

انثقاب المريء

PERFORATED ESOPHAGUS

دونا إ. مازياك، ف. غريف بيرون

Donna E. Maziak, F. Griff Pearson

لا يزال انثقاب المريء يحمل نسبة عالية من الوفيات وذلك بسبب صعوبة تشخيصه وتدبيره. تصيب حوالي ٦٠٪ من الانتقابات المريء الصدري، و٢٤٪ منها المريء الرقبى، و١٦٪ من هذه الانتقابات المريء البطني. إن أسباب انتقابات المريء هي متنوعة تماماً، ولكن أكثر الأسباب شيوعاً إلى حد بعيد هي الأسباب العلاجية المنشأ.

السيببات

Etiology

١- علاجية المنشأ (٥٧٪) Iatrogenic وتتضمن الأسباب التالية:

- استعمال الأدوات أو المناظير للطرق الهوائية الهضمية العلوية، والتي تتضمن المنظار المريئي المعدي (الصلب والمرن)، توسيع المريء، التنبيب الأنفي المعدي، المعالجة بالتصليب، التنبيب داخل الرغامى، تنظير القصبات بالمنظار الصلب.
- أسباب جراحية، والتي تتضمن الاستئصال الجراحي الرئوي، تنظير المنصف، جراحة الارتجاع الحامضي، جراحة العمود الفقري.

٢- رضية (٢٤٪) Traumatic:

- الأذيات الرضية الكليّة والنافذة.
- الأجسام الأجنبية.
- الأذية بالكاويات.

٣- انتقابات المريء العفوية (١٩٪) Spontaneous:

- بعد الإقياء (تناذر بورهاف (Boerhaave's syndrome)).
- الأورام الصدرية.

الموجودات السريرية Clinical Presentation

إن الأعراض النوعية والعلامات تختلف تبعا إلى مستوى ومدة الانتقاب، وفيما إذا كانت الاختلاطات قد تطورت.

١- المريء الرقبى: يتظاهر الانتقاب بآلام رقبية، وعسرة البلع، وآلام أثناء البلع. من الممكن خلال الفحص السريري إظهار وجود تجمع هوائي أو انتفاخ تحت الجلد، وكذلك وجود ألم شديد عند حركة الرقبة أو بالجلوس الذي يكون نموذجيا.

٢- المريء الصدري والبطني: يتظاهر الانتقاب بوجود ألم خلف عظم القص أو ألم شرسوفي، والذي ينتشر إلى الظهر. أما وجود عسرة البلع فهو عرض متغير. من الممكن أن يظهر الفحص السريري هواء تحت الجلد في الرقبة، أو وجود التهاب صفاق حاد، وكذلك وجود أصميه ونقص في دخول الهواء، بشكل شائع في قاعدة الرئة اليسرى.

٣- أعراض عامة: تظهر علامات المرض الجهازى بشكل عام على المرضى، مع وجود تسارع في النبض، وانخفاض في الضغط الدموي، وحرارة، وتسارع في التنفس. يكون عادة التدهور السريري سريع.

التشخيص Diagnosis

إن درجة الشك العالية تقود عادة إلى تشخيص انتقاب المريء. من الممكن الشك بالتشخيص بالموجودات الشعاعية لأشعة الصدر البسيطة أو بوجود هواء داخل المنصف، أو داخل الأنسجة الرخوة للرقبة، أو في البطن. كذلك من الممكن أن يشاهد وجود انصباب جنبي مرافق (عادة في الطرف الأيسر) أو وجود سووية هوائية مائية في الصورة الشعاعية. يحتاج التشخيص النهائي إلى دراسة ظلية، والتي سوف تحدد موضع مستوى الانتقاب وتظهر وجود إمرضية مرافقة في المعى الأمامي. يعطى في البدء مادة ظليلة ذوابة في الماء. وإذا لم تظهر هذه الدراسة الشعاعية وجود انتقاب، فإنه يجب دائما بعدها إعطاء باريوم ممدد في الصورة الشعاعية الظليلة. يجب إجراء المنظار المريئي المعدى (باستخدام المنظار المرن) ويتم إجراؤه تحت التخدير العام، وذلك مباشرة قبل الفتح الجراحي من أجل تحديد مكان الانتقاب (إذا كان بالإمكان) وذلك لتقييم المريء مكان الانتقاب، وتحت الانتقاب. بشكل خاص أو نوعي، إن وجود ورم أو دلائل على وجود انسداد قاصي سوف يؤثر على التدبير والقرار الجراحي.

