

Geç dönemde gastrointestinal semptomlarla kendini gösteren bir konjenital diafragma hernisi olgusu

Bülent Hayri Özokutan, Haluk Ceylan

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Gaziantep

ÖZET

Konjenital diafragma hernisi, yenidoğan döneminde solunum sistemi semptomları ile kendisini gösteren doğumsal bir anomalidir. Yenidoğan döneminden sonra semptom veren konjenital diafragma hernisinde yakınmalar daha çok gastrointestinal sisteme ait olup, klinik ve radyolojik olarak tanısında güçlük vardır.

Bu yazımızda, geç dönemde gastrointestinal semptomlarla kendisini gösteren bir konjenital diafragma hernili hasta sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Konjenital diafragma hernisi, Bochdalek hernisi

SUMMARY

A late presenting case of congenital diaphragmatic hernia presenting with gastrointestinal symptoms

Congenital diaphragmatic hernia presents with respiratory insufficiency shortly after birth. Congenital diaphragmatic hernia presenting beyond the neonatal period has unusual symptoms and may be misdiagnosed clinically and radiologically.

In this article, a patient with late presenting congenital diaphragmatic hernia with symptoms related to gastrointestinal system is presented.

Key words: Congenital diaphragmatic hernia, Bochdalek hernia

GİRİŞ

Konjenital diafragma hernisi (KDH), genellikle doğumdan hemen sonra solunum problemleri ile kendini gösteren ve insidansı 1/2000-5000 olan bir anomalidir (1,2). KDH'lı olguların %5-10'u yenidoğan döneminden sonra semptom vermektedir (3,4). Yenidoğan döneminde solunumla ilgili semptom veren KDH'nın tanısında güçlük bulunmazken geç dönemde görülen olgularda klinik ve radyolojik açıdan bazı tanı zorlukları olabilmektedir. Geç dönem semptomları alışılmışın dışında olup genellikle de gastrointestinal sisteme aittir (4). Posterolateral (Bochdalek) diafragma hernisi tüm KDH'ler içerisinde %75-85 oranında görülür (2,5). Yenidoğan döneminde Bochdalek hernisi sol tarafta 8 kat daha fazla görülürken büyük çocuklarda sağ tarafta daha sık görülmektedir (6).

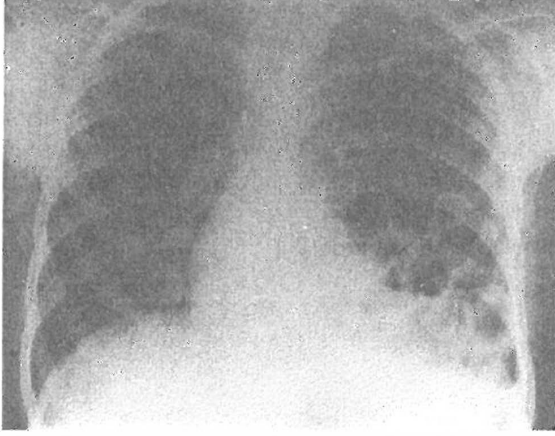
Bu yazıda, geç dönemde gastrointestinal sistem semptomlarıyla kendini gösteren bir KDH olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMU

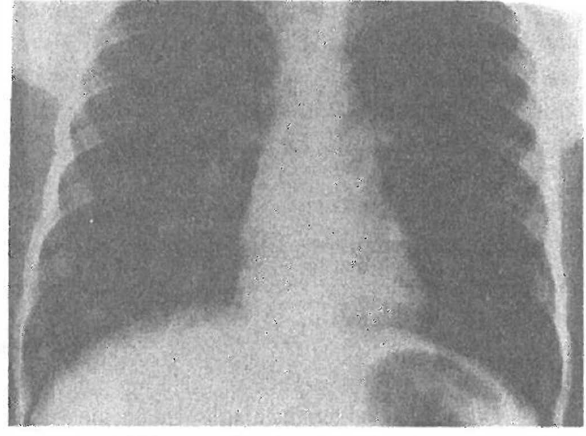
H.K., 10 yaşında erkek hasta, üç saat boyunca devam eden şiddetli karın ağrısı ve bulantı yakınması ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde daha önce solunum ve gastrointestinal sisteme ait yakınmalarının olmadığı öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede karında yaygın hassasiyet tesbit edildi. Oskültasyonda sol hemitoraksta solunum sesleri azalmış olup barsak sesleri işitiliyordu. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta barsak gazları izlenmekteydi (Resim 1). Ultrasonografide batın normal olup sol hemitoraksta hareketli barsak ansları saptandı. Tetkiklerinin yapılması esnasında semptomların spontan olarak kaybolduğu ve hastanın rahatladığı görüldü.

