

## نتائج جراحة القلس المعدي المريئي التنظيرية في مشفى الأسد وتشرين الجامعيين في اللاذقية

د. أحمد محمد سعد\*

(تاريخ الإيداع 29 / 1 / 2018. قُبِلَ للنشر في 30 / 4 / 2018)

### □ ملخص □

يعتبر القلس المعدي المريئي أحد أكثر الأمراض انتشاراً على مستوى العالم وأهم الأعراض التي يسببها هي الحرقة المريئية الصاعدة خلف القص وهو يتطلب علاجاً جراحياً في بعض الحالات المتقدمة. أجريت الدراسة على عشرين مريضاً خضعوا للجراحة التنظيرية المضادة للقلس في مشفى الأسد وتشرين الجامعيين باللاذقية في الفترة ما بين 2011-2017 وتمت متابعتهم لمدة ستة أشهر على الأقل بعد الجراحة. أظهر تحليل النتائج فعالية تامة لهذه الجراحة من حيث غياب الأعراض السريرية لدى المرضى وانعدام الحاجة للعلاج الدوائي التالي للجراحة مع غياب للاختلاطات الكبرى وحدوث لعسرة البلع المؤقتة في 15% فقط من الحالات. المقارنة مع دراسات أخرى أظهرت نتائج متقاربة من حيث الفعالية و الاختلاطات. بنتيجة الدراسة توصلنا إلى أن هذه الجراحة منخفضة الخطورة، قليلة الاختلاطات وذات فعالية عالية.

**الكلمات المفتاحية:** القلس المعدي المريئي، الفتق الحجابي، جراحة تنظيرية.

\* مدرس - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

## The results of anti reflux laparoscopic surgery in Al-Assad and tishreen University hospitals in Lattakia

Dr. Ahmad Saed\*

(Received 29 / 1 / 2018. Accepted 30 / 4 / 2018)

### □ ABSTRACT □

Gastroesophageal reflux is one of the most common diseases in the world and his most important symptoms is the heartburn. He requires surgical treatment in some advanced cases.

The study was performed on 20 patients who underwent laparoscopic anti-reflux surgery in Al-Assad and tishreen university hospitals in Lattakia between 2011-2017 and were followed for at least six months after surgery.

The analysis of the results showed a complete efficacy of this surgery in terms of absence of clinical symptoms in patients and no need for medical treatment after surgery, Absence of major complications and temporary swallowing only in 15% of cases.

Comparison with other studies has shown similar results in terms of effectiveness and complications.

As a result of the study, we concluded that this surgery is low risk, highly effective, and has few complications.

**Keywords:** gastroesophageal reflux, hiatal hernia, laparoscopic surgery

---

\*Assistant professor, Department of surgery, Faculty of medicine, Tichreen university, Lattakia, Syria

**مقدمة:**

يعرف القلس المعدي المريئي Gastroesophageal reflux بأنه عودة مفرزات المعدة الحامضة باتجاه الأعلى وتماسها مع المخاطية المريئية ويعتبر القلس المعدي المريئي أحد أكثر الأمراض الهضمية انتشاراً على مستوى العالم ويعاني من أعراضه حوالي 45% من سكان البلدان الغربية (مرة واحدة شهرياً على الأقل) ويتظاهر بشكل شديد عند 5% من هؤلاء السكان (مرة واحدة يومياً على الأقل) ويشكل بالتالي مشكلة اجتماعية واقتصادية بالغة الأهمية والتأثير على الخدمات الطبية المقدمة في أي بلد كان (1-2-3).

يلتبس تشخيص هذا المرض كثيراً مع تشخيص فتوق الحجاب الحاجز من النمط الانزلاقي sliding hiatal hernia حيث تتشابه الأعراض السريرية إلى درجة التطابق ولكن هذا الالتباس يمتلك قيمة نظرية فقط حيث يتشابه المرضان في الإجراءات التشخيصية والعلاجية سواء الدوائية منها أو الجراحية (2-4).

إن أشيع الأعراض التي يراجع بها مريض القلس المعدي المريئي تتجم عن التهاب المري القلسي وهي الإحساس بالحرقنة الصاعدة خلف القص والإحساس بطعم الحمض في الفم ويليها باقي الأعراض الهضمية العلوية كالفواق والغثيان والإقياء، بينما يشير ظهور الأعراض الإنذارية كنفص الوزن أو فقر الدم والإقياء الدموي إلى تقدم درجة التهاب المري واحتمال تطور مري باريت أو السرطان المريئي (1-2-3-4).

يعتمد تشخيص المرض بشكل أساسي على التنظير الهضمي العلوي الذي يتميز بسهولة الإجراء وعدم الحاجة للاستشفاء إضافة للرؤية المباشرة وإمكانية تحديد درجة الالتهاب المريئي أو حجم الفتق الحجابي وأخذ الخزع من أسفل المري (1-2-3-4-5).

