

Hernia hiatus oesophagi kan gedefinieerd worden als de breuk van een buikorgaan, in de regel de maag, door de hiatus oesophagi van het diafragma in de thorax.

De afwijking was feitelijk onbekend voor de eeuwwisseling. Na de ontdekking door *Morrison* en *Healy* in 1922, dat deze breuken aangetoond kunnen worden door barium onderzoek in liggende houding, werd de aandoening echter steeds meer bekend. In een overzicht over dit onderwerp van 1926 ontwikkelde *Akerlund* een indeling die heden nog in gebruik is. Tegenwoordig is onderzoek van de maag in Trendelenburg-houding een wezenlijk onderdeel van elk volledig maag-darm röntgenonderzoek. Dat deze afwijking vaak voorkomt wordt thans algemeen erkend. De kennis van de hiatus hernia werd verder uitgebreid met de invoering van oesophagoscopie. Dit onderzoek wordt niet alleen gebruikt om de diagnose te bevestigen, maar heeft tevens geleid tot de ontdekking dat hiatus hernia de oorzaak kan zijn van ernstige ziekten van de slokdarm. Thans wordt reflux oesophagitis aanvaard als de meest voorkomende en terzelfdertijd de meest ernstige complicatie van hiatus hernia.

De wetenschap dat hiatus hernia een oorzaak kan zijn van reflux oesophagitis heeft geleid tot verdere studie van het afsluitingsmechanisme tussen slokdarm en maag. Als resultaat van intensief onderzoek gedurende de afgelopen 10 jaar, is er nu veel meer bekend over de normale anatomie en physiologie van de cardia (Hoofdstuk II & III).

De factoren die een rol spelen in de actiologie van de hiatus hernia worden in Hoofdstuk IV besproken. Wanneer de hernia voorkomt bij zuigelingen is haar bestaan waarschijnlijk een gevolg van aangeboren anatomische afwijkingen. De meerderheid der herniae komt echter na het 40ste jaar voor, waarschijnlijk als gevolg van atrofie in het hiatusgebied. Contractie van de longitudinale spiervezels van de slokdarm ten gevolge van vago-vagale reflexen of secundair aan oesophagitis, zou een toekomstige oorzakelijke factor kunnen zijn.

In het volgende hoofdstuk worden de verschillende typen herniae behandeld.

In Hoofdstuk VI wordt de symptomatologie besproken bij zuigelingen en volwassenen. Klachten worden veroorzaakt hetzij door ruimtebeperking in de thorax, hetzij door insufficiëntie van het cardia mechanisme en reflux. Gastro-intestinale bloeding geeft een derde symptomen complex. De patiënten kunnen ook elders symptomen tonen gerefereerd langs verschillende zenuwbanen.

Wanneer de aanwezigheid van een hiatus hernia klinisch vermoed wordt, kunnen röntgenologisch onderzoek en oesophagoscopie de diagnose bevestigen en mogelijke complicaties aantonen (Hoofdstuk VII).

Niet alleen zijn de klachten van hiatus hernia dikwijls zeer onaangenaam,

er kunnen zich ernstige en zelfs dodelijke complicaties voordoen. Deze complicaties, die de gevolgen zijn van oesophagitis of van ulceratie van de in de thorax liggende maag of van obstructie door de hiatusring, worden in Hoofdstuk VIII besproken.

De behandeling van de hernia hiatus oesophagi met typische klachten is bij voorkeur operatief. Chirurgisch ingrijpen wordt dringend wanneer complicaties aanwezig zijn (Hoofdstuk IX).

De conservatieve behandeling, beschreven in Hoofdstuk X, wordt alleen toegepast wanneer er contra-indicaties zijn voor chirurgische therapie, bv. hoge ouderdom van de patiënt of andere ziekten. Interne middelen worden ook prae- of postoperatief gebruikt.

