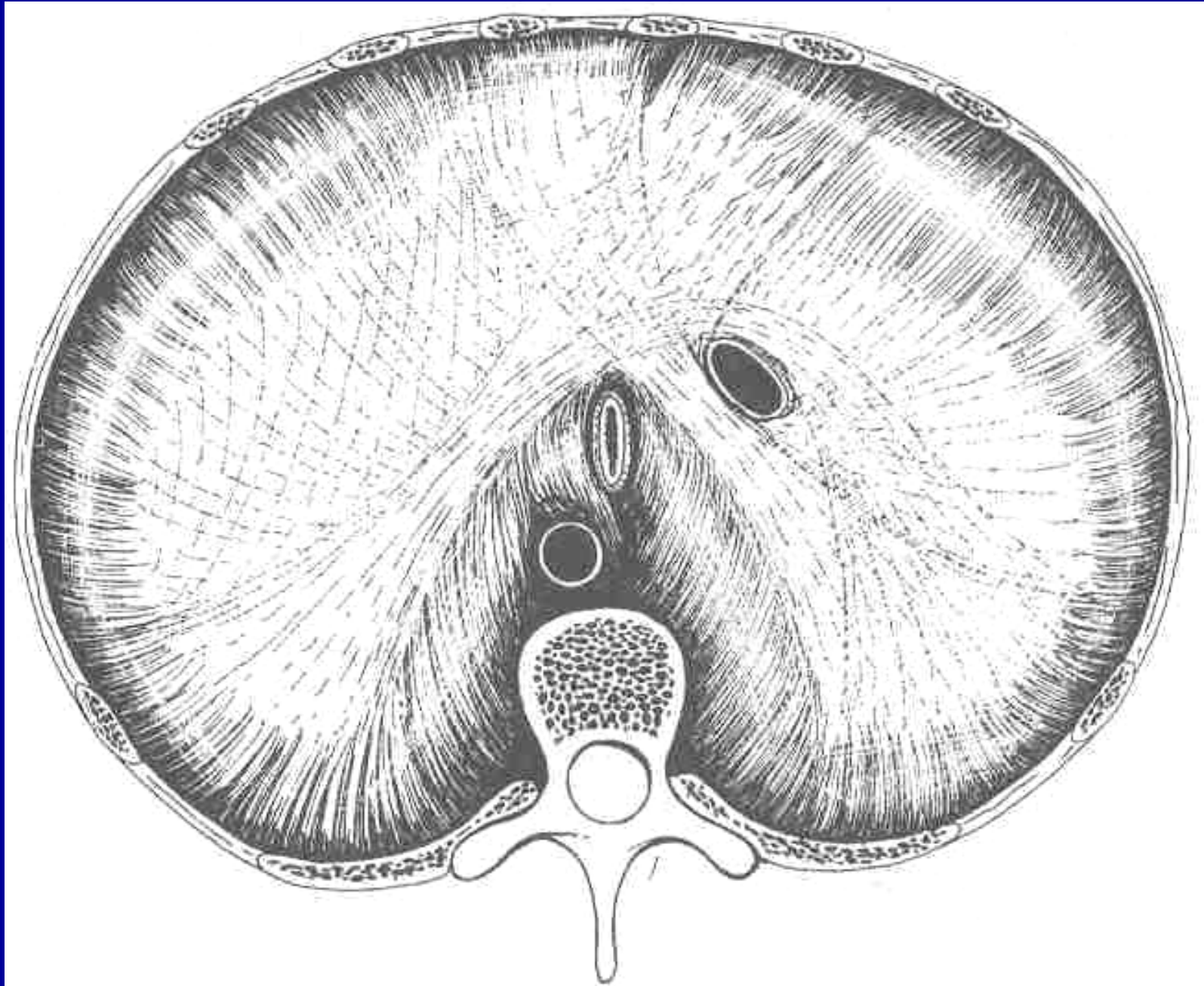


MALATTIE CHIRURGICHE DEL DIAFRAMMA

- ERNIE DIAFRAMMATICHE**
- TRAUMATISMI**
- PROCESSI INFIAMMATORI
DEL DIAFRAMMA**
- TUMORI DEL DIAFRAMMA**

www.fisiokinesiterapia.biz



ERNIE DIAFRAMMATICHE: ANATOMIA

DIAFRAMMA:

- È IL PRINCIPALE MUSCOLO INSPIRATORIO
- È UN SETTO FIBROMUSCOLARE A FORMA DI CUPOLA CHE SEPARA LA CAVITÀ TORACICA DALL'ADDOME

A) PARTE TENDINEA O CENTRO FRENICO

B) PARTE MUSCOLARE DISTINTA IN:

- LOMBARE
- COSTALE
- STERNALE

- PORZIONE LOMBARE: COMPLESSA E IMPORTANTE

A) SI INSERISCE: - BASSO E LATERALMENTE:
SULL'ARCATA LOMBO-COSTALE
- MEDIALMENTE:
FASCIA ANTERIORE L2-L3-L4

B) È FORMATA DI PILASTRI MEDIALI CHE DELIMITANO:

- 1) ORIFIZIO AORTICO A LIVELLO DI T12- L1
COSTITUITO DALL'ACCOSTARSI DEI TENDINI
DEI DUE PILASTRI DESTRO E SINISTRO**
- 2) ORIFIZIO ESOFAGEO, A LIVELLO DI T10
COSTITUITO SOLO DA FIBRE DEL PILASTRO
DESTRO CHE SI DISPONGONO "A LACCIO"
INTORNO ALL'ESOFAGO**

- PARTE COSTALE

- PARTE STERNALE

ERNIE DIAFRAMMATICHE: DEFINIZIONE

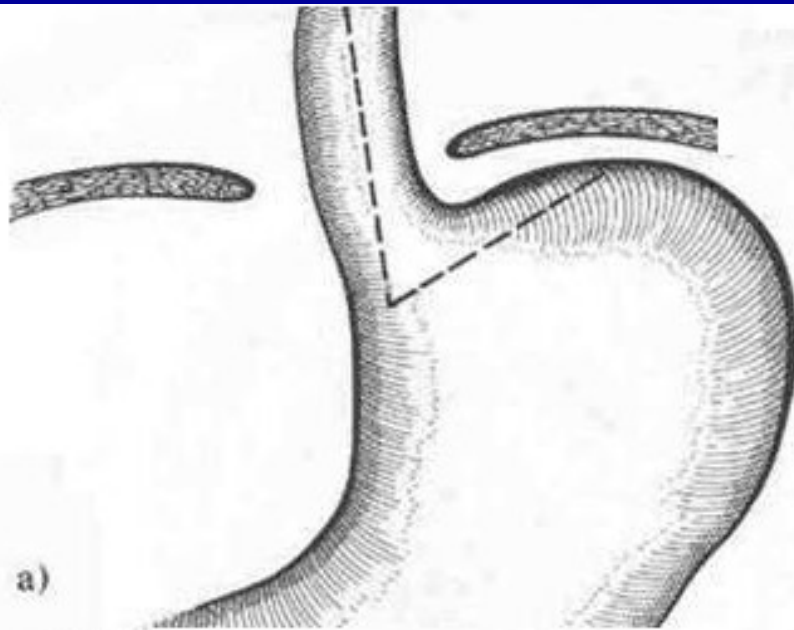
- **È LA MIGRAZIONE STABILE DI VISCERI ADDOMINALI NELLA CAVITÀ TORACICA ATTRAVERO ORIFIZI CONGENITI O ACQUISITI DEL DIAFRAMMA.**
- **È UNA PATOLOGIA UNIDIREZIONALE ED IL VOLUME DELL'ERNIA TENDE AD UN PROGRESSIVO E CONTINUO AUMENTO.**