Hasta, diafragma hernisi tanısıyla gerekli hazırlığı takiben ameliyata alındı. Göbek üstü orta hat kesi ile yapılan laparotomide sol diafragmanın posterolateralindeki 10 cm uzunluğundaki defektten transvers kolon ve bir kısım ince barsağın toraksa herniye olduğu tesbit edildi. Herni kesesi mevcut değildi. Barsaklar batına redükte edildi ve dolaşımlarının normal olduğu görüldü. Rotasyon anomalisi bulunmayıp çekum sağ alt kadrana fıksiydi. Akciğer hacmi normaldi. Diaframadaki defekt, absorbe olmayan sütürlerle primer olarak onarıldı. Toraks tüpü konulmadı. Ameliyat sonrası

✉ Dr. Bülent Hayri Özokutan, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 27070, Gaziantep
E-mail: ozokutan@hotmail.com



Resim 1. Olgunun ameliyat öncesi akciğer grafisi. Sol hemitoraksta barsak ansları izleniyor.



Resim 2. Olgunun ameliyat sonrası dönemdeki normal akciğer grafisi.

çekilen akciğer grafisinde sol akciğer normal görünümde olup diafragma net olarak izlenmekteydi (Resim 2). Ameliyat sonrası 2. gün nazogastrik sondası çıkarılan hasta 3. gün oral beslenmeye başlandı. Ameliyat sonrası 6. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edilen hastanın 5 aylık takibi, klinik ve radyolojik olarak normaldir.

TARTIŞMA

Geç dönemde ortaya çıkan KDH, tanı ve tedavi yaklaşımı açısından önemli bir hastalıktır. Daha önce semptom vermeyen KDH'li olgularda, herniye olan organların mediasten basısına neden olarak kardiyopulmoner arrest sonucu hastaların kaybedildiği bildirilmiştir (4). Yenidoğan dönemi dışında semptom veren KDH, akciğer gelişiminin normal olmasından dolayı solunum sistemi bulguları yerine toraksa herniye olan organların inkarserasyonuna bağlı gastrointestinal sistem semptomlarına yol açmaktadır (7). Defektin konjenital olmasına karşın geç dönemde kendini göstermesinin nedeni olarak abdominal organların herni kesesi içinde sınırlanması veya özellikle sağ taraftaki herniler için solid bir organ tarafından herniasyonun engellenmesi ileri sürülmüştür (8). Herni kesesinin rüptüre olması veya intraabdominal basıncın artışı herniasyonu başlatabilir. Bazı hastalarda ise herninin daha önceden bulunmasına karşın ancak organların inkarsere veya strangüle olmasıyla ortaya çıkabilir (4). KDH'da herni kesesi olguların ancak %10-20'sinde görülmektedir (6). Bizim olgumuzda herninin solda olması ve herni kesesinin bulunmaması, önceden mevcut olan patolojinin inkarserasyonla ortaya çıktığını düşündürmektedir.

KDH'nin radyolojik bulguları kistik adenomatoid malformasyon, konjenital lobar

amfizem, plevral efüzyon ve pnömotoraks ile karışabilmektedir (6,9). Midenin toraksta olduğu sol Bochdalek hernilerinde, yanlışlıkla pnömotoraks sanılarak mide içine göğüs tüpü takılabilmektedir (4).

KDH tanısında tek başına düz akciğer grafisinin %62-73 oranında yanıltıcı sonuç verebildiği bildirilmiştir (4,10). Düz grafinin yeterli olmadığı durumlarda nazogastrik sonda takılarak grafi çekilmesi veya çocuk çok küçük değilse baryumlu grafilerin çekilmesi önerilmektedir (4).

