

Erişkinde Diyafragmatik Morgagni Hernisinin Laparoskopik Onarımı, Olgu Sunumu

Laparoscopic Repair of Diaphragmatic Morgagni Hernia in An Adult: A Case Report
Genel Cerrahi

Başvuru: 03.12.2014
Kabul: 27.01.2015
Yayın: 20.02.2015

Volkan Öter¹, Tahsin Dalgıç¹, Erol Aksoy¹, Murat Ulaş¹, Erdal Birol Bostancı¹

¹ Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Morgagni hernisi nadir görülen bir diyafragmatik herni tipi olup, retrosternal alandaki konjenital bir defekt sonucu oluşmaktadır. Çoğunlukla diyafragmanın sağ tarafında olup kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. Karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvuran ve Morgagni hernisi saptanan 60 yaşında kadın hastaya laparoskopik olarak herni onarımı uyguladık. Hasta 1 yıldır sorunsuz olarak izlenmektedir.

Anahtar kelimeler: Morgagni hernisi, Laparoskopik onarım Cerrahi

Abstract

Morgagni hernia is a rare congenital herniation of abdominal organs into the thorax through an retrosternal diaphragmatic defect. It is seen usually on the right side and in female patients. Here, we present a case of Morgagni hernia in a 60 year-old woman admitted with abdominal pain and vomiting. Trans abdominal laparoscopic hernia repair approach was used in the patient. The patient is followed up for one years without any problems.

Keywords: Morgagni hernias, Laparoscopic repair Surgery

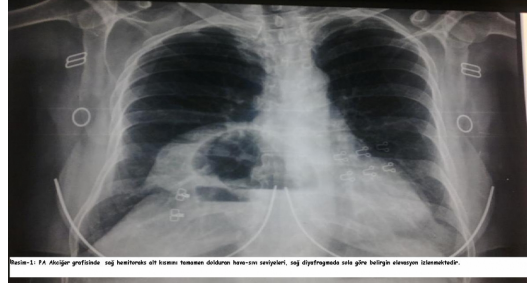
Giriş

Morgagni hernisi nadir görülen bir diyafragmatik herni tipi olup, retrosternal alandaki konjenital bir defekt sonucu oluşmaktadır^{1,2}. Embriyonik gelişim esnasında barsakların yolk sac kesesinden karın içine göçü ve diyafragmanın oluşumu gebeliğin 3 ile 12'nci haftaları arasında tamamlanır. Bu dönemdeki gecikme veya değişiklik, hemidiyafragma evanterasyonu veya konjenital diyafragma hernilerine neden olur. Morgagni hernisi (MH) olarak bilinen konjenital diyafragma hernisi, diyafragmada anteriomedial lokalizasyondaki bir defekt sonucu meydana gelmektedir³. MH, konjenital diyafragmatik hernilerin sık görülen tipidir ve %4-6 oranında görülür. Anterior, anteromedial, retrosternal veya parasternal herni olarak da adlandırılır. Defekt, diyafragmanın sternal ve kostal bölümlerinde birleşim anomalisi sonucu, kostal sınır ile ksifosternumun kasları arasındaki anterior triangular defektten kaynaklanmaktadır. Çoğunlukla sağ yerleşimli olan bu defekte kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. MH'nin klinik bulguları farklılıklar göstermektedir. Hastaların çoğu teşhis edildiğinde asemptomatiktir³. Bazı hastalarda ise sık solunum yolu enfeksiyonu, dispepsi, disfaji, retrosternal dolgunluk/ağrı ve akut üst gastrointestinal tıkanıklıkla kendini gösterebilir^{4,5}. Bu yazıda, bulantı, kusma ve epigastrik bölgede dolgunluk hissi nedeni ile yapılan tetkiklerinde MH saptanıp laparoskopik olarak herni onarımı yapılan hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Epigastriumda şişkinlik, ağrı, bulantı ve kusma şikayetleriyle yapılan tetkiklerinde MH saptanan 60 yaşında kadın hasta, ameliyat edilmek üzere kliniğimize sevk edildi. Hikayesinde 10 gündür epigastriumda ağrı, bulantı ve günde 4-5 defa aralıklı safralı kusma ile konstipasyon ve karında şişkinlik şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenesinde tansiyon arteriel 120/80 mm-Hg, solunum sayısı 16/dk, nabız 80/dk., ateş 36⁰ C idi. Kardiyovasküler sistem muayenesi normal idi, ancak solunum sistemi muayenesinde oskültasyonunda sağ

hemitoraksta solunum sesleri derinden geliyordu. Karında hafif distansiyon, epigastriumda ve sol üst kadranda hassasiyet saptandı, defans ve rebound yoktu. Barsak sesleri normoaktif idi. Lökosit sayısı 5200/mm³, hemogloblin 13,9 g/dL; hematokrit %39,1 saptandı diğer rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi. Radyolojik tetkiklerinde; posteroanterior (PA) akciğer grafisinde: Sağ hemitoraks alt kısmını tamamen dolduran hava-sıvı seviyeleri, sağ diyafragmada sola göre belirgin elevasyon izlenmekteydi. Mediasten ve kalp sola itilmişti (Şekil 1).



