

## VAKA TAKDİMLERİ:

# TRAVMATİK DİYAFRAGMA RÜPTÜRLERİ

Dr. A. Nahit ÖKESLİ, Dr. Yüksel TATKAN, Dr. Şakir TAVLI  
S.Ü.T.F. Genel Cerrahi ABD

### ÖZET

*Travmatik diyafragma rüptürü tanısı güç bir hastalıktır. Bu yazıda barsak obstrüksiyonu, mide volvulusu, dispeptik bulgular ve karın içi kanama bulgularıyla başvuran dört diyafragma rüptürü olgusu retrospektif incelenmiştir. Kesin tanı iki olguda preoperatif konabilmiş, diğer iki olguya ameliyatta tanı konmuştur.*

*Tanı için öncelikle hastalıktan şüphe etmek gerekir. PA akciğer grafisi ve diğer yardımcı muayene yöntemleri tanıya yardımcı olur. Ultrasonografi, diyafragmaya yönelik ve dikkatli yapıldığı takdirde önemli yeri olan bir yöntemdir.*

*Anahtar Kelime: Diyafragma rüptürü*

### SUMMARY

#### *Traumatic Ruptures of The Diaphragm*

*Traumatic diaphragmatic rupture is a condition which the diagnosis is difficult. In this article 4 cases with traumatic diaphragmatic rupture which presented intestinal obstruction, volvulus of the stomach, dyspepsia and intraabdominal haemorrhage were evaluated retrospectively.*

*Two cases were diagnosed preoperatively and the others during operation. Unless probability is thought the diagnosis could easily be missed. Chest X-rays and other routine diagnostic methods were our diagnostic criteria in these cases. If ultrasonographic examination is available diagnosing of such cases becomes accurate and easy.*

*Key word: Diaphragma injuries*

### GİRİŞ

Travmatik diyafragma rüptürü penetran veya künt travmalar sonucu oluşur. Beraberinde diğer organ yaralanmalarının oluşu ile spesifik klinik ve radyolojik bulguların yokluğu tanıda geç kalınmasına neden olur.

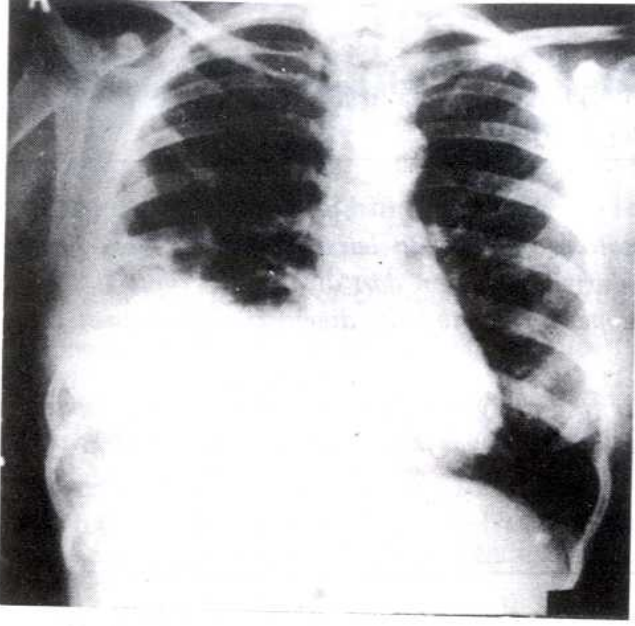
Rüptür genellikle sol tarafta fazla oluşur. Son yıllarda sağ diyafragma rüptürlerinin fazla görülmesi, yeni yardımcı tanı araçlarının kullanılmasına bağlanmaktadır.

### VAKA TAKDİMİ

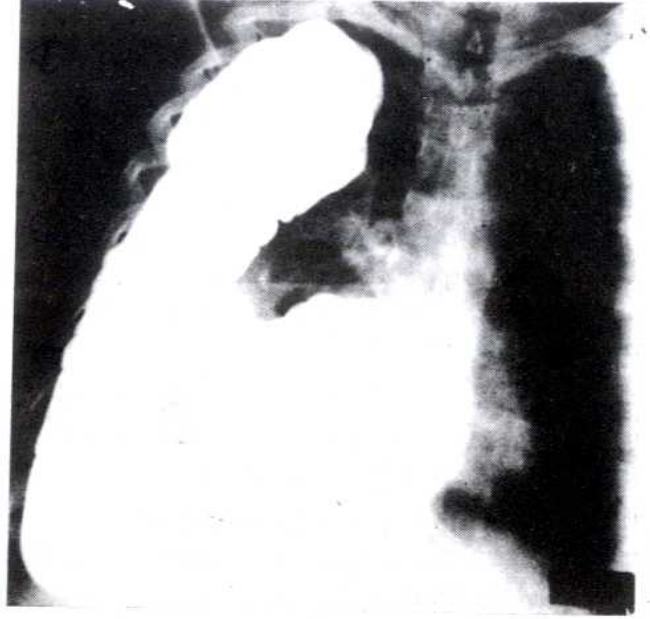
1985-1990 yılları arasında ameliyat edilen dört diyafragma rüptürü olgusu incelenmiştir.

