

المعدة GASTER " الاثنى عشر " DUODENUM

- 1 - نظرة تاريخية .
 - 2 - تشريح المعدة والاثنى عشر .
 - 3 - التركيب المجهرى للمعدة .
 - 4 - نشوء وتكون المعدة .
 - 5 - وظائف المعدة .
 - 6 - أمراض المعدة والاثنى عشر .
- 1 - القرحة الهضمية :
 - (أ) القرحة الهضمية بالاثنى عشر .
 - (ب) القرحة الهضمية بالمعدة .
 - 1 - التهاب المعدة الحاد المتقرح .
 - 2 - القرحة المعدية المزمنة .
 - 3 - متلازمة « زولينغر اليسون » .
- 2 - التهاب المعدة :
 - (أ) التهاب المعدة التآكلي .
 - (ب) التهاب المعدة المتضخم .
 - (ج) التهاب المعدة الضامر .
 - 3 - تدلى الغشاء المخاطى المبطن للمعدة .
 - 4 - التمدد المعدى الحاد .

- 5 - إنفناء المعدة .
- 6 - الأجسام الغريبة بالمعدة .
- 7 - أورام المعدة .
- (أ) الأورام الحميدة .
 - 1 - السلائل المخاطية .
 - 2 - أورام العضلات الناعمة .
 - 3 - الورم الدهنى .
 - 4 - المعقد المنتبذ .
- (ب) الأورام السرطانية .
 - 1 - الورم الغدى السرطانى .
 - 2 - الورم اللمفى السرطانى .
 - 3 - ورم العضلات الناعمة .
 - 8 - تمزق وإصابة الاثنى عشر .
 - 9 - رذب الاثنى عشر .
 - 10 - المعقد الدائرى .
 - 11 - ضغط الأوعية الدموية على الاثنى عشر .
 - 12 - الأمراض الأخرى التى قد تصيب الاثنى عشر .

1 - نظرة تاريخية

سنعرض بإيجاز للتطور التاريخي للعمليات التي أجريت على المعدة خاصة فيما يتعلق بأهم مرضين يصيبان المعدة وهما القرحة الهضمية وأورام المعدة .

وبداية تطور العمليات الجراحية على المعدة وقرحها الهضمية كان تجريبيا وعندما تقدمت المعارف حول طبيعة وظائف المعدة مرّ تطور جراحة المعدة بطفرة هامة ، وأول عملية جراحية أجريت على المعدة ونالت قبول واسع وكانت من أبسط العمليات لعلاج القرحة الهضمية هي عمل تفمّم بين المعدة والأمعاء الدقيقة ، ولقد وصفها ولفر WOLFER أحد زملاء بيلروت BILROTH سنة 1881 م ثم ونتيجة لسهولة إجرائها أصبحت العملية المثلى التي تجرى في معظم المراكز الجراحية بالعالم ، وسرعان ما ظهرت عيوبها خاصة في تكرار القرحة الهضمية في مكان التفمّم الأمر الذي أدّى بالجراحين إلى التفكير في البديل ولو أن هذه العملية استمرت حتى 1950 م وهي عملية معتمدة عند بعض المراكز الجراحية العالمية .

وأول من فكر وقام باستئصال جزء من المعدة كان العالم بيلروت BILROTH في مدينة فيينا عام 1881 م عندما قام باستئصال ورم سرطاني تسبّب في غلق الفتحة البوابية للمعدة ، وقام بعمل تفمّم بين المعدة والاثني عشر ، وفي عام 1882 م قام فون رايديجر VON RYDIGER بإجراء استئصال لجزء من المعدة لعلاج قرحة هضمية بها ، ولكن معظم عمليات استئصال المعدة لم تعدوا استئصال الفتحة البوابية للمعدة حتى عام 1940 م ويفضل تقدم الوسائل الجراحية تم إدخال مصطلح استئصال معظم المعدة ليعنى إزالة حوالي ثلثي إلى ثلاثة أرباع المعدة ، وبعد عملية الاستئصال يتم إرجاع إستمرارية الجهاز الهضمي عن طريق تفمّم المعدة والاثني عشر مباشرة أو عملية بيلروت رقم 1 (BI) أو عن طريق إغلاق نهاية الاثني عشر وعمل تفمّم بين المعدة والجزء الأول من الصائم JEJUNUM ، وتسمّى بعملية بيلروت رقم 2 (BII) ، ومنذ سنة 1930 م أصبحت عمليتي بيلروت خاصة الثانية مفضلة لدى الكثير من الجراحين في جميع أنحاء العالم واستمرت لعقدين من الزمن العلاج القياسي للقرح الهضمية .

ولقد أوضح العالم دراغستدت " DRAGSTEDT " أن سبب القرحة الهضمية بالاثني عشر ترجع إلى كثرة إفراز الأحماض من المعدة ، وأرجع سبب نجاح علاج القرحة

لهضمية باستئصال المعدة عن أنه إنقاص للإفراز المعدي لهذه الأحماض ، ونتيجة لمعرفة السائدة بأن العصب الحائر يزيد من إفراز الأحماض المعدية ، اتضح أهمية إنقاص إثارة المعدة بالعصب الحائر لعلاج القرحة الهضمية ولأن عملية تفريغ المعدة تتم عن طريق انقباض تجويف المعدة وحيث أن قطع العصب الحائر يوقف هذه المضخة تفريغ المعدة مما ينتج عليه طول بقاء المعدة مملوءة دون تفريغ فلقد أضاف دراقسندت عملية درنجة المعدة بعمل تفمم بين المعدة والأمعاء الدقيقة ، ثم جاء هنريك ميكوليكس HENINEK MIKULICZ .. وقام بإجراء درنجة المعدة عن طريق قطع طولى بجدار الاثنى عشر والفتحة البوابية للمعدة وإعادة إخطته عموديا لتوسيع فتح البواب وتسهيل تفريغ المعدة .. هذه الدرنة قام بتعديلها الجراح (واينبرج WEINBERG) ، وقد واجهت عملية قطع العصب الحائر والدرنجة كعلاج للقرحة الهضمية بعض المعارضة فى البداية ، ولكن سهولتها وقلة الوفيات نتيجة لها جعلت الكثيرين يستخدمونها ، ولكن تكرار القرحة المعدية بعدها وكثرة الاصابة بالاسهال كذلك زيادة نسبة الاصابة بحصى المرارة أوضح أنه حتى الآن لا توجد العملية المثلى لإجراء علاج جراحى للقرحة الهضمية .

وبالتقدم الهائل فى استخدام الأشعة واستخدام المناظير أصبح من الممكن التأكد من تشخيص القرحة الهضمية بالمعدة والاثنى عشر ، كذلك معرفة الأورام الحميدة والسرطانية ، وأمكن أيضا أخذ عينة من هذه الإصابات وفحصها مجهريا للتأكد من نوع المرض وإتخاذ العلاج المناسب له .

ولعلاج الأورام السرطانية بالمعدة فإن استئصال المعدة وعمل تفمم مع الأمعاء الدقيقة من العمليات كثيرة الاستعمال سواء عملية بيلروت الثانية أو عملية هوفمايستر HOFMEISTER والتي أول من أجراها كان فون ايزلبرج VON EISELSBERG سنة 1888م والتي يتم فيها إغلاق جزء المنحنى الأصغر من الجزء المتبقى من المعدة بعد استئصال أغلبها وعمل تفمم بين جزء المنحنى الأكبر للمعدة والصائم وعملية بوليا POLYA التي تتكون من تفمم نهائى جانبي بين المعدة والصائم والتي نشرها سنة 1911م أمّا الاستئصال الكلى فأول مرة قام بها بنجاح شلاتر SCHLATTER عام 1897م ، ويقدم سنة 1940م عند إدخال المضادات الحيوية وإعطاء الدم والتحسن فى الوسائل التخديرية والتقنية الجراحية ساعد كل ذلك فى الإقلال من الوفاة بعد العمليات الجراحية ، ثم اعتماد

استئصال كل المعدة لعلاج الأورام السرطانية إلا أن متابعة المرضى الذين أجريت لهم هذه العمليات أعطت نتائج ليست مرضى عنها مما جعل استئصال ثلثي أو ثلاثة أرباع المعدة أكثر قبولا ، وفي الوقت الحاضر فإن إستئصال كل المعدة يعمل فقط لبعض الحالات التي يمكن استئصال الورم مع وجود الورم في كل المعدة وعدم وجود أى انتشار لهذا الورم خارج المعدة .

2 - تشريح المعدة والاثني عشر

المعدة أكبر أجزاء الجهاز الهضمي اتساعا وتمددا وتبدأ من نهاية المريء وحتى الاثني عشر ، وجراحيا تقسم المعدة إلى قبة FUNDUS وجسم المعدة BODY وتجوف المعدة ANTRUM .. قبة المعدة أعلى يسار منطقة وصل المريء بالمعدة ، ويوجد بالمعدة منحنى أصغر يكون حدودها اليمنى والعليا ، ومنحنى أكبر يكون حدودها اليسرى والسفلى ، وفي حوالى منتصف جسم المعدة ، وفي المنحنى الأيسر توجد زاوية تسمى بالزاوية الناتئة ويستمر جسم المعدة من قبة المعدة وحتى الخط الوهمى المزسوم من الزاوية الناتئة وحتى المنحنى الأكبر للمعدة والمنطقة تحت هذا الخط الوهمى هى تجوف المعدة والذي يستمر حتى الفتحة البوابية للمعدة والتي يمكن لمسها على أنها حلقة عضلية غليظة وتتميز بوجود وريد خارجى ظاهر يسمى وريد مايو MAYO ، وتوجد الفتحة القلبية للمعدة على يسار الفقرة الصدرية العاشرة من العمود الفقري وتوجد الفتحة البوابية إلى يمين خط الوسط بين الفقرتين البطنييتين الأولى والثانية من العمود الفقري ، وتدعم المعدة عن طريق الكبد بواسطة الرباط الكبدي المعدى ويستمر من الكبد حتى المنحنى الأصغر للمعدة ، والمنحنى الأكبر للمعدة يبلغ ثلاثة أضعاف طول المنحنى الأصغر والذي يدعم عن طريق الرباط المعدى الطحالى ، وتنتهى المعدة بفتحة البواب عندما يبدأ الاثني عشر ، وينقسم الاثني عشر إلى أربعة أجزاء الجزء العلوى ، الجزء النازل ، الجزء المستعرض والجزء الصاعد ، ويشغل الجزء الأول من الاثني عشر ارتفاع الاثني عشر وهو متسع قليلا ويتميز الغشاء المخاطى المبطن له بعدم وجود الثنيات المستديرة ، وتدخل القناة الصفراوية الرئيسية للمعد مباشرة تحت ارتفاع الاثني عشر وتستمر بداخل رأس المعقدة ، وتصب هى وقناة المعقد فى الجزء النازل من الاثني عشر عند اختراقهما لجداره الأوسط فى حوالى منتصفه فى حلمة الاثني عشر ، عضلة فاطر العاصرة .

أما الأوعية المساريقية العليا فتبرز من تحت المعقد لتمر أمام الجزء الثالث من الاثنى عشر ، أما الجزء الرابع من الاثنى عشر فيصعد حتى منطقة وصل الاثنى عشر بالصائم والتي تتعلق بجدار الجسم الخلفى برباط ترايتز TREITZ .

الدم المغذى للمعدة والاثنى عشر :

المعدة غنية التغذية بالدم ويوجد عدد لا يحصى من الاختلافات فى تنظيم الأوعية الدموية المغذية للمعدة والاثنى عشر ، وتتغذى المعدة بشكل رئيسى عن طريق ستة شرايين هى :

الشريانيين المعديين الأيمن والأيسر يغذيان منطقة المنحنى الأصغر للمعدة ، الشريانيين المعديين المتعلقين بالثرب الأيمن والأيسر يغذيان المنحنى الأكبر ، الشريان الطحالى يغذى منطقة قبة المعدة عن طريق الشرايين المعدية القصيرة الشريان المعدى للاتنى عشرى يغذى منطقة البواب ثم يعطى الشريان المعقدى الاثنى عشرى العلوى والذى يغذى بعد ذلك الجزء العلوى من الاثنى عشر .

الشريان المعقدى الاثنى عشرى السفلى الذى يعتبر فرع من الشريان المساريقى العلوى ويغذى الجزء السفلى من الاثنى عشر .

