

Mekanik Ventilatör Uygulaması ile Kaybolan Morgagni Hernisi: Olgu Sunumu

Alpay akmak, Sümeyye Sarraoğlu, Kabil Shermatov, A. Himmet Karazeybek

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, şanlıurfa

ÖZET

Mekanik ventilatör uygulaması ile kaybolan morgagni hernisi: Olgu sunumu

Morgagni hernileri (MH) nadir görülen konjenital diafragmatik hernilerdir. %90 sağ taraf yerleşimlidir. Hernilerin içerisinde, transvers kolon, omentum, mide, karaciğer, ince barsaklar bulunabilir. Genellikle hastalardaki en önemli semptomlar gastrointestinal ve respiratuar sistemle ilgilidir. Kliniğimize solunum sıkıntısı nedeniyle başvurup mekanik ventilatöre bağlanan, bir MH olgusu sunuldu.

Mekanik ventilatör akciğerde oluşturduğu pozitif basınca etkisiyle diyafragma hernilerinin yerine yerleşmesini sağlayabilir. Konjenital diyafragmatik herni düşünülüp mekanik ventilatöre bağlı takip edilen hastalarda, tanı yöntemleri kullanılırken, mekanik ventilatörün bu etkisinin unutulmaması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Morgagni hernisi, mekanik ventilatör, çocukluk aęı

Mekanik Ventilatör Uygulaması ile Kaybolan Morgagni Hernisi: Olgu Sunumu

Alpay Çakmak, Sümeyye Sarraoğlu, Kabil Shermatov, A. Himmet Karazeybek

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Şanlıurfa

ABSTRACT

Disappearance of morgagni hernia after application of mechanic ventilation: Case report

Morgagni hernias are rare congenital diaphragmatic hernias and 90% of Morgagni hernias are seen on the right side. Transverse colon, omentum, stomach, liver and small intestines can be found in the hernia sac. Gastrointestinal and respiratory system symptoms compose the most often symptoms of the disease. A Morgagni hernia admitted to our clinic with dyspnea symptoms and supported by mechanic ventilation is presented in this report.

Mechanic ventilation may replace the diaphragmatic hernias to the in original place by its positive pressure. In follow up of congenital diaphragmatic hernia patients, effect of mechanic ventilation should be kept in mind.

Key words: Morgagni hernia, mechanic ventilator, children

Bakırköy Tıp Dergisi 2006;2:106-108

GİRİŞ

Konjenital diyafragmatik hernilerin en az görülen şekli Morgagni hernileridir (1,2). %90 sağ tarafta, %8 sol tarafta, nadiren bilateral lokalizedir (3). Hernilerin içerisinde, transvers kolon, omentum, mide, karaciğer, ince bağırsaklar bulunabilir (4). Genellikle hastalarda diyare, konstipasyon, kusma, abdominal ağrı, peptik ülser gibi gastrointestinal bulgular olabileceği gibi, tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, solunum sıkıntısı gibi solunum sistemi ile ilgilendiren bulgular da olabilir. Akciğer grafisi, baryumlu özofagus mide duodenum, kolon grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntülemesi (MRI) ile konjenital diyafragmatik herni tanısı koymak mümkündür. Solunum sıkıntısı nedeniyle mekanik ventilatör kullanılan olgularda ventilatörün akciğerde oluşturduğu pozitif basınç etkisiyle herni kesesi normal konumuna geçerek tanı yöntemlerinde yanılgılara yol açabilir. Kliniğimize solunum sıkıntısıyla başvurup mekanik ventilatöre bağlanan bir Morgagni hernisi (MH) olan olgu sunuldu.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Alpay Çakmak
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Şanlıurfa
Telefon / Phone: +90-505-840-1330

Elektronik posta adresi / E-mail address: alpaycakmak@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 22 Mayıs 2006/ May 22, 2006

