

## MORGAGNİ HERNİSİ

Turgut İŞİTMANGİL\*, Kunter BALKANLI\*, Mehmet DAKAK\*,  
Kamil CERRAHOĞLU\*\*, Haluk ŞAŞMAZ\*

## ÖZET

Morgagni hernisi (parasternal herni) Larrey aralığında gelişen ve nadir görülen bir kongenital diafragmatik herni türüdür.

Kliniğimizde Morgagni hernili 3 hasta opere edildi. Yaş ortalaması 25.3 olan hastaların üçü de erkek olup, diafragma defekti hepsinde sağ taraftaydı. Üç hastanın ikisi daha önce perikardiyal sıvı ve infiltrasyon gibi yanlış tanıları nedeniyle tedavi altına alınmışlardı. Hastaların biri daha önce perikardiyal sıvı ve kardiyomegali; diğeri de sağ alt lobda infiltrasyon öntanılarını ile tedavi altına alınmıştı. Olguların üçünde de tanı toraks tomografisi ile konuldu. Hastaların tümüne abdominal girişim uygulandı. Operasyonda fitik kesesi içinde birinci olguda 3x1.5 cm boyutlarına ektopik karaciğer lobu, ince barsak, omentum; ikinci olguda ince barsak ve omentum; üçüncü olguda ise ileoçekal velv, apendiks, transvers kolon ve ileum saptandı. Ektopik karaciğer lobu eksize edildi, diğer organlar batına gönderildi ve diafragma defektleri tamir edildi.

Preoperatif olarak Morgagni hernisi tanısı konulan olgularda batından girişin en uygun yol olduğu kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Morgagni hernisi, diafragma hernisi, kongenital herni.

## SUMMARY

Morgagni herni (parasternal-hernia) is a type of rare congenital diaphragmatic hernia which develops through Larrey's space.

Three patients were operated with Morgagni hernia at our clinic. All of these patients were male and their mean age was 25. Their hernia were at the right side in all cases. At two of those three patients treatment was performed according to false diagnosis preoperatively. All of the patients were diagnosed by computed tomography, and abdominal approach was performed. In the first patient ectopic liver lobe with the size of 3x1.5 cm, small bowel, omentum; in the second patient small bowel, omentum and in the third patient ileoacal valve, appendix, transverse colon were found inside the hernia sac at operation. Ectopic liver lobe was excised and other organs were placed inside the abdomen. Diaphragmatic defects were repaired.

When it is diagnosed as Morgagni hernia preoperatively, it was suggested that abdominal approach was the best choice.

**Key Words:** Morgagni hernia, diaphragmatic hernia, congenital hernia.

## GİRİŞ

Morgagni hernisi çok nadir görülen bir kongenital diafragma herni türüdür (2,3). Sternumun her iki tarafında bulunan Larrey aralığında gelişen bir defekt yoluyla batin içi organlarının göğüs boşluğuna fıtıklaşması söz konusudur (9,32). İlk olarak 1761 yılında Morgagni tarafından tarif edilmiştir (25,27). Cerrahi tedavi gören diafragma hernilerinin

yalnızca %3'ünde rastlanılan Morgagni hernisinin toplum içindeki sıklığı yaklaşık 1 milyon doğumda bir olarak belirtilmektedir (12,21,33). En önemli etyolojik faktör, diafragmanın embriyolojik gelişim defektidir (2,25). Ayrıca obezite, travmalar, gebelik, ağır eforlar, kortikosteroid tedavi ve fetal dönemde aktive gösteren bazı kimyasal maddeler ile vitamin eksikliğinin ilave predispozan faktörler olabileceği belirtilmektedir

Mecmuaya geldiği tarih: 26.10.1998

\* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği, İstanbul

\*\* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

(17,25,35,36,38). Kadınlarda daha fazla görülmektedir (22,27,32). Genellikle sağ tarafta gelişmekte olup, hemen hepsi herni kesesi içermektedir (2,5,16,22,32). Herni kesesi içinde en sık görülen organlar kolon ve omentum olup, bunu karaciğer, mide, ince barsak takip etmektedir (2,3,22,25,32,36). Çocuklarda organ anomalileri sık görülmekle birlikte; yetişkin hastalar genellikle obez olup, diğer organ anomalisi içermemektedir (27). Hastaların çoğu asemptomatiktir (16,22,35,36). Semptomatik hastalarda gözlenen en yaygın semptomlar solunum sistemi ve sindirim sistemi ile ilgilidir (2). Radyolojik olarak tipik görünüm, düz akciğer grafisinde sağ kardiyofrenik açıdan ve yan grafide sternumun hemen arkasında düzgün sınırlı bir gölge görülmesidir (3,16). Ayrıca tamda akciğer infiltrasyonu bronşektazi, perikardial efüzyon, perikardiyal kist, perikardiyal yağ yastığı, intratorasik lipom, pnömotoraks ve plevral efüzyon sayılabilir (6,11,15,18,20,21, 31,37).

