

MİDE NEKROZU GELİŞEN BİR TRAVMATİK DİYAFRAGMA HERNİSİ

Dr. Erşan AYGÜN (x)
Dr. Erhan ÜNÜVAR (x)
Dr. Burhan PİŞKİN (xx)

ÖZET

Künt travmaya bağlı olarak meydana gelen diafragma hernilerinin erken döneminde tanı genellikle gözden kaçmaktadır. Tanının geç konulduğu vakalarda ise meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle de mortalite oranı artmaktadır.

Bu makalede, hastaneye ilk başvurduğunda tanısı konulamıyan ve 10 ay sonra mide nekrozu gelişen bir travmatik diyafragma herni vakası sunuldu.

GİRİŞ

Özellikle trafik kazalarına bağlı olarak, travmatik diyafragma hernileri git-tikçe daha sık görülmektedir.

Künt travmaya bağlı olarak diyafragma hernisi gelişen hastada başlangıçta tanı konulamamıştır. On ay sonra mide nekrozu gelişen bu vaka, travmatik diyafragma hernilerinin tanısı, komplikasyonları ve tedavisine dikkati çekmek amacıyla sunulmuştur.

VAKA TAKDİMİ

E.C. 27 yaşında, erkek (protokol no: 35214). KTÜ Tıp Fak. ortopedi polikliniğine 12.10.1983 tarihinde başvuran hastanın hikayesinden, bir hafta önce üzerine ağaç (tomruk) düştüğü, bir başka hastanede pelvis kırığı tanısı ile takip edildiği ve hastanemize refere edildiği öğrenildi.

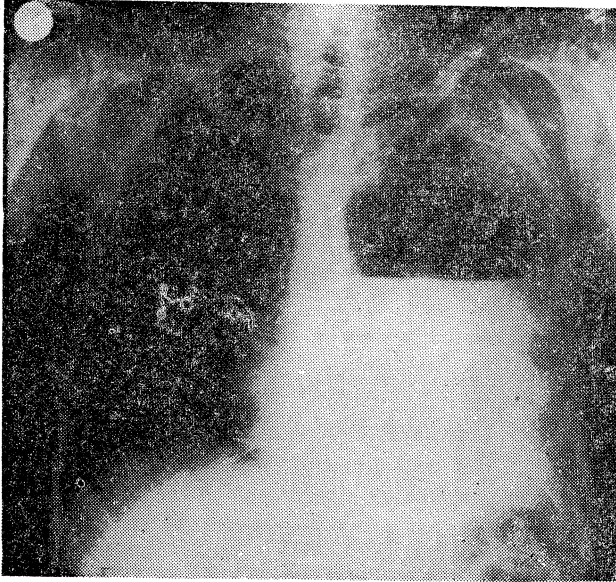
Bacaklarında ağrı ve nefes darlığı şikayeti olan hastada nabız; 86/dakika, kan basıncı; 100/60 mm Hg idi. Göğüste sol tarafta cilt altı anfiyemi ve hassasiyet vardı.

x KTÜ Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanı.

xx KTÜ Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti.

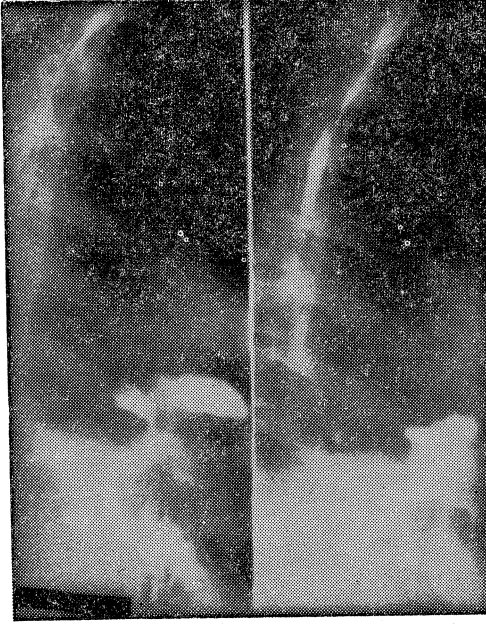
Sol akciğer kaidesinde solunum sesleri azalmıştır. Pelvis kırığına bağlı olarak symphysis pubis deforme idi. Hb; 12 gr/dl, lökosit; 13000 /mm³, idrar tetkikinde; bol lökosit, 7-8 eritrosit vardı. Akciğer grafisinde; solda 8. kostada kırık vardı. Pelvis grafisinde sol pubis kolunda kırık ve symphysis pubis'de ayrılma vardı. Yatırıldığı tarihten 5 gün sonra cilt altı anfizemi kaybolan hastanın sol akciğer kaidesindeki solunum sesleri de düzelmişti. Hasta 30.11. 1983 tarihinde şifa ile taburcu edilmişti.

