

## **DİAFRAGMA HERNİLERİ**

### **(Strangüle Bir Olgu Nedeniyle)**

(x) Dr. Kemal Karakaş

(xx) Dr. Mete Kesim

(xxx) Dr. Durkaya Ören

### **ÖZET**

*Diaphragma herni tipleri kısaca anlatılıp, strangüle olmuş bir travmatik diaphragma herni olgusu sunulmuştur.*

### **GİRİŞ**

Meslektaşlarım, zaman zaman çeşitli nedenlere bağlı diaphragma herni olguları ile karşı karşıya gelmektedirler.

Bu nedenle makalede, olgumuzda göz önünde tutularak diaphragma hernileri topluca anlatılmaya çalışıldı.

**Tarif:** Bir organ veya organ kısımlarının kendilerini çevreleyen boşluğun zayıf bir noktasından ekseriya bu boşluğu örten zarla birlikte diğer bir boşluk içerisine veya deri altına geçmesiyle meydana gelen patolojik duruma herni (fitik) denir.

**Diaphragma hernileri:** A- Hiatus hernileri, B- Doğmalkı diaphragma hernileri, C- Travmatik diaphragma hernileri olarak başlıca üç grupta mütalâ edilirler.

**A- Hiatus hernileri:** Görülme sıklığı (İncidence); 2000 insandan birisinde hiatus hernisi mevcuttur. Bütün hernilerin yüzde 0,5-1 ini teşkil eder (2). Vak'aların yarısından fazlasını kadınlar oluşturur ve en çok 50 yaşından sonra görülür. Fakat her yaşta da rastlanabilir (2).

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı

(xxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı

Etiolojisinde; yaşın ilerlemesi, bağ dokusu elastisitesinin azalması, diafragma kasının atonisi, hastanın çok şişman olması veya çok zayıf bulunması, öksürük, kusma, kabızlık, gebelik, asit ve tümör gibi sebepler rol oynar.

Bu hiatus hernileri; 1- Kayma (Sliding) tip, 2- Paraözofageal tip, 3- Kısa özofagus tip (a- Doğmalık, b- Edinsel) olarak üç tipte mütalâ edilir.

1- *Kayma (Sliding) tip herni:* Bu herni fereno-özofageal bağın yetmezliği sonucu midenin kardia bölümünün hiatustan yukarıya doğru fıtıklaşması ile oluşur (Normalde hiatus, ancak işaret parmağının girişine izin verecek çaptadır.) Bu hernide hiatus çeşitli derecelerde genişlemiştir ve daima bir fıtık kesesi ihtiva eder. Özofagastrik birleşim; midenin dolu olup olmamasına karın duvarının kalsınmasına, karındaki gerginliğe ve vücudun durumuna göre yer değiştirip eski normal yerine gelebilir. Normal yerine döndüğü durumlarda tecrübeli radyologlar bile teşhise ulaşamıyabilirler. Hiatus hernilerinin % 67-95'ini kayma tipi herni oluşturur (5). Bu kayma tipi herniye alt özofageal sfinkter yetmezliği, reflü özofajit eşlik eder.

Bu çeşit herni bütünüyle belirtisiz seyreder. Ancak gastroözofageal reflü ve buna bağlı özofajit ile birlikte bulunduğu zaman belirti verir. Hastaların % 90'ında ortaya çıkan en yaygın belirti substernal yanma hissidir (2,5). Hasta bunu çoğu kez "yürek yanması" şeklinde tanımlar. Seyrek olarak hasta batıcı, ezici ağrılardan yakınabilir. Ağrı daha çok yemeğin hemen ardından ortaya çıkar. Antiasid kullanılması, mide ve duodenum ülserlerine kıyasla daha kısa süreli rahatlık sağlar. Duyulan rahatsızlık vücudun pozisyonu ile de yakından ilgilidir. Eğilip süpürge süpürmek, ayakkabı bağlamak, çömelmek gibi durumlarda, ağrı belirtisine regürjitasyonda eşlik eder buna (Pyrosis) denir. Hasta yemekten sonra hemen yatarsa belirtiler ortaya çıkar. Dik oturur veya yarı oturur vaziyette yatarsa belirtiler hafifler veyahut kaybolur.

Bazan hiatus hernisi safra kesesi taşı ve diverticulosis coli ile birlikte bulunur % 10 vakada, Buna Saint Triadı denir.

