

Geç dönem saptanan travmatik diyafram yırtığı: İki olgu sunumu

Late-onset traumatic rupture of the diaphragm: two case reports

Muhyittin TEMİZ, Ahmet ASLAN, Güvenç DİNER, Elif CANBOLANT

Toraks ve karın bölgesinde, künt veya penetran travmalara bağlı olarak diyafram yırtığı meydana gelebilir. Belirgin işaretleri, fiziksel inceleme bulgusu ve radyografik görüntüsü bulunmayan olgularda diyafram yırtığında tanı kolaylıkla atlanabilir. Torako-abdominal bölge travması ile başvuran hastalarda diyafram yırtığı olabileceği akla getirilmelidir. Tanı konulamayan olgularda semptomlar geç dönem ortaya çıkabileceği gibi hiç bulgu vermeyebilir. Travmatik diyafram yırtığının tedavisi cerrahidir. Bu yazıda, travmadan yıllar sonra tanısı konan iki gecikmiş diyafram yırtığı olgusu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Akut karın; diyafram; diyafram yırtığı.

Ruptured diaphragm as a result of blunt thorax or abdominal trauma can present acutely or late in the disease. Symptoms may be nonspecific and diagnosis can easily be missed. Patients may present with dyspnea, chest pain or cough. Chest radiograph, CT scan, and MRI are the primary diagnostic tools. Clinicians must have a high index of suspicion for prompt diagnosis, especially in patients with a history of trauma to the abdomen or thorax. The only treatment in diaphragm rupture is surgery. We report two cases of traumatic diaphragm ruptures presenting years after the trauma.

Key Words: Acute abdomen; diaphragm; diaphragm rupture.

Diyafram anatomik olarak kas ve tendon liflerinden oluşan kubbe şeklinde bir oluşumdur. Diyafram toraks ile karın bölgesini birbirinden ayırır. Torako-abdominal künt travmalarda diyafram yırtığı karın veya toraks içi ani basınç değişikliklerinden etkilenerek meydana gelir. Künt travmalara bağlı diyafram yırtılmaları karaciğerin anatomik yerleşimine bağlı olarak sağ tarafta daha az görülür. Sol taraf yırtılmaları sağa göre 8-10 kat daha fazladır.^[1]

Hastalarda dispne, takipne, siyanoz, taşikardi veya diğer kardiyak bulgular, bağırsak seslerinin toraksta alınması, karın içi organların fıtıklaşması sonucu toraks içi organların (kalp, trakea vb.) yer değiştirmesi gibi çeşitli belirtiler olabilir. Bununla beraber travmanın derecesine göre şok bulguları ve diğer organ yaralanmalarına ait bulgular ön planda

olabilir. Penetran diyafram yırtıklarında diğer organ yaralanmaları künt travmalara göre daha fazladır. Otopsi çalışmalarında diyafram yırtıkları %5-15 arasında değişen bir oranda görülmektedir.^[2]

Tanı konulma zamanına göre diyafram yırtıkları üç gruba ayrılır. 1) Akut grup: Travma sonrası ilk iki haftada tanı konulan olgular; 2) Latent grup: Travma sonrası yırtığa bağlı gelişen fıtıklaşma sonucu organdaki strangülasyon gelişmeden tanı konulan olgular; 3) Obstrüktif grup: Travma sonrası fıtıklaşan organda strangülasyon gelişerek ortaya çıkan olgular.

Tanıda arka-ön akciğer grafisi basit ama önemli bir yer tutar. Tanının gecikmesi mortalite ve morbiditeyi artırır.^[2,3]

Bu yazıda, travma sonrası geç dönem bulgu veren, diyafram yırtıklı iki olgu sunuldu.

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Hatay.

6. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresi'nde poster bildirisi olarak
sunulmuştur (4-8 Eylül 2007, Antalya).

Department of General Surgery, Mustafa Kemal University Faculty of
Medicine, Hatay, Turkey.

Presented at the 6th National Trauma and Emergency Congress
(September 4-8, 2007, Antalya, Turkey).

İletişim (Correspondence): Dr. Muhyittin Temiz. Bağrıyanık Mahallesi 31800 Hatay, Turkey.
Tel: +090 - 326 - 214 06 49 e-posta (e-mail): mhytemiz@yahoo.com

OLGU SUNUMU

Olgu 1- Otuz altı yaşındaki kadın hasta, aniden başlayan şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde beş yıl önce traktörden düştüğünü belirten hastanın travma sonrası erken dönemde daha belirgin olmak üzere zaman zaman tekrarlayan solunum sıkıntısı ve göğüs ağrısı şikayeti vardı. Hasta travma sonrası herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığını bildirdi.