التغذية العصبية للمعدة والاثنى عشر :

يغذى العصب الحائر المعدة وهو من الجهاز جار الودى العصبى ، ويثير المعدة لتتحرك ولتفرز أحماض الهضمين والمعديين ، ويعطى كلا جذعى العصب الحائر الأيمن والأيسر عدة أفرع وهما أفرع غير ثابتة كما يعطى العصب الحائر الأيسر فرع كبدى وهذا بدوره يرسل فرع منه لتغذية منطقة البواب المعدى ويقية العصب الحائر الأيسر يغذى الجدار المعدى الأمامى . أما العصب الحائر الخلفى فيعطى فرع كبير للضفيرة العصبية الحشوية ويقية العصب يستمر لتغذية الجدار الخلفى للمعدة ..

وينتهى كلا العصبين كعصبى لاترجى LATERJET الأمامى والخلفى ليقومان بمهمة تغذية جدارى تجويف المعدة الأمامى والخلفى بالترتيب .

الدرجة اللمفية للمعدة :

وهي تتبع التغذية الدموية للمعدة ، فاللمف المجمع من الجزء العلوى للمنحنى الأصغر للمعدة يصب فى الغدد اللمفية المعدية اليسرى والغدد المجاورة للفتحة القلبية للمعدة ، أما الجزء السفلى للمنحنى الأصغر فيصب اللمف المجمع منه فى الغدد اللمفية الفوق معقدية ، واللمف المجمع بأعلى المنحنى المعدى الأكبر فيتجه للغدد اللمفية المعدية المتعلقة بالثرب اليسرى ، والغدد اللمفية الطحالية . أما اللمف من منطقة أسفل المنحنى المعدى الأكبر فيتجه للغدد اللمفية المعدية السفلى والغدد اللمفية التحت بوابية .

3 - التركيب المجهري للمعدة والاثني عشر

- يتكون جدار المعدة من أربعة طبقات : الغشاء المخاطى ، والطبقة تحت المخاطية ، الطبقة العضلية والغشاء المصلى . ويوجد بالمعدة خلايا لها وظائف متخصصة مثل :
- 1 - الخلايا الجدارية للمعدة : وهى التى تكون وتفرز حامض الهيدروكلوريك والعامل المعدى الفعلى .
 - 2 - الخلايا المعدية الرئيسية : تكوّن وتفرز خميرة الهضمين فى صورة خاملة وليس فى صورة فعالة .
 - 3 - الخلايا الكاسية المعدية : تكوّن وتفرز المخاط .
 - 4 - الخلايا الظهارية : تفرز السائل الخارج خلوى ، الذى لا تفرزه الخلايا الجدارية .
 - 5 - خلايا المعدين : وتوجد بخاصة فى جوف المعدة وهى تكون وتخزن وتفرز المعدين .
 - 6 - الخلايا الثديية : وتخزن الهيبارين والهستامين ومواد أخرى لها فعالية فى حركة الأوعية الدموية .
 - 7 - الخلايا الفضية : أى التى لها خاصية الانجذاب للفضة عند صبغها وتوجد ببقية المعدة ووظيفتها غير معروفة وقد تقوم بتخزين بعض الخمائر الهاضمة .

ويتكون الغشاء المخاطي المبطن لقبة المعدة من غدد أنبوبية عميقة تبطن سطحيا بخلاياظهارية وتحتوي في أجزائها الداخلية خلايا جدارية مميزة وخلايا رئيسية وخلايا فضية ، أما الخلايا بالجاردار المخاطي المبطن للمنطقة حول الفتحة القلبية للمعدة فنشابه تلك التي توجد بتجويف المعدة ماعدا ملاحظة عدم وجود خلايا المعدين بها . أما الغدد البوابية أى غدد منطقة الفتحة البوابية للمعدة فتتكون من أنابيب متفرعة تبطن في غالبيتها بخلايا مخاطية ، ويعتقد بأنها مكان تكوين المعدين وتخزينه .. ومنطقة الوصل بين تجويف المعدة وقبتها لا يمكن تمييزها بمجرد النظر ولكن عن طريق استخدام مظهر الحموضة للغشاء المخاطي بعد إثارة إفراز المعدة بميز سرعة وبحدة بين الخلايا المفرزة للأحماض أى الخلايا القبية والخلايا المعتدلة أى الخلايا الجوفية .

4 - نشوء وتكون المعدة والاثني عشر

تبرز المعدة كانتفاخ مغزلي الشكل من الجزء العلوى للجهاز الهضمي فى الأسبوع الرابع لتكون الجنين ، ومع نمو المعدة يتم دورانها بحيث يصبح يسارها للأمام ويمينها للخلف ، أما الاثنى عشر والذي كان فى البدء معلق بين المساريقا الخلفية والأمامية يلف أيضا بحيث يصبح الجزء الثانى منه تحت الغشاء الصفاقي ويطوق رأس المعقد فى شكله النصف دائرى C .

5 - وظائف المعدة والاثني عشر

المعدة مسئولة عن بدء تكسير وهضم المواد المأكولة ، ولعل موضعها فى الجزء العلوى الأيسر للتجويف البطنى تحت القبة اليسرى للحجاب الحاجز يسمح بالتمدد الحر لجزءها العلوى أو لقبتها ذات الجدار الرقيق والذي يستقبل ويخزن الأطعمة الصلبة والتي تصله من المرئ ، أما الجزء السفلى الغليظ من المعدة والذي يحوى جداره كمية أكبر من الأنسجة العضلية ، تجويف البطن ، فيطحن ويخلط الأطعمة ويرجعها للخلف لقبة المعدة وذلك لانقاص حجم أجزاءها ولزيادة تكسيرها وهضمها ، وتمر الأجزاء الصغيرة (أصغر من 2 مم) للأمام للاثنى عشر ليتم هضمها وإمتصاصها عن طريق العصارات الهاضمة بالأمعاء الدقيقة ، والجزء السفلى من المعدة محاط بحزام غليظ من العضلات الناعمة الدائرية مكونة ما يسمى بصمام الفتحة البوابية للمعدة وهذا الصمام يمنع ارتجاع وجزر

محتويات الاثنى عشر للمعدة ويساعد فى تفريغ المعدة وذلك عن طريق انبساطه عندما ينقبض جوف المعدة انقباضاً دافعا للكمة من الطعام ..

ونتيجة لتبطن قبة المعدة بنسيج ظهارى متخصص مفرز لحمض الهيدروكلوريك والهضمين ، والعامل المعدى الفعلى ومشاركة الغشاء المخاطى للتجويف البطنى فى عملية إفراز الأحماض المعدية عن طريق إفراز مادة تثير إفراز المعدين بالدم ، وهذا الحدث يتم بمساعدة العصب الحائر الذى يفرز مادة الاسيتايلكولين والذى ينظم عن طريق حموضة تجويف البطن .

إفراز المعدة مكون من إفرازات جدارية وأخرى غير جدارية ، فالخلايا الجدارية تفرز عصير يحوى 150 - 170 مم مكافىء من يد + لكل لتر ، بين 165 - 170 مم مكافىء كل - لكل لتر ، و7 مم مكافىء بو + لكل لتر ، ولا يحوى أى كمية من الصوديوم، أما الافراز غير الجدارى فهو مماثل للسوائل الخارج خلوية ، فالأيون الموجب الرئيسى بها هو الصوديوم حيث تحوى تقريبا 150 مم مكافىء لكل لتر ولا يوجد بها الهيدروجين ، وعليه فإن التركيز الحامضى بالمعدة يعتمد على معدل إفراز الخلايا الجدارية ، ويعتقد بأن كمية الافراز تتناسب طردياً وكمية الدم المغذى للغشاء الظهارى المبطن للمعدة .

والافراز المعدى إما ذاتى ويحدث فى الفترات التى تفصل بين الوجبات أو إفراز مثار يحدث نتيجة للأكل .. ويقسم هذا النوع من الافراز إلى مراحل :

1 - مرحلة الرأس :

ويثار فيها الافراز بالنظر أو الشم أو مضغ الطعام بتأثير نواة العصب الحائر بالنخاع المستطيل .

2 - المرحلة المعدية :

ويثار فيها الافراز نتيجة وجود الطعام بالمعدة ، ونتيجة لاحتكاكه المباشر وضغطه على جدار المعدة ، والوسيط العامل فى هذا الافراز هو هرمون المعدين .

ويثار فيها الإفراز نتيجة وجود الطعام بالأمعاء الدقيقة .

وجميع هذه المراحل ليست منفصلة ولكنها متصلة بل ومتداخلة ، وقد يؤثر أحدهما في الآخر .

وعليه ، فيمكن اعتبار المعدة كعضوين ، يكون الجزء العلوي منها كمخزن ومكان هضم للطعام ، ويكون الجزء السفلي منها مكان لتخليط الطعام وتفريغ المعدة ، وتلعب كل المعدة دور إفراز العصائر المعدية .

أما الشبع فهو الشعور بالاكْتفاء بعد الأكل ، ولكن عند المضايين بالسمنة المفرطة هذا الشعور لا يأتي إلا بعد أن يكونوا قد تناولوا كمية من الطعام أكبر كثيرا من حاجتهم .. أما التحكم في الشهية فقد يكون وراثيا ، ثقافيا ، نفسيا ، أو بتأثير المحيط أو بالعوامل الطبيعية ، وكل هذه العوامل تلعب دورا في كمية الأكل التي نتناولها ، ومعظم مضاعفات لشذوذ في التحكم في الشهية تكون سببا في حدوث السمنة المفرطة أكثر منه في حدوث سوء التغذية :

6 - أمراض المعدة

1 - القرحة الهضمية :

القرحة الهضمية بالمرىء ، المعدة والاثني عشر تعتبر من أكثر أمراض الجزء العلوي بالجهاز الهضمي انتشارا ، ولقد لاقى القول المأثور : « لا أحماض لا قرح ، قبول كبير منذ أن اكتشف بيومونت عام 1833م أن بإمكان المعدة إفراز حامض الهيدروكلوريك .. وبينما لا يشكل هذا الحامض عادة العامل الوحيد أو العامل الرئيسي لمتسبب في القرحة الهضمية فإنه مركب هام في حدوث هذه القرحة ، وأساس علاج القرحة الهضمية بالمعدة والاثني عشر هو مراقبة الحموضة داخل تجويف المعدة والاثني عشر وذلك عن طريق معادلة الحموضة أو منع إفراز الأحماض .

(أ) القرحة الهضمية بالاثني عشر :

القرحة الهضمية بالاثني عشر أحد أهم الأمراض المنتشرة والتي تعزى لاضطراب وظائف المعدة ، وذلك لأنه يعزى للأحماض المعدية على أنها تلعب الدور الأساسي في تكوين القرحة ، فمن المعروف أن المرضى الذين لا يفرزون حامض الهيدروكلوريك من النادر أن يصابوا بالقرحة الهضمية وأن معظم المصابين بزيادة إفراز حامض الهيدروكلوريك بسبب ورم المعدن بالمعقد ، متلازمة زولينغر / اليسون ، يصابون بقرحة هضمية خطيرة ومع ذلك فإن المصابين بالقرحة الهضمية بالاثني عشر قد لا يكون لديهم زيادة في إفراز حامض الهيدروكلوريك ، ولهذا السبب فإن دور الأحماض في تكوين القرحة لا يزال غير مفهوم فهما كاملا . وقد تحدث القرحة الهضمية الحادة بالاثني عشر بسبب الاضطرابات النفسية أو الاجهاد الطبيعي .. وعليه فالعوامل المؤدية للقرحة الهضمية بالاثني عشر عديدة وتحتوي عوامل مسببة كالأحماض المعدية والمعدن وعوامل حامية أو مانعة مثل الإفرازات الاثني عشرية القلوية كالصفراء والعصارة المعقدية وإفرازات الاثني عشر من غددة برونر BRUNNER ، وخلايا الاثني عشر الظهارية كالهيدروجين والبيكربونات وهرمون المفرزين المانع للإفرازات المعدية .

والقرحة الاثني عشرية ليست سرطانية المنشأ إلا في حالات نادرة جداً .

أعراض وسمات المرض :

تصيب القرحة الهضمية الرجال أكثر من النساء ، وعادة ما يكون المريض في سن البلوغ عند الإصابة ، وعادة ما يكون المصاب من المجهدين ، المدخنين والمدمنين على الكحول ، ولو أن الدور الفعلي لكل أو أحد هذه العوامل غير ثابت في تكوين القرحة الهضمية بالاثني عشر ، وقد يكون هناك أيضا عاملا وراثيا في حدوث هذه القرحة .

