

Laparoskopisk behandling af paraøsofageale hernier

Professor Jacob Rosenberg & overlæge Bo Jacobsen

Amtssygehuset i Gentofte, Kirurgisk-gastroenterologisk Afdeling D

Paraøsofageale hernier forekommer sjældent, men kan være potentielt livstruende på grund af risiko for inkarceration af brokket. Det kliniske billede er dog hyppigst karakteriseret ved dysfagi, kvalme, opkastning, åndenød og ubehag eller smerter i thorax.

Symptomerne forværres ofte efter fødeindtagelse og kan være af en sådan karakter, at det medfører betydeligt vægttab og forringelse af livskvaliteten. Ved det traditionelle hiatushernie er cardia placeret over diafragma, mens cardia ved det paraøsofageale hernie per definition er placeret under diafragma, og en større eller mindre del af ventriklen er placeret i thorax (**Figur 1**). Paraøsofageale hernier udgør skønsmæssigt 5-10% af alle hiatushernier og ses hyppigst hos ældre kvinder. Diagnosen stilles typisk ved røntgenundersøgelse af thorax og bekræftes med kontrastundersøgelse af øsofagus og ventrikel.

Det traditionelle kirurgiske indgreb har i årtier været laparotomi og/eller torakotomi med relativ høj morbiditet og mortalitet [1], dels på grund af det store operative indgreb og dels på grund af patientkategorien, som ofte er ældre og skrøbelige personer. Det har derfor været åbenlyst at tage den laparoskopiske operationsteknik i brug til dette indgreb for at reducere de postoperative komplikationer.

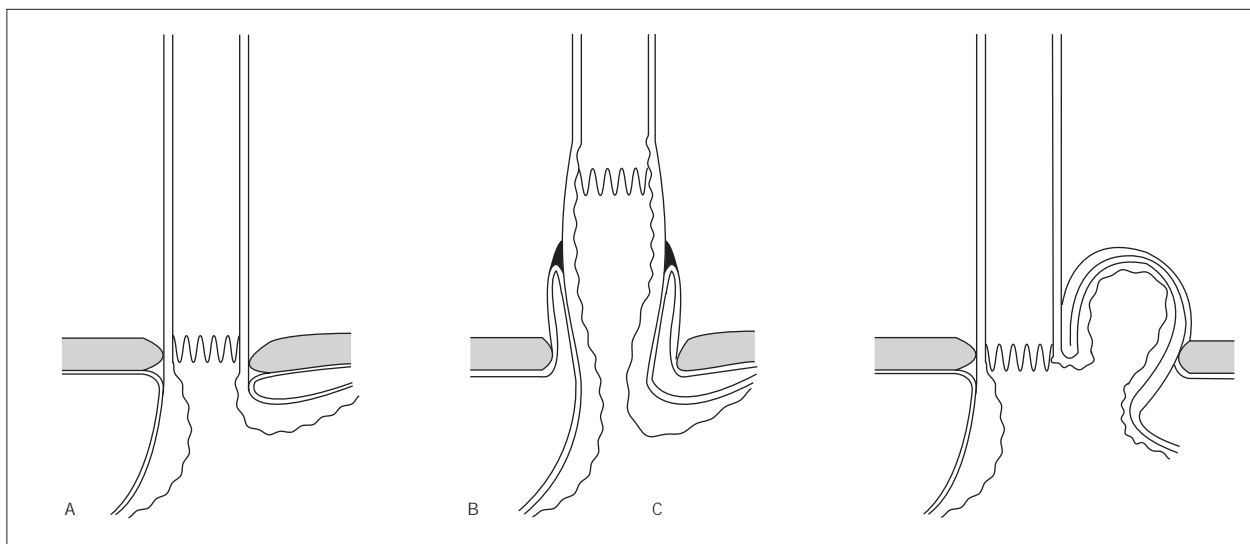
Procedurebeskrivelse

Princippet ved den laparoskopiske operation er fjernelse af broksækken (det frenoøsofageale ligament og peritoneum), reponering af herniet og enten lukning af hiatusdefekten med samtidig antirefluksoperation (fundoplikation a.m. Nissen eller Toupet) eller fiksering af ventriklen til forreste bugvæg a.m. Boerema [2, 3] med eller uden lukning af hiatusdefekten. Der anvendes uresorberbare suturer ved cruraplastik, fundoplikation og gastropeksi.

Det laparoskopiske indgreb foretages ved, at kirurgen står mellem patientens ben, og assistenten står ved patientens venstre side.

Der etableres pneumoperitoneum og isættes fem arbejdsporte i størrelsen 5-10 mm hver. Broksækken incideres ved højre diaphragma crus, og broksækken frilægges successivt, ved at den trækkes ned i abdomen og samtidig skubbes/dissekeres pleura op i thorax.

Efterhånden er broksækken fridissekeret/ekstirperet, og den intratorakale del af ventriklen følger oftest automatisk med ned i abdomen. Ved gastropeksien fikseres ventriklens corpus ved lille kurvatur siden til forreste bugvæg med laparoskopisk anlagte suturer. Ved cruraplastik samles hiatus enten med suturer gennem de to crurae eller ved brug af kunststofmèche til at dække defekten i diafragma. Eventuel fundoplikation foretages på vanlig vis med eller uden fiksering til crurae/diaphragma, enten a.m. Nissen ved en 360 graders fundoplikation, eller a.m. Toupet ved en 270 graders fundoplikation.



