

Nadir Bir Olgu: Geç Dönem Konjenital Diyafragma Hernisi

Congenital Diaphragmatic Hernia Late Period: A Rare Case Report

Tülin Durgun Yetim¹, İbrahim Yetim², Murat Karcıoğlu³, Ramazan Davran⁴, Elif Canbolant²

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Hatay, Türkiye

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Hatay, Türkiye

³Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Hatay, Türkiye

⁴Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Hatay, Türkiye

Özet

Konjenital diyafragma hernileri genellikle erken infant döneminde görülmektedir. Erişkinlerde görülen diyafragma hernilerin etyolojisinde genellikle travma yer alır. Kliniğimize başvuran 17 yaşındaki bayan hastada nefes darlığı ve halsizlik şikayeti mevcuttu. Çekilen BT’de ince, kalınbarsak anslarının toraks içinde olduğu ve dalak anterior yerleşimli tespit edildi. Olgumuzda travma öyküsü olmaksızın Bochdalek hernisi olması, ayrıca serbest dalak, duodenum ve çekum, çıkan kolon mobil olup, peritonsuz olması nedeniyle özellikliydi.

Anahtar Kelimeler: Konjenital diyafragma hernisi, solunum sıkıntısı, geç dönem

Abstract

Congenital diaphragmatic hernias are usually seen in early infancy period. Upon the diaphragmatic hernias seen in adults usually trauma play an important role in the etiology. A 17-year-old female patient admitted with the complaint of dyspnea and fatigue. CT scans revealed that small intestine, colon were displaced through the chest and the spleen was located anterior. This case was interesting as Bochdalek hernia occurred with no history of trauma, and as well warning spleen, duodenum and cecum, ascending colon were mobile and had no peritoneal property.

Key Words: Congenital diaphragmatic hernia, respiratory distress, late period

Konjenital diafragma hernileri Bochdalek, Morgagni, Özofagial hernileridir (1,10). Diyafragma hernilerinin en sık şekli olan bochdalek hernisi %80-90 oranında sol posterolaterale lokalize olur. Genel olarak embriyonik periyodun sonunda pleuroperitoneal kanalın kapanmasındaki yetersizliğin bu defekte neden olduğu düşünülür. Yenidoğan ve erken infant döneminde takipne, siyanoz ve respiratuvar yetmezlik şeklinde bulgu verir (1). Daha geç dönemlerde ortaya çıkanlar oldukça nadirdir. ileri dönem diyafragma hernilerin etiyolojisinde

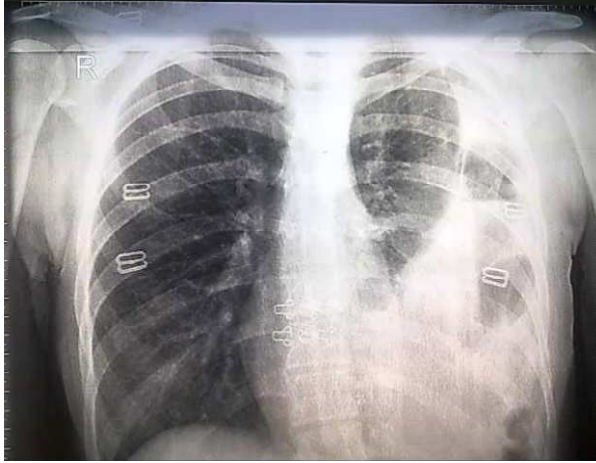
genellikle travma vardır. Diyafragma hernileri tanısında toraks BT yeterlidir. Serbest dalak ise klinikte çok nadir rastlanan ve teşhisi zor olan bir durumdur. Etiyolojisi bilinmemektedir. Uzun bir pedikül ligamentinin gevşek olması saptanabilen bir bulgudur. Daha sık olarak batın sol üst kadranda ve önde yer almaktadır. Vakamızda travma öyküsü olmaksızın diyafragma hernisi saptanması nedeniyle özellikli görülmüştür.

