

Erişkinlerde Diyafragma Yükselmeleri; Cerrahi Gerekli mi?

A.Feridun Işık, İrfanYalçınkaya, Mehmet Kurnaz

Özet:

Amaç : Diyafragma yükselmeleri, özellikle erişkinlerde nadir görülen hastalıklardandır. Önemli bir kısmı sıradan tahliller ya da başka bir hastalıktan dolayı çekilen akciğer röntgenlerinde saptanmaktadır. Amacımız, bu hastalığın, belirti ve bulgu vermese dahi kendiliğinden iyileşme oranının oldukça düşük olmasından dolayı, gelecekteki yan etki ve güçlüklerden hastayı korumak için, saptandığında ameliyat edilmesini vurgulamaktır.

Gereç ve yöntem: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 1998-2000 yılları arasında 5 hasta diyafragma yükselmesi tanılarıyla izlenmiş, bunlardan üçü ameliyat edilmiştir.

Sonuçlar: Hastalarda varolan belirti ve bulgular ameliyat sonrasında kaybolmuştur. Hiçbir ciddi yan etkive güçlük ortaya çıkmamış, hastalar 8 ay ile 3 yıl arasında takip edilmişlerdir. Erken ya da geç dönem ölüm görülmemiştir.

Yorum: Diyafragma yükselmeleri,hastaları gelecekteki yan etki ve güçlüklerden koruma amacıyla ameliyat edilmelidir. Göğüs boşluğunun açılması büyük ve gereksiz bir işlem olarak görülmemelidir.

Anahtar Kelimeler: *Diafragma, eventrasyon, paralizisi*

Erişkinlerde görülen diyafragma yükselmeleri ve felçleri, sebebi tam olarak açıklanamayan ve nadir görülen hastalıklardandır (1-4). Doğumsal ve edinsel diyafragma yükselmeleri, felce bağlı ve bağlı olmayan olmak üzere ikiye ayrılır (2). Kalp cerrahisi, yaralanmalar, tümörler, kas-sinir hastalıkları, granulamatöz hastalıklar (Tüberküloz vb) ve timus cerrahisi en çok bilinen nedenlerdir (3,5). Bazı hastalarda neden ortaya konabilmesine rağmen, hala bir çok hastada sebep açıklanamamaktadır. Bu hastalarda bazı viral enfeksiyonlar diyafragma yükselmesinden sorumlu tutulmaktadır (1,5,6). Öte yandan, ameliyat gereklilikleri tam olarak açık değildir.

Gereç ve Yöntem

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Bölümüne 1998-2000 yılları arasında diyafragma yükselmesi olan 5 hasta başvurdu. Hastaların hepsinde sol diyafragma yükselmesi mevcuttu. Hastaların üçü erkek, ikisi kadındı. Yaşları 20 ile 51 yıl arasındaydı (ort. 36,8). İki hastada olası neden saptandı. Bunlardan birisinde geçirilmiş tüberküloza bağlı mediasten kalsifikasyon, diğesinde ise geçirilmiş yaralanma öyküsü mevcuttu.

Belirtiler, nefes darlığı, siyanoz, göğüs ağrısı, çarpıntı ve sindirim yetersizliği şikayetleri idi (Tablo 1). Bir hastada (Hasta 4) hiçbir şikayet ve belirti yoktu. Bu hasta varikosel nedeniyle üroloji bölümünce ameliyata hazırlanırken çekilen akciğer filminde sol diyafragmada yükselme görülmesi üzerine bölümümüze yatırıldı (Resim 1). Ancak bu hastanın muayene ve takibinde uyku sırasında sağ yan yattığında bradikardi saptandı. Aynı hastada ameliyat sırasında sağ yan çevrildiğinde kalp atımları 30-35/dk'ya kadar düştü.

Hastaların ameliyat öncesi değerlendirilmelerinde direk arka-ön ve yan akciğer filimleri, bilgisayarlı göğüs tomografisi ve floroskopi hastalığın nedenini ve felç olup olmadığını saptamak amacıyla yapıldı (Resim 1,2). Diyafragma felci, öyküsünde geçirilmiş tüberküloz bulunan hastada saptandı. Solunum fonksiyon testleri ameliyat öncesi sadece ameliyata hazırlık amacıyla yapıldı.