1 - ألم البطن : أهم أعراض القرحة الهضمية بالاثني عشر هذا الألم البطنى المزعج الحاد أحيانا بالمنطقة الشرسوفية خاصة عند الجوع ، وعادة ما يكون الألم محتمل ويسهل على المصاب السيطرة عليه بشرب الحليب أو تناول القلويات ، وعادة ما يوقظ هذا الألم المصاب في الساعات الباكرة من الصباح ، ونتيجة لسهولة السيطرة على الألم لا يذهب المريض للطبيب حتى يكون المرض قد استمر معه لفترة سنوات ، ولألم صفة التقطع ، فهو يعاود المريض على فترات متباعدة قد تصل لأشهر ، وله خاصية التناوب الفصلى فيكثر في الربيع والخريف دون أى سبب لذلك ، وقد يعاود الألم مع كل فترة من

الاجهاد ، وإذا أصبح الألم ثابتاً أى دائم وصعب السيطرة عليه بشرب الحليب أو تناول القلوبيات فإن ذلك علامة اختراق القرحة عمق جدار الاثنى عشر ، أما حدوث آلام الظهر بعد ذلك فقد تعنى اختراق القرحة ووصولها للمعقد ، أما الآلام فى عامة البطن وعادة ما تكون حادة فهى إشارة إلى ثقب القرحة داخل التجويف الصفاقى .

2 - النزيف : لا غرابة فى أن يكون أحد أهم أعراض القرحة الهضمية الاثنى عشرية نزيف الجهاز الهضمى ، حيث أن جدار الاثنى عشر غنى بالأوعية الدموية المغذية خصوصاً الجدار الخلفى ، ولذلك فمعظم القرح الهضمية الاثنى عشرية النازفة تقع فى الجدار الخلفى للاثنى عشر وعادة ما تصيب الجزء الذى يمر منه الشريان المعدى الاثنى عشرى أو أحد فروعها ، ولكن معظم هذه القرح سطحية ولا تصل لهذه الشرايين وإذا صاحبها نزيف فعادة ما يكون بسيط وقد يظهر فقط تغيير بلون البراز « براز أسود اللون » .

3 - الانسداد : نتيجة للقرحة الهضمية بالاثنى عشر ، فقد يحدث بطء فى تفرغ محتويات المعدة مما ينتج عنه غثيان وقيء ، وقد تكون هذه الأعراض نتيجة لتشنج الاثنى عشر أو نتيجة لانسداد تفرغ المعدة بسبب الكتل الالتهابية ، ونتيجة للقيء فقد يفقد المريض سوائل من جسمه بحيث يصاب بالجفاف ، ونقص البوتاسيوم ، وقلوية الدم نتيجة لفقدان السوائل المعدية الغنية بالهيدروجين والكلور ، والبوتاسيوم .

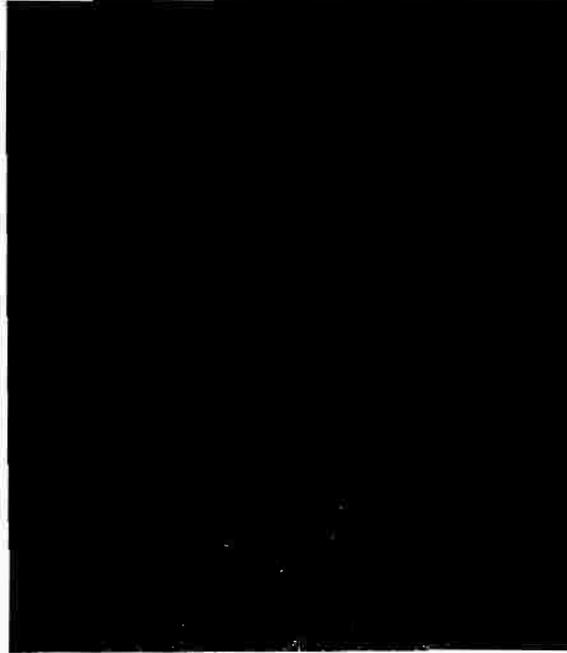
ونتيجة لأن القرحة الهضمية بالاثنى عشر عادة ما تكون مزمنة مع تكرار النوبات ومع تكرار الشفاء والرجوع مما قد يتسبب فى تضيق ندبى لتجويف الاثنى عشر مما قد يتسبب فى قيء غير مؤلم لكميات كبيرة من الأكل غير كامل الهضم لمرتين أو ثلاثة مرات يومياً ، وعادة ما تكون المعدة متسعة بشدة وفاقدة للنشاط العضلى بجدارها ، وقد يصاحب هذا الانسداد فقد فى الوزن وسوء تغذية .

4 - إنتقاب وإختراق القرحة الهضمية بالاثنى عشر : يصاحب إنتقاب وإختراق القرحة الهضمية بالاثنى عشر محاولات من الثرب الكبير والأعضاء البطنية المجاورة لاحتواء هذا الثقب ومنع تسرب محتويات الاثنى عشر للتجويف الصفاقى ، ولكن إذا حدث هذا الثقب فى التجويف الصفاقى ، وهذه الحالة اكلينيكية درامية تتميز بألم بطنى شديد وعام بالبطن ، حمى ، سرعة نبض القلب ، جفاف أو انسداد معوى ، وهذه الحالة يجب أن تعالج على أنها حالة جراحية عاجلة .

تشخيص القرحة الهضمية بالاثني عشر :

عن طريق تاريخ المرض والفحص الطبي يمكن الاستدلال على هذه القرحة ، وباستخدام المنظار المعدى الاثنى عشرى واستخدام التصوير الاشعاعى يمكن الاستدلال بواسطة استخدام وسط غير منفذ للأشعة عن وجود القرحة ، ويمكن كذلك معرفة عمق اختراق وأى تغيرات فى شكل تجويف الاثنى عشر .

وإذا كانت القرحة منفجرة أو منتقبة فإن فحص البطن وأخذ تاريخ المرض يشير إلى ذلك ، ويجب ملاحظة وجود رنين الدق على منطقة الكبد الذى يكون غائبا فى الأحوال الطبيعية ، وبالتصوير الاشعاعى البسيط للمريض وهو واقفا يمكن الاستدلال على وجود الهواء تحت القبة اليمنى بالحجاب الحاجز شكل (1 / 2) .



شكل (1 / 2)

العلاج :

(أ) العلاج الدوائى :

إذا كانت الآلام بسيطة وغير مصحوبة بأى أعراض أخرى فإن محاولة العلاج بمضادات الأحماض أو باستخدام الأدوية المانعة لافراز الأحماض قد يكون كافيا لإزالة هذه الأعراض ، والوصول للشفاء الكامل ، ولو أن العلاج الدوائى للقرحة الهضمية بالاثني عشر

عشر مبنى على فرضية أن هذا المرض مزمن غير قابل للشفاء الكامل ، وعليه فإن العلاج يوجه للسيطرة على الأعراض وإزالتها في أوقات النوبات الحادة ، ولعل هذا الهدف قابل للتحقق على أحسن ما يمكن باستخدام « السيميتدين CIMETIDINE » لمدة ستة أسابيع بجرعة 300 مجم ثلاثة مرات بالنهار وجرعة مضاعفة 600 مجم قبل النوم ، وهو من موانع إفراز الهيدروجين يد 2 ولقد ظهر الآن جيل جديد من موانع إفراز الهيدروجين يد 2 . الرانيتدين RANITIDINE وهو أكثر فعالية من السيميتدين وأقل منه في إحداث تأثيرات غير مرغوب فيها ، وحديثاً فإن الأومبرازول OMEPRAZOLE في متناول الأطباء لوصفه لمرضاهم ، وسيكون لكل هذه المستحضرات ليس فقط فضل إزالة الأعراض ولكن سيكون لها إمكانية منع ارتجاع هذه الأعراض ، وقد تتمكن عن طريق المعرفة لخواص وطبائع وطرق عمل هذه الأدوية لمعرفة الطريقة التي تحدث بها هذه القرحة .

(ب) العلاج الجراحي :

دواعي التدخل الجراحي للقرح الهضمية بالاثني عشر ..

- 1 - إنتقاب وإنفجار القرحة الهضمية .
- 2 - النزيف الشديد من القرحة الهضمية .
- 3 - إنسداد الفتحة البوابية للمعدة .
- 4 - الألم البطني غير المحتمل .
- 5 - رغبة المصاب بعدم الاستمرار لفترة طويلة في تناول المستحضرات الطبية .

ويهدف التدخل الجراحي ، لوقاية المريض من خطر انفجار القرحة ، نزيفها الشديد وانسداد الاثنى عشر وكذلك لشفاء المرض ومنع تكراره .

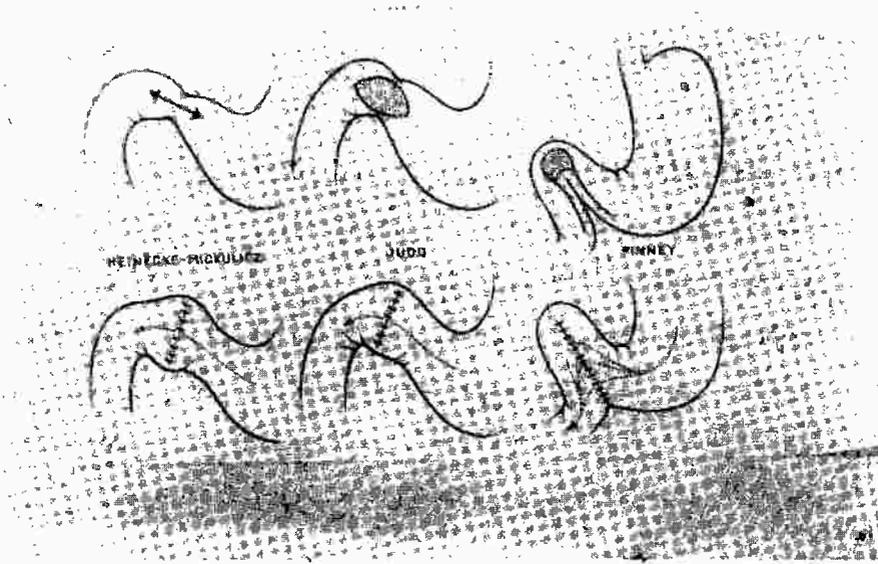
ولعلاج انتقاب وانفجار القرحة الهضمية بالاثني عشر يجب الإسراع لإجراء العملية الجراحية ولا يجب تأخيرها إلا من أجل إعطاء السوائل والأملاح وبعض العناصر التي يكون قد فقدتها الجسم نتيجة لهذا المرض خاصة البوتاسيوم والكلوريد ، وتكون العملية الجراحية والتي يتم إجراءها عن طريق 3 - 4 غرز توضع بالطبقة المصلية العضلية وتمرر خلال الثقب ، وبعد ذلك يوضع جزء من الثرب فوق الثقب الذي تم إغلاقه ويثبت الثرب بغرزة أو اثنتين ، بعد ذلك يتم إجراء غسيل التجويف الصفاقي ، أما إجراء أى

عملية جراحية غير ذلك فموضع جدال ، وإذا كان ذلك مطلوباً فإن الإجراء الأحسن هو قطع جذعى للعصب الحائر وعمل طريقة HENNEKE - MIKULIEZ هينك - ميكولكز لدرنجة المعدة وإسراع تفريغها .

أما علاج القرحة النازفة والتي نزيفها سريع وغير ممكن التحكم فيه بالأدوية وإعطاء الدم ، وهذه القرحة عادة ما تكون بالجدار الخلفى للاثني عشر ، فبعد إرجاع حجم الدم إلى طبيعته ، ومباشرة بعد فتح البطن ، يقوم الجراح بفتح المعدة وبالتحديد في منتصف الجدار الأمامى في آخر 3 سم من المعدة وأول 2 سم من الاثنى عشر ، هذا القطع يمكن الجراح من رؤية القرحة ورؤية الوعاء الدموي النازف الذى يمكن إيقاف نزيفه بالضغط عليه بأصبع السبابة الأيسر ، بعد ذلك يتم ربط الوعاء النازف بإمرار غرزة حريرية تحته وبعد ذلك يتم وضع غرزة أخرى بحيث تكون إحدى الغرز فوق والأخرى تحت مكان النزيف وذلك لضمان إغلاق الشريان النازف وقد يكون ضروريا استخدام أربعة غرز في جميع جوانب النقطة النازفة ، وعملية ربط هذا الشريان ضرورية إذا أريد للنزيف أن لا يتكرر ، وتكمل العملية بإجراء قطع جذعى للعصب الحائر وتوسيع فتحة البواب بالمعدة كعملية درنجة تصريف للمعدة ، أما عملية استئصال جزء من المعدة فلا يجب إجرائه في معظم هذه الحالات .

