

Clinica chirurgicală nr I (cond.: prof. Z. Popai, doctor în medicină) și Clinica chirurgicală nr. II. și de chirurgie cardio-vasculară (cond.: prof. I. Pop D. Popa., doctor în medicină, membru corespondent al Academiei de științe medicale) din Tirgu Mureș

LEZIUNI ALE CUPOLEI DIAFRAGMULUI STÎNG ÎN CURSUL POLITRAUMATISMELOR

dr. E. Bancu, dr. M. Ionescu, dr. Gr. Stanciu, dr. T. Grozescu, dr. B. Hornyák,
dr. Minodora Călburean

Leziunile diafragmului în cursul diferitelor traumatisme sînt tot mai des semnalate în ultimul timp.

Creșterea acestor incidente se datorește dezvoltării industriei de transporturi, majoritatea leziunilor apărînd ca urmare a accidentelor de circulație, precum și investigării tot mai amănunțite a bolnavilor în urgență, fapt ce duce la descoperirea celor mai multe dintre leziunile diafragmatice.

Istoric: În 1579 Ambroise Paré a descris două cazuri de hernie diafragmatică traumatică. În 1853 Bowditch face prima comunicare în America și individualizează tabloul clinic al rupturii diafragmatice stîngi astfel:

- partea stîngă a cavității toracice este proeminentă;
- inima deplasată la dreapta;
- în partea stîngă a hemitoracelui nu se aud zgomote respiratorii;
- zgomote intestinale pe partea stîngă a toracelui;
- timpanism la percuția hemidiafragmului stîng.

În 1879 Bardenhauer a efectuat o colostomie la un ileus de două zile și a constatat o ruptură de diafragm. Riolfi (1896) pare să fi fost primul care a operat cu succes o ruptură a diafragmului. În ultimele două decenii au fost prelucrate cazuistici bogate în ceea ce privește leziunile traumatice ale diafragmului. În 1948 Harrington prelucrează 430 de cazuri. Halonen, Peräsalo, Viikari (1952), Moreaux (1957), Koss și Reiter (1959), Ribet (1960), Kümmerle și Klöss (1964), Taubert (1965) și Zeno Popovici (1968), contribuie prin studii valoroase, utilizînd statistici mai mari, la delimitarea noțiunilor de anatomie, etiologie, diagnostic și tratament.

Diafragmul stîng este mai frecvent interesat. Pe statistici mai mari, Hedolom (1934) găsește în 95% din cazuri leziuni diafragmatice stîngi, Moreaux (1957), în 87%, Thibault (1964) în 83%. Pe statistica lui Zeno Popovici, 49 din 56 rupturi ale diafragmului erau în stînga. Rupturile simultane ale ambelor diafragme survin deosebit de rar (12 cazuri publicate pînă în 1968, unul aparținînd lui Rinșeanu) ca și rupturile multiple ale aceleași cupole. Excepțional au fost găsite rupturi ale diafragmului, asociate cu ruptura pericardului (14 cazuri comunicate pînă în 1967, 2 cazuri în statistica pe țară din teza lui Z. Popovici, 1968).

În multe cazuri nu se produce ruptura diafragmului, ci numai relaxarea diafragmatică, leziune ce poate să comporte și ea o gravitate deosebită și să pretindă o intervenție cît mai precoce.

Pe baza analizei diverselor statistici este evident faptul că în general leziunile diafragmului apar în urma politraumatismelor. Coexistența mai multor leziuni și în special a diferitelor fracturi (sternale, costale, bazin) sustrag atenția de la leziunea diafragmatică. Fiind vorba de politraumatizați cu stări generale grave, intervenția imediată trebuie uneori aminată, urgența întîrziată (după echilibrarea bolnavului și stabilirea precisă a diagnosticului) fiind bine venită în multe cazuri.

Leziunile diafragmului, rezultate prin acțiunea directă toracică a corpului contondent, sînt de obicei periferice, pe cînd traumatismele abdominale duc la leziuni ale centrului tendinos (Rütz).

În unele cazuri diagnosticul rupturilor diafragmatice este dificil, deoarece nu ne gândim de obicei la această posibilitate. În acest sens unul din cazurile noastre este elocvent.

