

BİR DIAFRAGMA HERNİSİ (BOCHDALEK HERNİSİ) KOMPLİKASYONU

Dr. Erdoğan YALAV (*)

Dr. İlker ÖKTEN(**)

GİRİŞ :

Diafragma hernileri, karın içi organlarının diafragmanın zayıf bir yerinden göğüs boşluğuna geçmesidir. Hastalığa ait ilk bilimsel tanı 1580 tarihinde AMBROISE PARE tarafından yayınlanmıştır. JEAN L.PETIT (1674 - 1750) diafragmaya ait ve konjenital olarak çeşitli fıtıkları tebliğ etmiş ve sağ taraftaki fıtık vakalarının ender oluşu dolayısıyla karaciğerin bu husustaki koruyucu rolünden bahsetmiştir. 1769 da MORGAGNIE diafragmanın tabii aralıklarından olan çeşitli diafragma-tik hernilerin monografisini ve çeşitlerini tarif ederek yazmıştır. 1853 de GUTRIE diafragma yaralanmalarından bahsetmiş ve BOWDITCH o tarihe kadar diafragma hernileri hakkında 27 yayın bulunduğunu bildirmiştir. 1896 da STEPHAN PAGET diafragma hernileri hakkında literatür malumatı ile corrahi müdahale yolunun plevral yolla yapılması icap ettiğini bildirmiştir. Amerikan literatüründe 1901 e kadar pek az vaka neşredilmiştir, bu tarihte INGALS diafragmatik hernilerin teşhisi isimli makalesinde hastalığın başlıca semptomlarını dispne, yemekler,den sonra ağrı ve kusma şeklinde kaydetmiş ve bu semptomlara dikkati çekmiştir. (1.6.8.10).

Diafragmatik herni problemi radyografinin, thorax cerrahisinin ve endoskopik metodların gelişimi ile teşhis ve tedavisinde önemli ilerlemeler göstermiştir(9) . . .

MATERYAL ve METOD :

Vak'a Takdim : M,Y 42 yaşında erkek hasta, Protokol ÇH.

* A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalb Cerrahisi Kliniği Profesörü

** A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalb Cerrahisi Kliniği Asistanı

Şikayeti : Karnında ve sol hemitoraksında şiddetli ağrı, dispne, ateş, halsizlik, Hikayesi : Şikayetleri 25 gün önce karnından çok şiddetli ağrı ile başlamış, aynı ağrı çok kısa bir süre içerisinde sol hemitoraksada yayılmış, dispne gittikçe artmış ateşi 40° ye kadar çıkıyormuş, kaldırıldığı hastanede intravenöz serum ve antibiyotik tedavisi, oksijen inhalasyonu yapılmış oral gıda da alabiliyormuş, gittikçe artan dispne ve düşmeyen ateşle karından göğüsey yayılan ağrı ile birlikte karında sertlikte gelişmesi üzerine müracaat etti. Fizik muayenede : TA 120/80 mm Hg, Nabız 128 dak, Ateş 38.7 - 39.5 arasında değişmekte, palpasyonda : turgor tonus azalmış ve 10 gündür dışkı yapamamaya bağlı olması muhtemel karında defans. Perküsyonda sol hemitoraks kaidede matite. Oskültasyonda : Sol hemitoraksta kaidede solunum sesleri hiç alınmıyor, apekte çok azalmış, barsak sesleri mevcut, hasta gaz ve çok az miktarda



Resim 1 Hastanın giriş PA Akciğer grafisi görülmektedir

defekasyon yapabiliyor. Labratuvar: Sedim 60 mm/s, Loko: 16800, Hb: % 60, Kan kimyası N. Radyolojik görünüm: giriş PA ve sol yan akciğer grafilerinde (RESİM 1 ve 11) izlenmektedir.



