

## HERNIET HIATALE: DIAGNOZA DHE TRAJTIMI



**Astrit Hamza**

*Profesor Asistent*

*Specialist i Kirurgjisë së Përgjithshme*

Hernia hiatale i referohet hernizimit të elementeve të hapësirës së barkut përmes hiatusit ezofageal të diafragmës. Është një gjetje e shpeshtë si nga radiologët ashtu edhe nga gastroenterologët.

**Klasifikimi:**

Herniet hiatale ndahen gjerësisht në dy grupe të mëdha: Hernia rrëshqitëse (sliding) dhe hernia paraezofageale (figura 1). Ndërkaq, skema më e plotë e klasifikimit numëron katër lloje të hernieve hiatale.

**Tipi I - hernia rrëshqitëse:** Karakterizohet me zhvendosje të kalimit ezofagogastrik mbi diafragmë.

**Tipi II, III, IV - hernia paraezofageale.** Është hernie e vërtetë me qese herniale të përbërë nga peritoneumi dhe e karakterizuar nga zhvendosja lartë e fundusit të lukthit përmes një defekti fokal në membranën frenoezofageale.

**Tipi II:** Rezulton nga defekti i lokalizuar në membranën frenoezofageale ku fundusi i lukthit shërben si pikë kryesore e hernies, ndërsa kalimi ezofagogastrik (EG) mbetet i fiksuar në fashën paraaortale dhe ligamentin harkor të mesëm (figura 1).

**Tipi III:** Herniet e këtij lloji kanë elemente të të dy hernieve të tipit I dhe II dhe karakterizohen nga

herniezimi i kalimit EG dhe fundusit të lukthit përmes hiatusit. Fundusi shtrihet mbi kalimin EG (figura 1).

**Tipi IV:** Ky tip i hernies hiatale shoqërohet me defekt të madh në membranën frenoezofageale dhe përveç lukthit në qesën herniale karakterizohet nga prania e organeve të tjera (p.sh. zorrës së trashë, shprekës, pankreasit ose zorrës së hollë) (figura 1).

Më shumë se 95% e hernieve hiatale janë të tipit I, pra rrëshqitëse (sliding), ndërsa pjesa tjetër e hernieve hiatale rreth 5% i përbëjnë tipet tjera, pra herniet paraezofageale të tipit II, III, IV.

**Etiologjia:** Megjithëse etiologjia e shumicës së hernieve hiatale është spekulative, trauma, anomalitë kongjenitale dhe faktorë tjerë jatrojenik janë implikuar në disa pacientë me hernie hiatale të tipit I rrëshqitëse (sliding). Herniet e tipit II, III dhe IV (paraezofageale) janë komplikime të njohura të disekcionit kirurgjik të hiatusit dhe ndodhin gjatë procedurave antirefluks, ezofagomiotomisë ose gastrektomisë parciale. Mekanizmi i shkakut të hernies hiatale tipit I (rrëshqitëse) rezulton nga shkëputja progresive e kalimit EG, fillimisht me humbjen e gjatësisë intra-abdominale të ezofagut, pastaj me zgjerim progresiv të hiatusit ezofageal dhe më pas herniezim të kardies gastrike.

