

*Collana Mono*  
2.



UPDATES IN SURGERY

**LE ERNIE  
DELLA  
PARETE ADDOMINALE**  
LE ERNIE INTERNE DELL'ADDOME  
Fisiopatologia e semeiotica

*a cura di*

**Luigi Giuseppe Angiò**

*in collaborazione con*

Vincenzo Pacilè - Enrico Piazzese

Giuseppe Faro - Massimo Soliera

Annunziata Bonsignore - Francesco Fiumara - Maria Licursi

**M.G.E.**

MELIGRANA GIUSEPPE EDITORE



*Le ernie della parete addominale – Le ernie interne dell'addome – Fisiopatologia e semeiotica*  
a cura di *Luigi Giuseppe Angiò*  
Collana Mono. 2

Copyright © Meligrana Giuseppe Editore, 2008  
Copyright © Luigi Angiò  
Tutti i diritti riservati

Meligrana Giuseppe Editore  
Via della Vittoria, 14  
89861 - Tropea (VV)  
Tel. (+39) 338 6157041  
[www.meligranaeditore.com](http://www.meligranaeditore.com)  
[info@meligranaeditore.com](mailto:info@meligranaeditore.com)

I edizione: settembre 2008  
ISBN: 978-88-95031-23-1

*L'editore e gli autori ringraziano gli aventi diritto che non sono riusciti a raggiungere e si dichiarano disponibili nei loro confronti per la corresponsione dei diritti.*

# AUTORI

(in ordine alfabetico)

## **Prof. Luigi Giuseppe Angiò**

Titolare della Cattedra di Chirurgia d'Urgenza e di Pronto Soccorso e Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

## **Dott.ssa Annunziata Bonsignore**

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

## **Dott. Giuseppe Faro**

Assistente Medico in formazione specialistica – Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

## **Dott. Francesco Fiumara**

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

## **Dott.ssa Maria Licursi**

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

## **Dott. Vincenzo Pacilè**

Dirigente Medico di I livello - IRCCS Policlinico San Donato di San Donato Milanese.

## **Dott. Enrico Piazzese**

Dirigente Medico di I livello - Casa di Cura San Camillo di Messina.

## **Dott. Massimo Soliera**

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.



# PREFAZIONE

Le ernie della parete addominale rappresentano un importante capitolo della patologia chirurgica per il notevole impatto sociale: sono tra le più frequenti manifestazioni morbose che si osservano nella comune pratica clinica e coinvolgono più del 5% della popolazione mondiale.

In base alla regione anatomica nella quale si presentano, vengono classificate, secondo l'ordine decrescente d'incidenza, in inguinali, crurali, ombelicali ed epigastriche.

Una valutazione analitica e una sintesi critica sono più che sufficienti per riuscire a formulare, affidandosi semplicemente ai sintomi e ai segni clinici manifesti, la diagnosi di ernie parietali, il cui adeguato trattamento evita l'insorgenza di eventi complicativi anche importanti.

Esistono, però, nella parete muscolo-aponeurotica dell'addome numerosi ulteriori punti di debolezza attraverso cui si possono sviluppare altre tipologie di ernie parietali, definite per l'infrequente riscontro "*ernie rare*": ventrali laterali, lombari, otturatorie, ischiatiche, perineali. Queste rappresentano, soprattutto se piccole e nei soggetti obesi, una sfida diagnostica anche per i chirurghi più esperti, che possono pervenire alla loro diagnosi solo se ne ricercano i relativi indizi clinici e, in qualunque caso, senza prescindere dal ricorso alle comuni tecniche di diagnostica per immagini.

Lo stesso dicasi per le piccole ernie incisionali della parete addominale, soprattutto se insorte in soggetti sovrappeso. In genere facile è, invece, la diagnosi clinica dei laparoceli di grandi dimensioni, che si configurano, però, per gli importanti e complessi eventi fisiopatologici generali che determinano, in una vera e propria "malattia da sventramento", contrassegnata da alterazioni del rivestimento miofasciale dell'addome e da turbe respiratorie, emodinamiche e viscerali.

