



MORGAGNİ HERNİSİ: NADİR BİR AKUT BATIN NEDENİ

MORGAGNI HERNIA: AN UNUSUAL CAUSE OF ACUTE ABDOMEN ABSTRACT

¹Nazif ERKAN

²Birgül YILMAZ AVCI

¹Mehmet YILDIRIM

¹Alper Fırat POLAT

¹Genel Cerrahi Uzmanı, SSK İzmir Eğitim Hastanesi II. Genel Cerrahi Kliniği

²Göğüs Cerrahisi Uzmanı, SSK İzmir Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Key words : Morgagni, hernia, congenital

Anahtar Kelimeler : Morgagni, fitik, konjenital

ÖZET

Morgagni hernisi konjenital olup erişkinlerde travma öyküsü olmadan görülür. Bu yazıda karın ağrısı, barsak tıkanıklığı ve solunum güçlüğü ile acil servise başvuran 26 yaşında erkek olgu bildirilmektedir. BT tetkikinde sol plevral boşlukta mide, omentum, kolonun splenik fleksurası ve dalak bulunmuştur. Acil laparotomi yapılan olguda fitik redükte edilerek, diyafragma defekti onarılmıştır.

SUMMARY

Morgagni hernia is a rare congenital diaphragmatic disease that is usually asymptomatic and discovered by chance during routine diagnostic tests performed for other pathologies. Here we present a case of strangulated Morgagni hernia in a 27 year-old man admitted with sign and symptoms of an acute abdomen. A CT scan confirmed the presence of the stomach, omentum, splenic flexura of colon and spleen in the left pleural cavity. An emergency laparotomy permitted reduction of the herniation and repair of the diaphragmatic defect.

GİRİŞ

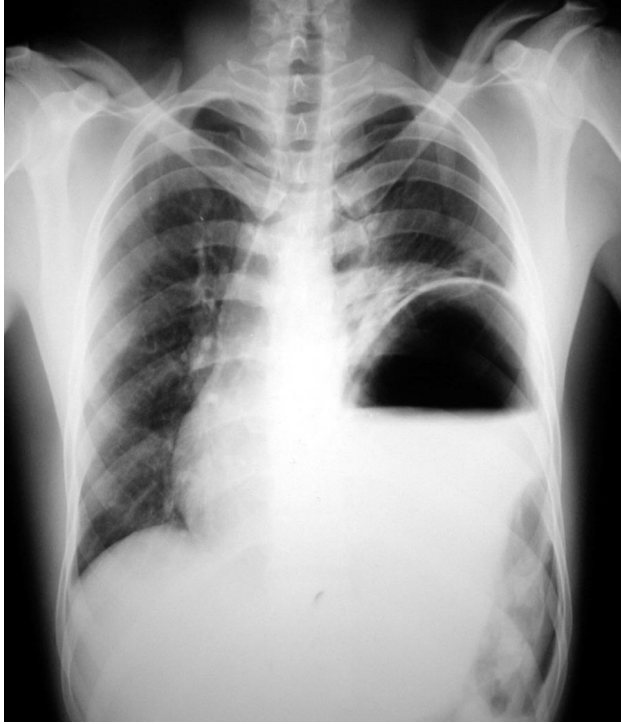
Embrioner dönemde barsakların yumurta kesesinden batına göçü ve diyafragmanın oluşumu gebeliğin 3. haftasıyla 12. haftası arasında tamamlanır. Bu dönemde bir gecikme veya değişiklik, hemidiyafragma evantrasyonu veya konjenital diyafragma hernilerine neden olur (1). Bunlardan Morgagni hernisi olarak bilinen konjenital diyafragma hernisi, diyafragmada anterior medial lokalizasyonlu bir defekt sonucu meydana gelmektedir (1,2). Defekt, diyafragmanın sternal ve kostal bölümlerinde birleşme anomalisidir. Morgagni hernisinin, klinik presentasyonu farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmada akut karın tablosuyla başvurup, mide ve kolon strangulasyonu nedeniyle opere edilen, bir Morgagni hernisi olgusu, klinik, laboratuvar ve cerrahi bulguları eşliğinde sunulmuştur.

OLGU

Yirmiyedi yaşında inşaat işçisi erkek hasta, epigastriumda ve sol sırtta ağrı, bulantı, kusma ve nefes darlığı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Yaklaşık 3 gün önce başlayan epigastriumdaki ağrı, daha sonra sırta ve sol omuza doğru yayılmış olup, acil servise başvurduğunda bunlara ek olarak nefes darlığı, bulantı ve kusma ortaya çıkmıştı. Yapılan fizik muayenesinde tansiyon arteriel 120/80 mm-Hg, solunum sayısı 32/dk, nabız 126/dk idi. Kalp muayenesi olağandı, ancak akciğerlerin oskültasyonunda sol hemitoraksta solunum sesleri derinden geliyordu. Karın muayenesinde; hafif distansiyon, epigastriumda ve sol üst kadranda defans ve rebound(+) olarak değerlendirildi. Barsak sesleri hiperaktif idi. Lökosit sayısı 14200/mm³, hemoglobin 13.1 gr/dl, hematokrit %37.2, diğer rutin laboratuvar tetkikleri olağan idi. Radyolojik tetkiklerinde; Posteroanterior(PA) akciğer grafisinde: sol hemitoraks orta ve alt kısmını tamamen dolduran hava-sıvı seviyeleri, sol akciğer bazalinde atelektazi, sol diyafragmada sağa göre belirgin elevasyon izlenmekteydi. Mediasten ve kalp sağa itilmişti (Resim 1).

