

الفتق الفرجوني (الحجابي)

HIATUS HERNIA

دونا إ. مازياك، ف. غريف بيرون

Donna E. Maziak, F. Griff Pearson

لا تزال علاقة البناء التشريحي والفيزيولوجي للوصل المعدي المريئي والمصرة المريئية السفلية، مع الاضطرابات الوظيفية لهذه المنطقة غير مفهومة تماماً. يعرف الفتق بأنه بروز أحد الأحشاء (الأعضاء)، أو جزء من هذه الأعضاء، من خلال غطائه الطبيعي الذي يحيط به ليأخذ توضعاً جديداً غير طبيعي. إن انفتاق إحدى محتويات البطن (وخاصة المعدة) من خلال الفوهة الفرجونية للمريء شائع جداً. وغالباً ما تكون هذه الحالة لا عرضية، ولا تحتاج علاجاً نوعياً معيناً. ومن الشائع في الفتوق حدوث انقباس الجزء المنفق وبالتالي حدوث اختلاطات أو مضاعفات ناجمة عن هذا الانقباس (كالانسداد، الانتقال، الانتقاب، التقرح، النزف... إلخ). وحدثت هذه المضاعفات غالباً ما يكون ناجماً عن مشكلة ميكانيكية، وقد تحتاج إلى تدخل جراحي لإصلاحها (كترميم الفتق الفرجوني).

وقد يترافق الفتق الفرجوني مع حدوث الجزر المعدي المريئي (اضطراب وظيفي) عند المريض. وعلاج هذا الاضطراب الوظيفي، إما دوائياً وإما جراحياً بالجراحة المضادة للجزر (والتي تتضمن إصلاح الفتق الفرجوني).

التصنيف والفيسيولوجيا المرضية

Classification and Pathophysiology

١- النمط الأول I (الفتق الانزلاقي): هو انفتاق محوري للمعدة يؤدي إلى توضع المصرة المريئية المعدية فوق الحجاب الحاجز، ويساهم التوضع السابق للمصرة في عدم كفاءة المصرة المريئية المعدية، لذا من الشائع ترافق هذا النوع من الفتوق مع الجزر المعدي المريئي.

٢- النمط الثاني II (الفتق جانب المريئي): ويعرف أيضاً بالفتق الدرجي: وفيه يلاحظ انفتاق المعدة أو جزء منها من خلال الفوهة الفرجونية المريئية المتوسعة لتتوضع إلى جانب المريء في المنصف. مع بقاء الوصل المعدي المريئي مكانه، لذا لا يترافق هذا النوع من الفتوق مع الجزر المعدي المريئي، إلا أن الفتق جانب المريئي نادراً ما يكون معزولاً (يتواجد بمفرده) بل غالباً ما يترافق مع عنصر انزلاقي (النمط الثالث).

- ٣- النمط الثالث III (الفتق المشترك): يمتاز بوجود الفتق جانب المريئي إلى جانب الفتق الانزلاقي.
- ٤- النمط الرابع IV (الفتق المعقد): ويعرف بانفتاق أحد الأحشاء البطنية (كالكولون، الشرب، الطحال، الكبد، الأمعاء الدقيقة) إلى جوف الصدر مترافقاً مع المعدة.

المضاعفات

Complications

- ١- الوظيفية: وتتضمن هذه الجزر المعدي المريئي وما يترافق معه من (التهاب المريء، النزف، التضيق، الاستنشاق، مريء باريت).
- ٢- الميكانيكية: تشاهد هذه المضاعفات مع أي نوع من أنواع الفتوق، حيث إن انقباض مكونات الفتق ينتج عنه درجات مختلفة من انسداد أسفل المريء (يتظاهر على شكل عسرة بلع) أو انسداد في مخرج المعدة (الامتلاء بعد الطعام)، ومن الممكن ملاحظة الأعراض السابقة من حين إلى آخر. الانفتال وينتج عن دوران المعدة المنفتحة حول محور طولي أو عرضي.
- ونتيجة كبر حجم المعدة المنفتحة يمكن لانحناء المعدة الكبير المتحرك أن يدور في المنصف (ويتوضع في الطرف الأيمن غالباً). وهذا يمكن أن يؤدي إلى حدوث المضاعفات التالية:
- النزف: بسبب احتقان أو عمية مخاطية المعدة ويؤدي هذا النزف إلى فقر الدم بعوز الحديد، كما يمكن أن يحدث نزف صاعق نتيجة حدوث تقرحات معدية.
 - الانتناب: يحدث نتيجة اختناق المعدة (تأذي التروية الدموية) مما يؤدي إلى حدوث تنخر وتموت في جدار المعدة Gangrene.
 - اعتلال وظائف الرئة: غالباً بسبب الاستنشاق الرئوي، ونادراً ما تنتج عن انضغاط الرئة بالمعدة المنفتحة.

الصورة السريرية

Clinical Presentation

يمكن للفتق الفرجوي أن يكون لا عرضياً، وقد يراجع المريض بأعراض مبهمه (غير نوعية) في الجزء العلوي من البطن أو بأعراض تنفسية، إلا أن القصة السريرية المفصلة والدقيقة قد توحى بوجود أعراض الجزر المعدي المريئي. وقد يراجع المريض بأعراض تعود إلى الانسداد الميكانيكي الناتج عن الفتق وأهم هذه الأعراض: عسرة البلع، ألم صدري حاد، عدم القدرة على التقيؤ، الشعور بالامتلاء بعد تناول الطعام، الشبع المبكر، فقر دم بعوز الحديد، الانتناب، انخفاض الضغط الشرياني، الصدمة ... إلخ.

