

Αυτόματη μεσοπλεύρια πνευμονοκήλη μετά από έντονο βήχα- Παρουσίαση ασθενούς

Ν. Χαροκόπος, Τ. Κέλπης, Π. Αντωνίτσης, Ε. Ρούσκα, Χ. Παπακωνσταντίνου

Α΄ Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγάλων Αγγείων Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Περίληψη. Η κήλη του πνεύμονα αποτελεί ιδιαίτερα σπάνια νοσολογική οντότητα. Προκύπτει από την πρόβλη του πνευμονικού παρεγχύματος διαμέσου ενός μεσοπλεύριου διαστήματος εκτός του θωρακικού κλωβού. Διακρίνεται σε συγγενή και επίκτητη. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με αυτόματη κήλη του πνεύμονα μετά έντονο βήχα. Άνδρας ηλικίας 60 ετών εμφάνισε λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος η οποία εκδηλώθηκε με παραγωγικό βήχα και άλγος στο αριστερό ημιθώρακιο το οποίο εμφάνιζε επιδείνωση με το βήχα καθώς και τη δοκιμασία Valsalva. Έλαβε την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Μετά από επεισόδιο έντονου βήχα διαπίστωσε προβάλλουσα ελαφρά επώδυνη διόγκωση στο αριστερό ημιθώρακιο. Ο απεικονιστικός έλεγχος με απλή ακτινογραφία θώρακος και υπολογιστική τομογραφία κατέδειξε κήλη του αριστερού κάτω λοβού διαμέσου του 6ου μεσοπλεύριου διαστήματος. Οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου με τη διενέργεια αριστερής πλάγιας θωρακοτομής διαπιστώθηκε έλλειμμα 14 x 5 cm στο 6ο μεσοπλεύριο διάστημα διαμέσου του οποίου δημιουργήθηκε η κήλη. Για την αποκατάσταση του ελλείμματος τοποθετήθηκαν μη απορροφήσιμες περιπλευρικές ραφές Νο5 Ethibond (Ethicon). Ο ασθενής ανένηγε ομαλά. Κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης δεν εμφάνισε υποτροπή της κήλης.

Charokopos N, Kelpis T, Antonitsis P, Rouska E, Papakonstantinou Ch. Spontaneous intercostal lung hernia after persistent cough-Case report. 1st Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery. A.U.Th., AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece. Surg Chron 2006, 11: 87 - 90.

Lung hernia is an uncommon condition. It is defined as protrusion of the lung parenchyma through an intercostal space beyond the normal confines of the thoracic cavity. It is classified as congenital and acquired. A case of a 60-year-old man is presented with a history of an over respiratory tract infection with concomitant productive cough and left hemithorax pain that exacerbated with cough and Valsalva maneuver. He was properly treated with antibiotics. After a paroxysmal cough episode, a protruded mildly painful mass appeared in the left hemithorax. Imaging studies included plain chest radiography and computed tomography and revealed herniation of the left lower lobe through the 6th intercostal space. The patient was treated surgically. Through a left lateral thoracotomy a gap 14X5 cm between the intercostal muscles was identified that led to hernia formation. For restoring the integrity of the thoracic wall the ribs were reapproximated with intercostals sutures Ethibond No 5 (Ethicon). The patient recovered uneventfully. During follow-up period there was no evidence of hernia recurrence.

Εισαγωγή

Η κήλη του πνεύμονα (πνευμονοκήλη) αποτελεί σπάνια νοσολογική οντότητα. Ορίζεται ως προβλή του πνευμονικού παρεγχύματος εκτός των ορίων του θωρακικού κλωβού μέσα από ένα

χάσμα του θωρακικού τοιχώματος. Η πρώτη περίπτωση πνευμονοκήλης περιγράφηκε από τον Roland το 1499¹. Από τότε έχουν αναφερθεί περίπου 300 περιπτώσεις συνολικά στη βιβλιογραφία. Εμφανίζεται συχνότερα ως προβάλλουσα διόγκωση στο θώρακα η οποία περιλαμβάνει πνευμονικό

παρέγχυμα που προπίπτει μέσα από ένα μεσοπλεύριο διάστημα ως αποτέλεσμα θωρακικού τραύματος ή μετά από διενέργεια θωρακοτομής.

Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς ο οποίος εμφάνισε αυτόματη πνευμονοκήλη, χωρίς αναφερόμενο επεισόδιο τραυματισμού, μετά από έντονο και παρατεταμένο βήχα. Επιχειρείται παράλληλα ανασκόπηση των βιβλιογραφικών δεδομένων που αφορούν το μηχανισμό δημιουργίας της, τις μεθόδους διάγνωσης καθώς και τις σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπισή της.

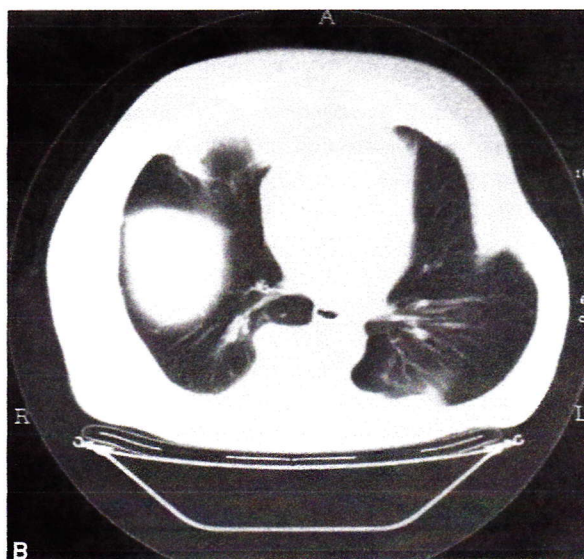
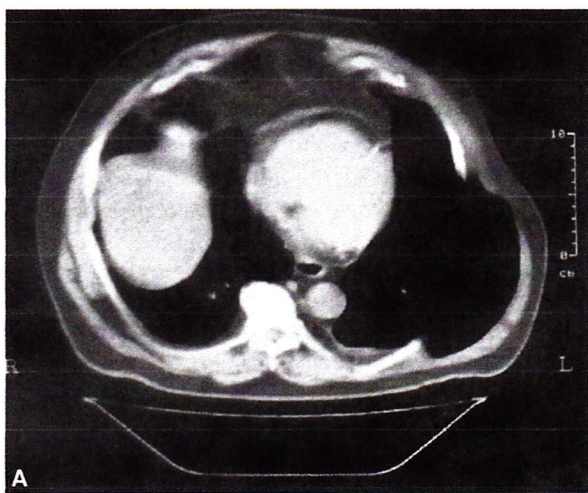
Παρουσίαση ασθενούς

Ανδρας ηλικίας 60 ετών εισήχθη από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στην Παθολογική Κλινική λόγω έντονου διαξιφιστικού άλγους στο αριστερό κατώτερο ημιθώρακιο συνοδευόμενο από έντονο παραγωγικό βήχα. Ανέφερε έναρξη των συμπτωμάτων προ δύο εβδομάδων, προοδευτική επιδείνωση του άλγους και εμφάνιση πυώδους απόχρεμψης παρά τη χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής από το στόμα. Ο ασθενής είχε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη για τον οποίο λάμβανε αγωγή με υπογλυκαιμικά δισκία. Από τον αρχικό κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού (πνευμονία αριστερού κάτω λοβού) με συνοδό πλευριτική συλλογή στο αριστερό ημιθώρακιο. Η καλλιέργεια των πτυέλων κατέδει-

