

OESPHAGUS AND DIAPHRAGM

المرىء وقتوق الحجاب الحاجز

1- نظرة تاريخية .

2 - تشريح المرىء .

3 - التركيب المجهرى للمرىء .

4 - وظائف المرىء .

5 - أمراض المرىء .

(أ) الأمراض الوظيفية :

1 - اضطراب حركة المرىء .

(أ) فشل انبساط الفتحة القلبية للمعدة .

(ب) تشنج المرىء العام .

2 - اضطراب الصمام بين المرىء والمعدة

« ارتجاع وجزر المرىء ومضاعفاته »

1- التهاب ونزيف المرىء .

2 - تضيق المرىء .

3 - قصر المرىء .

4 - المرىء المبطن بخلايا ظهارية متعامدة .

5 - قرح المرىء اختراقها وانتقابها .

6 - اضطرابات الحركة .

7 - الحلقات المنقبضة بأسفل المرىء .

8 - السحب التنفسى .

(ب) الأمراض العضوية:

- 1 - فتوق الحجاب الحاجز.
 - (أ) فتق فتحة المريء.
 - (1) فتق فتحة المريء المنزلق .
 - (2) فتق فتحة المريء المجاور للمريء .
 - (ب) الفتق الخلفى الجانبي « فتق فتحة بوشداليك »
 - (ج) فتق فتحة مورفائنى .
- 2 - إرتفاع قبتى الحجاب الحاجز .
- 3 - تمزق الحجاب الحاجز .
- 4 - رذب المريء
 - (أ) رذب منطقة وصل البلعوم بالمريء .
 - (ب) رذب المريء فوق الحجاب الحاجز .
 - (ج) رذب وسط المريء .
- 5 - تمزق المريء وثقبه .
- 6 - متلازمة بلمرفنسون .
- 7 - متلازمة ملارى وسى .
- 8 - الناصور المكتسب بالمريء .
- 9 - الأكياس والأورام الحميدة .
- 10 - سرطان المريء .

1 - نظرة تاريخية

حتى وقت قريب بقت جراحة المريء مقتصورة على إزالة الأجسام الغريبة والاستئصال الموضعي لبعض الأورام السرطانية أو الرذّب DIVERTICULUM من الجزء العلوى للمريء ، وفى منتصف القرن التاسع عشر الميلادى بدأت جراحة المريء مرحلة جديدة هى حل مشكلة فشل انبساط العضلات الناعمة بالجزء السفلى من المريء عن طريق البطن ، وكذلك الحال بالنسبة لعمليات إزالة تضيق المريء المتآكل والأورام السرطانية بالجزء السفلى من المريء .

وعليه فإن جراحة المريء ترجع للتقدم الجراحى فى القرن العشرين وتتزامن والتقدم السريع فى جراحة الصدر حيث أصبحت إمكانية علاج أمراض الجزء الأوسط من المريء بثقة . وأول من قام بعملية استئصال للمريء والمعدة نتيجة الإصابة بورم سرطانى كان أوساوا OHSAWA سنة 1933م وذلك عبر التجويف البللورى .

ونتيجة للتقدم فى وسائل التخدير وتعريض الدم النازف وكذلك التقنية الجراحية فى القرن العشرين جعل المريء بمتناول مقص الجراح . وتم إنقاص مضاعفات جراحة المريء ، كذلك زادت المعارف حول وظائف المريء ، نتيجة دراسات حركة المريء التى تقام عليها الآن أسس جراحة المريء .

2 - تشريح المريء

المريء أنبوية عضلية تبلغ حوالى 25 / سم طولاً ، تبدأ من البلعوم (عند مستوى الفقرة الرقبية السادسة) وتستمر حتى المعدة (عند مستوى الفقرة الصدرية العاشرة) حيث يطلق على حلقة الوصل بين المريء والمعدة اسم الفتحة القلبية للمعدة CARDIA ويمثل المريء مركز الوسط فى الرقبة تحت القصبة الهوائية مباشرة ، وفى الصدر ينحن المريء للخلف تحت الأوعية الدموية الكبيرة ، وينثنى قليلاً لليسار ليمر تحت الشعبة الهوائية الرئيسية اليسرى ينثنى بعدها قليلاً لليمين أثناء عبوره للمنتصف الخلفى (MEDIASTINUM) وينثنى لليسار أيضاً تحت التامور (PER-ICARDIUM) عندما يمر أمام الوتين أو الشريان الأورطى الصدرى ويتقاطع معها إلى يسار خط الوسط ، ويصل المريء للبطن بعبوره فتحة المريء (HIATUS) بالحجاب

الحاجز ، ويختلف طول الجزء البطني من المرئ قبل اتصاله بالمعدة في الفتحة القلبية للمعدة ، وهذه الفتحة هي تعبير غير محدد يشير لمنطقة تحوى الجزء السفلى من المرئ . نقطة اتصال المرئ بالمعدة والجزء العلوى من المعدة .. وعمليا فإن تعريف نقطة الاتصال هي عندما يقابل أنبوب المرئ التجويف المعدى .

ويوجد بالمرئ ثلاثة تضيقات هي :

- 1 - فى بدايته .
- 2 - عندما يتقاطع مع الشعبة الهوائية الرئيسة اليسرى .
- 3 - عند عبوره الحجاب الحاجز .

ويغذى المرئ بالدم كل من الشرايين الآتية :

- (أ) الجزء العنقى للمرئ ، الشرايين الدرقية السفلى .
 - (ب) الجزء الصدرى للمرئ ، الوتين النازل والشرايين الشعبية .
 - (جـ) الجزء البطني للمرئ ، الشرايين المعدية اليسرى .
- وتتم درنجة الدم الوريدي عن طريق الأوردة الآتية :
- (أ) الجزء العنقى للمرئ للأوردة الدرقية السفلى والأوردة الفقرية .
 - (ب) الجزء الصدرى للمرئ للوريد الفردى AZAYGOUS والوريد شبه الفردى - HEMIAZYGOUS .
 - (جـ) الجزء البطني للمرئ للوريد الفردى وللأوردة المعدية اليسرى .

أما الأوعية اللمفية فتمر طوليا بجدار المرئ قبل اختراقها للجدار العضلى للمرئ لتصل الغدد اللمفية الموضعية .. ولذلك فإن الأورام السرطانية بالجزء الأوسط والعلوى لمرئ قد تنتشر أولا للغدد اللمفية الرقبية ، والأورام السرطانية بالجزء السفلى للمرئ قد تنتشر أولا للغدد اللمفية المعدية والحشوية .

ويغذى المريء كل من العصب الحائر والأعصاب الودية VAGUS AND SYMPATHETIC ففي جزئه العلوى يتغذى المريء عن طريق العصب البلعومى الراجع وأفرع من الأعصاب الجمجمية التاسع والعاشر ، وجذور العصب الجمجمى الحادى عشر وكذلك بأعصاب ودية ، كذلك فإن العصب الحائر يعطى أفرع لبقية العضلات اللاإرادية ، أما الأعصاب الجارودية فتغذى العضلات الناعمة ، ويستمر العصب الحائر فى الانحدار على جانبي المريء مكونا ضفيرة عصبية حول المريء ، وعند فتحة المريء بالحجاب الحاجز يتم تجمّع ألياف العصب الحائر ليمر كحبلان عصبيان ، الأيسر ويمر ليصبح العصب الحائر الأمامى ، والأيمن يمر ليصبح العصب الحائر الخلفى ، كذلك يساعد فى تغذية الجزء السفلى من المريء ومنطقة اتصاله بالمعدة أعصاب ودية من الضفائر الجار شريانية بطول الشرايين المعدية اليسرى والشريان الحاجزى السفلى الأيسر .

3 - التركيب الجهرى للمريء

يتكون جدار المريء من طبقة عضلية دائرية داخلية وطبقة عضلية طولية خارجية ولا يغطيه غشاء مصلى " NO SEROSAL COVERING "

والجزء العلوى من المريء يوجد به ألياف من خلايا عضلية طولية تساعد فى تكوين الجدار العضلى للمريء بينما تغلب الخلايا العضلية الناعمة على الجزء السفلى للمريء ، وفى منطقة الصمام بين المريء والمعدة يلاحظ أن الطبقة العضلية أكثر سما ، كذلك يمكن ملاحظة منطقة من التغلظ العضلى تعرف باسم المعلاق المعدى أو معلاق WILLIS ويلز .

ويبطن المريء غشاء ظهارى قشرى SQUAMOUS EPITHELIUM ، مع ملاحظة وجود بعض الجزر من الخلايا الظهارية المعدية فى بعض الأماكن بالمريء ، أما الجزء السفلى من المريء فيبطنه خلايا ظهارية عمودية ، أما منطقة التحول من الخلايا الظهارية القشرية للخلايا الظهارية العمودية فتقع فى الجزء السفلى للمريء وليس فى منطقة الفتحة القلبية للمعدة أو منطقة الوصل بين المعدة والمريء ، أما الطبقة الفاصلة بين الغشاء المبطن للمريء والجدار العضلى أى الطبقة التحت مخاطية فتحوى غدد مخاطية ، أوعية دموية ، ضفائر ميسنر العصبية MEISSNER وكذلك أوعية لمفية .

4 - وظائف المريء

يقوم المريء بمهمة نقل الطعام من البلعوم إلى المعدة ، وبطرفى المريء توجد عملية تنظيمية تساعد على القيام بوظيفته لتمرير الطعام فى اتجاه واحد فقط فى الظروف الطبيعية ، والمعارف الحديثة عن طرق تأدية المريء لوظيفته قد تم التوصل إليها باستخدام الوسائل الحديثة لتسجيل الضغط داخل المريء .