Yazışma adresi: Nazif ERKAN, SSK İzmir Eğitim Hastanesi II. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, TÜRKİYE

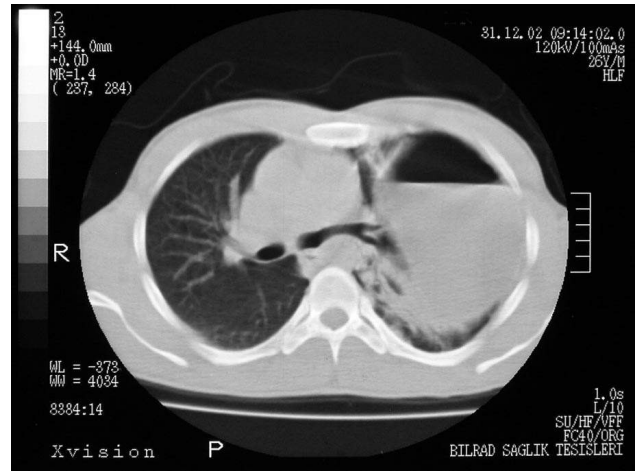
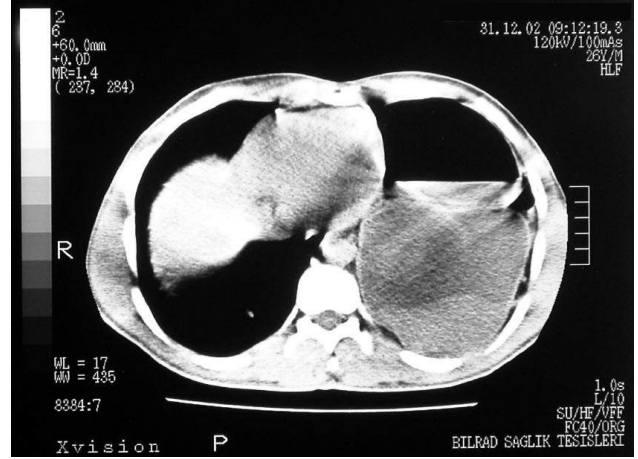
Makalenin geliş tarihi : 04.03.2005 ; kabul tarihi : 07.06.2005



Resim 1. PA Akciğer grafisi: Sol hemitoraks orta ve alt kısmını tamamen dolduran hava-sıvı seviyeleri, mediasten ve kalp sağ hemitoraksa itilmiş, sol akciğer bazalinde atelettazi, sol diyafragmada sağa göre belirgin elevasyon izlenmektedir.

Hastanın Torako-abdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT) sinde, sol hemitoraksın alt düzeyinin tamamı, posteriorda dalak, anteriorda içi sıvı dolu mide ve bunların lateralinde ince bir hat halinde sıkışmış splenik fleksuraya ait kolonik segment tespit edildi (Resim 2a). Bunlara ek olarak, trakea bifürkasyonu düzeyinin hemen altından geçen kesitte sol hemitoraksı dolduran, içinde hava-sıvı seviyesi olan mide ve kompresif atelettaziler gösteren akciğer parankimi izlendi. Kalp ve mediasten sağa itilmişti (Resim 2b).

Hasta diyafragma hernisi, akut karın ön tanısıyla acil olarak opere edildi. Yapılan laparotomide; sol diyafragmada foramen Morgagni lokalizasyonundaki açıklıktan, midenin piloraya kadar olan kısmı, omentum, sol kolon splenik fleksura ve dalağın tamamının toraksa herniye olduğu görüldü. Midenin serozasında, organoaksiyel volvulus nedeniyle, yer yer peteşial kanamalar ve ekimozlar izlendi. Herniye olmuş tüm organlar serbestleştirildiğinde mide duvarının ve kolonun salim olduğu görüldü. Organların tamamı batın içine redükte edildikten sonra, fitik kesesi eksize edildi ve diyafragma 0 numara separe ipek sütürlerle tamir edildi. Sol hemitoraks tüp torakostomi ile kapalı su altı drenajına bağlandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen olgu operasyonun 5. gününde taburcu edilmiş olup, 2 yıldır sorunsuz olarak izlenmektedir.



Resim 2 a-b. Torakoabdominal BT'sinde: Karaciğer kubbe seviyesinden geçen kesitte, sol hemitoraksın alt düzeyinin tamamı, posteriorda dalak,, anteriorda içi sıvı dolu midenin korpus ve fundus parçası, organoaksiyel volvulus nedeniyle anteriora itilmiş içi hava-sıvı dolu, tabanında hava-sıvı seviyesi olan antrum kesimi ve bunların lateralinde ince bir hat halinde sıkışmış olan splenik fleksuraya ait kolonik segment (2a) ve trakea bifürkasyonu düzeyinin hemen altından geçen kesitte sol hemitoraksı dolduran, içinde hava-sıvı seviyesi olan mide ve kompresif atelettaziler gösteren akciğer parankimi, kalp ve mediasten sağa itilmiş (2b) olarak izlenmektedir.

