

Caz clinic - hernie diafragmatică voluminoasă - abdomen acut chirurgical: dificultăți diagnostice și terapeutice

D. Dumitrescu¹, C. Savlovschi¹, R. Borcan¹, H. Pantu¹, D. Serban¹, S. Gradinaru¹, G. Smarandache¹,
T. Trotea², C. Branescu², L. Musat², M. Comandasu², M. Priboi², M. Baldir², B. Sandolache², S. Oprea¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România

²Chirurgie IV, Spitalul Universitar de Urgență, București, România

Rezumat

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 58 ani internat în secția de chirurgie SUUB cu diagnosticul de abdomen acut. Minimul de investigații clinico-paraclinice (radiografia toraco – pulmonară, probele biologice), ridică câteva semne de întrebare legate de diagnosticul diferențial și alte afecțiuni asociate, sugerând și existența unei hernii diafragmatice voluminoase. Examenul CT toraco-abdominal confirmă hernia diafragmatică, cu ascensionarea intratoracică a colonului până la nivelul C4 anterior, dar nu elucidează afecțiunea abdominală, suspiciunându-se prezența unui ileus biliar sau a unei apendicite acute. S-a impus laparotomia mediană. Intraoperator s-a constatat peritonita localizată prin apendicita acută gangrenoasă, perforată, cu coprolit, pentru care s-a practicat apendicectomie cu lavaj și drenaj al cavității peritoneale. Evoluție postoperatorie favorabilă.

Cuvinte cheie: hernie diafragmatică, apendicita acută, ileus biliar, coprolit

Abstract

Clinical case - voluminous diaphragmatic hernia - surgically acute abdomen: diagnostic and therapeutical challenges

We present the case of a 58-year old male patient admitted in the surgery section of the University Emergency Hospital of Bucharest and diagnosed with acute abdomen. The minimal clinical-paraclinical investigation (i.e., thorax-pulmonary X-ray, biological probes) raises questions as to the differentiated diagnosis and other associated diseases, also suggesting the existence of voluminous diaphragmatic hernia. The CT thorax-abdomen examination confirms the diaphragmatic hernia suspicion, with intra-thorax ascent of the colon up to the anterior C4 level, but does not explain the abdominal suffering; thus we suspected a biliary ileus or acute appendicitis. Medial laparotomy was imperative. Intraoperatorily peritonitis was noticed located by gangrenous acute appendicitis, perforated, with coprolite, for which appendectomy and lavage-drainage of the peritoneal cavity was performed.

Post-surgical status: favourable to recovery.

Key words: diaphragmatic hernia, acute appendicitis, biliary ileus, coprolit

Correspondență:

Dr. Dan Dumitrescu
Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila"
Spitalul Universitar de Urgență, Chirurgie Generală IV
București, România
E-mail: dumitrescu_v_dan@yahoo.com

Introducere

O ruptură de diafragm trebuie în mod sistematic urmărită la un traumatism toracic sau abdominal. Aceasta constă într-o

rupere (breșa) care face legătura între cavitatea toracică și cea abdominală. (1-4)

Termenul de hernie traumatică ar trebui să fie proscris: din punct de vedere semantic este incorect, deoarece sacul herniar lipsește. (5-7) Ruptura ar trebui să fie distinsă de o eventrație diafragmatică, urmare a unei paralizii a cupolei, care nu prezintă nicio comunicare între cavitatea toracică și cea abdominală. (8,9)

Epidemiologie

O ruptură de diafragm este întâlnită într-un procent de 0,2-4% din traumatismele tratate internate pentru o contuzie toracică și/sau abdominală. (10-12)

90% dintre rupturile traumatice ale diafragmei sunt urmări ale accidentelor de circulație. O cădere de la înălțime, o zdrobire, o agresiune, reprezintă, de asemenea cazuri care pot duce la o ruptură de diafragm. (12,13)

Rupturile spontane, sau după un efort minim (tuse) sunt excepționale. Acestea se pare că sunt favorizate de o intervenție chirurgicală anterioară sau în urma unei sarcini. (14,15)

Prezentarea cazului

Pacient în vârstă de 58 ani, victimă a unui politraumatism prin accident rutier în urmă cu 15 ani, anamnezic fără sechele funcționale posttraumatice, se prezintă la camera de gardă chirurgie acuzând intense dureri abdominale predominant la nivelul flancului drept, cu debut de aproximativ 3 zile, însoțite de greață și vărsături biliase.