أما إنسداد الفتحة البوابية نتيجة للقرحة الهضمية فإنه يعالج بقطع العصب الحائر مع عملية درنجة تصريف للمعدة بعملية تجميلية للفتحة البوابية للمعدة بإحدى الطرق الموضحة بالشكل (2/2) أو عمل تفهم بين المعدة والأمعاء الدقيقة .

أما علاج الألم غير المحتمل وتلبية رغبة المريض الذى لا يريد استخدام الأدوية لفترة طويلة فليست دواعى ضرورية للتدخل الجراحى خاصة بعد التقدم فى استخدام الأدوية المانعة لإفراز الأحماض وسهولة استعمالها وفعاليتها وقلة مضاعفاتها ، ولكن مع ذلك تبقى بعض الحالات التى لا بد من إجراء عمليات لها وهنا يجب القيام باستئصال الأفرع الأولى من العصب الحائر (الاستئصال الاختيارى الدقيق) . وهذه أحسن العمليات الجراحية للقرحة الغير مصحوبة بمضاعفات (شكل 3/2) .



(شكل 2/2)



(شكل 3/2)

وهناك بعض الدلائل تشير إلى أن النساء أقل تحملاً لقطع جذعى العصب الحائر ، ولهؤلاء يكون البديل القيام بعملية قطع اختياري دقيق للأفرع الأولى فقط من العصب الحائر ، وهذه العملية تفي بالغرض حيث أنها تؤدي إلى إنقاص إفراز الأحماض المعدية ولا تحتاج إلى عملية درنجة للمعدة حيث أن عصب لا ترچى LATARJET الذى يغذى تجويف المعدة والفتحة البوابية يبقى ليؤدى وظائفه فى تفرغ المعدة . أما فى حالات قطع كل أفرع العصب الحائر المغذى للمعدة فيجب إجراء عملية درنجة للمعدة .. وهناك نوعان إما يعمل تفهم بين المعدة والأمعاء الدقيقة أو بإجراء جراحة تجميلية للفتحة البوابية للمعدة وهى ثلاثة أنواع عملية هنيك ميكولكز HENEKE-MIKULICZ ، فى FINNEY وجابولاي JABOULAY .

أما استئصال المعدة فيختلف حسب المساحة المستأصلة من المعدة ، فاستئصال تجويف المعدة يعنى استئصال الثلث الأخير واستئصال تجويف المعدة وجزء من جسم المعدة يعنى استئصال نصف المعدة ، واستئصال المعدة الجزئى يعنى استئصال ثلثى المعدة ثم الاستئصال المعدى ، ويعنى استئصال كل المعدة ، ماعدا فى حالات السرطان ومتلازمة زولينفر اليسون يجب محاولة المحافظة على المعدة قدر الامكان لتأدية وظائفها، وعندما يصبح ضروريا استئصال المعدة لقرح هضمية بالاثنى عشر أو بالمعدة وهى حالات نادر فان الجزء المتبقى منها قد يوصل بالاثنى عشر « عملية بيلروت الأولى » .. ولكن عند استئصال المعدة نتيجة إصابة سرطانية فإن الجزء المتبقى من المعدة يجب أن يوصل بالأمعاء الدقيقة « عملية بيلروت الثانية » وذلك لمنع انسداد التفهم إذا حدث وتكرر الورم السرطاني .

(ب) القرحة الهضمية بالمعدة :

1 - التهاب المعدة الحاد المتقرح :

من أهم أسباب نزيف الجزء العلوي بالجهاز الهضمي ، وأكثر إصابات المعدة حدوثاً ، وينتج عن إصابة الغشاء الظهاري المبطن للمعدة من بعض الأطعمة والافرازات المعدية ، ومما يزيد المشكلة حدة حدوثها مع بعض الأمراض الخطرة أو مصاحباً للإصابة الحرارية أو البكتيرية أو الصدمية ، وتأتي أهمية هذه الحالة للجراح من كون احتياجها للتدخل الجراحي أحياناً في مريض يعاني من إصابة أخرى خطيرة ، ولحسن الحظ فإن زيادة فهم طريق حدوث هذا المرض أدت إلى إيجاد عدة طرق لمنع حدوثه أو تقدمه . ويعزى طريقة حدوثه لزيادة إفرازات الأحماض ، الانتشار العكسي للهيدروجين يد + ويسمى أيضاً بالحاجز المعدى ، التغذية الدموية للغشاء المخاطي ، الإفراز المخاطي ، القلويات والمصد للتحث مخاطي ..

وهنا أيضاً ينطبق القول ، لاحامض ، لا قرحة ، حيث أن ذلك قد تم إثباته تجريبياً واكينيكيًا ، وهذا ما يشكل أساس علاج هذه الحالة في الوقت الحاضر ، ومع ذلك فإن الدور الفعلي للهيدروجين يد + كمسبب للتقرح غير معروف ، ومع أنه من المعلوم بأن الغشاء الظهاري للمعدة غشاء غير ممرر لأيونات الهيدروجين نسبياً وأي تغير لهذا المصد لأيونات الموجبة يؤدي إلى دخول أيونات الهيدروجين الموجبة يد + وخروج أيونات الصديوم الموجبة ص + ، البيكرويونات يدك أ 3 والماء يد 2 أ ، فتحطيم هذا المصد بمواد ضارة كالأسبرين والكحول أو الأملاح الصفراوية ، قد يؤدي إلى تقرحات حادة في الطبقة السطحية بالغشاء الظهاري للمعدة ، ويوجد الكثير من التفاعلات الواقية والتي تعمل للتغلب على ذلك ، فمثلاً تفرز الخلايا السطحية الظهارية المخاط والافرازات القلوية في محاولة لإزالة ومعادلة تأثير المواد المحطمة للمصد ومعادلة الأيونات الهيدروجينية الموجبة يد + عن طريق تخفيفه وجعله قلويًا ، وهذا الإفراز من الخلايا الظهارية السطحية يعتبر الخط الدفاعي الأول ضد أي إصابة خارجية .

أما الدم المغذي للطبقة المخاطية فهو الذي يغذيها بالحوية ويمكنها من الإفراز ومعادلة آثار الحموضة حتى ولو أنه في بعض حالات قلة الأكسجين والدم بالطبقة المخاطية لا تحدث بها تقرحات في حالة غياب الأحماض .

التشخيص :

نزيف الجزء العلوي من الجهاز الهضمي غير المؤلم هو المؤشر على وجود التهاب معدي حاد متفرح ، وقد يكون النزيف عن طريق الفم أو مختلطاً بالبراز ، والألم غير موجود ووجوده يعنى بدء اختراق القرحة للجدار المعدي واستخدام منظار المعدة يمكن من التعرف على سبب النزيف ورؤية الالتهاب المتفرح إذا كان هو السبب .

العلاج :

يجب بدء العلاج بإعطاء سوائل عن طريق الأوردة ، والتحكم فى النزيف بطرق غير جراحية وعمل غسيل معدي بمحلول ملح أو ماء دافىء ، ويجب إفراغ المعدة من كل الدم الموجود بها ، وذلك لمنع عملية التحلل الدموى فى مكان النزيف الذى قد يحصل به التخثر الدموى ، كذلك لمنع زيادة إفراز الأحماض بتأثير الكتل الدموية المتواجدة بتجويف المعدة مما يؤدى إلى إفراز المعدين ثم إفراز الأحماض المعديّة .. وكذلك يتم إعطاء الدم عن طريق الوريد ، بهذه الطرق يمكن معالجة معظم الحالات .

وبعد ذلك يمكن إعطاء السيمتيدين 300 مجم بالوريد كل ستة ساعات أو بإعطاء مضادات الأحماض مباشرة بالمعدة لمعادلة أية أحماض موجودة بها ويمكن فحص حموضة المعدة كل ساعة للتأكد من فعالية ذلك ، وإذا استمر النزيف أو تكرر فإنه يمكن معالجة المريض باستخدام الكى بأشعة الليزر ، وإذا استمر النزيف رغم ذلك بحيث زاد احتياج الدم المعطى للمريض عن ثلاثة لترات فإن علاج الحالة يستدعى التدخل الجراحى .. ويتم ذلك عن طريق فتح البطن ، ولأن معظم هذه الالتهابات المتفرحة تحدث بقبة المعدة فإن فتح طولى كبير بالجدار الأمامى للمعدة يجب أن يفتح وعن طريقه يتم إفراغ المعدة من الدم ويتم فحص الغشاء المخاطى المبطن للمعدة للكشف مكان النزيف والتحكم فيه عن طريق غرز بشكل 8 وذلك للتأكد من ربط الوعاء الدموى النازف ، ويجب أن تربط كل نقط النزيف بذات الشكل ، بعد ذلك يتم قطع جذعى للعصب الحائر وتعمل درنجة (تصريف) للمعدة .

2 - القرحة الهضمية المزمنة بالمعدة :

طريق حدوث القرحة الهضمية المزمنة بالمعدة غير معروف ولكن العوامل التي لوحظت زيادة نسبة القرحة مع وجودها هي : كبر السن ، لأن هذه القرحة أكثر حدوثاً بعد 40 سنة من العمر ، وأكثر حدوثاً في النساء منه في الرجال 2 : 1 ، وتناول محطّات المصعد المعوي كالأسبرين ، وسوء التغذية .

ولقد تم إثبات أن الغشاء الظهاري المبطن لمعدة المصابين بالقرحة مسرب للهيدروجين المتأين يد + هذا الإثبات أدى إلى إفتراض أن إرتجاع الأملاح الصفراوية وبعض محطّات المصعد المعدي الأخرى من تجويف الاثني عشر قد يلعب دور هام في حدوث القرحة الهضمية المزمنة بالمعدة ، ولا يؤيد ذلك قلة زيادة القرحة الهضمية عند المرضى الذين تجرى لهم عمليات تفعم بين المعدة والأمعاء الدقيقة والتي عندها تغطي الأحماض الصفراوية تجويف المعدة باستمرار ، ولكن مما يؤكد أن الأحماض الهضمية هي سبب حدوث هذه القرحة هو شفاءها السريع باستخدام مضادات الأحماض أو قطع العصب الحائر حتى مع بقاء المكان المصاب دون لمس .

أعراض المرض :

نقص الشهية مع ألم بمنطقة البطن العليا خاصة بعد الأكل مصحوب بنقص في الوزن ، والألم الشديد قليل الحدوث إلا إذا كانت القرحة في نهاية التجويف المعدي أو بالفتحة البوابية للمعدة ، ولكن هذه القرحة تماثل قرحة الاثني عشر حيث تتصاحب مع زيادة إفراز الأحماض ، وتتميز هذه الآلام بوجودها بين الوجبات وسرعة زوالها بتناول مضادات الأحماض ، والنزيف الشديد ليس من سمات القرحة الهضمية بالمعدة ولكن وجود دم بالبراز عن طريق تغير لون البراز أو بتحليل البراز هو من السمات كثيرة الحدوث مع هذه القرحة ، أما انسداد المعدة والقىء والغثيان فهو نادر الحدوث ، وكثيراً ما يحدث سوء الهضم الذي يشعر به المريض نتيجة لبطء تفريغ المعدة بسبب وجود قرحة بها .

التشخيص :

تشخيص القرحة الهضمية بالمعدة يمثل مشكلة خاصة لأن الاصابات السرطانية والقرحة الحميدة تشترك في الكثير من الصفات الاكلينيكية والمرضية ، ويتطور استخدام

المناظير المعدية وأخذ عينات من الاصابات وفحصها عن طريق المناظير قلل الشك في التشخيص .. ومع ذلك فإن متابعة المريض المصاب بقرح معدية حتى بعد ثبات أنها قرح حميدة وذلك عن طريق استخدام التصوير الاشعاعى والمناظير من الأمور الهامة فى العلاج لاتاحة أخذ عينات أخرى من القرحة إذا استمر وجودها والفحص الخلوى لمحتويات المعدة أثبت أيضا جداره فى تأكيد التشخيص ، وتحليل محتويات المعدة من الأحماض أيضا مهم حيث أن غياب حامض الهيدروكلوريك عند إثارة المعدة إثارة شديدة باستخدام الهيستامين يعنى عدم وجود قرحة هضمية معدية والاعتقاد السائد بأن القرح الهضمية المعدية قد تتحول إلى قرح سرطانية غير صحيح فالقرح غير السرطانية تستمر كذلك دائما والقرح السرطانية تكون من بدايتها سرطانية .