ينقل المريء الطعام بمساعدة التمعج PERISTALSIS وهى موجات متعاقبة من التقلص اللاإرادى تحدث فى جدار المريء فتدفع محتوياته للأسفل .

أما صمام الفتحة القلبية للمعدة فإنه ينبسط بتأثير العصب الحائر ، وتغير الضغط داخل المريء وكذلك بتأثير بعض الهرمونات (كالمعدين GASTRIN وغيره) .

يبلغ الضغط داخل الجزء العلوى من المريء فى حالة الراحة من 20 - 60 مم زئبقى ، وتندفع موجة التمعج للأسفل لتشمل كل المريء ، وتبلغ ذروة الضغط داخل المريء حوالى 40 - 80 مم زئبقى وتمتاز بشدة قوتها فى الجزء السفلى للمريء ، أما فى أوقات الراحة فإن الضغط داخل المريء أقل من الضغط الجوى ولكن ذلك يزيد قليلا فى الجزء السفلى من المريء عندما يبلغ الضغط 3 - 5 مم زئبقى ، وقد يصل 10 - 20 مم زئبقى فى فتحة المريء بالحجاب الحاجز ، واستجابة لعملية البلع يتم انبساط هذه المنطقة ذات الضغط المرتفع يتبع ذلك انقباض صمامى ، كل ذلك يكون ما يسمى بصمام المريء السفلى .

5 - أمراض المريء

(أ) الأمراض الوظيفية :

1 - اضطرابات حركة المريء :

(أ) فشل انبساط العضلات الناعمة بالجزء السفلى للمريء :

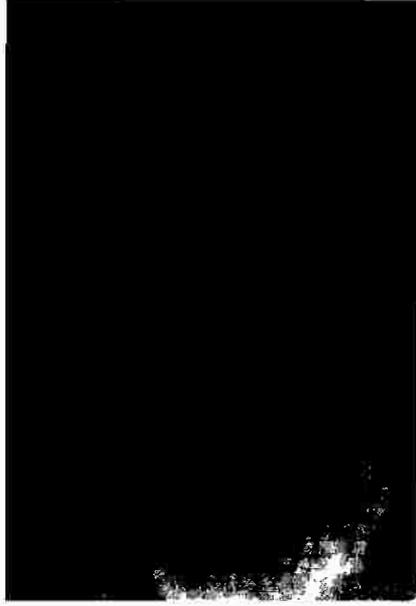
، فشل انبساط الفتحة القلبية للمعدة ACHALASIA CARDIA ،

فشل انبساط العضلات الناعمة بالمريء أو تشنج الفتحة القلبية للمعدة كما تدعى عادة وهو أسم غير صحيح عرف لمدة أكثر من 300 سنة مضت ، وهي الحالة التي يغيب فيها التمعج من المريء ويفشل فيها انبساط الصمام السفلى للمريء أثناء عملية البلع .. أما أسباب هذه الحالة فغير معروفة ، وضعف المريء ، تشنج المريء ، الضغط الخارجي ، الاصابات ، والأسباب الوراثية ، قد وضعت كافتراضات لأن تكون أسباب ذلك . وقد يكون للمرض أسس عصبية حيث لا توجد خلايا عقدية بصفائر أورباخ العصبية في المرضى المصابين بهذا المرض وإن وجدت فعادة ما تكون ضامرة ، وقد يكون سبب ذلك الضمور التهاب بكتيري أو فيروس أو إصابات طفيلية أو نقص في الفيتامينات ، وقد تكون الاصابة العصبية خارج المريء سواء بالعصب الحائر أو الخلايا المركزية .

أعراض وسمات المرض :

يحدث المرض بنسب متساوية بين الرجال والنساء ، وأكثر حدوثا في العقد الرابع من العمر ، ولا توجد سن لا يحدث فيها المرض ، وأول وأكثر الأعراض حدوثا وثباتا هو صعوبة البلع ، وقد يكون في البداية متقطعا ومع تقدم المرض تزداد الصعوبة حتى يصبح البلع غير ممكن حتى مع المجهود الكبير من أجل البلع ، وهذه الصعوبة تكون أكثر في المأكولات الباردة عنه في المأكولات الساخنة ، وفي البداية تكون الصعوبة أكثر مع السوائل من المأكولات الصلبة والألم نادر الحدوث ويكثر حدوثه في بداية المرض أكثر منه مع تقدم المرض حيث يقل الألم مع تمدد المريء ، وارتجاع الأكل المهضوم والسوائل من الأعراض كثيرة الحدوث خصوصا أثناء الليل عندما يكون المريض مستلقيا مؤديا إلى دخول السوائل الراجعة مع التنفس للرتئين متسببا بمضاعفات رئوية ، أما سرطان المريء فأكثر حدوثا في هذه الحالات عنه في غير المصابين .

والتصوير الاشعاعي مفيد في تشخيص هذه الحالات (شكل 1/1) حيث يمكن مشاهدة إنسداد الفتحة القلبية للمعدة واتساع المريء ، ومع تقدم المرض يزداد ذلك وضوحا حيث يزداد اتساع المريء ويبرز الجزء السفلى منه داخل الجزء المتضيق من الفتحة القلبية للمعدة بشكل منقار ، وقد لا تمر أية كمية ولو بسيطة من المادة المستخدمة في التصوير كالباريوم مثلا للمعدة . ومنظار المريء يساعد كثيرا في الوصول للتشخيص



(شكل 1/1)

خصوصا في التفريق بين المراحل الأولى للمرض وسرطان المرىء والتضييق الحميد للفتحة القلبية للمعدة .

وبقياس الضغط داخل المرىء يلاحظ زيادته عند المصابين بهذا المرض بحيث يصل إلى مستوى الضغط الجوى نتيجة لاتساع المرىء وارتجاع الأكل والسوائل به . ويمكن أيضا تسجيل عدم وجود موجات التمعج بالمرىء .

العلاج :

حتى الآن لا يوجد أى علاج لارجاع الحركة الطبيعية للمرىء ، وعليه فإن العلاج الفعال يجب توجيهه فقط لإزالة الانسداد بالجزء السفلى للمرىء ، ويتم ذلك عن طريق توسيع المرىء أو إجراء عمليات جراحية حيث لا وجود لغذاء أو دواء يساعد على الوصول لذلك .

والتوسيع الميكانيكى والهوائى والمائى قد استخدمت جميعا بنجاح ولقد استخدمت عدة أنواع من العمليات الجراحية لإزالة الانسداد بالمرىء أو بتكوين مجرى جانبي يقوم

بعمل المريء ، ولكن هذه العمليات صاحبها الكثير من المضاعفات، أما العلاج الجراحي التاجح فيرجع إلى اقتراح العالم هيلر HELLER سنة / 1913 م . وبعض التعديلات التي أجريت عليه . ويتم ذلك عن طريق قطع طولى بالطبقة العضلية بالجزء السفلى من جدار المريء مع عدم المساس بالطبقة المخاطية بجدار المريء .

(ب) التشنج العام بالمريء DIFFUSE SPASM :

اسبابه غير معروفة ، ولكن قد يكون لها علاقة للاضطرابات التي تصيب العصب الحائر المغذى للمريء .

أعراض وسمات المرض :

الألم والألم المصاحب للبلع هما العرضان الرئيسان ، وقد يكون هناك شعور بالضيق تحت القص وقد يماثل آلام القلب ، وقد يكون ألم مغصى حاد ينتشر للخلف أو للعنق ، للكفتين أو للذراعين . وقد يزداد مع الأكل وقد يتسبب في إيقاف المريض ليلاً ، وعادة ما يكون المريض كثير التوتر عصبى .

واستخدام التصوير الاشعاعى لا يعطى نتائج إيجابية فى كل الحالات وعند وجود السمات الاشعاعية فعادة ما تكون متغايرة من تضيق بسيط إلى تشنج جزئى إلى تغييرات شديدة تتشابه مع الأكياس الرديبية الكاذبة ، FALSE DIVERTICULAE وعادة ما توجد فتوق الحجاب الحاجز ، وقد يتم ملاحظة منطقة من الانسداد مع زيادة الضغط بصمام المريء ، وبدراسة وظائف المريء يمكن ملاحظة وجود موجات التمعج بالجزء العلوى للمريء وغيابها فى الثلثين السفليين واستبدالها بزيادات موجات الضغط المتكررة .

العلاج :

يتشابه علاج التشنج العام بالمريء مع فشل انبساط العضلات الناعمة بالجزء السفلى من المريء ، أى بقطع الطبقة العضلية بجدار المريء طولياً مع عدم المساس بالطبقة المخاطية ، ويختلف مستوى حدود القطع حسب انتشار المرض ، فقد يستمر حتى تقوس الشريان الوتينى .

ويجب أيضا علاج فتوق الحجاب الحاجز المصاحبة ، وكذلك إجراء وقائى لمنع ارتجاع الأكل المهضوم للمريء .

