

OLGU SUNUMU**TRAVMATİK DİYAFRAGMA DEFEKTİLİ OLGUDA
GEÇ KOMPLİKASYON: İÇ FITİK**

LATE COMPLICATION IN PATIENT WITH TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC DEFECT:
INTERNAL HERNIA

İsmail SERT
Semra SALİMOĐLU
Metin KARADENİZ
Kemal PEKER
Mustafa EMİROĐLU
Cem KARAALİ

ÖZET

Bu makalede penetran toraks travması geçiren ve 9 ay sonra travmatik diyafragma hernisi tanısı konan 29 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Dokuz ay önce konservatif olarak tedavi edilen ve barsak tıkanıklığı yakınmalarıyla acile gelen hastada Bilgisayarlı Tomografide sol hemitoraksta abdominal organların oluşturduğu hava-sıvı seviyesi görüldü. Abdominal eksplorasyonda, sol diyafragmada 10 cm'lik iki ayrı diyafragma defekti vardı. Midenin; medyal defekten, transvers kolon, omentum ve dalağın; lateral diyafragma defektinden fitiklaştığı görüldü. Bu olgu sunumun künt veya penetran karın ve toraks travması geçirmiş hastalarda diyafragma yaralanması olasılığını hatırlatacağına inanıyoruz.

Anahtar Sözcükler: fitik, diyafragma, toraks travması, ileus

SUMMARY

A 29 year old male patient who experienced penetrating thoracic trauma and had diagnosis of traumatic diaphragmatic hernia nearly 9 months later is presented here. Nine months before the patient was managed conservatively. The patient was referred to our emergency room complaining of intestinal obstruction symptoms. Computed tomography scan revealed fluid level formed by the abdominal organs in the left hemi-thorax. During abdominal exploration, two different 10cm of diaphragmatic defects located in left diaphragm were seen. Stomach was found to be herniated through the medial defect and transverse colon, omentum and spleen were herniated through the lateral diaphragmatic defect. We believe that this case report serves a useful reminder suspicion for diaphragmatic injuries in patients with a history of blunt or penetrating thoracic trauma.

Key words: Hernia, Diaphragma, thoracic trauma, ileus

Tepecik Eđi. Arş. Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kli.; İzmir

(Op. Dr. M. Emirođlu, Op. Dr. C. Karaali, Ast. Dr. M. Karadeniz, Op. Dr. S.Salimođlu, Op. Dr. İ. Sert)

Palandoken Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kli.; Erzurum

(Op. Dr. K. Peker)

