

# Konjenital bilateral anterior diyafragma fıtığı: Olgu sunumu

Congenital bilateral anterior diaphragmatic hernia: A case report

Ahmet Dağ\*, Okay Koç\*, Tahsin Çolak\*, Alper Sözütek\*

*Konjenital diyafragma fıtıkları nadir görülen fıtıklardır. Kesin tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavide fıtık kesesi eksize edilerek primer onarım uygulanabileceği gibi, kese yerinde bırakılıp yama takviyesi ile onarım uygulanabilir. Bu amaçla polipropilen, politetrafluroetilen veya kompozit yamalar kullanılır. Polipropilen yamalar, karın içi organlarla direkt temas sonucunda oluşturabilecekleri yapışıklıklar nedeniyle genellikle tercih edilmezler. Diğer yamalar ise maliyeti yüksek ürünlerdir. Bu çalışmada, bilateral anterior diyafragma fıtığı nedeniyle fıtık kesesi kısmi eksizyonu, primer onarım ve yapışıklığı önlemek amacıyla preperitoneal olarak polipropilen yama takviyesi uygulanan bir olguyu sunmayı amaçladık.*

**Anahtar Kelimeler:** Diyafragma hernisi, konjenital herni, polipropilen yama, preperitoneal onarım

\*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi AD, Mersin, Türkiye

Ahmet Dağ  
E-posta: dahmetdag@yahoo.com

Makale Geliş Tarihi: Kas 17, 2009  
Makale Kabul Tarihi: Mar 03, 2010

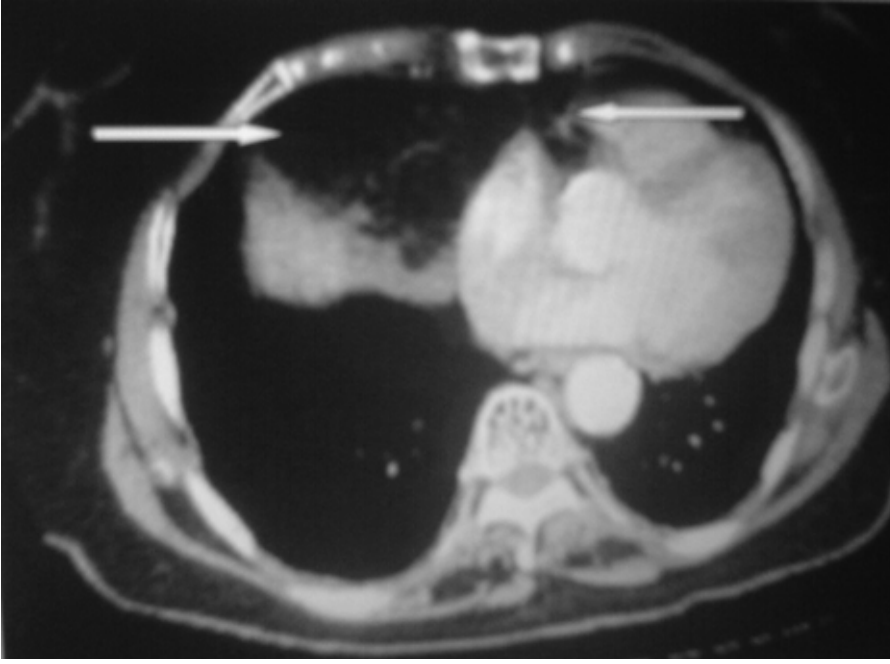
## GİRİŞ

Konjenital diyafragma fıtıkları nadir görülen fıtıklardır (1/2000-1/3000) (1). Anterior yerleşim diyafragma fıtıklarının %2-4'ünü oluştururlar (2). %90 sağ, %8 bilateral ve %2 sol taraf yerleşimlidir (3). İleri yaşlarda saptanan fıtıklar sıklıkla konjenital olarak gelişmiş küçük defektlerin travma ya da karın içi basınç artışına neden olan olaylar sonrasında genişleyip, içerisine karın içi organların girmesiyle oluşurlar (4). Semptomatik olgular cerrahi tedavi gerektirirken, semptomatik olmayan olgular için cerrahi tedavi gerekliliği tartışmalıdır (5,6). Cerrahi tedavide fıtık kesesi eksize edilerek primer onarım uygulanabileceği gibi kese yerinde bırakılıp sadece primer onarım ya da yama takviyesi ile onarım gibi yöntemler kullanılabilir (5,6). Polipropilen, politetrafluroetilen (PTFE) veya kompozit yamalar bu amaçla kullanılır. Polipropilen yamalar, karın içi organlarla direkt temas sonucu oluşabilecek yapışıklıklar nedeniyle cerrahlar tarafından genellikle tercih edilmezler. Diğer yamalar ise maliyeti yüksek ürünlerdir. Bu çalışmada, bilateral konjenital diyafragma fıtığı nedeniyle ameliyat edilen ve fıtık tamiri sonrası karın içi yapışıklığı önlemek amacıyla preperitoneal olarak polipropilen yama takviyesi uygulanan bir olgu sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

