

HERNIA DIAFRAGMATICĂ RETROCARDIACĂ*

Nándor Hun, Vasile Nicolescu

Hernia diafragmatică este mult mai frecventă în ultimele decenii decât în trecut. Acest fapt se explică prin creșterea numărului examinărilor radiologice (1—14). O dată cu numărul cazurilor de hernie diafragmatică diagnosticată, crește și numărul comunicărilor (1—7). Tabloul acestei afecțiuni este azi elucidat atât din punct de vedere anatomo- și fiziopatologic, cât și clinic. Tratatamentul este în general cel chirurgical. Tabloul dramatic însoțit de șoc al herniei diafragmatice încarcerate, impune cu atât mai mult necesitatea indicației la timp a intervenției chirurgicale. Unul dintre noi (Hun) a avut în observație în anul 1947 un caz de hernie diafragmatică încarcerată cu deznodământ letal, la un bărbat de 28 ani. Boala a apărut brusc în plină stare de sănătate, încarcerarea stomacului producându-se după un efort mare (a ridicat un trunchi de copac). Trecând 18 ore până când bolnavul a fost transportat, de la pădure unde lucra, la spital, nu am mai putut stăpâni șocul și consecințele dislocării mediastinale, fapt pentru care decesul a survenit la câteva ore după operație. De atunci am întilnit încă 4 bolnavi prezentând același tablou clinic.

Azi, hernia diafragmatică pune numai probleme de diagnostic diferențial, deoarece poate fi foarte ușor confundată cu alte tablouri clinice. Cazul nostru prezintă interes tocmai prin faptul că a trebuit să-l diferențiem de pericardită sau de o pleurezie mediastinală. Sacul herniar acoperea umbra cordului în mod simetric, ca o manta, ceea ce îndreptățește utilizarea denumirii de *hernie diafragmatică retrocardiacă*.

M. J. de 43 ani funcționar, a fost internat în secția noastră la data de 30. IV. 1959. În antecedente se remarcă o obezitate progresivă de la vârsta de 30 ani, precum și hipertensiune arterială. La băiatul său, în vîrstă de 15 ani, se remarcă încă din copilărie tablou clinic, al distrofiei adipozo-genitale, cu creștere marcantă în înălțime. În ultimii ani bolnavul a fost examinat radiologic în repetate rânduri, dar în afară de o aortă mai dilatată, nu s-a constatat nimic patologic.

Boala actuală a debutat brusc înainte de internare cu 1 săptămînă, prin frisoane, temperatură de 39°C., dureri în spate, dispnee și senzație de presiune retrosternală. La examenul radiologic efectuat la policlinică, se constată în cîmpul pulmonar stg. supra-diafragmatic, o umbră de intensitate subcostală cu margini șterse, de mărimea unei nucii verzi. Ținînd seama de epidemia de gripă din acel timp și de datele subiective și obiective, s-a stabilit diagnosticul de bronhopneumonie gripală, indicînd un tratament adecvat și recomandînd un nou control radiosopic. După 5 zile de repaus absolut și tratament

* Prezentată la S.Ș.M. filială Tg. Mureș, la 31. III. 1960.

cu antibiotice, bolnavul se prezintă la control medical, constatându-se la radioscopia a-p că umbra mediană a cordului este mărită, că inima prezintă bilateral un contur dublu și că umbra pulmonară etichetată ca bronhopneumonică, a dispărut. Pe baza acestui tablou radiologic, bolnavul este internat în spital cu diagnosticul de *pericardită*.

La internare ne-a frapat discordanța dintre starea generală subiectivă bună și gravitatea diagnosticului de internare, bazat pe imaginea radioscopică, bolnavul acuzând doar o ușoară dispnee la mers. *Starea prezentă*: Talia 180 cm, 98 kg greutate, față de lună plină, cu țesutul conjunctiv lax, scolioză cervicală, adipozitate de tip Cushing. Aria matitații cardiace relative și absolute în limite normale. Zgoniote cardiace clare. Sg. II. aortic accentuat. T. A. 180/105 mm Hg. Pulsul radial 80%. *Rezultatul examenelor de laborator*: VSH 1 h-15mm, 2 h-40 mm, leucocite: 10.400, eritrocite: 4.500.000, glicemia: 140 mgr%. EKG: ritm sinusal cu frecvența 80%. Deviația axei R spre stg. Low voltage. Tulburări de repolizare un se văd pe traseul electric. *Fundul de ochi*: hipertensiune în stadiu neurogen. *Radiografia pulmonară la internare* arata un cord simetric, înconjurat bilateral de o umbră de intensitate subcostală în formă de manta.

După 2 zile în umbra paracardiaca apare un nivel de lichid liber ca într-un organ cavitat (v. 1-a radiografie).

În ziua următoare organul cavitat paracardiac este lipsit de lichid conținând numai aer (v. a. 2-a radiografie).

În ziua următoare cavitatea se prezintă din nou plină cu lichid.

Am efectuat radiografii oblice, care au pus în evidență așezerea retrocardiacă a organului cavitat cu lichid liber. Modificările zilnice ale tabloului radiologic și prezența unui organ cavitat cu lichid liber și aer închistat în mediastinul posterior, ne-au făcut să suspectăm o hernie diafragmatică și de aceea am efectuat un pasaj cu bariu. În adevăr bariul a ajuns într-un stomac în formă de cascadă, situat retrocardiac, producând în același timp și dislocarea esofagului aparent mai scurt. (v. a. 3-a radiografie).

