

PNÖMOTORAKS OLARAK YANLIŞ TANI ALAN BİR KONJENİTAL DİYAFRAGMA HERNİSİ OLGUSU

A CASE OF CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA MISDIAGNOSED AS PNEUMOTHORAX

Suat BİÇER, Ayşegül DOĞAN, Selçuk UZUNER, Gülay A. TİRELİ, Filiz ASLAN,
Melih ARSLAN, Gönül AYDOĞAN*

ÖZET

Acil çocuk servisine taşipne ve solunum sıkıntısı bulgularıyla getirilen 28 günlük bir yenidoğanın akciğer grafisinde sol akciğerde pnömotoraks düşündürülen serbest hava görünümü mevcuttu. Bu bulgu üzerine toraks tüpü uygulanması düşünülen hastaya, olası diğer tanıları ayırt etmek için yapılan toraks ultrasonografisinde, akciğer grafisinde pnömotoraks olmayıp diyafragma hernisi olduğu görüldü; gastrointestinal sistem pasaj grafisiyle konjenital diyafragma hernisi tanısı kesinleştirildi. Herni redüksiyonu ve cerrahi tamir yapıldı ve hasta taburcu edildi. Geç ortaya çıkan konjenital diyafragma hernisi düşünüldüğünde ultrasonografi uygun bir tanı aracıdır. Bu olgu, ilk düşünülen tanının pnömotoraks olması nedeniyle, konjenital diyafragma hernisi ayırıcı tanısına dikkat çekilmek için sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Konjenital diyafragma hernisi, pnömotoraks, ultrasonografi

ABSTRACT

A 28 day- old girl who had tachypnea and difficulty in breathing was referred to the Children Emergency Unit in our hospital. In the postero-anterior X-ray of the chest, appearance of free air led to the possible diagnosis of pneumothorax. Based on X-ray appearance, a chest tube was planned to be placed; before this procedure, ultrasound of the chest was performed to distinguish other possible diagnoses. Chest ultrasonography revealed diaphragmatic hernia. Congenital diaphragmatic hernia (CDH) was confirmed using barium study. Hernia reduction and surgical repairment were performed and the patient was discharged. Although pneumothorax was our initial diagnosis, after the procedures that were performed, the true diagnosis of congenital diaphragmatic hernia was established. Chest ultrasonography seems as a good diagnostic tool when lately presented congenital diaphragmatic hernia is suspected. This case of congenital diaphragmatic hernia misdiagnosed as pneumothorax was presented here in order to attract attention to pneumothorax as a differential diagnosis in patients with CDH.

Key words: Congenital diaphragmatic hernia, pneumothorax, ultrasonography

GİRİŞ

Konjenital diyafragma hernisi her 2000-5000 doğumda bir, çoğunlukla da miadında doğanlarda görülür (5). Abdominal organların torasik boşluğa herniasyonu diyafragmanın konjenital ya da travmatik defektlerine bağlı olarak gelişebilir. Konjenital diyafragma hernisinde semptomatoloji ve prognoz defektin lokalizasyonu ve eşlik eden anomalilerin varlığına bağlıdır (5). Diyafragmadaki defekt özofagus hiatusunda (hiatal herni), hiatusun yanında (paraözofageal), retrosternal (Morgagni) ya da posterolateral (Bochdalek) olabilir (5). Değişik lokalizasyonlardaki bu defektlerin hepsi konjenital olmasına karşın “konjenital diyafragma hernisi” tanımı genellikle

Bochdalek hernisi için kullanılmaktadır. Bu lezyonlar sıklıkla ağır solunum sıkıntısıyla yenidoğan döneminde bulgu verirler; eşlik eden diğer organ anomalileri bulunabilir ve mortalitesi %40-50 kadar yüksektir (5). Hernilerin %85’i sol posterolateralden olur (9). Olguların çoğunda saptanan barsak malrotasyonu ve değişik derecelerdeki pulmoner hipoplazi hastalığının bir komponenti olup, ek anomali olarak kabul edilmez (5). Klinik belirtiler genellikle ilk saatlerde solunum sıkıntısı ile ortaya çıkarken, bazı olgularda bu bulgular daha geç dönemde saptanabilir (6). Bu yazıda, geç dönemde solunum sıkıntısı ile acil çocuk servisimize getirilen ve ilk olarak çekilen posteroanterior akciğer grafisinde pnömotoraks düşünülen 28

