

Erişkin Morgagni Hernisinde Transtorasik Yaklaşım

Hüseyin Okutan¹, Eyüp Sabri Uçan²,
Erdem Silistireli¹, Öztekin Oto¹

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
¹Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı; ²Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

Konjenital diyafragmatik hernilerin çoğunluğunu Bochdalek hernileri oluşturur, Morgagni hernilerinin oranı %5 olarak bildirilmektedir. Genellikle bu hastalar doğumdan sonra asemptomatiktir ve yetişkin döneme kadar tanı konulamaz. On sekiz yaşındaki kadın hasta karın ağrısı, halsizlik, sternum arkasında ağrı yakınmaları ile başvurdu. Hastanın oskültasyonda sağ bazalde solunum sesleri alınmıyordu. Akciğer radyografisinde ve toraks bilgisayarlı tomografisinde sağda perikard ile sıkı yapışıklığı olan Morgagni hernisi saptandı. Sağ anterolateral torakotomi ile opere edilen hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi. Cerrahi tedavide transabdominal yaklaşım rutin uygulanmaktadır. Bu olguda, bilgisayarlı tomografi ile saptadığımız herni kesesinin perikarda yapışık olması nedeniyle, transabdominal yaklaşımın uygun olmadığı düşünerek transtorasik yaklaşımı tercih ettik. Yetişkin dönemde tanı konulan hastaların ameliyat öncesi dönemde ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve intratorasik hayati organlara olabilecek yapışıklıklar nedeniyle transtorasik yaklaşımın daha güvenli ve cerrahi teknik açısından daha kolay olacağı kanaatindeyiz.

Toraks Dergisi, 2000;1:79-81

Anahtar sözcükler: Morgagni hernisi, yetişkin, transtorasik yaklaşım

ABSTRACT

Transthорacic Approach of the Adult Morgagni Hernias

Two types congenital diaphragmatic hernias are recognized. Morgagni hernias have been reported to occur in up to %5 of patients described in large series. Occasionally these hernias remain asymptomatic and are not discovered until the patient reaches adulthood. A 18-year-old female was admitted to investigate abdominal pain, fatigue and retrosternal pain. Breath sounds were absent on the right inferior region. A right-sided Morgagni hernias was detected on chest x-ray. Hernia sac was attached to pericardium on chest CT. The hernial sac was excised and the diaphragmatic defect was repaired by left thoracotomy. Morgagni hernias most easily repaired through an abdominal approach. We prefer thoracic approach because the sac was adherent to the pericardium.

Key words: Morgagnia hernia, adult, transthорacic approach

GİRİŞ

Konjenital diyafragmatik hernilerin çoğu sol posterolateral forameniden gelişir ve Bochdalek hernisi olarak tanımlanır. Morgagni hernisi Larrey aralığından diyafragmatik krusların sternal ve kostal elementlerinin gelişmemesi nedeniyle oluşan konjenital bir defektir ve geniş serilerde %5 olarak bildirilmektedir [1,2,3,4]. Septum transversumda geniş ati-

pik açıklık diyafragmada geniş anterolateral diyafragmatik defekte neden olur. Genellikle bu hastalar doğumdan sonra asemptomatiktir ve yetişkin döneme kadar tanı konmayabilir. Semptomatik hastalarda hafif veya orta derecede substernal ağrı, inkarserasyon veya strangülasyon gelişen hastalarda ise şiddetli ağrı olabilir. Morgagni hernisi tanısı konularak fitik kesesinin toraks içi ve perikarda yapışıklığı olan 18 yaşındaki kadın hasta transtorasik yaklaşımla opere edildi ve literatür eşliğinde sunuldu.

Yazışma adresi:
Dr. Hüseyin Okutan
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı 35340 İzmir
Tel/Faks: (0232) 277 2165
E-posta: hokutan@kordon.deu.edu.tr

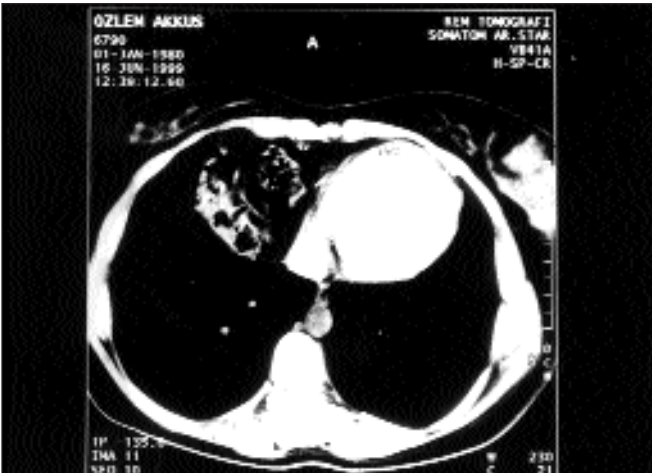
OLGU

On sekiz yaşındaki kadın hasta karın ağrısı, halsizlik, ster-



Resim 1. Ameliyat öncesi arka-ön akciğer grafisi.

