

HIATUS HERNİLERİ

Dr. Nureddin Apaydın (*)

Sindirim kanalının torako - abdominal segmenti ayırımı hizasındaki gastro özofajiyen bölgenin fizyopatolojisi hakkındaki bilgiler henüz tam olarak aydınlığa kavuşmuş değildir.

Bununla beraber cerrahinin son senelerdeki gelişmeleri ve bu arada hiatal hernilerin etüd ve tedavisi hususunda gösterilen çabalar konuya oldukça belirgin bir açıklık getirmiştir. Şimdilerde kolaylıkla tanınan bu lezyon emin ve etkin bir şekilde tedavi edilmektedir.

Konuyla, özellikle daha çok olarak dahiliyeciler, gastro - enterologlar, cerrahlar ve radyologlar ilgilenmektedirler. Bu arada pediatrlar, nörologlar da sık sık bu çeşit vak'alarla karşılaşabilmektedirler.

Böyle bir girişimden sonra şimdi hastalığı tarif etmeğe ve ayırtılarına değinebiliriz.

Midenin kardio - özofajiyen segmentinin diafrağmanın özofagusa ait deliğinden geçerek arka medyastinuma yerleşmeleri haline «Hiatus Herni»si demek adet olmuştur. Diafrağmatik hernilerin rastlandığı vak'alarda çok sık görülen bir oluşumdur.

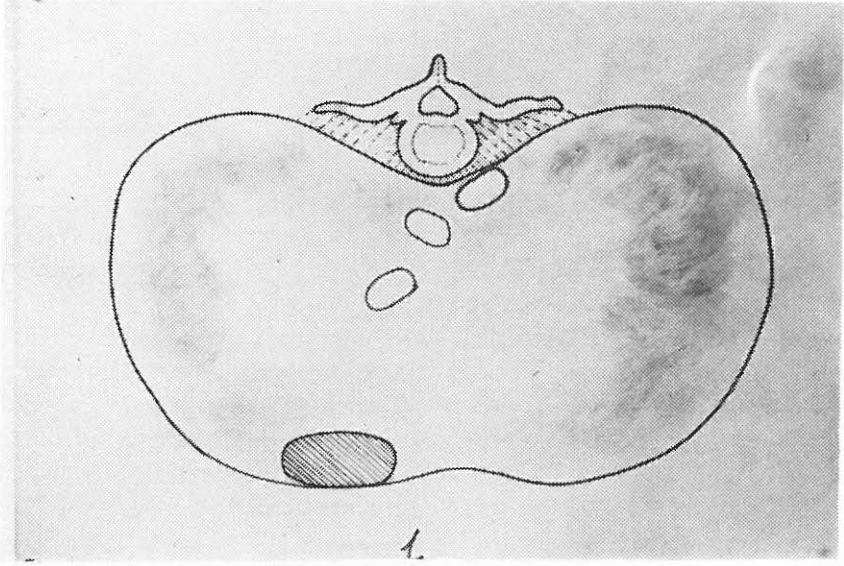
Konuyu iyi tanımak için, kısmen de olsa şematik olarak bu bölgenin morfolojisini tekrar etmenin faydalı olacağını zannediyorum. Böylece tedavi alanındaki temel prensiplerin nedenlerini öğrenmiş olacağız. (Şekil: 1-2)

Anatomiden de hatırladığınız şekilde hiatus özofagii diafrağma adalelerinin hüzmeleri arasında mevcut olan anatomik bir deliktir. Bu delik, orta hattın biraz solunda yerleşmiştir. Oblik şekilde aşağıya öne ve sola bakan bir açıklıktadır. İki santimetre kadar bir kalınlığı veya derinliği vardır.

Hiatusun bu eğri pozisyonu radyolojik muayene esnasında müşkülata ve bazan da yanlışlıklara sebep olabilmektedir. Bu yanlışlıklar, özofagusun arkasında zayıf bir sahanın bulunuşu ve hiatusun ihtiva ettiği iki kenarın özelliklerinden gelmektedir.

Abdominal kaviteden bakıldığı zaman hiatusun iki kenarı oldu-

(*) Şişli - Çocuk Hastanesi II. Şirürji Kliniği şefi.



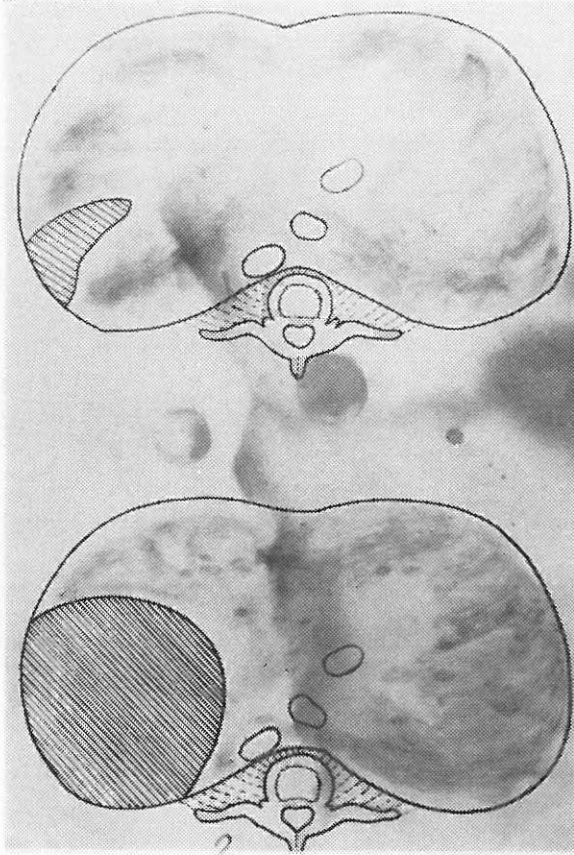
Şekil : 1

ğu görülür. Bunlardan birisi sağ ön kenar olup, gözle gayet rahatlıkla görülebilir. Sagittal vaziyette ve ince kenarlıdır. Diğeri, sol arka kenar ise; kalın, yuvarlakca bir halde olup özofagus ile kapanmış vaziyettedir ve görülmesi olanak dışıdır.

Radyolojik olarak, hiatus diafragma kubbesinde teneffüs hareketleri ile değişen haller gösterirler. Önden bakıldığı zaman hiatusun diafragmanın sol taraf kubbesinin üzerinde ve D.9-D.10 vertebra kenarına rastlar. Sağ ön oblik vaziyette ise hiatus vertebranın biraz solunda ve kubbenin de biraz üstünde teressüm eder. Tam oblik vaziyette de kubbenin alt hizasına rastlar. İnspirium esnasında kubbe aşağıya doğru bir hareket alarak biraz sonra bahsedeceğimiz His açısının büyümesine yol açar. Ancak diafrağma hareketlerinin kontraksiyonu özofagusu aşağıya, arkaya ve sağa çekerse de hiatus kubbenin alt hizasında kalır. Kuvvetli ekspirasyon halinde ise orifis kubbenin oldukça altında kalır.

