

ERNIA DI SPIGELIO

L'ernia di Spigelio è molto rara; sono riportati in letteratura non più di 900 casi da quando Klinkosch per primo la descrisse nel 1764 ed essa rappresenta lo 0,1-1% delle ernie. Viene detta anche ernia laterale dagli Autori francesi e trae il suo nome da Adriaan van den Spieghel o Spigelius (1578-1625), professore di Anatomia a Padova, che descrisse per primo la linea curva semilunare sulla parete addominale anteriore che si estende dalla IX cartilagine costale fino al pube e che segna il passaggio tra la parete muscolare e la parete aponeurotica del muscolo trasverso dell'addome (Fig. 1). Le ernie di Spigelio compaiono sulla linea semilunare che rappresenta, a livello del margine esterno del muscolo retto, la giunzione delle aponeurosi dei muscoli larghi; queste si evidenziano solitamente al disotto della linea ombelicale trasversa per deiscenza dell'aponeurosi del trasverso e del muscolo obliquo interno che appaiono più deboli in prossimità della linea arcuata (Figg. 2 e 3). Possono ri-

manere a lungo in sede interstiziale e di piccole dimensioni ma allorché cede l'aponeurosi dell'obliquo esterno possono aumentare di volume e attraversare l'aponeurosi. L'ernia di Spigelio comporta sempre la presenza di un sacco peritoneale coperto da un lipoma preperitoneale. Il sacco può contenere epiploon, colon o stomaco e vi è un alto rischio di strozzamento in quanto il colletto è spesso di piccole dimensioni e fibroso.

L'invecchiamento delle strutture legamentose, l'obesità e l'aumento della pressione intraddominale sono fattori che favoriscono la comparsa di queste ernie difficilmente diagnosticate perché molto spesso paucisintomatiche.

TECNICA CHIRURGICA

Da un punto di vista anatomico-chirurgico l'ernia di Spigelio è caratterizzata da un sacco, un colletto e un

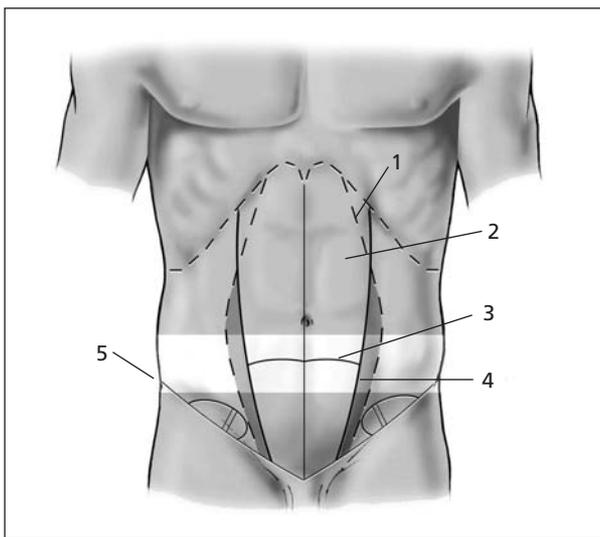


Figura 1. Localizzazione dell'ernia di Spigelio. 1 = linea di Spigelio; 2 = m. retto dell'addome; 3 = linea semicircolare del Douglas; 4 = zona di debolezza compresa tra il margine laterale del m. retto e la linea di Spigelio; 5 = fascia dove maggiore è il diametro trasverso dell'area di debolezza.