Date received/Dergiye geldiği tarih: 15.03.2006

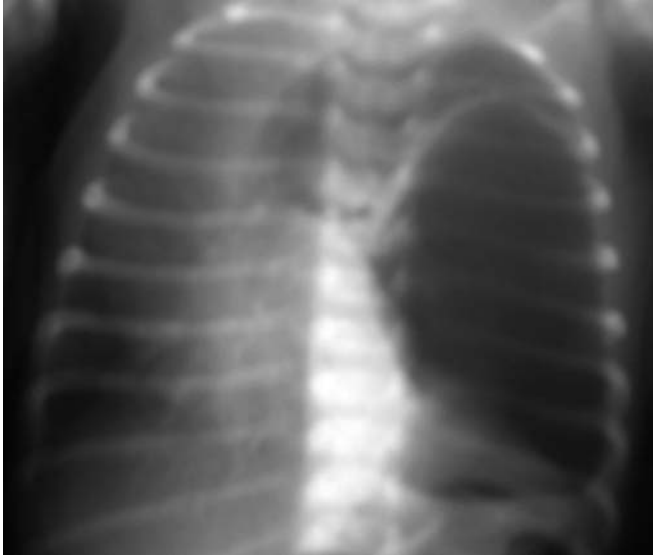
* İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim-Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Bakırköy, İstanbul (İletişim kurulacak yazar: drsuatb@yahoo.com)

günlük bir konjenital diyafragma hernisi (KDH) olgusu sunulmuştur.

OLGU

Acil çocuk servisine taşipne ve solunum sıkıntısı bulgularıyla getirilen 28 günlük bir yenidoğanın fizik muayenesinde solunum sesleri sol akciğerde alınmıyordu. Antenatal takibi olmayıp zamanında ve evde ebe yardımıyla doğduğu öğrenilen bebeğin doğum sırasında bir problemi gözlenmemiş, doğumdan sonraki günlerde fark edilen bir sorunu olmadığı bildirilmişti. Yirmibir yaşındaki annenin sorunsuz geçtiği ifade edilen ilk

gebeliğinden doğmuştu. Aile öyküsünde doğumsal hastalığı olan birey yoktu. Son bir hafta içinde hırıltılı solunumu fark edilmiş ve emmesinde azalma gözlenmiş olan bebek herhangi bir sağlık kuruluşuna götürülmemişti. Solunum güçlüğü içindeki bebekte dispne, taşipne, subkostal ve interkostal çekilmeler mevcuttu. Kalp sesleri normaldi, apeksin yeri belirgin olarak palpe edilemedi. Sol akciğerde solunum sesleri duyulamadı. Sağ akciğerde solunum sesleri kabalaşmıştı. Hemen yapılan posteroanterior akciğer grafisinde (Resim 1) sol akciğerde pnömotoraks düşündürülen serbest hava görünümü, kalp ve mediastende sağa doğru itilme mevcuttu. Pnömotoraks ön tanısıyla tüp takılmak üzere sevk edildiği çocuk cerrahisi servisinde yapılan toraks ultrasonografisinde diafragma hernisi saptandı. Gastrointestinal sistem pasaj grafisiyle konjenital diyafragma hernisi tanısı kesinleştirildi (Resim 2). Hastada başka bir konjenital anomali saptanmadı. Ekokardiyografisi ve kranyal ultrasonografisi normaldi. Herni redüksiyonu ve primer cerrahi diyafragma onarımı yapılan bebek taburcu edildi (Resim 3).



Resim 1. Posteroanterior akciğer grafisi.

TARTIŞMA

Konjenital diyafragma hernisi yaklaşık 2000-5000 doğumda bir ve sıklıkla term bebeklerde görülen bir patolojidir (5). Etiyolojisi aydınlatılamamış olan bu anomaliye neden olan bir gen mutasyonu tanımlanmamıştır (10). Birçok biyolojik oluşumda, embriyogenezde ve özellikle akciğer gelişiminde merkezi rol oynayan retinoid sistemin A vitamini eksikliği ya da teratojenik etkilerle bozulmasına bağlı olarak retinoid sistem tarafından düzenlenen genlerdeki bozukluğa bağlı KDH gelişebileceği düşünülmektedir (7). KDH'nin posterolateralden kaynaklanan Bochdalek hernisi, anterior kaynaklı Morgagni hernisi ve daha nadir görülen hiatus hernisi olmak üzere 3 temel tipi vardır (5). Vakaların yaklaşık %85'i Bochdalek hernisidir (10). Ayırıcı tanıda aspirasyon sendromları, bronkojenik



Resim 2. Gastrointestinal sistem pasaj grafisi



Resim 3. Hastamızın operasyon sonrası çekilen posteroanterior akciğer grafisi.

