

# PRACE KAZUISTYCZNE

Adv Clin Exp Med 2006, 15, 2, 389–391  
ISSN 1230-025X

PIOTR SZELACHOWSKI, MARTA STRUTYŃSKA-KARPIŃSKA, KRZYSZTOF GRABOWSKI,  
RENATA TABOŁA, PIOTR PELCZAR

## Massive Hiatal Hernia – Presentation of One Case

### Olbrzymia przepuklina rozworu przełykowego – opis przypadku

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej AM we Wrocławiu

#### Streszczenie

Opierając się na dostępnym piśmiennictwie autorzy szeroko omawiają obraz kliniczny, diagnostykę oraz sposoby postępowania w różnych typach przepuklin rozworowych. W pracy przedstawiono 58-letnią kobietę z olbrzymią, wieloletnią przepukliną rozworu przełykowego o nietypowym przebiegu. Pierwszym i jedynym objawem obecności tej przepukliny była nagła ostra niedrożność przewodu pokarmowego. Pacjentkę operowano z dobrym wynikiem. Operację przeprowadzono z dostępu brzuszego, wykonując plastykę i odtworzenie mechanizmów antyrefluksowych wpustu (*Adv Clin Exp Med 2006, 15, 2, 389–391*).

**Słowa kluczowe:** olbrzymia przepuklina rozworowa, leczenie chirurgiczne.

#### Abstract

On the basis of available bibliography the authors widely discuss clinical picture, diagnostics and procedures in various types of hiatal hernia. The article presents a case of a 58-year-old woman with a long-term, massive hiatal hernia, with a non-typical course. The first and the only symptom of hiatal hernia was an acute obstruction of the digestive system. The patient was operated successfully. The operation was performed through abdominal cavity. The esophageal hiatus and antireflux mechanisms were reconstructed (*Adv Clin Exp Med 2006, 15, 2, 389–391*).

**Key words:** massive hiatal hernia, surgical treatment.

Przepukliny rozworu przełykowego należą do grupy przepuklin wewnętrznych, w których dochodzi do przemieszczenia narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej. Przemieszczenie to odbywa się przez rozwór przełykowy, który jest kanałem długości około 2 cm, utworzonym głównie przez prawą odnogę przepony [1]. Niewątpliwie wpływ na częstość występowania przepuklin rozworu przełykowego ma otyłość, zaawansowany wiek, wady anatomiczne rozworu przełykowego, więzadeł stabilizujących wpust oraz wady w rozmieszczeniu otrzewnej [2, 3]. Wyróżnia się trzy typy przepuklin rozworu przełykowego: ślizgowa, okołoprzełykowa i mieszana. Istotną różnicą między przepukliną ślizgową a okołoprzełykową jest położenie wpustu względem przepony. W przepuklinie ślizgowej wpust wraz z górną częścią żołądka przemieszcza się ponad przeponę i następuje wówczas zarzucanie treści żołądkowej do przełyku, w okołoprzełykowej –

wpust pozostaje pod przeponą, a przemieszcza się dno, część trzonu żołądka, a niekiedy cały żołądek; nie występuje zwrotne zarzucanie treści żołądkowej do przełyku [4, 5]. Ma to również swoje odzwierciedlenie w rodzaju objawów. W przepuklinach ślizgowych większość objawów i powikłań jest związanych z obecnością refluksu żołądkowo-przełykowego. Do najczęstszych objawów należą: zgaga, piekące bóle za mostkiem i w nadbrzuszu oraz regurgitacje treści żołądkowej i pokarmowej. Dolegliwości te występują po posiłkach, w pozycji leżącej, podczas snu. Często ustępują po zmianie pozycji. W przebiegu przepuklin ślizgowych mogą powstać nadżerki i owrzodzenia śluzówki przełyku, co może doprowadzić do zwężenia światła przełyku, a w krańcowych przypadkach do nabytego krótkiego przełyku [6]. W przepuklinach okołoprzełykowych natomiast częściej występują odbijania, uczucie ucisku w nadbrzuszu i za mostkiem. Ucisk wrót przepu-

kliny prowadzi do zastoju żylnego i przekrwienia w ścianie przemieszczonej części żołądka, co może przyczynić się do powstania krwawiących nadżerek błony śluzowej, a uwięźnięcie części żołądka może być przyczyną niedokrwienia jego ścian, a nawet martwicy. W przepuklinach około-przełykowych może dojść również do skręcenia, zagięcia wpustu bądź do przemieszczenia całego żołądka, co objawia się dużą niedrożnością przewodu pokarmowego.

