

KLİNİĞİMİZDE GÖRÜLEN DİAFRAGMA RÜPTÜRLERİ VE İLGİNÇ KOMPLİKASYONLAR

Dr. Nihat BENGİSU*
Dr. Erdoğan SÖZÜER**
Dr. Hüdaî GENÇ**
Dr. Levent KARAGÖZ**
Dr. Zeki YILMAZ**
Dr. Yavuz TOYGANÖZÜ**

Ö Z E T :

Kliniğimizde tedavi görmüş diafragma rüptürlü hastalar travmanın cinsi, yeri, herniasyon ve komplikasyon gösteren organlar ve mortalite yönünden incelendi. Diafragma rüptürlü toplam 40 hasta mevcut olup 18'i künt tipte, 22'si de penetran tiptedir. Penetran rüptürlerin % 54.54'ü sağda yer alırken künt natürlü rüptürlerin % 72.22'si sol diafragmada yer almıştır. % 61.11 hastada göğüs içine herniasyon görülmüş olup bunlardan mide herniasyonu ön sırada yer almıştır. 2 vakada mideye travmatik göğüs tüpü konmuş, 1 vakada ise perikardial kolon herniasyonu teşhis edilmiştir.

S U M M A R Y :

Patients with diaphragmatic rupture of our clinic, were reviewed according to their natures, herniated organs and interesting complications and mortality. The nature of rupture in 40 patients was blunt in 18, and penetrating type in 22. The 54.54 % of blunt ruptures were located on the left diaphragm. Out of 18 blunt diaphragmatic ruptures, 61.11 % of intrathoracic hernitation was seen, in which the stomach was the proceeding organ, in two with perforation by thoracal drain, and in one it was the colon to herniate into pericardium.

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

GİRİŞ :

Sanayileşme ile birlikte kazalar arttıkça çeşitli organ injürileri ve diafragma rüptürleri de karşımıza daha sık çıkmaktadır. Diafragma rüptürlerinin klinik ve radiografik belirtileri bilhassa erken devrede siliktir. Bu nedenle gözden kaçmakta, tanı genellikle acil laparotomiler sırasında konmaktadır. İzole diafragma rüptürlerinde defekt büyük ise solunum sıkıntısı veya intestinal obstrüksiyon belirtileri hemen erken dönemde görülebilir (7, 8, 10). Ancak sıklıkla herniasyon ve buna bağlı belirtiler günler, hatta aylar sonra ortaya çıkar (1). Bu durumda erken veya geç dönemde spontan veya iatrojenik ilginç komplikasyonlar gelişebilmektedir. Son 9 yıldır kliniğimizde tedavi ettiğimiz diafragma rüptürlerini gözden geçirmek ve rastladığımız ilginç komplikasyonları tanıtmak üzere retrospektif bir çalışma yapıldı.

MATERYAL VE METOD :

1976 - 1985 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen diafragma rüptürlü 40 hasta gözden geçirildi. Hastalar KÜNT travmalı ve PENETRAN travmalı hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Her iki grupta mortalite, morbidite, travma ve ölüm sebepleri, hernie olan organlar, komplikasyonlardan özellikle ilginç olanlar, ve uygulanan tedavi yöntemleri tartışıldı.

BULGULAR :

Diafragma rüptürü tespit edilen 40 hastanın 35'i erkek, 5'i kadının olup en küçüğü 7 aylık, en büyüğü ise 55 yaşındadır. Vakaların 22'si penetran, 18'i künt travma ile ilgilidir.

Künt travma sebeplerinin başında trafik kazaları gelmektedir ve bu grupta 16 hasta yer almıştır (% 88.8) Geri kalanların 1'inde sebep spor, diğerinde ise göçük altında kalmadır. Penetran travmalarda ise sebepler şunlardır : Ateşli silah ile meydana gelen rüptürler başta olup bu grupta yer alan hasta sayısı 15 yani % 68.2'dir. 6 vakada sebep bıçak ve 1 vakada ise patlayan dinamitin sıçratıldığı taşlardır.

Biri hariç hepsinin gelişi acildir. Ancak geliş sebebi sadece 2 hastada diafragma rüptürü ve ondan kaynaklanan mide herniasyonudur.

