

## Geç Tanı Alan Morgagni Hernisi Olgusu

### Late Diagnosis of Morgagni Hernia Case Report

<sup>1</sup>Berna EGEHAN ÖRÜNCÜ<sup>a</sup>, <sup>2</sup>Nazmi Mutlu KARAKAŞ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, Türkiye

**ÖZET** Konjenital diyafragma hernilerinin canlı doğumlarda görülme sıklığı yaklaşık 1:3000'dir. Dört tip diyafragma hernisinden biri olan Morgagni hernisi diğer tiplerden daha nadirdir, asemptomatik olma eğilimindedir ve geç tanı almaktadır. Pnömoninin ayırıcı tanısında değerlendirilmesi gereken patolojilerden biri olan Morgagni hernisi, bebeklerde en sık solunum sıkıntısıyla, geç başvuran hastalarda ise tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları veya spesifik olmayan gastrointestinal semptomlarla kendini gösterebilir. Ayrıca erişkin döneme kadar asemptomatik kalabilir. Morgagni hernisinin standart tedavisi, defektin laparotomi veya torakotomi yoluyla cerrahi olarak kapatılmasıdır. Bu olgu sunumunda, yenidoğan döneminden tanı koyulana kadar tekrarlayan solunum sıkıntısı nedeniyle hastane başvuruları olan 2 olgu sunulmuştur.

**ABSTRACT** The incidence of congenital diaphragmatic hernias in live births is approximately 1:3000. Morgagni hernia, which is one of the four types of diaphragmatic hernia, is rarer than other types, tends to be asymptomatic and is diagnosed late. Morgagni hernia, which is one of the pathologies that should be evaluated in the differential diagnosis of pneumonia, may present with respiratory distress most frequently in infants, and recurrent respiratory tract infections or non-specific gastrointestinal symptoms in patients presenting late. It may also remain asymptomatic until adulthood. The standard treatment for a Morgagni hernia is surgical closure of the defect by laparotomy or thoracotomy. In this case report, 2 cases who were admitted to the hospital due to recurrent respiratory distress from the neonatal period until the diagnosis were presented.

**Anahtar Kelimeler:** Herniler, diyafragmatik, doğumsal; solunum yolu enfeksiyonları; radyografi, torasik

**Keywords:** Hernias, diaphragmatic, congenital; respiratory tract infections; radiography, thoracic

Konjenital diyafragma hernisi (KDH), yaklaşık 1:3.000 canlı doğumda görülmekte olup, gelişimin kritik aşamalarında karın ve göğüs boşluklarının ayrılmasına yol açan, diyaframın doğuştan gelen bir kusurudur.<sup>1</sup> İzole bir lezyon olarak veya bir sendromun parçası olarak ortaya çıkabilir.<sup>2</sup> KDH, olguların %50-70'inde izole bir kusur olarak ortaya çıkar.<sup>3</sup>

Morgagni hernisi (MH), 4 tip diyafragma hernisinden (DH) biridir; diğer tipler arasında, kusurun posterolateral olduğu Bochdalek hernisi, özofagus boşluğunda olduğu hiatal herni ve özofagus hiatusu bitişiğinde yer aldığı paraözofageal herni bulunur.<sup>4</sup> MH diğer konjenital DH'lerden daha nadir görülür ve tüm DH'lerin sadece %2-5'ini oluşturur. MH'de pulmoner hipoplazi nadir olduğu için daha az semp-

tomatik olma eğilimindedir ve bu durum teşhisinin gecikmesine yol açar.<sup>5</sup>

## OLGU SUNUMLARI

### OLGU 1

On altı aylık erkek hasta sık tekrarlayan hırıltılı solunum şikâyetiyle getirildi. Hastanın gestasyonel yaşının (GY) 7 ay, doğum ağırlığının (DA) 1.800 g olduğu ve doğum sonrasında oksijen ihtiyacı olup 2 gün hastanede solunum sıkıntısı nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Taburcu olduktan sonra 1 yıl içinde 3 kez daha göğüste ve karında şişliğin eşlik ettiği solunum sıkıntısı, ateş, öksürük nedeniyle birer hafta süren hastane yatışları olduğu ve hastanın hırıltılı so-

**Correspondence:** Berna EGEHAN ÖRÜNCÜ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, Türkiye

**E-mail:** bernaegehan@gmail.com

Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics.