ERNIE DIAFRAMMATICHE: CLASSIFICAZIONE

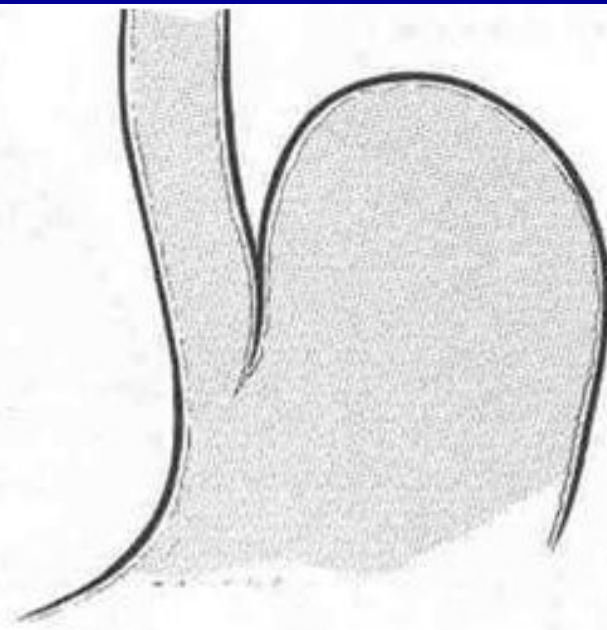
- **ERNIE DELLO IATUS**
 - 1) DA SLITTAMENTO O SCIVOLAMENTO**
 - 2) DA BRACHIESOFAGO**
 - 3) DA ROTAZIONE O PARAESOFAGEE**
- **ERNIE DELLE CUPOLE DIAFRAMMATICHE (Bochdalek)**
- **ERNIE RETROSTERNALI (Morgagni - Larrey)**
- **EVENTRAZIO DIAFRAMMATICA**
- **ERNIE POST-TRAUMATICHE**

ERNIE IATALI E RGE: ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA

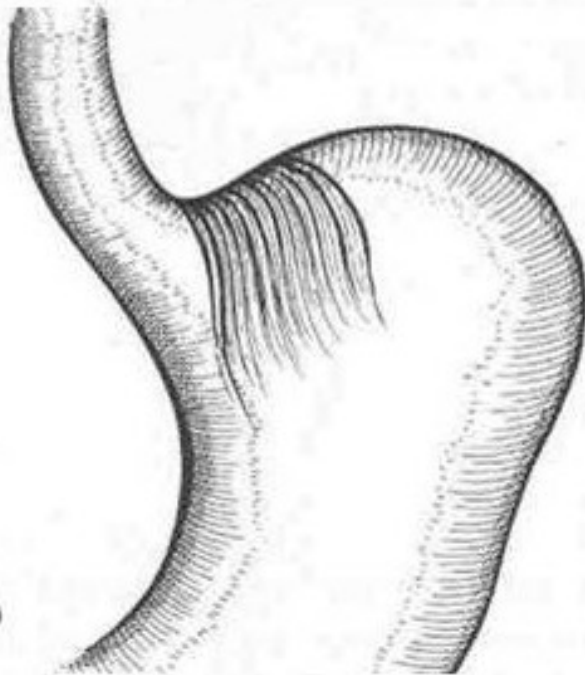
- IATUS ESOFAGEO: DALLO SDOPPIAMENTO DEL PILASTRO MEDIALE DX (T10-T11) ED È DEPUTATO AL PASSAGGIO DELL'ESOFAGO DAL TORACE-ADDOME.**
- ESOFAGO TERMINALE E CARDIAS SI UNISCONO FORMANDO UN ANGOLO ACUTO, ANGOLO DI HISS, DOVUTO ALLA CONTRAZIONE DEL PILASTRO DIAFRAMMATICO DX, DETTO ANCHE LACCIO DI ALLISON CHE CIRCONDA COME UNA FIONDA L'ESOFAGO TERMINALE.**
- IATUS ESOFAGEO E CARDIAS SUBISCONO CONTINUE VARIAZIONI DI RAPPORTO (RESPIRO, ERUTTAZIONI) ED È FISIOLÓGICA UNA TEMPORANEA MIGRAZIONE DI CARDIAS ED ESOFAGO TERMINALE IN TORACE.**



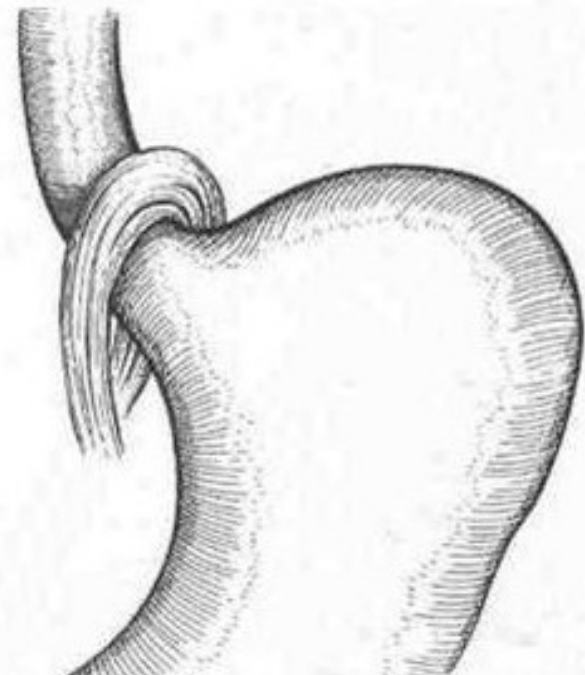
a)



b)



c)



d)

a) Angolo di Hiss; b) valvola di van Gubaroff; c) collare di Helvetius; d) laccio di Allison.