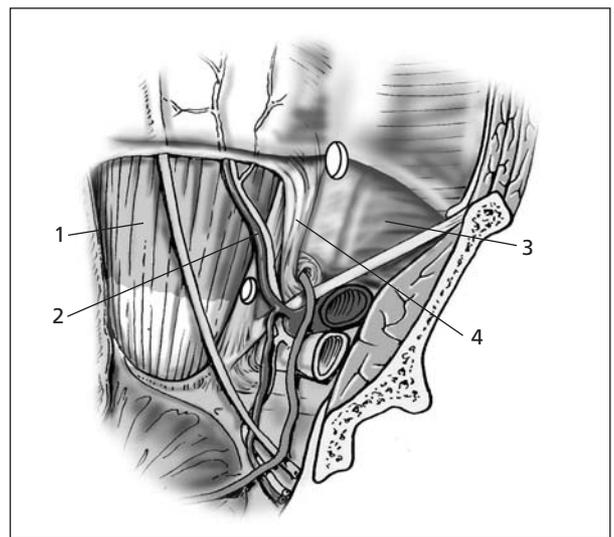


Figura 2. Sedi dell'orifizio profondo dell'ernia di Spigelio viste dall'interno. 1 = m. retto; 2 = vasi epigastrici inferiori; 3 = m. trasverso; 4 = legamento di Hesselbach.

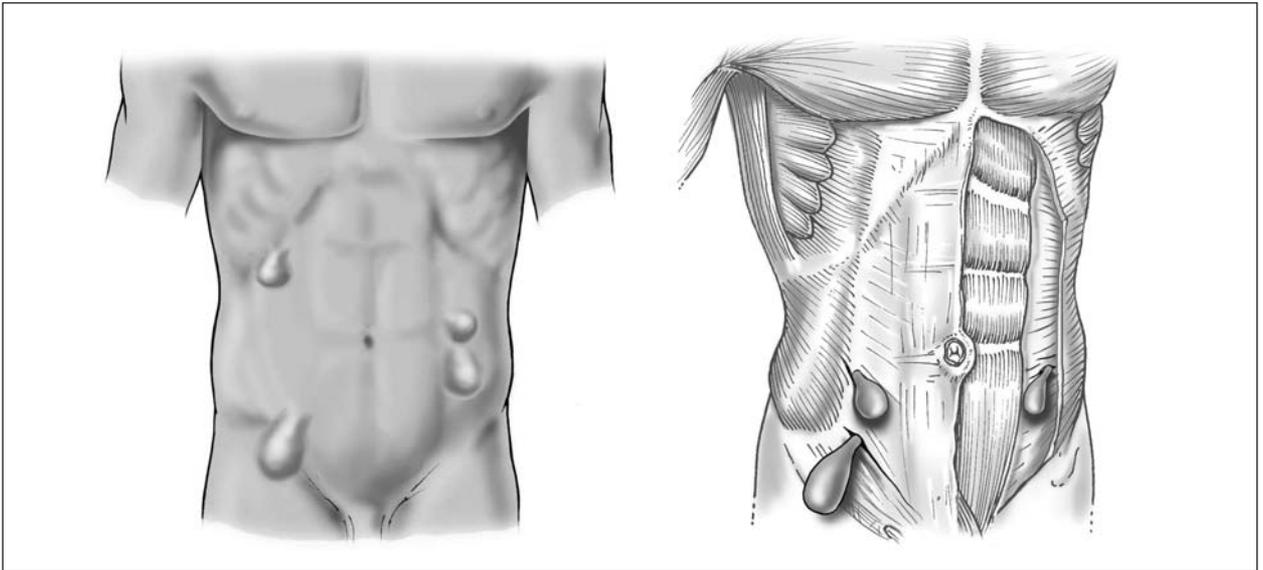


Figura 3. Localizzazioni cliniche dell'ernia di Spigelio.

anello fasciale così come tutte le ernie parietali. Obiettivo della terapia chirurgica è di ripristinare la normale anatomia riparando il difetto parietale.

Il trattamento chirurgico può avvalersi oggi oltre che di una via di accesso diretta anche di quella laparoscopica; questa presenta i vantaggi di una minore aggressività e consente, nei casi dubbi, una diagnosi di certezza.

Via di accesso laparotomica

Si esegue un'incisione cutanea verticale, secondo J-laguier, o meglio un'incisione trasversale, più o meno

obliqua, centrata sulla tumefazione erniaria; si incide l'aponeurosi del muscolo obliquo esterno, si reperta il sacco che passa esternamente al margine laterale del muscolo retto, lo si disseca sino al suo colletto e se ne riduce il contenuto. I margini del trasverso e dell'obliquo interno vengono liberati e si ricercano eventuali sacchi associati.

