

# Peptik Ülser Perforasyonunda Yaklaşımı Karıştıran Bir Durum: Eski Diyafragma Paralizi

*A confusing case in the approach of peptic ulcer perforation: old diaphragm paralysis*

Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Turk J Emerg Med* 2007;7(4):179-182

Mehmet ERYILMAZ,<sup>1</sup> Murat DURUSU,<sup>1</sup> Mehmet TOPUZLAR,<sup>1</sup> M. Tahir ÖZER,<sup>2</sup>  
Öner MENTEŞ,<sup>2</sup> Mesut DURMUŞ,<sup>1</sup> Nazif ZEYBEK,<sup>2</sup> Köksal ÖNER,<sup>1</sup> Turgut TUFAN<sup>2</sup>

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,  
Askeri Tıp Fakültesi, <sup>1</sup>Acil Tıp Anabilim Dalı,  
<sup>2</sup>Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

## ÖZET

Nefes darlığı ve midede şişlik şikayeti ile müracaat eden olguda diyafragma paralizisine bağlı peptik ülser perforasyonu tablosunda yaşanan zorluklar sunuldu. Peptik ülser tanısı sıklıkla kolay konulur. Sunulan olguda fizik muayene ve radyolojik tetkiklere ait sıra dışı pozisyonel durumlar klinik tabloya yaklaşımında karışıklıklara neden oldu. Bu durum özellikle kronik hastalıklara ait pozisyonel durumların acil cerrahi gerektiren patolojilerde klinik tanıyı zorlaştırabileceği düşüncesini doğurmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Diyafragma paralizi; peptik ülser perforasyonu.

## SUMMARY

*In the present case, we report a case of diaphragm paralysis presented with peptic ulcer perforation. A 32-year-old male patient admitted to the emergency service with complaints of dyspnea and flatulence in stomach. Even though it is not difficult to diagnose the peptic ulcer perforation, the diagnosis process was delayed because of the challenges in abdominal examination and chest X-ray secondary to the diaphragm paralysis. It should be considered that the chronic problems complicating the patient evaluation may cause difficulties in determining the acute pathology.*

**Key words:** Diaphragm paralysis; peptic ulcer perforation.

## İletişim (Correspondence)

Dr. Mehmet ERYILMAZ

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,  
Acil Tıp Anabilim Dalı,  
Etilik 06018 Ankara, Turkey.

Tel: +90 - 312 - 304 30 30

Faks (Fax): +90 - 312 - 352 81 81

e-posta (e-mail): mehmeteryilmaz@hotmail.com

## Giriş

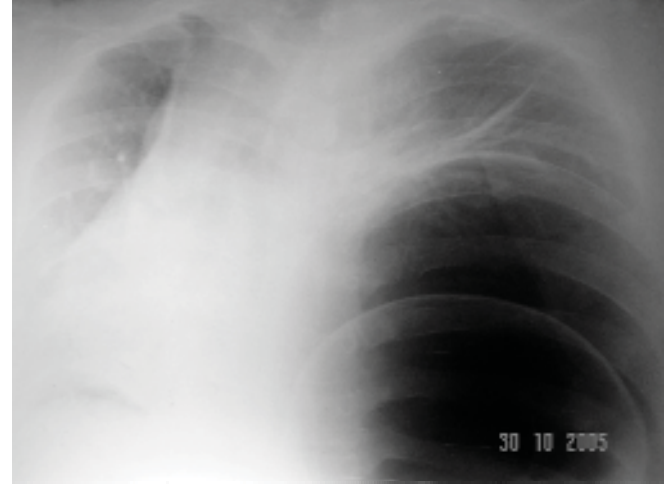
Peptik ülser perforasyonu klinik ve laboratuvar özellikleri tanımlanmış, özellikle genç nüfusta çoğu zaman ani başlangıçlı dramatik ağrı ve peritonit tablosuyla kolaylıkla tanı konabilen bir akut batin nedenidir.<sup>[1]</sup> Unilateral diyafragma paralizi ise genellikle asemptomatik seyreden ve rastlantısal olarak saptanan bir tablodur.<sup>[2]</sup> Sunulan olguda geriye dönük olarak kronik olduğu değerlendirilen diyafragma paralizi üzerine eklenen peptik ülser perforasyonu ve edinilen tecrübele- rin paylaşılması amaçlandı.