التصوير الإشعاعى :

الازال تصوير المعدة باستخدام مادة الباريوم مهم فى تشخيص القرح الهضمية بالجزء العلوى للجهاز الهضمى ، وذلك بعد معرفة تاريخ المريض والفحص الاكلينيكي للمريض ، وهذا التصوير بسيط ، آمن ، وذو درجة عالية من الثقة فى أيدي أخصائى الأشعة ذوى الخبرة ، ويمكن أن نبدأ مباشرة باستخدام المنظار دون عمل أشعة للمعدة فكلما الإجراءات مكملة للآخر وإجراءها يتيح معرفة وجود مكان الاصابة واحتمالية كونها حميدة أو سرطانية ويعمل المنظار المعدى لزيادة التأكد وأخذ عينة لمعرفة التركيب المجهرى وطبيعة هذه الاصابة .

المنظار المعدى :

عن طريق المنظار يمكن التمييز بين القرح الحميدة والقرح السرطانية والقرح الحميدة تتميز بمظهرها المنتظم المشابه للقطع بآلة حادة مع قاعدة ناعمة وحدود مسطحة حادة .. أما القرح السرطانية فلها حدود غير منتظمة وأرضية خشنة مصابة بالتنكز ، وقد تظهر كالقرحة الحميدة فى بداية نشأتها ، ولهذا فأخذ عينة فى أكثر من مكان واحد أثناء إجراء المنظار أمر هام وضرورى .

العلاج :

العلاج الدوائى :

يبدأ علاج القرحة الهضمية الحميدة بالمعدة بمحاولة العلاج الدوائى ، ولسوء الحظ لا يوجد أى دواء بذاته خاص للقرحة المعدية ، حيث أن السبب غير معروف ، والاستخدام التجريبي لمضادات الأحماض للعلاج أثبت تعجيله بشفاء القرحة ، كذلك موانع إفراز أيونات الهيدروجين مثل السيميتيدين والرانيتيدين والأميرازول قد تكون مفيدة لشفاء القرحة ولو أنها لا تملك أية فعالية أكثر من مضادات الأحماض ، ولعله من الفائدة بمكان معالجة مريض القرحة الهضمية بالتغيير فى نوعية الأكل وذلك عن طريق الامتناع عن الخمر ، الأطعمة الحارة والوجبات الكبيرة والتي قد تساعد فى زيادة الأعراض وصعوبتها وذلك بسبب البطء فى إفراغ المعدة ، ولذلك فسته وجبات صغيرة يوميا أحسن نظام غذائى للمصاب بالقرحة المعدية ، كذلك يجب إيقاف تعاطى الاسبرين والمواد الهادمة للمعدى المعدى الأخرى خلال فترة علاج القرحة ..

ولعل بعض حاميات الخلايا مثل البروستاغلاندين هـ PROSTAGLANDIN E قد يلعب دورا فى حماية الأشخاص الذين يفرض عليهم تعاطى المواد الهادمة للمعدى المعدى كالاسبرين لفترة طويلة ، من حدوث القرحة لديهم ولو أن ذلك لا يزال مثار بحث وتجريب .

العلاج الجراحى :

لسوء الحظ فإن بعض القرحة المعدية حتى ولو أنها حميدة فإنها لا تشفى تماما بعد ستة أسابيع من العلاج ، مما يتطلب إيواء المريض للمستشفى وإعادة تقييم الحالة ومراقبة متابعة الدواء تحسبا للتغيير الذى قد يتطلبه علاج المريض .

دواعى العلاج الجراحى .. يصبح العلاج الجراحى مطلوباً فى الحالات الآتية :

- 1 - النزيف المستمر .
- 2 - انفجار القرحة والتهاب الصفاق الحاد .
- 3 - الانسداد المعوى .
- 4 - عدم امتثال القرحة للشفاء .
- 5 - تكرار القرحة بعد شفاؤها .
- 6 - أى شك فى كون طبيعة القرحة سرطانية .
- 7 - مصاحبة القرحة المعدية للقرحة الاثنى عشرية .

وإذا كانت القرحة المعدية مصحوبة بقرح اثني عشرية فإنه يجب استئصال التجويف المعدى مع القرحة المعدية وقطع جذعى للعصب الحائر ، ويجب مراعاة ذلك فى أية قرح معدية حيث أن قرح التفم بعد إجراء العملية تزيد عن 50% إذا لم يراعى القطع الجذعى للعصب الحائر .

ولعل أكثر عملية جراحية تنال أكثر قبول للقرح الهضمية المعدية الحميدة بالمنحنى المعدى الأصغر هى استئصال الجزء السفلى من المعدة « التجويف » ليشمل الاستئصال القرحة وعمل تفم بين المعدة والاثني عشر ، وذلك منعا لارتجاع الأحماض الصفراوية للمعدة وحدوث التهابات المعدة ، قلة الحديد ومتلازمة الأنبوب المعدى المورّد ، وتكرار القرحة ومضاعفاتها قليل بعد إجراء هذه العملية فى غياب قرح الاثني عشر أو الأورام السرطانية التى لم تكتشف أثناء ذلك .

أمّا القرحة التى تقع فى أعلى المعدة أو قرب منطقة وصل المرىء بالمعدة فهى إمّا تستأصل موضعياً أو تبقى مكانها مع قطع جذعى للعصب الحائر وعمل تقويم للفتحة البوابية بالمعدة لتسهيل تفرغها .

أمّا القرحة الكبيرة أكبر من 4 سم فى كبار السن فتمثل معضلة جراحية حيث أن المصابين عادة ما يكونون مصابين بأمراض أخرى صعبة ، يجب إيواء هؤلاء للمستشفى وإعطاء التغذية الوريدية المركزة واستخدام العلاج الدوائى بدقة لمدة ستة أسابيع ، فعادة ما تتناقص القرحة وقد تشفى تماما . وتجرى بعد ذلك عملية جراحية إذا تطلب الأمر .

أمّا القرحة التى تحدث فى نهاية التجويف المعدى السفلية أو بفتحة البواب المعدى فتعالج تماما مثل قرح الاثني عشر حيث أنهم يماثلون القرحة الاثني عشرية تماما فى أسبابهم وأعراضهم .

3 - متلازمة زولينغر اليسون

ZOLLINGER - ELLISON SYNDROME

إن وصف علاقة أورام المعقد ومرض التقرح الشديد الذى قام به زولينغر واليسون عام 1955م قد فتح عهد جديد فى دراسة وعلاج القرحة الهضمية ، ولقد كانت

ملاحظتهما قبل إكتشاف المعدين وخصائصه وإمكانية قياس كمية وجوده بالدم ، حيث كانت آنذاك المناظير المعدية فى بداية تقدمها وكان العلاج الدوائى للقرح الهضمية مركزا على مضادات الأحماض . ولقد تمّ الحصول على قدر كبير من المعلومات عن القرح الهضمية عن طريقه الدراسة التى أجراها زولينغر واليسون ووصفوا بها متلازمة زولينغراليسون هذا المرض المميز بقرح هضمية اثنى عشرية خطيرة ، زيادة كبيرة فى إفراز الأحماض المعدية ، وورم بالمعقد مع ارتفاع بنسبة المعدين بالدم ، وحتى فى انحالات التى لا يكون فيها ارتفاع المعدين كبيرا لسبب غير معروف فإنه يمكن بسرعة رفعه عن طريق حقن الكالسيوم أو المفرزين وريديا ، وهذه الزيادة تعتبر مؤشر وجود ورم معقدى مفرز للمعدين ، وهذا الورم المعقدى الذى وصفه زولينغرو اليسون هو ورم حقيقى وقد يمكن وجود انتشار له للكبد أو للغدد اللمفية القريبة للمعقد ، ولحسن الحظ فإن نمو هذا الورم بطيئا ، ويعيش المريض به عقودا من العمر بعد اكتشافه وليس شهورا أو سنوات كما هو الحال فى بعض أورام الجهاز الهضمى الأخرى ، وقد يكون لهذا المرض أسس وراثية .

اعراض المرض وتشخيصه :

يصاب المريض بأعراض القرح الهضمية بالأثنى عشر مع إسهال ، وبفحص الدم يمكن ملاحظة ارتفاع نسبة المعدين أو يمكن ملاحظة ارتفاع نسبة المعدين بالدم بعد حقن الكالسيوم أو المفرزين بالوريد ، وبذلك نتمكن من تفريق هذه المتلازمة عند انسداد المرء أو بقاء جزء من الغشاء المخاطى المبطن للمعدة بالنهاية العليا للأثنى عشر عند إجراء استئصال المعدة عملية بيلروت الثانية لعلاج القرح الاثنى عشرية حيث أنه فى هاتين الحالتين يمكن ملاحظة بعض الارتفاع فى نسبة المعدين بالدم ، ولكن بعد حقن الكالسيوم أو المفرزين بالدم يلاحظ انخفاض نسبة المعدين بالدم وبالتصوير الاختيارى نشريان الحشوى العلوى فإنه قد يمكن اكتشاف ورم المعقد المفرز للمعدين .

كذلك فإن التصوير الاشعاعى للمعدة باستخدام الباريوم قد يكون ذو فائدة ، فقد بوضح أن المعدة متسعة مع تعلق بالغشاء المخاطى المبطن لها ، ويلاحظ أن الباريوم داخل المعدة مخفف نتيجة لزيادة الإفرازات .

العلاج :

لقد مر علاج متلازمة زولينغرواليسون بتغيرات درامية بعد اكتشاف مصدات إفراز أيونات الهيدروجين يد 2 كالسيميدين الذى يعطى بجرعة 600 مجم لأربعة مرات يوميا ، فإن لذلك فعالية كبيرة فى علاج هذه المتلازمة ، إلا أن ذلك لا يعالج المشكلة الرئيسية وهى ورم المعقد إلى جانب أنه يلاحظ بعد فترة من العلاج أن المريض لا يستجيب جيدا للعلاج كما كان فى بداية العلاج ، ولحسن الحظ وجد أنه بقطع الأفرع الأولى للعصب الحائر تزيد حساسية الاصابة للدواء وكذلك تقل كمية الحامض المفرز . وعادة ما يكون الورم صغيرا بنهاية المعقد ويمكن استئصاله جراحيا وبذلك نصل إلى الشفاء الكامل .

ويجب عدم إجراء استئصال اجزاء من المعدة لعلاج هذا المرض لأن لذلك مضاعفات وخيمة ، وإذا تطلب الأمر التدخل الجراحى فإن إستئصال كل المعدة وعمل تقم بين المرئ والصائم على شكل Y هو الإجراء الآمن ويمكن احتماله من المريض المصاب بهذا المرض .

2 - التهابات المعدة :

(أ) التهاب المعدة التآكلى " CORROSIVE GASTRITIS "

نتيجة لتناول حامض أو قلوبى قوى قد يحدث إصابات بالمعدة أو المرئ ، ولعل تناول الصودا الكاوية وكربونات الصوديوم والتي تدخل فى صناعات مواد الغسيل يبقى أهم مسبب لهذه المشكلة ، ومع تقدم الوعى ، وتقدم طرق حفظ وتعليب هذه المستحضرات قلل من تناولها مصادفة . وشرب هذه المحاليل بكميات كبيرة لمحاولة الانتحار يؤدى إلى التهاب تآكلى بالمرئ والمعدة ، وقد يؤدى شفاء هذه الالتهابات إلى تضيق المرئ وانسداد المعدة ولكن إنفجار المعدة لا يحدث كثيرا نتيجة لذلك .

أما تناول أحماض قوية كحامض الكبريتيك أو حامض الهيدروكلوريك قد يؤدى إلى ثقب كل جدار المعدة ، ويجب إجراء فحص بالمنظار المعدى وذلك لمعرفة مدى الاصابة ، وحال التأكد من وجود منطقة كبيرة من المعدة مصابة بالنكرزة فإن إجراء عملية جراحية لإستئصال الجزء المصاب يصبح ضروريا .

(ب) إنتهاب المعدة المتضخم " HYPERTROPHIC GASTRITIS "

وهو مرض التهابي نادر يصيب الغشاء الظهاري المبطن للمعدة ، ويسمى أيضا بمرض مينتراير " MENETRIER " ، ويتميز بوجود ثنايا متضخمة في الجزء العلوي من المعدة ، وفي المرض المتقدم يظهر بشكل السليلة المخاطية POLYP والفحص المجهرى لهذه الاصابة يوضح أنه ناتج من تضخم الغدد المعدية بالغشاء الظهاري المبطن للمعدة وكذلك زيادة حجم الطبقة تحت مخاطية ، وتنتج أعراضه نتيجة لفقد كميات كبيرة من بروتينات البلازما والتي في الأحوال الطبيعية لا تمر خلال هذه الغدد والخلايا ، وسبب هذا الفقد غير معروف ، ويمكن علاج معظم هذه الحالات دون الحاجة لإجراء جراحى ، ويجب أن يوجه العلاج للتغذية الجيدة مع التحكم في الأعراض خاصة الألم المعدى الذى يشعر به معظم هؤلاء المصابين ، وإذا أهمل علاج هذا المرض فإنه قد يؤدي إلى نقص البروتينات بالدم مع اضطراب بوظائف الكبد ، استسقاء البطن ، واستسقاء بالأطراف ، وفي هذه الحالات يجب إجراء استئصال لكل المعدة بعد فترة من التغذية المركزة الوريدية ، أما الحالات التى ليست شديدة فيكتفى بمناعتها جيدا تحسبا لأى تغير سرطانى قد يحدث .

