

Recidivă simptomatică de hernie Bockdalek la adult, cauză rară de sindrom subocluziv

MOLDOVAN B¹., BIRIS P²., POCREATA D¹., VASILE S¹., CIMPEANU L³., JEDER O.³,
BADEA A.³, MOLDOVAN A¹., BIRIS L²., BANU E.

¹Clinica de Chirurgie Generala, Spitalul « Sf.Constantin » Brasov

²Departamentul de Radiologie Campusul « Regina Maria » Brasov, Departamentul de
Imagistică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș

³Clinica de ATI, Spitalul « Sf.Constantin » Brasov

Rezumat

Scop : prezentarea unei situații clinice rare, sindrom subocluziv prin recidivă de hernie Bockdalek stângă, accentuând aspectele de diagnostic radiologic și de tratament chirurgical.

Lucrarea prezintă cazul unei paciente de 36 de ani, cu antecedente de hernie Bockdalek operată în urmă cu 7 ani printr-un procedeu tisular pe cale combinată toraco-abdominală, ce se prezintă cu un sindrom subocluziv de dată recentă și un sindrom algic epigastric. Endoscopia digestivă superioară evidențiază un ulcer duodenal HP pozitiv, iar un examen CT este etichetat ca fiind normal de un prim radiolog.

Reevaluarea radiologică atentă și reconstrucțiile CT au permis evidențierea unei mici recidive de hernie Bockdalek, cu unghiul colic stâng ascensionat transdiafragmatic.

Tratamentul chirurgical a constat într-o frenorafie monoplan și o aloplastie de întărire cu plasă de polipropilenă ce acoperă larg defectul, prin laparotomie. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacienta beneficiind de avantajele sistemului Fast-Track, cu externare în ziua a 2-a postoperator.

Până în anul 2011, în literatura mondială sunt publicate un număr de 173 de cazuri de hernie Bockdalek, nici un caz nefiind o recidivă herniară.

Hernia Bockdalek este o entitate clinică rară, cu o simptomatologie înșelătoare, ce predispune la erori de diagnostic și întârzierea tratamentului chirurgical, cu posibile consecințe nefaste. Tratamentul chirurgical, pe cale clasică sau laparoscopică trebuie să respecte principiile moderne ale herniologiei, aloplastiile de întărire prevenind apariția recidivelor.

Introducere

Herniile diafragmatice de tip Bockdalek reprezintă 90% din totalul herniilor diafragmatice. Descrisă pentru prima dată de către McCauley în 1754 și popularizată apoi de Vincent Alexander Bockdalek în 1848, hernia congenitală Bockdalek interesează 1/200-12 500 de nou-născuți(1), fiind în general manifestă în copilărie, formele la adult reprezentând doar 0.17-6% din total. Viciu de închidere a canalului peritoneo-pleural în săptămâna a 8-a intrauterină, hernia Bockdalek situată în triunghiul lombocostal, este mai frecventă pe partea stânga (85%) și se însoțește în 20% din cazuri de alte malformații, în principal cardiace sau de mutații cromozomiale. Sexul masculin este mai frecvent interesat, raportul fiind de 3/2 în favoarea bărbaților.

Tabloul clinic al herniilor Bockdalek la adult este dominat de 2 mari tablouri: digestiv sau respirator-restrictiv, uneori intricate.

Prezentarea cazului clinic

Pacientă în vârstă de 36 de ani, mama a unui copil de 12 ani, operată în antecedente în anul 2003 pentru o hernie Bockdalek stângă pe cale combinată abdomino(laparotomie xifo-ombilicală)-toracică (toracotomie axilară stângă), având și o suferință cardiacă de tip angor de novo cu ECG modificat din anul 2010, sub tratament cu Concor și Aspenter, polialergică, se adresează în ambulator pentru dureri de etaj abdominal superior : epigastru și hipocondrul stâng, de apariție relativ recentă(2 săptămâni), precum și pentru tulburări de tranzit intestinal sub forma unei constipații brusc instalate (1 scaun redus cantitativ la 5-6 zile), cu păstrarea tranzitului gazos. Pacienta se prezintă în serviciul nostru cu rezultatele unor investigații recente : endoscopie digestivă superioară arătând un mic ulcer duodenal Helicobacter +, precum și cu un CT cu o interpretare inițială de « examen ct normal ». Laborator cu 7.300 WBC, 62% neutrofile, PCR în limite normale, lactat normal, chimia sanguină normală. Radiografia toracică normală.