## Olgu Sunumu

Otuz iki yaşında erkek olgu nefes darlığı ve midede şişkinlik şikayeti ile acil servise müracaat etti. Hikayesinde yaklaşık 20 dakika önce ani başlangıçlı midede şişkinlik ve sonrasında giderek artan nefes darlığı şikayeti olduğu öğrenildi. Hasta belirgin karın ağrısı şikayeti tanımlamıyordu. Öncelikli olarak nefes darlığından yakınıyordu. Hasta daha önce de zaman zaman mide şikayetlerinin olduğunu ancak herhangi bir tedavi almadığını ifade etti. Herhangi bir travma öyküsü tanımlamadı. Özgeçmişinde 10 yıl önce mayın yaralanmasına bağlı bilateral dizüstü amputasyonu olduğu öğrenildi. Soy geçmişi özellik arz etmiyordu.

Fizik muayenede havayolu açık, taşipneik, solunum sıkıntısı mevcut, ajite idi. Şikayetlerini kelimelerle ifade edebiliyor, yatamıyordu. Tansiyon arteryel: 120/90 mmHg, nabız: 120 atım/dk, SS: 36, SO<sub>2</sub>: %90 bulundu. Juguler venöz dolgunluk ve trakeal deviasyon saptanmadı. Dinlemekle akciğer seslerinde sol hemitoraksta belirgin derecede azalma tespit edildi. Kalp dinlemekle taşikardik, ritim düzenliydi. Glasgow Koma Skoru 15 idi. Hasta yatamadığından ve ajite olduğundan batin muayenesi yapılamadı. Olgunun çekilen postero-anterior (PA) akciğer grafisinde inferiorda daha belirgin olmak üzere sağa mediastinal şift mevcuttu. Sol diyafragma hattının 4. kot seviyesine kadar yükseldiği görüldü. Bu seviyenin üstünde akciğer parankiminin atelektazik olduğu saptandı. Yine solda 6. kotun üst sınırında gastrik fundusa ait olduğu değerlendirilen oval, sınırları düzgün bir hat mevcuttu. Sağda şüpheli subdiyafragmatik serbest hava görüntüsü mevcuttu (Şekil 1).

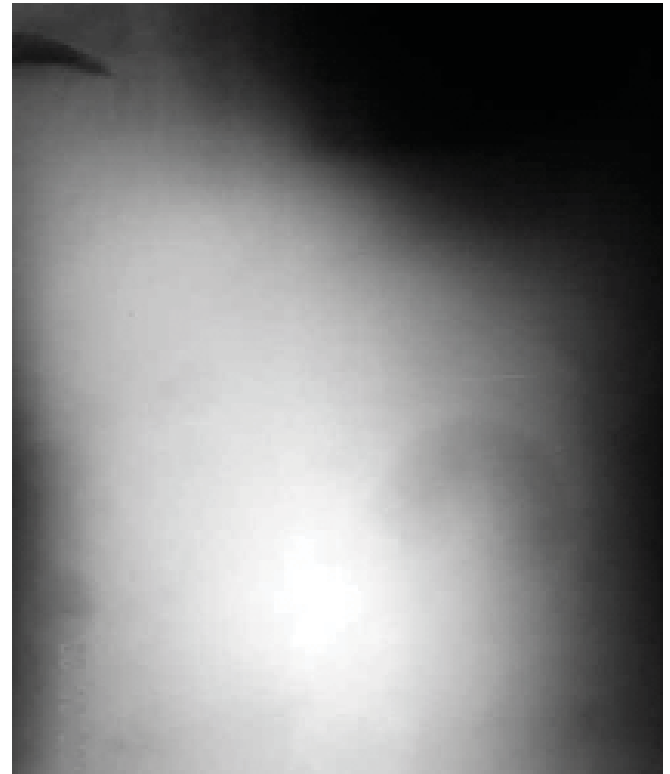
Olgunun yapılan tetkiklerinde: BK: 11700 µL, Hb: 14.8 gr/dl, Hct: %52, PLT: 405000 µL; rutin biyokimya, glukoz: 125 mg/dl, üre: 22 mg/dl, kreatinin: 0.4 mg/dl, Na: 131 mEq/L, K: 3.8 mEq/L, AST: 23U/L, ALT: 24 U/L, ALP: 195 U/L, amilaz: 81 U/L, LDH: 326 U/L, CK: 100 U/L, CK-MB: 19 U/L. Kan gazları: pH: 7.45, PO<sub>2</sub>: 53 mmHg, PCO<sub>2</sub>: 35 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 24 mmol/L, SO<sub>2</sub>: %89 bulundu. EKG'de sinüs taşikardisi vardı, iskemi bulgusu saptanmadı.



