

İleri Yaş Bochdalek Hernilerinde Transtorasik Cerrahi Tedavi: İki Olgu Nedeniyle

Surgical Treatment Via Transthoracic Approach in Bochdalek Hernia in Older Age:
Due To Two Cases

Yasemin Bilgin Büyükkarabacak¹, Aysen Taslak Şengül¹, Mehmet Gökhan
Pirzirenli¹, Ahmet Başoğlu¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi
Ana Bilim Dalı, Samsun.

Yazışma Adresi:

**Uzm. Dr. Yasemin Bilgin
Büyükkarabacak**

Zile Devlet Hastanesi Radyoloji
Kliniği

Bahçelievler Mah. Güçlü Sok.
No:2, 60400 Zile/ Tokat,
Türkiye

Tel: 0 535 8392716

Fax: 0 356 317 55 06

E-mail:

m_termeli@hotmail.com

Özet

Bu çalışmada 72 ve 61 yaşında Bochdalek Hernisi tanısı ile tedavi edilen 2 hasta sunulmuştur. Hastalar nefes darlığı ve nonspesifik gastrointestinal şikayetlerle başvurdu. İlk hastada sağ, diğerinde sol posterolateral diafragma hernisi tespit edildi. Her iki hastaya da transtorasik yolla herni redüksiyonu ve defekt tamiri uygulandı. Hastaların tüm şikayetleri postoperatif olarak düzeldi. Mortalite ve morbidite görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Bochdalek hernisi, ileri yaş, transtorasik yaklaşım

Abstract

In this study we present two patient who were treated due to Bochdalek Hernia. They admitted with dispnea and nonspecific gastrointestinal complaints. Right posterolateral diaphragmatic hernia was detected to first patient and left posterolateral diaphragmatic hernia was detected to second patient. Hernia reduction and primary defect repair were performed both of them via transthoracic approach. All of their complaint recovered postoperatively. There were no mortality and mortality.

Key words: Bochdalek hernia, old patient, transthoracic approach

Giriş

Bochdalek hernileri (BH) konjenital diafragma hernilerinin büyük kısmını oluşturur. Bu hastalarda semptomlar genellikle yaşamın ilk yıllarında ciddi semptomlara yol açarken, nadiren erişkin yaşa kadar asemptomatik kalır. Yetişkinlerde tanı genellikle başka bir nedenle değerlendirme sırasında insidental olarak konur (1). Obesite oranlarının artması ve yeni görüntüleme tekniklerinin yaygınlaşmasının, son yıllarda yetişkin çağda tespit edilen BH'li hastaların sayısını artmasının muhtemel nedenleri olduğu düşünülmektedir (2).

Bu çalışmada ileri yaşlarda Bochdalek hernisi tanısı ile tedavi edilen 2 hasta literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Olgu Sunumu 1

Yetmişiki yaşında erkek hasta 20 yıldır devam eden yemek sonrasında ve eforla şiddetlenen, nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde KOAH tanısı ile yaklaşık 20 yıldır bronkodilatör tedavi aldığı öğrenildi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT) posterior mediastende özofageal hiatus bölgesinde paraözofageal alanda herni ile uyumlu yumuşak doku dansitesi görüldü. (Resim 1a) Diafragma hernisi tanısı ile eksplorasyona karar verildi. Sağ

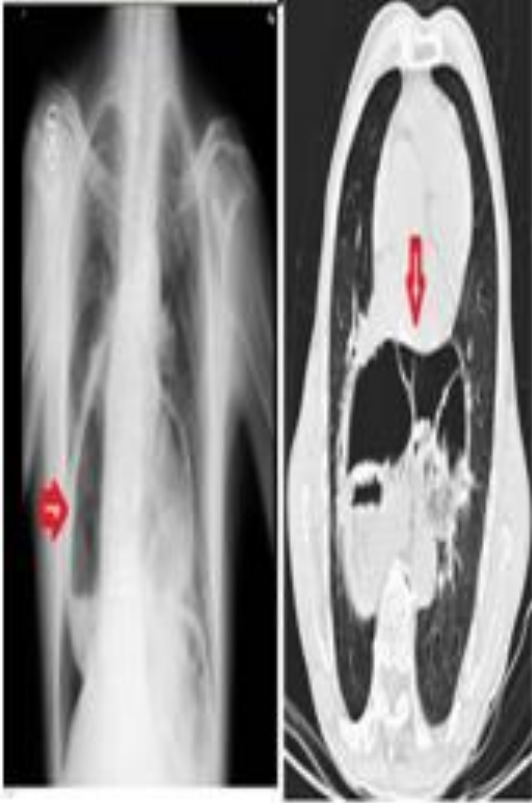
torakotomi ile yapılan eksplorasyonda toraksın posteriorunda, sağ alt lobu tama yakın komprese eden, yaklaşık 20x15 cm çapında herni kesesi tespit edildi. Herni kesesi açılarak kese içindeki mide ve kolon batına redükte edildi. Posterior difragmatik alandaki defektin medialde sol hemitoraksa uzandığı görüldü. Defekt tek tek absorbe edilmeyen dikişler kullanılarak kapatıldı. Hasta postoperatif 6. Günde taburcu edildi. (Resim 2a) Nefes darlığı şikayeti gerileyen hastanın 1 ay içinde tüm bronkodilatör tedavisi kesildi.