A SEGUITO DEL CEDIMENTO DELLE STRUTTURE ANATOMICHE DEPUTATE ALLA FISSAZIONE, IL CARDIAS PUÒ PERMANERE IN MEDIASTINO:

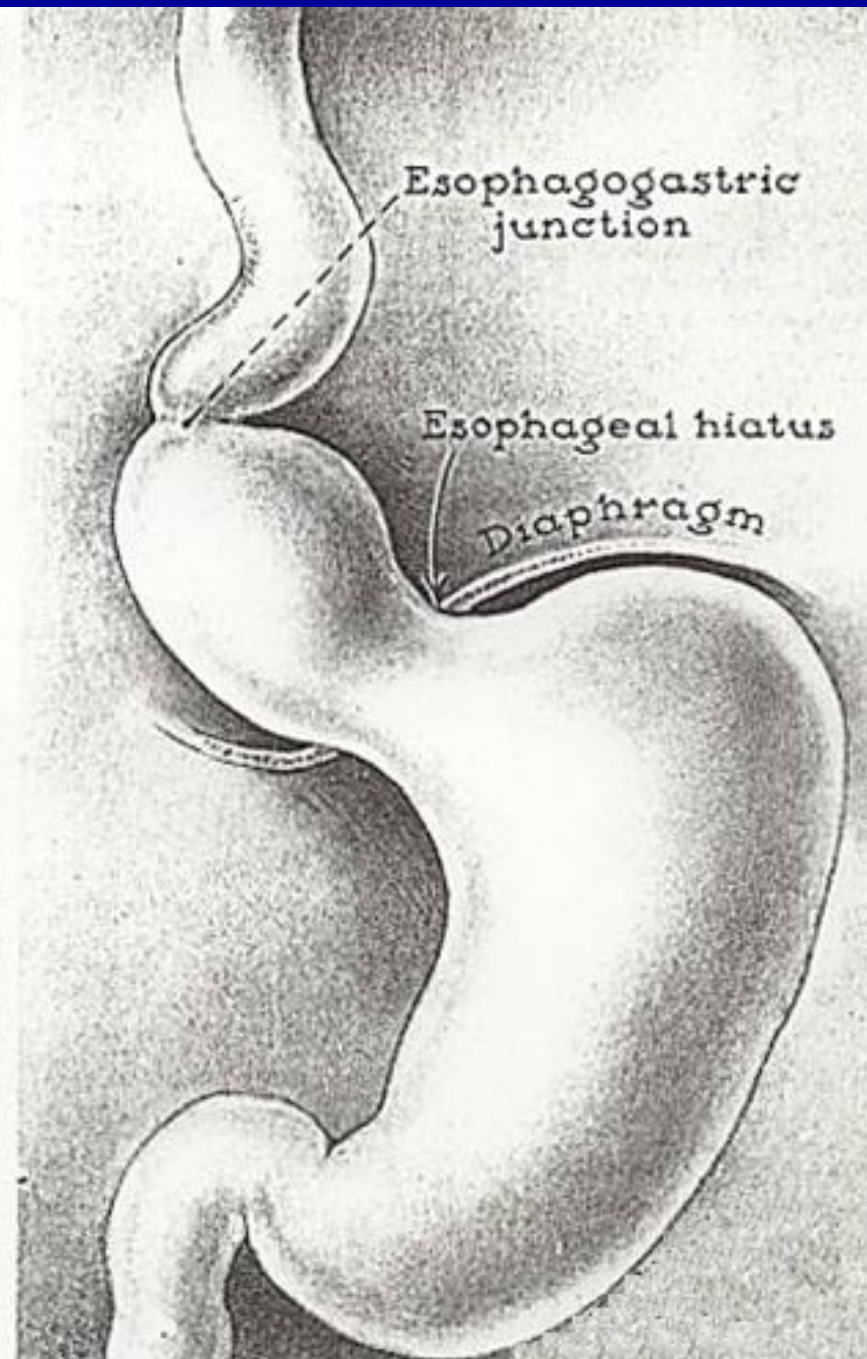
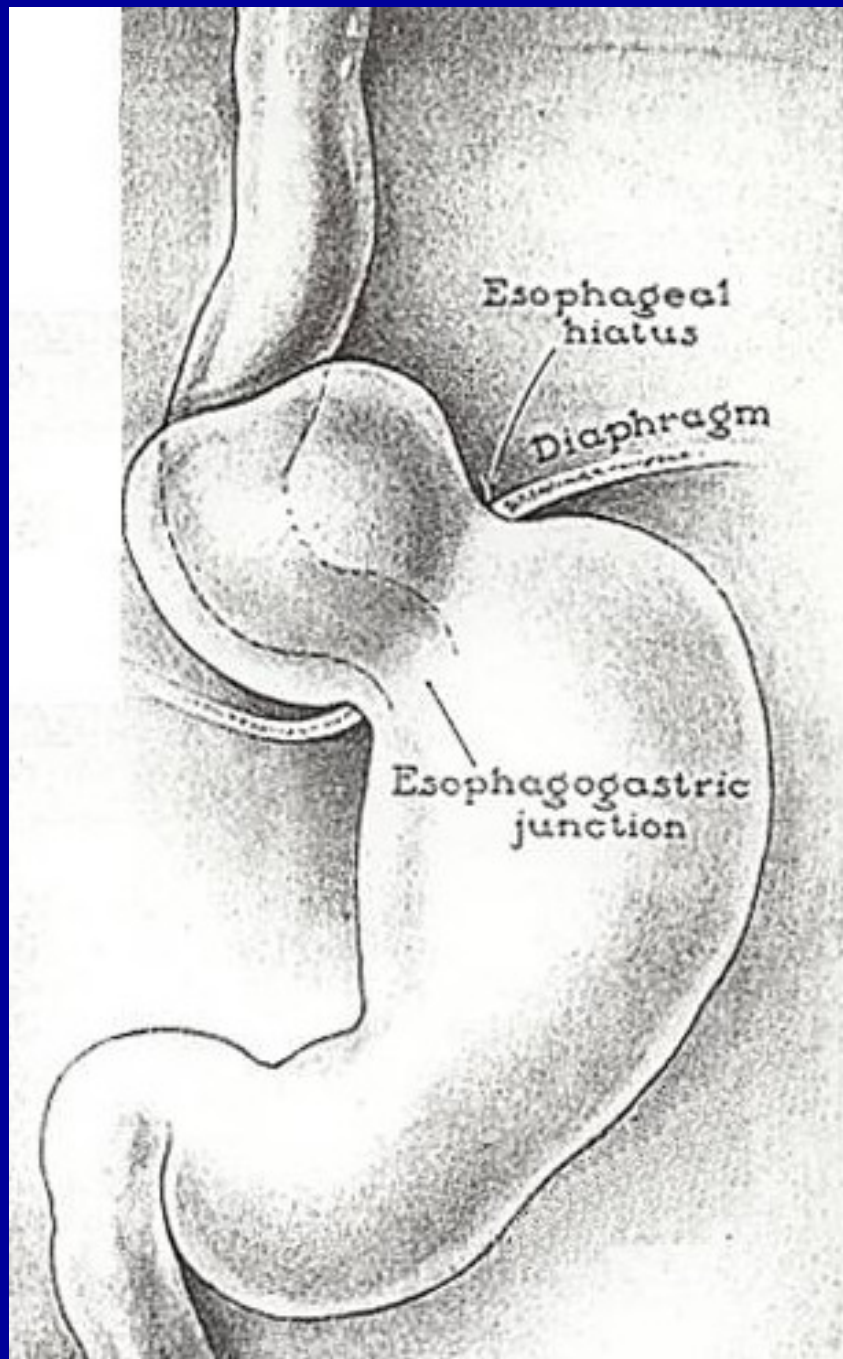
EVENTO PATOLOGICO

