

RETROSTERNAL AĞRIYA YOL AÇAN BİR
MORGAGNİ HERNİSİ OLGUSU

AKKOÇ, N., GÜNERİ, S., BAYAR, H.,
ÖZER, M., ASTARCIOĞLU, K.

ÖZET: Retrosternal ağrı, nefes darlığı, bulantı ve kusma nedeniyle hospitalize edilen 67 yaşında kadın hastada radiolojik incelemeler sonucu Morgagni Hernisi tanısı kondu. Transabdominal yoldan yapılan cerrahi tamir sonrası hastanın yakınmaları süratle kayboldu.

ABSTRACT: Nurullah AKKOÇ, Sema GÜNERİ, Mithat ÖZER, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Dokuz Eylül University, İzmir. A case of Hernia of Morgagni with retrosternal pain.

A 67 years old female patient was hospitalized with retrosternal pain, dyspnae, nausea and vomiting. Radiologic examinations revealed that she had Morgagni's Hernia. After surgical repair through the abdominal route, her symptoms promptly disappeared.

Anahtar sözcükler: Morgagni Hernisi, retrosternal ağrı
Key words: Hernia of Morgagni, retrosternal pain

GİRİŞ: İlk defa 1761 yılında tarif edilen Morgagni Hernisi oldukça nadir olup her yaşta görülebilir. Hastalar semptomsuz olabileceği gibi, koroner iskemisini düşündürecek şekilde retrosternal ağrı da tarif edebilirler.

OLGU SUNUMU: 67 yaşında kadın hasta göğüs ağrısı, nefes darlığı, bulantı, kusma yakınmaları nedeni ile 1/3/1987 tarihinde 106486 protokol numarasıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalına yatırıldı. Hastanın yakınmaları hastaneye başvurduğundan 1 gün önce başlamıştı. Göğüs ağrısı retrosternal olup epigastriuma da yayılıyordu. Ağrıya bulantı ve kusma eşlik ediyordu. Hastaneye yatırılmadan önce yakınmaları nedeni ile gittiği bir hekimunstabıl angina veya

Dr.Nurullah AKKOÇ, Yard.Doç.Dr.Sema GÜNERİ, Prof.Dr.Mithat ÖZER, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Dr.Halit BAYAR, Prof.Dr.Kemal ASTARCIOĞLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

akut myokard infarktüsü olabileceğini söyleyerek hastaneye başvurmasını önermişti. Eski bir arteriosklerotik kalp hastası olan hastada 10 yıldır eforla gelen göğüs ağrıları oluyordu. Bu nedenle koroner dilatator ve antiagregan ilaçlar kullanan hasta 8 yıl önce rektum prolapsusu ve 5 yıl önce her iki gözünde katarakt nedeni ile operasyon geçirmişti.

FİZİK MUAYENE: TA: 120/80 mmHg, Nb: 80/dk ritmik, solunum sayısı: 18/dk idi. Solunum Sistemi Muayenesinde sağda perküsyonla önde üçüncü interkostal aralıktan itibaren matite saptandı. Oskültasyonla aynı bölgede solunum sesleri azalmıştı ve barsak sesleri duyuluyordu. Kardiovasküler sistem muayenesi normaldi. Batın muayenesinde palpasyonla yaygın hassasiyet vardı.

Tam idrar tetkiki, tam kan sayımı, formül lökosit, eritrosit sedimentasyon hızı, serum glukoz, Üre, amilaz, kreatinfosfokinaz (CPK), aspartat transaminaz (AST), alanin transaminaz (ALT), laktatdehidrogenaz (LDH) ve elektrolit değerleri normaldi. EKG'de nonspesifik ST-T değişiklikleri vardı. Ön-Arka akciğer grafisinde ağ diafragmada eventrasyon ve göğüs boşluğunda sağ kardiofrenik açıya yakın bir lokalizasyonda gaz gölgesi dikkati çekti (Resim 1).

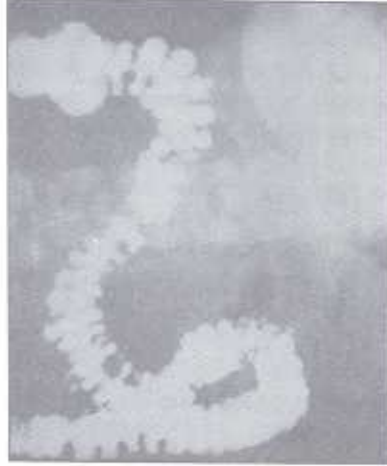


Resim 1.

Yan grafide bu gaz gölgesinin sternumun hemen arkasında olduğu görüldü (Resim 2). Morgagni hernisi düşünülerek yapılan gastrointestinal sistemin radyolojik incelemesi akciğer grafilerinde görülen gaz gölgesinin kolonlarda çok sayıda divertiküllerin olduğunu ortaya koydu (Resim 3). Üst batin USG'sinde karaciğer üst huğununun yükselmesinin yanısıra safra kesesinde çok sayıda taş saptandı. Hasta Morgagni hernisi, kolelityazis ve divertikulozis koli tanısıyla cerrahi kliniğine sevk edildi.



Resim 2.



Resim 3.



Resim 4.



Resim 5.