73 yaşında kadın hasta, yaklaşık yedi yıldır olan kabızlık ve son iki aydır başlayan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve beş yıl önce geçirilmiş bir serebrovasküler hastalık atağı mevcuttu. Fizik muayenede, dinlemekle her iki akciğer sesinde azalma mevcuttu. Hasta yatar pozisyondayken akciğer sesleri dinlendiğinde ise, sağ hemitoraksta barsak sesi alındığı fark edildi. Bunun üzerine hastada diyafragma fıtığı olabileceği düşünülerek alınan öykü genişletildiğinde hasta geçirilmiş bir travma tarif etmedi. Fakat hastanın çoklu gebelik (yedi kez) öyküsü mevcuttu. Rutin laboratuvar tetkiklerinde anlamlı bir bulgu yoktu. PA akciğer grafisinde, sağ alt zonda mediasten ile süperpoze olan sınırları kısmen düzensiz, homojen olmayan dansite artışı mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağ diyafragmada transvers çapı dört cm'yi, solda ise iki cm'yi bulan fıtık ile uyumlu açıklık olduğu saptandı. Bu açıklıklara bağlı olarak omentumun, transvers kolonun toraks içine doğru fıtıklaştığı ve sağ tarafta bu dokunun üst kesiminin pulmoner konus düzeyine kadar uzandığı gözlemlendi (Şekil 1).

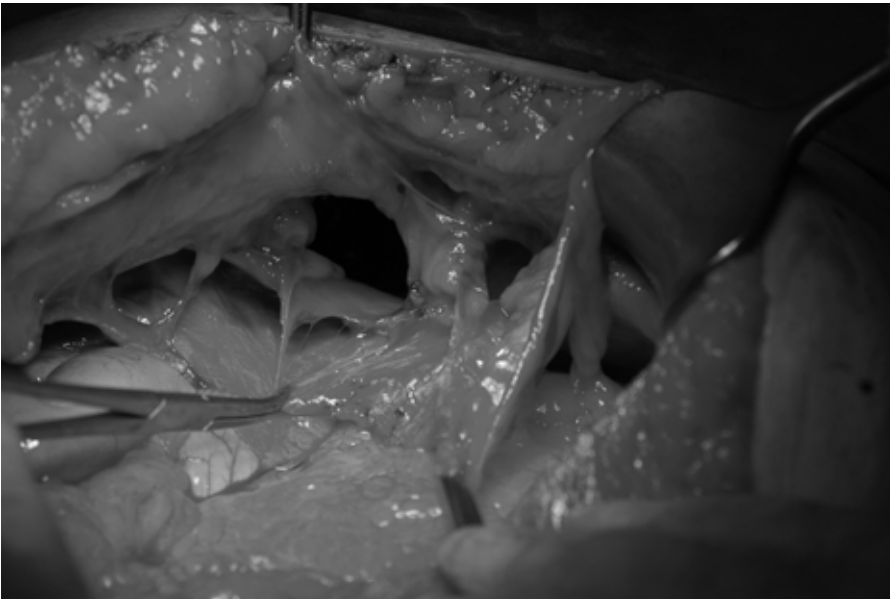
Hastaya mevcut bulgular sonucunda, konjenital bilateral diyafragma fıtığı ön tanısıyla operasyon planlandı. Karın orta hat kesisi ile yapılan laparo-



Şekil 1. Diyafragma fıtığı BT görüntüsü.

tomide, ksifoidin sağında daha büyük olmak üzere bilateral diyafragma fıtığı ve içinde yerleşim gösteren transvers kolon ve omentum saptandı. Fıtık içeriği karına iade edildikten sonra fıtık kesesi serbestleştirilerek kirli kısımları kısmi olarak çıkarıldı (Şekil 2). Diyafragmadaki açıklık, No.1 ipek dikiş ile primer onarıldı. Tamir alanına polipropilen yama yapılıp, No.0 polipropilen dikiş materyali

ile tespit edildi. Kalan periton parçası No.0 poliglaktin dikiş materyali yamanın üzerine kapatılarak ameliyata son verildi. Takiplerinde cerrahi problemle karşılaşmayan hasta, ameliyat sonrası yedinci gün şifa ile taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde herhangi bir şikayeti olmayan hasta ameliyat sonrası birinci yılında olup sağlıklı olarak yaşamını sürdürmektedir.