In Hoofdstuk XI wordt de techniek behandeld van de operatiemethoden in de literatuur aanbevolen voor de behandeling van de hiatus hernia. Hoewel de ontwerpers van deze methoden mededelen dat zij weinig gevallen van recidief zagen, vermelden anderen een ontmoedigend aantal mislukkingen. In Hoofdstuk XIII wordt de Gastropexia geniculata anterior, zo als ontwikkeld door *Boerema*, aangewezen als zijnde de enige methode die niet alleen de anatomische afwijking corrigeert maar ook de normale physiologie van de cardia herstelt. De techniek van de operatie wordt in Hoofdstuk XII beschreven.

In Deel II worden de resultaten besproken van een volledig klinisch en röntgenologisch na-onderzoek betreffende 94 gevallen van hernia hiatus oesophagi, geopereerd in de Chirurgische Universiteitskliniek van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam (Hoofd: Prof. Dr. I. Boerema). Slechts 7 patiënten waren jonger dan 30 jaar; de meerderheid (d.w.z. 86%) was ouder dan 40 jaar. Hiatus hernia kwam drie maal zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen.

De studie der symptomen heeft ons geleerd dat ondanks de grote verscheidenheid van klachten, er toch een duidelijk patroon bestaat. Het meest voorkomende symptomen complex was dat van pijn in het epigastrium of achter het borstbeen, gewoonlijk van brandend karakter, en duidelijk beïnvloed door houdingsveranderingen. Zuurbranden, opboeren en lichte dysphagie zijn andere typische klachten. Spontane regurgitatie wijst op ernstige cardia insufficiëntie. Bloeding komt voor, zowel manifest als occult. Pijn buiten het gebied van de afwijking is niet zeldzaam.

Physisch onderzoek droeg weinig bij tot de diagnose. Deze werd bevestigd door röntgenonderzoek in Trendelenburg-houding. Er was geen enkel geval van congenitaal te korte oesophagus. Verreweg het grootste aantal patiënten, d.w.z. 87% had een sliding hernia, 6.7% een para-oesophageale hernia, terwijl 5.5% een hernia van gemengd karakter had.

Oesophagoscopie is noodzakelijk, deels omdat hierdoor de röntgenologische bevindingen bevestigd worden, maar vooral omdat het de enige wijze is om oesophagitis vast te stellen. Van onze patiënten bleken 29 ernstige reflux-oesophagitis te hebben. Zulke patiënten moeten intern worden voor-

behandeld om complicaties gedurende de operatie te vermijden en het succes van de operatieve correctie te bevorderen.

Zowel transthoracale als transabdominale operatiemethoden zijn in deze serie gebruikt. Alle patiënten die transthoracaal werden geopereerd, hadden onmiddellijk na de operatie weer klachten. Ook werden onbevredigende resultaten verkregen door transabdominaal de hiatus te vernauwen en, òf de slokdarm aan de rand van de hiatus te bevestigen, òf de maag aan het diaphragma te fixeren.

Daarentegen zijn de resultaten van de *Gastropexia geniculata anterior* veel meer bevredigend. Slechts 5.2% van de gevallen had recidief van de hernia. Dit was gewoonlijk direct na de operatie al duidelijk; de klachten waren vaak teruggekeerd voor ontslag en altijd binnen de eerste weken na de operatie.

Wij vonden 87% van de 77 gevallen behandeld met *Gastropexia geniculata anterior* volledig vrij van symptomen bij na-onderzoek. Geen enkele patiënt toonde recidief van de hernia of reflux bij röntgenologisch na-onderzoek. Zowel de anatomische afwijking bij de hiatus als de verstoorde physiologie van de cardia waren dus hersteld door deze operatie.

Daar de gastropexie transabdominaal geschiedt, is het mogelijk tevens andere afwijkingen in de buik te behandelen. Cholecystectomie werd tegelijk met de hernia operatie verricht in 32% der gevallen, zonder de postoperatieve morbiditeit noemenswaard te vergroten.

Eén patiënt is na de operatie overleden, hetgeen een mortaliteit van 1.3% betekent. Het postoperatieve beloop was bij de overige gevallen gunstig; complicaties van ernstige aard kwamen niet voor.

De resultaten van de *Gastropexia geniculata anterior* zijn derhalve zeer bevredigend, vergeleken met die van andere technieken in deze serie gebruikt en in de literatuur vermeld.

BIBLIOGRAPHY