Cunoscând antecedentele chirurgicale ale pacientei, precum și modul de instalare a tabloului clinică relativ brusc, în plină sănătate aparentă, solicităm o a doua opinie radiologică ce relevă prezența unei recidive de hernie diafragmatică de tip Bockdalek de aproximativ 3 cm cu hernierea unghiului colic stâng, dilatarea colonului transvers în amonte și colabarea descendentului, fără semne radiologice de ischemie, fără lichid liber pleuro-peritoneal, fără consecințe asupra plămânului stâng adiacent herniei.



Având în vedere abdomenul cicatriceal și contactul intim al colonului migrat intraherniar cu marginea postero-inferioara a splinei și polul renal superior, decidem pentru un abord clasic, pe vechea incizie xifo-ombilicală. Adezioliză extensivă. Utilizăm colonul transvers drept ghid pentru a ajunge la hernie. Marginea anterioara a splinei și suprafața convexă aderă intim la precedenta frenorafie, fiind imposibil de decolat. Identificăm breșa diafragmatică postero-inferior de splină, imediat deasupra polului renal stâng având cca 3 cm diametru, reducem fără dificultate colonul ce nu prezintă semne de suferință și apoi preparăm marginile defectului circumferențial pe cca 5-6 cm. Realizăm o sutură cu fire separate neresorbabile de Prolene 1, exsuflăm pneumotoracele stâng creat și întărim sutura cu o plasă de polipropilenă de 10x15 cm fixată cu Absorbatak^R. De remarcat faptul ca anatomia regiunii face aproape imposibilă o sutura corectă, defectul având formă de « V » inversat, iar inferior limita este reprezentată de arcurile costale, musculatura fiind sărac reprezentată în 1/3 inferioară a orificiului. Opiniem pentru acoperirea largă a defectului cu material protetic, plasa fiind inserată și înapoia treimii superioare a rinichiului stâng decolat în prealabil.

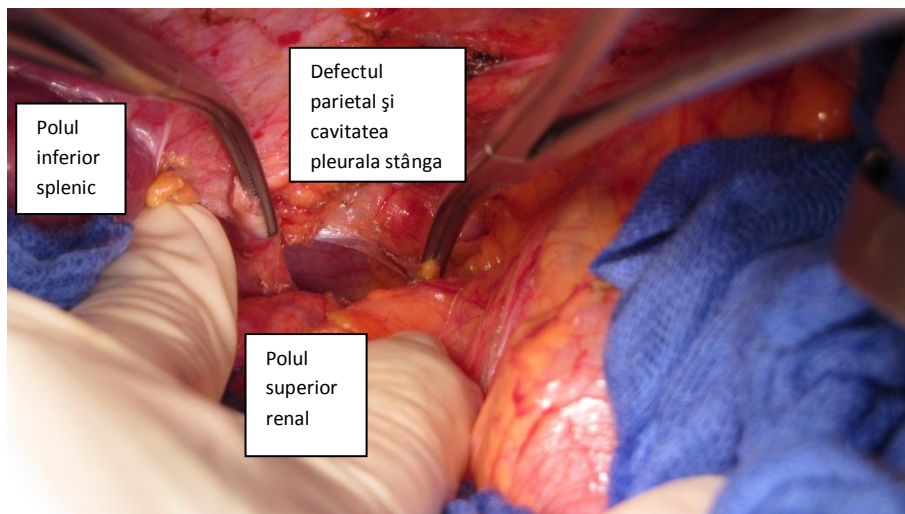


Fig.1. Defectul parietal reperat cu 2 pense, fără sac herniar propriu-zis, cavitatea pleurală stângă fiind deschisă



Fig.2. Frenorafie monoplan cu fire izolate de Prolene 1. Exsuflarea pneumotoracelui stâng fără drenaj pleural înainte de inodarea ultimului fir.