Olgu Sunumu

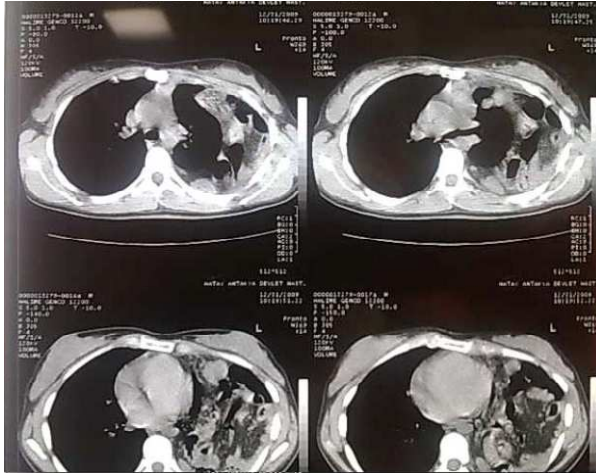
17 yaşında kadın hasta uzun süredir nefes darlığı şikayeti ile bronkodilatator ve antibiotik tedavisi görmüş. Şikayetlerinde artma olması üzerine başvurduğu klinikte ampiyem düşünülmüş ve kliniğimize refere edilmiş. Fizik muayenesinde solunum sıkıntısının olması, herniasyon bölgesinde

Yazışma Adresi: Dr. Tülin Durgun Yetim
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD
Hatay/Türkiye
E-posta: tulinyetim@gmail.com

solunum sesleri duyulmadı. Akciğer alanlarında barsak seslerinin duyuldu ve kalp seslerinin yer değiştirmiş olarak saptandı. Çekilen Posterior-anterior akciğer grafisinde (Resim 1) hemitoraks içerisinde barsak ansları saptandı. Toraks CT'de ince ve kalın barsak anslarının sol hemitoraks içerisinde olduğu ,dalağın anterior yerleşimli olduğu gözlemlendi (Resim 2).

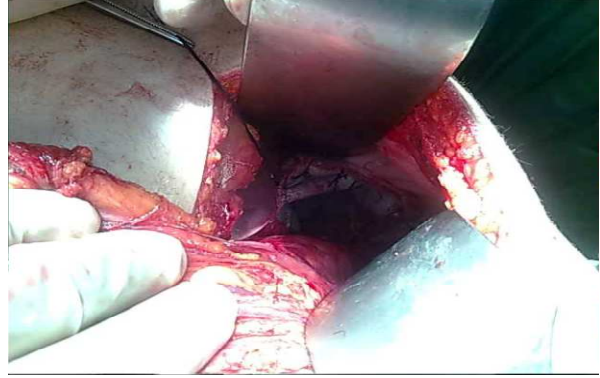


Resim 1. Olgunun PA grafisi



Resim 2. Toraks BT görüntüsü

Dalak serbestti ve batın anterioruna doğru, mide ise, sağa doğru yerdeğiştirmişti (Resim 5). Hastada preoperatif olarak saptanan bu bulgulardan dolayı, özellikle dalağın yerleşim yerinden dolayı öncelikle laparotomi yapılması planlandı. Genel cerrah uzmanı ile birlikte hasta ameliyata alındı. Laparotomi yapıldı. Eksploreyonda; sol diyafragmada posteriorda açıklık, ince ve kalın barsak toraks içerisinde olduğu ve akciğerin ateletazik olduğu saptandı ve 6*3 cm diyafragma defekti izlendi (Resim 3). Ayrıca; duodenum, çıkan kolon, çekumun peritonsuz olduğu gözlemlendi (Resim 4).