Hernia hiatale rrëshqitëse nuk ka qese herniale

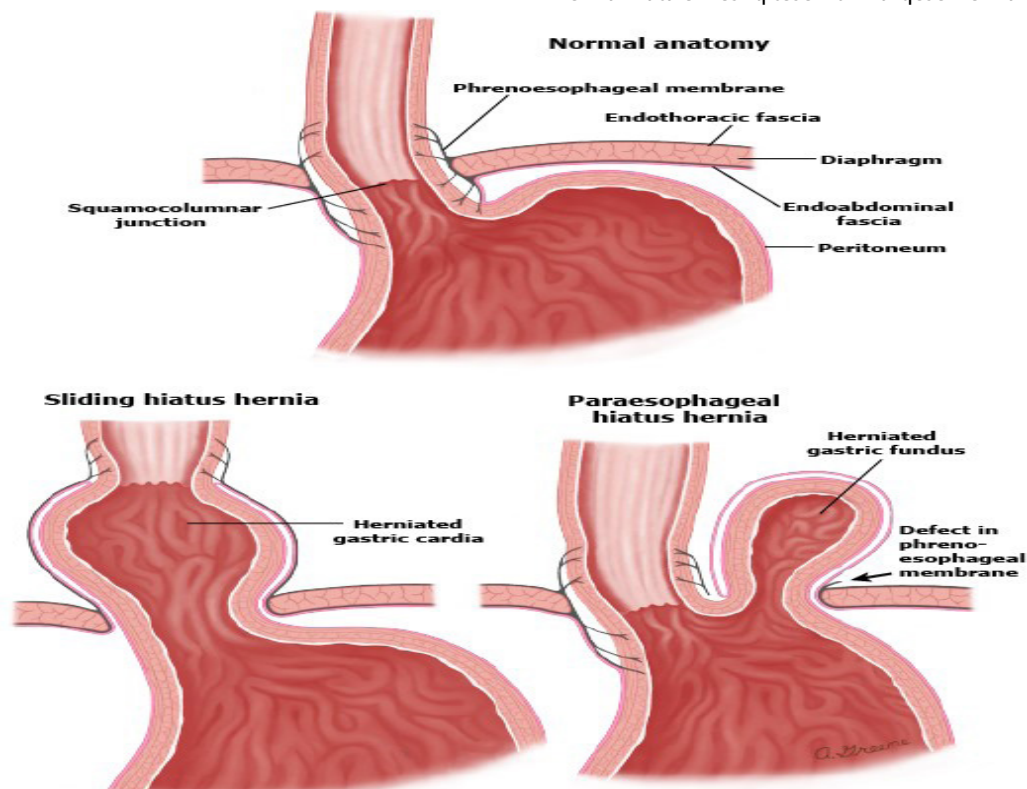


Figura 1. Tipet e hernieve hiatale: Rrëshqitëse (sliding) dhe paraezofageale (Kahrilas PJ, Kim HC, Pandolfino JE. Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2008; 22:601)

Korrespondenca:  
astrit.hamza@uni-pr.edu

dhe rrëshqet në gjoks pasi kalimi EG nuk është fiksuar brenda abdomenit.

Hiatus hernia tipi I dhe refluksi gastroezofageal (GERD)

Studimet endoskopike dhe radiologjike kanë treguar se 50-94% e pacientëve me sëmundje të refluksit gastroezofageal (GERD) kanë HH të tipit I, krahasuar me 13-59% të pacientëve pa sëmundje të GERD-së. Mundësia për të pasur sëmundjen e GERD-së rritet me kompromitim anatomic të kalimit EG (figura 2) dhe madhësinë e hernies hiatale.

Hernia hiatale e tipit I ndikon në refluks duke ndikuar në kompetencën e kalimit EG në parandalimin e refluksit dhe në kompromitim të procesit të pastrimit të acidit ezofageal pasi të ketë ndodhur refluksi.

Funksioni kryesor i kalimit EG është të kufizojë refluksin e përmbajtjes gastrike, duke përfshirë acidin gastrik, në ezofag. Një shkallë e refluksit është e nevojshme për të lehtësuar lirimin e gazit (gogesima) dhe të vjella, por me inkompetencën e kalimit EG ka refluks të tepruar të acidit gastrik në ezofag që çon në simptoma të refluksit dhe ezofagit. Refluksi ndodh kryesisht gjatë inspirimit dhe mund t'i atribuohet humbjes së funksionit normal të valvulës njëkahëshe të krusave diafragmatik si pasojë e zgjerimit të tyre.

Tipi II, III, dhe IV: Hernia paraezofageale

Karakterizohet me dobësim të ligamenteve gastrosplenike dhe gastrokolike, të cilat normalisht parandalojnë zhvendosjen e lukthit. Përderisa hernia zmadhohet, lakorja e madhe e lukthit futet në krahëror shpeshherë duke u rotulluar dhe duke shkaktuar

volvulus gastrik që paraqet urgjencë kirurgjike për të parandaluar nekrozën dhe sepësin.

