

Travmatik Diyafragma Hernisinin Gecikmiş Prezantasyonu

Gökhan Yuncu, Serir Aktoğu, Tansel Yoldaş

İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Travmatik diyafragma hernisi, travmadan dakikalar ya da saatler sonra, bazen de günler, aylar hatta yıllar sonra semptomlara yol açmakta ve tanı almaktadır. Otuz dört yaşındaki erkek hastada, sol torako-abdominal bölgenin bıçaklanmasından 4 yıl sonra semptomlar başlamış ve travmatik diyafragma hernisi saptanmıştır. Diyafragma rüptürünün erken tanısında en önemli nokta, künt ya da penetran travmalı hastalarda bu olasılığın akla getirilmesidir. Gecikmiş dönemde, travma hikayesi kolayca gözden kaçabileceği için tam zorlaşmaktadır.

Toraks Dergisi, 2000;1:76-78

Anahtar sözcükler: Diyafragmatik herni, travma

ABSTRACT

Delayed Presentation of Traumatic Hernia of the Diaphragm

The presentation of a traumatic hernia of the diaphragm can be within minutes or hours, even after days, months or years following the precipitating trauma. A 34-year-old man presented with some symptoms 4 years after having a stab wound to his left thoraco-abdominal region and was diagnosed as having delayed presentation of traumatic hernia of the diaphragm. Most important point in the diagnosis of a such condition is the consideration of a possibility in the differential diagnosis. The diagnosis is often difficult in the late phase since the history of trauma can easily be underestimated.

Key words: Diaphragmatic hernia, trauma

Travmatik diyafragma hernisi (TDH); diyafragmayı etkileyen künt veya kesici-delici torako-abdominal travmaların iyi bilinen, bununla birlikte kolaylıkla da gözden kaçabilen bir komplikasyonudur. Travmadan sonraki akut dönemde semptom, fizik ve radyolojik bulguların olmadığı durumlarda, özellikle başka organ yaralanmalarının eşlik etmediği olgularda tanı, aylar ve hatta yıllarca gecikebilir ve bu durum morbidite ve mortaliteyi artırır. Tanıda önemli nokta, künt ya da penetran travmalardan sonra diyafragmanın yaralanma olasılığının akla getirilmesidir [1-4]. Bu makalede, klinik bulguları penetran torako-abdominal yaralanmadan 4 yıl sonra başlayan ve preoperatif dönemde tanı konulan bir olgu rapor edilerek, literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

Yazışma adresi:
Dr. Serir Aktoğu
İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
35110, Yenışehir-İzmir
Tel: (0232) 4333333
Faks: 232 4587262
E-posta: aktogu@ mailcity.com

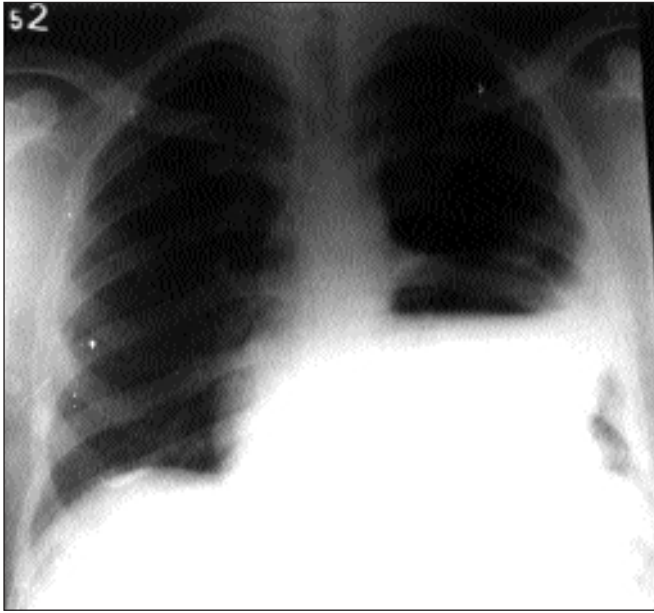
OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşındaki erkek hasta, göğsün sol tarafında ağrı, eforla gelen nefes darlığı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı yakınmaları ile başvurdu. Üç ay önce sol göğüs ağrısı, 1 ay önce de bulantı, kusma, iştahsızlık, zayıflama ve efor dispnesi başlayan hasta, bu süre içerisinde yaklaşık 10 kilo zayıflamış. Özgeçmişinde 4 yıl önce sol torako-abdominal bölgenin kesici-delici aletle (bıçak) yaralanması olduğu ve sonucunda herhangi bir eksploratif cerrahi girişimin yapılmadığı belirlendi.

