

Aktuálne odporúčania Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) v liečbe hiátovej hernie

Úvod

Odporúčania pre liečbu hiátovej hernie vznikli na základe výsledkov viacerých prác zverejnených v aktuálnej literatúre. Pri ich tvorbe sa využili poznatky z 392 článkov, ktoré boli publikované počas uplynulých piatich rokov. Až 52 z nich sa zameriavalo na liečbu hiátovej hernie u detí. Na základe vylučovacích kritérií sa napokon zhodnotilo 153 článkov. Za dostatočný sa považoval dôkaz zo štúdií na úrovni I.

Výsledky prác boli kvôli jednoduchšiemu posúdeniu viacerými odborníkmi rozdelené do nasledovných tém:

- definícia, klasifikácia a patofyziológia
- diagnostika
- indikácie na operáciu
- predoperačné zhodnotenie
- technické aspekty:
 - transtorakálny a transabdominálny prístup
 - resekcia herniového vaku a jednoduchá redukcia
 - laparoskopický a klasický postup
 - Mesh kruroplastika a technika bez spevnenia sieťkou
 - fundoplikácia a postup bez vytvorenia manžety
 - gastropexia a technika bez fixácie žalúdka
- výsledky
- predpoklady úspechu
- reoperácia
- využitie v pediatrii

Úroveň dôkazov sa hodnotila systémom, ktorý má štyri stupne: veľmi nízka – žiadne tvrdenie nie je isté (+), nízka – ďalší výskum pravdepodobne zmení dôveru tvrdenia (++) , stredná – ďalší výskum môže zmeniť samotné tvrdenie (+++) a vysoká – ďalší výskum pravdepodobne nezmení dôveru tvrdenia (++++), kým sila jednotlivých odporúčaní je vyjadrená dvomi stupňami: slabé (prínos je možný, ale nie istý) a silné (prínos prevyšuje riziko). V tých prípadoch, kde súčasná literatúra neponúka jednoznačné riešenie, je uvedený názor odborníkov v danej oblasti.

Definícia

Hiátová hernia (prietrž) je porucha charakterizovaná dislokáciou akejkoľvek brušnej štruktúry (okrem pažeráku) do hrudnej dutiny cez rozšírený hiatus oesophageus bránice.

Klasifikácia

Snaha o klasifikáciu hiátových hernií sa objavila začiatkom minulého storočia. Súčasná anatomická klasifikácia ich rozdeľuje na typy I – IV:

1. **Hernia typu I.** je sklzná (axiálna) hiátová hernia, pri ktorej je kardia dislokovaná do zadného mediastína. Žalúdok zostáva vo svojej zvyčajnej polohe a fundus sa nachádza pod gastroezofageálnou junkciou.
2. **Hernia typu II.** je paraezofageálna hernia, pri ktorej je časť fundu žalúdka dislokovaná do zadného mediastína, pričom kardia zostáva na svojom mieste pod bránicou.
3. **Hernia typu III.** je kombináciou I. a II. typu, pri ktorej sa cez široký hiatus oesophageus vsunie do zadného mediastína kardia a tiež fundus žalúdka, ktorý je uložený nad gastroezofageálnou junkciou.
4. **Hernia typu IV.** je charakterizovaná tým, že vo vnútri herniového vaku je prítomná iná štruktúra než žalúdok, napr. omentum, hrubé alebo tenké črevo.

Viac než 95 % všetkých hiátových hernií tvorí typ I. Typy II. – IV. sa spoločne označujú ako paraezofageálne hernie (PEH) a od typu I. sa odlišujú relatívne zachovaným posterolaterálnym frenoezofageálnym pripojením okolo gastroezofageálnej junkcie. Z týchto hernií tvorí viac ako 90 % typ III., najzriedkavejšie sú hernie typu II. Pojem veľká PEH, ktorý sa často objavuje v literatúre, nie je doposiaľ presne definovaný. Niektorí autori navrhujú, aby sa sem zaradili všetky hernie typu III. a IV., mnohí však tento pojem používajú len v prípade PEH, pri ktorej sa nachádza v hrudnej dutine viac ako polovica žalúdka.

Uvedené odporúčania sú špecifické pre jednotlivé typy hiátovej hernie, keďže dôsledky a indikácie na operáciu sú v prípade sklzných (typ I.) a paraezofageálnych hernií (typ II., III., IV.) odlišné.