وعلاج هذه الحالات ليس بفعالية علاج فشل انبساط العضلات اناعمة بالمرىء

. ACALASIA

2 - اضطراب صمام الفتحة القلبية للمعدة

« ارتجاع وجزر المرىء » ESOPHAGEAL REFLUX

بينما لا يوجد شك في أن فقد كفاءة صمام الفتحة القلبية للمعدة هو سبب ارتجاع الأكل المهضوم من المعدة للمرىء « ارتجاع وجزر المرىء » فإن كفاءة صمام الفتحة القلبية في حد ذاته أمر لا يزال مثار جدل .. ولكن من المسلم به وجود منطقة 3 - 5 سم طولاً داخل المرىء يكون فيها الضغط مرتفعاً من 10 - 20 مم زئبقى ، والذي يعتقد بمسؤوليته عن تكوين حاجز ضغطى بين المعدة والمرىء ويمنع الارتجاع وجزر المرىء . وهذا الحاجز ينبسط مع البلع ليمح بمرور غير معاق للأكل . ويرجع بعد ذلك للضغط الطبيعى بطريقة غير معروفة ، ويزيد من كفاءة الصمام ارتفاع الضغط داخل تجويف البطن وداخل المعدة .

وبينما يعانى معظم المصابين بارتجاع وجزر المرىء من الفتق المنزلق بفتحة المرىء بالحجاب الحاجز فإن العكس غير صحيح ، فأغلب المصابين بالفتق الحاجزى المنزلق لا يعانون من ارتجاع وجزر المرىء ، والفتق فى حد ذاته لا يشكل مشكلة إكلينيكية .

وقد يتسبب مرض التصلب الجدى SCLERODERMA لفشل الحركة بالجزء السفلى للمرىء وعند ذلك يلاحظ غياب حركات التمعج ونشاط صمام الفتحة القلبية للمعدة ، مما قد يتسبب فى ارتجاع وجزر المرىء ، وينتج عند ذلك التهاب المرىء الراجع .

أمّا الأسباب الأخرى التى قد تسبب الارتجاع بالمرىء فتشمل العمليات الجراحية بالجزء السفلى من المرىء أو قد يكون السبب انسداد مخرج المعدة (الفتحة البوابية) أو فشل حركية المعدة .

وترجع معظم مضاعفات ارتجاع المرىء من الحساسية المفرطة للغشاء المخاطى المبطن للمرىء من أنواع مختلفة من الإفرازات الهضمية مثل الأحماض الهضمية

PEPTIC ACIDS والافرازات المرارية والمعقدية ، وتختلف درجة شدة هذه المضاعفات لنوع وتركيز الإفرازات الراجعة وطول الفترة الزمنية التي تحتك بها هذه الإفرازات مع الغشاء المخاطي المبطن للمريء .

أعراض المرض :

الحرقان القلبي هو العرض التقليدي لارتجاع المريء ، ويبدأ الحرقان تحت القص بالمنطقة الشرسوفية وينتشر إلى الأعلى لمسافات متباينة باتجاه العنق . وقد يحدث ارتجاع سائل مر ، حامض للفم قد يتسبب في القيء أو محاولة القيء ، ويزداد ذلك مع ملء المعدة ومع تغيير وضع المصاب مع كثرة الأعراض أثناء الليل عند الاستلقاء ، ويمكن التحكم في ذلك باستخدام مضادات الأحماض ANTIACIDS وإنقاص الوزن .. وإستخدام أسرة منحدرية أو باستخدام السيميتيدين CIMETIDINE أو الرانيتيدين RANITIDINE ، وعندما تصبح هذه الأعراض أصعب من أن يتحكم فيها باستخدام كل ما سبق فإن المعالجة الجراحية لارتجاع كفاءة صمام الفتحة القلبية للمعدة تصبح ضرورية بغض النظر عن مرحلة التهاب المريء والمضاعفات التي حدثت نتيجة للإرتجاع .

مضاعفات إرتجاع وجزر المريء :

1 - التهاب ونزيف المريء:

يمكن عن طريق معرفة تاريخ المرض التعرف على التهاب المريء ، ولكن يبقى منظار المريء أو التصوير الاشعاعي للمريء أمر ضروري لتأكيد التشخيص ، ويعرف التهاب المريء على أنه التغيرات الموضعية بالغشاء المخاطي للمريء الناتجة عن فعل الاصابات الآكلة . هذه التغيرات لا ترتبط بالضرورة بحدة أو شدة الأعراض الناتجة عنها، وبأخذ عينة من الغشاء المخاطي المبطن للمريء وفحصها مجهريا يتم التعرف على نوع هذه التغيرات وشدتها ، واحمرار الغشاء المخاطي المبطن للجزء السفلى من المريء هو أول الدلائل على بدء التهاب المريء ، والذي قد يتطور ليصبح قرح بالمريء ليعطي شكل تقرح خطي طولي مع وجود غشاء مخاطي هش ، وعندما يشتد التهاب المريء يشعر المريض بألم مع البلع ، وإذا اخترقت هذه القرحة جدار المريء فقد يشعر المريض بألم مستمر غير محتمل ينتشر للعمود الفقري الصدري ، وفي الوقت الذي قد يظهر فيه

الجزء السفلى من المرىء بشكل دامي ، وقد يكون هناك بالفعل دم فأقد مزمن من التهاب المرىء المتفرح ، إلا أن النزف الشديد نادر ما يحدث وإذا حدث فيشير عادة إلى وجود فتق حاجزي منزلق مع تآكل بجزء المعدة الموجود بالتجويف الصدري نتيجة لذلك الفتق .

والتهاب المرىء الحاد لا يمكن التحكم فيه دائما بإستخدام الأدوية وقد يحتاج لإجراء تدخل جراحى لإيقاف ارتجاع وجزر المرىء .

2 - تضيق المرىء

نتيجة للتآكل المزمن المتكرر ، فإن التهابات مختلفة الشدة تحدث فى الطبقة العضلية للمرىء مما يتسبب فى تقلص العضلات مع ترسب الكولاجين فى جدار المرىء ..

وتقليديا يحدث ذلك فى أسفل عدة سنتيمترات من المرىء أو فى منطقة الوصل بين المرىء والمعدة وعند المرضى الذين تطول لديهم فترة القيء أو يصعب إدخال أنبوب المعدة لديهم ، فإنه عادة ما يكتشف لديهم تضيق طويل تدريجى بالنصف السفلى من المرىء ، وهذا التضيق يمثل تفاعل أنسجة الجسم للإصابات الآكلة .

ولحسن الحظ فإن الغالبية الكبرى من هذه التضيقات يمكن علاجه عن طريق التوسيع ، وبذلك يمكن علاج الألم المصاحب لصعوبة البلع ، وتضيق المرىء هو أحد أهم مضاعفات ارتجاع وجزر المرىء وإذا عاد هذا التضيق أو إذا استمرت الأعراض بعد إجراء التوسيع فيصبح التدخل الجراحى ضرورى وذلك لمنع ارتجاع وجزر المرىء . والعلاج الجراحى هو أجدر الطرق لمنع تقدم إصابات المرىء وعدم رجوعها لطبيعتها .

وفى الحالات النادرة التى تتقدم فيها حالات التهاب المرىء الارتجاعى ويتقدم التضيق ليشمل كل الطبقة العضلية ليصبح تضيق المرىء غير راجع ، وإذا أصبح من غير الممكن توسيع المرىء لأكثر من 50 حجم فرنسى باستخدام الخيط المبلوع أو باستخدام سلك يدخل للمعدة باستخدام المنظار المعدى لاستخدامه كدليل ، فإن استئصال الجزء المتضيق من المرىء جراحيا للمحافظة على استمرار البلع يصبح ضرورة .

3 - قصر المريء :

مثله مثل تضيق المريء ، ينتج عن التقلص فى الطبقة العضلية للمريء طوليا . نتيجة للتآكل المزمن المتكرر ، وفى حين أن تضيق المريء عادة ما يصاحب قصر المريء فإن قصر المريء قد يحدث دون تضيق ملحوظ ، وكذلك الحال قد يحدث تضيق دون حدوث أى قصر بالمريء .. وفى كثير من الحالات التى يتم تشخيصها على أنها قصر بالمريء على أسس إشعاعية أو عن طريق المنظار يكتشف أن ذلك غير صحيح عند إجراء استكشاف جراحى ، حيث عن طريق العملية الجراحية يمكن إرجاع منطقة وصل المريء بالمعدة للتجويف البطنى . ويمكن بعد ذلك إجراء أية من العمليات الجراحية لمنع ارتجاع وجزر المريء . ولكن ليس ذلك هو الحال دائما ، فى حالات نادرة يكون المريء متليف وقصير بحيث يصبح من الضرورة اطلاته عن طريق تكوين أنبوب معدى (العملية المعروفة بعملية كولييز COLLIS GASTROPLASTY) وبعد ذلك يمكن إجراء عملية منع ارتجاع وجزر المريء تحت الحجاب الحاجز .. ويجب ملاحظة أنه إذا كان قصر المريء غير مصحوب بأعراض فإن إجراء أية عملية جراحية غير ضرورى .

4 - المريء المبطن بخلايا ظهارية متعامدة BARRETT'S OESPHAGUS

نتيجة للتآكل وتحطم الخلايا الظهارية القشرية المبطنة للمريء بسبب ارتجاع وجزر المريء ، يحدث فى بعض الحالات أن تنمو خلايا ظهارية متعامدة مكان الخلايا الظهارية القشرية الطبيعية ، وقد يكون ذلك نتيجة التنسج أى تحول نسيج إلى نوع آخر من الأنسجة أو نتيجة النمو الرأسى للخلايا الظهارية المتعامدة المبطنة للمعدة ، وقد يتم هذا التغيير الخلوى فى مستويات تصل حتى إلى القوس الوتينى ، وعادة ما يكون المريء متضيقاً فى منطقة الوصل بين نوعى الخلايا بالمريء .

