

## GEÇ TEŞHİS EDİLMİŞ BİR SAĞ DİYAĞRAĞMA YIRTIĞI VAK'ASI NEDENİ İLE TRAVMATİK DİYAĞRAĞMA YIRTIKLARI

Dr. Ayhan KIZIL \*  
Dr. Duruhan ÇULHA \*\*  
Dr. Hasan DOĞRUYOL \*\*

### Özet

Bu yazıda geç teşhis edilmiş bir travmatik sağ diyağrağma yırtığı nedeni ile, travmatik diyağrağma yırtıklarının etiolojisi, patogenezi, tedavisi ve komplikasyonları incelenmiş, ender olması nedeniyle vak'a takdim edilmiştir.

### Summary

In this article we presented a patient who had suffered from a right side diaphragm rupture which was diagnosed late, and we believe that this sort of cases are very rare in the literature and is worthy to publish.

Günümüzde artan trafik ve iş kazaları travmatik diyağrağma yırtığı insidansını arttırmaktadır. Diyağrağma bütünlüğünün bozulması sonucu karın organlarının toraks boşluğuna geçmeleri önemli kardiyasküler bozukluklar doğuracağı gibi, devamlı bir barsak strangilyasyonu tehlikesi de mevcuttur. Bu bakımdan, özellikle karın travması geçiren bir hastada diyağrağma yırtığı düşünülmeli ve hasta dikkatle muayene edilerek gözlenmelidir.

### Etioloji

Travmatik diyağrağma yırtıkları künt veya penetran yaralanmalar sonucu meydana gelir. Literatür verilerine göre İngiltere'de künt, Amerika'da ise penetran yaralanmalara bağlı diyağrağma yırtıkları daha sıktır (1). Örneğin, Baltimor'da, Ebert, Gaertner ve Zuidema tamir ettikleri 53 diyağrağma yırtığında, 29 vakada penetran yaralanma tesbit etmişlerdir (2). Miller ve Howie 1958-60 yılları arasındaki künt travma vakalarında gelişen diyağrağma yırtıklarında etiolojik faktörleri şöyle sıralamışlardır.

\* Bursa Tıp Fak. Genel Cerrahi Kl. Baş Asistanı.

\*\* Bursa Tıp Fak. Genel Cerrahi Kl. Asistanları.

Trafik kazası.. . . . .	101
Yüksekten düşme.. . . . .	12
Karın-göğüse vurma .. . . . .	4
Ezilme .. . . . .	18

Meslek etiolojide önemli rol oynar. Maden işçilerinde ve şoförlerde daha sık görülmektedir. Nitekim Robert ve Howard' ın yayınladıkları 10 vakadan 9'u maden işçisidir (7).

### FİZYO-PATOLOJİ

Kapalı diyafragma yırtıklarında bütün literatür verileri sol diyafragma yaralanmalarını daha fazla olduğunu göstermektedir. Miller ve Howie 135 vakadan 114 Vak'ada sol, 16 Vak'ada sağ, 3 Vak'ada bilateral ve 2 Vak'ada orta tendon yırtığı bulmuşlardır (6). Sağ tarafta yırtığa az rastlanmasının nedeni karaciğerin koruyucu etkisine bağlanmaktadır. Genellikle toraks kafesi üzerindeki zorlamalar diyafragma yırtığı oluşturmazlar. Nitekim emniyet kemeri kullanılan şoförlerde kaza sonucu diyafragma yırtığı görülmemiştir. Araştırmacılar karın duvarına gelen bir travmanın açığa çıkardığı Basıncın, diyafragmaya intikali ile diyafragma yırtığı olduğu konusunda birleşmişlerdir. Yırtık nedeni travma bazen hafifte olabilir. Robb, Pollock ve Seright seyrekte olsa hafif travmaların yırtığa yol açabileceğini bildirmişlerdir (9). Bu yazarlar üç basamaklı bir merdivenden düşen 50 yaşındaki bir hastada yırtık bulmuşlardır.

