

Occlusione intestinale del colon per ernia diaframmatica occulta 11 anni dopo trauma penetrante



Ann. Ital. Chir., 2012 83: 425-428

Gloria Goi, Dario Callegaro, Roberta Villa, Eliana Moroni, Andrea Bondurri, Piergiorgio Danelli

Dipartimento di Chirurgia Generale, Ospedale "L. Sacco", Università di Milano, Milano, Italy

Large-bowel obstruction as a result of occult diaphragmatic hernia 11 years after injuries.

Diaphragmatic injury accompanied by herniation through the thoracic cavity is a well documented complication of penetrating or blunt abdominal trauma. It occurs in 3% of abdominal lesions, with strong prevalence for blunt trauma. In the acute setting the diagnosis may be difficult because of the lack of peculiar clinical signs or the wrong interpretation of radiological findings. For this reason, medical history taking should be very accurate, in order to underline the correlation between a past traumatic event and the present symptoms. If the defect is not promptly recognized, the patient has a considerable increase in morbidity and mortality risk. In our case the presentation of the diaphragmatic injury was delayed and the correct diagnosis was not suspected initially. We report the case of a 28 years old man presenting to our department for sudden abdominal pain associated with bowel obstruction. Patient underwent an urgent laparotomy that revealed a postero-lateral diaphragmatic hernia with incarcerated colon and omentum, which appeared ischemic and were therefore resected, with successive closure of the diaphragmatic breach. During medical history taking the patient signaled a penetrating trauma occurred eleven years before symptoms presentation.

KEY WORDS: Bowel obstruction, Diaphragmatic hernia, Diaphragmatic injuries.

Introduzione

Le lesioni diaframmatiche accompagnate da un'erniazione degli organi addominali nella cavità toracica sono una complicanza ben documentata dei traumi addominali penetranti o chiusi. Si verificano nel 3% circa delle lesioni addominali, con forte prevalenza per i traumi chiusi. In acuto possono essere difficili da diagnosticare a cau-

sa della mancanza di segni clinici precoci o per un'errata interpretazione delle indagini radiologiche. Un ritardo diagnostico determina un aumento della morbilità e della mortalità¹. In circa il 20% dei casi l'ernia diaframmatica può rendersi clinicamente evidente anche a distanza di anni dal trauma con un quadro clinico in genere poco specifico e variabile a seconda del viscere erniato². L'erniazione del colon attraverso un difetto diaframmatico può causare un'occlusione intestinale di difficile interpretazione soprattutto quando il danno diaframmatico è inveterato nel tempo e il quadro clinico e radiologico non sono patognomonici. Il rischio di strozzamento colico con conseguente sofferenza intestinale rendono necessario l'intervento chirurgico in regime d'urgenza³. In questo articolo riportiamo il caso clinico di un giovane uomo giunto alla nostra osservazione per un quadro di occlusione intestinale sostenuto da un'ernia diaframmatica della flessura splenica.

Pervenuto in Redazione Aprile 2011. Accettato per la pubblicazione Giugno 2011.

Corrispondence to: Gloria Goi, via G.B. Grassi 74, 20157 Milan, Italy (E-mail: goi.gloria@hsacco.it).

