

ZAMOSTKOWA PRZEPUKLINA PRZEONOWA

Z II Kliniki Chirurgicznej AM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr R. Drews

Umiejętniejsze rozpoznawanie, szczególnie powszechniejsze stosowanie badania radiologicznego sprawia, że liczba rozpoznawanych przypadków przepukliny przeponowej stale wzrasta. Podkreślano też, że po stwierdzeniu przepukliny przeponowej, niezależnie od jej postaci, nawet przy zupełnym braku objawów klinicznych, zabieg operacyjny jest wskazany (4,5). Do postępowania takiego uprawnia nas możliwość wystąpienia groźnych dla życia powikłań u nieoperowanych chorych oraz bardzo niska obecnie śmiertelność pooperacyjna.

Pewne zaopatrzenie wrót przepuklinowych, zapewniające dobry wynik leczenia operacyjnego przeważnie nie następuje trudności. Przez zbliżenie brzegów otworu w przeponie lub ich zdwojenie, przez zbliżenie ściany klatki piersiowej po usunięciu części żeber, niekiedy przez zastosowanie wolnych przeszczepów w powięzi szerokiej uda lub skóry, możliwe jest zamknięcie nawet bardzo dużych ubytków w przeponie.

Szczególne problemy operacyjne mogą stanowić niekiedy przepukliny wrodzonych szczelin przedniego odcinka przepony. Przepukliny pojawiające się w miejscu wrodzonych słabych miejsc przepony tuż za mostkiem w szczelinie osierdziowo - otrzewnej, która po stronie prawej nosi nazwę szczeliny Morgagniego, a po lewej szczeliny Larreya, nazywamy przepuklinami zamostkowymi. Omawiane szczeliny ograniczone są przez część mostkową i część żebrów przepony i posiadają kształt trójkąta, którego podstawa jest zwrócona do przodu. Oplućna śródpiersiowa i osierdzie pokrywają szczelinę od góry, a otrzewna ścienna od dołu. W piśmiennictwie, poza określeniem przepuklina zamostkowa, spotykane są nazwy: podmostkowa, przymostkowa, podmostkowo - żebrowa, przednia.

Przepukliny zamostkowe posiadają worek i zwykle są przepuklinami wrodzonymi. Jednak prawie nigdy nie stwierdza się ich u noworodków, gdyż ujawniają się przeważnie dopiero w wieku średnim lub starszym, najczęściej po 45 roku życia (3). U dzieci spotyka się je rzadko. Warunki do powstania przepukliny zamostkowej stwarzają zaburzenia rozwojowe przepony w życiu płodowym. Poza tym działają jeszcze dodatkowe czynniki jak, stałe pociąganie otrzewnej przepony przez tłuszczak przedotrzewnowy lub gwałtowny silny uraz jamy brzusznej. Przepuklina ujawnia się zwykle w późniejszym okresie życia wskutek zwiększenia ciśnienia w jamie brzusznej, poprzez ciężką pracę fizyczną, opuszczenie wątroby, nadmierną otyłość lub postępujące skrzywienie kręgosłupa. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na to, że szczeliny Morgagniego i Larreya w wieku młodzieńczym pokryte są pasami mięśni, które, zanikając w późniejszym okresie, zezwalają na przemieszczenie narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej.

Przepuklina zamostkowa jest najrzadziej spotykaną postacią i według większości autorów stanowi 2-3% wszystkich przepuklin przeponowych (4,5,7,12). Röhrs (cyt. 12) do 1957 r. zebrał z piśmiennictwa światowego 1458 przypadków. W zestawieniu kliniki Mayo na 217 przepuklin przeponowych były tylko cztery przepukliny otworu Morgagniego. W przeciwieństwie do innych postaci, zamostkowe przepukliny częściej spotykane są po stronie prawej, gdyż po stronie lewej serce oraz worek osierdziowy stwarzają naturalną barierę, nie zezwalającą na przemieszczenie narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej. Do wyjątkowych rzadkości należą zamostkowe przepukliny, występujące w linii pośrodkowej ciała, bezpośrednio za mostkiem. Zawartość worka przepuklinowego najczęściej stanowi jelito grube (2,3,7), rzadziej znajdujemy w nim sieć, jelito cienkie lub żołądek.

