

الجراحة في الارتجاع المريئي الحامضي

ANTI-REFLUX SURGERY

دونا إ. مازياك، ف. غريف بيرون

Donna E. Maziak, F. Griff Pearson

إن أمراض الارتجاع المعدي المريئي شائعة نسبياً وهناك بعض المرضى الذين يحتاجون في النهاية إلى إجراء جراحي مضاد للقلس. لقد تطور الإجراء الجراحي المضاد للارتجاع المريئي الحامضي ومضاعفاته خلال الأربعين سنة الماضية تطوراً ملحوظاً، ففي البداية: يقوم الجراح بإصلاح تشريحي للمنطقة من أجل المحافظة على تشريح المعدة والمريء ومن ثم يقوم بتصحيح الفتوق الحجابية. ومع التطور لفهم فزيولوجية المعى الأمامي فقد بدأ النصح بإجراء عملية مضادة للقلس المعدي المريئي (طي قاع المعدة) في حالة الارتجاع الحامضي المعدي المريئي. فقد نشرت تقارير حول عدة أنواع من العمليات الجراحية المضادة للقلس المعدي المريئي، ولا يوجد نوع واحد فقط يجب إجراؤه، فضلاً عن أن انتشار وتطور العوامل الدوائية وتطور إجراء الجراحة غير الراضة بشكل كبير (الجراحة التنظيرية) أدى إلى تغير استطببات الجراحة المضادة للقلس، وأخيراً فإن النجاح يعتمد على دقة تشخيص الارتجاع المريئي الحامضي ودقة اختيار المرضى المناسبين للجراحة.

الاستطببات

Indications

هناك بعض الاستطببات المطلقة لإجراء الجراحة المضادة للارتجاع (الجزر) المعدي المريئي، مع أن الارتجاع المريئي الحامضي واختلاطاته نادراً ما يكون مهدداً للحياة، كما أنه لا يوجد أي ضمان على فعالية الجراحة ١٠٠٪. وهناك قليل من الأمراض (والوفيات)، إلا أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار الجراحة كعلاج للجزر المعدي المريئي في الحالات التالية:

١- فشل الجرعات القصوى من الأدوية (العلاج المحافظ) في السيطرة على المرض: يعتبر اختيار المرضى الذين لديهم ارتجاع مريئي حامضي غير مختلط، ولا زالت أعراضهم موجودة وتؤثر إلى حد ما على نمط حياتهم تحدياً حقيقياً، إذ يجب التأكد من وجود مظاهر الارتجاع المريئي الحامضي الفعالة عند هؤلاء المرضى ويجب

إعطاؤهم علاج دوائي بجرعات عظمتى لمدة لا تقل عن ستة أشهر. كذلك يجب مناقشة المريض بشكل مفصل حول الاختلاطات الجراحية الممكنة الحدوث والحصول على إذن سابق للجراحة بإجرائها قبل اتخاذ القرار النهائي للجراحة.

٢- اختلاطات (مضاعفات) الارتجاع المريئي الحامضي:

- تضيق هضمي أسفل المريء.
- التهاب المريء التقرحي.
- تكرار حدوث الاستنشاق الرئوي أو ذوات الرئة.
- مريء باريت (إصلاح الجزر المعدي المريئي المسبب للأعراض).

مبادئ الجراحة

Principles of Surgery

تهدف الجراحة إلى: إنشاء قطعة من المريء داخل البطن (إذا كان المريء قصيراً)، إنشاء آلية مضادة للجزر (كطي قاع المعدة Fundoplication) وذلك بطريقة تسمح بحدوث كل من عملية البلع، التجشؤ والإقياء بشكل طبيعي، وفي نفس الوقت تمنع الارتجاع المعدي المريئي وتمنع انزلاق الوصل المعدي المريئي (أو قاع المعدة المطوي) إلى داخل الصدر.

المقاربات (الطرق) الجراحية

Operative Approaches

- ١- طريقة العمل الجراحي Route: بشكل عام يفترض في جراح المريء أن يكون على دراية تامة ودرجة من الخبرة في إجراء مقاربات جراحية مختلفة للمريء والوصل المعدي المريئي:
 - المقاربة البطنية: وهي الأكثر فاعلية عند ما يكون طول المريء البطني طبيعياً، وحالياً الإجراءات البطنية الجراحية الكلاسيكية غالباً ما تسبق بمحاولة إصلاح عن طريق منظار البطن الجراحي.
 - المقاربة الصدرية: تستخدم مع إجراء بلسي مارك لطي قاع المعدة الجزئي وتكون خياراً ممتازاً عند الحاجة لإجراء تطويل للمريء (تصنيع المعدة ل كوليس Collis gastroplasty).
 - المقاربة الصدرية البطنية: أكثر فائدة في إعادة الجراحة المفتوحة (العمليات الناكسة).
 - منظار البطن الجراحي: وتعتبر هذه التقنية تطوراً هائلاً في مضمار جراحة الجزر المعدي المريئي، ومقبولاً جداً من قبل المرضى. إن التجارب القليلة في هذا المضمار مشجعة للغاية، ولكن النتائج على المدى الطويل ليست مثبتة بعد. ولكن يجب أن تكون النتائج متقاربة مع نتائج الفتح الجراحي الكلاسيكي إذا كان استئطاب الجراحة المضادة للجزر صحيحاً، وتم إجراء طي قاع المعدة كما في الجراحة الكلاسيكية (لكن باستعمال المنظار).