(ج) إنتهاب المعدة الضامر : ATROPHIC GASTRITIS

يتصاحب فقر الدم الخبيث مع نقص تدريجى فى سمك الغشاء الظهاري المبطن للمعدة خاصة بالجزء العلوي من المعدة مع فقد كامل للخلايا الجدارية ، وذلك يؤدي إلى غياب حامض الهيدروكلوريك من المعدة ، كذلك توقف إفراز العامل الرئيسى وهو مسئول عن امتصاص فيتامين ب 12 ، ونقص هذا الفيتامين يظهر فى حدود 3 - 4 سنوات إذا لم يتم تعويضه شهريا بجرعة قدرها 1000 ميكروجرام بحقن بالعضل ، والتهاب المعدة الضامر لا يسبب أية أعراض وأهميته الوحيدة تأتي من مخاطر حدوث سرطان المعدة .

3 - تدلى الغشاء المخاطى المعدى

GASTRIC MUCOSAL PROLAPSE

لا يوجد تأكيد حول إمكانية تدلى الغشاء المخاطى لتجويف المعدة خلال الفتحة البوابية للمعدة لإحداث أى أعراض ، ولسوء الحظ فإنها تكتشف صدفة أثناء التصوير

الإشعاعى لأولئك الذين يشكون من أعراض قرح هضمية والذين لا توجد لديهم عدا ذلك أية أعراض ، ومن غير المعتقد أن هذه الأعراض غير المتخصصة فى هؤلاء المرضى قد تكون بسبب ما يتم وجوده خلال التصوير الإشعاعى .

4 - التمدد المعدى الحاد : ACUTE GASTRIC DILATION

تمدد المعدة السريع الفجائى ينتج عنه إثارة للعصب الحائر مما ينتج عنه شحوب اللون ، عرق ، نقص نبض ضربات القلب ، انخفاض الضغط الدموى ، وألم معدى ، ولسوء الحظ فقد يحدث ذلك لبعض المرضى بعد إجراء عمليات جراحية مباشرة عندما لا يزالون تحت تأثير المخدر ، وإذا لم تكتشف هذه الحالات فقد تؤدى إلى قىء وسحب تنفسى ، وقد يحدث التهاب معدى نازف نتيجة للاجهاد الجسمى .. وعلاج هذه الحالة يكون بإدخال أنبوب معدى عن طريق الأنف ، وسحب محتويات المعدة ، ونتائج هذا العلاج قد تكون درامية فى إزالة أعراض المرض تحتاج المعدة عادة ليوم كامل أو أكثر لإفراغ كل محتوياتها .

5 - إلتواء المعدة " VOLVULUS "

إنثناء المعدة قليل الحدوث ، وهو أحد مضاعفات فتوق فتحة المريء المجاور للمريء ، وفى هذا المرض تكون المعدة واقعة بالمنصف وتكون مقلوبة أعلاها أسفل وأسفلها أعلى ، ونتيجة لدورانها تكون مسدودة وتتسبب فى احتباس الهواء والعصائر المعدية ، ونتيجة لهذا تتمدد المعدة مما قد يتسبب فى انسداد أوردة المعدة مما قد يتسبب فى غنغارينا الجدار المعدى وقد يصل إلى انفجار المعدة ، ولذلك ينصح المصابين بفتوق فتحة المريء بالحجاب الحاجز المجاورة للمريء بإجراء عملية جراحية لإرجاع الفتوق وغلقه .

6 - الأجسام الغريبة بالمعدة :

الأطفال والمتخفين عقليا هم معظم من يصابون ببلع الأجسام الغريبة ، قطع النقود المعدنية ، أجزاء من اللعب ، ولحسن الحظ فإن الأجسام الغريبة غير الحادة والتي يبلغها الأطفال عادة ما تمر مع البراز دون إحداث أية مضاعفات ، أما الأجسام الحادة فيجب متابعتها جيدا بالمنظار أو بالأشعة (شكل 4/2) ومراقبة المصاب تحسبا لأى ثقب قد يحدث



(شكل 4/2)

بالمعدة أو الأمعاء . أما البالغين فقد يبلعون أيضا أجسام غريبة كبيرة في الحجم وغير قابلة للهضم ومحاول إرجاعها عن طريق المنظار المعدي قد تنجح وتتميز بصعوبة بالغة فهذه الأجسام قد تتطلب إجراء تدخل جراحى لإزالتها .

7 - أورام المعدة :

(أ) الأورام الحميدة :

1 - السلائل المخاطية " POLYPS "

البروز الحلمية من الغشاء الظهاري المبطن للمعدة تكون أكثر الأورام الحميدة حدوثا بالمعدة ، وهما نوعان التهابية وغدية والأخير أقل حدوثا وأكثر أهمية من الناحية الاكلينيكية لأنه ورم حقيقى وقد يتغير إلى ورم سرطانى ، ويمكن تفريقه عن النوع الالتهابى لأنه ذو عنق طويلة وله خاصية الحدوث فى الغشاء الظهاري الضامر ، وقد تحدث هذه الاصابة مصاحبة للسلائل المخاطية المتعددة بالأمعاء بمتلازمة بتز

جيقار PEUTZ - JEGHER'S أو السلائل المخاطية العائلية أو متلازمة قاردرنر . GARDNER

والسلائل المخاطية الالتهابية لا عنق لها وتحدث بتجويف المعدة وقبتها ولا أعراض لها إلا إذا كانت قريبة للفتحة البوابية للمعدة واستطاعت الدخول لها ، وقد يتصاحب التهاب المعدة المتضخم بتعدد السلائل المخاطية الالتهابية بقبة المعدة ، ويمكن تفريقهم عن السلائل المخاطية الغدية المتعددة عن طريق أخذ عينة وفحصها مجهريا ، ولا تحتاج لاستئصال جراحى .

والسلائل المخاطية المعدية يجب أخذ عينات منها واستئصالها باستخدام المناظير المعدية إذا تم معرفة طبيعتهم الغدية ، أما السلائل المخاطية السرطانية فيجب علاجهم تماما كسرطان المعدة .

2 - أورام العضلات الناعمة " LEIOMYOMA "

أورام العضلات الناعمة الحميدة الصغيرة الحجم كثيرا ما يتم إيجادها أثناء تشريح بعد الوفاة ، أو أثناء تلمس المعدة فى عمليات الاستكشاف البطنى ، وليست لها أى أهمية اكلينيكية إلا إذا زاد قطرها عن 4 سم لأنه فى هذه الحالات يبدأ ضغطها على الأوعية الدموية مما يتسبب فى إعاقه الدم المغذى للغشاء المخاطى المبطن للمعدة ، مما يؤدى إلى التقرح وبدء الهضم الذاتى لجدار المعدة وجزء من الورم مما قد يؤدى إلى نزيف شديد ، ممّا قد يستدعى تدخّل جراحى ، وأيضاً عندما تكون هذه الأورام كبيرة يصعب تفريقها عن الأمراض السرطانية للعضلات الناعمة ويجب علاجها مثل الحالات السرطانية .

3 - الورم الدهنى " LIPOMA "

الأورام الدهنية بالمعدة أورام لا أعراض لها وتقع بالطبقة تحت مخاطية بجدار المعدة ، وتفصح عن نفسها عند إجراء تصوير للمعدة لسبب آخر ، وتتميز بمظهرها الناعم ويمكن معرفتها بالمنظار ، ويجب عدم أخذ عينه منها ولا يجب استئصالها .

4 - المعقد المنتبذ " ECTOPIC PANCREAS "

نادرا ما يقيم المعقد بتجويف المعدة ، وفى الوقت الذى يقيم فيه فى الطبقة التحت مخاطية فإنه يظهر داخل المعدة كنفرة سرية وقد يحتاج لاستئصال إذا كانت طبيعته غير معروفة أو إذا سبب للمريض أعراض هضمية لا تزول باستخدام العلاج المضاد للقرح .

(ب) الأورام السرطانية :

معظم أورام المعدة سرطانية وأكثر هذه الأورام هى الورم الغدى السرطانى " ADENOCARCINOMA " حيث يشكل نسبة 95% من أورام المعدة السرطانية ثم الورم اللمفاوى ويشكل نسبة 4% ، يليه ورم العضلات الناعمة السرطانى ليشكل النسبة الباقية 1% ، ماعدا ذلك فنادرا ما تصاب المعدة بأى ورم سرطانى مثل ورم الخلايا القشرية السرطانى أو ورم الأعضاء الدموية السرطانى أو ما يصيب المعدة من أورام منتشرة من أعضاء أخرى .

I - الورم الغدى السرطانى " ADENOCARCINOMA "

الورم الغدى السرطانى هو مرض عدوانى خطير غير قابل للشفاء عند ما يكشف عن نفسه ويسبب أعراضا ، ولكن لحسن الحظ فإن هذا المرض أصبح يتناقص حدوثه تدريجيا ذاتيا ، ولكن سبب هذا الهبوط الدرامى فى نسبة حدوث سرطان المعدة فى السنوات الأخيرة يثير التفكير والتأمل ويبقى لغزا غامضا ..

وبينما يحدث هذا المرض فى جميع أنحاء العالم ، فإنه أكثر حدوثا فى تشيلى ، واليابان وأيسلندا . ولعل أهم العوامل التى تؤثر فى نسبة حدوث هذا المرض هى :

(أ) الظروف الجوية تعتبر بعض المواد العضوية التى قد توجد فى التربة أو بعض المواد التى تساعد على حدوث هذا المرض والتى يتم تناولها أو تنفسها والتى توجد فى مناطق المصانع والمناطق الملوثة أكثر منها بالأماكن النقية ، عوامل مهمة فى زيادة نسبة حدوث هذا المرض .

(ب) الغذاء : يشير الكثير من الأطباء إلى علاقة المرض بنوع الغذاء حيث أنه يكثر في بعض الأماكن التي يتناول سكانها الأسماك المدخنة ، الأرز الساخن باليابان ، عصير الأرز المسكر ، الأسماك النيئة وبعض الخضراوات المخضلة .

(ج) الجنس والوراثة :

المرض أكثر انتشارا في الرجال من النساء ، ويكثر في بعض الأسر أكثر من غيرهم وأكثر في الجنس الأسود منه في الجنس الأصفر والأبيض كذلك الحال تزيد نسبة الإصابة عند أولئك الذين فصيلة دمهم (أ) .

(د) وجود السلالات المخاطية :

رغم أن هذه السلالات ليست كثيرة الانتشار إلا أنها قد تكون نذير الإصابة بسرطان المعدة خاصة إذا كان قطرها أكبر من 2 سم وعند اكتشاف هذه السلالات بالمنظار أو الأشعة فيجب استئصالها وفحصها مجهريا للتأكد من أنها ليست سرطانية ، ويجب بعد ذلك متابعة المريض تحسبا لأي تغير سرطاني قد يحدث .

(هـ) غياب إفراز حامض الهيدوكلوريك من المعدة

في حوالي ثلثي حالات سرطان المعدة الغدى يلاحظ غياب حامض الهيدوكلوريك من المعدة ، الأمر الذي أدى إلى البحث عن علاقة بين هاتين الحالتين ، وتم إثبات حدوث السرطان في المعدة التي لا تفرز حامض الهيدوكلوريك ثلاثة أضعاف حدوثه في المعدة التي تفرز هذا الحامض طبيعياً .

وكذلك الحال في المرضى المصابين بالأنيميا الخبيثة والتي لها علاقة سبق ذكرها مع نقص إفراز هذا الحامض .

(و) التهابات المعدة وعملياتها

في التهابات المعدة الضامر والمتضخم يلاحظ زيادة حدوث سرطان المعدة الغدى . كذلك الحال عند أولئك الذين أجريت لهم عمليات استئصال جزئي للمعدة تزيد إصابة الجزء المتبقى من المعدة .

