

## Yaşlı Bir Erkek Hastada Asemptomatik Dev Paraözofageal Herni

Fadıl AYAN<sup>1</sup>, Serkan TEKSÖZ<sup>1</sup>, Ece KOL<sup>1</sup>, Yılmaz ERSAN<sup>1</sup>, Faruk AYAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

### Özet

Hiatus hernisi, midenin bir kısmının, tamamının veya diğer karın içi organların özofageal hiatustan torasik mediastene göç etmesidir. Midenin 1/3'ünün herniasyonu dev hiatus hernisi gurubuna girmektedir. Etiyopatogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte, insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Burada, 70 yaşındaki hasta çarpıntı, efor ile gelen nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleriyle dahiliye kliniğine başvurmuştur. Uzun süre devam eden medikal tedaviye yanıt alınamaması nedeniyle yapılan özofagus ve midenin kontrastlı grafisi değerlendirmeleri sonucunda midenin büyük bir kısmının mediastene göç ettiği tespit edilmiş ve hasta gerekli cerrahi tedavi için Kliniğimize gönderilmiştir. Hastanın genel durumu göz önüne alınarak laparotomi ile karna girilmiştir. Midenin tamamına yakın bir bölümünün özofagusun sol latero-posteriorundan mediastene göç ettiği tespit edilmiştir. Redüksiyon ve Nissen Fundoplikasyon işlemi uygulanmıştır. Hasta, herhangi bir komplikasyon gelişmeden operasyon sonrası yedinci gün taburcu edilmiştir. Hiatus hernisi hastalarının çoğu asemptomatiktir; solunum, dolaşım ve sindirim sistemi yakınmaları olacak şekilde geniş bir klinik yelpazenin olması, bu olguların gözden kaçırılmasına neden olmaktadır. Semptomatik hastaların çoğu, tanı konuluncaya kadar dahiliye kliniklerinde takip ve tedavi edilmektedir. Tanıda bu nedenle bir gecikme olması sonucunda, nadir de olsa strangülasyon, inkarasyon gibi komplikasyonlar görülmektedir. Seçilecek cerrahi tedavi Laparoskopik Krurorafı + Nissen Fundoplikasyonu uygulamasıdır. Ancak teknik donanım, ekipman ve girişimi uygulayan cerrahın el becerisi dışında, her zaman hastanın onayı ve genel durumu da göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Paraözofageal herni, tanı, komplikasyonlar, cerrahi

*Cerrahpaşa Tıp Derg 2007; 38: 21 - 23*

### *The Asymptomatic Giant Paraesophageal Hernia in a Elderly Male Patient*

#### Abstract

Hiatal hernia is identified as migration of the stomach completely or partial whether with other intestinal organs into the thoracic mediastinum. Due to etiopathogenesis is not certain, the incidence seems to be higher in older age. Here we report a case of a giant type 3 hiatal hernia in a 70 year old male patient. Case is presented with arhythmia, dyspnea and chest pain in internal medicine clinic. After a long term medical treatment, the clinical manifestations do not disappear. After the failure of medical treatment as a higher level diagnosis the upper gastrointestinal contrast study has been done to patient showing most of the stomach replaced in to the thoracic cavity. After the diagnosis the patient is referred to our clinic for surgical treatment. Laparotomy was performed. We have seen that whole of the stomach has been migrated to mediastinum from left latero-posterior of esophagus. Reduction, crurorafı and Nissen fundoplication has been performed. Patient discharged from the hospital at 7th day postoperatively without any complication. It has been observed that clinical manifestations disappeared after the operation in the following controls. Most of the patients with hiatal hernia may be asymptomatic, but these cases can also present respiratory, circulatory and gastrointestinal manifestations. Due to the wide spectrum of clinical manifestations these patients may be false diagnosed. Symptomatic patients are treated with medical treatment until the hiatal hernia is diagnosed. It has been reported that delay in diagnosis of hiatal hernia cases which treated medically may cause complications of strangulation and incarceration. Surgical options in surgery are laparoscopic crurorafı and Nissen fundoplication. Technical equipment, experience of surgeon is important in these surgical procedures.

**KeyWords:** Paraesophageal hernia, diagnosis, complications, surgery

*Cerrahpaşa J Med 2007; 38: 21 - 23*

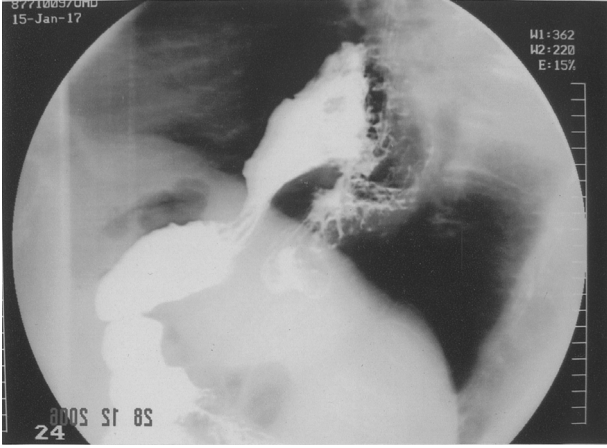
**B**ilindiği gibi diyafram, torasik ve abdominal kaviteyi birbirinden ayıran tendinöz ve müsküler parçalardan oluşan, özofagus ve vasküler yapıların karın boşluğuna geçişine izin veren anatomik bir bariyerdir [2].

