

Basit Künt Travma ve Gecikmiş Klinik Bulgu Veren Diyafram Rüptürü

Simple Blunt Trauma and Diaphragmatic Rupture Showing Delayed Clinical Signs

Tarık Ocak¹, Ramazan Kuşaslan², Mustafa Baştürk¹, Hakan Yiğitbaş², Nazlı Hanım Oral¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul
²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ABSTRACT

The diaphragm provides the progression between certain structures and the chest cavity by means of an anatomic hiatus. The diaphragm is the second most functional muscle structure of the body after the heart. Diaphragm injuries may result from serious blunt or penetrating injuries. While most of the blunt diaphragm infurries are caused by traffic accidents and falls from heights, some may occur as a result of other blunt traumas to the lower chest or epigastrium. Diaphragm injuries may be seen in t 0.8-1.6% of the patients hospitalized due to blunt abdominal trauma. In this study, we will report that a diaphragm injury of a patient who has a history of blunt abdominal trauma was diagnosed six months after the trauma when he was admitted to hospital because of stomach ache and pain in his left chest.

Keywords: Blunt abdominal trauma, delayed clinic, diaphragm injuries

Received: 10.01.2011

Accepted: 02.02.2011

ÖZET

Diyafram; anatomik hiatuslar aracılığı ile çeşitli yapıların göğüs boşluğu ile karın boşluğu arasındaki devamlılığı sağlar. Diyafram kalpten sonra vücudun en işlevsel kas yapısıdır. Diyafram yaralanmaları, ciddi künt veya penetre yaralanmalar sonucu oluşabilir. Künt diyafram yaralanmaları genellikle trafik kazaları, yüksekten düşmeler sonucu olurken, bir kısmı da alt göğüs ya da üst karına isabet eden diğer künt travmalar sonucu görülebilir. Künt batın travması nedeniyle yatırılan hastaların ortalama %0.8-1.6'sında diyafram yaralanmaları görülebilir. Bu çalışmada basit künt üst batın travması hikayesi olan hastanın travmadan 6 ay geçtikten sonra karın ve sol göğüs ağrısı nedeniyle hastaneye başvurması ve diyafram yaralanması tesbit edilmesi olgusundan bahsetmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Künt batın travması, gecikmiş klinik, diyafram yaralanması

Başvuru Tarihi: 10.01.2011

Kabul Tarihi: 02.02.2011

Yazışma Adresi/Corresponding to:

Tarık Ocak
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Acil Servis, Bağcılar, İstanbul, Türkiye
GSM: 0505 484 52 91
e-posta: drtarik1977@gmail.com

GİRİŞ

Travmatik diyafram hernisi ilk olarak 1541 yılında Sennertus tarafından tarif edilmiştir. Daha sonra Fransız cerrah Ambrose Pare', 1579 yılında hem penetran hem de künt diyafram hasarlarını geniş bir otopsi serisinde ayrıntılı olarak incelemiştir (1). Künt batın ve göğüs travmalarından sonra diyafram rüptürü gelişebilir. Sol taraf diyafram rüptürleri daha sık görülür (2). Sol taraf diyafram rüptürleri daha komplike olmaktadır (2, 3). Bu komplikasyonlar karın içi organların fıtıklaşmasına bağlı gelişir. Diyafram rüptürlerinin sol tarafta daha sık olmasının nedeni diyaframın sol medial posterolateral tendinomusküler alanın embriyolojik gelişimde en zayıf bölge olmasıdır. Sağ diyafram konjenital olarak daha güçlüdür ve karaciğerin tamponlayıcı etkisiyle travmalarda daha az yaralanmaktadır (4).

Diyafram abdominal ve torasik kaviteleri ayıran anatomik lokalizasyonu ve dinamik fonksiyonu nedeniyle çok nadiren tek başına yaralanabilen bir organdır (4). Künt diyafram yaralanması bulunan olguların %50-80'inde ek intraabdominal organ yaralanmaları tesbit edilmiştir (5). Minör travma sonrası oluşan diyafram rüptürleri daha nadirdir ve genellikle tekil olgular şeklinde rapor edilir (4, 6).

Diyafram yaralanmalarının ameliyat öncesi tanınması zordur. Doğru tanıya varabilmek için iyi bir anamneze, etkili bir fizik muayene ve yardımcı tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır. Diyafram yaralanmasının tanısında en önemli basamaklardan birisi de diyafram yaralanması olabileceğinin şüphesinin olmasıdır (1). Bu vakayı sunmamızdaki amaç minör travmatik diyafram rüptürlerinin erken dönem kliniğinin çok alevli olmayabileceğini hatırlatmak idi.