Presun gastroezofageálnej junkcie kraniálnym smerom môže byť výsledok oslabenia frenoezofageálneho ligamenta. Strata elastických vlákien vedie k rozťahnutiu ligamenta a posunu gastroezofageálnej junkcie proximálnym smerom. Hiátová hernia je prevažne získaná, zriedkavé sú kongenitálne (vrodené) formy. Familiárny výskyt bol zistený vo veľmi malom počte prípadov, pričom významnú úlohu môže hrať multifaktoriálna dedičnosť.

Opísané sú aj ďalšie typy diafragmatických hernií, ktoré v tejto práci nie sú zahrnuté. Patria k nim traumatické hernie ako aj vzácne parahiátové hernie, pri ktorých vzniká defekt laterálne v oblasti crus diaphragmatis a nie v samotnom hiatus oesophageus, ďalej sú to iatrogénne a vrodené diafragmatické hernie ako napríklad posterolaterálna Bochdalekova alebo retrosternálna Morganiho hernia.

Volvulus je zriedkavý stav charakterizovaný patologickou rotáciou žalúdka, ktorá je zvyčajne spojená s PEH. Môže vzniknúť v brušnej alebo hrudnej dutine a klasifikuje sa podľa osi rotácie (organoaxiálna a mezenteroaxiálna). Najčastejšia je organoaxiálna rotácia prebiehajúca po osi spájajúcej gastroezofageálnu junciu a pylorus. Mezenteroaxiálna rotácia okolo krátkej osi žalúdka, ktorá pretína malé a veľké zakrivenie, je zriedkavejšia. Existuje aj ich vzájomná kombinácia. Príčina primárneho volvulu žalúdka je neznáma. Sekundárny volvulus, ktorý je častejší, sa vyskytuje pri PEH, poruchách spojivového tkaniva a defektoch prednej brušnej steny. Volvulus žalúdka sa vyskytuje vo všetkých vekových skupinách, častejšie však postihuje jedincov vo vyššom veku. Hiátová hernia s akútnym intratorakálnym volvulom sa zvyčajne prejavuje progresívnou bolesťou na hrudníku, silným vracaním a distenziou v oblasti epigastria. Klasická Borchardtsova triáda, ktorá predstavuje úplnú obštrukciu žalúdka, zahŕňa silnú bolesť v epigastriu, neproduktívne zvracanie a tiež neschopnosť zaviesť nazogastrickú sondu.

Diagnostika

Hiátová hernia sa môže diagnostikovať rôznymi metódami. Mali by sa vykonať iba tie vyšetrenia, ktoré pomôžu objasniť klinický stav pacienta (+++, silné). Diagnostika sklzných hiátových hernií sa prekrýva s diagnostickým postupom pri gastroezofágovej refluxnej chorobe (GERD).

Diagnostický algoritmus:

1, RTG vyšetrenie pažeráku a žalúdka - na natívnej snímke hrudníka môžeme vidieť mäkké tkanivá hernie. Retrokardická hladina je charakteristická pre PEH. Dislokácia čreva je charakteristická neobvyklým vertikálnym priebehom kľučiek smerom k vaku a prítomnosťou plynu. Pri herniácii hrubého čreva môžeme nájsť charakteristickú deformáciu colon transversum ako aj jeho posun smerom nahor.

2, Kontrastné vyšetrenia - tieto vyšetrenia pomáhajú odhadnúť veľkosť a redukovateľnosť hiátovej hernie a tiež zistiť presnú lokalizáciu gastroezofageálnej junkcie vo vzťahu k hiatus oesophageus. Tiež môžu podporiť diagnózu krátkeho pažeráku. Najčastejšie používanou kontrastnou látkou je bárium.

3, Počítačová tomografia (CT) - zvyčajne sa na diagnostiku používa multidetektorové CT. Spazmus od stenózy odlíšime náplňou orgánu kontrastnou látkou a súčasným použitím spazmolytika. V akútnych prípadoch sa môže použiť u pacientov s podozrením na komplikácie volvulu PEH. Vo väčšine prípadov sú lokalizácia hernie a orgány dislokované do hrudnej dutiny jasne zobrazené. Dilatácia črevných kľučiek uložených v hrudnej alebo brušnej dutine predstavuje obštrukciu alebo inkarceráciu čreva. Kraniálny posun gastroezofágovej junkcie sa môže jasne zobrazit' na kontrastnom CT.

