Случай с гигантска хиатална херния

А. Коцев[1] и Н. Чернев[2]

[1]Катедра по пропедевтика на вътрешните болести, МУ – София
[2]Катедра по рентгенология, МУ – София

A case with a giant hiatal hernia

A. Kotsev[1] and N. Chernev[2]

[1]Department of Propedeutics of Internal Diseases, Medical University – Sofia
[2]Department of Diagnostic Imaging, Medical University – Sofia

Резюме: Честотата на хиаталната херния се увеличава с напредване на възрастта. Етиологията ѝ не е изяснена. По-голямата част от пациентите с хиатална херния нямат симптоми. Хиаталната херния понякога се нарича „великият имитатор“, защото наподобява различни заболявания. Представяме клиничен случай на гигантска хиатална херния при възрастна жена с оплаквания, част от които могат да се дължат на установената хиатална херния.

Ключови думи: херния, стомах, хранопровод, ендоскопия, рентгеново изследване

Адрес за кореспонденция: *Д-р Андрей Коцев, д.м., Отделение по гастроентерология, УМБАЛ „Александровска“, бул. „Св. Георги Софийски“ № 1, 1431 София, e-mail: dr_andrey_kotzev@abv.bg*

Summary: The frequency of hiatal hernia increases with the age. The etiology of hiatal hernia is not elucidated. Most of the patients with hiatal hernia do not have any symptoms. Occasionally hiatal hernia is called the „great mimic“, because it can mimic many medical conditions. We present a case of a giant hiatal hernia in an elderly woman with complaints, a part of which could be attributed to the presence of the diagnosed hiatal hernia.

Key words: hernia, stomach, esophagus, endoscopy, radiological examination

Address for correspondence: *Andrey Kotzev, M. D., Gastroenterology Unit, University Hospital „Aleksandrovska”, 1, “Sv. G. Sofiyski” Blvd., Bg − 1431 Sofia, e-mail: dr_andrey_kotzev@abv.bg*