Riposizionato quindi il sacco in addome, si sutura il piano rappresentato dal trasverso e dall'obliquo interno, trasversalmente, con punti staccati, e successivamente l'aponeurosi del muscolo obliquo esterno (Fig. 4). Qualche Autore riporta, soprattutto nel caso di recidiva, parete debole o ernia inveterata, il posiziona-

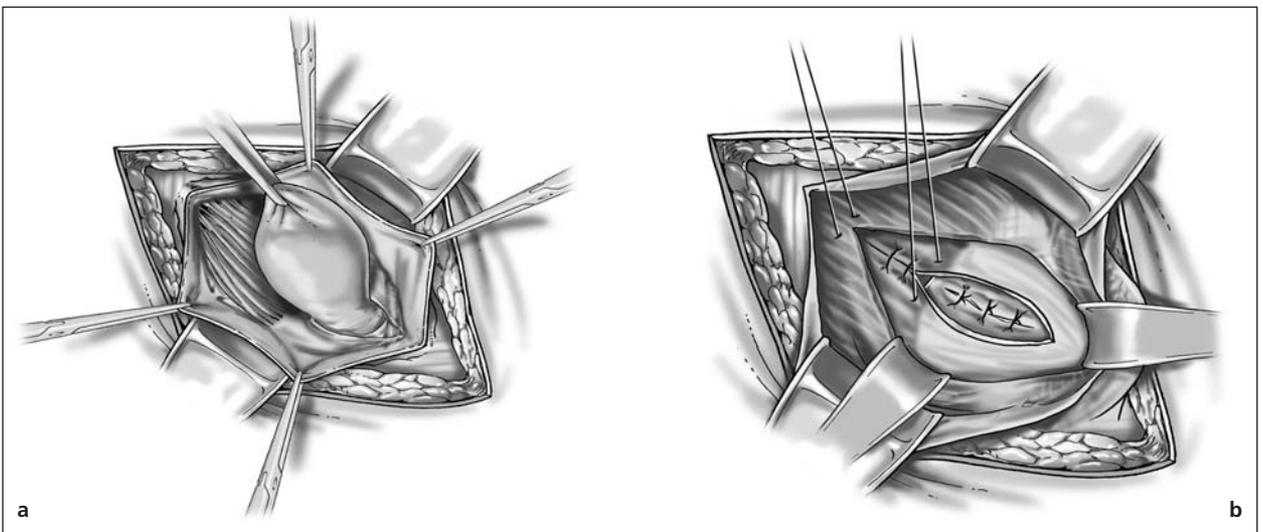


Figura 4. Trattamento dell'ernia di Spigelio per via diretta. a) Incisione dell'aponeurosi del muscolo obliquo esterno e liberazione del sacco; b) dopo aver liberato il sacco si sutura il muscolo trasverso e l'obliquo interno.

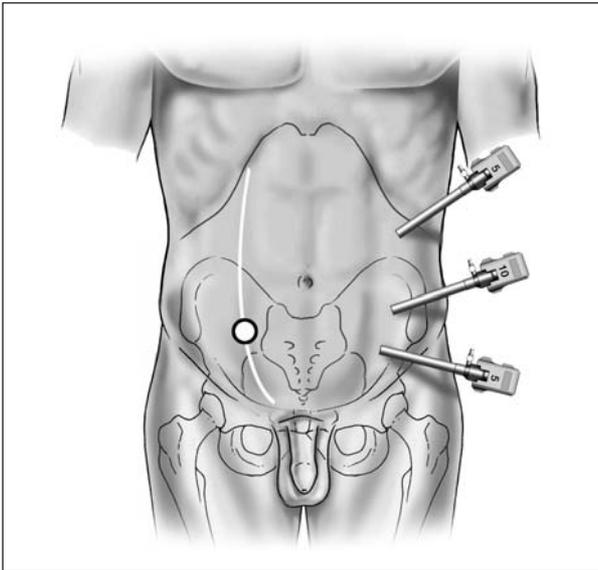


Figura 5. Ernia di Spigelio: trattamento laparoscopico. Sede di introduzione dei trocar lungo la linea ascellare anteriore dalla parte opposta alla sede dell'ernia da correggere.

