

Morgagni Diyafram Hernisinde Laparoskopik Yaklaşım

Mustafa YÜKSEL, Hasan F. BATIREL, Tunç LAÇIN

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

77 yaşında bayan hasta kliniğimize kusma ve nefes darlığı nedeniyle yatırıldı. Eşlik eden hipertansiyon ve trombositozu mevcuttu. Yapılan toraks bilgisayarlı tomografisi ve kontrastlı üst gastrointestinal sistem grafisinde, midenin bir bölümü, kolon ve omentumun içerisinde bulunduğu retrosternal diyafram hernisi (Morgagni) tespit edildi. Herninin içerisindeki organlar laparoskopik olarak batin içerisine indirilerek diyaframdaki açıklık, herhangi bir yamaya ihtiyaç duyulmadan anterior batin duvarına dikildi. Hastanın postoperatif seyri problemsiz oldu. Laparoskopi, Morgagni diyafram hernisinin cerrahi tedavisinde kullanılabilir.

Anahtar sözcükler: Laparoskopi, Morgagni hernisi, diyafram

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2004; 2004; 11(4): 169-173

Summary

Laparoscopic approach in Morgagni diaphragmatic hernia

A 77-year-old female was admitted to our unit with vomiting and dyspnea. She also had essential thrombocytosis and hypertension. The chest CT and upper gastrointestinal contrast study showed a Morgagni diaphragmatic hernia with part of the stomach, colon and omentum in the right chest. The hernia contents were reduced laparoscopically. The lowered edge of the diaphragmatic defect was sutured to the anterior abdominal wall without any need for a patch reconstruction. Postoperative course was uneventful. Laparoscopy can be safely used as the initial procedure in the surgical management of a Morgagni hernia.

Key words: Laparoscopy, Morgagni hernia, diaphragm

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2004; 11(4): 169-173

Giriş

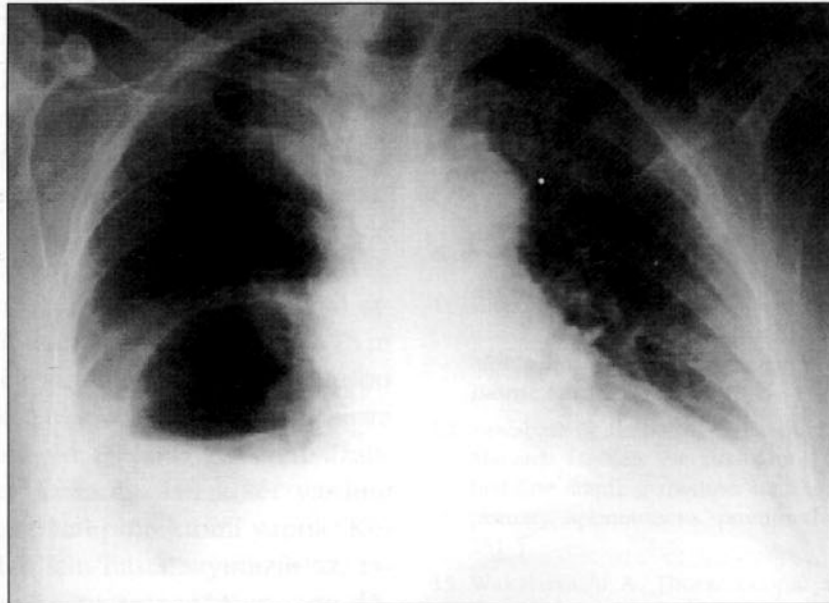
Morgagni hernisi, batin organlarının, retrosternal bölgedeki konjenital bir açıklıktan toraks içerisine fıtıklaşması olarak tariflenmiştir. Konjenital diyafram hernilerinin %1-6'sını oluşturmaktadır.¹ Sıklıkla sağ tarafta görülür. Kolon, omentum, mide ve ince barsaklar, bu boşluktan fıtıklaşabilirler. Organların strangülasyon riski nedeniyle bu boşluğun onarılması gerekmektedir. Cerrahların çoğu orta hat, paramedyan veya subkostal laparotomi ile onarımı tercih etmektedir, fakat torasik yaklaşımı benimseyen cerrahi ekiplerde vardır.^{1,2}

