

PROCEDEU PENTRU TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL RELAXĂRILOR ŞI EVENTRAŢIILOR DIAFRAGMATICE

A. Boţianu, T. Georgescu, Mártha Kész, Caterina Gliga

În scopul tratamentului chirurgical al eventraţiilor şi relaxărilor diafragmatice sînt cunoscute următoarele procedee:

- a) Plicatura.
- b) Excizia urmată de sutură.
- c) Incizia urmată de sutură în rever.
- d) Repunerea în tensiune a diafragmului: tehnica Nissen.
- e) Frenoplastiile variază după materialul utilizat pentru întărirea suturii sau plicaturii:

— Lamboul fibroperiostal decolat de pe faţa internă a toracelui (Marcozzi şi Henrici).

— Lamboul muscular cel mai utilizat este marele dorsal, care este eliberat în partea sa inferioară şi basculat prin incizia de toracotomie..

— Lamboul cutanat sau grefa cutanată liberă necesită dezepidermizarea pielii. Prezintă riscurile cele mai mari de infecţie.

— Proteza inertă din ce în ce mai utilizată:

— procedeul cu fir de nylon a lui J. Quenu (1950).

— Leger, Botreau-Roussel, Demirleau, Dor şi Jean înlocuiesc firul de nylon cu o crinoplacă şi utilizează această frenoplastie complementară pentru a întări o sutură sau o plicatură.

Procedeul propus şi folosit de noi pentru tratamentul chirurgical al relaxărilor şi eventraţiilor diafragmatice în Clinica Chirurgicală nr. 2 Tg.-Mureş în ultimii şase ani, la un număr de 6 bolnavi, se execută pe cale toracică fiind alcătuit din următorii timpi operatori:

— Toracotomie posterolaterală prin spaţiul VII sau VIII intercostal.

— Frenotomie radiară anterioară largă cu menajarea ramurilor nervului frenic (fig. nr. 1). Se foloseşte bisturiul electric cu hemostază minuţioasă prin electrocoagulare. Se evită hemostaza prin ligatură pentru a nu folosi material străin.

— Se protejează viscerele abdominale ce herniază prin diafragmul secţionat cu o compresă moale, peste care apasă permanent cu blindeţe mîna ajutorului (fig. nr. 1 şi 2). Din acest moment anestezia trebuie să asigure o relaxare maximă, timpii operatori următori putîndu-se executa în condiţii de maximă securitate pentru viscerele abdominale.

— Se trec la mare distanţă fire de perlon nr. 3 în „U” orizontal pentru a se obţine o orizontalizare maximă a diafragmului după innodarea şi