وهذه الخلايا الظهارية المتعامدة عادة ما تكون مفرزة للمخاط ، وقد توجد بها قرح هضمية ، وهى أكثر عرضة للإصابة بسرطان المريء أكثر من غير المصابين بهذا التغيير، ومع ذلك فلا يعنى هذا أنه يجب إجراء إستئصال لهذا الجزء من المريء للوقاية من الإصابة بسرطان المريء ، وإجراء أية عملية لمنع ارتجاع وجزر المريء لا يقى المصاب من التعرض للإصابة بالسرطان ولا يودى إلى نقص الخلايا الظهارية العمودية ،

ولكن العمليات الجراحية يجب إجراؤها فقط للتحكم فى الأعراض الغير محتملة الناتجة عن ارتجاع المريء متسببة فى التهابه أو تضيقه ، وعمليات منع جزر المريء وإرتجاعه كافية إلى جانب إجراء توسيع لأى تضيق بالمريء .

أما إستئصال جزء من المريء فيجب إجراؤها فقط عند الشك أو تشخيص وجود سرطان بهذا الجزء من المريء .

أما إذا كان المريض لا يعانى من أية أعراض فلا يجب إجراء أية عمليات جراحية ويكتفى بالمتابعة المستمرة الدقيقة لاكتشاف أى تغيير سرطانى به .

5 - إختراق وإنثقاب قرح المريء :

إنثقاب المريء يعتبر من المضاعفات الذاتية النادرة لارتجاع وجزر والتهاب المريء ، وبالرغم من أن تمزق المريء التالى للقيء خاصة بالجزء السفلى من المريء عادة ما يكون مصحوب بوجود فتق بفتحة المريء بالحجاب الحاجز ، إلتهاب المريء وقرحة المريء ، فإن معظم ثقب المريء تحدث عند محاولة توسيع تضيق المريء الحميد أو نتيجة لأخذ عينة عميانيا تحت تضيق بالمريء . أما إختراق قرح المريء فإنها نادراً ما تحدث تمزق ذاتى للمريء بالمنصف أو بالتجويف البللورى ولكن إختراق قرح المريء عادة ما تؤدى إلى ألم غير محتمل بالظهر ، وألم عند البلع ونزيف .

6 - اضطرابات الحركة :

تختلف اضطرابات الحركة نتيجة لارتجاع وجزر المريء من زيادة الحركة إلى انعدامها ومن زيادة موجات التمعج إلى تعبها وتوقفها ، ولكن جميعها ترجع لطبيعتها عند إجراء التعديل الجراحى المناسب ومعالجة إرتجاع وجزر المريء .

7 - الحلقات المنقبضة بأسفل المريء :

إصابة عضوية تتكون من حزام قوى من النسيج الضام فى الطبقة تحت المخاطية فى منطقة الوصل بين النسيجين الظهاريين القشرى والعمودى بالجزء السفلى من المريء ، وتختلف شدة تأثر المريء من ذلك اختلافا شديداً ، فبعض المصابين لا توجد لديهم أية أعراض وتأتى أعراض صعوبة وألم البلع مع زيادة تضيق هذه الحلقات وخاصة عند

بلوغها 15 مم قطريا والحرقان القلبي عادة ما يكون مصاحبا ، وقد تبقى أعراض ارتجاع وجزر المريء حتى بعد توسيع هذه الحلقات ، ولكن في معظم الحالات يعالج توسيع المريء الألم وصعوبة البلع ، أما آلام الارتجاع فعادة ما تكون بسيطة ويمكن التحكم فيها، وفي بعض الحالات النادرة يضطر الجراح لاستئصال هذه الحلقات وعلاج فتق فتحة المريء بالحجاب الحاجز وعمل إجراء جراحى لمنع ارتجاع وجزر المريء .

8 - السحب التنفسى :

نتيجة لإرتجاع وجزر المريء فإن إصابة الجزء العلوى من الجهاز التنفسى والجزء السفلى منه تحدث نتيجة لسحب السوائل الراجعة بالمريء مما قد يتسبب فى التهاب الحلق، بحة صوتية ، كحة ، اختناق ، حمى ، التهاب الشعب والشعبيات الهوائية وخراج الرئة ، مما يتطلب إجراء عملية جراحية لمنع ارتجاع وجزر المريء .

(ب) الأمراض العضوية :

1 - فتوق الحجاب الحاجز " DIAPHRAGMATIC HERNIAS "

فتوق الحجاب الحاجز عدة أنواع وقد تكون خلقية أو مكتسبة ، وجميعها يصاحبه بروز الأحشاء البطنية من الضغط المرتفع فى البطن للضغط المنخفض بالصدر ، وكجميع أنواع فتوق البطن فإن فتوق الحجاب الحاجز تحمل خطر إلتواء الأمعاء وإنسدادها وإنسداد الأوعية الدموية المغذية لهذه الأحشاء وإختناقها . ويستثنى من ذلك فتق المريء المنزلق والتي يصاحبها عادة إرتجاع وجزر المريء ومضاعفاتها التي سبق ذكرها .

وإستثناء آخر هو الفتق الخلفى الجانبى الخلقى المعروف بفتق بوشداليك BOCHDALEK والتي لا تأتى مخاطرها من بروز الأحشاء البطنية فقط بل ومن ارتفاع نسبة التشوهات الخلقية المصاحبة ، وماعدا هذين الاستثناءين فإن جميع فتوق الحجاب الحاجز تشابه الفتوق البطنية فى مخاطرها وتتطلب فقط إرجاع الأحشاء البارزة وإصلاح مكان الفتق .

(أ) فتق فتحة المريء : " HIATUS HERNIA "

فتق فتحة المريء ليس فقط أكثر فتوق الحجاب الحاجز حدوثا ولكنه أكثر الفتوق

التي تصيب الجزء العلوي بالجهاز الهضمي ، وفتق فتحة المريء قد يكون منزلقاً أو قد يكون مجاوراً للمريء أو يكون مشتركاً بين النوعين . وأكثر الأنواع حدوثاً هو فتق فتحة المريء المنزلق حيث وفي هذا النوع يتم انزلاق منطقة وصل المريء بالمعدة رأسياً إلى أعلى ليدخل التجويف الصدري ، ومع أن هذا النوع من الفتق معروف بحركته من أسفل إلى أعلى وبالعكس حسب التغيير في الضغط البطني والصدري إلا أن تعبير الفتق المنزلق لا يطلق عليه لهذا السبب ولكن لأن له كيس من الصفاق الجداري الجزئي والذي تكون المعدة جداره الخلفي .

أما فتق فتحة المريء المجاور للمريء تبقى فيه منطقة وصل المريء بالمعدة في مكانها الطبيعي تحت الحجاب الحاجز ، أما جوف المعدة وجزء كبير من النفوس المعدى الكبير فتبرز في تجويف الصدر عن طريق فتحة المريء بالحجاب الحاجز مجاورة للمريء ، وفي أقصى حالات هذا النوع من الفتق فإن كل المعدة توجد مقلوبة عاليها سافلها بتجويف الصدر .

وفتوق فتحة المريء كثير الحدوث نسبياً ، وحوالي 5% منها توجد دون أية أعراض أو مضاعفات تحتاج لأي تدخل جراحى .

1 - الفتق المنزلق بفتحة المريء :

يمثل هذا النوع من فتوق الحجاب الحاجز حوالى 90% وتأتى أهميته الاكلينيكية من كثرة ارتباطه بارتجاع وجزر المريء ، ويعتمد العلاج الجراحى الحديث للتحكم فى إرتجاع وجزر المريء على إرجاع الجزء البارز المنزلق وإعادة التركيب التشريحي لهذه الفتحة والمريء والمعدة للوضع الطبيعى مع إبقاء 2 سم أو أكثر من الجزء السفلى للمريء تحت الحجاب الحاجز وإعادة تثبيت هذا الوضع بتثبيت المعدة ، ولعل أول هدف للاجراء الجراحى هو إعادة كفاءة الصمام بين المريء والمعدة بعد إعادة الوضع التشريحي لوضعه الطبيعى حيث أن إعادة هذا الوضع فى حد ذاته غير كاف لمنع ارتجاع وجزر المريء . وأهم العمليات الجراحية التى تؤدى ذلك الغرض هى العمليات التى عرفت بأسماء : بلسى BELSEY ، نيسن NISSEN وهيل HILL ، وجميعهم تعديلات مختلفة لعملية أساسية هى عملية الالتفاف حول المريء ، ويعنى بها لف الجزء العلوى للمعدة حول المريء ،

ونتيجة لفعالية هذه العمليات فإن من غير الضروري قطع العصب الحائر ودرجة المعدة إلا إذا كان الفتق مصحوبا بقرحة هضمية .

1 - عملية بلسي (BELSEY) :

عن طريق التجويف الصدري يتم إرجاع الجزء السفلي من المريء للتجويف البطنى ويثبت فى مكانه عن طريق دعمه بطيء المعدة التى تلتف حول حوالى 280 درجة من الجزء السفلى للمريء .

وهى عملية ناجحة فى القضاء على الأعراض المرضية ، ومصحوبة بنسبة بسيطة من تكرار الفتق .

2 - عملية نيسن (NISSEN) :

ويمكن عملها عن طريق التجويف الصدري أو البطنى ، ويتم فيها لف التجويف المعدي العلوى حول كل الجزء السفلى للمريء 360 درجة ، وهى أيضا ناجحة ونسبة تكرار الفتق بعدها قليل جداً .

ويجب عند إجراءها إدخال أنبوب معدى ذو حجم معقول حتى لا يتم تضيق الجزء السفلى للمريء أكثر من اللازم ، وهى أكثر هذه العمليات الثلاث نجاحا وقبولا وفعالية .

