

Gastrik volvulus ile birlikte paraözefageal herni, Morgagni hernisi ve karaciğer kisti: nadir görülen bir akut batın tablosu

Metin Gündüz (*), Müslim Yurtçu (**), Engin Günel (**)

ÖZET

Gastrik volvulus, gastrik ligamentlerin gevşekliği veya yokluğuna bağlı primer olabileceği gibi, paraözefageal veya diyafragmatik hernilere bağlı sekonder de gelişebilir. Gastrik volvulus ile birlikte paraözefageal herni, Morgagni hernisi ve karaciğer kisti nadir görülen bir akut batın nedeni olup, acil cerrahi müdahale gerektirir. Bu yazıda gastrik volvulus, paraözefageal herni, Morgagni hernisi ve karaciğer kisti birlikteliği güncel literatür bilgisi eşliğinde tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: *Gastrik volvulus, karaciğer kisti, Morgagni hernisi*

SUMMARY

Gastric volvulus associated with paraesophageal hernia, Morgagni hernia and liver cyst: a very rare picture of acute abdomen

Gastric volvulus may develop primarily as a result of looseness or lack of gastric ligaments or secondarily to paraesophageal or diaphragmatic hernias. Gastric volvulus associated with paraesophageal hernia, Morgagni hernia, and liver cyst is a very rare cause of acute abdomen, and requires prompt surgical intervention. In this article the association of gastric volvulus, paraesophageal hernia, Morgagni hernia and liver cyst is being discussed under the light of current literature data.

Key words: *Gastric volvulus, liver cyst, Morgagni hernia*

Giriş

Gastrik volvulus (GV), gastrik ligamentlerin gevşekliği veya yokluğuna bağlı primer olabileceği gibi, paraözefageal veya diyafragmatik hernilere bağlı sekonder de gelişebilir. İki tür GV tanımlanmıştır: mezen-teroaksiyel GV'da pilor ve antrum midenin kısa aksı üzerinde fundusun önü veya arkasına, organoaksiyel GV'da ise büyük kurvatur midenin uzun aksı üzerinde küçük kurvatur üzerine veya arkasına döner (1).

GV çocukluk yaş döneminde nadir bildirilen bir klinik tablo olup, görüldüğünde hızlı tedavi gerektirir (2). Bu yazıda gastrik volvulus, paraözefageal herni, Morgagni hernisi ve karaciğer kisti birlikteliği güncel literatür bilgisi eşliğinde tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

Huzursuzluk, beslenememe ve hematemez şikayetleri ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine yatırılan 6 aylık erkek olgu kliniğimizde değerlendirildi. Yapılan fizik muayenede letarjik olan olguda, abdominal hassasiyet, distal hipospadias ve inguinal herni onarımı nedeniyle oluşan sol inguinal transvers kesi skarı saptandı, ateşi 37.3 °C, nabızı 120/dk, tansiyon arteriyel 70/40 mmHg idi.

Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 17.900 K-uL (4-10), hemoglobin 7.7 gr/dL (12.1-17.2), trombosit 242×10^3 uL ($150-400 \times 10^3$), sedimantasyon 4 mm/saat ve diğer biyokimyasal parametreleri normal değerler arasındaydı.

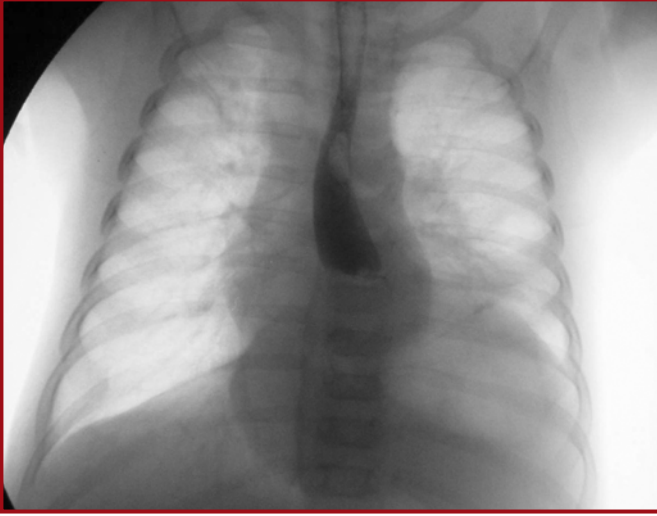
Radyolojik incelemede ayakta direkt karın grafisinde sol hemitoraksta retrokardiyak hava-sıvı seviyesi mevcuttu. Bu hava-sıvı seviyesini değerlendirmek için yapılan üst gastrointestinal sistem kontrastlı çalışmasında distal özefagusta dolun olmadığı tespit edildi (Şekil 1).

