

BÖLÜM 38

DİYAFRAGMA FITIKLARININ AÇIK VE LAPAROSKOPIK ONARIMI

Hüseyin BİLGE¹

Diyafagma fitikleri uzun yıllardır bilinir. Bu fitikların tanınması ve başarılı cerrahi tedavilerin yapılması sonrası cerrahların ilgisini kazanmıştır. Diyafragma fitiklarının cerrahi teknikleri farklılık gösterse de amaç değişmemektedir. Bu hastaların tedavisini ele alırken konuyu üç ana başlık altında inceleyeceğiz;

1. Paraözofageal fitiklar
2. Travmatik fitiklar
3. Konjenital fitiklar

PARAÖZOFAGEAL FITIKLAR

Hiyatal fitiklar yaygın görülen bozukluklardır. İnsidansı %10-20 arasında değişmektedir (1). Hill ve Tobias tarafından 1968'de dört gruba ayrılmıştır (2). Tip I Hiatal fitiklar (Sliding herni), %80 olarak görülen en sık tipidir. Gastroözofageal bileşke hiatustan toraksa doğru herniasyonu ile karakterizedir. Paraözofageal fitik (PÖF), kalan üç grubu oluşturur: tip II, mide fundusunun hiatustan herniasyonu ile karakterizedir, gastroözofageal bileşke normal yerindedir. Tip III en yaygın tipidir. Mide fitikleşmasının yanı sıra bir gastroözofageal bileşkede toraksa doğru

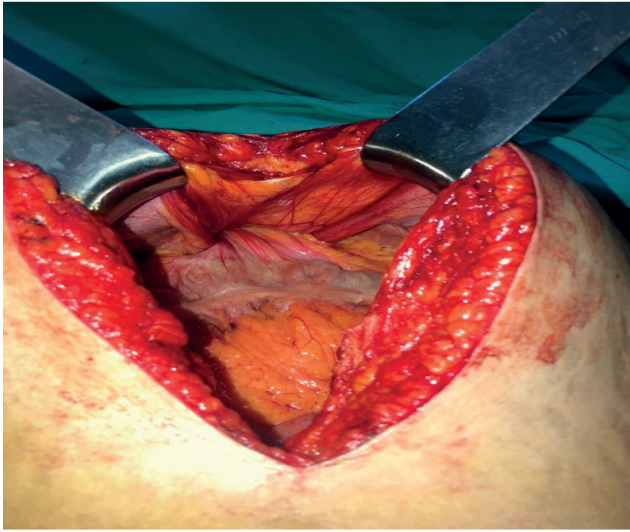
¹ Dr Öğr Üyesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, dr.huseyinbilge@hotmail.com

yararlıdır. İç organlar karın içine alınır, kese çıkarılır. Defekt emilmeyen dikiş ile kapatılır. Şayet hasta yetişkin grubunda ise mesh serilip tespit edilir.

Cerrahi teknik: MORGAGNİ

Morgagni fıtıkları anterior retrosternal veya parasternal defektler olarak ortaya çıkar. Bu kusurlar nadirdir ve doğuştan diyafram kusurlarının yalnızca yüzde bir ile ikisini oluşturur (Şekil 10). Bu tip fıtık, Cantrell pentalojisinin bir bileşeni olduğundan, ilişkili anomaliler, özellikle kalp kusurları ortaya çıkabilir.

Morgagni fıtıkları karın içinden tamir edilir. Üç port gereklidir. Umbilikusta 5 mm'lik bir port 30 derecelik bir teleskop yerleştirmek için kullanılır ve aletler için 3 mm'lik bir sağ karın portu ve 5 mm'lik bir sol karın portu yerleştirilir. Fıtık içeriği batına çekilir, kese rezeke edilir. Defekt dikiş ile kapatılır. Gecikmiş bir herni tanısı varsa, yetişkinlerde mesh takviyesi eklemek gerekir. Hem Morgagni hem de Bochdalek fıtıklarında defekt büyük ise mesh takviyesi gerekmektedir. Genişletilmiş politetrafloroetilen (ePTFE) veya domuz ince bağırsak submukozal yamalarının her ikisi de kullanılabilir.