Şekil 2. Bilateral diyafragma fıtığı intraoperatif görüntüsü.

## TARTIŞMA

Anterior diyafragma fıtıkları, erişkinlerde sıklıkla travma sonucu görülmekle birlikte, nadir de olsa konjenital olarak saptanabilir (1,2). Konjenital olanlar çoğunlukla semptomsuz ve insidental olarak saptanırlar (3). Ancak varolan küçük bir açıklık zaman içerisinde gebelik, konstipasyon veya obezite gibi karın içi basınç artışına yol açan nedenlerden dolayı genişleyerek semptomatik hale gelebilir (3). Olgumuzda da bu duruma yol açabilecek çoklu gebelik öyküsü mevcuttur. Hastalar, en sık nefes darlığı olmak üzere bulantı, kusma, yutma güçlüğü, göğüs ağrısı, kabızlık gibi spesifik olmayan bulgulardan yakınmaktadırlar (4). Bu nedenle bu tür subjektif şikayetlerle gelen hastada ayırıcı tanıda diyafragma fıtığı akılda tutulması, özellikle travma açısından ayrıntılı öykü alınması ve iyi bir fizik muayene yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Tanıya yardımcı olarak PA akciğer grafisi, kontrastlı direkt grafiler, toraks ve karın BT, manyetik rezonans görüntüleme (MR) gibi görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Bunların arasında BT tanıya en çok faydalı olanıdır (7). Hastamızda da çekilen PA akciğer grafisi ve toraks BT sonucu diyafragma fıtığı ön tanımızı desteklemiştir.

Anterior yerleşimli diyafragma fıtıklarında yalnızca semptomatik olgularda ameliyat öneren yayınlar olmasına rağmen birçok yayın oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle semptomatik olsun ya da olmasın cerrahi tedaviyi önermektedir (5,6). Bilateral diyafragma fıtığı olanlarda ya da komplikasyon gelişenlerde daha çok abdominal yoldan açık girişim önerilmektedir (7). Son dönemlerde ise laparoskopik ve torakoskopik girişimler ile cerrahi tedavi başarı ile uygulanmaktadır (5,8). Olgumuzda da semptomatik bilateral diyafragma fıtığı saptanması nedeniyle elektif ameliyat planlandı. Hastamızın ameliyat öncesi tetkiklerinde kanama pıhtılaşma zamanının uzun olması, solunum kapasitesinin düşük olması ve ek hastalıkları nedeniyle anesteziyoloji ekibi tarafından yüksek ASA skoru verilmesi laparoskopik girişim kararımızı etkiledi. Bu nedenle hastamızda laparotomi tercih edildi.

Anterior diyafragma fıtıklarının onarımında defekt küçük ise absorbe olmayan dikiş ile primer onarım uygulanabilir. Büyük defektlerde ya da aplazik diyafragmada sadece yama ile onarım ya da pri-

mer onarım alanı üzerine yama yayılması gibi yöntemler uygulanabilir (9). Ameliyat sırasında fitik kesesinin çıkarılması tartışmalıdır. Birçok yayın fitik kesesinin çıkarılmaması gerektiğini savunmakla birlikte küçük ve yapışık olmayan keselerin çıkarılabileceğini savunan yayınlar da mevcuttur (10). Fitik kesesinin çıkarılması her olguda mümkün olmamakla birlikte rahatça serbestleştirilebilen fitik kesesi özellikle fasya altı yama uygulanmasından sonra yamanın üzerini kapatmak için doğal bir malzemedir. Üzeri kapatılmadan yayılan polipropilen yama, karın içi yapışıklıklara neden olmakta ve berabe-

rinde fistül, perforasyon, ileus gibi ciddi cerrahi problemlere sebebiyet vermektedir (11). Bu nedenle ameliyat sonrası bu tür problemlerle karşılaşma riskimizi azaltmak amacıyla, uygun olgularda fasya altına yayılan yamanın, serbestleştirilen fitik kesesi ile kapatılmasının daha uygun olacağı düşüncesindeyiz.