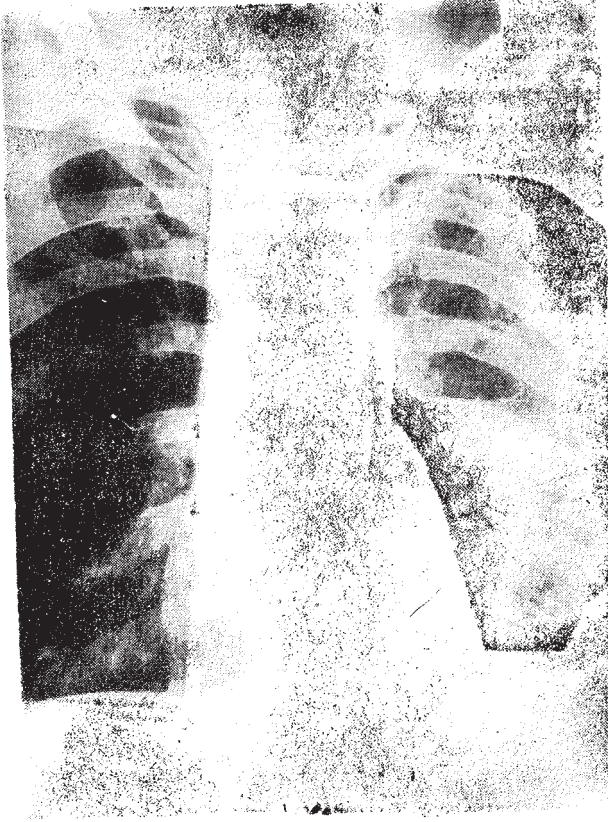
Resim II Hastanın giriş SOL YAN grafisi görülmektedir

Rutin labratuvar tetkiki yapılan hastada klinik tanı olarak ampiyemin mevcudiyetine karar verildi. Labratuvar ve klinik bulguların hastanın anamnezii le bağdaşmadığı ve yemek yedikten sonra şikayetlerinin artmasının nedeni değerlendirilemedi. Hastanın yüksek olan ateşinin ve enfeksiyon tablosunu gösteren bulguların mevcudiyeti süratle bir diren koyup göğüse direnaj yapılmasına bizi yöneltti, daha evvelce yapılan ponksiyonda çok hafif bir pü alınmasına rağmen enjektör iğnesinin bazı maddelerle tıkanması penksiyonu başarısız kılmıştı, hastaya direnaj yapılması için ameliyathaneye alındı, ufak yapılan kesi-

den sonra göğüs içine girildiğinde göğüs içinin gıda artıkları ve feçesle dolu olduğu görüldü, hemen ensizyon büyütülerek torakotomi tamamlandı. Göğüs içi temizlendiği zaman diafrağmanın üzerinde bir deliğin bulunduğu ve bu deliğin içinden göğüs içerisine intestinal kanal muhteviyatının geldiği tesbit olundu, diafragma açıldı, diafragmaya yapışık olarak transvers kolonun göğüs boşluğuna perfore olduğu tesbit edildi. Kolonun diafragmaya çok yapışması nedeniyle barsak muhtevası sadece göğüs içine gitmekte ve karna girmemekteydi, transvers kolon diafragmadan ayrılarak primer sütürlerle karşılıklı dikildi ve diafragma tamir edilerek transvers kolonun göğüs içine girdiği Bochdalek hernisi (6x10 cm) kapatıldı. Göğüs içi eksplorasyonunda hayretle gözlenen en önemli bulgu gerek visseral gereksede paryetal plevranın enfeksiyona iştirak etmemiş olması idi. Fizyolojik serumla göğüs ykanmasından sonra adeta göğsün böyle bir olaya iştirak etmiş olduğunu anlamak imkansızdı. Akciğerin tamamen ekspansiyonu temin edildikten sonra göğüs sualtı direnaji ve antibiyotik lavajı yapılması için konan 2. bir ince direnle kapatıldı, hasta ameliyathaneyi iyi olarak terketti ve 9. gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA :

Posterolateral diafragmatik herniler (Bochdalek hernileri) diafrağmanın arka kostal parçasının konjenital gelişme bozukluğuna bağlı olarak teşekkül eder (2,6,10). Defekt çok defa 10 ve 11. kostalar hizasındadır. Bütün tabakaları kapsayan defekt nedeniyle plevra ve periton boşlukları arasında serbest bir irtibat husule gelir. Vakaların çoğunda gerçek manada bir fıtık kesesi yoktur. Defekt bazen 2-3 cm çapında olduğu gibi bazan yarım diafragma kubbesini kapsayacak kadar büyük olabilir. Daha çok sol diafragmada bulunur. Toraks içinde negatif basınç nedeniyle karın içi organları toraks içine girebilir ve akciğerin total kollabı mediastenine sağa deviasyonu ve sol akciğerin baskı altına girmesine sebep olabilir. Yeni doğmuş çocukta akut solunum bozukluğu şeklinde



Resim III Hastanın çıkış PA Akciğer grafisi görülmektedir

kendini gösterebilir, bebeklerin çoğu doğumu takiben birkaç gün içinde teşhis konulamadan ölürlür. Toraksın her hareketiyle göğüs boşluğu içine daha fazla karın içi organları girer ve asfiksi gittikçe ilerler. Mediastinumun yer değiştirmesi ve siyanoz çok defa dekstre kardiyak ve konjenital kalp hastalığı teşhisini koydurur. Solda solunum seslerinin işitilmemesi ve barborismus varlığı teşhise götüren bulgulardır. Radyolojik tetkik teşhisi kesinleştirir. Bununla beraber hastalık her zaman fatal seyretmez. İleri yaşlarda efor dispnesi vermekten sonra dispne, gelişme bozukluğu gibi semptomlar verir. Spontan pnömotoraks, amfizematöz akciğer kisti gibi durumlarla sıklıkla karışabilir (5,6,9,10).

Bochdalek hernileri HARRİNTON'a göre ençok görülen notravmatik konjenital herniler arasında 2. sırayı almaktadır. HARRİNGTOXN'a göre Bechdalek hernileri septum transversum ve pleuro - peritoneal membranın birleşmemesi neticesi meydana gelen pleuro - peritoneal hiatusun olurlar. Bunlarda kese yoktur, septum transversum ile pleuro - peritoneal membran birleşmişlerdirki bu takdirde Bochdalek deliği teşekkül eder. Bochdalek deliği hernileri daha ziyade akkiz hernilerdir ve peritoneal kese ihtiva ederler. RİVO Mayo kliniğinde 270 diafragma hernisi vakası arasında 4 vakanın (% 2) Bochdalak hernisi tipinde olduğunu kaydetmiştir (3,4,8).

Bochdalek tipi hernilerde transvers kolonların göğüs içine girmesi daha büyük bir olasılık göstermektedir. Anatomik yakınlık nedeniyle karın içi başka organların mesela omontunun, jejunumun bazı hallerde midenin hatta dalağın herniasyonları bildirilmiştir, genellikle göğüs içine barsak perforasyonları nadir görülmektedir ve literatüde tatmin edici yazıya rastlanılmamıştır. Göğüs içi negatif basıncın genellikle barsakları göğüs boşluğuna emmesi ile zaten zayıf olan diafragmada defektin büyümesine sebep olmakta ve karın içi organları beslenme bozukluğu göstermeden göğüs içinde muhafaza edilebilmektedir (1,2,3,7,8).

Vakamızda transvers kolonun tenia coli doğrultusunda defekt içinde emildiği ve aspire edilen bölümün duvarının nekroze olarak göğüs içi boşluğuna açıldığı anlaşılmaktadır, olay süresinin kolonun diafragmaya yapışmasına müsait bir zaman içinde olması periton boşluğunun olaya iştirakini imkansız kılmıştır. Kolon muhteviyatının birdenbire göğüs içerisine boşalması ile hastada yalançı bir ileus tablosunu ve dispne yüksek ateş solunum zorluğu ilede akciğer komplikasyonu tablosunu ortaya çıkartmıştır. Retrospektif olarak dikkatlice alınan anamnezde hastanın susuz kalmaması ve gıda alma ihtiyacına temin için hastalığın ilk 3 günü bol miktarda portakal yediğini daha sonraki devirlerde ise gıda almakta zorluk çektiği için intravenöz beslendiği anlaşılmıştır. Ameliyatta göğüsten dışarıya alınan materyelde bol miktarda

