

Prevrátený žalúdok (upside down stomach) a jeho komplikácie

MUDr. Juraj Váňa, PhD.

Chirurgické oddelenie, Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

Výskyt hiatovej hernie signifikantne narastá s vyšším vekom. Extrémnou formou je upside down stomach. Vzniká obštrukčný syndróm, ktorý vyžaduje chirurgickú intervenciu. Ako príklad komplikácie autor prezentuje kazuistiku inkarcerovanej hiatovej hernie spojenej s perforáciou žalúdka. Na chirurgické oddelenie bola prijatá 83-ročná žena s anamnézou zvracania a niekoľko dní trvajúcimi bolesťami epigastria. V anamnéze je dlhoročná neriešená hiatová hernia. Vzhľadom k progresii klinického stavu indikovaná pacientka k operácii. Pooperačný priebeh komplikovaný abdominálnym kompartment syndrómom, anúriou a kardiálnou dekompenzáciou. Kazuistika poukazuje na možnosť vývinu zriedkavej závažnej komplikácie pri dlhoročne neriešenej verifikovanej hiatovej hernii.

Kľúčové slová: hiatová hernia, inkarcerácia, perforácia žalúdka, prevrátený žalúdok.

Upside down stomach and its complications

The prevalence of hiatus hernia significantly increases with old age. The extreme form is upside down stomach, which causes obstructive syndrome when surgical treatment is necessary. Autor presents case report of the incarcerated hiatus hernia associated with stomach perforation. On the surgical department was admitted 83 years old woman with anamnesis of the vomitus and pain in the epigastrium. Patient has a few years hiatal hernia without treatment. For the progression of the clinical signs was performed laparotomy. Postoperative course was complicated with abdominal compartment syndrome, anuria and cardiac decompensation. This case report mentioned on this very rare complication of the untreated hiatal hernia.

Key words: hiatus hernia, incarceration, stomach perforation, upside down stomach.

Slov. chir., 2012; roč. 9(3): 115–116

Úvod

Výskyt hiatovej hernie narastá signifikantne s vyšším vekom. Axiálna, alebo aj sklzná hiatová hernia sa vyskytuje najčastejšie. Kardia spolu s príslušnou časťou žalúdka je dislokovaná do zadného mediastína. Príčinou môže byť získané alebo vrodené oslabenie väzivového aparátu v okolí kardia. Výskyt paraezofageálnej hernie sa udáva len do 5 % zo všetkých hiatových hernií (1). Fundus je dislokovaný do zadného mediastína, kardia ostáva na svojom mieste v dutine brušnej pod bránicou. Extrémna forma paraezofageálnej hernie sa nazýva upside down stomach, keď sa cez ezofageálny hiatus vsunie do hrudníka celý žalúdok, kardia a pylorus ostáva v dutine brušnej. Vzniká obštrukčný syndróm. Medzi zriedkavé a vážne komplikácie hiatovej hernie patrí aj perforácia žalúdka pri inkarcerácii hiatovej hernie.

Materiál

Na Chirurgickom oddelení FNSP Žilina bolo v roku 1998 – 2011 celkovo operovaných 37 081 pacientov. Z toho na náhlu príhodu brušnú bolo operovaných 6 019 pacientov, čo predstavuje 16,23 %. Najčastejšou náhlou príhodou bola akútna appendicitída (53 %), a naopak najzriedkavejšou perforácia žalúdka pri upside down žalúdku (0,01 % zo všetkých náhlých príhod brušných).

Na chirurgické oddelenie bola prijatá 83-ročná pacientka s anamnézou niekoľko dní trva-

júcich bolestí epigastria a zvracaním. Z osobnej anamnézy udávala arteriálnu hypertenziu, operácie: stav po hysterektómii a adnexektómii pre myóm, operácia varixov na dolných končatinách, malígný melanóm dorza, dlhoročnú anamnézu hiatovej hernie bez bližšej špecifikácie.

Objektívny nález pri príjme: namáhavéjšie dýchanie, obezita, TK 100/60, AS: 100 regg., afebrilná, dýchanie obojstranne oslabené bez vedľajších fenoménov, abdomen nad niveau hrudníka, meteoristické, palpačne difúzne, minimálne citlivé bez défanse, peristaltika auskultačne chabá bez vysokých tónov, hepar a lien nehmatný, jazva po hysterektómii pokojná, pevná, umbilikus a inguiny bez herniácie, PR: v ampule hnedá formovaná stolica v dosahu prsta bez patológie.