Künt travmalı 18 hastadan sadece 5'inde (% 27.7) tanı preoperatif, geri kalan 13'ünde ise peroperatuar devrede konmuştur. Bir hastada 8 ay sonra, dispne şikayeti ile gelmesi üzerine, radiolojik olarak, 1 hastada 3 gün ve 1 hastada 2 gün sonra gelişen şikayetler üzerine ve iki hastada ise aynı gün politravma yönünden rutin değerlendirme sırasında tanı konmuştur. Preoperatif devrede tanı konan 5 hastadan 3'ünde tanı aracı, hemotoraks veya pnömotoraks ön tanısı ile takılan bazal göğüs tüpleridir. Göğüs tüpleri çevre il veya ilçe hastanelerinde konulmuş ve tüplerinden mide muhtevası gelmesi üzerine hastanemize gönderilmişlerdir. Acilen ve diafragmatik mide herniasyonu ön tanısı ile ameliyata alınan birinci hastada trafik kazası sonucu diafragmanın sol arka lateralde genişçe yırtıldığı ve midenin buradan toraksa hernie olduğu, göğüs tüpünün hernie olmuş midenin büyük kurvaturundan lümeneye itildiği ve giriş yerinin etrafında 7 - 8 cm²'lik bir nekroz meydana geldiği, midenin dilate ve duvarının yaygın olarak ödemli olduğu tespit edildi. Parsiel mide rezeksiyonu yani nekrotik doku debridmanı, primer mide ve diafragma onarımı yapılan ve postoperatif kliniği olaysız geçen hasta 14. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

Göğüs tüpünden şüpheli mide muhtevası gelen ikinci hastanın beden eğitimi dersinde kasadan atlarken epigastriumda şiddetli ağrı hissettiği, doktorların 2 gün süre ile tanı koyamadığı, 3. gün dispne gelişmesi üzerine tekrar çekilen göğüs grafisinde pnömotoraks düşünülmesi üzerine göğüs tüpü konduğu, fakat şikayetlerinin daha da artması üzerine hastanemize gönderildiği öğrenilmiştir. Göğüs tüpünden mide dilatasyonu mayii gelen hastanın laparotomisinde sol difragmanın özofagusun 3 cm solundan rüptüre olduğu, midenin 3/5'inin toraksa hernie olduğu, hernie kısmına büyük kurvatur tarafından göğüs tüpü sokulduğu ve tamamının nekroze olduğu görülmüştür. Geniş nekroz sahası eksize edilerek primer onarım ve trunkal vagotomi + piloroplasti yapılmış ve diafragma suture edilmiştir. Özofagus alt ucu ön yüzü de eksize edildiği için 7 gün muhafaza edilmek üzere kalın Levin tüpü konulmuş ve hasta 30. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

Preoperatif tanı konabilen bir başka hastada ise kliniğimizde penetran göğüs travması sonucu bazal göğüs tüpü takılmış ve yine tüpte mide muhtevası tespit edilmiştir. Yapılan laparotomide karın içinin temiz olduğu, mide fundusunda 1 cm genişlikte,

bıçak yarası olduğu, mide muhtevasının saatler sonra diafragma-
daki bıçak yarısından direkt toraksa geçtiği anlaşılmıştır. Bu
 hasta ile birlikte penetran diafragma rüptürlü hastaların % 81.8'-
inde preoperatif dönemde kuvvetle muhtemel diafragma rüptürü
 düşünölmüştür.

Laparotomiler sonucu künt diafragma rüptürlerinin % 72.22'-
sinin solda, % 27.78'inin sağda olduğu görölmüştür. Penetran rü-
ptürlerin ise % 45.45'inin solda, % 54.54'ünün sağda olduğu anla-
şılmıştır. Bu grupta herniasyona rastlanmamıştır.

Künt diafragma rüptürlerinin 11'inde (% 61.11) göğüs içine
 herniasyon ve hernie olan organların da % 31.18'inde strangulas-
yon veya rüptür tespit edilmiştir. Hernie ve komplike olan organ-
lar Tablo 1'de görölmektedir.

