

TRAVMATİK DİAFRAGMA HERNİLERİ

TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIAS

Dr.Salih SELMAN Dr.Rıza KÜPELİOĞLU Dr.Davut Aydemir Dr.Servet KARAHAN Dr.Yaşar DOĞAN*

ÖZET: Tanısı geç koyulmuş 2 strangule diafragma hernisi olgusu irdelendi. 17 yıl ve 6 ay sonra herniasyon gelişenlerde çeşitli komplikasyonlar gözlemlendi. Diafragma rüptürünün tanınmasındaki güçlük ve tanındaki gecikmeler yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir. Hatıra gelmedikçe ve özel teknikler uygulanmadıkça tanı koymak zor olmaktadır. Bu nedenle şüpheli durumlarda mutlaka diafragma rüptürü olasılığının düşünülmesi ve ileri tetkiklerin yapılmasının faydalı olacağı kanısındayız.

SUMMARY: In this case report, we want to present two patients with strangulated hernia, which retained silent for a long period. Consequently a developing strangulated hernia would make the situation even more complicated. To effect the morbidity and the mortality rates positively in the patients who have thoracic trauma, silent ruptures of the diaphragm must be considered.

Tek başlarına nadiren ölüme neden olan travmatik diafragma yaralanmaları gözden kaçırıldıklarında gastrointestinal herniasyonla önemli komplikasyonlara ve ölümlere yol açmaktadırlar.

Cerrahi operasyonlar sırasında oluşmuş veya spontan ortaya çıkan diafragma rüptürlerine de rastlanmakla beraber diafragma rüptürlerinin çoğu göğüs veya karın künt ve penetran yaralanmaları sonucu meydana gelmektedir (1).

Ülkemizde son yıllarda trafik kazalarının artmasıyla sık görülen bıçak ve ateşli silah yaralanmaları diafragma rüptürlerinin görülme olasılığını arttırmıştır. Tanı, şüphe üzerine daha sonra yapılan ileri tetkik sonucu veya acilen uygulanan cerrahi girişim esnasında konmaktadır (1,2).

Defekt büyükse erken dönemde organ herniasyonu ve buna bağlı klinik belirtiler gözlenirken, defekt küçükse diafragma rüptürü uzunca bir süre tespit edilemeden kalabilir. Defektten en sık mide, dalak ve transvers kolon herniye olur(3).

Diafragma yaralanmasına bağlı olarak, geç dönemde boğulmuş fitik saptanan 2 hastamızı literatür ışığı altında incelemeyi uygun gördük.

OLGU-1:

Y.S. 18 yaşında, erkek, öğrenci.

Şikayeti: Bulantı, kusma, karın ağrısı.

Hikayesi: 5 gün evvel göbek çevresinde ağrısı başlayan hastanın ağrısı giderek artmış ve sola doğru yayılmış. Bu süre içinde günde 2-3 kez kusması olan hasta defekasyon yapamamış. Hasta bu bulgularla acil polikliniğimize başvurmuş.

Fizik Muayenesi: Karın distandı, timpanizm artmış. Traube açık, dalak ve karaciğer ele gelmiyor. Defans yok, rebound pozitif. Barsak sesleri artmış. Tuşe rektalde rektum boş ve ağrısız.

Özgeçmiş: 1 yaşında torakotomi (ne yapıldığı bilinmiyor). Hasta bu bulgularla gece acil poliklinikte incelemeye alındı.

Labaratuvar: Htc: %51, Lökosit: 7400, T.A.: 130/70 Nabız: 86. Koltuk altı ısı 37,2 rektal ısı 38 idi. ADBG: Kalın ve ince barsak tipi seviyeler. USG: Abdomende serbest mayii, dilate barsak loopları.

Lavman yapılan hastanın rahatlaması ve defekasyon yapması üzerine sabaha kadar gözlem altında tutulmuş. Sabah vizitinde sigmoid volvulus şüphe edilen hastaya kolonoskopik detorsion denendi. Kolonoskopide rektum, sigmoid kolon geçilerek 90cm'e kadar ilerlendi. Bu bölgelerde patoloji saptanmadı. 90.'cı cm de kolon lümeninin kapalı olduğu gözlemlendi. Tüm uğraşılara rağmen daha ileri gi-

Haseki Hastanesi II. Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresi: Dr.Rıza KÜPELİOĞLU

Haseki Hastanesi II. Cerrahi Kliniği, İstanbul

dilemedi. Kolonoskopiye son verildi ve hasta ameliyata alındı.