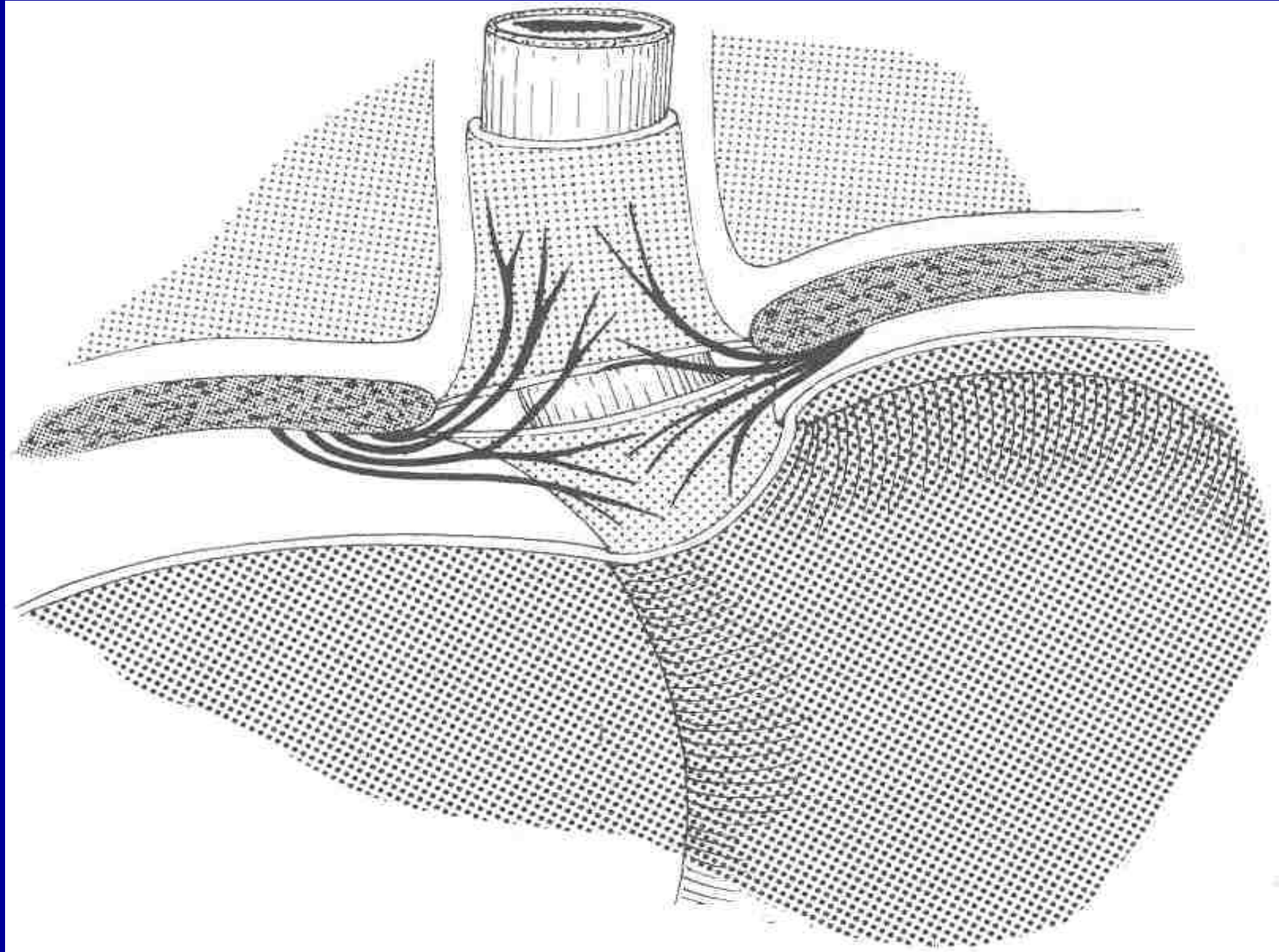
MEZZI DI FISSAZIONE DIRETTA

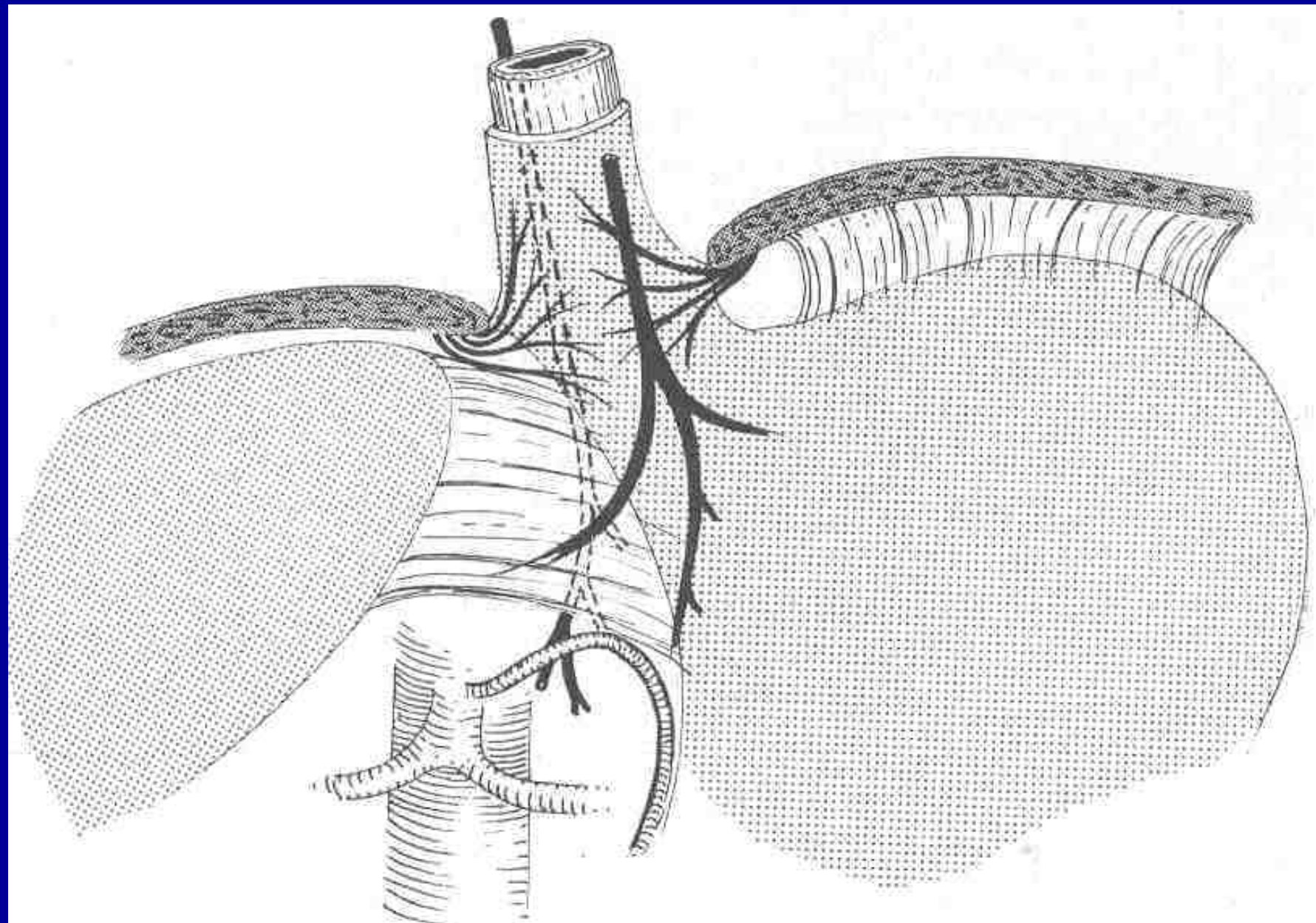
- 1) LIGAMENTO FRENO-ESOFAGEO DI BERTELLI-LAIMER**
- 2) TESSUTO FIBROSO POSTERIORMENTE ALL'ESOFAGO O MESOESOFAGO**