Bolnava I. A., de 42 de ani, se internează în Clinica chirurgicală nr. I la data de 27 XI 1961, cu diagnosticul de politraumatism cu fractura bazinului și fractură pluricostală (F. O. 2312 61), (fig. 1 a).

După un accident grav de circulație, bolnava este transferată la clinică cu o stare generală deosebit de gravă (șoc traumatic). După reanimare se execută o radiografie toracică și a oaselor bazinului, unde se constată fracturi multiple. Evoluția bolnavei este tot mai favorabilă pînă la data de 3—4 XII 1961, cînd apar palpații postprandiale și senzație de presiune toracică.

La 6 XII, se execută irigoscopia și radiografia toracică după bariu pasaj și se constată o ascensiune în torace a stomacului și colonului (transvers și unghiul lienal). Se pune astfel diagnosticul de hernie diafragmatică traumatică stîngă. Se intervine în urgență întîrziată la 10 XII (nr. 1589 61) prin toracotomie stîngă postero-laterală și după desfacerea aderențelor laxe se execută o plastie a diafragmului. Evoluția postoperatorie bună, atît imediat cît și în timp. Bolnava se vindecă cu o deformitate a bazinului.

Cînd hernia de diafragm traumatică apare în urma traumatismelor închise, organele abdominale herniate în torace au următoarea ordine: stomacul, unghiul colic și colonul descendent, splina, intestinul subțire, epiploonul. Cînd leziunea diafragmului apare în urma unei plăgi, epiploonul este organul cel mai frecvent herniat. Atît în cazul prezentat mai sus, cît și în cel ce urmează, organele abdominale herniate în torace au fost: stomacul, colonul, splina, epiploonul și intestinul subțire (fig. 1 b).

Bolnavul D. E., de 18 ani, muncitor. Se internează la 20 VIII 1968 (F. O. nr. 1581) (fig. 2) în serviciul de urgență al Clinicii chirurgicale nr. I și se fixează imediat diagnosticul de politraumatism, ruptura diafragmului stîng cu hernie intrapleurală a stomacului, splinei, colonului transvers, epiploonului și jejunului inițial, fractură multiplă a oaselor bazinului fără deplasare: șoc traumatic. Din istoricul bolii reiese că, în urmă cu 30 de minute, a căzut pe „burtă“ de pe o platformă suspendată la 12 m înălțime. Își păstrează conștiința, pe lângă dureri toracice exprimate și greutate în respirație. Este transferat de urgență în clinica noastră.

Examenul aparatului respirator: torace simetric, cu matite la baza stîngă și silențiu respirator. În restul cîmpului pulmonar, sonoritate pulmonară, murmur vezicular.

Examenul aparatului circulator: zgomote hidroaerice în aria precordială, zgomote cardiace tahicardice, egale, ritmice, T.A. 120/70, puls 96 m.

Abdomen escavat, contractat și dureros mai ales în etajul superior al hemiabdomenului stîng. Douglas liber, insensibil. Examen local: durere spontană și provocată toraco-abdominală stîngă.

R. x. toracic: cîmpul pulmonar inferior stîng intens opacifiat cu marginea superioară în nivel hidroaeric. Umbra mediastinală deplasată spre dreapta.

Radiografie țintită (prof. dr. Krepsz Ivan) în ortostatism: oliva sondei duodenale trece prin cardia situată normal: în jurul olivei se observă o mică bulă de aer. Hipocondrul stîng prezintă un aspect care corespunde colonului transvers, respectiv descendent.

Radiografia abdominală (în ortostatism): injectînd prin sonda duodenală suspensie baritată reiese că ea se întinde în jurul olivei și cranial de aceasta, scoțînd în evidență conturul unor pliuri de mucoasă gastrică. Descensiunea suspensiei baritate, conform unei localizări normale a stomacului, nu s-a putut pune în evidență (aspectele radiologice sugerează o pătrundere a unor organe abdominale: stomac, colon) în hemitoracele stîng printr-o hernie diafragmatică traumatică.

