

المعالجة الجراحية لاسترواح الصدر العفوي

بين الجراحة التقليدية والجراحة بمنظار الصدر مع الفيديو TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PNEUMOTHORAX SPONTANES ENTRE LA CHIRURGIE CLASSIQUE ET PAR VIDEO- THORACOSCOPIE

الدكتور جبرائيل مهنا*

□ ملخص □

بعد ظهور الجراحة بمنظار الصدر مع الفيديو وتطورها السريع بدأت تحتل تدريجياً مكان الجراحة التقليدية ببضع الصدر في المعالجة الجراحية لاسترواح الصدر العفوي. تشمل الدراسة 75 حالة استرواح صدر عفوي، و60 حالة عند 55 مريضاً أجريت لهم الجراحة ببضع الصدر خلال 4 سنوات، و15 حالة أجريت لهم الجراحة بمنظار الصدر مع الفيديو خلال ستة أشهر. كان التكنيك الجراحي المتبع هو "حك الوريقة الجنبوية مع استئصال الآفة الرئوية المسببة بالملقط الأوتوماتيكي (G.I.A., T.A.). والاتصاق الجنبوي كان ثابتاً دون نكس وعدم وجود أية وفاة.

* الدكتور جبرائيل مهنا أستاذ مساعد في قسم الجراحة بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.

المدخل Introduction:

إن استرواح الصدر العفوي هو حالة سريرية تشاهد غالباً عند الشباب وفي معظم الحالات يكون السبب غامضاً Idiopathic دون وجود آفة رئوية مرافقة، وهو بذلك يشكل مشكلة اجتماعية - اقتصادية هامة نظراً لكثرة حدوثه التي حددت من قبل Shled بـ 1 لكل 1000 قبول في المشافي العامة، وبـ 5 لكل 10000 من عامة الناس حسب zazackowska.

أما استرواح الصدر العفوي التالي لآفة رئوية - قصبية مزمنة فيشكل مضاعفة خطيرة لهذه الإصابة. وإن معالجة استرواح الصدر العفوي المستمر أو الناكس فهي جراحية.

وإن هذه المعالجة الجراحية حالياً يمكن أن تجري بالطريقة التقليدية ببضع الصدر أو بمساعدة منظار الصدر مع الفيديو الذي بدأ يأخذ مكاناً هاماً في المعالجة الجراحية لهذه الإصابة. أما التكنيك الجراحي المتبع بالحالتين فهو استئصال الآفة الرئوية المسببة بالملقط الأوتوماتيكي (G.I.A, T.A.) مع حرك الوريقة الجنبوية الجدارية للحصول على الالتصاق الجنبوي بين الرئة والجنبنة الجدارية.

المرضى والطرائق Malades et

:Méthodes

أجريت الدراسة على 75 حالة

استرواح صدر عفوي، 60 حالة عند 66 مريضاً أجريت لهم المعالجة الجراحية التقليدية ببضع الصدر بما فيها الأشكال ثنائية الجانب وذلك خلال 4 سنوات، و15 حالة أجريت لهم المعالجة الجراحية بمنظار الصدر مع الفيديو خلال 6 أشهر.

وكان توزع المرضى بحسب الجنس (59 رجلاً و11 امرأة) يشير إلى وجود سيطرة واضحة للإصابة عند الذكور بنسبة 84,3%، أما الأعمار فكانت تتراوح بين 18 و 84 سنة مع عمر وسطي هو 34 سنة (لوحة 1). أما التوضع فكان في الجانب الأيمن عند 41 مريضاً (85,6%) وفي الجانب الأيسر عند 34 مريضاً (34,3%) وفي الجانبين عند 5 مرضى (7,1%)، (لوحة 2).

السوابق:

- 1- سوابق استرواح الصدر (لوحة 3): عند معظم هؤلاء المرضى يكون نكس استرواح الصدر بنفس الجهة ولكنه أحياناً يكون بالجهة المقابلة (لوحة 4).
- 2- سوابق تنفسية: إن غالبية المرضى لم تظهر الاستقصاءات أية سوابق تنفسية عندهم حيث كان السبب غامضاً عند 46 مريضاً (65,7%) في حين ظهرت

1- استئصال الآفة الرئوية المسببة في قمة الرئة باستعمال الملقط الأوتوماتيكي T.A. في الجراحة التقليدية مع طمر خط الخياطة، وبأستعمال الملقط الأوتوماتيكي G.I.A. في الجراحة بمنظار الصدر مع الفيديو.

