

PRIORITĂȚILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN HERNIILE HIATALE AXIALE

THE PRIORITY OF SURGICAL TREATMENT IN SLIDING HIATAL HERNIA

Rezumat

S-a efectuat aprecierea eficacității tratamentului conservativ și a celui chirurgical în cadrul Clinicii Chirurgie FPM în perioada anilor 1995-2006. Tratament conservativ a fost aplicat la 105 pacienți, dintre care rezultate bune s-au înregistrat în 15 (14,3 %) cazuri, satisfăcătoare- în 30(29%) și nesatisfăcătoare - în 60 (57%) cazuri. Intervenției chirurgicale au fost supuși 98 pacienți. Aprecierea rezultatelor tratamentului chirurgical la distanță a fost realizată de noi în 72 cazuri (scara Visick). Un rezultat bun la distanță a fost obținut în 59(81,94%) cazuri, rezultat satisfăcător- în 11(15,28%) și nesatisfăcător- în 2 (2,78%) cazuri. Așadar numărul rezultatelor bune după intervenția chirurgicală a fost obținut în 81,94% cazuri VS 15% în tratamentul conservativ ($p < 0,001$).

Natalia ȘIPITCO¹

*USMF "Nicolae Testemițanu",
Catedra Chirurgie FPM, SCR
(Șef Catedră Chirurgie FPM, d.h.ș.m.
prof. universitar Nicolae Gladun)*

¹- asistent universitar

Summary

It was appreciated the efficiency of conservative and surgical treatment at the department of surgery CME in the period of 1995-2006 years. The conservative treatment was used in 105 patients with good results in 15 (14, 3 %) cases, satisfactory results in 30(29%) and unsatisfactory in 60 (57%) cases. Surgical intervention was done in 98 cases. Analyses of long-term results of surgical treatment were realized in 72 patients (scale Visick). The good results were obtained in 59(81, 94%) cases, satisfactory results in 11(15, 28%) and unsatisfactory in 2 (2, 78%) cases. Thus, the number of good results after surgical intervention was obtained in 81, 94% of cases VS 15% after conservative treatment ($p < 0,001$).

Introducere

Hernia hiatală esofagiană constituie actualmente obiectul unei atenții deosebite din partea clinicienilor motivată de incidența globală înaltă de aproximativ 15% (60-70% dintre bolnavi fiind asimptomatici), patologia plasându-se pe locul trei după ulcerul peptic gastroduodenal și litiaza biliară [6,13].

BRGE, aproximativ în 80-90% cazuri, se dezvoltă pe fundalul unei hernii hiatale, constituind o problemă dintre cele mai actuale, cu o frecvență de 5-10% la populația examinată[1,2]. În SUA suferă de BRGE mai mult de 44mln. oameni, iar în Franța BRGE reprezintă una dintre cele mai frecvente patologii digestive [11,13].

Pericolul major îl prezintă nu atât patologia, cât complicațiile care pot surveni, deoarece nu rareori evoluția HH are un caracter agresiv și conduce la declanșarea reflux- esofagitei, care, la rândul său, poate cauza un șir de complicații grave ca ulcerul peptic, strictura și scurtarea esofagului, apariția esofagului Barrett, cancerului etc. [3,7].

În pofida unui studiu îndelungat a HH, până în prezent nu există o opinie comună privitor la tactica ce s-ar putea considera optimă în tratamentul pacienților ce suferă de această maladie. Tratamentul HH poate fi chirurgical sau conservator. Unii autori consideră că în majoritatea cazurilor este suficient tratamentul conservator (Tamuleaviciute D.I., Vitenas A.M., 1986; Pimanov S.I., 2000; Rubin L., Farber J., 1994). Argumentul ce se aduce în favoarea acestei atitudini rezidă în faptul că preparatele contemporane pot realiza o remisiune stabilă a maladiei și deci intervenția chirurgicală este indicată numai în caz de complicații.

Totuși tratamentul conservator nu poate fi considerat radical, deoarece nu asigură lichidarea patologiei. Terapia urmărește combaterea unor simptome ale bolii sau ale complicațiilor ei și poartă un caracter temporar și uneori poate preveni progresarea

bolii. La momentul actual costul tratamentului antireflux timp de 5 ani în SUA depășește 6000 USD. Totodată anularea tratamentului antireflux (chiar și cu preparatele cele mai eficiente) nu este urmată de remisii de lungă durată.