Solunum sistemi oskültasyonunda, sol hemitoraksın alt ve orta bölümünde solunum sesleri duyulmuyor, buna karşılık bu alanda barsak sesleri duyuluyordu.

Laboratuvar bulguları: Hb: 12.3 g/dL, Htc:%39.5, BK: 8800/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 58 mm/saat, SGOT: 109 Ü/L (beklenen sınır: 0-40), SGPT: 92 Ü/L (0-40), GGT: 67 Ü/L (9-52). Diğer biyokimyasal ve idrar tetkikleri normal sınırlardaydı.

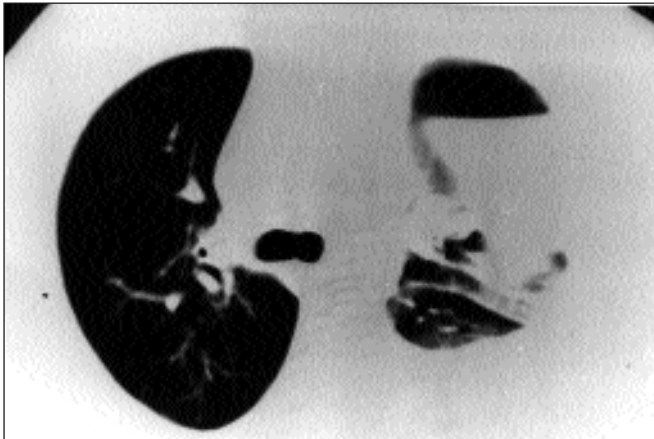
PA akciğer grafisinde sol hemitoraksta hava-sıvı seviyesi ve gaz gölgesi (gastrik “bubble”) görüldü, sol hemidiyaf-



Resim 1. Sol hemitoraks da hava-sıvı seviyesi ve gaz gölgesi (gastrik "bubble") izleniyor, sol hemidiyafragma izlenemiyor.

ragma sınırı izlenemedi (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) sol hemitoraksta hava-sıvı seviyesi içeren mide ve barsak segmentlerine ait görünüm ve komşu akciğer alanlarında kompressif atelektazik alanlar izlendi. (Resim 2). Özofagus-mide-duodenum pasaj röntgenogramlarında mide toraks içerisinde idi. Mide kardial ve pilordan geçen eksen üzerinde 180 derece rotasyon oluşturmuştu. Bu nedenle büyük kurvatur üstte, küçük kurvatur ise altta izlendi. Radyolojik kanı: midenin diyafragma hernisi, rotasyonu ve intratorasik yerleşimi ile uyumludur (Resim 3).

Torakotomi sırasında diyafragmanın anterolateralinde mide, omentum ve kolonun rotasyon yaparak toraks boşlu-

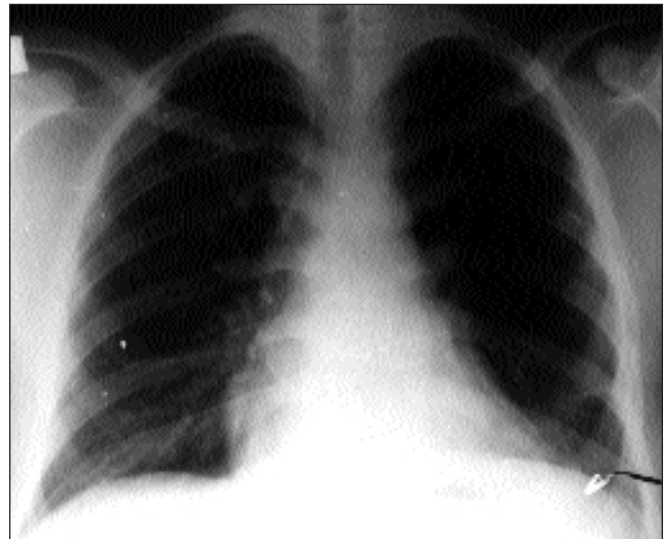


Resim 2: Toraks bilgisayarlı tomografide, sol hemitoraks da mideye ait hava-sıvı seviyesi ve komşu akciğer alanlarında kompressif atelektazik alanlar.



