



Organo Ufficiale
dell'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Torino

GIOVANI MEDICI, NOSTRA NOSTALGIA DEL FUTURO





L'ERNIA ADDOMINALE E INGUINALE IN ONCOLOGIA

Inquadramento clinico-nosologico e chirurgia

Il trattamento di un'ernia della parete addominale come quella inguinale, eseguibile attualmente con minima invasività chirurgica, in anestesia locale nella maggior parte dei casi e quasi sempre con la dimissione dell'operato nella stessa giornata dell'intervento (day-surgery), permette al chirurgo di porre rimedio facilmente a questa affezione spesso causa di limitazioni funzionali e di sintomatologia dolorosa particolarmente invalidante nel paziente oncologico. L'elevato grading di cura, i costi contenuti, soprattutto il poter consentire una migliore qualità di vita residua al di là delle previsioni prognostiche della malattia neoplastica, impongono un'attenta valutazione di questa opportunità terapeutica da parte dei curanti che peraltro, se correttamente applicata risulta essere definitiva. Tenuto conto inoltre del possibile rischio di complicazioni quali lo strozzamento e l'intasamento erniario che tale patologia può determinare e che in pazienti di questo tipo possono essere particolarmente gravi, le argomentazioni anzidette devono essere vagliate ancor più seriamente anche da parte della persona colpita per le problematiche che un simile evento negativo potrebbe determinare. Ma seppur limitato, il traumatismo che l'ernioplastica comporta, i benefici apportabili con la sua attuazione, devono comunque essere messi in relazione al tipo istologico e allo stadio della neoplasia, alla sua sede, all'età, alle condizioni cliniche generali, alla eventuale presenza di fattori aggravanti quali ad esempio la comparsa di ascite, alla struttura fisica, nonché alla personalità del paziente.

AGIRE PRIMA SUL CANCRO O SULL'ERNIA?

Stabilire quindi a priori indicazione e timing della sua esecuzione rispetto alle cure oncologiche (chirurgiche e non) che il tumore richiede e a cui va data la precedenza, non è sempre possibile.

L'analisi approfondita di tutti gli elementi legati alla entità della malattia principale e dei disturbi lamentati a causa dell'ernia, non deve indurre a considerazioni semplicistiche o affrettate in merito a decisioni spesso vitali, confermando la necessità di un approccio multidisciplinare per il cancro. Peraltro, occorre pensare che la possibilità di associare all'intervento oncologico (eseguito sia con intento radicale che a scopo palliativo) la concomitante riparazione erniaria, è divenuta realistica

in molte situazioni. Poco proponibile e forse anche discutibile fino a tempi relativamente recenti, tale contemporaneità di esecuzione, oggi supportata dai risultati clinici, può essere presa in considerazione anche nel caso di procedure chirurgiche ad alta complessità e con elevata probabilità di contaminazione quali ad esempio quelle riguardanti le neoplasie intestinali.

Nelle forme neoplastiche di questo tipo, l'attuazione di un intervento "non pulito" scongiurerebbe razionalmente l'indicazione ad una simultanea ernioplastica con le abituali reti in polipropilene di uso comune per intuibili timori legati ad una possibile diffusione batterica tessutale; imponendo poi il divieto di confezionarla nei soggetti con situazioni cliniche definite "gravi". Tuttavia tali motivazioni anche se astrattamente plausibili, allo stato attuale non sono del tutto vere e quindi sono accettabili solo in parte.

UN AIUTO DALLA TECNOLOGIA APPLICATA ALLA CHIRURGIA

Avendo superato il pregiudizio in base al quale le protesi in quanto tali possano favorire l'infezione o essere focolaio stesso di infezione, le argomentazioni negative su di esse sono da considerarsi concettualmente legate al passato. La limitazione nell'indicazione verso tale scelta, è giustificata solo in un ristretto numero dei pazienti selezionati, nei quali la malattia neoplastica è da considerarsi in uno stadio avanzato o di un tipo istologico altamente indifferenziato. Ciò è dovuto a due ordini di fattori. Da un lato l'approccio chirurgico verso la patologia erniaria è profondamente mutato sulla base della esperienza maturata con l'uso delle protesi fin dalla loro comparsa; confermato dai dati presenti in letteratura relativi alla loro efficacia ed affidabilità anche in campo infetto. D'altro canto si è assistito in questi anni ad una continua ricerca tecnologica che ha consentito una progressiva evoluzione dei materiali impiegabili per tale affezione. Alle reti classiche si sono via via affiancate altre varietà protesiche. A due componenti con specifiche peculiarità, oppure reti leggere o parzialmente riassorbibili dall'organismo dopo l'impianto in accordo con la filosofia del minimalismo protesico, protesi combinate con sostanze aderenti quali l'acido polilattico per fissarle ai tessuti in modo atraumatico senza punti evitando il rischio del dolore cronico da intrappolamento dei nervi