Del tutto inusuali, infine, sono le ernie interne della cavità celomatica che, in base alla sede dell'orifizio erniario, vanno distinte in paraduodenali, pericecali, del forame di Winslow, transmesenteriche, intersigmoidee, transomentali, retroanastomotiche e transmesocoliche. L'aspecificità del loro quadro clinico, anche nei casi di conclamata occlusione intestinale, rende difficile pervenire alla diagnosi preoperatoria senza le informazioni fornite da accurate indagini strumentali.



# 1. LE ERNIE DELLA PARETE ADDOMINALE

**Definizione.** Trattasi della protrusione di un viscere o di una sua parte - ricoperti dal peritoneo parietale che ne costituisce il sacco - dalla cavità celomatica verso l'esterno per il tramite di una soluzione di continuo dello strato miofasciale della parete addominale.

**Epidemiologia.** Sono tra le più frequenti manifestazioni morbose e coinvolgono più del 5% della popolazione mondiale. Riscontrabili in tutte le età, sono frequenti nei primi anni di vita, diminuiscono nell'adolescenza, per poi aumentare gradualmente d'incidenza nell'età adulta e soprattutto negli anziani. Entrambi i sessi sono interessati con prevalenza diversa a seconda della varietà erniaria.

**Eziopatogenesi.** Le ernie sono la risultante di svariati e complessi momenti eziopatogenetici.

Si distinguono in:

Ernie congenite - Sono secondarie a malformazioni congenite della parete addominale (es.: pervietà del dotto peritoneo-vaginale o del canale di Nuck) e, quindi, correlate alla presenza, già alla nascita, del sacco erniario.

Ernie acquisite - A una predisposizione anatomica, rappresentata dalla presenza nella parete addominale di zone di minore resistenza, si associa una debolezza acquisita muscolo-aponeurotica della stessa parete e una conseguenziale lassità delle porte erniarie, l'una e l'altra secondarie a età avanzata, dimagrimento, malattie debilitanti, multiparità, etc.. Anche una soluzione di continuo della parete miofasciale dell'addome secondaria a trauma (es. intervento chirurgico) può essere invocata come causa di ernia. Il sacco si forma gradualmente o per distensione o per scioglimento.

Sia nelle forme congenite che nelle acquisite, fattore determinante è l'aumento della pressione endoaddominale secondario a sforzi fisici, gravidanze, ascite, BPCO tussigena, stipsi cronica, difficoltà minzionale da ipertrofia prostatica o stenosi uretrale, etc.. Ciò significa che, mentre in un soggetto normale l'iperpressione celomatica non provoca alcuna alterazione della parete, in soggetti predisposti causa l'ernia.

In sintesi, il meccanismo di formazione di un'ernia della parete celomatica è rappresentato dalla rottura del normale equilibrio tra resistenza della porta erniaria e pressione endoaddominale; ciò fa sì che, soprattutto negli obesi, il grasso preperitoneale vada a impegnarsi nel difetto parietale, per poi trascinare con sé la sierosa peritoneale; questa, insinuandosi anch'essa nel difetto come un'estroflexione di-verticolare, costituisce il primo accenno del sacco erniario, nel quale finirà poi per farsi strada il viscere che, a seconda se raggiunge il sottocutaneo direttamente o attraversando un tragitto o un canale naturale (es.: inguinale, ombelicale, ecc.), dà luogo rispettivamente a un'ernia diretta o indiretta.

Tutti i visceri contenuti nell'addome, a eccezione del pancreas, del duodeno e del retto, possono trasferirsi in un sacco erniario; prevalgono quelli più mobili e cioè il grande omento, l'intestino tenue e il colon (con sacco completo o, se si ernia solo nella sua porzione extraperitoneale, con sacco incompleto); rari i casi di erniazione dell'appendice cecale +/- cieco, del diverticolo di Meckel, dello stomaco e della vescica.