Şekil 1 : PA Akciğer grafisinde sağ hemitoraks alt kısmını tamamen dolduran hava-sıvı seviyeleri, sağ diyafragmada sola göre belirgin elevasyon izlenmektedir.

Torako-abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde, sağ hemidiyafragma anterior kesiminde açıklığı en geniş yerinde 3,5 cm olarak ölçülen diyafragmatik defekten mide korpus ve antrum kesiminin anterior mediastene yükseldiği ve torakal kesitlerde kalp ve büyük damarlar herni kesesi basısına bağlı posteriora ve orta hattın soluna doğru yer değiştirdiği, herni nedeni ile mide antrum bölgesinde obstrüksiyon ve korpusta belirgin distandü olduğu gözlemlendi. Hastaya radyolojik olarak Morgagni hernisi tanısı konuldu ve elektif olarak ameliyat edildi. Üç adet 5 mm ve 1 adet 10 mm olmak üzere toplam 4 port kullanılarak ameliyat gerçekleştirildi. Karın içi eksplorasyonunda, sağ diyafragmada foramen Morgagni lokalizasyonundaki açıklıktan, midenin korpus, antrum ve pilora kadar olan kısmı ile büyük omentumun toraks içine herniye olduğu gözlemlendi (Şekil 2).



Şekil 2 : Morgagni herni; laparoskopik görünümü

Herniye olmuş organlar serbestleştirildiğinde mide duvarının ve omentumun salim olduğu görüldü. Yapıların tamamı karın içine redükte edildi, herni kesesi eksize edilmedi (Şekil 3).



Şekil 3 : Morgagni herni; fitik kesesinin laparoskopik görünümü

Diyafragma 1 numara separe prolen sütürlerle tamir edildi. Üzerine 6x6 cm'lik prolen mesh greft serilerek 2/0 vicryl ve mesh sabitleyici ile tek tek suture edildi (Şekil 4).



Şekil 4 : Morgagni herni; mesh ile onarım sonrası görünümü

Hastamıza, ameliyat sonrası 2'nci günde oral gıda başlanmış ve ameliyat sonrası 5'inci günde de hastamız şifa ile taburcu edilmiştir. Hasta 1 yıldır sorunsuz olarak izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Foramen Morgagni (Larrey alanı), sternumun her iki yanında bulunabilen potansiyel bir deliktir. Üçgen şeklinde olan bu boşluk, diyafragmanın santral tendonuna tutunan kostal kenar ve ksifosternumdan başlayan kas lifleri arasında yer almaktadır. En sık omentum herniye olur, ardından kolon, daha az oranda ise ince bağırsak, mide ve diğer karın içi organlar herniye olmaktadır⁶. Yetişkinlerde MH nadir görülen ve komplike olmadığı sürece asemptomatik seyreden bir diyafragma hernisidir^{5,6}. Erişkinlerdeki non-travmatik diyafragma hernilerinin %2-4'ünü oluşturur. Morgagni hernisi %90'ı sağ, %8'i sol ve %2'si de bilateral olarak gözlenir^{3,5}. Genellikle hastalara ya rutin radyolojik inceleme sırasında ya da herni kesesi içindeki organların strangulasyonu veya volvulusu nedeniyle acil servise başvurdıklarında tanı konmaktadır. Yetişkinlerdeki MH'leri obezlerde ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Asemptomatik olanlarda egzersiz ile semptomlar oluşabilmektedir. Genellikle asemptomatik olan erişkin MH'lerinde subkostal bölgede künt bir ağrı ve eğer herniye olan organ strangülasyona uğramışsa obstrüksiyon bulguları mevcut olabilir³. Karın içi organların yer değiştirmesi nedeniyle semptomlar akut karından, akut solunum sıkıntısına kadar geniş bir yelpazeye yayılmakta ve farklı sistemlere ilişkin olabilmektedir. Genelde karına ilişkin semptomlar ön planda iken sadece solunum sıkıntısı ile başvuran olgular da bildirilmiştir⁷. Bizim olgumuz da benzer şekilde parsiyel gastrointestinal obstrüksiyon, bulantı- kusma şikayeti ile başvurmuştur. Tanı için genellikle PA akciğer ve direkt karın grafisi, torako-abdominal BT ya da kontrastlı