Olgu Sunumu 2

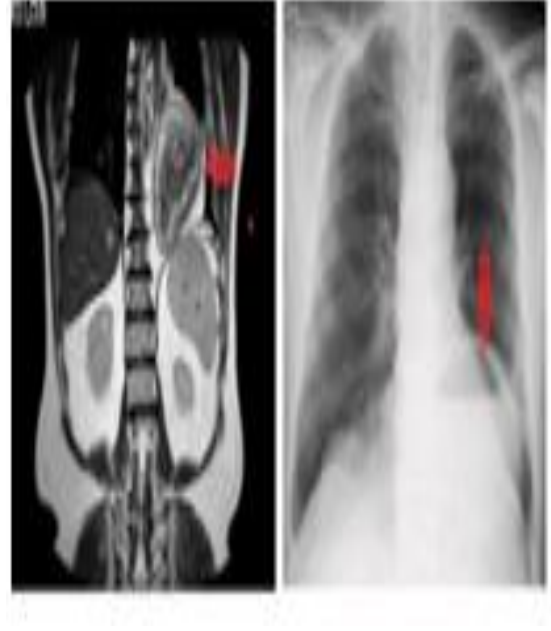
Altmışbir yaşında erkek hasta 6 aydır devam eden reflü şikayeti ile kliniğimize başvurdu. BTT ve üst abdomen magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG), sol akciğer alt lob postbazal ve sağ akciğer orta lob latateral segmentlerde kompresyon atelektazisi, solda diyaframın posteriorde 2/3'lük kesimde evantre olduğu ve mide fundusunun bu bölgeye doğru uzandığı görüldü (Resim 1b). Ancak her iki görüntülemesinde de diyafram kontrülerinin normal olduğu, belirgin defekt olmadığı raporlandı. Bu sonuçlarla diyafram hernisi tanısı ile ameliyata karar verildi. Sol torakotomi ile yapılan eksplorasyonda, posterior kostofrenik bölgede herni kesesi görüldü. Kese açıldıktan sonra, içinde, keseye sıkı yapışık mide ve omentum izlendi. Yapışıklıklar künt ve keskin

diseksiyonla ayrıldı. Batın içi organlar batına redükte edildikten sonra, diyaframda yaklaşık 4 cm'lik defekt tespit edildi. Defekt, tek tek absorbe edilmeyen dikişlerle primer olarak kapatıldı. Hasta postoperatif 7. Günde taburcu edildi. (Resim 2b)

Resim 1a. Sağ posterolateral diyafram hernisi olan hastanın preoperatif görüntüleri. Defektin sola doğru devam ettiği görülmektedir.



Resim 1b. Sol posterolateral diyafram hernisi olan hastanın preoperatif görüntüleri



Resim 2a. İlk olgunun postoperatif düzelmiş olan akciğer grafisi



Resim 2b. İkinci olgunun postoperatif düzelmiş olan akciğer grafisi.



Tartışma

Bochdalek hernisi, ilk kez 1848'de Victor Alexander Bochdalek tarafından tanımlanmıştır. Defekt, gestasyonun 8. haftasında plöroperitoneal kanalın kapanmasında yetersizlik sonucu diyafragmanın postero-lateralinde oluşur (3,4). Defektin büyüklüğü ortalama 1-2 cm ile diyafragmanın total yokluğu arasında değişir (5).

BH'leri daha çok çocukluk yaş grubunda semptom verir ve literatürde yayınlanmış vakaların bir çoğu pediatrik yaş grubundaki hastalardır. İnsidans her canlı doğumda 1/ 2000-5000 olarak bildirilmekle birlikte, yetişkinlerde bu oran % 0,17-6 olarak verilmektedir. Yenidoğan ve erken infant döneminde takipne, siyanoz ve respiratuvar yetmezlik şeklinde

bulgu verir ve hastaların çoğu solunum yetmezliğinden kaybedilir. Daha geç dönemlerde ortaya çıkanlar oldukça nadirdir ve diğer nedenler araştırılırken insidental olarak tespit edilirler. Bu hastalarda alttaki akciğer parankimi genellikle normaldir (2,6).