İstirahat halinde iken hiatusun ön yüzü intraperitoneal, arka yüzü ise intratorasiktir.

Terminal özofagus torakasdan karın boşluğuna hiatus özofagiden geçerek gelir. Diafrağma üzerindeki kısmı, radyolojikman da görüldüğü gibi hafifçe kabarık olup adeta epifrenik bir ampul halindedir. Kontrast maddenin buradan geçişi esnasında görüntü, mun-



Şekil : 2

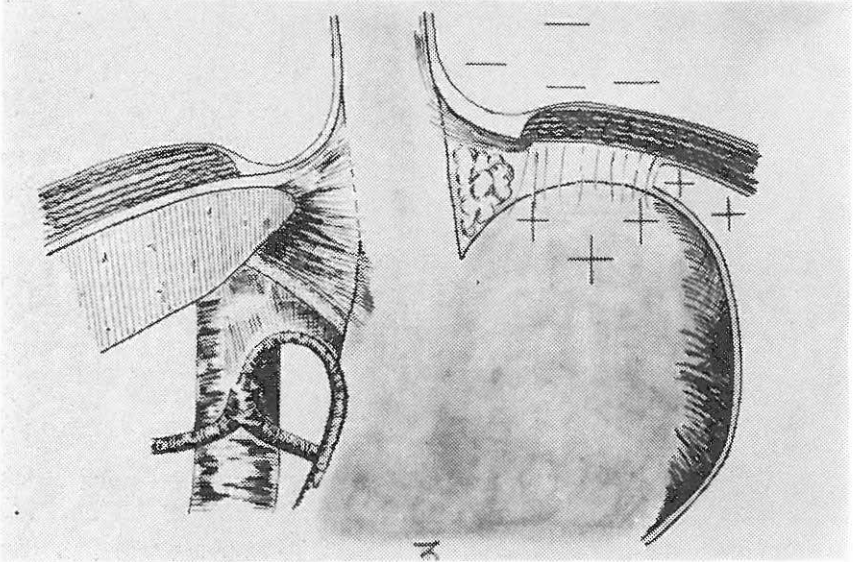
tazam bir şekilde inceler bu şekilde mideye geçer. Sağ kenar midenin küçük kurvatürü ile temadi eder. Sol kenar ise midenin büyük kurvatürünü takip eder. Özofagusun sol kenarı ile midenin büyük tüberozitesi arasında açıklığı yukarı bakan bir açı meydana gelir. His açısı adını alan bu açı nedeniyle özofagus ile mide arasında mahmuz tarzında valvüler bir teşekkül husule gelmiş olur. Endoskopik muayene ve gastrotomi esnasında da görülebilen bu valvüler teşekküle von Gu-baroff valvülü denir.

Özofagusun nihayeti kardiada biter. Bu hal profil röntgen klişelerinde de olduğu gibi daima diyaфраğmanın altındadır. Anormal olarak bu sonlanış hiatus hizasında ve bazan da üstünde olabilir. İşte o zaman hiatusun veyahut kardiyanın malpozisyonu söz konusu olur.

Bununla beraber kardiyanın yerini kesin olarak tesbit eylemek mümkün değildir. Zira bu bölgede gerek özofagusta olsun ve gerekse midede olsun mukozanın düzeni renk ve yapılış bakımından tamamen değişiktir. Özofagus normal olarak düz ve gri renkli bir görünüm arzederken mideye dönüştüğü yerde pembe renkli, kabarık, girintili çıkıntılı bir şekil alır. Allison endoskopik muayene, yani özofagoskopi yardımıyla görebildiği bu sınıra yerleştirdiği clipsleri ekrandaki klişelere almıştır.

Kardiyanın her zaman bu sınıra uymadığını görmüştür. His açısı hizasındaki normal mukoza sınırı anormal olarak mide mukozası tarafından örtülmüş olan vak'alarda bu bölgenin peptik ülserlerinin görülmesinde büyük bir rol oynadıkları izah edilebilmektedir.

Özofagusun terminal kısmının bu bölgede fiksasyonun temin eden vasıtaları şu şekilde sıralayabiliriz. (Şekil: 3).



Şekil : 3

Bunlardan birincisi Laimer - Bartelli'nin diyafragma ile özofagus arasındaki mambrandır. Bu membranın alt yüzünü peritonun, üst yüzünü de plevranın düplikasyon halinde aralarında bir gözeli doku marifetiyle husule getirdikleri ve adeta bir müşterek bağ gibi hiatus özofagının suspansiyonu temin ettikleri görülmektedir. Bu bağ normal bir gevşeklik arz etmekle beraber par glissement hernilerinde genişliyelebilmektedir.

İkinci tespit vasıtası ise üç ayrı ligamentten husule gelen bir sistemdir.

a) Solda bulunan gastro - frenik ligamentler.

b) Sağda bulunan ve omentum minüsün pars condensası.

c) Arka tarafta olan ve artarya gastrica sinistra'nın da içinde bulunduğu pedikül. (Şekil: 3)

Bu sistemleri de izah ettikten sonra şimdi de sözlerimizin başında işaret ettiğimiz en mühim bir hususa geçiyorum. Bu da «Hiato - Oesophagien» bölgenin fizyolojisi:

Normal olarak gastro - ösopfajien reflux'ye mani olan mekanizmayı incelemek için üç faktörü gözden geçirmek gerekmektedir.

Bunlar özofagus sfinkteri, valvüler mekanizma ve diafragmanın fonksiyonu olarak sıralanabilir.

Bunlardan en önemlisi diyafragmanın rolüdür.

Bu rolün fizyolojik oluşumu üzerinde farklı düşünceler bulunmakla beraber Allison tarafından önerilen ve diğer araştırmacılar tarafından da kabul edilen fonksiyon şu şekilde oluşmaktadır.