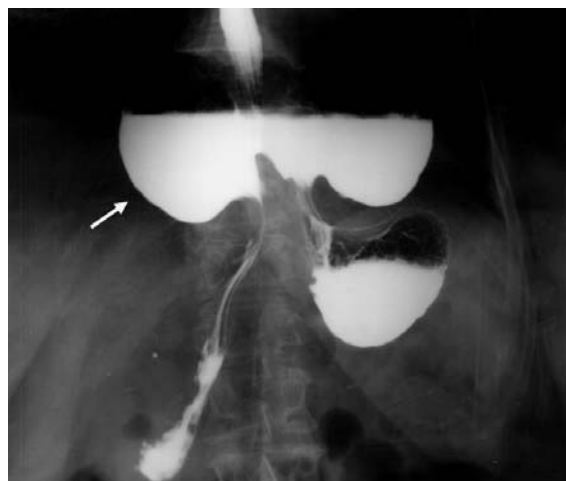
## Opis przypadku

Kobieta, lat 58, została przyjęta do Kliniki w trybie pilnym z powodu całkowitej dysfagii, w stanie skrajnego odwodnienia. Żadnych dolegliwości bólowych chora nie zgłaszała, badaniem fizykalnym poza odwodnieniem nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego. Trudności w połykaniu pokarmów, jak wynika z wywiadu, wystąpiły na kilka dni przed przyjęciem i narastały. Nigdy wcześniej podobne dolegliwości u chorej nie występowały, nigdy też nie cierpiała z powodu chorób przewodu pokarmowego. Po podaniu płynów infuzyjnych oraz wyrównaniu poziomu elektrolitów uzyskano poprawę stanu chorej. Zdjęcie RTG klatki piersiowej wykazało za sylwetką serca pierścieniowaty cień o wymiarach  $14 \times 7$  cm z poziomem płynu, a w RTG przewodu pokarmowego z użyciem kontrastu wodnego stwierdzono położoną podprzeponowo niewielką część żołądka, pozostałą natomiast większą część żołądka – w obrębie klatki piersiowej (ryc. 1, 2). Opuszka i pętla dwunastnicy była położona podprzeponowo. Chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Z dojścia od strony jamy brzusznej wyseparowano rozwór przełykowy poszerzony do średnicy 10 cm, wypreparowano i ściągnięto większą część żołądka, która była przemieszczona do śródpiersia tylnego. Następnie wydzielono ze zrostów dolną, brzuszną część przełyku. Wykonano plastykę rozworu przełykowego, zwężając go pojedynczymi szwami założonymi poza przełykiem. Odtworzono prawidłowe warunki w obrębie rozworu, wykonując przednią fundoplikację sposobem opracowanym w Klinice [7]. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Począwszy od trzeciej doby po zabiegu, chora otrzymywała płyny doustnie, a w kolejnych dniach stopniowo poszerzano dietę do normalnej. Zgłaszana przed zabiegiem dysfagia ustąpiła całkowicie i chora odżywiła się bez trudności drogą naturalną. Wykonane kontrolne badanie RTG przewodu pokarmowego z kontrastem wykazało akt połykania sprawny, przełyk dobrze drożny. Pod przeponą była widoczna prawidłowo ukształtowana bania powietrzna żołądka (ryc. 3).



**Ryc. 1.** Radiogram klatki piersiowej. Strzałki wskazują za sylwetką serca cień żołądka z poziomem płynu

**Fig. 1.** Radiogram of the thorax. Arrows indicate a shadow of the stomach behind the heart, with the level of liquid in the stomach



**Ryc. 2.** Radiogram górnego odcinka przewodu pokarmowego. Widoczna masywna przepuklina rozworu przełykowego (strzałka)

**Fig. 2.** Radiogram of the upper part of the digestive tract. Visible massive hiatal hernia (arrow)



**Ryc. 3.** Radiogram górnego odcinka przewodu pokarmowego. Widoczne prawidłowe warunki w obrębie rozworu przełykowego

**Fig. 3.** Radiogram of the upper part of the digestive tract. Visible normal anatomical relations in the hiatal area

Chorą w stanie dobrym, z raną wygojoną wypisano w 10. dobie po zabiegu do domu.