ويمكن اجراء مثل هذه العمليات باستخدام طريقة المناظير الجراحية البريثونية والصفاقية، وهى طريقة حديثة لها مميزات عديدة عن الطرق التقليدية الجراحية البطنية أو الصدرية .

3 - عملية هيل (HILL) :

وتعمل عن طريق التجويف البطنى ، وهى أساسا عملية تثبيت الجزء الخلفى للمعدة مع إدخال غرز لافة لتضييق منطقة وصل المريء بالمعدة وهى أيضا عملية ناجحة ومصحوبة بنسبة قليلة من تكرار الفتق .

ولقد قام الكثيرين من الجراحين بتعديلات أخرى ولكن يبقى أساس العلاج الجراحى للمشكلة العمليات الثلاثة السابقة .

2 - فتق فتحة المرئ المجاور للمرئ :

وهو نوع نادر ، وعادة ما تكون مصاحبة للفتق المنزلق بفتحة المرئ ، وحتى في الحالات الشديدة لهذا النوع عند ما تبرز كل المعدة وتصبح مقلوبة عاليها سافلها داخل التجويف الصدري فإنها عادة ما تكون مصحوبة بفتق منزلق ، فعادة ما لا يبقى كل الجزء السفلي ومنطقة الوصل بين المرئ والمعدة مثبتين داخل التجويف البطني .

أما أعراض المرض ومضاعفاته فعادة ما تنتج من الشذوذ التشريحي وليس من قلة كفاءة صمام الفتحة القلبية للمعدة .. وأهم المضاعفات هي : فقر الدم الناتج عن النزيف المزمن المتكرر غير المصحوب بأية أعراض بغض النظر عن حجم الفتق .

ويمكن في بعض الحالات ملاحظة القرع المعدية والتهاب المعدة بالجزء البارز من المعدة بالتجويف الصدري ، وفي حالة غياب أى سبب آخر للنزيف فإن إصلاح هذا النوع من الفتق جراحيا كفيل بشفاء الحالة وإيقاف النزيف والتحكم في الأعراض المصاحبة .

أما المضاعفات الأخرى فتشمل انفتال أو التواء المعدة خاصة في الحالات الشديدة لفتق فتحة المرئ المجاور للمرئ عندما تصبح كل المعدة تقريبا داخل كيس من الصفاق الجدارى داخل التجويف الصدري تحت القلب ، ويحدث الانتناء عندما ينزل تجويف البطن عن طريق فتحة المرئ مجدداً للتجويف البطني تاركاً جسم المعدة داخل الصدر ، ليتم بذلك إنتناء وإنسداد الجزء السفلي من المرئ وتبقى المعدة على هيئة أنبوبين مغلقين تجويف المعدة تحت الحجاب الحاجز وجسم المعدة بالصدر والاثني عشر أيضا مغلق عند مروره بفتحة المرئ المكتظة . وفي الوقت الذى قد يحدث فيه رجوع المعدة تلقائيا للتجويف الصدري أو باستخدام أنبوب المعدة لسحب الهواء بداخلها إلا أن عدم حدوث ذلك قد يؤدي إلى حدوث اختناق المعدة ، وعليه فإن إنتناء المعدة من المضاعفات التى تهدد حياة المريض المصاب بفتق كبير مجاور للمرئ بفتحة المرئ ونتيجة لكثرة مصاحبة النزيف والانتناء للفتوق الكبيرة المجاورة للمرئ بفتحة المرئ بالحجاب الحاجز فإن التدخل الجراحى حتى بدون وجود أية أعراض أو مضاعفات ضرورى ، ولكن الفتوق الصغيرة وغير المصحوبة بأعراض أو مضاعفات لا تحتاج إلى أى تدخل جراحى ، ويكون التدخل الجراحى فقط عند وجود أعراض مضايقة أو مضاعفات .

أما علاج هذا النوع من الفتوق فيختلف عن الفتق المنزلق لكون منطقة الوصل بين المريء والمعدة لازالت ثابتة في مكانها تحت الحجاب الحاجز وكل ما يجب عمله هو إرجاع المعدة البارزة بالتجويف الصدرى وتضييق فتحة المريء بالحجاب الحاجز ، ونتيجة للخوف من إعادة انثناء المعدة فإن تثبيت المعدة يجب إجراؤه أيضا .

(ب) الفتق الخلفى الجانبى . فتق فتحة بوشداليك BOCHDALEK

فتق خلفى بالجزء الخلفى الجانبى للحجاب الحاجز هو أكثر فتوق الحجاب الحاجز عند الأطفال وحديثى الولادة ، وقد تظهر أعراض هذا الفتق كحالة تنفسية عاجلة حادة عند الولادة أو بعدها بقليل حسب كمية الأحشاء البارزة بالتجويف الصدرى والشذوذ الرئوية المصاحبة الأخرى ، وفى حالات نادرة تبقى هذه الحالة دون اكتشاف حتى فترة الطفولة المتأخرة أو فترة البلوغ ، وينتج هذا النوع من الفتوق بسبب عدم اكتمال اتحاد الغنايا البلورية الصفاقية فى الثلث الأول من فترة الحمل ، وعادة فإن آخر جزء يكتمل اتحاده هو الجزء الخلفى الجانبى ويسمى بالقناة الجنبية الصفاقية أو فتحة (بوشداليك BOCHDALEK) ، وقد يكون هذا الفتق مغطى بكيس صفاقى وقد يكون غير مغطى ، ويحدث هذا الفتق فى الجانب الأيسر أكثر من الجانب الأيمن .

وأعراض المرض قد تظهر عند البداية نتيجة عدم كفاية التنفس وقد يظهر المولود طبيعيا ويستمر حتى أكله للطعام وبلعه للهواء مما يتسبب فى انتفاخ الأحشاء البارزة ، ونتيجة لطول فترة وجود الأحشاء المعدية بالصدر فإن ذلك قد يتسبب فى توقف نمو الرئتين وعدم نضجهما ، وقلة تهويتهما مع زيادة الضغط الدموى الشريانى بالرئتين ، كذلك قد يكون التجويف البطنى صغير بحيث لا يتسع لهذه الأحشاء التى برزت منه للصدر أثناء فترة نمو الجنين .

أعراض المرض وسماته :

إزرقاق الوليد وزيادة سرعة التنفس مع زيادة الجهد المبذول للتنفس ، مع غياب رنين النصف الصدرى المصاب ، ويمكن ملاحظة تحرك محتويات المنصف باتجاه النصف الغير مصاب نتيجة للضغط المتسبب بالأحشاء البارزة ، وبالتصوير الإشعاعى يمكن الاستدلال على وجود أحشاء بطنية مملوءة بالهواء بالتجويف الصدرى ، وإذا لم

نتمكن من تأكيد التشخيص يمكن استخدام بعض الأوساط الغير منفذة للأشعة وإعطاءه للمريض لتناولها بالفم ومن ثم إجراء التصوير مجدداً .

العلاج :

لابد من إجراء العلاج الجراحي السريع حيث أن الفتق يهدد حياة الوليد ، وعن طريق التجويف البطنى ويتم بذلك إرجاع الأحشاء البارزة وإغلاق الفتحة كلية ، ثم البحث عن وجود أية تشوهات خلقية أخرى بالجهاز الهضمى وإذا تعذر إغلاق الفتحة نتيجة كبرها فيمكن استعمال بعض المواد الصناعية المخصصة لإغلاقها ، ويجب أيضا استئصال كيس الفتق بحذر ويجب درنجة جانبي الصدر وعدم إجراء التهوية للرنيتين تحت ضغط عالٍ .

(ج) فتق فتحة مورقاني MORGAGNI

وتسمى أيضا بالفتق الأمامى للحجاب الحاجز أو الفتق التحت قصى ، وسبب هذا الفتق غير معروف ، وقد يكون خلقى المنشأ ولو أنه فتق غير شائع بين الأطفال وحديثى الولادة ، فأغلب هذه الفتوق تكتشف فى مرحلة البلوغ ومعظمها تقع بالجانب الأيمن للحجاب الحاجز وقد تقع فى الجانبين معا ، وإذا حدث هذا الفتق عند حديثى الولادة فيشابه أعراضه تماما أعراض فتق الفتحة الخلفية الجانبية ، ولكن معظم هذه الفتوق بدون أعراض وتكتشف مصادفة عند إجراء تصوير صدرى للبالغين ، وتقريبا كل هذه الفتوق تغطيها أكياس صفاقية ، ومعظمها يحوى الثرب ، القولون ، جزء من الكبد ، الأمعاء الدقيقة والمعدة .

وتشخيصها واضح عند إجراء التصوير الاشعاعى بملاحظة أحشاء بارزة مملوءة بالهواء وإجراء تصوير الجهاز الهضمى العلوى أو القولون باستخدام وسط لا يسمح بمرور الأشعة يمكن التأكد من التشخيص .

العلاج :

حتى فى غياب أعراض مرضية فحال التأكد من التشخيص يجب إجراء العلاج الجراحي ، وذلك عن طريق فتح التجويف البطنى العلوى وإرجاع الأحشاء البارزة بجذبتها من تحت ثم إستئصال الكيس الصفاقي وإغلاق فتحة الفتق .

2- إرتفاع قبتى الحجاب الحاجز

EVENTRATION OF THE DIAPHRAGM

ارتفاع إحدى قبتى الحجاب الحاجز قد يكون خلقى أو مكتسب ، وقد يحدث فى أى سن ، وقد يكون ذلك نتيجة لشذوذ خلقى فى نمو الحجاب الحاجز أو العصب المغذى له أو نتيجة لإصابة عند الولادة أو بعدها للعصب المغذى للحجاب الحاجز أو للحجاب الحاجز نفسه ، وقد يؤثر ذلك على كمال إحدى القبتين وقد يكون التأثير على قبة الحجاب الحاجز جزئياً .