**Quadro clinico.** Il paziente può riferire un senso di fastidio, di peso oppure un vero e proprio dolore gravativo nella sede della presunta ernia, con irradiazione alle regioni limitrofe soprattutto dopo prolungata stazione eretta o sforzi fisici

intensi; i sintomi si attenuano fino a scomparire nel passaggio dalla stazione eretta al decubito supino, che coincide con la riduzione dell'ernia nella cavità addominale.

Il segno più importante è la tumefazione presente in una delle zone anatomicamente predisposte alla formazione dell'ernia. Per la sua individuazione e valutazione il malato va esaminato dapprima in piedi e va anche invitato a compiere la manovra di Valsalva (espirazione forzata a glottide chiusa). L'ernia, di volume e forma variabili, a contorni non sempre netti e a superficie liscia (se contiene intestino) o granulare (se contiene epiploon), è ricoperta da cute normale nei suoi caratteri o, se voluminosa, da cute distesa e atrofica, liscia e priva di peli, desquamata e pigmentata, sede di eczemi e ulcere. La sua consistenza è molle-elastica o dura, a seconda se a erniare è un segmento di intestino o di epiploon; non è dolente e, invitando l'infermo a tossire, il viscere trasmette al dito o alle dita che palpano un impulso, di cui è utile studiare la direzione di propagazione. La visita va proseguita, poi, con il paziente in decubito orizzontale per la ricerca della riducibilità dell'ernia, spontanea o con adeguata manovra del "taxis" (con una mano posta a piatto si esercita lieve pressione sulla tumefazione erniaria; con le dita dell'altra mano si cerca di favorire il passaggio a ritroso delle formazioni impegnate nella porta), che si può accompagnare, se il contenuto è rappresentato da ansa intestinale, a rumori di gorgoglio; vanno valutate, altresì, la sua contenibilità o incontenibilità (capacità o incapacità, una volta ridotta, di rimanere nella cavità addominale) oppure la sua irriducibilità. Si provvede, quindi, a rilevare il suono plessico, che è timpanico se il contenuto erniario è un organo cavo o ottuso se trattasi di epiploon; nel primo caso rumori di peristalsi possono essere percepiti all'ascoltazione.

### **Complicanze.**

*Strozzamento.* È la complicanza più temibile e interessa in ordine decrescente di frequenza le ernie crurali, le ombelicali e le inguinali. Consiste nel brusco strangolamento di un viscere erniato da parte di un cingolo strozzante, rappresentato dal colletto (linea di transizione tra peritoneo parietale e sacco) e/o dall'orificio erniario, entrambi ristretti e anelastici, in specie nelle ernie inveterate e sede di flogosi cronica; da notare che l'agente strozzante, sufficientemente ampio, può avere una funzione passiva nello strangolamento, per il quale sarebbero da chiamare in causa altri fattori, come l'iperdistensione dell'ansa intestinale, l'edema del mesentere interposto o dell'omento per verosimili disturbi vascolari. Le conseguenze dello strozzamento sono l'ostacolo circolatorio (dapprima nel distretto venoso con stasi

e poi in quello arterioso con ischemia e necrosi) a carico del viscere erniato e, se questo è rappresentato da un segmento intestinale, l'arresto del transito del contenuto entero-fecale. Il paziente, che sa di essere portatore di ernia, viene colto improvvisamente, in seguito a uno sforzo fisico o a un colpo di tosse, da vivo dolore nella sede dell'affezione con irradiazione a tutto l'addome; si accorge in concomitanza dell'irriducibilità della tumefazione erniaria, che diviene dura e dolentissima. Accusa contemporaneamente malessere generale, singhiozzo, nausea, vomito e turbe della canalizzazione fino a un quadro conclamato di occlusione intestinale meccanica, se il viscere erniato è rappresentato da un'ansa intestinale, o di tipo paralitico, se trattasi di epiploon. All'esame obiettivo la tumefazione, ricoperta da cute distesa, lucida, iperemica ed edematosa, si presenta tesa, duro-elastica o duro-fibrosa, intensamente dolente, irriducibile, plessicamente timpanica o ottusa. La diagnosi differenziale va fatta, oltre che con l'intasamento e l'infiammazione dell'ernia, con altre patologie acute della parete addominale.