## 2- *Para-Özofageal (Parahiatal) Herni:*

Hiatus hernilerinin % 5-15'ini teşkil eder. (21) Bunda alt özofageal sfinkter yetersizliği olmayıp özofogastrik birleşim diafragma düzeyinin altındadır. Bu tipte özofajite ait belirtiler görülmez. Yalnız hastada midenin herniasyon olan bölümüne gıdaların girmesi ile midenin gerilmesi sonucu angina pectoris ağrısına benzer ezici nitelikte ağrılar ortaya çıkar. Nekroz sonucu rüptüre olursa mediasinit gelişir. Fıtık halkası içindeki mide bölümünde ülser gelişebilir. Meydana gelen ülser kanaya bilir veya delinebilir.

Teşhis: Direk göğüs grafilerinde içi hava dolu cep şeklinde mide bölümünün görülmesi ile veya kontrast madde ile yapılan tetkikte bu hernia olan mide bölümünün kontrast madde ile dolması teşhis koydurur.

Tedavisi cerrahi olup fıtık kesesi mediastenden sıyrılır, sert olan fıtık halkası kenarları birbirine dikilerek birleştirilir. Nüks ihtimalini önlemek için özofago-gastrik birleşim median arkuat bağa dikilir (Hill ameliyatı). Bundan başka Bel-sey'in kardioplastisi, Nissen'in fundoplikasyonu, Allison'un posterior krurorafı ameliyatlarından her hangi birisi de uygulanabilir.

Blades (5) 1956 da ameliyat endikasyonlarını şu şekilde özetlemiştir. Hasta sırtı üzerine yattığı zaman çok rahatsızlık hissediyorsa, midedeki hiperasidite özofajite sebep oluyorsa, tekrarlayan kanamalar ve fıtığın boğulması mevcutsa ameliyat için endikasyon var demektir.

3- *Kısa Özofagus*: Buna bağlı hernilerin iki şekli vardır.

a- Doğmalık tip

b- Edinsel tip

Bunların her ikisinde de fıtık kesesi yoktur. Doğmalık tipte özofagus doğuştan kısadır. Bu kısalık mideye diafragmanın altındaki normal yerine inmesine engel olur. Bu nedenle mide posterior mediastinumda asılmış gibidir. Bu hakiki bir herni değildir. Çünkü mide hiç bir zaman diafragmanın altına inmemiştir. Bu tip hiatus hernilerinin takriben % 5'ini oluşturur (2).

Edinsel tip: Özofagustaki ülser veya tümörlerden dolayı özofagus'un büzüşüp kısılması ile midenin yukarı, diafragmanın üzerine çekilmesi ile meydana gelir. Tedavide primer sebep (ülser, tümör) ortadan kaldırılmağa çalışılır.

B- *Doğmalık diafragma hernileri*: Diaframadaki bir defekten yada hiatus özofagustan geçerek meydana gelirler. Sonuncu şekilde herniasyon, torasik mide ve paraözofageal herni şeklinde olur.

Doğmalık diafragma hernilerinin en sık teşekkül ettikleri bölgeler solda Bochdalek deliğinden olan posterolateral hernidir. Daha az sıklıkla hiatus özofagitus ve diafragmanın retrosternal kısmındaki Morgagni deliğinden geçerek meydana gelirler. Bazen diafragmanın sağ tarafında çok büyük bir defekt olabilir. Fakat bu hal nadirdir. Defektler solda 12-15 defa daha fazladır. Doğmalık diafragma hernilerinde başlıca klinik belirtiler; solunum güçlüğü, morarma ve taşikardidir. Bir vakamızın taşikardisi hiper troidiye bağlanmış ve uzun zaman antitiroid ilaç almış olarak bize müracaat etmiştir. Bilhassa Bochdalek hernisinde ekseriyetle fıtık kesesi bulunmadığından kısa zamanda solunum güçlüğü meydana gelir. Morgagni hernisinde ise; fıtık kesesi daima bulunduğu için kısa zamanda solunum güçlüğü meydana gelmez ve hatta çocuklarda genellikle hiç bir semptom vermedikleri gibi hiç bir güçlüğüde sebep olmaz. Ekseriya bir radyolojik araştırma sırasında veya içinde bulunan transvers kolon nedeniyle gelişen ileus sırasında tanınır.

