

## VAKA TAKDİMİ

# TRAVMATİK SAĞ DİAFRAGMA YIRTIĞI VE TOTAL HEPATİK HERNİASYON

Dr. Sami CERAN\*, Dr. Ufuk TÜTÜN\*, Dr. Güven Sadi SUNAM\*, Dr. Kazım AKYOL\*,  
M. Tunç SOLAK, Dr. Sadık ÖZMEN\*\*, Dr. Hasan SOLAK\*

\* S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi, \*\* S.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

## ÖZET

Konya Devlet Hastanesinden sağ 8. interkostal aralıktan kapalı su altı drenajı uygulanarak sevk edilen 14 yaşında erkek hastanın takibinde ani solunum sıkıntısının başlaması üzerine yapılan tetkiklerinde sağ toraksın alt ve orta zorunun kapandığı gözlemlendi. Yapılan acil posterolateral sağ torakotomi sonrasında toraks içine herniye olmuş karaciğer ve kolonun hepatik fleksurası ve bu barsak anısı üzerinde daha önce uygulanan kapalı tüp drenajına bağlı iki perforasyon gözlemlendi. Yapılan ultrasonografi ve akciğer grafisinin herni tanısı için yeterli olmayacağı kanısına varıldı. Torakoabdominal künt travmalar sonrası intratorasik herni olabileceğinden müdahale etmeden önce bunun ekarte edilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Travmatik intratorasik herni.

## SUMMARY

### *Traumatic Total Hepatic Hernia To The Right Thorax*

A 14 - year-old boy was admitted to the intensive care unit (ICU) of the Selçuk University Hospital because of a traffic accident. He had a chest tube in the middle axillar line of his right thorax on the 8 th. intercostal space. Pulmonary parenchym of the right lung had closed at his chest roentgenogram and ultrasonografi. This patient required an emergency operation with his symptoms and laboratory findings. Emergency thoracotomy was performed in the patient which had led to a tear in the right side of diaphragm and intrathoracic migration of the liver, hepatic flexura of the colon and the omentum were seen. Hepatic flexura of the colon had got two perforations. They have to be attentive for diagnosis and treatment after thoracoabdominal blunt trauma. Never forget that some manipulations to diagnosis or treatment may make abdominal viscera destroy in the chest.

Key Words: Traumatic intrathoracic hernia.

## GİRİŞ

Trafik kazaları, iş kazaları ve kriminal girişimlerin son yıllarda artması diafragmanın travmatik yaralanma insidansında da artışa yol açmıştır. Diafragmanın travmatik yaralanması künt veya delici etkenlerle genellikle alt göğüs veya üst karın kısmının içerildiği durumlarda oluşur. Teşhisi zordur. Erken teşhis ve tedavi yapılmamış diafragmatik rüptürlerde karın içi organların göğüs içine herniasyonu sonucu ciddi gastrointestinal ve solunum problemleri ortaya çıkabilir (1).

Makalede teşhiste gecikilen ve ciddi solunum problemi ortaya çıkan sağ diafragma rüptürlü bir vaka takdim edilerek konu değişik yönleri ile literatür ışığında tartışılmıştır.

## VAKA TAKDİMİ

H.B. isimli 14 yaşında erkek çocuğu. 15.07.1994 tarihinde 4268 nolu protokol ile Devlet hastanesinde sevkle kliniğimize yatırıldı. Geldiği merkezde sağ 8. interkostal aralıkta midaksiller hattı kestiği yerden kapalı su altı göğüs tüpü drenajı uygulanmış



ve söylenene göre 1100 cc kadar defibrine kan drenajı olmuş.

Yapılan fizik muayenesinde şuuru açık, koopere, kan basıncı 90/70 mmHg ve nabızı 110 /dk idi. Sağ koldaki humerus fraktürü nedeni ile eksternal fiksasyon uygulanmıştı. Trakea orta hatta, sağ hemitoraks lateral duvarında geniş submuskuler hematoma mevcuttu. Sağ hemitoraks orta ve alt zonda vibrasyon torasik ve solunum sesleri azalmış perküsyonla matite mevcuttu.

