

Il trattamento chirurgico delle ernie inguino-crurali strozzate nei pazienti in età geriatrica

A. GIUSTETTO, S. ZAN, M. SACCHETTI, T. LUBRANO e R. MANZINI

Estratto da MINERVA CHIRURGICA

Vol. 49 - N. 12 - Pag. 1275-1280 (Dicembre 1994)

EDIZIONI MINERVA MEDICA - TORINO

Il trattamento chirurgico delle ernie inguino-crurali strozzate nei pazienti in età geriatrica

A. GIUSTETTO, S. ZAN, M. SACCHETTI, T. LUBRANO e R. MANZINI

Surgical treatment of strangulated inguinal and femoral hernias in geriatric patients.

The authors describe their own experience relative to 79 patients, aged 70 years or older, who underwent, during three years, emergency surgical intervention for inguinal or crural strangulated hernia. They report a postoperative mortality rate of 8.8% and a postoperative morbidity rate of 40%. They stress the need for timely diagnosis and a meticulous surgical treatment. Therefore, they underline the great importance of the anesthesiologic approach and perioperative intensive care.

Key words: **Hernia, inguinal - Hernia, femoral - Hernia, strangulation.**

Negli ultimi decenni l'interesse per le problematiche terapeutiche in generale e per quelle chirurgiche in particolare connesse con l'invecchiamento è andato accrescendosi per una serie di motivi. Ciò è dovuto in primo luogo al fatto che si è assistito ad un aumento della popolazione geriatrica (in Italia i soggetti ultra-sessantacinquenni rappresentano all'incirca il 20% della popolazione totale); inoltre occorre ricordare come gli anziani siano i fruitori più assidui del sistema sanitario (almeno il 70% degli interventi chirurgici è ri-

Pervenuto il 12 gennaio 1994.
Accettato l'8 febbraio 1994.

Indirizzo per la richiesta di estratti: T. Lubrano - Corso Francia, 222 - 10097 Collegno (TO).

*USSL Torino VIII - Ospedale Molinette - Torino
DEA-Chirurgia d'Urgenza
(Primario: Prof. C. M. Ferraris)*

volto a soggetti con più di 60 anni di età)¹; infine il perfezionamento delle tecniche chirurgiche, e soprattutto i progressi nei campi dell'anestesia e della terapia intensiva, hanno reso possibile sottoporre ad operazioni anche complesse, con un accettabile rischio, soggetti in età molto avanzata.

La patologia erniaria inguino-crurale è di frequente riscontro nei soggetti anziani a causa della progressiva perdita di tono e di elasticità, alla quale vanno incontro con l'età le strutture muscolo-fasciali, e per la frequente coesistenza di condizioni patologiche contribuenti ad aumentare la pressione intra-addominale, quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva, il prostatismo, la stipsi cronica².

In alcune casistiche l'80-90% dei pazienti operati per ernia strozzata ha più di 60 anni. È maggiormente colpito il sesso femminile (2/3 dei casi) per il fatto che le ernie crurali, quasi assoluto appannaggio della donna, sono quelle che più frequentemente (50-60% dei casi) vanno incontro allo strozzamento. Tale rischio è limitato invece al 3-7% delle ernie inguinali³. È raro che un'ernia si strozzi al suo primo apparire; di solito si tratta di ernie di vecchia data, che all'improvviso diven-

tano più voluminose, tese, dolenti e irriducibili. Tuttavia recenti revisioni di casistiche di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per strozzamento erniario avrebbero rilevato come il 40% delle ernie soprattutto crurali si strozzano a pochissima distanza di tempo (poché settimane) dalla prima manifestazione ⁴.

Il dolore è vivo in corrispondenza della lesione erniaria e si irradia solitamente a tutto l'addome, talvolta sotto forma di colica. Compaiono in seguito nausea e vomito, dapprima alimentare, poi biliare, infine fecaloide. Se non si interviene in questo stadio iniziale, la malattia evolve nel quadro dell'occlusione intestinale acuta da strozzamento, che esita invariabilmente in una peritonite generalizzata con shock settico da perforazione viscerale.

L'organo erniato è rappresentato nella maggior parte dei casi dal tenue, e si tratta allora di una delle principali cause di occlusione del piccolo intestino ⁵. Altre volte può trattarsi del colon o raramente dello stomaco o della vescica. Talora, può essere intrappolato il grande omento: si realizza in tal modo una sindrome essenzialmente dolorosa, senza segni occlusivi. Lo stato generale resta perfettamente conservato e, in assenza di un trattamento chirurgico, l'evoluzione è lenta, verso un miglioramento progressivo o al contrario verso la necrosi ⁶.