Şekil 1. Sağ diyafragma altında şüpheli hava imajı.

Maske ile oksijen verilen olgunun takibinde 20. dk'da TA: 110/60, Nb: 124 vuruş/dk, SS: 40 ve SO<sub>2</sub>: %82'di. Hızlı seri entübasyon için hazırlık yapıldı. Nazogastrik tüp takılması denendi fakat tüp 35 cm'de dirençle karşılaşılması nedeniyle yerleştirilemedi.

Şüphe üzerine tekrarlanan hastanın direk grafilerinde sağda subdiyafragmatik serbest hava ile uyumlu olabilecek görüntü saptandı (Şekil 2). Hastaya diyagnostik ve terapötik amaçlı



Şekil 2. Subdiyafragmatik serbest hava.



Şekil 3. Ameliyat sonrası devam eden solda diyafragma elevasyonu.

acil ameliyat kararı verildi. Göbek üstü median yaklaşımla laparotomi uygulandı. Eksplorasyonda duodenumun birinci parçası anterior yüzde 5 mm'lik defekt olduğu görüldü. Batın içi kirlenme ve mayii yoktu. Sol diyafragma eleve ve solunuma katılmıyordu, ancak diyafragma bütünlüğü intakttı. Duodenumdaki defekt kapatıldı ve omentopeksi uygulandı. Ameliyat sonrası takipte vital bulguları stabil seyreden hastanın çekilen akciğer grafilerin de solda diyafragma yüksekliğinin sebat ettiği gözlemlendi (Şekil 3). Ameliyat sonrası komplikasyon gözlenmedi. Olgu ameliyat sonrası dokuzuncu günde diyafragma paralizisi nedeniyle ayaktan takibe alınarak cerrahi şifa ile taburcu edildi.

### Tartışma

Genç erişkinlerde nefes darlığı genelde pnömotoraks gibi solunum sorunları akla getirmektedir. Bununla birlikte nefes darlığı şikayeti ile müracaat eden olgularda hayatı tehdit eden bütün solunumsal ve kardiyak patolojiler ekarte edilmelidir. Gastrointestinal yakınmalar sıklıkla abdomen kaynaklı olmakla birlikte, ekstraabdominal birçok patolojide de gastrointestinal yakınmalar görülebilmektedir.<sup>[3]</sup> Peptik ülser perforasyonu kendini intestinal içeriğin peritoneal kaviteye boşalmasıyla ani ve şiddetli epigastrik ağrı ile kendini gösterir. Daha sonra kimyasal ve bakteriyel peritonit gelişir. Hastalar hikayede peptik ülser ve ülser benzeri semptomlardan yakınmayabilirler. Yaşlı hastalarda dramatik ağrı olmayabilir ve belirgin peritoneal bulgu vermeyebilirler. Bazı olgularda cerrahi olmayan yaklaşım başarılı olsa da operatif yaklaşım tedavide standarttır.<sup>[1]</sup> Bu vakada mide şikayeti ile birlikte nefes darlığının ön planda olması ve muayenede sol hemitoraksda akciğer seslerinin azalmış bulunması hekimi öncelikle solunumla ilgili problemlere yönlendirmiştir. Hastanın ajitas-

