

SEMEIOTICA E FISIOPATOLOGIA DELLE ERNIE

www.fisiokinesiterapia.biz

ERNIE

Definizione

Fuoriuscita di un viscere o di parte di esso dalla cavità addominale, che normalmente lo contiene, attraverso un orifizio anatomicamente preformato; il viscere protrude portando con sé il peritoneo parietale.

E' diverso quindi dal **laparoccele**, (che si manifesta nella sede di una pregressa cicatrice laparotomica) e **dall'eviscerazione** (in cui si ha cedimento di tutti i piani parietali con fuoriuscita dei visceri).

Laparocele



ERNIE

Classificazione anatomica

- **Ernie esterne:** si fanno strada al di fuori della parete addominale, con la caratteristica tumefazione erniaria.
- **Ernie interne:** non escono dalla parete addominale (es. ernie diaframmatiche, dello hiatus di Wislow, retroperitoneale di Treitz, prevescicali...)



ERNIE

Classificazione anatomico-chirurgica

Rispetto al percorso che fa l'ernia per trasferirsi dalla cavità addominale al sottocutaneo, se ne distinguono due tipi:

diretta: quando il viscere raggiunge direttamente il sottocutaneo

indiretta: quando attraversa un tragitto o un canale, naturale o artificialmente costruitosi (canale inguinale...)

ERNIE

Classificazione patogenetica

- **Ernie congenite:** sono presenti alla nascita per anomalie congenite (persistenza del dotto peritoneo-vaginale, del canale di Nuck...)
- **Ernie acquisite:** compaiono nell'adulto secondariamente all'azione di qualche agente favorente.

Ernie congenite



Ernia ombelicale congenita, prima e dopo il trattamento chirurgico

ERNIE

Classificazione anatomico-clinica

➤ **Ernie semplici**

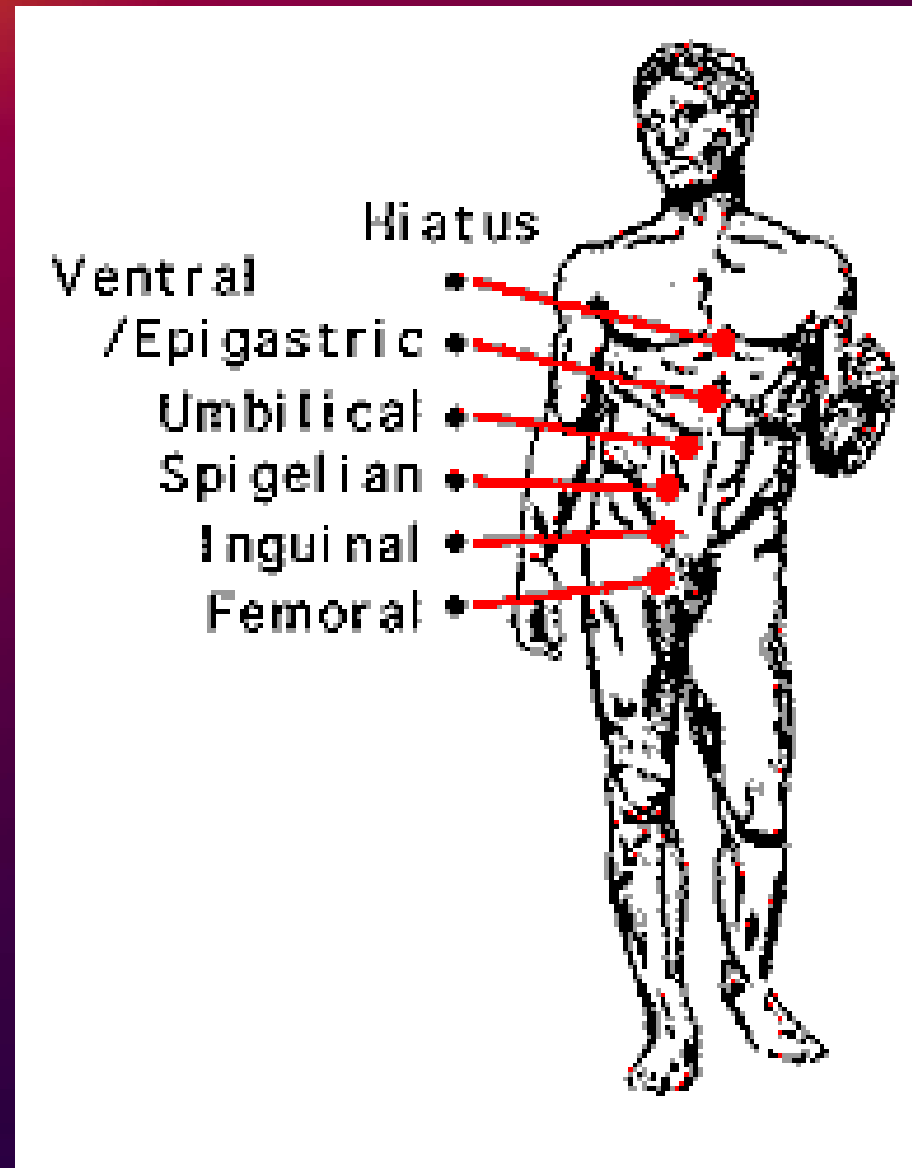
➤ **Ernie complicate:** quando vanno incontro a qualche complicanza evolutiva (strozzamento, intasamento...)

ERNIE

Epidemiologia

- L'ernia è una patologia **molto frequente**.
- Esistono delle **zone erniarie** in cui la costituzione anatomica stessa favorisce l'insorgenza della malattia.
- La patologia erniaria è riscontrabile a tutte le età; è più frequente nei **primi anni di vita**, diminuisce con l'adolescenza e aumenta poi gradualmente di frequenza **nell'adulto e nell'anziano**.

Zone erniarie



ERNIE

Epidemiologia

- Nei **maschi** è più frequente **l'ernia inguinale**
- Nelle **donne** prevalgono le **ernie ombelicali e crurale**.
- La sede più frequente è la **regione inguinale**, segue poi quella ombelicale, crurale, epigastrica...

ERNIE:

Fattori predisponenti

- **ANATOMICI:** aree di debolezza della parete addominale
- **OBESITA':** il grasso preperitoneale, insinuandosi attraverso le porte erniarie tende a pinzettare ed a trascinare con sé il peritoneo
- **DEBOLEZZA MUSCOLO APONEUROTICA DELLA PARETE:** gravidanze ripetute, dimagrimento senza adeguato trofismo dei piani muscolari, malattie debilitanti, ptosi viscerali, professioni che espongono a fatiche fisiche...

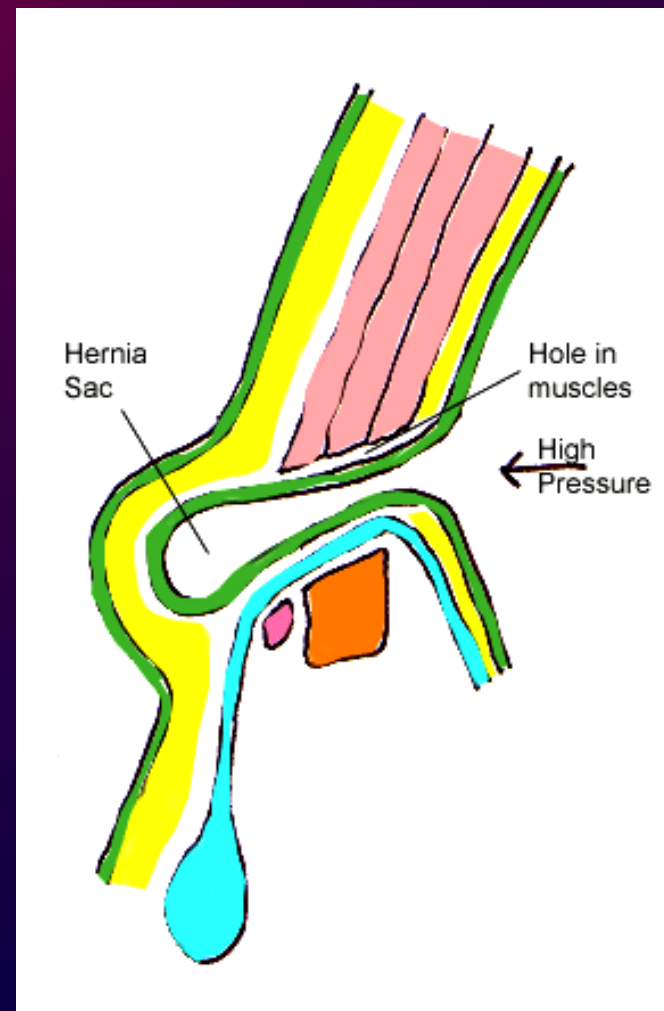
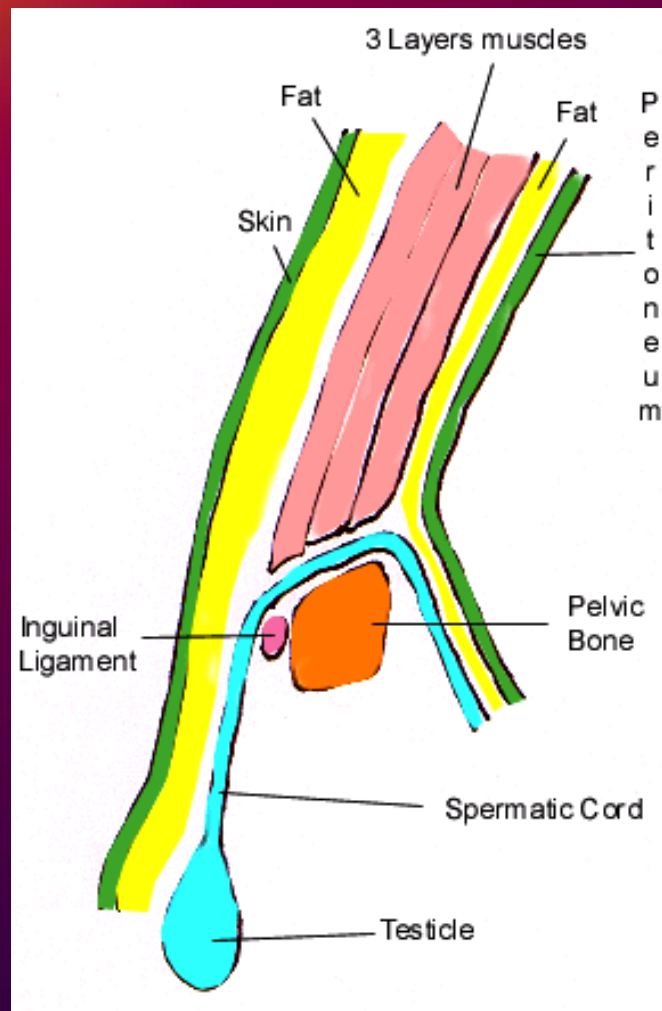
ERNIE:

Fattori determinanti

➤ DETERMINANO UN AUMENTO DELLA PRESSIONE ENDOADDOMINALE CON CONSEGUENTE ROTTURA DEL NORMALE EQUILIBRIO FRA PRESSIONE ADDOMINALE E RESISTENZA DELLE PORTE ERNIARIE:

sforzi fisici (es. ernia inguinale monolaterale nel giovane), traumi, problemi respiratori (es. bronchitici cronici), difficoltà all'evacuazione (manovra di Valsalva) e alla minzione (stenosi uretrali, ipertrofia prostatica...), ascite, neoformazione occupante spazio in addome...