Yapılan eksplorasyonda batında 500cc reaksiyonel mayii tespit edildi. Sol flexuranın ve omentumun diyaframadaki defektten göğüs boşluğuna geçmiş olduğu görüldü. Proksimaldeki kolon kısımları aşırı distandü idi. Defekt genişletilerek kolon karın içine alındı. Sol fleksuradaki 15cm.lik bir bölüm nekroze idi. Bu kısım rezeke edildi. Distal uç kendi üzerine kapatıldı, proksimal ucla kolostomi yapıldı.

Post-op komplikasyon görülmeyen hasta 12. gün salah ile taburcu edildi.

OLGU-2:

S.Ç 18 yaşında erkek

Şikayeti: Karın ağrısı, bulantı, kusma.

Hikayesi: 4 ay önce karın ağrısı, 2 ay önce bulantı, kusması başlamış.

Öz ve Soy Geçmişi: 6 ay önce bıçaklanma nedeniyle sol toraks tüpü takılmış.

Fizik Muayene: Sol akciğer bazalinde solunum sesleri azalmış.

Fizik muayene: Sol hemitoraksta barsak ansları mevcut. Hasta bu bulgularla sol diyafragma hernisi tanısı ile ameliyata alındı. Laparotomi eksploratriste mide fundusu ve omentum diyafragma defektten toraksa geçtiği saptandı. Organlar batına redükte edildi ve diafragma defekti kapatıldı.

TARTIŞMA

Diyafragma rüptürünün ciddi komplikasyonları çok defa erken veya geç dönemde meydana gelen viseral organ herniasyonları ile oluşmaktadır(4). 2 olgumuzda geç dönemde kliniğe başvurmuş hastalardır. Bunlardan birinin travmadan 17 yıl, diğerinin 6 ay sonra başvurmaları özellikle dikkat çekicidir. Geç başvuran 2. hastanın bıçaklanma geçirdiği göz önüne alındığında başvurdukları sağlık kuruluşunda diyafragma rüptürünün gözden kaçma olasılığı akla gelmektedir. Nitekim bu sağlık kuruluşunun arşivinden getirilen filmlerde diyafragma hernisi düşündürebilecek bulgular tespit edilmiştir. Fizik muayene ile penetran yaralanmalarda %44 ve künt yaralanmada %55 vakada tanı koyulamamaktadır (2,3). Göğüs alt ve karın üst bölgesine ait yaralanmalarda diyafragma yaralanmasından şüphelenilmesi gerekir (5,6). Literatürde birçok yazıda tanı koymanın zorluğundan bahsedilmektedir (1,6,7,8). Erken tanı ancak diyafragma rüptüründen şüphe etmekle olmaktadır (9,10,11).

Fizik muayene ve seri göğüs radyogramlarının alınması diafragma rüptürünün tanısında anahtar rol oynar (2). Başingıçtaki göğüs grafilerinde diyafragma elevasyonu, diyafragma konturlarının seçilememesi, hemopnömotoraks veya atelektazi gibi bulgular bulunabilir (2,5). Hastalarımızın ikisinde diyafragma konturları seçilemiyor ve diyafragma elevasyonu bulguları vardı. İlk vakada diyafragma herniasyonu şüphelenilmediği için diyafragma rüptüründen şüphelenildi ve tanıya gidildi. İkinci vakada daha evvel tedavi gördüğü klinikteki eski filmleri istendi. Bu filmler incelendiğinde diyafragma konturunun seçilemediği tespit edildi. Diyafragma rüptürü semptomların azlığı nedeniyle gözden kaçırıldığı düşünüldü.

Toraksta herniye olan visseral organların dilate ve obstrükte olmaları ile göğüs grafilerinde pnömotoraksı taklit eden görünüm (enterotoraks) oluşabilir (1). Travmatize hastada ayrıca konjenital diyafragma hernisi bulunabilir (11). İlk vakamızda 1 yaşında yapılan ameliyat konjenital diyafragma hernisine bağlı olabilir.

Diyafragma hernisi şüphe edilen olgularda baryumlu gastrointestinal sistem tetkiki ile tanı koyulabilir. Travmatize hastalarda göğüs tüpünden peritoneal lavaj sıvısının gelmesi tanı koydurucudur. Nazogastrik tüpünde toraksta kıvrım yapması tanıya yardımcıdır. Tanıda pnömoperitoneumda kullanılabilir.

