

DİYAFRAGMA HERNİSİ CERRAHİSİ

İsa KARACA¹

GİRİŞ

Diyafragma, toraks ile karın boşluklarını birbirinden ayıran ve solunum sisteminde de önemli rol üstlenen bir organdır. Kubbe şeklinde muskulomembranöz bir yapıdır. Sağ hemidiyafragma ve sol hemidiyafragma olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağ tarafı karaciğerin kaldırmasından, sol tarafı ise kalbin aşağı itmesinden dolayı sağ taraf sol tarafa göre daha yüksekte yer almaktadır (1,2).

Diyafragma üzerinde üç adet doğal açıklık bulunmaktadır. Bu açıklıklar T8, T10 ve T12 vertebra seviyelerindedirler. T8 seviyesindeki açıklıktan v.cava inferior, sağ frenik sinir, T10 seviyesinden özofagus, sol gastrik arterin ve sol gastrik venin dalları ve n.vagus, T12 seviyesindeki açıklıktan ise ductus thoracicus, v.azygos ve hemiazygos ve aort geçmektedir.

DİYAFRAGMA HERNİLERİ

Diyafragma hernilerini doğumsal(konjenital) ve kazanılmış(edinsel) olarak iki başlıkta inceleyebiliriz. Konjenital olanlar; Bochdalek ve Morgagni hernileri olarak isimlendirilir. Edinsel olanlar ise; hiatal herni, travmaya bağlı diyafragma rüptürü ve iyatrojenik diyafragma hernileridir.

Bochdalek Hernisi

Konjenital diyafragma hernilerinden en sık görülenidir. Tanısı genellikle prenatal usg(ultrasonografi) ile konulur. 2500 canlı doğumda 1 sıklıkta görülmekle birlikte, erkek bebeklerde kız bebeklere göre 2 kat fazla izlenmektedir. Sol hemidiyafragmada daha fazla oranda görülür. Batın içi organlar sol toraks boşluğunda olduğu için akciğerde hipoplazi olur. Ciddi solunum sıkıntısı gelişir ve acil opere edilirler. Mortalite oranı %45 – 50 dolaylarındadır.

Morgagni Hernisi

Çoğunlukla sağ hemidiyafragmada izlenir. Nadiyen solda veya her iki hemidiyafragmada da izlenir (3).

Doğumsal olmasına karşın çocuklarda az olarak izlenir. Bunun nedeni; diyafragmadaki zayıflığın küçük olması ve yaşla birlikte artmış intraabdominal basınca sekonder defektin büyümesidir.

Sıklıkla asemptomatikler ve insidental olarak saptanırlar. Klinik belirti gösterenlerde en sık yakınmalar; sık solunum yolu enfeksiyonları, disfaji, ağrı, sternum posteriorunda dolgunluk hissi, üst gastrointestinal sistemde ani obstrüksiyon bulguları ve hazımsızlıktır (4,5)

¹ Op. Dr., Isparta Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, dr.isa.karaca@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1813-9687

mektedir. Onarımın hangi yaklaşımla yapılacağı cerrahın kararıdır (2,3). Ancak genel geçer kural olarak sol taraftaki diyafragma hernileri için sol subkostal insizyonla transabdominal yaklaşım önerilirken, sağ taraftaki herniler için transtorasik yaklaşım önerilmektedir. Emilmeyen monofilaman sütürlerle onarım yapılırken geniş defektlerde meş kullanılabilir. Laparotomi ve torakotomiye karşın laparoskopik öneren yayınlar da mevcuttur (8).

Herni kesesinin çıkarılıp çıkarılmaması gerektiği de tartışmalı bir konu olup, çoğunluk frenik sinir hasarlanması ihtimali ve ciddi pnömomediastinum gelişme olasılığından dolayı herni kesesini yerinde bırakmayı savunurken, bir takım yazarlar da toraks boşluğunda yer kaplayan oluşum bırakılmaması gerektiğinden dolayı herni kesesinin rezeksiyonunu savunmaktadır (5).

Hiatal herniler için eski zamanlarda, mide nekrozu ve herninin progresyonu düşünülerek asemptomatik de olsa cerrahi uygulanırken, günümüzde acil cerrahilerde de başarı oranının artmış olduğu gözetilerek yukarıda belirtilen cerrahi endikasyonları dışında genellikle takip önerilmektedir.

Hiatal herni onarımı ile birlikte fundoplikasyon uygulanması da yine tartışılan bir konudur. Bazı yayınlar fundoplikasyon işlemini yapılan hastalarda disfaji oranının arttığını saptamış ve rutin fundoplikasyon önermemişken, fundoplikasyon uygulanan hastalarda disfaji oranında artış saptamayıp reflü semptomlarında azalma bildiren ve rutin fundoplikasyon öneren yayınlar da mevcuttur.

Diyafagma cerrahisinde gelişebilecek olan komplikasyonlara değinecek olursak; diğer cerrahiler için de geçerli olan kanama, komşu organ yaralanmaları, cerrahi alan enfeksiyonları, ateletazi, pulmoner emboli gibi genel komplikasyonların yanında, frenik sinir yaralanması, plevra yaralanmasına bağlı olarak pnömotoraks ve herninin nüks etmesi daha spesifik komplikasyonlar olarak sayılabilir.

SONUÇ

Diyafagma hernilerinin cerrahi prosedürleri hala tartışmalı konulardır. Hangi yaklaşımı ve hangi tekniği kullanacağı cerrahın kararı olmakla birlikte genel kabul gören teknikler; primer onarım, primer onarım + meş konulması, direk meş konularak onarım şeklinde özetlenebilir. Transtorasik ve transabdominal yaklaşım laparotomi ve torakotomi ile genellikle yapılmış olsa da son yıllarda ilerleyen teknoloji ve gelişen cerrahi tekniklere bağlı olarak laparoskopik cerrahi bu yaklaşımların yerini almaya başlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Özkan S. Diyafram evantrasyonu ve cerrahi tedavisi. In Yücel O, Genç O, ed. Torasik Konjenital Anomaliler ve Cerrahisi. Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık; 2011:88-98
2. Shields TW. Embryology and anatomy of the diaphragm. In Shields TW, LoCicero J, Reed CE, Feins RH, ed. General Thoracic Surgery, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:690-2
3. Bragg WD, Bumpers H, Flynn W, Hsu HK, Hoover EL. Morgagni hernias: A common cause of chest masses in adults. Am Fam Physician 1996;54(6):2021-4
4. Ewen A Griffiths, Andrew Ellis, Ahmed Mohamed, Eddie Tam, Chris S Ball. Surgical treatment of a Morgagni hernia causing intermittent gastric outlet obstruction. BMJ Case Rep. 2010 Nov 5; 2010: bcr0120102608
5. Üstün M, Yoldaş T, Akgün E. Morgagni hernisine bağlı mekanik barsak obstrüksiyonu. Ege Journal of Medicine. 2014;53(3):167-169
6. Kavac SM, Segan RD, George IM, Turner PL, Roth JS, Park A (2006) Classification of hiatal hernias using dynamic three-dimensional reconstruction. Surg Innov 13:49-52
7. Boulanger BR, Milzman DP, Rosati C, et al. A comparison of right and left blunt traumatic diaphragmatic rupture. J Trauma 1993;35(1): 255-60
8. Swain JM, Klaus A, Achen SR. Congenital diaphragmatic hernia in adults. Semin Laparosc Surg. 2001; 8: 246-55