

تضيق الرغامى

TRACHEAL STENOSIS

شاف كيشافجي، هاني ك. نجم

Shaf Keshafjee, Hani K. Najm

تدل تضيقات الرغامى عادة على تضيق محدد لجزء من الرغامى ، وهو غالبا ما ينتج عن أذيات بعد التنبيب.

التصنيف والمسببات

Classification and Etiology

خلقي Congenital

١- الوترات والحجب webs and diaphragms

٢- التضيق stenosis والذي ينتج عن عيب تطوري والتي يحدث فيها نقص في القسم الغشائي من جدار الرغامى ، حيث أن الجدار يتألف من حلقات غضروفية كاملة أو شبه كاملة. وتترافق عادة مع تشوهات أخرى في الشجرة الرغامية القصبية شاملة الشريان الرئوي المعلق ، أو القصبات الهوائية الزائغة للفص المتوسط والفص السفلي الأيمن حيث تنشأ من القصبة الرئيسية اليسرى ، وكذلك عدم تخلق رئوي وحيد الجانب. ثلاثة نماذج تم وصفها وهي :

• نقص تنسج متعمم Generalized hypoplasia.

• تضيق قمعي الشكل Funnel-like narrowing.

• تضيق قطعي Segmental stenosis.

٣- تلين الرغامى Tracheomalacia.

وهي نقص صلابة الرغامى نتيجة تشوهات بنيوية في جدارها. وهذا ينتج عنه تضيق شامل في الرغامى وانخماص في الطرق الهوائية خلال التنفس (الزفير) أو عند البلع. ومن الممكن أن تترافق مع غياب خلقي للمريء (رتق) Atresia ، وبشكل نادر من الممكن أن تترافق مع انضغاط الرغامى الناتج عن وجود حلقات وعائية Vascular rings ، أو من بنى تشريحية منصفية ، أو قد تتطور ما بعد الجراحة.

أفضل بتصوير مقطعي خطي linear tomography (إذا كان متوفراً). التصوير الطبقي المحوري المحوسب CT scanning ، خاصة الحلزوني spiral مع إعادة بناء المقاطع الشعاعية ، أصبح هو الخيار الأول للاستقصاءات الشعاعية ، أما الرنين المغناطيسي MRI فهو استقصاء غير مستخدم. أما تصوير القصبات الظليل bronchography فنادرًا ما يستخدم حالياً.

٣- تنظير القصبات Bronchoscopy : التنظير بالمنظار الصلب والمرن هو مكمل وأساسي للحصول على التشخيص ، (مثال : ورم خبيث أو حميد) وكذلك للتخطيط للعمل الجراحي (مثال : موضع التضييق ، طول التضييق ، علاقته وبعده عن الحبال الصوتية وجوؤ أو مهماز الرغامى carina ، ترافقه مع تخريب في الغضاريف أو وجود إنتان). يجب تدبير تضيقات الطرق الهوائية الحرجة باستخدام منظار القصبات الصلب وذلك للسيطرة على الطرق الهوائية ، ولتوسيع التضيقات (خاصة : إذا كان قطرها أصغر من ٦ مم) عند التخطيط للعلاج النهائي.

٤- اختبارات وظائف الرئة Pulmonary function studies : من الممكن أن تساعد حلقات أو منحنيات حجم جريان الهواء flow-volume loops في تحديد مدى ودرجة العجز التنفسي (تسطح منحنيات الشهيق والزفير) ، ومن الممكن أن تستخدم أيضاً في تسجيل مدى التحسن بعد الجراحة.

أذيات التنبيب

Intubation Injury

١- أذيات أنبوب داخل الرغامى Endotracheal tube injuries .

- الحبال الصوتية : الورم الحبيبي ، التضييق .
 - مكان بالونة الأنبوب : تضييق ، ناسور رغامى مريئي .
 - مكان ذروة الأنبوب : نسيج حبيبي ، نواسير مع المريء أو مع الشريان اللا اسم له .
- ٢- أذيات أنبوب خزع (فغر) الرغامى (ذو البالون) Cuffed tracheostomy tube injuries .

- مكان الخزع (الفغرة) : تضييق أمامي ، وجود نسيج حبيبي ، تلين .
- مكان البالون cuff site : تضييق ، ناسور رغامى مريئي .
- مكان ذروة الأنبوب : نسيج حبيبي ، نواسير مع المريء أو مع الشريان اللا اسم له .

التدبير

Management

١- بشكل عام General يجب معالجة الاضطرابات المرافقة ، خاصة الإنتانات التنفسية ، ونقص البروتين وسوء التغذية .

٢- التوسيع Dilatation ويتم باستخدام المنظار الصلب والموسعات ذات النهاية المطاطية . يجب المحافظة على التنفس العفوي للمريض حتى يتم تأمين الطريق الهوائي .

٣- التوسيع مع وضع دعامة Dilatation with stenting وتستخدم هذه الطريقة كإجراء مؤقت. من الممكن استخدام أنابيب سيلاستك على شكل حرف T (silastic T tube) أو أنابيب على شكل حرف T-Y ، أو باستعمال دعامة معدنية قابلة للتمدد. يجب وضع نهاية الدعامة أسفل المنطقة المتضيق بمسافة كافية ، حيث إنه من الممكن أن تكون هذه معالجة نهائية عند المرضى غير القادرين على تحمل الاستئصال الجراحي.

٤- الاستئصال وإعادة البناء الأولية Resection and primary reconstruction.

تعتبر التدبير النهائي عند معظم المرضى ، والقادرين على تحمل خطورة التخدير. الغالبية العظمى من المرضى (أكثر من ٩٠٪ من المرضى) سوف يحققون نتائج جيدة / مرضية بالنسبة إلى التنفس ، والتصويت والبلع. يتم تحقيق النتائج المثالية عند الجراحين ذوي الخبرة العالية في المراكز المتخصصة في جراحة الطرق الهوائية ، حيث نسبة الوفيات حوالي ٣٪.

٥- خزع (فغر) الرغامى Tracheostomy نادرا ما يستخدم الآن كمعالجة دائمة.

٦- الليزر Laser لا يستطب كعلاج (سواء مؤقت أو دائم) لتضيقات الرغامى الحميدة ، حيث إنه يحدث أذيات إضافية للطرق الهوائية. وهذه من الممكن أن تمنع إجراء الجراحة والاستئصال وإعادة البناء بنجاح.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Grillo HC, Donahue DM, Mathisen DJ. Postintubation tracheal stenosis: treatment and results. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1995; 109: 486.
- Grillo He, Mack EJ, Mathisen DJ, Wain JC. Idiopathic laryngotracheal stenosis and its management. *Annals of Thoracic Surgery*, 1993; 56: 80.
- Lobe TE. Congenital tracheal stenosis. *Chest Surgery Clinics of North America*, 1993; 3: 495.