

# A hiatushernia laparoskopos kezelése a 2. sz. Sebészeti Klinika beteganyagában

Török Árpád<sup>1</sup>, Butiurca Sándor<sup>2</sup>, Neagoe Radu<sup>2</sup>, Bancu Șerban<sup>1</sup>, Dénes Márton<sup>2</sup>,  
Orosz Mikolt oh., Kántor Tibor oh.

<sup>1</sup>Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, <sup>2</sup>2. sz. Sebészeti Klinika

## Tratamentul laparoscopic al herniei hiatale în cazuistica Clinicii Chirurgie II din Tg-Mureș

În ultimii ani, tratamentul chirurgical cel mai des utilizat în cazul herniei hiatale este reconstrucția hiatusului esofagian și operația antireflux bazat pe chirurgia clasică dar efectuat pe cale laparoscopică. Material și metodă: în perioada 2002-2008 la Clinica Chirurgie II din Tg-Mureș au fost operați 67 de bolnavi din cauza herniei hiatale. Intervenția chirurgicală deschisă a fost efectuată în 54 de cazuri, iar în 13 cazuri s-a efectuat operația pe cale laparoscopică. În cazul operațiilor efectuate pe cale laparoscopică, pe lângă reconstrucția hiatusului esofagian, s-a efectuat fundoplicatură Nissen în 10 cazuri, fundoplicatură Door în 2 cazuri și fundoplicatură Toupet într-un caz. Rezultatele inițiale au fost favorabile, cu dipariția simptomelor în 9 cazuri, cu ameliorarea simptomelor în 3 cazuri și recidiva herniei hiatale într-un caz. Concluzii: Prin reconstrucția hiatusului esofagian și fundoplicatură pe cale laparoscopică se obțin rezultate funcționale foarte bune, scade solicitarea chirurgicală a bolnavului, durerea postoperatorie și timpul de spitalizare.

*Cuvinte cheie: hernie hiatală, fundoplicatură Nissen, laparoscopie*

## Laparoscopic treatment of hiatal hernia in Tg. Mureș II Surgery Clinic patients

In recent years the surgical treatment most often used for the hiatal hernia treatment is the reconstruction of the esophageal hiatus and antireflux surgery based on classic surgery but performed by laparoscopic. Material and method: Between 2002 and 2008 67 patients were operated with hiatal hernia at Surgery Clinic II from Târgu Mureș. Open surgery was performed in 54 cases and in 13 cases laparoscopic surgery was performed. We performed esophageal hiatus reconstruction and Nissen fundoplication in 10 cases, Door fundoplication in 2 cases and Toupet fundoplication in one case. The initial results were favorable with no symptoms in 9 cases, with improvement of symptoms in 3 cases and recurrence of hiatal hernia in one case. Conclusions. By laparoscopic reconstruction of the esophageal hiatus and fundoplication we obtained good functional results, the surgical request of the patients, the postoperative pain and the length of hospitalization decreased.

*Keywords: hiatal hernia, Nissen fundoplication, laparoscopy*

Orvostudományi Értesítő, 2009, 82 (2): 112-114

www.orvtudert.ro

A hiatushernia az emésztőrendszer gyakran előforduló rendellenessége, a felnőtt populáció 10%-a szenved ebben a betegségben [2]. A nyelőcső a hiatus oesophagein keresztül lép a mellkasból a hasüregbe. Az alsó nyelőcsősphincter és a phrenicoesophagealis szalag rögzíti a nyelőcsövet a rekeszizomhoz, így biztosítva annak stabilitását [6]. Az esetek többségében, a nyelőcső-gyomor átmenet szerzett károsodása vezet a rekeszsérv kialakulásához, amely keletkezésének alapját a hiatus oesophagealis tágabbá válása képezi. Ennek következtében a belégzőskor jelentkező negatív mellkasi és az állandó pozitív hasúri nyomás hatására a gyomor proximális része a hátsó mediastinumba nyomul fel. A szerzett rekeszsérvek okai közé sorolható az elhízás, a krónikus köhögés, székrekedés, terhesség, ismételt súlyemelés, vagyis olyan kóros vagy fiziológias állapotok, amelyek a hasúri nyomás fokozódásával járnak.

A szerzett rekeszsérveket a cardiának a rekeszhez viszonyított helyzete szerint három fő kategóriába sorolják:

- axiális vagy csúszamlásos rekeszsérv, amikor a cardia a rekesz fölé kerül, és a gyomor proximális része a mediastinumba nyomul. Az összes rekeszsérvek 90-95%-át képezik, amely-nél szinte mindig jelen vannak a gastrooesophagealis reflux tünetei: gyomorégés, nyálfolyás, regurgitatio stb.,
- paraesophagealis vagy gördülésszerű sérv, amikor a cardia a rekesz alatt marad, de mellette a gyomor fundusa a mellkasba türemkedik, rendszerint a nyelőcső bal oldalán (gyakorisága 1-5%),
- kevert rekeszsérv, amikor kombinálódik az axiális és a

paraesophagealis forma (1. ábra).