**Received:** 28 Feb 2022

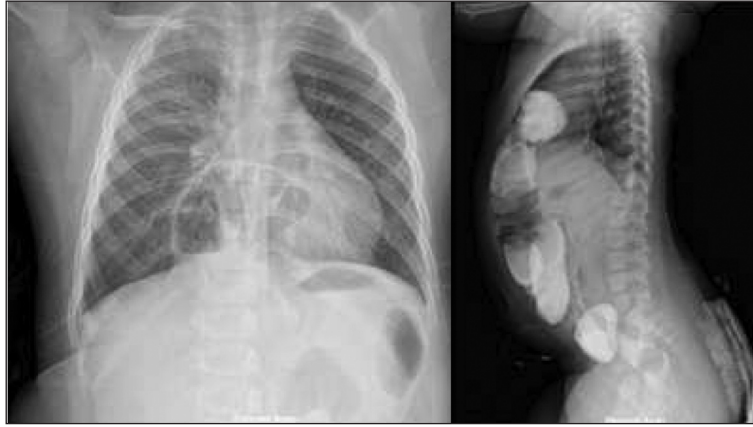
**Received in revised form:** 17 May 2022

**Accepted:** 18 May 2022

**Available online:** 24 May 2022

2146-8990 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).





RESİM 1: Operasyon öncesi ön-arka direkt grafi ve kontrastlı lateral grafi (Olgu 1).

lunumla ilgili şikâyetleri hiçbir zaman tam olarak iyileşmediği öğrenildi.

Hastanın tarafımıza başvurusunda ateşi 36,2 °C, nabızı: 128/dk, oksijen saturasyonu %95, solunum sayısı 32/dk olup yaşına göre normal değerlerle uyumluydu. Fizik muayenesinde (FM) solunumu hırıltılı olup, burun kanadı solunumu görülmüş, solunum sıkıntısı saptanmış, akciğer seslerinin kaba ve azalmış olduğu fark edilmiştir, diğer sistem muayeneleri normal saptanmıştır. Tekrarlayan ateşli solunum sıkıntısı öyküsünün olması ve hırıltılı solunumunun sürekli olduğunun öğrenilmesi üzerine çekilen 2 yönlü akciğer grafisinde ve lateral grafide sternum posterioru ve kalp anterioru boyunca torasik boşluğa uzanım gösteren bağırsak ansları izlenmiştir (Resim 1). Hastada ön tanı olarak MH düşünülmüş ve çocuk cerrahisine konsülte edilmiştir.

Çocuk cerrahisi tarafından hastaya oral kontrastlı lateral grafi çekilip tanı ardından opere edilmiş ve apendiks dâhil çekum retrosternal alandan batın içerisine itilip yerleştirilerek defekt kapatılmıştır (Resim 2). Hastanın postoperatif kontrollerinde hırıltılı solunum şikâyetinin geçtiği görülmüş ve ek anomaliler açısından yapılan tetkiklerinden ekokardiyografisinde patoloji saptanmamıştır. Hasta onamı alınmıştır.

## OLGU 2

On bir aylık erkek hasta, GY: 29 hafta DA: 900 g olup 3 ay yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenmiştir. Başvurudan 1 ay önce burun akıntısı ve ak-