ERNIA INGUINALE



ERNIE



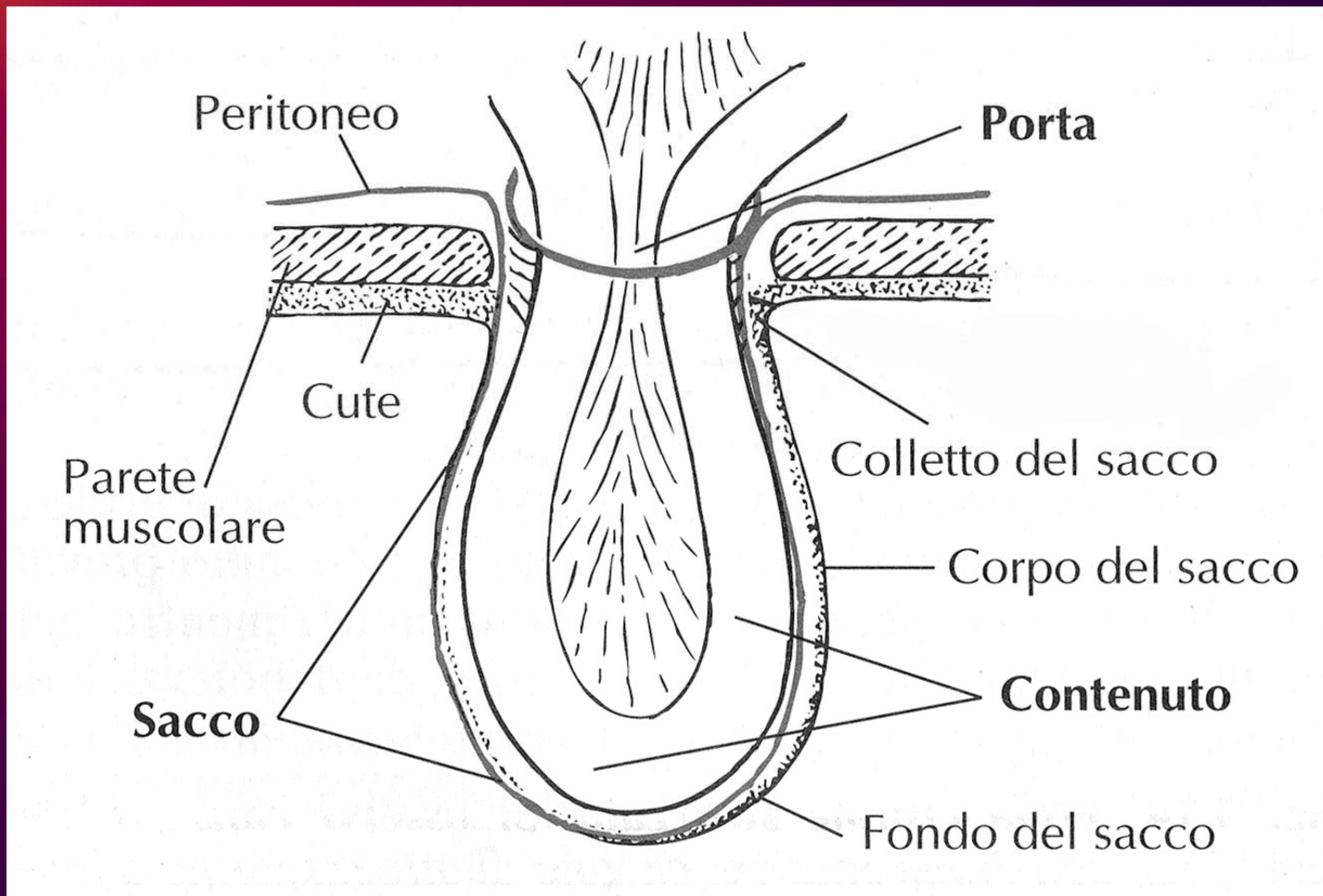
Ernia ombelicale in paziente con ascite

ERNIE

Elementi costitutivi

- **orifizio o porta erniaria:** è quella “apertura” muscolo-aponeurotica della parete attraverso cui passa il viscere.
- **sacco erniario:** estroflessione del peritoneo attraverso la porta erniaria, è a immediato contatto con il viscere erniato, è piriforme; per fenomeni aderenziali può essere connesso con gli organi in esso contenuti
- **contenuto:** struttura o parte di questa che entra attraverso la porta erniaria
- **involucri esterni:** tutti quei tessuti interposti tra sacco e superficie cutanea.

Elementi costitutivi delle **ERNIE**



ERNIE

IL SACCO ERNIARIO è

In base alle capacità di escursione del sacco nella cavità addominale e della capacità di restarvi dopo riduzione l'ernia può essere:

- *riducibile,*
- *irriducibile,*
- *contenibile,*
- *incontenibile*

ERNIE

Contenuto o viscere erniato

Tutti i visceri contenuti nell'addome possono trasferirsi in un sacco erniario, trascinando o meno l'omento (eccetto pancreas, duodeno e retto).

Ernia composta o combinata: abitata da due o più visceri.

Eventrazione: ernia il cui contenuto è costituito da gran parte dei visceri addominali.

ERNIE

Contenuto o viscere erniato

L'omento è l' “ospite” più abituale del sacco erniario.

L'intestino tenue è frequentemente coinvolto per la sua mobilità e la lunghezza del peduncolo mesenterico.

L'intestino crasso (eccetto il retto) può erniare.

Appendice e stomaco raramente.

ERNIE

Sintomatologia

E' estremamente varia e spesso non correlata a numero e dimensione delle ernie. E' costituita da due elementi fondamentali: **il dolore e la tumefazione** ma si possono distinguere inoltre:

- **sintomi “soggettivi”**
- **segni obiettivi**
- **sintomi funzionali**

ERNIE

Sintomatologia

SINTOMI “SOGGETTIVI”:

IL DOLORE:

- **sede:** in genere localizzato a livello della porta erniaria
- **irradiazione:** alle regioni viciniori o a distanza
- **carattere:** di tipo gravativo, lancinante per intervenute complicanze
- **intensità:** può variare in rapporto a diversi fattori (postura, tosse, turbe intestinali...)
- **modalità di remissione:** nelle ernie riducibili il dolore tende a attenuarsi sino a scomparire passando dalla stazione eretta al decubito orizzontale (Importanza diagnostica).

ERNIE

Sintomatologia

SEGNI OBIETTIVI (ESAME OBIETTIVO):

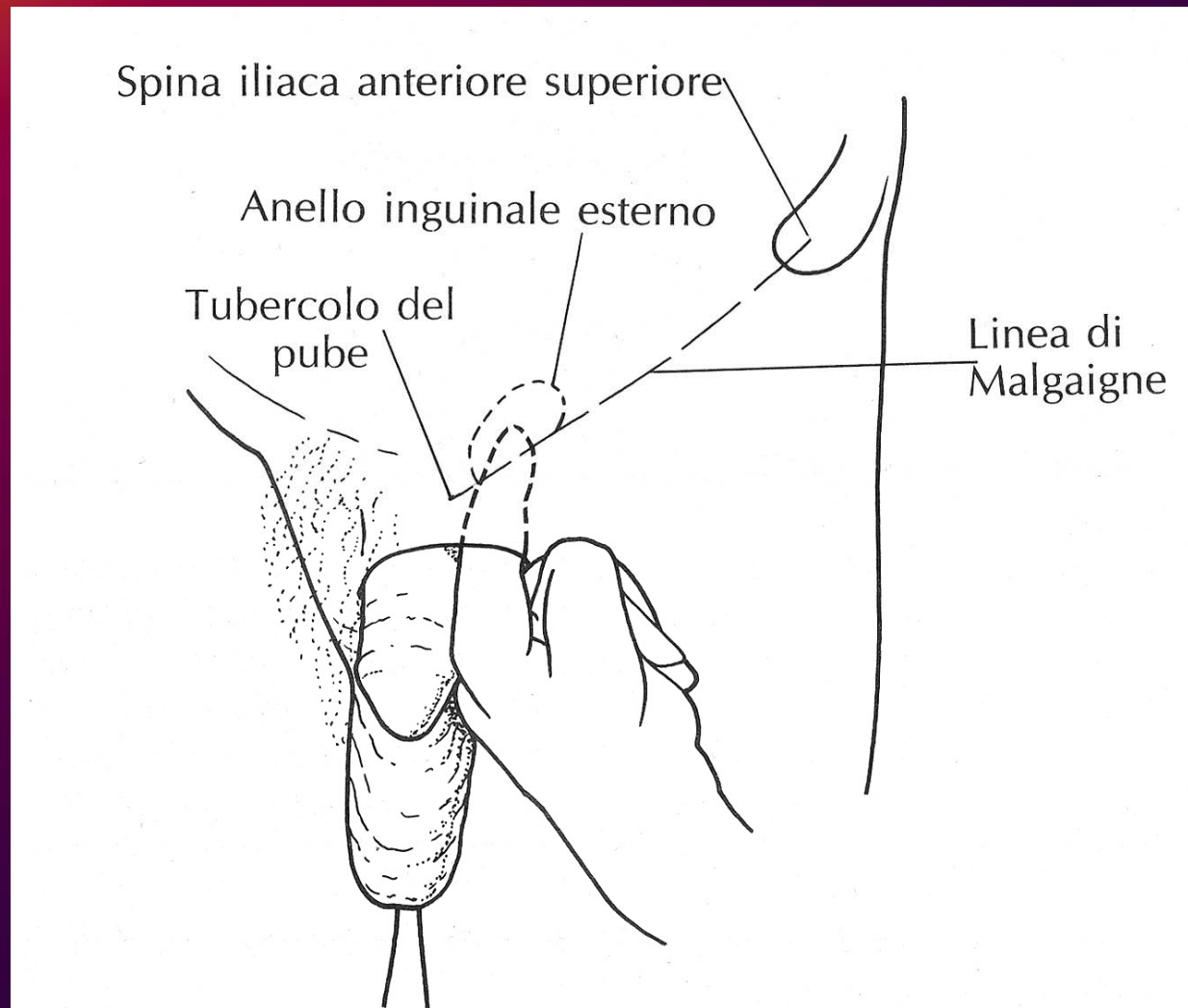
- TUMEFAZIONE ERNIARIA

Il paziente va visitato **in piedi**, invitandolo a tossire per meglio evidenziare l'ernia e apprezzare l'impulso che il viscere trasmette, attraverso la porta, al dito esploratore (soprattutto per le ernie di piccole dimensioni).

