الفصل الستون والسبعون

النواسير الرغامية المريئية والرغامية مع الشريان اللا اسم له

TRACHEOESOPHAGEL AND TRACHEOINOMINATE ARTERY FISTULAE

شاف كيشافجي، هاني ك. نجم
Shaf Keshafjee, Hani K. Najm

قد يتطور ناسور بين الطرق الهوائية والمريء نتيجة لتخريب الجدار الخلفي الغشائي للرغامى. وكانت في الغالب ما تنتج في الماضي عن الأمراض الدرنية الحبيبية، ولكن في السنوات الحديثة، فإن التنشؤات الورمية، هي الأسباب الأكثر شيوعا للنواسير، أو نتيجة للتنبيب طويل الأمد. من الممكن أن يسبب تآكل كامل الثخانة في الجدار الأمامي للرغامى ناسورًا رغاميًا مع الشريان اللا اسم له، وهو غير شائع، ولكنه غالبا مميت.

النواسير الرغامية المريئية
Tracheoesophageal Fistula

التصنيف والسببيات Classification and Etiology

١- خلقي. ناسور رغامي مريئي مع أو بدون رتق المريء Esophageal atresia.

٢- مكتسب.

- التهابي المنشأ (مثال تدرن، داء النوسجات Histoplasmosis).
- رضّي(مثال أذية نافذة أو كليلة).
- بعد تنبيب الطريق الهوائي والمريء: أكثر الأسباب شيوعا هي وجود أنبوب داخل الرغامى ذي بالون.
- الأورام. أورام الطرق الهوائية أو المريء (الأكثر شيوعاً).

الموجودات السريرية Clinical presentation

يجب الشك بالناسور عند وجود دليل على أن محتويات المعدة موجودة في الطرق الهوائية أو أن هناك زيادة ملحوظة في المفرزات الرغامية. يحدث عند المرضى الموضعين على جهاز التهوية الاصطناعي انتفاخ في المعدة، إذا

كان بالون أنبوب التنبيب الرغامي أو بالون القنية الرغامية هو أعلى من الناسور. يتم تأكيد التشخيص بسهولة بالرؤية المباشرة للناسور عن طريق منظار القصبات أو منظار المريء. ويمكن أن يتم التشخيص بشكل غير مقصود عند المرضى المصابين بأورام المريء، خلال إجراء أشعة اللقمة الباريتية (Barium swallow) حيث يشاهد بشكل سهل الناسور وصورة القصبات الظليلة. يفضل في هذه الحالة استخدام الباريوم عن المادة الظليلة النحلة في الماء وذلك أن استنشاق الباريوم للقصبات الهوائية يفضل عن المادة الظليلة النحلة في الماء ذات الكثافة العالية والتي تحدث عند دخولها للقصبات الهوائية التهاب رئة.

التدبير Management

١- الناسور الرغامي المريئي السليم tracheoesophageal fistula Benign : يفضل التدبير المحافظ على محاولة الإصلاح الجراحي في المريض الموضوع على جهاز التهوية الاصطناعية، حتى يتم فصل المريض عن جهاز التنفس الاصطناعي. يتم رفع الأنبوب الأنفي المعدي ومن ثم يجرى فغر للمعدة من أجل تخفيف ضغط المعدة وتقليل الارتجاع المعدي المريئي. يتم وضع أنبوب فغر الصائم من أجل التغذية. تعتمد المعالجة الأولية على إصلاح و/أو استئصال قسم الرغامى المتأذي وإغلاق فتحة المريء (الناسور المريئي). من النادر أن يغلق الناسور بشكل ابتدائي. يتم وضع شريحة موعّاة (vascularized pedicle) (مثال: سديلة عضلية muscle flap أو ثرب) توضع بين خطوط الغرز الجراحية. إذا تطلب الأمر استئصال المريء يجب إعادة الترميم لضمان استمرارية الطريق الهضمي العلوي بواسطة إعادة البناء باستعمال المعدة أو القولون.

٢- النواسير الرغامية المريئية الخبيثة Malignant tracheoesophageal fistula: بشكل عام تترافق مع إنذار سيء (معدل البقاء على قيد الحياة هو أسابيع) ولهذا السبب، يستطب تنبيب المريء (بوضع دعامة) كمعالجة ملطفة وذلك من أجل تقليل تلوث الطرق الهوائية بالمفرزات الهضمية. في بعض المرضى، يمكن الأخذ بعين الاعتبار إجراء تحويل المريء بمجازة (تحويلة) مغايرة للتشريح الطبيعي extra-anatomic bypass (مثل: مجازة معدية خلف عظم القص) وذلك لمنع تلوث وتسرب مفرزات المريء إلى الطرق الهوائية.

النواسير الرغامية مع الشريان اللا اسم له
Tracheoinominate Artery Fistula

المسببات (السببيات) Etiology

تحدث بشكل عام نتيجة تآكل كامل الثخانة للجدار الأمامي للرغامى وتنوسرها مع الشريان اللا اسم له.

١- أذيات التنبيب Intubation injury :

- توضع منخفض لأنبوب خزع الرغامى (مثال: الفغرة stoma موجودة تحت الحلقة الرغامية الثانية أو الثالثة).
- زيادة في نفخ بالون أنبوب التنبيب داخل الرغامى أو بالون فغر أو خزع الرغامى.