Shenjat klinike:

Herniet hiatale të tipit I (rrëshqitëse) janë shpeshherë asimptomatike ose të shoqëruara me simptoma të sëmundjes së refluksit gastroezofageal (GERD), më të zakonshmet prej të cilave janë piroza, regurgitimi dhe disfagjia. Komplikimet janë të rralla në pacientët me hernie hiatale të tipit I dhe zakonisht lidhen me refluks ezofagjitin. Megjithatë, herniet e mëdha të tipit I mund të shoqërohen me lezione Cameron, të cilat shfaqen si erozione lineare në nivelin e hiatusit dhe janë shkakuar i anemisë ferodeficitare. Ndërkaq pacientët me herni të tipit II, III dhe IV pra hernia paraezofageale, mund të jenë asimptomatik ose kanë vetëm simptoma të paqarta, me një diskomfort epigastrik. Simptomat e GERD-së janë dukshëm më të vogla në krahasim me pacientët me hernie të tipit I.

Komplikimet më të shpeshta të hernive paraezofageale janë për shkak të problemeve mekanike të shkaktuara nga hernia si: volvulusi gastrik, gjakderdhja e shkaktuar nga erozionet, gastritis, iskemia dhe dispnea etj.

Diagnoza:

Diagnoza paraprihet nga ankesat e hernieve hiatale si shenjat e refluksit, piroza, regurgitimi dhe disfagjia si dhe historia e intervenimeve kirurgjike në hiatus si: procedura antirefluksive, ezofagomyotomia apo gastrectomia parciale. Megjithatë, hernia hiatale zakonisht diagnostikohet rastësisht gjatë endoskopisë së traktit të sipërm gastrointestinal, manometrisë ose

ekzaminimeve imazherike të bëra për arsye të tjera.

Endoskopia e traktit të sipërm gastrointestinal (GI):

Gjatë endoskopisë së traktit të sipërm gastrointestinal, aksi gjatësor i hernisë hiatale rrëshqitëse matet nga shkalla e ndarjes midis kalimit epitelial squamocilindrik dhe impresionit diafragmatik nga dukja në retrofleksion përmes endoskopit dhe pas insufllimit të lukthit dhe tërheqjes përgjatë lakores së vogël për të shkaktuar hernie. Hill ofron një sistem të klasifikimit endoskopik për morfologjinë dhe kompetencën e kalimit ezofagogastrik, veçanërisht nëse flapi valvular gastroezofageal është normal (shkalla I/II) ose jonormal (shkalla III/IV) (figura 2 dhe 3). Ndërkaq, tek pacientët me hernie paraezofageale, dukja në retrofleksion endoskopik tregon një pjesë të lukthit që ngrihet lartë përmes diafragmës ngjitur me endoskopin (figura 4).

Ezofagogastrografia me kontrast barium:

Gëlltitja e bariumit mund të përcaktojë anatomic dhe madhësinë e hernisë, orientimin e lukthit dhe vendndodhjen e kalimit gastroezofageal (figura 5). Hiatus hernia rrëshqitëse karakterizohet nga një ndarje më e madhe se 2 cm midis vijës Z në vendin e bashkimit squamocilindrik mukozal dhe hiatusit diafragmatik (figura 5B). Nëse vija Z nuk është e dukshme në gëlltitjen e bariumit, demonstrimi i të paktën tre palosjeve mukozale që përshkojnë diafragmën është diagnostikues i një hiatus hernie rrëshqitëse (figura 5C).

