

# ÇOCUKLARDA ÖKSÜRÜĞÜN NADİR BİR NEDENİ: MORGAGNİ HERNİSİ

## A Rare Cause of Cough in Children: Morgagni Hernia

Funda KURT<sup>1</sup>, Sinan OĞUZ<sup>1</sup>, Meral DEMİR<sup>2</sup>, Deniz TEKİN<sup>1</sup>, Emine SUSKAN<sup>1</sup>

### ÖZET

Konjenital diyafragma hernilerinin % 1-6'sını oluşturan Morgagni hernisi, anterior, parasternal veya retrosternal diyafragma hernisi olarak da bilinir. Çocuklarda dispne, öksürük, hırıltı atakları veya gastrointestinal bulgularla ortaya çıkabilir ya da erişkin yaşlara kadar asemptomatik kalabilir. Burada öksürük şikayeti ile hastaneye başvurmuş, tek taraflı solunum sesleri az duyulduğu için çekilen akciğer grafisi ile Morgagni hernisi tanısı almış olan bir olgu sunulmuştur. Bu çalışmanın amacı; nadir görülse de solunum veya gastrointestinal sistem bulgularıyla başvuran her yaşta hastada Morgagni hernisinin ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** *Morgagni; Herni; Çocuk*

### ABSTRACT

Morgagni hernia, which constitutes 1-6's % of congenital diaphragmatic hernia is also known as anterior, parasternal or retrosternal hernia. Patients may remain asymptomatic until adulthood or in children it can present with dyspnea, cough, wheezing episodes or gastrointestinal symptoms. Patient applied to hospital with coughing complaint, diagnosis as Morgagni hernia with a chest xray because of having reduced unilateral lung sounds was presented in this case report. Although Morgagni hernia is rarely seen, this case is presented to emphasize that you need to keep in mind in the differential diagnosis in patients of all ages presenting with respiratory or gastrointestinal symptoms.

**Keywords:** *Morgagni; Hernia; Child*

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı,  
Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı, Ankara

Funda KURT, Uzm. Dr.  
Sinan OĞUZ, Uzm. Dr.  
Meral DEMİR, Ass. Dr.  
Deniz TEKİN, Doç. Dr.  
Emine SUSKAN, Prof. Dr.

### İletişim:

Uzm. Dr. Funda KURT  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı,  
Ankara  
**Tel:** 05057193808  
**e-mail:**  
drfundakurt@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 14.03.2017  
Kabul tarihi/Accepted: 05.07.2017

Bozok Tıp Derg 2017;7(3):99-102  
Bozok Med J 2017;7(3):99-102

## GİRİŞ

Konjenital diyafragma hernisi (KDH), diyaframda defektin bulunduğu nadir bir doğumsal anomalidir (1). KDH, 2000-5000 doğumda bir sıklığında görülmektedir (2,3). Diyafragma hernilerinin en sık görülen iki tipi anterior (Morgagni) ve posterolateral (Bochdalek) hernilerdir (4).

KDH'nin % 95'inden fazlasını oluşturan Bochdalek hernisinde, posterolateral herni'den batın içi organların toraks içine doğru yer değiştirdiği ve hastada değişik derecelerde akciğer hipoplazisi olduğu görülür. Bu hastalar doğumda genellikle semptomatiklerdir (1). Konjenital diyafragma hernilerinin % 1-6'sını oluşturan morgagni hernisi ise % 90 sağ tarafta % 8 sol tarafta, % 2 bilateral olarak görülür (3, 5). Morgagni hernisi asemptomatiktir ve çoğu hastada tesadüfen tanı konulur (6, 7). Yetişkin hastalarda gastrointestinal obstrüksiyon ile saptanabilirse de çocuklarda akciğer bulguları daha yaygın bir başvuru nedenidir (6). Semptomatik çocuklarda öksürük, ateş, solunum güçlüğü gibi solunum sistemi ile ilgili semptomlar görülebilir. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve hırıltılı solunum şikayeti ile gelen hastalarda akciğer grafisi ile tanı konulabilir. Bilgisayarlı toraks tomografisi ve ultrasonografi tanıda yardımcıdır (8).

