

## YAŞLILARDA MORGAGNİ HERNİLERİ

Ilker Ökten\*

Mustafa Paç\*\*

Sadi Kaya\*\*\*

Tahir Yüksek\*\*\*\*

Morgagni hernileri superior epigastrik arterin ve bazı lenfatiklerin diafragmadan geçtiği yerdeki diafragmanın yapışmasında bir defektten oluşan ve peritondan bir keseleri olan diafragmatik hernilerdir.

Tüm diafragma hernilerinin % 3 ü Morgagni türündedir (1,2,3). Bu herni ilkin 1769 da Morgagni tarafından tanımlanmıştır, % 90 vaka sağda, % 8 bilateral bulunur (3). Solda nadirdir. Bu hernilere anterior diafragmatik, parasternal, retrosternal herni de denir. Yaşlılarda ekseriya semptomsuzdur. Kardiofrenik açıdaki 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. Kliniğimizde 1982 yılında ameliyat ettiğimiz yaşlı gurutpan iki morgagni herni vakasını nadir görülmesi nedeniyle yayınlamayı uygun bulduk.

### VAK'A TAKDİMİ

Vaka I.K.E. 57 yaşında bir kadın hasta. 29.1.1982 de yatırıldı. Çarpıntı ve öksürük şikayeti mevcut. 4 yıldır kuru öksürük oluyormuş. Fizik muayenesinde hiçbir patolojik bulgu yok. Rutin laboratuvar tetkikleri normal. PA toraks grafisinde sağ kardiofrenik açıda 5 cm çapta homojen, yuvarlak gölge mevcut (Resim - 1). Yan grafide göğüs ön duvarı ile komşu, yuvarlak homojen görünüm belirleniyor (Resim 2). Hastaya bronkoskopi yapıldı sağ alt lob segment ağızları daralmış olarak görüldü. Endobronşial lezyon yoktu. Hasta operasyona alınıp sağ torakotomi yapıldı. Kardiofrenik sinüste önde perikarda yapışık yağ dokusu belirlendi. Doku disseke edildi. Periton görüldü. Ke-

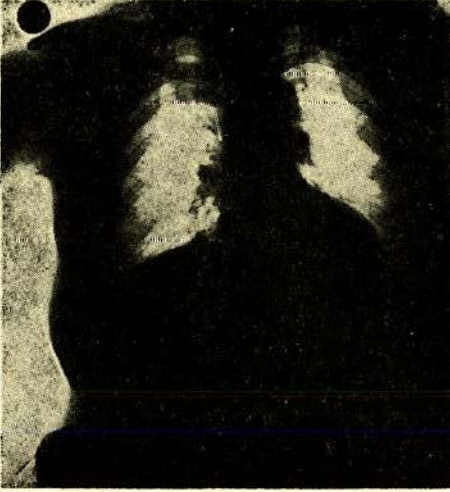
\* A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalb ve Damar Cerrahisi Anabilmi Dalı Birimi Doçenti

\*\* A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalb ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Uzmanı

\*\*\* A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalb ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Uzmanı

\*\*\*\* A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalb ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Uzmanı