TABLO 1 : KÜNT DIAFRAGMA RÜPTÜRLERİNDE HERNİE VE
KOMPLİKE OLAN ORGANLAR

Organ	n	%	Strangulasyon veya rüptür
Mide	8	36.36	2
Kolon	5	22.72	—
Dalak	2	9.09	2
Omentum majus	2	9.09	1
Böbrek	2	9.09	2
Jejunum	2	9.09	—
Karaciğer	1	4.45	—
Toplam	22	100.00	7 (%31.81)

Diafragma rüptürlerinin 20'sinde karaciğer, 12'sinde dalak,
 10 unda mide injürisi olaya iştirak etmiştir. İnjöriye eşlik eden
 ilginç bir organ da perikardtır. Künt göğüs travmalı bir hastada
 diafragma ile birlikte perikard da yırtılmış ve kolon perikard ara-
lığına hernie olarak kalb tamponadı meydana getirmiştir (Şekil
 1 A, B).

Rüptüre diafragmaların tümü aralıklı 0 no ipek sütürler ile
 onarılmıştır. Birinde yetersiz diafragmatik hemostaz nedeni ile re-
 laparotomi gerekmiş, dinamit ile yaralanan hastada ise karın in-
 sizyonu ile birlikte diafragma sütürleri de açılmıştır. Bunların dı-
 şında diafragmaya yönelik ikinci bir girişim gerekmemiş ve spes-
ifik bir komplikasyon görölmemiştir.

TARTIŞMA :

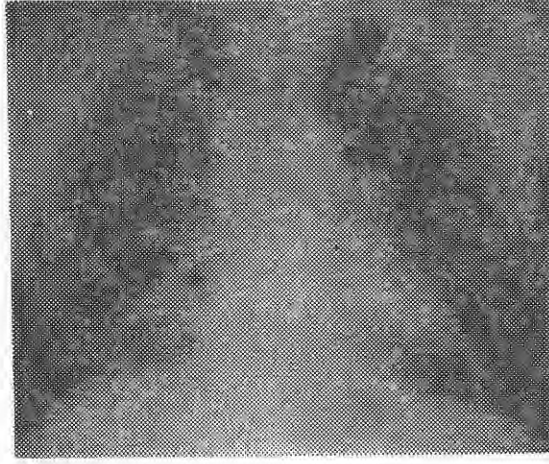
Serimizde de görüldüğü üzere ciddi diafragma injürileri genellikle künt travmalarda olmaktadır. Oldukça sağlam bir tendinomuskuller yapısı olan diafragmanın rüptüre olması için yüksek kuvvet tatbiki gerekir (3, 4, 5). Yırtıkların genellikle solda yer almış olması künt travmalara karşı sağ tarafın karaciğer tarafından oldukça iyi korunmuş olmasına bağlıdır (8, 10). Bir başka önemli sebep de embriolojik gelişim sırasında sol diafragmanın arka lateral kanadının zayıf kalmasıdır (9). Penetran diafragma rüptürleri için böyle bir seçicilik söz konusu değildir.

İzole, künt diafragma rüptürlerinde toraksa herniasyon ve buna bağlı komplikasyon olmadıkça erken tanı koyamamış olmamız tabiidir. Çünkü karın içi organların plevral kaviteye geçmesi genellikle saatler, günler hatta aylar almaktadır (7, 8). Kanaatimizce her inspiyumda yenilenen göğüs içi negatif basınç etkisi ile viscerler ancak saatlar, hatta günler sonra hernie olmakta ve belirtiler ancak yeterince organ kitesi toraksa geçtikten sonra, ya akciğere bası, ya da intestinal obstrüksiyon sonucu ortaya çıkmaktadır. Ciddi herniasyon olsa bile rutin çekilen akciğer grafilinde dikkați çekmeyebilir veya hemopnömotoraks ile karıştırılabilir. Akla gelmedikçe ve özel teknikler uygulanmadıkça tanı zordur (1, 2, 6, 8, 10). Bir hastamızda mide, dalak ve böbrek; birlikte sol diafragma rüptüründen toraksa hernie olduğu halde hemopnömotoraks düşünülmüş, fakat torasentezden negatif sonuç elde edilince 2 saat sonra tekrar edilen akciğer grafisi ve baryumlu torakoabdominal grafiden sonra kesin tanı konabilmiştir (Şekil 2A, B, C).