Şayet hastada konjenital bir defekt varsa (Bochdalek defekti gibi) yırtık çok daha kolaylıkla gelişir. Sağ diyafragma yırtıklarında, diyafragmanın genel periferik bir bozukluğu rol oynasa gerektir. Bu halde karaciğer tümü ile göğüs kafesi içerisine girer. Santral tendon yırtıkları çok enderdir ve perikardiumu tutarlar. Yırtık oluştuktan sonra intratorakal-abdominal basınç farkları karın içi organlarının toraks boşluğuna girmelerini kolaylaştırır.

### KLİNİK

Hasta genellikle şoktaadır. sıklıkla diğer organ yaralanmalarıda beraberinde mevcuttur. Örneğin Lucido ve Wall 47 diyafragma yırtığında:



- 21.....Dalak yırtığı  
15.....Pelvis Kırığı  
8.....Femur Kırığı

11.....Şiddetli kafa travması bulmuşlardır

(5). Şu halde hastalarda ayrıca değişik yaralanmalardan doğan bulgularda vardır. Bazen bu bulgular ön plana geçerek diyafragma yırtığı teşhisini güçleştirir ve hatta hiç düşünülmemesine sebep olurlar .

Hemen her vakada siyanoz, dispne ve disfoniye rastlanır. Bazen Gibson belirtisi görülebilir. Olay solda ise kalp tepe atımı sağa kayar. Sol akciğerde veziküler sesler azalır, kayıp olur. Bazen barsak sesleri duyulur. Eğer hadise sağda ise bu sefer aynı bulgular sağda tespit edilir. (4).

#### Radyolojik Bulgular

Sol diyafragma yırtıklarında sol hemitoraksta yüksek kavisli bir gölge bulunabilir. Bu gölge fıtıklaşmış mide fundusu olabilir ve genellikle diyafragma evantrasyonlarında yükselmiş diyafragma ile karıştırılabilir. Eğer yükselmiş diyafragma ile birlikte mediastende yer değişikliği varsa o zaman yırtık düşünülmelidir. Mediasten kaymıştır. Lezyon tarafından hemotoraksa bağlı sıvı gölgesi, barsak anslarına ait gaz gölgeleri görülebilir. Ağızdan opakt madde içirilerek yapılan skopik tetkikler kesin teşhise götürür (2). Perikardiumu tutan santral tendon yırtıklarında perikardial gölge içerisinde gaz gölgeleride görülür (8).

#### Komplikasyonları

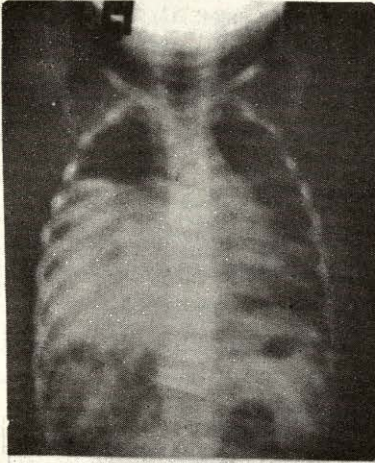
Kanama ve obstruksiyon sıklıdır. Büyük fıtıklaşmalarda kardiorespiratuar bozukluklar görülür. En sık ve önemli komplikasyon ise strangülasyondur (3).

#### Tedavi

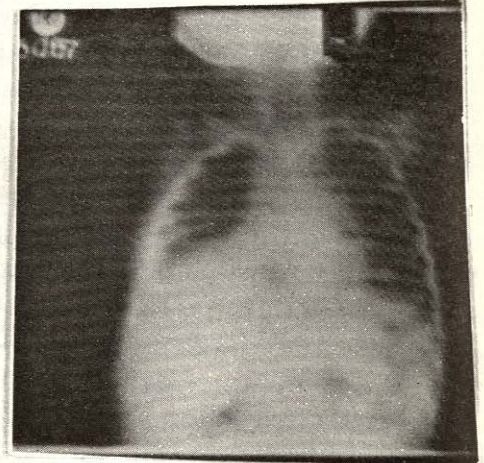
Cerrahidir. Hasta şokta ise bu durum düzeltilir. Nazogastrik sonda yutturularak devamlı aspirasyon yapılır, böylece mevcut distansiyon azaltılmış olur. Buda kardıo-pulmoner basıyı azaltır. Genel durum düzelttikdikten sonra toroko-abdominal kesi ile fıtıklaşmış organlar karına itilir ve diyafragma tamir edilir. Geniş, parçalı defektlerde primer sütürle tamir mümkün olmuyorsa, sentetik greflerden faydalanılır.