kist, konjenital pnömoni, kistik adenomatoid malformasyon, pulmoner hipertansiyon ve pnömotoraks yer almaktadır (4, 6, 10). KDH sıklıkla yenidoğan döneminde ciddi solunum sıkıntısı ile karşımıza çıkar. Ancak bir kısmı (%5-%30) neonatal dönemden sonra da bulgu verebilir (5, 6). Ancak yenidoğan döneminden sonra KDH tanısı genellikle akla getirilmemektedir (2). Bu yüzden de KDH'lı hastalar yanlış teşhisler nedeniyle hatalı girişimlere maruz kalabilmektedirler (3). Berman ve arkadaşlarının 26 hastalık geç bulgu veren KDH'lı hasta serilerinde hastaların 16'sında ilk tanının primer akciğer anomalisi olduğu ve bunların 4 tanesinin torasentezle sonuçlandırıldığı bildirilmiştir (1). Olgumuzda da ilk olarak pnömotoraks tanısı düşünülmüştür. Uygun olmayan göğüs dreni yerleştirilmesi semptomlarda geçici bir azalma sağlamakla beraber intratorasik abdominal viseranın zarar görmesiyle tehlikeli sonuçlar karşımıza çıkabilir. Böyle bir durumda mide ve bağırsak içeriğinin göğüs boşluğuna yayılıp mediastinit ile sonuçlanma riski vardır (3). Sol taraf yerleşimli KDH olgularında dalak ve kan damarlarının yapılan girişim sonucu zarar görmesi hayatı tehdit eden kanamalara neden olabilir. Sağ taraf yerleşimlilerde ise göğüs dreni karaciğere zarar verebilir (3). Geç bulgu veren KDH'dan şüphelenildiği zaman ultrasonografi uygun bir teşhis aracıdır (8). Pnömotoraks düşünülen olgumuzda, toraks tüpü yerleştirmeden önce geç bulgu veren KDH, bronkojenik kist, kistik adenomatoid malformasyon tanılarını ekarte etmek üzere yapılan toraks ultrasonografisi KDH olduğunu ortaya çıkarmıştır. Gastrotoraks şüphesinde yerleştirilen nazogastrik tüp ile çekilen göğüs filmi doğru teşhis koymaya yardımcı olur (1). Geç bulgu veren KDH tanısı için kullanılacak diğer tetkikler kompüterize tomografi, manyetik rezonans veya alt gastrointestinal sisteme kontrast madde verilerek yapılan görüntüleme çalışmalarıdır (8). Bizim sunmuş olduğumuz olguda da semptomlar doğumdan hemen sonra ortaya çıkmamış olup, başvuru anında çekilen posteroanterior akciğer grafisi ön planda pnömotoraks düşündürmüştü. Göğüs tüpü takılmadan önce ayırıcı tanı için yapmış olduğumuz toraks ultrasonografisi ise KDH ile uyumlu olup bu tanı kontrastlı radyolojik grafi ile de doğrulandı. Böylece pnömotoraks tanısından uzaklaşıp, komplikasyonlara yol açacak olan göğüs tüpü uygulamasından vazgeçildi.

Sonuç olarak, KDH her zaman tipik röntgen bulguları ile karşımıza çıkmaz. Özellikle travma öyküsünün olmadığı pnömotoraks düşünülen olgularda KDH akla getirilmeli ve ultrasonografi ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Tanıdan şüphelenilen durumlarda nazogastrik tüp uygulaması tanısal ya da tedavi edici amaçla kullanılabilir. Hastaları tanıda gecikme ya da uygun olmayan tedavi yaklaşımlarının doğurabileceği komplikasyonlardan koruyabilmek için ayırıcı tanı konusundaki şüphe eşliğimizin düşük olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Berman L, Stringer D, Ein SH, Shandling B. The late presenting pediatric Bochdalek hernia: a 20 year review. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 735-739.
2. Booker PD, Meerstadt PW, Bush GH. Congenital diaphragmatic hernia in the older child. *Arch Dis Child* 1981; 56: 253-257.
3. Coren ME, Rosenthal M, Bush A. Congenital diaphragmatic hernia misdiagnosed as tension pneumothorax. *Pediatr Pulmonol* 1997; 24: 119-121.
4. Fein JA, Loisel J, Eberlein S, Wiley JF, Bell LM. Diaphragmatic hernia masquerading as pneumothorax in two toddlers. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1221-1224.
5. Gary EH. Diaphragmatic Hernia. In: Richard EB, Robert MK, Hal B (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics* (17th ed), WB Saunders Co, Philadelphia 2004, pp.1353-1355.
6. Gleeson F, Spitz L. Pitfalls in the diagnosis of congenital diaphragmatic hernia. *Arch Dis Child* 1991; 66: 670-671.
7. Greer JJ, Babiuk RP, Thebaud B. Etiology of congenital diaphragmatic hernia: the retinoid hypothesis. *Pediatr Res* 2003; 53: 726-730.
8. Oh KS, Newman B, Bender TM, Bowen A. Radiological evaluation of the diaphragm. *Radiol Clin North Am* 1988; 26: 355-364.
9. Snyder HS, Salo DF, Kelly PH. Congenital diaphragmatic hernia presenting as massive gastrothorax. *Ann Emerg Med* 1990;19: 562-564.
10. William ET. Pulmonary Hypoplasia and Congenital Diaphragmatic Hernia. In: Colin DR, Abraham MR (eds). *Rudolph's Pediatrics* (21st ed), McGraw-Hill Co. USA 2002, pp.189-190.