

BÖLÜM 36

PARAÖZEFAGEAL FITIKLAR

Seyyit Muhsin SARIKAYA¹

GİRİŞ

Diyafraam toraks ile abdominal kompartmanı birbirinden ayıran mükülo-membranöz (muskülotendinöz) yapıda bir oluşumdur. Anatomi kısmında da değinildiği gibi diyaframda üç adet doğal açıklık ve iki (çift) zayıf alan bulunmakta olup doğal açıklık alanlarından V. Cava inf., Aorta ve özefagus geçmektedir. Bunlardan özellikle özefagusun geçtiği açıklıktan (hiatus özefagikus) ve diğer zayıf alanlardan batın içindeki organların toraksa doğru yer değiştirmesi ile fitiklar meydana gelirler. Bir de travmatik olarak diyafram fitikleri oluşabilmektedir.

Bu konu da hiatus özefagikus'dan batın içi organların toraks'a geçmesi ile oluşan paraözefageal fitikların sınıflandırılması, etiyolojisi, epidemiyolojisi, patogenezi, klinik belirtileri, tanı ve tedavisi gözden geçirecektir. Paraözefageal fitiğin cerrahi tedavisi ve gastroözofageal reflü hastalığının yönetimi kitapta ayrı bölümler de tartışılmaktadır.

SINIFLANDIRMA

Hiatal fitiklar anatomik olarak 4 tipe ayrılmıştır.

¹ Op. Dr., Kayseri Şehir Hastanesi, drmuhsin@gmail.com

boylamasına hizada kalır ve fundus GE bağlantısının altında kalır. Tip II, III ve IV hiatus fıtıkları veya paraözefageal fıtıklar, gastrik fundusun yukarı doğru çıkması ile karakterizedir. Tüm hiatus fıtıklarının yaklaşık yüzde 95'i Tip I ve yüzde 5'i paraözefagealdir.

- Çoğu hiatus fıtıklarının etiyojisi tam olarak belirlenememiş olsa da, kayan hiatus fıtıkları olan bazı hastalarda; travma, kongenital malformasyon ve iyatrojenik faktörler rol oynamaktadır. Paraözefageal herniler, hiatusun cerrahi diseksiyonunun bilinen bir komplikasyonudur.
- Kayan bir hiatus fıtığı, gastrik kardiya'nın bir kısmının yukarı doğru fıtıklaşmasına izin veren GE bağlantısının kademeli olarak bozulmasından kaynaklanır. Aksine, paraözefageal fıtıklar, gastrosplenik ve gastrokolik bağların ve frenoözefageal membranın anormal gevşekliği ile ilişkilidir, bu da midenin büyük kurvaturunun toraks içine yuvarlanmasını sağlar.
- Çoğu küçük sliding hiatus fıtığı asemptomatiktir. Büyük sliding hiatus fıtığı olan hastalarda GE reflü hastalığı (GERD) belirtileri olabilir. Paraözefageal fıtığı olan çoğu hasta asemptomatiktir veya sadece belirsiz, aralıklı epigastrik veya substernal ağrı veya postprandiyal dolgunluk, bulantı ve öğürme semptomlarına sahiptir. Paraözefageal fıtığı olan hastalarda, bir direk radyografi, bilgisayarlı tomografi (BT) taraması veya göğsün manyetik rezonans görüntüleme (MRI), paraözefageal fıtığı veya intratorasik midede retrokardiyak hava-sıvı seviyesini ortaya çıkarabilir.
- Hiatus hernisi kendi başına izlenen bir tanı değildir ve genellikle diğer tanıları dışlamak için veya GERH hastalarında ameliyat öncesi bir çalışmanın bir parçası olarak üst endoskopi, manometri veya görüntüleme tesadüfen saptanır.
- Paraözofagiyal herniler üst endoskopide teşhis edilebilir, ancak baryumlu ÖMD gafisi en hassas tanı testidir. Eksenel aralıkta 2 cm'den büyük kayan hiatal herniler baryumlu ÖMD grafisi, endoskopi veya özofagus manometrisi ile kolaylıkla teşhis edilebilir. Ancak, eksenel açıklıkta 2 cm'den küçük olan küçük sliding hiatus hernilerinin kesin tanısı sadece ameliyat sırasında olabilir.
- İzole, asemptomatik sliding hiatus fıtığının onarımı endike değildir. Semptomatik kayan hiatus fıtığı olan hastaların tedavisi GÖRH tedavisinden oluşur.
- Paraözefageal fıtıkların cerrahi onarımı semptomatik hastalar ve komplikasyonların olduğu hastalarda endikedir. (örn. Gastrik volvulus, kanama, tıkanma, boğulma, perforasyon ve paraözefageal fıtığa ikincil solunum yetmezliği).

KAYNAKLAR

1. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) (2013): Guidelines for the management of hiatal hernia (21/08/2020 tarihinde <https://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-the-management-of-hiatal-hernia/> adresinden ulaşılmıştır.)
2. Tiwari M, Tsang A, Reynoso J, et al. Options for large hiatal defects. In: Murayama KM, Chand B, Kothari S, et al, editors. Evidence-Based Approach to Minimally Invasive Surgery. Woodbury (CT): Cine-Med, Inc; 2011. p. 47–56.

3. Oleynikov D., Jolley J.M., Paraesophageal Hernia, Surg Clin N Am 95 (2015) 555–565 <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2015.02.008>
4. Uptodate (2020) Hiatus Hernias (20/08/2020 tarihinde [https://www.uptodate.com/contents/hiatus-hernia?search=paraesophageal %20hernia&source=search_result&selectedTitle=2~9&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/hiatus-hernia?search=paraesophageal%20hernia&source=search_result&selectedTitle=2~9&usage_type=default&display_rank=2) adresinden ulaşılmıştır)
5. Hill LD, Kozarek RA, Kraemer SJ, et al. The gastroesophageal flap valve: in vitro and in vivo observations. Gastrointest Endosc 1996; 44:541. DOI: 10.1016/s0016-5107(96)70006-8
6. Ott DJ, Gelfand DW, Chen YM, et al. Predictive relationship of hiatal hernia to reflux esophagitis. Gastrointest Radiol 1985; 10:317. DOI: 10.1007/BF01893120
7. Weston AP. Hiatal hernia with cameron ulcers and erosions. Gastrointest Endosc Clin N Am 1996; 6:671.
8. Kaiser LR, Singal S. Diaphragm. In: Surgical Foundations: Essentials of Thoracic Surgery, Elsevier Mosby, Philadelphia, PA 2004. p.294
9. Bredenoord AJ, Weusten BL, Timmer R, Smout AJ. Intermittent spatial separation of diaphragm and lower esophageal sphincter favors acidic and weakly acidic reflux. Gastroenterology 2006; 130:334. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.10.053
10. Davis SS Jr. Current controversies in paraesophageal hernia repair. Surg Clin North Am 2008; 88:959. DOI: 10.1016/j.suc.2008.05.005