A rekeszsérvek konzervatív kezelése diétás megkorlátozásokból, valamint a savas reflux csökkentését kiváltó gyógyszeres terápiból áll: gyomorsav semlegesítők, antisecretorok és a nyelőcső sphincter működését befolyásoló gyógyszerek.

A hiatushernia műtéti kezelésének javallatai:

- eredménytelen konzervatív kezelés,
- a rekeszsérv szövődményeinek a kialakulása,
- ha a beteg nem hajlandó a konzervatív kezelést betartani az egész élete során.

Számos tanulmány kimutatta, hogy a műtéti megoldás jobb életminőséget biztosít mint a gyógyszeres kezelés [1]. A minimálinvazív sebészeti kezelési formák elterjedésével párhuzamosan a laparoskopos antireflux műtétek népszerűsége is rohamosan nőtt.

Dolgozatunk célja bemutatni az általunk alkalmazott módszert és tapasztalatainkat a laparoskopos hiatushernia műtéti kezelésében.

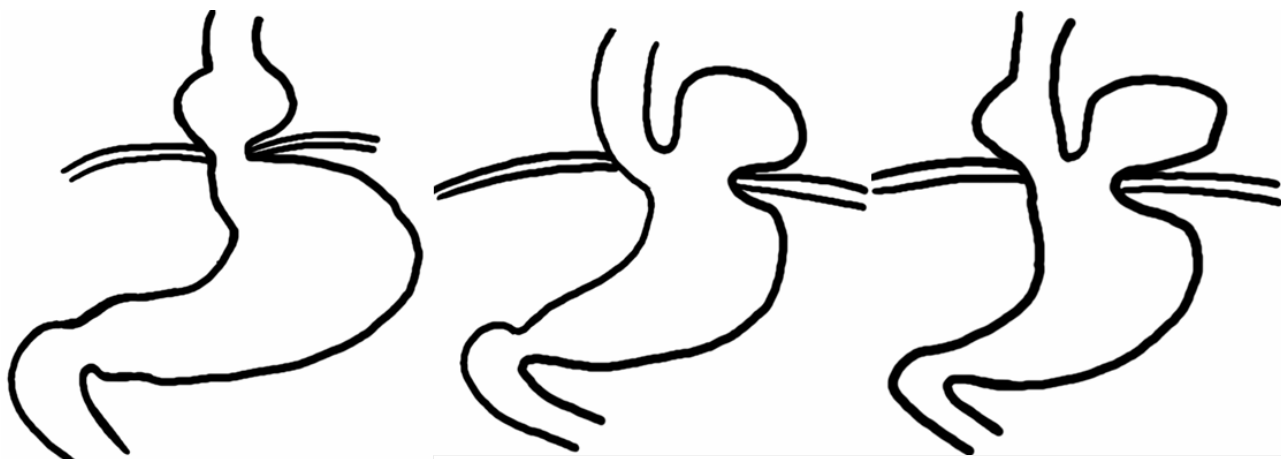
## Anyag és módszer

A marosvásárhelyi 2. sz. Sebészeti Klinika beteganyagában 2002-2008 között 67 beteg (42 nő és 25 férfi) került műtétre rekeszsérv kezelése céljából. Nyitott műtéti beavatkozásban részesült 54 beteg, laparoskopos műtéti megoldást 15 esetben kezdtünk (11 nő, 4 férfi), de két esetben az adódó technikai nehézségek miatt szükséges volt a nyitott műtéti beavatkozásra való konvertálás. A 13 laparoskoposan kivitelezett műtét esetében a hiatusreconstructio mellett 10 esetben Nissen-fundoplicaturát, 2 esetben Door-fundoplicaturát

Dr. Török Árpád

Marosvásárhely – Târgu-Mureș, str. Suceava 37A/1

e-mail: torokaea@yahoo.com



1. ábra. A szerzett hiatalis sérvek típusai: axiális vagy csuszamlásos, paraesophagealis vagy gördülékes és kevert forma

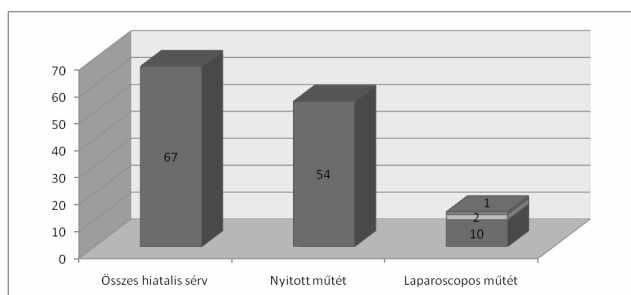
és 1 esetben Toupet-fundoplicaturát végeztünk (2. ábra). A műtétet követő második hónapban a betegeket újra megvizsgáltuk.