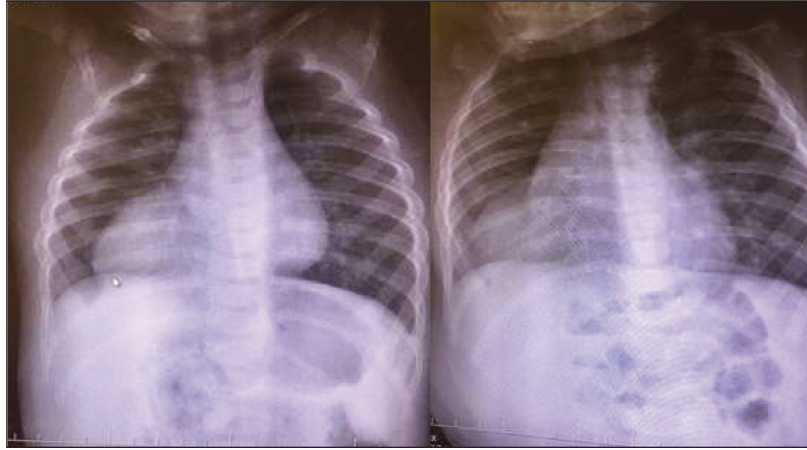
sırma yakınması ile başka bir merkezde akciğer grafisi çekildiği ve pnömoni tanısı aldığı öğrenilmiştir. Aynı merkeze kontrole gittiğinde tekrar çekilen akciğer grafisinde aynı görünümün devam etmesi nedeniyle toraks ultrasonografisi ile değerlendirilmiş, sağ parakardiyak alanda 27x13 mm'lik atelektatik segment saptanmıştır. İleri inceleme amacıyla tarafımıza başvuran hastanın, başvuru anında herhangi bir yakınması bulunmamaktaydı.

Öz geçmişinde, başvurudan yaklaşık 3 ay önce karaciğer sol lob posteriorunda parankim içi yerleşimli, net sınır vermeyen, 6x5 mm boyutlarında heterojen hipoekoik lezyon olduğu ve biyopsi yapıldığı öğrenildi.

Soy geçmişinde özelliği olmayan hastanın FM'de patolojik bulgu saptanmadı. İki yönlü akciğer grafisinde sağ parakardiyak alanda, diyafragma üzerine anterior yerleşimli, yaklaşık 4x4 cm boyutlarında düzgün sınırlı radyopak lezyon görüldü (Resim 3).



RESİM 2: Operasyon sonrası ön-arka direkt grafi (Olgu 1).



RESİM 3: Ön-arka direkt grafide sağ hemitoraksta Morgagni hernisi (Olgu 2).

Hemogramı, biyokimyasal tetkikleri ve tümör belirteçleri normal olan hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde sağda MH ile uyumlu, sağ hemidiyafragma mediyal bölümünde izlenen defektif görünüm ve karaciğer sol lob mediyal segmentinin bu alandan sağ hemitoraks içine doğru herniasyonu saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisi de çekilen hastanın tanısı kesinleştirildi. Hasta onamı alınmıştır.

Diyafragmatik herniler, herni kesesinin içinde bulunan organa göre farklı radyografik bulgular gösterebilir. Önceki akciğer grafisi normal olan hastada iyatrojenik olarak herni geliştiği düşünüldü. Karaciğer gibi solid bir organ bulunmasından dolayı da akciğer grafisinde pnömoni görünümünü taklit ettiği düşünülmüştür.

## TARTIŞMA

Olgu 1’de sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonu nedeniyle tekrarlayan hastane başvuruları olmasına rağmen geç tanı alması, KDH’ler konusunda daha dikkatli olmamız gerektiğini, tekrarlayan akciğer enfeksiyonlarında ayrıntılı öykü ve FM’nin yanı sıra gerektiğinde çekilen akciğer grafisinin de tanıda yardımcı olabileceği ve ayırıcı tanıda DH’lerin akılda bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Olgu 2’de semptomlar ve radyolojik bulguların pnömoniyi taklit ettiği ancak ayırıcı tanıda enfeksiyon ve malignitelerin yanı sıra solid organ herniasyonlarının da düşünülmesi gerektiği ve herni

kesesinin içinde bulunan organa göre DH’lerin farklı radyografik bulgular verebildiği gösterilmiştir.