Lab. bulguları: Hb. 9 gr. KK. 6.080.000 BK. 12.800

Direkt PA akciğer grafisinde sağ hemitoraksta gaz gölgeleri mevcut. Nazogaztrik tüp aracılığı ile radyoopakt madde verilerek yapılan tetkikte ince barsakların sağ hemitoraksta olduğu saptandı



(Resim 1).



(Resim 2)

Hasta 24.10.1974 günü ameliyata alındı. Torako-abdominal kesi ile ameliyata başlandı. Eksplozasyonda sağ diyafragmanın önden arkaya, sağdan sola, açıklığı öne bakacak şekilde yırtıldığı, karaciğer, transvers kolon ve ince barsakların toraks boşluğu içinde olduğu görüldü. Organlar karın boşluğuna itildi. Diyafragma uçları primer sütürler dikildi. Toraks boşluğu drene edildikten sonra ameliyata son verildi.

Hastanın postoperatif devresi normal geçti. Kontrol grafilerinde patoloji saptanmadı. Hasta 1.11.1974 günü şifa ile taburcu edildi.

#### Prognoz

Mortalitesi yüksektir. Anında müdahale edilen hastalarda bu oran % 25 iken, geç, strangulasyonlu vakalarda % 75 yükselir (6).



## Vaka

H. T. 18 aylık erkek çocuk. Prot. No. 3057. 189. 1974 günü saat 16.30 trafik kazası geçirmiş. Kliniğimize müracaatla yatırılmış. Yapılan tetkiklerinde sakrumda, solda, çatlak saptanmış ve 2 gün sonra taburcu edilmiş. 14. 10. 1974 günü hastada hırıltılı solunum başlaması üzerine çocuk kliniğine müracaat etmiş. Yapılan tetkikler ve cerrahi konsültasyonu ile hastada diyafragma yırtığı düşünülmüş ve hastanın yatırılması tavsiye edilmiş. Hasta sahipleri bunu kabul etmemiş. Hastanın dispnesinin ortaya çıkması sonucu 21.10.1974 günü müracaatla yatırıldı.

Öz ve soy geçmişi:Önemli bir bulgu yok.

Fizik Muayenesi:TA. 110/70 mm. Hg. Nabız. 98/dk Sol. 30/dk A-teş. 37°C Ağırlık. 9, 200 Kg.

Solunum Sistemi:Her iki hemitoraks simetrik. Sağ hemitoraks solunuma az iştirak ediyor. İnspirasyonda arkus kostarum altlarında çekilme mevcut. Vibrasyon torasik sağda azalmış. Perküsyonla sağ orta ve alt tonlarda submatite mevcut. Dinlemekle sağ orta ve alt zonda veziküler sesler ileri derecede azalmış.

Diğer sistem bulguları:Normal.

## Literatür

1. BRYAN C. W. G. (1921) Incuries of diaphragm: Br. J. Surg. 9, 117
2. EBERT P. A., GEARTNER R. A. VE ZUIDEMA G. G. (1967) Traumatic diaphragmatic hernia. Surgery Gynec. Obstet. 125, 59.
3. GIBSON F. S. (1929). The diagnosis of diaphragmatic hernia with acute obstruction. J. Am. med. Ass. 93, 1719.
4. JONES P. F. Emergency Abdominal Surgery :Sayfa 771-775
5. LUCIDO J. L. VE HOWIE P. W. (1968) Traumatic rupture of the diaphragm after blunt trauma. Archs Surg. 86, 989.
6. MILLER J. D. VE HOWIE P. W. (1968). Traumatic rupture of the diaphragm after blunt trauma. Archs Surg. 86, 989.
7. PROBERT W. R. VE HAVARD C. (1961) Traumatic diaphragmatic hernia. Thorax, 16, 99.
8. ROBB D. (1963) Traumatic diaphragmatic hernia into the pericardium. Br. J. Surg. 50, 664.
9. ROBB W. A. T., POLLOCK R. M. VE SERIGHT W. (1966). Traumatic diaphragmatic hernia J. R. Coll. Surg. Edinburg, 12, 53.