Olgu Sunumu

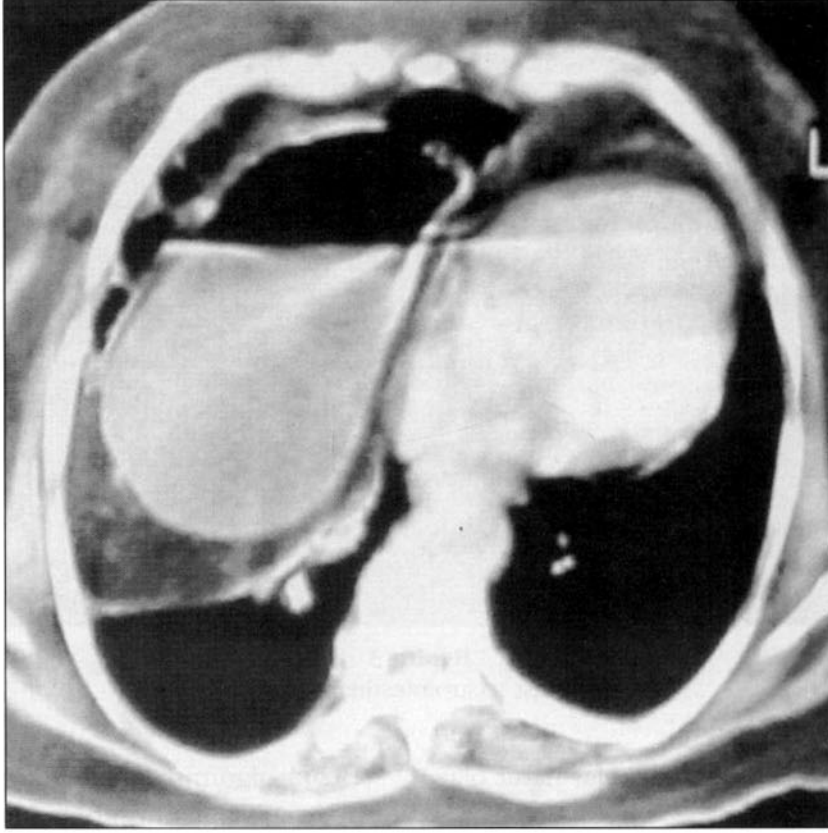
77 yaşında bir bayan hasta kliniğimize nefes darlığı ve kusma nedeniyle yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon (10 yıl) ve esansiyel trombositoz (trombosit sayımı 1 milyon/mm³) hikayesi vardı. Üç haftadır gastrointestinal obstrüksiyon belirtileri olan hasta, sağ hemitoraksta hidatik kist şüphesi nedeniyle başka bir hastanede yatırılmıştı Akciğer filminde, sağ tarafta içinde hava sıvı seviyesi görülen büyük bir kistik lezyon görüldü (Resim 1). Hasta kliniğimize başvurduğunda ciddi dehidratasyon ve eşlik eden hipopotasemi ve hipo-

natremi bulguları vardı. Ayrıca renal fonksiyonlarında bozulma mevcuttu. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ göğüs boşluğu içerisinde büyük bir kistik lezyon ve plevraya oturmuş çok sayıda kistik lezyonlar görüldü ve bunların mide ve kolona ait görünümüler olduğu düşünüldü (Resim 2). Yapılan kontrastlı üst gastrointestinal sistem grafisinde midenin büyük bölümünün sağ hemitoraksa herniye olduğu ve kontrast materyalinin pilor distaline geçmediği görüldü (Resim 3).

Hasta Morgagni hernisi ön tanısıyla ameliyata alındı ve yapılan rutin bronkoskopisinde trakeada sola deviasyon dışında bir bulguya rastlanmadı. Hastanın yaşı ve risk faktörleri nedeniyle öncelikle laparoskopik eksplorasyon yapılmasına karar verildi. 10 mm'lik kamera insizyonu ksifoid ile umbilikusa eşit mesafede orta hatta yapıldı. Veres iğnesiyle batin şişirildikten sonra, kamera ile görüntü sağlandığında diyaframın anterior ve sağ tarafında retrosternal Morgagni hernisi görüldü. Transvers kolon, midenin büyük bölümü ve omentumun herni kesesinin içerisinde olduğu görüldü. Transvers kolon, midenin büyük bölümü ve omentumun herni kesesinin içerisinde olduğu görüldü. Sol kostal sınırın orta klaviküler hat hizası-