Caso clinico

Il sig. B.K., nazionalità marocchina, 28aa, giungeva alla nostra osservazione per addominalgia diffusa insorta circa 2 ore prima dell'arrivo in Pronto Soccorso associata ad alvo chiuso a gas e feci da qualche giorno. Non vomito né febbre. In anamnesi: appendicectomia in età infantile, abuso alcolico e di sostanze stupefacenti (cocaina circa 1g la settimana, ultima assunzione 4 ore prima), plurime cicatrici esiti di ferite da taglio del torace, tutte superficiali e risoltesi con sutura dello strato cutaneo. Nell'ultimo mese alcuni accessi in Pronto Soccorso per analoga sintomatologia sempre risoltasi con blanda terapia antalgica e antispastica ed etichettata come colica addominale. All'esame obiettivo l'addome si presentava piano, respirante, poco trattabile, diffusamente dolente con iniziale risentimento peritoneale. All'ascoltazione normoperistalsi. All'esplorazione rettale l'ampolla si presentava vuota. L'obiettività toracica risultava nella norma. All'ispezione presenza di alcune cicatrici in regione sternale e all'emitorace sinistro. Gli esami ematochimici mostravano lieve leucocitosi (GB 10350/mcL) ed incremento della PCR (22mg/L). L'RX addome a vuoto eseguito in ortostatismo evidenziava distensione prevalente del piccolo intestino con presenza di grossolani livelli idroaerei. Il paziente veniva quindi sottoposto a TC addome con m.d.c. con riscontro di plurime linfoadenomegalie della radice del mesentere del diametro massimo di 2 cm., normale calibro del colon discendente con brusco salto di calibro alla flessura splenica e retrodilatazione del colon trasverso, dell'ascendente e del piccolo intestino. Veniva quindi posta diagnosi di occlusione intestinale di natura da diagnosticare. Si eseguiva colonscopia d'urgenza per sospetto volvolo che documentava una flessura splenica marcatamente distesa con mucosa edematosa e di colore bluastro come da sofferenza vascolare senza possibilità di progressione dello strumento endoscopico. Si procedeva pertanto ad intervento chirurgico in regime d'urgenza di laparotomia esplorativa mediana xifo-sottombelicale con reperto di ernia diaframmatica sinistra posterolaterale con porta erniaria di circa 3x3 cm di diametro con intrappolamento della flessura splenica del colon e dell'omento. Si riduceva quindi in addome il viscere erniato con successiva riparazione del difetto diaframmatico tramite sutura diretta in materiale non riassorbibile. A causa della sofferenza intestinale si decideva di eseguire la resezione del tratto di colon ischemico.

L'intervento veniva completato con il posizionamento di un drenaggio addominale che veniva rimosso dopo ripresa della canalizzazione intestinale. Si decideva di non posizionare un drenaggio toracico in considerazione della buona espansione polmonare e dell'assenza di versamento pleurico. L'RX torace di controllo eseguito nel postoperatorio evidenziava la completa espansione del polmone. Il decorso post-operatorio si svolgeva in modo regolare con graduale ripresa della canalizzazione intesi-

nale e dell'alimentazione orale. Il paziente veniva quindi dimesso in VIII giornata post operatoria. Ad 1 mese dall'intervento il paziente è asintomatico e non vi sono recidive erniarie documentate radiologicamente.

Discussione

Le lesioni diaframmatiche conseguenti ad un trauma chiuso o penetrante consistono in una lacerazione dell'organo di dimensioni e sede variabili, attraverso la quale gli organi addominali possono erniare con facilità e causare complicanze acute o a distanza di tempo dal trauma originario⁴. Quando l'eziopatogenesi è riconducibile ad un trauma chiuso concomitano spesso lesioni degli organi parenchimatosi mentre nei traumi penetranti le lesioni associate coinvolgono anche i visceri cavi⁵. La differenza pressoria esistente tra cavità toracica ed addominale facilita la migrazione dei visceri in torace con il progressivo allargamento della breccia diaframmatica^{6,7}. La parete postero-laterale dell'emidiaframma sinistro è colpita più frequentemente (69% dei casi) poiché strutturalmente più debole⁸, a destra invece la presenza del fegato ostacola l'erniazione dei visceri cavi attraverso il difetto e le ferite penetranti sono spesso misconosciute e guariscono spontaneamente⁹. Le lesioni bilaterali sono relativamente rare ed occorrono nell'1-2% dei pazienti¹⁰. Gli organi che più frequentemente erniano attraverso i difetti diaframmatici sono lo stomaco, il piccolo intestino, la milza, il colon ed il fegato¹¹. La diagnosi di ernia diaframmatica post-traumatica non è semplice e spesso avviene tardivamente, soprattutto per la mancanza di disturbi specifici¹². Anche la diagnostica per immagini non ha un'elevata accuratezza: l'RX torace consente di porre diagnosi nel 17-40% dei casi mentre la sensibilità diagnostica dell'esame TC è molto variabile e compresa tra il 14 e l'82%. Questi dati spiegano, almeno in parte, l'elevata percentuale di ernie diaframmatiche post-traumatiche misconosciute¹³⁻¹⁵. Nonostante la maggior parte delle rotture diaframmatiche venga riconosciuta al momento del trauma, in una certa percentuale di casi può essere misconosciuta e rendersi clinicamente evidente dopo periodi di tempo variabili tra le 2 settimane e 40 anni¹⁶. In questi ultimi casi le principali manifestazioni delle ernie diaframmatiche consistono in vaghi dolori toracici e addominali, febbre, nausea e vomito, dispnea, epigastralgia, stipsi ingravescente e disturbi respiratori del tutto aspecifici. In letteratura vengono comunque riportati quadri clinici acuti ad esordio improvviso causati dallo strozzamento o dall'occlusione del viscere erniato. Nel nostro caso il paziente ha presentato un quadro di addome acuto da occlusione colica a circa 11 anni dalla ferita da taglio. La conferma diagnostica di ernia diaframmatica post-traumatica tardiva non è sempre agevole in quanto la radiografia del torace può essere falsamente negativa nel 25% dei casi¹⁷. Anche nel caso da noi descritto gli esa-