- توضع عالٍ غير طبيعي للشريان اللا اسم له.
- تنبيب طويل الأمد، حتى مع توضع طبيعي لأنبوب خزع الرغامي.

٢- بعد العمل الجراحي Postoperative :

سجلت بعض الحالات بعد استئصال الرغامي، أو استئصال الحنجرة الكامل، خاصة على مناطق عولجت سابقا بالعلاج الشعاعي، أو عند وجود التهاب وعند عدم وضع أنسجة موعاة بينية بين الشريان والطرق التنفسية.

التشخيص Diagnosis

نزف صاعق Massive bleeding : يبدأ نزف منذر حول موقع أنبوب خزع الرغامي، أو من خلال أنبوب خزع الرغامي، أو نزف من خلال الفم أو الأنف، كل هذا قد يسبق النزف الصاعق، ولهذا يجب الشك بنسبة كبيرة عند وجود الأعراض السابقة.

التدبير Management

١- النزف المنذر Herald bleeding : عادة ما يكون غزيرا، ولكنه نزف محدود ذاتيا على شكل نوبة نزف تحدث من خلال الطرق التنفسية. يجب وضع احتمالية التشخيص للناسور القصبي مع الشريان اللا اسم له عند المرضى المعرضين لخطر هذه الإصابة. يستطب إجراء تنظير قصبات بالمنظار المرن من أجل تحديد سبب النزف. يجب إفراغ بالون أنبوب فغر الرغامي أو أنبوب التنبيب داخل الرغامي ومن ثم سحبه للأعلى قليلا بشكل حذر من أجل رؤية الطرق التنفسية بشكل كامل. وكذلك يجب إدخال منظار القصبات عن طريق الأنف لفحص البلعوم الفموي والطرق الهوائية فوق بالون أنبوبة التنبيب. في حال الشك بوجود الناسور يجب إجراء فتح جراحي استقصائي للرقبة في غرفة العمليات. قد يتطلب الأمر فتحًا علويًا لعظم القص من أجل التحكم والسيطرة على الأوعية النازفة. عند وجود الناسور ينصح باستئصال الشريان اللا اسم له. ليس من الضروري إجراء مجازة وعائية.

يستطب كذلك وضع نسيج موعى صحي، بيني (مثال: سديلة عضلية أو ثرب) وذلك بسبب أنه مكان العمل الجراحي عادة ما يكون ملوثا بشكل عام. تكون بشكل عام محاولة إصلاح ورتق الشريان فاشلة، حتى مع وضع نسيج بيني صحي. من الممكن إغلاق الناسور الرغامي بشكل مباشر إذا كان صغيرا وهناك أنسجة صحية كافية متوفرة لتغطي الرتق مكان العمل الجراحي. وإلا، من الممكن أن يوضب الناسور بالشاش ويترك مفتوحا ليغلق فيما بعد إغلاقا ثانويا. يتم المحافظة على الطرق التنفسية بواسطة تنبيب داخل الرغامي مع وضع البالون فوق مكان رتق الرغامي أو مكان إغلاق الناسور. أحيانا يتطلب استخدام جهاز تنفس اصطناعي نفاث Jet ventilator.

٢- النزف الصاعق Massive bleeding : وهو العرض الاعتيادي، ويتطلب الأمر تدبيرًا فوريًا للسيطرة والتحكم على الطرق الهوائية والنزف بنفس الوقت. قد تكون المناورات التالية مفيدة:

- فرط نفخ بالونة أنبوبة فغر الرغامي وتوجيه نهاية الأنبوب للأمام من أجل الضغط على الشريان.

• تمرير أنبوب داخل الرغامى، ومن ثم رفع أنبوب فغر الرغامى ودفع أنبوب داخل الرغامى عبر الناسور إلى الطرق التنفسية القاصية (السفلية). من الممكن ضغط الشريان اللا اسم له عن طريق الضغط عليه مقابل وباتجاه عظمة قبضة القص بواسطة إصبع تمرر خلال فتحة فغر الرغامى.

• من الممكن استخدام منظار القصبات الصلب من أجل الضغط على الشريان اللا اسم له باتجاه عظم القص، وذلك عند تأمين طريق لمجرى الهواء. بعد السيطرة على النزف وتأمين مجرى الهواء يأخذ المريض لغرفة العمليات من أجل إنعاش إضافي وتدبير نهائي (كما هو موضح سابقا).

للمزيد من القراءات

Further Reading

Deslauriers J, Ginsberg RJ, Nelems *IM,* Pearson FG. Inomonate artery rupture: a major com- plication of tracheal surgery. *Annals of Thoracic Surgery,* 1975; 20: 671.

Kotsis L, Zubovits K, Vadasz P. Management of malignant tracheoesophageal fistulas with a cuffed funnel tube. *Annals of Thoracic Surgery,* 1997; 64: 355.

Low DE, Kozarek RA. Comparison of conventional and wire mesh expandable prostheses and surgical bypass in patients with malignant esophagorespiratory fistulae. *Annals of Thoracic Surgery,* 1998; 65: 919.

Mathisen DJ, Grillo HC, Wain JC. Management of acquired nonmalignant tracheoesophageal fistula. *Annals of Thoracic Surgery,* 1991; 52: 759.