

BOCHDALEK HERNİSİ
(Bir vak'a nedeniyle)

Dr. Y. Ziya YAMAK (x)
Dr. Durkaya ÖREN (xx)
Dr. S. Selçuk ATAMANALP (x)
Dr. Metin KAÇMAZ (x)

ÖZET :

Bu makalede, erişkin yaşa kadar semptom vermeyen bir Bochdalek Herni vak'ası takdim edildi ve konu ile ilgili literatür gözden geçirildi.

GİRİŞ :

Diafragmanın posterolateral pleuroperitoneal kanalından çıkan konjenital herniler, Bochdalek Hernisi olarak bilinir (3) İntrauterin hayatta karın organlarının bu defekten göğüse fıtıklaşması, akciğer hipoplazisi gibi major bir patolojiyi ve çoğunlukla intestinal malrotasyonu da beraberinde ortaya çıkarır(1,5). Bu nedenle tedavi edilmezlerse hastaların % 30-50 si hayatın ilk 24 saati içinde, % 75 i de erişkin yaşa gelmeden kaybedilir (1,3). Ölümü belirleyen tek durum akciğer hipoplazisinin derecesi olup, akciğer hipoplazisinin aşırı olmadığı çok az vak'a erişkin yaşa ulaşır (3). Tedavi, solunum desteği ile birlikte erken cerrahi yaklaşımdır (2,6,8).

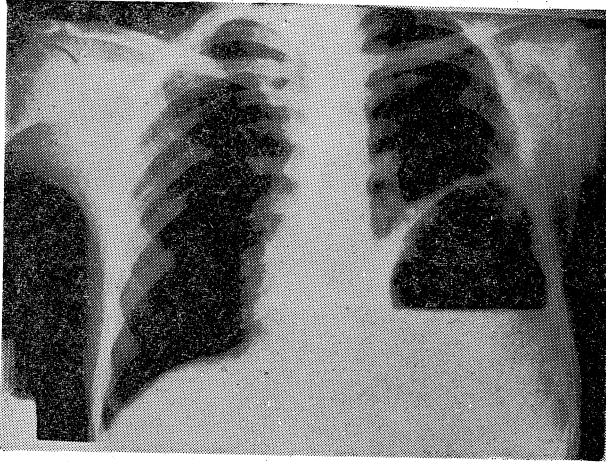
x Atatürk Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araş. Gör.
xx Atatürk Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doç.

VAK'A TAKDİMİ :

Yirmiki yaşında bir erkek hasta 6 günden beri devam eden karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğine başvurdu. Hikayesinden, ağrının aniden karın üst kısımlarında başladığı ve şiddetli olduğu, her yediğini derhal kustuğu ve kusmuk miktarının az olduğu öğrenildi. Öz ve soy geçmişi özellik arz etmeyen hastanın sorgulamasında travma ve solunum problemlerinin olmadığı özellikle öğrenildi. Hasta yatırıldı.

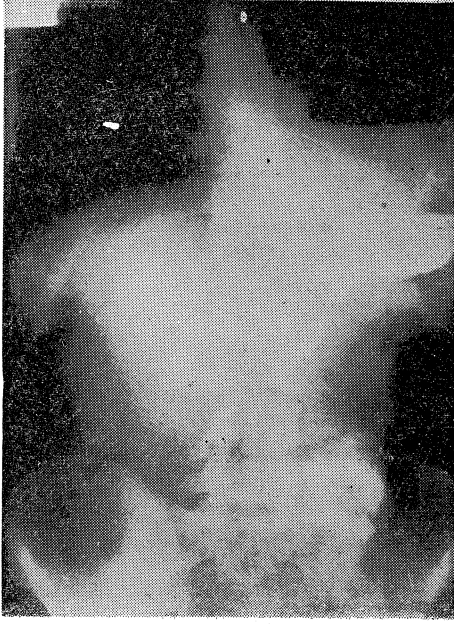
Fizik muayenede hastanın vital bulguları normaldi. Karın hafif distandü bulundu. Palpasyonla epigastrium hassastı. Dinlemekle barsak sesleri normokinetik bulundu. Diğer sistemlerin muayenesi normaldi.

Rutin laboratuvar çalışmaları normal sınırlarda idi. Çekilen direkt grafilerde sol diafragmanın yükselmiş olduğu rapor edildi (Resim-1). Hastaya nazogastirik sonda yoluyla baryum verilerek çekilen grafilerde ve skopik incelemede ise mide fundusu sabit kalmak üzere korpus ve antrumun diafragma üzerine çıkmış olduğu görüldü (Resim-2,3,4).