Vizualizimi i pjesës së fundusit gastrik që kalon përgjatë ezofagut distal në gëlltitjen e bariumit është diagnostikues i hernisë

### Hiatal Hernia Length, Hiatal Diameter, Flap Valve (L cm, D cm [scope diameters], F +/-)

EGJ disruption:	Grade 1 Intact	Grade 2 Partial	Grade 3 Moderate	Grade 4 Complete
<b>Hiatal Hernia Length:</b>	0 cm	0 cm	0 to 2 cm	> 2 cm
<b>Hiatal Diameter:</b>	Snug to scope	Loose, 1 to 2 cm	2 to 3 cm	> 3 cm
<b>Flap Valve:</b>	Present (F+)	Absent (F-)	Absent (F-)	Absent (F-)

Figura 2. Shkallët e hernies hiatale vlerësuar me endoskop (Nguyen, N.T., et al. The American Foregut Society White Paper on the Endoscopic Classification of Esophagogastric Junction Integrity. Foregut: The Journal of the American Foregut Society 2(4), pp.339-348)

paraefozofageale (figura 5D).

#### Manometria me rezolucion të lartë:

Një tjetër metodë diagnostikuese e përcaktimit të hernisë hiatale së bashku me endoskopinë e traktit të sipërm gastrointestinal dhe imazherinë me kontrast bariumi është edhe manometria me rezolucion të lartë në përcaktimin e distancës ndërmjet krusit diafragmatik dhe sfinkterit të poshtëm të ezofagut.

Nga një seri analizuese e pacientëve me herni hiatale që janë nënshtruar kirurgjisë rrjedh se manometria me rezolucion të lartë, krahasuar edhe me endoskopinë dhe imazherinë me bariumi ishte superiore në zbulimin dhe përcaktimin e madhësisë së hiatus hernisë me senzitivitet 94%, dhe specificitet 92% dhe vlera kappa prej 0.858.

#### Trajtimi i hernieve hiatale:

Në herninë hiatale rrëshqitëse asimptomatike të tipit I, riparimi kirurgjik nuk është i indikuar. Ndërkaq, menaxhimi i pacientëve me hiatus hernie rrëshqitëse simptomatike konsiston në menaxhimin e sëmundjes së refluksit gastroezofageal (GERD). Modifikimi i stilit të jetesës dhe medikamentet janë trajtimi i linjës së parë për GERD-në. Trajtimi kirurgjik ose endoskopik përgjithësisht rezervohet për pacientët që kanë simptoma të vazhdueshme ose zhvillojnë komplikime pavarësisht terapisë optimale mjekësore.

#### Trajtimi kirurgjik i refluksit gastroezofageal (GERD)

Procedurat kirurgjike kundër refluksit kryhen më shpesh tek pacientët për të kontrolluar simptomat gastrointestinale (p.sh.

piroza dhe regurgitimi). Mund të kryhet edhe për simptoma jogastrointestinale (p.sh. kollë kronike, sëmundje laringale dhe astma) kur ka prova objektive që këto simptoma i atribuohen refluksit.

#### Zgjedhja e procedurës

Deri më tani nuk ka një procedurë të zgjedhur si "më e mira" për të gjithë pacientët me GERD. Idealisht, pacientëve në vend se t'u ofrohet një procedurë e vetme antirefluksive, atyre duhet t'u ofrohet një numër i madh procedurash atëherë kur është në dispozicion ekspertiza e nevojshme kirurgjike dhe endoskopike. Procedurat bashkëkohore kundër GERD të disponueshme aktualisht janë:

Fundoplacioni transoral pa incizion (TIF) me ose pa riparim të hernies hiatale

Rritja e tonusit të sfinkterit të poshtëm ezofageal me magnet (MSA)

Gastropeksia laparoskopike sipas Hill

Fundoplacioni parcial laparoskopik (sipas Dor & Toupet)

Fundoplacioni laparoskopik Nissen (i plotë).

Të gjitha këto procedura ndryshojnë nga efikasiteti dhe qëndrueshmëria nga njëra anë dhe nga profilet e efekteve negative nga ana tjetër.

Megjithëse, fundoplacioni laparoskopik sipas Nissen është shumë efektiv në lehtësimin e simptomave të GERD-së dhe është më i qëndrueshëm ndër të gjitha procedurat, megjithëse shoqërohet gjithashtu me potencialin më të madh të efekteve anësore të padëshiruara, si disfagia, vështirësi në të vjella dhe pamundësi në

lirimin e gazit-gogësima).