İlk hastamız 20 yıldır kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve dispepsi, ikinci hastamız da gastroözofajiyal reflü nedeniyle takip ve tedavi altındayken, çekilen BTT ve MRG'lerinde diyafragma patolojisi olduğu tespit edilmişti. Hastalarımızın tüm şikayetleri postoperatif dönemde kayboldu. Medikal tedavileri kesildi.

Bochdalek hernilerinde semptomlar ve prognoz, defektin lokalizasyonuna, büyüklüğüne ve eşlik eden anomalilerin varlığına bağlıdır. İleri yaştaki BH'li hastaların en sık yakınmaları, tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar, dispne, wheezing, göğüs ağrısı, abdominal ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyaredir. Öksürük nöbetleri ve künt travma gibi abdomen ve toraks içinde aşırı basınç değişimi yaratan olaylar, diyafragmatik defekten intrabdominal organların toraks içine geçişini artırıp, semptomların şiddetlenmesine yol açabilir (7).

Herniler yenidoğanlarda sıklıkla sol tarafta ve erkeklerde görülürken, erişkin dönemde tanı konulanlarda, genellikle kadınlarda ve sağ tarafta görülür.

Literatürde bilateral BH insidansı %15 olarak bildirilmektedir. Karaciğer sağda oluşan diyafragmatik defektin kısmen kapatılmasını sağlayarak semptomlar engelleyebilir ya da daha geç ortaya çıkmasına neden olur. Hastalarımızın birinde defekt sağdayken diğerinde literatürden farklı olarak soldaydı. Herni kesesi genellikle omentum, yağ dokusu, dalak, böbrek ve kalın barsak içerir (6). Çok nadir olmak üzere, kese içeriğinin ileoçekal apendiks gibi istisna organların olduğu vakalar da bildirilmiştir (8). Hastalarımızda herni kesesi içinde omentum ve kolon segmentleri ve mide vardı.

Bochdalek hernilerinin tanısı radyolojik olarak konur. Akciğer grafisinde retrostenal alanda yumuşak doku dansiteleri ve hava sıvı seviyeleri görülür. Tanı bilgisayarlı toraks BTT, MRG ve ultrasonografiler ile doğrulanır. BT ve MRG'ye ait koronal kesitler, herni kesesinin içeriğini, etraf doku ile ilişkisini, defektin büyüklüğü ve lokalizasyonu, diyafram ya da krusların kalınlığını doğru ve efektif olarak değerlendirme olanağı sağlar (6). İkinci olgumuzda preoperatif görüntülemelerde, diyafragmada herhangi bir defekt olmadığı raporlanmasına rağmen, eksplorasyonda diyafragma sol posterolaterlinde 4 cm lik defekt olduğu ve mide ve omentumun bu defektten toraksa hernie olduğu tespit edildi.

Bochdalek hernilerinin tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavide asıl amaç, herni kesesinin büyümesini ve /veya kese içindeki organların strangulasyonu engellenmesi ve defektin kapatılmasıdır. Erken yaşta tespit edilen BH'lerinde diyafragma onarımının abdominal yoldan gerçekleştirilmesi daha uygun olacaktır. Bu yolla göğüs içindeki abdominal organlar karın içine çekilir. Herni kesesi eksize edilir. Küçük diyafragmatik herniler devamlı sütürlerle ya da gerekli olan vakalarda yama desteği ile kapatılır (8). Ancak özellikle gecikmiş ve ileri yaşataki vakalarda, plevral ve mediastinal yapışıklılar ve karaciğerin görüntüyü engellemesi transabdominal yaklaşımın en önemli dezavantajlardır. Abdominal yolla kör bir şekilde herni kesesi içindeki organların aşağı çekilmesi esnasında barsak yaralanması ve /veya omental yağ dokusunun mediastinal yağlı doku ile olan adezyonların ayrılması sırasında, bazen katastrofik de olabilen, kanamalar meydana gelebilir. Ayrıca obes hastalarda abdominal yağlı dokunun zorlaştırıcı etkisi ile herni kesesine ulaşmak ve diafragmatik defekti gözlemlemek zor olabilir. Bu nedenlerle ileri yaşataki BH'li hastaların cerrahilerle transtorasik yaklaşımların tercih edilmesi uygun olacaktır. Böylece toraks içerisine girmiş olan intraabdominal organların

redüksiyonu ve diyafram onarımı daha efektif ve kontrollü olarak yapılabilir (9).