mi radiologici non sono stati dirimenti nel porre una corretta diagnosi che è invece stata possibile solo intraoperatoriamente. La radiografia dell'addome non mostrava alcuna discontinuità del profilo diaframmatico. La scelta di non eseguire l'RX torace preoperatorio è stata dettata dalla giovane età del paziente senza storia anamnestica di patologie polmonari e della presenza di un RX addome che comprendeva nella finestra entrambi i polmoni fino ai campi medio-superiori. La TC addome con contrasto non permetteva di identificare la breccia diaframmatica nonostante la presenza di aree disventilatorie alla base polmonare sinistra di non univoca interpretazione. L'approccio alla lesione diaframmatica è necessariamente chirurgico e consiste nella riduzione dei visceri erniati in addome e nella chiusura della porta erniaria¹⁸. In letteratura vengono descritte riparazioni del difetto erniario sia per via toracica che per via addominale con tecnica laparoscopica. L'accesso laparotomico viene comunque raccomandato in quanto consente l'esplorazione e la riparazione di eventuali danni degli organi addominali, che hanno un'alta incidenza in tale patologia^{19,20}. Nel nostro caso abbiamo deciso di eseguire un intervento chirurgico per via addominale a causa dell'assenza di sintomatologia toracica e abbiamo preferito un accesso laparotomico in considerazione del quadro occlusivo con un'importante distensione intestinale che avrebbe ostacolato l'accesso laparoscopico. Al momento della laparotomia il nostro sospetto diagnostico si orientava verso una possibile occlusione da briglia in esiti di appendicectomia versus una possibile colite ischemica da cocaina²¹. La riparazione del difetto con una rete protesica è raramente utilizzata ed ha lo scopo di limitare la tensione della linea di sutura o colmare la mancanza di sostanza in pazienti con difetti di grandi dimensioni^{22,23}; in tali casi la letteratura più recente consiglia l'utilizzo di protesi in PTFE, piuttosto che in polipropilene²⁴. Nel caso da noi descritto abbiamo optato per una sutura diretta con materiale non riassorbibile in considerazione delle piccole dimensioni della breccia erniaria. Inoltre il posizionamento di materiale protesico in un intervento contaminato ci sembrava una scelta per nulla vantaggiosa. In letteratura viene consigliato il posizionamento di un drenaggio toracico. Nel nostro caso, dopo risoluzione del PNX iatrogeno attraverso l'aspirazione transdiaframmatica, non abbiamo ritenuto necessario drenare il torace anche in considerazione dell'integrità dell'intestino erniato. Con questo nostro lavoro vogliamo porre l'attenzione sul fatto che misconosciute ernie diaframmatiche possono sostenere quadri di occlusione colica. Risulta quindi importante porre la giusta attenzione nei casi in cui si osserva un'alterazione del contorno dell'emidiaframma sinistro alla radiografia del torace, associato a dilatazione colica con addominalgia, in un paziente con una storia di trauma toraco-addominale. Questi elementi devono far sospettare un'ernia diaframmatica con incarceramento del grosso intestino.

Riassunto

Le ernie diaframmatiche ad eziopatogenesi traumatica possono risultare difficili da diagnosticare in acuto sia per la mancanza di segni clinici precoci sia per un'errata interpretazione delle indagini radiologiche. Noi abbiamo discusso il caso clinico di un giovane paziente giunto alla nostra osservazione per un quadro di occlusione intestinale. Le indagini radiologiche eseguite in pronto soccorso deponevano per tale diagnosi senza identificarne la causa. Solo alla laparotomia esplorativa d'urgenza abbiamo riscontrato la presenza di un'ernia diaframmatica posterolaterale sinistra riconducibile a trauma penetrante dell'emitorace sinistro occorso 11 anni prima.

