

Morgagni Hernileri

*Mustafa PAÇ**
*İlker ÖKTEN **
*Cenap ÖZKARA ***
*Hikmet KOÇAK ***

Morgagni hernileri superior epigastrik arterlerin ve bazı lenfatiklerin diyafragmadan geçtiği yerdeki diyafragmanın yapışmasında bir defekten oluşan ve periton'dan bir keseleri olan diyafragmatik hernilerdir.

Tüm diyafragma hernilerinin % 31'i Morgagni türündedir (1, 2, 3). Bu herni ilkin 1769'da Morgagni tarafından tanımlanmıştır. % 90 vakada sağda, % 8 oranında da bilateral bulunur (3). Solda nadirdir. Bu hernilere anterior diyafragmatik, parasternal, retrosternal herni de denir. Yaşlılarda ekseriyetle semptomsuzdur. Kardiyofrenik açıdan anormal gölge ile tanınırlar. Literatürde 1966 yılına kadar 54 vaka bildirilmiştir. Biz bu yıldan sonra yaptığımız literatür taraması ile 100'e yakın morgagni hernisi belirledik. Biz de kliniğimizde 1983 yılında 2 olguyu ameliyat ettik. Bu nedenle konuyu özetlemeyi uygun bulduk.

Vakalarımızdan birincisi : Y.Ç.7 yaşında bir erkek hasta, 20.12.1982'de yatırıldı. Çarpıntı ve öksürük şikayeti mevcut, 1 yıldır kuru öksürük oluyormuş. Fizik muayenesinde hiç bir patolojik bulgu yok. Rutin laboratuvar tetkikleri normal. PA toraks grafisinde sağ kardiyofrenik açıda 5 cm, çapında homojen olmayan yuvarlak gölge mevcut (Şekil - 1). Hastaya kolon grafisi çekildi. Kardiyofrenik açıdaki kitlenin içerisinde opak madde ile dolduğu görüldü (Şekil - 2). Yan grafide sternumun arkasında diyafragmanın yukarısına ve göğüs boşluğuna geçmiş olan opak madde ile dolu kolon görüldü (Şekil - 3). hasta 3.1.1983'de operasyona alınarak sağ torakotomi yapıldı. Kardiyofrenik sinüste önde perikarda yapışık yağ dokusu belirlendi, doku diseke edildi, periton görüldü. Kese ve yağ dokusu rezeke edilip defekt primer tamir edildi. Postoperatif komplikasyon olmadı. 7. günü taburcu edildi (Şekil - 4).

İkinci vakamız ise S.A. 55 yaşında bir kadın hasta 20.12.1983'de karında şişme ve göğsünün sol tarafında ağrı nedeni ile yatırıldı.

Altı aydan beri şikayetleri mevcuttu. Fizik muayene bulguları normal. Rutin laboratuvar tetkiklerinde patolojik durum mevcut değil, PA toraks grafisinde solda parakardiyak bölgede diyafragma ile komşu, yuvarlak homojen bir dansite görünümü lezyon mevcut, yan grafide lezyon retrosternal bölgede idi. Bronkoskopide patolojik bulguya Kışlanmadı. 30.12.1983'de sol torakotomi yapıldı. Retrosternal bölgede 6x7x9 cm kitle belirlendi. Periton kesesi ile çevrili bu kitle içinde omentum mat us ve yağ dokusu mevcuttu.

Periton kesesi prepare edildi. Diyafragma'da 5 cm lik bir defekt mevcuttu. Diyafragmadaki defekt ipek sütürlerle kapatıldı, postoperatif komplikasyon olmadı.



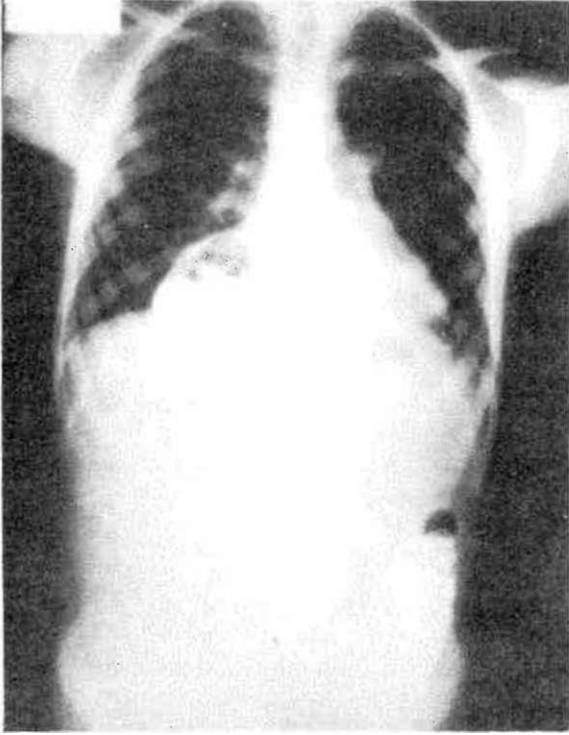
Şekil-1:

TARTIŞMA

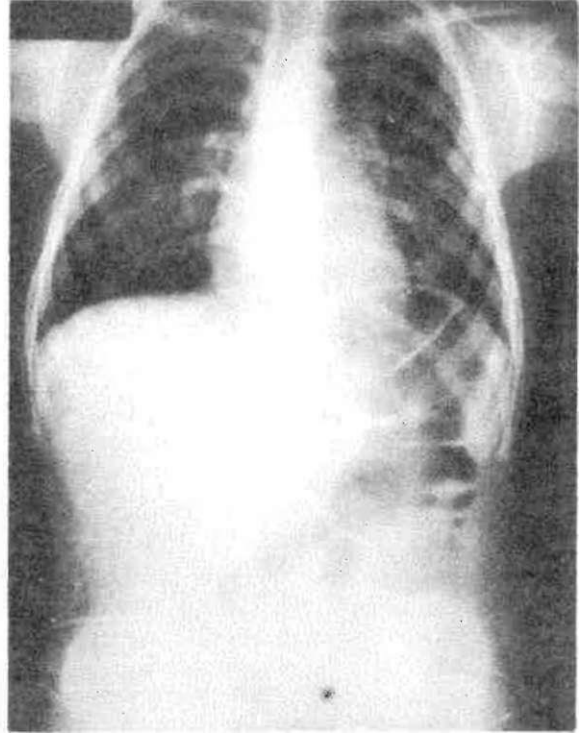
Borrett ve Wharaton 1934, Brown 1952'de bu neminin embriyolojik yönü üzerinde çalışmalardır. Diyafragmanın orijini, ventralde septum transversum, lateralde pleuroperitoneal kıvrımlar, arkada özefa-

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim üyesi

** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi



Şekil- 2:



Şekil- 4;



Şekil- 3:

güs mezosudur. Bunlar ilerleyerek bağ dokusu membranından oluşan ilkel diafrağmı yaparlar. Diafragmanın müskülarizasyonu embriyonun 3 mm lik döneminde başlar, kası 3, 4 ve 5. servikal myotomdan gelişir. Diafragmanın anterior kısmı en son kasla örtülür. İntrauterin hayatın 9. haftasında sternum gelişmeye başlar. Diafragmanın sternum la birleşme yetersizliği en çok sternumun alt ucunda olur. Ksifoit gelişmez veya sternal hiatus gelişir. Diafragmanın nihai müskülarizasyonunun ve ksifostemumun füzyonunun tam olmaması ile burada defekt gelişir. Bu arada intra abdominal basınç artımı da normal gelişme ve yapışmasına engel olur, ve her durumda konjenital olan Morgagni forameni ortaya çıkar.

Diafragmanın gelişimi tamamlanınca sol ait, kaburganın alt yüzlerinden,kostal kartilajdan,ksifoit çıkıntından ve ilk üç lomber vertebradan gelişmiş olan bu tip anterior herniler iki tiptir.

1. Tipte ksifoit çıkıntından doğan belirli bir fibrotendinöz kayma mevcuttur ve söz konusu herni bu kaymadan kaynaklanır. Ksifoit çıkıntını normaldir, sebebi pleuroperitoneal kıvrımın tam olmayan birleşmesidir.

2. Tipte defekt sternumun solunda başlar ve sağa doğru 7. Kostal kartilaj boyunca uzanır. Bu tipte ksi-

foit kısa, asimetrik veya yoktur. Nedeni kesifoid fiizyon yetersizliği ve ön müsküler eleman yetersizliğidir. Peritoneal kesenin varlığı her zaman gerekmez.

Yaş, cins, ve lokalizasyon dağılımı: Literatür de en geniş vak'a serisine sahip Comer'in 50 Hastasından 35'i kadın 15'i erkek en küçük vakaları 3 aylık, en büyüğü 78 yaşında idi. Comer'in 45 hastasında herni sağ tarafta, 4Ünde bilateral İ de solda idi (3). Thomas ve Ciltherowün 8, vakasından 3Ü kadın, 5'i erkek, herni 3 vakada sağda, 5 vakada solda idi (8). Bizim 2 vakamızdan birisi erkek diğeri kadın, yaşları 7 ve 55 idi. Birisi sağda diğeri ise solda idi. Herniler periton kesesi ile çevrili idi. Comer'in 4 vakasında periton kesesi yoktu, 30 hastada kesede transvers kolon, 13 hastada yalnız omentum, 6 vakada midenin bir kısmı, 4 vakada karaciğer, 1 vakada ince barsak bulunmuştu (3).