2- حك الوريقة الجنبوية الجدارية لتأمين الالتصاق بين الرئة والجنبه الجدارية في كل الحالات بالجراحة التقليدية وبالجراحة بمنظار الصدر مع الفيديو.

3- أخيراً، تنهى الجراحة بوضع منزحين ضمن جوف الصدر ويغلق الصدر.

4- النتائج:

أ- الوفيات: لم تسجل أية وفاة في كل الحالات.

ب- المضاعفات الباكرة:

1- فتح صدر للإرقاء: 1 حالة (3,1%) بعد الجراحة التقليدية.

2- حمج ثانوي موضعي لفوهة المنزح: 1 حالة (3,1%).

3- ناسور جنبوي - جلدي عبر فوهة المنزح: 1 حالة (3,1%) أغلق عفويًا بعد شهر واحد.

إن المدة اللازمة للشفاء بعد الجراحة هي عادة أطول في الاسترواح الثانوي لآفة رئوية منها في الاسترواح الغامض.
ج- النكس:

بعض الآفات الرئوية كسبب لاسترواح الصدر العفوي (لوحة 5).

من خلال هذه الدراسة يمكن التمييز بين لوحيتين سريريتين أساسيتين هما:

أ- استرواح الصدر العفوي عند الشباب: وهو محتمل جيداً. ودون سبب غالباً، والخطورة الجراحية قليلة.

ب- استرواح الصدر العفوي عند المسنين: وهو غير محتمل عادة بشكل جيد على المستوى القلبي - التنفسي مع آفة رئوية مرافقة غالباً، والخطورة الجراحية عالية نسبياً.

المعالجة الجراحية:

1- المأتى الجراحي:

أ- الجراحة التقليدية ببضع الصدر: 60 حالة.

ب- الجراحة بمنظار الصدر مع الفيديو: 15 حالة.

2- الآفات التشريحية العيانية: (لوحة 6) وتتضمن وجود فقاعات، وحثل فقاعي، ومتن رئوي نفاخي، وتمزق المتن الرئوي.

3- التكنيك الجراحي:

أ- أهدافه:

1- إعادة الرئة إلى جدار الصدر.

2- تأمين الالتصاق الجنبوي.

3- معالجة الآفة الرئوية المسببة المرافقة.

ب- الطرق:

لم تسجل أية حالة نكس لاسترواح صدر بعد الجراحات في نفس الجهة خلال 5 سنوات من متابعة المرضى في مجموعة الجراحة التقليدية بوضع الصدر، وكذلك لم تظهر النتائج الأولية خلال الأشهر الأولى من المتابعة في مجموعة الجراحة بنظارة الصدر مع الفيديو أية حالة نكس.

المناقشة Discussion:

نوجه أساساً نحو نقطتين رئيسيتين هما: الاستطباب الجراحي والتكنيك المستخدم.

1- الاستطباب الجراحي: من المعروف أن نسبة النكس تقدر بين 8-10% ووسطياً بـ 5.5% بعد النوبة الأولى لاسترواح الصدر العفوي، وبـ 70-85% بعد النوبة الثانية. وإن الاستطبابات الجراحية يمكن إيجازها بما يلي:

أ- بقاء التسرب الهوائي من المنزح بعد المعالجة بنزح الصدر.

ب- النوبة الثانية لنفس الجهة.

ج- النوبة الأولى مع فقاعة مرئية شعاعياً.

د- استرواح الصدر العفوي بالجانبين.

هـ- استرواح الصدر الضاغط أو الخانق.

و- استرواح الصدر المدمى.

هذه الاستطبابات يمكن أن تعدل بحسب المريض، وكما ذكرنا سابقاً فإن استرواح الصدر العفوي عند الشباب دون

سوابق نفسية تكون فيه الخطورة الجراحية قليلة، أما عند المسنين الذين يؤدي بهم إلى لامعاوضة قلبية-تنفسية حادة فإن الخطورة الجراحية تكون عالية.

2- التكنيك الجراحي:

أ- معالجة الآفة الرئوية المسببة: إن استعمال الملقط الأوتوماتيكي يبدو أكثر أماناً من فتح الفقاعات أو من استعمال المخثر الكهربائي على الفقاعات.