Bibliografia

1. Kitada M, Ozawa K, Satoh K, Hayashi S, Sasajima T: *Recurrent diaphragmatic hernia 3 years after initial repair for traumatic diaphragmatic rupture: A case report*. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2010; 16(4): 273-75.
2. Staudacher V, Bevilacqua G, Andreoni B: *Manuale di chirurgia d'urgenza*. Milano: Masson Editore, 1987; 465-70.
3. Hegarty MM, Bryer JV, Angorn IB, Baker LW: *Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia*. Ann Surg, 1978; 188: 229-33.
4. Clarke DL, Greatorex B, Oosthuizen GV, Muckart DJ: *The spectrum of diaphragmatic injury in a busy metropolitan surgical service*. Injury Int J Care Injured, 2009; 40(9): 932-37.
5. Adegboye VO, Ladipo JK, Adebo OA, Brimmo AI: *Diaphragmatic injuries*. Afr J Med Sci, 2002; 31(2):149-53.
6. Walchalk LR, Stanfield SC: *Delayed presentation of traumatic diaphragmatic rupture*. J Emerg Med Vol, 2010; 39(1):21-24.
7. Ozkan OV, Semerci E, Yetim I et al: *Delayed diagnosis of traumatic diaphragmatic hernia may cause colonic perforation: A case report*. Cases Journal, 2009; 2:6863.
8. Rubikas R: *Diaphragmatic injuries*. Eur J Cardiothorac Surg, 2001; 20(1):53-57.
9. Puri V, Van Berkel V, Krupnick AS: *Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia*. Hernia, 2010; 14:447-48.
10. Beigi AA, Masoudpour H, Sehhat S, Khademi EF: *Prognostic factors and outcome of traumatic diaphragmatic rupture*. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2010; 16(3):215-19.
11. Peer SM, Davaraddeppa PM, Buggi S: *Traumatic diaphragmatic hernia. Our experience*. Int J Surg, 2009; 7(6):547-49.
12. Khreiss M, Karam J, Musallam KM, et al: *Distinctive presentation of a diaphragmatic hernia 15 years after a traumatic insult*. Ann Thorac Surg, 2009; 88:651-53.
13. Wirbel RJ, Mutschler W: *Blunt rupture of the hemidiaaphragm with complete dislocation of the right hepatic lobe: Report of a case*. Surg Today, 1998; 28:850-52.
14. Nchimi A, Szapiro D, Ghaye B et al: *Helical CT of Blunt diaphragmatic rupture*. AJR, 2005; 184(1):24-30.

15. Chen HW, Wong LJ, Wang CJ, et al: *Computed tomography in left-sided and right-sided blunt diaphragmatic rupture: Experience with 43 patients*. Clin Radiol, 2010; 65:206-12.
16. Lin YK, Huang BS, Shil CS, Hsu WH, Huang MH, Lee CH: *Traumatic diaphragmatic hernia with delayed presentation*. Chin Med J, 1999; 62:223-29.
17. Taylor GA: *Traumatic rupture of the diaphragm*. In Mc Murtry RY, Mc Lellan BA: *Management of blunt trauma*. Baltimore: Williams & Wilkins 1990; 199-205.
18. Kishore GSB, Gupta V, Doley RP et al: *Traumatic diaphragmatic hernia: Tertiary centre experience*. Hernia, 2010; 14:159-64.
19. Chugtai T, Ali S, Sharkey P et al: *Update on managing diaphragmatic rupture in blunt trauma: A review of 208 consecutive cases*. Can J Surg, 2009; 52:177-81.
20. Hanna WC, Ferri LE, Fata P et al: *The current status of traumatic diaphragmatic injury: Lessons learned from 105 patients over 13 years*. Ann Thorac Surg, 2008; 85:1044-48.
21. Brown DN, Rosenholtz MJ, Marshall JB. *Ischemic colitis related to cocaine abuse*. Am J Gastroenterology, 1994; 89(9): 1558-61.
22. Hacıbrahimoglu G, Solak O, Olcmen A, et al: *Management of traumatic diaphragmatic rupture*. Surg Today, 2004; 34:111-14.
23. Soundanapp SV, Holland AJ, Cass DT ,et al: *Blunt traumatic diaphragmatic injuries in children*. Injury, 2005; 36:51-54.
24. Matz A, Alis M, Charuzi I, Kyzer S: *The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of missed diaphragmatic ruptur*. Surg Endosc, 2000; 14:537-39.