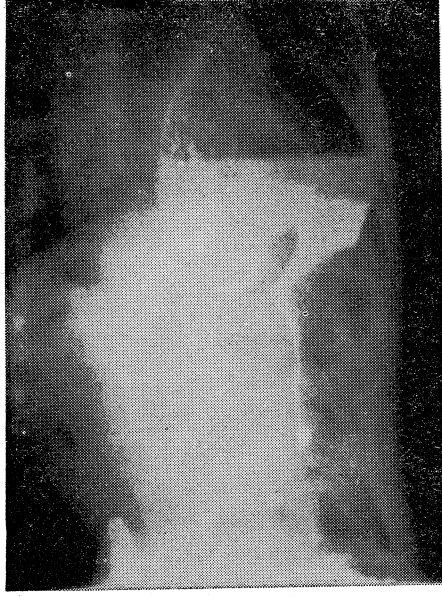


Resim-1: Hastanın direkt göğüs grafisinde sol diafragmanın yükselmiş olduğu raposedildi.

Bu bulgularla Bochdalek Hernisi düşünülen hasta ameliyata alındı. Eksplo-rasyonda sol diafragmanın posterolateral kesiminde yaklaşık 10 cm çapında bir defektten Bochdalek Fıtığı tarzında göğüσε fıtıklaşma olduğu, mide fundus ve korpusunun göğüσε girdiği ayrıca transvers kolon, omentum majus ve dalağın da göğüşte olduğu görüldü. Karın organları karına reddedildi, diafragma defekti kapatıldı ve hastaya soldan göğüs tüpü uygulandı.

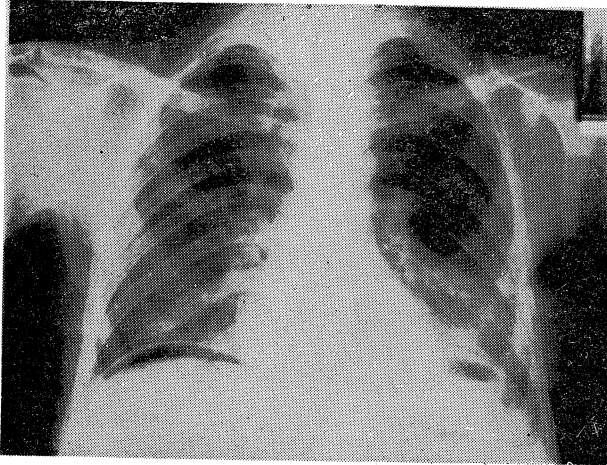


Resim-2,3: Hastaya baryum verilerek çekilen ön-arka grafilerde midenin korpus ve antrumunun diafragma üzerine fıtıklaştığı görülmektedir.



Resim-4: Baryum verilerek çekilen sol yan grafide fitiklaşma görülmektedir.

Ameliyat sonrası dönemde hastanın durumu süratle düzeldi. Postoperatif 3. gün göğüs tüpü çekildi. Daha sonra çekilen göğüs grafileri normal değerlendirildi (Resim-5). Postoperatif 18. gün hasta şifa ile taburcu edildi.



Resim-5: Hastanın ameliyat sonrası çekilen göğüs radyogramı normal bulgular göstermektedir.

TARTIŞMA :

İlk konjenital diafragma hernisi vak'ası 17. yüzyılda tanımlanmıştır. 1761 de Stenelinus akciğerde hipoplazi tesbit etmiş, 1848 de Bochdalek kendi adıyla anılan herniyi tanımlamıştır. 1921 de Korns akciğer hipoplazisinin önemini göstermiş, 1934 te Tremolieres cerrahi sonrası ölümlerin, cerrahi teknikten ziyade akciğer problemlerinden kaynaklandığını ortaya koymuştur(1).

Diafragmanın posterolateral kısmından kaynaklanan fituklar, Bochdalek Fitığı olarak tanımlanır(3). Posterolateral pleuroperitoneal kanalın kapanmamasındaki yetersizlik ve gecikme, intrauterin 8.-9. haftalarda karın orgalarının göğüseyituklaşmasına neden olur. Normal akciğerlerin gelişmesi, intrauterin hayatın 4. haftasında başlar ve bronşial dallanım 16. haftada tamamlanır. Bu süre içinde karın organlarının göğüseyituklaşması, akciğerlerde gelişim bozukluğuna neden olur(1). Bu bozukluk akciğerlerde hacim ve ağırlık olarak yetersizlik yanında bronşial dallanmada da yetersizlik şeklinde ortaya çıkar(3). Diğer taraftan intestinal rotasyonun intrauterin 12. haftada tamamlanması nedeniyle bu dönemde ortaya çıkan fituklaşma, fizyolojik rotasyonu da etkiler ve intestinal malrotasyon % 65 e varan oranlarda olaya eşlik eder (1,5).

Akciğerlerin kompresyona uğraması sonucu ventilasyon bozulur. Bu pulmoner vasküler direncin artmasına ve pulmoner hipertansiyona yol açar. Kan oksijen saturasyonu ve pH düşer. Gerek ventilasyon yetmezliği, gerekse kalbin karşı tarafa itilmesi nedeniyle kardiyovasküler olaylarda işe karışır. Foramen ovale yoluyla veya intrapulmoner alanda şantlar oluşur. Sonuçta değişik derecelerde hipoksemi, asidemi, siyanoz ve taşipne görülür(1,3). Bu durum doğum sonrası erken dönemde yüksek oranlarda öldürücüdür. Yaşayan hastalarda bronş sekresyonunun birikmesi sonucu kronik seyirli pnömoni ve atelettazi ortaya çıkar ve hayat boyu akciğer problemleri olur (3,6).

