

Clinica de radiologie (cond.: prof. dr. I. Krepsz, doctor în medicină)
și Clinica chirurgicală nr. II și Chirurgie cardiovasculară
(cond.: prof. dr. I. Pop D. Popa, doctor-docent, membru corespondent al Academiei
de științe medicale) din Tirgu-Mureș

CONTRIBUȚIA EXAMENULUI RADIOLOGIC LA STABILIREA DIAGNOSTICULUI DE EVENTRAȚIE DIAFRAGMATICĂ *

dr. Gr. Stanciu, dr. T. Georgescu, dr. T. Grozescu, dr. K. Szűcs

Nomenclatură și definiție

Prima publicație cu această temă datează din 1853 și aparține lui Bowdith (1) care i-a conturat tabloul clinic.

Eventrația, relaxarea, elevarea sau insuficiența diafragmatică presupune ridicarea permanentă a unui hemidiafragm, cu sau fără soluție de continuitate (2, 5). Apare în mod congenital și posttraumatic dar poate fi izolată sau însoțită și de hernierea organelor abdominale subiacente, produsă prin orificiile naturale, iar în caz de traumatisme, uneori prin rupturile acestora (1, 4, 11, 12). Identificarea denumirilor se poate contura cu ajutorul factorilor etiologici ai simptomatologiei clinice și radiologice.

* Comunicare prezentată la U.S.S.M. Filiala Mureș, Secția chirurgie, la 30 III 1972.

Se întâlnește la toate vîrstele, dar mai ales la adulți, interesează de obicei întreaga cupolă, în special cea stîngă (*Hedolom* 95%, *Moreaux* 87%, *Tribault* 83%), fiind excepțional parțială și cu localizare la dreapta (1, 8).

Eppinger la 625 malformații și leziuni frenice descoperă 17 eventrații iar *Lord* la 15.000 de examinări radiologice doar 2 (4).

Simptomatologie, metode de examen și aspecte radiologice

Producîndu-se modificări importante de poziție și chiar de formă ale viscerelor abdominale și uneori ale celor toracice, semnele sînt de ordin digestiv, cardiac și pulmonar pe primul plan. Hemidiafragul urcă pînă în dreptul celui de-al V-lea sau al IV-lea spațiu intercostal, dar ajunge în situații extreme pe linia claviculară (5). Cînd nu sînt herniate, organele abdominale devenite toracice din punctul de vedere al proiecției sînt totuși în cavitatea abdominală.

Prin examenul radiologic nativ, dacă este o eventrație sau relaxare izolată, se constată elevarea cupolei diafragmatice respective la anumite înălțimi, curbura fiind continuă iar sub ea se vizualizează transparențe ce reprezintă camera cu aer a stomacului și gazul din colon. Cînd sînt hernieri de organe abdominale, hemidiafragul are conturul întrerupt, între și deasupra porțiunilor lui schișîndu-se transparența aerică a camerei cu aer, a colonului sau a opacității de părți moi etc.

La examenul cu substanțe de contrast — obligator a se face în mai multe poziții și incidențe — trebuie să stabilim poziția, forma, dimensiunile esofagului, situația, forma, contururile stomacului; cînd se suspicionează o eventuală herniere a colonului, dacă datele obținute prin pasaj baritat și tranzit nu sînt suficiente, se va proceda la irigoscopie.

Investigațiile radiologice sînt utile atît preoperator cit și postoperator (dacă se impune efectuarea de intervenții chirurgicale).

Prezentarea cazurilor

Obs. 1. — *O. G.*, masculin, 68 ani, se internează în Clinica chirurgicală nr. II (F. o. 5965/1968) pentru un traumatism al hipocondrului stîng. Examinările imediate nu pun în evidență modificări deosebite, iar bolnavul părăsește clinica după 7 zile, însă cu ocazia controlului radiologic de exmisie se constată că hemidiafragul stîng este sîltat cam cu un lat și jumătate de palmă, mediastinul împins la dreapta, camera cu aer a stomacului și unghiul hepatic al colonului în poziții înalte (fig. nr. 1). Se pune diagnosticul de relaxare diafragmatică traumatică. Starea generală bună a bolnavului și vîrsta lui înaintată, abțin de la intervenție, revenind la control.

Obs. 2. — *K. S.*, masculin, 67 ani, de 10 ani prezintă dispnee, tuse, dureri pretoracice cardiace și balonări. Se internează la Clinica chirurgicală nr. II și la examenul radiologic se vizualizează pe teleradiografia PA nativă toracoabdominală că hemidiafragul stîng este mult sîltat, avînd chiar o traiectorie verticalizată, mediastinul mult deplasat la dreapta, camera cu aer a stomacului și colonul transvers stîng meteoristic, aspirate

ȢR. STANCIU ŐI COLAB.: CONTRIBUȚIA EXAMENULUI RADIOLOGIC
LA STABILIREA DIAGNOSTICULUI DE EVENTRAȚIE DIAFRAGMATICĂ



Fig. nr. 1



Fig. nr. 2



Fig. nr. 3

GR. STANCIU ȘI COLAB.: CONTRIBUȚIA EXAMENULUI RADIOLOGIC
LA STABILIREA DIAGNOSTICULUI DE EVENTRAȚIE DIAFRAGMATICĂ



Fig. nr. 4

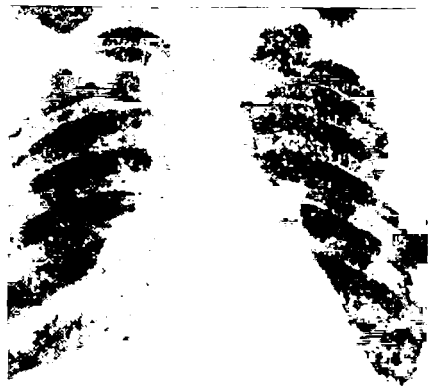


Fig. nr. 5



Fig. nr. 6

în sus (fig. nr. 2). La examenul baritat se constată brahiesofag, hernie hiatală tip Ackerlund II. Intraoperator (C.O. 855 din 9 VII 1971) se confirmă diagnosticul, aplicându-se toracofrenolaparotomie tip Niessen, sutura diafragmului prin plicaturare și drenaj respirator, dar decedează la câteva ore postoperator, prin stop cardiac.