OLGU

Sol göğüsde ağrı ve sol üst karın bölgesine vuran ağrı şikayetleriyle acil kliniğimize Plörezi? Pnömoni? ön tanılarıyla sevk edilen 30 yaşında erkek hastanın vital bulguları stabil idi. Tansiyon arteriyel brakial 125/75mmHg, Nabız:70/dk, Ateş: 36.8°C, Solunum Sayısı 10/dk, satO₂ : %98 idi. Fizik muayenesinde; sol akciğer bazalde akciğer seslerinde azalma tesbit edildi. Hastanın şikayetlerinin 2 gün önce başladığı, öncesine ait herhangi bir rahatsızlığı olmadığı ve ilaç kullanmadığı öğrenildi. Batın muayenesinde barsak sesleri dinlemekle normokinetik idi. Palpasyonla sol üst batın bölgesinde ve umblikus sol lateralinde ağrı ve hassasiyet mevcut idi. Batında rebound yada musküler defans tesbit edilmedi. Çekilen EKG'nin normal sinüs ritmi olduğu görüldü. Akciğer PA grafisinde, sol akciğer bazalde konsolidasyon alanları, barsak ansları şeklinde hava gölgesi, yine sol diyaframın yukarı seviyede olduğu görüldü (Şekil 1). Hastanın hikayesi derinleştirildiğinde 6 ay öncesinde bir futbol maçı sırasında sol üst batın bölgesine tekme ile darbe aldığı, birkaç dakika nefesinin kesildiği ve karın ağrısı olduğu ancak dinlenmekle ağrısı geçince üzerine pek düşmediği öğrenildi. Hastaya çekirtilen toraksüst batın tomografisinde, sol diyaframda rüptür ve toraksda barsak ansları tesbit edildi (Şekil 2). Labaratuvar analizlerinde, beyaz kürenin: 14970 hücre/mm³ olması haricinde herhangi bir anormallik tesbit edilmedi. Genel cerrahi konsültasyonu sonucu hasta servise yatırılarak operasyon planlandı. Genel anestezi al-



Şekil 1. Sol akciğerde barsak ansları ve sol diyafram elevasyonu



Şekil 2. Sol diyafram rüptürü ve sol akciğerde barsak ansları

tında tanı ve tedavi amacıyla göbek üstü insizyonla laparoskopi yapıldı. Yapılan gözlemlerde sol diyafram krurusunda 2x1 cm'lik defekt ve o bölgeden içeriye transvers kolonun girdiği ve ileri derecede yapışık olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine açık cerrahiye geçiş kararı alındı. Göbek üstü median insizyonla laparotomi yapıldı, transvers kolon defektin olduğu bölgeden çıkartıldı, 10 cm'lik transvers kolon ansında gangrenöz alan tesbit edildi ve dolaşım kontrolü beklendi. Bu esnada mevcut diyafram defekti mesh ile tamir edildi. Gangrenöz dokuda dolaşım bozukluğunun devam etmesi nedeniyle rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapılarak operasyon tamamlandı. Hasta 5 gün klinik izlem sonrasında takip önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Diyafram rüptürü tanısı zor olan organ yaralanmalarındandır. Aranoff ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %50'den fazla diyafram yaralanmalı olgunun fizik muayenesinin normal olduğu bildirilmiştir (2). Sunduğumuz olgunun travma sonrası herhangi bir klinik şikayeti olmadığı için sağlık kuruluşuna başvurmadığı öğrenildi.

Akciğer grafisi ucuz, kolay uygulanabilen, noninvaziv ve diyafram yaralanması vakalarının yaklaşık %50'sinde (%13-%94) tanısal değeri olan bir yöntem olduğu için ilk yapılması gereken

tetkiktir (1). Akciğer grafisinde; diyafram yükselmesi ve devamlılığın bozulması, pleural boşlukta sıvı toplanması, barsak ansları ve bunlara ait hava-sıvı seviyelerinin görülmesi, akciğerlerde atelektazinin varlığı ve mediasteninin karşı tarafa kayması, alt kaburga kırıkları, değişik derecelerde hemotoraks ve pnömotoraksın bulunması, normalde solda diyafram altında görülen mide havasının kaybolması, transvers kolonun yukarıya doğru yer değiştirmesi ve konulan nazogastrik sondanın toraksın içinde kıvrıldığına görülmesi gibi bulgulardan bir veya daha fazlasının olması hekimi diyafram yaralanması düşünmeye sevk edebilir (7). Vakamızda olduğu gibi bizi ilk tanıya götüren tetkik akciğer grafisi oldu. Tekrarlayan radyolojik tetkiklerle tanı koyma oranı yükseltilebilir (4). Direk akciğer filminin yetersiz olduğu ve klinik şüphe devam eden vakalarda kontrastlı grafiler yapılabilir.

Ultrasonografi (USG), toraks boşluğu içerisine herniye olmuş solid organı gösterebilir. M-Mode ultrasonografinin Diyafram rüptürü tanısında faydalı olduğunu gösteren vaka çalışmaları mevcuttur (8). Son yıllarda Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yöntemleri giderek artan bir oranda kullanılmaktadır (9). Vakamızda tanının desteklenmesi ve kesin tanıya gitmemizi sağlayan tetkikimiz toraks ve üst batına yönelik çekirilen tomografi oldu.

Derin peritoneal lavaj (DPL), diyafram yaralanmalarında yalancı negatif sonuçlar verebilir.