İnspirium esnasında, diyafragmayı çevreleyen ve aynı zamanda yine Allison tarafından bir tasmaya benzetilen diyafragmatik adalı pli özofagusu aşağıya, sağa ve arkaya çeker. Bu esnada özofagusun bu segmentinde lümiyer kapanmış olur. Bu kapanış kardiyanın üzerinde meydana gelmektedir. Kardiya ile özofagusun dışındaki bu ekstrensek kontraksiyon arasında özofagusda kısa bir boşluk husule gelir. Diyafragma'nın buradaki rolü ano-rektal mesafedeki levatör ani adelesine benzetilmektedir. (Şekil: 4)

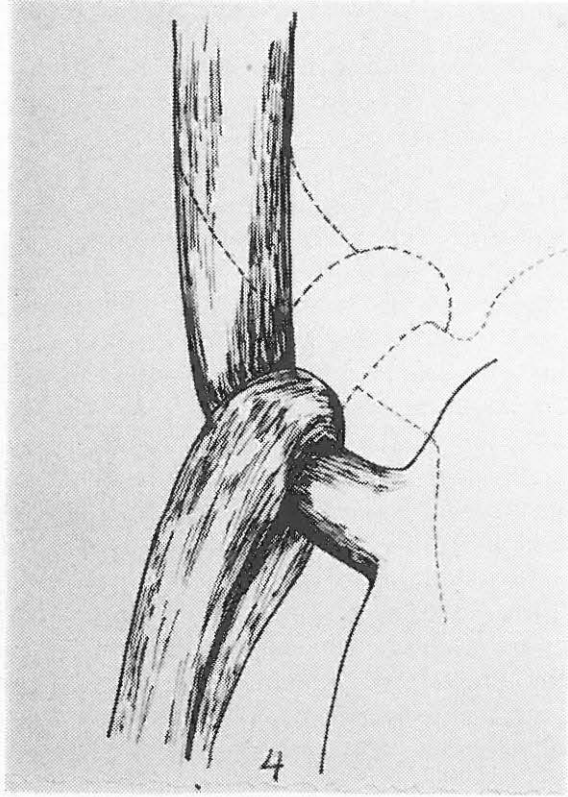
İkinci olarak bahsedilen faktör özofagus sfinkterinin rolüdür.

Özofagus sfinkterinin varlığı pek bilinmemekle beraber birçok müelliflerce fonksiyonel bir sfinkterden söz edilmektedir. Hatta sirküler ve oblik liflerin mevcudiyeti dahi iddia edilmektedir. Bu fizyolojik büzücü sistem diyafragmanın biraz üzerinde bulunmaktadır.

Normalde özofagus içinde bulunan basınç mideye göre daha fazladır. Yutkunmanın başlangıcında özofagus içindeki bu basınçta bir değişme husule gelir ve bunun sonucu kardiya açılır. Reflü'de bu mekanizmanın bozulması sorumlu tutulmaktadır. Hiatus ve sfinkter normalde sinerjik bir fonksiyon göstermektedirler. Asinerjik harekette reflü meydana gelmektedir.

Üçüncü faktör ise valvüler mekanizmanın varlığıdır.

His açısı ile ilgili bu yerde, fundustaki hava boşluğunun dolması ile bu hizadaki basınç artışının kapak vazifesi gören özogastrik valvülü geri isterek kapaması sonucu valvüler mekanizma oluşur.



Şekil : 4

Bu 3 faktör incelendiği zaman fizyolojik bir oluşumdan ziyade adeta bir hipotez gibi kabul edilebilecek şeyler olmakla beraber cerrahi tedavideki temel prensipler niteliğini taşımaktadırlar.

Şöyle ki, fonksiyonel sfinkterin yerine getirilmesi için özofagusun aşağıya çekilmesi, valvüler mekanizmayı düzenleyen ve özofagusun alçalmasını temin eden His açısının daraltılması, diyaфраğmadaki yarığın dikilmesi ile sağlamak mümkün olmaktadır.

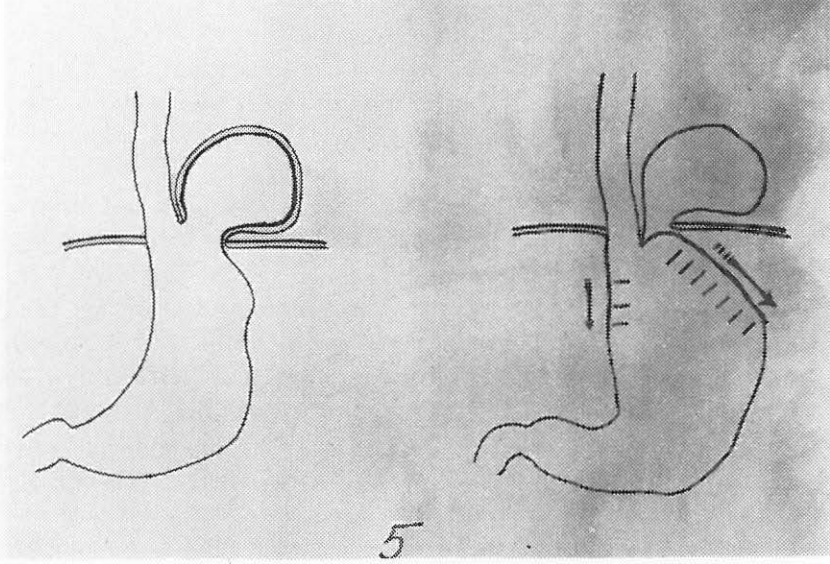
Hiatus fıtıklarının morfolojisini ve fizyopatolojisini izah ettikten sonra şimdi de bu çeşit fıtıkların sınıflandırılmasına geçiyorum.

Anatomik ve fizyolojik olarak 3 tip herni mevcuttur:

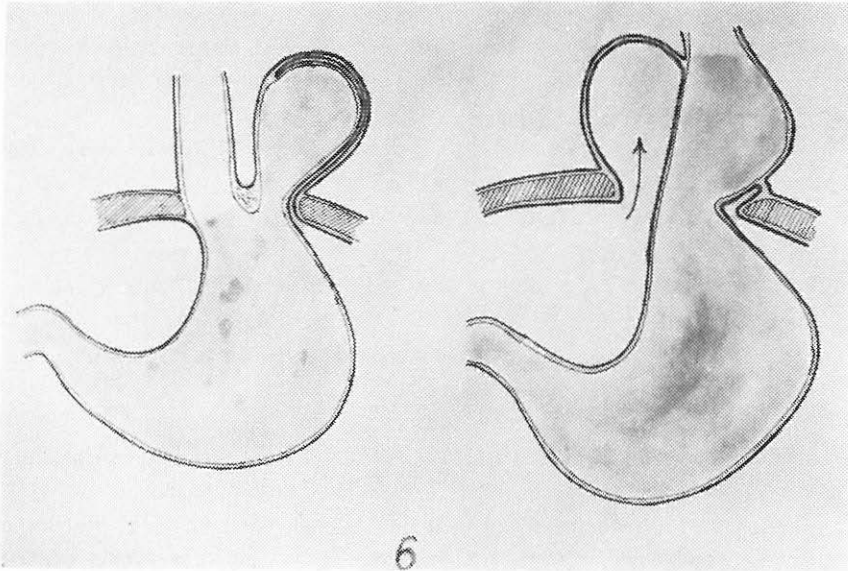
1 — Paraözofagal herniler veya «par roullement» denilen herniler. Anglo - Saksoların «rolling hernia» dedikleri herniler. Bunlar hiatal hernilen 5-10% nispetindeki bölümünü teşkil ederler. Hakiki bir fıtık kesesi ihtiva ederler. Mide her zaman olmakla beraber, ba-

zan da kalın barsak ihtiva edebilirler. Cardia yerindedir. Bu tip hernilerde reflü yoktur. (Şekil: 5-6)