portakal bakiyelerinin bulunması göğüse porforasyon olduğu andan itibaren büyük yiyecek maddelerinin göğüse dolduğu anlaşılmıştır. Hastanın yalancı ileus tablosu ile perforasyon devri geçtikten sonra devam etmesi ve uzaması buna rağmen barsak seslerinin muntazam olması ağızdan alınan gıdaların sadece göğüse dolması nedeniyle barsak pasajını, itilemediği ve bu yüzden hastanın defekasyon yapamadığı şeklinde değerlendirilmiştir. Vakamızda kanımızca en ilginç olay plevranın ve mediastinumun enfeksiyona iştirak etmemiş olmasıdır, alınan plevra parçalarının patolojik incelenmesi normalin dışında bir hücre infiltrasyonunu göstermemiştir. Hastada sadece kitlenin yarattığı fizik etkiler (taşikardi, dispne, öksürük) yanı sıra enfeksiyon bulunmadığı halde ateşin çok yüksek olması dikkati çekici bulunmuştur.

ÖZET :

Boohdalek hernileri içerisinde göğüs içine perfore olan transvers kolon vakaları nadir olarak gözükmemektedir. Vakamız 25 günlük bir perforasyonla müracaat etmiş ve ameliyat olmuştur. Bütün barsak muhteviyatının sol hemitoraksa dolması yanında 25 gün gibi uzun bir süre kaldığı halde visseral ve paryetal plevra ile mediastinumun iltihabi reaksiyon göstermemesi ve hastanın süratle iyileşmesi enteresan olarak kabul edilmiştir.

SUMMARY :

One of the interesting complication of the Bochdaleck hernia

Transvers colon perforation into the thoracic cavity through the Bochdaleck hernias is rather a rare complication. In our paper we present one of these rare cases. The contents of the hernia have been cumulated in the left thoracic cavity within 25 days. The interesting part of this case is that an empyema hasn't been occurred and the patient has recovered within a very short period of time.

LİTERATÜR

- 1 — CHRISTIANSEN, L.A., STAGE, P., BRAHE, E.B., BERTELSEN, S.: Rupture of the diaphragm. Thorax 29: 559, 1974.

- 2 — ELLİSON, E. H.: Diaphragmatic Hernia. Am. J. Surg 77: 152, 1949.
- 3 — ERASLAN, Ş.: Diaphragmatic hernia. İhtisas tezi 1956.
- 4 — HARRINGTON, S. W.: Diaphragmatic hernia. Carter, B. N. Monographs of Surgery Thomas Nelson 213, 1951.
- 5 — IŞIN, E., ÖKTEN, İ., YALAV, E.: Sağ diağrağmada bir defekt ve even-trasyon kombinasyonu. A. Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası. 6: 1261, 1973.
- 6 — McNAMARA, J. J., ERAKLIS, A. J., GROSS, R. E.: Congenital postero-lateral diaphragmatic hernia in the newborn. J. Thorac. Cardiovasc Surg. 55: 15, 1968.
- 7 — REES, J. R., REDO, S. F.: Anomalies of intestinal rotation and fixation. Am J. Surgery 116: 834, 1968.
- 8 — REES, J. R., REDO, S. F., TANNER, D. W.: Bochdalek's Hernia. A review of Twenty-one Cases. The Amer. J. of Surgery 129: 259, 1975.
- 9 — RİTVO, M.: Chest X-RAY diagnosis 327, 1951.
- 10 — THOMSON, A. S.: Diaphragmatic hernia in infancy and childhood. The Surgical Clinics of North America 1954 August.