

	Modulo Informativo	ALL13_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
	ERNIA IATALE	Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patrìti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

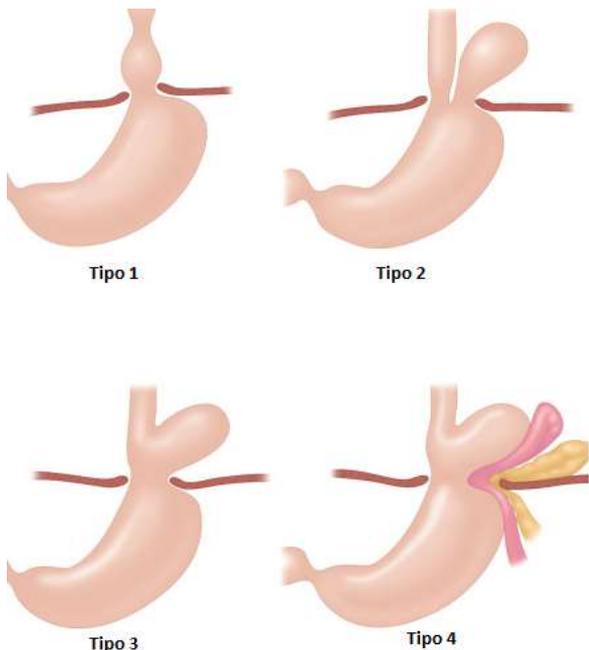
L'esame clinico e gli accertamenti da Lei eseguiti hanno dimostrato la presenza di un'**ERNIA** dello **IATO ESOFAGEO** e che per essa è indicato l'intervento chirurgico.

L'**ernia iatale** è una alterazione anatomica caratterizzata dal **passaggio di una parte dello stomaco nel torace** attraverso il diaframma (muscolo che divide il cavo addominale dal cavo toracico).

La sua formazione è dovuta all'allentamento delle pareti dello iato, che è una piccola apertura del diaframma attraverso la quale passa l'esofago.

Se ne distinguono quattro tipi:

- *Ernia iatale da scivolamento* (Tipo I): più frequente, spesso nelle persone obese. La pressione nell'area addominale supera la pressione diaframmatica e lo stomaco tende ad essere spinto verso l'alto, nel [mediastino](#), attraverso lo iato diaframmatico.
- *Ernia paraesofagea* (Tipo II): consiste in una rotazione dello stomaco lungo la grande curvatura in modo tale che la parte superiore della stessa erni attraverso lo hiatus esofageo. Questo tipo è meno comune, ma è più temibile poiché la giunzione gastro-esofagea rimane nella sua posizione naturale e l'erniazione del fondo dello stomaco porta alla sua compressione tra la parete dello iato e l'esofago.
- *Ernia di tipo III* (Mista) ha caratteristiche sia di tipo I sia di tipo II, in cui erniano la giunzione gastro-esofagea e il fondo dello stomaco.
- *Ernia di tipo IV*: dove si manifestano ernie anche di altri visceri come il [colon](#) e la [milza](#)



L'ernia iatale può essere asintomatica, oppure manifestarsi con alcuni sintomi riconducibili o a **difficoltà di digestione**, oppure al **reflusso gastroesofageo**, con risalita nell'esofago di acidi gastrici e conseguenti bruciore, rigurgito e dolore retrosternale. L'acido, oltre ad essere irritante per la [mucosa](#), può provocare delle lesioni infiammatorie talvolta erosive a carico della parte inferiore dell'esofago. In qualche caso il reflusso dell'acido provoca infiammazione alla [faringe](#) ed alla [trachea](#) e perfino delle crisi d'[asma](#). L'ernia paraesofagea può coesistere senza alcun sintomo, ma lo stomaco può essere "strangolato", e creare problemi [ischemici](#) sulla parete per diminuito afflusso di sangue. In alcuni casi l'ernia iatale è causa di dolore toracico intenso, tanto da simulare un infarto, e può determinare la sensazione di percepire i battiti cardiaci in particolare dopo mangiato (palpitazioni).

	Modulo Informativo	ALL13_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
	ERNIA IATALE	Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

L'intervento chirurgico (che verrà eseguito in anestesia generale) consiste in una PLASTICA DELLO IATO CON VALVOLA ANTIREFLUSSO secondo NISSEN-Rossetti ovvero nel riposizionamento dello stomaco nella sua sede, nel restringimento del foro diaframmatico dello iato e confezionamento di una valvola che impedisca il reflusso del contenuto gastrico nell'esofago.

Tale procedura verrà eseguita per via laparotomica o più frequentemente LAPAROSCOPICA o ROBOT-ASSISTITA. Tuttavia potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria e procedere all'intervento con laparotomia mediana, nel caso in cui l'intervento sia iniziato per via laparoscopica.

Le possibili complicanze sono:

- **infezione** della/e ferita/e chirurgiche
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica
- **emorragie ed ematomi** che potrebbero rendere necessario un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico;
- **lesioni della milza** con la necessità di praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con rischio di trombosi, e nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e aumentato rischio di infezioni;
- altre **lesioni visceroparenchimali** che necessitano di correzione chirurgica
- Insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**
- Formazione di **aree atelettasiche** o di **addensamento polmonare** con successiva sovrainfezione polmonare
- versamento pleurico o pneumotorace ed eventuale necessità di drenaggio pleurico
- **gas bloat syndrome**: impossibilità ad eruttare, accompagnata da senso di ripienezza gastrica e malessere persistente.
- **disfagia**: impedimento al transito esofageo dovuto ad una plastica eccessivamente stretta. Può comunque regredire in poche settimane spontaneamente o con una dilatazione endoscopica. In caso di persistenza può essere indicato il **reintervento**.
- **rottura della plastica con ricomparsa dell'ernia e necessità di reintervento**.
- **scivolamento del fondo gastrico** al di sopra della plastica: (fenomeno del telescopio) con conseguenze analoghe alla rottura della plastica.

Tali specifiche complicanze sono fortunatamente divenute abbastanza rare grazie a particolari accorgimenti tecnici che vengono messi in pratica (calibratura, ancoraggio della plastica, ecc).

La chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da comorbidità pre-esistenti. In ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale e/o toracico.

Presentandosi un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche di cui sopra, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari Curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico. Per qualsiasi altra delucidazione sull'intervento e/o complicanze è possibile rivolgersi al personale medico di reparto.