Kabul tarihi / Date of acceptance: 31 Temmuz 2006 / July 31, 2006

OLGU

Nefes darlığı ve morarma şikayeti ile kliniğimize başvuran 5 aylık erkek hastanın şikayetlerinin bir haftadan beri var olduğu, son üç günde ise iyice artması nedeni ile çocuk hastanesinde yatırıldığı, şikayetlerinin düzelmesi üzerine kliniğimize sevk edildiği öğrenildi. Özgeçmişinde, miyadında, normal vajinal yolla doğduğu, kuvöz bakımı ve oksijen tedavisine ihtiyaç duyulmadığı, aşılarının yaşına uygun olarak yaptırıldığı, halen anne sütü ve formül mama ile beslendiği öğrenildi. Soy geçmişinde ise anne ve baba arasında akrabalık olmadığı, bir kardeşinin 7 aylık doğduktan sonra bir ay yaşayıp sonra öldüğü, yaşayan üç tane sağlıklı kardeşinin olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde 5500 g (%3-10 persentil), 62 cm (%25 persentil) ve baş çevresi 46 cm (%50 perentil), vücut ısısı: 36.4°C, nabız: 152/dk, solunum: 54/dk olarak bulundu. Ön fontanel 2x2 cm açık ve normal bombelikte idi. Solunum sistemi muayenesinde, stridoru ve oskültasyonda yer yer kaba ralleri ve ronflan ronküsleri mevcuttu. Batın rahat, normal bombelikte, barsak sesleri normoaktif ve karaciğer kosta kenarından midklaviküler hatta 2 cm palpe edilebiliyordu. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre 10200 /mm3 (%53 polimorf nüveli lökosit %32 lenfosit), Hgb: 12.1 gr/dl, biyokimyasal incelemelerinde glikoz: 89 mg/dl, üre: 35 mg/dl, kreatinin: 0.3 mg/dl, AST: 38 UI/mL, ALT: 26 UI/mL, total protein: 6.4 g/dl, Na: 137 mmol/dL, K:



Şekil 1. Olgunun PA akciğer grafisi; kalp önünde haustralar içeren hava gölgesinin görünümü



Şekil 2. Olgunun mekanik ventilatöre bağlı iken çekilen baryumlu özofagus-mide-duedonum grafisi.



Şekil 3. Olgunun mekanik ventilatöre bağlı olmadan çekilen baryumlu kolon grafisinin görünümü.

5 mmol/dL, Ca: 9 mmol/dL idi. Kan gazında parsiyel arteriyel karbondioksit basıncı (PaCO₂) 60 mmHg olarak tespit edildi ve hasta mekanik ventilatöre bağlandı. Akciğer

grafisinde kalp önünde haustralar içeren hava gölgesi mevcuttu (Şekil 1). Hastada konjenital diyafragma hernisi olabileceği düşünülerek baryumlu özofagus-mide-duedonum grafisi çektilirdi. Ancak herni tespit edilemedi (Şekil 2). Daha sonra yapılan baryumlu kolon grafisinde retrosternal bölgede herni kesesi ve içinde transvers kolonun thoraksa geçtiği görüldü (Şekil 3). Hasta çocuk cerrahisi kliniği ile konsülte edilerek bu kliniğe devredildi.

TARTIŞMA

Konjenital diafragma hernileri, plevra-periton zarlarının tam olmayan kapanmaları sonucu gelişen konjenital defektlerdir. Konjenital diyafragmatik hernilerin en nadir görülen şekli değişik serilerde %1-5.1 olarak belirtilen Morgagni hernileridir (5). Morgagni hernisi diafragmanın önünde ve sternumun hemen arkasındaki konjenital bir defektten batin organlarının toraks boşluğuna doğru fıtıklaşmasıyla ortaya çıkar.

Morgagni hernisi saptanan olguların büyük kısmı asemptomatiktir (5). Erken yenidoğan döneminde ağır solunum yetmezliği ile getirilen hastalarda mortalite oranları yüksektir (6). Yenidoğan döneminden sonra tanı alan vakalarda ise solunum ve gastrointestinal sistem şikayetleri ile tanı alırlar (7,8,9). Soylu ve ark. (10) tekrarlayan bronkopnömoni tanısıyla başvuran 6 yaşında bir kız olguda çekilen akciğer grafisi sonucunda Morgagni hernisi düşünmüşler, daha sonra çekilen baryumlu gastrointestinal sistem grafisi ile teşhisi doğrulamışlardır. Akciğer grafisinde kistik alanlar ve konsolidasyon tespitinde MH'si düşünülmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Machmouchi ve ark. (11) 9 morgagni olgusunu sundukları çalışmalarında, 2 olguda yemek sonrası epigastrik ağrı, kusma, 6 olguda ise kronik öksürük ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonu tespit etmişler. Üç olguda çekilen akciğer grafisinde ise Morgagni hernisini saptayamamışlardır. Kesin tanıyı baryumlu grafi ile koymuşlardır. Dilber ve ark. (12) konjenital diyafragma hernisi olan 14 olguyu içeren serilerinde, olguların 5'inin yenidoğan döneminde ağır solunum yetmezliği şikayeti ile başvurdıklarını, 9'unun ise hırıltılı solunum atakları, tekrarlayan pnömoni, efor dispnesi ve siyanoz şikayetleri ile başvuran yenidoğan dönemi sonrası tanı alan hastalar olduğunu yayınlamışlardır. Yedi aylık bir hastada solunum şikayetlerine ek olarak kusma ve kilo alamama şikayeti tespit edilmiştir. Bizim olgumuzda kliniğe başvurma şikayeti olarak solunum sıkıntısı ve siyanoz mevcuttu. Ciddi solunum sı-