A hiatushernia laparoszkópos műtéteit egyetlen sebész csapat végezte. A műtétek során a betegek kőmeteszó pozícióban voltak. Az operatőr a beteg lábai között állt, az első asszisztens a beteg bal oldalán, a második asszisztens pedig a beteg jobb oldalán helyezkedett el. A műtőasztalt 20-30°-os Fowler-pozícióba állítottuk. Három 10 mm-es és két 5 mm-es trokárt használtunk. A trokárak elhelyezése a következő volt: supraumbilicalisan, a manubrium sterni alatt 1-1,5 cm-rel, a középvonaltól kissé jobbra, a bal bordaív alatt a medioclavicularis vonalban és elülső hónaljvonalban jobb és bal oldalon. A 30°-os dőlésszögű merev Storz-laparoszkóp a supraumbilicalis trokáron volt bevezetve. A máj eltartására 10 mm-es „legyező” retractort használtunk, amelyet a jobb oldali subcostalis trokáron vezetünk be. A sebész az epigastralis és bal bordaív alatti medioclavicularis trokáron keresztül dolgozott. Az első asszisztens a gyomor elhúzását és az optikai egység irányítását végezte. A ligamentum hepatogastricumot részlegesen megnyitottuk, miután a jobb és bal oldali rekesz-oszlopokat feltártuk. Előbb a jobb rekeszszárat, majd az ívet és ezt követően a bal rekeszszár alsó felszínét tettük szabaddá. Tompa preparálást alkalmazva a sérvült gyomorrészt visszahelyeztük a hasüregbe, majd a nyelőcső mögött a két rekeszszárat nem felszívódó szállal összevarrtuk, ezáltal rekalibrálva a nyelőcső hiatusát. A fundoplicatura kialakítása érdekében a gyomormuffot

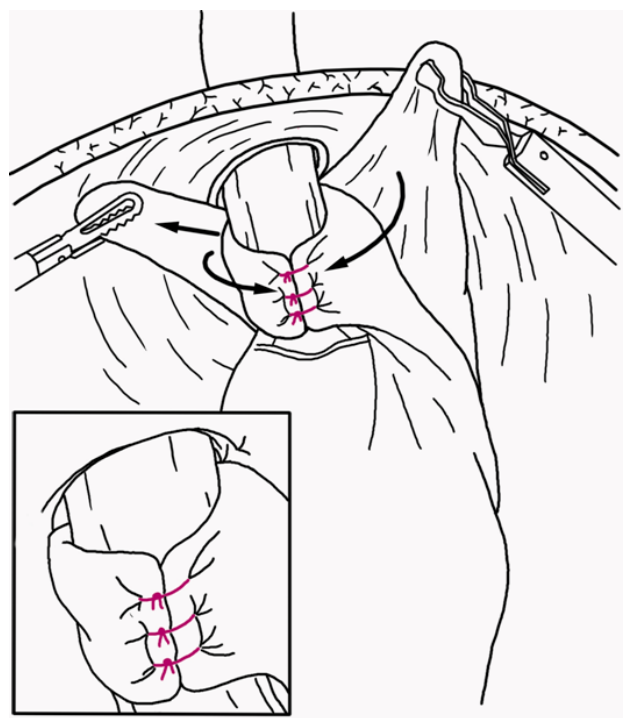
három 2/0 Vycril öltéssel rögzítettük az oesophagus köré, amelybe egy vastagabb gyomorszondát helyeztünk a szűk fundoplicatura elkerülése érdekében (3. ábra). Az első öltés a nyelőcső elülső falának musculaturáját is magában foglalta, ezáltal fixálva a fundusmuffot az oesophagogastricus junctióhoz. 4 esetben a diffúz vérzés miatt subhepaticus dréncsővet alkalmaztunk, majd ezután a trokárokat szemellenőrzés mellett eltávolítottuk. A műtét másnapján betegek folyadékot és pépes ételeket fogyaszthattak.

