

Ernia parastomale recidiva e laparocele mediano: trattamento chirurgico con ampia rete protesica per via mediana



Ann. Ital. Chir., LXXIV, 5, 2003

S. Leardi, R. Pietroletti, M. Simi*

Chirurgia Geriatrica - Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Università di L'Aquila - L'Aquila
*Chirurgia Generale - Dipartimento "P.Stefanini"
Università di Roma "La Sapienza" - Roma

L'ernia parastomale è una complicanza non trascurabile, con una incidenza che varia dal 30% (11) al 58.1% (12). Il trattamento conservativo è imperativo. La terapia chirurgica è indicata solo in presenza di grave sintomatologia. Infatti, solo il 27.1% circa dei casi richiede un trattamento chirurgico (16). Le varie opzioni chirurgiche adottate sono tuttavia gravate da una elevata incidenza di recidive p.o. (2, 16). Una migliore prognosi p.o. è stata, tuttavia, osservata negli ultimi anni con l'avvento di reti protesiche biocompatibili (polipropilene, PTF, mersilene, etc.), utilizzate per rinforzare la plastica del deficit della parete parastomale (6-17). Lo stesso materiale protesico è oramai indispensabile per il trattamento chirurgico dei laparoceli (15). Queste due complicanze, l'ernia parastomale ed il laparocele, possono peraltro associarsi nel 11.6% dei casi (10). Scopo di questo lavoro è di presentare, sulla base di un caso clinico osservato, l'adozione della plastica per laparocele sec. Rives, modificata per il trattamento consensuale di una ernia parastomale.

Caso Clinico

Uomo di 78 anni, operato 10 anni prima di cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia e colostomia terminale per neoplasia vescicale, si è presentato alla nostra attenzione per una ernia parastomale plurirecidiva. La

Abstract

RECURRENT PARASTOMAL HERNIA AND MIDDLE INCISIONAL HERNIA: SURGICAL TREATMENT THROUGH MIDLINE INCISION WITH WIDE PROSTHETIC MESH

Parastomal hernia is a frequent complication of stoma surgery. The results of parastomal hernia repair however are poor, showing an high incidence of postoperative recurrences. In the last years, hernia repair with prosthetic mesh has given better postoperative results. The parastomal hernia, however, is associated with middle incisional hernia. The authors review the problem of surgical repair of parastomal hernia and report a case of recurrent parastomal hernia associated to middle incisional hernia. The technique of surgical repair using, through midline incision, one, wide, prosthetic polypropylene mesh, in sublay position, according to Rives' technique, is described. The mesh has been incised in a trasverse direction for the stoma crossing. At 6 years follow-up the patient does not show postoperative recurrence. According literature and the authors' results, the parastomal hernia might be considered an incisional hernia and, therefore, a sign of diffuse abdominal wall disease. The Rives' surgical technique might be the gold standard for treatment of parastomal hernia, even if not associated to incisional hernia. The more complexity of Rives' technique compared to local fascial mesh repair is compensated by the result of total abdominal wall reinforcement.

Key words: Colostomy, parastomal hernia, incisional hernia, mesh repair, tension-free repair.

colostomia era stata esteriorizzata attraverso il m.retto nei quadranti inferiori di sinistra dell'addome. A distanza di alcuni mesi dall'intervento si evidenziò una ernia parastomale di rilevanti proporzioni. La colostomia venne allora traslocata, attraverso il m. retto, nei quadranti superiori di sinistra. Dopo un anno si assiste a comparsa di recidiva dell'ernia parastomale. Questa viene allora da noi trattata con alloplastica posizionando localmente, per via anteriore, in posizione "on laying" un patch di polipropilene (10x10), senza circondare il segmento colico colostomico.

A distanza di 2 anni si evidenzia una voluminosa ernia parastomale, associata a voluminoso laparocele mediano



Fig. 1: Paziente con ernia parastomale e voluminoso laparocele mediano.

(Fig 1). In relazione alla successiva insorgenza di turbe di canalizzazione e a ricorrenti dolori addominali, tenendo in considerazione il non elevato rischio chirurgico (ASA II) e l'assenza di ripresa di malattia neoplastica, si ritiene opportuno trattare la patologia erniaria nel suo complesso.

