

I. القرحات المعدية: (راجع قسم الأمراض المعدية المعوية).

□ التدبير الجراحي:

نادر بسبب الملتيويات البوابية H.Pylori والمعالجة الطبية.

□ استبطابات الجراحة:

عدم الاستجابة للمعالجة الطبية (قد تكون القرحة خبيثة).

خلل التنسج أو الكارسينوما.

النزف – خطر النزف أكثر بثلاثة أضعاف مقارنة مع القرحات العفجية.

الانسداد، الانتقاب.

□ الإجراءات:

استئصال المعدة الجزئي عن طريق بيلروث I أو بيلروث II (انظر الشكل ٣).

تجرى خزعة من القرحة دوماً للتحري عن الخبائثة.

إجراء الجراحة دوماً في حالة عدم الشفاء الكامل حتى لو كانت الخزعة سلبية – قد تكون لمفوما

معدية أولية.

قطع المبهم ورأب البواب يستطبان فقط في حالة فرط الإفراز الحامضي (نادراً).

II. القرحات العفجية:

□ غالباً ما تكون ضمن ٢ سم من البواب.

□ الاختلاطات:

الانتقاب: ويكون عادة إذا كانت القرحة على السطح الأمامي.

بداية حادة للألم والوهط.

البطن الحاد، قاس، يشبه اللوح.

لا تسمع أصوات معوية، علوص.

التهاب الصفاق الكيماوي الأولي يليه حدوث التهاب الصفاق الجرثومي.

التشخيص: صورة الصدر الشعاعية (وجود هواء حر تحت الحجاب عند ٧٠% من المرضى).

المعالجة: الخياطة الزائدة للقرحة (تغضين Plication) والرقعة الثرية.

الانتقاب الخلفي:

إلى البنكرياس (ارتفاع الأميلاز).

ألم ثابت في منتصف الشرسوف ينتشر إلى الظهر، لاعلاقة له مع الوجبات.

النزف الخلفي:

إصابة الشريان المعدي العفجي.

الإنعاش الأولي بالسوائل البلورية، نقل الدم من أجل هبوط ضغط الدم ونقص الحجم الدموي.

التنظير الداخلي العلاجي و/ أو التشخيصي (أي الليزر، التخثير، الحقن).

الجراحة إذا كان النزف شديداً أو متكرراً.

الإجراء: رأب البواب Pyloroplasty، القطع الجذعي للمبهم، قطع المبهم مع استئصال الغار

Antrectomy.

انسداد مخرج المعدة:

ناجم عن الودمة، التشنج، تليف القناة البوابية.

الغثيان والإقياء (الطعام غير المهضوم، غير صفراوي)، توسع المعدة، ألم بطني ماعص Crampy.

القرقرة التلاطمية Succussion Splash.

الجراحة بعد تخفيف الضغط بواسطة الأنبوب الأنفي المعدي وإصلاح القلاء الاستقلابي ناقص الكلور

وإصلاح نقص بوتاسيوم الدم.

الإجراء: قطع المبهم مع استئصال الغار أو قطع المبهم مع النزح.

التدبير الجراحي:

الاستطابات: النزف المستمر أكثر من ٨ وحدات، النزف ثانية في المشفى، الزمر الدموية النادرة،

الانتقاب، انسداد مخرج المعدة، الألم الشديد رغم التدبير الطبي.

الإجراءات:

قطع المبهم الجذعي والنزح عن طريق رأب البواب:

أفضل إجراء يجمع السلامة مع الفعالية.

نسبة النكس ١٠-٥% لكن معدل الاختلاط نادر.

قطع المبهم الجذعي مع استئصال الغار مع مفاغرة بيلروث I أو II:

نسبة النكس منخفضة (أقل من ٢%).

نسبة مراضة عالية (متلازمة الإغراق، الإسهال) ونسبة وفيات عالية.

قطع المبهم الانتقائي بشدة:

نسبة النكس مرتفعة (تصل إلى ٢٥%).

الاختلاطات بعد العمل الجراحي: نكس القرحة، تثبت الغار Retained antrum، الناسور (المعدي

الكولوني، المعدي الصائمي)، متلازمة الإغراق، فقر الدم، الإسهال التالي لقطع المبهم، متلازمة العروة

الواردة.