Examen clinic a relevat contractura musculară la nivelul hemiabdomenului drept, Blumberg +. Auscultator se remarcă murmur vezicular absent la nivelul hemitoracelui drept.

Analize biologice în limite normale, cu excepția leucocitozei și bilirubinei totale și directe ușor crescute.

Radiografia toraco-pulmonară pune în evidență modificări



Figura 1. Lobul drept hepatic ascensionat. Plămân drept colabă. Imagine CT

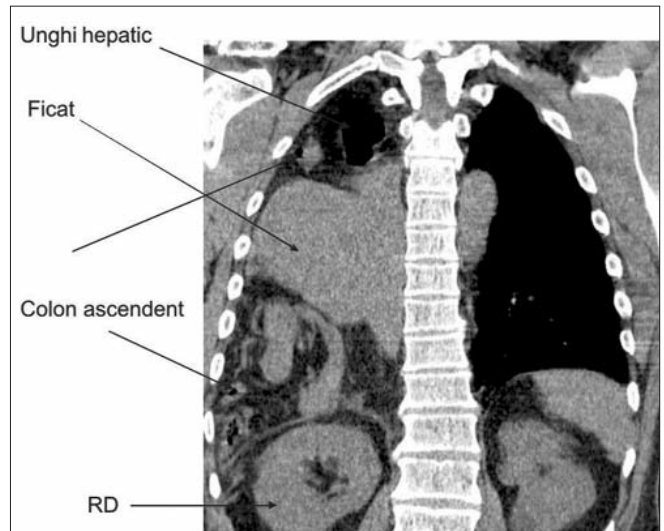


Figura 2. Organe intraperitoneale herniate intratoracic. Imagine CT

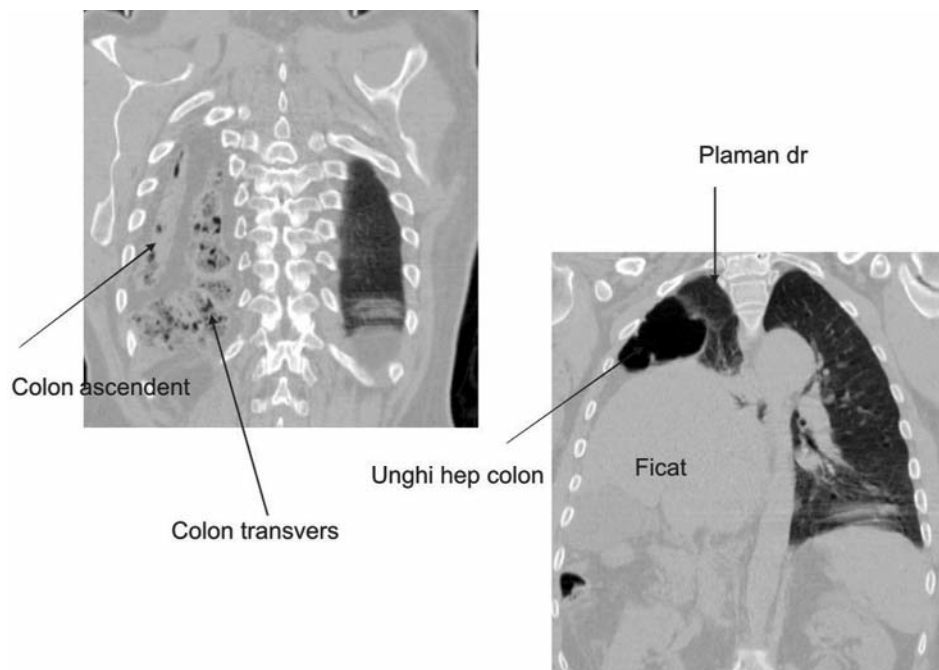


Figura 3. Colon drept herniat intratoracic. Imagine CT

semnificative la nivelul proiecției câmpului pulmonar drept, motiv pentru care se efectuează tomografie computerizată toraco-abdominală, care lămurește în mare măsură afecțiunea toraco-pulmonară, apreciind-o ca o hernie diafragmatică voluminoasă probabil posttraumatică, cu ascensionarea intratoracică a colonului până la nivelul C4 anterior și a întreg lobului drept hepatic, depășind în secțiune transversală polul superior al cordului. Examinarea abdominală crește suspansul prin evidențierea unei imagini radioopace de aprox 1 cm, rotunde, la nivelul ileonului terminal, cu distensie aerică la nivelul intestinului subțire.