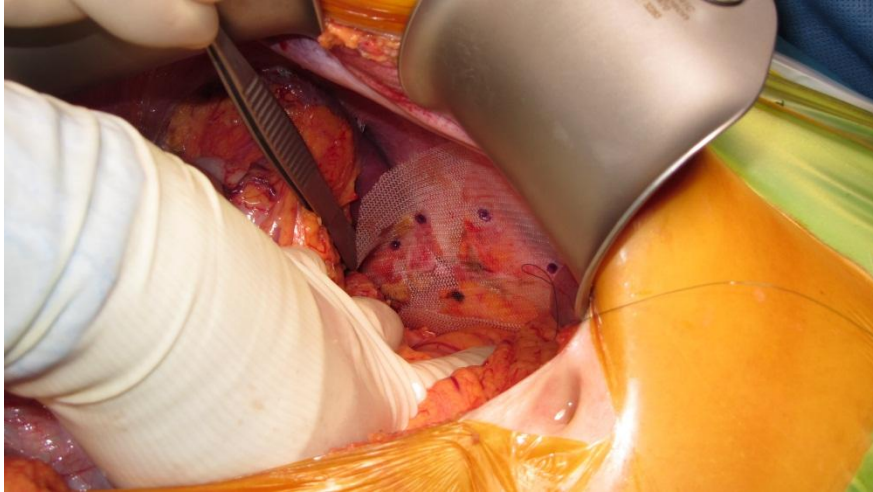
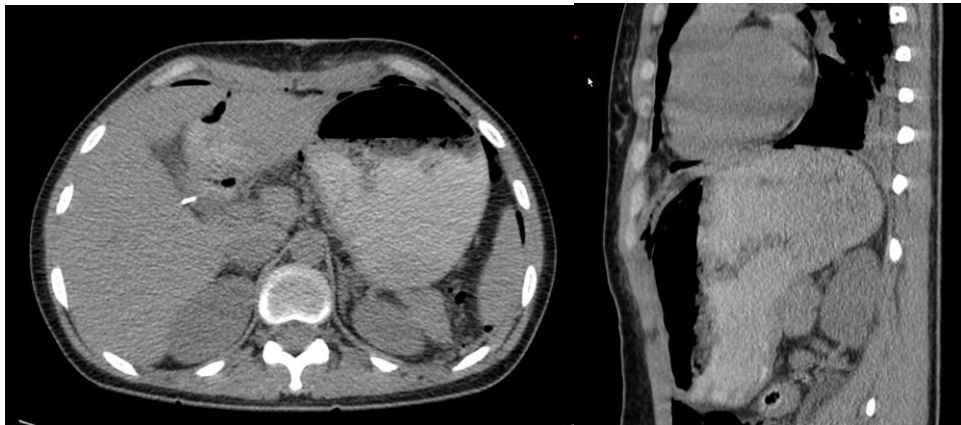


Fig.3.Aspect final.Plasa de întărire fixată circumferențial cu Absorbatak^R

Evoluția postoperatorie a fost extrem de simplă, cu externare în ziua a 2-a postoperator sub tratament analgic minor.Tomografia computerizată de control postoperator este în limite normale, cu dispariția defectului diafragmatic.



Discuții

Hernia Bockdalek este o entitate rară, însă trebuie luată în considerare în cadrul diagnosticului diferențial al sindromului dureros de hipocondru stâng(mai rar drept) la tineri. Particularitatea cazului este dată de caracterul recidivat al herniei, după o cură tisulară datând din anul 2003, deci efectuată tot la vârsta adultă. De asemenea, coexistența ulcerului duodenal HP+ precum și interpretarea inițială negativă a CT-ului toraco-abdominal puteau induce o atitudine terapeutică conservatorie cu riscul strangulării colonului herniat și consecințe dramatice pentru pacientă.

În ciuda dezvoltării tehnicilor de diagnostic, în literatură sunt publicate doar un număr de 173 de cazuri de hernie Bockdalek la adult(2). A crescut proporția herniilor asimptomatice descoperite incidental imagistic-14%, în timp ce durerea este simptomul care domină tabloul clinic la

aproape 70% dintre pacienți. Fenomenele obstructive sunt prezente la peste 1/3 din cazuri, la fel ca și fenomenele respiratorii. Strangularea ca prim simptom apare la cca 28% dintre pacienți(2).