Nei pazienti anziani la diagnosi può risultare particolarmente ardua, soprattutto nelle localizzazioni crurali, spesso di minime dimensioni; una possibile ernia strozzata va comunque scrupolosamente ricercata in tutti i casi di occlusione intestinale.

È utile ricordare che, specialmente in età avanzata, una neoplasia del colon sottostante può essere responsabile dello strozzamento di un'ernia per la distensione intestinale provocata dalla neoplasia. Di fronte ad un'ernia strozzata bisognerà pensare a questa possibilità e attribuire il giusto significato a sintomi quali scadimento delle condizioni generali, dimagrimento, turbe del transito, rettorragia ⁷.

In ambito geriatrico, caratterizzato di per sé da aumentate morbilità e mortalità post-operatorie, oltre ai problemi strettamente connessi con la gestione della patologia erniaria

si aggiungono le difficoltà dovute alla frequente concomitanza di altre patologie (cardiocircolatorie, respiratorie, tromboemboliche, degenerative) che contribuiscono ad aggravare la prognosi di pazienti operati in regime di urgenza.

Questo studio si propone di prendere in esame una casistica di soggetti ultrasessantenni sottoposti ad intervento chirurgico per strozzamento erniario, giunti alla nostra osservazione durante un periodo di 3 anni.

Materiali e metodi

Presso la divisione di Chirurgia d'Urgenza Ospedaliera (Primario: Prof. C. M. Ferraris) dell'USSL TO VIII, fra il mese di ottobre 1990 e l'ottobre 1993, furono sottoposti ad intervento chirurgico per ernia inguinale o crurale strozzata 186 pazienti, 79 dei quali (42%) con età minima di 70 anni. Di questi, 53 erano di sesso maschile e 26 di sesso femminile. L'età media riscontrata fu di 80 anni (con «range» di età variabile da 70 a 96 anni). In 46 casi si trattava di un'ernia inguinale e in 33 di una patologia crurale.

Tutti i pazienti prima dell'intervento, eseguito in regime di urgenza, furono sottoposti ai seguenti accertamenti:

- esami ematochimici: esame emocromocitometrico con conteggio piastrinico, glicemia, azotemia, creatinemia, sodiemia, potassiemia, AST, ALT, CPK, amilasemia, bilirubinemia, PT, PTT, fibrinogenemia;

- ECG, Rx torace + Rx addome diretto.

In tutti i casi venne instaurata una copertura antibiotica ad ampio spettro con cefalosporine di III generazione (ceftazidime, ceftriaxone) ed una profilassi anti-tromboembolica con eparina calcica, iniziata prima dell'intervento.

È stato privilegiato generalmente l'approccio anestesiológico periferico peridurale.

Nella maggioranza dei casi abbiamo utilizzato sia a livello inguinale sia crurale una plastica secondo Bassini (67 casi). Sporadicamente sono state eseguite delle ricostruzioni della parete secondo Postempsky (5 casi), Mugnai-Ferrari (5 casi), Shouldice (2 casi) (fig. 1).

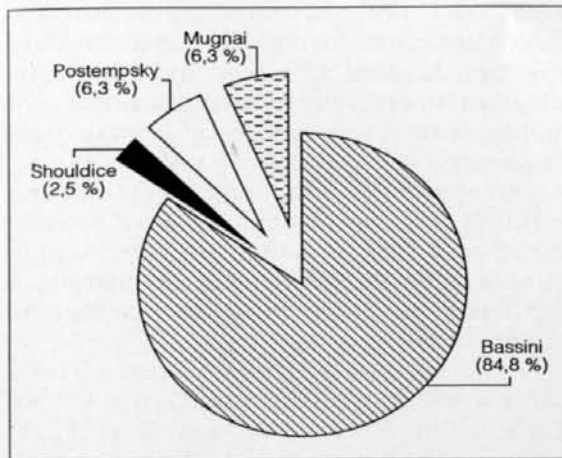


Fig. 1. — Tipi di plastica per ernia.

Risultati

I pazienti ultrasessantenni da noi trattati presentavano al momento del ricovero in Pronto Soccorso le seguenti patologie associate: cardiopatia ischemica con eventuali aritmie associate (37 casi), ipertensione arteriosa (32 casi), coronaropatia o pregresso infarto miocardico (14 casi), vasculopatia cerebrale (19 casi), arteriopatia cronica ostruttiva (5 casi), manifestazioni asmatiche (7 casi), broncopneumopatia cronica ostruttiva (17 casi), vari gradi di disuria da patologia prostatica (18 casi), diabete mellito (15 casi), gotta (2 casi), ulcera peptica benigna (2 casi), epatopatia cronica (4 casi), insufficienza venosa cronica (6 casi).