Hiatus hernisi, midenin veya diğer karın içi organların

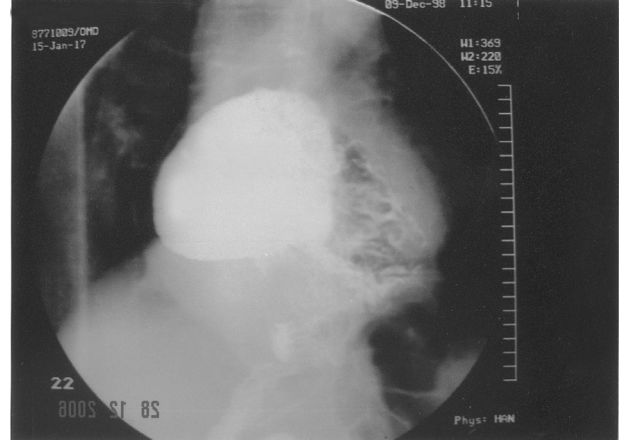
**Alındığı Tarih:** 8 Şubat 2007

**Yazışma Adresi (Address):** Dr. Fadıl AYAN  
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul  
**E-posta:** ayanf277@yahoo.com

özofageal hiatustan göğüs ya da mediasten boşluğuna göç etmesidir. Karın içi organların göğüs boşluğuna yaptığı bası sonucu başta respiratuvar, kardiyak ve sindirim sistemlerinde olmak üzere değişken klinik belirti ve bulgular vermektedir [1, 2]. Direkt akciğer grafisinde görülen kitlesel dolgunluk her ne kadar tanıda yol gösterici olsa da, bu tür olgularda bronkoskopiye başvurmadan yapılacak olan kontrastlı özofagus-mide-duodenum grafisi gibi agresif olmayan tetkiklerle kesin tanıya ulaşmak mümkün olabilir. Özellikle perikard efüzyonu, bronkojenik



**Şekil 1.** Midenin 1/3 proksimal kısmının mediastinumda olduğu görülmektedir.



**Şekil 2.** Midenin baryumlu toraks grafisindeki retrokardiyak görüntüsü.

kist ve özofageal divertikül ayırıcı tanıda göz ardı edilmemelidir [1,2,4].

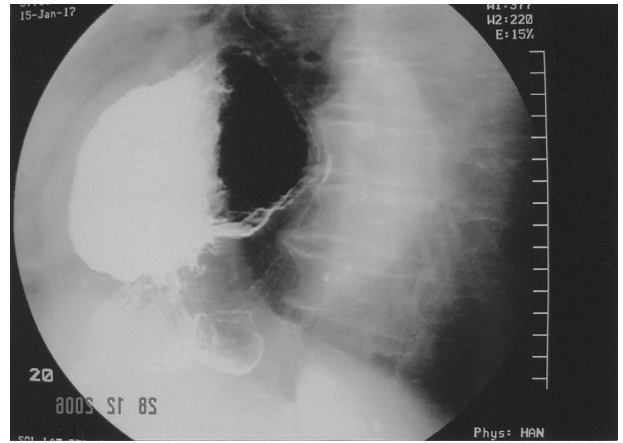
Tedavi yöntemi cerrahi girişim olsa da, olguların çoğu ilk olarak Dahiliye Kliniklerine başvurmuştur. Bu durum tedavide gecikmelere ve sonuç olarak % 26'ya ulaşan oranda torsiyon, perforasyon ve kanamalar gibi ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır [3,5,6].

Burada yaşlı bir erkek hastadaki dev hiatus hernisini olgu sunumu olarak takdim edilmiştir. Midenin 1/3'ünün fıtıklaşması durumunda literatürde dev hiatus hernisi tabiri kullanılmaktadır [3]. Gecikmiş olgularda obstrüksiyon, strangülasyon, perforasyon gibi komplikasyonların gelişmesine ve cerrahi mortalitenin % 16-50 arasında görülmesine neden olmaktadır [2,3].

## OLGU

Yetmiş yaşındaki erkek hasta, 1 yıldır devam etmekte olan çarpıntı, eforla gelen nefes darlığı, göğüs ağrısı ve kusma şikayetleri ile Dahiliye Kliniğine başvurmuştur. Serum biyokimyasının normal, EKG'sinin normal sinüs ritminde olduğu belirlenmiştir. Akciğer grafisinin incelenmesinde kalbin arkasında geniş anormal bir gölgeleme tespit edilmiş ve hastaya kontrastlı özofagus-mide-duodenum grafisi çekildiğinde midenin tamamının mediastinuma göç ettiği saptanmıştır (Şekil 1, 2, 3). Hastanın semptomları dev hiatus hernisine bağlanmış ve gerekli cerrahi tedavi için Kliniğimize gönderilmiştir.

