

DEFINIZIONE DI ERNIA

Massimo Barilli DVM

Per ernia s'intende la fuoriuscita di un viscere o parte di esso, dalla cavità che normalmente lo contiene, attraverso un orifizio o un canale anatomico o comunque attraverso una soluzione di continuo. Per viscere si intende un qualsiasi organo contenuto in una delle cavità presenti in un organismo, ossia cerebrale, toracica, addominale. I visceri che possono dar origine ad una paratopia sono quelli mobili o quelli colpiti da determinate patologie. Il viscere erniato, a differenza del prolasso, non viene mai a contatto con il mondo esterno.

La classificazione delle ernie è complessa e articolata e si basa su diverse caratteristiche che l'ernia può presentare. In particolare detta classificazione può riferirsi alle cavità in cui si trova l'ernia, all'apertura attraverso la quale è avvenuta, alla sua patogenesi, alla posizione in cui si trova, al viscere erniato, al modo di evidenziarsi e al fatto che possa essere o no riducibile. E' possibile pure classificare le ernie in base alla situazione clinica e alle loro complicazioni.

Classificazione in base alla cavità:

- Intracavitarie: i visceri erniati permangono nella cavità di origine (e.di Wislow, e.mesenterica, e.epiploica).
- Intercavitarie: i visceri erniano in altra cavità e lo possono fare da cavità preformata a cavità preformata (e.diaframmatica, e.peritoneo-pericardica) oppure da cavità preformata a cavità neoformata (e.parietale toracica, e.addominali).
- Ernie cerebrali (masse tumorali).
- Ernie toraciche (e. iatale, e. peritoneo-pericardica, e. diaframmatica).
- Ernie addominali (e. ombelicali, e. inguinali, e. scrotale, e. femorale, e. incisionale).

Classificazione in base all'apertura:

- E. vere: si formano per una debolezza, presente alla nascita (congenita), dei tessuti che delimitano l'apertura naturale attraverso la quale erniano gli organi. Le ernie vere sono caratterizzate dalla presenza del "sacco erniario" e sono spesso facilmente riducibili (e.ombelicale, e.peritoneo-pericardica).
- E. false o spurie: si formano attraverso aperture accidentali (acquisite), quasi sempre mancano di sacco erniario, formano facilmente aderenze diventando irriducibili o incarcerate (e. diaframmatica e. scrotale indiretta)

Classificazione in base alla patogenesi:

- E. congenite (e. inguinali/scrotali, e. ombelicali).
- E. acquisite (e. traumatiche, e. incisionali o iatrogene, e. su base metabolica o ormonale).

Classificazione in base alla posizione:

Ernia ombelicale (onfalocele o onfalo-epiplocele), ernia scrotale (oscheocele), ernia perineale (perineocele), ernia ventrale (laparocele), ernia toracica (toracocele).

Classificazione in base al viscere erniato:

Gastrocele (stomaco), enterocele (intestino), epiploncele (epiplon), splenocele (milza), epatocele (fegato), cistocele (vescica).

Classificazione in base all'evidenza:

Ernie esterne: manifeste sotto la cute come quelle intercavitarie (e.toraciche, e. addominali, e. interstiziali parietali, e. intraparietali)

Ernie interne: racchiuse in cavità come quelle intracavitarie (e. diaframmatica, e. Wislow)

Classificazione in base alla riducibilità:

Ernie riducibili quando il contenuto rientra in addome. Ciò può avvenire spontaneamente o mediante una delicata manovra di spremitura: per taxis.

Ernie irriducibili quando non è possibile riportare in addome il contenuto.

L'irriducibilità di un'ernia è legata alla quantità eccessiva o alla voluminosità dei visceri erniati ma più spesso alle aderenze che si formano tra loro e con le pareti del sacco. Si dicono permagne le ernie particolarmente voluminose ed irriducibili perché la quantità di intestino fuoruscito è talmente grande da aver perduto, come si dice, il diritto di domicilio in addome.

Si parla di classificazione clinica in base alle condizione degli organi dislocati o alle loro alterazioni funzionali collegate alla paratopia.

Al contrario se consideriamo le complicazioni parliamo di:

- intasamento se vi sono organi cavi erniati con contenuto che ristagna
- edema e congestione passiva se l'anello comprime i vasi del viscere erniato con conseguenti alterazioni del flusso sanguigno
- infiammazione settica e/o fibrinosa (e. adesa): è piuttosto rara e comporta la formazione di aderenze tra i visceri erniati e la parete sacculare.
- strozzamento e/o torsione del peduncolo vascolare: interviene quando le strutture che formano il colletto del sacco improvvisamente esercitano un'azione di strangolamento sul segmento di intestino che lo attraversa e sul peduncolo vascolare contenuto nel suo mesentere con gravi conseguenze sulla circolazione dell'organo. Questa complicazione è particolarmente temibile perché, se non viene risolta tempestivamente, porta alla necrosi ischemica con conseguente perforazione della parete intestinale. Più subdola è la sintomatologia dello strozzamento delle ernie interne che si manifesta con un quadro di addome acuto.

Infine gli elementi costituenti l'ernia sono la porta erniaria (naturale, teratologica, accidentale), la cavità erniaria, il contenuto erniario, le pareti erniarie e il sacco erniario.

Il sacco erniario, quando presente, è una parte accessoria delle pareti erniarie ed è costituito da peritoneo parietale (ernia addominale vera); se non presente si parla di ernia addominale falsa.