Alcuni disegni rappresentativi di tecniche operatorie, tratti dal sito ernia.org

con una sutura, i collanti, in particolare quelli naturali derivanti da fibrina umana con potere emostatico oltre che adesivo, necessari con reti di peso ridotto per evitarne la dislocazione legata alla precoce deambulazione, sono gli esempi più recenti. Nel caso specifico poi di utilizzo in un ambiente con un'alta possibilità di contaminazione, sono preferibili nuovi presidi completamente biologici costituiti da collagene bovino o porcino (a struttura tridimensionale resistente alle infezioni, capace di integrarsi nei tessuti con un basso rischio di aderenze) in grado di smentire le vecchie affermazioni garantendo la tenuta della riparazione per l'ernia in sicurezza, registrando un'alta percentuale di successo dell'intervento, al riparo da complicanze maggiori anche in campo settico. Per intrinseche caratteristiche di alcune di esse poi (PTFE, prolene trattato con un rivestimento di acidi grassi omega-3 bioassorbibili, prolene film, poliestere film, lo stesso collagene), qualora sia necessaria una riparazione in profondità e si renda utile una protesi con un lato antiaderente, la tecnica operatoria può anche essere diversa dalla tradizionale consentendone la collocazione anche "underlay" cioè in posizione retromuscolare, in ambito preperitoneale o nel cavo addominale stesso a contatto dell'omento o delle anse intestinali sia in chirurgia open che in laparoscopia. Si tenga inoltre presente che nel paziente anziano pur sussistendo le condizioni favorevoli la comparsa di un'ernia inguinale, se questa compare improvvisamente e con rapida evoluzione soprattutto nel grande vecchio, si deve sospettare un aumento della pressione addominale determinata dall'ingombro meccanico. L'ernia in questo caso sarebbe molto frequentemente la spia di un carcinoma del colon sinistro o del sigma (ernia sentinella). Se le condizioni cliniche del paziente lo consentono, l'età e le dimensioni dell'ernia, non rappresentano un criterio di esclusione per un concomitante duplice intervento di resezione colica e di plastica della parete con una protesi idonea in maniera analoga a quanto può avvenire in presenza di una voluminosa tumefazione erniaria associata ad una patologia benigna quale la diverticolosi con le sue possibili complicanze come la diverticolite e le sue sequele.

Peraltro l'ipotetica induzione di un cancro da parte delle

protesi legata ad una reazione da corpo estraneo che creerebbe le condizioni per lo sviluppo e la maturazione di cellule tumorali, considerate da alcuni Autori un fattore potenzialmente in grado di sviluppare un tumore del connettivo quali il sarcoma o l'angiosarcoma, è stata recentemente smentita non essendoci prove certe della carcinogenicità da loro indotta.

ANCORA MAGGIORI POSSIBILITÀ NEL FUTURO

Non sono segnalati studi né trials clinici circa l'attaccamento di cellule tumorali sui materiali protesici nei pazienti oncologici sottoposti a riparazione erniaria, sebbene siano riportati casi isolati di impianto intraperitoneale di cellule neoplastiche favoriti dall'uso di protesi biologiche.

Alla luce dei fatti, nuove strade in grado di modificare la condotta terapeutica di un'ernia dell'addome in un paziente tumorale paiono percorribili principalmente per merito dei nuovi strumenti messi a disposizione. Ferma restando la conferma della necessità del chirurgo e della "toppa di rinforzo" nella riparazione erniaria, è sicuramente proprio nell'ulteriore sviluppo di nuove protesi per la chirurgia di parete che la moderna ricerca dovrà rivolgere i propri sforzi per i prossimi anni. In particolare la totale assenza di intrusione di materiali sintetici estranei all'organismo per l'ernioplastica, magari con l'ausilio delle nanotecnologie di supporto, sul cui telaio autocostruire il neo tessuto di rinforzo, potrà rappresentare forse in futuro il gold standard per la cura di questa affezione chirurgica tra le più frequenti, specie se associata ad un male per certi versi ancora oscuro e con molte incognite.

Tommaso Lubrano

www.ernia.org

Dirigente Medico Responsabile

Organizzazione della

"Day/One day surgery"

Chirurgia Oncologica Universitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria

S. Giovanni Battista - Torino

BIBLIOGRAFIA

A. Mussa "New Technology in Surgical Oncology" Springer 2010