2 — Par glissement herniler, yahut «xial» herniler. Anglo - Saksonların «Sliding» herni dedikleri herniler olup bütün hiatal hernile-



Şekil : 5



Şekil : 6

rin 80-90 % nını teşkil ederler. Hakiki hiatus hernileri bunlardır. Kardiyanın yükselmesi ve midenin de onu takip etmesi başlı özelliğidir bunların. Kardiyanın yükselmesi ve midenin de kısmen toraks boşluğuna, daha doğrusu arka medyastene girmesine rağmen özofagus normal uzunluktadır. Reflü başlıca ciddi arazdır.

3 — Mikst herniler. 5-10% nispetindedirler. Çok küçük hernilerdir. Brakiözofaguslar bu tip herni sınıfına girerler.

Hiatal hernilerin büyük bir bölümünü teşkil eden axial dediğimiz şekilde olan sliding hernilerinden öncelikle bahsetmek daha yerinde olacaktır.

Sweet 500 vak'alık bir hiatal herni serisi içinde bu tipte bulunanların 94 % nispetinde olduğu zikretmektedir. Jean Perrotin 84 % lük bir orantıdan bahsetmektedir. Oldukça sık ve hatta şikâyeti mucip olmayacak bir şekilde olan bu herniler, sindirim şikâyetleri taşıyan hastalarda yapılan radyolojik muayeneler sonunda 12'5 % nispetinde olarak tesbit edildikleri kaydedilmektedir. Bazı müellifler bu oranı 11 %, bir kısmı ise 13 % olarak bildirmişlerdir. Hafter, Morin, Hernandez, Brick v.s. Bu müelliflere göre muayeneye sevk edilenlerin 1/4 ü, bir herni veya reflüden şikayet etmektedirler. Yahut her ikisinden birden müstekidirler. 60 yaşından sonra bu nispet 1/3 olarak bulunmaktadır. Hernilerin 50 % si, reflünün ise 60 % ı asemptomatiktir.. Morin'e göre vak'aların 60 % nda reflü herniye nispetle iki misli daha fazladır. Hiç bir klasik belirti de göstermezler.

Bu hastalığın kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. 60 % ile 70 % nisbetinde daha da sıklırlar. Mouchet 62 %, Barraya 65 %.

Yaşlandıkça görülme olanağı artan bir hastalıktır. Vak'aların yarısından fazla 50 ile 70 yaş arasında görülürler.

Bu hastalar genellikle şişman kimseler olup, toraksları geniş ve kısadır. Ksifoid açısı geniştir. Periton altındaki ve mesenteriumdaki yağların ağırlığı etyolojide mühim rol oynar. Zayıflatma kürleri bu çeşit hastalığın meydana çıkmasını büsbütün kolaylaştırır.

Diğer lokal ve genel faktörler ise şöylece sıralanabilir.

Abdominal hipertansiyon, gebelik, kronik konstipasyon, gayet sıkı olarak taşınan karın korsaları,

Torasik aspirasyon, bunlar ise öksürük effortları, torunları tarafından inoküle olan büyük annelerdeki boğmaca, astm,

Kolon vertebral deformasyonları, skolioz ve benzeri deformasyonlar hiatus çevresindeki diyafragma plilerinin disfonksiyonu hiatusun genişlemesini ve fıtığın teşekkülünü sağlar.

Hillemand ve arkadaşları tarafından etyolojide önemli rolü oynayan hususlardan bir tanesi de endokrin bozuklukları olarak ileri sürülmektedir.

Hiatus hernileri pubertenin veyahut ta menopozun başlangıcında görülmektedirler.

Taşlı kolesistitle beraber olan diyafragmatik hernilerde hipotiroidi ile hiperkolesterolemi sık olarak rastlanan bir keyfiyettir.

Bir cerrahi müdahale ile midenin statik durumunda veyahut hiatusun normal anatomisinde husule getirilen değişiklikler de hiatus hernilerinin teşekkülüne zemin hazırlarlar. Ülser için yapılan gastrektomiler, kardiospazm için uygulanan Heller ameliyesi, hatta bir vagotomi bu çeşit hastalığın antesedanlarında rastlanan olasılıklardan dır.

Oluşum :

Par glissement herniler tedrici bir şekilde oluşan akis hernilerdir. Effort neticesi husule gelen bir herni değildirler. Muhtelif anatomik faktörler teşekkülünde rol oynarlar. Hiatusun açıklığı, adale plilerinin zayıflığı, Laimer - Bartelli membranının gevşekliği, gastro - frenik ligament'in zayıflığı oluşumda büyük rol oynarlar.

Özofagusun hiatusda anormal biçimdeki durumu midenin büyük tüberozitesini etkiler. Şöyle ki, özofagusun bu anormal pozisyonu önceleri His açısı üzerine tesir ederek onun genişlemesini ve düzleşmesini temin eder. Sonra tedrici bir şekilde genişleyen bu hiatusdan mide toraks boşluğuna doğru girerek herniasyonu meydana getirir. Bunun sonunda özofagus uzamış bir halde büküntülü olarak görülür.

Bir çok vak'ada midenin büyük bir kısmı, kolon ve dalak da buradan toraks boşluğuna girmektedir. Dalak genellikle yerinde kalırsa da pedikülünün çekilmesi ve bükülmesi nedeniyle anemi tevlit ettiklerinden bahsedilmektedir.

Anatomi - Patoloji :

Hiatusun genişliği 3 parmak girebilecek kadardır. Kenarlarının özelliğini daha evvel bahsetmiştik. Sağ kenarının ince, belirgin ve sagittal vaziyete olduğu, arka kenarının ise sağlam yapılı olduğu ve kolay görülmediğini söylemiştik. Arka kenarının bazan çok ince olduğu, hatta bulunmadığı hallerin de olabileceği, bu halde aort orifisi ile müştereken bir delikten geçtikleri de nadir de olsa kaydedilmiştir.

Fıtık kesesi yoktur denebilir. Ancak diyafragmanın kaidesinde konik tarzda bir manson herniye olmuş mideyi örtebilmektedir. Herni büyük oldukça kese ihtiva etme olanağı da o kadar artar.