Çocuklarda pnömoni zor bir tanıdır çünkü ortaya çıkan belirti ve semptomlar spesifik değildir (özellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda) ve hastanın yaşına, sorumlu patojene ve enfeksiyonun ciddiyetine bağlı olarak değişebilir. Tüm yaş gruplarında ateş ve öksürük, pnömoninin ayırt edici özelliğidir. Takipne, artan solunum işi ve hipoksi gibi diğer bulgular öksürükten önce gelişebilir. Pnömoninin ayırıcı tanısında değerlendirilmesi gereken patolojilerden biri olan MH, bebeklerde en sık solunum sıkıntısıyla, geç başvuran hastalarda ise tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları veya spesifik olmayan gastrointestinal semptomlarla kendini gösterebilir. Ayrıca erişkin döneme kadar asemptomatik kalabilir.<sup>6</sup> Literatürde akut perforé intratorasik apandisit ve intestinal obstrüksiyon ile başvuran 72 yaşında olgu bildirilmiş olup, nefes darlığı şikayeti ile başvuran 56 yaşında bir başka olgu da mevcuttur.<sup>7,8</sup> Al-Salem ve ark.nın yaptığı çok merkezli bir araştırmada, MH saptanan 1 ile 9 yaş arası olguların %81’inin tekrarlayan torasik enfeksiyon ile başvurduğu bir başka çok merkezli araştırma olan Escarcega ve ark.nın yaptığı çalışmada da 8-24 ay arası (ortalama 13,5 ay) semptomatik pediatrik olguların %88,89 unda solunum sistemi enfeksiyonu başvuru nedeni olarak saptanmıştır.<sup>9,10</sup>

MH’nin standart tedavisi, defektin laparotomi veya torakotomi yoluyla cerrahi olarak kapatılmasıdır.<sup>11</sup>

**Finansal Kaynak**

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

**Çıkar Çatışması**

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi

bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

**Yazar Katkıları**

**Fikir/Kavram:** Berna Egehan Örüncü; **Tasarım:** Berna Egehan Örüncü; **Denetleme/Danışmanlık:** Berna Egehan Örüncü; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Berna Egehan Örüncü; **Analiz ve/veya Yorum:** Berna Egehan Örüncü, Nazmi Mutlu Karakaş; **Kaynak Taraması:** Berna Egehan Örüncü; **Makalenin Yazımı:** Berna Egehan Örüncü; **Eleştirel İnceleme:** Berna Egehan Örüncü, Nazmi Mutlu Karakaş; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Berna Egehan Örüncü; **Malzemeler:** Berna Egehan Örüncü.

**KAYNAKLAR**

- Dingeldein M. Congenital diaphragmatic hernia: management & outcomes. *Adv Pediatr.* 2018;65(1):241-7. [Crossref] [PubMed]
- Chandrasekharan PK, Rawat M, Madappa R, Rothstein DH, Lakshminrusimha S. Congenital Diaphragmatic hernia-a review. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2017;3:6. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Chatterjee D, Ing RJ, Gien J. Update on congenital diaphragmatic hernia. *Anesth Analg.* 2020;131(3):808-21. [Crossref] [PubMed]
- Svetanoff WJ, Rentea RM. Morgagni Hernia. 2022 May 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. [PubMed]
- Alqadi G, Saxena AK. Laparoscopic Morgagni hernia repair in children: systematic review. *Journal of Pediatric Endoscopic Surgery.* 2019;1(3):85-90. [Crossref]
- Golden J, Barry WE, Jang G, Nguyen N, Bliss D. Pediatric Morgagni diaphragmatic hernia: a descriptive study. *Pediatr Surg Int.* 2017;33(7):771-5. [Crossref] [PubMed]
- Saqib SU, Hamid K, Chawla TU. Congenital Morgagni hernia presenting as complete small bowel obstruction in the adult-a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;76:390-3. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Humble AG, Sample CB. Morgagni's hernia in a hypoxaemic adult. *Lancet.* 2016;388(10045):705. [Crossref] [PubMed]
- Al-Salem AH, Zamakhshary M, Al Mohaidly M, Al-Qahtani A, Abdulla MR, Naga MI. Congenital Morgagni's hernia: a national multicenter study. *J Pediatr Surg.* 2014;49(4):503-7. [Crossref] [PubMed]
- Escarcega P, Riquelme MA, Lopez S, González AD, Leon VY, Garcia LR, et al. Multi-institution case series of pediatric patients with laparoscopic repair of Morgagni Hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2018;28(8):1019-22. [Crossref] [PubMed]
- Bawazir OA, Mahomed A, Fayyad A, Bagaryn E, Bawazir A, Mandora R. Laparoscopic-assisted repair of Morgagni hernia in children. *Annals of Pediatric Surgery.* 2020;16(1):1-7. [Crossref]