Poi in **decubito orizzontale**, per la ricerca della riducibilità ed una migliore valutazione del contenuto del sacco.

Il dito dovrà rilevare tutti i caratteri inerenti alla **porta** (ampiezza, resistenza, lassità), al **sacco** (unico o meno, direzione, estensione), al **contenuto**.

ESPLORAZIONE DEL CANALE INGUINALE



ERNIE

Sintomatologia

SEGNI OBIETTIVI (ESAME OBIETTIVO):

- TUMEFAZIONE ERNIARIA

ISPEZIONE

Cute che ricopre la tumefazione: può essere normale o presentare alterazioni di tipo trofico, zone eczematose, edematose, sino alla ulcerazione nei punti di maggiore decubito.

- **Sede:** in genere nelle zone anatomicamente predisposte
- **Dimensione:** variabile, tende gradualmente ad aumentare e può raggiungere proporzioni enormi (es. ernia permagna senza diritto di domicilio); il volume può aumentare con i colpi di tosse.
- **Forma:** variabile

ERNIE

Sintomatologia

SEGNI OBIETTIVI (ESAME OBIETTIVO):

- TUMEFAZIONE ERNIARIA

PALPAZIONE

- **Consistenza**: molle o dura in rapporto al contenuto, elastica o meno
- **Riducibilità**: a posizione supina, valutare la riducibilità con opportune manovre manuali, **taxis**; nelle ernie riducibili e a contenuto intestinale, la riduzione avviene con un tipico rumore di **gorgoglio**.

Nelle ernie inguinali è importante valutare la posizione del testicolo rispetto all'ernia.

ERNIE

Sintomatologia

Voluminosa ernia inguinale prima e dopo la riduzione



In ortostatismo



Supino

ERNIE

Sintomatologia

SEGNI OBIETTIVI (ESAME OBIETTIVO):
- TUMEFAZIONE ERNIARIA.

PERCUSSIONE

suono ottuso (epiploon, organo solido)
o timpanico (intestino, organo cavo).

ERNIE

Sintomatologia

SINTOMI FUNZIONALI:

Derivano da **alterazioni funzionali degli organi contenuti nel sacco o dai riflessi a distanza** che essi possono scatenare (es. turbe motorie e secretive dell'addome superiore da trazione del meso impegnato). Possono essere determinati anche da **fenomeni aderenziali** per formazione di stenosi da briglie, inflessioni, torsioni, inginocchiature...

Disturbi dispeptici, nausea, acidità, eruttazioni, vomito, anoressia: assieme al dolore possono simulare affezioni organiche gastro-duodenali o epato-biliari

ERNIE

Diagnostica

- **ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO**

- **DIAGNOSTICA STRUMENTALE:**

Può essere d'ausilio, soprattutto per la diagnosi differenziale (ecografia)

- **DIAGNOSI DIFFERENZIALE:**

Tumori della parete addominali, lesioni cistiche, idrocele, ectasie venose...

ERNIE

Evoluzione e prognosi

L'ernia tende abitualmente ad aumentare di volume e la prognosi è sempre riservata poiché è eccezionale che l'ernia guarisca spontaneamente (ernie ombelicali nei bambini) e può andare incontro a complicanze.

Le ernie più piccole, a colletto stretto, sono quelle più esposte allo strozzamento e all'infiammazione; le più voluminose invece all'intasamento.

ERNIE

Complicanze

- ✓ **Strozzamento**
- ✓ **Intasamento**
- ✓ **Irriducibilità**
- ✓ **Infiammazione**

Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento

Definizione: improvvisa e completa irriducibilità di un viscere erniato con rapide, profonde modificazioni della sua struttura e funzionalità.

Etiologia-cause predisponenti:

Sesso femminile, adulti e anziani, piccole dimensioni dell'ernia, in ordine di frequenza ernie crurali, ombelicali, inguinali...

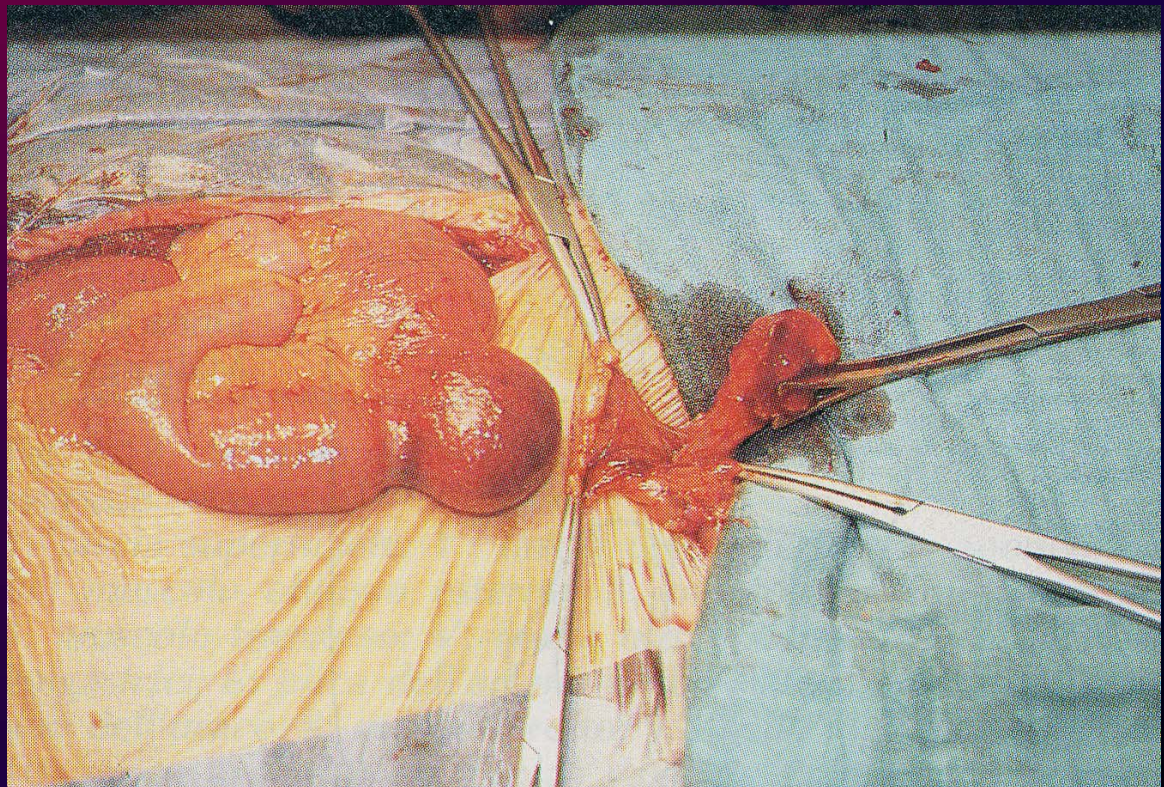
Etiologia-cause determinanti: aumento brusco della pressione addominale

Complicanze delle ERNIE

Strozzamento



Pinzettamento laterale
di ansa ileale



Ernia crurale strozzata

Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento

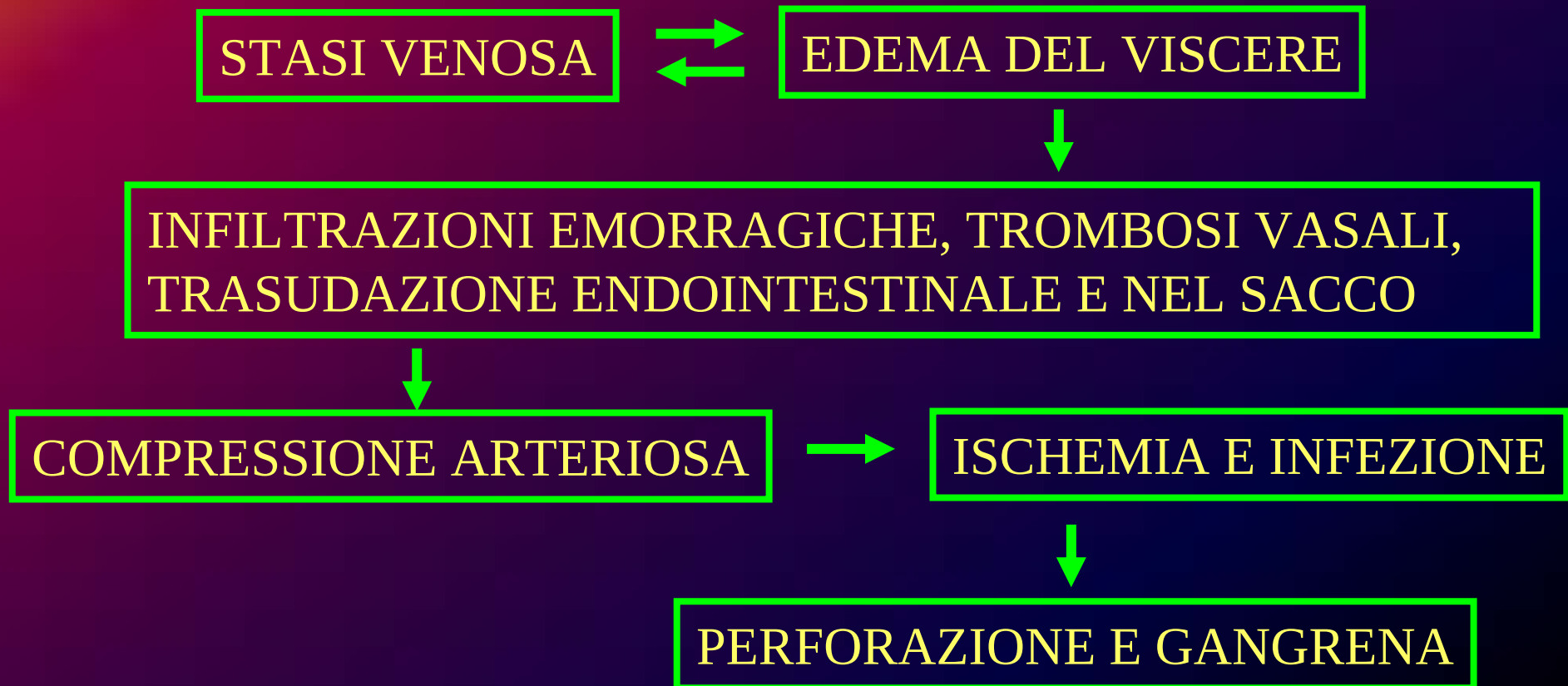
Patogenesi:

Lo strozzamento si verifica in genere a livello dell'**anello erniario**.
Importanti nella patogenesi le caratteristiche di **elasticità** del colletto e del sacco, la **brusca contrazione della parete addominale, l'aumento della pressione addominale** (traumatismo, dolore...), **ostacoli circolatori nel viscere erniato...**

Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento

Meccanismi fisio-patologici:



Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento



Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento

ALTERAZIONI ISTO-PATOLOGICHE:

Tessuti perisacculari: diffusione in superficie di processi reattivi profondi; a seconda della durata si può avere: arrossamento, edema, infiltrazione emorragica, flemmone della parete, fistola stercoracea.