Kese muhtaviyatından tekrar bahsetmiyeceğiz. Ancak bu çeşit fıtıklarda bazan küçük kurvaturde ve bazan da ön yüzde ülser rastlantıları nadir değildir. Bunlar genellikle kesenin boynuna rastlayan yerlerde teşekkül ederler. Bu hallerde fıtık irdedüktibl bir haldedir. Kese boynunda midenin sıkışması ve frotmanı ve hatta vagusun dahi irritasyonu bu çeşit ülserlerin teşekkülünde rol oynadıkları şeklinde değerlendirilmek istenmiştir. Duodenal ülserlerin bulunuşu patolojik bir beraberliktir.

Klinik.

Mondor kolleksiyonunun bu bahisle ilgili monografisinde Allison'un bir hastasına ait observasyonu sizlere sunmak istiyorum. Bu observasyon içinde her şey vardır. Gayet enteresan bulacağınızı zannediyorum:

59 yaşında bir kadın, 6 senedenberi göğsünün alt kısmında ve arkasında başlayan boynuna ve boğazına doğru yayılan yanma tarzında şiddetli ağrılardan şikâyet etmektedir. Ağrılar yanağına kadar yayılmakta, kulağına, damağına, bazan sırtına, kürek kemikleri arasına, kollarına vurmaktadır. Ağrılar bilhassa eğildiği zaman, yerleri yıkadığında, ateşi üflediğinde ayakkabılarını fırçaladığında husule geliyormuş. Gece yarısı, özellikle sırt üstü veya sağ tarafına yattığı zaman ağrı duyuyormuş, çok şiddetli olarak tavsif ettiği bu ağrı oturduğu ve bir kaç yudum su, süt veya alkali solusyon içtiği zaman geçmekte imiş. Genellikle boğazının kuruduğunu ve yandığını söylemektedir. Yutkundüğünde, sternumun alt kısmının arkasında bir duraklama ile beraber kardiyadan yuttuğu şeyin geçtiğini hissetmekte olduğunu ifade etmekte. Yemekten sonra eğildiğinde regurjitasyonların husule geldiğini ve bunlar için yeniden yutkunmak zorunda kaldığını söylemekte imiş. Geçirdiği zaman rahata kavuştuğunu ve her geçir-ti için kocasından bir mükâfat aldığını ifade etmekte imiş.

4 yıl önce bir kolesistiti olduğunu zannetmiş ve bu maksatla normal veya anormal olan safra kesesini aldırması onu iyileştirememiş. Sonradan yapılan radyografik tetkikle gastrik veya duodenal bir ülserle rastlanmamış. Mide ağrılarına karşı tavsiye edilmiş olan bütün ilâçları denemiş olmasına rağmen ancak geçici bir iyilik olmuş.

Netice olarak hastaya mide sinirlerinin bozulmuş olduğunu ve buna hayat değişiminin sebep olduğu söylenmiş.

Görülüyor ki, yukarda bahsedilen şikâyetler genellikle pek belirgin bir hastalığı tarif etmemektedir. Ancak yine bu hastada hakiki bir par glisement hiatal herninin bulunduğunu ve yapılan cerrahi tedavi ile bütün şikâyetlerinin geçtiğini bildirmek gerekmektedir.

Sözü edilen arazlardan büyük bir kısmına gastro - özofaüyen yetersizliğin sebep olduğu ve bunun sonucu mide usaresinin reflü nedeniyle özofagusta husule getirdiği özofajitlerden husule gelmektedir. Burada hissedilen ağrı daha ziyade bir yanma hissinin doğurduğu cinsten ağrıdır. Epigastriumda, retrosternal bölgede ve çeşitli pozisyonlarda artan cinsten bir ağrıdır. Regurjitasyon ve pyrozis aynı sebeple husule gelmektedir. Geçirti de öyledir ve çok zaman ağrılıdır. Disfaji paradoksal bir işarettir, nadiren mevcuttur. Bulunduğunda özofagusta bir ülser düşünülmelidir.

Bu cins hernilerde bazan şu hastalıklar da bulunabilir.

Bunlardan en klasik ve enterasını Saint triadıdır: Herni, taşlı kolisitit kalın barsak divertikülozsidir.

Diğer bir beraberlik te, en çok görülen şeklidir. Bu da lityaz bilayer ve herni.

Duodenum ülseri, özofagus alt kısmının ve kardiya kanserleri de hiatus hernileri ile beraber görülen hastalıklardandır.

Klinik şekiller.

Değişik klinik şekillere rastlanır: a) Bunlardan bir tanesi, gebeliğe kadar sessiz kalıp ta gebelik esnasında pyrozis ile birlikte görülen şeklidir.

Psödöanjinoöz şekil: b) Hillemand'ın anjinoid formu denilen anjin dö puvatrini andıran retrosternal ve sol kola intişar eden ağrılı şekli. Bu vak'alarda nispeten siktir.

Anjino şekiller : c) Midenin büyük tüberositasının mediastende bulunduğu ve bu segmentin hacminin gaz ve gıda ile arttığı hallerde cardio - respiratoire semptomatolojideki değişiklikler kolayca izah edilir. Bazı müelliflere göre bu vak'alarda arter koronerin sol kolunda debit'nin azalması suretiyle olsun, yahut vegal mekanizma ile, hatta evvelce koroneri leze olmuş hastalarda olsun yukarda bahsedilen şikâyetler kolaylıkla husule gelecektir.

Bu şekilde psödö - anjinöz ağrıları olan hastalarda hernilerin tedavisi ile şikâyetlerin tamamen düzeldiği görülmüştür.

Elektrokardiyografik değişikliklerle müterafık hiatal herniler ve koronaritler de bulunabilir. Anjinö ağrı çekenlerin büyük bir kısmında hiatal herniler bulunur. Gilbert 41 %, Nizum 25 % nispetinde bu hususu tesbit etmişlerdir. Sweet ameliyatını yaptığı 130 hital herniden 15'nde koronarit bulunmuştur. Hillemand Chice ve Pernot 100 herni hiyatalde 29 koronarit bildirmiştir. Bu müellifler yaş ortalamasının 50-60 arasında olduğu hypothyreoidi ile hiperkolesteroleminin de bir kısım vak'alarda birlikte bulunduğunu zikretmişlerdir.

Bu iki hastalık arasındaki münasebet veya beraberliğin sebebi nedir?

Bu suale verilen cevap, koroner sistemi bakımından genellikle hassas olan kimselerde herninin tevlit ettiği ağrı veya irritasyonun koroner symtonlarına sebep olduğu umumiyetle kabul edilmiştir.

Bu arada syncopal formlarının da bulunduğu bir kelime ile bahsetmek isterim?