**OLGU 1 :** 38 yaşındaki kadın hasta, karın sağ üst kadranda ağır, dispepsi ve göğüste sıkışma şikayetleriyle başvurdu. Altı yıl önce künt karın travması tarif ediyordu. Fizik muayenede karın sağ üst kadranda derin palpasyonla duyarlık, sağ hemitoraksta akciğer seslerinde azalma ve nadir barsak sesleri saptandı. PA akciğer grafisinde sağ diyafragmada yükseklik bulundu (Resim 1). Ultrasonografide sağ diyafragmada defekt ve toraks içinde barsak ansları tesbit edildi. Kolon grafisinde kolon sağ bölümünü toraks içine girdiği görüldü (Resim 2).

Laparotomide sağ diyafragma antreo-lateral bölümdaki defekt ve kolonun sağ bölümünün inkarserasyonu saptandı. Defekt primer onarıldı.

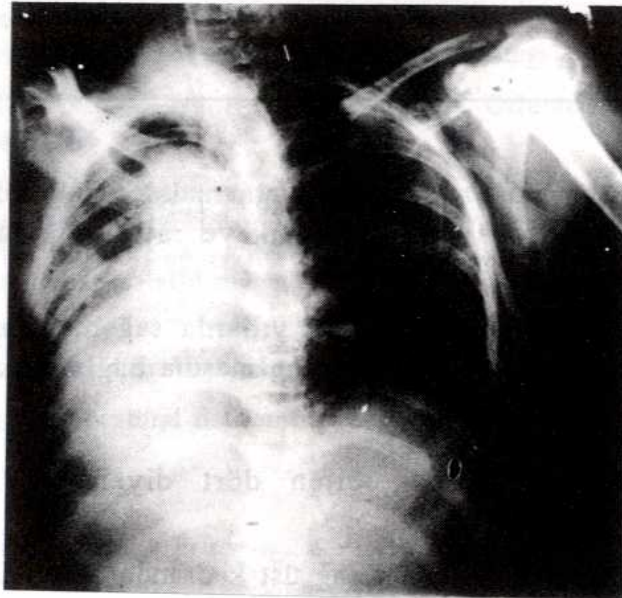


Resim I: Olgu I PA Akciğer grafisi.



Resim II: Olgu I Kolon grafisi

**OLGU II:** 58 yaşındaki kadın hasta kafa travması, künt toraks ve karın travması tanısıyla yatırıldı. PA akciğer grafisinde multipl kosta kırığı, hemo-pnömotoraks saptandı (Resim III). Su altı drenajı uygulandı. Periton lavaj kateterinden kan gelmesi ve şok bulgularıyla acil laparotomi yapıldı. Sağ diyafragma postero-lateralde 6 cm lik yırtık ve karaciğer sağ lobunda yırtılma saptandı. Karaciğer ve diyafragma defekti primer onarıldı.

