

L'ERNIA INGUINALE.
COSA È,
QUALI SONO I SINTOMI
E COME POSSIAMO CURARLA.

Collana “piùinforma”



WHAT'S NEW IN
MONTALEGRO
CULTURA DELLA SALUTE





Prof. EZIO GIANETTA
Medico Chirurgo

Nato a Genova il 17/02/1948.
Laurea in Medicina e Chirurgia
presso l'Università degli Studi di
Genova il 27/07/1972.

Abilitazione all'esercizio della
professione Medico Chirurgica
nel 1973.

Specializzazione in Chirurgia
presso l'Università degli Studi di
Genova nel 1977.

Specializzazione in Chirurgia
dell'Apparato Digerente ed
Endoscopia Digestiva presso
l'Università degli Studi di Genova
nel 1983.

Professore Ordinario di Chirurgia,
Università degli Studi di Genova.

Direttore delle Scuole di
Specializzazione in Chirurgia
Generale presso l'Università degli
Studi di Genova.

Direttore dell' U.O.C. di
Patologia Chirurgica a Indirizzo
Gastroenterologico presso
l'I.R.C.C.S. San Martino-IST
di Genova.

Delegato Nazionale dell'EHS
(European Hernia Society).

Ezio Gianetta garantisce di essere
l'autore e l'unico titolare di ogni e
qualsiasi diritto esclusivo relativo
all'opera oggetto della pubblica-
zione "L'ernia inguinale. Cosa è,
quali sono i sintomi e come pos-
siamo curarla".

Egli si impegna pertanto a garan-
tire e manlevare l'Editore da even-
tuali pretese e/o azioni di terzi che
rivendicassero diritti sull'opera
oggetto della presente pubblica-
zione, impegnandosi a tenerlo
indenne da ogni conseguenza
pregiudizievole derivante dall'ac-
certamento dell'altrui paternità
dell'opera e/o di parti di essa.

COS'È L'ERNIA INGUINALE?

Quando parliamo di ernia intendiamo quella condizione in cui un viscere, per lo più l'intestino, contenuto nella cavità addominale, fuoriesce attraverso una zona di debolezza della parete addominale. Il viscere erniato è racchiuso in un sacco rappresentato dal peritoneo, la membrana sierosa che ricopre la superficie interna della parete addominale. La zona di maggiore debolezza della parete addominale - e quindi sede di maggiore frequenza di ernia - è la regione inguino-femorale (fig. 1-2). Nell'uomo, tutti gli elementi (arterie, vene, dotto spermatico) che mettono in comunicazione il testicolo, accolto nello scroto, con gli organi contenuti nell'addome, passano attraverso un vero e proprio canale, detto appunto inguinale. Nella donna, poiché le gonadi (ovaie) sono collocate nella pelvi, quindi all'interno della cavità addominale, il canale inguinale è pressoché virtuale. Il sesso maschile è perciò maggiormente predisposto di quello femminile all'insorgenza di ernia inguinale.

Al contrario, per la diversità della conformazione anatomica del bacino fra i due sessi, le donne sono più predisposte all'insorgenza di un'ernia crurale (femorale) rispetto ai maschi.



Fig. 1 - Orifizio mioepiteneo di Fruchaud o area inguino-femorale, la più frequente sede di ernie della parete addominale anteriore, per la debolezza di quest'ultima dovuta all'assenza di muscoli e aponeurosi.

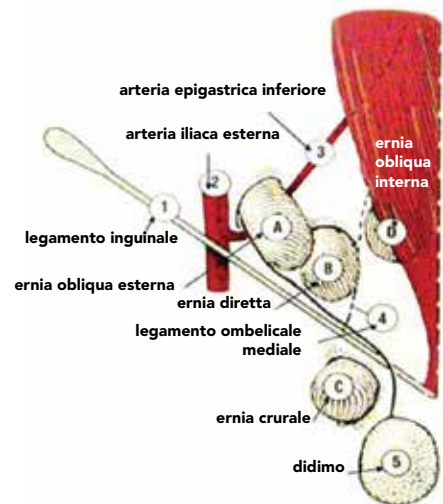


Fig. 2 - Rappresentazione schematica delle diverse possibili tipologie di ernia che si possono incontrare nella regione inguino-crurale.