التشخيص

Diagnosis

- ١- أشعة الصدر البسيطة: قد تظهر وجود سوية سائلة غازية خلف القلب، أو كتلة في المنصف.
- ٢- تصوير المريء الظليل باستعمال الباريوم (اللقمة الباريئية): يجب إجراؤه بحذر، وتحت الرؤية المباشرة وخاصة عند توقع حدوث انثقاب، أو انسداد أو استنشاق، وفيه يتم تحديد مكونات البناء التشريحي للمعي الأمامي، وموقع الانسداد، ووضع المعدة وقدرتها على إفراغ محتوياتها.
- ٣- التنظير المعدي المريئي: يجرى هذا الاستقصاء لتحديد مستوى الوصل المعدي المريئي، ولنفي وجود أمراض أخرى (كالأورام) مرافقة للفتق الفرجوي، وكذلك لتحديد وجود التهاب أو تضيق في المريء. قد يكون من الصعب إجراء التنظير المريئي المعدي من الناحية التقنية، بسبب عدم القدرة على إمكانية رؤية مخرج المعدة، في حال تزوي أو انفصال المعدة داخل التجويف الصدري. لذلك فإن الإخفاق في تحديد موقع النزف في المعدة لا ينفي المصدر المعدي لفقدان الدم المزمن.
- ٤- دراسات وظيفة المريء (قياسات ضغوط المريء، قياس حموضة المريء على مدار ٢٤ ساعة): قد تكون هذه الاستقصاءات مفيدة في بعض المرضى المختارين (الحالات تحت الحادة أو غير الطارئة) وذلك لتقييم وظيفة المريء قبل إجراء الجراحة.

التدبير

Management

- ١- النمط الأول I للفتوق: لا يحتاج هذا النوع من الفتوق إلى إصلاح للفتق الفرجوي بالخاصة، بل يجب أن يعالج الجزر المعدي المريئي المرافق له دوائياً بادئ الأمر. وقد تم استعراض استطببات الجراحة المضادة للجزر في مكان آخر من الكتاب. ولا تزال أهمية وجود قصر في طول المريء مثيراً للجدل، لذلك تبقى هذه المعايير هامة جداً في انتقاء الإجراء الملائم المضاد للجزر.
- ٢- النمط الثاني II والثالث III والرابع IV: في هذه الأنماط يفضل الإصلاح الجراحي حتى في الحالات غير العرضية، وذلك لتجنب حدوث المضاعفات الممكنة الحدوث في أنواع الفتوق السابقة، على أن تكون مخاطر التخدير العام مقبولة، كما أن الجراحة الإسعافية لأنواع الفتوق السابقة تحمل نسبة إمرضية ووفيات عالية مقارنة مع الجراحة الانتقائية.

وتتضمن مبادئ الجراحة التالي:

- أ) تصغير فوهة الفتق وتحرير محتوياته: وقد يتحقق ذلك باستخدام المقاربة البطنية أو الصدرية اليسرى، وقد أوردت التقارير إمكانية إتمام ذلك عن طريق منظار البطن الجراحي.

- ب) استئصال كيس الفتق وإغلاق الفوهة الفرجوية (خلفياً).
- ج) علاج أي حالة مرضية مرافقة (كخياطة القرحة النازفة، استئصال الأحشاء المتنخرة).
- د) تثبيت المعدة في البطن ويتم ذلك بعدة طرق:
- خياطة المعدة (الانحناء الصغير) إلى الرباط القوسي المتوسط (اللفافة المتوضعة أمام الشريان الأبهر).
 - خياطة قاع المعدة إلى الفوهة الفرجوية للحجاب الحاجز.
 - استخدام فغر المعدة الأمامي.

يقوم عدد كبير من الجراحين بإجراء مضاد للجزر مرافق لإصلاح الفتق الفرجوي، وحثهم في ذلك بأن هذا الإجراء هو كمحاولة لمنع نكس الفتق (بوضع كتلة طي المعدة أسفل الفوهة الفرجوية) أكثر منه كإصلاح للجزر المعدي المريئي. أما عندما سيتم إخضاع المريض للجراحة البطنية لسبب ما، فمن المنطقي إصلاح الفتق الفرجوي بإجراء مضاد للجزر وذلك عند إثبات وجود الجزر المعدي المريئي سواء أتم تشخيص ذلك سريرياً أو بدراسات وظيفة المريء (ضغوط المريء - حموضة المريء).

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Feldman M. Hiatal hernia and gastroesophageal reflux: another attempt to resolve the contro- versy. *Gastroenterology*, 1993; 105: 951.
- Matthews HR. A proposed classification for hiatal hernia and gastroesophageal reflux. *Diseases of the Esophagus*, 1996; 9: 1.
- Rosati R, Bona S, Fumagalli B. Laparoscopic treatment of paraesophageal and large mixed hiatal hernias. *Surgical Endoscopy*, 1996; 10: 429.
- Sontag SJ, Schnell TG, Miller TQ. The importance of hiatal hernia in reflux esophagitis. compared with lower esophageal sphincter pressure of smoking. *Journal of Clinical Gas- troenterology*, 1991; 13: 628.
- Williamson WA, Ellis FH, Streitz JM, Shahian DM. Paraesophageal hiatal hernia: is an anti- reflux procedure necessary? *Annals of Thoracic Surgery*, 1993; 56: 447.