التدبير Management

إن مبادئ المعالجة هي إيقاف التسريب والتلوث المستمر، والقضاء على الإنتان، وإعادة ترميم الطريق المريئي، وإصلاح أي خلل مسبب للانتقاب وكذلك المحافظة على التغذية. إن الجراحة الفورية توفر أفضل الفرص

للبقاء على قيد الحياة. تعتمد طريقة الفتح الجراحي النوعية على المكان التشريحي للانثقاب وكذلك على الوقت بين الانثقاب والتشخيص ، وكذلك على وجود اضطرابات مرافقة.

١- عامة general

• قبل الجراحة : الإنعاش بإعطاء السوائل عبر الوريد ، والمضادات الحيوية (مبدئياً تعطى المضادات الحيوية واسعة الطيف مع إعطاء مضادات تغطي اللاهوائيات) ، وكذلك المعالجة بالأكسجين ، يتم تصريف الانصباب الجنبى المرافق (عن طريق أنبوب الصدر).

• بعد الجراحة : دعم التغذية والمعالجة بالمضادات الحيوية بناء على المزرعة الجرثومية.

٢- انثقاب المريء الرقبى Cervical esophageal perforation : يجب إجراء فتح جراحي استقصائي فوري عن طريق شق في الطرف الأيسر من الرقبة ، مع تصريف للسوائل شامل في الحيز خلف البلعوم وأعلى المنصف. هناك دور صغير جدا للمعالجة غير الجراحية في تدبير انثقاب المريء الرقبى. يجب إجراء رتق أولي للانثقاب (مع إعادة تدعيم) إذا أمكن (وهو نادر الحدوث). يجب إجراء دراسة ظليلة بعد ٥-٧ أيام بعد الجراحة ، وإذا لم تظهر أي تسريب ، فإنه يمكن إعادة إعطاء التغذية عن طريق الفم.

٣- انثقاب المريء الصدري Thoracic esophageal perforation : من الممكن أن يساعد إجراء منظار مريئي معدي مرن بعد البدء بالتخدير العام في التخطيط بطريقة الفتح الجراحي. حيث إن أفضل طريقة للفتح الجراحي على انثقابات المريء العلوية والصدريّة المتوسطة عن طريق استخدام فتح الصدر الأيمن ، أما الانثقابات المريئية السفلية فيتم التدخل الجراحي لها عن طريق فتح الصدر الأيسر. يجب رؤية وكشف كامل طول الانثقاب المريئي في الطبقة المخاطية للمريء عن طريق تسليخ الطبقات العضلية المغطية أعلى الانثقاب. بشكل مثالي يجب إجراء الإصلاح الأولي للطبقة المخاطية الصحيحة (فوق بوجي مريئي bougie) ، ومن ثم يتم تدعيمه بأنسجة محلية (مثال : غشاء بلوري ، أو غشاء التأمور ، أو عضلة وريية) كذلك يجب تصريف أي تجمع سوائل في المنصف أو التجويف الجنبى بشكل شامل. يجب وضع أنابيب الصدر بجانب مكان الرتق (وذلك تحسباً وتوقعاً لحصول تسريب بعد الجراحة) ، ومن ثم يجب إعادة نفخ الرئة. يجرى كذلك فتح بطني صغير من أجل وضع أنبوب تغذية داخل الصائم. من الممكن عزل مكان الرتق الجراحي للانثقاب عن المفرزات اللعابية عن طريق وضع أنبوب أنفي معدي في المريء على أن تكون نهايته متوضعة بالضبط أعلى مكان الرتق الجراحي (عادة هي غير فعالة) أو عن طريق إجراء (ناسور لعابي) في الرقبة (فغر مريئي رقبى). مع أن هذه الطريقة فعالة جداً ، ولكنها تتطلب إغلاق هذا الفغر لاحقاً. من الممكن حماية هذا الرتق الجراحي من ارتجاع المحتويات وسوائل المعدة أو الاثني عشر عن طريق ربط (أو تدبيس) الوصل المريئي المعدي أو عن طريق وضع أنبوب فغر معدي لتخفيف الضغط (يجب وضعه أعلى الانحناء الصغير لأنه من الممكن استخدام المعدة لاحقاً في إعادة البناء). إن القرار في عزل المريء كان

قد نصح به سابقاً لتدبير الانتقابات المتأخرة (أكثر من ٢٤ ساعة). على كل حال، فإنه حالياً يترك هذا القرار من أجل المرضى الذين فشل عندهم الإغلاق الأولي للانتقاب، أو أن الإصلاح الأولي عندهم غير مناسب وذلك بسبب وجود إنتان صاعق أو التهاب منصف شديد. في حال غياب انسداد قاصٍ فإنه من الممكن استخدام أنبوب تصريف على شكل حرف T (بإجراء ناسور مريئي - جنبي - جلدي متحكم به أو مخطط له) وكذلك من الممكن إجراء تصريف واسع للمنصف الخلفي عندما لا يمكن إجراء الإصلاح الجراحي الأولي. من الممكن إصلاح الإضرابات المريئية الحميدة بنفس وقت الإصلاح والرتق الجراحي (مثال: الخزع العضلي في حالات تعذر الارتخاء achalasia). يجب الأخذ بعين الاعتبار الإجراء الباكر لاستئصال المريء (مع إعادة بناء فورية أو متأخرة)، خاصة عند وجود أذية مريئية شديدة وممتدة، أو عند وجود أورام قابلة للاستئصال، في حال إمكانية تحقيق نتائج تلطيفية مرضية ونوعية جيدة في الحياة.

