazione scientifica e educativa di chirurghi fondata nel 1913 per migliorare la qualità dell'assistenza al paziente chirurgico stabilendo standard elevati per l'istruzione e la pratica chirurgica. L'ACS si impegna a fornire informazioni sulla procedura per i potenziali pazienti e coloro che li istruiscono. Non intende sostituire una discussione con un chirurgo qualificato che abbia familiarità con la tua situazione. L'ACS si impegna a fornire informazioni accurate e tempestive, ma non fornisce alcuna garanzia al riguardo.

BIBLIOGRAFIA

- Shankar DA, Itani KMF, O'Brien WJ, Sanchez VM. Factors Associated with Long-term Outcomes of Umbilical Hernia Repair. *JAMA Surg.* 2017;152(5):461-466. doi:10.1001/jamasurg.2016.5052
- Kokotovic D, Sjølander H, Gögenur I, Helgstrand F. Watchful waiting as a treatment strategy for patients with a ventral hernia appears to be safe. *Hernia* 2016; 20: 281-287.
- Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al. Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. *BJS Br J Surg.* 2020;107(3):171-90.
- <https://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/March 30, 2022>.
- Coste AH, Jaafar S, Misra S, Parmely JD. Umbilical hernia. *InStatPearls [Internet]* 2019 Sep 29. StatPearls Publishing.
- Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle GT. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM short reports.* 2011 ;2(1):1-6.
- Kulacoglu H. Umbilical Hernia Repair and Pregnancy: Before, during, after... *Front Surg.* 2018;5:1. Published 2018 Jan 29. doi:10.3389/fsurg.2018.00001
- Ozbagriacik M, Bas G, Basak F, et al. Management of strangulated abdominal wall hernias with mesh; early results. *North Clin Istanbul.* 2015;2(1):26-32. Published 2015 Apr 24. doi:10.14744/nci.2015.03522.
- Hernia Repair Surgery. <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/17967-hernia-repair-surgery>. Accessed March 31, 2022.
- Kaufmann R, Halm JA, Eker HH, et al. Mesh versus suture repair of umbilical hernia in adults: a randomised, double-blind, controlled, multicentre trial. *Lancet.* 2018;391(10123):860-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30298-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30298-8).
- Shaukat N, Jaleel F, Jawaid M, Zulfiqar I. Is there difference in chronic pain after Suture and Stapler fixation method of mesh in Ventral Hernia? Is stapler fixation method quicker? A randomized controlled trial. *Pak J Med Sci.* 2018;34(1):175-178. doi:10.12669/pjms.341.
- Kokotovic D, Bisgaard T, Helgstrand F. Long-term recurrence and complications associated with elective incisional hernia repair. *J Am Med Assoc* 2016;316:1575-82.

Reviewed and updated 2016 and 2022 by:

Kathleen Heneghan, PhD, MSN, RN, FAACE Nancy Strand, MPH, RN
Mark Malangoni, MD, FACS
Brian Heniford, MD, FACS

Traduzione a cura del capitolo italiano dell'ACS. [acs.facsitaly.org](https://www.acs.facsitaly.org)
Editore Biagio Ravo MD, FACS

Traduttore: Massimo Chiarugi, MD, FACS, Camilla Cremonini, MD

Per qualsiasi domanda, rivolgersi a: Biagioravo@tiscalinet.it