الشكل ٣: استئصال المعدة بيلروث I و II.

III. الكارسينوما المعدية:

□ الوبائيات:

الذكور/الإناث = ١ / ٢.

أشيع مجموعة عمرية: ٥٠-٥٩ سنة.

نقصت نسبة الحدوث بنسبة الثلثين خلال الـ ٥٠ سنة الماضية.

□ عوامل الخطورة:

التدخين.

الكحول.

الأطعمة المدخنة، النيتروزامينات.

الملتويات البوابية H.pylori المسببة لالتهاب المعدة الضموري المزمن.

فقر الدم اللبيل المترافق مع فقد حمض المعدة والتهاب المعدة الضموري المزمن.

السليلات الغدومية المعدية.

استئصال المعدة الجزئي السابق (أكثر من ١٠ سنوات بعد استئصال المعدة).

الاعتلال المعدي الضخامي.

سرطان الكولون الوراثي غير الناجم عن داء السليلات.

□ التشريح المرضي:

الفحص النسيجي.

٩٠% كارسينوما غدية (٨% لمفوما، ساركوما عضلية ملساء).

المورفولوجيا: تصنيف بورمان Borman.

سليلي الشكل (25% Polypoid).

تقرحي (25%).

انتشار سطحي (15%).

تصلب المعدة (10% Linitis Plastica)، مرتشح بشكل واسع.

متقدم/ منتشر (35%) - نمو الورم خارج المجموعات الأربعة السابقة.

التظاهرات السريرية:

يشتهه بكارسينوما المعدة عندما تفشل القرحة بالشفاء أو عندما تكون على الانحناء الكبير للمعدة أو في
الفؤاد.

تكون بداية الأعراض متأخرة عادة.

البداية مختلطة على شكل حس امتلاء بطني بعد الأكل ونقص الوزن والقمة والألم البطني المبهم وعسر
البلع والقيء الدموي والكتلة الشرسوفية (25%) وضخامة الكبد والدم الخفي بالبراز وفقر الدم بعوز
الحديد والتغوط الأسود.

نادراً: عقدة فيرخوف (العقدة فوق الترقوة اليسرى)، رف بلومر (كتلة مجسوسة في رتج دوغلاس في
الحوض)، ورم كروكنبيرغ Krukenberg (انتقالات إلى المبيض)، عقدة الممرضة ماري جوزيف
(العقدة السرية)، الحين الخبيث.

الانتشار: الكبد، الرئة، الدماغ.

التشخيص:

تنظير المعدة والعفج EGD والخزعة، تصوير الجهاز الهضمي العلوي المتسلسل مع التباين بالهواء
Air Contrast (حساسية ضعيفة إذا أجريت جراحة سابقة على المعدة).

تفريسة CT للانتقالات البعيدة.

تصنيف المراحل Staging (انظر الجدول ٢).

الجدول ٢ : تصنيف مراحل كارسينوما المعدة.		
المرحلة	المعيار	الإنذار (البقاء لمدة ٥ سنوات)
I	المخاطية وتحت المخاطية.	70%
II	الامتداد إلى العضلية الخاصة.	30%
III	الامتداد إلى العقد اللمفية الناحية.	10%
IV	انتقالات بعيدة أو إصابة البنَى المتواعدة.	0%
الإجمالي		10%

IV. تصنيف TNM:

١. الورم الأولي (T) Primary Tumour:

- T₁. الورم يقتصر على المخاطية وتحت المخاطية.
- T₂. امتداد الورم لكنه لا يتجاوز المصلية.
- T₃. امتداد الورم عبر المصلية لكنه لا يغزو البنيات الأخرى.
- T₄. امتداد الورم إلى المصلية وغزو البنيات المجاورة.

