

Geç Tanı Almış Bir Travmatik Diyafram Yırtığı

Ufuk Çobanoğlu*, Muhammed Can**

Özet

Travmatik diyafram rüptürü, künt travmaların %0,5-6'sında gelişmektedir. Künt diyafram rüptürlerinin %80-90'ı sol tarafta meydana gelir. Diyafram rüptürünün preoperatif tanısı zordur. Tanı konulamayan diyafram rüptürü olgularında semptomlar, haftalar, aylar ve hatta yıllar sonra bile ortaya çıkabilir. Elli iki yaşındaki erkek hasta, 4 yıl önce kendi kullandığı araçla trafik kazası geçirmiş. Kazadan 4 yıl sonra, ağrı ve efor sonrasında ve yatmakla nefes darlığı şikayetlerinin olması nedeniyle tekrar hekime başvurmuş. Çekilen postero-lateral akciğer grafisinde, sol alt zonda hava-sıvı seviyesi görülmüş. Toraks bilgisayarlı tomografisi ile travmatik diyafram rüptürü tanısı kesinleşti. Cerrahi eksplorasyonda, kolon, mide ve omentumun sol hemitoraks içerisinde olduğu görüldü. Diyafram primer olarak onarıldı. Ameliyat sonrası takibinde herhangi bir sorunu olmayan hasta onuncu günde taburcu edildi. Diyafram rüptürünün erken tanısında en önemli nokta, künt ya da penetran travmalı hastalarda bu olasılığın akla getirilmesidir. Gecikmiş dönemde, travma hikayesi kolayca gözden kaçabileceği için tanı zorlaşmaktadır.

Anahtar kelimeler: Diyafram rüptürü, tanıda gecikme, torakotomi

Travmatik diyafram hernisi; diyaframı etkileyen künt veya kesici-delici torako-abdominal travmaların iyi bilinen, bununla birlikte kolaylıkla da gözden kaçabilen bir komplikasyonudur (1). Klinik tabloyu eşlik eden organ yaralanmalarının maskeleyesinden dolayı ihmal edilmesi veya atlanması mümkün olabilen yaralanmalardandır (2).

Travmadan sonraki akut dönemde semptom, fizik ve radyolojik bulguların olmadığı durumlarda, özellikle başka organ yaralanmalarının eşlik etmediği olgularda tanı, aylar ve hatta yıllarca gecikebilir ve bu durum morbidite ve mortaliteyi artırır. Tanıda önemli nokta, künt ya da penetran travmalardan sonra diyaframın yaralanma olasılığının akla getirilmesidir (1,3). Rüptür, künt travmalarda çoğunlukla solda (%80-90) görülürken, penetran yaralanmalarda bu oran yaklaşık olarak eşittir (4). Diyafram yaralanmaları %90'nın üzerinde yandaş organ yaralanmaları ile birlikte olur (5).

Bu yazımızda, semptomları göğüs travmasından 4 yıl sonra başlayan travmatik diyafram rüptürlü olgu, güncel literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Olgu Sunumu

52 yaşında erkek hasta, son bir iki yıldır sırta ve sol omuza vuran ağrı ile son birkaç ay içerisinde artan nefes darlığı şikayeti mevcut. Sigara kullanımı hikayesi olan hastaya müracaat ettiği sağlık merkezinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına yönelik medikal tedavi düzenlenmiş. Efor sonrası ve yatmayı takiben dispne şikayeti iyice artan hasta bir Göğüs Hastalıkları kliniğine müracaat etmiş. Çekilen P-A akciğer grafisinde solda hava-sıvı seviyesi görülmüş.

Hikâyesinin sorgulanması sonucunda 4 yıl önce araç içi trafik kazası geçirdiği saptanmış. Kliniğimize sevk edilen hastanın yapılan fizik muayenesinde; genel durum iyi, şuur açık koopere ve oryanteydi. Ödem, ikter, siyanoz ve çomak parmak saptanmadı. Kan basıncı 130/90 mmHg, nabız 85/dak. ve solunum sayısı ise 20/dak. olarak tespit edildi. Sol hemitoraks bazalde solunum sesleri, sağa göre azalmıştı; orta zonda raller ve barsak sesleri duyuluyordu. Aynı bölgenin perküsyonunda timpanizm vardı. Laboratuvar bulguları incelendiğinde; Hb:14.7 g/dL, Htc: %44, beyaz küre: 9000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı:40mm/saat, biyokimyasal değerler ve idrar tetkikinin normal sınırlarda olduğu görüldü. Hastanın PA ve lateral akciğer grafisinde solda hava – sıvı seviyesi görüldü (Resim-1,2) ve bu toraks tomografisi ile teyid edildi (Resim-3).