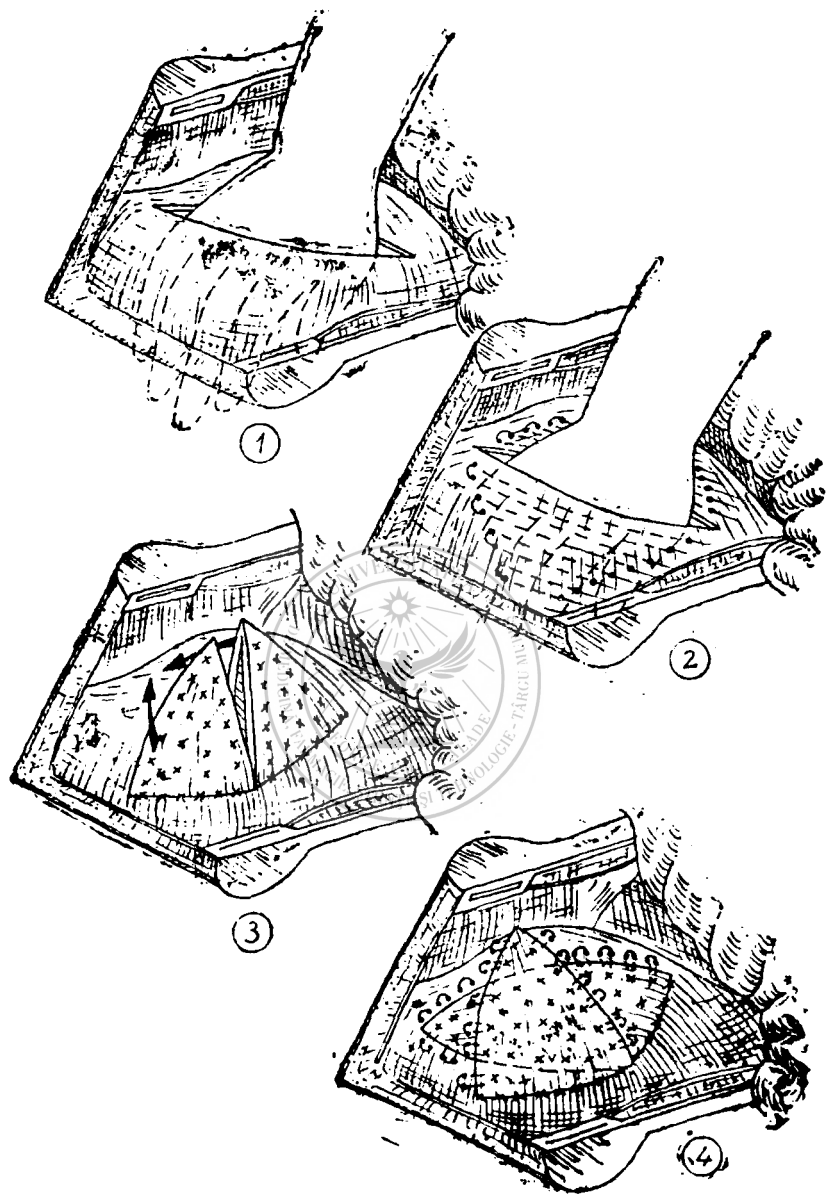


Fig. nr. 1—4

stângerea firelor (fig. nr. 2). Firele se păstrează nelegate pe pense separate. — Dacă există un volvulus gastric concomitent se devolvulează stomacul și se execută o gastropexie cu 2-3 fire, aceleași folosite pentru frenoplicatură.

— După punerea tuturor firelor de plicatură în „U” orizontal, se extrage progresiv compresa abdominală și mîna ajutorului sub protecția căreia se înnoadă progresiv (în același moment cu extragerea mîinii) firele de la periferie spre centrul diafragmului.

— Se creează astfel două creste situate în plan sagital; una anterioară și una posterioară (fig. nr. 3), ce se întăresc cu cîteva fire transfixiante puse tot în „U” orizontal, deasupra liniei de frenoplicatură obținută după strîngerea firelor (fig. nr. 3).

— Cele două creste diafragmatice se culcă medial, se încrucișează între ele și se suturează atît între ele, cît și la diafragm, realizînd astfel în centrul diafragmului, la locul de maximă solicitare mecanică a acestuia o îngroșare în 5 straturi diafragmatice (fig. nr. 4). Drenaj dublu aspirativ toracic. Închiderea peretelui în planuri anatomice.

Avantajele procedurii noastre sînt următoarele:

— Executîndu-se în asociere cu o frenotomie radiară anterioară largă evită lezarea viscerelor abdominale (stomac, colon, splină), care sînt protejate permanent de către compresă și mîna ajutorului.

— Folosînd fire transfixiante în „U” orizontal, după efectuarea frenotomiei radiare anterioare largi, asigură o priză solidă de țesut diafragmatic în acul de sutură.

— Tot datorită asocierii cu frenotomie radiară anterioară largă permite priza la mare distanță a firelor de frenoplicatură și deci orizontalizarea la maximum a diafragmului după strîngerea firelor, fără a „tăia” cu acestea viscerele abdominale, protejate permanent de către mîna ajutorului în timpul înnodării progresive a acestora. Se obține astfel un pli diafragmatic cu o suprafață maximă mult mai mare ca la plicatura simplă ceea ce micșorează posibilitatea relaxării diafragmului restant.

— Întărește diafragmul la locul de maximă solicitare mecanică în 5 straturi diafragmatice și nu în 2 sau în 3 straturi ca în celelalte procedee. Nu folosește material străin pentru a obține această îngroșare, evitînd astfel fenomenul de respingere a plasei, firului de nylon, plăcii de tantal etc.

— Folosînd o frenotomie radiară anterioară largă procedeul permite rezolvarea comodă a unor leziuni abdominale asociate (în cazul nostru gastropexia pentru volvulusul gastric concomitent). — Riscul de recidivă este mult micșorat prin:

— punerea firelor transfixiante prin crestele diafragmatice formate; chiar dacă ar ceda în întregime primul rînd de fire cu care se realizează frenoplicatura, rămîn următoarele;

— posibilitatea relaxării diafragmului restant este micșorată prin faptul că suprafața de diafragm rămasă neplicaturată este redusă la minimum și rămîne periferică: acest lucru este posibil pentru că pliul obținut are o suprafață maximă datorată utilizării frenotomiei radiare anterioare largi care permite punerea la mare distanță a firelor de plicatură.