Z výsledkov pri príjme: urea 23,24; kreatinín 214,6; kys. močová 514; bielkoviny 59,5; CRP 355,9; krvný obraz kompletne v norme, USG: abdomen

bez patologického nálezu, RTG snímka hrudníka a abdomenu: bránica vpravo klenutá, uhol CF voľný, vľavo bránica nedif., v oblasti tieňa srdca diferencovať vyjasnenie s prít. hladinkou – susp. hiatová hernia žalúdka, pruhovitý tenký tieň premietajúci sa do oblasti hor. a stred. pľúcneho poľa vľavo, ostatný viditeľný parenchým bez presvedčivých čerstvých infiltratívnych zmien, srdce rozšírené, MO v norme. Brucho natív: bez jednoznačného pneumoperitonea, slabšia plynová náplň čreva, s naznačenými ojedinelými drobnými hladinkami v oblasti meso-hypogastria (obrázok 1).

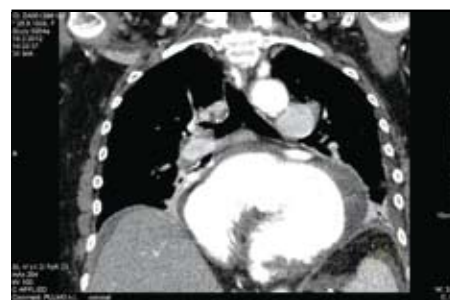
Priebeh hospitalizácie

1 deň. Pacientka uložená na JIS, zavedená nazogastrická sonda, začatá infúzna liečba, realizované interné vyšetrenie, pre paroxysmy fibrilácií predsiení opakovane interná kontrola. NGS odvádza žľúdočný obsah s kompletnou

Obrázok 1. RTG hrudníka pri príjme



Obrázok 2. CT vyšetrenie s nálezom volvulu žalúdka v mediastíne



produkcii, klinicky nález bez vývoja v zmysle náhlej príhody brušnej. Realizované urgentné CT s nálezom volvulu žalúdka v mediastíne s presiaknutím okolitých štruktúr, bez úniku kontrastnej látky mimo lúmen žalúdka (obrázok 2). U pacientky v pláne gastrofibroskopia a pokus o endoskopickú derotáciu žalúdka (2). Pacientka počas noci absolútne dezorientovaná, nepokojná.

2 deň. Vzhľadom na progresiu lokálneho nálezu v abdomene v zmysle peritoneálneho dráždenia pacientka indikovaná k urgentnej operácii. Peroperačne nachádzame difúznú purulentnú peritonitídu. Žalúdok sa nachádza de facto kompletne nad bráničnou, ide o organoaxiálny volvulus žalúdka, pričom bráničné crura tvoria škrtiacu bránku hernie. Po rozšírení bránky reponujeme žalúdok a volvulus do podbráničného priestoru, v oblasti fundu žalúdka nachádzame perforačný otvor do veľkosti 3 cm. Predpokladáme, že perforácia vznikla bariatrickou ruptúrou pri inkarcerácii v mieste bránky bráničnej hernie, ktorá však zároveň tvorila aj uzavretý priestor a bránila tak prudšiemu rozvoju peritonitídy. Perforácia bola ošetrená sutúrou, vykonávame hiatoplastiku a fundoplikáciu Nissen-Rosseti. Po dôkladnej toalete herniovej dutiny v mediastíne, dutiny brušnej a cielenej drenáži operačný výkon ukončujeme. Operačnú ranu je vzhľadom k edému tkanív a dilatácii GI tu potrebné uzavrieť pomocou platní. Pacientka vzhľadom k peroperačnej obehovej instabilite preložená na OAIM. Indikovaná antibiotická liečba.

3. deň, 1 pooperačný deň. U pacientky dochádza k rozvoju brušného kompartment syndrómu, intraabdominálny tlak dosahuje hodnoty 31 cm H₂O, pacientka je anurická. Stav riešime čiastočným uvoľnením platní, s hroziacou disrupciou, rana drží na kožných stehoch. Po uvoľnení rany dochádza postupne k poklesu intraabdominálneho tlaku a obnove diurézy.

4. – 9. deň. Pacientka vyžaduje umelú pľúcnu ventiláciu, kardiálna dekompenzácia,

postupná extrakcia drénov, postupná obnova peristaltiky a nutričia cez nazogastrickú sondu.

10. – 14. deň. Pacientka postupne odpojená od umelej ventilácie, rehabilitovaná, realimentovaná per os, preklad na JIS chirurgického oddelenia.