Hastalardan ciddi nefes darlığı ve siyanozu olan bir kadının (Hasta 3) öyküsünde 15 yıl önce daha hafif şikayetlerle başka bir merkeze başvurduğu ve kendisine ameliyat önerildiği öğrenildi. Ancak hasta ameliyatı kabul etmemiştir. Bu hastanın arka-ön ve sol yan akciğer filmlerinde diyafragmanın apekse kadar yükseldiği ve o taraf akciğerin hiç izlenmediği saptandı. Sol göğüs boşluğunda barsak ve mide gazları saptanırken, mediastenine sağa itildiği görüldü

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD.

Yazışma Adresi:A.Feridun Işık

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi

Göğüs Cerrahisi AD.

65200/VAN

Tablo 1: Hastaların dağılımı.

Hasta No	Yaş + cins	Şikayet	Yükselme	Ameliyat	Komplikasyon
1	20 E	Çarpıntı, hazımsızlık	Sol	Sol torakotomi + pilikasyon	Yok
2	41 K	Hazımsızlık,geğirme, göğüs ağrısı	Sol	Aynı	Yok
3	51 K	Morarma,nefes darlığı, çarpıntı	Sol	Kabul etmedi	-
4	35 E	Yok	Sol	Aynı	Reflü
5	36 E	Göğüs ağrısı, hazımsızlık	Sol	Kabul etmedi	-

Hastanın parmaktan ölçülen oksijen saturasyonu, 6lt/dk oksijen verilmesine rağmen % 70-75 idi. Hastaya acil ameliyat önerildi, ancak kabul etmedi. Bir diğer hasta da (Hasta 5) göğüs ağrısı ve hazımsızlık şikayetlerine rağmen, ameliyat olmayı kabul etmedi.

Ameliyat olan bütün hastalara standart sol arka-yan torakotomi kesisi ile 7. aralıktan girildi. Yapılan gözlem sonucu diyafragmanın incelendiği ve yükseldiği saptandı. Özellikle alt lobun atalektaziye uğradığı ve muhtemel tekrarlayan enfeksiyonlar sebebiyle alt lob ile diyafragma arasında hafif yapışıklıklar olduğu görüldü. Diyafragma ön-arka planda kesilerek açıldığında, lifsel yapışıklıklar ile mide ve barsakların diyafragmaya yapıştığı saptandı. Bu yapışıklıklar hemen tüm hastalarda hafiften ileri dereceye kadar olmak üzere mevcuttu. Lifsel bantlar ayrıldıktan sonra Prolen kullanılarak ayrılan her iki yaprak, diyafragmayı güçlendirmek amacıyla üst üste gelecek tarzda dikildi.

Sonuçlar

Hasta 1: Hastanemize çarpıntı, hazımsızlık şikayetleri ile başvurdu. Sol diyafragmada yükselme saptandı. Ameliyat sonrası tüm şikayetleri kayboldu. Muayenede saptanan hızlı kalp atımları ameliyat sonrası düzelmişti.

Hasta 2: Şiddetli batın gerilimi, hazımsızlık, geğirme şikayetleri ile başvurdu. Hastanın geçirilmiş tüberküloz öyküsü mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide mediasten kalsifikasyonu ve sol diyafragmada yükselme belirlendi. Ameliyat sonrası şikayetleri kayboldu.