yonu ve yatamaması nedeniyle uygun bir abdominal muayene yapılamaması tanıyı zorlaştıran başlıca neden olarak değerlendirilmektedir. Hikayede hastanın daha önce de zaman zaman olan gastrointestinal yakınmalardan bahsetmesi altta yatan gastrointestinal patolojiyi akla getirebilir. Yine özgeçmişinde mayın yaralanması ve buna bağlı bilateral dizüstü amputasyon hikayesi ciddi bir travma geçirdiğini ve buna bağlı ek bir travma sekeli düşündürülebilir. Ancak hikayeden elde edilen bu verilerin erken dönemde tanıya götürmesi için yetersiz olduğu değerlendirilmektedir.

Olguda çekilen PA akciğer grafisi muayene bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde görüntü tansiyon pnömotoraks ve tansiyon gastrotoraks tablolarıyla oldukça benzerdir. Pnömotoraks basitçe plevral aralıkta hava birikmesi şeklinde tanımlanabilir. Tansiyon pnömotoraksta plevral aralıkta biriken hava basıncının gittikçe artması sonucunda mediastinal yapının karşı tarafa yer değiştirmesi ve kardiyopulmoner fonksiyonların bozulması söz konusudur ki hayatı tehdit eden gerçek bir acil durumdur.<sup>[4]</sup> Bu vakada solunum muayenesi ve akciğer grafisinde sağa mediastinal şift tansiyon pnömotoraksa benzerdir. Ancak akciğer grafisinde aynı tarafta diyafragma hattının yükselmiş olması, paryetal plevraya ait hattın görülmemesi, diyafragma hattı üstünde akciğer parankiminin toraks duvarı lateraline kadar görülebilir olması pnömotoraks ile ayırıcı tanıya yardımcı olabilecek bulgulardır.

Tansiyon gastrotoraks toraks boşluğuna herniye olan intestinal yapılarda hava sıkışması sonucu oluşan nadir bir tablodur.<sup>[5-7]</sup> Literatürdeki vakalar ile bu vaka karşılaştırıldığında solunum seslerindeki asimetri ve akciğer filminde karşı tarafa mediastinal şift benzer bulgulardır. Tansiyon gastrotoraksda akciğer filminde diyafragma hattı normal seviyede ve bu seviyenin üstünde intestinal yapılara ait hava görüntüsü mevcuttur. Ancak bu tabloda diyafragma hattı net görüntülenemeyebilir. Bizim vakamızda diyafragma intakt olduğundan bir herniasyon söz konusu değildir.

Bu vakada hastaya nazogastrik tüp takılması denenmiş ancak 35 cm'de dirençle karşılaşılması nedeniyle yerleştirilememiştir. Nazogastrik tüp yerleştirmenin başarısız olmasının nedeni yüksek diyafragmaya bağlı mide kardiyasının yer değiştirmesi ve artmış intratoraksik basınç olarak değerlendirilmiştir. Dees'in<sup>[8]</sup> konu ile ilgili yaptığı derlemede özefagus darlığı olduğu durumlarda, koma halinde ve entübe hastalarda nazogastrik tüp yerleştirmede zorluklarla karşılaşılacağı belirtilmiştir. Slater,<sup>[9]</sup> travmatik diyafragma rüptürü nedeniyle oluşan tansiyon gastrotoraks olgusunda nazogastrik tüp yerleştirme girişiminin başarısız olduğunu rapor etmiştir. Yine tansiyon gastrotoraks olgularında nazogastrik tüp yer-

leştirmenin sonrasında çekilen akciğer grafisinde tüpün ucunun toraks boşluğunda olmasının tanıyı kolaylaştırdığından ve bu yolla hava drenajı sağlanarak elde edilen terapötik etkiler literatürde rapor edilmiştir.<sup>[10-12]</sup>