I periodi in cui maggiore è il rischio di insorgenza di un'ernia inguinale sono rispettivamente il primo anno di vita (ernie congenite) e oltre i 50 anni (ernie acquisite). La possibilità di sviluppare un'ernia inguinale nell'arco della propria vita è estremamente alta; attualmente si calcola un'incidenza di circa il 3% nelle donne e del 27% negli uomini. Questo pone un grande problema di costi per il sistema sanitario sia sociale sia assicurativo. Si stima, infatti, che ogni anno nel mondo vengano eseguiti circa 20 milioni di interventi di ernioplastica, con tassi specifici, che variano da Paese a Paese, da 100 a 300 casi ogni 100.000 abitanti.

COME SI DIAGNOSTICA L'ERNIA INGUINALE E QUALI ALTRE MALATTIE HANNO SINTOMI COMUNI?

In genere un Paziente con ernia non complicata si reca a visita dal chirurgo lamentando la presenza di una tumefazione, un rigonfiamento asintomatico o più o meno doloroso o fastidioso, nella regione dell'inguine. Il rigonfiamento frequen-

temente scompare spontaneamente in posizione supina. Di regola il riscontro di tali quadri, in associazione con il semplice esame fisico, è sufficiente al clinico per diagnosticare l'ernia inguinale. Talora, nelle circostanze più complicate, come quelle dei Pazienti obesi o dei Pazienti che presentano solo sintomi dolorosi in assenza di tumefazione in sede inguinale, per certificare la diagnosi può rendersi necessario il ricorso a esami strumentali, fra cui l'ecografia e, meno frequentemente, la risonanza magnetica.

Va sempre tenuto presente, comunque, che la comparsa di una tumefazione inguinale può essere dovuta a un'ernia, ma anche a un aumento di volume dei linfonodi inguinali (linfadenopatia), a dilatazioni vascolari, a tumori dei tessuti molli, ad ascessi, ad anomalie genitali (ectopia testicolare). È quindi importante la valutazione da parte di un medico che prescriva gli accertamenti utili alla formulazione di una corretta diagnosi.

QUANDO SI OPERA UN'ERNIA INGUINALE?

La domanda che molti Pazienti, ma anche molti medici, si pongono di fronte al riscontro di un'ernia, soprattutto se di piccole dimensioni o scarsamente sintomatica, è se sia comunque necessario l'intervento chirurgico. La decisione se operare o meno è determinata da alcune valutazioni sulla storia naturale dell'ernia stessa, cioè dalla possibilità di sviluppare complicanze e dai rischi connessi con una procedura eseguita se le complicanze si sono verificate.

È perciò opportuno accennare alle possibili complicanze dell'ernia. Le più temibili sono "l'intasamento" e "lo strozzamento", favorite sia da dimensioni ridotte del colletto - in termini volgari il "buco" nella parete addominale - sia dalla grandezza dell'ernia, sia soprattutto quando l'ernia non possa essere "ridotta", cioè non possa rientrare spontaneamente o mediante palpazione nella cavità addominale.

La conseguenza è un quadro di occlusione intestinale che può portare, in caso di strozzamento, alla perforazione del viscere erniato. L'esperienza della letteratura e le linee guida delle più importanti società scientifiche internazionali confermano che un'ernia asintomatica e di piccole dimensioni può anche semplicemente essere sottoposta a visite di controllo periodiche in modo da monitorarne l'andamento nel tempo. Per quel che riguarda invece le ernie che presentano sintomi come fastidio, dolore o ancor peggio abbiano grosse dimensioni e non siano riducibili, molti studi clinici dimostrano che, dal momento della diagnosi, il rischio di andare incontro a strangolamento è circa del 2,5% a tre mesi e aumenta col passare del tempo raddoppiando a distanza di due anni (ancora più alto è il rischio per le ernie femorali che vanno incontro a complicazioni gravi nel 40% dei casi).