4, Ezofagogastroduodenoskopia (EGD) - umožňuje zobrazit' patologický nález na sliznici pažeráku (zápal, erózie, vredy či metaplázia), žalúdka a dvanástnika. Ďalej umožňuje zistiť veľkosť a typ hiátovej hernie ako aj inkompetenciu dolného pažerákového zvierača a pri patologickom náleze (ezofagitída, Barretov pažerák) odobrať vzorky na histologické vyšetrenie.

5, Ezofágová manometria - ide o meranie tlaku v pažeráku, ktoré umožňuje zistiť jeho funkciu. Najväčší význam má trojbodová manometria, ktorou sa meria tlak súčasne na troch miestach – vo funde žalúdka, v kardii a distálnej časti pažeráku. Týmto vyšetrením sa dá zistiť kompetencia dolného pažerákového zvierača, motilita pažeráku a pri použití liekov aj tonus dolného zvierača a jeho pohotovosť k uzavretiu. Kvôli nemožnosti správne umiestniť katéter je toto vyšetrenie u pacientov s PEH problematické. Viacerí odborníci preto navrhujú, aby sa nahradilo orálnym podaním kontrastnej látky. U pacientov so sklznou hiátovou herniou a príznakmi GER je potrebné, aby sa pri vyšetrení pažerákovkej motility sonda umiestnila nad dolný pažerákový zvierač.

6, pH-metria - v diagnostike hiátovej hernie má len malý význam, rozhodujúca je však pri určení zvýšenej kyslosti v pažeráku pacientov so sklznou hiátovou herniou. U nich je potrebné pred operačným zákrokom potvrdiť GER fibroskopicky (erozívna ezofagitída, Barretov pažerák) alebo pH-metriou

Hlavnú úlohu v diagnostike hiátovej hernie hrá **endoskopia** a kontrastné vyšetrenia s baryom. Pri sklzných hiátových herniách najmä u bariatrických (obézných) pacientoch sú vyšetrenia s kontrastnou látkou citlivejšie než endoskopia. Použitie jednotlivých diagnostických techník závisí aj od klinického stavu pacienta. Nález neobvykle vysoko uloženého žalúdka či jeho abnormálna rotácia môžu u pacientov s náhle vzniknutou bolesťou brucha a vracaním svedčiť o volvule. Pri akútnej hiátovej hernii (napríklad s obštrukciou žalúdka či ischémiou) je potrebná dekompresia nazogastrickou sondou a následne RTG hrudníka a endoskopia. Pri príliš dlhom vyšetrení môže dôjsť k oneskoreniu v liečbe, čo má za následok neuspokojivé výsledky.

Indikácie na operáciu

Pri chýbaní gastroezofágového refluxu nie je potrebné operačné riešenie hernií typu I. (+++, silné).

Hlavným klinickým významom hernií typu I. je ich vzťah ku GER. U pacientov s potvrdeným refluxom a sklznou hiátovou herniou alebo bez nej je antirefluxná operácia jednou z možností. GER je indikáciou na operačné riešenie hernií typu I., kým samotná hernia ňou nie je. Sklzná hiátová hernia sa aj napriek niekoľkým komplikovaným prípadom považuje za takmer bezvýznamnú a nevyžaduje chirurgickú liečbu. Môže byť príčinou dysfágie alebo spôsobiť žalúdočné vredy. Tieto prípady sú však zriedkavé a sklznú hiátovú herniu bez príznakov GER väčšinou nie je potrebné operovať.

Všetky symptomatické PEH (najmä s príznakmi akútnej obštrukcie a volvulom žalúdka) je potrebné operovať (+++, silné). Asymptomatické PEH nie je potrebné vždy operovať. Pri uvažovaní nad operáciou by sa mal zohľadniť vek a zdravotný stav pacienta (+++, slabé).

Hiátová hernia sa zvyčajne prejavuje príznakmi, ktoré sú u mnohých pacientov slabé, preto sa zvyčajne zistí náhodne pri RTG hrudníka indikovanom z iného dôvodu. Príznaky sklznej hiátovej hernie väčšinou súvisia s GER. Sú opísané aj asymptomatické formy PEH, ich výskyt je však vzácny. Príznaky GER ako napríklad pálenie záhy nie sú pre PEH charakteristické.