Transabdominal olarak uygulanan cerrahi girişim esnasında sağ diafragmada belirgin bir relaksasyon ve retrosternal bir Morgagni hernisi olduğu, omentumun tamamı ile 15 cm.lik bir transvers kolon segmentinin herni kesesi içinde olduğu görüldü. Herniektomi ve diafragma konstriksiyonu ile birlikte kolesistektomi uygulandı. Yakınmaları kaybolan hasta postoperatif ondördüncü günde taburcu edildi (Resim 4,5). Hastanın kontrollerinde prekordial ağrılarının kaybolduğu ve genel durumunun çok iyi olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA: Morgagni hernisi ilk defa 1761 yılında Morgagni tarafından tarif edilmiştir. 2000 ile 5000 canlı doğumda bir görüldüğü bildirilen konjenital diafragmatik hernilerin (1,2) %1-6'sını oluşturan Morgagni hernisi oldukça nadirdir. Bizim olgumuzda olduğu gibi daha çok sağda (%90) görülür. Erkeklerde biraz daha sık olup klinik bulguların ortaya çıkışı genellikle geçtir (3,4,5).

Wiseman ve Macherson (6) konjenital diafragmatik hernili hastaları 4 gruba ayırmışlardır. 1.grupta visseral herniasyon bronşial dallanma sürecinin erken döneminde olup bunlarda bilateral pulmoner hipoplazi görülür. 2.grupta herniasyon distal bronşial dallanma esnasında görülerek unilateral pulmoner hipoplazi ile sonuçlanır. 3.grupta ise doğumda sonra görülür. Bu son grupta pulmoner patoloji yoktur. Semptomlar ilk 3 grupta doğumdan sonraki ilk 24 saatte ortaya çıkarken, 4.grupta her yaşta görülebilir (7,8).

Herni diafragmanın inkomplet gelişiminden kaynaklanabilir. Bizim hastamızda mevcut olmayan obezite ve travma gibi faktörlerin de herninin oluşumunda rol oynayabileceği bildirilmiştir (3,4).

Genel olarak hastalar asemptomatiktir. Bulantı, kusmu, sağ subkostal bölgede künt ağrı, yemeklerden sonra şişkinlik, öksürük, ekspirasyon, dispne ve retrosternal ağrı bu hastalarda görülebileceği bildirilen semptomlardır (9). Mide ve duodenumun ani olarak herni kesesi içine girmesi intestinal obstrüksiyonun dramatik semptomlarına yol açabilir.

Paris'in serisindeki 11 hastadan birinde retrosternal ağrı yakınması vardır. Bu serideki 11 hastanın sadece ikisinde hastaneye sevk edilirken doğru ön tanı konmuştu (9). Eski bir arteriosklerotik olan kalp hastasını ilk gören hekim göğüs ağrısı nedeniyle unstabil anjina pektoris veya akut myokard infarktüsü ön tanısıyla hastanemize göndermiştir.

Toraksın alt bölümünde barsak seslerinin duyulması tek fizik bulgu olabilir. Tanı genellikle radyolojik incelemeler sonucu konur. Barsak-

ları içermeyen, yalnız omentumu içeren hernilerde göğüs filminde yalnızca bir opasite görülebilir ki bu takdirde tanı oldukça zor olup torakotomi esnasında konur.

Bu olgularda ayırıcı tanıda plevroperikardial kist, lipom ve diğer intratorasik tümörler, parsiel diafragma evantrasyonu düşünülebilir. Eğer içi boş bir organ herniye olursa tanı daha kolaydır. Akciğer graflerinde sağ veya sol kardiyofrenik açıda, sternumun arkasında gaz gölgesi ile tanı düşünülüp gastrointestinal sistemin baryumla tetkikiyle doğrulanır.

Morgagni Hernisinde tedavi cerrahidir. Böylece semptomların kaybolması ve strangulasyon gibi ileride görülebilecek muhtemel tehlikeli komplikasyonlar önlenir. Çoğu yazar cerrahi girişim için abdominal yolu tavsiye eder (3,4).

KAYNAKLAR

1. Booker, PD.: Congenital diaphragmatic hernia in children. Arch Dis Child 1981; 56: 253-257.
2. Harrison, MR. and de Lorimier, AA.: Congenital diaphragmatic hernia. Surg Clin North Am 1981; 60: 1023-1035.
3. Baran, EM, Houston, HE, Lynn, HB et al: Foramen of Morgagni hernias in children. Surgery 1967; 62: 1076-1081.
4. Comer, TP. and Clagett, OT.: Surgical treatment of hernia of the foramen of Morgagni. J Thorac Cardiovasc Surg 1966; 52: 461-468.
5. Thomas, CG. and Chilherow, NR.: Herniation Through the foramen of Morgagni in children. Br J Surg 1977; 64: 215-217.
6. Wiseman, NE. and MacPherson, RI.: Acquired congenital diaphragmatic hernia. J Pediatr Surg 1977; 12: 657-665.
7. Gravier, L. Dorman, GW. and Votteler, TP.: Congenital diaphragmatic hernia in children. Surg Gynecol Obst. 1971; 132: 408.
8. Ruff, SJ. Campbell, JR. Harrison, MW. et al. Pediatric diaphragmatic hernia. An 11 year experience. Am J Surg. 1980; 139: 641-645.
9. Paris, F. Tarazona, V. Cassilas, M. et al. Hernia of Morgagni. Thorax 1973; 28: 631-636.