20. deň, 19. pooperačný deň. Pacientka plne realimentovaná a rehabilitovaná, demitovaná.

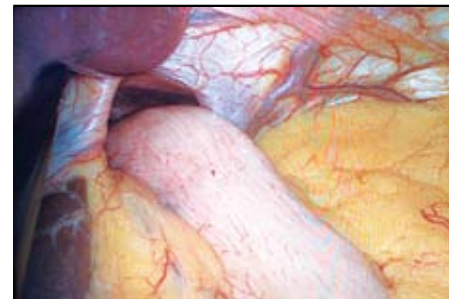
Diskusia

V prípade verifikovanej paraezofageálnej hernie by mala byť indikovaná operačná liečba. Pri upside down žalúdka vzniká obštrukčný syndróm, čo znamená bolesti za sternom a zvracanie. V krajnom prípade môže dôjsť k bariatrickej perforácii žalúdka, keď vzhľadom na to, že žalúdok lokalizovaný v mediastíne má obmedzenú kapacitu a pri zvracaní dochádza k jeho ruptúre. Jedinou kauzálnou liečbou je chirurgická intervencia. V období pokročilej laparoskopie je možné aj extrémnu formu tzv. upside down stomach riešiť laparoskopicky (3), avšak v prípade akútnej komplikácie je zväčša potrebný klasický prístup. Na našom pracovisku pristupujeme k chirurgickému riešeniu hiatových hernií laparoskopicky (obrázky 3 a 4). V tomto prípade sme však vzhľadom na stav pacientky boli nútení operovať klasicky. Môžeme len predpokladať, že v prípade, ak by pacientka bola operovaná elektívne a laparoskopicky, mohol byť pooperačný priebeh podstatne pokojnejší.

Záver

Jedinou kauzálnou liečbou pokročilej hiatovej hernie je chirurgická intervencia. V rukách skúseného laparoskopického chirurga je elektívna operácia paraezofageálnej hiatovej hernie bezpečnou a efektívnou liečbou hiatovej hernie (4). Z pohľadu chirurga je nevyhnutná úzka spolupráca s gastroenterológom a včasná indikácia na chirurgické riešenie paraezofageálnej hiatovej hernie, môže totiž predchádzať závažným komplikáciám ako v tejto kazuistike.

Obrázok 3. Laparoskopický pohľad na hiatovú herniu



Obrázok 4. Laparoskopická fundoplikácia Nissen-Rosseti



Literatúra

1. Tsunehiko M, Masataka F, Fumito I, Mutsumi N. Incarcerated Paraesophageal Hernia Associated with Perforation of the Stomach: Report of a Case. *Surg Today* 2001; 31: 454–457.
2. Murata Y, Kawamura O, Kuribayashi S, Minashi K, Maruhashi K, Toki M, et al. A case of gastric mesenterioaxial volvulus temporarily corrected by endoscopy. *Progress of Digestive Endoscopy* 2001; 58(2): 95–95.
3. Kathouda K, Mavor E, Achata K, Friedlander MH, Grant SW, Essani R, et al. Laparoscopic repair of chronic intrathoracic gastricvolvulus. *Surgery* 2000; 128(5): 784–790.
4. Kercher KW, Matthews BD, Ponsky JL, Goldstein SL, Yavorski RT, Sing RF et al. Minimally invasive management of paraesophageal herniation in the high-risk surgical patient. *Ann Surg* 2000; 232(4): 608–618.

MUDr. Juraj Váňa, PhD.

Chirurgické oddelenie, Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina
V. Spanyola 43, 012 07 Žilina
vana@fnspza.sk



Petr Anděl, Matej Škrovina, Vítězslav Ducháč:

ZÁKLADY PRAKTICKÉ PROKTOLOGIE

Publikace poskytuje přehledně uspořádaný soubor všech podstatných a aktuálních diagnostických a terapeutických trendů, které se dnes v proktologii uplatňují. Autoři ji koncipovali s ohledem na ambulantní chirurgy a gastroenterology, kteří se tematikou zabývají, a zvolili tedy záměrně formu manuálu s bohatou obrazovou dokumentací, zahrnující více než 470 fotografií.

Kniha srozumitelnou formou shrnuje základní oborové poznatky a přáním autorů je, aby byla také inspirací i východiskem pro diskusi o dalším praktickém směřování proktologie.

Praha: Galén 2012, První vydání, ISBN 978-80-7262-892-6, 220 s.

Objednávejte na: Galén, spol. s r.o., Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170, e-mail: objednavky@galen.cz



www.galen.cz