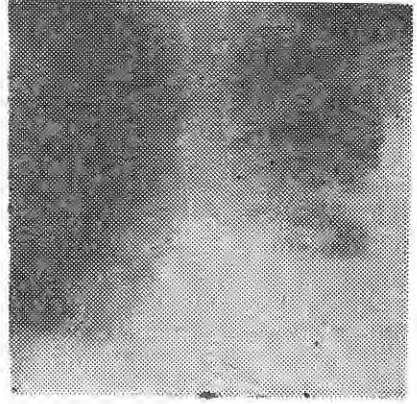
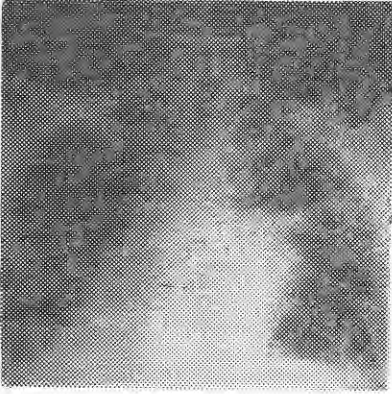
Intratorasik mide, hemopnömotoraks ile karıştırıldığı (1) gibi iatrojenik komplikasyonlara da yol açabilir. 2 hastamızda olduğu gibi mideye pnömotoraks ön tanısı ile göğüs tüpü sokulması mümkündür.

Serimizde penetran diafragma rüptürleri hemen daima laparoti sırasında teşhis edilmiş olup tedavide güçlük arz etmemişlerdir. Mide fundusuna yönelik bıçak yaralanması olan bir hastamızda hemotoraks tedavisi için toraksa konulan göğüs tüpünün mide sıvısı gelmesi üzerine hem diafragmada hem de midede rüptür olduğunun preoperatif dönemde teşhis edilmesi ilginç olmuştur.

Diafragma rüptürlerinin her çeşidinde cerrahi tedavi yüz güldürücüdür, zorluk teşhistedir (6).



Şekil 1 : A, perikardial aralığa hernie olmuş kolon. B, perikard ve diafragma-
daki rüptür onarıldıktan sonra perikardta kalmış minimal hava.



Şekil 2 : A, sol diafragma rüptüründe pnömotoraksı taklit eden mide herniasyonu. B, aynı hastada 2 saat sonra hemopnömotoraksı taklit eden görünüm. C, bariyum içirildikten sonra teşhisin kesinleşmesi.

KAYNAKLAR

- (1) Adamthwaite, D.N.: Penetrating injuries of the diaphragm. Injury : The British Journal of Accident Surgery 14 (2) : 151, 1982.
- (2) Blades, B. : Ruptured diaphragm. Am. J. Surg, 105 : 501, 1963.
- (3) Carter, B.N., Giusetti, J., Felson, B. : Traumatic diaphragmatic hernia. Am. J. Roentgenol. 65 : 56, 1951.
- (4) Chamberlain, J.M. : Diaphragmatic hernia produced by indirect violence. Surg. Clin. North Am. 33 : 1505, 1953.
- (5) Desforges, G., Strieder, J.W., Lynch, J.P., Madoff, I.M. : Traumatic rupture of the diaphragm. J. Thorac. Surg. 34 : 779, 1957.
- (6) Ebert, P.A. : Thoracic Trauma, In : Christopher, D. : Textbook of Surgery, W.B. Saunders Company, 11 th ed. Philadelphia, London, Toronto 1977, pp. 2063-2073.
- (7) Grimes, O.F. : Traumatic injuries of the diaphragm. Am. J. Surg. 128 : 175, 1974.
- (8) Grimes, O.F. : Esophagus and Diaphragm, In : Dunphy, J.E., Way, L.W. : Current Surgical Diagnosis and Treatment, Lange Medical Publications, 4 th ed. Beirut - Lebanon 1979, pp. 417-440.
- (9) Lucido, J.L., Allen, W. : Rupture of the diaphragm due to blunt trauma. Arch. Surg. 87 : 989, 1963.
- (10) Matilla, S., Jarvinen, A., Matilla, I. et al. : Traumatic diaphragmatic hernia, Acta. Chir. Scand. 143 : 313, 1977.