أعراض وسمات المرض :

هزال جسمي وفقدان بالوزن هما من أهم وأكثر أعراض سرطان المعدة حدوثًا ،
ولسوء الحظ يستمر المصاب بهذا النوع من السرطان دون أية أعراض حتى يتمكن
المرض من إصابة معظم جدار المعدة وقد يصيب أيضا الأعضاء المجاورة أو ينتشر بعيدا .
أمّا النزيف الشديد فقليل الحدوث خصوصا عن طريق الفم ولكن وجود الدم بالبراز كثير
الحدوث ، وقد يحدث غثيان وقيء إذا كانت الإصابة قريبة من الفتحة البوابية للمعدة وقد
تسدها جزئيا أو كليا . أمّا ألم البلع فقد يحدث إذا كانت الإصابة قريبة من الفتحة القلبية
للمعدة ، أمّا الألم فهو من الأعراض المتأخرة وقليلة الحدوث .

وبفحص المريض يمكن الاستدلال على وجود كتلة ورمية بالمعدة وتضخم الكبد
كثير الحدوث أيضا ويجب أن يتم البحث عن انتشار للكبد إذا تم الاستدلال على تضخمها ،
وإذا تم إصابة الغشاء الصفاقي فقد يحدث استسقاء شديد ، وقد يتسبب في إصابة المبيضين
ويسمى في ذلك الحين ورم كروكينبرغ " KRUKENBERG " أو إصابة الحوض فيما
يسمى بورم بلومر " BLOOMER " عن طريق الانتشار بالجاذبية ، وهذا يعني أن ورم
المعدة متقدم جدا حيث أنه آنذاك يسبب في ألم بالحوض وإمساك ، وأمّا الاستدلال على
وجود غدة لمفية فوق الترقوة اليسرى فهو كذلك مؤشر لتقدم سرطان المعدة وتسمى بسمّة
فيرشاو " VIRCHOW " .

وعن طريق التحاليل المعملية يمكن معرفة الهيموجلوبين ، تركيز كرات الدم
بالبلازما ، عدد كرات الدم الحمراء ، وبفحص البراز يمكن الاستدلال على وجود دم
نازف غير منظور .

التصوير الاشعاعي :

تصوير المعدة باستخدام الباريوم يبقى إحدى أسس تشخيص سرطان المعدة
فاكتشاف كتلة ورمية بارزة في المعدة لا يترك الشك في وجود سرطان المعدة ، أمّا
اكتشاف حفرة متقرحة فيشكل معضلة تشخيصية ، ومما يميز حفرة القرحة السرطانية

وقوعها داخل كتلة ورمية وعدم امتدادها خارج حدود الجدار المعدي . ولا تتدلى ثنيات الغشاء الظهاري المبطن للمعدة والمحيطة بحفرة القرحة لمركز القرحة ولكنها تمسك تركيبها وشكلها فوق وراء نطاق القرحة السرطانية ، وعادة ما تكون القرحة أكثر من 1 سم، وباستخدام المصافى أى التصوير الفلوروسكوبى يمكن ملاحظة تماسك جدار القرحة وصلابته . ويمكن كذلك استخدام وسطين الباريوم والهواء عند تصوير المعدة .

منظار المعدة :

منظار المعدة يعتبر من أهم وسائل الكشف عن كل أورام المعدة ، وعن طريق أخذ عينات من كل الاصابات وفحصها مجهريا يمكن التأكد من طبيعة أى ورم يتم إيجاده ، كذلك يمكن تصوير أى ورم ، ويمكن باستخدام المنظار أيضا سحب جزء من محتويات المعدة لفحص الخلايا المتواجدة بالمعدة والتي قد تكون دليل على وجود سرطان بالمعدة .. وبهذه الطريقة لا يمكن فقط الاستدلال على وجود أورام بل والتفريق بين الحميد والسرطاني من هذه الأورام .

الصفات المرضية للورم المعدي الغدى السرطاني :

يصيب هذا المرض المعدة بعدة طرق أهمها :

- 1 - الانتشار السطحي .
- 2 - السلائل المخاطية السرطانية .
- 3 - الأورام المتقرحة .
- 4 - الأورام المتصلبة والتي تجعل المعدة تشبه القرية الجلدية .

حتى ولو أن كل نوع من هذه الأنواع عادة ما ينشأ من أحد أنواع الخلايا المعدية . ولعل أحسن الأنواع بمعنى أحسنها من ناحية نتائج العلاج وقلة عدوانيتها نسبيا هو النوع الذى ينتشر سطحيا بالغشاء الظهاري المبطن للمعدة حيث أنه لا يخترق كل جدار المعدة ولا يصل للطبقة العضلية بالغشاء الظهاري بالجدار المعدي ولا يصاحبها تحطم فى الغشاء الظهاري لتكوين إصابة متقرحة فلا قروح مع الورم المنتشر سطحيا ، واكتشافه مبكرا وإجراء العلاج الناجع له مصحوب بنتائج جيدة فى أغلب الحالات ، حيث تزيد حياة

المرضى بعد العلاج عن 10 سنوات في حوالي 75% من الحالات . وهذا النوع من الإصابة يمكن اكتشافه بفحص لكل الناس التي تتواجد عندهم إحدى العوامل التي تصاحب والزيادة في نسبة حدوث الورم المعدي الغدي السرطاني .

ومعظم الأنواع التي تؤدي إلى أعراض مرضية هي إصابات مختزقة حيث أنها تخترق جدار المعدة وتصيب عمق جدار المعدة . ويمكن أن يظهر الورم بالتجويف المعدي كتكتلة ورمية بارزة .. والأورام السرطانية الكبيرة من هذا النوع يمكن اكتشافها بالتصوير الإشعاعي أو باستخدام المناظير ، أما الأورام المتصلبة فهي أورام تتميز بإصابة كل جدار المعدة بدون أي كتلة ورمية أو تقرح ، وتظهر المعدة كقربة جلدية سميكة غير قابلة للتمدد .

تدرج وتصنيف الأورام المعدي الغدية السرطانية :

لتصنيف هذا النوع من الأورام تصنيف ذو معنى بحيث يوضح مدى تمكن الورم من الجسم ، وإحتمالية النجاح المتوقع بعد العلاج وكذلك يساعد في اختيار العلاج المناسب . هذا التقسيم يبنى على :

- 1 - وجود الورم من عدمه ويرمز له بالحرف T ، ويتدرج حسب تمكن الورم بالمعدة إلى : (T3 , T2 , T1)
- 2 - وجود أي إصابة بالغدد اللمفية بالمنطقة ويرمز لها بالحرف N .
- 3 - الانتشار السرطاني البعيد ويرمز له بالحرف M .

وهذا النظام T N M يعتبر حتى الحين أكثر الأنواع الكثيرة لتدرج وتصنيف هذه الأورام فائدة .

طرق انتشار هذا الورم :

يتم انتشار الأورام الغدية السرطانية بالمعدة بطرق أربعة هي :

- 1 - الأوعية اللمفية .
- 2 - الإنتشار داخل التجويف الصفاقي .
- التسرب الصفاقي ،

3 - الأوعية الدموية . 4 - الانتشار المباشر .

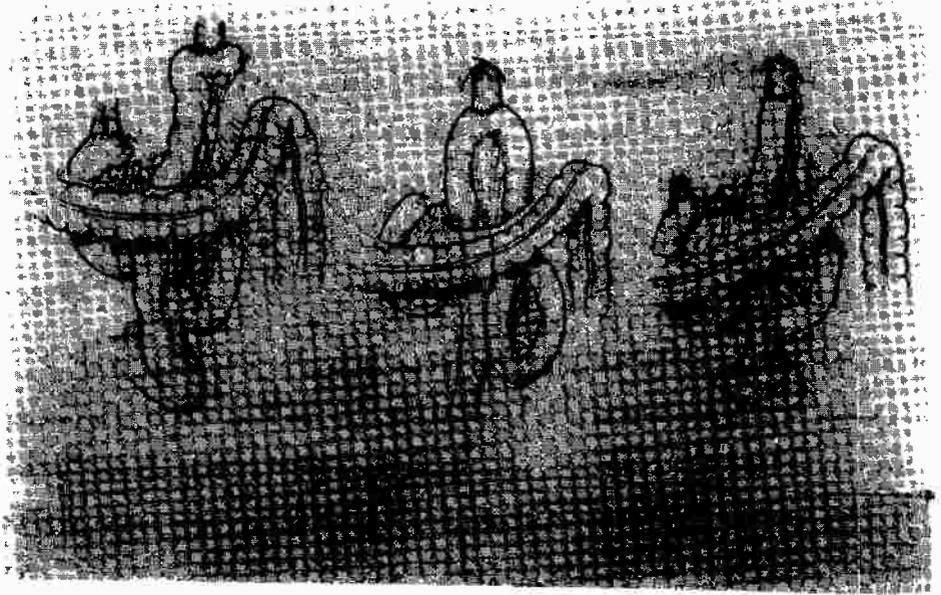
ويكثر انتشار هذا الورم للغدد اللمفية المجاورة للمعدة ، الكبد ، الرئتين ، أما الانتشار للعظام فقليل ولذلك فإن الألم عادة لا يشكل معضلة أمام علاج المصاب ، وتشكل التغذية المشكل الرئيسي وذلك للاضطراب الوظيفي أو الانسدادى للمعدة والذي يسببه وجود هذا الورم السرطانى بها .

العلاج :

لا يزال ومنذ زمن بيلروث الاعتقاد سائدا بأن العلاج الوحيد الذى قد يأمل إلى شفاء سرطان المعدة هو الاستئصال المعدى الجزئى أو شبه الكلى أو الكلى ، حسب الجزء المعدى المصاب ، ولكن نتائج العلاج تتوقف على عدوانية وسرعة نمو الورم ، وكذلك مقاومة الجسم ، وهذا أن العاملين لا يمكن فى الوقت الحاضر تحديدهما أو قياسهما . وحيث أن معظم الحالات عند اكتشافها لا تكون موضعية فقط بل ومنتشرة فإن الإستئصال المعدى سيكون ذو فعالية ليست عالية وفى الجانب الآخر فإن استئصال المعدة مع الغدد اللمفية المجاورة فى شخص ذو مقاومة جسمية قوية لنمو الورم له فعالية جيدة .. وعليه ومنطقيا فإن استئصال المعدة مشتملا على كل الورم إلى جانب 8 سم على الأقل من جميع جوانبه يعنى زيادة فرص إزالة كل الورم المنتشر بجدار المعدة والذي لا يمكن ملاحظته بالعين المجردة إلى جانب الاستئصال الموضعى للغدد اللمفية المصابة مما يزيد من التكهون بنجاح العلاج .

كذلك يجب اشتمال استئصال 4 سم من الجزء الأول من الاثنى عشر مع المعدة لزيادة ضمان استئصال كل الورم . والاستئصال الكلى للمعدة لا يعطى أى فرص أكبر للنجاح وهو مصحوب بزيادة نسبة الوفاة بعد العملية وزيادة فى نسبة المضاعفات ، ولكن استئصال كل المعدة يبقى ضروريا لتلك الأورام التى تحدث بالقرب من الفتحة القلبية للمعدة (شكل 5/2) .

فالعلاج الجراحى هو العلاج الوحيد لسرطان المعدة ، أما الأشعة والعلاج بالمواد الكيماوية فلهما دور محدود فى العلاج ، فحتى فى الحالات المتقدمة يجب إجراء تدخل جراحى لضمان طريق للتغذية الطبيعية عن طريق الفم ، أما الأورام المكتشفة مبكرا



(شكل 5/2)

فعلاجها الأمثل هو استئصال شبه كلى للمعدة ويجب أن يشتمل الاستئصال على الثرب الواقع بين المعدة والقولون المستعرض مع ربط الشريان المعدي الأيمن والشريان المعدي الأيمن المتعلق بالثرب والشريان المعدي الأيسر عند أصولهم . واستئصال 4 سم من الجزء الأول للاثني عشر وحوالي 85% من المعدة ثم عمل تقيم بين المعدة والصائم ، ويمكن استئصال الطحال إذا كان ذلك ضروريا .

واستئصال المعدة عادة ما يؤدي إلى فترة زمنية من 1 - 2 سنة خالية من أية أعراض ولكن مع استئصال المعدة فإن الأمل في الحياة لمدة خمسة سنوات يبلغ حوالي 15% فقط .

ويبقى الأمل في سرطان المعدة في التناقص الذاتي في حدوثه في العالم ومن المحاولات المستمرة للكشف عنه في بداية حدوثه .