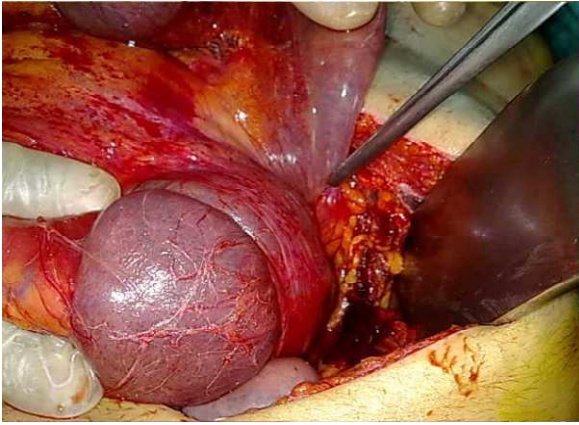


Resim 3. Diyafragmada açıklık

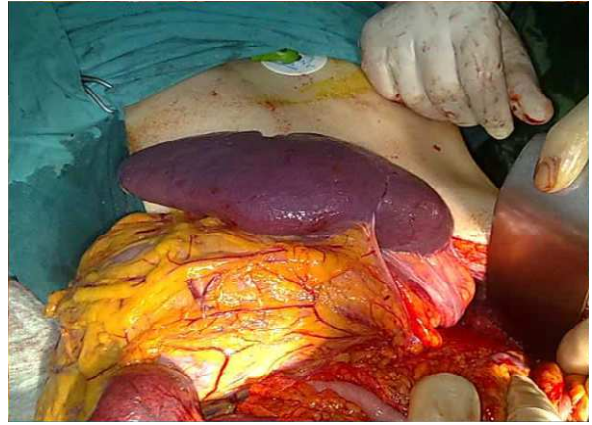
Diyafragmadaki açıklıktan akciğer ekspansiyonun sağlandığı gözlemlendikten sonra, açıklık Goretex Dualmesh (GORE DUALMESH® Biomaterial) ile kapatıldı. Bir adet toraks dreni yerleştirildi. Takiplerinde postoperatif ilk üç gün ekspansiyon sağlandı. Bağırsak hareketleri ateşi postoperatif 1. Günde duyuldu ve hastaya rejim başlandı. Postoperatif 4. günde hastanın ateşi yükseldi, kanda lökositoz tespit edildi. Çekilen PA grafide akciğerde kollaps gözlemlendi. Hastanın yükseldi ve kanda lökositoz saptandı. Bronkoskopi yapıldı. İlk etapta ekspansiyon sağlanmasına rağmen hastanında solunum egzersizlerini tam olarak yapamamasından dolayı akciğerde tekrar kollaps gelişti ve hastanın ampiyeme doğru gidişini engellenmek için postoperatif 5. Günde hastaya torakoskopi planlandı. Sol anterior midaksiller 6. İnterkostal aralıktan tek torakar yerleştirildi. Plevral yüzeyde yapışıklıkların fazla olduğu gözlemlendi ve torakoskopi yapılamadı. Torakotomiye geçildi. Eksploreyonda; özellikle alt lob, üst lob apikoposterior segmentlerde plevranın kalınlaştığı ve toraks duvarına sıkıca yapıştığı gözlemlendi. Hastaya dekortikasyon yapıldı. İki adet göğüs tüpü takıldı. Plevral örnek alındı. Patoloji sonucu kronik plörit olarak yorumlandı. Akciğer ekspansiyonu sağlandı. Postoperatif 5. günde bazal, 6. günde apeks tüpü çekildi. Taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrolünde hastanın başvuru şikayetleri düzelmiş olarak saptandı.

Tartışma

Konjenital diafragma hernileri ise Bochdalek %90, Morgagni %1-5, Özofagial herniler %1-5 tir (1,10). Diyafragma hernilerinin en sık şekli olan bochdalek hernisi %80-90 oranında sol posterolaterale lokalize olur ve erkeklerde 2 kat daha fazla gözükmetedir. Bu tür herniler pleuroperitoneal membranın septum transversum ile bağlantısının yetersiz olması sonucu abdominal yapıların göğüs boşluğuna geçmesiyle meydana gelirler (9,10).



Resim 4. Peritonsuz duodenum 4. kısmı



Resim 5. Serbest dalak

Bochdalek hernisinin gecikmiş olarak ortaya çıkması genellikle sağ taraf defektlerinde olur. Sağda karaciğerin varlığı diyaframatik defektin kısmen kapatılmasını sağlar. Sol taraftaki hernilerin de geç olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiş olmakla birlikte literatürde puberte sonrasında, orta ve ileri yaşta bildirilmiş vakalar çok az sayıdadır (2,3). Geç ortaya çıkan Bochdalek herni olgularında hikayede genellikle tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar, dispne, “wheezing”, göğüs ağrısı, abdominal ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare olarak bildirilmiştir (4,5). Öksürük nöbetleri ve künt travma gibi abdomen ve toraks içinde aşırı basınç değişimi yaratan olaylar diyaframatik defektten intrabdominal organların toraks içine geçişini artırabilir (12). Ancak yenidoğan döneminden sonra KDH tanısı genellikle akla getirilmemektedir (6). Hastamızda da tanı akla getirilmediği için ampiyem düşünülmüştür. KDH' lı hastalar tanının akla gelmemesi sonucu yanlış teşhisler nedeniyle hatalı girişimlere maruz kalabilmektedirler (7). Berman ve arkadaşlarının 26 hastalık geç bulgu veren KDH' lı hasta serilerinde hastaların 16'sında ilk tanının primer akciğer anomalisi olduğu ve bunların 4 tanesinin torasentezle sonuçlandığı bildirilmiştir (8). Erişkinlerde Bochdalek fitiklerinin çoğu asemptomatik seyreder. Bu nedenle tanı konulması güçtür. Hastalar genellikle göğüs ağrısı ya da gastrointestinal sisteme ait şikayetlerle başvururlar (11). Bizim hastamızda ise daha çok solunum yolu şikayetleri mevcuttu. Geç fark edilen fitiklar, travma, fiziksel zorlama, hamilelik gibi intrabdominal basınçların artması sonucu oluşabilir. Sol taraf fitiklar yağ retroperitoneal yapılar yada retroperitoneal içerikler içerir. Sol ağırlıklı fitik enterik, dalak, karaciğer, pankreas, böbrek ve yağ içerebilir. Kolon içeren fitiklar nadir ve genellikle sol taraflı fitik aracılığı ile oluşur. Vakamızda da fitik kolon ve ince bağırsak içermektedir. Sağ taraf ağırlıklı Bochdalek fitikları