W II Klinice Chirurgicznej AM w Poznaniu operowano 53 chorych z przepukliną przeponową. Dla określenia rodzaju przepukliny posługiwaliśmy się ogólnie przyjętym podziałem zaproponowanym i wprowadzanym przez Harringtona. Wśród naszych chorych były cztery przypadki przepukliny szczeliny zamostkowej prawej Morgagniego.

1. Dziecko 16 - miesięczne. Badaniem radiologicznym (ryc.1) rozpoznano przepuklinę szczeliny Morgagniego. Dziecko operowano z dostępu od strony jamy brzusznej. Przez nacięcie przepony rozszerzono wrota przepuklinowe i nie napotykając na zrosty delikatnie przemieszczono jelito grube, stanowiące zawartość przepukliny, do jamy brzusznej. Następnie rozdzielono obie blaszki surowicze i wycięto część worka uwidaczniając mięsień przepony. Wrota przepuklinowe zeszyto trzema warstwami szwów. Najpierw zeszywano oplućną przeponową. Mięsień przeponowy w odcinku przymostkowym przyszyto jedwabnymi szwami do tylnej powierzchni mięśnia poprzecznego klatki piersiowej i mięśni międzyżebrowych. Trzecią warstwę tworzyły szwy nałożone na otrzewną przeponową i otrzewną ścienną brzucha. Postępowanie takie daje możliwość pewnego zamknięcia niezbyt rozległych wrót przepuklinowych jedynie u dzieci, u których ściana klatki piersiowej jest elastyczna i podatna na pociąganie.
2. Mężczyzna, lat 54. Przed 20 laty został przysypany w kopalni. Od 4 lat ma ból jamy brzusznej w kilka godzin po jedzeniu. Równocześnie z bólem brzucha występuje znaczna duszność. W ciągu ostatnich 2 lat leczony był na gruźlicę płuc. Równocześnie z uderzeniem koniuszkowym serca słyszalne były szmery perystaltyczne. Badaniem radiologicznym (ryc.2) przewodu pokarmowego z zastosowaniem wlewu kontrastowego ustalono właściwe rozpoznanie.
3. Żołnierz, lat 21. Przed rokiem w czasie ćwiczeń gimnastycznych na poręczu wystąpiła nagle duszność i klucza w klatce piersiowej. Badaniem radiologicznym (ryc.3) stwierdzono przepuklinę szczeliny Morgagniego.
4. Mężczyzna lat 52. Od 3 lat odczuwa bóle w nadbrzuszu, szczególnie w prawym podżebrzu. Przez dłuższy czas leczony na zapalenie pęcherzyka żółciowego. Badaniem radiologicznym rozpoznano przepuklinę przeponową zamostkową.

W przypadku 2., 3., 4. zamostkowej przepukliny u starszych chorych zastosowaliśmy dojsięce operacyjne przez klatkę piersiową. W czasie operacji napotkaliśmy silne zrosty jelita z workiem przepuklinowym, który zespolony był również z osierdziem. Wskutek tych zrostów odprowadzenie zawartości worka z dostępu od strony jamy brzusznej byłoby bardzo trudne. Zamykając wrota przepuklinowe zwracaliśmy szczególną uwagę na pewne przymocowanie przepony do przedniej ściany klatki piersiowej. W tym celu zakładaliśmy mocną szwy perlonowe w kształcie litery U, przechodzące przez wszystkie warstwy przepony, a następnie przez mięsień poprzeczny klatki piersiowej, powięź wewnątrzpiersiową i mięśnie międzyżebrowe. W jednym przypadku u mężczyzny z usztywnioną rozedmową klatką piersiową dla przeciwważenia dużego napięcia szwów zmuszeni byliśmy przeciąć VIII i IX żebro.

U wszystkich chorych zawartość worka stanowiło jelito grube. Objawów niedrożności nie obserwowaliśmy u żadnego chorego. Częstość występowania tego powikłania podawana jest w piśmiennictwie na 10-15%. Przebieg pooperacyjny u naszych chorych był prawidłowy, a wyniki odległe bardzo dobre. Zejść śmiertelnych nie mieliśmy.