Il secondo dato di rilievo è che l'aggravamento del quadro clinico aumenta la possibilità di complicazioni durante e dopo l'operazione e quindi della mortalità. Il rischio di decesso conseguente a intervento chirurgico di ernioplastica è di 3 ogni 100.000 casi, ma se la procedura viene eseguita in regime di urgenza, quindi facilmente associata a resezione di tratti intestinali impegnati nell'ernia, la mortalità aumenta di oltre 10 volte. Ne deriva l'atteggiamento, oggi adottato nella maggior parte dei centri, di consigliare l'intervento chirurgico di ernioplastica entro un ragionevole tempo dalla diagnosi a tutti i Pazienti portatori di ernia inguinale sintomatica.

CRITERI OPERATORI

Si basano sulla riducibilità, sui segni e sintomi di incarcerazione e sull'influenza che questa patologia ha sulla qualità di vita del Paziente.

- Pazienti con ernia riducibile, asintomatici o con sintomi di

lieve entità possono essere sottoposti a un trattamento conservativo.

- Pazienti con ernia sintomatica dovrebbero essere sottoposti a trattamento chirurgico in elezione.
- Pazienti con ernia incarcerata devono essere sottoposti a un tentativo di riduzione erniaria seguito da intervento programmato.
- Pazienti con ernia intasata e/o strozzata devono essere operati in regime di urgenza.

PRINCIPI DI TRATTAMENTO DELL'ERNIA INGUINALE

È ampiamente dimostrato che non esiste possibilità di curare un difetto della parete addominale (sia esso primitivo o acquisito) con metodi differenti da un intervento chirurgico.

Esistono tuttavia situazioni in cui è necessario optare per un trattamento conservativo con l'impiego di mezzi contenitivi (es. mutande elastiche). Questo si verifica per quei Pazienti che hanno uno stato di salute generale talmente fragile da non poter essere sottoposti a un intervento chirurgico in sicurezza.

Una riparazione stabile e duratura di un difetto della parete addominale prevede invariabilmente l'impiego di una protesi non riassorbibile (le ben conosciute "retine"). Questa regola trova però eccezione in tutte le situazioni in cui, per un'infezione pre-esistente o per la concomitante contaminazione del campo chirurgico, l'impianto di materiale protesico incrementa il rischio di complicazioni.

GLI INTERVENTI IN DETTAGLIO

La tipologia del Paziente, il fatto che l'ernia sia primitiva o recidivata (già sottoposta a precedente riparazione), monolaterale o bilaterale e, anche, le preferenze del Paziente condizionano la strategia chirurgica e quindi il tipo di intervento.

L'ernioplastica protesica open per via anteriore (inguinotomica)

Il trattamento dell'ernia inguinale monolaterale primitiva prevede un intervento dall'impatto ridotto sia dal punto di vista anestesio-logico sia dal punto di vista del trauma chirurgico. L'intervento che meglio soddisfa questi requisiti è l'intervento introdotto alla fine degli anni '80 nel Nord America da Irving Lichtenstein. A questo chirurgo statunitense si deve l'associazione di due concetti innovativi.

Il primo è l'introduzione del principio di riparazione senza tensione (tension-free) mediante l'impiego di protesi in polipropilene; il secondo è l'utilizzazione dell'anestesia locale come tecnica anestesio-logica di prima scelta per la conduzione dell'atto chirurgico (fig. 3).

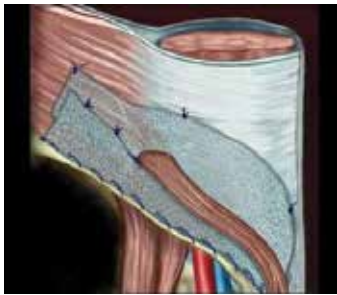


Fig. 3 - Ernioplastica per via anteriore, secondo la tecnica di Lichtenstein. La protesi ricopre e protegge la regione da cui originano la maggior parte delle ernie.