MEZZI DI FISSAZIONE INDIRETTA

- 1) PARS CONDENSA DEL PICCOLO EPIPLOON (PARTE DEL LIGAMENTO GASTRO-EPATICO)**
- 2) ARTERIA GASTRICA SX (RAMO ASCENDENTE)**
- 3) NERVI VAGHI**







ERNIE DA SLITTAMENTO O SCIVOLAMENTO

- 80-90% DI TUTTE LE ERNIE DIAFRAMMATICHE**
- 6° DECENNIO, F > M**
- LA PRESENZA DEL CARDIAS IN MEDIASTINO COSTITUISCE LA BASE DELLA MRGE.**

PATOGENESI

FATTORI ANATOMICI

- IATUS ALLARGATO

(MEIOPRAGIA CONGENITA)

- STRUTTURE FASCIALI ALLUNGATE

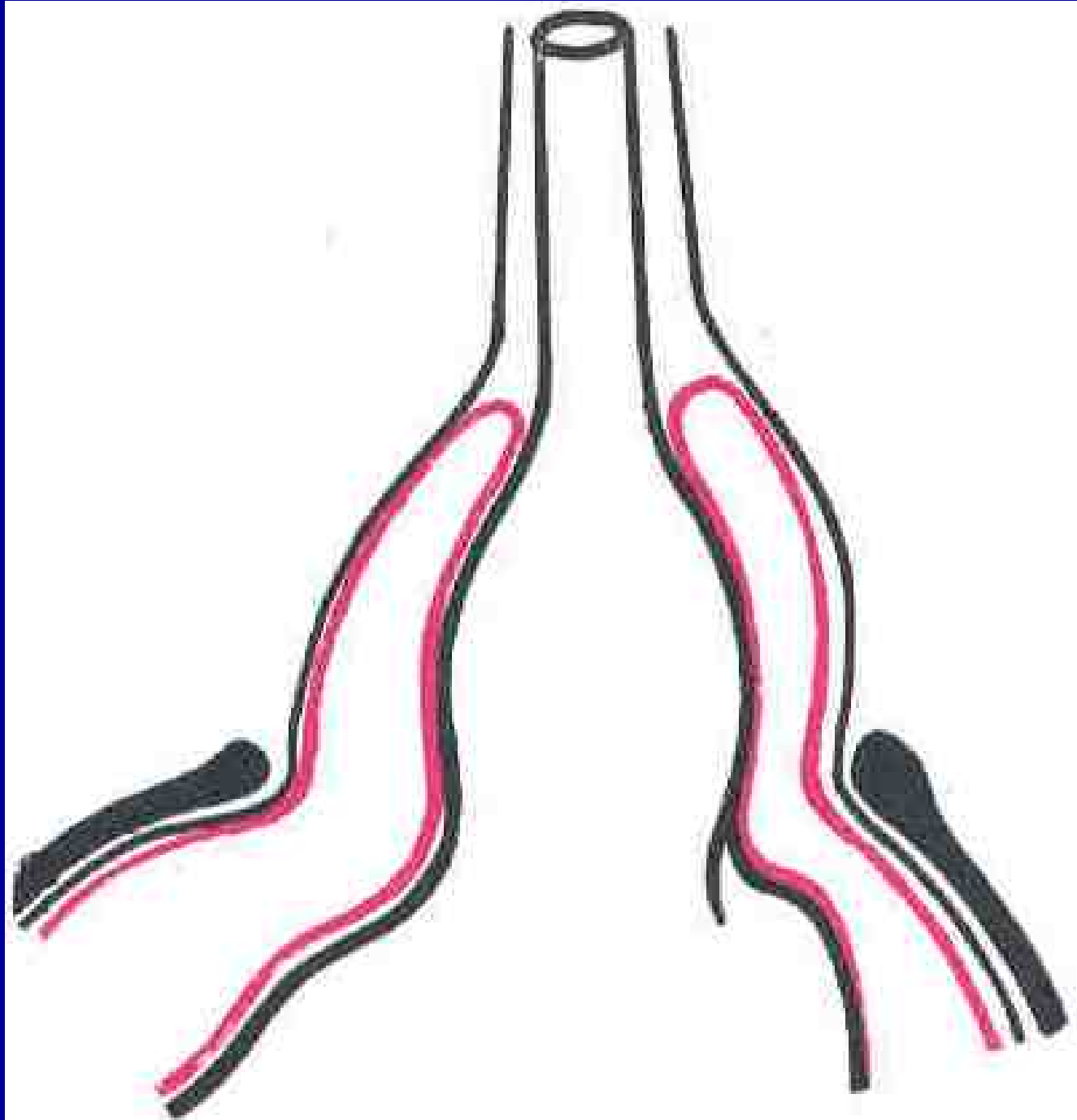
COFATTORI

- OBESITÀ

- RAPIDO INVECCHIAMENTO

- VECCHIAIA

- DEFORMAZIONE DELLA
COLONNA DORSO-LOMBARE