Mesentere: ispessito, rigido, edematoso, con fatti trombotici.

Ansa afferente: dilatata, assottigliata o inspessita in conseguenza dell'aumento della peristalsi

Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento

ALTERAZIONI ISTO-PATOLOGICHE:

Contenuto-Ansa intestinale: l'ansa appare inizialmente rosso cianotico, poi grigiastro per **fenomeni ischemici ed infiammatori a partenza dalla mucosa che via via interesseranno tutta la parete.**

La parete si va assottigliando sino a crearsi **soluzioni di continuo** che lasciano filtrare il contenuto dell'ansa.

Infine per **fenomeni infettivi** ed ischemici l'ansa appare di colore bruno-scuro, nerastro.

Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento

SINTOMATOLOGIA:

ESORDIO: *Violento dolore* nella sede dell'ernia, con diffusione all'addome; *l'ernia diviene irriducibile e la tumefazione tesa e dura;* compaiono *malessere, singhiozzo, nausea e vomito.*

Talora i sintomi possono essere modesti (ernia crurale strozzata).

EVOLUZIONE: se il contenuto è un'ansa si delinea il quadro dell'*occlusione intestinale meccanica;*
se il contenuto è epiploon il *quadro clinico è più sfumato* e la canalizzazione pressochè conservata.

Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento



Ernia ombelicale strozzata

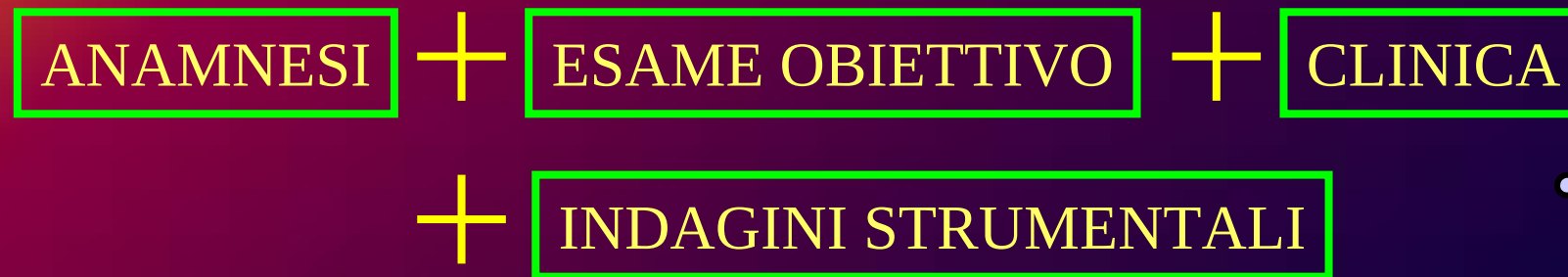


Diverticolo di Meckel strozzato

Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento

DIAGNOSI:



DIAGNOSI DIFFERENZIALE:

- intasamento
- orchite in testicolo ritenuto
- ectasie venose crurali della grande safena
- torsione del testicolo
- adenite crurale
- traumatismi e flogosi localizzate

Complicanze delle ERNIE

✓ Strozzamento

PROGNOSI:

Sempre riservata; l'evoluzione spontanea può portare a **morte** del paziente per fenomeni occlusivi o **spontanea fistolizzazione**, o **epiploite**.

TERAPIA:

Nelle prime ore: tentare un **trattamento incruento di riduzione** previa somministrazione di analgesici e antispastici. In caso di insuccesso: **trattamento chirurgico** con apertura del sacco, controllo e trattamento conseguenziale del viscere erniato e ricostruzione della parete.

Complicanze delle ERNIE

✓ Intasamento

Definizione:

accumulo e ristagno di materiale fecale in un'ansa intestinale erniata.

Etiologia-cause predisponenti:

anziani, ernie voluminose, irriducibili, coinvolgimento del grosso intestino

Etiologia-cause determinanti:

pasti abbondanti, stipsi ostinata, atonia o ipotonia intestinale, aderenze tra i visceri erniati, uso di purganti, accumulo di aria o corpi estranei nei visceri erniati...

Complicanze delle ERNIE

✓ Intasamento

Esame obiettivo: tumefazione voluminosa, consistenza pastosa, coperta da cute normale, poco dolente, suono ottuso alla percussione, parzialmente riducibile.

Clinica: si delinea progressivamente il **quadro occlusivo**, con sempre più evidenti fenomeni di **flogosi e strozzamento**.

Terapia: chirurgica

Complicanze delle ERNIE

✓ Irriducibilità

Definizione:

un'ernia non può essere ridotta nella sua sede naturale a causa del suo **volume** (*incoercibile*) o per **aderenze** tra sacco e contenuto.

Nel primo caso si tratta di ernie voluminose in cui i visceri hanno perso “diritto di domicilio” in addome, sono più frequente nei vecchi e tendono ad aumentare progressivamente di volume

Complicanze delle ERNIE

✓ Infiammazione

Definizione:

sacco e contenuto dell'ernia possono andare incontro a fenomeni flogistici primitivi o secondari, acuti o cronici

Etiologia: cause di natura **traumatica o infettiva** (processi infiammatori acuti e cronici vicini o che colpiscono i visceri erniati, peritoniti...), o come conseguenza di un **intasamento o strozzamento**.

Anatomia -patologica: *forma sierosa e siero-fibrinosa, forma purulenta (acuta)*

Complicanze delle ERNIE

✓ Infiammazione

SINTOMI E SEGNI-forma acuta:

Sono in rapporto all'evoluzione della flogosi

Esordio brusco con dolore e febbre; aumento di volume della tumefazione erniaria che diviene irriducibile, cute edematosa e arrossata; possono poi comparire nausea e vomito, diarrea, polso piccolo, reazione addominale fino a un quadro peritonitico.

SINTOMI E SEGNI-forma cronica:

Decadimento generale sproporzionato alle condizioni locali, dolori spontanei “ingiustificati” nella sede dell'ernia che si irradiano all'addome o all'inguine. Tumefazione riducibile, dimensioni e consistenza varie, ottusa per la presenza di liquido.

Complicanze delle ERNIE

✓ Infiammazione

Prognosi e terapia:

Nella flogosi acuta, il tempestivo **trattamento medico** (antibiotici e impacchi caldo-umidi) può portare a regressione del quadro.

Se la flogosi ha un'evoluzione verso la fase purulenta è necessario intervenire **chirurgicamente**, eseguendo anche, se possibile, l'ernioplastica.

ERNIE della parete addominale

- ✓ **INGUINALE**
- ✓ **OMBELICALE**
- ✓ **CRURALE**
- ✓ **VENTRALE**
- ✓ **EPIGASTRICA**
- ✓ **OTTURATORIA**
- ✓ **LOMBARE**
- ✓ **ISCHIATICA**
- ✓ **PERINEALE**

ERNIA INGUINALE

Definizione:

ernia che attraversando la parete addominale percorre tutto o in parte il canale inguinale

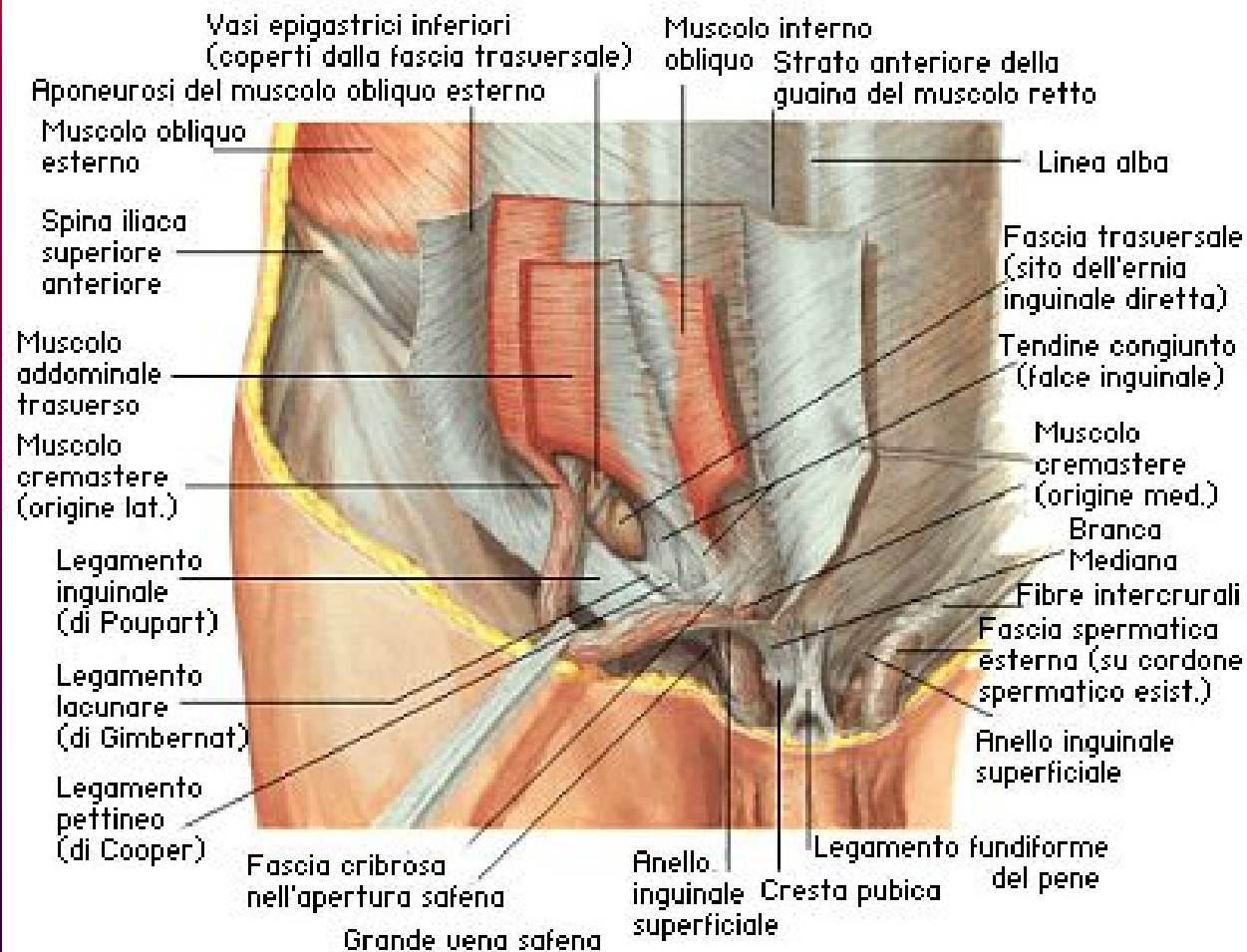
RICHIAMI ANATOMICI:

Il canale inguinale

- occupa la parte mediale del legamento inguinale
- è diretto dall'alto in basso e dall'interno all'esterno
- la sua proiezione sull'addome è data da una linea che parte da 1 cm all'interno della spina iliaca anteriore-superiore sino alla spina del pube

ERNIA INGUINALE

Regione Inguinale Dissezione - Vista Anteriore



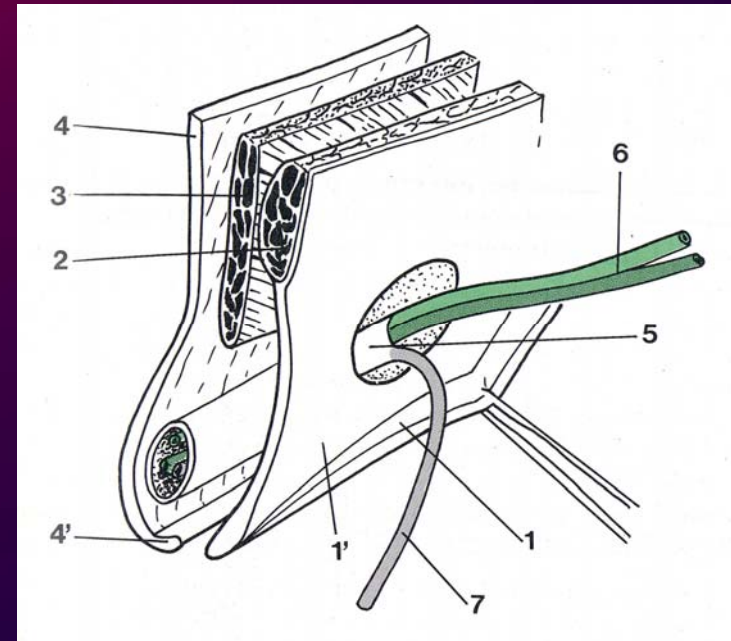
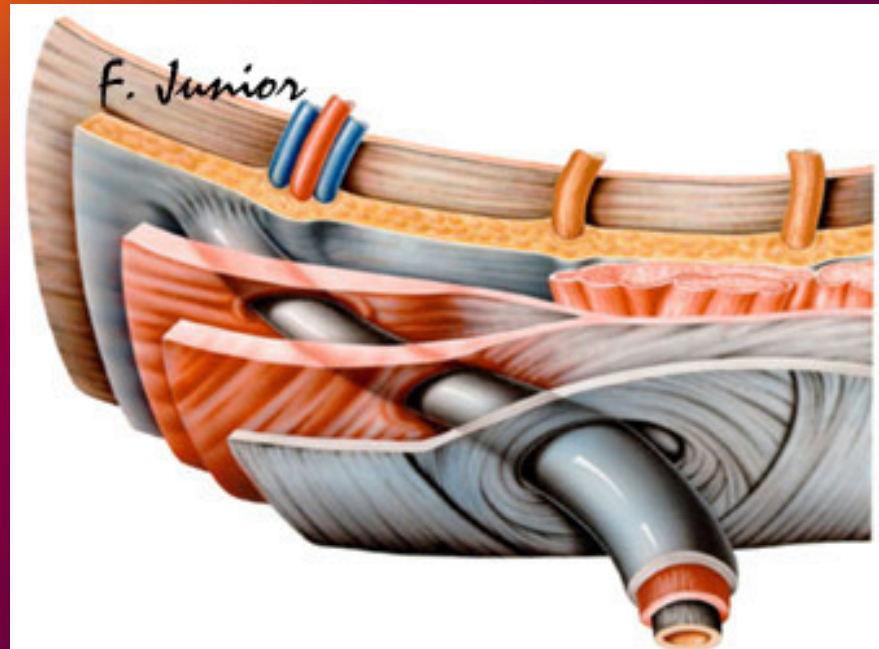
ERNIA INGUINALE

RICHIAMI ANATOMICI

Il canale inguinale è costituito da:

- un orifizio superficiale o esterno e uno profondo o interno
- parete anteriore: aponeurosi dell'obliquo esterno
- parete posteriore: fascia trasversalis
- parete inferiore: legamento inguinale
- parete superiore: margine inferiore dei muscoli obliquo interno e trasverso

ERNIA INGUINALE



Il canale inguinale nell'uomo contiene il funicolo spermatico (deferente, arteria deferenziale, arteria spermatica interna ed esterna, plessi venosi anteriore e posteriore, linfatici e rami nervosi simpatici) **nella donna il legamento rotondo dell'utero.**

ERNIA INGUINALE

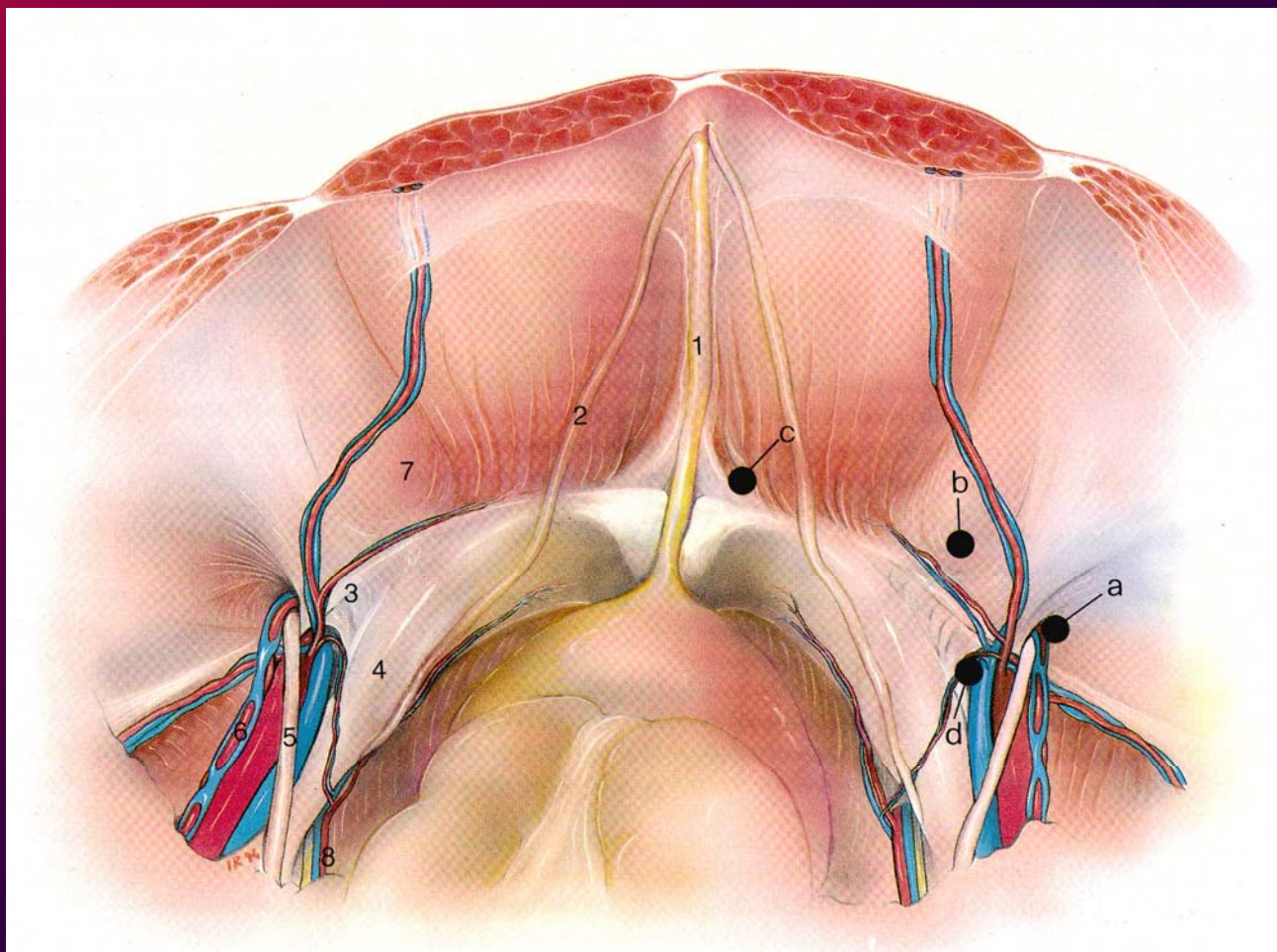
RICHIAMI ANATOMICI

Faccia posteriore della parete addominale sottombelicale, sotto la sierosa fanno salienza alcune formazioni anatomiche:

- **URACO**, lungo la linea mediana, costituisce la plica vescico-ombelicale mediana
- **ARTERIE OMBELICALI OBLITERATE**, ai due lati, costituiscono le pliche vescico ombelicali laterali
- **ARTERIE EPIGASTRICHE INFERIORI**, ancora più all'esterno, formano le pliche epigastriche

ERNIA INGUINALE

Faccia posteriore della parete addominale:
livello sottombelicale



ERNIA INGUINALE

RICHIAMI ANATOMICI

Faccia posteriore della parete addominale sottombelicale:

