

الأذيات المريئية بالكاويات

CORROSIVE ESOPHAGEAL INJURY

دونا إ. مازياك، ف. غريف بيرسون

Donna E. Maziak, F. Griff Pearson

يمكن أن تصادف الأذيات المريئية بالكاويات عند الأطفال (بطريق الصدفة) أو عند العقلاء (المراهقين والبالغين) نتيجة ابتلاع الأحماض أو القلويات المركزة. وينتج عن ذلك تنخر في مخاطية المريء (تنخر تحثري في حالة الحموض وتنخر ناتج عن ذوبان المخاطية بشكل تام في حال القلويات)، ويمكن لهذا التنخر أن يسبب حروقاً سطحية أو عميقة في مخاطية المريء، تضيق في لمعة المريء أو انثقاب في المريء، ففي الوقت الذي تسبب فيه ابتلاع كميات بسيطة من الكاويات (بشكل عرضي) أذيات بسيطة في البلعوم الفموي فقط، فإن ابتلاع الكميات الكبيرة من هذه الكاويات عند الكبار قد يتسبب في إحداث الأذيات على أي مستوى من المعى الأمامي، لذا يعتبر التقييم والتشخيص المبكر والدقيق لامتداد الأذية ضرورياً للعلاج الناجح والفعال في هذه الحالات.

التدبير المبدئي

Initial Management

- 1- التشخيص Diagnosis: يجب تحديد طبيعة المادة المبتلعة من خلال القصة السريرية والفحص الفيزيائي للمريض. ضرورة التنبيه إلى نفي حدوث أذية في الطريق الهوائي. أو انثقاب في المريء. يجب قبول جميع المرضى المشتبه بابتلاعهم لمادة كاوية في المستشفى من أجل التقييم المستمر. وهنا من الضروري البدء بالتغذية الوريدية والمضادات الحيوية كخطوة أولى لعلاج هؤلاء المرضى.
- 2- التنظير Endoscopy: في الماضي كان هناك جدلٌ كبيرٌ حول توقيت إجراء التنظير المريئي إلا أن معظم الجراحين في الوقت الراهن يفضلون فحص المريض باكراً ما أمكن تحت التخدير العام. في البداية يتم تقييم البلعوم الفموي بالرؤية المباشرة وفي حال الشك بوجود أذية في الطرق الهوائية يستطب إجراء التنظير القصبي. يستعمل منظار المريء والمعدة المرنة الصغير (المستخدم عند الأطفال بحذر شديد في فحص

وتقييم المعى الأمامي)، ويمكن الإقلال من الأذية الممكنة الحدوث نتيجة استعمال المنظار بإدخال الأخير إلى المستوى الأول من حرق المريء مع ضخ أقل كمية ممكنة من الهواء.

٣- أذيات البلعوم الفموي Oropharyngeal Injury: إذا اقتصرَت الأذية على البلعوم الفموي فقط، فهنا تعطى السوائل الوريدية ويحافظ عليها حتى يستطيع المريض العودة إلى تناول الطعام عن طريق الفم. يمكن للأذيات الشديدة وخاصة عند الأطلاق أن تتسبب في حدوث تضيق ولا سيما حول الفم. وعند حدوث ذلك فقد يتطلب الأمر استدعاء طبيب الجراحة التجميلية لمحاولة وضع دعامة stent مكان الأذية للإقلال من درجة التضيق.

٤- الأذيات الخنجرية الرغامية Laryngotracheal Injury: يجب تحديد هذه الأذيات بشكل مبكر لتجنب تآثر الطرق الهوائية بالأذية. وإذا حدث انسداد بالطرق الهوائية عند بعض المرضى بسبب الوذمة الناتجة عن أذية الطريق الهوائي فيجب إجراء فغر (خزغ) رغامى Tracheostomy عند هؤلاء المرضى. تعالج التضيقات اللاحقة بالتوسيع، إلا أن بعض المرضى قد يحتاج إلى فغر رغامى دائم Permanent tracheostomy.