num arkasında ağrı yakınmaları ile başvurdu. Üç yaşında menenjit, 8 yaşında sarılık geçiren hastanın oskültasyonda sağ bazalde solunum sesleri alınmıyordu ve diğer sistemlerin fizik incelemesi doğaldı. Arka-ön akciğer filminde sağ bazalde akciğer dokusu izlenmemekte ve sınırları belirgin kese içerisinde hava-sıvı seviyeleri mevcuttu (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağda anterior kostafrenik lokalizasyonda kolonik ansların intratorasik pozisyonda ve perikard ile sıkı yapışıklığı olduğu saptandı (Resim 2). Morgagni hernisi tanısı konulan hastada genel anestezi altında, sağ oblik pozisyonda, sağ anterolateral torakotomi ile 7. interkostal aralıktan toraks boşluğuna girildi. Sağ kardiyofrenik açıdan başlayarak sternum arkasına ve yukarıda timusa doğru uzanan 10x10 cm çapında, içinde barsak ansları ve omentum barındıran fitik kesesi tespit edildi. Fitik kesesi medialde perikarda sıkı bir şekilde yapışık (Resim 3). Künt ve keskin diseksiyon ile perikard açılmadan fitik kesesi serbestleştirildi ve kese açıldı. Kese içerisindeki omentumun 3x3 cm çapında küçük bir bölümü yapışık, yapışık olan bu



Resim 2. Ameliyat öncesi toraks bilgisayarlı tomografisi.



Resim 3. Morgagni hernisinin operatif görünümü.

omentum parçası eksize edilerek çıkartıldı ve omentumun diğer bölümleri abdominal boşlukta kalacak şekilde, defekt 3/0 propylen nonabsorbable sutur ile primer olarak kapatıldı. Diyafragma kasları arasında bulunan defekt de aynı sütür materyali ile primer olarak onarıldı, sağ hemitoraksa bir adet toraks dreni konularak ameliyat tamamlandı. Ameliyat sonrası toraks dreninden toplam 100cc drenajı olan hastanın 3. günde dreni çekildi ve 6. günde taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde yakınmaları kaybolan hastanın akciğer grafisi tamamen düzelmiş olarak değerlendirildi (Resim 4).

TARTIŞMA

Anterior diyafragmatik herniler Morgagni hernisi olarak bilinmekle birlikte subkostasternal herni, retrosternal herni, parasternal herni veya basit anterior herni olarak da adlandırılır [5,6,7,8]. Foramen Morgagni hernileri %90 sağ tarafta gelişir, sol taraf %8 ve bilateral %2 oranında görülür [1]. Yüzde 95 olguda herni kesesi bulunur, omentum ve trans-



Resim 4. Ameliyat sonrası arka-ön akciğer radyografisi.

vers kolon kese içindedir [9]. Morgagni hernilerinde inkarasyon veya strangülasyon gelişme riski olduğu için tanı konulduğu zaman hemen opere edilmelidir. Nadir olarak abdominal içeriğin perikarda herniye olarak kardiyak tamponad ve ölüme yol açabileceği bildirilmektedir [10]. Genellikle infant döneminde tanı konur ve bazı hastalarda şiddetli solunum sıkıntısı gelişebilir [9,11]. İnfanların nadir bir hastalığı olan Morgagni hernisinin cerrahi tedavisi başarıyla yapılabilmektedir [12]. Geç dönemde tanı konulan hastalar, herni kesesinin rüptürü ya da kronik gastrointestinal yakınmalar ile başvururlar [9]. Bizim hastamız da nonspesifik gastrointestinal yakınmalar ve göğüs ağrısı ile başvurdu. Morgagni hernisinin genetik bir defekte bağlı geliştiğine dair kanıt olmamasına rağmen VSD, Fallot tetralojisi, omfalosel, Down sendromu gibi bazı kojenital hastalıklarla birlikte görüldüğü bildirilmektedir [9,11]. Bizim olgumuzda eşlik eden herhangi bir konjenital hastalık tespit etmedik. Morgagni hernisinde, cerrahi tedavide rutin yaklaşım transabdominal yaklaşımdır [13,14,15]. Ameliyat öncesi tanı konulmuş hastalarda transabdominal yol tercih edilmektedir [15,16]. Preoperatif tanı konulmuş hastalarda redükte edilen abdominal organların beslenmesi ve fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi açısından transabdominal yol avantajlıdır [15]. Buna ek olarak, transabdominal yaklaşımın morbiditesinin az olması, ameliyat sonrası ağrı ve hastanede kalış süresinin daha kısa olması diğer tercih nedenleridir [15]. Transtorasik yaklaşım ameliyat öncesi tanı konulmamış hastalarda tanı ve tedavi amacıyla tercih edilen bir yaklaşım şeklidir [3,16]. Ancak bizim olgumuzda ameliyat öncesinde Morgagni hernisi tanısı konulmasına rağmen, bilgisayarlı tomografi ile saptadığımız herni kesesinin perikarda yapışık olması nedeniyle transabdominal yaklaşımın uygun olmadığını düşünerek transtorasik yaklaşımı tercih ettik. Fıtık kesesinin perikarda yapışık olduğu olgularda cerrahi yaklaşımlar ile ilgili bir yayına rastlamadık. Cerrahi insizyonun abdominal olarak yapılması halinde herni kesesinin perikarda yapışıklığının giderilmesinde cerrahi olarak güçlük çekilebileceğini hatta perikardın açılacağını düşündük. Ameliyat sırasındaki karşılaştığımız yapışıklıkların perikardı açmadan giderilmesi nedeniyle cerrahi stratejimizin doğru olduğu kanaatine vardık. Transtorasik yaklaşım ile abdominal organların beslenmesi ve fonksiyonel durumları değerlendirildi ve makroskopik olarak bir anormallik görülmedi.

