

ERNIE DÌAFRAMMATICHE, CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

PROF. FRANCESCO DOMENICO CAPIZZI

Chirurgia Gastroenterologica e Laparoscopica

chirurgia@profcapizzi.it

www.profcapizzi.it

www.chirgastrolaparomaggiore.it

Per ernia diaframmatica si intende la protrusione di organi addominali nel torace attraverso un'apertura congenita od acquisita del diaframma. Si distinguono in ernie malformative ed acquisite.

Ernie malformative

Sono la conseguenza di un difetto di sviluppo del diaframma nella vita embrionaria.. La più grave, incompatibile con la vita, è l'aplasia diaframmatica che comporta una diretta continuità fra le cavità peritoneale e pleurica.

- Le ernie postero-laterali di Bockdalek (3 %) sono dovute ad una incompleta fusione muscolare del diaframma nella regione postero-laterale; raramente sono situate a destra per la copertura data dal fegato. Sono sprovviste di sacco, possono raggiungere dimensioni cospicue ed includere più frequentemente tratti di tenue, di stomaco e di colon.

Quadro clinico

La sintomatologia, proporzionale all'entità dell'erniazione, è caratterizzata da borgorigni apprezzabili sul torace, da dispepsia e da dispnea per compressione o collasso polmonare.

Indagini diagnostiche

Un esame radiologico standard del torace solitamente evidenzia la presenza anomala di anse intestinali (l'aria intestinale funge da mezzo di contrasto) sopra il profilo diaframmatico. La TAC e un esame con pasto baritato confermerà il dato precedente.

Terapia, Chirurgia laparoscopica

E soltanto chirurgica: consiste nella riduzione e nella plastica dell'apertura erniaria per via laparoscopica.

- Le ernie retrosternali di Morgagni-Larrey (3%) si formano a causa di un difetto di sviluppo del diaframma in corrispondenza delle inserzioni diaframmatiche anteriori, a livello del passaggio dei vasi epigastrici. Sintomatologia, accertamenti e terapia sono analoghi alle ernie postero- laterali di Bokdalek: plastica in chirurgia laparoscopica.

- Ernia da brachiesofago

È congenita e sovrappone all'ernia da scivolamento . In quest'ultimo caso l'ernia è sostenuta dalla retrazione cicatriziale post-reflusso dell'esofago.

Ernie acquisite

- Ernie dello jatus esofageo (V .MALATTIA DA REFLUSSO E ERNIA IATALE)

Si tratta della migrazione dello stomaco o di una sua parte nel mediastino attraverso lo jatus esofageo .

Etiopatogenesi

Le cause, a parte il fisiologico gradiente di pressione fra addome e mediastino (+ 20-25 cm H₂O), sono molteplici e spesso associate fra di loro: fissazione insufficiente dell'esofago addominale al diaframma (membrana freno-esofagea di Laimer-Bertelli), insufficiente fissazione del cardias (anche per una lunghezza eccessiva dell'arteria coronaria stomacica) e della grande tuberosità al diaframma, ipotonia muscolare dello jatus (età avanzata), aumento della pressione addominale per costipazione cronica, obesità, gravidanze, cifoscoliosi e conseguente perdita dei rapporti con il diaframma. Si distinguono in ernie da scivolamento, da rotazione e da esofago corto.

Classificazione

- Ernia da scivolamento

E' la più frequente (80-90%), spesso reperto casuale.

Patogenesi

La porzione esofago-cardiale risale nel mediastino, i meccanismi antireflusso (V. MALATTIA DA REFLUSSO E ERNIA IATALE) perdono la propria funzione, rendendo frequenti i reflussi gastro-esofagei.

E necessario notare, però, che ernia iatale da scivolamento e malattia da reflusso non sono sinonimi e che nel 25% dei casi i reflussi si verificano in assenza di ernia iatale o di ernia iatale molto piccola.

Quadro clinico

La sua intensità è in relazione alla presenza e all'entità del reflusso gastro-esofageo, per la cui trattazione si rimanda MALATTIA DA REFLUSSO E ERNIA IATALE

Manifestazioni respiratorie legate al reflusso (inalazioni notturne, spasmo della glottide) insorgono dal 5 al 20% dei casi con tosse stizzosa, parossistica e broncospasmo.

- Ernia da rotazione ovvero Ernia paraesofagea

Consiste nell'ascensione del fondo gastrico (grande tuberosità) nel mediastino, accanto all'esofago, con cardias in sede.

Patogenesi

La lassità dei legamenti ed il gradiente di pressione fra mediastino e cavità addominale sono alla base dell'erniazione.

Quadro clinico

Non esiste reflusso gastro-esofageo, essendo il cardias in sede. I sintomi più frequenti sono il meteorismo post-prandiale, il rallentamento dello svuotamento gastrico, disfagia, disturbi respiratori fino alla dispnea e cardiaci (aritmie) per compressione degli organi da parte dello stomaco erniato, emorragia cronica da ulcerazione della mucosa gastrica per sofferenza vascolare a livello dell'anello erniario.

A questi ultimi sintomi, che derivano da altrettante complicanze, sono da aggiungere il vomito ed il dolore per un possibile volvolo e/o lo stozzamento dello stomaco trasposto in mediastino.

Spesso alla trasposizione di parte dello stomaco si aggiunge quella del cardias, determinando così la trasformazione dell'ernia paraesofagea in mista: ernia iatale da scivolamento e paraesofagea.

Indagini diagnostiche

A volte può risultare come reperto casuale nel caso di un esame radiologico del torace o diretto dell'addome in cui la bolla gastrica si situa al di sopra del profilo diaframmatico.

Per le indagini consultare MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO E ERNIA IATALE.

Terapia

Le piccole ernie, spesso reperto casuale, in assenza di reflusso non necessitano di terapia.

Per i principi generali di terapia si rimanda alla trattazione Di MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO E ERNIA IATALE.