grafiler kullanılmaktadır ^{3,8}. MH'nin tanısında kullanılan ilk yöntem PA akciğer grafisidir. Direkt grafide genellikle toraks içinde mide ve bağırsaklara ait hava-sıvı seviyelerinin görülmesi karakteristiktir. Bizim olgumuzda da PA akciğer grafisi ile Morgagni hernisinden şüphelenilmiştir. Konvansiyonel tanı metodlarından olan tanısal amaçlı laparoskopi, herniye olan periton kesesini görüntülemeye kullanılabilir ³. MH, çoğunluk ile bir herni kesesine sahip olup, içinde genellikle omentum, kolon, ince bağırsak segmentleri veya mide bulunur ^{1,3}. Bizim olgumuzda da midenin korpus ve antrum kısmı ile büyük omentum herni kesesi içinde toraks da bulunmaktaydı. Tanı konulduktan sonra acil klinik tablo oluşmasını beklemeden elektif ameliyat yapılmalıdır. Diyafragma hernilerinin cerrahi tamiri hem de torakal hem de abdominal yaklaşımla yapılabilir ve bu yaklaşımı belirleyen cerrahın tercihidir ⁸. Tedavide laparotomiye tercih eden ya da torakotomiye tercih eden yayınların yanı sıra laparoskopik cerrahiye öneren yayınlar da mevcuttur ^{5,9}. Herni kesesinin çıkarılmasının gerekliliği halen tartışmalıdır. Çoğu yazar frenik sinir yaralanmasından kaçınmak için herni kesesinin çıkarılmasının gerekmediğini belirtmişlerdir ^{10,11}. Biz de hastamızda herni kesesini eksize etmedik. Genellikle ameliyat öncesi tanısı olan hastalarda trans-abdominal yaklaşım tercih edilmektedir ¹². Bizim vakamızda da ameliyat öncesi tanı mevcut olduğundan laparoskopik abdominal tamir girişim uygulandı. Son yıllarda endoskopik cerrahi yöntemleri de sıkça uygulanmaktadır. Özellikle laparoskopik girişimler ile herni redükte edilmekte ve diyaframadaki defekt onarılmaktadır ¹². Son 10 yılda laparoskopik cerrahideki gelişmeler sonucunda, MH'nin laparoskopik yöntemlerle de tedavi edildiğini bildiren yayınlar bulunmaktadır ¹³. Laparoskopik tedavi ile port çeşitliliği artırılarak herni için yama kullanılması da söz konusu olmaktadır ^{12,13}. Laparoskopik olarak gelişmiş bazı sütür materyalleri kullanmak sureti ile ameliyat süresi ortalama 90 dakikaya kadar indirilmiştir. Cerrahi sürenin büyük kısmını karın içi organların tekrar karın içine iade edilmesi ve herni kesesinin diseksiyonu almaktadır. Laparoskopik olarak tedavi edilen hastalarda ameliyat sonrası ağrı açık cerrahi tedavi uygulananlara daha düşük bulunmuştur. Aynı zamanda kesi yeri ile ilgili komplikasyonların oldukça azaldığı gözlenmiştir ¹⁴.

Sonuç olarak, özellikle solunum ile ilgili yakınmaların da eşlik ettiği akut karın yakınmaları ile başvuran hastalarda nadir görülen bu patoloji hatırlanmalıdır. Rastlantısal olarak saptanan Morgagni hernisi olgularının komplike hale gelmeden önce laparoskopik olarak ameliyat edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: A review of 298 cases. *Surg Endosc.* 2008; 22: 1413-20.
2. Minneci PC, Deans KJ, Kim P. Foramen of Morgagni hernia: changes in diagnosis and treatment. *Ann Thorac Surg.* 2004; 77: 1956-9.
3. Bragg WD, Bumpers H, Flynn W. Morgagni hernias: An common cause of chest masses in adults. *Am Fam Physician.* 1996; 54: 2021-4.
4. Al-Salem AH. Congenital hernia of Morgagni in infants and children. *J Pediatr Surg.* 2007; 42: 1539-43
5. Swain JM, Klaus A, Achen SR. Congenital diaphragmatic hernia in adults. *Semin Laparosc Surg.* 2001; 8: 246-55.
6. Fell SC. Surgical anatomy of the diaphragm and the phrenic nerve. *Chest Surg Clin N Am.* 1998; 8: 281-94.
7. Singh S, Bhende MS, Kinnane JM. Delayed presentations of congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Emerg Care.* 2001; 17: 269-71.
8. Kilic D, Nadir A, Doner E. Transthoracic approach in surgical management of Morgagni hernia. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001; 20: 1016-9.
9. Griffiths A. E, et al. Surgical treatment of a Morgagni hernia causing intermittent gastric outlet obstruction. *BMJ Case Reports.* 2010; doi: 10.1136/bcr.01.2010.2608.
10. Orita M, Okino M, Yamakashita K. Laparoscopic repair of a diaphragmatic hernia through the foramen of morgagni. *Surg Endoscopic.* 1997; 11: 668-70.

11. Azzie G, Maoate K, Beasley S. A simple technique of laparoscopic full-thickness anterior abdominal wall repair of retrosternal (Morgagni) hernias. J Pediatr Surg. 2003; 38: 768-70.
12. Çiftci İ, Gündüz M, Çocukta diyafragmatik Morgagni hernisinin laparoskopik onarımı. Genel Tıp Derg. 2012; 22: 112-4.
13. Stone L M, Julien A M A. Novel laparoscopic hernia of Morgagni repair technique. J Thorac Cardiovasc Surg. March 2012; 143: 744-5.
14. Durak E, Gur S, Cokmez A, Atahan K, Zahtz E, Tarcan E. Laparoscopic repair of Morgagni hernia. Hernia. 2007; 11: 265-70.

Sunum Bilgisi

11. Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi Video Bildirisi: (2-6 Ekim 2013) VS-25:Laparoskopik Morgagni Hernisi Onarımı; Video Sunumu