L'intervento si svolge col Paziente in posizione supina sottoposto a una blanda sedazione da parte dell'anestesista. Il chirurgo esegue un'anestesia locale strato per strato che gli permette, tramite un'incisione inguinale di pochi centimetri, di approfondire nel contesto della parete addominale fino a raggiungere l'area del difetto che genera l'ernia. Una volta riportati all'interno della cavità addominale il sacco e il contenuto erniario, viene posizionata una protesi (rete) davanti al difetto di parete, assicurandola alle strutture muscoloaponeurotiche circostanti mediante punti di sutura. L'intervento termina con la ricostruzione a ritroso dei tessuti incisi al disopra della protesi che diventa così un rafforzamento degli strati che compongono la parete addominale anteriore.

L'ernioplastica protesica per via posteriore laparoscopica

Questa tecnica, di introduzione relativamente più recente (metà degli anni '90), nelle sue varianti transaddominale (TAPP) e puramente preperitoneale (TEP), ha la caratteristica di percorrere una via posteriore di riparazione dell'ernia. In questo caso la protesi viene posizionata dietro lo strato muscolo aponeurotico a fare da "diga" al difetto parietale e, secondo la legge di Laplace, viene fatta aderire a esso sfruttando le stesse forze che hanno generato l'ernia.

L'intervento (fig. 4, 5, 6) richiede che il Paziente sia sotto anestesia generale. Una volta introdotta una certa quantità di anidride carbonica nella cavità addominale (pneumoperitoneo), necessaria per avere una camera di lavoro ampia, vengono eseguite tre piccole incisioni, rispettivamente all'ombelico e lateralmente a esso nei due lati, attraverso le quali vengono fatti passare strumenti e telecamera. Il chirurgo riduce all'interno dell'addome contenuto erniario e sacco e quindi posiziona una rete simile a quella della tecnica precedente, ma di dimensioni maggiori. La protesi, a seconda delle preferenze del chirurgo, viene fissata alla parete addominale con mezzi meccanici (spiralini in titanio, viti riassorbibili) o colle (biologiche) o addirittura può non essere fissata. L'intervento termina con l'estrazione degli strumenti e la chiusura delle ferite.

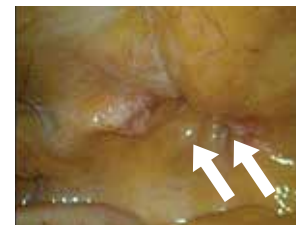


Fig. 4 - Ernioplastica laparoscopica (TAPP). Visione dell'ernia dall'interno della parete addominale.



Fig. 5 - Il difetto di parete, da cui l'ernia, dopo la riduzione del sacco (le frecce indicano il difetto erniario).



Fig. 6 - Posizionamento della protesi dall'interno della cavità addominale.

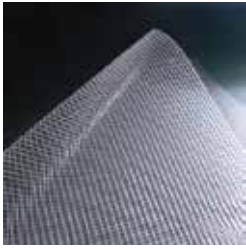


Fig. 7 - Protesi piana in polipropilene.

I MATERIALI IMPIEGATI

I materiali protesici

Le protesi impiantate nell'uomo, in genere reti costituite da materiale sintetico (fig. 7), sono:

- non riassorbibili
- chimicamente inerti (cioè non si modificano una volta impiantati)
- anallergiche
- non carcinogeniche
- resistenti alle tensioni
- facilmente integrabili nei tessuti
- resistenti alle infezioni.

Molti materiali attualmente in commercio soddisfano questi requisiti fondamentali, ma i più impiegati sono il polipropilene - sintetizzato dall'italiano Giulio Natta, Premio Nobel per la Chimica nel 1954 - e il poliestere. Si tratta di prodotti in filamenti (singoli o intrecciati) che vengono poi tessuti a maglie e pori esattamente come è fatta una rete da pesca (la protesi).