TARTIŞMA

Yetişkinde Morgagni hernisi genellikle nadir görülen ve komplike olmadıkça asemptomatik seyreden bir diyafragma hernisidir (3,4,5,6). Morgagni hernilerinin %90'ı sağ, %8'i sol ve %2'si de bilateral görülür(2,3). Genellikle ya rutin radyolojik inceleme sırasında ya da herni kesesi içindeki organların strangulasyon veya volvulusu nedeniyle acil servislere başvurdıklarında tanı konabilmektedir.

Batın içi organların yer değiştirmesi nedeniyle semptomlar akut karından, akut solunum sıkıntısına kadar geniş bir yelpazeye yayılmakta ve farklı sistemlere ilişkin olabilmektedir(5,7). Kimi olguda karına ilişkin semptomlar ön planda iken (6,8,9) sadece solunum sıkıntısı ile başvuranlar da bildirilmiştir (9). Bizim olgumuz da benzer şekilde gastrointestinal obstrüksiyon ve solunum güçlüğü ile acil servise başvurmuştur.

Tanı için genellikle PA akciğer ve direkt karın grafisi, torako-abdominal BT ya da kontrast maddeli röntgenogramlar yeterli olmaktadır (2,4,5). Toraks içinde mide ve bağırsaklara ait hava-sıvı seviyelerinin görülmesi karakteristiktir (5), ancak yalnızca omentumun bulunduğu olgularda intratorasik bir kitle görünümü de olabilir (2).

Morgagni hernisi, diğer bir konjenital diyafragma hernisi olan Bochdalek hernisinin aksine, genellikle bir fıtık kesesine sahiptir (1). Fıtık kesesi içinde genellikle omentum, kolonun çeşitli kısımları ve mide bulunur (4,6,8). Bizim olgumuzda oldukça ender görülen bir biçimde, dalağın tamamı toraks içinde bulunmaktaydı.

Tanı konduktan sonra acil klinik tablo gelişmeden elektif ameliyat yapılmalıdır. Diyafragma hernilerinin cerrahi tamiri cerrahın deneyimine göre hem torakal hem de abdominal yaklaşımla yapılabilmektedir (1,2). Genellikle torakotomi tercih eden (4), ya da laparotomi tercih eden (5,6) kliniklerin yanı sıra laparoskopik cerrahi öneren sunumlar da vardır (3,8). Laparotomide iç organlar batına redükte edilerek periton kesesi eksize edilmektedir. Diyafragma tamirinde ise 0 veya 2/0 nonabsorbabl sütür materyaliyle separe dikiş önerilmektedir.(1,5) Son yıllarda laparoskopik cerrahideki gelişmeler sonucunda, Morgagni hernisinin videolaparoskopik yöntemlerle'de tedavi edildiğini bildiren yayınlar bulunmaktadır (7,8).

Sonuç olarak, akut karın yakınmalarıyla başvuran hastalarda, özellikle solunumsal yakınmaların da eşlik etmesi halinde nadir görülen bu patolojinin de akılda tutulmasını ve rastlantısal olarak saptanan olgularının, komplike hale gelmeden opere edilmesini öneriyoruz.

KAYNAKLAR

1. Shields TW. Embryology and anatomy of the diaphragm. Shields TW, ed. General Thoracic Surgery. 4ncü baskı. Malvern, PA: Williams and Wilkins, 1994:41-56.
2. Bragg WD, Bumpers H, Flynn W, et al. Morgagni hernias:an common cause of chest masses in adults. Am Fam Physician 1996;54:2021-2024
3. Swain JM,Klaus A,Achen SR, et al. Congenital diaphragmatic hernia in adults. Semin Laparosc Surg.2001;8:246-255
4. Kilic D,Nadir A, Doner E,et al. Transthoracic approach in surgical management of Morgagni hernia. Eur J Cardiothorac Surg. 2001;20:1016-1019
5. Fornero G,Roseto L,Coluccio G. Intestinal occlusion caused by Morgagni-Larrey diaphragmatic hernia Ninerva Chir.1998;8:359-369
6. Frarshi DJ,Djalali BM. Gastric volvulus disclosing diaphragmatic hernia. Chirurgia.1994 ;120:375-377
7. Singh S, Bhende MS, Kinnane JM. Delayed presentations of congenital diaphragmatic hernia. Pediatr Emerg Care. 2001; 17: 269-271
8. Contini S, Dalla Valle R, Bonati L, et al. Laparoscopic repair of a Morgagni hernia: report of a case and review of the literature. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 1999; 9:93-99
9. Wong NA, Dayan CM, Virjee J, et al. Acute respiratory distress secondary to Morgagni diaphragmatic herniation in an adult. Postgrad Med J. 1995;71:39-41