Pe baza datelor culese, câmpul discuțiilor s-a orientat către 2 posibile diagnostice: fie apendicita acută, fie ileus biliar, suprapuse cu hernia diafragmatică impresionantă, motiv

Figura 4. Colon ascendent și ficat herniate intratoracic.
Imagine CT - secțiune longitudinală



pentru care sub AG-IOT, s-a intervenit chirurgical.

Intraoperator s-a constatat peritonita purulentă localizată la nivelul fosei iliace drepte și parietocolic drept, cu punct de plecare apendicita acută gangrenoasă, perforată, cu coprolit; defect important la nivelul hemidiafragmului drept, cu ascensionarea intratoracică a colonului transvers până la nivelul C4 anterior. De asemenea întreg lobul drept hepatic ascensionat intratoracic, ca urmare a unei rotații a ficatului la 45 grade, cu compresie a pediculului hepatic între ficat și restul porțiunii posterioare a diafragmului, fapt ce justifică valorile ușor crescute ale bilirubinei directe.

Odată stabilit diagnosticul, s-a practicat apendicectomie cu lavaj și drenaj al cavității peritoneale. S-a redus în cavitatea peritoneală întreg cadrul colonic ascensionat intratoracic, însă fără a se putea mobiliza ficatul.



Figura 5. Aspect imagistic al unui coprolit

Datorită prezenței infecției intraperitoneale și a defectului diafragmatic important, s-a decis limitarea intervenției la acest nivel, urmând ca în timpul 2 să se repare defectul diafragmatic.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă d.p.v.d chirurgical, însă trenantă per general, datorită dificultăților respiratorii mai ales în decubit dorsal, simptomatologie ameliorată semnificativ după 5 zile postoperator.

Pacientul se externează a 7 zi postoperator, cu stare generală bună, urmând a se adresa ulterior serviciului de chirurgie în vederea rezolvării defectului diafragmatic.

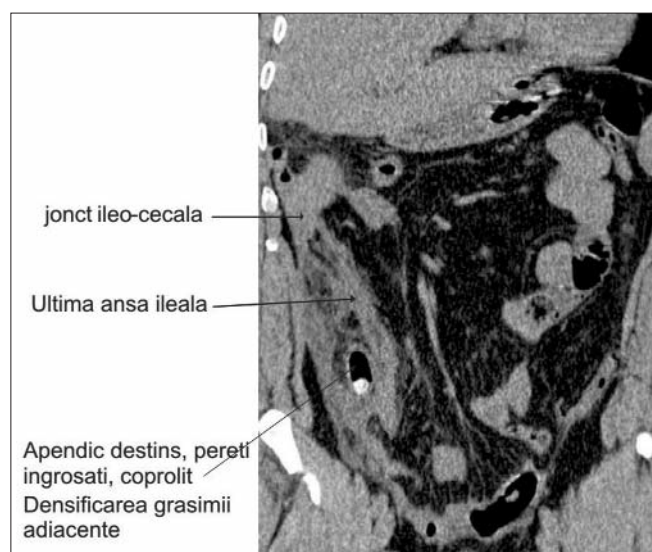


Figura 6. Aspect imagistic al ultimei anse ileale; joncțiunea ileo-cecală; coprolit

Discuții

Apreciat ca abdomen acut, acest caz a reprezentat o provocare chirurgicală obișnuită mai ales în ceea ce privește atitudinea intraoperatorie, considerată una frecvent întâlnită în actul chirurgical în urgență, însă ceea ce a atras atenția în acest caz a fost coexistența unei alte patologii, rar întâlnită, fără expresie clinică, care a ridicat câteva semne de întrebare cu privire la stabilirea diagnosticului preoperator. (16-21)