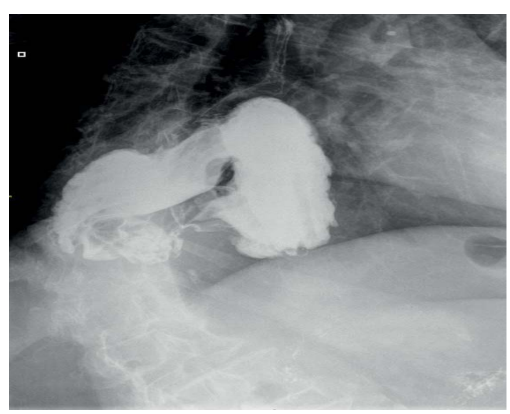
Въведение

Хиаталната херния (ХХ) възниква, когато част от стомаха постоянно или периодично преминава през хиаталния отвор на диафрагмата в гръдния кош. В по-общ смисъл, като ХХ се определя навлизането на всяка коремна структура през разширения хиатален диафрагмален отвор в гръдната кухина, с изключение на хранопровода. ХХ е описана за първи път от Henry Bowditch през 1853 г. [7]. Хиаталните хернии могат и да са вродени, но преобладаващата част са придобити – нетравматични и рядко травматични. Различават се няколко типа нетравматични хиатални хернии: I тип, плъзгаща (аксиална) ХХ, при която гастроезофагеалната връзка (ГЕВ) преминава над диафрагмата, а стомашният фундус остава под ГЕВ и стомашната ос не е променена; II тип, параезофагеална ХХ, при която ГЕВ остава в нормално интраабдоминално положение, а част от стомаха (най-често фундус) херниира през хиаталния отвор и се разполага вътрегръдно в близост до хранопровода; III тип, смесена плъзгаща и параезофагеална ХХ, при която и ГЕВ, и стомашният фундус преминават през хиаталния диафрагмален отвор в гръдната кухина и IV тип, при който освен стомах в херниалния сак се установяват и други органи като дебело черво, оментум или тънко черво [16]. Огромната част от случаите с ХХ (> 95%) са плъзгащи, а ХХ от III тип е най-честата параезофагеална ХХ [14, 17, 28]. ХХ е често срещано състояние, особено с напредване на възрастта [5, 10, 16]. ХХ се среща при 50% от пациентите над 50-годишна възраст и при над 60% от пациентите над 70-годишна възраст [1, 30]. ХХ се среща по-често при жени във връзка с повишеното интраабдоминално налягане по време на бременност, както и при наднормено тегло, асцит, упорита кашлица и при тежкоатлети [2, 11, 12, 26]. Етиологията на ХХ не е изяснена. Възможно е с остаряването, загубата на еластични влакна на френо-езофагеалния лигамент (вследствие на износване и разкъсвания при преглъщанията) да доведе до неговото разтягане и до проксимално изместване на ГЕВ [31]. Увреждането на мускулатурата на дифрагмените крачета и увеличеното вътрекоремно налягане също са обвинявани за възникването на ХХ. Има данни и за автозомно-доминантно фамилно унаследяване на ХХ [9]. По-голяма част от пациентите с ХХ нямат симптоми, докато останалите обикновено се оплакват от киселини и парене зад гръдната кост, болка в епигастриума или в гърдите, която може да се усилва при физическо усилие, навеждане или кашляне [1, 10]. Невинаги съществува връзка между големината на хиаталната херния и клиничната симптоматика. Физикалният преглед няма диагностична стойност. ХХ в повечето случаи се установява случайно чрез езофагогастродуоденоскопия (ЕГДС) и/или контрастно рентгеново изследване. Проксималното изместване на ГЕВ на повече от 2 cm над диафрагменото вдлъбване се приема за ендоскопски критерий за ХХ [15]. Лечение, основно консервативно, се налага при наличие на симптоми. То включва: потискане на стомашната киселинност, подобряване на гастроинтестиналния мотилитет и промяна в начина на живот [2]. Хирургия при наличие на плъзгаща ХХ е показана при пациенти с тежка рефрактерна ГЕРБ с усложнения (стриктури, кървене, язви, рекурентни аспирационни пневмонии, хронична кашлица и астма) и при тези, които не могат или не желаят да приемат доживотно инхибитори на протонната помпа (ИПП) [8, 19]. Необходим е индивидуален подход при хирургичната терапия на несимптомна параезофагеална ХХ, като трябва да се имат предвид съпътстващи заболявания [18]. Все още няма добри резултати от ендоскопското лечение на ХХ.

Описание на случая

Жена на 79 г. постъпва в отделението в добро общо състояние с оплаквания от чувство на застояване на храната след прием на твърди храни, умора, сърцебиене, задух и световъртеж, без загуба на тегло и със запазен апетит, с епизоди на прималяване, настъпващи внезапно и по време на които понякога има усещане за спиране на сърцето. Пациентката е с хронична сърдечна недостатъчност III ФК, артериална хипертония II ст., мениеров синдром, хипотиреоидизъм след резекция на възел в щитовидната жлеза, варици по подбедриците и е претърпяла апендектомия, със синусов ритъм, сърдечна честота 74 уд./мин и артериално налягане 140/90 mm Hg. От физикалния преглед правят впечатление наднорменото тегло и кифосколиотичният гръден кош. От лабораторните показатели – данни за дислипидемия, слабо изразена хиперурикемия, без анемия и други промени. От ултразвуковото изследване на коремни органи – стеатоза на черния дроб, спленомегалия и хроничен пиелонефрит. От ЕГДС се установиха значителна стомашна хиатална аксиална херния, атрофичен и еритематозен гастрит. Контрастното изследване с бариева суспензия на хранопровод и стомах потвърди хернииране на целия стомах в гръдния кош, включително и bulbus duodeni (фиг. 1 и фиг. 2). Пациентката отказа препоръчаната от коремен хирург оперативна намеса, като към терапията след дехоспитализацията, бяха включени ИПП.