Penetran yaralanmalarda sağ ve sol diyafragma rüptürleri tamamen rastlantısal dağılım gösterirler. Buna karşılık künt diyafragmatik rüptürlerde yaralanma sıklıkla sol taraftadır. Altındaki karaciğer tarafından korunmakta olan sağ diyaframadaki rüptür az görülür. En sık rastlanan rüptür yeri bizim ilk vakamızla uyum gösteren sol medial ve sol posteromedial tendinömsküler alanlardır. Bu noktanın embriyolojik gelişmede diyafragmanın en zayıf kalmış bölgesi olduğu bilinmektedir (12). Üst abdomen yada toraksın ciddi, ezici bir travması sırasında diyafragma rüptürü oluşabilmesi için ya intraabdominal basıncın diyafragmanın dayanabileceği basıncın üzerine çıkması yada kırılmış kostanın ucunun laserasyonu gerekir.

Tanı konulduktan sonra hasta stabilize olur olmaz operasyon gerekir. Travmanın şekli ve lokalizasyonu cerrahi yaklaşımı belirler. Karına ait bir patolojinin bulunmadığı durumlarda veya gecikmiş olgularda intratorasik adhezyonların giderilmesinde en uygun yaklaşım tarzı trans-torasik yoldur (6,12,13). Erken operasyon ve defektin tamiri herniasyona ait problemleri önler (2). Literatürde mortalite oranları %10-20 arasında verilmiştir (7,12).

Sonuç olarak diyafragma rüptürünün tanınmasındaki güçlük ve herniasyona bağlı gelişebilen organ nekrozu has-

tanın yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Akla gelmedikçe ve özel teknikler uygulanmadıkça tanı koymak zor olmaktadır. Bu nedenle şüpheli olgularda mutlak diyafragma rüptürü olasılığının düşünülmesi ve ileri tetkiklerin yapılmasının faydalı olacağı kantsındayız.

KAYNAKLAR

1. Wienczek RG, Wilson RF, Steiger Z: Acute injuries of the diaphragm. *J Thorac Cardiovasc Surg* 92: 989-993, 1986.
2. Aronoff RJ, Reynolds J, Thol ER: Evaluation of diaphragmatic injuries. *Am J Surg* 144: 671-674, 1982.
3. Miller LW, Bennett EV, Root HD, et al: Menagement of penetrating and blunt diaphragmatic injury. *J Trauma* 5: 403-408, 1984.
4. Christophi C: Diagnosis of traumatic diaphragmatic hernia: analysis of 63 cases. *World J Surg* 7: 277-280, 1993.

5. Drews JA, Mercer EC, Benfield JR: Acute diaphragmatic injuries. *Ann Thorac Surg* 16: 67-77, 1973.
6. Wise L, Connors J, Hwang YK, Anderson C: Traumatic injuries to the diaphrag. *J Trauma* 13: 945-949, 1973.
7. Fallazadeh H, Mays ET: Disruption of the diaphragm by blunt trauma. *Ann Surg* 41: 337-341, 1975.
8. Ward RE, Flynn TC, Clark WP: Diaphragmatic disruption secondary to blunt abdominal trauma. *J Trauma* 21: 35-38, 1981.
9. Arendrup HC, Jensen BK: Traumatic rupture of the diaphragm. *Surg Gynecol Obstet* 154: 526-530, 1981.
10. Dajee A, Schepps D, Nurley EJ: Diaphragmatic injuries. *Surg Gynecol Obstet* 153: 31-32, 1981.
11. Estrera AS, Platt MR, Mills LJ: Traumatic injuries of the diaphragm. *Chest* 75: 306-312, 1979.
12. Harrington SW: Traumatic diaphragmatic hernia. *Surg Clin North Am* 30: 961-970, 1950.
13. Sturg B, Noon GP, Beall AC: Traumatic diaphragmatic hernia. *Ann Thorac Surg* 17: 444-448, 1974.
14. Brooks JW: Blunt Traumatic Rupture of the Diaphragm. *Ann Thorac Surg* 26: 200-203, 1978.

... (Faint, mostly illegible text in the left column) ...

... (Faint, mostly illegible text in the right column) ...

... (Faint, mostly illegible text in the left column) ...

... (Faint, mostly illegible text in the right column) ...