*YYÜ.Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD. Van

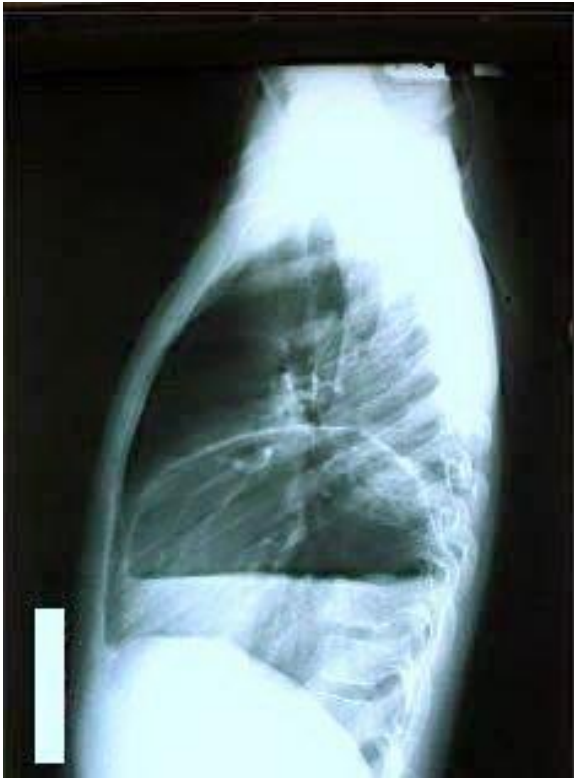
**YYÜ.Tıp Fakültesi Adli Tıp AD. Van

Yazışma Adresi: Dr. Ufuk Çobanoğlu

Y.Y.Ü Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD Van



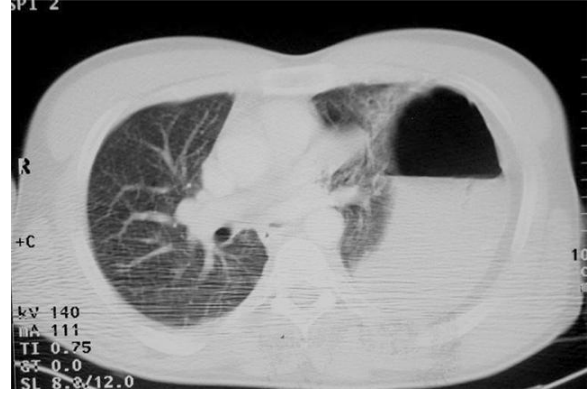
Resim 1: Hastanın PA göğüs grafisi (solda hava-sıvı seviyesi)



Resim 2: Hastanın lateral göğüs grafisi (Solda hava-sıvı seviyesi)

Gerek öykü, gerek fizik muayene ve toraks tomografisi bulgularıyla travmatik diyafram hernisi tanısı konulan hastaya cerrahi tedavi kararı verildi.

Sol posterolateral insizyonla, 7. interkostal aralıktan toraksa girildi. Mide, kolon ve omentumun toraks boşluğunda yer aldığı ve akciğere ve perikarda yapışık olduğu görüldü



Resim 3: Hastanın göğüs tomografisi (Batın içi organların sol hemitoraks içerisindeki görünüşü)



Resim 4: Operasyonda herniye mide ve omentum

(Resim-4). Akciğerde batın organlarının basısına bağlı olarak, alt lobun atelektazisi gözlemlendi. Yapışıklıklar giderildi; batın organları yerine itildikten sonra, diyaframa primer olarak tamir edildi. Postoperatif dönemi sorunsuz geçiren hasta 10. günde taburcu edildi.

Tartışma

Travmaya bağlı ölümlerin yaklaşık yarısından, göğüs travmalarının dolaylı veya dolaysız olarak sorumlu olduğu bildirilmiştir (6). Diyafram rüptürlerinin %75'i küt, %25'i ise penetran yaralanmalar sonucu oluşmaktadır (1). Tüm motorlu araç yaralanmalarının %1-5'inde ve alt toraks bölgesini ilgilendiren penetran yaralanmaların %10-15'inde diyafram hasarı görülmektedir (5).