Conform datelor diferitor autori, recidiva se înregistrează la 50% dintre pacienți peste 6 luni după sistarea tratamentului antireflux, iar peste 12 luni - la 87-90% [5,10].

Invocând procentul considerabil de eșecuri după tratamentul conservator, alți autori pledează pentru o tactică chirurgicală activă. În pofida posibilității tratamentului medicamentos modern, problema tratamentului pacienților cu HH continuă să rămână actuală. Acest fapt este condiționat nu numai de marea răspândire a acestei patologii, dar și de caracterul ei refractar la mijloacele conservatoare, iar pericolul complicațiilor posibile obligă la o atitudine mai agresivă. Chirurgii consideră că numai intervenția chirurgicală este eficientă și este justificată, din orice punct de vedere. Evident că rezolvarea radicală a unei HH se poate obține numai prin tratamentul chirurgical.

La începutul anilor '90 ai secolului trecut chirurgia intră într-o nouă fază evolutivă, determinată de realizările științei și ale tehnicii. Se are în vedere chirurgia miniinvasivă, care se caracterizează printr-un contact redus cu țesuturile ce nu sunt în legătură directă cu organul țintă. Evident că manipulările pe organul țintă și, prin urmare, rezultatele obținute vor fi cam aceleași, indiferent de modul tradițional sau miniinvasiv al intervenției. Dar cert este că chirurgia miniinvasivă oferă o serie de avantaje, printre care se pot cita acuzele dureroase reduse, traumatismul minim, mobilizarea postoperatorie precoce, riscul complicațiilor postoperatorii caracteristici ale accesului tradițional nesemnificativ, prejudiciu estetic neînsemnat, timpul de spitalizarea redus și reintegrarea în câmpul de muncă în timpul cel mai scurt posibil [4,9,11].

Materiale și metode

Tratamentul conservativ

Tratamentul conservativ s-a aplicat la 105 pacienți cu HHA complicate cu esofagită de reflux, tratați în Clinica de Chirurgie FPM pe parcursul anilor 1995-2006, cu intenția de a înlătura efectele nocive ale refluxului gastro-esofagian, considerînd, că în acest mod s-ar putea ameliora nu numai starea bolnavilor, dar și expresia morfologică a bolii. În acest grup au fost incluși pacienții cu esofagită de gradul 0-2, conform clasificării Savary-Miller (1978).

Acest tratament a inclus schimbarea modului de viață și de alimentație a pacientului și anume: normalizarea ponderală (la obezi această măsură permite micșorarea gradului de insuficiență a sfincterului esofagian inferior); excluderea fumatului, reducerea consumului de alcool, de cafea, al grăsimilor; excluderea din alimentație a produselor acide, care, de regulă, provoacă pirozisu; alimentația regulată cu porțiuni mici și nu mai târziu de 2 ore înainte de somn; excluderea supraefortului fizic care duce la creșterea presiunii intraabdominale; normalizarea tranzitului intestinal; somn în poziție ridicată a capului și a umerilor cu 20-30 cm.

Aceste măsuri se recomandă în HH oligosimptomatice cu RE de gr.0 confirmată endoscopic. În cazurile mai avansate utilizarea remediilor medicamentoase este obligatorie.

Remediile medicamentoase ce au fost utilizate în tratamentul HHA cu RE de gr.0-2

- Antiacide - (fosfalugel, gelusil-lac, Maalox, gasteringel, almagel, etc.)

Actualmente medicația antiacidă este binevenită în calitate de tratament simptomatic, administrată "în caz de necesitate" sau ca tratament suplimentar periodic bolnavilor ce aplică remedii antisecretorii. Preparatele acestui grup posedă acțiune antiacidă, adsorbantă și de acoperire a mucoasei esofagiene. De obicei, se administrează 1 plic de pulbere, cu 100 ml apă, de 3 ori pe zi, cu 30-60 minute înainte de mâncare și înainte de somn.

- Remedii prokinetice – (metoclopramida, domperidon, loxiglumidul)

Medicația prokinetică este capabilă a înlătura cauza principală a RGE – dereglările motorii ale esofagului, influențează asupra creșterii presiunii SEI, accelerează evacuarea gastrică, ameliorează clearance-ul esofagian și posedă acțiune antivomotivă.