Figur 1. Traditionelt hiatushernie og paraøsofagealt hernie. A) Normal anatomi. B) Type I-hernie (hiatushernie/glidehernie). C. Type II-hernie (paraøsofagealt hernie).

Resultater

I en række ikke-randomiserede undersøgelser har man vist, at den laparoskopiske metode er den åbne overlegen, specielt hvad angår blodtab, smerter, indlæggelsesvarighed, rekonvalescens og livskvalitet [1, 4]. Mortaliteten er ikke sikkert reduceret ved den laparoskopiske metode, måske pga. de endnu små publicerede serier.

Patienterne kan typisk udskrives 1-2 døgn efter den laparoskopiske operation. En anden fordel ved den laparoskopiske teknik er en betydelig bedre oversigt over de anatomiske strukturer under operationen, idet området ved laparotomi kan være vanskeligt tilgængeligt. I starten var der ved den laparoskopiske operation en forlænget operationstid, men denne reduceres typisk efter indlæringsperioden til <2 timer [1, 5]. Man anbefaler generelt erfaring med ca. 40-50 laparoskopiske fundoplikationer, inden man foretager laparoskopisk operation for paraøsofagealt hernie [6, 7].

Det største problem, der er beskrevet i litteraturen, ved de laparoskopiske operationer for paraøsofageale hernier har været risikoen for reherniering. Der har således været rapporteret om 20-40% risiko for reherniering i de tilfælde, hvor den laparoskopiske operation bestod af reponering af herniet, cruraplastik og antirefluksprocedure, mod ca. 15% for de tilsvarende åbne operationer [8-10].

Nyere rapporter om brug af kunststofmècheer til reparation af cruradefekten eller brug af gastropeksi a.m. Boerema synes at beskrive en betydelig lavere risiko for reherniering, om end der stadig mangler data fra større serier eller randomiserede studier.

Anvendelse af samtidig antirefluksprocedure er omdiskuteret, idet patienterne sjældent har samtidig refluks sygdom. Endvidere vil en antirefluksprocedure potentielt kunne øge risikoen for afklemning ved evt. reherniering.

Status internationalt

Efter indførelse af den laparoskopiske teknik har man specielt i USA set en øgning i antallet af operationer. Der er således rapporteret om en seksdobling i operationsantal [1]. Dette må nødvendigvis dreje sig om et indikationsskred, men behøver ikke at være negativt, idet man må formode, at den samlede gevinst for patienten i form af bedre livskvalitet er øget, da der formentlig har været en stor underbehandlet patientgruppe før indførelsen af den laparoskopiske teknik.

Status i Danmark

For nuværende foretages operationen kun på ganske få afdelinger i landet. Da udførelse af operationen kræver en vis erfaring med avancerede laparoskopiske procedurer, vil det være naturligt at beholde operationerne på disse få afdelinger, idet det generelle erfaringsgrundlag i landet med avancerede laparoskopiske procedurer fortsat er relativt beskedent sammenlignet med i udlandet. Randomiserede undersøgelser er næppe gennemførlige i Danmark pga. de få patienter. Opera-

tionerne bør dog foregå i protokolleret regi, så valide prospektive data kan indsamles.

Korrespondance: *Jacob Rosenberg*, Kirurgisk-gastroenterologisk Afdeling D, Amtssygehuset i Gentofte. E-mail: jaro@gentoftehosk.kbhamt.dk

Antaget: 4. december 2003

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Schauer PR, Ikramuddin S, McLaughlin RH et al. Comparison of laparoscopic versus open repair of paraesophageal hernia. *Am J Surg* 1998;176:659-65.
- Boerema WJ. Anterior gastropexy: a simple operation for hiatus hernia. *Aust N Z J Surg* 1969;39:173-5.
- Agwunobi AO, Bancewicz J, Attwood SEA. Simple laparoscopic gastropexy as the initial treatment of paraesophageal hiatal hernia. *Br J Surg* 1998;85:604-6.
- Velanovich V, Karmy-Jones R. Surgical management of paraesophageal hernias: outcome and quality of life analysis. *Dig Surg* 2001;18:432-8.
- Freeman ME, Hinder RA. Laparoscopic paraesophageal hernia repair. *Semin Laparosc Surg* 2001;8:240-5.
- Trus TL, Bax T, Richardson WS et al. Complications of laparoscopic paraesophageal hernia repair. *J Gastrointest Surg* 1997;1:221-8.
- Perdikis G, Hinder RA, Filipi CJ et al. Laparoscopic paraesophageal hernia repair. *Arch Surg* 1997;132:586-91.
- Wu JS, Dunnegan DL, Soper NJ. Clinical and radiologic assessment of laparoscopic paraesophageal hernia repair. *Surg Endosc* 1999;13:497-502.
- Mattar SG, Bowers SP, Galloway KD et al. Long-term outcome of laparoscopic repair of paraesophageal hernia. *Surg Endosc* 2002;16:745-9.
- Hashemi M, Peters JH, DeMeester TR et al. Laparoscopic repair of large type III hiatal hernia: objective followup reveals high recurrence rate. *J Am Coll Surg* 2000;190:553-61.