## BULGULAR

Kliniğimizde Morgagni hernisi tanısı konulan 3 olgu opere edildi. Tümü erkek olan hastaların yaş ortalaması 25.3 idi. Herni olguların tümünde sağ tarafta idi. Birinci olgunun solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda olup; 2. ve 3. olgularda hafif azalma saptandı. Hastaların hiçbirinde kardiovasküler sistem patolojisi ve diğer sistemlere ait anomali saptanmadı. Olguların tümünde tanı toraks CT ile konuldu. Olgularımızda göbüküstü median kesi ile abdominal girişim uyguladık. Birinci olguda tespit edilen ektopik karaciğer lobu eksize edildi ve tüm olgularda diğer intraabdominal organlar batına gönderildi. Olguların tümünde herni kesesi çıkarıldı ve defekt 1 numaralı ipek kullanılmak suretiyle tek-tek matres sütürler ile kapatıldı. Olguların hiçbirine toraksa dren yerleştirilmedi.

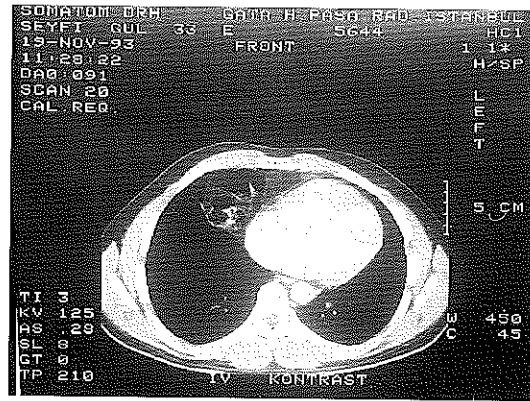
Yaptığımız inceleme sonucunda; birinci olguda rastlanılan ektopik karaciğer lobu her-

niasyonu ile üçüncü olguda rastlanılan ileoçekal valv ve appendiks herniasyonunun literatürde bildirilmediğini saptadık.

## Olgu 1.

SG, 34 yaşında. Şikayeti olmayan hastanın akciğer grafisinde sağ parakardial alanda genişleme görüldü. Baryumlu GİS grafisinde sağ parakardial alanda kontrast madde birikimi görüldü. Toraks CT ile kalp sağ ön bölümünde perikardial yağ yastığı içine barsak segmentlerinin herniasyonu gözlemlendi (Şekil 1). Operasyonda Larrey aralığının 7x5 cm ebadlarında olduğu, herni kesesi içinde 3x2x1.5 cm ebadlarında ektopik karaciğer lobu, omentum ve ince barsak ansları bulunduğu gözlemlendi. Ektopik karaciğer lobunun yaklaşık 2 cm uzunluğunda bir pedikülle karaciğer kapsülüne bağlı olduğu ve bu yolla beslendiği görüldü. Ektopik karaciğer lobu eksize edildi.

**Resim 1.** Birinci olguda toraks CT tetkiki ile sağ parakardial yağ yastığı içine barsak segmentlerinin herniasyonu



## Olgu 2.

FK, 21 yaşında. 4 yıl önce ekokardiografide perikardial sıvı, telekardiografide KTO>0.6 ve viral perikardit tanısı ile Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniğine yatırılma hikayesi bulunan obez hastada nefes darlığı, mide bulantısı ve sırtta yanma şikayetleri mevcut. Telekardiografide kalbin global olarak büyüdüğü görüldü (Şekil 2). Ekokardiografi ile sağ at-

Abdominal yaklaşımın nasıl bir insizyonla yapılması gerektiği konusunda çeşitli görüşler mevcuttur. Subkostal insizyon (2,32) ve subksifoid insizyonu (25) savunan yazarların bulunmasına karşın, biz bu iki yaklaşımın yeterli eksplorasyon sağlayamayabileceğini ve ilave abdominal patolojilerin (gastrik volvulus, intestinal inkarasyon ve strangulasyon gibi) saptanmasında yetersiz kalabileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle, tercihimiz göbüküstü median insizyon olup, 3 olgumuzda da çok iyi sonuçlar aldık.