### C- Travmatik Diafragma Hernileri:

Bıçak, kurşun veya mermi parçaları ile açılan torake abdominal yaralar, direk olarak diafragmayı da yaralar. Karın üzerine şiddetli baskılar, dıştan bariz hiç bir yara olmadan diafragmayı parçalayabilir. Buradaki asıl tehlike diafragma-daki defekt değil, defektin şüpheli çekmemesi ve obstrüksiyon veya Strangülasyonun meydana gelmesidir.

Bıçak, kurşun veya mermi parçaları ile yaralanmada barsaklarda perforasyon ve peritonit mevcut değilse yara hadisesi iyileşir. Diagrafmadaki delik omentum veya barsaklar tarafından tıkanır, bunlar daha sonra yukarı göğüs boşluğuna çekilirler. Ameliyatta göğüs boşluğundaki kan aspire edilmeli, barsaklar redükte edildikten sonra yırtıklar tek tek ipek dikişler ve devamlı katgüt dikişle kuvvetlendirilmelidir. Sütür yetmezliğinde diafragmatik herni teşekkül eder. Travmatik diafragma hernileri, künt travma ile meydana gelmişse, bu künt travmaya iki duvar arasında ezilme veya otomobil çarpması, sert bir yere düşme ile gelişebilir. Diafragmayı yaralayan karın içi basıncının ani artışıdır.

### OLGU TAKDİMİ

H.A. 35 yaşında erkek hasta 17.9.1980 tarihinde 9716/10382 protokol numarasıyla nefes alıp vermekte zorluk, göğsünde ağrı, ateş, halsizlik şikayetleri ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğine müracaat ederek yatırıldı.

Hikayesinden şikayetlerinin 3 gün önce göğsünün sol tarafında ağrı, ateş ile başladığı, müteakiben halsizliğinin olup bunun artması üzerine kliniğimize müracaat ettiği öğrenildi.

**Öz ve Soy Geçmişi:** Her hangi bir ailevi hastalık tarif etmedi. Yalnız bir yıl önce merdivenden düştüğünü ve bundan sonra bir kaç defa rahatsızlığından dolayı doktora gittiğini ve isimlerini bilmediği bazı ilaçlar kullandığını ifade etti.

**Fizik muayenesinde:** TA: 130/90 mmHg, Nabız 133/dk., Ateş 39,2°, şuuru açık fakat huzursuz ve ızdırıplı, dudakları siyanotik, ödem ve ikter yoktu.

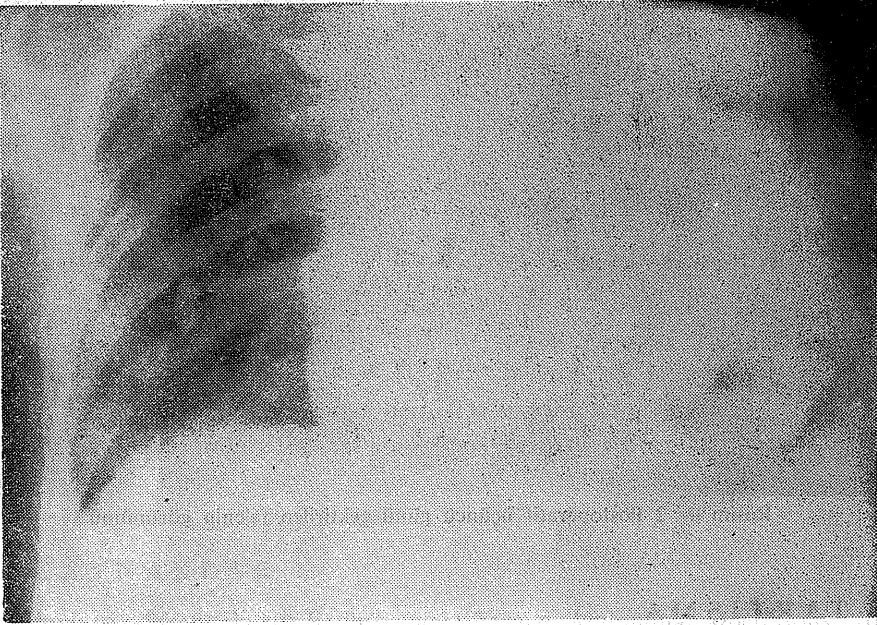
**Solunum ve Dolaşım Sistemi:** Palpasyonda kalp apeksinin solda normal yerinde olmayıp sternumun sağ kenarında, 4. İnterkostal aralıkta ve taşikardik olduğu tesbit edildi. İnspeksiyonda, sol göğüs duvarının solunuma az iştirak ettiği görülüp, perküsyonda sol akciğer kaidesinde matite, oskültasyonda solunum seslerinin azaldığı tesbit edildi.