Je pravdepodobné, že PEH vznikajú z menších hiátových hernií. V iných prípadoch môžu ich vznik zapríčiniť kýfóza alebo rôzne degeneratívne ochorenia chrčtice. Čím väčšia časť žalúdka je dislokovaná do hrudnej dutiny, tým výraznejšie sú príznaky kompresie pľúc a redukcia vitálnej kapacity. Ischémia žalúdočnej sliznice môže zapríčiniť vznik vredov, krvácanie a anémiu. Nedostatok železa je prítomný až u 50 % pacientov s PEH. Príznaky obštrukcie sú nevoľnosť, nadúvanie, pocit plnosti po jedle, dysfágia a vracanie. Bolesť, ktorá sa často opisuje ako pocit plnosti, ťažoby alebo silnej bolesti v epigastriu po jedle, sa po vracaní zvyčajne zmierni. Dysfágia a pocit postprandiálnej plnosti môžu vzniknúť útlakom pažeráka rozšíreným žalúdkom a ohnutím gastroezofágovej junkcie, čo nastane pri presune žalúdka do hrudníka alebo volvule.

Predpoklady výsledku

Pooperačná nauzea a vracanie sa majú riešiť okamžite, aby sa tak zabránilo nepriaznivým výsledkom liečby (++, silné).

Náhly vzostup vnútrobrušného tlaku vo včasnom pooperačnom období predisponuje k anatomickému poškodeniu. Taktiež aj dávenie, grganie a vracanie sú faktormi, ktoré môžu zapríčiniť anatomické poškodenie a následnú revíziu. Morbidita je výrazne vyššia najmä u starších pacientov, no riziko recidívy nie je v porovnaní s mladšími pacientmi výrazne vyššie. Mortalita je zapríčinená najmä respiračnými komplikáciami, tromboembolizmom a krvácaním. Obezita je rizikový faktor pre vznik a recidívu hiátovej hernie. Čím je hernia väčšia, tým väčšia je aj pravdepodobnosť recidívy. Odborníci preto odporúčajú, aby sa v závislosti od typu a veľkosti hernie, váhy, výšky a BMI pacienta použila sieťka.

Technické aspekty

Operačný prístup – transtorakálny a transabdominálny, laparoskopický a klasický postup

Hiátové hernie môžu byť efektívne vyriešené transtorakálnym alebo transabdominálnym prístupom (++++, silné). Morbidita pacientov je pri laparoskopickej operácii v porovnaní s klasickou podstatne nižšia (++, silné). Laparoskopická operácia hiátovej hernie je rovnako účinná ako otvorená, má však nižšiu perioperačnú morbiditu a kratšiu dĺžku hospitalizácie. Vo väčšine prípadov hiátových hernií sa z tohto dôvodu preferuje (++++, silné). Veľké hiátové hernie sa môžu operovať buď transabdominálnym (laparoskopicky alebo klasicky), alebo torakotomickým prístupom, zvyčajne z ľavej strany. V súčasnosti nie sú k dispozícii výsledky štúdií

porovnávajúcich transtorakálny a transabdominálny prístup. Viacerí odborníci však využívajú transtorakálny prístup iba vo výnimočných prípadoch aj napriek tomu, že umožňuje lepší prístup k hiátu bránice. Dôvodom je najmä vyššia morbidita a dlhšia hospitalizácia pacienta. Štandardnou liečbou je v súčasnosti laparoskopická operácia. V akútnych prípadoch, keď vznikla nekróza žalúdka alebo kontaminácia peritonea, je najvhodnejšia klasická operácia.

Laparoskopická operácia je v porovnaní s klasickou menej bolestivá, čo súvisí s menšou veľkosťou operačných rán, a tým aj nižším rizikom infekcie a vznikom hernie v jazve. Pri týchto operáciách je nižšie riziko vzniku respiračných komplikácií, kratšia dĺžka hospitalizácie a nižšia morbidita. Konverzia na klasickú operáciu je nutná pri masívnom krvácaní, poranení sleziny alebo početných zrastoch v brušnej dutine.