Se administrează 10 mg de 3 ori pe zi, cu 30 min. înainte de mâncare și o dată înainte de somn.

- Medicația antisecretorie – scopul tratamentului antisecretor constă în diminuarea acțiunii HCL asupra mucoasei esofagului în cadrul RGE.

Antihistaminicile H2 au capacitatea de inhibare a secreției bazale și stimulate de HCL, a producerii de pepsină, a volumului sucului gastric. Mai frecvent se administrează famotidină (quamatel) 40-80 mg/zi sau nizatidină 150-300 mg/zi.

Inhibitorii pompei protonice (IPP) (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, rabeprazol) - prezintă remedii cu acțiune marcată și selectivă asupra secreției gastrice acide. Avantajele IPP rezultă în rapiditatea instalării efectului antisecretor, controlul de durată al secreției acidului clorhidric, reducerea pirozisului, a durerilor retrosternale și epigastrale, diminuarea simptomaticei RGE.

Mai frecvent administrăm Pantoprazol (Pulcet) – 40 mg 1-2 ori/zi în funcție de gradul RE; Lansoprazol (Lansoprol) – 30 mg 1-2 ori/zi. Durata tratamentului 2-3 luni.

- Remedii citoprotectorii – sucralfatul- 1,0 de 3 ori/zi cu 30 min. înainte de mâncare.

- Antiflatulente – simeticon (espumisan)

- Fermenți –preparate de elecție sunt cele care nu conțin bilă și extracte ale mucoasei gastrice (Mezim-forte, Mezim-forte 10000).

Luând în considerație influența factorului psihosomatic asupra funcției SEI, este indicată psihoterapia cognitiv comportamentală. Principiul constă în aflarea convingerilor despre simptome ale pacienților și în restructurarea lor.

Rezultate tratamentului conservativ

Aprecierea rezultatelor la toți 105 pacienți s-a efectuat după 3-6 luni de la începutul terapiei, luând în calcul următoarele criterii:

Tabelul 1

Rezultatele tratamentului medicamentos (dⁿ=105)

Rezultatul obținut		Număr de pacienți		Manifestări clinice		Tabloul endoscopic după tratament
		Abs.	%	Până la tratament	După tratament	
Bun		15	14,5	Pronunțate	Absente	Normal
Satisfăcător	Pseudo-pozitiv	19	18,1	Pronunțate	Diminuate	Semne moderate de RE
	Pseudo-negativ	11	10,5	Pronunțate	Persistente	Regresiunea semnelor de RE
Nesatisfăcător		60	57	Pronunțate	Persistente	Persistența semnelor de RE
Total		105	100			

- **rezultatul** îl consideram **bun**, dacă dispariția manifestărilor clinice ale esofagitei de reflux se îmbină cu normalizarea aspectului mucoasei esofagului la FEGDS de control;

-**rezultatul** este **satisfăcător** atunci, când manifestările clinice ale esofagitei de reflux se atenuează, iar FEGDS de control indică diminuarea modificărilor inflamatorii ale mucoasei esofagului. Necesitatea continuării terapiei medicamentoase la acești bolnavi este vădită.

-**rezultatul** l-am apreciat ca **nesatisfăcător** dacă semnele clinice și morfologice ale esofagitei de reflux s-au dovedit refractare la tratament.

Am vrea să subliniem în acest context că am estimat rezultatele bazându-ne mai ales pe tabloul endoscopic care, în opinia noastră reflectă cât se poate de obiectiv realizările terapiei.

Rezultate bune s-au consemnat în 15 (14,3 %) cazuri, satisfăcătoare - în 30(29%) și nesatisfăcătoare - în 60 (57%) de cazuri (Tab.1).

La evaluarea rezultatelor tratamentului conservativ ipotetic, ca principiu de bază se considera că pacienții cu un grad ușor sau mediu de esofagită de reflux, după administrarea tratamentului medicamentos adecvat, ar fi realizat o ameliorare stabilă clinică și morfologică pentru o durată nu mai mică de 3-6 luni.