Hasta 1.8. 1984 tarihinde göğüs sol tarafında ağrı ve nefes darlığı şikayeti ile tekrar bir başka hastaneye başvurmuş, orada çekilen akciğer grafisinde solda pnömotoraks ve cilt altı anfizemine uyan görünüm olması üzerine hastaya göğüs tüpü takılmış. Göğüs tüpünden hiç drenajı olmayan hasta genel durumunun bozulması ve melenası olması üzerine 17.8.1984 de hastanemiz genel cerrahi polikliniğine sevk edildi. Hastanemize ikinci kez yatırılan hastanın genel durumu orta, halsiz, cildi soluk, nabız; 100/dakika, kan basıncı; 90/60 mm Hg, vücut ısı; 38°C idi. Skleralar soluktu. Sol akciğer kaidesinde solunum sesleri alınmıyordu. Orta ve üst kısımlarda solunum sesleri belirgin derecede azalmıştı. Hb; 6 gr/dl, lökosit; 15000/mm³, idrarda; 4-5 lökosit vardı. Akciğer grafisinde; sol tarafta abse odakları izlenimi veren hava-sıvı seviyesi ve ampiyeme uyan görünüm vardı (Resim 1).



Resim 1. Toraks sol tarafta hava-sıvı seviyesi görülmektedir.

Baryumlu mide grafisinde, mide göğüs boşluğunda idi. (Resim 2).



Resim 2. Vakamızın baryumlu mide grafisinde midenin bir kısmının toraks boşluğunda olduğu görülmektedir.

Travmatik diyafragma hernisi tanısı ile hastaya sol torakotomi yapıldı. Diyafragmada posterosantral kesimde 4 cm uzunluğunda laserasyon vardı. Buradan midenin fundus ve korpusunun bir kısmı göğüs boşluğuna geçmişti. Bu kısım tamamen nekroze idi. Plevra boşluğunda 200 cc pis kokulu sıvı ve gıda artıkları vardı. Midenin nekroz olan kısmı rezeke edilip çift tabaka kapatıldı. Mide karın boşluğuna konulduktan sonra diyaframadaki laserasyon tek tek basit ipek dikişlerle kapatıldı. Göğüs tüpü konularak torakotomi insizyonu kapatıldı. Postoperatif dönemde plevra boşluğu pavidon iyodinle yıkandı. Erken dönemde ateşi olan hastanın daha sonra ateşi kontrol altına alındı. Hasta 1.10.1984 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Travmatik diyafragma hernisi direkt veya indirekt travmaya bağlı olarak gelişebilir. Direkt travmaya bağlı olanlar genellikle bıçak, mermi, kosta kırıkları veya diğer delici aletlerle olan yaralanmalardır, 10,15.

İndirekt taravmaya bağlı olarak gelişen diyagragma hernilerinde neden, genellikle trafik kazası veya yüksekte düşmedir 1,14. Künt karın travmalarına bağlı olarak ölen vakalarda % 5.2 oranında diyafragma hernisi olduğu bildirilmiştir 7.

Travmatik diyafragma hernilerinde klinik belirti ve semptomlarda üç dönem olduğu bildirilmiştir 1,2,3,9,10,19.