## Eredmények

A 15 esetben alkalmazott hiatushernia laparoszkópos sebészi kezelés során 2 esetben nyitott műtétre tértünk át a sérvült gyomor szoros összenövései miatt. Egy esetben



2. ábra. A marosvásárhelyi 2. sz. Sebészeti Klinikán 2002-2008 közötti periódusban műtött hiatalis sérv betegek eloszlása



3. ábra. Laparoszkópos Nissen-fundoplicatura

cholelithiasis miatt cholecystectomiát is végeztünk. Az átlagos műtéti idő 140 perc (105-210 perc között) volt. Műtét alatti szövődmény 4 esetben lépett fel, májparenchyma sérülés következtében kialakult vérzés. A műtét napján a betegeket mobilizáltuk és átlagosan a műtétet követő 2-3 napon elbocsátottuk. A betegek refluxos panaszai 9 esetben teljesen megszűntek és 3 esetben enyhültek és egy esetben recidivált a sérv.

## Megbeszélés

A laparoszkópos Nissen-funduplicatura standard műtétnek számít a nem komplikált hiatus sérvek kezelésében, amely feltételezi a sérvtartalom visszahelyezését a hasüregbe, a rekeszizom oszlopainak a közelítését és a nyelőcső körüli 360°-os gyomormuff kialakítását. A betegek nagy részénél a hosszú távú eredmények nagyon jók, de a műtét elvégzése a laparoszkópos műtétek terén tapasztalt sebészcsapatot igényel.

A tanulási görbének megfelelően kezdetben csak 180°-os funduplicaturát végeztünk (3 esetben), amelyekből egy esetben a betegség recidivált. A nyelőcső hiatusának a nem megfelelő szűkítése, valamint a túl laza funduplicatura előidézhetheti a gyomormuff felcsúszását és ezáltal a betegség recurrentiáját. A nyelőcső hiatusát szűkítő rekeszszárak varratvonalára szintjén feszülés lép fel, ez képezve a recurrentia legfontosabb okát. A feszülés elkerülése érdekében alkalmazható a defektus zárására polypropylene háló.

A Nissen-funduplicatura alkalmazását követően a műtét utáni eredmények jók voltak, a betegek refluxos panaszai 9 esetben teljesen megszűntek.

Néhány szerző javasolja a betegek pontos műtét előtti kivizsgálását és szelektálását, mivel bizonyos tényezők (pl. kóros elhízás, pszichikai problémák, atípusos tünetek) utalhatnak a nem megfelelő műtét utáni eredmények kialakulására [1]. A 24 órás nyelőcső pH monitorizálás az ideális módszer a gastrooesophagealis reflux kvantifikálására, amelyet sajnos nem volt módunkban alkalmazni. Csuszamlásos rekeszszérvék 71%-ban kimutatható a nyelőcső fokozott kitétele a gyomorsav hatásának [4]. Az általunk műtött hiatusherniás betegek diagnózisa kontrasztanyagos röntgenvizsgálat és endoszkópos vizsgálat alapján történt.

A rekeszszérvéken kívül más benignus megebetegedések, mint pl. a gastrooesophagealis reflux betegség és cardia achalasia is megfelelően kezelhetők laparoszkópos műtéti beavatkozás segítségével. Számos tanulmány kimutatta, hogy a műtét utáni szövődmények aránya jóval alacsonyabb, mint a klasszikus műtét után és a betegek jóval hamarabb vissza térhetnek munkahelyükre [3, 5].

Ha laparoszkóposan nem lehet megfelelően kipreparálni a sérvzsák tartalmát, nem végezhető el a nyelőcső hiatusának a szűkítése, vagy olyan műtét alatti szövődmények lépnek fel, amelyeket nem lehet biztonságosan megoldani ezen az úton, akkor ajánlatos nyitott, klasszikus műtétre való áttérés.

## Következtetések

A hiatushernia laparoszkópos kezelése során csökken a műtét utáni fájdalom és a bennfekvés idője. A betegeket már a műtét napján lehet mobilizálni és a műtét utáni első nap lehet szájon keresztül táplálni.

A laparoszkópia kitűnő hozzáférhetést biztosít a cardiooesophagealis átmenet szintjéhez, éppen ezért kiválóan alkalmas a jóindulatú nyelőcső megebetegedések sebészi kezelésére.

## Irodalom

1. Balsara K.P. et al. – *Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease: An 8 year experience*, J Min Acces Surg 2008, 4:99-103.
2. Kiss J. (szerk.) – *Gastroenterológiai Sebészet*, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 2002, 289-302.
3. Laine S. et al. – *Laparoscopic vs conventional Nissen fundoplication. A prospective randomized study*, Surg Endosc 1997, 11:441-444.
4. Schwartz S.I. – *Principiile Chirurgiei*, Editura Teora, vol. 2. 1114-1119, 1164-1168.
5. Spivak H., Lelcuk S., Hunter J.G. – *Laparoscopic surgery of the gastroesophageal junction*, World J. Surg 1999, 23: 356-367.
6. Trexler I. – *Paraesophagealis sérvék diagnosztikája – a rekeszszérv ritkán észlelt típusai*, Magyar radiológia, 2003, 77(3):124-127.