Pentru verificarea acestei ipoteze am stabilit pronosticul rezultatelor pozitive – PVP și pronosticul rezultatelor negative PVN la grupul menționat de pacienți, folosind formulele de mai jos.

$$Se = \frac{A}{A+C} \times 100\%; Sp = \frac{D}{B+D} \times 100\%; PVP = \frac{A}{A+B} \times 100\%; PVN = \frac{D}{D+C} \times 100\%$$

A- rezultat veritabil pozitiv C- rezultat pseudonegativ

B- rezultat pseudopozitiv D- rezultat veritabil negativ

Se-sensibilitate; Sp-caracter specific

Pronostic bun este considerat atunci când PVP este mai mare de 80 %. Ca rezultat s-a constatat că PVP = 44%, ce indică valori joase ale pronosticului pozitiv după tratamentul medicamentos efectuat la pacienții cu RE de grad ușor și mediu.

Așadar, efectuând un tratament medicamentos, chiar și la bolnavii cu un grad ușor sau mediu de esofagită de reflux, este imposibil de a prognoza efectul lui.

Din contra, pronosticul rezultatului negativ PVN este aproximativ 84%. Acest indice prezintă un pronostic negativ înalt în tratamentul medicamentos antireflux al pacienților cu hernii hiatale complicate de RE gr. 1-2.

Pe lângă aceasta, au fost calculați indicii specificității (Sp) și ai sensibilității (Se) testelor descrise în procesul determinării indicațiilor pentru tratamentul conservator. S-a constatat : Sp=75% și Se=57%.

În special trebuie menționat că grupul pacienților cu un rezultat bun al tratamentului medicamentos a fost obținut numai la pacienții cu un grad ușor al esofagitei de reflux.

Prin urmare, apelând la tratamentul conservator în cazul unui pacient cu grad mediu al esofagitei de reflux în herniile hiatale esofagiene, noi trebuie să ne dăm bine seama că rezultatul pozitiv al acestei metode este puțin probabil.

Tratamentul chirurgical

În Clinica Chirurgie FPM, după o perioadă de cercetare diagnostică, clinico-instrumentală, de laborator și morfologică,

care a durat mai mult de 10 ani, atitudinea chirurgicală a fost schimbată, iar măsura în care această schimbare s-a dovedit utilă am încercat s-o apreciem luând în considerație rezultatele imediate și la distanță obținute.

Din 122 pacienți cu hernii hiatale tratați în Clinica de Chirurgie FPM pe parcursul anilor 1995-2006, 98 au fost supuși intervenției chirurgicale, 81 pacienți după tratament conservativ ineficace timp de 3 luni (RE de gr.0-2) și 17 pacienți cu esofagită de reflux de gr.3-4.

Criteriile tratamentului chirurgical sunt:

♦ **clinice**- regurgitații, disfagii, arsuri retrosternale, sângerarea ocultă și manifestă, tulburări cardiace și complicații pulmonare;

♦ **radiologice**- RGE abundent, diskinezia esofagului toracic, esofagita peptică, ulcerul coletului și stenoză esofagiană;

♦ **endoscopice**- esofagite de gradul I, II, III, tratate medical 3-6 luni;

♦ **esofagite** gradul IV.

Ținând cont de următorii factori: numărul considerabil al pacienților cu HH, preponderența persoanelor de vârstă înaintată adesea cu diverse maladii asociate, precum și faptul că la o parte dintre bolnavi tratamentul conservator este eficient – am considerat că indicațiile chirurgicale trebuie individualizate.

În baza datelor din literatură și propriei noastre experiențe, au fost elaborate următoarele indicații chirurgicale:

1. Pacienții cu HH care nu răspund la tratamentul conservativ timp, de 3-6 luni sau care fac recidive după 8-12 săptămâni de tratament antireflux.

2. Dacă pacientul răspunde favorabil la tratamentul medical, dar la controlul endoscopic semnele de esofagită persistă.

3. Tratament de lungă durată cu medicamente în doze mari.

4. Tinerii care preferă tratamentul chirurgical unuia conservator pe viață.

5. HHA complicate (ulcer, hemoragie, strictură peptică, esofag Barrett, cancer esofagian, etc.).

6. Prezența patologiilor asociate, care necesită tratament chirurgical: triada Saint, Kervin, Lortat-Jacob.

7. HH recidivante.

Obiectivele intervențiilor chirurgicale antireflux în HH sunt direcționate spre:

1. Reducerea herniei hiatale.

2. Mobilizarea esofagului abdominal prin secționarea membranei frenoefagiene și a ligamentului frenogastric, restabilind lungimea de 4-5 cm a esofagului abdominal.