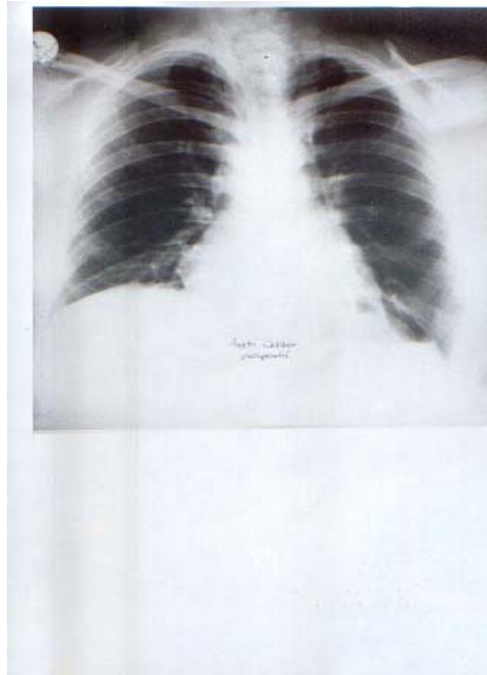
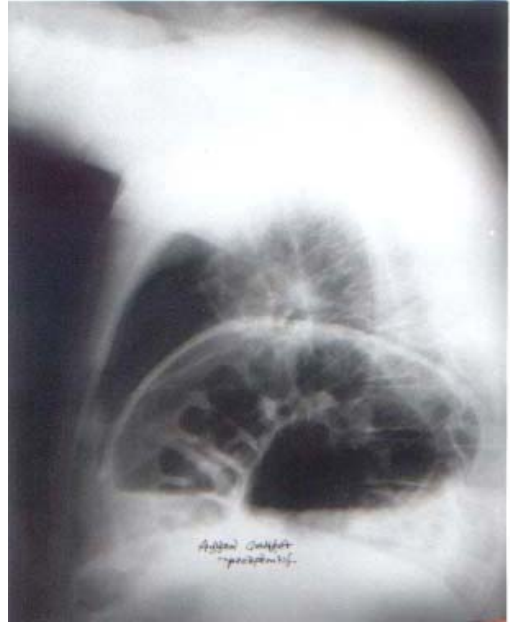
Hasta 4: Hastada herhangi bir şikayet yoktu. Ancak sol diyafragmada ileri derecede yükselme mevcuttu. Klinik takipte saptanan, uykuda sağ yan yatar durumda ortaya çıkan bradikardi, ameliyat sonrası düzeldi. Bu hastada önceden varolmayan hazımsızlık ve yanma şikayetleri ortaya çıktı. Gastroözofageal reflü düşünüldü. Endoskopik ve radyolojik tetkikleri kabul etmedi. Bunun üzerine tıbbi tedavi başlandı. İlaç

tedavisini takiben 4. günden itibaren şikayetleri kayboldu. Uzun dönemde de tedavi kesilmesine rağmen aynı şikayeti tekrarlamadı.

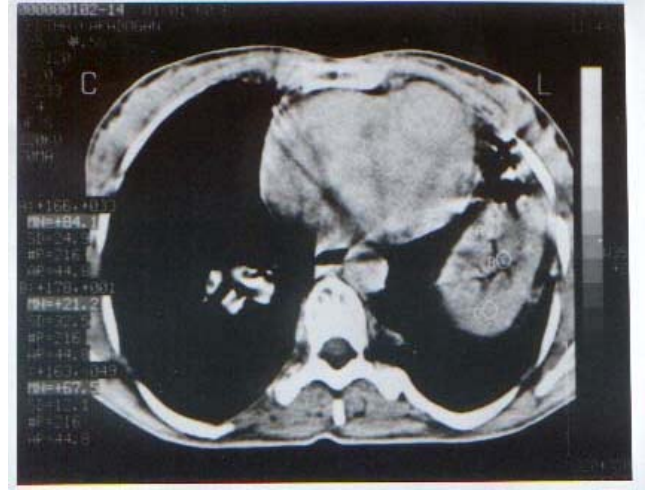
Ameliyat olan hastalarda çekilen akciğer filimlerinde diyafragmanın yerine geldiği görüldü(Resim 1-3). Diğer iki olgudan daha sonra haber alınamadı. Hastaların hastanede kalma süreleri ortalama 11 gündü(9-15). Ölüm görülmedi.