Resekcia herniového vaku

Pri operácii PEH je potrebné uvoľniť vak hernie od štruktúr mediastína (++, silné) a následne ho odstrániť (++, slabé). Disekcia vaku hernie uvoľní pažerák, uľahčí perioperačnú repozíciu jeho obsahu, znižuje pravdepodobnosť vzniku recidívy a tiež chráni pažerák pred iatrogénnym poranením. Pred samotnou resekciovou vaku na pravej strane pažeráku sa majú ľavé žalúdočné cievy stiahnuť do brušnej dutiny, aby sme tak zabránili ich poškodeniu. Až u piatich pacientov z 25, ktorým nebol vak hernie odstránený, vznikla počas 38-mesačného sledovania recidíva. Pacienti, ktorým sa počas zákroku odstránil aj vak, nemali v období 15 mesiacov od operácie recidívu hernie. Excízia vaku hernie je „esenciálnym“ krokom v laparoskopickej liečbe PEH.

Niekedy, ako napríklad pri operácii veľkých hiátových hernií, je resekcia vaku náročná. V týchto prípadoch preto nie je nutná, stačí uvoľniť vak od crura diaphragmatis.

Pri retrospektívnom porovnaní sa zistilo, že ponechanie vaku hernie in situ môže viesť k recidíve. Odborníci preto odporúčajú odstrániť čo najväčšiu časť vaku, ako sa len dá.

Mesh plastika pri operácii hiátovej hernie

Použitie sieťky pri veľkých hiátových herniách vedie k zníženiu rizika recidívy (+++ , silné).

Prínos použitia sieťky pri operácii hiátovej hernie nie je z dlhodobého hľadiska potvrdený. Pacienti s hiátovou herniou operovaní bez použitia sieťky (primárna sutúra crus) mali recidívu až v 42 % prípadov, ešte vyššie riziko recidívy sa zistilo po laparoskopickej operácii PEH. Odborníci preto navrhli, aby sa crura diaphragmatis spevnili. Vhodné materiály a spôsoby ich aplikácie nie sú ešte ani dnes úplne známe. Niektoré nové techniky spevnenia sa už vyvinuli, ide napríklad o použitie ligamentum teres hepatis, ľavého laloka pečene a rôznych druhov sieťok. Sieťka sa zvyčajne prikladá na povrch crura diaphragmatis po ich predchádzajúcom uzavretí. Ak nie je vzájomné priblíženie crus možné, sieťka sa použije na ich premostenie. V týchto zriedkavých prípadoch je možné použiť rôzne techniky využívajúce prírodné či umelé materiály.

Z výsledkov štúdií vyplýva, že použitie sieťky pri operáciách hiátových hernií je z krátkodobého hľadiska prospešné. Na overenie dlhodobého prínosu pre pacienta sú potrebné ešte ďalšie štúdie.

Existuje mnoho kazuistik, pri ktorých je použitie sieťky prospešné a len málo tých, kde sa dá jej prínos spochybníť. Dlhodobá bezpečnosť závisí od typu sieťky a techniky jej uloženia. Komplikácie vznikajú pri sieťkach z prírodných a umelých látok, no závisia aj od ich tvaru. Hoci je erózia sieťky najobávanejšou komplikáciou, nastať môžu aj ďalšie ako napríklad stenóza pažeráku, tamponáda perikardu alebo výpotok. Odborníci sa domnievajú, že použitie sieťky zo syntetického materiálu, ktorá je s väčšou pravdepodobnosťou v priamom kontakte s pažerákom, môže spôsobiť vznik erózie. Preto sa radí, aby sa jej použitiu vyhlo.

Sieťky sa môžu fixovať rôznymi spôsobmi – lepidlom, svorkami alebo stehmi. Pri fixácii sieťky je potrebné dávať pozor na okolité štruktúry ako napríklad perikard a aortu.

Fundoplikácia

Fundoplikácia sa musí vykonať pri operácii sklznej hiátovej hernie kvôli refluxu. Dôležitá je tiež v liečbe PEH (++, slabé).

Fundoplikácia patrí medzi štandardné chirurgické zákroky, ktoré riešia inkompetenciu dolného pažerákového zvierača. Klasická operácia predstavuje pre pacienta záťaž, ktorá vzniká v dôsledku veľkej laparotomickej rany, pooperačnej bolesti, dlhšej doby hospitalizácie ako aj následnej rekonvalescencie. Nissenova fundoplikácia je miniinvazívna technika odstraňujúca veľkú časť pooperačnej záťaže pacienta, no hlavne ho zbaví všetkých symptómov refluxu. Na základe výsledkov predoperačných vyšetrení je potrebné vybrať vhodný typ fundoplikácie. Stále sa vedie diskusia ohľadom kompletnej alebo parciálnej fundoplikácie.