**Sindirim Sistemi:** Dil kuru ve üzeri pashı idi. Karında orta derecede distansiyon ve yaygın hassasiyet mevcuttu. Barsak sesleri yoktu. Rektal tuşede rectum boştu. Diğer sistemleri normaldi.

Laboratuvar: Hb: 16,5 gr. Bk: 33000, NPN: 23,6, Glisemi: 94, İdrar tahlili karaciğer fonksiyon testlerinde patoloji tesbit edilmedi.

Radyolojik tetkik: Ayakta düz karın grafisinde ince barsaklarda ve kolonda, yer yer hava-sıvı seviyeleri mevcuttu.

Çektirilen 132/41494 protokol nolu preoperatif telede (Resim-1) görüldüğü gibi, toraks sol kesiminde hemidiyafragmayı silen yer yer pnömotoraks alanları gösteren homojen konsolidasyon ve toraks bu kesimde hacim kaybına uğramıştır diye radyoloji departmanı tarafından aşağıda resim-1 de görülen tele rapor edilmişti.

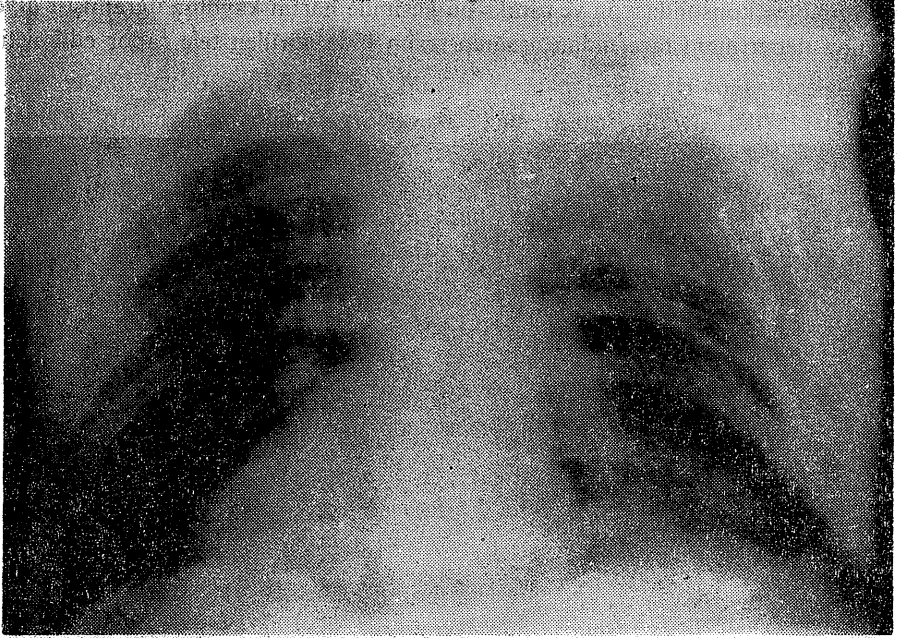


Resim — 1 : Preoperatif çektilen tele.

Hastada bu haliyle diyagrafma hernisine bağlı, kronik bir obstrüksiyon ve obstrüksiyonu olan organ kısmının gangreni düşünülerek gerekli preoperatif hazırlıklar tamamlandıktan sonra 18.2.1980 tarihinde hasta ameliyata alındı.

ETGA: altında üst median enzisyonla tabakalar geçildi. Explorasyonda, transvers kolon omentumla birlikte sol diafragmadaki defekten sol hemitoraksa herniasyon olmuştu. Herniasyona olan transvers kolon kısmı gangrene idi. Bu gangrene olan 10-15 cm. lik kısım rezeke edilip diafragmadaki defekt tamir edildikten sonra Mikulicz tipi kolostomi yapıldı. Karın serum fizyolojikle yıkandıktan sonra karaciğer altına, dalak lojuna, Douglas'a birer adet penröz diren konduktan sonra, kanama kontrolü yapılarak tabakalar usülüne uygun olarak kapatıldı.