Në anën tjetër, procedurat endoskopike si Stretta dhe TIF kanë më pak gjasa të shoqërohen me efekte negative. Megjithatë, efikasiteti dhe qëndrueshmëria e tyre nuk janë aq të mira sa ato të një fundoplacioni të plotë. Fundoplacionet e pjesshme, procedura Hill dhe MSA në përgjithësi bien në mes të spektrit duke balancuar si efikasitetin/qëndrueshmërinë ashtu edhe profilin e efektit negativ.

Bazuar në të dhënat e disponueshme aktualisht, zgjedhja e fundoplacionit anterior kundrejt atij posterior ose të pjesshëm kundrejt të plotë (Nissen) duhet t'i lihet në dorë individualisht kirurgut me përvojë. Shumë studime dhe metaanaliza kanë treguar se fundoplacioni i pjesshëm i realizuar mirë mund të rezultojë në kontroll të ngjashëm të refluksit me atë të një fundoplacioni të plotë të kryer mirë.

#### Trajtimi kirurgjik i hernies paraefozofageale:

Trajtimi kirurgjik indikohet tek pacientët me hernie paraefozofageale simptomatike ose të komplikuar, urgjenca e së cilës varet nga shkalla e paraqitjes së komplikimit. Disa ekspertë rekomandojnë trajtim kirurgjik profilaktik të hernies hiatale paraefozofageale edhe në mungesë të simptomave, ndërkaq shumica e ekspertëve janë kundër, pasi që rreziku vjetor i zhvillimit të simptomave akute që kërkojnë kirurgji urgjente është më pak se 2% dhe se shkalla e vdekshmërisë nga trajtimi kirurgjik elektiv i hernisë paraefozofageale është afërsisht 1.4%. Trajtimi kirurgjik i hernies paraefozofageale mund të jetë urgjent, elektiv dhe profilaktik.

Trajtimi kirurgjik urgjent kërkohet tek pa-

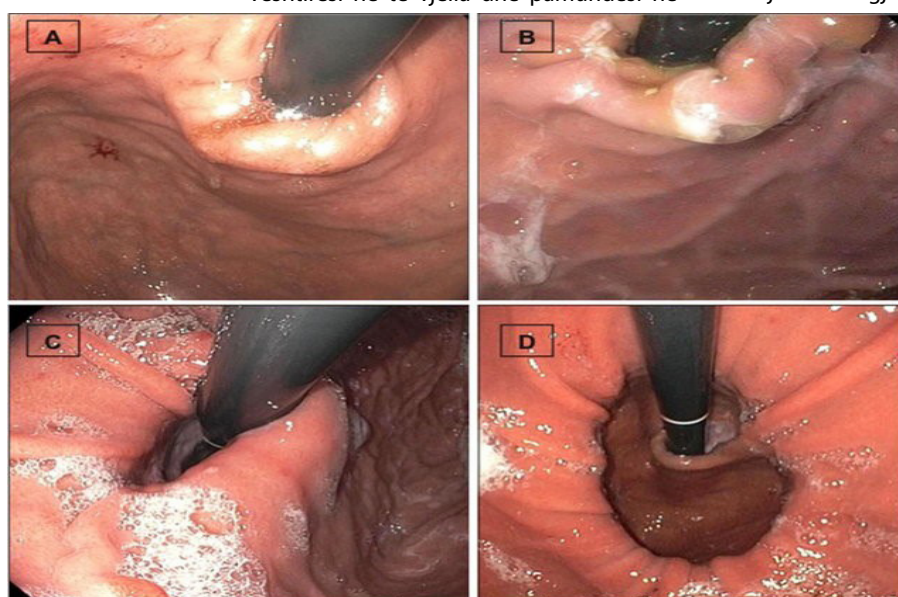


Figura 3. Klasifikimi i Hill i kalimit ezofagogastrik: A&B flapi valvular gastroezofageal është normal. C&D flapi valvular gastroezofageal është jonormal. (Osman A, et al., Esophagogastric Junction Morphology on Hill's Classification Predicts Gastroesophageal Reflux with Good Accuracy and Consistency. Dig Dis Sci. 2021 Jan;66(1):151-159.)