Nedávna štúdia rozdelila 46 pacientov indikovaných na laparoskopickú operáciu PEH do dvoch skupín: s fundoplikáciou a bez nej. V prvej skupine vznikli symptómy dysfágie, kým v druhej sa zaznamenali príznaky refluxu. Autori tejto štúdie však odporúčajú, aby sa fundoplikácia nevykonávala rutinne.

Krátky pažerák

Pri operácii hiátovej hernie je nutné vrátiť gastroezofágovú junkciu na jej pôvodné miesto pod bránicu (+++, silné). Po operácii hiátovej hernie by mala byť dĺžka intraabdominálnej časti pažeráku aspoň 2-3 cm, aby sa tak znížilo riziko vzniku recidívy (++, slabé). Túto dĺžku je možné dosiahnuť uvoľnením mediastinálnej časti pažeráku alebo gastroplastikou (+++, silné).

Gastropexia

Gastropexia sa môže bezpečne použiť ako doplnok pri operácii hiátovej hernie (+++, silné). Žalúdočná sonda môže uľahčiť pooperačnú starostlivosť o jednotlivých pacientov (++, silné). Gastropexia bez hiátoplastiky môže byť bezpečnou alternatívou u rizikových pacientov, spája sa však s vysokou pravdepodobnosťou recidívy (++, slabé). Preferuje sa klasický postup (+++, silné).

Pooperačná starostlivosť - lekárska starostlivosť

Pri bežnej pooperačnej dysfágii je potrebné venovať pozornosť adekvátnemu kalorickému príjmu a výžive (+, silné). Náhle zvýšenie vnútrobrušného tlaku je rizikový faktor, ktorý môže viesť k poškodeniu fundoplikácie a hiátoplastiky. To môže zapríčiniť aj pooperačné dávenie a vracanie, preto by sa pri nich malo adekvátne zasiahnuť. Potenciálnu hrozbu predstavuje aj dilatácia žalúdka.

Pooperačná dysfágia vzniká až u 50 % pacientov, odporúča sa preto diéta. Pozornosť by sa mala venovať aj kalorickému príjmu a výžive. Väčšina pacientov po zákroku schudne 4,5-7 kg. Ak dysfágia a strata hmotnosti pretrvávajú, je potrebné podniknúť adekvátne kroky.

Pooperačné kontrastné vyšetrenia

U asymptomatických pacientov nie je potrebné pooperačné kontrastné vyšetrenie (+++, silné). Ak majú pacienti príznaky závažnej dysfágie alebo perforácie, kontrastné vyšetrenie je plne indikované. Pooperačné rádiologické vyšetrenie je spoľahlivé najmä v diagnostike recidívy, tie sú však vo väčšine prípadov malé a asymptomatické, preto nie potrebné.

Reoperácia

Reoperáciu môže vykonať skúsený chirurg laparoskopicky (+++, silné). Ak sa zistí recidíva hiátovej hernie, je možná reoperácia. Predchádzajúca fundoplikácia ako aj pravé a ľavé crus bránice sa musia uvoľniť a vak hernie odstrániť. Je potrebné zabezpečiť adekvátnu dĺžku intraabdominálnej časti pažeráku.

Využitie v pediatrii

Symptomatické hiátové hernie detí sa musia chirurgicky odstrániť (++, slabé). U detí je možná laparoskopická operácia. Vek dieťaťa a veľkosť hernie nie sú kontraindikáciou pre laparoskopiu (++, slabé).

Hernie u detí môžu byť vrodené alebo získané. V tejto vekovej skupine je ich výskyt nízky, a preto máme k dispozícii len málo informácií o ich manažmente. Vo väčšine prípadov je ich výskyt sporadický, úlohu však môžu zohrávať aj genetické faktory ako familiárna dedičnosť, Marfanov syndróm a kolagén typu III α I. Vo väčšine prípadov nie je konzervatívna liečba účinná, preto sa odporúča chirurgické riešenie hiátovej hernie a zároveň aj fundoplikácia.

V liečbe GER s hiátovou herniou u detí je potrebná fundoplikácia (++, slabé).

Zvyčajný postup zahŕňa odstránenie vaku a jeho uvoľnenie od crura diaphragmatis (+++, slabé).

Na zníženie rizika vzniku PEH po fundoplikácii u detí sa odporúča minimálna hiátová disekcia (++, slabé).

