

## HERNII DIAFRAGMALE COMPLICATE, ATITUDINI CHIRURGICALE (REVIUL LITERATURII. CAZURI CLINICE).

### THE DIAPHRAGMAL COMPLICATE HERNIAS, THE SURGICAL ATTITUDE (REVIEW OF LITERATURE. CLINICAL CASES)

Șcerbina R.<sup>1</sup>, Ghidirim Gh.<sup>2</sup>, Manea Vl., Boghean Gh., Lescov V., Țânțari St., Florea Liliana

<sup>1</sup>-Conf Dr.

<sup>2</sup>-Academician al AȘ a RM, Prof. Dr

Catedra chirurgie Nr.1 "N.Anestiadi", USMF "N.Testemițanu"

#### Rezumat

Herniile diafragmale reprezintă o patologie cu dificultăți de diagnostic și tactică. Formele de hernii diafragmale complicate sunt rar discutate în literatura de specialitate. Autorii prezintă un scurt reviu al literaturii și două cazuri de hernii diafragmale complicate. Se propune tactica chirurgicală aplicată în cazurile de strangulare ale acestora.

#### Summary

Diaphragmatic hernia present a diagnostic and tactics difficulty. The complicated diaphragmatic hernia were rare discussed in special literature. The authors present a short literature review and two clinical cases of complicated diaphragmatic hernia. Was proposed the surgical tactics in the strangulated diaphragmatic hernia.

Printre multiplele procese patologice ale organelor cutiei toracice și cavității abdominale afecțiunile diafragmului ocupă un loc deosebit. Aceasta se explică prin particularitățile anatomo-fiziologice și prin dificultățile deosebite de diagnostic. Poziția anatomică profundă a diafragmului îl face inaccesibil pentru metodele fizice tradiționale (palparea, percuția, auscultația). Metodele radiologice (radiografia, radioscopia, fluorografia) și în deosebi metodele radiocontrastante (pneomoperitoneu, esofagogastroenterografia, irigoscopia etc.) au contribuit la depistarea cu mai mare succes a patologiei diafragmului. În ultimii timp o importanță deosebită o au metodele endoscopice, USG, tomografia computerizată. Patologia diafragmului e variată: hernii, tumori, chisturi, corpi străini, leziuni deschise și închise ale diafragmului. Dintre toate aceste afecțiuni cele mai frecvente sunt: herniile, relaxarea diafragmului, lezarea diafragmului, defectele congenitale. În legătură cu diferența de presiune organele cavității abdominale se deplasează în cavitatea toracică, comprimând plămânii și organele mediastinului.

Deosebim hernii diafragmale:

1) traumatice (adevărate și false); 2) netraumatice

În dependență de prezența sau lipsa sacului herniar herniile se împart în adevărate și false. Herniile traumatice aproape întotdeauna sunt false fiind consecință a rupturii sau lezării diafragmului și foarte rar adevărate.

Herniile adevărate a zonelor slabe a diafragmului apar în rezultatul măririi presiunii intraabdominale, a slăbirii tonusului muscular a porțiunilor a diafragmului care prezintă locul de unire a diferitor porțiuni ale diafragmului. Acestea sunt: fisura Larei, triunghiul sterno-costal, format în locul unirii părților sternale și costale a mușchiului diafragmal și fisura Bogdalec triunghiul lombo-costal, localizat între părțile

corespunzătoare. În regiunea triunghiului diafragmal nu sunt mușchi și acesta reprezintă doar o placă din țesut conjunctiv relativ subțire cu aderarea la ea a pleurei și peritoneului. Apariția herniilor în aceste regiuni e cu atât mai probabilă cu cât baza triunghiului sterno-costal e mai lată. Herniile apar adesea în regiunea mai slab dezvoltată a părții sternale a diafragmului. Aceste hernii se situează nemijlocit după stern și se numesc retrosternale, spre deosebire de herniile triunghiului sterno-costal, numite retro-costo-sternale, deoarece sunt situate lateral de stern. Ambele tipuri se unesc sub denumirea de hernii parasternale. Hernii adevărate de localizare atipică se întâlnesc rar și se deosebesc de relaxarea parțială a diafragmului prin prezența porții herniare și posibilității strangulării. Printre herniile orificiilor naturale ale diafragmului cele mai răspândite sunt herniile hiatalului esofagian.