3. Restabilirea mecanismului sfincterian și cel de valvă (presiunea esofagiană să fie ridicată la minimum 12 mm Hg).

4. Refacerea unghiului ascuțit de pătrundere a esofagului în stomac.

5. Refacerea "relațiilor conjugale" dintre cardia și stâlpul drept al diafragmului (Skinner).

După modul în care se realizează aceste obiective, se disting două categorii de intervenții: tradiționale și laparoscopice.

Pacienții care au fost selectați pentru tratamentul chirurgical (98) au fost operați în mod tradițional -70(71,43%) pacienți și în mod laparoscopic 28(28,57 %).

Metoda miniinvazivă de intervenție chirurgicală la patologia dată am început să o folosim din anul 2003. Contraindicațiile absolute la pacienți supuși intervenției chirurgicale nu s-au remarcat.

Printre contraindicațiile relative trebuie menționate: ciroza hepatică sau hipertrofia lobului stâng, HH voluminoasă, existența periesofagitei sau a stricturii esofagiene, existența în antecedentele intervenției chirurgicale pe stomac sau pe hiatal esofagian, brahiesofagul, obezitatea de gr.3 asociată cu patologii cardio-vasculară.

Necesitatea conversiei a avut loc într-o singură situație, din cauza hemoragiei profuze intraoperatorii.

Etapele tratamentului chirurgical în atât chirurgia tradițională, cât și în cea laparoscopică sunt identice. În tabelul de mai jos sunt prezentate tipurile de intervenții chirurgicale aplicate în 98 de cazuri.

Tabelul 2

Tipuri de intervenții chirurgicale (n= 98)

Tip de intervenție chirurgicală	Tradițional	Laparo- scopic	Total	
			Abs.	%
Crurorafia pr.Hill	67	28	95	96,94
Nissen-Rossetti	24	5	29	29,59
Toupet	23	4	27	27,55
Dor	15	12	27	27,55
Lortat-Jacob	5	7	12	12,24
Extirparea esof.plastie totală cu stomac pr.Lewis și Nakayama-Orringer	3	-	3	3,1
Colecistectomie	13	4	17	17,3
Cura eventrației p/o	3	-	3	3,06
Rezecția 2/3 gastrică	1	-	1	1,02
Pancreato-jejunoanast. Puestov II	1	-	1	1,02

Datele din tabel demonstrează că pe lângă tratamentul chirurgical al HH, patologiiile concomitente au făcut necesare și alte intervenții chirurgicale: colecistectomia -la 13 pacienți, rezolvarea eventrației postoperatorii -la 3 pacienți și unui pacient i-a fost efectuată pancreatojejunoanastomoza Puestov II.

Rezultatele la distanță (1-5 ani) au fost analizate de noi în 72 cazuri.

În studiul nostru am aplicat metoda de evaluare standartizată a rezultatelor la distanță, așa -numita scară Visick.

Conform ei, se desting 4 grade de rezultate.

Gradul I (rezultat excelent): pacient asimptomatic, nu necesită medicație antireflux și nu prezintă hernie hiatală.

Gradul II (rezultat bun): piroze ocazionale – o dată pe săptămână-folosește antacide, dar nu prezintă semne obiective de reflux gastroesofagian sau de hernie hiatală.

Gradul III (rezultat slab): calitatea vieții este îmbunătățită fără a ajunge însă la normal. Pirozele survin mai des decât o dată pe săptămână și impun un consum abundent de antiacide. Este prezentă recidiva RGE, a herniei hiatale sau a ambelor.

Gradul IV (rezultat nesatisfăcător): calitatea vieții nu s-a îmbunătățit. Persistă aceleași acuze sau chiar ele se agravează.

Dintre 72 pacienți examinați la distanță, rezultat excelent și bun a fost înregistrat la 59(81,94%) pacienți, rezultat satisfăcător-la 11(15,28%) pacienți și nesatisfăcător- la 2 (2,78%) pacienți.

Un caz clinic de hernie hiatală axială cardială (HHAC), operată prin calea laparoscopică, cu rezultat la distanță (timp de 2 ani) bun.