Tartışma

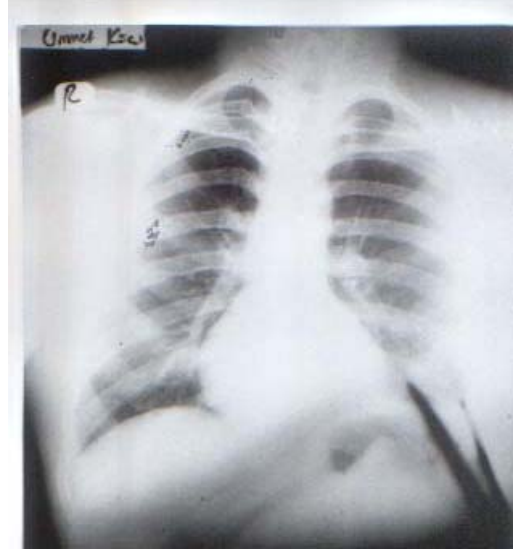
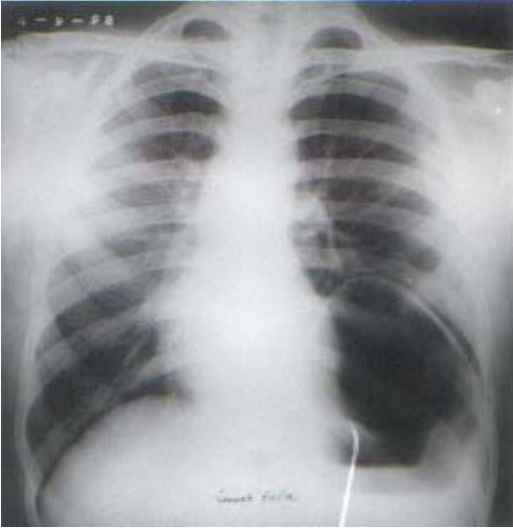
Diyafragma yükselmesi ya da felci ender görülen hastalıklardır (3-5,7,8). Sebepleri henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Ameliyat belirteç ve gerekliliği hastalardaki belirti ve bulgulara bağlıdır. Cerrahi tedaviye alınan hastalar genel olarak, solunum sistemi şikayet ve belirtilerine sahiptir. Bu tip hastalarda solunum fonksiyon testleri çalışmaları, ameliyatın hastalığın iyileşmesine yaptığı olumlu katkıyı ortaya koymuştur (3-5,9). Easton ve arkadaşları, diyafragma felcinin solunum fonksiyonlarına olumsuz etkilerini bu tarz bir çalışmayla bildirmişlerdir (10). Biz elimizdeki hasta sayısının ameliyat endikasyonlarını saptamaya yeterli olmadığını farkındayız. Ancak bu hastalık teşhis edildiğinde, göğüs cerrahı, hastanın yaşını ve diyafragmanın yükselme derecesini belirtilerin de ötesinde çok iyi değerlendirmelidir. Diafragma felcinin kendiliğinden iyileştiğini bildiren birkaç veri dışında ki bunların oranı % 10'dur, elimizde fazla bilgi yoktur. Piehler ve Smith diafragma yükselmesinde oldukça düşük oranda kendiliğinden iyileşme bildirmişlerdir^{3,11}. Aslında, batın organlarının, göğüs içi negatif ve karın içi pozitif basınç ile batından göğüs boşluğuna doğru yer değiştirmesi diyafragmanın daha da incelenerek zayıflamasına yol açması beklenen bir olaydır.. Bunların sonucu olarak, solunum, dolaşım ve sindirim sisteminin biri ya da bir kaç olumsuz etkilenecek, ciddi yan etki



Resim 1: Hasta 4'ün ameliyat öncesi ve sonrası direkt filmleri. Diyafragmanın aşırı yükselmesine ve mediasteninin sağa yer değiştirmesine rağmen hastada hiçbir şikayet yoktu. Mediasteninin ameliyat sonrası yerine geldiği açıkça görülmektedir.



Resim 2: Hasta 2'nin arka-ön ve bilgisayarlı akciğer filimleri. Bu hastada mediastendeki kalsifikasyonlar dikkati çekmektedir.



Resim 3: Hasta 1'in radyolojik incelemeleri. Bu hastada yükselme derecesi fazla olmamasına rağmen çarpıntı ve hazımsızlık şikayetleri fazlaydı.

ve güçlükler ortaya çıkacaktır. Buna en güzel örnek olarak, bize başvuran ancak ameliyatı ikinci kez reddeden hasta 2 gösterilebilir. Bu hastaya 15 yıl önce daha hafif şikayetleri varken de cerrahi önerilmiş, ancak ameliyatı kabul etmemiş. Oysa hastalık saptandığında, cerrahi işlem hastaya uygun bir dille önerilirse, hasta bu tip yan etki ve güçlüklerden korunacaktır. Ameliyat ettiğimiz hasta 4 de uykuda, özellikle sağ yan yatar durumda kalp atımlarında bradikardi gelişmesi, ani ve aşırı mide gaz genişlemesi ile muhtemelen ölümcül sonuçlar doğurabilecekti. Uygulaması basit olan diyafragma cerrahisi, bu hastada gelişebilecek böylesine ciddi bir güçlüğü önüne geçmiştir.