Inizialmente la protesi era costituita da un solo materiale e, come un tessuto, era impiegata come un foglio piatto. Successivamente si è assistito alla comparsa di protesi con un'architettura tridimensionale (i cosiddetti "plug") di complessità crescente e altre in cui una parte è costituita da materiale riassorbibile e una da materiale non riassorbibile.

Attualmente sono a disposizione protesi (light e ultralightweight, fig. 8) assolutamente resistenti,

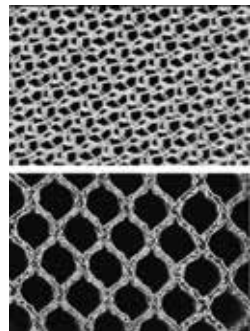


Fig. 8 - Diversa trama delle protesi tradizionali o heavyweight (in alto) e di quelle lightweight (in basso).

ma a minor contenuto di materiale e con maglie più larghe rispetto alle protesi di prima generazione, che hanno dimostrato di essere di pari efficacia e garantiscono al Paziente un maggior comfort e un dolore nettamente inferiore.

I materiali di fissazione

Eccezion fatta per particolari tecniche chirurgiche, in cui la protesi viene collocata nel contesto muscolare senza ulteriori accorgimenti, la rete necessita di un sistema di fissazione che la ancori ai tessuti circostanti nel periodo critico iniziale in cui la protesi non è ancora integrata nei tessuti, impedendole di spostarsi e di dare quindi origine a un'ernia recidiva.

Indipendentemente dalla tecnica chirurgica impiegata e dall'approccio, una protesi può essere fissata con mezzi meccanici, ovvero punti di sutura non riassorbibili o assorbibili (tipiche delle tecniche tradizionali open), con micro-viti in titanio amagnetico o materiale riassorbibile (più usate nelle tecniche laparoscopiche).

Recentemente, nella filosofia di riduzione del trauma chirurgico e del materiale impiantato, è stata introdotta la fissazione con colla biologica, un adesivo sintetico che sfrutta i sistemi coagulativi umani. Questo composto riassorbibile di derivazione umana, una volta applicato da solo o con un numero ridotto di mezzi meccanici sulla superficie protesica a contatto con il sito erniario, permette l'aderenza perfetta ai tessuti del Paziente offrendo, per le sue proprietà coagulative, come ulteriore e non trascurabile vantaggio, la riduzione del rischio emorragico e di raccolte sierose ("sieromi").

LE POSSIBILI COMPLICAZIONI DELL'INTERVENTO

Come qualunque intervento di chirurgia, anche la riparazione di un'ernia inguinale presenta dei possibili rischi che il Paziente deve

conoscere e comprendere appieno prima di sottoscrivere il consenso all'intervento. Le tecniche chirurgiche disponibili descritte prevedono un approccio alla parete erniaria da due parti differenti e, di conseguenza, alcune complicazioni e sequele simili, altre molto differenti. Bisogna quindi descrivere in modo differente le problematiche derivanti dall'approccio tradizionale anteriore (OPEN) e da quello laparoscopico posteriore (LAP).

Recidiva

La possibilità di recidiva erniaria, ossia il ritorno dell'ernia dopo l'intervento, prima dell'introduzione della protesi come cardine della riparazione dei difetti di parete, nel recente passato era attorno al 25%, in quanto per riparare un tessuto sfibrato veniva impiegato lo stesso tessuto che aveva generato l'ernia. Con l'introduzione dei materiali protesici il rischio di recidiva è sceso sotto all'1%.

Alle tecniche OPEN e LAP conseguono identici risultati con riferimento al rischio di recidiva.

Ematoma, sieroma, infezione di ferita

L'atto chirurgico rappresenta un momento, anche se controllato, di trauma, in cui vengono interrotti piccole arterie e vene e tessuti - quale la cute, che di per sé contiene batteri - che andranno incontro a processi riparativi infiammatori per ritornare integri.