A tali rilevatezze corrispondono bilateralmente altrettanti infossamenti, punti deboli della parete posteriore del canale inguinale, denominati **fossette inguinali**:

Interna: tra uraco e arteria ombelicale oblitterata

→ ***ernia obliqua interna*** (acquisita, rara)

Media: tra arteria ombelicale oblitterata e arteria epigastrica inferiore

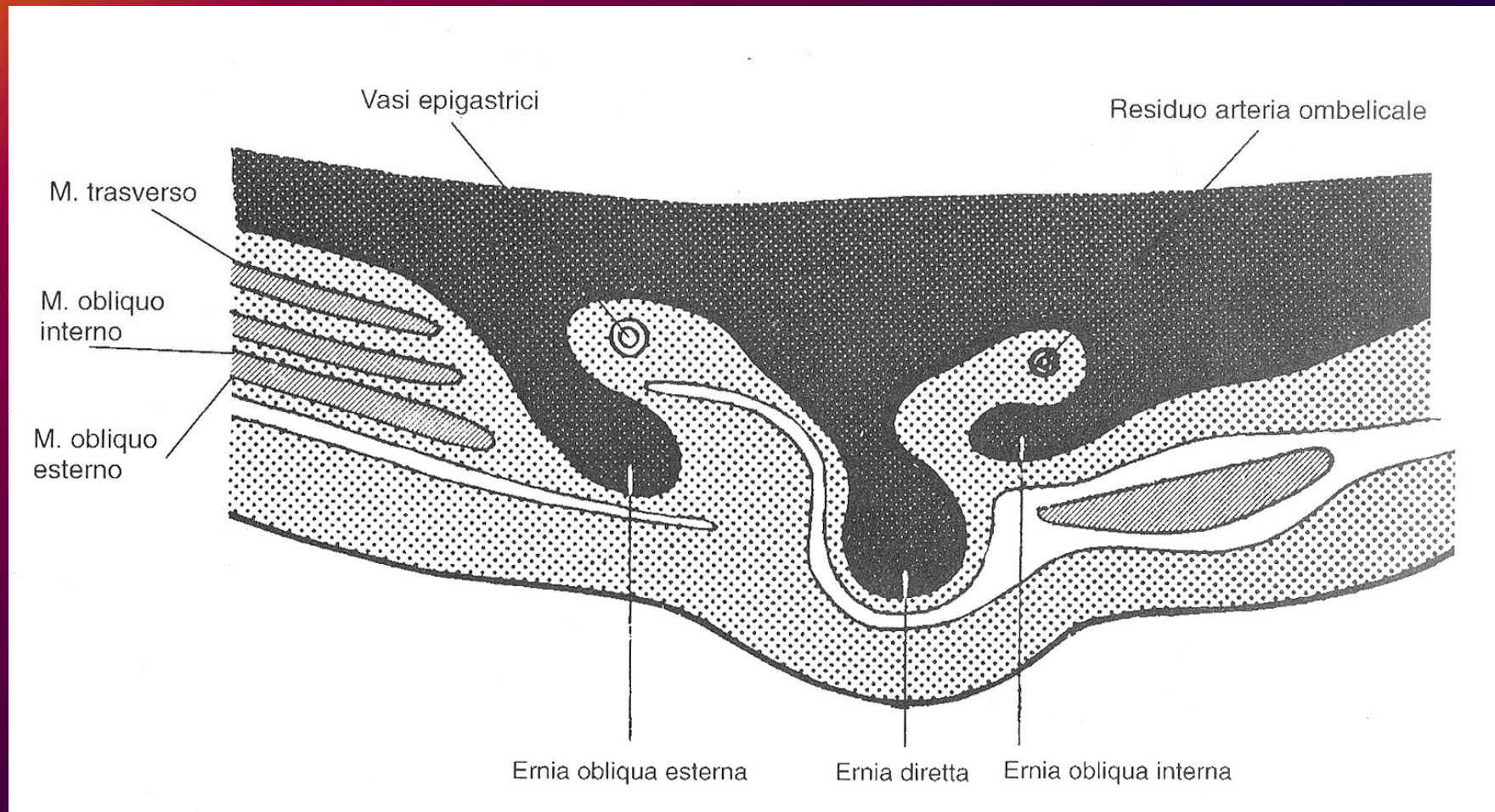
→ ***ernia diretta*** (acquisita)

Esterna: lateralmente all'arteria epigastrica inferiore

→ ***ernia obliqua esterna*** (acquisita o congenita)

ERNIA INGUINALE

Tipi di ernie inguinali



Ernia inguinale obliqua esterna acquisita

- ✓ **E' la più frequente**
- ✓ **Ha sede specialmente a destra, talora bilaterale**
- ✓ **Maggior incidenza nei primi anni di vita, nell'adulto e nell'anziano**
- ✓ **Il sacco fa parte del cordone spermatico ed è situato in genere anteriormente ed all'esterno degli elementi del funicolo; è facile trovare aderenze tra sacco ed elementi**

Ernia inguinale obliqua esterna acquisita

✓ Nella sua discesa può presentare diversi stadi di sviluppo:

punta d'ernia: se l'organo erniato è appena sporgente dall'anello inguinale profondo

ernia interstiziale o intraparietale: se l'organo erniato è impegnato nel canale inguinale

ernia inguino pubica o bubbonocele: sporge dall'anello inguinale esterno

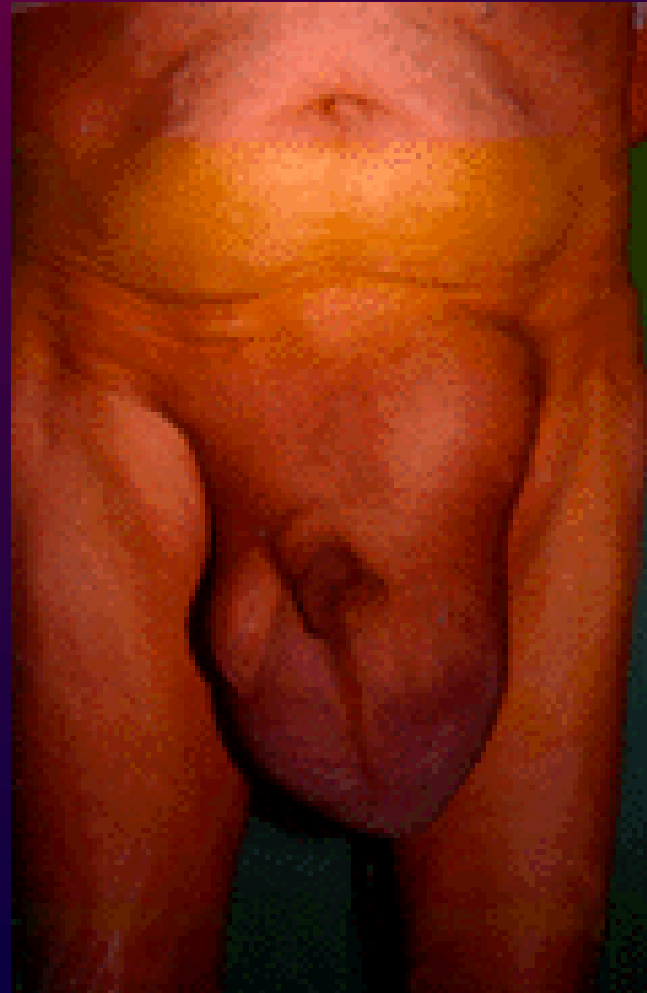
ernia inguino scrotale: quando raggiunge lo scroto; i due anelli superficiali e profondo tendono a sovrapporsi in senso antero-posteriore

ernia inguino scrotale permagna: supera in dimensioni la testa di un adulto;

Ernia inguinale obliqua esterna acquisita



Ernia inguinale obliqua esterna acquisita

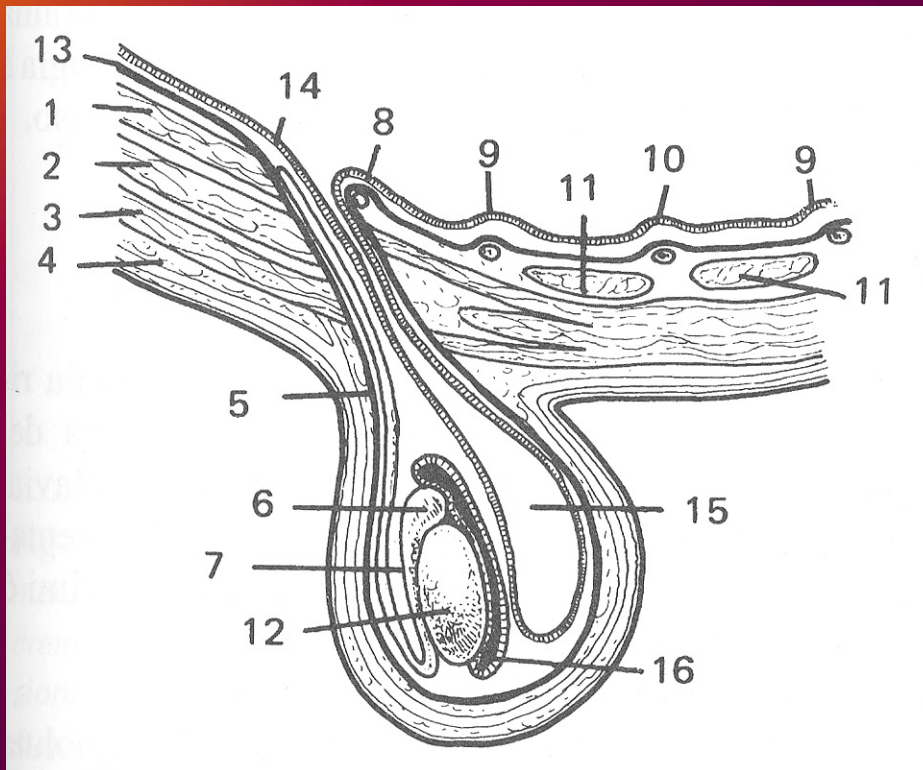


Ernia inguinale obliqua esterna congenita

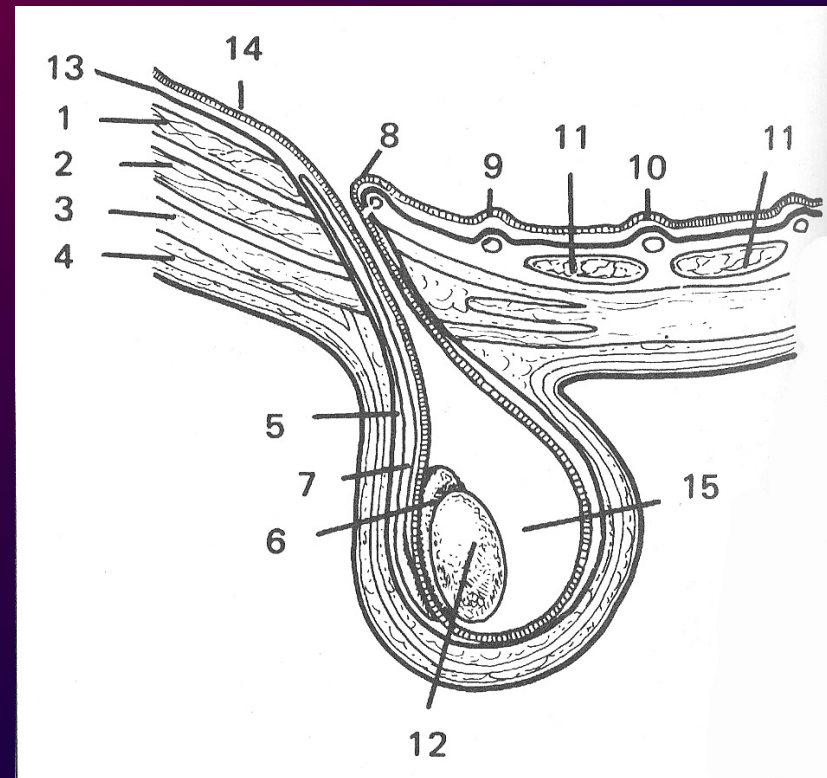
Definizione:

Ernia inguinale in cui il **sacco è preformato** (esiste sin dalla nascita) ed è costituito dal dotto peritoneo-vaginale la cui obliterazione non è avvenuta in parte o totalmente, per un disturbo dell'embriogenesi connesso con la discesa del testicolo.

Ernia inguinale obliqua esterna



acquisita



congenita

Ernia inguinale diretta

- ✓ E' un'ernia da debolezza, sempre acquisita
- ✓ Più frequente nell'uomo tra 30-40 anni, più rara dell'ernia obliqua esterna, spesso bilaterale
- ✓ Origina dalla fossetta inguinale media, fuoriesce attraverso l'anello inguinale superficiale, senza attraversare il canale inguinale

Ernia inguinale diretta

- ✓ Il sacco è extrafunicolare e risulta ampiamente comunicante con la cavità peritoneale senza un vero e proprio colletto → è sempre riducibile con facilità, raro è lo strozzamento
- ✓ Ha forma rotondeggiante o ovalare, il contenuto è epiploon o anse intestinali

Ernia inguinale diretta



Ernia inguinale obliquo-interna o vescico pubica

- ✓ E' un'ernia da debolezza, rara
- ✓ Più frequente nell'uomo, monolaterale, piccole dimensioni, raramente si strozza
- ✓ Origina dalla fossetta inguinale interna e sporge al di sopra del pube, spostando il tendine del muscolo retto dell'addome
- ✓ L'anello inguinale superficiale è laterale rispetto all'ernia, ma nelle fasi più avanzate l'ernia può impegnarsi a questo livello

ERNIA INGUINALE

diagnosi differenziale

✓ **Idrocele:**

Esame obiettivo: prova della transilluminazione, non aumenta sotto i colpi di tosse, non è riducibile (a meno che sia comunicante), non lascia palpare il testicolo

Indagini strumentali: diafanoscopia ed ecografia

✓ **Varicocele:**

Esame obiettivo: è riducibile (non totalmente), aumenta di volume sotto i colpi di tosse, di consistenza molle; se si mette il soggetto in piedi la tumefazione ricomparirà dal basso in alto (per l'ernia dall'alto in basso).



ERNIA INGUINALE

diagnosi differenziale



Idrocele e diafanoscopia

ERNIA INGUINALE

diagnosi differenziale

✓ Cisti del funicolo e dell'epididimo, lipomi e fibromi della regione:

Esame obiettivo: prova della transilluminazione, non aumenta di volume sotto i colpi di tosse, non è riducibile, assenza di peduncolo, mancata trasmissione dell'impulso.

✓ Ernia crurale:

Esame obiettivo: peduncolo al di sotto del legamento di Falloppio (nell'ernia inguinale il peduncolo è al di sopra), vasi femorali posti lateralmente all'ernia.

Ernia inguinale nella donna

- ✓ L'ernia obliqua esterna è la più frequente (circa 44% di tutte le ernie), spesso di natura congenita
- ✓ Meno frequente è l'ernia diretta
- ✓ Raramente le ernie inguinali sono voluminose, spesso in assenza di disturbi soggettivi particolari
- ✓ **Diagnosi differenziale:** varici del grande labbro, fibromiomi del legamento rotondo e lipomi.

Ernia inguinale nella donna



ERNIA INGUINALE

complicanze

- ✓ **Strozzamento**
- ✓ **Intasamento**
- ✓ **Irriducibilità**
- ✓ **Infiammazione**

ERNIA INGUINALE

terapia

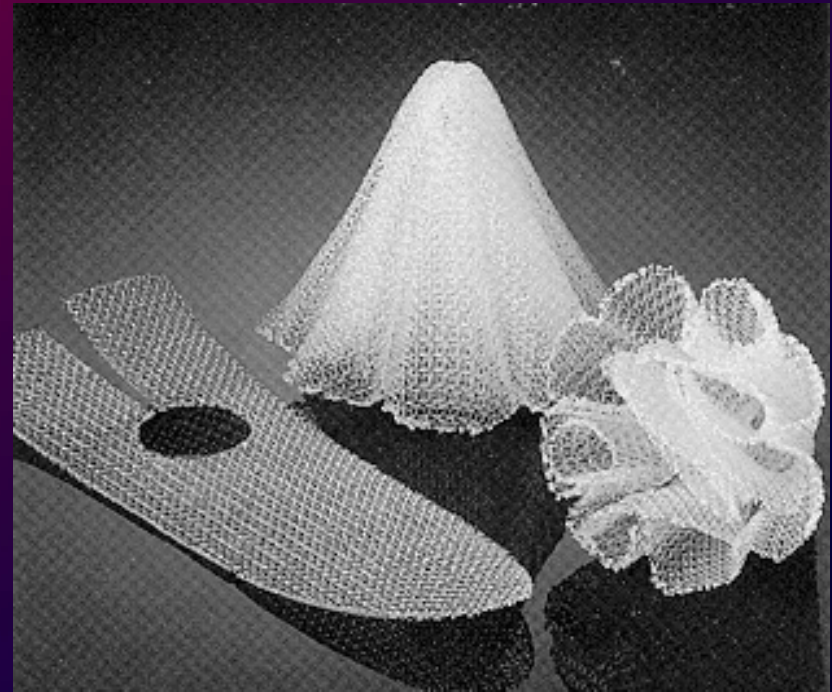
- ✓ **L'intervento chirurgico rimane l'unico metodo curativo;** varie tecniche (Bassini, Mugnai-Ferrari, Postempsky, Shouldice, Trabucco etc) tutte caratterizzate da una plastica muscolo-aponeurotica; attualmente è comune l'uso di materiali protesici.
- ✓ **Il cinto erniario** comprime in maniera selettiva sulla parete addominale mantenendo i visceri ridotti in addome; tuttavia non è un metodo curativo e può creare complicazioni (aderenze, flogosi...)

ERNIA INGUINALE

terapia



Cinto erniario



Protesi per plastiche ricostruttive
di ernia inguinale

ERNIA CRURALE

Definizione:

Ernia che sporge nella fossa ovale attraverso il legamento inguinale; si fa strada nella lacuna vasorum, fra vena femorale e margine mediale del legamento di Gimbernati.

Epidemiologia

- ✓ E' più frequente nel sesso femminile, tra 40-60 anni
- ✓ Mono o bilaterale
- ✓ Frequente è lo strozzamento

ERNIA CRURALE

RICHIAMI ANATOMICI:

Il canale crurale

- mette in comunicazione cavità addominale e triangolo di Scarpa
- è costituito da:
 - **parete anteriore:** fascia cribrosa e tessuto sottocutaneo
 - **parete postero-laterale e postero-mediale:** delimitate dal foglietto profondo della fascia femorale.
 - **apertura inferiore:** punto di sbocco della grande safena nella vena femorale
 - **apertura superiore:** *anello femorale*

ERNIA CRURALE

RICHIAMI ANATOMICI:

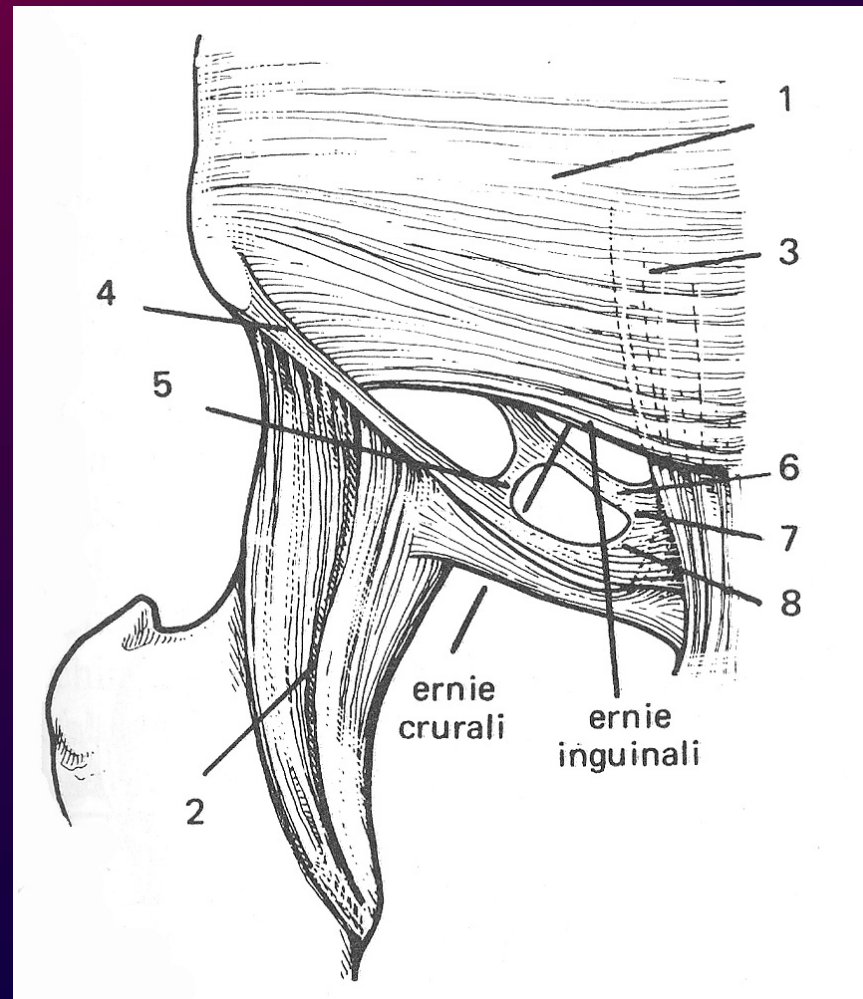
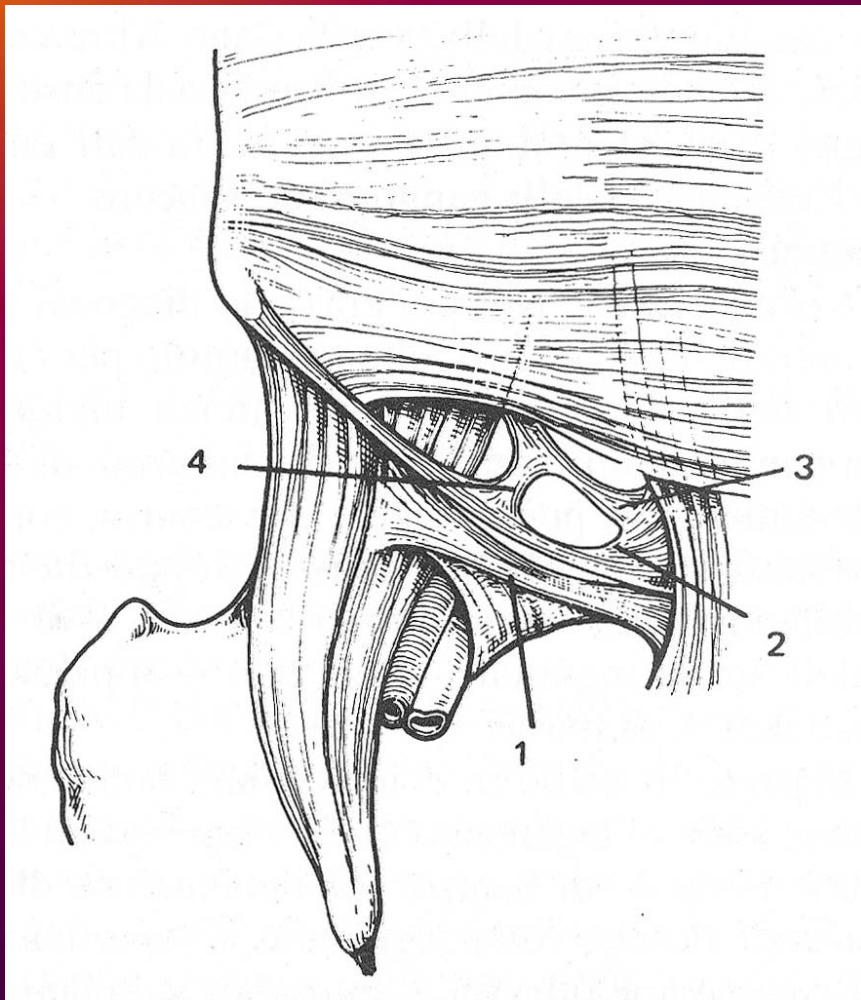
L'anello femorale è delimitato:

- medialmente dal legamento di Gimbernat
- anteriormente dal leg. Inguinale
- lateralmente dalla benderella ileo-pettinea
- posteriormente dal leg. di Cooper

L'anello femorale è suddiviso dalla benderella ileo-pettinea in:

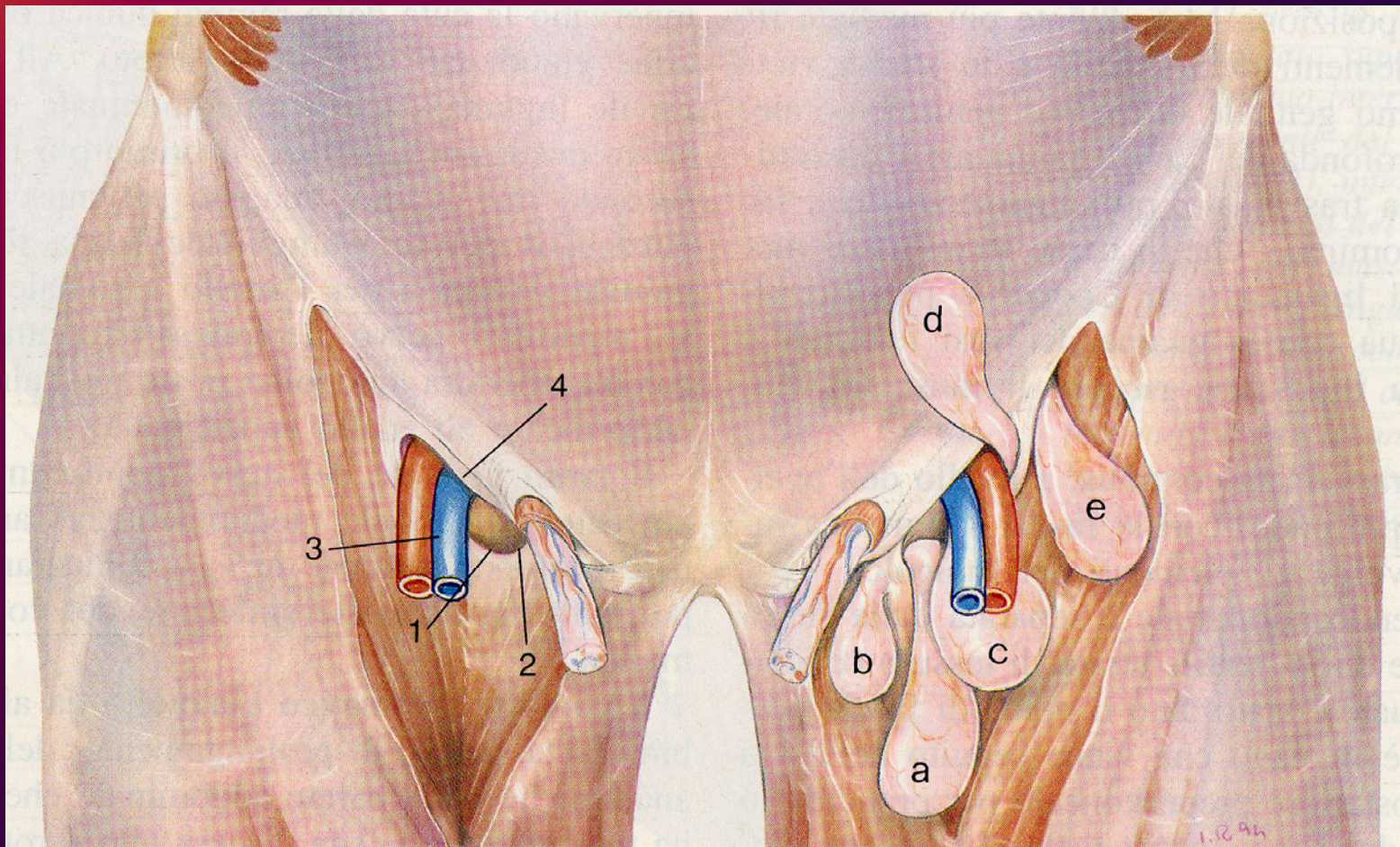
- **lacuna muscolorum**: laterale, occupata dal muscolo ileo-psoas e dal nervo femorale
- **lacuna vasorum**: mediale, ospita i vasi sanguigni, linfatici e linfoghiandole, è il **punto di debolezza della parete**

ERNIA CRURALE



ERNIA CRURALE

Varietà di ernia crurale



ERNIA CRURALE

Patogenesi

✓ **Squilibrio tra pressione endoaddominale e resistenza della parete**

✓ **E' più frequente nelle donne per:**

- **maggior ampiezza del bacino e del canale crurale**
- **legamento di Gimbernat più breve**
- **lacuna vasorum più ampia**
- **frequente mancanza del setto femorale**

ERNIA CRURALE

Anatomia Patologica

✓ **Nella sua discesa può presentare diversi stadi di sviluppo:**

punta d'ernia: se l'organo erniato è appena sporgente nel canale crurale

ernia interstiziale : se l'organo erniato è impegnato nel canale crurale e solo al suo interno

ernia completa: se si superficializza uscendo dalla lamina cribrosa

Contenuto: tenue o epiploon, raramente annessi, vescica, appendice...; frequente è il pinzettamento dell'ansa.

ERNIA CRURALE

Sintomatologia

✓ ***Estremamente varia:***

asintomatica, dolori tipo nevralgico alla radice della coscia con irradiazione all'arto che compaiono alla stazione eretta, nausea e dolori addominali...

✓ ***Strozzamento:***

relativamente frequente, a volte con modesta sintomatologia generale senza occlusione (pinzettamento laterale) e scarso reperto locale per la piccolezza dell'ernia

ERNIA CRURALE

Esame obiettivo

- ✓ *Difficile nei soggetti obesi*

- ✓ *Ispezione:*

tumefazione di modeste dimensioni sotto il legamento inguinale, rotondeggiante, superficie liscia

- ✓ *Palpazione:*

riducibile o meno, fissa o mobile sui piani circostanti; se riducibile, il dito esploratore percepisce i contorni dell'anello crurale e la pulsazione dell'arteria femorale lateralmente

- ✓ *Percussione:*

suono ottuso (eccezionale il timpanismo)

ERNIA CRURALE

diagnosi differenziale

- ✓ **Ernia inguinale**
- ✓ **Adeniti croniche (in caso di ernie non riducibili):**
anamnesi, dolorabilità diffusa, tumefazione con i caratteri di flogosi acuta, assenza di impulsi con i colpi di tosse, linfoghiandole in genere multiple...
- ✓ **Ectasia sacciforme della safena:**
riducibile, aumenta di volume con i colpi di tosse, consistenza molle, riduzione lenta ed il volume diminuisce se si comprime in basso, aumenta comprimendo in alto; non si percepisce l'anello crurale

ERNIA CRURALE

diagnosi differenziale

- ✓ **Tumori benigni (lipoma crurale):**
irriducibile, superficie lobulata, pastoso, mancanza di impulso trasmissibile, assenza di peduncolo.
- ✓ **Tumori maligni metastatici e linfoghiandolari**

ERNIA CRURALE

Diagnosi



- ✓ Esame obiettivo
- ✓ Indagini strumentali

Terapia



- ✓ Chirurgica