٥- الأذيات المريئية Esophageal injury: تترافق هذه الأذيات عادة مع حروق الفم. ويفيد التنظير المريئي في تقدير عمق الأذية والتنبؤ بفترة الشفاء.

ولم يظهر إعطاء الستيروئيدات أي فائدة في منع حدوث التضيق. تظهر الحروق السطحية على شكل احمرار وتوذم في المخاطية مع مساحة تقرح أقل من نصف محيط المريء. في هذه المرحلة يستمر إعطاء المحاليل والمضادات الحيوية الوريدية حتى يصبح المريض قادراً على تصريف المفرزات والبلع دون أي ألم يذكر، حيث يتم البدء بإعطاء السوائل (غير الحامضة) وتزداد كثافة الأطعمة بالتدرج حتى يتم الوصول إلى الأطعمة شبه الصلبة عندما يمكن تحملها. يجب تكرار إجراء التنظير الهضمي العلوي بعد ٢-٣ أسابيع من الأذية وذلك بهدف فحص الوجه الداخلي للمعى الأمامي، وكذلك التأكد من عملية الالتئام، ويمكن الاستفادة منه في هذه المرحلة في كشف التضيقات المريئية ممكنة الحدوث ومحاولة توسيعها بحذر شديد في نفس الوقت. كذلك يستطب تصوير المريء الظليل باستعمال الباريوم في هذه المرحلة.

تتسم أذيات حروق كامل المريء بانسلاخ الطبقة المخاطية، المترافقة غالباً مع تقرح على كامل محيط المريء. يستطب في حال الأذيات الشديدة سابقة الذكر إجراء التغذية عن طريق فغر الصائم (فتح البطن). ويمكن استعمال المعدة كبديل للصائم في التغذية وخاصة إذا تطلب الأمر فيما بعد إجراء توسيع للمريء بالطريق الراجع. (حيث يتم فتح المعدة عالياً على الانحناء الصغير وذلك تجنباً لإحداث أي اضطراب تشريحي قد يؤثر على المعدة، إذ قد يحتاج لاستعمالها كبديل للمريء في حال وجود استطباب لاستئصال المريء في مرحلة لاحقة). وفي حال عدم إجراء أي من العمليات السابقة كوسيلة للتغذية يجب إبقاء المريض على التغذية الوريدية واستمرار إعطاء

المضادات الحيوية الوريدية حتى يتوقف التريبيل تماماً (خروج اللعاب من الفم)، ويصبح المريض قادراً على بلع اللعاب دون الإحساس بأي ألم. وتعتبر المراقبة الدورية المتكررة السريرية والشعاعية ضرورية في هذا الوقت لنفي وجود انثقاب في المريء. تحدث التضيقات المرضية إثر حدوث الحروق كاملة سماكة في جدار المريء عادة، لذا لا بد من إعادة تقييم وضع المريء بعد ثلاثة أسابيع من الأذية البدئية باستعمال منظار المريء، وإجراء الصورة الظليلة باستخدام الباريوم. كما يبدأ إجراء توسيع للمريء في هذه المرحلة ويبدأ المريض في تناول السوائل ويتم زيادة كثافة الأطعمة التي يتناولها المريض بالتدريج وذلك وفقاً لتحمل المريض حتى يصبح قادراً على تناول الطعام اللين (شبه القاسي). وبالنسبة لتواتر حدوث توسيع المريء فإنه يختلف من مريض لآخر حسب درجة الأذية. إلا أنه عادة ما يجرى كل أسبوعين ويمكن إتمام ذلك تحت التخدير الموضعي في العيادة الخارجية، كما أن المريض قد يستطيع القيام بذلك بنفسه في المنزل. إذا لم يحدث استجابة للتوسيع خلال ستة أشهر يجب الأخذ بعين الاعتبار استبدال المريء جراحياً. أما بالنسبة إلى وضع الدعامة Stent في المريء في هذه المرحلة فلا يزال دورها غير واضح تماماً.