Tabloul clinic se compune din semne tipice gastro-intestinale și cardiorespiratorii. Se alătură și unele semne subiective caracteristice pentru herniile cronice posttraumatice ale diafragmului și anume: slăbire, distrofie, dureri cu diferite localizări (în epigastru, hipocondrul drept, jumătatea stângă a abdomenului, regiunea inimii), intensificarea durerilor după alimentare, posibilitatea de a se alimenta doar în cantități mici, senzații de rece după primirea alimentelor reci, dispnee în timpul durerilor, după mâncare și efort fizic. Strangularea poate apărea la orice tip de hernii diafragmale cu excepția herniilor axiale. Se strangulează cel mai des intestinul gros, mai rar stomacul, omentul și ansele intestinului subțire. Uneori are loc strangularea unghiului lienal al colonului, foarte rar splina, fornixul ficatului.

Mecanismul de strangulare a herniilor diafragmale e același ca și la alte hernii ventrale. Comprimarea unui organ cavitătar

în regiunea porțiunii herniare ( la efort fizic, supraalimentare, în timpul nașterii, uneori și fără o cauză stabilită ) aduce la dificultăți de evacuare și stază venoasă. Supraumplerea cu sânge a vaselor și edemul asociat contribuie la comprimarea și mai accentuată mai întâi a venelor ulterior și a arterelor ce alimentează organul din sacul herniar. Se dezvoltă gangrena organului strangulat. La o oprire parțială a fluxului sanguin apare necroza doar a unor segmente a ansei intestinale sau a stomacului. Fragmente necrotizate foarte ușor perforază și conținutul segmentului strangulat se revărsă în cavitatea pleurală ( la pseudohernii ) sau în sacul herniar, iar uneori în cavitatea abdominală.

Strangularea poate apărea pe fondul semnelor existente ale herniei diafragmale sau când bolnavul nici nu bănuiește de existența afecțiunii. Pentru hernia strangulată diafragmală e caracteristică durerea acută în regiunea inferioară a jumătății corespunzătoare a cutiei toracice sau în partea

superioară a abdomenului, vomă permanentă, dispnee, palpitație, senzație de compresie. Durerea poate fi atât de puternică, încât poate provoca starea de șoc. Voma la început are un caracter reflector, iar mai tardiv depinde de ocluzia intestinală. Dacă se strangulează o parte a stomacului la început se constituie voma cu conținut stomacal apoi cu amestec de bilă. La început voma aduce o ușurare temporară. Odată cu asocierea stazei venoase conținutul vomei capătă un caracter hemoragic, mai rar se observă hematemeză. Voma coincide cu acutizarea durerilor și însoțește actul de alimentare. Senzația de compresie e mai evidentă când volumul organelor strangulate este semnificativă. Dispneea și palpitația sunt cauzate de comprimarea plămânului, deplasarea mediastinului și de dereglările circulatorii generale. În cazuri tipice bolnavii cu hernii strangulate ale diafragmului sunt neliniștiți, prezintă o durere accentuată, caută o poziție, ce le-ar ușura starea. De rând cu paliditatea se poate observa cianoza. După atenuarea semnelor de șoc treptat se accentuează intoxicația, iar la strangularea intestinului se declanșează un tablou clinic de ocluzie intestinală cu balonarea abdomenului, retenția gazelor și maselor fecale. Mai tardiv apare voma fecaloidă. La necrotizarea organelor strangulate durerile se atenuază. Dacă nu se acordă ajutor medical bolnavii decedează din cauza intoxicației progresive, a dereglărilor respiratorii și cardio-vasculare sau a complicațiilor cauzate de strangulare. Perforarea organelor strangulate în cavitatea pleurală contribuie la apariția durerilor toracice. Urmează o stare de colaps, peste câteva ore se dezvoltă tabloul de peritonită cu trecerea conținutului în cavitatea abdominală. Diagnosticul herniei strangulate diafragmale nu prezintă dificultăți. Diagnosticul e mult mai dificil atunci când hernia nu a fost la timp depistată. Anamneza minuțioasă și aprecierea corectă asemnelor clinice permit evidențierea strangulării herniei diafragmale. Pentru confirmarea diagnosticului herniei strangulate a diafragmului în toate cazurile e necesar examenul radiologic, care are o importanță deosebită. La radioscopia panoramică, în cazul prolabării stomacului, se depistează un nivel mare orizontal cu aer deasupra lui ca în caz de hidropneumotorace. Prolabarea ansei intestinale subțire e însoțită de apariția opacității difuze a câmpului pulmonar cu locuri circulare de transparență. Dacă prolabează o parte a colonului pe fundalul gazelor se poate vizualiza haustrația. Deplasarea ficatului sau a splinei asigură un tablou de opacitate a părții corespunzătoare a câmpului pulmonar. Adesea cupola