**E. BANCU ȘI COLAB.: LEZIUNI ALE CUPOLEI DIAFRAGMULUI STING
IN CURSUL POLITRAUMATISMELOR**



Fig. nr. 1 a



Fig. nr. 1 b



Fig. nr. 2

*E. BANCU ȘI COLAB.: LEZIUNI ALE CUPOLEI DIAFRAGMULUI STING
IN CURSUL POLITRAUMATISMELOR*



Fig. nr. 3



Fig. nr. 4



Fig. nr. 5

Intervenție de urgență (20 VIII 1968 nr. 617 68), echipă operatorie: dr. Ionescu M., dr. Hegedüs I. Anestezie generală prin intubație (dr. Kovács P.).

Prin toracofrenolaparotomie (sp. VI intercostal) se repun în abdomen organele trecute în torace prin breșa diafragmatică traumatică (stomac, colon, splină, epiploon, jejun). Se practică o diafragmografie, urmată de drenaj toracic aspirativ. Se reface peretele abdominal, constatându-se integritatea viscerelor. Evoluție postoperatorie favorabilă. La 12 IX 1968 bolnavul părește clinica cu prescripții terapeutice pentru fractura bazinului. Revăzut la 6 luni este în stare de sănătate deplină.

Diagnosticul herniilor de diafragm traumatice este adesea dificil, datorită existenței politraumatismului și mai cu seamă a fracturilor multiple. Fiind apanajul marilor traumatisme, șocul traumatic este desigur acela care îngreunează mersul examinărilor. Uneori nu ne gândim la această posibilitate, mai ales când simptomele toracice lipsesc, atenția fiindu-ne deviată mai cu seamă spre leziunile aparente. După deșocare, de cele mai multe ori există un interval liber, în care chiar simptomele toracice dispar și lucrurile pot să intre în normal. Sint de obicei cazurile care beneficiază de un diagnostic precis în „urgență întârziată” sau evoluția favorabilă a bolnavului duce la stabilirea unui diagnostic tardiv.

Uneori existența leziunilor de perete toracic ne face să interpretăm dereglările cardiorespiratorii produse de hernia traumatică, ca aparținând tulburărilor de mecanică și dinamică respiratorie, produse de leziunile peretelui toracic. Astfel am interpretat și noi aceste fenomene la primul nostru caz. Din aceste discuții reiese că măsurile noastre de reanimare trebuie să fie intricate cu examinarea cit mai minuțioasă a bolnavilor, examinări în cadrul cărora radiologiei îi revine un rol deosebit. Dacă radiosopia și radiografia simplă ne fac să bănuim existența herniei de diafragm traumatice, ingerarea de bariu sau combinarea acesteia cu irigosopia ne precizează diagnosticul precum și prezența unor organe ascensionate în torace.

La primul nostru caz, perioada liberă de după deșocare ne-a amînat diagnosticul pînă în momentul în care apariția simptomelor toracice (dispneea postprandială, senzația de sufocare, palpitația) ne-au făcut să bănuim hemitoracele.

Puncția explorativă, care a extras conținut gastric, ne-a obligat să recurgem la serviciile radiologiei și pe baza examenului combinat baritat să precizăm existența herniei și să intervenim în urgență întârziată. Grafiile concomitente au precizat și leziunile osoase (bazin, perete toracic). În cel de-al doilea și al treilea caz interpretarea corectă a simptomelor clinice a dus la examinarea ulterioară radiologică și la intervenție de urgență, după reanimare susținută.

Bolnavul B. G., electrician, în vîrstă de 20 de ani, se internează în Clinica chirurgicală nr. II (fig. 3), pentru dureri în hemitoracele stîng și în regiunea superioară a abdomenului (F. O. 420 1961). Boala debutează în mod brusc, mergînd cu bicicleta în stare de ebrietate a fost lovit de o mașină. A fost transportat de urgență în serviciul nostru în stare de inconștiență. La examenul local se constată dispariția matității hepatice, sonoritate pulmonară de la nivelul spațiului intercostal stîng pînă la nivelul abdomenului. Hemiabdomenul stîng prezintă apărare musculară. R. x. toracic: hidropneumotorace stîng. Imagini hidroaerice în hemitoracele stîng. Pe baza anamnezei, examenului local, examenului radiologic se pune diagnosticul de ruptură posttraumatică a hemidiafragmului stîng cu hernie diafragmatică și ruptură splenică. Se intervine prin toraco-freno-laparotomie stîngă în spațiul VII intercostal, continuată pînă la linia mediană. Deschidem cavitatea pleurală și eliminăm o cantitate de cca. 750 cm³ lichid sanguinolent, după

