

## OLGU SUNUMU

**Tamer Sekmenli<sup>1</sup>,  
Mustafa Koplay<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı, Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır  
<sup>2</sup>Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Kütahya

**Yazışma Adresi:**

*Yrd. Doç. Dr. Mustafa Koplay  
Dumlupınar Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Radyoloji AD, Merkez  
Kampüs, 43100 Kütahya  
Tel: 0 505 6719081  
Faks: 0 274 2652277  
Email:koplaymustafa@hotmail.com*

**Konuralp Tıp Dergisi**

e-ISSN1309-3878  
konuralptipdergi@duzce.edu.tr  
konuralpgeneltip@gmail.com  
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

## **Tekrarlayan Pnömoni Kliniğinin Nadir Nedeni: Geç Tanı Koyulan Bochdalek Hernisi**

### **ÖZET**

Konjenital diyafragma hernisi, her 5000 canlı ve her 2000 ölü doğumda bir görülür. Vakalar genellikle term yenidoğanlardır. Genellikle ağır solunum sıkıntısıyla bulgu verir. Eşlik eden diğer organ anomalileri bulunabilir. Mortalitesi %40-50 kadardır. Biz burada, tekrar eden pnömoni tanılarıyla yanlışlıkla medikal olarak tedavi edilmeye çalışılan ve gecikmiş olarak konjenital diyafragma hernisi (Bochdalek hernisi) tanısı alan 2.5 yaşındaki bir kız olguyu sunduk.

**Anahtar kelimeler:** Konjenital diyafragma hernisi, bochdalek hernisi, pnömoni

## **A rare cause of recurrent pneumonia: A delayed diagnosis of Bochdalek hernia**

### **ABSTRACT**

The incidence of congenital diaphragmatic hernia is 1/5000 in livebirths and 1/2000 in stillbirths. Cases are usually term newborns. Most prominent symptom is respiratory distress. Other organ malformations may accompany. Mortality rate is about 40-50%. Here, we presented a girl 2.5 years-old admitted with recurrent pulmonary infections and treated with medications but diagnosis of congenital diaphragmatic hernia (Bochdalek hernia) was delayed.

**Key words:** Congenital diaphragmatic hernia, Bochdalek hernia, Pneumonia

## GİRİŞ

Konjenital diyafragma hernisi (KDH) her 5000 canlı ve her 2000 ölü doğumda bir görülür. Term yenidoğanlarda daha fazladır (1-3,4). Diyafragma hernisi plevro-peritoneal membranların perikardiyo-peritoneal membranları kapatmasındaki yetersizlikten kaynaklanır. KDH'de semptomlar ve prognoz, defektin lokalizasyonuna, büyüklüğüne ve eşlik eden anomalilerin varlığına bağlıdır (5). Genellikle ağır solunum sıkıntısıyla yenidoğan döneminde bulgu verir. Eşlik eden diğer organ anomalileri bulunabilir ve mortalitesi %40-50 kadar yüksektir (6). İncelenen popülasyona bağlı olarak prenatal tanı koyulan olgularda mortalite 2-4 kat daha fazladır. Ciddi anomalilerin eşlik etmesi durumunda da mortalite 4-6 kat artmaktadır. KDH'li hastalarda prognoz, pulmoner hipoplazinin derecesine bağlıdır ve bu hipopaziye bağlı olarak klinik olarak üç grup ayrıt edilebilir. Grup 1: Cerrahi merkeze ulaşabilen olguların az bir kısmı minimal, hafif veya ılımlı bir solunum sıkıntısına sahiptir ve konvansiyonel yaklaşımlara iyi yanıt vererek operatif veya postoperatif herhangi bir sorun oluşturmadan iyileşirler. Grup 2: Kısa bir balayı periyodunu takiben aşırı reaktif pulmoner yatağın uyarılmasıyla klinik bozulmanın ortaya çıktığı olgulardan oluşmaktadır. Grup 3'ü ise kontralateral akciğeri de içine alan bir hipoplaziye bağlı olarak, doğumdan çok kısa bir süre içerisinde her türlü resüsitasyona yanıt vermeyerek persistan hipoksi ve hiperkarbi sonucu birkaç saat ile birkaç gün içerisinde kaybedilen hastalar oluşturmaktadır. Nadiren herniler erişkin döneme kadar sessiz kalabilir (7). Biz burada, tekrar eden pnömoni ön tanılarıyla medikal olarak tedavi edilmeye çalışılan, bu sebeple geç dönemde tanı alabilen KDH'li olguyu sunarak; tedaviye dirençli, pnömoni kliniği veren olgularda nadir bir neden olarak, bochdalek diyafragma hernisine dikkat çekmek istedik.