W naszych przypadkach rozstrzygającym o rozpoznaniu było badanie radiologiczne. Obraz radiologiczny przepukliny zamostkowej jest dość charakterystyczny, o ile zawartość worka stanowią pętle jelita. Badanie radiologiczne może nie dać rozstrzygnięcia, jeśli przemieszczeniu do klatki piersiowej uległa tylko sieć. Na bocznym przeglądowym zdjęciu klatki piersiowej przejaśnienie znajduje się od przodu i przylega ściśle do tylnej ściany mostka, przechodząc ciągłym cieniem do jamy brzusznej. Badanie przewodu pokarmowego z kontrastem jest dla ustalenia rozpoznania konieczne, szczególnie zaś wykonanie wlewu kontrastowego (8). Zalecono przy badaniu radiologicznym następujące postępowanie (6). Po wypełnieniu papką grubego jelita należy wyjąć kankę doodbytniczą i badać chorego

pod ekranem w pozycji stojącej. Wypełnione ciężkie jelito opada w dół i dobrze widać wtedy zawieszenie poprzecznic. Następnie polecamy choremu głęboko oddychać, przy czym ramiona poprzecznic robią wrażenie "bijących skrzydeł ptaka". Poza badaniem radiologicznym wykonanie odmy opłucnej lub brzusznej może być w niektórych przypadkach pomocne w ustaleniu rozpoznania.

Dojście poprzez jamę brzuszną daje możliwość dokładnego zamknięcia wrót przepuklinowych jedynie u dzieci. Odprowadzenie zaś zawartości przepukliny od strony jamy brzusznej, w przypadkach gdzie są zrosty, może być trudne, a niekiedy niebezpieczne.

Wydaje się nam, że w operacjach zamostkowych przepuklin może dać duże korzyści metoda podana przez Kuntzena, polegająca na zaopatrzeniu wrót przepuklinowych szwami w kształcie litery U przebiegającymi przez przeponę i dalej na około żeber. Szwy wiązane są podskórną na zewnątrz klatki piersiowej (ryc.4).

Nieliczni autorzy uważają dostęp brzuszny za wystarczający. Dostęp przezopłucnowy wskazany jest, ich zdaniem, tylko w przypadkach braku ścisłego rozpoznania. Obecnie większość (1, 9, 11, 12) jest zwolennikami dojścia przez klatkę piersiową, gdyż tylko tą drogą można bezpiecznie uwolnić zrosty worka przepuklinowego oraz pewnie zaopatrzyć wrota.

Z obserwacji naszych wynika, że w zamostkowej przepuklinie przeponowej z dostępu od strony jamy brzusznej można uzyskać pewne zaopatrzenie wrót jedynie u dzieci i to w przypadkach niepowikłanych zrostami. Natomiast u osobników starszych tę postać przepuklin należy operować wyłącznie poprzez klatkę piersiową (4,5).