Göğüs grafisinde sağ klavikula ve skapula kırığı ile orta ve alt zonda konsolidasyon gözlemlendi (Resim 1). Diğer grafilerde pelvis ve sağ humerus fraktürü tespit edildi.

Batın ultrasonografisinde karaciğer sağ lobda subkapsüler hematoma ve minimal periton içi serbest sıvı olduğu rapor edildi. Pediatrik cerrahi konsültasyonunda konservatif gidilmesinin uygun olduğu bildirildi.

Servise kabulünün 2 nci gününden itibaren barsak seslerinin işitilmesi üzerine oral beslenmeye başlandı 2 kere defekasyon gözlemlendi. Gelişen takipne, taşikardi ve ateş yükselmesi nedeni ile 4 ncü günde çekilen göğüs filminden sağ akciğer parankim alanının tamamen kaybolduğu gözlemlendi (Resim 2). İki olasılık düşünüldü. 1) Masif hemotoraks, 2) Sağ diafragma yırtığı ve abdominal organların intratorasik göçü.

Hastada klinik ve laboratuvar bulguları ile acilen eksploratif torakotomiye karar verildi. Sağ posterolateral torakotomiden sonra yapılan gözlemede sağ diafragmada medialden laterala doğru uzanan 16 cm uzunluğunda bir yırtık bulunduğu karaciğerin tamamen toraks içinde olduğu, ilaveten kolonun hepatik fleksurası ve omentumun da birlikte toraks içine geçtiği gözlemlendi. Hepatik fleksurada iki ayrı lokalizasyonda perforasyon mevcuttu. Bu perforasyon yerlerinden toraks içine karpuz çekirdekleri ve şekilli feçes geçmişti. Toraks içine geçen karın içi organları diaframadaki yırtığı tam olarak kapattığı için kolon perforasyonuna bağlı intraplevral kontaminasyonun karın içine yayılımı engellenmişti. Kolondaki perforasyonun vakaya ilk müdahalenin yapıldığı merkezde kapalı su altı drenajı uy-

gulanırken iatrojenik olarak oluşturulduğu kanaatine varıldı.

Göğüs içine geçmiş batın organları perfore kolon bölümü izole edilerek karın içine itildi ve diafragma tek tek ipek sütürlerle tamir edildi. Daha sonra hastaya pozisyon verdilerek pediatrik cerrahlarca laparotomi yapıldı. 7 cm'lik kolon rezeksiyonu ve kolostomi uygulandı. Postoperatif olarak solunum problemi kalmayan hastanın kontrol PA akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi (Resim 3). 10 gün sonra kolostomi takibi ve kapatılması için pediatrik cerrahiye sevk edildi.

## TARTIŞMA

Her ne kadar travmatik diafragma yırtık çok sık değilse de potansiyel olarak ciddi bir yaralanma şeklidir. Farklı bir çok nedene bağlı olabilir. Genel vücut yaralanmalı bir hastada diafragma yaralanma insidansı % 1-15 arasında olup, sol tarafta sağdan çok daha fazladır (2,3,4,5). Çünkü posterolateral diafragma solda konjenital olarak daha zayıftır (3,6,7). Diğer bir neden de karaciğerin sağda koruyucu rol oynamasıdır.

Kaulesar Sukul ve ark. 64 vakalık serilerinin 41'inde (%81) sol diafragma rüptürü, 10'unda (%16) sağ diafragma rüptürü ve 2'sinde (%3) bilateral diafragma rüptürü tariflemiştir (1). Ancak hiçbir vakasında sağ intratorasik abdominal organ herniasyonu tarif edilmemiştir. Başka bir literatürde de sağ taraf yaralanma insidansı % 20-50 arasında rapor edilmiştir (4).