Son yıllarda BH'lerinde endoskopik yolla tedavi edilen vakalar bildirilmektedir. Çok iyi vizualizasyon, daha az postoperatif ağrı ve daha düşük doz narkotik ihtiyacı, kısa süreli entübasyon ve kozmetik nedenler yöntemin en önemli avantajlarıdır. Ancak bunlara rağmen bu hasta gruplarında bildirilen yüksek nüks oranları nedeniyle endoskopik tedaviler konusunda tartışmalar devam etmektedir (10). Gander ve ark'nın (9) çalışmasında, açık cerrahi yöntemlerle tedavi edilen hasta grubunda hiç nüks görülemezken torakoskopik olarak tedavi edilen grupta %23 nüks geliştiği bildirilmektedir. Ayrıca Chan ve ark'nın (11) literatürü taradıkları bir meta analiz çalışmasında minimal invaziv cerrahilerde rekürrens ve operasyon zamanları açık cerrahi tedavilere göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Buna karşılık postoperatif mortalite ve ventilatörde kalış süreleri açık cerrahilerden sonra yüksek olarak bildirilmektedir. Bunun başlıca sebeplerinin, stürlerin yeterli gerginlikle oturtulmaması, defektin kenarlarının, özellikle posterior sınırın yeterince ortaya konulamaması gibi teknik zorluklar, öğrenme eğrisinde olunması olduğu düşünülmektedir.

Bochdalek hernilerinin cerrahi tedavilerinde, etraf yapışıklıklar ayrılıp

kese batına redükte edildikten sonra, defektin non-absorbabl sütürlerle kapatılması esastır. Defekt büyük ve primer kapatmanın yetersiz olacağı durumlarda, defekt bölgesi polipropilen veya dual PTFE yamalar ile desteklenerek kapatılmalıdır (1). Her iki hastamızda da diyafragmatik defekt primer olarak kapatılabilmiş, yama desteği gerekmemiştir.

Sonuç olarak, tüm konjenital diafram hernisi tespit edilen hastalar asemptomatik olabilir ya da nonspesifik şikayetler ile başvurabilirler. Bu sebeple takip ve tedavi edilen hastalarda diafragma patolojileri araştırılmalıdır. İleri yaşta tanı alan BH'li hastalarda, plevral ve mediastinal yapışıklıklar sebebiyle transtorasik yol herni redüksiyonu ve defekt tamiri için en güvenli ve efektif tedavi yöntemidir.

Çıkar İlişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Kürkcuoğlu IC, Eroğlu A, Karaoğlu N, Polat P, Balık AA, Tekinbaş C. Diagnosis and surgical treatment of morgagni hernia: Report of three cases Surg Today. 2003;33:525-8.
2. Karamustafaoglu YA, Yoruk Y, Kuzucuoglu M, Yanik F.

- Massive bochdalek diaphragmatic hernia in adult with hypoplastic lung. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2014;9.
3. Yıldızhan A. Konjenital diyafragma lezyonlarında cerrahi tedavi. www.jcam.com.tr/files/KATD-961.
 4. Minneci PC, Deans KJ, Kim P, Mathisen DJ. Foramen of morgagni hernia: changes in diagnosis and treatment. *Ann Thorac Surg.* 2004;77:1956–9.
 5. Mullins ME, Stein J, Saini SS, Mueller PR. Prevalence of incidental bochdalek's hernia in a large adult population. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177:363–6.
 6. Temizoz O, Genchellac H, Yekeler E, Demir MK, Unlü E, Ozdemir H. Prevalence and MDCT characteristics of asymptomatic bochdalek hernia in adult population. *Diagn Interv Radiol.* 2010;16:52–5.
 7. Dilber E, Göçmen A, Kiper N, ve ark. Konjenital diyafram hernili hastalarda ilk bulgular ve uzun süreli solunum fonksiyonları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2002;46:177-81.
 8. Costa Almeida CE, ReisLS, AlmeidaCM. Adult right-sided Bochdalek hernia with ileo-cecal appendix: Almeida-Reis hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:778–81.
 9. Gander JW, Fisher JC, Gross ER, Reichstein AR, Cowles RA, Aspelund Gl. Early recurrence of congenital diaphragmatic hernia is higher after thoracoscopic than open repair: a single institutional study. *J Pediatr Surg* 2011;46:1303-8.
 10. Doğusoy I. Morgagni hernilerinde tanı ve tedavi. *J Thor Surg-Special Topics.* 2010;3:23-26.
 11. Chan E, Wayne C, Nasr A. Minimally invasive versus open repair of bochdalek hernia: a meta-analysis. *J Pediatr Surg.* 2014;49:694-9.