Riziko vzniku recidívy u detí môže znížiť plikácia pažeráku ku crura diaphragmatis (+, slabé).

Závěrečné súhrnné odporúčenia

Diagnostika

Hiátová hernia sa môže diagnostikovať rôznymi metódami. Mali by sa vykonať iba tie vyšetrenia, ktoré pomôžu objasniť klinický stav pacienta (+++, silné).

Indikácie na operáciu

Pri chýbaní gastroezofágového refluxu nie je nutné operačné riešenie hernií typu I. (+++, silné).

Všetky symptomatické PEH (najmä s príznakmi akútnej obštrukcie a volvulom žalúdka) je potrebné operovať (+++, silné). Asymptomatické PEH nie je potrebné vždy operovať. Pri uvažovaní nad operáciou by sa mal zohľadniť vek a zdravotný stav pacienta (+++, slabé).

Predpoklady výsledku

Pooperačná nauzea a vracanie sa majú riešiť okamžite, aby sa tak zabránilo nepriaznivým dôsledkom (++, silné).

Technické aspekty

Hiátové hernie môžu byť efektívne vyriešené transtorakálnym alebo transabdominálnym prístupom (++++, silné). Morbidita pacientov je pri laparoskopickej operácii v porovnaní s klasickou podstatne nižšia (++, silné).

Laparoskopická operácia hiátovej hernie je rovnako účinná ako otvorená, má však nižšiu perioperačnú morbiditu a kratšiu dĺžku hospitalizácie. Vo väčšine prípadov hiátových hernií sa z tohto dôvodu preferuje (++++, silné).

Pri operácii PEH je potrebné uvoľniť vak hernie od štruktúr mediastína (++, silné) a následne ho odstrániť (++, slabé).

Použitie sieťky pri veľkých hiátových herniách vedie k zníženiu rizika recidívy (+++, silné).

Prínos použitia sieťky pri operácii hiátovej hernie nie je z dlhodobého hľadiska potvrdený.

Fundoplikácia sa musí vykonať pri operácii sklznej hiátovej hernie kvôli refluxu. Dôležitá je tiež v liečbe PEH (++, slabé).

Pri operácii hiátovej hernie je nutné vrátiť gastroezofágovú junkciu na jej pôvodné miesto pod bránicu (+++, silné).

Po operácii hiátovej hernie by mala byť dĺžka intraabdominálnej časti pažeráku aspoň 2-3 cm, aby sa tak znížilo riziko vzniku recidívy (++, slabé). Túto dĺžku je možné dosiahnuť uvoľnením mediastinálnej časti pažeráku alebo gastroplastikou (++++, silné).

Gastropexia sa môže bezpečne použiť ako doplnok pri operácii hiátovej hernie (+++, silné).

Žalúdočná sonda môže uľahčiť pooperačnú starostlivosť o jednotlivých pacientov (++, silné).

Gastropexia bez hiátoplastiky môže byť bezpečnou alternatívou u rizikových pacientov, avšak môže byť spojená s vysokou pravdepodobnosťou recidívy (++, slabé). Preferuje sa klasický postup (++++, silné).

Pooperačná starostlivosť

Pri bežnej pooperačnej dysfágii je potrebné venovať pozornosť adekvátnemu kalorickému príjmu a výžive (+, silné). U asymptomatických pacientov nie je potrebné pooperačné kontrastné vyšetrenie (+++, silné).

Reoperácia

Reoperáciu môže vykonať skúsený chirurg laparoskopicky (+++, silné).

Využitie v pediatrii

Symptomatické hiátové hernie detí sa musia chirurgicky odstrániť (++, slabé).

U detí je možná laparoskopická operácia. Vek dieťaťa a veľkosť hernie nie sú kontraindikáciou pre laparoskopiu (++, slabé).

V liečbe GER s hiátovou herniou u detí je potrebná fundoplikácia (++, slabé).

Zvyčajný postup zahŕňa odstránenie vaku a jeho uvoľnenie od crura diaphragmatis (+++, slabé).

Na zníženie rizika vzniku PEH po fundoplikácii u detí sa odporúča minimálna hiátová disekcia (++, slabé).

Riziko vzniku recidívy u detí môže znížiť plikácia pažeráku ku crura diaphragmatis (+, slabé).

Výber textu a preklad - MUDr. Marián Bakoš, PhD, Nitra

Grafická úprava textu MUDr. Igor Dubeň, Banská Bystrica