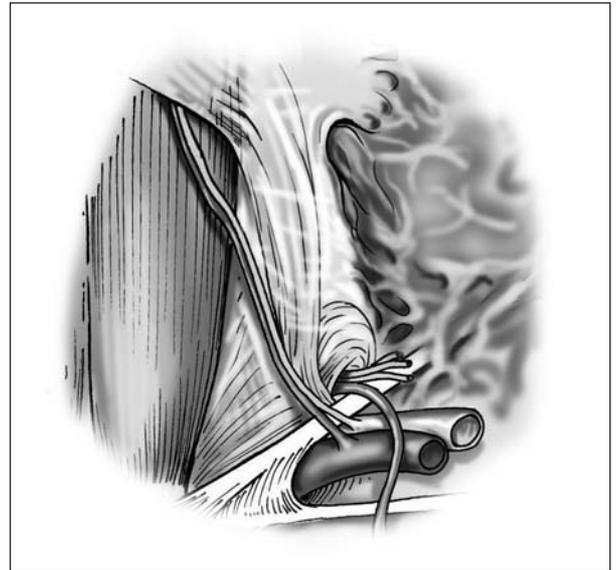


Figura 6. Visione laparoscopica dell'orifizio interno.

mento di una protesi nello spazio properitoneale al di sotto del piano muscolo-aponeurotico, a rinforzo della sutura parietale.

La protesi in dacron o polipropilene viene fissata ai quattro angoli con punti transmuscolari e ha una funzione di rinforzo posteriore.

Via di accesso laparoscopica

Nel trattamento dell'ernia di Spigelio la preferenza va oggi alla via di accesso laparoscopica; la via diretta comporta l'incisione dell'aponeurosi dell'obliquo esterno, il che rappresenta un ulteriore punto di debolezza, evitato invece con l'approccio laparoscopico. La laparoscopia consente, inoltre, nei casi dubbi, una conferma diagnostica e consente una precisa localizzazione del difetto parietale.

Vengono introdotti tre trocar lungo la linea ascellare anteriore dal lato opposto dell'ernia, uno da 10 mm per l'ottica e altri due, da 10-12 mm e da 5 mm, per gli strumenti operatori (Fig. 5). Il primo trocar può essere posizionato con la tecnica open o dopo aver creato pneumoperitoneo con un ago di Veress.

Il paziente, in posizione supina, viene ruotato controlateralmente all'ernia; il chirurgo e l'aiuto si posizionano dal lato opposto del difetto da riparare.

Il primo tempo operatorio consiste nell'esplorazione della cavità addominale alla ricerca di eventuali patologie associate, costituite principalmente da ernie inguinali ed epigastriche; successivamente si reperta il colletto erniario che in genere è molto stretto (Fig. 6).

In caso di ernia intasata, prima si riduce il contenuto, prevalentemente rappresentato da epiploon, più

raramente da colon e stomaco; si procede successivamente alla riparazione parietale utilizzando una protesi posizionata per via intraperitoneale. La scelta della protesi deve essere fatta tra quelle che possono essere applicate a contatto dei visceri con il minor rischio di procurare aderenze.

Oggi in commercio esistono diversi tipi di protesi: Dual Mesh® (PTFE), Composix® (PTFE + polipropilene), Parietex Composite® Mesh (poliestere + collagene).

La protesi scelta deve essere sagomata in modo da avere un overlap non inferiore a 4 cm; viene fissata con svariati sistemi di fissaggio: Protack, EndohAN-