Odată decisă necesitatea intervenției chirurgicale și confirmarea intraoperatorie a afecțiunii apendiculare cu peritonită localizată, deci cu proces septic intraperitoneal, s-a considerat oportună doar rezolvarea chirurgicală în acest timp operator a afecțiunii caute, urmând ca în timpul 2 să se reintervină chirurgical, în echipă mixtă împreună cu chirurgia toracică, având ca scop repararea defectului diafragmatic. (1,2)

Concluzii

1. Defectul diafragmatic a fost cauzat de politraumatismul survenit în urmă cu 15 ani, probabil cu evoluție lentă și progresivă, dar total asimptomatică.
2. Această patologie prezintă la un pacient necompliant ajunge să fie diagnosticată în cadrul unei alte suferințe acute, situație în care medicul supraevaluează foarte ușor cazul.
3. Asocierea afecțiunii apendiculare, cu peritonită secundară, cu importantul defect parietal diafragmatic nu permite rezolvarea ambelor patologii într-un singur timp operator.
4. Odată rezolvată afecțiunea clinic simptomatică, pacientul devine din nou necompliant indicațiile medicilor, situație foarte frecvent întâlnită în practică de zi cu zi, cel puțin până la următorul episod acut.

Bibliografie

1. Desforges G, Strieder JW, Lynch JP, Madoff IM. Traumatic rupture of the diaphragm; clinical manifestations and surgical treatment. *J Thorac Surg.* 1957;34(6):779-97; discussion 797-9.
2. Freeman T, Fischer RP. The inadequacy of peritoneal lavage in diagnosing acute diaphragmatic rupture. *J Trauma.* 1976;16(7):538-42.
3. Goudet P, Cheynel N, Ferrand L, Peschaud F, Steinmetz JP, Letourneau B, et al. Lateral approach to laparoscopic repair of left diaphragmatic ruptures. *World J Surg.* 2001;25(9):1150-4.
4. Johnson CD. Blunt injuries of the diaphragm. *Br J Surg.* 1989;75:226-30.
5. Bergeron E, Clas D, Ratte S, Beauchamp G, Denis R, Evans D, et al. Impact of deferred treatment of blunt diaphragmatic rupture: a 15-year experience in six trauma centers in Quebec. *J Trauma.* 2002;52(4):633-40.
6. Boulanger BR, Milzman DP, Rosati C, Rodriguez A. A comparison of right and left blunt diaphragmatic rupture. *J Trauma.* 1993;35(2):255-60.
7. Cameron EW, Mirvis SE. Ruptured hemidiaphragm: unusual late presentation. *J Emerg Med.* 1996;14(1):53-8.
8. Krempt M, Giron J. *Le diaphragme.* Montpellier, 1996.
9. Magee R. Rupture of the diaphragm. *Can Med Assoc.* 1995;32:506-9.
10. American Association for Surgery of Trauma. www.aast.org.
11. Andreassian B, Salmon R, Roger W, Parmentier G, Parrot AM, Baumann J. Diagnostic and therapeutic problems of recent traumatic diaphragmatic ruptures (author's transl). *Ann Chir.* 1980;34(4):284-9. [Article in French]
12. Andrus CH, Morton JH. Rupture of the diaphragm after blunt trauma. *Am J Surg.* 1970;119(6):686-93.
13. Association for the advancement of automotive medicine. www.carcrash.org.
14. Association for the advancement of automotive medicine. The abbreviated injury scale. Barrington: AAAM; 2001.
15. Bekassy SM, Dave KS, Wooler GH, Ionescu MI. Spontaneous and traumatic rupture of the diaphragm: long-term results. *Ann Surg.* 1973;177(3):320-4.
16. Cope Zachary. *The acute abdomen in rhyme.* London H.K. Lewis, 1972.
17. Craig S et al. Appendicitis, acute. *Emedicine online.*
18. Vlad L. *Patologie chirurgicală.* Cluj – Napoca: Editura medicală Universitară Iuliu Hateganu; 2003.
19. Rao PM, Rhea JT, Rattner DW, Venus LG, Novelline RA. Introduction of appendiceal CT: impact on negative appendectomy and appendiceal perforation rates. *Ann Surg.* 1999;229(3):344-9.
20. Popescu I. *Tratat de chirurgie.* Editura Academiei Române; 2009.
21. Detrie Ph. *Chirurgie d'urgence.* Masson; 1976.