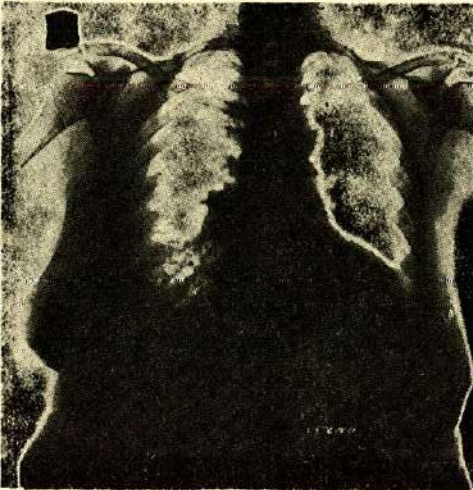
Şekil 1



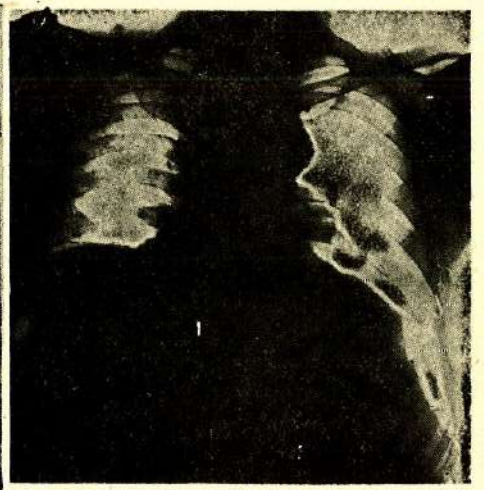
Şekil 2

se ve yağ dokusu rezekle edilip defekt primer tamir edildi. Postoperatif komplikasyon olmadı. Hasta 16.2.1982 de şifa ile taburcu edildi (Resim - 3).

Vaka II - D.Ş. 74 yaşında bir erkek hasta. 30.4.1982 de nefes darlığı ve iki aydır öksürük şikayeti ile yatırıldı. Fizik muayene bulguları normal. Rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji yok. PA toraks grafisinde sağda 4. kot ön ucu ile diafragma arasında muntazam kenarlı homojen pnömonik gölge mevcut (Resim - 4). Yan grafide göl-



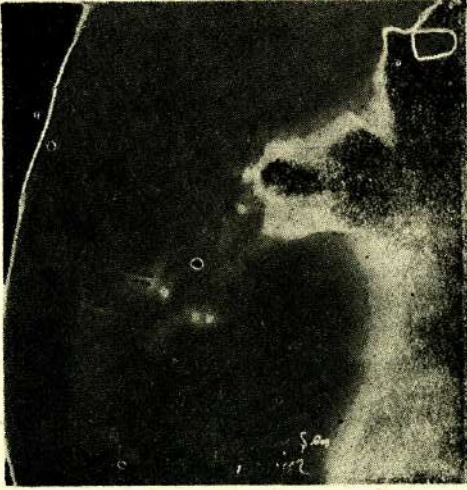
Şekil 3



Şekil 4



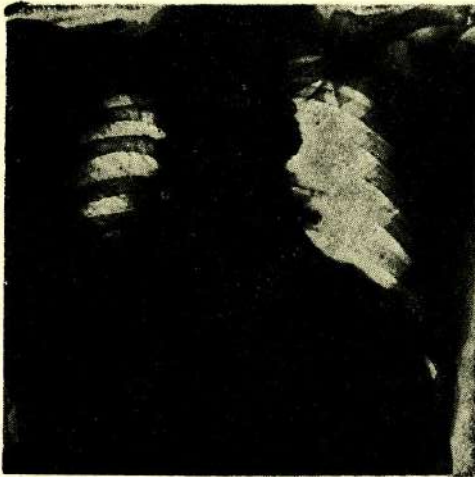
ge retrosternal yerleşimdedir. (Resim - 5). Bronkoskopide patoloji yoktu. Hastaya sağ torakotomi yapıldı. Retrosternal 7x8x10 cm. lik kitle belirlendi. Periton kesesi ile çevrili bu kitle içinde omentum majus ve yağ dokusu mevcuttu. Periton kesesi prepare edildi. Diafragmada 2 cm lik bir defekt mevcuttu. Keseli omentum kısmen rezektive edilip defekt ipek sütürle kapatıldı (Resim - 6). Postoperatif komplikasyon olmadı. Hasta 11.5.1982 de şifa ile taburcu edildi (Resim - 7).