Al momento dell'intervento chirurgico risultarono contenute nel sacco erniario strozzato le seguenti strutture anatomiche: intestino tenue (46 casi), grande omento (23 casi), grosso intestino (11 casi), appendice cecale (2 casi), vescica (2 casi), tuba ovarica (1 caso), lipoma (6 casi).

In 8 casi si dovette procedere alla resezione di un tratto di piccolo intestino sofferente (in 5 casi venne associato un accesso laparotomico mediano). In 3 casi venne praticata un'orchietomia. In 2 casi fu necessario praticare un'appendicectomia per la presenza di un fatto suppurativo associato. In 3 pazienti una

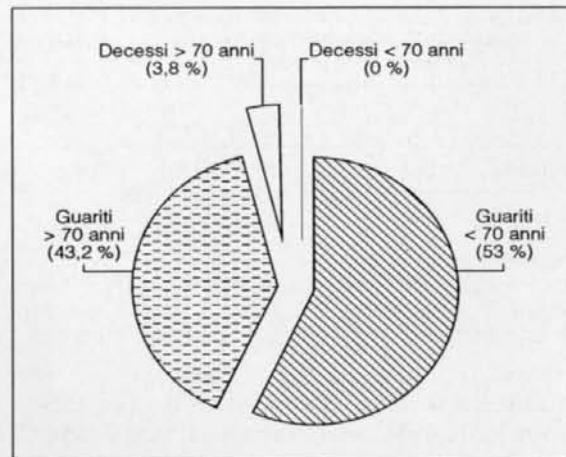


Fig. 2. — Mortalità dopo plastica per ernia.

neoplasia colica soggiaceva alla patologia erniaria.

Nell'immediato periodo postoperatorio si verificarono le seguenti complicanze: scompenso cardiaco fino all'edema polmonare acuto (4 casi), infarto miocardico acuto (4 casi), angina pectoris (2 casi), embolia polmonare (2 casi), processi broncopulmonici (2 casi), agitazione psicomotoria (9 casi), lesioni vescicali (1 caso), piaghe da decubito (2 casi), raccolte sierose (6 casi), suppurazione della ferita chirurgica (4 casi).

Dei 79 casi operati nessuno andò incontro a recidiva precoce della lesione erniaria.

Si verificarono durante il ricovero 7 decessi (8,8%) di cui 3 per infarto miocardico acuto, 2 per embolia polmonare, 2 per scompenso cardiaco; nel gruppo di pazienti di età inferiore a 70 anni (97 casi) non si registrò invece nessun decesso (fig. 2).

Il periodo di degenza media fu di 8 giorni dopo l'intervento.

Discussione

Le ernie esterne strozzate rappresentano circa il 25% delle cause di occlusione intestinale⁸ e sono associate a tassi significativamente alti di morbilità e mortalità⁵. In particolare, le ernie inguinali e crurali strozzate sono contraddistinte in molte e recenti casi-

TABELLA I. — *Tassi di mortalità postoperatoria in seguito ad intervento chirurgico per ernia inguinale e/o femorale strozzata.*

Autore	Anni	N. casi	Età (anni)	% decessi
Williams	1951-60	48	60	16%
Nehme	1971-80	243	65	20%
Tingwald	1975-80	18	70	7,5%
Ferraris	1990-93	79	70	8,8%

stiche da una mortalità complessiva (comprendente cioè tutte le classi di età) del 10% circa e da una morbilità notevole, ripercuotentesi sulla durata della degenza postoperatoria ^{4 5 8 9}.

In genere nell'anziano, in caso di emergenze chirurgiche gastrointestinali, è stato evidenziato un aumento considerevole dei tassi di mortalità e morbilità postoperatorie ¹⁰⁻¹². Per quanto concerne poi l'ambito più ristretto della patologia erniaria inguino-crurale sono stati descritti in età geriatrica tassi di mortalità variabili dal 7,5% al 20% in seguito ad interventi chirurgici eseguiti in urgenza per strozzamento contro lo 0-2% per plastiche fatte in elezione ^{2 13 14}. Dal canto nostro abbiamo registrato in urgenza una mortalità dell'8,8% (tab. I). La percentuale di complicanze nella nostra casistica è stata del 40%. Questo dato ben si accorda con quanto riportato dalla maggior parte degli A., che riferiscono tassi di morbilità non inferiori al 50% dopo interventi per strozzamento erniario in soggetti geriatrici (contro il 20% circa di complicanze in elezione in pazienti dello stesso gruppo di età) ^{9 13 14}. Nella nostra e altrui esperienza le complicazioni cardiocircolatorie e respiratorie sono le più frequenti e rappresentano la più comune causa di morte ¹⁴.