٦- الانثقاب Perforation: يعتبر انثقاب المريء أو المعدة المترافق مع التهاب المنصف أو التهاب اليريتوان غير شائع نسبياً، إلا أنه يجب علاجه بشكل هجومي عند إثبات وجوده. نادراً ما يمكن إصلاح أذية المريء أو المعدة، ولذا فإن الاستئصال الجراحي هو المنفذ للحياة غالباً. أما إعادة وصل المعى الأمامي فيمكن إجراؤه لاحقاً بعد عدة أشهر.

متابعة المريض والعلاج المتأخر لأذيات المريء بالكاويات

Follow-up and Late Management

تعتبر متابعة المريض طويلة الأمد ضرورية، وذلك لاكتشاف وإصلاح المضاعفات التالية لأذيات المريء بالكاويات:

- التضيقات المتلاحقة.
- الجزر المعدي المريئي ومضاعفاته المرافقة (التهاب المريء، التضييق المريئي، الاستنشاق ... إلخ).
- ذات الرئة الاستنشاقية المزمنة والتوسع القصبي Chronic Aspiration.
- نقص التغذية.
- الحَبَّاثات.

وقد يكون العلاج الجراحي هو الخيار الوحيد للمرضى في حال فشل العلاج المحافظ والتوسيع المريئي في السيطرة على هذه المضاعفات لتحسين عملية البلع وبالتالي نوعية الحياة. ويعتمد العلاج الجراحي على استئصال المريء وإعادة استبداله بعضو آخر.

١- قبل الجراحة Preoperative: يجب الاهتمام بشكل خاص بالناحية الغذائية واماهاة المريض (المحافظة على كمية السوائل في الجسم). كما تتم إعادة تقييم أذيات الطريق الهوائي السابقة إن وجدت مع الانتباه بشكل خاص إلى وظيفة الحبال الصوتية لنفي التضيقات تحت الزمار Subglottic stenosis. كما يجب إعادة تقييم امتداد الأذية في جدار المعى الأمامي بالمنظار والدراسة الشعاعية الظليلة بالباريوم. كذلك يمكن إجراء دراسات وظيفية المريء (قياس ضغوط المريء وحموضة المريء على مدى ٢٤ ساعة) لتأكيد وجود اضطراب في وظيفة المريء وتحديد درجته.

٢- الاستئصال Resection: يتطلب الاستئصال الجراحي عادة المقاربة عبر جوف الصدر Transthoracic (وليس عبر الفوهة الفرجوية Transhiatal) بسبب احتمال وجود التهاب شديد في المنصف. وربما يشكل تحرير المريء تحدياً حقيقياً من الناحية التقنية، إلا أن التسليخ الحاد هنا يعتبر مفيداً ومطلوباً. وفي حال تعذر إجراء الجراحة السابقة لسبب ما، يجب الأخذ بعين الاعتبار إجراء تحويلة bypass للمريء (تتجاوز منطقة الإصابة).

٣- إعادة توصيل المريء Reconstruction: تعتبر المعدة البديل الأمثل للمريء بعد استئصاله في هذه الحالات، كما أن استعمال القولون كبديل للمريء يفي بالغرض هنا، إلا أن ذلك يعتبر صعباً من الناحية التقنية. والمكان المعتاد لتوضع المعدة في الصدر هو المنصف الخلفي، وقد يتم وضعها تحت عظم القص وهنا لا بد من استئصال الضلع الأول ونصف الترقوة الأنسي لزيادة حجم مدخل الصدر.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Andreoni B, Farina ML, Biffi R, Crosta C. Emergency management of caustic ingestion. *Diseases of the Esophagus*, 1997; 10: 95.
- Estrara A, Taylor W, Mills LJ, Platt MR. Corrosive burns of the esophagus and stomach: a recommendation for an aggressive surgical approach. *Annals of Thoracic Surgery*, 1986; 41: 276.
- Kirsh MM, Ritter F. Caustic ingestion and subsequent damage to the oropharyngeal and digestive passages. *Annals of Thoracic Surgery*, 1976; 21: 74.
- Zagar SA, Kochhar R, Hehta S, Mehta SK. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastroin- testinal Endoscopy*, 1991; 37: 165.