Intasamento. È dovuto, soprattutto in ernie voluminose e inveterate di una porzione del grosso intestino, all'accumulo e al ristagno di materiale fecale nel viscere erniato. Fra le cause: pasti abbondanti, atonia/ipotonia intestinale, stipsi ostinata, aderenze visceroviscerali intrasacculari, abnorme accumulo di gas o eventuali corpi estranei nel lume intestinale. Il quadro clinico è quello dell'occlusione intestinale meccanica. La tumefazione erniaria si presenta di volume aumentato, ricoperta da cute normale, di consistenza molle-pastosa, poco dolente, parzialmente riducibile o irriducibile, di suono ottuso.

Irriducibilità. È l'impossibilità di ridurre in addome con adeguate manovre manuali il viscere erniato. Compare in ernie inveterate e molto voluminose, i cui visceri hanno perso il "diritto di domicilio" in addome, avendo ormai trovato stabile dimora al di fuori di questo. Può essere anche dovuta a tenaci processi aderenziali tra contenuto erniario e parete interna del sacco e tra questo e i tessuti limitrofi, secondari a flogosi croniche, o a sclerosi del colletto. Si riscontra, infine, nelle ernie con sacco incompleto ("*ernie da scivolamento*").

Infiammazione. Trattasi della flogosi acuta o cronica del viscere erniato e del sacco che lo contiene. La forma acuta - flogosi dell'appendice, del diverticolo di Meckel, dell'epiploon, ecc. - si accompagna ai sintomi e segni clinici, sistemici e locali, propri di qualunque altro processo flogistico, tra cui febbre e dolore nella sede della tumefazione erniaria, che si presenta di volume aumentato, con rivestimento cutaneo edematoso, iperemico, caldo e con scarsa riducibilità; possono coesistere i segni della peritonite. La forma cronica, secondaria a continui traumi da cinto erniario o da ripetute riduzioni oppure correlata a disturbi di circolo a ca-

rico dei visceri protrusi, è più frequente e si manifesta con dolore spontaneo nella sede dell'ernia e nelle aree circostanti; la tumefazione erniaria, per l'ispessimento cicatriziale sia del sacco che del suo contenuto, ha superficie granulosa, consistenza dura e suono plessico ottuso.

Trauma. E' molto raro. Un evento traumatico (caduta su di un'ernia; calcio; colpo di bastone; urto contro qualsiasi agente traumatizzante; ecc.) può determinare la contusione o la rottura di un'ansa intestinale erniata. Si manifesta con dolore acuto al basso ventre, variamente irradiato.

**Diagnosi.** Quando si è di fronte a un'ernia tipica, la diagnosi non è difficile, basandosi essenzialmente sui sintomi e sull'esame obiettivo. In mancanza di una significativa sintomatologia e della chiara evidenza dell'ernia (es.: tumefazioni piccole soprattutto in obesi), l'individuazione di alcuni segni suggestivi della sua presenza richiede una buona esperienza clinica e/o l'aiuto delle tecniche di diagnostica per immagini (ETC e TC). La diagnosi differenziale va fatta con le patologie di altra natura della regione sede dell'ernia.

In base alla regione anatomica nella quale si presentano, le ernie della parete addominale sono da classificare in inguinali - le più frequenti -, crurali, ombelicali ed epigastriche.

## 1.1 ERNIA INGUINALE

**Definizione.** Si fa strada attraverso una delle 3 zone di debolezza della parete posteriore del canale inguinale: fossetta inguinale esterna, media e interna. Si riconoscono, pertanto, in base alla localizzazione della porta erniaria 3 varietà:

Ernia obliqua esterna. E' la forma più frequente (50%) delle ernie inguinali. Può essere congenita o acquisita.

