

Ateş ve Hırıltılı Solunum Şikayetleriyle Gelen Hasta

An Infant With Fever and Wheezing

Funda Tekkeşin*, Mehmet Ceyhan**

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi, Ankara, Türkiye

Vaka

Onaltı aylık erkek hasta, hastanemize başvurmadan üç gün önce başka bir merkezde 3 gün süreli ateş ve hırıltılı solunum şikayetleriyle değerlendirilip, çekilen akciğer grafisinde sağda pnömoni, kist veya sıvı olabileceği söylenerek hastanemize sevk edilmiş.

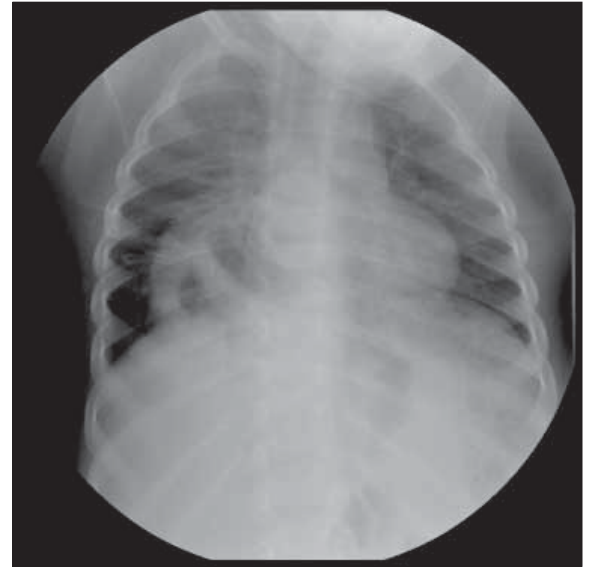
Özgeçmişinde ve soygeçmişinde, prenatal ve natal hikayesinde belirgin bir özellik yoktu. Bir ay öncesine kadar hastanın geçirdiği bir hastalık olmadığı, gelişiminin yaşitlarıyla uyumlu olduğu, anne ve baba arasında akrabalık olmadığı, 9 yaşında ve 5 yaşında iki erkek kardeşinin sağ ve sağlıklı olduğu, bir ay önce başka bir hastanede akciğer enfeksiyonu nedeniyle yatırılarak tedavi aldığı öğrenildi.

Fizik muayenede sağ akciğerde daha belirgin olmak üzere bilateral ralleri mevcuttu. Diğer fizik muayene bulguları normaldi.

Laboratuvar bulgularında tam kan sayımında hemoglobin 9.7 gr/dl; beyaz küre sayısı 8000/mm³; trombosit sayısı ise 255.000/mm³ idi.

Karaciğerin üzerindeki lokalizasyonda bulunan kistik lezyonun ayırt edilebileceği düşünüle-

rek yapılan abdominal ultrasonografi normaldi. Devam eden ateş ve hırıltılı solunum nedeniyle çekilen arka-ön akciğer grafisinde sağda, alt lob düzeyinde hava-sıvı seviyesi gösteren kalın duvarlı, kistik lezyon mevcuttu (Şekil 1). Bu hastada tanınız nedir?



Şekil 1. Vakanın arka-ön akciğer grafisi görünümü

Geliş Tarihi: 01.09.2008
Kabul Tarihi: 17.02.2009

Yazışma Adresi Correspondence Address

Dr. Mehmet Ceyhan
Hacettepe Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Enfeksiyon Hastalıkları
Ünitesi Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 311 49 63
E-posta:
mceyhan@hacettepe.edu.tr

Tanınız Nedir? (Devamı) Instructive Case (Continued)

Tanı

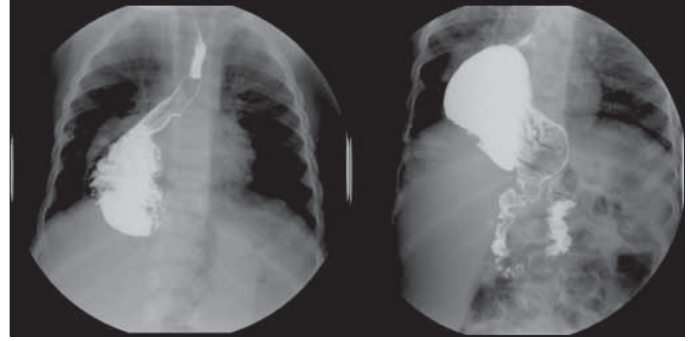
Morgagni tipinde diyafram hernisi

Hastaya çekilen özefagus-mide- duodenum (ÖMD) ve ince barsak pasaj grafisinde özefagogastrik bileşke, sağ tarafta diyaframın üzerinde diyafram hernisi yer almakta, midenin fundusu ve korpusunun büyük bir kısmı sağ hemidiyaframın üzerinde sağ parakardiak bölgede izlenmekteydi (Şekil 2). Ayrıca mide konfigürasyonu rotasyon anomalisi göstermekte, büyük ve küçük kurvaturun yer değiştirmiş olduğu görülmekteydi. Mezenteroaksiyel düzlemde de rotasyon anomalisi vardı. Mide pasajı normaldi. Mide çıkımında obstrüksiyon saptanmamıştı. Tüm ince barsak segmentlerinin konturları, kalibresi, valvula konvinentesleri, pasaj süresi normaldi.

