

إعادة العمل الجراحي في حالات فشل الجراحة المضادة للجزر (الارتجاع)

REOPERATION FOR FAILED ANTI-REFLUX SURGERY

دونا إ. مازياك، ف. غريف بيرسون

Donna E. Maziak, F. Griff Pearson

نحصل عادة على أفضل نتائج بعد العمليات المضادة للارتجاع الحامضي عند إجراء الجراحة في المرة الأولى، وتعتمد على وضع التشخيص بدقة، والانتقاء الدقيق للمرضى وكذلك مهارة التداخل الجراحي. على كل حال، يجب أن نتوقع أن معدل الفشل على المدى الطويل هو ما يقارب ١٠-٢٠٪، حتى بوجود جراحين ذوي خبرة وبغض النظر عن نوع المداخلة الجراحية الأولى المجراة المضادة للارتجاع الحامضي. إن إعادة العمل الجراحي في حالات فشل العمليات الجراحية للارتجاع الحامضي غالباً ما تعتبر تحدياً من الناحية التقنية، ولكن باختيار دقيق للمرضى، من الممكن الحصول على نتائج مرضية.

أسباب الفشل

Causes of Failure

١- أسباب وظيفية:

- فشل تثنية القاع أو الطي fundoplication في منع الارتجاع أو الجزر.
- فشل المريء في التخلص من الأطعمة، أو وجود اضطرابات حركية كامنة في المريء.
- فشل في كل من طي المعدة الجراحي وتخلص المريء من الأطعمة.
- ارتجاع الصفراء (أو ارتجاع مختلط).

٢- أسباب تشريحية:

- إجراء جراحي غير مناسب في العمليات المضادة للجزر أو الارتجاع في حالات وجود اضطرابات حركية أولية للمريء.

- عدم القدرة على التعرف على مريء قصير تشريحياً.

- تشنّية القاع أو الطي رخوة جداً ، أو مشدودة جداً ، أو طويلة جداً.
- تمزق لعملية الطي أو انزلاق قطعة الالتفاف أو الطي للأسفل على المعدة وتوضعها تحت الوصل المريئي المعدي (وهو ما يسمى انزلاق نيسين) (slipped Nissen).
- وجود فتق حجابي مع هجرة الطي أو تشنّية القاع إلى داخل الصدر.
- ارتجاع حامض متكرر مع وجود تضيق هضمي.
- وجود فتق حجابي مجاور للمريء.
- إجراء عملية جراحية مضادة للجزر أو الارتجاع غير مناسبة في حالات وجود أمراض تقرحية هضمية.

التشخيص

Diagnosis

من المهم وبشكل أساسي أن تراجع طريقة العملية الجراحية الأولى وجميع الاستقصاءات ما قبل الجراحة الأولى. وبعد الحصول على قصة سريرية مفصلة وشاملة وفحص سريري كامل ، فإنه يجب إجراء الدراسات الموضوعية التالية وذلك لتقييم التشريح للمعي الأمامي (المريء والمعدة) وكذلك ليتم تحديد الاضطرابات الفسيولوجية المريئية المعدية بدقة قدر الإمكان :

- لقمة باريتية.
- منظار مرن للمريء والمعدة.
- قياس الضغط المريئي.
- دراسة نسبة الحموضة (٢٤ ساعة) جواله. إجراء دراسات إضافية (مثال : التخلص المعدي من النيوكليد المشع ، دراسات لارتجاع الصفراء النقالة ... إلخ) والتي يمكن أن تستطب لتأكيد التشخيص بشكل أدق.

التدبير

Management

- ١- الطبي : يعالج المرضى بالأدوية بشكل مشابه للأدوية المعطاة للمرضى المصابين بالارتجاع الحامضي الأولي. على الرغم من أن بعض المرضى يستجيبون بشكل جيد لهذه المعالجة ، إلا أن هذا التدبير الطبي هو أقل نجاحاً عند المرضى عندما يكون سبب الفشل قد تم تحديده على أنه سبب تشريحي.
- ٢- التوسيع : إن المرضى المصابين بعسرة البلع ، والذين وجد عندهم أن طي المعدة مشدود جداً ، فإنه من الممكن أن يستفيدوا من التوسيع المتدرج بموسعات من نوع مالوني أو سفاري. أما موسعات البالون فإنه يبدو أنها كثيرة التخريب والتمزيق وأقل فعالية في هذه الحالة.

٣- إعادة العمل الجراحي : يجب انتقاء الحالات الفردية من أجل إعادة العمل الجراحي بدقة متناهية ، والآثار أو المقتضيات المترتبة على إجراء جراحة أخرى يجب شرحها بالتفصيل للمريض والأهل. على الرغم من أنه لا يوجد إجراء جراحي واحد قابل للتطبيق على كل المرضى ، فإن الكشف الجراحي الأمثل للمعي الأمامي من الممكن تحقيقه عن طريق الفتح الجراحي الصدري البطني وهو عادة من الممكن تحمله بشكل جيد.

إذا كانت المشكلة الكامنة هي اضطراب حركي أولي في المريء ، فإنه يجب فك طبي أو ثنية القاع ، ومن ثم يجب إجراء البضع (الخزغ) العضلي myotomy مع إجراء الطي الجزئي (بلسي) partial (Belsey) fundoblication. إذا ما وجد تمزق في الطي ، أو قصر في المريء أو انزلاق نيسن ، فإنه يجب أن يفك الإصلاح السابق ومن ثم إعادة بنائه بطريقة رأب المعدة (كوليس Collis gastroplasty) وإجراء طي جزئي بطريقة بلسي أو كامل بطريقة نيسن وهذا كله يعتمد على الدراسات الحركية للمريء قبل العمل الجراحي. أما إذا تعرض المريض لعدة عمليات جراحية في السابق أو عند وجود تضيق مريئي سفلي دائم غير قابل للتوسيع ، فإنه يجب الأخذ بعين الاعتبار في إجراء استئصال مريئي واستبداله بالقولون أو الصائم. في حالات الارتجاع الصفراوي (أو المختلط) ، قد يستطب إجراء التثبيت الحامضي وتحويل مجرى الصفراء عن طريق إجراء استئصال غار المعدة وإجراء مفاغرة معدية صائمية على شكل Roux-en-y.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Collard JM, Romagnoli R, Kestens PJ. Reoperation for unsatisfactory outcome after laparoscopic antireflux surgery. *Diseases of the Esophagus*, 1996; 9: 56.
- Ellis FH, Gibb SP. Vagotomy, antrectomy, and Roux-en-Y diversion for complex reoperative gastroesophageal reflux disease. *Annals of Surgery*, 1994; 220: 536.
- Skinner DB. Surgical management after failed antireflux operations. *World Journal of Surgery*, 1992; 16: 359.
- Stein HJ, Feussner H, Siewert JR. Failure of antireflux surgery: causes and management strategies. *American Journal of Surgery*, 1996; 171: 36.