1) Akut dönem : Kazadan hemen sonraki dönemdir. Diyafragma yaralanması belirgin değildir. Klinik tablo, herni olan organın intratorasik organlara yaptığı basılara bağlı olarak değişir. Nazogastrik tüp takılıp röntgen alındığında karın içi organlarının göğüs boşluğunda olduğu belirlenebilir 17. Ancak bu dönemde genellikle diyafragma hernisi tanısı konulması zordur. Hastada birçok sistemi ilgilendiren ciddi patolojiler vardır. Dikkat bunlara yöneliktir. Hastada şok, dispne, siyanoz ve akciğer seslerinde azalma olabilir. Eğer tanı bu dönemde konulabilirse tedavi sonuçları oldukça iyi olur.

2) Ara dönem: Bu dönem hastanın birçok sistemi ilgilendiren travmalardan sonra stabilize olması ve karın içi organlarından birinin fıtıklaşması ile başlar. Hastada şüpheli abdominal şikayetler vardır. Bu durum genellikle, bazı gastrointestinal hastalıklara bağlanır. Rutin akciğer filmi çekildiği zaman kostofrenik açıda kapanıklık, atelektazi, pnömotoraks, subdiyafragmatik veya intratorasik abse izlenimi veren hava-sıvı seviyesi veya ampiyem görünümü olabilir. Mide, dalak, ince barsaklar veya kolondan hangisi göğüs boşluğuna girerse girsın solunum sıkıntısı, mezenterik damarlardaki gerilmeye bağlı olarak ağrı, terleme ve genel rahatsızlık gibi şikayetleri vardır. İkinci dönem yıllarca devam edebilir. Karın içi organlarının herniasyonu 25-30 yıl minimal semptomlarla devam edebilir 5. Tanıda göğüs boşluğunda barsak seslerinin duyulması ve akciğer grafisindeki bulgular önemlidir. Ayrıca baryumlu grafi çekildiği zaman göğüs boşluğuna geçmiş mide ve barsaklar görülebilir. Bunlar tesbit edildiği zaman elektif cerrahi girişim yapılmalıdır.

3) Geç dönem: İntestinal obstruksiyon ve strangülasyonun görüldüğü dönemdir. Obstruksiyon ve strangülasyonun başlangıcı genellikle anidir. Ancak yavaş yavaş da gelişebilir. İntestinal semptomlar, kramp tarzında karın ağrısı, ateş, titreme, plevral ağrı ve sepsis bulguları değişik derecelerde olmak üzere vardır. Plevral boşluğa karınıçi organlarından birinin rüptürü ani plevral ağrı yapar. Açık bir neden olmadan intestinal obstruksiyon belirti ve semptomları gelişen bir hastada travma hikayesi de varsa diyafragma hernisi düşünülmelidir. Tanı konulunca acil cerrahi endikasyon vardır. Travmatik diyafragma hernisi nedeniyle ameliyat edilenlerde mortalite oranı % 18-23'dür 22,16,20. Strangülasyon gelişince ise mortalite oranı % 66'ya kadar çıkabilir 4,10. Bizim hastamızda üçüncü dönem ilk travmadan yaklaşık 10 ay sonra ortaya çıkmıştır. Hastanın akciğer grafisindeki bulgular, melenasının olması ve travma hikayesi birleştirilerek hastada diyafragma hernisi olabileceği düşünüldü. Trandelenburg Pozisyonunda baryumlu mide filmi çekilince baryumun göğüs boşluğuna geçtiği görüldü.

Künt travmaya bağlı olarak gelişen diyafragma yırtıkları % 90-98 oranında sol tarafta görülür 4,6,11,13,14. Bu durum sağda karaciğerin koruyucu etkisine

ve muhtemelen diyafragma sol yaprağının doğuştan zayıf olmasına bağlıyor. Yırtık genellikle sol diyafragmada posterosantral bölgededir 6,8,14,15, Ancak bazı makalelerde yırtığın en fazla anterolateral bölgede olduğu belirtilmiştir18.

Künt karın yaralanmalarına bağlı olarak meydana gelen ve geç dönemde tesbit edilen diyafragma hernilerinde transtorasik yaklaşım tercih edilir. Bizim hastamızda da transtorasik yaklaşım kullanıldı. Midedeki nekrotik alan rezeke edilip çift tabaka kapatıldı. Daha sonra yırtık basit tek sıra ipek dikişlerle kapatıldı. Toraks, su altı drenajı yapılarak kapatıldı. Göğüs boşluğu enfekte olduğu için povidon iyodinle yıkandı. Postoperatif seyri iyi olan hasta şifa ile taburcu edildi.