Vi è la possibilità che si verifichino versamenti più o meno cospicui di sangue, linfa, siero al di sotto della ferita. In questo caso, la ferita si presenta rigonfia, spesso tesa, talora dolente; se il versamento è di sangue (ecchimosi, ematoma) in corrispondenza della ferita sarà riscontrabile una colorazione cutanea violacea, con possibile estensione verso lo scroto e il pene nell'uomo, il monte di Venere nella donna. Le raccolte liquide possono favorire lo sviluppo di flora batterica, che può anche dare l'avvio a un'infezione della ferita e quindi, oltre alla tumefazio-

ne, anche alla comparsa di febbre e segni di infiammazione locale: "tumor, rubor, calor, dolor", secondo gli antichi, ovvero "gonfiore, arrossamento, calore, dolore".

Di solito le raccolte fluide tendono a essere riassorbite spontaneamente, senza lasciare esiti; se troppo voluminose, sintomatiche o peggio infette necessitano di evacuazione, cure antibiotiche e medicazioni ripetute nel tempo per arrivare alla guarigione. Pur trattandosi di una "chirurgia pulita" per la quale non è indicata in assoluto la profilassi antibiotica, le complicanze di ferita, anche se con assai modesta incidenza, risultano più frequenti nelle tecniche anteriori inguino-tomiche rispetto alle laparoscopiche.

Lesioni funicolari

Il funicolo spermatico, presente solo nell'uomo, rappresenta l'insieme delle strutture che vanno a nutrire il testicolo (arterie e vene) e veicolano (dotto deferente) gli spermatozoi dal testicolo all'interno dell'addome (vescichette seminali, prostata). Generalmente il funicolo è esposto a rischio di lesione quando è molto aderente al sacco erniario a causa di fenomeni infiammatori o si trova coinvolto in una zona fibrotica, sede di un precedente intervento chirurgico (riparazione di ernia o intervento per varicocele). Una lesione monolaterale del funicolo può portare a modificazioni talora irreversibili del sistema vascolare del testicolo, cui può seguire un fenomeno di atrofia del testicolo stesso. Una lesione bilaterale di questa struttura può portare a un danno a entrambi i testicoli e comportare una riduzione della fertilità maschile.

Lesioni testicolari successive a danno funicolare sono estremamente rare nel caso sia di utilizzo di approccio anteriore sia laparoscopico per intervento su ernia primitiva mentre, sia pure in piccoli numeri, risultano maggiori nelle riparazioni di ernia recidivata con accesso anteriore.

Dolore a breve termine e dolore a lungo termine

Il dolore rappresenta un'evenienza abbastanza comune, dal momento che l'intervento chirurgico è un trauma che causa una ferita, cui seguono fenomeni infiammatori-riparativi. Questi eventi causano ovviamente dolore.

Dal punto di vista delle definizioni, il dolore a breve termine è quello più propriamente postoperatorio, che può accompagnare il Paziente fino a un mese dall'intervento: è legato più specificamente alla fase di guarigione dei tessuti lesi e di inglobamento in essi della rete. Può condizionare la ripresa soggettiva postoperatoria rallentandola; ha caratteristiche di assoluta benignità, cioè tende a ridursi nel tempo fino a scomparire completamente ed è controllabile con i comuni antidolorifici.

Altro discorso è il dolore a lungo termine, definito come un dolore che si protrae per più di sei mesi dall'intervento (dolore cronico). Questo tipo di evenienza interessa meno del 2% dei Pazienti, è più difficile e insidioso da gestire e può arrivare anche a interferire con la vita quotidiana. La genesi del dolore cronico è soprattutto dovuta a intrappolamento delle strutture nervose nelle cicatrici chirurgiche e ad abnorme reazione da corpo estraneo indotta da alcuni tipi di protesi. Il suo trattamento richiede approcci integrati con percorsi dedicati fatti di trattamenti farmacologici, fisioterapia e terapia antalgica. In caso di fallimento di questi provvedimenti, in alcuni casi molto rari, può essere necessario sottoporre il Paziente a un intervento chirurgico che consiste nell'interruzione dei nervi interessati e/o nella rimozione della protesi impiantata.