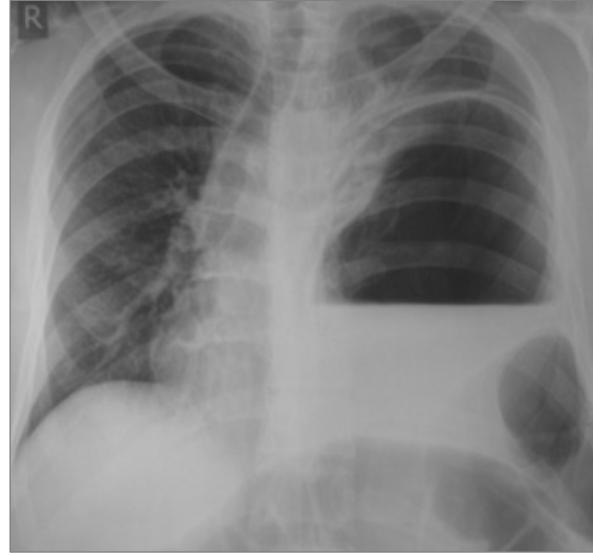
Yazışma: Op. Dr. İsmail Sert

GİRİŞ

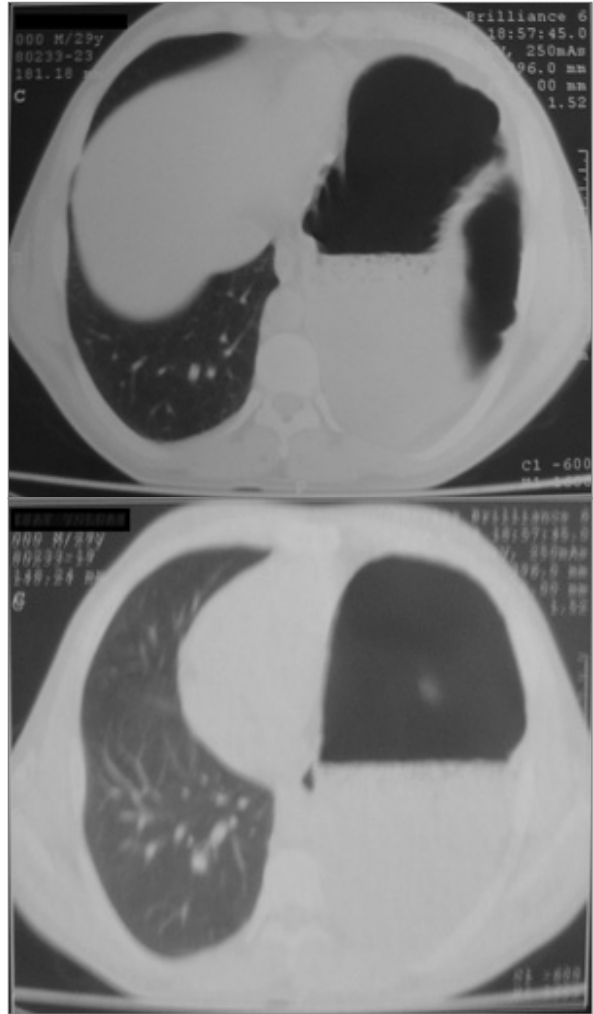
Diyafragma yaralanması basit düşmelerin ve daha yüksek oranda karın ve göğse künt veya penetran travmaların bir sonucu olarak izlenmektedir (1). Diyafragma rüptürünün oluşması için büyük bir gerektiğinden dolayı bu hastalar genellikle çoğul organ hasarlıdır (2). Diyafragma rüptürleri, penetran veya künt torakoabdominal travmaların %0,8-3,6'sı ve tüm vücut travmalarının %4,5-6'sında görülmektedir (3, 4). Tanısının zor olması nedeni ile akut dönemde hastaların gözden kaçırılması kolay olabilmektedir (5). Bu hastaların tanı konma süreleri birkaç günden birkaç yıla kadar uzayabilir (6). Gecikmiş tanı ve tedavi, mortalite ve morbiditede artışı ile sonuçlanır (3). Erken tanı konulamaz ve tedavi erken dönemde yapılmaz ise; toraks içerisine fıtıklaşmış organlarda tıkanma ve/veya strangülyasyon meydana gelebilir (6).

OLGU

Burada penetran toraks travmasından 9 ay sonra travmatik diyafragma hernisi tanısı almış 29 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Önceki toraks travması sol ön aksiller hat 8nci kosta seviyesinde kesici delici alet yaralanması olup bu nedenle dış merkez cerrahi kliniğinde izlenmiş ve ameliyatsız, klinik düzelme ile evine gönderilmiş. Travma sonrası hastada giderek artan karın ağrısı, kusma, kabızlık ve nefes darlığı yakınmaları gelişmiştir. Son 2 günde gaz- gaita çıkışının yokluğu, karında duyarlılık ve bulantı-kusma gibi yakınmalarla hastanemiz acil servisine başvurmuştur. Hastanın yapılan fizik muayenesinde; abdominal distansiyon, duyarlılık, defans ve ribaund saptanmıştır. Dinlemekle sol hemitoraksta barsak sesleri alınmamıştır. Çekilen göğüs grafisinde; toraks içerisinde gaz ve sol diyafragmada yükselme görülmüştür. Bunun üzerine hastanın bilgisayarlı tomografisi çekilmiş; sol hemitoraksta abdominal organların şekillendirildiği sıvı seviyesi olduğu görülmüştür (Şekil 1-3). Abdominal eksplorasyon sırasında sol diyafragmada yerleşmiş 2 ayrı 10'ar cm'lik diyafragmatik defekt olduğu görülmüştür. Medyal diyafragmatik defekt yoluyla midenin, lateral diyafragmatik defekt yoluyla ise transvers kolon, omentum ve dalağın fıtıklaştığı saptanmıştır. Fıtıklaşan omentum nekrotik olduğundan parsiyel omentektomi uygulanmıştır. Dalakta renk değişikliği ve dolaşım bozukluğu bulguları saptandığı için splenektomi yapılmış en son olarak diafragmatik defektler emilmeyen dikişlerle tamir edilmiştir. Geniş defektler için önerilen yama ile tamir, organ nekrozu ve infeksiyon kuşkusu olduğundan



Şekil 1. Operasyon öncesi gövrentüleme (Toraks içinde barsak gazı)