Şekil 8. Morgagni herni

KAYNAKLAR

1. Ilves, R. (1998). Hiatus hernia. The condition. *Chest Surgery Clinics of North America*, 8(2), 401-409.
2. Hill, L.D., Tobias, J.A. (1968) Paraesophageal hernia. *Arch Surg*, 96, 735-44.
3. Hashemi, M., Sillin, L. F., & Peters, J. H. (1999). Current concepts in the management of paraesophageal hiatal hernia. *Journal of clinical gastroenterology*, 29(1), 8-13.

4. Maruyama, T., Fukue, M., Imamura, F., & Nozue, M. (2001). Incarcerated paraesophageal hernia associated with perforation of the fundus of the stomach: report of a case. *Surgery today*, 31(5), 454-457.
5. Perdikis, G., Hinder, R. A., Filipi, C. J., Walenz, T., McBride, P. J., Smith, S. L., ... & Klingler, P. J. (1997). Laparoscopic paraesophageal hernia repair. *Archives of Surgery*, 132(6), 586-590.
6. Oelschlager, B. K., & Pellegrini, C. A. (2001). Paraesophageal hernias: open, laparoscopic, or thoracic repair?. *Chest Surgery Clinics of North America*, 11(3), 589-603.
7. Kercher, K. W., Matthews, B. D., Ponsky, J. L., Goldstein, S. L., Yavorski, R. T., Sing, R. F., & Heniford, B. T. (2001). Minimally invasive management of paraesophageal herniation in the high-risk surgical patient. *The American journal of surgery*, 182(5), 510-514.
8. Floch, N. R., Hinder, R. A., Klingler, P. J., Branton, S. A., Seelig, M. H., Bammer, T., & Filipi, C. J. (1999). Is laparoscopic reoperation for failed antireflux surgery feasible?. *Archives of Surgery*, 134(7), 733-737.
9. Edoga, J. K., & Willekes, C. L. (1997). Laparoscopic fundoplication and the aberrant left hepatic artery. *Archives of Surgery*, 132(4), 448-449.
10. Hui, T. T., Thoman, D., Spyrou, M., & Phillips, E. H. (2001). Mesh crural repair of large paraesophageal hiatal hernias. *The American surgeon*, 67(12), 1170.
11. Schumpelick, V., Steinau, G., Schlüper, I., & Prescher, A. (2000). Surgical embryology and anatomy of the diaphragm with surgical applications. *Surgical Clinics*, 80(1), 213-239.
12. Somers, L., Szeki, I., & Hulbert, D. (2000). Late presentation of diaphragmatic hernia and gastric volvulus. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 17(3), 230.
13. Mansour, K. A. (1997). Trauma to the diaphragm. *Chest surgery clinics of North America*, 7(2), 373.
14. Israel, R. S., McDaniel, P. A., Primack, S. L., Salmon, C. J., Fountain, R. L., & Koslin, D. B. (1996). Diagnosis of diaphragmatic trauma with helical CT in a swine model. *AJR. American journal of roentgenology*, 167(3), 637-641.
15. Mouroux, J., Padovani, B., Poirier, N. C., Benchimol, D., Bourgeon, A., Deslauriers, J., & Richelme, H. (1996). Technique for the repair of diaphragmatic eventration. *The Annals of thoracic surgery*, 62(3), 905-907.
16. Zieren, J., Enzweiler, C., & Müller, J. M. (1999). Tube thoracostomy complicates unrecognized diaphragmatic rupture. *The Thoracic and cardiovascular surgeon*, 47(03), 199-202.
17. Wataya, H., Tsuruta, N., Takayama, K., Mitsudomi, T., Nakanishi, Y., & Hara, N. (1997). Delayed traumatic hernia diagnosed with magnetic resonance imaging. *The Japanese journal of thoracic diseases*, 35(1), 124-128.
18. Matz, A., Alis, M., Charuzi, I., & Kyzer, S. (2000). The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of missed diaphragmatic rupture. *Surgical endoscopy*, 14(6), 537-539.
19. Dutta, S., Albanese, C.T. (2006) Minimal Access Surgery in the Neonate. *NeoReviews*, 7(8), e400-9.
20. Smith, J., & Ghani, A. (1995). Morgagni hernia: incidental repair during laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Laparoendoscopic Surgery*, 5(2), 123-125.