cientët me volvulus gastrik, gjakderdhje të pakontrolluar, obstrukcion, strangulacion, perforim dhe kompromitim të sistemit të frymëmarrjes të shkaktuara nga hernia paraezofageale. Qasja kirurgjike për riparimin e hernies paraezofageale mund të jetë transabdominale dhe transtorakale. E preferueshme është qasja abdominale, laparoskopike ose robotike. Qasja e hapur rezervohet kur pacienti ka recidiv apo i është nënshtruar edhe më herët kirurgjisë.

Parimet themelore të riparimit të hernies hiatale paraezofageale me qasje transabdominale përfshijnë diseksionin dhe reduktimin e plotë të qeses së hernies mediastinale, mobilizimin e ezofagut për të zhvendosur kalimin ezofagogastrik intra-abdominal, mbylljen e krurave diafragmatik, procedurën antirefluks-fundoplikacionin dhe fiksimin gastrik intra-abdominal.

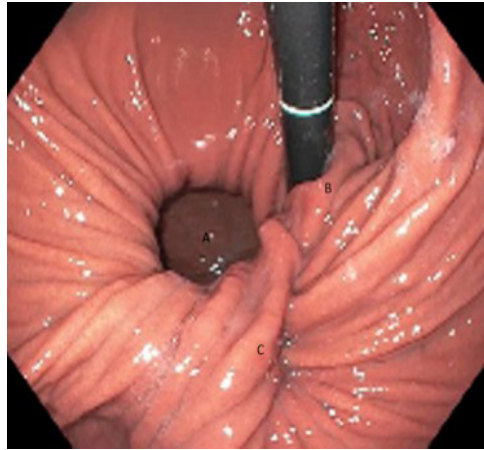


Figura 4. Pamje në retrorefleksion gjatë endoskopisë së lukthit që tregon defekt diafragmatik me një pjesë të hernizuar të lukthit (A), hapja e ezofagut (B) dhe palosje të përdredhura të mukozës gastrike me mbyllje spirale të trupit të lukthit(C). (Yousaf MN, Duffy AJ, Aslanian HR. Endoscopic diagnosis of paraesophageal hernia with gastric volvulus. VideoGIE. 2017 Oct 12;2(11):312-314