Bilahare sol hemitoraks boşluğuna ön aksiller költük altı çizgisinin üzerinden ve 7. Intercostal aralıktan göğüs tüpü konup kapalı su altı direnaına alınarak ameliyata son verildi. Ameliyat sonrası durumu, iyi seyreden, hastanın postoperatif üçüncü günü göğüs tüplü iken çektirilen postoperatif telenin görünümü (Resim-2) de görüldüğü üzere toraks sol kesiminde bariz iyileşme tesbit edilmiştir.



Resim — 2 Postoperatif üçüncü günü çektirilen telenin görünümü

## TARTIŞMA

Olgumuzun bir yıl önce merdivenden düşmesi sonucu sol diafragma kubbesinde, karın içi basıncının ani yükselmesi sonucu nonpenetre yırtılmaya bağlı olarak, travmatik diafragma hernisi meydana gelmiştir. Fakat hastamız bariz bir şikâyet olmadığı için obstrüksiyon ve strangülasyon oluncaya kadar kilinliğimize müracaat etmemiştir. Yalnız bize müracaat etmeden 6 ay önce müphem şikâyetlerinden dolayı serbest çalışan bir doktora gitmiş, doktor üşüttüğünü ve yazdığı ilaçlarla hastalığının iyileşeceğini ifade etmiş. Hughes (1) ve arkadaşları 28 olgudan 8'inde operasyon yapıluncaya kadar tanı konulamadığını bildirmektedir. Bizim olgumuzda da obstrüksiyon ve strangülasyon olup, bize müracaat etmeden önce, müracaat ettiği doktor tarafından tanı konulamamıştır. Borrie (1) erken belirtilerinin müphem olması nedeniyle diafragma hernilerinde, teşhiste gecikme olabileceğini yazmaktadır.

Carter ve Giuseffi (5) 43 olgudan 34'ünün travmatik herni olduğunu bildirmiştir. 1975-1981 yılları arasında kliniğimize 9 diafragma herni olgusu müracaat edip, bunlardan 6'sının travmatik herni olup, bu altı travmatik diafragma olgusunun birisinde obstrüksiyon ve strangülasyon tesbit edildi. Carter (1) ve arkadaşları 11 vak'adan 2'inde strangülasyon tesbit edildiğini bildirmektedirler.

Travmatik diafragma hernisine bağlı strangülasyon gelişen bu bir vak'amızın ameliyattan sonra durumu iyi seyretti. Postoperatif devrede göğüs tüpünden yapılan kültüre göre uygun antibiyotik ordüre edildi. Göğüs tüpü ameliyatın 8'inci günü çekildi. Postoperatif 16'ıncı günü, 3 ay sonra kolostomi tamiri için davet edilmek üzere taburcu edildi.

Carter (1) ve arkadaşları 11 olguluk serilerinde, iki strangüle olgu olduğunu ve bu iki olgununda, postoperatif devrede exitus olduklarını bildirmektedirler. D'Arcay Sutheçland (3) 10 olguluk seride 3 exitus vak'ası olduğunu yayınlamıştır. Bizim 9 olguluk serimizde bir strangüle olgumuzda bulunmasına rağmen exitus olmamıştır.

### *Die Diafragma Hernien*

*(Wegen Eines Strangulierten Diafragma Hernie-Vorgangs)*

#### *Zusammenfassung*

Zuerst werden die Diafragma herni-Typen kurz erklärt. Danach kommt die Darstellung eines traumatischen Diafragma herni-Vorgangs, der die stranguliert zeigt, mit den Einzelheiten.

### **KAYNAKLAR**

- 1- Borrie, j., Strangulated diaphragmatic hernia; Abdominal Operations, 1620-24, Sixth ed. 1974.
- 2- Bumin O. Sindirim Sistemi Cerrahisi, Cilt 2, S: 68-72, 1969.
- 3- Ebert P.A. and others Traumatic diaphragmatic hernie, Surgical Gynecology and Obstetries 125-58, 1967.
- 4- Gourin, A., Garzen, A.A., Diagnostic problems in traumatic diaphragmatic hernia. j. Trauma 14-20, 1974.
- 5- Grimes, O. F., Traumatic diaphragmatic hernia, Current Surgical diagnosis and treatment, 414-437, 1977.
- 6- Hellner, H. et al.: Lehrbuch der Chirurgie. Georg Thieme Verlag-Stuttgart 400-426; 1970.