ومهما كان السبب فى ارتفاع قبتى الحجاب الحاجز فإن هذا الشذوذ يكتسب أهمية اكلينيكية فقط عندما يكون مصحوباً بأعراض أو عند عدم التمكن من تفريقه عن بعض الحالات الأخرى مثل تمزق الحجاب الحاجز وفتوق الحجاب الحاجز .

وأعراض ارتفاع قبتى الحجاب الحاجز تأتي من اعتراضهما لتهوية الرئتين ولهما نفس الأعراض المصاحبة للفتوق الكبيرة بالحجاب الحاجز عند الأطفال وحديثى الولادة . وعند هؤلاء الأطفال وحديثى الولادة المصابين بارتفاع إحدى قباب الحجاب الحاجز والذين تظهر عليهم أعراض الزرقة ، وصعوبة التنفس فإن التدخل الجراحى العاجل يصبح ضرورياً .

وتكون العملية الجراحية بإجراء تراكب وتداخل حواشى الحجاب الحاجز ، وإذا أدى الأمر فتستخدم بعض المواد الصناعية لتقوية قبة الحجاب الحاجز المصابة .

أما عند أولئك الذين يصعب لديهم إجراء أى تدخل جراحى فإنهم ينصحون عادة بإقلال الحركة ، وإنقاص الوزن ، والإقلال من نفخ البطن وحمل الأشياء الثقيلة .

أما عند الأطفال الكبار والبالغين فعادة ما تكون الأعراض أكثر شدة وتتطلب إجراء جراحى يتكون من ثنى الحجاب الحاجز ويفضل عن طريق فتح التجويف الصدرى .

3 - تمزق الحجاب الحاجز

ويعنى فقدان استمرارية الحجاب الحاجز نتيجة إصابات رضية خارجية أو إصابات قطعية أو نتيجة التهاب تحت أو فوق الحجاب الحاجز مثل خراج تحت الحجاب الحاجز أو خراج التجويف الجنبى ، أو إصابات مخترقة مثل إصابات الاعيرة النارية أو الآلات الحادة الأخرى ، مما يتسبب فى بروز الأحشاء البطنية بالتجويف الجنبى .

ومهما كان سبب التمزق فيلاحظ حدوثه أكثر بالجانب الأيسر ، وتتناسب عادة أعراضه مع نوع وكمية الأحشاء البطنية البارزة بالتجويف الجنبى . وتختلف هذه الأعراض اختلافا كبيرا ، فبينما لا توجد أى أعراض تذكر فى بعض الحالات تكون الأعراض مهددة للحياة فى حالات أخرى ويسرعة بعد الإصابة ، ومضاعفاتها عادة ما تكون نزيف بالجهاز الهضمى وإنسداد د الأمعاء مع فتوق كبيرة وضيق بالجهاز التنفسى والقلب .

وبالتصوير الاشعاعى البسيط يمكن ملاحظة وجود أحشاء مملوءة بالغازات فوق الحجاب الحاجز مع ملاحظة تحول محتويات المنصف للجانب غير المصاب ، وإذا تم تصوير الجهاز الهضمى بوسط مانع لمرور الأشعة يمكن التأكد من التشخيص (شكل 2/1) وبإمرار أنبوب معدى عن طريق الأنف يمكن التأكد من بروز المعدة للتجويف الجنبى وكذلك يمنع تمدد المعدة ويقلل من مضاعفات ذلك .



(شكل 2/1)

العلاج :

الفتوق الناتجة عن التمزق الحاد بالحجاب الحاجز يجب معالجتها عن طريق التجويف البطنى ، وذلك لنتمكن من معالجة أية إصابة بالأحشاء البطنية المصاحبة لتمزق الحجاب الحاجز وكذلك بسهولة إرجاع الأحشاء البارزة بالتجويف الصدرى ، وإغلاق تمزق الحجاب الحاجز . أما إذا كان التمزق قديماً فإن العلاج عن طريق التجويف الصدرى يمكن بسهولة فصل الأحشاء البطنية اللاصقة بالأعضاء الصدرية ويمكن بعد ذلك إرجاعها وإغلاق التمزق بالحجاب الحاجز ، ونادراً ما يحتاج إلى فتح التجويفين البطنى والصدرى .

4 - رذب المريء ESOPHAGEAL DIVERTICULUM

تعتبر رذب المريء أحد أهم إصابات المريء التى تسبب عرقلة عمله ، وقد تكون لهم عواقب وخيمة إذا أهمل علاجهم .

والرذب التقليدي بالمريء يعتقد أنها مكتسبة تنتج إما عن بروز الغشاء المخاطى المبطن للمريء خلال منطقة ضعف بالطبقة العضلية بجدار المريء وتسمى « بالرذب البارزة » ، أو عن الشد المتسبب من التهابات مزمنة بالغدد اللمفية المجاورة للشعب الهوائية وتسمى « الرذب المشدودة » ويجب تفريق هذه الحالات المكتسبة من تلك الرذب الخلقية النادرة بالمريء أو ازدواج المريء أو بعض حالات السرطان التى لها وصل ناصورى بجدار المريء .

(أ) رذب منطقة وصل البلعوم والمريء PHARYNGO ESOPHAGEAL

أعراض وسمات المرض :

معظم أنواع رذب المريء حدوثاً تلك التى تبرز بمنطقة الوصل بين البلعوم والمريء ، ونموذجياً تقع هذه الرذب بالجدار الخلفى لهذه المنطقة فى خط الوسط ، وتبرز بين الألياف العضلية المائلة للعضلة السفلية القابضة للبلعوم ، وهى بالتأكيد رذب مكتسبة أو هى نادراً ما تحدث قبل سن الثلاثين من العمر ، وعادة ما تحدث بعد سن الخمسين ،

ونتيجة للضغط المتكرر وتأثير الجاذبية الأرضية وموجات التمعج بالمرى فإن كيس دائري متدلى مملوء بالمواد المهضومة يبدأ فى التكوين تدريجياً ويدس نفسه بين المرى وفقرات الرقبة بالعمود الفقري . وفى الحالات الشديدة قد يصل الرذب حتى المنصف ، ونتيجة لموضع عنق الرذب أعلى من صمام المرى العلوى فإنه لا يوجد أى مانع لمنع الارتجاع الذاتى بالبلعوم مما يتسبب فى شفت السوائل الراجعة للجهاز التنفسى خاصة عند النوم والاستلقاء مما ينتج عنه التهاب بالشعب الهوائية والرئتين .

والاحساس بإعاقة البلع فى منطقة الرقبة هو أهم أعراض المرض ، ويشعر المريض عند الشرب بأصوات قرقرة ضاجحة بالحلوق وارتجاع لجزء من الأكل المهضوم حديثاً تجويف الفم وهذا الطعام غير كامل الهضم ولكن قد يكون له رائحة كريهة ، وقد يصاحب هذا الارتجاع كحة مباشرة بعد الأكل أو عند الاستلقاء وقد توفى المريض من تومه .

وإذا أهملت هذه الحالات فىصبح الأكل بطيء ومجهد مع ألم بالبلع وارتجاع وكحة ، وفى الحالات الشديدة يكون مصحوباً بتعب ، وسوء تغذية وبحة وأمراض رئوية متفححة .

وقد يتم الشك فى هذا المرض من مجرد معرفة تاريخ المرض ولكن تأكيد ذلك لا يتم إلا بعد التصوير الإشعاعى للمرى أو استخدام منظار المرى .

العلاج :

أى رذب بهذه المنطقة يحتاج لعلاج جراحى ولكن هذا العلاج يجب أن يقارن مع المضاعفات والأمراض التى يخلفها هذا المرض قبل مباشرة علاجه ، وإذا كان المريض مصاباً بأمراض رئوية فيجب علاجها وكذلك علاج الرذب قبل إنتظار شفاء أمراض الرئتين ، كذلك حالات سوء التغذية يجب أن لا تكون سبب فى تأخير العلاج حيث أن العلاج يجعل البلع سهل ويساعد على علاج سوء التغذية .

ولعل أكثر الطرق فعالية فى علاج الرذب هى استئصاله خاصة فى الرذب كبيرة الحجم أما الصغيرة فىمكن علاجها بقطع العضلة الحلقائية البلعومية (CRICOPHARYNGEUS) ، وهى عمليات ناجحة وأهم المضاعفات بعد العمليات هى

ناصر المريء وكثيرا ما يشفى تلقائيا ، وشلل الحبال الصوتية مؤقتا أو دائما ، وقد يتكرر حدوث الرذب في نفس المكان في عدد قليل من العمليات .

(ب) رذب المريء فوق الحجاب الحاجز EIPHRENIC

لا توجد أية إصابة حميدة بالمريء لم يتم فهمها لردح طويل من الزمن مثل رذب المريء فوق الحجاب الحاجز ، وهي كذلك رذب مكتسبة وتحدث عادة عند البالغين . وكما يشير اسمها فرذب المريء فوق الحجاب الحاجز تحدث في الجزء السفلي من المريء الواقع بالتجويف الصدري ونموذجيا لمسافة 10 سم أعلى الفتحة القلبية للمعدة ، وقد تقع أعلى من هذا المستوى داخل التجويف الصدري .. وهي تشابه رذب المريء بمنطقة الوصل بين البلعوم والمريء ، فهي رذب بارزة ، فهذه الرذب أساسا فتق وتكيس مكون من الغشاء المخاطي والطبقة تحت مخاطية بارز خلال الطبقة العضلية بجدار المريء وقد يغطي الرذب طبقة رقيقة جدا من الألياف العضلية وعادة ما تكون هذه الطبقة غير ملاحظة وتكتشف فقط بالفحص المجهري .