Konjenital diyafram hernilerinin (KDH) büyük çoğunluğu antenatal olarak tanı alırlar ve neonatal dönemde ciddi solunum sıkıntısı ile prezente olurlar (1). Ancak vakaların %5 (2)-%25 (3) i neonatal dönem sonrasında, geç dönemde başvururlar. Konjenital diyafram herni insidansı 1/2000 ile 1/5000 canlı doğumdur (4).

Konjenital diyafram hernileri daha sık olarak sol posterolateral Bochdalek forameninden olur ve bu hastalar doğumda genellikle semptomatiktirler (5). Ancak Morgagni forameninden olan herniler çocuklarda oldukça nadir olup tüm konjenital diyafram hernilerinin % 1 ile %6' sını oluşturur (6). Berman ve ark. tersiyer bir hastaneden 40 yıllık bir süreçte toplam 18 Morgagni hernisi saptayarak 1989'da yayınlamış (7). Pokornay ve ark. 74 hastalık bir konjenital diyafram hernisi serisinde 4 (%5.4) Morgagni hernisi tanımlamış (8). Snyder ve Greaney'nin 77 hastalık serisinde ise yalnızca 1 Morgagni hernisi gösterilmiş(9). Al-Salem'in 38 hastalık grubunda 4 (%10.5) Morgagni hernisi görülmüş (10).

Anatomik olarak Morgagni forameni küçük, anterior subkostosternal defekt olup sternumdan medial olarak, 8. kosta kartilaja lateral olarak uzanır. Morgagni hernisi daha sıklıkla sağda (%90), %7 oranında da bilateral olarak görülür (10). Morgagni hernisi pediatrik yaş grubunda oldukça nadir olup, hastalar genellikle asemptomatiktir ve tesadüfen saptanırlar. Bu hastalar semptomatiklerse spesifik olmayan respiratuvar veya gastrointestinal sistem semptomları veya anormal akciğer grafisi bulguları ile başvururlar (10,11). Radyolojik görüntüleri pnömotasel, pnömoni, plevral efüzyon, pnömotoraks, piyopnömotoraks veya stafilkokkal pnömoniye benzeyebilir (12). Herninin içerisinde barsak ve omentum segmentlerinin bulunması geniş opasitelerin arasında translusen alanlarla birlikte lobar pnömoni ile karışan görünüm oluşturur. Bu da bu vakaların uzun süre araya giren ateşli hastalıklar nedeniyle pnömoni ile karışmasına yol açar. Her ne kadar ultrasonografide barsak segmentlerinin saptanması ve floroskopide dinamik hareketli yapının görülmesi ayırıcı tanıyı sağlarsa da bu yöntemler pnömoni düşünülen hastalarda sık uygulanmamaktadır (11).



Şekil 2. Vakanın özefagus-mide-duodenum grafisi

Barsak ve midede, konjenital vakaların % 42'sinde, sol yerleşimli hernilerin ise %80'inde malrotasyon gösterilmiştir (13). Vakamızda sağ yerleşimli herni olmasına rağmen midede malrotasyon saptanmıştır.

Sonuç olarak konjenital diyafragmatik herni nadir de olsa geç dönemde ortaya çıkabilir. Bu vakalar çoğunlukla akciğerin enfeksiyöz ve kistik hastalıkları ile karışabilir. Dolayısı ile tanıda en önemli nokta enfeksiyon ya da kistik hastalık düşünülen hastalarda diyafram hernilerinden de şüphelenilmesi ve özellikle tedaviye cevap vermeyen hastalarda herniye yönelik tanı testlerinin uygulanmasıdır.

Kaynaklar

1. Yamamoto H, Parikh H.D. An unusual late presentation of a congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Surg Int*, 2005; 21: 1021-2.
2. Osebold WR, Soper RT. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia past infancy. *Am J Surg*, 1976; 131: 748-54.
3. Newman BM, Afshani E, Kapp M.P. Presentation of congenital diaphragmatic hernia past the neonatal period. *Arch Surg*, 1986; 121: 813-6.
4. Gary E Hartman. Diaphragmatic Hernia. In Nelson's textbook of Pediatrics 15th edition. Philadelphia:W.B. Sanders and co; 1996: p.1161
5. Simson JNL, Eckstein HB. Congenital diaphragmatic hernia: a 20-year experience. *Br J Surg*, 1985; 72: 733-6.
6. Cullen ML, Klein MD, Philippart AI. Congenital diaphragmatic hernia. *Surg Clin North Am*, 1985; 65: 1135-8.
7. Berman L, Stringer D, Ein SH, Shandling B. The late-presenting pediatric Morgagni hernia: a benign condition. *J Pediatr Surg*, 1989; 24: 970-2.
8. Pokornay WJ, McGill CW, Herberg FJ. Morgagni hernias during infancy: presentation and associated anomalies. *J Pediatr Surg*, 1984; 19: 394-7.
9. Snyder WH Jr, Greaney EM Jr. Congenital diaphragmatic hernia: 77 consecutive cases. *Surgery*, 1965; 57: 576-88.
10. Al-Salem A. Congenital hernia of Morgagni in children. *Annals of Saudi Medicine*, 1998; 18: 3: 260-2.
11. Sehgal A, Chandra J, Singh V. Congenital diaphragmatic hernia: delayed presentation with asymptomatic splenic herniation. *Indian J Chest Dis Allied Sci*, 2002; 44: 57-60.
12. Lynch JM, Adkins JC, Wiener ES. Incarcerated congenital diaphragmatic hernia with small bowel obstruction. *J Pediatr Surg*, 1982; 17: 534-40.
13. Numanoğlu A, Steiner Z. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia. *South Afr J Surg*, 1997; 35: 74-6.