Il dolore postoperatorio precoce, secondo alcuni centri di minor entità con la tecnica LAP, risulta facilmente controllabile con terapia analgesica orale. Il rischio di dolore cronico è invece identico nei due casi.

Lesioni a organi intraddominali

Questo evento è molto raro ma possibile e soprattutto temibile per le complicazioni da esso derivanti. La motivazione è duplice: una lesione intestinale non riconosciuta può obbligare a un secondo intervento in regime di urgenza; l'inavvertita lesione di un viscere che contiene materiale ad alta carica batterica (colon, intestino tenue) controindica l'impianto di una protesi.

In questo caso con la tecnica anteriore la lesione di visceri intra-addominali è assolutamente rara; si può talora verificare nel caso di procedure d'urgenza (ernia strozzata) o di interventi di riparazione di ernie estremamente voluminose; con la tecnica laparoscopica la probabilità di lesione di un viscere, ancorché rara (la stima è del 0,65%), è maggiore proprio perché presupposto della laparoscopia è il passaggio degli strumenti nella cavità addominale dove alloggiavano i visceri.

DOPO L'INTERVENTO

In genere, se presenti, i punti di sutura cutanea devono essere rimossi a una settimana circa dall'intervento e comunque deve essere controllato lo stato della o delle ferite chirurgiche.

La gestione dei farmaci antidolorifici, che vengono consegnati al Paziente alla dimissione, è affidata, con le dovute precauzioni, al Paziente stesso e di solito si protrae per pochi giorni. Viene consigliato di deambulare per ridurre la contrazione dei muscoli infiammati e, di conseguenza, il dolore. Il ritorno all'attività lavorativa, così come la possibilità di guidare l'auto-vettura, è gestita dal Paziente; deve essere assolutamente consigliato di evitare per 30-40 giorni sforzi, sollevamento di pesi e attività sportiva che impegnano la parete addominale. Trascorso questo periodo, necessario per avere una buona incorporazione della protesi nei tessuti, l'attività fisica eseguibile è assolutamente libera, compresa quella sportiva agonistica.

PUBBLICAZIONE

What's new in

COLLANA

piùinforma



MONTALLEGRO

TITOLO

L'ernia inguinale. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

AUTORE

Prof. Ezio Gianetta, in collaborazione con dott. Cesare Stabilini

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

Stampato nel mese di marzo 2013



COLLANA "PIÙINFORMA"

Guida alla prevenzione delle malattie dei tempi moderni.

Nell'ultimo secolo l'aspettativa di vita media della popolazione italiana ha fatto un balzo avanti di oltre 20 anni. Se ai primi del '900 un neonato poteva sperare di raggiungere i 50 anni, oggi sa che molto probabilmente supererà gli 80.

Questo ha comportato un cambiamento radicale nella percezione della salute (e della malattia). Sono aumentate le forme croniche, dovute all'usura del corpo e alle abitudini di vita e alimentari tipiche del benessere e del mondo occidentale; oggi non si muore più (o quasi più) di polmonite, ma ci si ammala di artrosi, diabete o ipertensione arteriosa. "piùinforma" vuole offrire ai nostri Pazienti un aiuto nella prevenzione, nella diagnosi e nella terapia delle malattie croniche che non ci consentono di sentirci "in forma".

Altre pubblicazioni della stessa collana:

L'ipertrofia prostatica benigna. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

Il russamento. Cosa è e come possiamo curarlo.

Le allergie respiratorie. Cosa sono, quali sono i sintomi e come possiamo curarle.

La cataratta. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

clienti@montallegro.it - info@montallegro.it - www.montallegro.it