Bochdalek Hernisi solda, sağa nazaran 5 kat daha fazla görülür. Bunun sebebi sağ tarafın diaphragmasının karaciğerle korunmuş olmasıdır(1,3). Vak'aların yarısından azında herni kesesi vardır. Defekt, değişik büyüklüklerde olabilir. Göğüs boşluğuna en çok ince barsaklar çıkar. Ayrıca mide, kolonlar, omentum, solda dalak ve karaciğer sol lobu, sağda karaciğer sağ lobu ve safra kesesi de göğüseyi çıkabilir (3,4).

Klinik çoğunlukla doğumdan hemen sonra kendini belli eder. Yeni doğanda dispne, siyanoz ve kusma ilk belirtilerdir, (3,5). Az sayıda da olsa ileri yaşlarda ve erişkinlerde belirti verilir. Yaşayan hastalarda göğüs ve karın ağrısı, öksürük, dispne, siyanoz ve kusma görülebilir. Uzun vadede beslenme bozukluğuna neden olur. Etranguilasyona eğilim çoktur. Hastalık bazen bu belirtilerle ortaya çıkar(3). Bizim vak'amız ileri yaşlarda belirti veren nadir vak'alardandır. Semptomların ortaya çıkışı da muhtemele etrangüstasyonla ilgilidir.

Fizik muayenede o taraf göğüste solunum seslerinin azaldığı veya kayboluğu, kalbin karşı tarafa itildiği tesbit edilebilir(3).

Prenatal dönemde teşhis ultrasonografi ile konabilir(4). Teşhiste radyoloji önemlidir. Direkt radyogramlarda mide ve barsakların göğüs boşluğuna çıkmış olduğu görülebilir ve baryumlu çalışmalar olayı aydınlatır(3,5). Bizim vak'amızda da teşhis , baryumlu çalışmalarla konmuştur.

Tedavinin esası cerrahidir. Ancak hayatın ilk saatleri içinde yapılan erken cerrahi müdahale önemlidir. Transabdominal, transtrorastik veya torakoabdominal yaklaşılabılır. Orgalar karına reddedilip defekt kapatılır. Gerekirse plevral boşluk drene edilir(3,5,7). Pediatrik cerrahideki gelişmelere rağmen mortalitenin hala yüksek olması, cerrahi tedavi kadar solunum desteğinin de önemli olduğunu göstermiştir(2,6,8). Konjenital diafragma hernili hastalarda doğumdan sonra da akciğer gelişmesinin mümkün olabileceği bildirilmiştir(1). Bu nedenle pre ve postoperatif devrede farmakolojik veya ekstrakorporal membran oksijenasyonu desteği önemlidir (8). Tolazolin in pulmoner arterlerde dilatasyon, umbilikal arter ve duktus arteriosusta konstrüksiyon yaparak faydalı olduğu bilinmektedir(1).

Prognozu etkileyen en önemli faktör pulmoner hipoplazinin derecesidir(1,4). Ameliyat edilmeyen hastalarda mortalite % 75 in üzerindedir. Bunun 30-50 si hayatın ilk 24 saati içinde ortaya çıkar (1). Operatif mortalite de yüksektir. Ancak solunum desteği ile birlikte uygun ve erken cerrahi tedavi ile % 85 e varan başarı elde edilmiştir.

SUMMARY :

BOCHDALEK HERNIA

In this paper, a Bochdalek hernia case that gave no symptoms up to adult age was introduced, and the previous reports were reviewed.

KAYNAKLAR :

- 1- Bloss, RS, Aranda JV ,Beardmore HE. Congenital diaphragmatic hernia: Pathophysiology and pharmacologic support. Surgery 1981, 89: 518-524.
- 2- Bloss RS, Turmen T, Beardmore HE, Aranda JV. Talazone therapy for persistent pulmonary hypertension after congenital diaphragmatic hernia repair. J pediatr 1980; 97: 984-988.
- 3- Bozbora A. Diafragma fıtıkları. Değerli Ü ed. Cerrahi Gastroenteroloji. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1989. s. 480-482.
- 4- Goodfellow T, Hyde I, Burge DM. Freeman NV. Congenital diaphragmatic hernia: The prognostic significance of the site stomach. Br J Radiol 1987 60: 993-995.

- 5- Mishalanay HG, Nabada K, Woolley MM. Congenital diaphragmatic hernias: Eleven years' experience. Arch Surg 1979; 114: 1118-1123.
- 6- Nguyen L, Guttman FM, Chadarevian JP, Beardmore HE, Karn GM, Owen HF, Murhhy DR, The mortality of congenital diaphragmatic hernia. Ann Surg 1983; 198: 766-770.
- 7- Simson JNL, Eckstein HB. Congenital diaphragmatic hernia: a 20 year experience. Br J Surgery 1985; 72: 733-736.
- 8- Wiener ES. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia: New dimensions in management. Surgery 1982, 92: 670-680.