SINTOMATOLOGIA

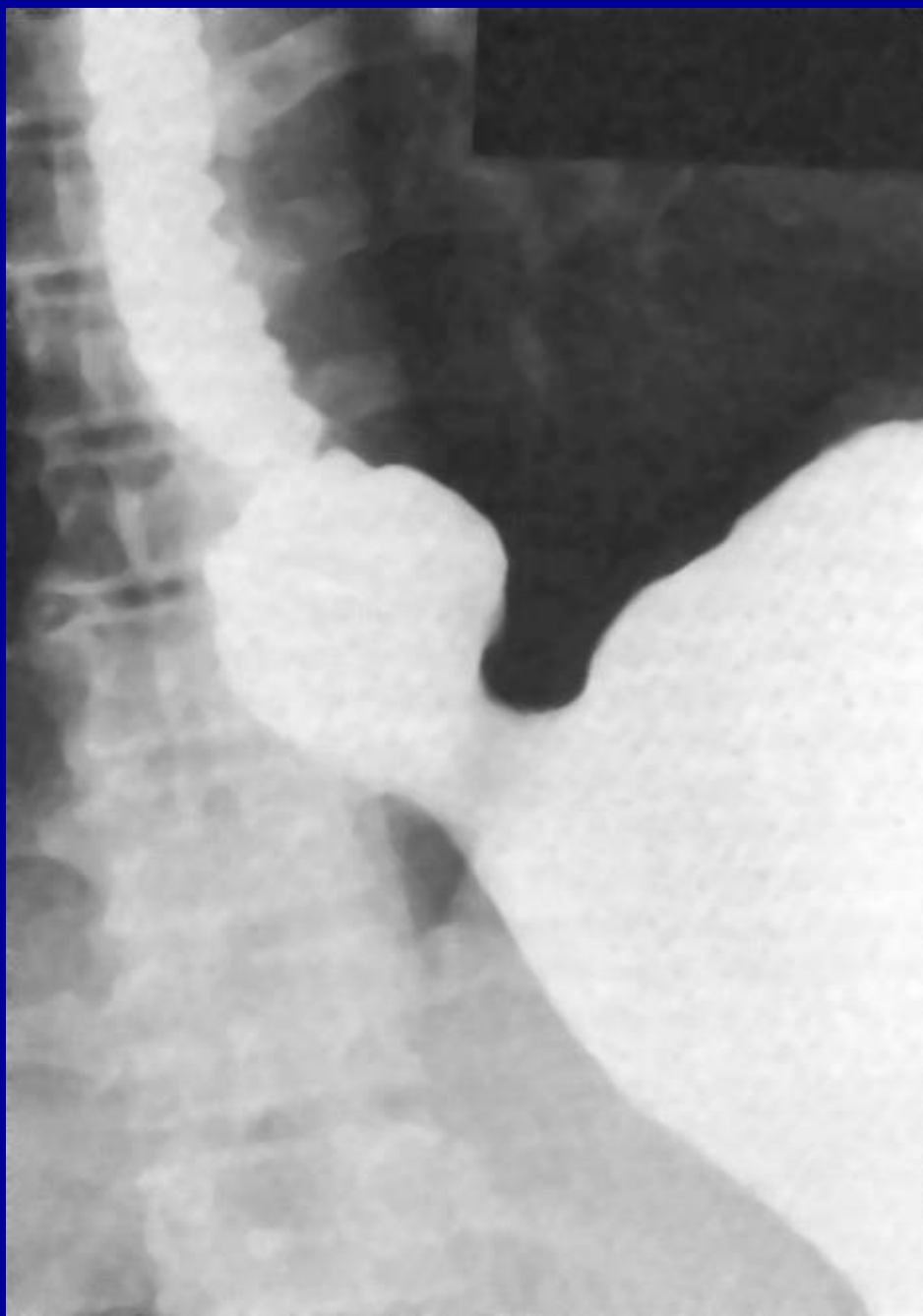
- DOLORE
- REFLUSSO
- ERUTTAZIONE
- DISFAGIA
- ANEMIA IPOCROMICA
- EMATEMESI E/O MELENA
- DISTURBI POLMONARI
(TOSSE STIZZOSA, CRISI ASMATICHE,
POLMONITE AB INGESTIS)

DIAGNOSI STRUMENTALE

- RX 1° VIE CON BARIO
(TRENDELEMBURG, PRONO)
- EGDS:
 - VEDE L'ERNIA
 - QUANTIFICA LA LESIONE MUCOSA
- MANOMETRIA ESOFAGEA
- PHMETRIA ESOFAGEA:
 - N° REFLUSSI
 - ACIDITÀ
 - DURATA



Ernia iatale da scivolamento: il fondo gastrico slittato è ben riconoscibile dalla grossolanità delle pliche mucose nel tratto situato sopra al restringimento diaframmatico.