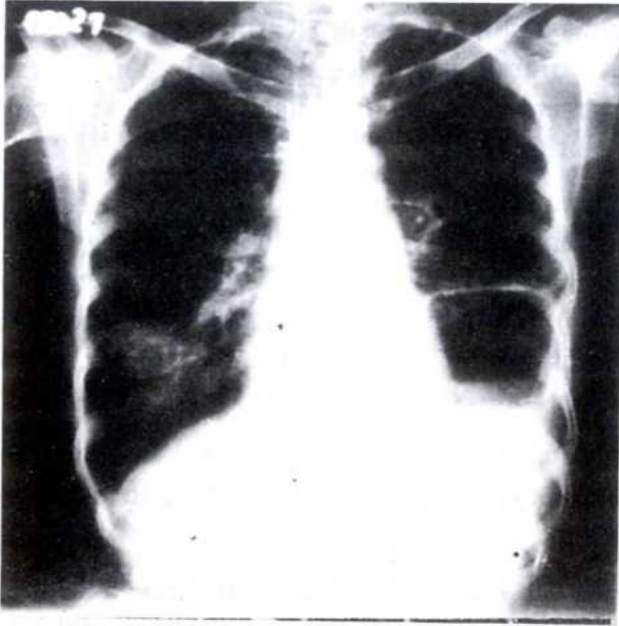


Resim III: Olgu II PA Akciğer grafisi

**OLGU III:** 50 yaşındaki kadın hasta iştahsızlık, zayıflama, nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. 20 yıl önce göçük altında kalma hikayesi vardı. Fizik muayenede ileri derecede zayıflık göze çarpıyordu. Sol hemitoraksta solunum seslerinde azalma saptandı. PA akciğer grafisinde sol diyafragmada yükseklik saptandı (Resim IV). Mide-duodenum baryumlu tetkikinde midenin meso-aksial volvulusu tesbit edildi (Resim V). Ultrasonografide sol diyaframadaki defekt saptandı. Laparotomide sol diyafragma



antero-lateralde defekt bulundu. Primer onarıldı.

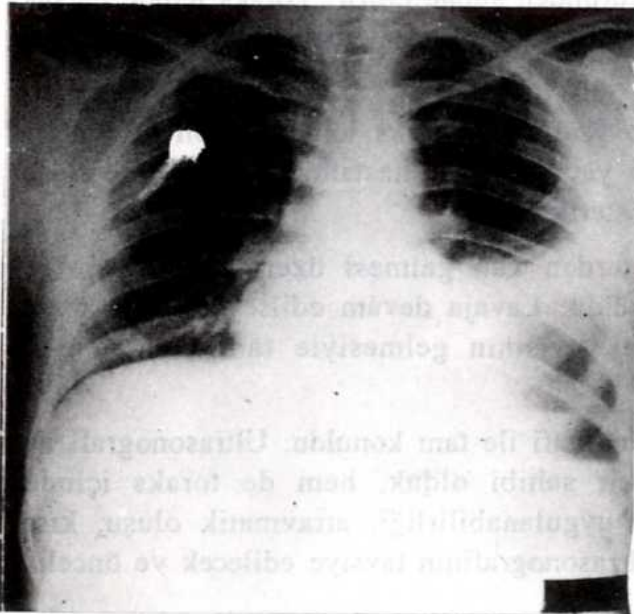


Resim IV: Olgu III PA Akciğer grafisi



Resim V: Olgu III Baryumlu mide grafisi

**OLGU IV:** 38 yaşındaki erkek hasta karın ağrısı, kusma ve defekasyon yapamama şikayetleriyle başvurdu. 3 yıl önce delici-kesici aletle yaralanma hikayesi mevcuttu. Fizik muayenede karında distansiyon ve yaygın duyarlık ile barsak seslerinde artma ve metalik ses duyuldu. Sol hemitoraksta barsak sesleri alınıyordu. PA akciğer grafisinde sol diyafragmada yükseklik görüldü (Resim VI). Ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri görüldü (Resim VII). Laparotomide sol diyafragma antero-lateralde defekt ve jejunum inkarserasyonu bulundu. Red ksiyondan sonra defekt primer onarıldı.



Resim VI: Olgu IV PA Akciğer grafisi



Resim VII: Olgu IV: Ayakta direkt karın grafisi

## TARTIŐMA

Travmatik diyafragma rüptürü tanısı g c bir hastalıktır. Künt travma nedeniyle yapılan laparotomilerin %3-5'ini teŐkil eder (1,2). Sol tarafta daha sık görülür. Sağ taraf yaralanmaları % 4-20 arasında bildirilmektedir (1,3,4). Son yayınlarda sağ taraf



yaralanmalarındaki artış tanı olanaklarının gelişmesine bağlanmaktadır.

Diyafragma rüptürü künt karın ve toraks travması sonucu oluşur. Karın içi basıncındaki ani artış rüptürün sebebidir (1). Basınca bağlı olarak karın içi organların ani olarak aşağıya çekilmesiyle rüptür oluşur. Sağ tarafta karaciğer, solda dalak ve mide tampon görevi görürler. Sağ taraf rüptürleri daha az görülürler (1,2,3,4).

Akut vakalarda tanı daha zordur. Erken tanı oranı %20 olarak bildirilmiştir (3). Kronik rüptürlerin tanısı genellikle herniasyon ve komplikasyonların oluşumuna bağlıdır. Karaciğerin kitle olarak diyafragmayı örtmesi ve herniasyonu önlemesi sağdaki rüptürlere daha az oranda tanı konmasının ana nedenidir (1). Tanı büyük ölçüde şüphe edilmesine bağlıdır (1,2). Fıtıklaşan organa göre ve fıtık kapsamının büyüklüğüne göre klinik tablo değişir.