Resim 3. Mide-duodenum pasaj grafisinde, mide, toraks içerisinde ve 180 derece rotasyon oluşturmuştur.

ğu içine girdiği, sol akciğerde kompressif atelektaziye bağlı volüm kaybı olduğu görüldü. Karın organlarının göğüs duvarı ve mediastinal yüzde oluşturduğu yapışıklıklar serbestleştirildi. Diyafragmadaki defektin 4-5 cm çapında olduğu görüldü. Organlar batına redükte edildi ve diyafragmadaki defekt primer sütürler ile tamir edildi. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 15. gün taburcu oldu. Operasyondan 2 ay sonra çekilen kontrol akciğer grafisi Resim 4'tedir. Sol akciğer ekspansedir ve sol diyafragma izlen-



Resim 4. Operasyondan 2 ay sonraki kontrol akciğer grafisi.

TARTIŞMA

TDH klinik olarak değişik zamanlarda belirti verebilir. Travmadan sonra, dakikalar ya da saatler içerisinde ya da günler, aylar hatta yıllar sonra semptomlar ortaya çıkabilir ve tanı konulabilir. Klinik prezantasyona göre TDH üç faza ayrılır; akut faz, latent faz ve obstrüktif faz. Akut faz yaralanmadan hemen sonra başlayan ve primer yaraların iyileşmesine kadar devam eden süredir. Bu dönemde şok, solunum yetersizliği, organ hasarları ve koma gibi önemli patolojilere bağlı olarak diyafragma rüptürünün tanısı gözden kaçabilir. Bazı olgularda yaralanma olayını izleyen asemptomatik bir dönem ortaya çıkar ve latent faz ya da interval faz olarak isimlendirilir. Birkaç gün ile birkaç hafta nadiren de yıllarca sürebilen bu dönemde, intraabdominal organlar torasik kavite içerisine herniye olmaya başlar. Bu süre içerisinde zamanla gastrointestinal ve solunum semptomları da ortaya çıkmaya başlar. Kronik obstrüktif fazda intestinal organlara ait iskemi, obstrüksiyon ve strangulasyon bulguları vardır [1,2]. Shah ve ark. [1], 980 olguyu kapsayan bir metaanalizde gecikmiş tanı oranının %14.6 olduğunu saptamışlardır. Travmadan sonraki akut dönemde gözden kaçan rüptürlerde, abdominal organların herniasyonu kaçınılmazdır. Valsalva manevrası sırasında, normalde 2-10 mmHg olan batin ve toraks içi basınç farkı, 100 mmHg'ye kadar çıkmaktadır [3].

PA akciğer grafisi tanısal yöntemlerin başında gelir. Toraks içinde mide ve/veya barsak gazları, tanı amacı ile takılan nazogastrik tüpün toraks içinde görülmesi, baryumlu kontrast grafiler kesin tanı kriterlerini oluşturur. Diyafragma sınırının düzensizliği, yüksek diyafragma görüntüsü, pulmoner veya plevral sebeplere bağlı olmayan mediastinal shift, alt lobun kompresyon atelektazisi, plevral efüzyon, pnömotoraks ve hidropnömotoraks diğer radyolojik bulgulardır. Yavaş gelişen herniasyonun saptanmasında, tekrarlayan akciğer grafileri önem taşır. Diğer tanı yöntemleri arasında ultrasonografi, BT, manyetik rezonans (MR), karaciğer ve dalak sintigrafisi, pnömoperituan, periton lavajı, torakoskopi ve laparoskopi sayılmaktadır [1-9]. Gerek torakoskopi gerekse de laparoskopi tüm diyafragmatik yüzeylerin değerlendirilmesini sağlar ve aynı zamanda ek patolojilerin açığa çıkarılmasına yardımcı olur [6]. Travmalı hastalarda BT ile diyafragmatik konturlar değerlendirilebilir. Diyafragma konturunun devamlılığında meydana gelen silinme, defekti düşündürülen bir bulgudur [10]. MR'ın multiplanar kapasitesi, özellikle de koronal ve sagittal kesitleri, diyafragmanın iyi görüntülenmesini ve buna bağlı olarak defektin açığa çıkarılmasını sağlar [11].