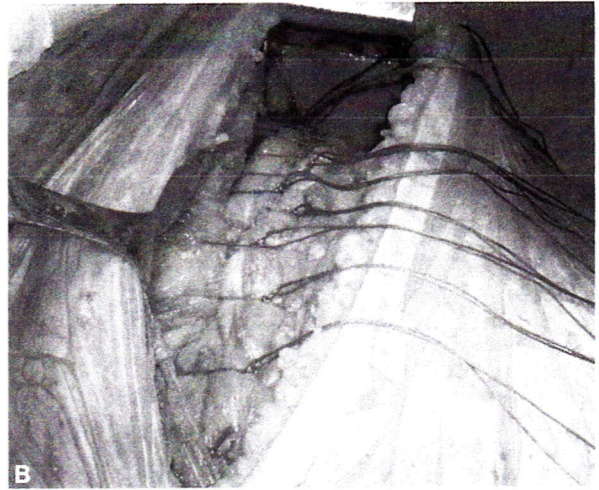
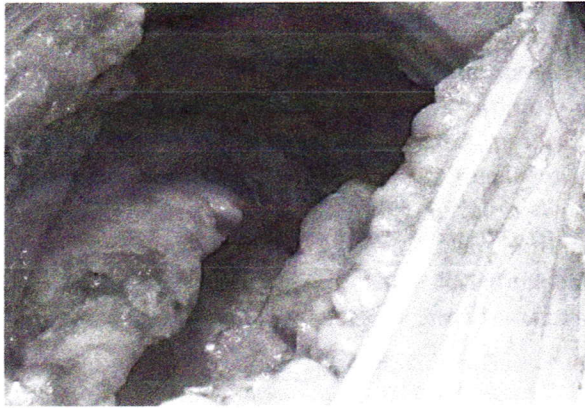
ξε τον αιμόφιλο ινφλουέντζας ως υπεύθυνο παθογόνο μικροοργανισμό. Με τη χορήγηση της κατάλληλης ενδοφλέβιας αντιμικροβιακής αγωγής, ο ασθενής εμφάνισε υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Την 6^η ημέρα της νοσηλείας του μετά από επεισόδιο έντονου βήχα εμφανίστηκε ομαλή διάγκωση στο αριστερό ημιθώρακιο. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η ύπαρξη μικρής ελαφρά επώδυνης μάζας στο κατώτερο τμήμα του αριστερού πλαιγίου θωρακικού τοιχώματος η οποία προέβαλε περισσότερο κατά την εκπνοή καθώς και με την εκτέλεση δοκιμασίας Valsalva. Ο απεικονιστικός έλεγχος με τη διενέργεια απλής ακτινογραφίας θώρακος αποκάλυψε την ύπαρξη ατελεκτασίας του αριστερού κάτω λοβού με μικρή σύστοιχη πλευριτική συλλογή και διάσταση του 6^{ου} αριστερού μεσοπλεύριου διαστήματος. Ακολούθησε η διενέργεια αξονικής τομογραφίας θώρακος όπου διαπιστώθηκε η παρουσία ευμεγέθους πνευμονοκήλης του αριστερού κάτω λοβού του πνεύμονα διαμέσου του 6^{ου} μεσοπλεύριου διαστήματος καθώς και η ύπαρξη μικρού κορυφαίου πνευμοθώρακα (Εικ. 1). Ο ασθενής αφού συμπλήρωσε νοσηλεία δύο εβδομάδων διακομίστηκε στην Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγάλων Αγγείων του Α.Π.Θ. με σκοπό την εκτίμηση και αντιμετώπιση της πνευμονοκήλης.

Υπό γενική αναισθησία διενεργήθηκε αριστερή πλάγια θωρακοτομή στο ύψος του 6^{ου} μεσοπλεύριου διαστήματος με διατήρηση του πλατέος ραχιαίου μύος (muscle-sparing thoracotomy). Α-



Εικ. 1. Α,Β: Υπολογιστική τομογραφία θώρακος η οποία εμφανίζει χάσμα στο 6ο μεσοπλεύριο διάστημα που συνοδεύεται από πρόπτωση του πνεύμονα.



Εικ. 2. Α. Το χάσμα στο 6ο μεσοπλευρικό διάστημα διαμέσου του οποίου συνέβη η πρόπτωση του πνευμονικού παρεγχύματος. Β. Σύγκλειση του χάσματος με ισχυρές μη απορροφήσιμες περιπλευρικές ραφές.