ağırlıklı olarak karaciğer, böbrek ya da yağ içerir. Hastamızın fizik muayenesinde solunum sıkıntısının olması, herniasyon bölgesinde solunum seslerinin alınamaması, akciğer alanlarında barsak seslerinin duyulması ve kalp seslerinin yer değiştirmesi, ayrıca çekilen PA grafisi ve Toraks BT görüntülerinde özellikle posteriodan olan ince ve kalın barsak herniasyonu bize konjenital diyafram hernisini düşündürmüştür. Ameliyatta herninin yerleşim yeri, diyaframın diğer kısımlarının normal olması ve hikayede diyafram perforasyonunu düşündürecek travmanın olmaması, klinik ve radyolojik bulgularında varlığı ile erişkin Bochdalek hernisi tanısını desteklenmiştir.

Kaynaklar

1. Synder WH, Greaney EM. Congenital Diaphragmatic Hernia: 77 Consecutive cases, Surgery 1965;57:576.
2. Campbell D, Lilly JR. The clinical spectrum of right Bochdalek's hernia. Arch Surg 1982;117:341-4.
3. Ögünç G, Yıldız S. A strangulated Bochdalek's hernia with perforation of stomach in an adult patient. Marmara Medical Journal 1998;11:168-70.
4. Radin DR, Ray MJ, Halls JM. Strangulated diaphragmatic hernia with pneumothorax due to colopleural fistula. AJR 1986;146:321-2.
5. Payne JH Jr, Yellin AE. Traumatic diaphragmatic hernia. Arch Surg 1982;117:18-24.
6. Berman L, Stringer D, Ein SH, Shandling B. The late presenting pediatric Bochdalek hernia: a 20 year review. J Pediatr Surg 1988; 23: 735-739. .
7. Coren ME, Rosenthal M, Bush A. Congenital diaphragmatic hernia misdiagnosed as tension pneumothorax. Pediatr) Berman L, Stringer D, Ein SH, Shandling B. The late presenting pediatric Bochdalek hernia: a 20 year review. J Pediatr Surg 1988; 23: 735-739.

-
8. Booker PD, Meerstadt PW, Bush GH. Congenital diaphragmatic hernia in the older child. Arch Dis Child 1981; 56: 253-257.
 9. Coren ME, Rosenthal M, Bush A. Congenital diaphragmatic hernia misdiagnosed as tension pneumothorax. Pediatric Pulmonol 1997; 24: 119-121. .
 10. Reid LM. Lung growwth in healt and disease. Br J Dis Chest 1984;78:83.
 11. Batts S, Thompson MW, Person DA. Late presentation of diaphragmatic hernia in a Pacific Island pediatric population. Hawaii Med J. 2009 Apr;68(3):59-61.
 12. Funáková M, Cingel V, Trnka J, Babala J, Babulic M, Hornová J, Horn F. Later age diaphragmatic hernia Rozhl Chir. 2008 Oct;87(10):554-8.
 13. Spinelli C, Ghionzoli M, Costanzo S, Pistolesi F, Massart F. Acute respiratory distress for late-presenting congenital diaphragmatic herniaTurk J Pediatr. 2008 Sep-Oct;50(5):480-4.
-