2 - الورم اللمفي السرطاني بالمعدة LYMPHOMA

قد يصيب الورم اللمفي المعدة اصابة أولية موضعية وقد يكون جزء من ورم لمفي عام بالجسم ، والأخير أكثر شيوعا ، والأورام اللمفية الأولية بالمعدة ولو أن نسبة حدوثها

قليلة 4% إلا أنها مهمة من الناحية الاكلينيكية ، وفي بعض الأحيان لا يمكن تفريق الأورام اللمفية من الأورام الغدية بالمعدة ، ولأن علاج الأورام اللمفية يعطى أملا في الشفاء أكثر من الأورام الغدية لذلك وجب تحديد نوع الورم بدقة لاختيار العلاج المناسب ، ويجب دائما عند وجود ورم لمفى بالمعدة التأكد من أنه أولى وليس جزء من إصابة جسمية عامة بالورم اللمفى .

وقد تظهر هذه الإصابة لكتلة ورمية أو كتغلط وتجعد لثنية من الغشاء الظهاري المبطن للمعدة نتيجة للنمو اللمفى فى الطبقة التحت مخاطية لجدار المعدة ، والألم ، الهزال ، وفقدان الوزن والشبع المبكر تعتبر من الأعراض الأكثر شيوعا نتيجة للتغلط بالجدار المعدى ولنقص التجويف المعدى الناتج عن نمو هذا الورم ، أما النزيف فغير شائع ، والتأكد من التشخيص يتم عن طريق أخذ عينة بالمنظار المعدى .

والإصابة قد تحدث فى أى جزء من المعدة ولو أن الجزء الأخير منها أكثر عرضة ، وقد تتصاحب الإصابة بإصابة المرئ والاثنى عشر والانتشار للغدد اللمفية المجاور كثير الشيوخ .

وقد تكون الإصابة موضوعية بالطبقة التحت مخاطية أو تكون إصابة متفرحة ، إصابة عقدية أو سليلية ، أو قد تكون مركبة من أكثر من نوع واحد مما سلف ذكره .

والورم اللمفى السرطانى بالمعدة أكثر حدوثا فى الرجال منه فى النساء ، وقد يحدث فى أى سن ولكنه أكثر حدوثا فى العقد السادس من العمر ، ولو أنه لوحظ فى الأعمار من (28 - 78) سنة .

والألم المصاحب لهذا الورم يشابه الألم المصاحب للقرح الهضمية الاثنى عشرية فى أنه ألم بالمنطقة الشرسوفية يكثر عند الجوع ويقل مع تناول مضادات الأحماض كالحليب .

أما علاج هذه الحالات فيعتمد على تمكن هذا الورم من المعدة فالأورام التى تسبب انسدادا يجب أن تعالج باستئصال شبه كلى للمعدة ومتابعة ذلك بالعلاج بالأشعة ، وعلى كل فإن علاج الورم اللمفى السرطانى بالمعدة يجب أن يتبع نفس طرق علاج سرطان المعدة الغدى ماعدا أن يؤخذ فى الحسبان حساسية هذا الورم للأشعة ، والعلاج

يمكن أن يكون بالاثنتين معا ، أى باستخدام الأشعة واستئصال المعدة والنتائج أوضحت أنه يمكن بعد اتباع هذا العلاج المحافظة على الحياة لمدة (5) سنوات فى حوالى 85% من المرضى . كذلك يمكن استخدام الأدوية الكيماوية القاتلة للخلايا فى علاج مثل هذه الأورام .

3 - ورم العضلات الناعمة السرطاني LEIOMYOSARCOMA

أقل الأورام السرطانية بالمعدة أنتشاراً ، وهو سريع النمو وينمو إلى داخل المعدة ونموه الخارجى بطيء جدا وانتشاره أيضا بطيء ، وقد يكون لذلك كبيرا جدا قبل كشفه ، وهذا الورم غير حساس للأشعة أو للمواد الكيماوية وعليه فإن إستئصاله يشكل العلاج الوحيد حتى فى حالات عدم التمكن من استئصاله كليا ، وقد يكون سبب اكتشافه النزيف من الجهاز الهضمى ، الهزال ، فقدان الوزن ، ويمكن لمسه عند فحص البطن نتيجة كبر حجمه ، والأمل فى إطالة الحياة بعد إستئصاله كبير مما يجعل استئصاله ضرورى .

8 - تمزق وإصابة الإثنى عشر :

يقع الإثنى عشر فى عمق التجويف البطنى ، وهو جيد الحماية ، وإصابات الإثنى عشر عادة ما تكون مصحوبة بإصابات أعضاء أخرى ، وهذه الإصابات التى عادة ما تصيب المعقد ، الكبد ، والوريد الأجوف السفلى هى التى تحدد النتائج المتوقعة من العلاج ، وهذه الإصابات قد تحدث عن طريق الجروح المخترقة كالكساكين والأعيرة النارية ، أو قد تكون بإصابات رضية خاصة فى حوادث السيارات أو السقوط من على ارتفاع ..

وقد يكون التمزق شاملا لكل قطر الإثنى عشر أو جزء منه ، وقد يكون التمزق طويلا ، وعادة ما يتم تشخيص الحالة بعد إجراء عملية استكشاف للبطن نتيجة لهذه الإصابات أو الإصابات المصاحبة ، والتصوير الإشعاعى للمعدة قد يظهر هواء بالتجويف البطنى أو حول الإثنى عشر ، والتصوير باستخدام وسط ذائب بالماء وغير ممرر للأشعة كالباريوم يمكن أن يساعد فى الوصول للتشخيص .

وحتى أثناء عملية الاستكشاف قد يكون من الصعب تشخيص إصابة الإثنى عشر خصوصا إذا كانت الإصابة رضية ، ولكن وجود الغشاء الصفاقي المغلف للجدار الخلفى

للبطن ملونا بالصفراء أو وجود هواء تحت الغشاء الصفاقي أو وجود تجمع دموى تحت الغشاء الصفاقي بقرب الاثنى عشر قد يكشف عن تشخيص تمزق الاثنى عشر .

وإذا كان التمزق بسيطاً وأمكن إغلاقه فيجب عمل ذلك إلى جانب درجة التجويف الصفاقي ، أما إذا كان ذلك غير ممكن فإن إغلاق الفتحة البوابية للمعدة وإجراء تقمّم بين المعدة والصائم يصبح ضرورياً ، أما إذا كانت الإصابة شديدة ومصحوبة بإصابة شديدة للمعقد فإن استئصال الإثنى عشر مع المعقد تصبح ضرورية .

وعلاج تمزق الاثنى عشر يعتمد على التشخيص المبكر والاصابة المصاحبة له وشدة الاصابة ، ومعظم الوفيات تحدث نتيجة للالتهابات وتكون الخراج أو نتيجة للنزيف ، أما المضاعفات بعد إجراء العمليات الجراحية فمعظمها (الالتهاب الصفاقي ، خراج التجويف الصفاقي ، وناصور الاثنى عشر) .

9 - رذب الاثنى عشر DIVERTICULUM

يعتبر الاثنى عشر ثانياً مكان بعد القولون في شيوع حدوث الرذب ، وهي نادرة قبل سن الأربعين وأكثر حدوثاً بين النساء ، وتحدث عادة بالجزء الثاني أو الثالث من الاثنى عشر في الجدار الداخلي المقعر والتهاب الرذب قد يتسبب في ألم ، انفجار وثقب الاثنى عشر ، نزيف ، التهاب المعقد أو انسداد للقناة الصفراوية الرئيسية ، والحصى المرارية كثيرة الحدوث مع رذب الاثنى عشر .

ويجب إجراء العملية إذا ثبت وجود ثقب بالرذب ، نزيف أو انسداد ونادراً ما يحدث انسداد الاثنى عشر نتيجة الرذب الاثنى عشرى الداخلي .

وعند إجراء العملية يجب أن يحرر الاثنى عشر من الغشاء الصفاقي المغلف للجدار الخلفي للبطن من الجزء الأيمن وتحريكه لخط الوسط ، وذلك للكشف عن جداره الخلفي ، وعادة ما تبرز الرذب بين الاثنى عشر والمعقد ، ويمكن استئصال الرذب وغلق الفتحة بالاثنى عشر ، وإذا كان الرذب قريب من حلمة فاتر فيجب أخذ الحيلة حتى لا تجرح كل من القناتين الصفراوية والمعقدية .

10 - المعقد الدائري ANNULAR PANCREASE

إحاطة الجزء الثاني من الاثنى عشر بحلقة من النسيج المعقدى يعتقد بأن سببها فشل الجزء الأمامى من المعقد فى الدوران مع الاثنى عشر ، العملية التى تحدث طبيعياً فى الأسبوع السادس والسابع من بدء تخلق الجنين ، والعمر الذى تحدث فيه الأعراض يعتمد على شدة الخنق التى تحدثها هذه الحلقة ، وإذا كانت مصحوبة بتضيق أو توقف نشوء الاثنى عشر أو غير مصحوبة به ، فحوالى نصف الأطفال و 15% من البالغين المصابين بالمعقد الدائري يكونون مصابين أيضاً بتضيق الاثنى عشر ، وأهم المضاعفات المصاحبة للمعقد الدائري هى إنسداد الإثنى عشر والقرح الهضمية بالمعدة والاثنى عشر ، التهاب المعقد الحاد أو المزمن والانسداد الصفراوى .

وعادة ما يتم التشخيص عن طريق الأشعة التى تظهر تجويفين بهما ظل هوائى مع مستوى فاصل بين غاز وسائل . وفى البالغين يمكن إيجاد اثنى عشر شديد الاتساع خصوصاً بجزئه الأول .

وأحسن علاج لأولئك الذين يصابون بإنسداد الاثنى عشر هو عمل تفهم بين الجزء العلوى بالاثنى عشر قبل الانسداد مع الجزء الأول من الصائم ولكن هناك الكثير من المصابين يكملون أعمارهم دون أن يصابوا بأية أعراض .

11 - ضغط الأوعية الدموية على الاثنى عشر :

نتيجة للنقص الغير طبيعى فى زاوية تفرع الشريان المساريقى العلوى الذى يمر على الجزء الثالث من الاثنى عشر أو نتيجة لارتفاع هذا الجزء عن موضعه وثباته أعلى مستواه الطبيعى يحدث ضغط من هذا الشريان على الاثنى عشر مما يسبب فى إنسداد مزمن للاثنى عشر ، وقد يكون هذا الإنسداد حاداً خصوصاً فى حالات الكسور عندما يتطلب وضع المريض فى وضع شد أو غيره من الأوضاع مما يزيد من ضغط الشريان على الاثنى عشر ، والأعراض المصاحبة لذلك تكون ألم بالمنطقة الشرسوفية مع غثيان وقىء متكرر ، وفقدان بالوزن ، ويكون الألم أكثر بعد الأكل ، أما القىء فعادة ما يكون ملوناً بالصفراء ، وقد يستحسن المريض وضع جسمى خاص به يقلل من معاناته للألم .. ويمكن التوصل للتشخيص بإيجاد الجزء الأول والثانى من الاثنى عشر متسعين كذلك

باستخدام التصوير الاشعاعى بالباريوم للاثنى عشر وتصوير الشريان المساريقى العلوى مع الوتين يمكن ملاحظة ضغط الشريان على الاثنى عشر .

وتعالج مثل هذه الحالات إذا كانت مصحوبة بأعراض بعمل تقمم بين الإثنى عشر والجزء الأول من الصائم . وعند إجراء العملية فإن إدخال هواء عن طريق أنبوب معدى للاثنى عشر قد يوضح مكان الضغط .

ويقترح بعض الأطباء إمكانية العلاج التحفظى عن طريقة زيادة الوزن الذى قد يسبب ترسب الأنسجة الدهنية تحت الغشاء الصفاقى قد يقلل من ضغط الشريان المساريقى العلوى على الاثنى عشر ويقلل الأعراض ، كذلك ينصح المصاب بطرق للاستفقاء بعد الأكل وعند النوم ، ومن الأفضل تجربة ذلك قبل إجراء العملية خاصة التغذية المركزة الوريدية .

12 - الأمراض الأخرى التى قد تصيب الاثنى عشر :

قد يصاب الاثنى عشر بمرض كرون " CHRON " ، وسنتعرض لهذا المرض بالتفصيل عند الحديث عن أمراض الأمعاء الدقيقة . وأورام الاثنى عشر أيضا مثيلة لأورام الأمعاء الدقيقة وهى تقسم حسب موقعها من حلمة فاتر ، فحوالى 20% يقع أعلى الحلمة ، 60% حول الحلمة و 20% تحت الحلمة .. أمّا الأورام الخبيثة بالاثنى عشر فتقسم حسب الأعراض التى تحدثها إلى أورام إنسدادية تسبب قيء ، وأورام متفرحة تسبب نزيف ، وأورام نافذة تسبب آلام ، وأورام حول حلمية تسبب اليرقان وتشابه سرطان رأس المعقد .