ναγνωρίστηκε η ύπαρξη ευμεγέθους χάσματος μεγέθους 14x5 cm στο μεσαίο και οπίσθιο τμήμα του 6^{ου} μεσοπλευρίου διαστήματος διαμέσου του οποίου προέπιπτε τμήμα του αριστερού κάτω λοβού. Ακολούθησε ανάταξη του προπίπτοντος τμήματος του πνεύμονα το οποίο δεν παρουσίαζε εικόνα ισχαιμίας ή νέκρωσης. Η συμπλησίαση των πνευμόνων στην περιοχή της βλάβης επιτεύχθηκε με την τοποθέτηση περιπλευρικών ραφών από μη απορροφήσιμο ράμμα (ETHIBOND N° 5, Ethicon, Somerville, NJ - Εικ. 2). Ακολούθησε η σύγκλειση των μυών του πλάγιου θωρακικού τοιχώματος σε δύο στρώματα. Ο ασθενής ανένηψε ομαλά και έλαβε εξιτήριο την 6^η μετεγχειρητική ημέρα. Κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης δεν εμφάνισε υποτροπή της κήλης.

Συζήτηση

Η κήλη του πνεύμονα συναντάται ιδιαίτερα σπάνια. Σύμφωνα με την ταξινόμηση που πραγματοποιήθηκε από τον Morel-Lavelle το 1847² διακρίνεται τοπογραφικά σε διαφραγματική, θωρακική και αυχενική. Η θωρακική αποτελεί τη συχνότερη εντόπιση στα 2/3 περίπου των περιπτώσεων, ενώ ακολουθεί η αυχενική και σπανιότερα η διαφραγματική εντόπιση. Επίσης αιτιολογικά διαιρείται σε συγγενή και επίκτητη. Η συγγενής πνευμονοκήλη εμφανίζεται στο 18% περίπου των περιπτώσεων ως αναπτυξιακή διαταραχή και εντοπίζεται συνήθως στον υπερκλειδίδο βόθρο³. Οι επίκτητες διακρίνονται περαιτέρω σε τραυματικές, αυτόματες και παθολογικές. Οι τραυματικές αποτελούν

και τις πιο συχνές περιπτώσεις επίκτητων πνευμονοκηλών (52% των περιπτώσεων). Εμφανίζονται συχνότερα μετά από διαιτηραίων θωρακικό τραύμα και σπανιότερα μετά από κλειστή κάκωση. Ιδιαίτερη σημασία έχει η εμφάνιση κήλης που πνεύμονα ως άμεση ή αψώτερη επιπλοκή μετά τη διενέργεια θωρακοτομής. Στην περίπτωση της παθολογικής επίκτητης πνευμονοκήλης (18% περίπου των περιπτώσεων) συνυπάρχει συνοδός παθολογική εξεργασία η οποία ευθύνεται για την εξασθένηση του θωρακικού τοιχώματος, όπως νεοπλασία, εμπύημα ημιθωρακίου, απόστημα θωρακικού τοιχώματος ή φυματιώδης οστεϊτιδα³.

Ο μηχανισμός δημιουργίας της αυτόματης πνευμονοκήλης περιλαμβάνει την εξασθένηση των μεσοπλευρίων μυών σε συνδυασμό με καταστάσεις που οδηγούν σε αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης, όπως ο βήχας, η δοκιμασία Valsalva ή η άρση βάρους. Ως προδιαθεσικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, φλεγμονώδεις ή νεοπλασματικές παθήσεις καθώς και η χρόνια χρήση στεροειδών ορμονών⁴. Στην περίπτωση που περιγράφηκε μοναδικός προδιαθεσικός παράγοντας ήταν ο οξύς και επίμονος βήχας ως επακόλουθο της λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού.