Hastaya nazogastrik sonda takılmaya çalışıldı, sonda ilerletilemedi. Resüsitasyon 20 ml/kg/saat Ringer Laktat solüsyonu ile yapıldı ve nabız 100/dk, tansiyon arteriyel 85/55 mmHg olarak ölçüldü. Acil la-

* Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği
**Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

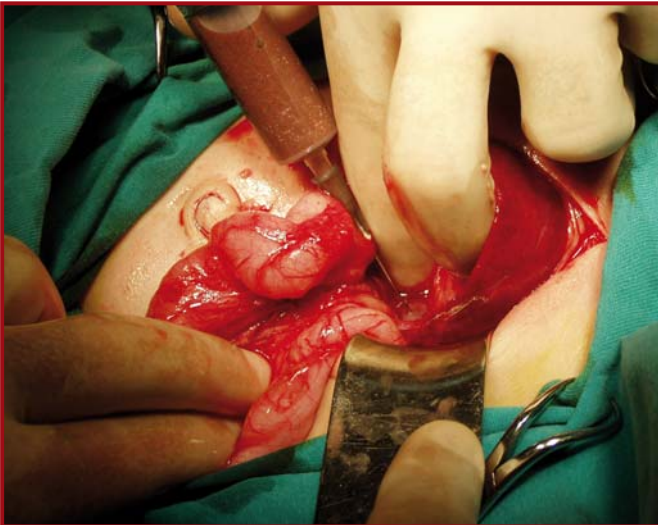
Aynı basım isteği: Dr. Metin Gündüz, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, 42100, Konya
E-mail: drmetingunduz@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 08.04.2010 • Kabul tarihi: 04.11.2010

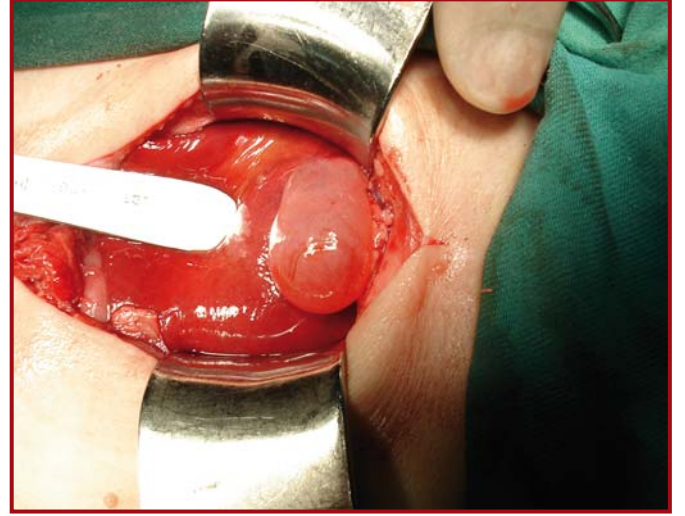


Şekil 1. Üst gastrointestinal sistem kontrastlı çalışması

parotomi kararı alındı. Göbek üstü mediyan kesi ile batına girildikten sonra eksploratif laparatomide midenin batın içinde olmadığı, özefagusun sol lateralinde diyafragmatik defekt olduğu, midenin bu defektten kardiaları hariç mediyastene, pilor ve antrum dahil herniye olduğu, duodenum 1. kısmının defektin dışında batın içinde olduğu gözlemlendi. Mide karına redükte edilmeye çalışıldı, fakat ödem nedeniyle inkarsere olduğu görüldü, iğne ile yaklaşık 25 ml minimal hemorajik gastrik sıvı aspire edilerek mide dekomprese edildi ve sonrasında batın içine redükte edilebildi (Şekil 2). Mide antrum ve pilorunun küçük aks üzerinden fundusun üzerine döndüğü olgu, GV olarak değerlendirildi. Midede nekroz veya iskemi olmayıp, perfüzyonun yeterli olduğu tespit edildi. Eksplorasyona devam edildiğinde özefagus sol lateralinde yaklaşık 3 cm'lik defekt, karaciğer sol lobda 3x1.5 cm boyutlarında basit kist (Şekil 3), 2x1 cm boyutlarında Morgagni hernisi mevcuttu. Morgagni