Previa incisione mediana xifo pubica, senza aprire la cavità peritoneale, si è identificato il sacco del laparocele e lo si è liberato dalle varie connessioni aderenziali, senza aprirlo. Si è identificato e preparato il piano posteriore di entrambi i m. retti, costituito dal peritoneo, fascia trasversalis e fascia posteriore dei medesimi muscoli, fino alla riflessione laterale delle fasce dei m. retti. In tali manovre si è evidenziato anche il sacco dell'ernia parastomale ed il segmento colico utilizzato per la colostomia. Si è isolato il sacco erniario e lo si è affondato in addome. Il difetto parastomale della fascia posteriore è stato suturato con punti staccati in materiale a lento riassorbimento. Il segmento colico è stato isolato, da ogni lato, dalle connessioni aderenziali, ponendo particolare attenzione alla vascolarizzazione del meso. La colostomia non è stata rimossa. Dopo aver suturato, con punti staccati in dexon sulla linea mediana, il piano posteriore dei m. retti, vi è stata applicata sopra una rete di polipropilene (Herniamesh 18x30 cm) sec. la tecnica di Rives (Fig. 2). Nella rete è stato praticato un orificio del diametro di 3 cm con una incisione laterale per consentire il passaggio della colostomia e l'avvolgimento della rete attorno alla medesima (Fig. 3). Per evitare aderenze tra la rete e il segmento colico sono stati lasciati circa 3 millimetri di spazio libero tra questo ed i margini dell'orificio della protesi. L'incisione laterale della rete è stata suturata a punti staccati. Quest'ultima viene quindi resa solidale alla parete addominale con 6 punti di prolene trasfissi sec. Rives. 2 drenaggi aspirativi sono posizionati sulla protesi. Viene quindi chiusa la parete ed il piano cutaneo a strati. Non sono state rilevate complicanze p.o.

A distanza di circa 6 anni dall'intervento non si è avuta alcuna recidiva ed il paziente gode di una buona qualità di vita con ottima compliance per la colostomia.

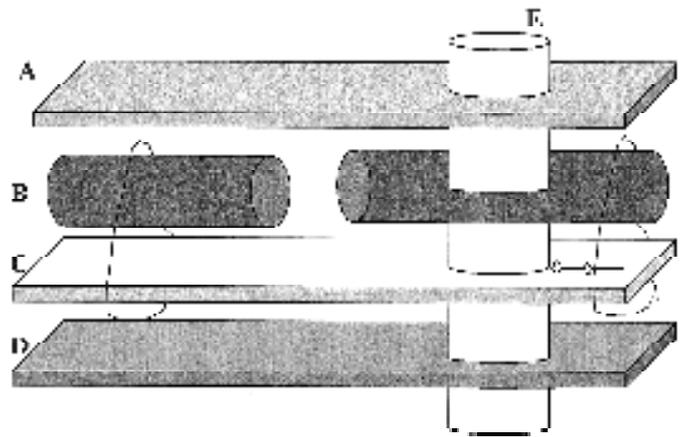


Fig. 2: Schema della riparazione dell'ernia parastomale e del concomitante laparocele con ampia rete protesica sec. Rives.

A: piano cutaneo; B: piano dei muscoli retti; C: ampia rete protesica a circondare la colostomia e fissata con punti trafissi al piano muscolare; D: piano costituito da peritoneo-fascia trasversalis e fasce posteriori dei m. retti; E: colostomia terminale.



Fig. 3: Immagine della ampia rete protesica posizionata a circondare la colostomia posta nel quadrante superiore di sinistra e a rinforzare tutta la parete addominale.

Discussione

Il caso clinico presentato racchiude in sé tutta la complessa problematica del trattamento chirurgico dell'ernia parastomale. Infatti in questo caso sono state utilizzate, nel tempo, le varie tecniche chirurgiche disponibili, con risultati sovrapponibili a quelli della letteratura.

Il trattamento loco-regionale dell'ernia parastomale, sia per traslocazione della stomia (16) che per sutura del difetto della parete (18), è risultato sempre gravato da elevata incidenza di insuccessi. Infatti l'incidenza della recidiva p.o. varia dal 33.0% all'86% dei casi (2, 16). L'avvento di materiali protesici biocompatibili, attualmente il gold standard per il trattamento delle ernie inguinali e dei laparoceli (9, 15), ha, negli ultimi anni, contribuito a migliorare anche la prognosi p.o. del trattamento dell'ernia parastomale.