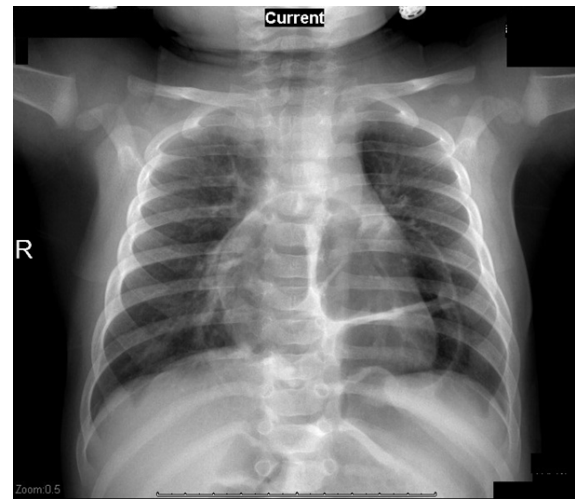
## OLGU SUNUMU

Yedi aylık erkek hasta burun akıntısı ve öksürük şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın beş gündür öksürük ve hırıltı şikayetinin olduğu, ateşinin olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın genel durumu iyi, vücut sıcaklığı 36,6 °C (koltuk altı), kan basıncı 85/50 mmHg, kalp hızı 128/dk, solunum hızı 40/dk, SPO2 %95 olarak ölçüldü. Boy: 71 cm (50-75 p) ve kilo: 8400 gr (25-50 p) idi. Hastanın pektus karinatusu vardı. Sağ akciğer medial kesimlerde solunum sesleri az alınıyordu, sol akciğer sesleri normaldi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı.

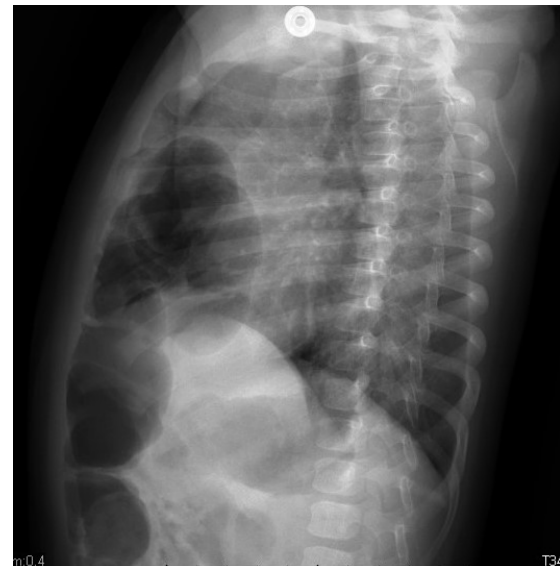
Tam kan sayımında hemogloblin 12,9 gr/dl, beyaz küre sayısı 12400/mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı 344000/mm<sup>3</sup>, eritrosit çökme hızı 12 mm/saat, C-reaktif protein < 1 mg/L idi. Periferik kan yaymasında % 36 segment,

% 62 lenfosit, % 2 monosit vardı, atipik hücre yoktu. Biyokimyasal parametreleri normal sınırlardaydı. Akciğer grafisinde sağ akciğerde parakardiyak alanda izlenen heterojen dansiteler, lateral grafilerde ön mediasten lokalizasyonuna uymakta olup morgagni hernisi lehine değerlendirildi (Resim 1, 2).