Pacientul C, bărbat, 31 de ani, spitalizat în Secția de Chirurgie pe data de 5.06.05. Din anamneză timp de câțiva ani prezenta disconfort la alimentație. Avea dureri retrosternale și în epigastru, pirozis, regurgitații. A fost investigat în condiții de ambulator, la R-scopia polipozițională cu contrast s-a depistat HHAC cu RGE înalt(1), la FEGDS cu biopsia- RE de gr.2confirmată histologic(Fig.4,5), la scintigrafia esofagului -clearance-ul 15".



Fig.1R-scopia - HHAC cu GRE



Fig.2 R-scopia peste 6 luni p/o



Fig.3 R-scopia peste 2 ani p/o



Fig.4 FEGDS - RE de gr.2

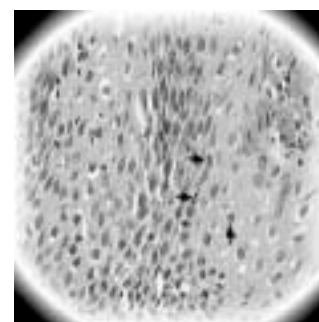


Fig.5 Hiperplazia stratului bazal, alungire a papilelor, infiltrație cu neutrofile și eozinofile în lamina proprie

Timp de un an a urmat serii de tratament antireflux fără efect pozitiv. Pe 7.06.05 pacientul a fost operat, s-a efectuat crurorafia posterioară pr.Hill cu fundoplicatura pr. Lortat-Jacob laparoscopic. Perioada postoperatorie cu evoluție favorabilă, pacientul s-a externat la domiciliu pe 9.06.05. Controlul în dinamică - pacientul nu prezintă acuze, se simte bine la 6 luni - 1 an -2 ani (Fig.2,3).

Discuții

Noi am efectuat analiza comparativă a rezultatelor tratamentului chirurgical și ale celui medicamentos la pacienții cu hernii hiatale complicate cu esofagită de reflux. Bolnavii, cărora li s-a administrat tratament medicamentos, în număr de 105, au avut o esofagită de reflux de grad ușor sau mediu.

Evaluarea rezultatelor la acești pacienți a fost efectuată la 3-6 luni după tratament. Numai la 15 pacienți dintre ei s-a constatat un rezultat clinic și endoscopic bun. Pronosticul rezultatelor pozitive la acest grup de pacienți a constituit 44% (PVP=44%). Acest factor indică un pronostic pozitiv de valoare joasă a tratamentului conservator la pacienții cu esofagită de reflux de grad ușor și mediu.

Așadar, administrând un tratament conservativ, chiar și pacienților cu grad ușor sau mediu de esofagită, rezultatul tratamentului rămâne imprezizibil.

Dimpotrivă, pronosticul rezultatului negativ (PVN) are valori în continuare destul de ridicate - 80%, iar indicii specificității (Sp) și ai sensibilității (Se) la bolnavii cu esofagită de grad ușor sau mediu la determinarea indicațiilor pentru tratamentul conservator au constituit: Sp=80% și Se=60%.

E necesar de subliniat că cei 15 pacienți cu rezultat bun după tratamentul conservator totalmente erau constituiți din pacienți cu o formă ușoară a esofagitei de reflux. Eșecurile în terapia conservativă într-un număr atât de impresionat de cazuri au impus o atitudine mai agresivă.

Pacienții, în număr de 81, au acceptat intervenție chirurgicală. Ei, împreună cu 17 pacienți, care de la bun început au avut indicații pentru tratament chirurgical, au fost operați.

Aprecieră rezultatelor tratamentului chirurgical la distanță, folosind examinarea clinică și paraclinică a pacienților, a fost realizată de noi în 72 de cazuri.

Un rezultat bun la distanță a fost obținut în 59(81,94%) de cazuri, rezultat satisfăcător- în 11(15,28%) și nesatisfăcător- în 2 (2,78%) cazuri.

Așadar numărul rezultatelor bune după intervenția chirurgicală a fost obținut la 81,94% dintre cazuri VS 15% în tratamentul conservativ (p<0,001).

În cele din urmă am constatat că eficacitatea tratamentului chirurgical a fost de 5 ori mai mare decât al celui conservativ (p<0,001). În felul acesta am ajuns la concluzia că intervenția chirurgicală la pacienții cu hernii hiatale complicate cu esofagită de reflux și refractare la medicație, asigură rezultate mult mai bune decât continuarea tratamentului medicamentos.