Literatürde bu hernilerin semptomlarının az olduğu bildirilmiştir (4). Chin ve Duchense 27 hastanın yalnız 5'inde semptom buldular (2). Comer 50 vakasının 14'ünde semptom belirledi (3). Bunlar subkostal bölgede rahatsızlık, dolgunluk, şişme, kramplı gaz sancısı, bazen kusma, ağırlık kaldırmakla ağrının artması, kısmi kalın barsak obstrüksiyonu olarak değerlendirildi. Kesede yağ dokusu var ve perikarda yapışık ise çekilmeğe bağlı semptomlar oluşabilmektedir. Pnömooperituanla indüksiyonda çok şiddetli ağrı olabilmektedir. Bizim iki hastamızda da belirsiz şikayetler vardı. Kadın hastamızda karnında zaman zaman şişkinlik ve sol subkostal bölgede ağn, çocuk hastamız ise öksürük şikayeti ile müracaat etmişti. Teşhis genellikle PA ve lateral toraks grafisi ile konur. Kardiofrenik açıda çoğunlukla sağda (bebeklerde solda) yuvarlak bir gölge mevcuttur (6). Lateral filmde anterior kardiofrenik açıda ön duvarla yakın temasta bir gölge görülür (4). Yağ dokusu veya omentum varsa gölge opak, barsak varsa hava görülür. Teşhis pnömooperituanla doğrulanabilir. Kolon varsa baryum lavmanı bilgi verebilir. Yalnız omentum varsa transvers kolon açılanmıştır. Kesenin ağzı dar ve çok sıkı ise pnömooperituan bilgi vermiyebilir. Chin ve Duchense pnömooperituanla 10 vak'adan 6'sında bilgi

sahibi olabildiler (2). Bir vak'ada pnömooperikardiuma bağlı kardiyak tanponat gelişmiştir. Comer 50 vakadan 35'inde doğru teşhis koymuştur (3). Bizim vak'amızda birinde kolon grafisi ile diğeri ise torakotomi ile teşhise varılmıştır.

Ayrıca tanıda plöröperikardiyal kist, plevral mezotelyoma, perikardiyal yağ, mediastinal lipom, diafragma tümörü veya kisti, timoma, göğüs ön duvarı tümörleri düşünülebilir (5). Morgagni hernilerinin tedavisi cerrahidir. Chin ve Duchense (2) semptom olmadıkça ameliyat önermezler. Comer (3) ise bu vakalarda kesenin ekseri dar ve sıkı olduğunu inkarserasyon ve strangulasyon görülebileceğini, ayrıca defektteki yağ dokusunun perikart ve çevreye yapışarak çekilme ağrısı yapabildiğini, bu nedenlerle cerrahi tedavinin zorunlu olduğunu iddia eder. Bizim iki vakamızda da kesenin dar ve sıkı olduğu tesbit edilmiştir. Erkek hastamızda bu dar defektten bütün omentum majusun herni kesesi içine geçtiği ve bir inkarserasyon potansiyeli taşıdığı tesbit edilmiştir. Herni tanısı kesin ise operasyonda abdominal yol tercih edilir. Kuşku ise Morgagnide torasik girişim denir. Bu yolla keseye direkt ulaşılır ve yapışıklıklar ayrılabilir. Hasta şişmansa abdominal girişim güçtür. Ama fitik bilateral ise karından ikisi birlikte tamir edilebilir. Kann organları görülerek yerine konabilir. Kese aşağı alınarak defektin kenarlarından uzakta kesilir. Tek tek ipek su türle diaframanın yuvarlak kenarlarından geçip perikardiuma derince geçirilir 4 - 5 sürürle defekt iyice kapatılır.

Bizim vakalarımızdan ikisinde de akciğere ait başka patolojik durumlar da olabileceği düşünülerek torakal girişim uygulandı. Her iki vakada da peritoneal kese mevcuttu. Herni kesesi prepare edildi, kesenin çıktığı diafragma defekti bulundu. Sonra kese açıldı, bir vakada omentum majusun büyük bir kısmı, diğeri vakada preperitoneal yağ dokusu eksize edildikten sonra periton kesesinin bir kısmı da rezeke edilmiştir. Geri kalan kısmı bağlandıktan sonra karın içine itilip defekt primer olarak tek tek ipek sütürlerle kapatılmıştır. Postoperatif komplikasyon görülmemiş hastaların şikayetleri geçmiştir.

KAYNAKLAR

1. Çetin H., Yorgancı C, Mert A. : Morgagni hernilerinin cerrahi tedavisi. *Tüberküloz ve Toraks*, 16: 42, 1968.
2. Chin E.F., Duchense E.R. : The parasternal defect. *Thoraks*, 10: 214, 1955.
3. Comer T.P., Clagett, O.T. : Surgical treatment of hernia of the foramen of morgagni J. *Thorac. Cardiovasc. Surg.* 52: 461, 1966.
4. Karasu N., Akyol T., Alper D., Tunçbilek A.: Bir morgagni hernisi vakası. *Tüberküloz ve toraks*, 18: 161, 1970.
5. Koryak M., özgen G.: Bilateral morgagni hemileri ve cerrahisi. *Tüberküloz ve toraks*, 22:377, 1974.
6. Mathews J., Hooper, R.G., Hunt K.K. : Hernia of Morgagni's foramen presenting as asymptomatic pleural mass. *Southern medical Journal*, 72: 10, 1348, 1979.
7. Sabiston D.C., Spencer F.C. : *Gibbon's surgery of the chest*. 3 th. edition W. Saunders Comp. 1979.
8. Thomas G.G., Clitherow N.R.: Herniation through the foramen of Morgagni in children. *Br. J. Surg.* 64: 215, 1977.