Yapılan fiziksel incelemede karın tüm kadranslarında hassasiyet, defans ve ribaund saptandı, sol hemitoraksın oskültasyonunda bağırsağa ait peristaltik sesler alındı. Radyografik incelemelerde arka-ön akciğer grafisinde sağa sapmış kalp konturu ve sol hemitoraksta hava-sıvı seviyesi veren intestinal segmentler görüldü (Şekil 1a). Laboratuvar bulgularında lökositoz ($19,400/mm^3$) saptandı. Karın ultrasonografi incelemesinde, karın içi serbest mayi ve dilate intestinal segmentler saptandı. Hastaya tüm değerlendirmeler sonrasında acil şartlarda laparotomi yapıldı. Laparotomide torsiyone ince bağırsak (ileum) mezenteri, sol diyafram yırtığına bağlı intestinal ansların toraksa herniasyonu ve herniye segmentlerde iskemi görüldü. Fıtıklaşan iskemik bağırsak ansları torakstan karın içine alındı (Şekil 1b). İskemik ileal segment (yaklaşık 90 cm) rezeke edildi ve anastomoz yapıldı. Diyaframda yaklaşık 6x8 cm'lik yırtılma belirlendi (Şekil 1c). Tüp torakostomi uygulandıktan sonra yırtık bir numara prolen ile primer tamir edildi. Sol hemitoraksa kapalı su altı drenajı uygulandı. Ameliyat sonrası takiplerinde yoğun bakımda iki gün, yataklı serviste 14 gün takip edilen hastanın 10. günde tüp torakostomi-kapalı su altı drenajı çekildi. Ameliyattan sonra sekizinci günde ateşi yükselen hastada akciğer enfeksiyonu yönünden yapılan tetkiklerinde kan kültüründe *Klebsiella* üredi. Etkeneye yönelik antibiyoterapi tekrar düzenlendi. Solunum fizyoterapisi uygulanan hasta 14. günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Olgu 2- Elli yaşında erkek hasta yaklaşık bir yıldır devam eden öksürük ve dispne şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Burada yapılan inceleme sonucu sol diyafram hernisi saptanan hasta genel cerrahi polikliniğine sevk edildi. Hastanın hikayesinde; 2000 yılında iki kez motosiklet kazası geçirdiği, travmadan 1,5-2 yıl sonra aktif şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Hastanın yapılan fiziksel incelemesinde genel durum iyi, toraks doğal görünümde, sol akciğer bazalinde solunum seslerinde azalma ile beraber bağırsak peristaltik sesleri duyulmaktaydı. Karın serbest, defans yok, rebound yok idi. Hastadan ileri tetkik amaçlı yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), üst karın BT ve çift kontrastlı kolon incelenmesi istendi. İncelemeler sonucu sol diyafram herniasyonu ve splenik fleksura düzeyinde kolonun toraksa doğru yer değiştirdiği gözlemlendi. Bu şartlarda hasta onayı da alınarak elektif ameliyat planlandı. Laparotomi yapılan hastada sol diyafram orta kesimde mevcut defektten toraksa doğru uzanmış omentum ve transvers kolon görüldü. Kolon ve omentumun intratorasik adezyonları defektten girilerek dikkatli diseksiyon ile toraks içinden ayrıştırılarak batına alındı. Sol hemitoraksa tüp torakostomi ve kapalı sualtı drenajı uygulandı. Diyaframa ait defekt prolen dikiş materyali ile primer olarak onarıldı. Ameliyat sonrası takiplerinde iki gün yoğun bakımda izlenen hasta sonra normal servise alındı. Beşinci günde tüp torakostomisi çekildi ve yedinci günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Diyafram yırtıkları torakoabdominal bölgeye yönelik künt ve/veya penetran travmalar sonucunda olmaktadır. Diyafram yırtılmalarının %75'i künt, %25'i ise penetran travmalar sonucu oluşmaktadır.^[4] Diyafram yaralanmaları ile birlikte diğer organ yaralanmalarının görülmesi sıktır ve bu durum mortalite-



Şekil 1. (a) Hastanın (olgu 1) ön-arka akciğer grafisi; (b) iskemik intestinal segmentler; (c) diyafram yırtığı.

nin artmasına neden olmaktadır. Künt yaralanmalara bağlı diyafram yırtıklarının sol tarafta daha fazla görülmesinin nedeni diyaframın sol medial posterolateral alanının embriyolojik gelişmede zayıf kalmış bölgesi olması ve karaciğerin sağ taraftaki diyafram alanını korumasındandır.^[1,5] Fiziksel inceleme ile penetran travmalara bağlı gelişen diyafram yırtılmalarında %40, künt travmalara bağlı gelişen diyafram yırtılmalarında olguların %50'sinde tanı konulmaktadır.^[6]

Torakoabdominal bölge travmalarında diyafram yırtığı tanısının akla getirilmesi mortalite ve morbiditeyi azaltan en önemli unsurdur. Diyafram yırtılmaları klinikte farklı zamanlarda bulgu verebilmektedir. Penetran travmalarda gecikmiş tanı oranı daha düşüktür. Künt travmalara bağlı diyafram yırtılmalarında ise tanı günler, aylar ve hatta yıllar sonra konabilmektedir. Diyafram yaralanmalarında gecikmiş tanı oranı yapılan bir çalışmada %14,6 olarak bulunmuştur.^[7] Travmadan hemen sonraki akut dönemde travma sonucu gelişen diğer organ patolojilerine bağlı oluşabilecek respiratuvar yetersizlik, hemorajik şok tablosu ile diyafram yırtığı tanısı atlanabilir. Akut dönemde saptanamayan diyafram yırtığına daha sonraki dönemlerde tanı koymak güçtür. Latent gruptaki hastalarda bulgular birkaç günden, birkaç haftaya kadar sürebilmektedir. Bu dönem asemptomatik olabildiği gibi, karın organlarının herniasyonuna bağlı olarak gelişen solunum ve gastrointestinal semptomlarına neden olabilir. Kronik obstrüktif grupta ise intestinal organlara ait obstrüksiyon, strangülasyon ve iskemi bulguları mevcuttur.^[2,4]