Diyaframa rüptürleri genç erkek nüfusta sık görülmektedir. Bu durum genç erkeklerin daha fazla travmaya uğramasıyla ilişkilidir (1). Bizim olgumuz da erkekti, ancak literatürle farklı olarak 5. dekad içerisinde bulunmaktaydı.

Kontrastlı grafiler ve MR diyafram rüptürü tanısında başarılı bulunmuştur. Ancak bu yöntemlerin acil şartlarda travmalı olgularda uygulanması zordur (7). Bilgisayarlı toraks

tomografisinin tanı değerinin %0-100 olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (8).

Olgumuzda, ağrı ve solunum yolu yakınmasıyla başvurduğu poliklinikte çekilen göğüs radyografisinde rastlantısal olarak saptanan patoloji üzerine ileri incelemeye ihtiyaç duyulmuş ve diyaframatik herni tanısı göğüs BT ile desteklenmiştir.

Diyafram yaralanmasının tek başına ortaya çıkması, geç tanı konulmasına neden olur. Geç tanı konulan travmatik diyafram rüptürleri %14.6 oranındadır (1). Künt veya penetran travma sonrası hastaneye ilk başvuruda tanı konulamayan diyafram rüptürlü hastalar bir zaman sonra diyafram hernisi semptomlarıyla gelmektedirler. Bu süre genellikle üç hafta ile 30-40 yıl arasında değişmektedir (2,9,10).

Akut dönemde saptanamayan diyafram rüptürlerine, latent dönemde tanı konulması oldukça güçtür. Travmanın akut döneminde cerrahi girişim gerektirmeyen olguların %12-60'ında diyafram rüptürünün saptanamadığı bildirilmiştir (8). Toplam 980 olguyu içeren 20 çalışmanın değerlendirildiği bir derlemede, diyafram rüptürü olgularının %43.5'ine preoperatif incelemelerle tanı konulduğu, %41.4'ünün cerrahi girişim sırasında fark edildiği ve %14.6 olguda ise tanının geciktiği ve latent döneme girildiği bildirilmiştir (1).

Travmatik diyafram rüptürleri, sol tarafta daha sık gelişir. Bunun nedeni, sağda karaciğerin diyafragma destek olmasıdır (1). Solda ise diyaframın posterior kısmı anatomik olarak daha zayıf bir kas yapısına sahip olup, rüptürler en sık sol diyaframın posterior kısmında görülmektedir (8). Daha az görülen sağ diyafram rüptürlerinde daha ciddi yaralanmalar ve hemodinamik instabilite söz konusudur (2). Shah ve ark. (1)'nin 980 olguluk derlemesinde, diafragma rüptürlerinin %68.5'i solda, %24.2'i sağda, %1.5'i bilateral olarak saptanmıştır. Sağda rüptüre olan diafragmadan en sık herniye olan organ karaciğer; solda ise sırasıyla kolon, mide, dalak, incebağırsak ve omentumdur (11). Olgumuzda sol diafragmadaki rüptürden kolon, mide ve omentum herniye olmuştu.

Tedavide erken dönemde onarım laparotomi yoluyla olmalıdır, çünkü akut diyafram rüptüründe olguların yaklaşık %90'ında intraabdominal yaralanma eşlik eder. Birkaç haftadan daha eski olgularda torakotomi yoluyla onarım gerçekleştirilmelidir (2,10). Diyaframın nonabsorbabl sütürlerle primer onarımı, temel tedavi yöntemidir. Defektin büyük olması ve primer kapatmanın mümkün olmadığı durumlarda yapay greftlerle onarım önerilmektedir (12).

Olgumuzda defakt nonabsorbabl sütürler ile primer olarak kapatılmıştır.

Bu vakalarda literatürde mortalite oranı %1-28 olarak verilmektedir (1) Akut dönemde multipl travmaya bağlı diğer organ yaralanmaları, tanıda gecikilen olgularda ise pulmoner komplikasyonlar ölümlerin nedenleridir. Simpson ve ark.'nın (13) 480 olguluk serisinde mortalite oranı %12.5 olarak saptanmıştır. Diyafram hernisi onarımını izleyen morbidite, majör torakotomi sonrası izlenen morbiditeye eşittir. Bu prosedür elektif şartlarda yapılırsa mortalite sıfıra yakındır. Ancak bu hastalarda yüksek mortalite oranları rapor edilmiştir. Bunun nedeni gangrene hernide iç organ ve strangülasyonun bulunmasıdır. Bu durumda mortalite %80'e kadar yükselebilir (2).