Şekil 2. Mide dekompresyonu



Şekil 3. Karaciğer kisti

herni kesesi eksize edildi, paraözefageal herni onarımı ve gastropexi yapıldıktan sonra ameliyata son verildi. Hastaya nazogastrik sonda takılıp 3 gün intravenöz mayi ve antibiyotik verildi. Postoperatif 3. gün oral sıvı gıda verilen, daha sonra normal gıdalarla beslenen hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hasta taburcu edildi. Postoperatif 1 ve 3. aylarda yapılan kontrollerde herhangi bir şikayet saptanmadı.

Tartışma

Çocukluk yaş grubunda nadir görülen GV'un diyafragmatik defektlere eşlik ettiği bilinmektedir (4,5). Yapılan bir çalışmada GV olgularının %64'ünde konjenital diyafragma hernisinin tespit edildiği bildirilmiştir (6). Sıklıkla diyafragmatik herni içine çıkan mide kendi üzerine katlanmakta ve GV oluşmaktadır (7). Diğer taraftan konjenital paraözefageal hiatal herniler çocuklarda oldukça nadir görülmektedir (8). Pektus ekskavatumu, nöbetler halinde ortayan çıkan şiddetli karın ağrısı ve öğürme şikayetleri olan 3 yaşında bir kız hastada konjenital paraözefageal herni ile birlikte parsiyel GV tespit edilmiştir (9). Olgumuzdan farklı olarak burada herni kesesi bulunmuş ve operasyon laparoskopik yapılmıştır. Akut ve kronik GV'lu 36 vakanın değerlendirildiği bir çalışmada tekrarlayan kusma atakları olan 3 aylık erkek hastada, büyük paraözefageal defektle birlikte herni kesesi ve GV tespit edilmiştir (10). Tükrüğünü yutamama ve siyanoz şikayeti olan 7 günlük hastada paraözefageal herni beraberinde GV ve olgumuzdan farklı olarak dalağın da herniye olduğu görülmüştür (11).

Gastrokolik ve gastrosplenik ligamentlerin yokluğu GV'a neden olabilir (12). GV sınıflandırılması midenin katlanma şekli (mezenteroaksiyel, organoaksiyel veya miks tip), katlanma derecesi (komplet veya in-

komplet), katlanmaya bağlı bulguların ortaya çıkış süresi (akut veya kronik) ve katlanmanın yönüne (anteriyor veya posteriyor) göre yapılıdır (13). Borchardt triadı (İnatçı öğürme ile birlikte kusamama, akut lokalize epigastrik distansiyon ve nazogastrik sonda takılamaması) GV için tipik olmakla birlikte, her olguda görülmeyebilir. Bizim olgumuzda nazogastrik sonda takılamaması dışında öğürme ataklarına rağmen kusma görülmedi, sadece bir kez az miktarda hematemez olduğu aile sorgulamasında öğrenildi. Epigastrik distansiyonun olmamasının midenin tamamının toraks boşluğuna geçmesine bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Olgumuz operasyon bulguları eşliğinde mezenteroaksiyel, komplet, anteriyora katlanmış olarak değerlendirildi. Semptomların ortaya çıkış şekline göre ise akut idi.

Hematemez varlığı genelde gastrik iskemiye düşündürmekle birlikte, olgumuzda iskemi tespit edilmiştir. Olgumuzda yapılan eksplorasyonda midede iskemi olmaması hematemezin sadece bir kez ve az miktarda olması ve semptomların akut başlamış ve müdahalenin erken dönemde yapılmış olmasına bağlayabiliriz.