Preoperatif hazırlıkları takiben hasta ameliyata alınmıştır. Hastanın genel durumu müsait olmadığından açık cerrahi yapılmasına karar verilmiştir. Göbek üstü median insizyonla karına girilmiş, eksplorasyonda hiatusta yaklaşık 7 x 6 cm'lik bir defekt olduğu ve midenin tamına yakınının özofagusun sol latero-posteriorundan mediastinuma göç ettiği belirlenmiştir. Ameliyat bulguları Tip 3 olduğu



**Şekil 3.** Midenin baryumlu toraks yan grafisindeki retrokardiyak görüntüsü.

gösterilmiştir. Hiatus hernisi tanımına uygun olduğu görülmüştür. Mide normal anatomik pozisyonuna redükte edilmiştir. Daha sonra kruroraf ve Nissen fundoplikasyon işlemi uygulanmıştır. Hastada herhangi bir komplikasyon gelişmeden 7. gün taburcu edilmiştir.

## TARTIŞMA

Hiatus hernisi, karın içi organların hiatustan mediastinuma ya da göğüs boşluğuna göç etmesi anlamına gelmektedir [1,2].

Bu tip hastalar genelde asemptomatiktir ya da mediastinumda bası oluşması sonucu göğüs ağrısı, dispne, çarpıntı gibi şikayetlerle Dahiliye Kliniklerine başvurmaktadır [1,2]. Olgumuzda olduğu gibi, bu patolojik hastalar uzun süre medikal tedavi ile takip edildikten sonra şikayetlerin geçmemesi üzerine uygulanan ileri tetkikler sonucu tesadüfen saptanmaktadır. Hastaların çoğunun kar-

diyak ve respiratuar fonksiyon bozukluğu şikayetleriyle başvurması nedeniyle, olası tanılar arasında ilk olarak aort anevrizması, kardiyak veya özofagus tümörü düşünülmelidir. Bu nedenle tanı için EKG, ekokardiyografi, akciğer grafisi, kontrastlı özofagus-mide-duodenum grafisi, bilgisayarlı tomografi, gastroskopi ve bronkoskopiden yararlanılmalıdır. Hiatus hernisi tanısında, toraks grafisinde tespit edilen kitlesel lezyonun görüntüsü, perikard efüzyonu, bronkojenik kist, özofageal divertikül gibi patolojileri akla getirmelidir. Kesin tanıya varabilmek için öncelikle agresif olmayan tanı yöntemlerinin (kontrastlı özofago-gastro-duodenal grafiler) kullanılması önerilmektedir [2,4].

Olgumuzun yaşı, klinik belirtileri ilk başvurusu ile beraber yapılan tanı testleri de literatür ile benzerlik göstermektedir. Herniasyon genelde hiatusun sol lateralinden olmaktadır. Başta mide olmak üzere, transvers kolon ve omentum en sık fıtıklaşan organlar arasında yer almaktadır [2]. Olgumuzun herniasyonun tipi ve içeriği de literatürde verilen bilgilerle uyumludur. Son yıllarda tespit edilen bu tip olgulara gelişen teknik ve teknolojinin de yardımıyla minimal invazif olan laparoskopik redüksiyon, krurorafik ve Nissen fundoplikasyon ameliyatı önerilmektedir [6]. Ancak gerek hastanın genel durumu, gerekse teknik şartların yetersizliği durumunda her zaman açık cerrahi girişime dönülmelidir. Olgumuza yapılan açık mide Redüksiyonu, krurorafik ve Nissen fundoplikasyon ameliyatı literatürde önerilen işlemlerle örtüşmektedir. Olgumuzun genel durumu müsait olmadığından ve hastanın tercihi

de göz önünde bulundurularak, son yıllarda önerilen laparoskopik ameliyat yerine açık ameliyat uygulanmasına karar verilmiştir.

Sunduğumuz olguda mediastinal bası bulgularının literatüre uygun olmasının yanı sıra, bu tür patolojilerde önerilen tetkik ve tedavi uygulanmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Sui CW, Jim MH, Ho HH. Recurrent acute heart failure caused by sliding hiatus hernia. Postgrad Med J 2005; 81: 268-269
2. Cukic V, Maglajlic J, Beslic S. Prolaps and herniation of abdominal organs into the thoracic cavity as a diagnostic problem in pulmonology. Med Arh 2005; 59: 128-131.
3. Luketich JD, Siva Raja, Hiran C. Fernando, William Campbell. Laparoscopic Repair of Giant Paraesophageal Hernia: 100 Consecutive Cases. Ann Surg 2000; 232: 608-618.
4. Malatino LS, Presicci PF, Bellanuova I. Giant paraesophageal hernia in an asymptomatic old man. The case misdiagnosing. Panminerva Med 1996; 38: 262-265.
5. Martin TR, Ferguson MK, Naunheim KS. Management of giant paraesophageal hernia. Dis Esophagus 1997; 10: 47-50.
6. Leese T, Perdakis G. Management with giant paraesophageal hernia. Dis Esophagus 1998; 11: 177-180.