Bununla birlikte, Kataria ve arkadaşlarının (12) bildirdiği gibi, diyafragma fıtıkları ile yükselmeleri kimi zaman radyolojik yöntemlerle birbirinden tam olarak ayırdedilememektedirler. Ayrıca zamanında ameliyat edilmeyen hastalarda diyafragmanın güçlendirilmesi için yapay destekler kullanılma zorunluluğu doğacak, bu da yabancı cisme bağlı reaksiyon ve enfeksiyon riskini de yanında getirecektir. Diyafragmanın onarılması basittir ve erken yaşlarda uygulandığında da oldukça az yan etki ve güçlükler yol açmaktadır (5,12). Bu da bir başka ameliyat gerekliliğini ortaya koymaktadır. Torakotominin böylesine bir hastalık için büyük bir girişim olduğu düşünülse de (3), günümüz

teknolojisi, Mourox ve Suzumura'nın bildirdiği gibi hastayı daha az yıpratıcı imkanları sunmaktadır (7,8).

Sonuç olarak, düşüncemize göre, hastaları gelecekteki oluşabilecek kötü yan etki ve güçlüklerden korumak amacıyla, diyafragma yükselmesi veya felci saptandığında belirti veya bulgu olmaksızın ameliyat edilmelidir.

Diafragma Eventrations in Adults; Is surgery necessary?

Abstract:

Aim: *Diaphragma eventrations are rare diseases especially in adults. Most of them are recognized during examinations which are performed for another disease or routinely. Our purpose is to emphasize that it has to be operated when it is found out for preventing patients from the complications in future.*

Materials and methods: *In Thoracic Surgery Department of Yüzüncü Yıl University Medical School, between 1998-2000, five patients with diaphragma eventrations were followed and three of them were operated.*

Results: *Symptoms and physical findings before operation, dissappeared after plication of diaphragma. No serious complication was observed. Follow up was 8 months – 3 years. No mortality was seen.*

Comment: *Diaphragma eventrations has to be operated to prevent patients from complications in future. Thoracotomy mustn't be considered as a major procedure for this disorder.*

Keywords: *Diaphragma, eventration, paralysis*

Kaynaklar

1. Anderson J P: Diaphragmatic Paralysis in Herpes Zoster. Br Med J 3: 587, 1970.
2. Kızılcan F, Tanyel F C, Hiçsönmez A, Büyükpamukçu N: The Long-Term Results of Diaphragmatic Plication. J of Pediatr Surg 28: 42-44, 1993.
3. Piehler JM, Pairolo PC, Gracey DR, Bernatz PE: Unexplained Diaphragmatic Paralysis: A Harbinger of Malignant Disease? J Thorac Cardiovasc Surg 84: 861-864, 1982.
4. Ribet M, Linder JL: Plication of The Diaphragma for Unilateral Eventration or Paralysis. Eur J Cardio-Thorac Surg 6: 357-360, 1992.
5. Graham DR, Kaplan D, Evans CC, Hind CRK, Donnelly RJ: Diaphragmatic Plication for Unilateral Paralysis: A 10-Year Experience. Ann Thorac Surg 49: 248-252, 1990.
6. Brostof J: Diaphragmatic Paralysis After Herpes Zoster Br Med J 2: 1571-1572, 1966.
7. Mouroux J, Padovani B, Poirier NC, Benchimol D, Bourgeon A, Deslauriers J., Richhelme H: Technique For The Repair of Diaphragmatic Eventration. Ann Thorac Surg 62: 905-907, 1996.
8. Suzumura Y, Terada Y, Sonobe M, Nagasava M, Shindo T, Kitono M A: Case of Unilateral Diaphragmatic Eventration Treated by Plication With Thoracoscopic Surgery. Chest: 112/2:530-532, 1997.
9. Wright CD, Williams JG, Ogilvie CM, Donnelly RJ: Results of Diaphragmatic Plication For Unilateral Diaphragmatic Paralysis. J Thorac Cardiovasc Surg 90: 195-198, 1985.
10. Eoston PA, Fleetman JA, de la Rocha A, Anthonisen NR: Respiratory Function After Paralysis of The Right Hemidiaphragma. Am Rev Respir Dis 127: 125-128, 1983.
11. Smith CD, Sade RM, Crawford FA, Othersen HB: Diaphragmatic Paralysis and Eventration in Infants. J Thorac Cardiovasc Surg 91: 490-497, 1986.
12. Kataria R, Bhatnagar V, Mitra DK: Congenital Diaphragmatic Hernia with Ipsilateral Eventration: A Report of Two Cases. Surg Today Jpn J Surg 26: 751-753, 1996.