Η διάγνωση της πνευμονοκήλης στηρίζεται στην λήψη λεπτομερούς ιστορικού και στη διενέργεια επαρκούς κλινικής εξέτασης. Ένα σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων δεν οδηγεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων, γεγονός που απαιτεί υψηλό βαθμό κλινικής υποψίας για την διάγνωση της. Σε

περίπτωση που δεν υπάρχει κλινικά εμφανής ψηλαφητή προβάλλουσα μάζα, η διενέργεια της δοκιμασίας Valsalva οδηγεί συνήθως στην αύξηση της πρόπτωσης. Η ακτινογραφία θώρακος (σε πρόσθια και πλάγια λήψη) μπορεί να καταδείξει την ύπαρξη πνευμονικού παρεγχύματος εκτός του θωρακικού κλωβού ή τη διάσταση μεσοπλευρίου διαστήματος. Η διενέργεια υπολογιστικής (αξονικής) τομογραφίας κρίνεται απαραίτητη για να εκτιμηθεί η ακριβής θέση και το μέγεθος του χάσματος⁵. Η διενέργεια ελικοειδούς (spiral) αξονικής τομογραφίας με τον ασθενή να εκτελεί τον χειρισμό Valsalva αποτελεί την πιο ακριβή απεικονιστική μέθοδο⁶.

Η αντιμετώπιση της πνευμονοκήλης μπορεί να είναι είτε συντηρητική είτε χειρουργική. Συντηρητική προσέγγιση με στενή παρακολούθηση του ασθενούς ακολουθείται συνήθως σε ασυμπτωματικές κήλες ιδιαίτερα με υπερκλείδια εντόπιση. Η μεσοπλευρία πνευμονοκήλη απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση εφόσον είναι συμπτωματική ή αν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος περίσφιξης, όπως συμβαίνει σε πνευμονοκήλες οι οποίες αυξάνουν σύντομα σε μέγεθος και εμφανίζουν δυσκολία ανάταξης με χειρισμούς. Η ύπαρξη χάσματος μικρού μεγέθους αυξάνει τον κίνδυνο περίσφιξης του πνευμονικού παρεγχύματος.

Η επιδιόρθωση της πνευμονοκήλης μπορεί να πραγματοποιηθεί με την απλή τοποθέτηση περιπλευρικών ραφών από μη απορροφήσιμο ή συρμάτινο ράμμα, μετά την ανάταξη του περιεχομένου της, εφόσον υπάρχει επαρκής υγιής ιστός ώστε να

γεφυρωθεί το χάσμα. Στις περιπτώσεις που οι τοπικοί ιστοί δεν έχουν επαρκή ισχύ για την ασφαλή σύγκλειση του χάσματος, εναλλακτική τεχνική για την ενίσχυση του θωρακικού τοιχώματος και τη μείωση του κινδύνου υποτροπής, αποτελεί η χρησιμοποίηση προσθετικού συνθετικού πλέγματος (Dacron, πολυπροπυλενίου, Marlex)⁷. Η έγκαιρη αναγνώριση της παθολογικής αυτής κατάστασης σε συνδυασμό με την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου συμβάλλουν στην πλήρη επιδιόρθωση του ελλείμματος και στην αποφυγή εμφάνισης επιπλοκών από το πνευμονικό παρέγχυμα.

Βιβλιογραφία

1. Tack D, Wattiez A, Schtickzelle JC, Delcour C. Spontaneous lung herniation after a single cough. Eur Radiol. 2000, 10: 500-2.
2. Morel-Lavelle A. Hernies du poumon. Bull Soc Chir Paris 1847, 1: 75.
3. Glenn C, Bonekat W, Cua A, Chapman D, McFall R. Lung hernia Am J Emerg Med 1997, 15: 260-3.
4. Ross R, Burnett CM. Atraumatic lung hernia. Ann Thor Surg 1999, 82: 1496-7.
5. Tamburro F, Grassi R, Romano S, Del Vecchio W. Acquired spontaneous intercostal hernia of the lung diagnosed on helical CT. AJR 2000, 174: 876-7.
6. Hauser M, Weder W, Largiader F, Glazer GM. Lung herniation through a postthoracoscopy chest wall defect: demonstration with spiral CT. Chest 1997, 112: 558-60.
7. Brock MV, Heitmiller RF. Spontaneous anterior thoracic lung hernias. J Thorac Cardiovasc Surg 2000, 119: 1046-7.

Όροι ευρετηρίου:

Κήλη πνεύμονα

Αυτόματη

Key Words:

Lung hernia

Spontaneous