## Omówienie

Przepukliny rozworu przełykowego należą do stosunkowo częstych chorób przewodu pokarmowego. W diagnostyce są istotne badania radiologiczne, endoskopowe z pobraniem wycinków, pH-metria oraz manometria przełyku [8]. Około 50% przepuklin ślizgowych przebiega bezobjawowo. W pozostałych objawy są zwykle związane z towarzyszącym tym przepuklinom refluksem żołądkowo-przełykowym. W przypadku niewielkich przepuklin, niedających znacznych dolegliwości, można zastosować leczenie farmakologiczne (leki propulsywne, H<sub>2</sub>-blokery, blokery pompy protonowej, leki rozkurczowe, zobojętniające treść żołądkową), a w przypadku przepuklin o większych rozmiarach, którym towarzyszą nasilone dolegliwości oraz w przepuklinach okołoprzełykowych, gdzie przy znacznym przemieszczeniu żołądka mogą wystąpić objawy ucisku i utrudnienia pasażu, a nawet uwięźnięcia, należy podjąć leczenie operacyjne [9]. W opisanym przypadku, pomimo że treścią przepukliny była ponad połowa żołądka, dolegliwości związane z utrudnionym pasażem

pokarmu wystąpiły dość późno, na kilka dni przed przyjęciem. Dopiero objawy pełnej dużej niedrożności przewodu pokarmowego zmusiły chorą do zgłoszenia się do Kliniki. Wykonane badanie radiologiczne przewodu pokarmowego z kontrastem okazało się bardzo przydatne w diagnostyce i ocenie rozmiarów przepukliny. Przy tak ogromnej przepuklinie leczenie może być jedynie operacyjne. U przedstawionej chorej operacja polegała na odprowadzeniu zawartości przepukliny do jamy brzusznej, zwężeniu rozworu przełykowego oraz odtworzeniu prawidłowych stosunków anatomicznych wpustu za pomocą fundoplikacji, mającej na celu stabilizację brzusznej części przełyku i odtworzenie ostrego kąta Hissa. Operacje można przeprowadzić z dostępu przez jamę brzuszną lub przez klatkę piersiową. Lekarze z Kliniki wybierają dostęp brzuszny, który umożliwia, oprócz wykonania operacji zasadniczej, również kontrolę narządów jamy brzusznej. Nie ma też potrzeby stosowania drenażu ssącego, który jest niezbędny przy dostępie przez klatkę piersiową [10]. Choć ze względu na specyfikę Kliniki operacje przepukliny rozworu przełykowego wykonuje się stosunkowo często, to jednak opisany przypadek ze względu na olbrzymią przepuklinę o nietypowym przebiegu klinicznym zasługuje na przedstawienie.

## Piśmiennictwo

- [1] **Jeziro Z:** Etiopatogeneza przepuklin ślizgowych rozworu przełykowego. *Prace Nauk AM we Wrocławiu* 1977, 11, 3–24.
- [2] **Lewandowski A, Knast W, Strutyńska-Karpińska M:** Leczenie operacyjne powikłań choroby refluksowej przełyku. *Pam 60 Jubil Zjazdu Tow Chir Pol Bib Pol Przeg Chir, Warszawa* 2002, 2, 192–199.
- [3] **Lewandowski A, Bernat M:** Przyczynek do etiopatogenezy przepukliny okołoprzełykowej rozworu przełykowego przepony. *Pol Przegl Chir* 1995, 67, 1042–1046.
- [4] **Cukic V, Magljic J, Beslic S:** Prolapse and herniation of abdominal organs into the thoracic cavity as a diagnostic problem in pulmonology. *Med Arh* 2005, 59, 2, 128–131.
- [5] **Fass R, Ofman JJ:** Gastroesophageal reflux disease – should we adopt a new conceptual framework. *Am J Gastroenterol* 2002, 97, 1901–1909.
- [6] **Maziak DE, Todd RJ, Pearson FG:** Massive hiatus hernia: evaluation and surgical management. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998, 115, 53–60.
- [7] **Jeziro Z:** Chirurgiczne leczenie przepuklin ślizgowych rozworu przełykowego. *Prace Nauk AM we Wrocławiu* 1977, 11, 25–41.
- [8] **Mattioli S, Lugaresi ML, Pierluigi M, Di Simone P, D'Ovidio F:** Review article: indications for antireflux surgery in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003, 17, 60–67.
- [9] **Mosca F, Stracqualursi A, Persi A, Latteri S:** Surgical repair of type II paraesophageal hernia: our experience. *Int Surg* 2005, 90, 1, 1–11.
- [10] **Strutyńska-Karpińska M, Grabowski K:** Choroba refluksowa przełyku – powikłania i sposoby leczenia chirurgicznego. *Adv Clin Exp Med* 2005, 14, 1, 39–45.

## Adres do korespondencji:

Piotr Szelachowski  
Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego  
i Chirurgii Ogólnej AM  
ul. Traugutta 57/59  
50-417 Wrocław  
tel.: +48 071 37 00 250  
e-mail: gastrogeneralsurgery@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.06.2005 r.  
Po recenzji: 19.07.2005 r.  
Zaakceptowano do druku: 19.07.2005 r.

Received: 30.06.2005  
Revised: 19.07.2005  
Accepted: 19.07.2005