SUMMARY

A CASE OF TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA WITH STOMACH NECROSIS

The diagnosis of traumatic diaphragmatic hernias, especially due to traffic accidents, could be easily missed in the early phase. In the latter phases, the mortality rate increases because of its complications. We presented a traumatic diaphragmatic hernia, in which case, its diagnosis was missed when he was admitted to the hospital in the early phase. In this case, 10 months later the stomach necrosis developed.

KAYNAKLAR

1. Ball, T., Mc Crory, R., Smith, J. O. et al: Traumatic diaphragmatic hernia: Errors in diagnosis, AJR 138: 633-637, 1982.
2. Carter, B.N., Giuseffi, J.: Strangulated diaphragmatic hernia. Ann. Surg. 128: 210, 1982
3. Carter, B.N., Giuseffi, J., Felson, B.: Traumatic diaphragmatic hernia. AJR 65: 56, 1951.
4. Carter, R., Brower, L.A.: Strangulating diaphragmatic hernia. Ann. Thorac. Surg. 12(3): 281-290, 1971.
5. Ebert, P.A.: Traumatic diaphragmatic hernia. In: Nyhus, L.M., Condon, R.E. (eds): Hernia. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, pp. 632-640, 1978
6. Ebert, P.A., Gaertner, R.A., Zuidema, G.D.: Traumatic diaphragmatic hernia. Surg. Gynecol. Obstet. 125: 59-65, 1967.
7. Estrers, A.S., Platt, M.R., Mills, L.J.: Traumatic injuries of the diaphragma. Chest 75: 306-313) 1979.

8. Gavuzoğlu, M.K., Hatipoğlu, K., Yüksel, M., ve ark.: Travmatik sağ diafragma yırtığı ve karaciğer herniasyonu. Ankara Numune Hastanesi Bülteni 24 (2): 143-148, 1984.
9. Grajvier, L., Freeark, R.J.: Traumatic diaphragmatic hernia. Arch. Surg. 86: 363-373, 1963
10. Grimes, O.F.: Traumatic injuries of the diaphragm. Am. J. Surg 128: 175-181) 1974.
11. Griswold, F.W., Warden, H.E., Gardner, R.J.: Acute diaphragmatic rupture by blunt trauma. Am. J. Surg. 124: 359, 1969.
12. Hood, R.M. : Traumatic diaphragmatic hernia. Ann. Thorac. Surg. 12: 311, 1971.
13. Lernau, O., Bar-Maur, J.A., Nissan, S.: Traumatic diaphragmatic hernia simulating acute tension pneumothorax. J. Trauma 14: 880-883, 1974.
14. Lucido, J.L., Louis, S.T., Wall, A.: Rupture of the diaphragm due to blunt trauma. Arch. Surg. 86: 989-999) 1963
15. Mansour, K.A., Clements, J.L., Hatcher, C.R., et al: Diaphragmatic hernia caused by trauma: Experience with 35 cases. Am. Surg. 41: 97-102, 1975
16. Nano, M., Dei Poli, M., Mossetti, C., et al: Traumatic diaphragmatic hernias. Surg. Gynecol. Obstet. 151: 191-192, 1980.
17. Perlman, S.J., Rogers, L.F., Mintzer, R.A., et al: Abnormal course of nasogastric tube in traumatic rupture of left hemidiaphragm. AJR 142: 85-88, 1984
18. Pomerantz, M., Rodgers, B.M., Sabiston, D.C. Jr. : Traumatic diaphragmatic hernia. Surgery 64: 529-534, 1968.
19. Shea, L., Graham, A.D., Gletcher, J.C., et al: Diaphragmatic injury: A method for early diagnosis. J. Trauma 22: 539-543, 1982.
20. Strug, B., Noon, G.P., Beall, A.C.: Traumatic diaphragmatic hernia. Ann. Thorac. Surg. 17: 444-449, 1974.