diafragmului se conturează bine și se observă localizarea organelor abdominale mai sus de diafragm, dar în unele cazuri umbra diafragmului nu se vizualizează și despre nivelul lui facem concluzie pe baza semnelor indirecte primite la investigația contrastantă a tractului gastro-intestinal. La organele contrastate în locul trecerii lor prin diafragm se observă o îngustare sau comprimare, așa numitul "semn al porții herniare". Deosebit de dificile pentru diagnostic sunt cazurile rare, când sunt deplasate doar organele parenchimatose (ficatul, splina, rinichiul sau omentul) și la radioscopie se depistează doar o opacitate mai mult sau mai puțin limitată în regiunile inferioară a câmpurilor pulmonare corespunzătoare. La strangularea fragmentului ficatului sau la prolabarea splinei mai frecvent se presupune o tumoră, un chist pulmonar. Pentru stabilirea corectă a diagnosticului în asemenea cazuri se recurge la un pneumoperitoneum cu scop diagnostic, în cazul căruia se observă trecerea aerului în cavitatea pleurală. Se poate recurge și la pneumotorace, aerul pătrunde mai jos de diafragm. Pentru diagnosticarea herniilor diafragmale uneori se recurge la irigoscopie, pielografie, splenoportografie și alte investigații paraclinice.

### Tratamentul herniilor diafragmului

Operația urgentă constituie unica metodă de tratament a herniilor strangulate a diafragmului. Accesul este transtoracal, la un diagnostic stabilit până la operație, deoarece prin poarta herniară îngustă nu pot fi repuse în abdomen organele strangulate fără o incizie suplimentară a diafragmului. Tot odată

accesul transtoracal permite vizualizarea organelor și visceroliza. Doar în termeni precoce de la strangularea herniei parasternale, care întotdeauna are sac herniar, se efectuează operația cu accesul transtoracal. Accesul transtabdominal e folosit și atunci când se operează un bolnav cu diagnosticul "abdomen acut", iar la explorarea cavității abdominale se depistează o hernie strangulată a diafragmului. Dacă sunt dificultăți de repunere a organelor abdominale sau termenii din momentul strangulării e mare, se recurge și la accesul auxiliar transtoracal și se efectuează operația din partea cutiei toracice. Visceroliza și repunerea organelor prolabate pe fundalul miorelaxantelor și a respirației asistate se efectuează ușor. În majoritatea herniilor traumatiche se suturează defectul diafragmului prin pliere în suturi de tip "U". În defecte foarte mari ale diafragmului se recurge la diverse metode de plastică.

O răspundere largă au căpătat metodele aloplastice de substituie sau întărire a defectelor diafragmului, care nu se lichidează cu țesuturile proprii. Pentru aceasta se folosesc proteze din capron, nailon, teflon, lavsan sau burete din polivinilalcol și mai utilă este autodermostia.