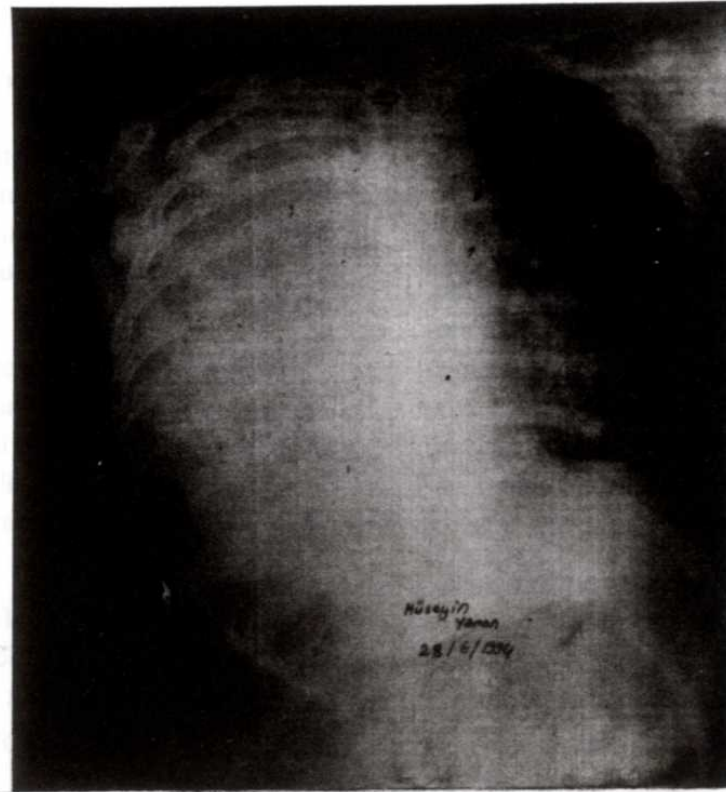
Günümüzde sağ diafragma rüptürü yüksek insidans taşır. Trafik kazalarının sıklığı, iyi hasta transportu, titiz hasta muayenesi ve ileri radyolojik tanı metotları gibi kriterler bu cins hasta sıklığında artışa neden olmuştur (1).

Hastalarımızın çoğu teşhis için spesifik bir semptom veya bulgu vermez. Bazı hastalar yoğun bakıma torakoabdominal travma ve şok ile gelirler (3). Fizik muayenede göğüste peristaltizm duyulabilir. Diafragmatik herni nedeni ile mediastinal shift bulguları ve karşı tarafa trakeal deviasyon olabilir.

Diafragmatik yaralanmadan şüphelenildiğinde batın ultrasonografisi yapılmalıdır. Bu tetkik ile teşhis yapılabilir. Ancak göğüs filmi ve ultrasonografi

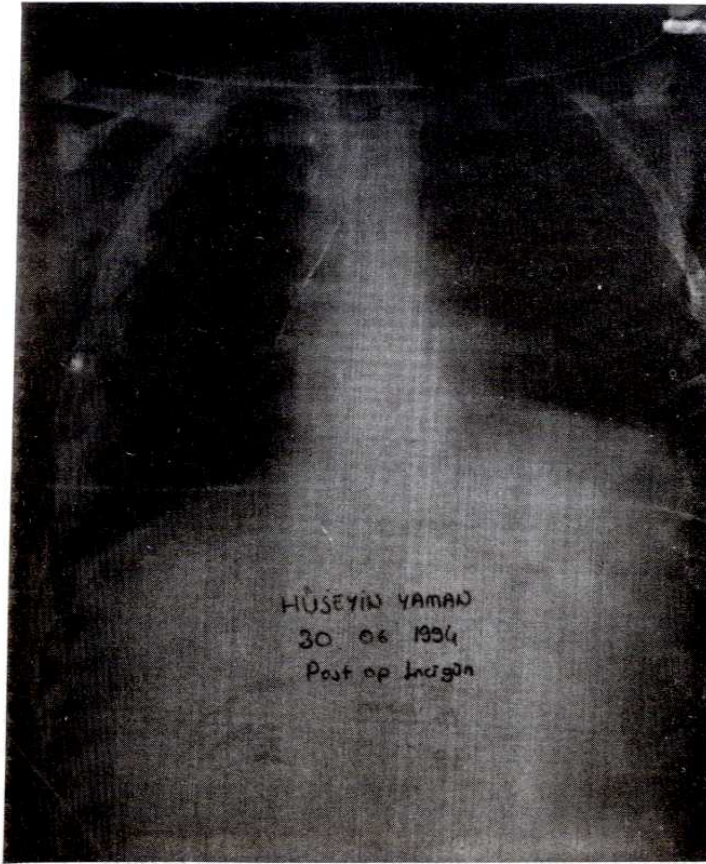


Resim 1. Ünilateral travmatik sağ diafragma hernisi.