ESOFAGO CORTO

- 1-2% DELLE ERNIE DIAFRAMMATICHE

1) BRACHIESOFAGO CONGENITO

2) ENDOBRACHIESOFAGO: PERMANENZA DI NIDI DI CELLULE GASTRICHE IN ESOFAGO

3) BRACHIESOFAGO ACQUISITO: RETRAZIONE DELL'ESOFAGO DA ESOFAGITE DA REFLUSSO

SINTOMI: RIGURGITO

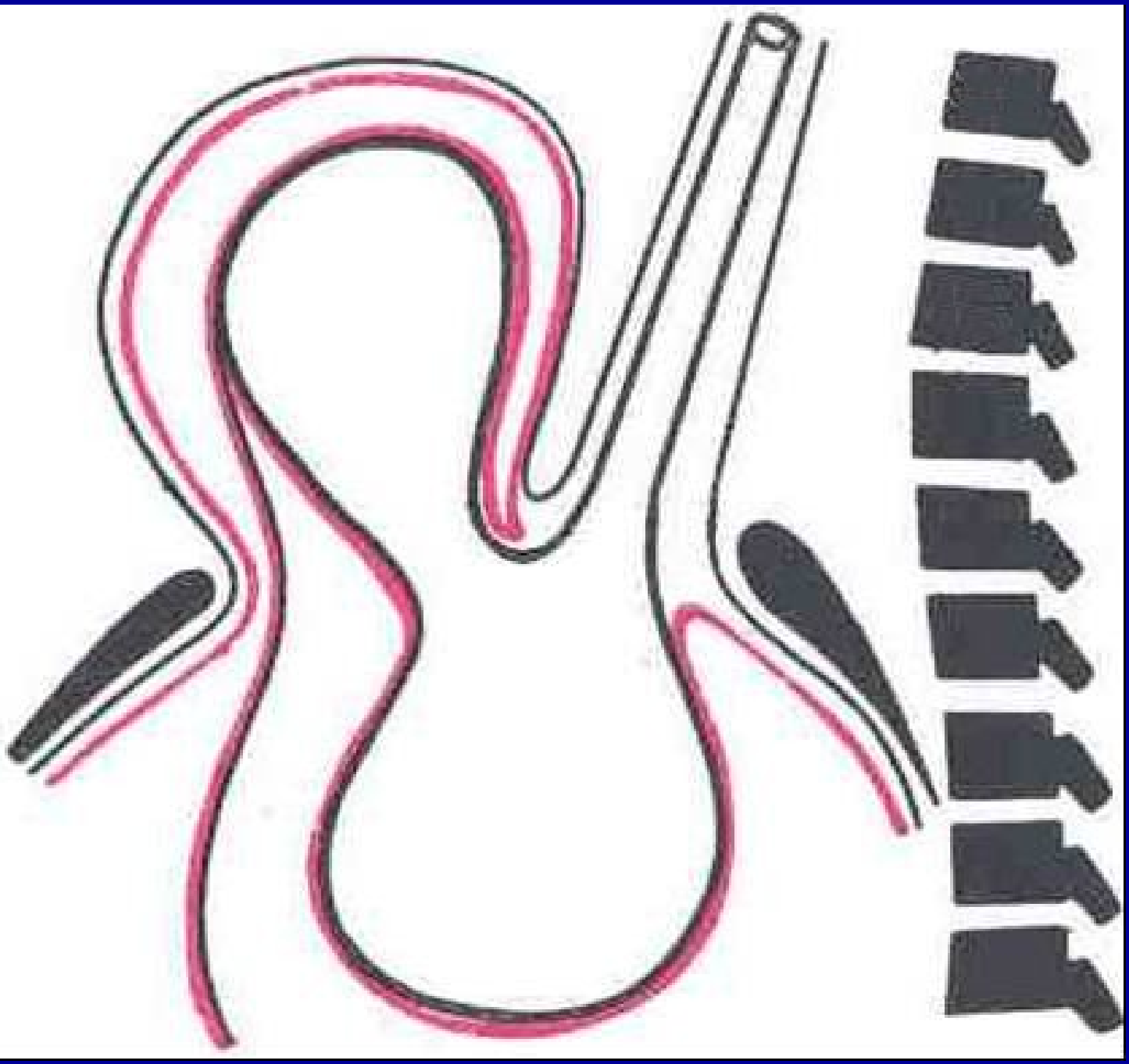
DIAGNOSI: RX PRIME VIE, EGDS

ERNIE PARAESOFAGEE

- 6-12% DELLE ERNIE IATALI
- PRIME DECADI DI VITA

EZIOPATOGENESI:

- ERNIA “CONGENITA”: IATUS ALLARGATO + PROLUNGAMENTO PERITONEALE CHE FA DA SACCO ERNIARIO.
- LA FACCIA ANTERIORE DELLO STOMACO È “SUCCHIATA” IN TORACE, RUOTANDO SU SE STESSA.
- OCCUPA IL MEDIASTINO ESPANDENDOSI LATERALMENTE E SPINGENDO I POLMONI LATERALMENTE E VERSO L'ALTO.

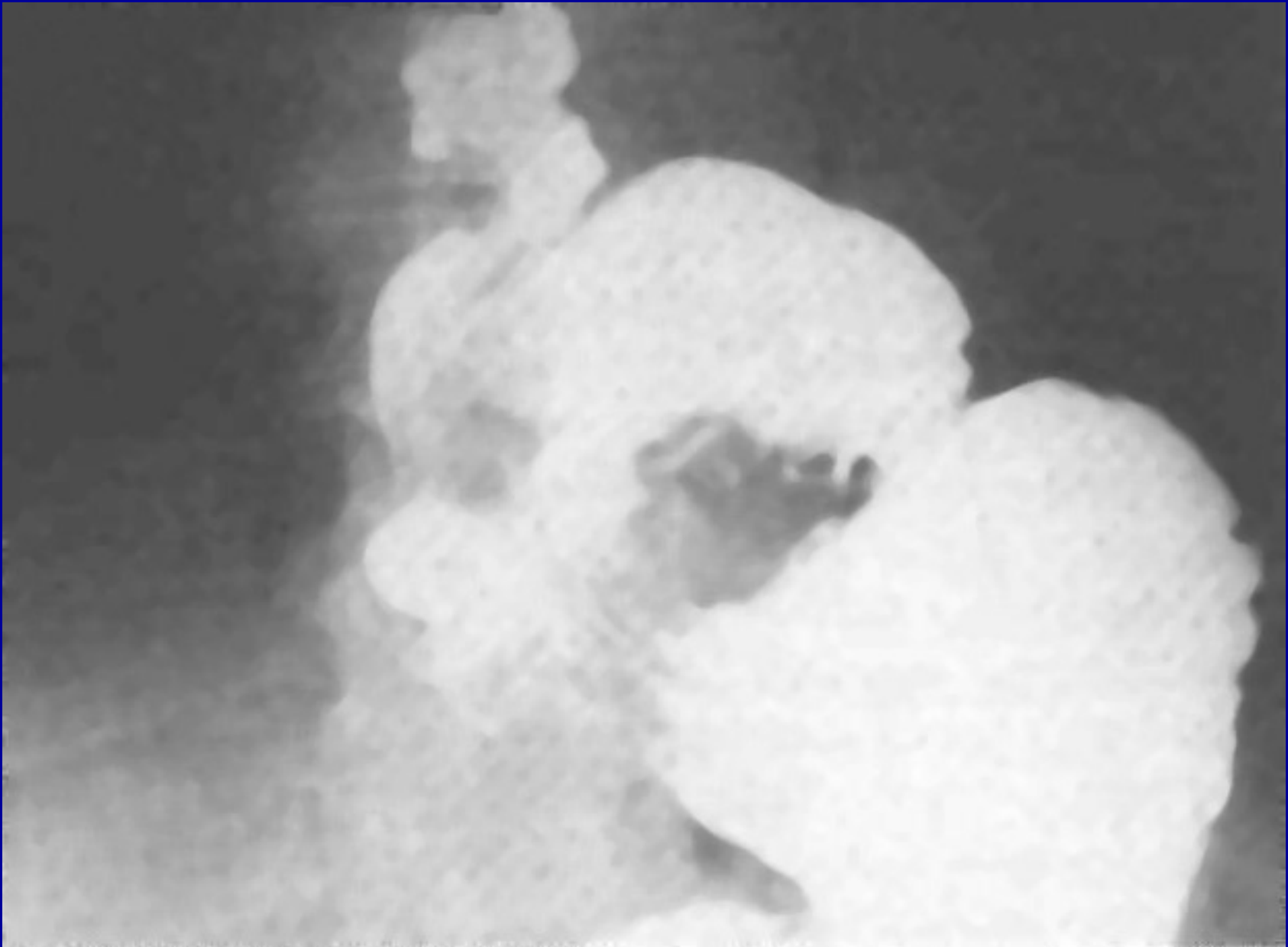


SINTOMI

- **MUTO**
- **"RIPIENEZZA" TORACICA POSTPRANDIALE**
- **ANEMIA PER LESIONI TROFICHE**
- **SINDROME COSTRITTIVA
(DA SOVRADISTENSIONE GASTRICA)
+ TOSSE STIZZOSA**