٢. إصابة العقد (N) Nodal Involvement:

- N₀. لا توجد إصابة في العقد اللمفية.
- N₁. إصابة العقد اللمفية ضمن ٣ سم من الورم الأولي.
- N₂. إصابة العقد اللمفية أبعد من ٣ سم من الورم الأولي لكنها قابلة للاستئصال بالجراحة بما فيها العقد على طول الشريان المعدي الأيسر والشريان الطحالي والشريان الكبدي الأصلي والشريان الزلاقي.
- N₃. إصابة العقد اللمفية داخل البطن التي لا يمكن استئصالها بالعمل الجراحي بما فيها العقد جانب الأهر والعقد الكبدية العفجية والعقد خلف البنكرياس والعقد المساريقية.

٣. الانتقالات البعيدة (M) Distant Metastasis:

- M₀. لا توجد انتقالات بعيدة.
- M₁. توجد انتقالات بعيدة.

الجدول ٣: اللجنة الأمريكية المشتركة للتصنيف المرحلي لسرطان المعدة.			
تصنيف TNM			المرحلة
M0	N0	T1S	٠
M0	N0	T1	IA
M0	N1	T1	IB
M0	N0	T2	
M0	N2	T1	II
M0	N1	T2	
M0	N0	T3	
M0	N2	T2	III A
M0	N1	T3	
M0	N0	T4	
M0	N2	T3	III B
M0	N1	T4	
M0	N2	T4	IV
M1	أي N	أي T	

□ المعالجة: الجراحة في حالة الكارسينوما الغدية:
الآفات القريية:

استئصال المعدة الكامل والمفارقة المريئية الصائمية (التفاغر المعوي بشكل Y [Roux – en – Y]).

يشمل نزح العقد اللمفية لتنظيف المحور الزلاقي (قد يحتاج الأمر إلى استئصال الطحال).

الآفات البعيدة:

استئصال المعدة الجذري البعيد (حواف عريضة، استئصال الثرب الكامل مع العقد اللمفية النازحة).

المعالجة التلطيفية:

قطع المعدة لإنقاص النزف والتخلص من الانسداد لتمكين المريض من تناول الطعام.

فترة البقاء الإجمالية لـ ٥ سنوات تقارب ١٠%.

اللمفوما:

المعالجة الكيماوية ± الجراحة ± المعالجة الشعاعية.

١.٧ اختلاطات الجراحة المعدية:

□ اختلاطات عامة:

الارتكاسات التخديرية.

الاختلاطات ما بعد العمل الجراحي.

□ اختلاطات نوعية:

التهاب المعدة بالجزر القلوي.

قلس محتويات العفج إلى المعدة.

شائع بعد استئصال المعدة (٢٥%).

الألم الشرسوفي بعد تناول الطعام، الغثيان، الإقياء، فقد الوزن، فقر الدم.

التشخيص: التنظير الداخلي والخزعة (التهاب المعدة، الجزر الصفراوي).

المعالجة: تحويل المفارقة بيلروث I أو II إلى التفاغر المعوي بشكل Y.

متلازمة العروة الواردة: تحدث في عملية بيلروث II.

التمدد البطني الباكر بعد الوجبات، الألم، الغثيان، الإقياء الصفراوي.

تنجم عن الانسداد الميكانيكي المنقطع وتمدد الطرف الوارد.

تعالج بزيادة نزح العروة الواردة عن طريق التحويل إلى المفاغرة المعوية بشكل Y.

متلازمة الإغراق Dumping Syndrome:

تشاهد عند المرضى بعد إجراء استئصال المعدة.

بإكرًا – تنجم عن التحرر الكيموسي مفرط التوتر إلى الأمعاء الدقيقة مما يؤدي إلى تجمع السائل وتمدد الصائم.

متأخرًا – يؤدي الحمل الكبير من الغلوكوز إلى تحرر كبير للأنسولين وحدوث نقص سكر الدم.

أعراض بعد الأكل: الألم أو الامتلاء الشرسوفي، الغثيان، الخفقان، الدوخة، الإسهال، تسرع القلب.

المعالجة: القوت الفقير بالكربوهيدرات والغني بالشحوم والبروتين وتأخير انقراغ المعدة عن طريق وضع عروة صائمية ذات حركات حوية عكسية بين المعدة والأمعاء الدقيقة.

المعالجة: وجبة خفيفة بعد ساعتين من الوجبات.

الإسهال التالي لقطع المبهم (حتى ٢٥%).

يتحسن عادة.