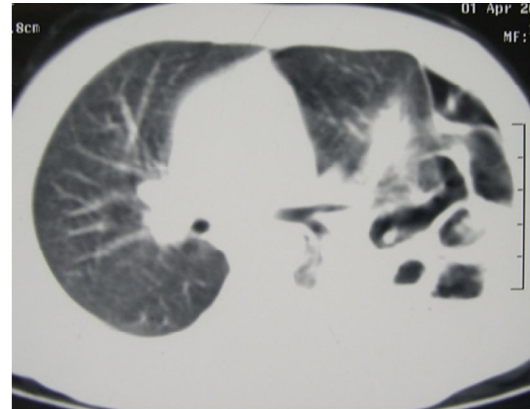
## OLGU

2,5 yaşındaki kız hasta, yüksek ateş, öksürük ve kusma gibi şikayetlerle, çocuk hastalıkları kliniğinde, tekrarlayan pnömoni tanılarıyla daha önceden medikal olarak tedavi edilmeye çalışılmış. Benzer şikayetlerle hastanın tekrar gelmesi üzerine, çocuk cerrahisi kliniğimizden konsültasyon istendi. Hasta yattığı serviste yapılan fizik muayenesinde, sol akciğer bazalinde akciğer sesleri azalmış ve kabalaşmıştı. Hastanın çekilen posterior-anterior (PA) akciğer grafisinde sol hemitoraks bazalinde belirgin opasite artışı izlendi (**Resim 1**). Daha detaylı bilgi edinilmesi ve ayırıcı tanı yapılabilmesi açısından toraks bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. BT'de Bochdalek hernisi ile uyumlu olarak barsak anslarının sol hemitoraks yerleşimli olduğu tespit edildi (**Resim 2**). Hasta operasyona alındı. Operasyonda intestinal segmentlerin büyük kısmı, kolonun bir kısmı ve dalak sol hemitorakstaydı. Sol akciğerin maturasyonu ise normaldi. Toraks

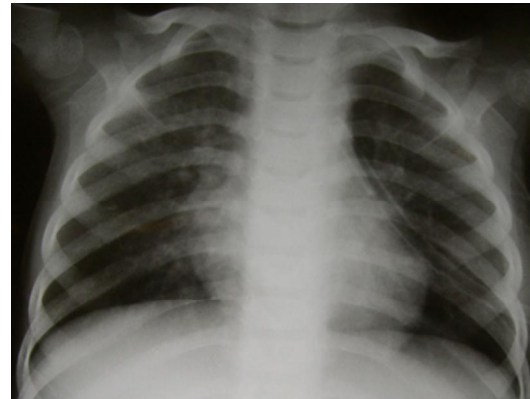
içindeki organlar peroperatif batına yerleştirildi ve tabakalar sırasıyla normal anatomik yapıyla uyumlu olarak kapatıldı. Sol hemitoraksa tüp takılan olguda operasyon esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon izlenmedi (**Resim 3**). Postoperatif 8. günde hasta şifa ile taburcu edildi. Bir ay sonra kontrole gelen hastada, fizik muayenede ve akciğer grafisinde herhangi bir patoloji saptanmadı (**Resim 4**).



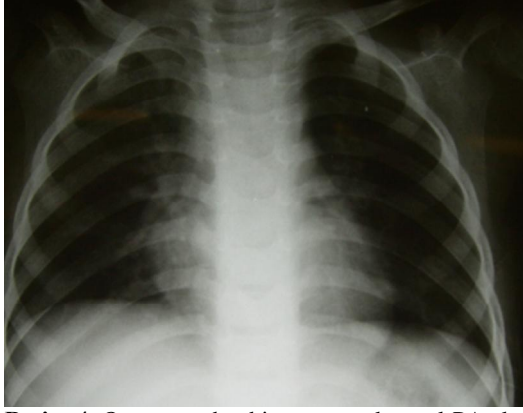
**Resim 1.** PA akciğer grafisinde sol akciğer alt zonu lokalizasyonunda daha belirgin olan yaygın opasite artışı izlenmektedir.



**Resim 2.** Aksiyel olarak alınan toraks BT'de parankim penceresinin incelenmesinde, barsak anslarının sol hemitoraks yerleşimli olduğu izlenmektedir.



**Resim 3.** Operasyon sonrası PA akciğer grafisinde, sol hemitoraksa yerleştirilen tüp izlenmektedir.



**Resim 4.** Operasyondan bir ay sonra kontrol PA akciğer grafisi alınan olguda, her iki hemitoraks normal olarak izlenmektedir.