A. Krokowicz

RETROSTERNAL DIAPHRAGMATIC HERNIA

Summary

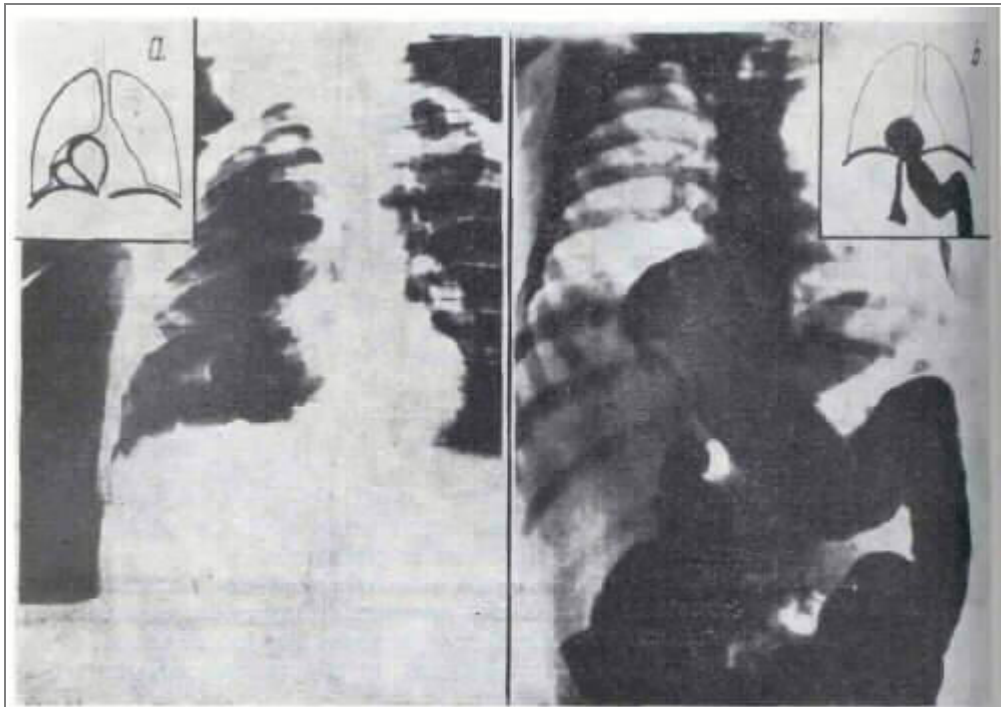
53 patients were operated for diaphragmatic hernia. Among these patients there were 4 with retrosternal diaphragmatic hernia. Operative procedure used in the author's clinic was presented. Optimal conditions for occlusion of the hernial opening are obtained, when transthoracic access is used. There was no mortality. Late results are good.

PIŚMIENICTWO

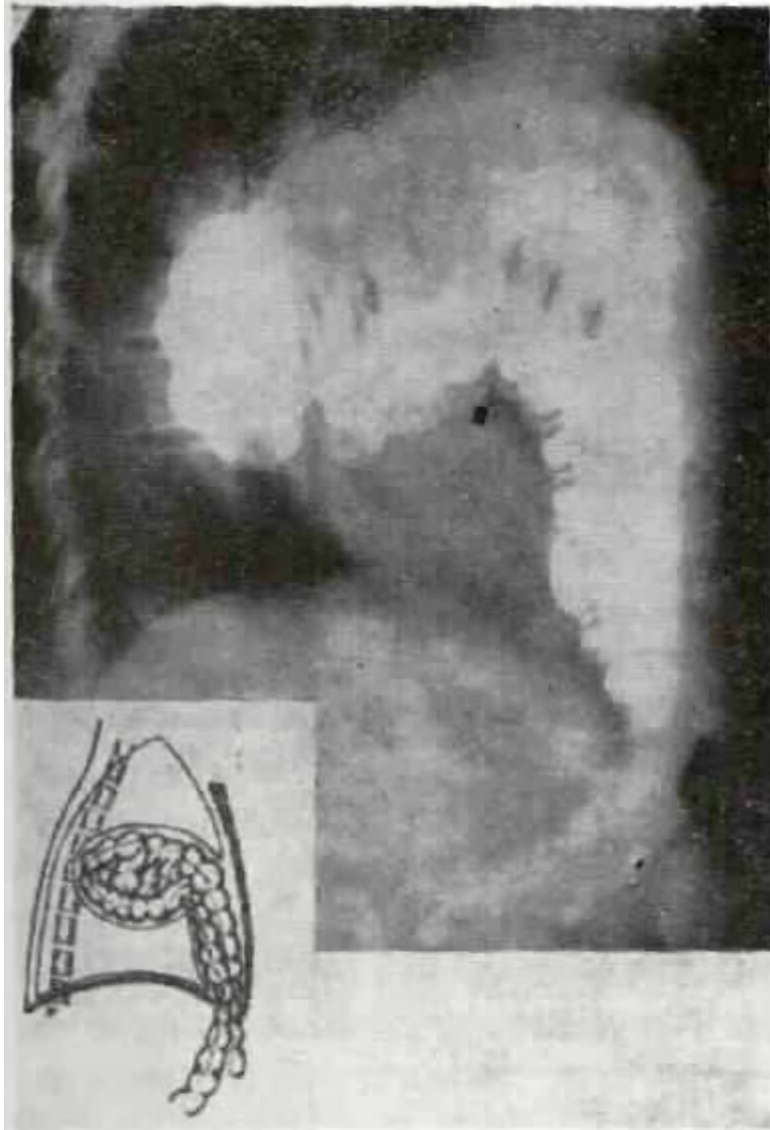
1. Bąkowska S. Bąk S.: Wrodzone przepukliny przeponowe u dzieci. Pol. Przegl. Chir., 2, 10, 957, 1955.
2. Berkley K.M.: Subcostosternal diaphragmatic hernia as a site of small-bowel obstruction. New Engl. J. Med., 265, 10, 483, 1961.
3. Betts R. A.: Subcostosternal diaphragmatic hernia, With Report of five cases. Am. J. Of Roentgenology, 75, 2, 269, 1956.
4. Bross W., Kaczorowski S., Wręblewicz S.: Przepukliny przeponowe. Pol. Przegl. Chir., 26, 4, 297, 1954.
5. Drews R.: Przepukliny przeponowe. Pamiętnik III Dnia Torakochoirurgicznego (10. 3. 1953.), PZWL, Warszawa 1955.
6. Hajdu N.H., Sidhva J. N.: Parasternal diaphragmatic hernia through the Foramen of Morgagni. With Report of case. The Birth. J. Of Radiology, 28, 331, 335, 1955.
7. Harrington S. W.: Various types of diaphragmatic hernia treated surgically. Report of 430 cases. Surg. Gin. Obst., 86, 6, 735, 1948.
8. Kubrakiewicz Z.: Z kazuistyki przepuklin przymostkowych. Pol. Przegl. Radiol., 15, 1-4, 225, 1950.
9. Kuntzen H.: Zur Technik des Nahtverschlusses der angeborenen vorderen Zwerchfellhernie. Der Chirurg, 28, 2, 55, 1957.
10. Markiewicz C., Nienartowicz W.: Przepuklina przeponowa u dzieci. Pol. Przegl. Chir., 34, 1, 61, 1962.
11. Ney H. R., Opderbecke H. W.: Diagnostik und Therapie angeborener Zwerchfell-Defekte und Hiatus - Hernien im Neugeborenen - und frühen Säuglingsalter. Der Chirurg., 32, 2, 55, 1961.
12. Reme H.: "Parasternale und lumbocostale Zwerchfell-hernien". Der Chirurg, 32, 2, 49, 1961.