L'*ernia congenita* interessa per l'85% il sesso maschile e per il 15% quello femminile. Nell'uomo è secondaria alla mancata chiusura del dotto peritoneo-vaginale che, pervio alla nascita nel 50% dei casi, si chiude di norma entro il primo mese di vita. La persistente pervietà e la presenza di un'ampia porta d'ingresso consentono ai visceri addominali di raggiungere nei primi giorni o nei primi 6 mesi di vita (33% dei casi), ma anche negli anni successivi, il canale inguinale (a seconda dell'altezza della chiusura del dotto peritoneo-vaginale si hanno le seguenti varietà: *ernia inguino-superficiale, inguino-interstiziale, inguino-preperitoneale e funicolare*) e talora anche di superarlo, pervenendo allo scroto (*ernia scrotale-testicolare*) e venendo, quindi,

in tal caso a diretto contatto del testicolo, da cui li separa esclusivamente il foglietto viscerale della vaginale propria. Gli elementi del funicolo aderiscono al sacco erniario nella caratteristica posizione interna; a volte sono sparpagliati intorno a un sacco intrafunicolare. L'ernia congenita della donna è, invece, secondaria alla pervietà del canale di Nuck; aumentando di volume, essa passa attraverso vari stadi fino ad arrivare al tessuto cellulare del grande labbro (*ernia inguino-labiale*).

L'*ernia acquisita* è propria dell'età adulta ed è secondaria alla debolezza della parete posteriore del canale inguinale in corrispondenza della fossetta inguinale esterna, situata lateralmente all'arteria epigastrica inferiore e corrispondente all'orificio inguinale interno o profondo; l'aumento della pressione endoaddominale spinge i visceri celomatici a impegnarsi in quest'ultimo, raggiungendo così il canale inguinale e talora anche lo scroto attraverso 4 stadi di sviluppo:

- *punta d'ernia* - il sacco erniario si ferma all'imbocco dell'orificio inguinale interno;
- *ernia interstiziale o intrainguinale* - i visceri si impegnano nel canale inguinale occupandolo in parte o in toto;
- *ernia inguino-pubica o bubbonocele* - i visceri oltrepassano l'orificio inguinale esterno;
- *ernia funicolare* - il sacco scende più in basso seguendo sempre il funicolo;
- *ernia inguino-scrotale* - il sacco erniario raggiunge la borsa scrotale.

E' monolaterale, soprattutto a dx, e talvolta bilaterale; il suo sacco è avvolto dalla vaginale comune; può associarsi nel 16-35% dei casi a un'ernia diretta omolaterale ("*ernia a pantalone*").

*Ernia diretta*. E' molto meno frequente dell'ernia obliqua esterna (25%); sempre acquisita, si manifesta in genere tra i 30 e i 40 anni, allorquando l'attività lavorativa è più intensa. Attraversa il pavimento del canale inguinale all'altezza della fossetta media che, compresa tra i vasi epigastrici inferiori lateralmente e l'arteria ombelicale obliterated medialmente, è costituita soltanto dalla fascia transversalis; solitamente non attraversa il canale inguinale ma, poiché la fossetta media è situata sullo stesso piano sagittale dell'anello inguinale superficiale, fuoriesce da quest'ultimo. Non raggiunge per lo più grandi dimensioni e non va, quindi, a occupare e distendere se non raramente lo scroto. Può essere mono o bilaterale; il suo sacco, che non presenta un vero e proprio colletto e comunica largamente con la cavità peritoneale, è adeso al funicolo spermatico, da cui lo separa la vaginale comune (sacco extrafunicolare).

*Ernia obliqua interna*. E' molto rara; è più frequente nell'uomo ed è anch'essa acquisita. Fuoriesce dalla cavità addominale attraverso la fossetta inguinale interna,