Resim 2. Travmatik ünilaterale diafragmatik herninin mediasteni sola itmesi. (Ok ile gösterilmektedir).





Resim 3. Ünilateral travmatik sağ diafragma hernisi post operatif 1 nci gün.

diafragmatik yaralanma için tam açıklayıcı değildir. Beraberinde kompüterize tomografi ve/veya nükleer sintigrafi gerekebilir. Abdominal ultrasonografi bizim vakamızda aydınlatıcı olmamıştır.

Tanı konulamamış diafragmatik yaralanmalar gastrointestinal herniasyon ve takiben strangülasyona neden olabilir (9). Sağ diafragma rüptürlerinde bu durum karaciğerin koruyucu etkisi sebebi ile nadirdir. Fakat diaframadaki yırtık büyük olursa karaciğer ile birlikte karın içi organları sağ plevral aralıktan geçebilir. Takdim edilen vakamızda da durum böyledir.

Teşhis ve tedavi amaçlı bazı girişimler abdominal organı göğüs içinde yaralayabilir. Teşhis için torasentez veya tedavi için alttan kapalı göğüs tüp drenajı yapmak istenilirse abdominal organ yaralanmasına sebep olunabilir. Nitekim takdim ettiğimiz vakada kolon perforasyonuna böyle bir gi-

rişim sebep olmuştur. Diğer bir komplikasyonda abdominal organların göğüs içinde yer işgal ederek oluşturduğu ağır solunum sıkıntısıdır. Plevral ve intraperitoneal basınçlar arasındaki fark nedeni ile oluşabilecek en ufak bir yırtıktan karın içi organlar herniye olarak zamanla solunum sıkıntısına neden olabilir.

Diafragma hernisinde operatif yaklaşımın midline laparotomi ile yapılması, muhtemel karın içi organ yaralanması nedeni ile daha uygun olur (1). Eğer tanıda geçikilmişse abdominal yaralanma olmayacağından tamir için transtorasik yol daha kolay olur (10).

Sonuç olarak, sağ tarafa dahi olsa, travma sonucu olabilecek girişimlerde ileri tetkik metotlarının kullanılması ve intratorasik organ bulunmadığından emin olunduktan sonra girişim yapılması uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Sukul K, Kats E, Johannes J. Sixty-three cases of traumatic injury of the diaphragm injury. 1991; 22, (4): 303-6.
2. Flencbaum L, Morgan AS. Non left sided diaphragmatic rupture due to blunt trauma. Surg Gynec Obs 1985; Sept.; 266-9.
3. Pecoraro JP, Shea LM. Rodiosotope assisted diagnosis of traumatic rupture of the diaphragm. Amer. Surgeon. 1985 Dec. 51:687-9.
4. Ammana Am, Brewer WH. Traumatic Rupture of the Diaphragm: Real time sonographic diagnosis. AJR 1983 May.; 140: 915-6.
5. Ittleman FP. Traumatic Rupture of the right hemidiaphragm: Case report of on unusal of diagnosis. Journal of Trauma. 1983; 23: 350-2.
6. Lucide JL ve Wall CA, Rupture of the diaphragma; due to blunt trauma. Arch Surg 1963; 86: 989-9.
7. Bekassy, SM, Dave, KS, Wooler, GH, İonescu MI. Spontaneous and Traumatic Rupture of the Diaphragma. Ann Surg 1973; 177 (3): 320.
8. Berkman N, Simon Zvi, Almog Y, Kramer MR. Acute Gastric dilatation Causin Respiratory Failure and "tension Pneumothorax" in on Elderly Woman With a Diaphragmatic Hernia. Chest 1993; 104: 317-8.
9. Bemelman WA, Van Baal JG and Keeman JN Volvulus of the stomach after traumatic hernia diaphragmatica. Neth. J. Surg. 1989; 41, 8.
10. Gibbon's Surgery of the chest. 1983; 833-838.