Herni defekti genellikle direk sütürle (36) veya tek tek matres sütürlerle (32) tamir edilebilir. Buna karşılık kotun önünü dolanan ve göğüs duvarında geçen sütürlerle daha iyi bir tamir olacağını bildiren yazarlar da mevcuttur (32). Defekt boyutu büyük olan ve mevcut dokuların tamir için yetersiz olduğu olgularda, küçük bir parça plastik mesh veya yumuşak doku Gore-Tex patch kullanılabileceği bildirilmektedir (32). Olgularımızda mevcut dokular defekt tamiri için yeterli olduğundan sentetik patch materyali kullanmadık ve defekt tamirini 1 numara ipek kullanılarak tek-tek matres sütürlerle yaptık.

Son yıllarda Morgagni hernili hastalara laparoskopik tamir uygulandığı ve başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir (23,29). Literatürde günümüze kadar 12 hastada laparoskopik tamir ve 2 hastada ise video-yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) ile tamir yapıldığı ve bu hastaların hiçbirinde komplikasyon veya nüks görülmediği bildirilmiştir. Küçük boyutlu herniasyonun olduğu olgularda laparoskopik veya VATS ile tamirin denenebileceğini; ancak büyük boyutlarda herniasyonu bulunan ve defekt çapı geniş olan olgularda ise laparoskopik cerrahi ile abdominal organların batına indirilmesinde, herni kesesi eksizyonunda ve defekt tamirinde zorlanacağı ve başarılı sonuçlar alınmayacağı inancındayız.

Abdominal yaklaşım ile yapılan operasyon sonrasında batın kapatılırken, hastaların ço-

ğunda toraksa dren konulmasının gerekmediği bildirilmektedir (32). Biz olgularımızda toraksa dren koymadık, ancak ikinci olgumuzda mediastinal mayi birikimi komplikasyonu gelişti. Bu nedenle, plevra ve/veya perikarda yapışıklık gösteren herni keselerinin sıyırılması esnasında bu zararın travmatize olduğu olgularda bir toraks dreni (mediastinal veya intraplevral) konulmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

1. Akamine, S., Kawahara, K., Nakamura, A., Takahashi, T., Yamamoto, S., Ayabe, H., Tomita, M.: Successful utilization of a video-assisted thoracic approach to repair Morgagni's hernia: report of case. *Surg Today* 25:654 (1995).
2. Baran, E.M., Houston, H.E., Lynn, H.B., O'connell, E.J.: Foramen of Morgagni hernias in children. *Surgery* 62:1076 (1967).
3. Bentley, G., Lister, J.: Retrosternal hernia. *J Pediatr Surg* 57:567 (1965).
4. Berkley, K.M.: Subcostosternal diaphragmatic hernia as a site of smallbowel obstruction. *N Engl J Med* 265:483 (1961).
5. Berman, L., Stringer, D., Ein, S.H., Shanding, B.: The late presenting pediatric Morgagni hernia: a benign condition. *J Pediatr Surg* 24:970 (1989).
6. Berman, L., Stringer, D.A., Ein, S.H., Shanding, B.: Childhood diaphragmatic hernias presenting after the neonatal period. *Clin Radiol* 39:237 (1988).
7. Bertolotti, P., Mantero, R., Ferrari, G.L., Ghigliazza, G.B., Grandis, C.: Morgagni Larrey hernia (2 personal cases). *Minevra Chir*, 33:57 (1978).
8. Bozboru, A.: Diyafragma fitikleri. "Cerrahi Gastroenteroloji, editör: Değerli, Ü., İstanbul Tıp Fakültesi Vakfı, İstanbul, 2. Baskı (1987)", sayfa: 477.
9. Carter, R.E.B., Waterston, D.J., Aberdeen, E.: Hernia and eventration of the diaphragm in childhood. *Lancet* 31:656 (1962).
10. Clin, E.F., Duchesne, E.R.: Parasternal defect. *Thorax* 10:214 (1955).
11. Come, P.C., Riley, M.F., Fortuin, N.J.: Echocardiographic mimicry of pericardial effusion. *Am J Cardiol* 47:365 (1981).
12. Comer, T.P., Clagett, O.T.: Surgical treatment of hernia of the foramen of Morgagni. *J Thorac Cardiovasc Surg* 52:461 (1966).
13. Daou R., Serhal, S., Jureidini, F., Demian, P.: Retrocosto-xiphoid hernia in adults. *Chirurgie* 118:59 (1992).
14. DeMedici, A., Cebrelli, C.F., Cerbelli, C., Cabano, F., Zucchermaglio, M.T.: *Chir Ital* 44:69 (1992).
15. Fiane, A.E., Nazir, M., Saebo, A.: Morgagni hernia. *Tidsskr Nor Laegeforen* 110:1832 (1990).
16. Fraser, R.G., Pare, J.A.P., Pare, P.D., Fraser, R.S., Geheneux, G.P.: Disease of the diaphragm and chest wall. *Diagnosis and Diseases of the Chest*, WB Saunders Co, Philadelphia, 3. Baskı (1991), s.2921.