Travmatik diyafragma rüptüründen sonra mide ya da kolonun herniasyonu, strangulasyon ve intratorasik perforasyona kadar ilerleyebilir. Bu durum geç dönemde mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır. Mide ya da kolonun intratorasik perforasyonuna bağlı olarak pnömotoraks, pyopnömotoraks, fekopnömotoraks ve ampiyem gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Bundan başka, akut tansiyon diyafragmatik herniasyon mediastinal shift ve kardiyak arreste yol açabilmektedir [12].

Akut olgularda seçilecek cerrahi yöntem laparotomidir. Şayet sağ diyafragmadaki rüptürün batin yolu ile tamiri zorluk gösteriyor ise, torako-abdominal insizyon ya da ayrı bir torakal insizyon gerekebilir. Toraks içine geçen organların 7-10 günden sonra intratorasik yapışıklıklara yol açabilmesi nedeniyle kronik ya da gecikmiş olgularda torakotomi tercih edilmelidir.

Semptom ve radyolojik bulguların bulunmadığı izole rüptürlerde TDH gözden kaçabilir ve tanıda gecikmeye neden olur. Bundan başka diğer organların şiddetli yaralanmalarının eşlik ettiği durumlarda bile tanı gecikebilir. Abdomino-torakal bölgenin künt ya da penetran yaralanmalarından sonra diyafragma rüptürünün olabileceğinin akla getirilmesi erken tanı ve tedavi için en önemli basamaktır.

KAYNAKLAR

1. R Shah, S Sabanathan, AJ Mearns, AK Choudhury. Traumatic rupture of diaphragm. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1444-9.
2. Apaydin B, Zengin K, Göziş G, Taşkın M. Travmatik diyafragma rüptürleri. *Ulusal Travma Dergisi* 1997; 3: 142-7.
3. Athanassiadi K, Kalavrouziotis G, Athanassiou M, et al. Blunt diaphragmatic rupture. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1999; 5: 469-74.
4. Boylu Ş, Akıncı F, Taçyıldız Hİ, Yılmaz G. İzole diyafragma yaralanmaları. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1996; 10: 11-44.
5. JC Jones, MR Nyreen, V Stowell. Traumatic diaphragmatic hernia presenting as a chest wall mass. *Chest* 1990; 98: 248-9.
6. Güloğlu R, Arıcı C, Kocataş A, ve ark. Diyafragma yaralanmaları. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1996; 10: 168-71.
7. Cruz CJ, Minagi H. Large-bowel obstruction resulting from traumatic diaphragmatic hernia: imaging findings in four cases. *AJR* 1994; 162: 843-5.
8. Meyers BF, McCabe CJ. Traumatic diaphragmatic hernia. *Ann Surg* 1993; 218: 783-90.
9. Clancy TV, Kays CR, Butler PN, Maxwell JG. Shortness of breath and "refractory pneumonia". Delayed diagnosis of isolated diaphragmatic rupture. *NCMJ* 1995; 56: 280-2.
10. Schiller VL, Bein M, Cordero G. Traumatic diaphragmatic hernia. *AJR* 1995; 164: 1552.
11. Dosis I, Papachristos IC, Chrysicououlos H. Magnetic resonance imaging of blunt traumatic rupture of the right diaphragm. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1993; 7: 553-4.
12. Seeling MH, Klingler PJ, Schöleben K. Tension fecopneumothorax due to colonic perforation in a diaphragmatic hernia. *Chest* 1999; 115: 288-90.