— Evitînd orice excizie din diafragm, permite multiplicarea de 5 ori a grosimii diafragmului în zona de maximă solicitare mecanică.

Ca exemplu de realizare a procedurii prezentăm cazul bolnavului S.I., (F.O. 575/1986) 51 de ani, internat în Clinica Chirurgicală nr. 2 Tg.-Mureș de la 29.03.1986 pînă la 14.05.1986 cu diagnosticul de: relaxare diafragmatică stîngă, volvulus gastric, cardiopatie ischemică, arterită a ambelor membre inferioare. Bolnavul prezintă de doi ani dispnee marcată, dureri toracice la nivelul articulațiilor sternocostale IV și V, tuse iritativă, fatigabilitate, balonări extreme, eructații, fiind etichetat și tratat ca un astm bronșic, diagnostic cu care este internat în Clinica Medicală nr. 3 Tg.-Mureș, unde la examenul radiologic de rutină se constată relaxare diafragmatică stîngă pînă la nivelul coastei a IV-a, sub care la auscultație se percep zgomote hidroaerice abdominale. Este transferat în Clinica Chirurgicală nr. 2 pentru cura operatorie a eventrației diafragmatice stîngi. Se intervine chirurgical în ziua de 3.04.1986, protocol operator nr. 534. Toracotomie posterolaterală stîngă prin spațiul VII intercostal. Se găsește o relaxare diafragmatică ce interesează întreaga cupolă diafragmatică și împinge cordul la dreapta. Cupola diafragmatică ajunge la nivelul coastei a IV-a. Se reperează diafragma cu două fire între care una se execută o frenotomie radiară anterioară largă de aproximativ 20 cm, folosindu-se electrobisturiul. Sub diafragm devolvulăm stomacul și-l repositionăm după care introducem o compresă cu care împingem caudal colonul și spina folosind mîna ajutorului. Trecem fire transfixiante în „U” orizontal folosind perlon gros nr. 3 la o distanță de 20-25 cm pentru a obține orizontalizare maximă după strîngerea firelor. Cu două dintre fire se fixează fundul stomacului în poziție corectă. Se strîng firele pe măsură ce se retrage mîna ajutorului și compresa, pentru a nu tăia viscerele abdominale. Se creează două creste diafragmatice, care se întăresc cu cîteva fire transfixiante în „U”. Cele două creste se „culcă” medial, se încrucișează și se fixează astfel la diafragm și între ele cu fire de perlon. Se controlează minuțios plămînul și mediastinul fără a găsi un proces inflamator sau tumoral. Drenaj aspirativ dublu toracic Mathey-Evrest. Inchiderea peretelui în planuri anatomice. Evoluția postoperatorie favorabilă cu dispariția dispneei, a durerilor toracice, a tusei iritative, balonărilor și a eructațiilor. Reincadrat în muncă ca maestru la Întreprinderea de Sticlă Sighișoara unde efectuează în continuare o muncă fizică intensă într-un mediu cu temperatură ridicată, după o pensionare temporară de șase luni. Radiografiile de control sînt efectuate la 8 luni și la 3 ani de la operație.

Bibliografie

1. Allison Ph. R.: The Diaphragm, in Gibbon J. H.: Surgery of the Chest. W. B. Saunders, Philadelphia, 1963, 280—282;
2. Cărpinișan C., Stan A.: Patologia chirurgicală a toracelui. Editura Medicală, București, 1971, 116-118;
3. Dor J., Jean E.: Ann. de Chir (1955), 7, 10;
4. Lataste J., Rignault D.: in Patel J., Leger L.: Nouveau Traité de Technique Chirurgicale. Tome X. Masson, Paris, 1982, 599—735;
5. Perrotin J., Moreaux J.: Chirurgie du diaphragme. Masson, Paris, 1965, 221—261;
6. Quenu J.: N.P.C.I. fasc. 6, fasc 7.

76 kw: surgical treatment; diaphragm;
diaphragmatic relaxations;
diaphragmatic eventrations