**Resim 1.** Posteroanterior akciğer grafisinde, sağ akciğerde parakardiyak alanda heterojen dansite görünümü

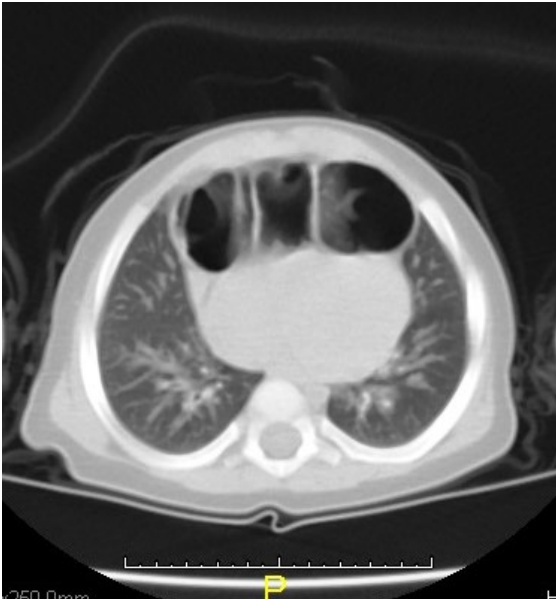


**Resim 2.** Lateral akciğer grafisinde ön mediasten lokalizasyonuna heterojen dansite görünümü



Toraks tomografisinde morgagni hernisi ile uyumlu olarak mezenterik yağlı doku ile birlikte barsak anslarının anteromedial defektten sağ hemitoraksa herniasyonu tesbit edildi (Resim 3). EKG ve EKO'su normal olarak değerlendirildi. Batın tomografisinde ek anomalileri olmayan hasta göğüs cerrahisi ile konsülte edildi ve opere oldu.

**Resim 3.** Toraks tomografisinde morgagni hernisi ile uyumlu olarak mezenterik yağlı doku ile birlikte barsak anslarının anteromedial defektten sağ hemitoraksa herniasyonu



## TARTIŞMA

İlk kez 1761 yılında Giovanni Morgagni tarafından tanımlanmış olan anterior konjenital diyafragma hernisi, diyaframın sternal ve kostal kısımlarının birleşmesinin yetersiz olmasından kaynaklanır (2, 5). Hastaların % 95'inde, kolon, mide, omentum, ince barsak ve karaciğer gibi organların bulunduğu herni kesesi vardır. En sık herniye olan organ transvers kolondur. Herni kesesinde intestinal içeriğin saptanması ile tanı radyolojik olarak kolayca konulur, yan grafide anterior yerleşimli herni görülür (7).

Morgagni hernisi nadir görülmektedir (7). Snyder ve

Greaney'in 77 hastayı içeren KDH'si serilerinde 1 tane morgagni hernisi saptanmıştır (9). Pokornay ve ark. (6) 74 hastalık serisinde 4 hastada (% 5.4) morgagni hernisi bulunmuştur. Al- Salem'in çalışmasında ise 18 yılda 20 morgagni hernisi tedavi edildiği bildirilmiştir (7).

Morgagni hernisi'nin % 34-50 oranında konjenital anomalilerle birlikteliği mevcuttur (10). Down sendromu, Turner sendromu, Noonan sendromu, Cantrell pentalojisi, pektus deformiteleri, barsak malrotasyonları veya genitoüriner malformasyonlar gibi anomaliler ile birlikteliği görülmektedir (6).

Çocuklarda Morgagni hernisi'nin semptomları nonspesifiktir. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonu ve nadiren gastrointestinal semptomlar ile bulgu verir. Bu semptomları olan hastalarda morbidite ortaya çıkmadan tanının konulması önemlidir (4, 7). Yenidoğanlarda ve infantlarda nadiren respiratuar distres ve siyanoz ile saptanabilir. Hastalarda öksürük, boğulma epizodları, beslenme sonrası kusma, kabızlık, ishal, gelişme geriliği ve solunum yolu enfeksiyonları görülebilir. Bazı vakalarda akciğer grafisinde tesadüfen hava-sıvı seviyesi veya retrosternal bölgede kitle görünümü ile tesbit edilebilir. Çoğu vaka hayatın ileri dönemlerine kadar sessiz kalır. Semptomlar travma veya karın içi basınç artışına bağlı herni kesesinin rüptürü ile ortaya çıkar. Valases ve Sills, semptomların ortaya çıkmasında egzersizin rol oynadığını göstermiştir (11). Ellyson ve Parks, semptomların başlamasında travmanın etkili olduğunu bildirmiştir (12). İki yaş altında saptanan herniler çoğunlukla semptomatiktir (4).

Berardi'nin yaptığı 132 erişkin ve çocuk hasta serisinde hastaların 1/3'ünde herhangi bir semptoma rastlanmamıştır. En sık kolonun kısmi obstrüksiyonu sonucu oluşan kramp, konstipasyon gibi semptomlar saptanmıştır. Epigastrik bölgede dolgunluk, bıçak saplanır tarzda ağrı, sağda subkostal rahatsızlık şikayetleri sık görülmüştür. Tam obstrüksiyon, inkarserasyon veya strongülasyon nadir görülmektedir (13). Hastalarda gastrointestinal semptomlar kadar sık olmasada çarpıntı, dispne gibi kardiyorespiratuar semptomlar da görülebilir. (4).