Resim 1
Akciğer grafisi



Resim 2
Tomografi kesiti

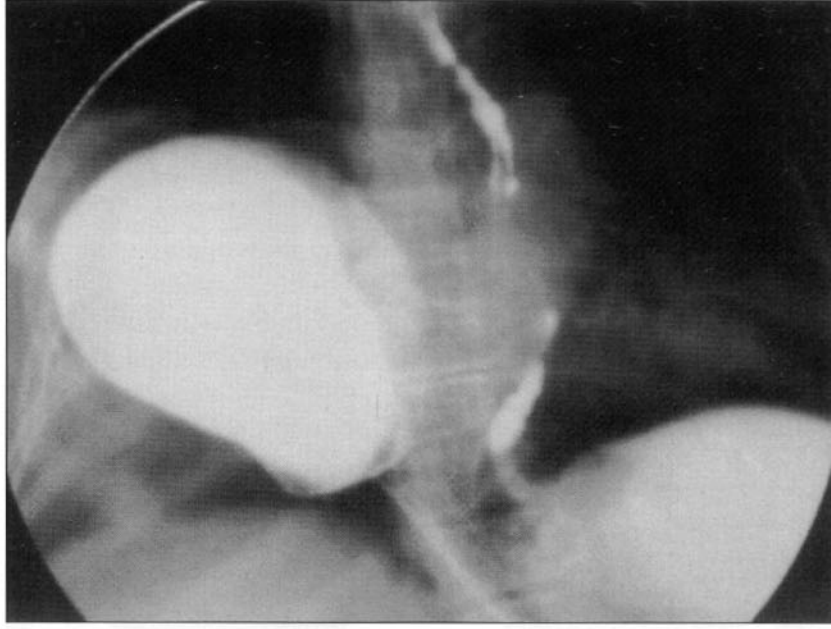
na ve bitimine iki adet daha 10 mm'lik laparoskopik port yerleştirildi. Önce kolon, daha sonra mide ve omentum sırasıyla batın içerisine çekildi ve normal konumlarına döndürüldü. Herni kesesinde herhangi bir yapışıklık görülmedi. Kamera ile herni kesesinin içerisine girildiğinde akciğerin rahat ekspanse olduğu ve eşlik eden başka bir patoloji olmadığı görüldü. Orta hatta subksifoid bir diğer port yerleştirildi. Endoskopik olarak defektin lateral kenarına 0 numara emilmeyen iplik kullanılarak bir dikiş konuldu. Fakat retrosternal bölgede dikiş konulacak yeterli ve güçlü doku olmadığından, subksifoid 1 cm'lik insizyon sağ laterale doğru 4 cm daha genişletilerek diyafram kası batın ön duvarına 0 numara emilemeyen dikişlerle tespit edildi. Bu dikişler konulurken laparoskopi ışığının yardımı kullanıldı ve diyafragmatik onarımın gergin olmadığı görüldü. Yeterli güçlülüğün sağlandığı düşünülerek suni yama ile onarıma gerek görül-

medi. Dren konulmadan insizyonlar kapatıldı ve hastaya nazogastrik tüp yerleştirildi.

Hastanın postoperatif yatışı problemsiz geçti ve nazogastrik tüp postoperatif 1. günde çekildi. Gastrointestinal motilite 2. günde geri döndü ve hasta oral almaya başladı. Postoperatif 4. günde taburcu olmaya hazır olan hasta, kendi isteğiyle hastanede kaldı ve 9. günde taburcu edildi. Hastanın 12. ay kontrolünde herhangi bir problem ve hernisinde tekrarlama görülmedi.

Tartışma

Morgagni hernisinin cerrahi tedavisi klasik olarak laparotomi veya nadiren de olsa torakotomi aracılığıyla yapılmaktadır.^{1,2} Torakotomi insizyonu, herni kesesinin perikardiyal yüzüne daha kolay ulaşımı sağlamakta ve yapışıklıkların mevcut olduğu durumlarda serbestleştirmeyi kolaylaştırmaktadır. Bununla beraber Morgagni hernilerinin gerçek



Resim 3

Kontrastlı üst gastrointestinal sistem grafisi

bir herni kesesi olduğundan, yapışıklılar nadir olarak görülür.