وإن طمر خط الخياطة الميكانيكية في الجراحة التقليدية كان يعطي أماناً أكبر لمنع تسرب الهواء أكثر من استعمال الصمغ الحيوي.

ب- تأمين الالتصاق الجنبوي: يمكن أن يتم بـ:

1- استئصال الوريقة الجنبوية الجدارية التام أو الجزئي.

2- وضع التالك ضمن جوف الجنبية.

3- حك الوريقة الجنبوية الجدارية.

بالرغم من أن المدافعين عن استئصال الوريقة الجنبوية الجدارية هم أكثر، ولكن يبدو لنا مع H. LEBRIGAND أن هذا الإجراء لا ضرورة له وخطر، لأنه يمكن تأمين الالتصاق الجنبوي بإجراء أقل خطورة، وبزمن أقل، وبمضاعفات أقل. لأنه عند استئصال الوريقة الجنبوية يحدث نزف مستمر بسيط قد يؤدي إلى فتح الصدر للإرقاء إذا كانت كمية النزف كبيرة. لذا فقد اعتمدنا حك الوريقة

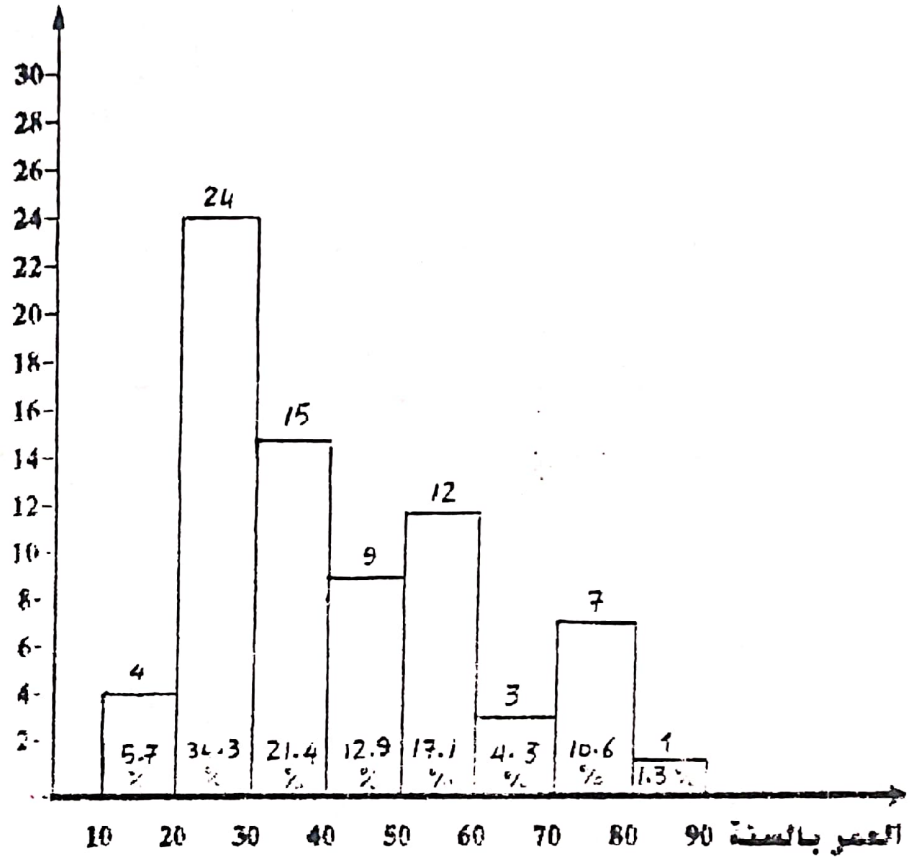
الجنوبية الجدار: لأنه الإجراء الأقل خطورة والأبسط والذ، يؤمن التصاقاً جنوبياً ممتازاً.

وإن دول منظار الصدر مع الفيديو حفل الجراحة بإخراً قد حمل تسهياً كبيراً وتبسيطاً أكبر للمعالجة الجراحية لاسترواح الصدر العقوي إذ أصبح بالإمكان إجراء نفس التكنيك الجرحي دون اللجوء إلى بضع الصدر وهذه نزبة كبيرة لأنها حذفت مضاعفات شقوق بضع الصدر.