Nel determinismo dei fatti morbosi successivi all'operazione intervengono numerosi fattori.

Innanzitutto deve essere considerato lo stato di salute del paziente precedente all'operazione. In età geriatrica sono estremamente comuni malattie cardiorespiratorie, patologie di tipo degenerativo neoplastico e ate-

rosclerotico, una condizione di malnutrizione o di dismetabolismo (obesità, diabete mellito), fenomeni di disuria e ritenzione urinaria da affezioni prostatiche; si tratta in ogni caso di presupposti che possono condizionare negativamente l'esito di un atto chirurgico.

Inoltre con l'avanzare dell'età si riducono le riserve fisiologiche dell'organismo e un intervento chirurgico in urgenza o una complicanza inaspettata possono compromettere le capacità reattive di un anziano in apparente buona salute.

Per ovviare a questi potenziali pericoli sono indispensabili una attenta valutazione del candidato all'intervento e un monitoraggio accurato delle funzioni vitali in tutto il periodo perioperatorio.

Un secondo fattore determinante la prognosi è, a nostro avviso, rappresentato dalla tempestività della diagnosi e del trattamento chirurgico. È stato dimostrato come, qualora il ritardo terapeutico oltrepassi le 60 ore, il tasso di mortalità aumenti di un ulteriore 20% rispetto a quello di un intervento precoce ¹³. In 3 dei 7 pazienti deceduti nella nostra casistica lo stato occlusivo intestinale si era instaurato da oltre 48 ore, compromettendo in maniera irreparabile l'assetto cardiocircolatorio dei pazienti. Aumenta, inoltre in questi casi la probabilità di dover associare alla plastica erniaria una resezione intestinale con conseguente accentuazione del rischio operatorio.

Nella nostra esperienza abbiamo dovuto resecare un tratto di intestino in 8 pazienti: 2 di essi ebbero un esito infausto.

Un altro elemento di fondamentale importanza nel trattamento dello strozzamento erniario è rappresentato dal tipo di anestesia.

È tendenza molto diffusa fare ricorso, ogni qual volta ciò sia possibile, all'anestesia locoregionale ^{2 9 13 14}. In effetti si evitano in tal modo le complicanze cardiopolmonari, gli episodi di ipotensione e di instabilità cardiocircolatoria, l'ileo paralitico connessi con l'anestesia generale. Si può inoltre ottenere il ritorno ad una deambulazione assai precoce.

Abitualmente non ricorriamo all'anestesia semplicemente locale, ma preferiamo utilizzare un approccio peridurale. È generalmente

ben tollerato dai pazienti e offre un rilasciamento migliore rispetto all'infiltrazione loco-regionale.

Abbiamo comunque dovuto impiegare l'anestesia generale in pazienti particolarmente instabili dal punto di vista cardiocircolatorio, in soggetti con controindicazioni all'anestesia spinale (ad esempio per pronunciata deformità del rachide vertebrale), e nei casi nei quali è stato necessario praticare un accesso laparotomico (per intraprendere una resezione intestinale particolarmente estesa o per associare un'appendicectomia — 2 casi —).

In malati, nei quali sussistono condizioni di instabilità, quali gli anziani, è necessario che il chirurgo assuma un atteggiamento estremamente equilibrato, evitando il più possibile traumi aggiuntivi a tessuti di per sé già compromessi nel proprio trofismo, manipolando sempre delicatamente le varie strutture anatomiche. Anche l'emostasi deve essere particolarmente meticolosa per scongiurare la formazione di ematomi postoperatori, «pabulum» ideale per eventuali sovrapposizioni batteriche. Il trauma operatorio deve poi essere a nostro avviso il più possibile ristretto al trattamento della sola ernia strozzata, evitando di trattare simultaneamente altre patologie concomitanti non rivestenti i caratteri dell'urgenza (ad esempio un'ernia inguinale controlaterale riducibile, o un'ernia ombelicale associata).

Nel periodo postoperatorio attribuiamo un grande valore alla levata precoce (in genere in I-II giornata) e alla profilassi anti-tromboembolica con eparina calcica o con le recenti eparine a basso peso molecolare (ad esempio, fraxiparina, enoxaparina).