Tek taraflı diyafragma paralizisi sıklıkla istirahatte asemptomatiktir ve genelde başka bir nedenle çekilen akciğer grafisinde rastlantıyla saptanır. Bununla birlikte yoğun egzersiz çabasında dispne ve azalmış egzersiz performansı görülebilir. Bazı vakalarda ortopne görülebilir.<sup>[2]</sup> Bu vaka bilateral diz üstü ampute olduğundan egzersiz yapmayan bir hastaydı. Bu nedenle hikayesinde diyafragma paralizisini işaret edebilecek bir yakınma ifade etmedi. Tek taraflı diyafragma paralizisinin etyolojisinde tümörler, frenik sinire bası yapan lezyonlar, travma, iyatrojenik nedenler ve enfeksiyonlar yer alır. Bu vakaların bir kısmı da idiyopatikdir. Bu vakada da özgeçmişte geçirilmiş travma hikayesinin olması ve takipte diyafragma yüksekliğinin sebat etmesi nedeniyle diyafragma paralizisinin geçirilmiş travmaya bağlı kronik bir sekel olabileceği kanaatine varılmıştır.

Peptik ülser perforasyonu tanı koymakta zorlanılmayan bir tablo olmasına rağmen bu vakada, kronik diyafragma paralizisi ile birlikte olan yakınmalar, hastaya uygun abdominal muayene yapılamaması ve çekilen akciğer grafisi tanı koyma sürecini geciktirmiştir. Acil serviste hayatı tehdit eden neden-

ler, önceliklerine göre değerlendirilmelidir. Uygun fizik muayene koşulları oluşturulmadığı takdirde kronik problemlerin akut patolojiyi belirlemekte zorluk oluşturabileceği akıldatutulmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Gratton MC, Werman HA. Peptic ulcer disease and gastritis. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine a comprehensive study guide. 6th ed. McGraw-Hill; 2004. p. 516-20.
2. Byrd RP, Talavera F, Ouellette DR, Rice TD, Mosenifar Z. Diaphragmatic Paralysis. Available at: <http://www.emedicine.com/med/topic554.htm>. Accessed at: March 06, 2007.
3. Gallagher EJ. Acute abdominal pain. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine a comprehensive study guide. 6th ed. McGraw-Hill; 2004. p. 487-501.
4. Bowman JG. Pneumothorax, Tension and traumatic. Available at: <http://www.emedicine.com/emerg/topic470.htm>. Accessed at: March 06, 2007.
5. Mortelmans LJ, Jutten GC, Coene L. Acute post-traumatic tension gastrothorax, a tension pneumothorax-like injury. *Eur J Emerg Med* 2003;10:344-6.
6. Horst M, Sacher P, Molz G, Willi UV, Meuli M. Tension gastrothorax. *J Pediatr Surg* 2005;40:1500-4.
7. de Jager CP, Trof RJ. Images in clinical medicine. Gastrothorax simulating acute tension pneumothorax. *N Engl J Med* 2004;351:e5.
8. Dees G. Difficult nasogastric tube insertions. *Emerg Med Clin North Am* 1989;7:177-82.
9. Slater RG. Tension gastrothorax complicating acute traumatic diaphragmatic rupture. *J Emerg Med* 1992;10:25-30.
10. de Jager CP, Trof RJ. Images in clinical medicine. Gastrothorax simulating acute tension pneumothorax. *N Engl J Med* 2004;351(6):e5.
11. Tadler SC, Burton JH. Intrathoracic stomach presenting as acute tension gastrothorax. *Am J Emerg Med* 1999;17:370-1.
12. Sridhar AV, Nichani S. Late presenting congenital diaphragmatic hernia. *Emerg Med J* 2004;21:261-2.