Concluzii:

1. Tratamentul conservativ este indicat în cazurile de RE ușoară, precum și bolnavilor de vârstă înaintată sau în situațiile marcate de coexistența unor afecțiuni grave. Deoarece substratul morfofuncțional al afecțiunii rămâne fără schimbări, rezultatele tratamentului conservator sunt în general modeste. Efecte benefice se înregistrează în aproximativ 30 % dintre cazuri, iar pacienții au nevoie de o supraveghere pe termeni indefiniți.

2. Tratamentul HH este în principiu chirurgical. Numai acțiunile de ordin chirurgical permit corectarea în mod radical a anormalităților din zona hiatusului esofagian și, prin urmare, asigură rezultate satisfăcătoare și stabile. Abordul laparoscopic în tratamentul HH s-a dovedit a fi cel mai optim și benefic, deoarece întrerupe din fașă substratul maladiei cu eforturi minime și exclude apariția complicațiilor grave posibile în evoluția patologiei care ar necesita eforturi maxime.

3. Intervenția chirurgicală la pacienții cu hernii hiatale complicate cu esofagită de reflux și refractare la medicație, asigură rezultate mult mai bune decât continuarea tratamentului medicamentos, deoarece numărul rezultatelor bune după intervenția chirurgicală a fost obținut la 81,94% dintre cazuri VS 15% în tratamentul conservator (p<0,001).

Bibliografie

1. ALDERSON D., WELBOUM C.R. *Laparoscopic surgery for gastro-oesophageal reflux disease* // Gut. - 1997. - Vol. 40, №5. - P. 565-7.
2. ANCONA E., MERIGLIANO S., BOCCU N. *Surgical treatment of acid gastroesophageal reflux* // Ann Ital Chir. - 1995. Vol. 66, №5. - P 597-605.
3. ANDREICA V. *"Patologia esofagiană și gastrică de reflux"*. Cluj-Napoca-1989
4. ANGELESCU N. *"Tratat de patologie chirurgicală"*. București, 2001.
5. ANVARI M., ALLEN C., BORM A. *Laparoscopic Nissen fundoplication is a satisfactory alternative to long-term omeprazole therapy*. Br J Surg 1995;82:938-942.
6. DALLEMAGNE B., WEERTS J.M., JEHAES C. *Results of laparoscopic Nissen fundoplication*. Hepatogastroenterology 1998;45:1338-43.
7. DEMEESTER T.R., STEIN H.J. *Minimizing the side effects of antireflux surgery*. Wld J Surg 1992;16:335-336.
8. DEMEESTER TR, BONAVINA L, ALBERTUCCI M. *Nissen fundoplication for gastro-esophageal reflux disease: evaluation of primary repair in 100 consecutive patients*. Ann Surg 1986; 204:9.
9. DUCA S. *Chirurgia laparoscopică*. Cluj - Napoca, 1997.
10. ISOLAURI J., LUOSTARINEN M., VILJAKKA M., ISOLAURI E. *Long-term comparison of antireflux surgery versus conservative therapy for reflux esophagitis* // Ann. Surg. - 1997. - Vol. 225, № 3. - P. 295-299.
11. KAHRILAS P.J., *Gastroesophageal reflux disease*.// JAMA 1996; 276: 983-988.
12. KLINKENBERG-KNOL E., NELIS F., DENT J. et al. *Long-term omeprazole treatment in resistant gastroesophageal reflux disease* // Gastroenterology. -2000.-Vol. 118.-P. 661-669.
13. MATTIOLI S., LUGARES ML, PIERLUIGI M, DI SIMONE MP, D'OVIDIO F. *Indications for anti-reflux surgery in gastro-oesophageal reflux disease*. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Jun;17 Suppl 2:60-7.
14. SOULE J.C. *Gastroesophageal reflux. Surgical interventions: results and indications*// Presse Med. - 1997. -Vol.25, a 25. -P.I 153-1156.
15. МАЕВ И.В., ВЬЮЧНОВА Е.С., ЛЕБЕДЕВА Е.Г., ДИЧЕВА Д.Т., АНТОНЕНКОО.М., ЩЕРБЕНКОВ И.М. *Гастрозофагеальная рефлюксная болезнь*. - М. ВУНМЦ МЗ РФ, 2000.