Фиг. 1. Гигантска хиатална херния



Фиг. 2. Гигантска хиатална херния

Обсъждане

Няма общоприето определение за гигантска ХХ, но за такава се счита ХХ, при която поне 30% от стомаха херниира през диафрагмалния отвор в гръдния кош [22]. Повечето гигантски ХХ са от III тип. Установената при пациентката ХХ от IV тип с хернииране и на тънко черво не се наблюдава често [29, 32]. Херниирането на повече от 50% от стомаха в гръдния кош се определя като гръден стомах [33]. Преминаването на целия стомах в гръдната кухина е рядко състояние и представлява крайната фаза на развитие на ХХ. Съществува и предположение, че по-голямата част от случаите с параезофагеална ХХ са напреднали в развитието си аксиални хиатални хернии с интраторакално разместване на ГЕВ [20, 24]. Чувството за тежест след нахранване, описано от пациентката, е нерядък симптом при гигантска ХХ, който възниква в резултат на притискането на хранопровода от хернииралия стомах [6]. ХХ може да е причина за оплакванията от задух при пациентката въпреки наличието на сърдечна недостатъчност. Задухът при пациентите с ХХ се предизвиква основно от притискането на белия дроб от гръдния стомах [21, 32]. Сърцебиенето, установено при пациентката, се свързва и с наличието на ХХ [6]. Гигантската хиатална херния може да се прояви и чрез стабилна стенокардия и припадъци, както и да доведе до развитие на сърдечна недостатъчност поради външно притискане на лявото предсърдие [3, 4, 27]. Пациентката нямаше типични симптоми за ГЕРБ. Връзка между ГЕРБ и ХХ съществува, но не е задължително пациентите с ХХ да имат патологичен гастроезофагеален рефлукс. Установената при пациентката кифоза, може да е допринесла за развитието на ХХ. Има данни, че кифозата се среща по-често при пациентите с т.нар. гръден стомах в сравнение с индивиди на същата възраст и от същия пол [25]. Наднорменото тегло на пациентката вероятно също е изиграло роля за възникването на гигантската ХХ.

Няма много данни за еволюцията на нелекуваната ХХ. Възрастта не трябва да е пречка за хирургичното лечение на случаите с голяма симптоматична ХХ. Хирургията на голяма ХХ води до премахване на притискането на сърцето от ХХ и до подобрение в кардио-пулмоналните показатели [6, 23]. Отказът от хирургия може да се отрази неблагоприятно на пациентката поради високия риск за развитие на усложнения при симптоматична и голяма параезофагеална ХХ, вкл. стомашен волвулус, инкарцерация или странгулация [13, 20, 26].

Заключение

Гигантската ХХ може да предизвика или да допринесе за оплаквания от задух и сърцебиене, особено при възрастни пациентки с наднормено тегло и кифосколиотичен гръден кош. Липсата на типични за ГЕРБ симптоми не изключва наличието на ХХ. Предпочитаното лечение на симптоматичната гигантска ХХ, при липсата на противопоказания, е хирургично и то не бива да бъде отлагано.

Библиография

1. Мечков, Гр. Диафрагмална херния. В: Болести на храносмилателната система. Гастроентерология. Под ред. на проф. З. Кръстев и проф. К. Чернев. С., Тилиа, 1997, 274-6.
2. Станчев, И. Хиатусни (Диафрагмални) хернии. В: Тетрадки за студенти: първа част. Кюстендил, издателство Иван Сапунджиев, 2001; 85-6.
3. Akdemir, I., V. Davutoglu et S. Aktaran. Giant hiatal hernia presenting with stable angina pectoris and syncope – a case report. Angiology, **52**, 2001, № 12, 863-5.
4. Allen, M. S., V. F. Trastek, C. Deschamps et al. Intrathoracic stomach: presentation and results of operation. J Thorac Cardiovasc Surg, **105**, 1993, № 2 , 253-8.
5. Andujar, J. J., P. K. Papasavas, T. Birdas et al. Laparoscopic repair of large paraesophageal hernia is associated with a low incidence of recurrence and reoperation. Surg Endosc, **18**, 2004, № 3, 444-7.
6. Asti, E., L. Bonavina, M. Lombardi et al. Reversibility of cardiopulmonary impairment after laparoscopic repair of large hiatal hernia. Int J Surg Case Rep. **14**, 2015, 33-5.
7. Bowditch, H. I. A Treatise on Diaphragmatic Hernia. Buffalo: Jewett Thomas; 1853.
8. Cameron, A. J. et J. A. Higgins. Linear gastric erosion. A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia. Gastroenterology, **91**, 1986, № 2:338-42.
9. Carré, I. J., B. T. Johnston, P. S. Thomas et al. Familial hiatal hernia in a large five generation family confirming true autosomal dominant inheritance. Gut, **45**, 1999, № 5, 649-52.
10. Dyer, N. H. et R. B. Pridie. Incidence of hiatus hernia in asymptomatic subjects. Gut, *9*, 1968, № 6, 696-99.
11. Fogle, J. L, J. C. Cain, L. G. Bartholomew et al. The association of esophageal hiatal hernia with ascites. Lancet, **84**, 1964, 284-8.
12. Goodman, R. M., C. F. Wooley, R. D. Ruppert et al. A possible genetic role in esophageal hiatus hernia. J Hered, **60**, 1969, № 2, 71-4.
13. Harriss, D. R., T. R. Graham, M. Galea et al. Paraoesophageal hiatal hernias: when to operate. J R Coll Surg Edinb, **37**, 1992, № 2, 97-8.
14. Hutter, M. M. et D. W. Rattner. Paraesophageal and other complex diaphragmatic hernias. In: Yeo CJ (ed) Shackel-