الخلاصة Conclusion:

في نهاية هذه الدراسة أودّ التأكيد على أهمية هذا التكنيك الجراحي نظراً لسرعته وبساطته وفعالته في الجراحة التقليدية ببضع الصدر وخصوصاً في الجراحة بمنظار الصدر مع الفيديو وذلك في المعالجة الجراحية لاسترواح الصدر العقوي. وإن الاستطباب الجراحي هو أكثر عند المرضى الشباب منه عند المسنين الذين يحملون خطر انكسار المعاوضة القلبية التنفسية.

عدد الحالات



(لوحة 1) العمر

الجنس : ذكور 59 ← 84,3%

إناث 11 ← 15,7%

التوضع: أيمن 41 ← 58,6%

أيسر 24 ← 34,3%

بالجانبيين 5 ← 7,1%

العمر 18-48 سنة، الوسطي 34 سنة

(لوحة 2) الوبائيات

النسبة المئوية	عدد الحالات	
40%	30	النوبة الأولى
30,7%	23	النوبة الثانية
21,3%	16	النوبة الثالثة
6,7%	5	النوبة الرابعة
1,3%	1	النوبة الخامسة

(لوحة 3) سوابق استرواح الصدر العفوي.

النوبة	عدد الحالات	بالجهة الموافقة	بالجهتين	بالجهة المقابلة
الثانية	23	21	1	1
الثالثة	16	13	-	3
الرابعة	5	4	-	1
الخامسة	1	1	-	-

(لوحة 4) مكان نكس استرواح الصدر العفوي

النسبة المئوية	عدد الحالات	
14,3%	10	التدرن
8,6%	6	التوب قصبات مزمن
5,7%	4	نُفخ فقاعي
2,9%	2	البر
1,4%	1	الرناوي
1,4%	1	ات الجنب
65,7%	46	دون سوابق تنفسية

(لوحة 5) السوابق التنفسية

النسبة المئوية	عدد الحالات	
42,7%	32	فقاعات
46,7%	35	حثل فقاعي
8%	6	نفاخ رئوي
2,6%	2	تمزق المتن الرئوي

(لوحة 6) الآفات التشريحية العيانية

المراجع

- 1- BROOKS J.W., Open thoracotomy in the management of spontaneous pneumothorax. *Ann. Surg* - 1973, 177; 798-805
- 2- CALGETT D.T., The management of spontaneous pneumothorax. *J. Thorac, Cardiovasc. Surg* - 1968,55; 761-762
- 3- ESCHAPASSE, Et Coll. Le traitement du pneumothorax spontané. Apropos d'une série de 68 cas opérés et d'une étude expérimentale chez l'animal. *Broncopneumologie* - 1977,72; 427-437
- 4- LEBRIGAND H., Appareil respiratoire, médiastin, paroi thoracique. nouveau traité de technique chirurgicale - Tome III. Paris, Masson, 1973.
- 5- SAINT-FLORENT G. et Coll Traitement médical et chirurgical des pneumothorax spontanés. *Bronchopneumologie* - 1978, 28; 214-218
- 6- THOMERET G., DEDESSE B., et Coll La pleurectomie partielle dans le traitement du pneumothorax idiopathique bénin. Apropos de 101 pleurectomies chez 90 malades. *Ann, Chir, Thor. Cardiovasc* - 1976, 15(2); 161-166
- 7- NATHANSON L.K., and Coll Video-thoroscopic ligation of bulla and pleurectomy for spontaneous pneumothorax. *Ann. Thorac. Surg.*, 1991, 52; 316-319
- 8- KLEINMANN P., et Coll La pleurectomie pariétale percutanée par vidéo-endoscopie, le traitement moderne du pneumothorax spontané récidivant. *Rev. Mal. Resp.*, 1991, 8; 459-462.

RESUME

Après la naissance de la chirurgie par vidéo-thoroscopie, son évolution était si rapide au point qu'elle a remplacée progressivement la chirurgie classique par thoracotomie dans le traitement chirurgical des Pneumothorax spontanés.

L'étude comprend 75 cas des Pneumothorax spontanés, 60 cas chez 55 malades opérés par thoracotomie pendant 4 ans, et 15 cas opérés par vidéo-thoroscopie Pendant 6 mois.

La technique chirurgicale utilisée a été "L'avivement pleural avec résection de la lésion pulmonaire à la pince automatique (T.A, G.I.A.)".

La symphyse pleurale réalisée a été constante sans récidence et avec une mortalité nulle.