Praca wpłynęła :23. V. 1962 r.

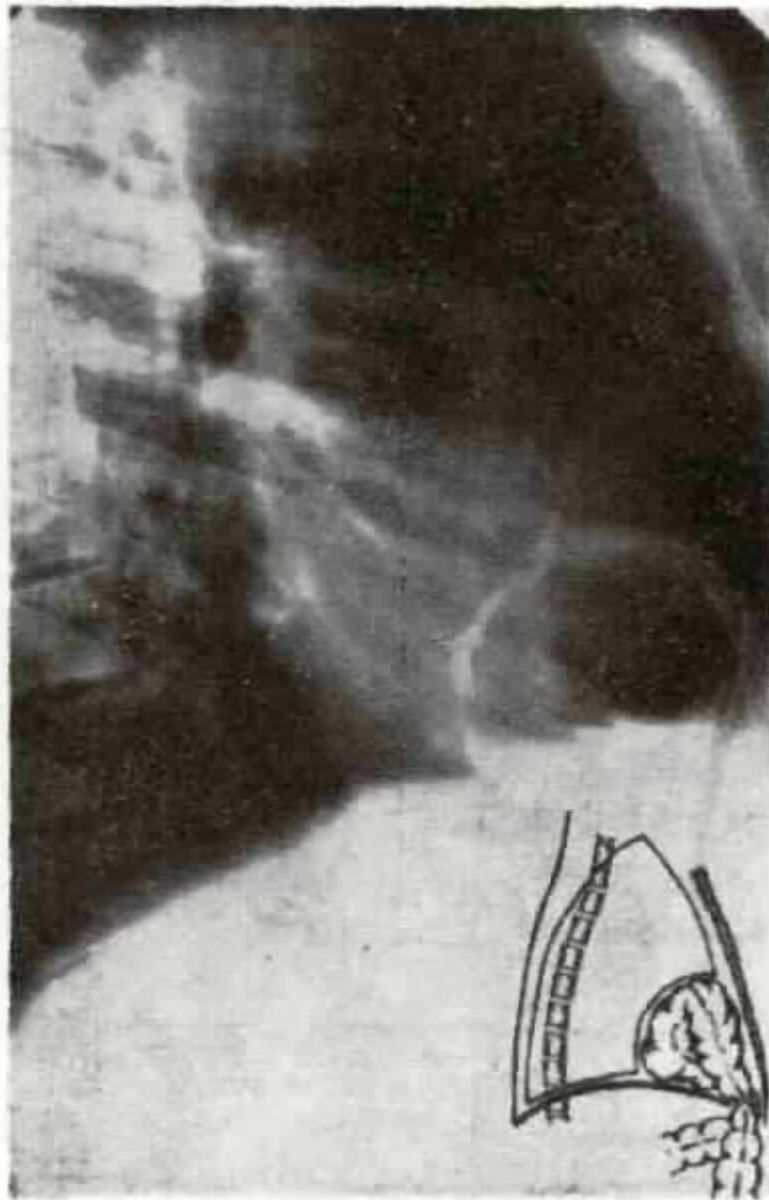
Adres autora : Poznań, ul. Przybyszewskiego 49.