Şekil 2-3. Operasyon öncesi bilgisayarlı tomografi gövrentüleme (sol hemi-toraks içerisinde abdominal organların oluşturduğu hava sıvı seviyeleri)

uygulanmamıştır. Hastaya 28 F göğüs tüpü yerleştirilmiş ve kapalı drenaj uygulanmıştır. Göğüs tüpü ameliyat sonrası 2nci günde çıkarılmıştır. İnfeksiyon hastalıklarına danışılarak hastaya pnömokok aşısı uygulanmıştır. Ameliyat sonrası 6ncı günde çekilen kontrol toraks bilgisayarlı tomografisinde çok az plevral sıvı ve atelektazi izlenmiştir (Şekil 4). Ameliyat sonrası 8nci günde hasta evine gönderilmiştir.



Şekil 4. Ameliyat sonrası 6ncı gün (çok az plevral sıvı ve atelektazi)

TARTIŞMA

Travmatik diyafragma yaralanmaları künt (%68-75) ve penetran (%25-32) travmalardan kaynaklanabilir. Diyafragmatik hasarlar sıklıkla genç erkeklerde meydana gelir ve sol hemidiyafragma hasarları daha çok izlenir (%56-90) (7). Olgumuzda 29 yaşında erkek hasta olup; penetran toraks travması geçirmiştir. Grimes 1974 yılında diafragma rüptürünün 3 dönemini tanımlamıştır (8). Diyafragma hasarının olduğu dönem, akut dönemdir. Gecikmiş dönem, geçici organ fıtıklaşması ile ilişkilidir ve herhangi bir yakınmanın olmaması ya da spesifik olmayan yakınmalar ile sonuçlanır. Tıkanma dönemi ise; tıkanma, strangülasyon ve rüptür ile sonuçlanan uzun süreli fıtıklaşmanın bir komplikasyonu olarak tanımlanmaktadır (2). Olgumuzda da; başlangıç hasarından 9 ay sonrasında tanı konan 2 diyafragmatik rüptür vardı.

Shah ve ark.'ları, diyafragma travmatik rüptürlü 980 hastanın bir metaanalizini gerçekleştirmişlerdir (9). Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; diyafragmanın travmatik rüptürü sıklıkla sol tarafa yerleşmektedir

(%68,5). Diğer bölgelerde görülme sıklığı; sağ tarafa yerleşim %24,2, bilateral yerleşimli olmak ise %1,5 olarak bulunmuştur (9). Otopsi çalışmalarında sağ veya sola yerleşim oranlarının eşit olduğu saptanırken; antemortem çalışma sonuçlarında, diyafragmatik rüptürlerin %88-95'inin sol taraf yerleşimli meydana gelmiş olduğu bildirilmektedir (2). Literatürün sistematik olarak gözden geçirilmesinde ise 27 olguda sol; buna karşılık ise 13 olguda sağ yerleşimli diyafragmatik rüptür olduğu bildirilmektedir (1). Nadir görülen yerleşim yerlerinin bu çalışmadaki oranları; 1 olguda santral diyafragmatik herni, 2 olguda bilateral ve 1 olguda ise transdiyafragmatik interkostal herni olarak belirtilmektedir (1). Tek tarafta 2 farklı diyafragmatik rüptür varlığı tanımlanmamıştır. Yakanyılmaz ve ark.'ları sol alt toraksta bıçak yaralanması sonucu oluşan iki yıl sonra gastrik volvulus kliniğiyle başvuran travmatik diyafragma hernisi bildirmişlerdir. Sol alt toraksta gelişen tüm bıçak yaralanmalarında erken dönemde laparoskopiyi önermektedir (10).

Hastalar genel olarak özel olmayan yakınmalarla doktora başvurumaktadırlar. Bu yakınmalar arasında göğüs ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı, takipne ve öksürük sayılabilir (11). Olgumuzda doktora başvurma nedenleri; karın ağrısı, bulantı-kusma ve gaz-gaita çıkışının olmamasıydı.

Literatürün sistematik değerlendirilmesinde; transvers kolon, dalak, mide gibi pek çok organın fıtıklaşabileceği bilinmekle beraber; mide, dalak, omentum ve transvers kolon fıtıklaşmalarını eş zamanlı içeren olgu yoktur.