Takipne, dispne, rekürren pnömoni, büyüme geriliği gibi spesifik olmayan semptomlarla gelen hastalarda çekilen akciğer grafisi ile tesadüfen tanı konulur. Toraks tomografisi, ultrasonografi, üst gastrointestinal sistemin kontrastlı görüntülemesi gibi ileri tetkikler ile tanı kesinleştirilir (8). Toraks radyolojik görüntülemesinde, kalbin sağ veya sol yanına komşu alanda solid veya hava içeren bir yoğunluk artışı görülür. Tanıda en yardımcı yöntem toraks bilgisayarlı tomografisidir (14). Radyolojik görüntüleri pnömosel, pnömoni, plevralefüzyon, pnömotoraks, piyopnömotoraks veya stafilkokkal pnömoniyeye benzeyebilir (15). KDH'li vakalar akciğerin enfeksiyöz ve kistik hastalıkları ile karışabilir, bu nedenle KDH tanısı bu hastaların ayırıcı tanısında yer almalıdır. Eğer şüphe duyuluyorsa çocuk cerrahisi konsültasyonu istenmelidir (7). Semptomatik KDH'li hastaların opere olması gerekmektedir fakat asemptomatik vakalarda bir fikir birliği yoktur.

## KAYNAKLAR

1. Grisaru-Granovsky S, Rabinowitz R, Ioscovich A, Elstein D, Schimmel MS. Congenital diaphragmatic hernia: review of the literature in reflection of unresolved dilemmas. *Acta Paediatr* 2009; 98(12): 1874-81.
2. Simson JN, Eckstein HB. Congenital diaphragmatic hernia: a 20 year experience. *Br J Surg* 1985; 72(9): 733-6.
3. Akbiyik F, Tiryaki TH, Senel E, Mambet E, Livanelioğlu Z, Atayurt H. Is hernial sac removal necessary? Retrospective evaluation of eight patients with Morgagni hernia in 5 years. *Pediatr Surg Int* 2006; 22(10): 825-7.
4. Nasr A, Fecteau A. Foramen of Morgagni hernia: presentation and treatment. *Thorac Surg Clin* 2009; 19(4): 463-8.
5. Federico JA, Ponn RB. Foramen morgagni hernia. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB, editors. *General thoracic surgery*. 5 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. p. 647-60.
6. Pokorny WJ, McGill CW, Harberg FJ. Morgagni hernia during infancy: presentation and associated anomalies. *J Pediatr Surg* 1984; 19(4): 394-7.
7. Al-Salem AH. Congenital hernia of Morgagni in infants and children. *J Pediatr Surg* 2007; 42(9): 1539-43.
8. Solmaz Erucar, Ayşegül Ceyhan, Işın Gençay, Pınar Aslanargun, Hale Yarkan Uysal, Bayazit Dikmen. Anesthetic approach in a pediatric patient with congenital Morgagni hernia: a case report. *Gulhane Med J* 2010; 52(3): 222-4.
9. Snyder WH Jr, Greaney EM Jr. Congenital diaphragmatic hernia; 77 consecutive cases. *Surgery* 1965; 57: 576-88.
10. Berman L, Stringer D, Ein SH, Shandling B. The late-presenting pediatric Morgagni hernia: a benign condition. *J Pediatr Surg* 1989; 24(10): 970-2.
11. Valases C, Sills C. Anterior diaphragmatic hernia (hernia of Morgagni). *N J Med* 1988; 85(7): 603-5.
12. Ellyson JH, Parks SN. Hernia of Morgagni in atraumapatient. *J Trauma* 1986; 26(6): 569-70.
13. Berardi RS, Tenquist J, sauter D, et al. An update on the surgical aspects of Morgagni hernia. *Surg Rounds* 1997; 2: 370-6.
14. Zaleska-Dorobisz U, Bağtaç M, Sokołowska B, Ładogórska J, Moroń K. Late presenting diaphragmatic hernia: clinical and diagnostic aspects. *Med Sci Monit* 2007; 13 Suppl 1:137-46.
15. Lynch JM, Adkins JC, Wiener ES. Incarcerated congenital diaphragmatic hernias with bowel obstruction (Bochdalek). *J Pediatr Surg* 1982; 17(5): 537-40.