Ameliyat sonrası dönemde pnömoni, pnömotoraks, plevral efüzyon ve yara yeri enfeksiyonu gelişebilecek diğer cerrahi problemlerdir (12). Hastamızda erken dönemde gelişen solunum sıkıntısı, maske ile oksijen tedavisiyle kontrol altı-

na alınmış olup haricinde herhangi bir cerrahi problemle karşılaşmamıştır.

Sonuç olarak, konjenital bilateral diyaf- ragma fıtığı, erişkinlerde çok nadir göz- lenmekle birlikte kesin tedavisi cerrahi olan bir durumdur. Cerrahi tedavi seçe- nekleri arasında defektin primer onarımı veya yama takviyesi ile primer onarımı bulunur. Uygun olgularda serbestleştirilen fitik kesesinin, ameliyathanede bu- lunması kolay ve ucuz olması nedeniyle sıklıkla takviyede tercih edilen polipro- pilen yama üzerine kapatılması, yama ile ilişkili gelişebilecek karın içi cerrahi problemleri önleyebilir.

## SUMMARY

### Congenital bilateral anterior diaphragmatic hernia: a case report

*Congenital diaphragmatic hernias are rare. The definitive treatment is achieved by surgery. Surgical treatment includes primary repair of the hernia or reinforcing mesh repair whether the sac excised or left in place. Polypropylene, polytetrafluoroethylene (PTFE) or composite mesh are used for this purpose. Polypropylene meshes are not preferred because the direct contact with the abdominal organs*

*may lead to adhesions. In addition, other mesh products are costly. We aimed to present the clinical course and surgical treatment of a case with bilateral anterior diaphragmatic hernia that was managed by partial excision of the hernial sac, primary repair and preperitoneal polypropylene mesh reinforcement above the peritoneal hernia sac, in order to prevent adhesions.*

**Key Words:** Diaphragmatic hernia, congenital hernia, polypropylene mesh, preperitoneal repair

## KATKIDA BULUNANLAR

**Çalışmanın düşünülmüş ve planlanması:**  
Ahmet Dağ, Tahsin Çolak

## Verilerin elde edilmesi:

Okay Koç

## Verilerin analizi ve yorumlanması:

Okay Koç, Alper Sözütek

## Yazının kaleme alınması:

Ahmet Dağ, Alper Sözütek

## İstatistiksel değerlendirme:

-

## KAYNAKLAR

1. Bennett AJ, Driver CP, Munro M. Bilateral congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Surg Int* 2005; 21: 739-741.
2. Ipek T, Altinli E, Yuceyar S, Erturk S, Eypoglu E, Akcal T. Laparoscopic repair of a Morgagni-Larrey hernia: report of three cases. *Surg Today* 2002; 32: 902-905.
3. Kurkcuoglu IC, Eroglu A, Karaoglanoglu N, Polat P, Balik AA, Tekinbas C. Diagnosis and surgical treatment of Morgagni hernia: Report of three cases. *Surg Today* 2003; 33: 525-528.
4. Eren S, Gümüş H, Okur A. A rare cause of intestinal obstruction in the adult: Morgagni's hernia. *Hernia* 2003; 7: 97-99.
5. Angrisani L, Lorenzo M, Santoro T, So-
6. dano A, Tesaro B. Hernia of foramen of Morgagni in adult: Case report of laparoscopic repair. *JLS* 2000; 4: 177-181.
6. Mentis O, Balkan M, Kesim E, Eryilmaz M, Bozlar U, Senocak R, et al. Larrey hernia complicated with colonic obstruction in a 77-year old woman: a case report. *Acta Chir Belg* 2007; 107: 432-435.
7. Rogers FB, Rebeck JA. Case report: Morgagni hernia. *Hernia* 2006; 10: 90-92.
8. Sirmali M, Turut H, Gezer S, Findik G, Kaya S, Tastepe Y, et al. Clinical and radiologic evaluation of foramen of Morgagni hernias and the transthoracic approach. *World J Surg* 2005; 29: 1520-1524.
9. Ninos A, Pierrakakis S, Stavrianos V, Papaioanou G, Ajiazi A, Iordanou Ch, et al. Bilateral congenital anterior diaphrag-
10. matic hernia: a case report. *Hernia* 2006; 10: 525-527.
10. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. *Surg Endosc*. 2008 ; 22: 1413-1420.
11. Ansaloni L, Catena F, Coccolini F, Fini M, Gazzotti F, Giardino R, Pinna AD. Peritoneal adhesions to prosthetic materials: an experimental comparative study of treated and untreated polypropylene meshes placed in the abdominal cavity. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2009; 19:369-374.
12. Loong TPF, Kocher HM. Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni. *Postgrad. Med. J*. 2005; 81: 41-44.