kıntısı, oksijen ve karbondioksit saturasyonları bozuk olması nedeniyle hasta mekanik ventilatöre bağlandı. Akciğer grafisinde kalp önünde haustralar içeren hava gölgesi mevcuttu. Hastada konjenital diyafragma hernisi olabileceği düşünülerek baryumlu özofagus-mide-duodenum grafisi çekirildi. Ancak mekanik ventilatörün akciğerde yaptığı pozitif basınç etkisiyle herninin normal konumuna geçmesi üzerine özofagus-mide-duodenum grafisinde patoloji tespit edilemedi. Daha sonra yapılan baryumlu kolon grafisinde retrosternal bölgede herni kesesi ve içinde transvers kolonun toraksa geçtiği görüldü.

MH'leri konjenital kalp hastalıkları, genitoüriner anomaliler, omfalosel, mental retardasyon, pektus karinatus

ve Down sendromu ile birlikte görülebilir (5,13). Parmar ve ark. (14) Morgagni hernisiyle beraber Down sendromu olan bir olguyu bildirmişlerdir. Harris ve ark. (15) MH'si, kalp defekti ve Down sendromu birlikteliği olan, aynı yumurtta ikizlerini sunmuşlardır. Bizim olgumuzda Morgagni hernisi dışında başka patoloji tespit edilemedi.

Sonuç olarak, çocukluk döneminde gastrointestinal ve respiratuar sistemle ilgili akut veya kronik şikayetler mevcudiyetinde konjenital diyafragma hernileri düşünülmelidir. Ciddi solunum sıkıntısı olup mekanik ventilatörde izlenen olgularda ise herninin normal konumuna geçme ihtimali düşünülerek, tanı yöntemleri kullanılırken dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Orita M, Okino M, Yamashita K, Morita N, Esato K. Laparoscopic repair of a diaphragmatic hernia through the foramen of morgagni. *Surg Endosc* 1997; 11: 668-670.
2. Torfs CP, Curry CJ, Bateson TF, Honore LH. A population-based study of congenital diaphragmatic hernia. *Teratology* 1992; 46: 555-565.
3. Stolar CJH, Dillon PW. Congenital diaphragmatic hernia and eventration. In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds). *Paediatric Surgery*. 5th edition. St. Louis: CV Mosby, 1998; p 819-337.
4. Milne LW, Morosin AM, Campbell JR, Harrison MW. Pars sternalis diaphragmatic hernia with omphalocele: a report of two cases. *J Pediatr Surg* 1990; 25: 726-730.
5. Pokorny WJ, McGill CW, Harberg FJ. Morgagni hernias during infancy: presentation and associated anomalies. *J Pediatr Surg* 1984; 19: 394-397.
6. Johnson DG, Deaner RM, Koop CE. Diaphragmatic hernia in infancy: factors affecting the mortality rate. *Surgery* 1967; 62: 1082-1091.
7. Berman L, Stringer D, Ein SH, Shandling B. The late-presenting pediatric Morgagni hernia: a benign condition. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 970-972.
8. Schimpl G, Fotter R, Sauer H. Congenital diaphragmatic hernia presenting after the newborn period. *Eur J Pediatr Surg* 1993; 152: 765-768.
9. Osebold WR, Soper RT. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia past infancy. *Am J Surg* 1976; 131: 748-754.
10. Soylu H, Doğrul M, Kutlu NO, Baysal T, Sönmezgöz E, Akıncı A. Morgagni hernia accompanied by obstruction of uretero-pelvic junction in childhood. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1999; 6: 51-54.
11. Machmouchi M, Jaber N, Naamani J. Morgagni hernia in children: Nine cases and a review of the literature. *Annals of Saudi Medicine* 2000; 20: 63-65.
12. Dilber E, Göçmen A, Kiper N, Özçelik U, Doğru D, Büyükpamukçu N, Tanyel FC. Konjenital diafram hernili hastalarda ilk bulgular ve uzun süreli solunum fonksiyonları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2002; 46: 177-181.
13. Quah BS, Menon BS. Down syndrome associated with a retroperitoneal teratoma and Morgagni hernia. *Clin Genet* 1996; 50: 232-234.
14. Parmar RC, Tullu MS, Bavdekar SB, Borwankar SS. Morgagni hernia with Down syndrome: a rare association -- case report and review of literature. *J Postgrad Med* 2001; 47: 188-190.
15. Harris GJ, Soper RT, Kimura KK. Foramen of Morgagni hernia in identical twins: is this an inheritable defect? *J Pediatr Surg* 1993; 28: 177-178.