### Prezentăm două cazuri clinice:

1. *Pacientul B., 35 ani tratat în CNȘPMU de la 29.05.2010 până la 23.06.2010 cu diagnosticul la internare: Abdomen acut? Colecisto-pancreatită acută, pleurezie pe stânga. S-a tratat în SCM Nr.4 și CNȘPMU cu pneumonie pe stânga, timp de 2 săptămâni. La internare starea gravă cu vomă, tahipnoe. USG, radiografia pe gol, CT abdominal nu au stabilit diagnosticul și doar pe 01.06.2010 la colonoscopie se stabilește strictura colonului.*

**Operația:** laparotomie, frenicotomie cu eliberarea și rezecție a colonului strangulat, frenicoplastie, transversostomă terminală,

drenarea spațiului subdiafragmal stâng, subhepatic și bazinul mic. Ppostoperator cu complicații supurative locale tratate conservativ. Pe 23.06.2010 externat.

Reinternat pe 13.12.2010 cu sigmă în funcțiune, hernie parastomală. Pe 16.12.2010 – operație : lichidarea sigmomei, anastomoză termino-terminală, hernioplastie cu aloproteză. Perioada postoperatorie fără complicații, externat pe 28.12.2010. Însănătoșire.

**Un alt caz clinic** – Pacientul B., 24 ani, f/o 6294 internat pe 07.04.2011 în CNȘPMU cu diagnosticul de "Pancreatită acută". Bolnav de la 04.04.2011. Prezenta dureri epigastrale și în hipcondrul stâng, greață, vomă, balonare, lipsa scaunelor. Tratament infuzional. Starea fără ameliorare. R<sup>00</sup> panoramică a abdomenului și toracelui – hernie diafragmală strangulată pe stânga, pleurezie pe stânga. Intervenție chirurgicală pe 09.04.2011.- LMS, lichidarea herniei diafragmale strangulate pe stânga, rezecția ansei colonice necrotizate, transversostomă terminală, drenarea

cavității abdominale și pleurale pe stânga. Evoluția postoperatorie gravă cu insuficiență respiratorie, aplicarea traheostomei pe 15.04.2011, septicemie. Supraveghere radiologică, USG și CT au stabilit pneumonie bilaterală, pleurezie închisată. Bronhoscopii repetate cu lavaj bronhial, alimentare prin sonda naso-gastrică. Pe 22.04.2011 eventrație postoperatorie (ansele intestinale eventrate viabile), relaparotomie, lichidarea eventrației, redrenarea CA. Consultat de chirurgul toracalist : Sepsis grav combinat, șoc septic. Insuficiență pulmonară și hepatică, pleurezie bilaterală. Colecție subdiafragmală bilaterală. Fistulă colonico-pleurală. Tratament conservator cu lavaj al cavității pleurale. Evoluția gravă, stabilă. Inchiderea spontană a fistulei. Externare.

### Concluzie

Herniile diafragmale complicate prezintă dificultăți de diagnostic și tratament. Investigațiile contemporane stabilesc diagnosticul, iar tratamentul chirurgical precoce este hotărâtor.

---

### Bibliografie selectivă:

1. [www.my.usmf.clan.su](http://www.my.usmf.clan.su).
  2. Torre M.B., Ohta C., Duchene M., Bogus L CN, Andrade M.R., Scotigno Neto S.. Diaphragmatic hernias. *Pediatrics* (São Paulo), 16/3 :133-134, 1994
  3. Eren S., Ciriș F (2005). Diaphragmatic hernia : diagnostic approaches with review of the literature. *Eur.J. Radiology* 54 (3) : 448 – 59, doi. 10.1016/J.ejrad.2004.09.008
  4. Enrilch P.F., Coran A.G., Diaphragmatic hernia. In: Keiegman R.M., Behrman R.E., Jenson H.B., Stanton B.F., eds. *Nelson Text book of Pediatrics* 18 th ed. Philadelphia, per:Saunders Elsevier, 2007: chap 101.
-