In presenza di ernia parastomale, la rete protesica viene usualmente posizionata per via anteriore, con incisione cutanea semicircolare alla colostomia (6, 17, 19) o laterale alla stessa (4), in posizione "on laying", a rinforzare localmente la sutura del difetto di parete parastomale. La protesi, di alcuni centimetri più ampia del difetto di parete, viene quindi a trovarsi marginalmente o semicircularmente alla colostomia (17) o a circondarla del tutto (6, 19). È stato proposto (7) anche il rinforzo della plastica con una rete, molto più ampia del difetto di parete, a circondare la colostomia, in posizione "on laying", ma con un accesso mediano e non pericolostomico. Assimilando l'ernia parastomale ad un laparocele, una grande rete protesica è stata posizionata, per via mediana, anche in posizione sub laying (8), come nel nostro caso. Nei casi, in cui la plastica del difetto di parete è stata rinforzata con una protesi, l'incidenza di recidiva p.o. è risultata nettamente inferiore, oscillando dallo 0 (6, 17) al 29% (14) dei casi. Utilizzando materiali quali il polipropilene (Marlex o Prolene), che possono creare aderenze con i visceri con cui vengono a contatto (3), o addirittura erodere la colostomia stessa (1), la rete deve essere sempre posta per via anteriore, extraperitonealmente, e deve rimanere un minimo spazio libero (3 mm) tra la stessa e la stomia. La presenza e le differenti dimensioni di tale spazio libero potrebbero essere alla base dell'eventuale recidiva p.o. e spiegarne la variabile incidenza. Questo spazio, infatti, sotto la spinta di pressioni endoaddominali rappresenterebbe un locus minore resistentiae (13). Alcuni autori (5), contrariamente alla nostra esperienza, avrebbero persino evidenziato come il foro praticato nella rete rigida per il passaggio della colostomia tenda a dilatarsi, favorendo la recidiva dell'ernia. Tale rischio potrebbe essere tuttavia minimizzato con un soprappiù in prolene lungo i margini liberi dell'orificio (13). Analogamente al confezionamento delle asole degli abiti, si otterrebbe un rinforzo dei suddetti margini. L'orificio non andrebbe incontro a slargamenti causati dalle pressioni endoaddominali e non si avrebbe, pertanto, un incremento dello spazio libero peristomale, causa di recidiva p.o.

Tale inconveniente potrebbe essere evitato utilizzando protesi di polytetrafluoroethylene (PTF). Questa, non provocando aderenze, può essere adesa al segmento intestinale utilizzato per la stomia senza dover quindi lasciare uno spazio libero. Tuttavia, il PTF, è più sensibile alle infezioni ed è alquanto più costoso. Una alternativa potrebbe essere rappresentata da reti protesiche di vicryl con basso contenuto di polipropilene. La presenza del vicryl ne consente il contatto con i visceri mentre quella del polipropilene gli conferisce robustezza e scarsa sensibilità alle infezioni.

La contemporanea presenza di un laparocele mediano ci ha indotto, già 6 anni fa, a riparare i due difetti della parte addominale in unica soluzione con una grande rete (20x30), di polipropilene sec Rives (15), come descritto da altri (8). La grande rete, senza aprire la cavità addo-

minale, è stata posizionata, posteriormente ad ambedue i mm. retti, sul piano costituito dal peritoneo e fasce posteriori dei mm.retti stessi. La presenza di un segmento intestinale che, come di norma, attraversa il piano dei mm.retti per costituire la stomia non controindica tale intervento, così come dimostrato da noi e da altri (7, 8). È sufficiente modificare la rete, come già descritto. Il minimo spazio lasciato libero attorno al viscere, se utilizzata una rete di polipropilene, non rappresenta peraltro un rischio di recidiva p.o., in quanto la parete addominale risulta validamente rinforzata in toto dalla grande rete. A distanza di 6 anni dall'intervento, non abbiamo notato infatti comparsa di recidiva.

Conclusioni

La nostra ed altrui esperienza (8) induce a considerare l'ernia parastomale come un laparocele nella sede della stomia e quindi, al pari dei laparoceli, espressione di una malattia di tutta la parete addominale. L'intervento sec. Rives potrebbe diventare, quindi, una ottima prima scelta terapeutica per il trattamento di tale complicanza. La maggior invasività dell'intervento sec. Rives, rispetto al trattamento loco-regionale con protesi, verrebbe bilanciata dall'effetto terapeutico rivolto a tutta la parete addominale.

Riassunto

L'ernia parastomale è una complicanza non trascurabile nell'ambito della chirurgia coloretale. La plastica chirurgica del difetto erniario è per lo più gravata da una elevata incidenza di recidive p.o. La prognosi p.o. sembrerebbe, tuttavia, migliorata negli ultimi anni con l'impiego di reti protesiche biocompatibili per rinforzare la plastica erniaria. L'ernia parastomale, peraltro, risulta sovente associata ad un laparocele mediano. Gli autori rivisitano il problema del trattamento chirurgico delle ernie parastomali presentando un caso clinico di ernia parastomale plurirecidiva associata ad un laparocele mediano. Il trattamento chirurgico è consistito, dopo la liberazione dei sacchi erniari e la loro riduzione in addome, nel posizionare, per via mediana, un'ampia rete protesica di polipropilene sul piano costituito dal peritoneo-fasce posteriori di entrambi i m. retti dell'addome, sec. Rives. La rete è stata incisa lateralmente per consentire il passaggio della colostomia. Il controllo del paziente, a distanza di 6 anni dall'intervento, non evidenzia alcuna recidiva. I dati della letteratura ed il risultato da noi ottenuto inducono a considerare l'ernia parastomale come un laparocele nella sede della stomia e quindi, al pari dei laparoceli, espressione di una malattia di tutta la parete addominale. L'intervento chirurgico di plastica sec. Rives potrebbe diventare, quindi, una ottima prima scelta terapeutica per il trattamento di una ernia parasto-

male. La maggior invasività dell'intervento sec. Rives, rispetto al trattamento locale di ernioplastica con prote-si del difetto erniario, verrebbe bilanciata dall'effetto tera-peutico rivolto a tutta la parete addominale. Parole chiave: colostomia, ernia parastomale, laparoccele, ernioplastica protesica, chirurgia tension-free