Obs. 3. — *D. I.*, masculin, 48 ani, de 4 ani acuză tuse, dispnee și dureri precardiace. Se internează la Clinica chirurgicală nr. II și la examenul radiologic nativ se observă că hemidiafragmul stîng are poziție înaltă, mai sus decât cel opus cu minimum un lat de palmă, mediastinul deplasat la dreapta, transparența camerei cu aer a stomacului și cea dată de gazul din colon, situate imediat sub cupola hemidiafragmului respectiv; la examenul cu substanță de contrast se confirmă cele de mai sus, nu este hernie a vreunui organ abdominal, însă stomacul este deformat în cascadă (fig. nr. 3). După intervenția chirurgicală efectuată (C.O. 435 din 14 III 1972) prin care s-a aplicat toracotomie, frenoplicatură și drenaj aspirator, evoluția a fost destul de bună.

Obs. 4. — *M. B.*, masculin, 21 ani, după câteva zile de eforturi fizice mari și cu odihnă foarte redusă, simte o durere violentă în hemitoracele stîng, dispnee, disfație, greață, vărsături și la câteva ore de la acest debut dramatic, imposibilitatea de a înghiți. De la Spitalul din Toplița este transferat la Clinica chirurgicală nr. II din Tîrgu-Mureș și prin examenul radiologic (teloradiografie toracică și abdominală superioară în PA) apare o elevare aparentă a hemidiafragmului stîng, pînă aproape de claviculă, stomacul enorm dilatat, proiectat în torace (fig. nr. 4). Intraoperator (C.O. 883/14 VI 1973) se constată relaxare diafragmatică dar se descoperă și hernia stomacului, precum și dislocarea în sus cu torsionare a splinei printr-o ruptură diafragmatică; se reduce hernia, se face splenectomie, frenografie și drenaj pleural. La ieșirea din clinică, după 4 săptămîni, precum și la controale radiologice repetate, aspectul este normal (fig. nr. 5).

Obs. 5. — *H. V.*, masculin, 54 ani, cu 2 luni înainte face un efort mare, brusc (sare dintr-un tren care era în mers) pentru ca ulterior să manifeste dureri în hemitoracele și hipocondrul stîng, cu evoluție progresivă. Se internează la Clinica chirurgicală nr. II și examenul radiologic, pe teloradiografia toracoabdominală PA, pune în evidență relaxare de grad mediu a hemidiafragmului stîng, cu aspirarea organelor abdominale subiacente și deplasarea la dreapta a mediastinului (fig. nr. 6), precum și un corp străin (schijă) metalică proiectat în abdomen (din timpul războiului), flanc stîng lateral; la examenul cu suspensie baritată, în mai multe poziții și incidente, nu se decelează hernii diafragmatice. Prin intervenția chirurgicală aplicată (C.O. 996/18 V 1973) se evacuează aproximativ 500 ml puroi, se extrage corpul străin, se introduce provizoriu o sondă Petzer, starea generală ameliorîndu-se.

Discuții și concluzii

Eventrația sau relaxarea diafragmatică este rară și se întilnește în special la stînga. În vederea stabilirii diagnosticului sînt necesare multiple examinări radiologice, deosebit de utile, care precizează dacă relaxarea este izolată sau asociată cu hernii. Rezultatele obținute prin trata-

mentul chirurgical nu întotdeauna favorabile (3, 4, 10), mai cu seamă la persoane vîrstnice, pot fi apreciate prin investigații radiologice periodice.

Sosit la redacție: 4 ianuarie 1974.

Bibliografie

1. *Bancu E., Ionescu M., Stanciu Gr., Grozescu T., Hornyák B.:* Rev. Med. (1969), 15, 3, 299;
 2. *Bîrzu I.:* Radiodiagnostic clinic, vol. I. Ed. medicală, București, 1963;
 3. *Cărpinișan C., Bogdan T., Cubolteanu F., Vasilescu C.:* Chirurgia (1968), 7.
 4. *Chipail Gh., Diaconescu M., Frunzăreanu N., Vasile V., Bârsu D.:* Rev. Medico-Chirurgicală (1973), 77, 2, 255;
 5. *Chișleag Gh.:* Roentgendiagnostic, vol. VII, litografiat I.M.F. Iași, 1960;
 6. *Der J., Rixhelme H., Aubert J., Boyer R.:* J. chir. (Paris), (1969), 97, 4, 399;
 7. *Juvara I., Prișcu Al., Radu C., Vilcu Al.:* Chirurgia (1967), 2;
 8. *Ludwig B., Scherer H.:* Monatsschr. Unfallheilkde. Dtsch. (1973), 76, 2, 85;
 9. *Perrotin I., Liot Fr., Mereaux J.:* Presse méd. (1964), 72, 48;
 10. *Petrov M.:* Mém. Acad. chir. (1963), 89, 16—17, 485;
 11. *Popovici Z.:* Traumatismele diafragmatice. Ed. medicală, București, 1970;
 12. *Stanciu Gr.:* Oncologia și Radiologia (1973), 12, 2, 139.
-