وقد يتصاحب هذا النوع من الرذب مع اضطراب حركة المريء وفتوق فتحة المريء بالحجاب الحاجز أو التشنج العام بالمريء وفشل انبساط العضلات الناعمة بالجزء السفلي من المريء ، التهاب المريء أو تضيقه ، وقد يظهر الرذب بمفرده دون مصاحبة أى مرض آخر .

وفي حوالي 15 - 20% فقط من حالات رذب المريء فوق الحجاب الحاجز تظهر أعراض هامة إكلينيكية . فمعظم حالات هذه الرذب إما لا أعراض لها أو مصحوب بأعراض بسيطة بحيث أنها لا تتطلب أى اهتمام جراحى .

أعراض المرض :

إذا وجدت أعراض فعادة ما تكون إنسداد المريء ، احتباس بالمريء ، وإرتجاع للطعام المبلوع ، وقد يحدث التهاب بالشعب الهوائية والتهاب متقيح بالرئتين ولو أن ذلك أقل حدة من رذب منطقة الوصل بين البلعوم والمريء ، وتتميز الأطعمة الراجعة بأنها غير كاملة الهضم وتحوى اللعاب وبالتصوير الاشعاعى للمريء باستخدام وسط غير منفذ

للأشعة يمكن التأكد من وجود وموضع هذا الرذب البارز وكذلك أية أعراض أخرى مصاحبة له ، كذلك باستخدام منظار المريء بحذر يمكن التوصل إلى التشخيص .

العلاج :

علاج معظم هذه الرذب علاج للأعراض المصاحبة ، فالرذب الغير مسبب لأعراض أو المسبب لأعراض بسيطة لا يتطلب أى علاج جراحى والعلاج الجراحى يصبح ضرورى فقط إذا كانت الأعراض متقدمة وشديدة أو إذا تطلب أحد الأمراض المصاحبة تدخلا جراحيا .

أما زيادة حجم الرذب فى حد ذاتها فلا تعدو كونها سبب نسبى للتدخل الجراحى .. وعند إجراء العملية الجراحية فإن التدخل الجراحى عن طريق التجويف الصدرى يجب القيام به لإستئصال الرذب وإصلاح أية أمراض مصاحبة أخرى . ومن المضاعفات التالية للعملية الجراحية تكرار الرذب .

(ج) الرذب المجاورة للشعب الهوائية PARABRONCHIAL رذب وسط المريء MIDESOPHAGEAL

حسب مايشير الاسم ، تقع هذه الرذب فى الثلث الأوسط من المريء مجاورة للشعب الهوائية ، وهى من النوع المشدود لأنها عادة ما تكون بسبب التهابات الغدد اللمفية بالمنصف ولكنها قد تحدث فى أى موضع آخر بالمريء ولو أن ذلك قليل الحدوث ، وهى عبارة عن شدوذ مثلية بالمريء وهى عادة صغيرة الحجم ، ولا أهمية اكلينيكية لها فى معظم الحالات ، وهى لا تؤدى إلى أية أعراض بالمريء ولا تحتاج لأى نوع من العلاج ، فإذا وجدت أية أعراض فعادة ما تكون لأسباب أخرى لا علاقة لها بهذه الرذب . ولكن هذه الرذب قد تكون مكان لحدوث بعض المضاعفات مثل صعوبة البلع ، التهاب المريء ، النزيف ، ثقب المريء ، تقيح التجويف البلورى ، التهاب غشاء التأمور ، أو تكون ناصور بين المريء والحنجرة .

وإذا كانت هذه الرذب متسببة فى أعراض صعبة فإن استئصال هذه الرذب هو العلاج الناجع . وعلاج الناصور بين المريء والشعب الهوائية أو الحنجرة يعالج أيضا بالاستئصال وإغلاق هذا الوصل الغير طبيعى ، أما ثقب المريء وتقيح التجويف البلورى

والتهاب غشاء التامور فيعالج بإعطاء المضادات الحيوية المناسبة أو باستخدام الدرنية الجراحية .

5 - تمزق المريء وثقبه RUPTURE AND PERFORATION

ثقب وتمزق المريء يجب أن يعالج على أنه حالة عاجلة مهما كان سببه ، ورغم كل الجهود المبذولة لذلك فإنه لازال مصحوبا بنسب عالية من الوفاة والاعاقة ...

وأكثر ثقوب المريء تحدث نتيجة للمعدات والأدوات التي يستخدمها الأطباء داخل المريء مثل مناظير المريء والمعدة وموسعات المريء أو أى أنبوب آخر يستعمل للتشخيص أو العلاج . كذلك قد يكون سبب الثقب والتمزق تناول الأجسام الغريبة مصادفة أو نتيجة للاجهاد أثناء القيء خصوصا اذا كان المريء مصاب بمرض آخر ، وقد يحدث حتى فى حالات المريء السليم .

وقد يحدث تمزق المريء نتيجة للاصابة الخارجية بآلات حادة أو بعيار نارى ، وقد يحدث ثقب المريء وتمزقه فى أى موضع بالمريء خاصة فى أماكن تضيقه خاصة عند استخدام المناظير الصلبة ، كذلك يحدث التمزق بكثرة عند تضيق المريء لدخول فتحة المريء بالحجاب الحاجز ، أما وسط المريء فقليل ما يصاب بالثقب أو التمزق .. أما تمزق المريء نتيجة للاجهاد أثناء القيء فعادة ما تكون تمزقا طوليا نتيجة للارتفاع المفاجيء فى الضغط داخل المريء وليس نتيجة للارتفاع فى حد ذاته ولكن نتيجة حدوثه فجأة ودرجة لا يحتملها جدار المريء .

وكل ما يحدث بعد ثقب وتمزق المريء فهو نتيجة لتلوث المساحات المجاورة للمريء بالسوائل الهاضمة الآكلة ، الأطعمة ، والبكتيريا التى تؤدى إلى التهاب منتشر مع تقيح موضعى أو منتشر .. ومعظم ثقوب الجزء العلوى للمريء هى ثقوب خلفية تسبب تكوين خراج بمكان الثقب ويستمر حتى يصل المنصف ، أما ثقوب الجزء العلوى للمريء الأمامية فتسبب خراج مجاور للشعب الهوائية التى تتصل أيضا بالمنصف و ثقوب الجزء السفلى من المريء تكون عادة مجاورة للغشاء الجنبى ، أما الجزء البطنى من المريء فقليل ما يصاب بالثقب والتمزق ليوذى إلى التهاب صفاقى أو خراج صفاقى، ولا يجب أن يكون الثقب أو التمزق كبيرا حتى يحدث أعراض أو مضاعفات ولكن الثقوب الصغيرة كافية لاجداث تفاعلات موضعية وعامة ، والسوائل المتسربة عن طريق الثقوب تسبب

زيادة الصدمة إلى جانب الصدمة السمية البكتيرية من الالتهابات المتكونة ، وقد تتسبب لسوائل والهواء المتسرب من الثقوب في عرقلة عمل القلب والجهاز التنفسي .

أعراض المرض وسماته :

تعتمد الأعراض المصاحبة لثقب المريء وتمزقه على المكان الذي يحدث فيه هذا لثقب ودرجة الالتهاب الحادث عنه وعلى الأعضاء المجاورة له والتي يتم معها اتصال تجويف المريء نتيجة تمزق جداره ، ويعتمد تشخيص الثقب والتمزق على الاشتباه في التشخيص وأعراض وسمات المرض ، كذلك على التصوير الإشعاعي للمريء .. وأهم أعراض هي ألم ، حمى ، ألم البلع ، ضيق التنفس ، آلام بالعنق عند الفحص ، وبسماح بركات القلب يمكن ملاحظة وجود هواء بالمنصف سمة همان (HAMMAN) وصدمة أو زرقة قد تحدث مع تمزق الجزء السفلي من المريء .

أما التصوير الإشعاعي فقد يوضح وجود هواء بالرقبة أو التجويف الجنبى كذلك يمكن ملاحظة تحرك القصبه الهوائية للأمام مع اتساع المساحة تحت المريء واتساع المنصف العلوى مع وجود هواء بالمنصف أو استسقاء التجويف الجنبى مع أو بدون هواء بالتجويف الجنبى ، وباستخدام وسط مانع للأشعة وغير مثير للأنسجة ويمتص عن طريق الأنسجة يمكن التأكد من مكان التمزق ونادرا ما يستخدم المنظار للتأكد من التشخيص إلا إذا كان هناك جسم غريب بالمريء يتطلب إزالته .

العلاج :

العلاج الناجح لمعظم ثقوب وتمزقات المريء يتم عن طريق عمليات الاستكشاف العاجل وإغلاق الثقب ودرنجة المساحة المحيطة بالاصابة ، مع استخدام المضادات الحيوية والتغذية الوريدية المركزة ، ودعم عمل الجهاز الدورى والتنفسى ، وقد لا تحتاج الثقوب الصغيرة لإحاطة الثقب وإغلاقه ويتم الأكتفاء بالدرنجة ، ومضاعفات تمزق وثقب المريء قد تكون انتشار الالتهابات ، تكوين خراج موضعى أو منتشر ، ناصور بين المريء والحنجرة أو الشعب الهوائية أو ناصور المريء الخارجى ، ومعظم أنواع الناصور تغلق ذاتيا مع مرور الزمن خاصة باستخدام التغذية الوريدية المركزة .