care observăm prezența a 2,3 din stomac, lobul stîng hepatic (parțial) și splina ruptă sîngerîndă, prezente în hemitoracele stîng, iar plămînul colabat în zona vîrfului cutiei toracice. După toaleta cavității pleurale observăm o ruptură mediană de cca. 8 cm. a diafragmului pornind din centru înspre sinusul costodiafragmatic lateral stîng, prin care herniază organele mai sus amintite. Repunem visceralele herniate și prin laparotomie explorăm toată cavitatea abdominală. Facem splenectomie în hil. Ligamentul gastro-splenic parțial rupt se suturează. Executăm frenorafie în două straturi, drenaj pleural, drenaj supravezicolic și în loja splinei. Refacem în planuri anatomice. Evoluția postoperatorie favorabilă.

În alte cazuri cu leziuni diafragmatice reduse și stare generală bună, diagnosticul se pune tardiv, cum s-a întîmplat în al patrulea caz al nostru.

Bolnavul O. G., de 68 de ani, se internează în Clinica chirurgicală nr. I în ziua de 13 XI 1968 (F. O. nr. 5965/1968) (fig. 4), cu un traumatism în hipocndrul stîng. Examinările imediate nu relevă modificări deosebite, iar bolnavul părăsește clinica după 7 zile. Cu ocazia controlului radiologic de exmisie se constată: un hemidiafragm stîng săltat cu 1 1/2 laturi de palmă, hipomobil. Colonul este meteoristic cu trei nivele hidroaerice. Se pune diagnosticul de relaxare diafragmatică traumatică. Starea generală bună a bolnavului și vîrsta lui înaintată, ne fac să ne abținem de la orice tentativă chirurgicală, mulțumindu-ne cu observarea periodică a bolnavului, care-și menține starea generală bună.

Tratamentul herniilor traumatiche de diafragm este exclusiv chirurgical.

Momentul operator se stabilește în funcție de precizarea diagnosticului și răspunsul bolnavului la reanimare (cazul 2). În alte cazuri intervenția de urgență poate fi o etapă a tentativelor de reanimare sau a înlăturării unor tulburări funcționale apărute întempestiv (cazul 1).

Intervenția imediată, deși mai ușoară tehnic prin lipsa aderențelor toracice, are dezavantajul de a se executa de obicei în condiții de șoc traumatic. Și în urgență este necesară toraco-freno-laparotomia pentru a verifica starea organelor abdominale. În urgența întîrziată, cînd bolnavul este echilibrat, toracotomia singură este suficientă, presupunînd că, reluarea tranzitului și lipsa altor semne, elimină posibilitatea unei leziuni viscerale intra-abdominale. Aderențele laxo constituite în torace se desfac fără dificultate. În condițiile actuale de anestezie și relaxare, repunerea organelor abdominale nu comportă de obicei greutăți.

În majoritatea cazurilor ca și la bolnavii noștri diafragmorafia este suficientă (fig. 5). Numai în cazuri rare se recurge la un procedeu plastic.

Sosit la redacție: 25 aprilie 1969.

Bibliografie

1. BALÁS A., DREXLER M., RÁTRAI I.: Der Chirurg (1967), 38, 9, 416; 2. FAGĂRAȘANU I., BUJOR I. C., LONCHIAR L.: Chirurgia (1961), 1, 10, 2, 191; 3. HEBERER G., SENNO A., LAUR A.: Der Chirurg (1967), 38, 9, 409; 4. LANGUEPIN A., VANETTI A., CHARDAC P., NIVET M.: Journ. de chir. (1967), 1, 93, 4, 479; 5. POMERANTZ M., BRADLEY M. R., DAVID C. S.: Surgery (1968), 64, 3, 529; 6. POPOVICI Z.: Leziunile traumatiche ale diafragmului, Teză, 1968, București; 7. REICHMANN W., LARENA A., AVELLANEDA MESA: Zbl. für Chir. (1968), 6, 209; 8. VALIDIRE, REINIER: Memoires de l'Académie de chirurgie (1959), 1, 8, 9—10, 223.