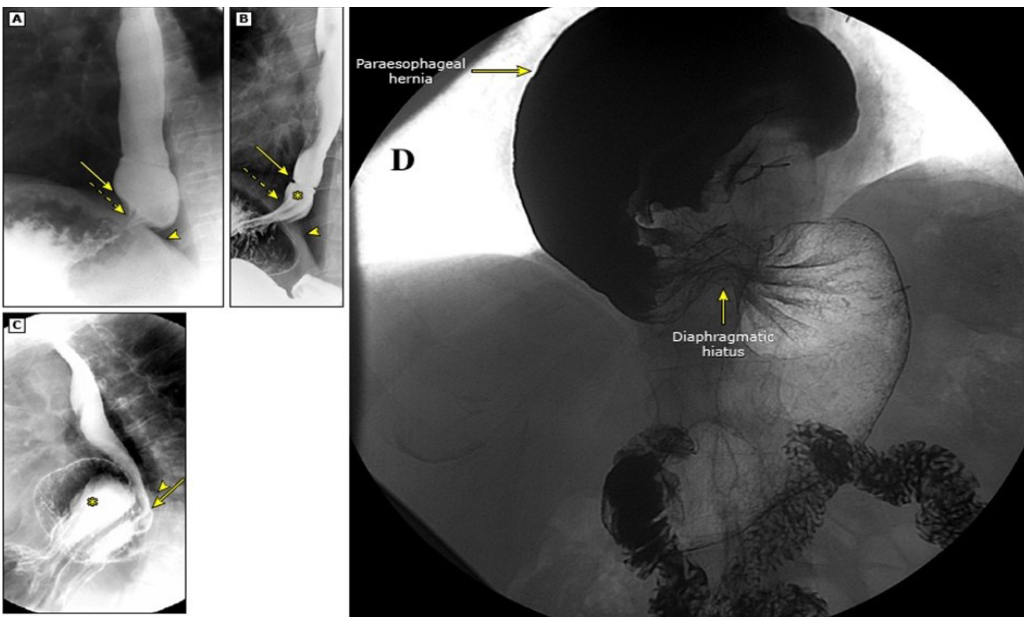


Figura 4. Pamje në retrorefleksion gjatë endoskopisë së lukthit që tregon defekt diafragmatik me një pjesë të hernizuar të lukthit (A), hapja e ezofagut (B) dhe palosje të përdredhura të mukozës gastrike me mbyllje spirale të trupit të lukthit(C). (Yousaf MN, Duffy AJ, Aslanian HR. Endoscopic diagnosis of paraesophageal hernia with gastric volvulus. VideoGIE. 2017 Oct 12;2(11):312-314

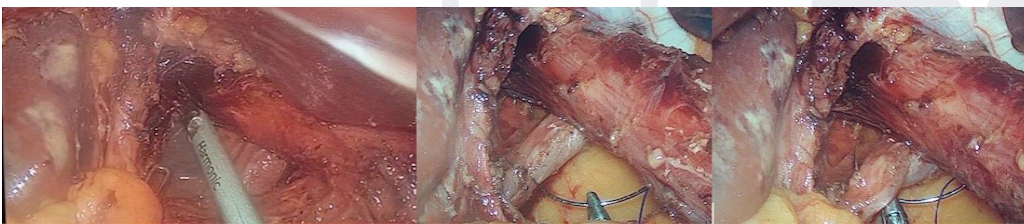


Figura 6. Riparimi laparoskopik i hernies hiatale në materialin tonë QKUK 2023

### Referencat:

- 1.Perdikis G, Hinder RA. Paraesophageal hiatal hernia. In: *Hernia*, Nyhus LM, Condon RE (Eds), JB Lippincott, Philadelphia 1995. p.544.
- 2.Kohn GP, Price RR, DeMeester SR, et al. Guidelines for the management of hiatal hernia. *Surg Endosc* 2013; 27:4409.
- 3.Wright RA, Hurwitz AL. Relationship of hiatal hernia to endoscopically proved reflux esophagitis. *Dig Dis Sci* 1979; 24:311.
- 4.Kahrilas PJ, Kim HC, Pandolfino JE. Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22:601.
- 5.Kahrilas PJ, Mittal RK, Bor S, et al. Chicago Classification update (v4.0): Technical review of high-resolution manometry metrics for EGJ barrier function. *Neurogastroenterol Motil* 2021; 33:e14113.
- 6.Slater BJ, Collings A, Dirks R, et al. Multi-society consensus conference and guideline on the treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Surg Endosc* 2023; 37:781.
- 7.Cameron AJ, Higgins JA. Linear gastric erosion. A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia. *Gastroenterology* 1986; 91:338.
- 8.Osman A, Albashir MM, Nandipati K, Walters RW, Chandra S. Esophagogastric Junction Morphology on Hill's Classification Predicts Gastroesophageal Reflux with Good Accuracy and Consistency. *Dig Dis Sci*. 2021 Jan;66(1):151-159.
- 9.Yousaf MN, Duffy AJ, Aslanian HR. Endoscopic diagnosis of paraesophageal hernia with gastric volvulus. *VideoGIE*. 2017 Oct 12;2(11):312-314
- 10.Kahrilas PJ, Mittal RK, Bor S, et al. Chicago Classification update (v4.0): Technical review of high-resolution manometry metrics for EGJ barrier function. *Neurogastroenterol Motil* 2021; 33:e14113.