Komplikasyonlar

Kanama: En başta gelenidir. Abondant melana ve hemetamezler görülür. Bunlar daha ziyade paraözofogal hernilerde olur.

Anemi: Sıklıkla görülen bir hal olup daha ziyade par glissement hernilerde rastlanmaktadır. Bu anemiler demir absorpsiyonundaki yetersizlikten dolayı hypokrom bir anemidir.

Dalak venalarının orifise doğru çekilmesi ve dirseklenmesi sonucu husule gelen tromboflebitik splenomegaliler ve buna bağlı lökopeni ile anemiler de görülür. Bu nedenle bazı ahvalde splenektomiler de cerrahi müdahaleye girmektedir.

Özofajit: Özofajitin sıklık sebebi reflünün mevcudiyetidir. Özofajit yalnız mukozaya ait bir hadise değildir. Özofagusun bütün tabakalarını kapsar ve aort kavsine ve hatta üstüne kadar uzanır.

Birinci safhada mukoza normal olup basit bir reflü vardır.

İkinci safhada kırmızılık başlar, mukoza kalınlaşır, mikro - ülserasyonlar ve kanamaya meyil görülür.

Üçüncü safhada ülserasyonlar büyür, fibrozis ile ve *özofajitin sonucu* stenozis teessüs etmiş olur.

1 ve 2 nci safhalarda yapılan cerrahi tedavi ile özofagustaki hadise reversibl olabilir. 3 ncü safhada ise irreversibl olan hal için yapılacak tedavi çok kompleks bir şekil alır.

Son olarak diğerk bir komplikasyon şeklinden bahsetmek istiyorum. Bu da herniye olan midenin perforasyonudur. Oldukça nadir bir komplikasyondur.

Bir süredenberi subjektif bir takım şikâyetleri sıraladığımız hastalığın objektif bulgularını bize bildirecek emin ve kesin teşhis vasıtası radyolojik muayenedir.

Kendisine göre özelliğı olan bir muayene şeklidir. Genellikle gastro - duodenal muayenelerde muayyen pozisyonlar verilerek alınan klişelerde hiatusun durumu tetkik edilmekte ise de burada bilhassa radyoskopinin durumu üzerinde durmakta ısrar edilmektedir. Zira reflü intermıttent olabilidiğinden herni de buna bağılı görüntü ve rebilmektedir. Dolayısıyla radyolojik imajı tesbit etmek için bu anı yakalamak lâzımdır. Bu nedenle radiosinematografi'nin uygulandığı servislerde daha emin bir teşhis sağlanmış olur.

Endoskopik muayenelerden ozofagoskopi ve gastroskopi de bu hastalığın tanımlanmasında kullanılmaktadırlar.

Tedavi :

Tedaviyi iki şekilde mütelaa etmek gerekmektedir. Bunlardan önde geleni ve hastalara ilk şikâyetlerinin ortaya çıktığı andan itibaren uygulanmaya başlayan tıbbi tedavidir. Burada kullanılan ilâçlar, alkali preparatlar, antispazmodikler, trankilizanlar olabilir. Bu arada uygun bir diyet ve postural tavsiyeler faydalıdır.

Cerrahi tedavini dışında kalan vak'alara şöyle sıralayabiliriz.

- a) Früst araz veren küçük herniler.
- b) Tıbbi tedavi ve tavsiyelerden istifade eden hastalar.
- c) Anemik vak'alarda hastaları ameliyata hazırlamak için anemisinin geçinceye kadar olan devresinde uygulanan tıbbi tedavi.
- d) Doğumdn sonra intraabdominal tazyikin ortakan kalkması ile semptomların azaldığı hallerde.

Cerrahi tedaviye gelince. Burada daha ziyade cerrahi endikasyonlardan ve uygulanması gereken ameliyatların çok kısa olarak teknik operatuvar dışında bahsedilebilen şekillerinden söz edeceğiz.

Ameliyatı gerektiren herniler:

- a) Büyük olan herniler,
- b) Devamlı reflü ile beraber olan herniler,
- c) Tıbbi tedaviye rağmen residivant ve ciddi anemiler meydana getiren herniler,
- d) Özofajit, kanama ve koronarit arazı gösteren herniler.

İleri yaşlı ve yorgun kimselerde genellikle cerrahi müdahaleden kaçınmak gerekir. Ancak uzun bir hazırlık safhasından sonra bu hastalara da ameliyat yapılabilir.

Ameliyat şekilleri.

Önce palliative olan bir şeklinden bahsetmek isterim. Bu da daha ziyade genel durumu pek müsait olmayan hastalarda uygulanan bir şekil olan frenisektomi ameliyesidir. Eskiden uygulanan bir metod olup halen terkedilmiştir. Bazan faydalı olabilmektedir.

Bu hastalara uygulanan gerçek ameliyat şekilleri başlıca iki yoldan yapılmaktadır. Bunlardan bir tanesi abdominal yol. Diğeri torakal yol.

İster abdominal, ister torakaal yol uygulansın yapılacak işlem şu 3 prensipte toplanmaktadır.

1 — Midenin aşağıya bastırılması ve abdominal boşlukta durmasının sağlanması,

2 — Kardio - tuberositer bölgenin anaotomisini normal hale getirmek, yani His açısını ve ligamentum gastro - frenicumu tamir etmek,

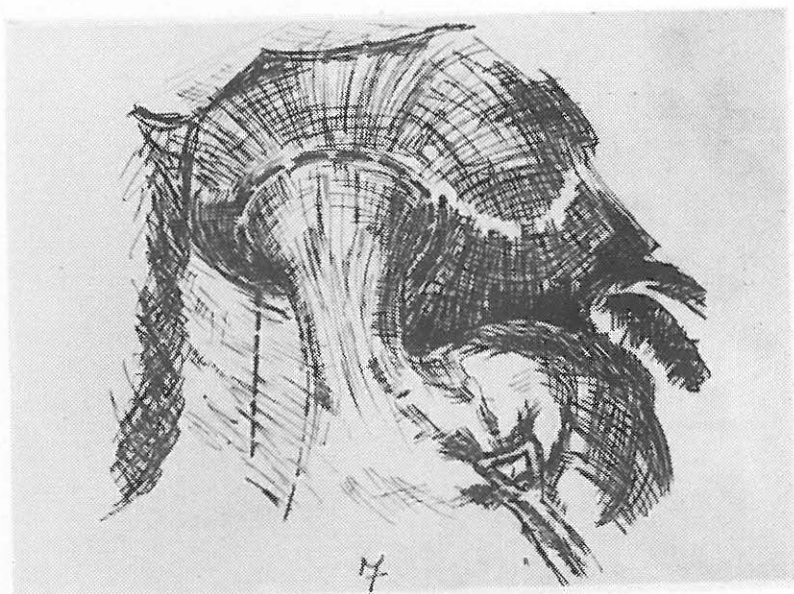
3 — Anormal olarak genişlemiş bulunan özofagus deliğini daraltmak.