Sonuç olarak, günümüzde daha çok trafik kazalarına bağlı olan travmatik diyafram rüptürleri ve bunların saptanamaması sonucu oluşan diyafram hernileri uzun yıllar asemptomatik olabilir ve rastlantısal olarak tespit edilebilir. Tüm torakoabdominal travmalı olgularda diyafram rüptüründen şüphelenilmelidir. İlk akciğer grafisinin normal olabileceği unutulmamalıdır. Torakoabdominal travma sonrasında travmatik diyafram rüptürünün olabileceğini düşünmek, tanı için en önemli basamaktır.

A Case of Late Diagnosed Traumatic Diaphragmatic Rupture

Abstract

Traumatic diaphragmatic rupture is reported to occur in 0,5% to 6% of cases of blunt trauma. The majority (80-90%) of blunt diaphragmatic ruptures occur on the left side. The preoperative diagnosis of traumatic diaphragmatic rupture is difficult. Patients with undiagnosed rupture of diaphragma can develop symptoms of such an injury after a delay of weeks, months, or even years. The patient, a 52-year-old male had a traffic accident while driving 4 years ago. He again consulted the doctor with complaints of dyspnea after an effort or while lying and pain 4 years after the traffic accident. Posterolateral thorax radiography showed air-fluid level in the left lower zone. The definite diagnosis was made by the thorax computerized tomography. During surgery, the colon, the stomach and the omentum were observed in the left hemithorax. The diaphragma was repaired primarily. The patient did not have any postoperative complications and was discharged on the 10th postoperative day. The most important point in the diagnosis of a such condition is the consideration of a possibility in the differential diagnosis. The diagnosis is often difficult in the late phase since the history of trauma can easily be underestimated.

Key words: Diaphragmatic rupture, delayed diagnoses, thoracotomy

Kaynaklar

1. R Shah, S Sabanathan, AJ Mearns, AK Choudhury. Traumatic rupture of diaphragm. Ann Thorac Surg 1995; 60: 1444-1449.
2. Symbas PN, Vlasis SE, Hatcher C Blunt and penetrating diaphragmatic injuries with or without herniation of organs in to the chest. Ann Thorac Surg 1986;42: 158-62.
3. Boylu Ş, Akıncı F, Taçyıldız HI, Yılmaz G. İzole diyafragma yaralanmaları. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1996; 10: 11-44.
4. Waldschmidt ML, Laws HL Injuries of the diaphragm. J Trauma 1980; 20: 587-592.
5. Rodriguez-Morales G, Rodriguez A, Shatney CH: Acute rupture of the diaphragm in blunt trauma: Analysis of 60 patients. J Trauma 1980; 26: 587-592.
6. Yüksel M, Kalaycı G. Diyafragma. In: Yüksel M, Kalaycı G (eds). Göğüs Cerrahisi. İstanbul: Bilmedya Grup, 2001:747-771.
7. Shanmuganathan K, Killeen K, Mirvis SE, White CS. Imaging of diaphragmatic injuries. J Thorac Imaging 2000;15: 104-101.
8. Reber PU, Schmied B, Seiler CA, et al. Missed diaphragmatic injuries and their long-term sequelae. J Trauma 1998; 44: 183-188.
9. Guth AA, Pachter HL, Kim U. Pitfalls in the diagnosis of blunt diaphragmatic injury. Am J Surg 1995;170:5-9.
10. Seleem MI, Al-Hashemy AM. Delayed presentation of traumatic rupture of the diaphragm. Saudi Med J. 2001 Aug; 22 (8): 714-717.
11. Küçük HF, Demirhan R, Kurt N, Özyurt Y, Topaloğlu İ, Mustafa Gülmen M. Travmatik Diyafragma Ruptürü: 48 Olgunun Analizi. Ulus Travma Derg 2002;8(2): 94-97.
12. Sattler S, Canty TG Jr, Mulligan MS, Wood DE, Scully JM, Vallieres E, Pohlman T, Karmy-Jones R. Chronic traumatic and congenital diaphragmatic hernias: presentation and surgical management. Can Respir J 2002; 9: 135-139.
13. Simpson J, Lobo DN, Shah AB, Rowland BJ. Traumatic diaphragmatic rupture: associated injuries and outcome. Ann R Coll Surg Engl 2000; 82: 97-100.