6 - متلازمة بلمر فنسون PLUMMER - VINSON

وتصيب متوسطى العمر من النساء الذين فقدوا أسنانهم الطبيعية وضميرت الأنسجة المخاطية المبطننة لتجويف الفم لديهم ، مع تشابه أصابعهم لشكل الملاعقة ، وتكون أظافرهم هشّة مع تاريخ طويل من فقر الدم وصعوبة البلع ، وعادة ما يكون فقر الدم ناتج من نقص الحديد .

وباستخدام منظار المريء أو بالتصوير الاشعاعى يمكن تفسير صعوبة البلع عن طريق وجود غشاء ليفى يسد المريء جزئيا غير مركزى لمسافة عدة ملليمترات تحت العضلة البلعومية الحلقانية ، ولقد تم إثبات أن النقص الغذائى هو السبب فى ذلك ، ويتم معالجة هذه الحالات بإعطاء الحديد وتوسيع المريء خاصة بمكان وجود الغشاء المسبب لصعوبة البلع ، وقد تتم بعض التحولات السرطانية بالحلق أو المريء أو تجويف الفم .

7 - متلازمة مالرى وس MALLARY - WIESS

نزيف بالجهاز الهضمى بعد قىء متكرر وذلك بسبب تمزق طولى بالغشاء المخاطى المبطن لمنطقة الوصل بين المريء والمعدة ، ويحدث ذلك تماما مثل تمزق الجزء السفلى من المريء ، وذلك بسبب الجهد الكبير المبذول للقىء ضد صمام الفتحة القلبية المغلق ، وقد يكون هذا القىء بعد السكر أو بدونه .

واستخدام التصوير الاشعاعى ومنظار المريء يمكن التأكد من التشخيص ، ويجب الشك فى هذه المتلازمة فى جميع حالات النزيف من الجهاز الهضمى بعد القىء الغير معروف سببه .

ويبدأ العلاج بالطرق التحفظية ولكن إذا دعت الحاجة واستمر النزيف فإن التدخل الجراحى يصبح ضروريا ، وذلك عن طريق فتح التجويف البطنى وبعد ذلك يتم فتح المعدة وعن طريقها يمكن إخاطة الجزء الممزق وإيقاف النزيف . ونتيجة لمصاحبة هذه الحالة لارتجاع وجزر المريء فإن إجراء عملية لف الجزء العلوى من المعدة حول المريء لمنع أى فتق منزلق وكذلك لمنع ارتجاع وجزر المريء ضرورية .

8 - الناصور المكتسب بالمرىء :

قد يحدث ناصور بين المرىء والجهاز التنفسي ، الوثثن ، الوريد الأجوف العلوى والقلب وأكثر مسببات هذا الناصور هو الأورام السرطانية بالمرىء ، وعادة ما يعنى حدوث الناصور قرب نهاية المصاب .. وإذا حدث اتصال غير طبيعى بين المرىء والجزء الأسفل من الجهاز التنفسي فإنه يودى إلى كحة عند الأكل والشرب والتهاب رئوى وشعبى ، والأساس الجراحى لعلاج هذه الحالات هو استئصال هذا الوصل غير الطبيعى وإغلاق فتحة المرىء وفتح الجهاز التنفسي الغير طبيعيين مع وضع نسيج طبيعى بين هذين الفتحتين لمنع تكرار حدوث الناصور ، ويجب علاج أى انسداد بالمرىء أسفل موضع الناصور .

9 - الأكياس والأورام الحميدة :

قليلا ما يصاب المرىء بالأورام الحميدة والأكياس ، ولكن لهم أهمية اكلينيكية ليس فقط لضرورة تفريقهم عن غيرهم من الأمراض الخطرة بل لأنهم ، وفى بعض الأحيان قد يتسببون فى أعراض مرضية هامة وقد يهددون حياة المصاب بالخطر .

وأهم الأورام الحميدة هو ورم العضلة الناعمة " LIEOMYOMA " وإذا كان هذا الورم صغيرا فإنه نادرا ما يتسبب فى أية أعراض ، ومعظم هذه الأورام تحدث فى النصف السفلى من المرىء ، معظمها ينشأ خارج الغشاء المخاطى المبطن للمرىء ، ويمكن علاجها بالاستئصال دون شق للغشاء المخاطى . والتصوير الاشعاعى للمرىء يساعد فى الوصول للتشخيص .

أما أورام العضلات الناعمة التى تنشأ فى منطقة وصل المرىء بالمعدة فعادة ما تكون كبيرة الحجم ، وتسبب غلق الفتحة القلبية للمعدة وعلاجها يتطلب استئصال كل منطقة وصل المرىء بالمعدة وإعادة وصل المرىء والمعدة مع أخذ الاحتياطات لعدم قطع العصب الحائر ، ولمنع انسداد الوصل ومنع إرتجاع وجزر المرىء ومضاعفاته .

والأكياس قليلا ما توجد بالمرىء وفى الأطفال وحديثى الولادة قد تتسبب فى أعراض نتيجة ضغطها على المرىء أو ضغطها على الشعب الهوائية أو الحنجرة ، ومعظم هذه الأكياس يمكن إزالتها دون شق للمرىء .

أما السليلة المخاطية " POLYPS " فقد تحدث أيضا بالمريء ، وقد تكون مخاطية ، غضروفية ، دهنية ، دهنية ليفية أو ليفية مختلطة ، وبعض السلائل المخاطية المرجلة تعطى صوراً إشعاعية لأجسام تملأ حيزاً بالمريء ، وقد تكون هذه الأرجل طويلة والأورام شبيهة بالسيجارة بحيث أنها قد تلاحظ راجعة بتجويف الفم ، ومعظم هذه الأورام يمكن استئصالها باستخدام المنظار أما الكبيرة منها فتحتاج لفتح المريء واستئصالها .

10 - سرطان المريء :

الرجال أكثر عرضة لسرطان المريء من النساء ، ويكثر وجود سرطان المريء بشرق آسيا ومنطقة اسكندنافيا ، وبالرغم من أن سببه غير معروف إلا أن المصابين بفشل إنبساط بالفتحة القلبية للمعدة ، والتهاب المريء الآكل أكثر عرضة للإصابة ، كذلك المدخنين والمدمنين على الخمر وكذلك الحال بالنسبة للمصابين بمتلازمة بلمرفنسون ، وردب المريء ، وبالرغم من أن غالبية الأورام السرطانية التي تصيب المريء تنشأ في أنسجة ظهارية قشرية إلا أن سرطان منطقة الفتحة القلبية للمعدة عادة ما ينشأ في الغشاء المخاطي المغلف للمعدة أي ظهاري متعامد ، وقد يكون مختلط ، أما أنواع السرطان الأخرى فنادرة مثل سرطان العضلات الناعمة السرقيومي LEIOMYOSARCOMA ، وهذه عادة ما تكون خارج الغشاء المخاطي المبطن للمريء ولها خاصية التقرح والتعظم ، وقد تظهر هذه الأورام السرطانية ككتلة نسيجية سريعة النمو تسبب انسداد المريء وقد تظهر كأورام سطحية متقرحة وقليلاً ما تتسبب في انسداد المريء وقد تظهر كأورام سرطانية تنتشر عن طريق الأوعية اللمفية للغدد اللمفية العنقية ، وقد تنتشر مباشرة أو عن طريق الأوعية الدموية ، وقد تنتشر للغدد اللمفية بالمنصف أو الغدد فوق الحجاب الحاجز أو الغدد الفوق ترقوية ، وقد تصل الكبد عن طريق الدم أو اليرنتين أو العظام .

أعراض وسمات المريء :

صعوبة البلع هو أول وأهم الأعراض ولو أنه يحدث فقط عندما يصيب السرطان حوالى نصف إلى ثلثي محيط المريء ، وتبدأ صعوبة البلع مع الأغذية الصلبة وتستمر لتشمل السوائل وحتى اللعاب مما ينتج عنه جرع غير محتمل ، مع تقدم انسداد المريء ، وقد يحدث التهاب رئوى نتيجة لسحب السوائل الراجعة بالمريء داخل الجهاز التنفسي ،

والبلع المؤلم من مؤشرات حدوث سرطان المريء ، وقد يوجد فقر دم ولكن النزيف الشديد قليل الحدوث . وبالتصوير الاشعاعي للمريء يمكن الوصول للتشخيص دون شك فهو يوضح وجود الورم السرطاني غير المنتظم داخل تجويف المريء وعلى العكس من الأورام والاصابات الحميدة التي تسبب ضيق مزمن بالمريء مما يحدث اتساع في الجزء أعلى التضيق فإن التضيق المتسبب من أورام سرطانية عادة ما يحدث بسرعة كافية لا تعطى وقت كاف لحدوث اتساع بالمريء . ويجب عمل منظار المريء في جميع الحالات التي يشك في وجود سرطان بها وذلك لأخذ عينة وتحديد نوع السرطان وتحديد الحدود العليا للنمو ، كما يجب عمل منظار للحنجرة والشعب الهوائية لمعرفة مصاحبة إصابتهما لسرطان المريء .

العلاج :

يوجد نوعان من العلاج فقط وهما الإستئصال الجراحي ، والعلاج الإشعاعي ، ويمكن إعطاء جرعة من العلاج الإشعاعي ومتابعة ذلك بالإستئصال الجراحي ، فإن ذلك يعطى نتائج أفضل ، ويتكون العلاج الجراحي من إستئصال المريء واستبداله بأنبوب معدى أو بجزء من القولون إذا كان ذلك غير ممكن .