Şekil 5



Şekil 6



Şekil 7

### TARTIŞMA

Borret ve Wharaton 1934. Brown 1952 de bu herninin embriyolojik yönü üzerine çalışmışlardır. Diafragmanın orijini ventralde septum transversum, lateralde pleura-peritoneal kıvrımlar, arkada özofagus mezosudur. Bunlar ilerliyerek bağ dokusunu membranından olu-



şan ilkel diafragmı yaparlar. Diafragmanın muskularizasyonu 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. Diafragma'nın sternumla birleşme yetersizliği en çok sternumun alt ucunda olur. Ksifoid gelişmez veya sternal hiatus gelişir. Diafragmanın nihai muskularizasyonunun ve ksifosternumun füzyonunun tam olmaması ile burada defekt gelişir. Bu arada intraabdominal basınç artımı da normal gelişme ve yapışmasına engel olur, ve her durumda konjenital olan morgagni forameni ortaya çıkar.

Diafragmanın gelişimi tamamlanınca son altı kaburganın alt yüzlerinden, kostal kartilajdan ksifoid çıkıntıdan ve ilk üç lomber vertebradan gelişmiş olur. Bu tip anterior herniler iki tiptir. I. tipte ksifoid çıkıntıdan doğan belirli bir fibrotendinöz kayma mevcuttur ve bu herni bu kaymadan kaynaklanır. Ksifoid çıkıntı normaldir, sebebi pleuroperitoneal kıvrımın tam olmayan birleşmesidir. II. tipte defekt sternumun solunda başlar ve sağa doğru 7. kostal kartilaj boyunca uzanır. Bu tipte ksifoid kısa, asimetric veya yoktur. Nedeni ksifoid füzyon yetersizliği ve ön musküler eleman yetmezliğidir. Peritoneal kesenin varlığı her zaman gerekmez.

Yaş, cins ve lokalizasyon dağılımı : Literatürde 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, 4 ünde bilateral, 1 inde solda idi (3). Thomas ve Cilt-herow'un 8 vak'asından 3 ü kadın 5 i erkek, herni 3 vak'ada sağda, 5 vak'ada solda idi (8). Bizim iki vak'amızdan birisi erkek, diğeri kadın, yaşları 57 ve 74 idi. Her iki vak'ada da herni sağ tarafta di, ve herniler periton kesesi ile çevrilmişti. Comer'in 4 vak'asında periton kesesi yoktu, 30 hastada kesede transvers kolon, 13 hastada yalnız omentum, 6 vak'ada midenin bir kısmı, 4 vak'ada karaciğer, 1 vak'ada ince barsak bulunmuştu (3).

Literatürde bu hernilerin semptomlarının az olduğu bildirilmiştir (4). Chin ve Duchense 27 hastanın yalnız 5 inde semptom buldular (2). Comer (3) 50 vak'anın 14 ünde semptom belirledi. 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 çekilmeye bağlı semptomlar oluşabilmektedir. Pnömooperituanla indüksiyonda çok şiddetli ağrı olabilmektedir. Bi-



zim iki hastamızda da belirsiz şikayetler vardı. Erkek hastamız nefes darlığı, kadın hastamız çarpıntı şikayeti ile müracaat etmişti. Teşhis genellikle lateral ve PA toraks grafisi ile konur. Kardiofrenik açıda çoğunlukla sağda (bebeklerde solda) yuvarlak bir gölge mevcuttur (7). Lateral filmde anterior kardiofrenik açıda ön duvarla yakın temasta bir gölge görülür (5). Yağ dokusu veya omentum varsa gölge opak, barsak varsa hava görülür. Teşhis pnömoperitüanla doğrulanabilir. Kolon varsa baryum lavmanı bilgi verebilir. Yalnız omentum varsa transvers kolon açılanmıştır. Kesenin ağzı dar ve çok sıkı ise pnömoperitüan bilgi vermeyebilir. Chin ve Duchense pnömoperitüanla 10 vakadan 6 sında bilgi sahibi olabildiler (2). Bir vak'ada pnömoperikardiuma bağlı kardiak tamponad gelişmiştir. Comer 50 vak'adan 35 ine doğru tanı koymuştur (3). Bizim her iki vakamızda da sağ parakardiakta opak gölge mevcut olup, birinde endoskopi ile sağ alt lob bronkusunda itilme ile daralma belirlenmiştir.