Diyaframdaki yırtılmaya bağlı gelişen defekten en sık mide, ince bağırsak ve kolon nadiren de karaciğer ve dalak herniye olabilir.^[5] Bizim olgularımızın birinde (olgu 1) travma sonrası beşinci yılda ortaya çıkan ve sol hemitoraksa herniye olan intestinal (ileum) segmentlerde gelişmiş iskemiye bağlı akut karın tablosu vardı.

Diyafram yaralanmalarında tanısal amaçlı arka-ön akciğer grafisi, kontrastlı tetkikler, BT, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi noninvaziv radyografik yöntemler kullanılabilir. Yetersiz tanı durumlarında peritoneal lavaj, laparoskopi, torakoskopi, gibi invaziv yöntemler tercih edilebilir. Bu incelemeler içerisinde arka-ön akciğer grafisi en basit, en ucuz ve değerli bir yöntemdir.^[8] Ancak buna rağmen diyafram yırtıklı olguların sadece %60'ında ilk çekilen arka-ön akciğer grafisinde patolojiye rastlan-

maktadır.^[9] Arka-ön akciğer grafisinde en değerli bulgu gastrointestinal sisteme ait organların toraksa herniasyonuna bağlı gelişen mide ve/veya intestinal gaz-sıvı gölgelerinin görülmesidir.^[9] Ayrıca radyografide diyaframın elevasyonu ve diyaframın silinmesi, hemo-pnömotoraks, atelettazi, mediastinal organların yer değiştirmesi görülebilir. Baryum kontrastlı grafiler tanıyı kesinleştirmede faydalıdır. BT ve MRG diyafram yaralanmasının daha ayrıntılı gösterilmesine olanak tanır.^[8] Travmatik diyafram yırtığının tedavisi cerrahidir. Cerrahi yaklaşım şekli travma tipine ve yerleşimine göre değişir.

Akut durumlarda diyagnostik laparoskopi tanı ve tedavi amaçlı kullanılabilir; ayrıca eşlik eden patolojilerin saptanmasını kolaylaştırır. Geç dönem travmatik diyafram yaralanmalarında toraks içi adezyonların daha rahat giderilmesi amacıyla transtorasik yaklaşım tercih edilmelidir.^[10]

Sonuç olarak, torako-abdominal bölge travmalı olgularda klinik ve radyografik bulgu olmasa dahi diyafram yırtığının olabileceğinin akla getirilmesi mortalite ve morbiditeyi azaltan en önemli unsurdur.

KAYNAKLAR

1. Symbas PN, Vlasis SE, Hatcher C Jr. Blunt and penetrating diaphragmatic injuries with or without herniation of organs into the chest. *Ann Thorac Surg* 1986;42:158-62.
2. Yuncu G, Aktoğlu S, Yoldaş T. Travmatik diyafragma hemisinin geçikmiş prezentasyonu. *Toraks Dergisi* 2000;1:76-8.
3. Demetriades D, Kakoyiannis S, Parekh D, Hatzitheofilou C. Penetrating injuries of the diaphragm. *Br J Surg* 1988;75:824-6.
4. Shah R, Sabanathan S, Mearns AJ, Choudhury AK. Traumatic rupture of diaphragm. *Ann Thorac Surg* 1995;60:1444-9.
5. Hood RM. Injuries involving the diaphragm. In: Hood RM, Boyd AD, Culliford AT, editors. *Injuries involving the diaphragm. Thoracic trauma*. W.B. Saunders Company; 1989. p. 267-89.
6. Miller L, Bennett EV Jr, Root HD, Trinkle JK, Grover FL. Management of penetrating and blunt diaphragmatic injury. *J Trauma* 1984;24:403-9.
7. Güloğlu R, Arıcı C, Kocataş E, Necefli A, Asoğlu O, Alış H ve ark. Diafragma yaralanmaları. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1996;10:168-71.
8. Dosios T, Papachristos IC, Chrysicopoulos H. Magnetic resonance imaging of blunt traumatic rupture of the right hemidiaphragm. *Eur J Cardiothorac Surg* 1993;7:553-4.
9. Brasel KJ, Borgstrom DC, Meyer P, Weigelt JA. Predictors of outcome in blunt diaphragm rupture. *J Trauma* 1996;41:484-7.
10. Wise L, Connors J, Hwang YH, Anderson C. Traumatic injuries to the diaphragm. *J Trauma* 1973;13:946-50.