Yetişkin dönemde tanı konulan hastaların ameliyat öncesi dönemde ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve intratorasik hayati organlara olabilecek yapışıklıklar nedeniyle transtorasik yaklaşımın daha güvenli ve cerrahi teknik açısından daha kolay olacağı düşüncesindeyiz. Morgagni hernilerinde tekrarlama nadir olarak bildirilmektedir [17], bizim olgumuzun rutin izlemde de tekrarlama saptanmadı.

KAYNAKLAR

1. Comer TP, Clagett OT. Surgical treatment of hernia of the foramen of Morgagni. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1966;52:461-8.
2. Harrington SW. Clinical manifestation and surgical treatment of congenital types of diaphragmatic hernia. *Rev Gastroenterol.* 1951;18:243-56.
3. Bragg WD, Bumpers H, Flynn W, et al. Morgagni hernias: an uncommon cause of chest masses in adults. *Am Fam Physician* 1996;54:2021-4.
4. Fell SC. Surgical anatomy of the diaphragm and the phrenic nerve. *Chest Surg Clin Am* 1998;8:281-94.
5. David TJ, Illingworth CA. Diaphragmatic hernia in the south west of England. *J Med Genet.* 1976;13:253-62.
6. Ketonen P, Mattila SP, Mattila T, Jarvinen A. Surgical treatment of hernia through the foramen of Morgagni. *Acta Chir Scand.* 1975;141:633-6.
7. Paris F, Tarazona V, Casillas M, et al. Hernia of Morgagni. *Thorax.* 1973;28:631-6.
8. Williams R. Congenital diaphragmatic hernia. A review. *Heart and lung.* 1982;11:532-8.
9. Berman L, Stringer D, Ein SH. The late-presenting pediatric Morgagni hernia: A benign condition. *J Pediatr Surg.* 1989; 24:970-2.
10. De Fonseca JMB, Davies MRQ, Bolton KD. Congenital hydropericardium associated with the herniation of part of the liver into the pericardial sac. *J Pediatr Surg.* 1987;22:851-3.
11. Polcorny WJ, McGill CW, Harberg FJ. Morgagni hernias during infancy. Presentation and associated anomalies. *J Pediatr Surg.* 1984;19:394-7.
12. Sarhan H, İmamoğlu M, Abes M, et al. Pediatric Morgagni hernia. Report of two cases. *J Cardio-vasc Surg.* 1996;37:195-7.
13. Harris GJ, Soper RT, Kimura KK. Foramen of Morgagni hernia in identical twins: Is this an inheritable defect? *J Pediatr Surg.* 1993;28:177-8.
14. Steiner Z, Mares AJ. Anterolateral diaphragmatic hernia: Is't Morgagni Hernia? *Eur J Pediatr Surg.* 1993;3:112-4.
15. Yörük Y, Mamedov R, Köse S, Ekim T. Erişkin Morgagni hernilerinde cerrahi tedavi. *GKDC Dergisi.* 1998;6:517-20.
16. Moghissi K. Operation for repair of obstructed substernocostal (Morgagni) hernia. *Thorax.* 1981;36:392-5.
17. Thomas TV. Subcostasternal diaphragmatic hernia. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1970;63:180.