Bibliografia

- 1) Aldrige A.J., Simon J.N.: *Erosion and perforation of colon by synthetic mesh in recurrent paracolostomy hernia*. *Hernia* 5, 110-112, 2001.
- 2) Allen-Mersch T.G., Thopson J.P.: *Surgical treatment of colostomy complications*. *Br J Surg* 75, 416-418, 1988.
- 3) Amid P.K., Shulman A.G., Lichtenstein I.L., Halakha M.: *Biomaterials for abdominal wall hernia surgery and principles of their applications*. *Langenbeks Arch Chir*, 379, 168-171, 1994.
- 4) Amin S.N., Armitage N.C., Abercromble J.F., Scholefield J.H.: *Lateral repair of parastomal hernia*. *Ann R Coll Surg Engl*, 83, 205-208, 2001.
- 5) De Ruiter P., Bijnem A.B.: *Successful local repair of paracolostomy hernia with a newly developed prosthetic device*. *Int J Colorect Dis*, 7, 132-134, 1992.
- 6) Hofstetter W.L., Vukasin P., Ortega A.E., Anthone G., Beart R.W.: *New technique for mesh repair of parastomal hernias*. *Dis Colon Rectum*, 41, 1054-1055, 1998.
- 7) Kald A., Landin S., Masreliez C., Sjodalh R.: *Mesh repair of parastomal hernia: new aspects of onlay technique*. *Tech Coloroctol* 5, 169-171, 2001.
- 8) Kasperk R., Klinge U., Schumpelick V.: *The repair of large para-stomal hernia using midline approach and a prosthetic mesh in the sublay position*. *Am J Surg*, 179, 186-188, 2000.
- 9) Leardi S., Delmonaco S., Pietroletti R., Perri S., Citone G., Simi M.: *Chirurgia protesica delle ernie inguinali e crurali*. *Chir It*, 52, 579-583, 2000.
- 10) Leslie D.: *The parastomal hernias*. *Surg Clin North Am*, 64, 407-415, 1984.
- 11) Londono-Schimmer E.E., Leong A.P., Phillips R.K.: *Life table analysis of stomal complications following colostomy*. *Dis Colon Rectum*, 37, 916-920, 1994.
- 12) Marks C.G., Richtie J.K.: *The complications of synchronous com-bined excision for adenocarcinoma of the rectus at St Mark's Hospital*. *Br J Surg*, 62, 901-905, 1975.
- 13) Moisisdis E., Curiakis J.I., Brooke-Cowden G.L.: *Improving the reinforcement of parastomal tissue with Marlex mesh. Laboratory study identifying solutions to stomal aperture distorsion*. *Dis Colon Rectum*, 43, 55-60, 2000.
- 14) Morris-Stiff G., Hughes L.E.: *The continuing challenge of para-stomal hernia: failure of a novel polypropylene mesh repair*. *Am R Coll Surg Engl*, 80, 184-187, 1998.
- 15) Rives J., Pire J.C., Flament J.B. et al: *Treatment of large even-trations. new therapeutic indications apropos of 322 cases*. *Chirurgie* 111, 215-225, 1985.
- 16) Rubin M.S., Shoetz D.J. Jr., Matthews J.B.: *Parastomal hernia. Is stoma relocation superior to fascial repair?*. *Arch Surg*, 129, 413-419, 1994.
- 17) Tekkis P.P., Kocher H.M., Payne J.G.: *Parastomal hernia repair. Modified Thorlaksontechnique, reinforced by polypropylene mesh*. *Dis Colon Rectum*, 42, 1505-1508, 1999.
- 18) Thorlakson R.H.: *Technique of repair of the herniations associa-ted with colonic stomas*. *Surg Gynecol Obstet*, 120, 347-350, 1965.
- 19) Venditti D., Gargiani M., Milito G.: *Parastomal hernia surgery: personal experience with use of polypropylene mesh*. *Tech Coloproctol* 5, 85-88, 2001.

Autore corrispondente:

Prof. Sergio LEARDI
Dip. Scienze Chirurgiche
Università di L'Aquila
P.zza S. Tomassi
67100 L'AQUILA