ford's Surgery of the Alimentary Tract Saunders Elsevier, Philadelphia, 2007, 549-62.
15. H y u n , J. J. et Y-T Bak. Clinical Significance of Hiatal Hernia. Gut and Liver, **5**, 2011, № 3, 267-77.
16. J o n s e l l , G. The incidence of sliding hiatal hernias in patients with gastroesophageal reflux requiring operation. Acta Chir Scand, **149**, 1983, № 1, 63-7.
17. K a h r i l a s , P. J., H. C. Kim et J. E. Pandolfino. Approaches to the Diagnosis and Grading of Hiatal Hernia. Best practice & research Clinical gastroenterology, **22**, 2008, № 4, 601-16.
18. K o h n , G. P., R. R. Price, DeMeester SR et al. Guidelines for the management of hiatal hernia. Surg Endosc, **27**, 2013, № 12, 4409-28.
19. M a t t i o l i , S., M. L. Lugaresi, M. Pierluigi et al. Review article: indications for anti-reflux surgery in gastro-oesophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther, 2003, 17 Suppl. 2:60-7.
20. M a z i a k , D. E., T. R. Todd et F. G. Pearson. Massive hiatus hernia: evaluation and surgical management. J Thorac Cardiovasc Surg, **115**, 1998, № 1, 53-60.
21. M i r d a m a d i , S. A. et M. Arasteh. Hiatal hernia: An unusual presentation of dyspnea. N Am J Med Sci, 2, 2010, № 8, 395-6.
22. M i t i e k , M. O. et R. S. Andrade. Giant hiatal hernia. Ann Thorac Surg, **89**, 2010, № 6:S2168-73.
23. N a o u m , C., G. L. Falk, A. C. Ng et al. Left atrial compression and the mechanism of exercise impairment in patients with a large hiatal hernia. J Am Coll Cardiol, **58**, 2011, № 15, 1624-34.
24. P e a r s o n , F. G., J. D. Cooper, R. Ilves et al. Massive hiatal hernia with incarceration: a report of 53 cases. Ann Thorac Surg, **35**, 1983, № 1, 45-51.
25. P o l o m s k y , M., K. A. Siddall, R. Salvador et al. Association of kyphosis and spinal skeletal abnormalities with intrathoracic stomach: a link toward understanding its pathogenesis. J Am Coll Surg, **208**, 2009, № 4, 562-9.
26. R i g l e r , L. G. et J. B. Eneboe. Incidence of hiatus hernia in pregnant women and its significance. J Thoracic Surg, **4**, 1935, 262-8.
27. S i u , C. W., M. H. Jim, H. H. Ho et al. Recurrent acute heart failure caused by sliding hiatus hernia. Postgrad Med J, **81**, 2005, № 954, 268-9.
28. S k i n n e r , D. B. Hernias (hiatal, traumatic, and congenital) In: Berk JE, editor. Gastroenterology. Vol. 4. W. B. Saunders; Philadelphia: 1985, Chapter **53**, 705-716.
29. W i c h t e r m a n , K., A. S. Geha, C. E. Cahow et al. Giant paraesophageal hiatus hernia with intrathoracic stomach and colon: the case for early repair. Surgery, **86**, 1979, № 3, 497-506.
30. W i n a n s , C. S. Hiatus hernia. Its significance in the elderly patient. Geriatrics, 1972, 27:69e78.
31. W o l f , B. S. Sliding hiatal hernia: the need for redefinition. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med, **117**, 1973, № 2, 231-47.
32. W o n g r a k p a n i c h , S., H. Hassidim, W. Chaiwatcharayut et al. A case of giant hiatal hernia in an elderly patient: When stomach, duodenum, colon, and pancreas slide into thorax. Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics (2015), http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.06.002;
33. Z e h e t n e r , J., J. C. Lipham, S. Ayazi et al. A simplified technique for intrathoracic stomach repair: laparoscopic fundoplication with Vicryl mesh and BioGlue crural reinforcement. Surg Endosc, **24**, 2010, № 3, 675-9.

Постъпила за печат на 12 септември 2016 г.