La troscopic devine și mai evident că stomacul bilocular este situat în torace, înconjurând simetric la radioscopia a-p cordul. (După alte 24 ore am constatat că nu numai stomacul e situat retrocardiac, ci și colonul este deplasat în dreapta).

După 13 zile de examinare, bolnavul este transferat la Clinica chirurgicală din Tg. Mureș în vederea intervenției, cu diagnosticul de hernie diafragmatică retrocardiacă, sindrom Cushing. După 8 zile de la ieșirea din secția noastră, bolnavul se internează în clinică. În acest timp senzația de presiune retrosternală și dispneea s-au accentuat încît bolnavul a devenit incapabil de muncă.

Intervenția chirurgicală s-a executat la 3 VI/1959. (Operator: prof. dr. Păpai). Se face o toracotomie cu rezecția coastei a VIII-a stg. La deschidere se constată un sac herniar de mărimea unui cap de copil, situat lângă aortă și retrocardiac, ajungînd pînă în cavitatea hemitoracelui drept. Sacul este aderent de lobul pulmonar inferior stîng. Se constată că esofagul este puțin mai scurt, situat median față de aortă și intră în sacul herniar care conține înafară de stomac, mezenfer, anse jejunale și o parte din colon. Se închide sacul herniar cu fire de perlon.

După 4 zile de la intervenție apare o stare de excitație cu colaps și dispnee progresivă din cauza dislocării mediastinale.

După scoaterea drenului, starea bolnavului se ameliorează, dezvoltîndu-se însă o pleurezie consecutivă, care apoi se vindecă. În cea de a 13-a zi de la intervenție bolnavul părăsește clinica în stare vindecată.

De atunci a fost în repetate rânduri la control medical. Am constatat restabilirea stării anatomice a toracelui, bolnavul puîndu-și continua munca profesională în condiții bune.

Cazul nostru prezintă interes, deoarece pe lângă un esofag mai scurt congenital la un bolnav cu țesut conjunctiv mai lax din cauza tulburărilor endocrine de tip Cushing și în urma unei bronhopneumonii gripale, a apărut o hernie diafragmatică retrocardiacă, ce nu a fost pusă în evidență anterior bronhopneumoniei.

Așezerea atipică a herniei diafragmatice s-a putut ușor confunda cu pericardita, respectiv cu un proces mediastinal, mai ales pentru faptul că bolnavul nostru nu prezenta acuze gastrice în antecedente.



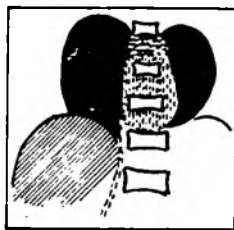
Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Precizarea diagnosticului a fost posibilă prin radiografiile repetate, inclusiv cu pasaj de bariu și prin aceea că am căutat să găsim legătura între tabloul radiologic aparent grav și starea subiectivă și obiectivă relativ bună a bolnavului.

Am avut în vedere și principiul că pentru hernia diafragmatică este caracteristică modificarea zilnică, chiar din oră în oră, a tabloului radiologic.

Diagnosticul nostru a fost confirmat în ultima instanță de intervenția chirurgicală.
Sosit la redacție: 18 aprilie 1960.

Bibliografie

1. BERNSTEIN: Sov. med. 1. 19—1949; 2. Bokoslovski: Sov. med.: 1. 17—1949;
3. HARRINGTON S. W.: Ann. of. Surg. 94 976—1945; 4. PINTER E., BANDI T.: Orv. Hetilap, 36. 1303—1959; 5. SZLAVIK I.: Magyar radiologia 10. 155—1958; 6. UDVARDY L.: Belgyógyászati röntgendiagnosztika, Debrecen, 942; 7. WINTER L., BIKFALVI A.: Orv. Hetilap, 51. 1413—1953.

СЛУЧАЙ РЕТРОКАРДИАЛЬНОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Хун Н., Николеску В.

Авторы приводят случай необычного местонахождения диафрагмальной грыжи, который можно легко спутать с перикардитом или медиастинальным плевритом. У 43 летнего мужчины, после перенесенной бронхопневмонии, при контрольной рентгеноскопии была обнаружена тень вокруг сердца, которая равномерно окружала его в виде халата; обе стороны окружающего затемнения ежедневно менялись то указывая на свободную жидкость, то на полостной орган. При боковом снимке удалось выяснить что речь идет об органе, расположенном ретрокардиально, который, после принятия бария оказался желудком, расположенным в грудной полости. Последующее оперативное вмешательство подтвердило диагноз.

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE RÉTRO-CARDIAQUE

N. Hun, V. Niculescu

Les auteurs décrivent un cas d'hernie diaphragmatique d'une localisation particulièrement rare, pouvant être confondu avec la péricardite ou la pleurite médiastinale. Il s'agit d'un malade âgé de 43 ans, qui après une bronchopneumonie gripale a présenté à l'examen radioscopique une ombre du coeur sous forme de manteau, ayant un contour bilatéral. Ce tableau a changé chaque jour, indiquant ou un niveau de liquide libre, ou la présence d'un organe cavitaire. La radiographie latérale a mis en évidence un organe avec localisation rétro-cardiaque. Le passage de baryum a montré que cet organe c'était l'estomac situé dans la cavité thoracique.

L'opération exécutée avec succès a confirmé le diagnostic clinique.