Toraksı geniş, kısa ve şişman olmayan hastalarda genellikle karın yolu ile yapılan şekil daha uygun ve kolaydır. Karnın üst yarısı ve sol tarafında çeşitli insizyonlar kullanılarak laparotomi yapılır. Pozisyon, instrumentation materyel, anestezi uygun ve yeterli olmalıdır.

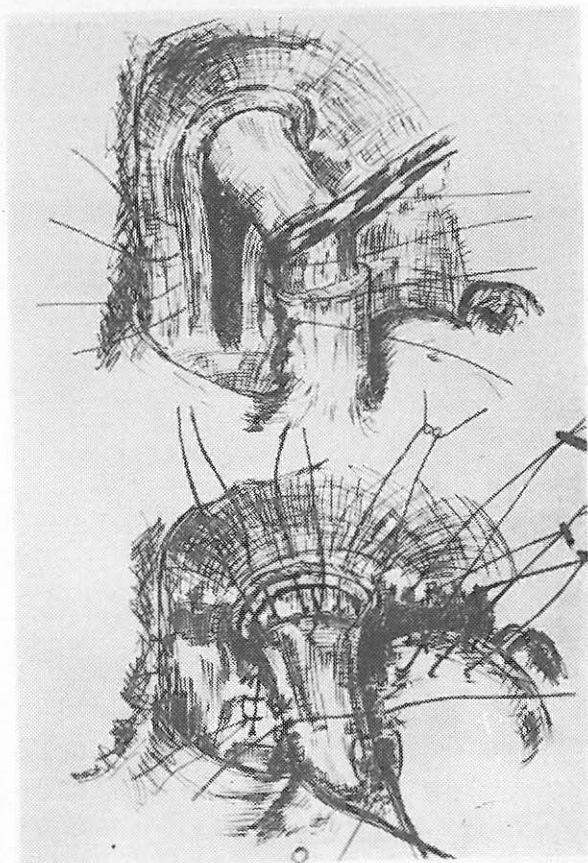
Önce hiatus meydana çıkarılır. Bu maksat için gerekli ekartmandan sonra lig. triangulaire'in kesilmesi ile saha güzelce ekpoze edilir. Hiatusun ön yüzünün özofagus ile birleşim yerine sirküler bir insizyon yapılır ve abdominal özofagus mideye doğru çekilir. Sonra küçük epipilonun üst kısmı usulüne uygun olarak kesilir. Gerekli manevralar ile hiatus tam olarak meydana çıkarılır. Diğer hususlar da tamamlandıktan sonra, hiatus özofagus fazladan bir parmak geçecek kadar daraltılır. (Şekil : 7-8)

Bundan sonra His açısının ve gastro - frenik ligamentin rekonstrüksiyonu yapılır. Son olarak özofagus ile diyafragma arasındaki gaine dikilir.

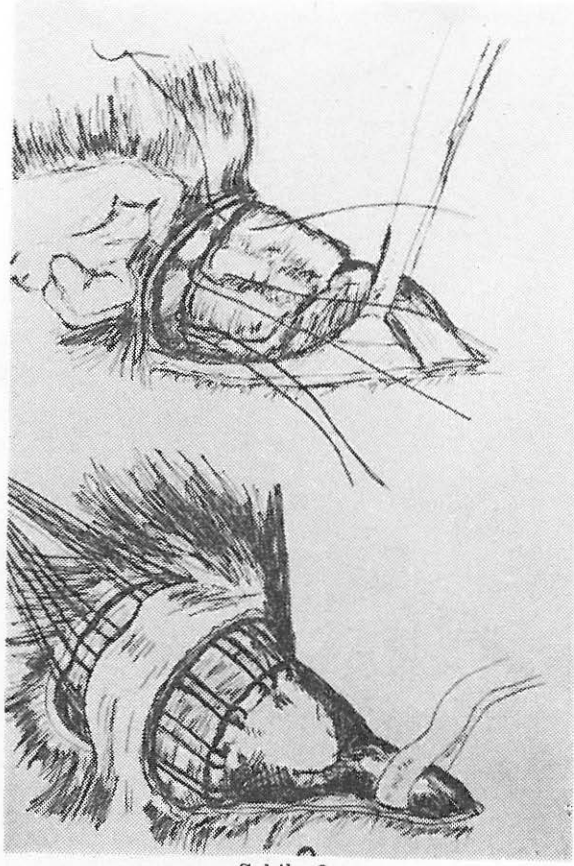
Toraks yolu ile yapılan müdahalede aynı lezyonu biraz değişik bir usulle düzeltmekten başka bir şey değildir. (Şekil : 9-10-11)



