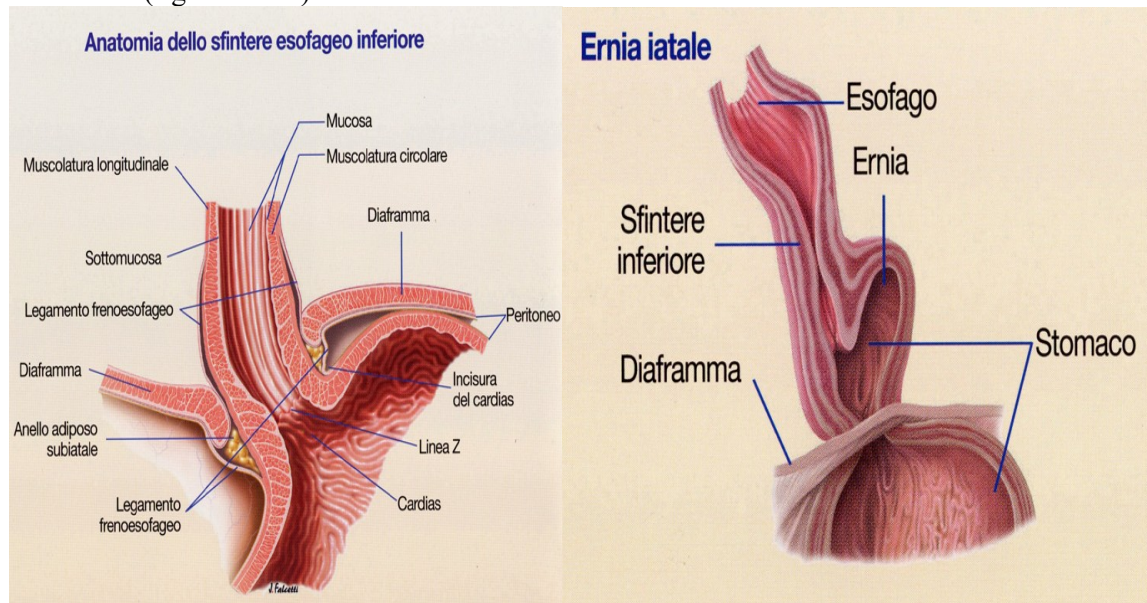


ERNIA IATALE

L' **ernia iatale** (EI) consiste nella fuoriuscita di parte dello stomaco attraverso lo iato esofageo del diaframma (figura destra).



Piccole EI asintomatiche possono essere evidenziate in corso di routinari esami radiologici del tubo digerente. La loro incidenza aumenta con l'età e può essere presente in più della metà dei soggetti dopo i 60 anni. La presenza di EI compromette la chiusura completa dello sfintere esofageo inferiore che separa l'esofago dallo stomaco; pertanto, in sua presenza l'esofago risulta più suscettibile al danno da reflusso acido cronico.

L'EI è spesso causa di disturbi quali bruciore retrosternale (o piroisi), rigurgiti acidi gastro-esofagei, deglutizione dolorosa e difficile (o disfagia). Col tempo possono causare lesioni mucose dell'esofago con sviluppo di erosioni esofagee (esofagite presente nel 33 % dei casi di EI), emorragie, restringimenti cicatriziali e complicanze tardive temibili come la condizione precancerosa nota come esofago di Barrett.

L' EI è condizione anatomica che, col tempo, può aumentare nelle sue dimensioni; pertanto, il suo decorso è cronico. Il soggetto con EI deve essere educato a modificare il proprio stile di vita, sicuramente imputabile nella sua genesi e delle complicanze ad esso relative, insieme ad una indubbia predisposizione anatomica-familiare.

Il soggetto con EI deve essere incoraggiato ad adottare scelte alimentari precise come pure un coerente comportamento farmacologico.

Consigli igienico – dietetici

Le raccomandazioni consigliate per il trattamento a lungo termine del soggetto con EI sono simili a quelle della malattia da reflusso gastroesofageo. Si passa da semplici consigli igienico-dietetici, a trattamenti endoscopico/chirurgici per le forme più gravi e complicate.

regole igieniche

- elevare la testiera del letto di 18 cm. con appositi sostegni che diano una inclinazione totale del letto di circa 10 % (sconsigliati i cuscini!)
- ridurre il peso corporeo, ove necessario
- abolire gli abiti stretti in vita, cinture o corsetti
- coricarsi almeno tre ore dopo i pasti

adeguamenti dietetici

- assumere pasti piccoli; è noto che i sintomi siano maggiori nel periodo postprandiale specie dopo un pasto abbondante
- ridurre o eliminare: pomodoro * e derivati (succhi assunti come aperitivo, salse sughi, ragù...), agrumi e spremute, succhi di frutta, macedonie; frutta secca; aromi (aglio, cipolla...) e cibi speziati, pizza, brodi di carne e dado (eccetto vegetali); latte di qualsiasi tipo (scremato, intero...) e yogurt; cioccolato o qualsiasi alimento con cacao; menta e preparati con essa (caramelle...) e chewing-gum; alcolici in genere (vino bianco, birra, aperitivi...); aceto e sottaceti; tabacco di sigaretta, caffè, cola (comprese tutte le bevande gasate); cibi ad alto contenuto di grassi (eccetto olio e burro nelle quantità da condimento), fritti in genere, cibi tipici dei “fast-food” (hamburger...)

(*): in evidenza gli alimenti con maggiori implicazioni clinico-sintomatiche

controindicazioni farmacologiche (in tali casi consultare il proprio medico o lo specialista)

- farmaci che riducono la pressione dello sfintere esofageo inferiore: nitroderivati (terapia antianginosa), calcioantagonisti (terapia antiipertensiva), anticolinergici (terapia antispastica), progesterone (terapia anticoncezionale), ansiolitici, ipnotici, antidepressivi, teofillina (terapia antiasmatica)
- farmaci che diminuiscono la motilità esofagea: calcioantagonisti, nitroderivati, anticolinergici
- farmaci irritanti diretti la mucosa esofagea: tetracicline (Bassado, Minocin...), chinidina, potassio, sali di ferro, antiinfiammatori non steroidei