## TARTIŞMA

Değişik lokalizasyonlardaki diyafragma defektlerinin hepsi konjenital olmasına karşın “konjenital diyafragma hernisi” tanımı genellikle Bochdalek hernisi için kullanılmaktadır. Hernilerin %85’i sol posterolateral yerleşimli olmaktadır. KDH sıklıkla yenidoğan döneminde ciddi solunum sıkıntısı ile karşımıza çıkar. Ancak bir kısmı (%5-%30) neonatal dönemden sonra da bulgu verebilir (8,9). Geç bulgu veren KDH’de sıklıkla tanı güçtür ve bu yüzden tedavide gecikmeler yaygındır. Schimpl ve ark. (7), yenidoğan dönemi dışında tanı alan yedi KDH olgusunu incelediler. Yaşları bir ay ile dokuz yaş arasında değişmekteydi ancak olguların 6’sı yaşamlarının daha ilk yılında (1 hafta-9 ay) semptomatikti. Beslenme güçlükleri ve respiratuar komplikasyonları olmasına rağmen tanılarında bir hafta ile beş yıl arasında değişen gecikmeler yaşandığını belirtmişlerdir. Sattler ve

ark. (10), geç tanı konulan KDH’lerde; akciğer grafisinde barsak herniasyonu ya da bariz hemidiafragma elevasyonu, dispne ile birlikte hemidiafragma elevasyonu, göğüs duvarında kitle, diare, mide yanması, tekrarlayan pnömoni, tekrarlayan effüzyon atakları gibi klinik ve radyolojik özellikler tanımlamışlardır.

Önceki yayınlarda, Bochdalek hernisinde respiratuar semptomlar baskın olduğundan, gastrointestinal semptomların respiratuar semptomları takip ettiği belirtilmiştir. Bunun aksine olarak, Zahav ve ark. (11)’nin 22 olguluk Bochdalek hernisi serisinde gastrointestinal semptomların, respiratuar semptomlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı seride dört hasta rastlantısal olarak PA akciğer grafisiyle tespit edilmiş olup, bu olguların yaş aralığı da 6 ay-9,5 yaş arasında idi. Seyrek olmakla birlikte, tekrarlayan solunum ve/veya gastrointestinal semptomları olan hastalarda KDH, düşünülmesi gereken tanılardan biridir. Bizim olgumuzda da hasta gecikmiş tanı almasına rağmen 2,5 yaşına kadar tekrarlayan pnömoni kliniği vermesinin dışında, hastanın büyüme ve gelişimi çok etkilenmemiştir.

Sonuç olarak; ciddi akciğer hipoplazisi ile giden, mortalitesi çok yüksek olan KDH’nin daha geç bulgu veren ve kliniği de daha iyi olan formu her zaman tipik akciğer grafisi bulguları ile karşımıza çıkmaz. Tekrarlayan pnömoni kliniğinin çok nadir bir nedeni olarak Bochdalek diyafragma hernisi, çocuk hastalarda özellikle düşünülmelidir. Tedaviye dirençli tekrarlayan pnömoni tanılı olgularda, hastanın kliniğinin kaynağının da tespit edilebilmesi için BT’den faydalanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Arensman RM, Bambini DA. Congenital diaphragmatic hernia and evantration, in Aschcraft KW (ed): Pediatric Surgery. Philadelphia: WB Saunders Co, 2000; 300-317.
2. Hirschl RB. Innovative therapies in the management of newborns with congenital diaphragmatic hernia. Semin Pediatr Surg 1996;5: 256-265.
3. Langer JC. Congenital diaphragmatic hernia. Chest Surg Clin North Am 1998; 8:295-314.
4. Losanoff JE, Sauter ER. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia in an adult. Hernia 2004; 8:83-85.
5. Puri P. Historical aspects of congenital diaphragmatic hernia. Pediatr Surg Int 1997; 12:95-100.
6. Ring JC, Stidham GL. Novel therapies for acute respiratory failure. Pediatr Clin North Am 1994; 41:1325-1364.
7. Schimpl G, Fotter R, Sauer H. Congenital diaphragmatic hernia presenting after the newborn period. Eur J Pediatr 1993;152: 765-768.
8. Gary EH. Diaphragmatic Hernia. In: Richard EB, Robert MK, Hal B (eds). Nelson Textbook of Pediatrics, 17<sup>th</sup> ed, Philadelphia: WB Saunders Co, 2004;1353-1355.
9. Gleeson F, Spitz L. Pitfalls in the diagnosis of congenital diaphragmatic hernia. Arch Dis Child 1991;66:670-671.
10. Sattler S, Canty TG Jr, Mulligan MS, et al. Chronic traumatic and congenital diaphragmatic hernias:presentation and surgical management. Can Respir J 2002; 9:135-139.
11. Zahav MM, Solomon M, Trachel D, Langer JC. Bochdalek diaphragmatic hernia: not only a neonatal disease. Arch Dis Child 2003; 88:532-535.