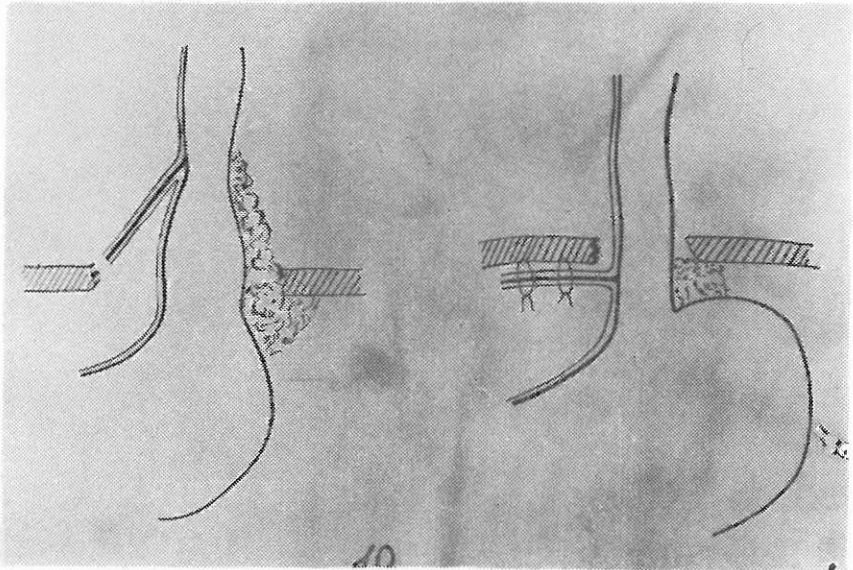
Şekil : 7



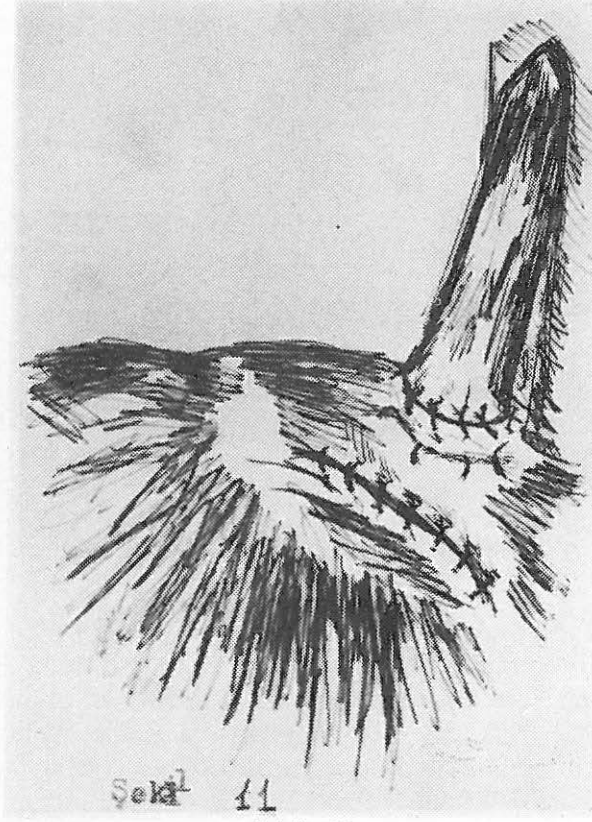
Şekil : 8



Şekil : 9



Şekil : 10



Şekil : 11

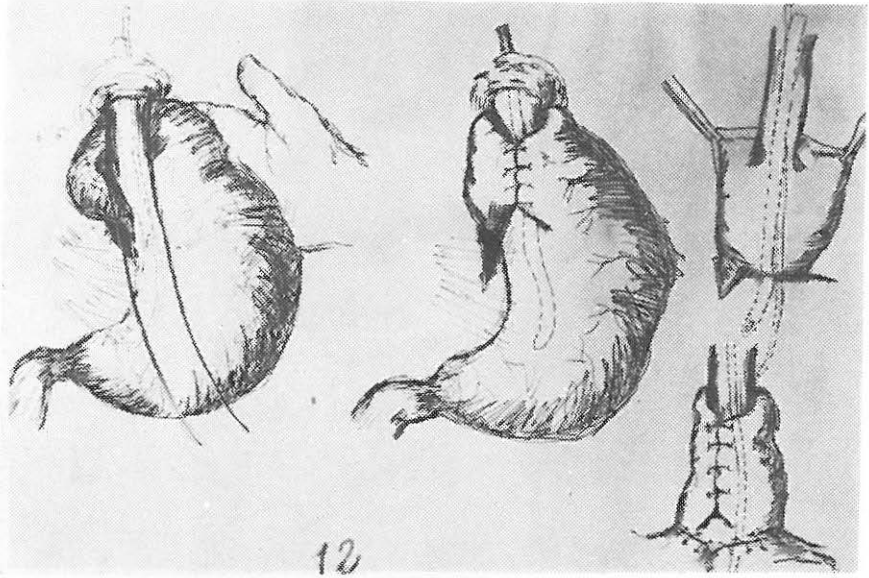
Ancak bu yolun mutlak olarak seçilişinde diğer başka hususlar da mevcuttur. Bunla epifrenike özofagus divertikülleri ve «cardiospazm» in da beraber bulunuşu gibi hallerdir.

Bu iki teknik dışında çok kompleks bazı metodlar da vardır. Bunlar Nissen'in fundiplikasyonu ile Boerama'nın gastropeksi genişletmesi'dir. (Şekil: 12). Bu son ikisinin de ötesinde Toupet ameliyatı da zikredilebilir.

Netice.

İstatistiklere göre 70 % ile 80 % vak'ada cerrahi müdahale ile çok iyi netice alınmaktadır. Klinik olarak fonksiyonel arazların kaybolması ve radyolojik olarak da midenin yerine gelmesi, yani herninin kaybolması ve reflü'nün de kaybolması suretiyle tam şifa.

Bazı hastalar da klinik olarak şifaya kavuşmuşlardır. Ancak re-



Şekil : 12

sidiv olarak herninin devam ettiği görülmüştür. Burada His açısının kapatılmış olmasının rol oynadığını ifade etmek yeterlidir.

Diğer bir kısım hastalarda da ameliyat sonra, radyolojikman tam bir repozisyon temin edilmiş olmalarına rağmen fonksiyonel şikâyetlerin devam ettiği görülmüştür.

Bu çeşit vak'alarda radyolojik tetkikin şüpheyeye mahal kalmayacak tarzda ayrıntılı olarak yapılması lâzımdır.

Buna emin olduktan sonra geri kalan şikâyetlerde devam eden arazlara göre bazı araştırmalar yapmakta faide vardır.

Netice hakkında son olarak fazla sayıda hasta tedavi eden müelliflerin yayınladıkları rakamları vermek istiyorum.

Allison (1951)	33	90 %	10 %
Harrington (1955)	450	85 %	15 %
Humphreys (1957)	88	83 %	17 %
Mouchet ve Barraya (1962)	498	84 %	16 %
Mochet (1962)	54	92 %	8 %
Barraya (1962)	88	79 %	21 %
Sweet (1962)	370	92 %	8 %
Lortat - Jacob (1962)	186	83 %	17 %
Nissen (1962)	349	81 %	19 %

Hiatal hernilerin büyük bir çoğunluğunu içine alan axial veya sliding tipi olanların ayrıntılarını zikrettiğimiz konuşmamızı burada bitirmek zorunda kalıyorum. Aynı katoegoride olan benzeri şekillerini, paraözofagial tip ile kısa özofaguslu şekli ve son olarak gerek oluş şekli ve gerekse klinik ve tedavisi bir başkalık arzeden genç çocuk şekillerinin de olduğunu kısaca ifade ederek bunların bir başka oturumda sunulabileceğini bildirmekle şimdilik yetiniyorum.

Özet

Hiatus Hernilerinin antomo - morfolojisi, kardio - ozefajien bölgenin fizyolojisi, Hiatus hernilerinin çeşitleri, klinik ve radyolojik belirtileri ile bu konuda yapılan çeşitli cerrahi tedavilerden bahsedilmiştir.

Summary

The morphological anatomy, physiology, types, clinical and radiological symptomatology as well as the surgical treatment of hiatal hernia are reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — Testüt Traité d'anatomie humaine 1948.
- 2 — Perrotin - J. Moreaux. Chirurgie du Diphrgme 1965.
R. Devin
J. Lataste
- 3 — Maillet Nouveau traité technique chirurgicale 1968.
- 4 — Encyclopédie medico - chirurgicale Appareil digestif 1965.