

L'ERNIA NELL'ATLETA AGONISTA E NON AGONISTA TEMPISTICA DELL'INTERVENTO, INDICAZIONI E RIPRESA DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA



AUTORI:

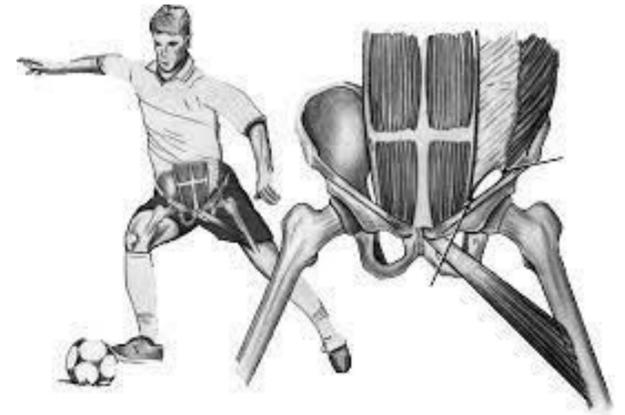
Dr. Gloria Goi (Medicina e Chirurgia) (1)	Dirigente Medico di Chirurgia Generale
Dr. Daniel Di Mattia (Medicina e Chirurgia) (1,2)	Dirigente Medico di Chirurgia Generale, Presidente AMS Milano
Prof. Piergiorgio Danelli (Medicina e Chirurgia) (1)	Professore Ordinario di Chirurgia Generale. Università degli Studi di Milano

- (1) Azienda Ospedaliera Polo Universitario 'Luigi Sacco' - (Milano - Italy)
(2) Istituto di Medicina dello Sport - (Milano - Italy)

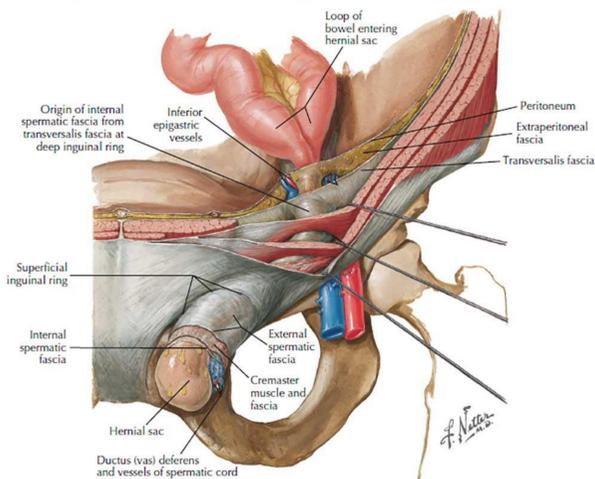
SCOPO DEL LAVORO

La **patologia erniaria**, frequentissima negli Sportivi, ha una casistica annuale Mondiale di interventi chirurgici di riparazione superiore ai **20 milioni di casi**.

Ciononostante nella pratica chirurgica tuttora si discute su quando procedere alla riparazione del difetto, al tipo di tecnica da utilizzare, alla gestione del dolore cronico nello sportivo (Sports Hernia) e al tempo di ripresa post-chirurgico con attenzione particolare alla ripresa dell'attività sportiva nell'Atleta Agonista.



MATERIALI E METODI



Nel Dipartimento di Chirurgia dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano dal 2011 al 2022 sono stati raccolti dati dei pazienti sottoposti a riparazione chirurgica di difetto erniario inguinale. Il campione selezionato comprende pazienti con ernia inguinale monolaterale, bilaterale e recidive.

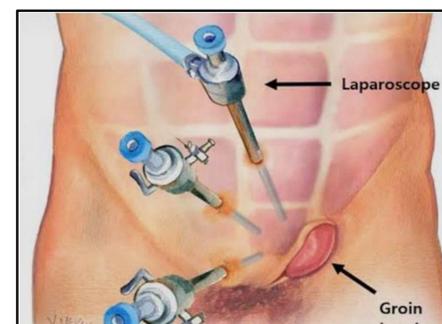
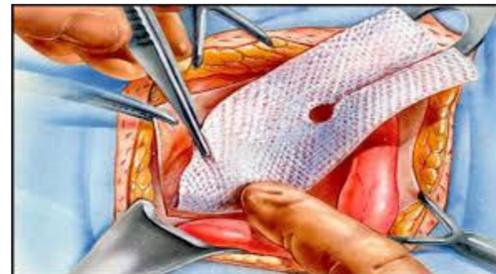
I giovani sportivi con dolore inguinale in assenza di tumefazione evidente sono stati sottoposti a ecografia per escludere pubalgia nota come **"Sports Hernia"**.

RISULTATI

Tutte le procedure di riparazione chirurgica sono state eseguite con l'utilizzo di mesh, diverse le tecniche utilizzate (Trabucco, Trabucco modificata, Lichtenstein e TEP). I pazienti sono stati candidati alla riparazione chirurgica anche se non presentavano sintomatologia dolorosa, ma solo tumefazione locale.

Tutti sono stati sottoposti a chiusura del difetto con l'utilizzo di rete sagomata non riassorbibile. Indipendentemente dalla tecnica chirurgica sono stati dimessi tutti entro 48 ore dall'intervento.

Il **campione esaminato** dopo la rimozione dei punti di sutura **ha ripreso** gradualmente la **normale attività** fisico-sportiva entro 10 giorni dalla procedura chirurgica.



CONCLUSIONI

Nessuna delle tecniche chirurgiche utilizzate è più performante, ma sicuramente è operatore dipendente. La riparazione chirurgica laparoscopica prevede una maggiore degenza post operatoria e presenta costi più elevati. Attualmente non siamo a conoscenza di studi che documentino che un rapido ritorno alla normale attività fisica sportiva è direttamente proporzionale al rischio di recidiva. E' consigliabile riprendere la normale attività tra il terzo e il quinto giorno postoperatorio o non appena vi sia la condizione psico-fisica di riprendere l'attività sportiva.