Kabul edilen ortak görüş; radyolojik değerlendirmelerin travmatik diyafragma herni tanısının konulmasında yardımcı olabileceğidir. Buna karşın; radyolojik tanıda bazı sınırlamalar mevcuttur. Hem erken hem de geç fazdaki olguların tanısının konulması zor olabilmektedir. Bu durumlarda kuşkulu travma öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Dikkatli bir fizik muayene, akciğerlerin oskültasyonu yanı sıra göğüs grafisi, ayakta direk karın grafisi, fluoroskopi, baryumlu incelemeler, intraperitoneal kontrast madde verilerek çekilen grafiler, manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve gerekli ise tanısal laparoskop gibi ileri çalışmalar tanı koymaya yardımcı olabilir (6).

Olgumuzda tanı amacı ile abdomino-torasik grafi ve bilgisayarlı tomografi kullanılmıştır. Sol diyafragmatik alanda çok sayıda hava içeren yapılar, interkostal alanda genişleme, medyastenine sağa doğru yer deği-

tirmesi, karında ve sol hemitoraksta net olarak görülebilen kolon gaz gölgesinin devam ettiği saptanmıştır.

Şok tablosu ile acil servise başvuran künt travma hastalarında artmış mortalite oranları saptanmaktadır. Hasarın derecesinin artması, 3 ünitenin üzerinde kan transfüzyonu yapılması, dalak hasarının varlığı mortaliteyi önemli ölçüde etkilemektedir (12).

Meydana geliş zamanına bakılmaksızın künt veya penetran travma öyküsü olan hastalarda diyafragmatik herni tanısı akılda bulundurulmalıdır. Travmatik diyafragma herni defektlerinin tanısı için operasyon sırasında iyi bir eksplorasyon ve dikkatli değerlendirme çok önemlidir. Sunmuş olduğumuz olguda karıniçi organların toraksa fıtıklaşmasına neden olan iki farklı odağın saptanmasında bu dikkatli değerlendirmenin önemi büyüktür. Tüm bunlar gecikmiş travmatik diyafragma hernisi tanısında hastanın mortalite ve morbiditesini azaltmada yardımcı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Rashid F, Chakrabarty MM, Singh R, Ifikhar SY. A review on delayed presentation of diaphragmatic rupture. *World J Emerg Surg.* 2009 Aug;4:32.
2. 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. *Can J Emerg Med.* 2004 Jul; 6(4):277-80.
3. Kozak O, Menten O, Harlak A, Yiğit T, Kilbas Z, Aslan I. Late presentation of blunt right diaphragmatic rupture (hepatic hernia). *Am J Emerg Med.* 2008 Jun; 26(5):638.
4. Ozkan S, Akinoglu A, Yagmur O, Alabaz O, Demiryurek H, Demircan O. Blunt and penetrating ruptures of the diaphragm. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 1998; 4:253-6.
5. Mizobuchi T, Iwai N, Kohno H, Okada N, Yoshioka T, Ebana H. Delayed diagnosis of traumatic diaphragmatic rupture. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2009; 57(8):430-2.
6. Ozkan OV, Semerci E, Yetim I, Davran R, Diner G, Paltacı I. Delayed diagnosis of traumatic diaphragmatic hernia may cause colonic perforation: A case report. *Cases J.* 2009 Aug ; 2:6863.
7. Alimoglu O, Eryılmaz R, Sahin M, Özsoy MS. Delayed traumatic diaphragmatic hernias presenting with strangulation. *Hernia.* 2004; 8(4): 393-6.
8. Grimes OF. Traumatic injuries of the diaphragm: Diaphragmatic hernia. *Am J Surg.* 1974 Aug; 128(2): 175-181.
9. Shah R, Sabanathan S, Mearns AJ, Choudhury AK. Traumatic rupture of diaphragm. *Ann Thorac Surg.* 1995; 60(5):1444-9
10. Yakanyılmaz F, Banlı O, Altun H, Guliter S. Delayed presentation of post-traumatic hernia with gastric volvulus: A case report. *Ulus. Trav. Acil Cer. Derg.* 2010; 16(3): 277-9.
11. Shreck GL, Toalson TW. Delayed presentation of traumatic rupture of the diaphragm. *J Okla State Medical Association.* 2003 Apr; 96(4):181-3.
12. Duzgun AP, Ozmen MM, Saylam B, Coskun F. Factors influencing mortality traumatic ruptures of diaphragm. *Turkish J Trauma Emerg. Surg.* 2008 Apr; 14(2): 132-8

İLETİŞİM

Op. Dr. İsmail SERT
Tep. Eğitim ve Araş. Hast. 1. Genel Cerrahi Kliniği
Yenişehir /İZMİR
Tel: 232 469 69 69/1105
Cep tel: 505 7947537
E -posta: drismailsertege@yahoo.com