DIAGNOSI

- **RX TORACE:
LIVELLO IDROAEREO PARACARDIACO**
- **RX TUBO DIGERENTE CON BARIO**
- **EGDS: NO!**



INDICAZIONI TERAPEUTICHE

- TERAPIA MEDICA: ERNIE NON COMPLICATE DA STENOSI
 - 1) FATTORI PREDISPONENTI
 - 2) INIBITORI POMPA PROTONICA

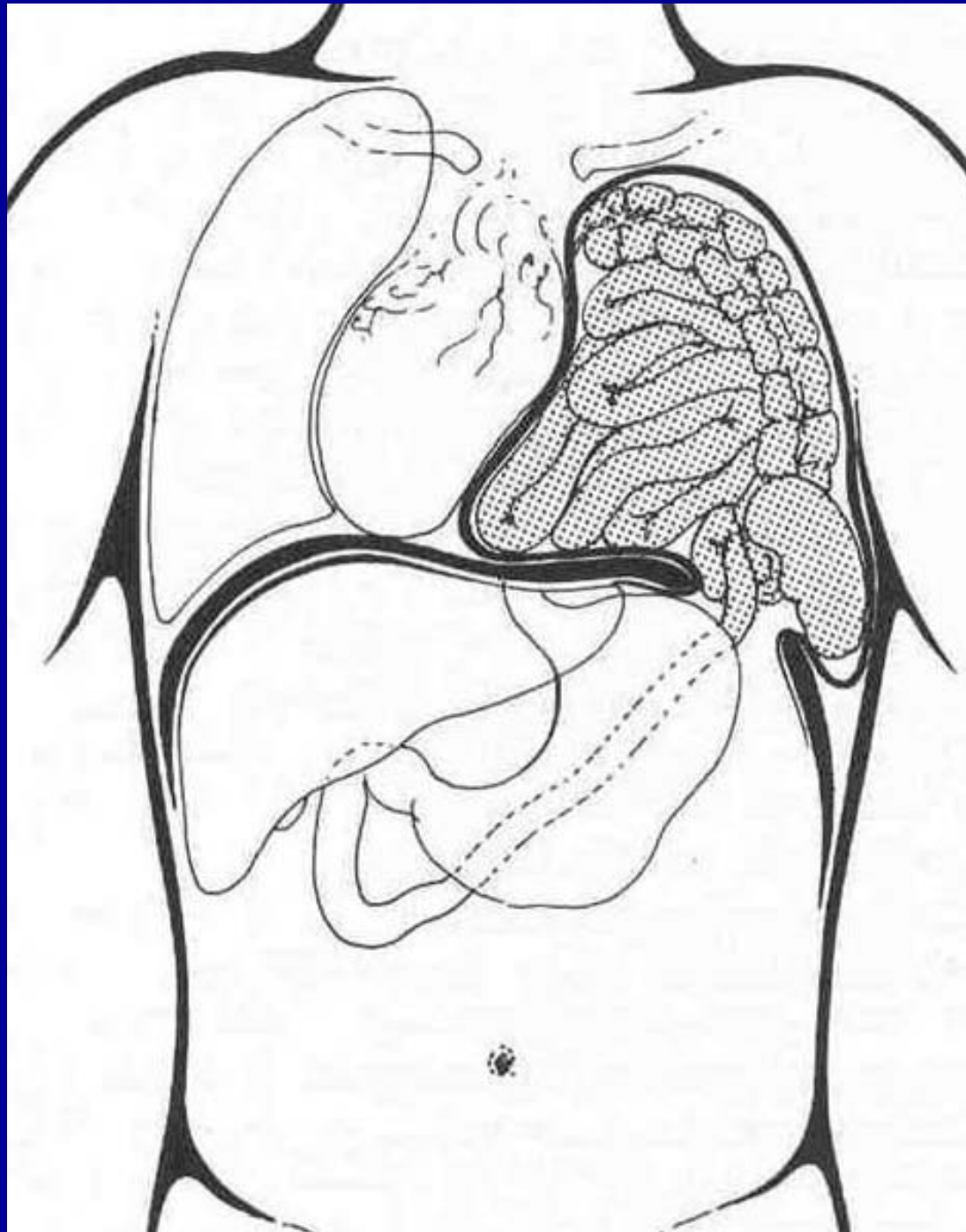
- TERAPIA CHIRURGICA: INDICAZIONI:
 - SINTOMI IMPORTANTI
 - ESOFAGITI II-III° GRADO
 - ↓ COMPLIANCE MEDICA

- RAZIONALE:
 - RESTRINGERE L'ORIFIZIO
 - RICREARE ZONA DI ALTA PRESSIONE ENDOESOFAGEA
 - RICOSTRUIRE I MEZZI DI FISSAZIONE

- TECNICHE:
 - PLASTICA DI NISSEN, 360°
 - PLASTICA DI TOUPET, 180° POST.
 - PLASTICA DI DOR, 180° ANT.

ERNIE DELLA CUPOLA O POSTEROLATERALI DI BOCHDALEK

- 0.5-1 PER MILLE NASCITE
- ETÀ NEONATALE E INFANTILE
- DOVUTE AD UN ANOMALO SVILUPPO DELLA PORZIONE COSTALE DEL DIAFRAMMA, ASSOCIATA AD ALTRE ANOMALIE ANATOMICHE.
- **ERNIA EMBRIONARIA:** DIFETTO SIA PLEURICO CHE PERITONEALE E CIÒ CREA UNA COMUNICAZIONE TRA LA CAVITÀ PLEURICA E QUELLA PERITONEALE.
- **ERNIA FETALE:** ARRESTO DELLO SVILUPPO TARDIVO → SACCO ERNIARIO



PATOGENESI-FISIOPATOLOGIA

- IL FORAME VARIA DA QUALCHE CENTIMETRO AD UN INTERO DIAFRAMMA.
- PIÙ FREQUENTE A SINISTRA (A DX FEGATO).
- LA PRESSIONE (-) INTRATORACICA ASPIRA L'INTESTINO CON CONSEGUENTE COLLASSO POLMONARE OMOLATERALE E SPOSTAMENTO MEDIASTINICO FINO ALLA COMPRESSIONE POLMONARE CONTROLATERALE.
- A SINISTRA ERNIA: STOMACO, MILZA, TENUE, OMENTO
- A DESTRA ERNIA: FEGATO, COLON, TENUE,

ADDOME SCAVATO A BARCA

SINTOMATOLOGIA NEONATALE

- DISPNEA INGRAVESCENTE CON CIANOSI FIN DAI PRIMI RESPIRI
- DESTROCARDIA
- VOMITO PROFUSO E FREQUENTE
- BORBORIGMI
- MV ASSENTE
- OTTUSITÀ EMITORACE

- **DIAGNOSI:** RX TORACE, RX TUBO DIGERENTE CON BARIO, TAC

- **TERAPIA:**
 - ASSISTENZA RESPIRATORIA
 - CH

ERNIE RETROSTERNALI DI MORGAGNI E LARREY

MOLTO RARE:

- **CONGENITE: PER APLASIA DEI FASCI MUSCOLARI DIAFRAMMATICI RETROSTERNALI (ERNIA DI MORGAGNI)**
- **ACQUISITE: PER I TRIANGOLI DI DEBOLEZZA STERNOCOSTALI (ERNIA DI LARREY) DOVE PASSANO I VASI EPIGASTRICI SUPERIORI**
- **SACCO ERNIARIO COSTANTEMENTE PRESENTE**
- **SEDE: MEDIASTINO ANTERIORE (> A DESTRA)**
- **CONTENUTO: OMENTO E COLON TRASVERSO**

SINTOMATOLOGIA

- MUTA
- INTASAMENTO
- STROZZAMENTO
- DOLORE EPIGASTRICO, VOMITO, SUBOCCLUSIONE
- DIAGNOSI:
 - RX TORACE
 - RX TD CON BARIO
 - TAC
- TERAPIA: CHIRURGICA