٤- انتقاب المريء البطني Abdominal esophageal perforation: تطبيق نفس القواعد المشابهة في تدبير انتقابات المريء البطنية. حيث يجرى فتح البطن، ومن ثم يتم إخراج جميع التجمعات القيحية في التجويف البريتواني. وعادة ليس من الضروري وضع أنبوب تصريف في التجويف البريتواني. يتم دعم وتعزيز مكان الإصلاح والرتق الأولي لانتقاب المريء إما بقاع المعدة أو بالثرب.

٥- التدبير غير الجراحي Nonoperative management: بعض المرضى المختارين، والذين يستوفون معايير صارمة، مثل الذين يرفضون الجراحة، أو الذين عندهم مخاطر تمنع العمل الجراحي، من الممكن أن يؤخذ بعين الاعتبار تدبيرهم بشكل غير جراحي. على كل حال، يتطلب الأمر معالجة داعمة كاملة، والتي تتضمن إعطاء السوائل عن طريق الوريد، والمضادات الحيوية، وكذلك التداخل وتصريف تجمع السوائل والصدید داخل التجويف الجنبي أو البطني، وكذلك الدعم الغذائي. إن المعايير (المبادئ) للعلاج غير الجراحي في المرضى والذين هم في ناحية أخرى ملائمون للعمل الجراحي هي كالتالي:

- يجب أن يكون التسريب محتوى ومحدداً فقط في المنصف.
 - إن صورة المريء الظليلة تؤكد وجود تصريف حر راجع إلى داخل المريء.
 - هناك أعراض خفيفة.
 - لا يوجد علامات على إنتان سريري معمم.
- كل المرضى الذين تم معالجتهم بهذه الطريقة يجب أن يُتابعوا ويُراقبوا بشكل دقيق جداً، وعند وجود أي دليل على إنتان موضع أو جهازي معمم يجب إجراء تدخل جراحي فوري وعاجل.
- بنجاح تم استخدام وضع الدعامة مكان الانتقاب الورمي للمريء مع التصريف بوضع أنبوبة الصدر داخل التجويف الجنبي وذلك عند المرضى الذين لديهم أورام مريئية غير قابلة للجراحة.

النتائج

Results

إن نسبة الوفيات الحالية عند المرضى الذين تم التدخل عليهم جراحيا خلال ٢٤ ساعة الأولى من الانتقاب المريئي هي ١٣٪، أما عند المرضى الذين تم تأخير الجراحة عندهم فتصل النسبة ٥٥٪. تتأثر نسبة الوفيات كذلك بالعمر، والحالة الطبية العامة، ووجود مرض مريئي مرافق، وكذلك تعتمد على المسبب، وتوضع الانتقاب (صدرى، أو بطني، أو رقبى). وتبقى كذلك الأمراض والاختلالات بعد الجراحة عالية (أكثر من ٤٠٪) في معظم الدراسات الطبية.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Brauer RB, Liebermann-Meffert D, Stein HJ, Bartels H, Siewert JR. Boerhaave's syndrome: analysis of the literature and report of 18 new cases. *Diseases of the Esophagus*, 1997; 10: 64.
- Cameron IL, Kieffer RF, Hendrix TR. Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. *Annals of Thoracic Surgery*, 1979; 27: 404.
- Ferguson MK. Management of perforated esophageal cancer. *Diseases of the Esophagus*, 1997; 10: 90.
- Iannottoni MD, Vlessis AA, Whyte RI, Orringer ME. Functional outcome after surgical treatment of esophageal perforation. *Annals of Thoracic Surgery*, 1997; 64: 1606.
- Jones WG, Ginsberg RJ. Esophageal perforation: a continuous challenge. *Annals of Thoracic Surgery*, 1992; 53: 534.
- Orringer ME, Sterling Me. Esophagectomy for esophageal disruption. *Annals of Thoracic Surgery*, 1991; 49: 35.
- Whyte RI, Iannettoni MD, Orringer ME. Intrathoracic esophageal perforation: the merit of primary repair. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1995; 109: 140.