Ayırıcı tanıda pleuroperikardial kist, pleural mezotelioma, perikardial yağ, mediastinal lipom, diafragma tümörü veya kisti, timoma, göğüs ön duvarı tümörleri düşünülebilir (6). Morgagni hernilerinin tedavisi cerrahidir. Chin ve Muchense (2) semptom olmadıkça ameliyat önermezler. Comer (3) ise bu vak'alarda kesenin ekseri dar ve sıkı olduğunu inkanserasyon ve strangulasyon görülebileceğini, ayrıca defektteki yağ dokusunun perikard ve çevreye yapışarak çekilme ağrısı yapabildiğini bu nedenlerle cerrahi tedavinin zorunlu olduğunu iddia eder. Bizim iki vak'amızda da kesenin dar ve sıkı olduğu tesbit edilmiştir. Erkek hastamızda bu dar defektten bütün omentum majusun herni kesesi içine geçtiği ve potansiyel bir inkanserasyon riski taşıdığı tesbit edilmiştir. Herni tanısı kesin ise abdominal yol tercih edilir. Kuşku ise torasik girişim denenir. Bu yolla keseye direkt ulaşır, yapışıklıklar ayrılabilir. Hasta şişmansa abdominal girişim güçtür. Ama fıtık bilateral ise karından ikisi birlikte tamir edilebilir. Karın organları görerek yerine konabilir. Kese aşağı alınarak defekt kenarlarından uzakta kesilir. Tek tek ipek sütürle diaframanın yuvarlak kenarlarından geçip, perikondriuma derince geçilir, 4-5 sütürle defekt iyice kapatılır.

Bizim iki vak'amızda da kesin tanı konmamıştı, bu nedenle torakal girişim uygulandı. Her iki vak'ada da peritoneal kese mevcuttu. Herni kesesi prepare edildi, kesenin çıktığı diafragma defekti bulundu, sonra kese açıldı. Bir vak'ada omentum majusun büyük bir kısmı, diğer vak'ada preperitoneal yağ dokusu eksize edildikten sonra peri-



ton kesesinin bir kısmı da rezeke edildi. Geri kalan kese kısmı bağlandıktan sonra karın içine itilip, defekt primer olarak tek tek ipek sütürlerle kapatıldı. Postoperatif komplikasyon görülmedi, hastaların şikâyetleri geçti.

### ÖZET

Morgagni hernisinde konjenital bir olay söz konusudur. Çoğunda direkt herni kesesi mevcuttur. Karın organları bu keseye girebilir. Superior epigastrik arterin geçiş yerinde defektin olduğu öne sürülür. Çoğu kez tek taraflıdır. Erişkinde daha çok sağda, yeni doğanda soldadır. Çoğunlukla cerrahi girişim gerektirmez. Tanı kesin ise abdominal, değilse torakal girişim önerilir. Çok nadir görülen bir herni tipidir. Tedavisi cerrahidir.

### SUMMARY

#### The Herria of The Foramen Morgagni

The hernia of the foramen of Morgagni is a very rare type of diaphragmatic hernias. In this study two cases of Morgagni's hernia were presented. In both cases there were peritoneal sacs filled by fat tissue. The defects were repaired by right toracotomies and these cases were compared with the other reviews.

### LİTERATÜR

- 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. Thorax, 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 - Gibbon's Surgery of the Chest, Sabiston D.C., Spencer F.C., 3th edition, W.B. Saunders Comp.
- 5 - Karasu N., Akyol T., Alper D., Tunçbilek A. : Bir Morgagni hernisi vakası. Tüberküloz ve Toraks, 18 : 162, 1970.
- 6 - Koryak M., Özgen G. : Bilateral Morgagni hernileri ve cerrahisi. Tüberküloz ve Toraks, 22 : 377, 1974.
- 7 - Mathews J., Hooper R.G., Hunt K.K. : Hernia of Morgagni's foramen presentings as asymptomatic pleural mass. Southern Medical Journal, 72 : 10, 1348, 1979.
- 8 - Thomas G.G., Clitherow N.R. : Herniation through the foramen of Morgagni in children. Br. J. Surg. 64 : 215, 1977.