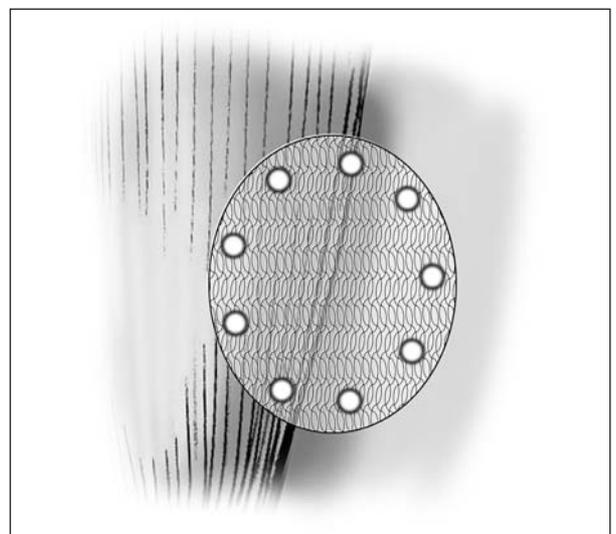


Figura 7. Applicazione di una protesi con tecnica laparoscopica.

COR, agraffe (sistemi di fissaggio traumatici e non riassorbibili), Parietex (sistema di fissaggio traumatico e riassorbibile) e colla di fibrina (sistema di fissaggio atraumatico utilizzato per difetti con diametro inferiore a 6 cm); può essere ancorata anche con alcuni punti passati attraverso gli strati muscolari in modo da assicurare una maggior tenuta (Fig. 7).

In caso di ernie di grosse dimensioni, ove si utilizzano protesi in PTFE, può essere utile posizionare un drenaggio in aspirazione nella sede del sacco; mentre se vengono utilizzate protesi porose (Parietex) è sufficiente applicare una medicazione compressiva.

L'intervento termina con la desufflazione e l'estrazione dei trocar sotto visione.

Con questa tecnica si riduce di molto il dolore postoperatorio, si esegue un'attenta valutazione della lesione erniaria, si evita di incidere i tessuti aponeurotici più superficiali che sono, come già detto, spesso integri e si posiziona una protesi che supera ampiamente il difetto erniario, evitando le estese dissezioni laparotomiche e assicurando una buona tenuta a distanza di tempo. In ogni caso, con accesso sia diretto sia laparoscopico, la recidiva dell'ernia di Spigelio è piuttosto rara.

BIBLIOGRAFIA

- BAYLEY D., *Spigelian hernia*. Br J Surg 1957; 44: 502-5.
- GUIVARCH M., *Traitement chirurgical des hernies anterolaterales dites de Spieghel*. Presse Med 1989; 18: 177-9.
- KILNKOSH J.T., *Divisionem hernium novamque hernia ventralis proponit*. Dissertatorium Medicorum 1764; 184.
- LAMPHIER T.A., *Spighelian hernia*. Int Surg 1982; 67: 395-7.
- LE JOLIFF L., LETOQUART J.P., FOUCAUD X., LANGELLA B., MAMBRINI A., *Les hernies ventrales laterales ou de la ligne de Spieghel. A propos de 8 nouvelles observations*. J Chir 1992; 122: 409-13.
- LOIZON P., NAHON P.H., FOUNTI H., DELECOURT P., *Hernie de Spieghel et mesentere commun. A propos d'une observation*. J Chir 1992; 129: 285-6.
- MUFID M.M., ABU YOUSEF M.M., KAKISH M.E., *Spigelian hernia: diagnosis by high resolution real time sonography*. J Ultrasound Med 1997; 16: 183-7.
- NELSON R.L., RENIGERS S.A., NYUS L.M., SIGEL B., SPIGOS D.G., *Ultrasonography of the abdominal wall in the diagnosis of spighelian hernia*. Am Surg 1980; 46: 373-6.
- ONDO N'DONG F., LOROFI R., COMES G., BELLAMY J., DIANE C., *Les hernies de Spieghel. A propos d'une serie de 31 cas*. J Chir 1992; 129: 210-2.
- READ R.C., *Spighelian hernia*. In: NYHUS L., CONDOM R.E. (eds), *Hernia*. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1978; 375-86.
- ROGERS F.B., CAMP P.C., *A strangulated Spigelian hernia mimicking diverticulitis*. Hernia 2001; 5: 51-2.
- SPAGEN C., *Spighelian hernia*. Surg Clin North Am 1984; 64: 351-66.
- STOPPA R., *Hernies ventrales (de Spigel)*. In: CHEVREL J.P., *Chirurgie de parois de l'abdomen*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1985; 215-7.