17. Gossios, K.J., Tatsis, C.K., Lykouri, A., Sonstantopoulos, S.H.: Oriental herniation through the foramen of Morgagni. *Chest* 100:1469 (1991).
18. Hosaka, S., Yoshii, S., Takano, K., Iwasaki, M., Kamiya, K., Matsukawa, T., Ueno, A.: A case of Morgagni's hernia: availability of CT scan, ultrasonography, and transabdominal surgical approach. *Kyobu Geka* 44:503 (1991).
19. Hussong, R.L., Jr., Landreneou, R.J., Cole, F.H., Jr.: Diagnosis and repair of a Morgagni hernia with video-assisted thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 63:1474 (1997).
20. Jacobs, W.R., Talano, J.V., Loeb, H.S.: Echocardiographic interpretation of pericardial effusion. *Arch Intern Med* 138:622 (1978).
21. Kataoka, K., Nishiyama, H., Ishizuka, S., Nishimura, M., Tagahashi, K.: Two cases of Morgagni's hernia. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 41:305 (1993).
22. Kimmelstiel, F.M., Holgersen, L.O., Hilfer, C.: Retrosternal (Morgagni) hernia with small bowel obstruction secondary to a Richter's incarceration. *J Pediatr Surg* 22:998 (1987).
23. Kuster, G.G., Kline, L.E., Garzo, G.: Diaphragmatic hernia through the foramen of Morgagni: laparoscopic repair case report. *J Laparoendosc Surg* 2:93 (1992).
24. Paç, M., Ökten, İ., Özkan, C., Koçak, H.: Morgagni hernileri. *Türkiye Klinikleri* 4:280 (1984).
25. Paris, F., Tarazona, V., Casillas, M., Blasco, E., Canto, A., Pastor, J., Acosta, A.: Hernia of Morgagni. *Thorax* 28:631 (1973).
26. Pissas, A., Fourguet, J.P., Bodin, J.P., Guidicelli, H., Dupre, A.: Stagnated retrocostophoid hernia. *J Chir* 117:175 (1980).
27. Pokorny, W.J., McGill, C.W., Hargerg, F.J.: Morgagni hemias durgn infacty: presentation and associated anomalies. *J Pediatr Surg* 19:394 (1984).
28. Pokorny, W.J., McGill, C.W., Hargerg, F.J.: Morgagni hemias durgn infacty: presentation and associated anomalies. *J Pediatr Surg* 19:394 (1984).
29. Rau, H.G., Schardey, H.M., Lange, V.: Laparoscopic repair of a Morgagni hernia. *Surg Endosc* 8:1439 (1994).
30. Sakalkale, R.P., Sankhe, M., Nagral, S., Patel, C.V.: Obstructed Morgagni's hernia (a case report). *J Postgrad Med* 37:229 (1991).
31. Sekiguchi, Y., Shimura, S., Takishima, T.: Intrapleurola omentum simulating pleural effusion. *Chest* 106:285 (1994).
32. Shields, T.W.: Foramen of Morgagni hernia, miscellaneous congenital diafragmatic hernias, and cardial incompetence. "General Thoracic Surgery, editör: Shields TW, Lea&Febiger, Philadelphia, 3. Baskı (1989)", s.584.
33. Skandalakis, J.E., Gray, S.W., Rowe, J.S., Skadalakis, L.J.: Sugrical anatom yof the diafragm. "Mastery of Surgery, editör: Nyhus LM, Baker RJ. Little, Brown&Company, Boston, 2. Baskı, (1992)" s. 377.
34. Snyder, WH., Greaney, E.M.: Congenital diafragmatic hernia; 77 consecutive cases. *Surgery* 57:576 (1965).
35. Thomas, T.V.: Subcostosternal diafragnatic hernia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 63:279 (1972).
36. Trigt, P.V.: Diapragm and diapragmatic pacing. "Surgery of the Chest, editör: Sabiston DC, Spencer, FC, WB Saunders Co, Philadelphia, 5. Baskı (1990)" s.957.
37. Tschakert, H.: Morgagni's hernia erroneously interpreted as a lipoma. *Digitale Biddiagn* 5:16 (1985).
38. Winde, G., Blum, B., Pelster, F., Pfisterer, M., Krings, W.: Morgagni hernia. A rare form of diafragmatic hernia. *Zentralbl Chir* 113:782 (1988).