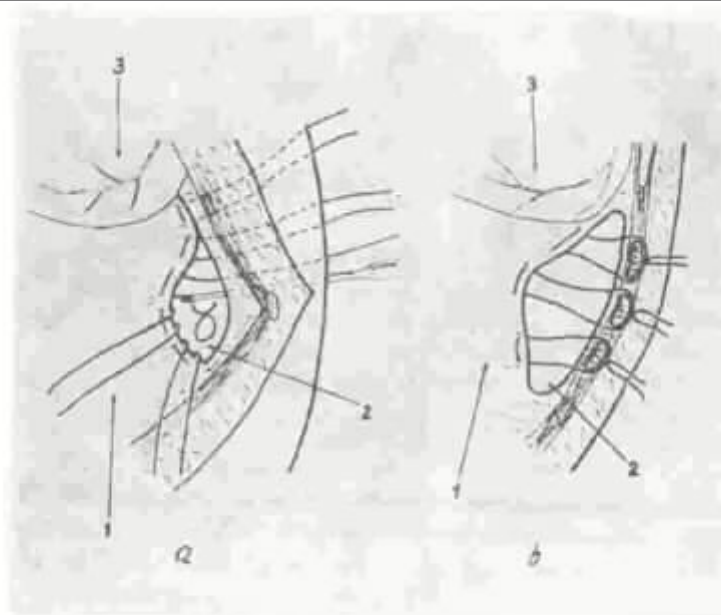
Ryc. 1. a) Przypadek 1. Przeglądowe zdjęcie klatki piersiowej. W prawym kącie przeponowo-sercowym widoczne jest ostro ograniczone zacinienie pozbawione rysunku płucnego. b) Przypadek 1. Badanie radiologiczne jelita grubego z wlewem kontrastowym wykazało, że poprzecznicą w postaci pętli wpukła się do klatki piersiowej przez przednią część przepony nieco na prawo od linii środkowej ciała.



Ryc. 2. Przypadek 2. Badanie radiologiczne jelita grubego po wykonaniu wlewu kontrastowego wykazało, że znaczna część poprzecznicy poprzez otwór w przedniej części przepony przemieszczona jest do klatki piersiowej.



Ryc. 3. Przypadek 3. Na zdjęciu bocznym prawym klatki piersiowej widoczny jest od przodu w kącie przeponowo-żebrowym okrągły ostro odgraniczony cień.



Ryc. 4. Schemat operacji przepukliny zastawkowej według Kuntzena, 1 — przepona, 2 — wrota przepukliny, 3 — serce. a) Sposób przeprowadzenia szwów, b) każdy szew obejmuje żebro i wiązany jest podskórnie.