Datorită caracterului recidivat al herniei, în cazul de față s-a optat pentru calea deschisă abdominală, laparoscopia fiind prima opțiune în herniile operate electiv per primam intentionem. În literatură, ponderea diferitelor căi de abord este următoarea : laparotomie 38%, toracotomie 32%, laparoscopie 12%, toracoscopie 3%, combinată 16%. În spitalul Sf.Constantin din Brașov am introdus conceptul Fast-Track atât pentru chirurgia colo-rectală cât și pentru restul intervențiilor abdominale, fie clasice, fie laparoscopice, ceea ce ne permite externarea pacienților la 2-3 zile postoperator chiar și după intervențiile clasice. O anestezie adecvată, utilizarea retractorului autostatic Thompson^R, absența drenurilor și a sondelor, reluarea rapidă a aportului per os și combaterea energică a grețurilor și a ileusului sunt doar câteva dintre măsurile ce fac din Fast-Track un concept de succes. În acest fel, diferențele constatate în literatură între durata de spitalizare după operațiile clasice(10 zile) și cele laparoscopice(4 zile) scade semnificativ.

Un alt aspect ce reiese frecvent din literatură este cel al ratei mari de diagnostice eronate sau întârziate, cauzate cel mai adesea de varietatea de tablouri clinice pe care hernia Bockdalek le poate prezenta, rata ce poate ajunge la 38%(2,3).

Radiografia simpla PA poate fi negativă în herniile mici, după cum a fost și în cazul de față, CT-ul cu reconstrucții tridimensionale fiind în prezent standardul de aur în diagnosticul acestor defecte.(2,4)

Tratamentul chirurgical a evoluat continuu, de la prima intervenție atribuită lui Aue în anul 1901(5), ajungându-se la intervențiile laparoscopice(Al Emadi 1998) sau toracoscopice(Silen 1995) (6,7). În 1975, Christiansen a folosit pentru prima data plasa sintetică pentru consolidarea herniei Bockdalek(8). Proporția cazurilor în care se utilizează plasa este mult mai mare în cazurile operate laparoscopic (60%), față de cele operate clasic (7%), diferența putând fi explicată prin creșterea ponderii abordului laparoscopic și al utilizării plasei de principiu comparativ cu etapa pre-laparoscopică, în care utilizarea plaselor nu era atât de răspândită.

În literatură nu sunt descrise recidive după cura herniei Bockdalek(2), acest caz fiind însă dovada că tratamentul herniilor Bockdalek trebuie să respecte toate principiile moderne ale herniologiei inclusiv plasa de întărire, în caz contrar recurența fiind posibilă.

Concluzii

Hernia Bockdalek este o entitate clinică rară, manifestată prin tablouri clinice variate, dominate de durere, ileus și fenomene respiratorii, dar care nedepistată și netratată la timp poate da complicații cu risc vital.

Abordul chirurgical este dominat de calea abdominală, clasică sau laparoscopică, iar ponderea utilizării plaselor de întărire este în continuă expansiune. Tehnicile tisulare pure predispun la recidive datorită particularităților anatomice ale trigonului lombo-costal.

Bibliografie

1. A Alam, BN Chander-Adult Bochdalek Hernia-MJAFI 2005; 61 : 284-286
2. S. R. Brown J. D. Horton • E. Trivette • L. J. Hofmann • J. M. Johnson+Bochdalek hernia in the adult: demographics, presentation, and surgical management+Hernia (2011) 15:23–30
3. Thomas S, Kapur B (1991) Adult Bochdalek hernia—clinical features, management and results of treatment. Jpn J Surg 21(1):114–119
4. Senkyrik M, Lata J, Husova L, Dite P, Husa P, Horalek F et al (2003) Unusual Bochdalek hernia in puerperium. Hepatogastroenterology 50(53):1449–1451
5. Abdullah M (2003) Congenital diaphragmatic hernia in a postpartum woman. Med J Malaysia 58(1):99–101
6. Silen ML, Canvasser DA, Kurkchubasche AG, Andrus CH, Naunheim KS (1995) Video-assisted thoracic surgical repair of a foramen of Bochdalek hernia. Ann Thorac Surg 60(2):448–450
7. Al-Emadi M, Helmy I, Nada MA, Al-Jaber H (1999) Laparoscopic repair of Bochdalek hernia in an adult. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 9(6):423–425
8. Christiansen LA, Blichert-Toft M, Bertelsen S (1975) Strangulated diaphragmatic hernia. A clinical study. Am J Surg 129(5):574–578