Organ herniasyonu olmayan diyafram yaralanmalarında fizik muayene, akciğer grafisi, USG, BT vb. tetkiklerle tanı koymak çok zordur. Bu gibi hastalarda eğer diyafram yaralanması düşünülüyorsa tanı ve tedavi amacıyla Laparoskopinin yeri giderek ön plana geçmektedir (1).

Carter ve Guiseffi 1950'li yıllarda diyafram rüptürlerinin klinik evrelerini 3 aşamada tanımlamışlardır.

I: Başlangıç Dönemi: Yaralanmadan hemen sonra başlayan ve primer yaraların iyileşmesine kadar geçen süredir ve ciddi olgularda genellikle respiratuvar ve kardiyak sorunları tabloya eşlik ederken, minör yaralanmalarda ise sessiz geçer. Bizim olgumuzda olduğu gibi bu evre 6 ay sonrasına kadar sürebileceği gibi 5 yıla kadar sessiz kalan vakalar bildirilmiştir (4).

II: Latent Dönem: Genellikle asemptomatik seyreden dönemdir ve ancak komplikasyonlar ortaya çıktığında semptomlar gözlenerek 3. Döneme geçilir.

III. Obstrüktif Dönem: Bu dönem barsak ve/veya visseral herniasyonun, obstrüksiyon, inkarserasyon, strangulasyon veya olası rüptürlerin olduğu dönemdir ki bu dönemde mutlak cerrahi endikasyonu vardır (4, 10).

Diyafram hasarlarının etkili tedavisi hasarın cerrahi olarak onarımıdır. Cerrahi girişim yapılırken hastanın sahip olduğu ilave

patolojiler, diyafram yaralanmasının lokalizasyonu ve büyüklüğü göz önüne alınmalıdır. Buna göre hastaya laparotomi, torakotomi veya her ikisi birlikte yapılabilir (1).

Sonuç olarak; diyafram rüptürleri diğer organ yaralanmaları ile kıyaslandığında çok sık görülmeyen vakalardır. Multipl travmalı hastalar göz önüne alındığında diyaframın yaralanma insidansı ortalama %3 (%0.8-%5.2)'dür. Olgumuzda olduğu gibi minör künt travma sonucunda dahi diyafram yaralanmalarına rastlanabilir ve bu olgular erken dönemde çok aktif klinik bulgu vermeyebileceği gibi herhangi bir sağlık kuruluşuna dahi gitmeye gerek duymayabilirler. Ayrıca diyafram yaralanmasını gösterecek klinik ve radyolojik bulgular da mevcut değilse diyafram yaralanmaları gözden kaçabilir. Bu nedenle özellikle respiratuvar ya da gastrointestinal yakınmalarla beraber PA Akciğer grafisinde şüpheli görünümü olan hastalarda anamnez derinleştirilmeli ve diğer ön tanıların yanı sıra diyafram yaralanması da olabileceği akıld tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ertekin C, Tavilioğlu K, Güloğlu R, Kurtoğlu M. Diyafragma yaralanmaları. *Travma*. 2005; 15: 866-72.
2. Gezen FZ, Tüzün B, Vural S, Süslü N, Onuray F, Tunçay E, Menteş. Geç tanı konan travmatik diafragma rüptürüne sekonder barsak obstrüksiyonu: Olgu sunumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2004; 15: 172-4.
3. Atagenç F. Diyafragma Hastalıkları. Kalaycı G (Ed). Genel Cerrahi. Nobel Kitabevi, İstanbul, 2002, Cilt-1: 677-80.
4. Hasdemir O, Çetinkunar S, Yalçın E, Gazioğlu D, Soylu S. Minör künt travmaya bağlı diyafragma rüptürü ve herniasyon: olgu sunumu. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008; 9: 31-4.
5. Ülkü R, Özçelik C, Eren Ş, Balcı A, Eren N. Travmatik diafragma rüptürleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 1999; 7: 454-6.
6. Goh BK, Wong AS, Tay KH, Hoe MN. Delayed presentation of a patient with a ruptured diaphragm complicated by gastric incarceration and perforation after apparently minor blunt trauma. *CJEM*. 2004; 6: 277-80.
7. Akgün Y, Aban N, Taçyıldız İ, Keleş C. Künt diafragma yaralanmaları. *Ulusal Travma Dergisi*. 1996; 2: 15-21.
8. Emet M, Aslan S, Onbas O, Cakir Z, Uzkeser M, Ozturk G, Ocak T. A diagnostic approach to penetrating diaphragmatic rupture via m-mode ultrasonography. *Israeli Journal of Emergency Medicine*. 2009; 9: 17-20.
9. Leung JC, Nance ML, Schwab CW, Miller WT Jr. Thickening of the diaphragm: a new computed tomography sign of diaphragm injury. *J Thorac Imaging*. 1999; 14: 126-9. [\[CrossRef\]](#)
10. Carter BN, Giuseffi J, Felson B. Traumatic diaphragmatic hernia. *Am J Roentgenol Radium Ther*. 1951; 65: 56-72.