Endoskopik cerrahi yöntemlerin kullanılmaya başlanmasıyla birlikte, laparoskopi ve video yardımlı toraks cerrahisi (VATS) Morgagni hernilerinin tamirinde kullanılmaya başlanmıştır.³⁻⁵ Hem erişkin, hem de pediatrik yaş grubunda bildirilen olgular, laparoskopinin Morgagni hernisinin tamirinde torakotomi ve laparotomiye göre aynı derecede etkili ve daha az doku hasarına yol açan bir yöntem olduğunu göstermiştir.⁴⁻⁶

Morgagni hernisinin laparoskopik tamiri sırasında intratorasik yapışıklıkların ayrılması ve bizim olgumuzda olduğu gibi anterior abdominal duvardaki diyafram kenarının çok ince olduğu durumlarda onarımı endoskopik olarak güç olmaktadır. Ayrıca endoskopik yama yerleştirilmesi de teknik olarak zordur. Fakat, 30 veya 45 derecelik laparoskopik lenslerle, intratorasik ve intraabdominal olarak her bölge görüntülenebilmektedir. Bunun neticesi olarak endoskopik harmonik kesiciler veya klipler kullanılarak yapışıklıklar ayrılabilir. Anterior batın duvarı defektlerinde kullanılan yamayı zımbalama yöntemi de endoskopik yama tamirini kolaylaştırmaktadır.

Bizim olgumuzda endoskopik olarak herni redüksiyonu sağlanmış olmakla beraber, defektin tamamen laparoskopik tamiri gerçekleştirilememiştir. Bu amaçla subksifoid insizyon yatay olarak 4 cm'ye genişletilmiştir. Bu genişletme hastada ek bir morbiditeye yol açmamıştır. Eğer herni laparoskopik olarak batına redükte edilememiş olsaydı, daha uzun bir insizyona ihtiyaç duyulacaktı.

Bu hernilerin tipik özelliği tekrarlamalarıdır. Dolayısıyla yapılan onarımın güçlülüğünden emin olunması çok önemlidir. Endoskopik yöntemlerin, düşük morbidite, daha az ağrı ve çabuk iyileşme gibi etkileri olduğu bilinmekle beraber, onarımın gerginliğinin endoskopik olarak sağlıklı algılanması her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle şüphede kalınan olgularda minilaparotominin faydalı olacağını düşünüyoruz.

Morgagni hernileri bizim olgumuzda da olduğu üzere, teşhis konusunda klinisyenleri ikilemde bırakabilir. Özellikle sadece omentum veya kolonun herni kesesinde olduğu durumlarda teşhis zordur. Ülkemizde özellikle enfeksiyöz hastalıklar öncelikle düşünüldüğünden, olguların çoğunluğunda tanı intraoperatif olarak konulur. Nitekim olguların sa-

dece yarısına preoperatif olarak teşhis konulabilmektedir.²

Biz bu olgumuzdan edindiğimiz tecrübe ve literatürün ışığı altında laparoskopik eksplorasyonun, preoperatif olarak Morgagni hernisi tanısı konulmuş her hastada öncelikli olarak yapılabileceğini düşünüyoruz. Ülkemizden ve yurt dışından birçok yazar da bu yaklaşımı olgularında uygulamışlar ve savunmuşlardır.⁴⁻⁶ Bu yaklaşımla herniye olan abdominal organlar batın içerisine indirilebilirse, gereksiz bir laparotomi, hatta torakotomiden kaçınılmış olur. Diyafram defekti tamamen laparoskopik onarılabileceği gibi, güçlülüğünden şüphe duyulan veya onarımın teknik olarak zor olduğu olgularda mini-laparotomi ek bir morbiditeye yol açmadan kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Comer TP, Clagett OT. Surgical management of hernia of the foramen of Morgagni. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1966; 52: 461-8.
2. Kılıç D, Nadir A, Döner E, et al. Transthoracic approach in surgical management of Morgagni hernia. *Eur J Cardiothor Surg* 2001; 20: 1016-9.
3. Hussong RL Jr, Landreneau RJ, Cole FH Jr. Diagnosis and repair of a Morgagni hernia with video-assisted thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 1474-5.
4. Taşkın M, Zengin K, Ünal E, Eren D, Korman U. Laparoscopic repair of congenital diaphragmatic hernias. *Surg Endosc* 2002; 16: 869.
5. Lima M, Lauro V, Domini M, et al. Laparoscopic surgery of diaphragmatic diseases in children: our experience with five cases. *Eur J Pediatr Surg* 2001; 11: 377-81.
6. Filipi CJ, Marsh RE, Dickason TJ, Gardner GC. Laparoscopic repair of a Morgagni hernia. *Surg Endosc* 2000; 14: 966-7.