Conclusioni

Da quanto sopra esposto si evince che nei pazienti in età geriatrica sottoposti a procedure chirurgiche d'urgenza per ernia inguinale o crurale strozzata è dato di registrare tassi di morbilità e mortalità post-operatorie sensibilmente aumentati rispetto agli stessi interventi eseguiti in regime di elezione in soggetti appartenenti alla medesima fascia di età.

Dalla nostra esperienza, tale differenza risulta essere legata innanzitutto all'elevato rischio che questi pazienti presentano nei confronti delle complicanze derivate da affezioni cardiovascolari, tromboemboliche, metaboliche e respiratorie; nei confronti di tali fattori di rischio risultano avere avuto maggiore importanza le profilassi piuttosto che la scelta della metodica chirurgica.

In particolare nella nostra casistica abbiamo registrato un tasso di mortalità (8,8%) sensibilmente inferiore rispetto a quanto riportato dalla maggior parte degli altri A. e riferito comunque esclusivamente a pazienti del gruppo superiore ai 70 anni; riteniamo che tale risultato sia da ascrivere ad un duplice ordine di accorgimenti terapeutici: in primo luogo la profilassi tromboembolica con eparina calcica o a basso peso molecolare, iniziata subito prima dell'intervento, ha consentito di ridurre l'incidenza dei casi di embolia polmonare (solo 2 nella nostra esperienza); in seconda istanza è risultata determinante, nel migliorare la prognosi dei nostri pazienti, un'attenta sorveglianza dei principali parametri vitali (funzionalità renale, respiratoria e cardiaca) nel periodo perioperatorio.

Oltre a quanto esposto hanno condizionato l'esito dell'intervento le diminuite riserve fisiologiche allo stress tipiche del soggetto anziano, lo stato di salute precedente l'operazione, l'entità del ritardo diagnostico, la condotta anestesiológica, il trauma chirurgico e il trattamento intensivo perioperatorio.

Riassunto

Gli Autori descrivono la propria esperienza relativa a 79 pazienti di età superiore a 70 anni sottoposti, nell'arco di 3 anni, ad intervento chirurgico d'urgenza per ernia inguinale o crurale strozzata. Essi riportano un tasso di mortalità postoperatoria dell'8,8% e una percentuale di complicanze successive alla terapia chirurgica del 40%. Viene sottolineato il valore di una diagnosi tempestiva e di un trattamento chirurgico meticoloso. Infine si pone in risalto la grande importanza dell'approccio anestesiológico e del trattamento intensivo perioperatorio.

Parole chiave: Ernia inguinale - Ernia crurale - Strozzamento erniario.

Bibliografia

1. Palleschi M. Geriatria. Roma: SEU, 1983.
2. Williams JS, Hale HV. The advisability of inguinal herniorrhaphy in the elderly. *Surg Gynecol Obstet* 1966;100:122-7.
3. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias. *Br J Surg* 1991;78:1171-3.
4. McEntee GP, O'Carroll A, Mooney B, Egan TJ, Delaney PV. Timing of strangulation in adult hernias. *Br J Surg* 1989;76:725-6.
5. McEntee GP, Pender PD, Mulvin D *et al.* The current spectrum of intestinal obstruction. *Br J Surg* 1987;74:80.
6. Gentile G. Ernie. *Enciclopedia Medica Italiana*. Firenze: ed USES, 1978:136-66.
7. Dudley HAF. Ernie esterne strozzate. In: Dudley HAF, ed. *Chirurgia d'urgenza di H. Bailey*. Roma: Ed. DeLino, 1991.
8. Andrews NJ. Presentation and outcome of strangulated external hernia in a district general hospital. *Br J Surg* 1981;68:329-32.
9. Allen PIM, Zager M, Goldman M. Elective repair of groin hernias in the elderly. *Br J Surg* 1987;74:987.
10. Greenburg AG, Saik RP, Coyle JJ, Peskin GW. Mortality and gastrointestinal surgery in the aged. Elective versus emergency procedures. *Arch Surg* 1981;116:788-91.
11. Robins RE, Budden MK. Major abdominal surgery in patients over 70 years of age: results during 1962 to 1966 compared with those during 1950 to 1959. *Can J Surg* 1972;15:1-6.
12. Blake R, Lynn J. Emergency abdominal surgery in the aged. *Br J Surg* 1976;63:956-60.
13. Nehme AE. Groin hernias in elderly patients. *Am J Surg* 1983;146:257-60.
14. Tingwald GR, Cooperman M. Inguinal and femoral hernia repair in geriatrics patients. *Surg Gynecol Obstet* 1982;154:704-6.