٢- طي قاع المعدة Fundoplication: لقد تم إثبات أن طي قاع المعدة ٣٦٠ درجة هو الأكثر فاعلية في المحافظة على ضغط المعصرة المريئية السفلية ومنع الجزر المعدي المريئي وذلك اعتماداً على الخبرة السريرية في هذا المجال. على أية حال فإن آلية طي قاع المعدة الفعالة (الطريقة المستخدمة في طي قاع المعدة) ليست واضحة بعد. ولكن كي يعمل طي قاع المعدة يجب أن يتوضع في البطن بشكل تام قطعاً، إذ أن توضع في الصدر يجعله غير فعال (قد يكون السبب هو الضغط السلبي داخل الصدر).

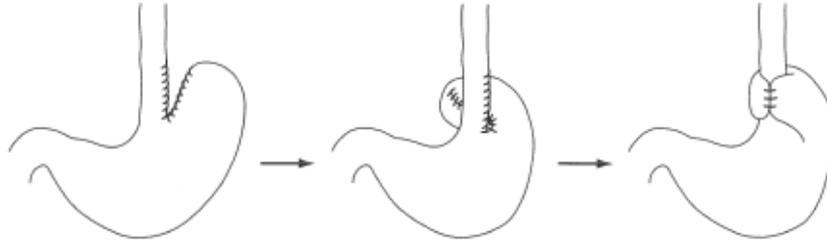
• طي قاع المعدة لـ نيسن (Nissen بزواوية ٣٦٠ درجة): يمكن إنجازه بنجاح باستخدام أية مقارنة جراحية، إذ يجب خزع (قطع) الوسادة الشحمية المتوضعة في الوصل المعدي المريئي، وقطع عدد مختلف من الأوعية المعدية القصيرة، واستخدام قنطرة بوجي قياس كبير (أكبر من ٥٠)، وإن إجراء طي قاع المعدة بطول ٢ سم، وكذلك استعمال ثلاث غرز غير ممتصة لإجراء طي المعدة مروراً بجدار المريء يزيد من فرصة نجاح هذا الإجراء.

• طي قاع المعدة لـ بيلسي مارك Belsey Mark IV (٢٧٠ درجة): مقارنة جراحية عبر الصدر، تستعمل صفيين إلى ثلاثة صفوف أفقية من الغرز بشكل ما ترس Mattress sutures، تستخدم من أجل طي قاع المعدة حول الجزء المتحرك من المريء، الذي تم تحريره وبدون أي ضغط أو شد Tension أسفل الحجاب الحاجز.

• الطي الجزئي: تزايد استعمال هذه التقنية مع المنظار الجراحي. يتضمن طي قاع المعدة لتثبيت Toupet fundoplication خياطة الجزء الخلفي من القاع إلى سويقتي الحجاب اليمنى واليسرى من أجل خلق زاوية (١٨٠-٢٧٠ درجة) تماماً، بينما الإصلاح بطريقة دور Dor repair، يتضمن إنجاز طي أمامي بمقدار ١٨٠ درجة.

• تثبيت المعدة (تعليق) حسب طريقة هيل Hill gastropexy: ويتضمن خياطة قاع المعدة إلى الرباط المتوسط لسويقة الحجاب الحاجز.

٣- تطويل المريء Esophageal lengthening: قام كوليس Collis بوصف تكتيك يقتضي إنشاء قطعة أنبوبية من الانحناء الصغير للمعدة (الشكل رقم ١) وجعلها تعمل عمل المريء، وتسمح في نفس الوقت بإجراء طي لقاع المعدة خالٍ من التوتر والضغط داخل البطن وذلك في حال وجود قصر في طول المريء البطني. ويفضل في حال قصر المريء التدخل الجراحي عبر الصدر من أجل تقييم طول المريء وإجراء توسيع للتضييق المريئي تحت الرؤية المباشرة. يتم تطبيق الغرزة القاطعة الخطية الآلية (Stappler) بشكل متواز مع قنطرة بوجي كبيرة والتي يتم وضعها وتثبيتها لتكون مقابلة للانحناء الصغير للمعدة وتبدأ من منطقة الوصل المعدي المريئي ومن ثم يتم إجراء التخثير مع قطع الجزء الخارجي من المعدة عن طريق Stappler وبذلك يتم إنشاء أنبوب معدي بقطر مماثل لقطر المريء ويتم طمر خط الستابلر ومن ثم إجراء إما طي كامل لقاع المعدة (كوليس - نيسن) وإما طي جزئي لـ (كوليس - بيلسي مارك) حول المريء الجديد والذي يتوضع تحت الحجاب الحاجز.