Karın bulguları spesifik değildir. Vakalarımızın ikisi dispepsi, karın üst kadrarlarda ağrı ve zayıflama şikayetleri ile geldiler. Bir tanesi ileus, diğeri de akut karın içi kanama tablosuyla getirildiler. Sadece karın bulgularıyla tanı olası değildir.

Solunum sistemi ile ilgili bulgular da spesifik değildir. Bunlar dispne, takipne, siyanoz, solunum seslerinin alınmaması ve toraksta barsak seslerinin işitilmesi olabilir. Olgularımızın üçünde de solunum sesleri yeterli alınmadı. İkisinde toraks içinde barsak sesleri vardı.

Tanıya yönelik pnömo-periton, periton lavajı, göğüs tüpünden kontrast madde verilmesi, karaciğer-akciğer kombine sintigrafisi, bilgisayarlı tomografi, radyoisotop kullanımı, laparoskopi, thorasentez gibi pek çok yardımcı muayene yöntemi önerilmiştir (1,2,3,4).

PA akciğer grafisi sıklıkla uygulanan önemli bir tetkiktir. Diyafragmanın yükselmesi, çift kontur, mediasten kayması, kosta kırığı, plevral efüzyon, atelektazi tümöral kitle gibi spesifik olmayan bulgular ancak diyafragma rüptüründen şüphe ettirir. Toraks içinde barsak anslarının görülmesi veya baryumlu gastrointestinal tetkiklerle gösterilmesi kesin tanı koydurur.

Olgularımızın bir tanesinde baryumlu kolon grafisiyle toraks içinde kolon bölümleri gösterilmiştir. Mide duodenum baryumlu tetkiki yapılan diğeri hastamızda mide volvulusu ile birlikte midenin bir bölümü toraks içinde gösterildi.

Periton lavajı yaptığımız bir hastada kateterden kan gelmesi üzerine acil yapılan laparotomide diyafragma rüptürü tesadüfen görüldü. Lavaja devam edilseydi, daha önce uygulanmış olan toraks drenaj tüpünden lavaj sıvısının gelmesiyle tanı muhtemelen önceden konacaktı.

Preoperatif iki hastada uyguladığımız ultrasonografi ile tanı konuldu. Ultrasonografi ile hem rüptürün yeri ve boyutları hakkında fikir sahibi olduk, hem de toraks içinde barsakların varlığını saptadık. Özellikle kolay uygulanabilirliği, atravmatik oluşu, kısa süreli oluşu, kesin tanı ve ucuzluğu açısından ultrasonografinin tavsiye edilecek ve öncelik verilecek bir yöntem olduğu kararına vardık.

Hastalarımızda abdominal girişimi tercih ettik. Özellikle sol taraf yaralanmalarında diğeri karın içi organ yaralanmaları %5-20 oranında bildirilmektedir (1,3,4). Abdominal girişim iyi bir eksplorasyon için gereklidir. Ayrıca tamir için yeterli görüş olanağı sağlar. Birlikte perikard yaralanması da varsa torakotomi tercih edilmelidir. Bunun dışında torakotominin bir üstünlüğü yoktur.

Diyafragma rüptürünün tedavisi defektin primer onarımıdır (1,3,4). Çok geniş defektlerde sentetik greftler salık verilmektedir. Biz hastalarımızın dördünü de primer olarak onardık. Hatalarımızın üçüne toraks drenajı yaptık. 3-5 gün içinde drenlerini aldık.

Mortalite %10-50 arasında değişmektedir (1,2,3,4). Mortalite birlikte bulunan diğer organ yaralanmaları ile gangren, perforasyon gibi komplikasyonlara bağlıdır. Bizim bir olgumuzda yandaş olarak karaciğer ve kafa travması vardı. Bu hastamızı beyin ödemi nedeniyle kaybettik.

## KAYNAKLAR

1. Ittleman FP, Horrigan TP. Traumatic rupture of the right hemidiaphragm: case report of unusual means of diagnosis. J Trauma 1983; 23: 350-352.
2. Ammann AM, Brewer WH, Traumatic rupture of the diaphragm: Real time sonographic diagnosis. AJR 1983; 140: 915-916.
3. Pecoraro JP, Shea LP. Radioisotope assisted diagnosis of traumatic rupture of the diaphragm. Am Surg 1985; 51: 687-689.
4. Flancbaum L, Morgan AS. Non-left sided diaphragmatic rupture due to blunt trauma. Surg Gynecol Obstet 1985; 161: 266-269.