Gastrointestinal sistem semptomlarının ortaya çıkması, herniye olan organların inkarsere veya strangüle olmasına bağlıdır. Herniye olan organ mide ise, volvulus ve buna sekonder olarak perforasyon gelişebilir. İnce barsak ve kolonun herniye olduğu durumlarda da perforasyon olabilmesine karşın bu durum daha az görülmektedir (11). Karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile baş vuran olgumuzda solunum sistemine ait hiçbir semptom yoktu. Yakınmalarının spontan olarak düzelmesi, semptomların ortaya çıkmasına inkarserasyonun neden olduğunu ve bunun da kendiliğinden düzeldiğini düşündürmüştür.

KDH'li hastalarda değişen oranlarda ek anomaliler bildirilmiştir. Bunların içerisinde en önemlisi barsakların fiksasyon anomalisidir ve %6-81 oranında görüldüğü bildirilmiştir (4). Rotasyon anomalisinin saptanması ve düzeltilebilmesi, barsakların daha kolay redüksiyonu ve konjenital bandların eksizyonu için abdominal yaklaşım, torakotomiye tercih edilmelidir (6,9). Olgumuzun operasyonu esnasında kolon ve ince barsakların toraksa herniye olduğu, mide karın içerisinde olup rotasyon anomalisinin bulunmadığı görülmüştür.

Operasyon sırasında göğüs tüpü konulması konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Herni onarımı yapılan tarafa veya her iki tarafa göğüs tüpü konulmasını savunanlara karşı (6), önemli bir kanama ve hava kaçağı olmadıktan sonra göğüs tüpünün gereksiz olduğu ileri sürülmektedir (12). Olgumuzda tüp torakostomi uygulanmamış ve buna bağlı bir komplikasyon gelişmemiştir.

Konjenital bir anomali olan diafragma hernisiyle, küçük bir grupta da olsa yenidoğan döneminden sonra geç dönemde karşılaşılmaktadır. Klinik ve radyolojik olarak tanısında güçlükler olabilmektedir. Tekrarlayan solunum sistemi ve gastrointestinal sisteme ait yakınmaları olan hastaların ayırıcı tanısında diafragma hernisi akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Booker PD. Congenital diaphragmatic hernia in children. *Arch Dis Child* 1981; 56:253-257.
2. Harrison MR, de Lorimier AA. Congenital diaphragmatic hernia. *Surg Clin North Am* 1981; 61:1023-1035.
3. Osebold WR, Soper RT. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia past infancy. *Am J Surg* 1976; 131:748-754.
4. Berman L, Stringer D, Ein SH, Shandling B. The late-presenting pediatric Bochdalek hernia: a 20-year review. *J Pediatr Surg* 1988; 23:735-739.
5. Reynolds M, Luck SR, Lapper R. The critical neonate with diaphragmatic hernia: a 21 year perspective. *J Pediatr Surg* 1984; 19:364-369.
6. Cullen ML, Klein MD, Philippart AI. Congenital diaphragmatic hernia. *Surg Clin North Am* 1985; 65:1115-1137.
7. Manning PS, Murphy JP, Raynor SC, Ascraft KW. Congenital diaphragmatic hernia presenting due to gastrointestinal complications. *J Pediatr Surg* 1992; 27:1225-1228.
8. Nussbaum AR, Ben-Ami T, Treves S, et al. Diagnosis of delayed onset right-sided congenital diaphragmatic hernia using ultrasonic and radionuclide imaging. *Pediatr Surg Int* 1987; 2:149-156.
9. de Lorimier AA. Diaphragmatic hernia. In: Ashcraft KW, Holder TM (eds) *Pediatric Surgery* (2nd ed). Philadelphia, W.B. Saunders, 1993:204-217.
10. Newman BM, Afshani E, Karp MP, Jewett TC Jr, Cooney DR. Presentation of congenital diaphragmatic hernia past the neonatal period. *Arch Surg* 1986; 121:813-816.
11. Wooley MM. Delayed appearance of a left posterolateral diaphragmatic hernia resulting in significant small bowel necrosis. *J Pediatr Surg* 1977; 12:673-674.
12. Stolar CJH, Dillon PW. Congenital diaphragmatic hernia and eventration. In: O'Neill, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkulsrad EN, Coran AG (eds) *Pediatric surgery* (5th ed) St Luis, Mosby, 1998:819-837.