الشكل رقم (١). يظهر خطوات طي قاع المعدة (كوليس - نيسن).

وهناك بعض التقارير الحديثة التي تقترح كفاية تصنيع المعدة دون الحاجة إلى قطع جزء منها.

٤- خياطة سويقتي الحجاب الحاجز Closure of the crura: حيث يتم خياطة سويقتي الحجاب الحاجز خلف المريء بعد وضع قثطرة بوجي ضمن لمعة المريء وبذلك يتم منع منطقة طي المعدة من الهجرة إلى المنتصف وتترك فتحة بقدر رأس الإصبع فقط حول المريء.

اختيار الإجراء الجراحي المضاد للقلس

Choice of Anti-Reflux Procedure

في حال وجود القلس المعدي المريئي دون وجود أية اختلاطات، وفي حال عدم وجود قصر في طول المريء، يفضل إجراء طي قاع المعدة لـ نيسن عن طريق منظار البطن الجراحي. في حال وجود اضطراب حركي في وظيفة المريء (والذي يتم تقييمه قبل الجراحة بإجراء قياس ضغوط المريء)، فإنه يفضل طي المعدة الجزئي عن طريق منظار البطن أو الصدر (إجراء بيلسي). أما في حال وجود قصر في طول المريء، فتفضل المقاربة الجراحية عن طريق الصدر.

يعتبر إجراء تضييق للمعدة مع طي كامل لقاع المعدة (نيسن) خياراً مناسباً عندما تكون وظيفة المريء الحركية جيدة، أما في حال وجود اضطرابات في حركية المريء فيتم مشاركة تصنيع المعدة gastroplasty مع طي جزئي (بيلسي مارك).

الاختلاطات النوعية

Specific Complication

١- عسرة البلع Dysphagia: والتي تكون غالباً بسبب طول طي قاع المعدة أو أن الغرز المأخوذة أثناء الطي تكون متوترة، كما يمكن أن توجد عسرة البلع في حال وجود اضطرابات في حركية المريء.

٢- تناذر النفخ الغازي Gas bloat syndrome : ويتظاهر بعدم القدرة على التجشؤ والشعور بامتلاء البطن بعد تناول الطعام. وهناك عدة عوامل تساهم في هذا التناذر (أذية العصب المبهم، تأخير الإفراغ المعدي، امتداد طي قاع المعدة، ... إلخ).

٣- فشل التكنيك الجراحي Technical failures : انفكك طي المعدة لـ نيسن، إنزلاق منطقة طي المعدة إلى داخل المنصف، إنثقاب المعدة أو المريء.

النتائج

Results

يجب اعتبار نتائج الجراحة المضادة للقلس (الجزر) على المدى الطويل ١٠، ١٥ أو حتى ٢٠ سنة. إن النتائج المقتبسة من المصادر سجلت نجاح الجراحة بنسبة ٨٥-٩٠٪ (تعتبر نتائج ممتازة) وذلك في حالات إجراء طي قاع المعدة لـ نيسن. أما النتائج المسجلة لطي قاع المعدة على طريقة بيلسي مارك فهي أقل نجاحاً (الألم بعد فتح الصدر - عسرة البلع - نكس الارتجاع المريئي الحامضي)، كما أن نتائج الجراحة البطنية باستخدام المنظار الجراحي مشجعة ولكن متابعة المريض لفترة أطول ضرورية.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Henderson RD, Henderson RF, Marryatt GY. Surgical management of 100 consecutive esophageal strictures. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1990; 99: 1.
- Jamieson GG, Watson DI, Britten-Jones R, Mitchell PC, Anvani M. Laparoscopic Nissen fundoplication. *Annals of Surgery*, 1994; 220: 137.
- Kaur WKH, Peters JH, DeMeester TR. A tailored approach to antireflux surgery. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1995; 110: 141.
- Little AG. Mechanisms of action of antireflux surgery: theory and fact. *World Journal of Surgery*, 1992; 16:320.
- Pearson FG, Cooper JD, Patterson GA, Ramirez J, Todd TR. Gastroplasty and fundoplication for complex reflux problems. Long-term results. *Annals of Surgery*, 1987; 206: 473.
- Peters JH, DeMeester TR. Indications, benefits and outcome of laparoscopic Nissen fundoplication. *Digest of Disease*, 1996; 14: 169.