Kusamama ve nasogastrik sonda takılamaması durumlarında öncelikle GV akla getirilmeli ve hızlı bir şekilde direkt grafi ve kontrastlı üst gastrointestinal sistem çalışmalarıyla pasaj değerlendirilmelidir. Bu tetkiklerin geciktirilmesi tablonun kötüleşmesine ve çocuğun septik tabloya girmesine neden olabilecektir. Tedavide esas olan volvulus redüksiyonu, gastropeksi ve bizim olgumuzda olduğu gibi, varsa diyafragmatik defektlerin onarımıdır (1).

GV ile birlikte bilateral diyafragma evantrasyonu ve Morgagni hernisi tariflenmiş olmasına rağmen (14,15), yaptığımız literatür taramasında gastrik volvulusla birlikte paraözefageal herni, Morgagni hernisi ve karaciğer kisti birlikteliği saptayamadık. Bildirilen olgularda mide konjenital diyafragmatik herni içine herniye olmakta ve ligamentlerin gevşekliği veya yokluğuna bağlı volvulus gelişmektedir. Bizim olgumuzda ise midenin paraözefageal diyafragmatik herni içine herniye olduğu saptandı.

GV hayatı tehdit eden bir klinik tablo olup, tanıda şüphe çok önemlidir. Tedavi edilmeyen GV'da mortalite %80'in üzerindedir (16). Tedavideki gecikme

strangülasyon, perforasyon, pankreatit, peritonit, şok ve ölüm gibi çok ağır komplikasyonlara neden olabilir. Ayrıca diyafragmatik defektlerde GV birlikteliği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Koontz CS, Wulkan M. Lesions of the stomach. In: Holcomb GW, Murphy JP (eds). *Ashcraft's Pediatric Surgery*. 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010: 391-399.
2. Howard ER, Stringer MD. Gastric volvulus. In: Puri P (ed). *Newborn Surgery*. 1st ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1996: 272-276.
3. Park WH, Choi SO, Suh SJ: Pediatric gastric volvulus: Experience with seven cases. *J Korean Med Sci* 1992; 7: 258-263.
4. Kotobi H, Auber F, Otta E, et al. Acute mesenteroaxial gastric volvulus and congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Surg Int* 2005; 21: 674-676.
5. Mayo A, Erez I, Lazar L, et al. Volvulus of the stomach in childhood: the spectrum of the disease. *Pediatr Emerg Care* 2001; 17: 344-348.
6. Cameron AE, Howard ER. Gastric volvulus in childhood. *J Pediatr Surg* 1987; 22: 944-947.
7. Stolar CJ, Dillon PW. Congenital diaphragmatic hernia and evantration. In: Grosfeld JL, O'Neill JA Jr, Coran AG (eds). *Pediatric Surgery*. 6th ed. Philadelphia: Mosby, 2006: 931-954.
8. Karande TP, Oak SN, Karmarkar SJ, et al. Gastric volvulus in childhood. *J Postgrad Med* 1997; 43: 46-47.
9. DeUgarte DA, Hirschl RB, Geiger JD. Robotic repair of congenital paraesophageal hiatal hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2009; 19 (Suppl 1): S187-189.
10. Al-Salem AH. Acute and chronic gastric volvulus in infants and children: who should be treated surgically? *Pediatr Surg Int* 2007; 23: 1095-1099.
11. Samujh R, Kumar D, Rao KL. Paraesophageal hernia in the neonatal period: suspicion on chest X-ray. *Indian Pediatr* 2004; 41: 189-191.
12. Dalgaard JB. Volvulus of the stomach. *Acta Clin Scand* 1952; 103: 131-136.
13. Karabulut R, Türkyılmaz Z, Sönmez K, et al. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia with intrathoracic gastric volvulus. *World J Pediatr* 2009; 5: 226-228.
14. Oh A, Gulati G, Sherman ML, et al. Bilateral eventration of the diaphragm with perforated gastric volvulus in an adolescent. *J Pediatr Surg* 2000; 35: 1824-1826.
15. Chatterjee H, Ravishankar N, Chandramouli MM. Herniation through triple defects of the diaphragm with gastric volvulus. *Pediatr Surg Int* 2001; 17: 459-460.
16. Al-Salem A. Intrathoracic gastric volvulus in infancy. *Pediatr Radiol* 2000; 30: 842-845.