الوسائل الاستقصائية الأخرى كقياس ضغوط أسفل المري أو درجة حموضة المري تطلب في حالات خاصة وخصوصاً بعد وضع الاستطباب الجراحي حيث تفيد في تحديد نوع الجراحة الأمثل (1-5-6).

هناك جدل واسع حول استطبابات هذه الجراحة خصوصاً بعد النتائج العلاجية الممتازة لمثبطات مضخة البروتون Proton Pump Inhibitors على القلس المعدي المريئي وتتفق معظم المدارس على أن فشل العلاج الدوائي والتهاب المري المتقدم (درجة C أو D حسب تصنيف لوس أنجلس) هي أهم الاستطبابات (2-3-5-6) رغم أن بعض الدراسات الكبرى تذهب بعيداً في دعم الخيار الجراحي بمجرد كون الفتق الحجابي عرضياً وذلك لأسباب تتعلق بشكل أساسي بالكلفة الاقتصادية للعلاج الدوائي والحاجة إليه مدى الحياة وخصوصاً عند المرضى الشباب (7). يعتمد اختيار نوع الجراحة بشكل أساسي على الأعراض السريرية وخصوصاً وجود عسرة البلع من عدمها وعلى الوسائل الاستقصائية أنفة الذكر (4-5).

**أهمية البحث وأهدافه:**

تأتي أهمية البحث من الانتشار الواسع للقلس المعدي المريئي في بلدنا وتعدد الحالات المتقدمة التي تستوجب علاجاً جراحياً ويهدف إلى تقييم نتائج الجراحات الأولى التي أجريت بالطريقة التنظيرية في مشفي الأسد وتشرين الجامعي من حيث الفعالية ومعدل الاختلاطات.

## طرائق البحث ومواده:

شمل البحث عشرين مريضاً أجريت لهم جراحة مضادة للقلس في مشفىي الأسد وتشرين الجامعيين خلال الفترة من كانون الثاني عام 2011 حتى كانون الأول عام 2017 وتم وضع الاستطباب الجراحي لديهم بناء على نتائج التنظير الهضمي العلوي الذي أجري بشكل دائم بعد فشل العلاج الدوائي بمثبطات مضخة البروتون والذي أظهر وجود التهاب مري متقدم (درجة ثالثة أو رابعة حسب تصنيف لوس أنجلوس) أو وجود فتق حجابي انزلاقي كبير الحجم (أكبر من 3سم) أو وجود الأعراض الصارخة غير المستجيبة للعلاج الدوائي.

جميع المرضى الذين كان لديهم درجة متقدمة من التهاب المري أجريت لهم خزعات متعددة من أسفل المري وذلك لنفي وجود مري باريت أو السرطانة المريئية كون وجود إحدى هاتين الإمراضيتين يستوجب تغيير الاستطباب والتكنيك الجراحي حيث تم استبعاد جميع المرضى الذين ظهر لديهم حوول في مخاطية المري وتم تحويلهم إلى قسم الجراحة الصدرية لإجراء قطع المري القاصي.

قياس ضغوط المري أجري لمريضين فقط كان الشك لديهما كبيراً بوجود اضطراب في حركية المري وذلك لأن التنظير الهضمي العلوي أظهر توسعاً في المري إضافة لوجود اضطرابات مرافقة في البلع ولكن هذا القياس أظهر ضغوطاً مريئية طبيعية وبالتالي لم يغير في خيار التكنيك الجراحي.

جميع الجراحات أجريت بالجراحة التنظيرية وقمنا بالعمل الجراحي مع ضغط الغاز الأقل الذي يسمح برؤية جيدة وذلك تجنباً لحدوث الريح المنصفية أو الصدرية وكان الضغط المستخدم عموماً 10-14 ملم زئبقي.

اعتمد تكنيك واحد لجميع المرضى وهو تسليخ المري البطني وسحب الجزء المريئي والمعدي المفتوق ضمن الصدر إلى البطن ثم إغلاق السويقات الحجابية المتباعدة بخيط غير قابل للامتصاص ثم إجراء الصمام المضاد للقلس بطريقة نيسن وذلك بطي الجزء الأكثر علوية من قاع المعدة حول المري البطني بزاوية 360 درجة (طي كامل) وذلك باستخدام خيط غير قابل للامتصاص.

اشتربنا قبل الإقرار بجودة الإجراء أن يكون طول الجزء البطني من المري في نهاية الجراحة 2سم على الأقل وأن يكون طول الصمام 2-3 سم على الأقل وذلك لتجنب النكس من جهة ولضمان كفاءته من جهة أخرى.

تمت متابعة المرضى بشكل دوري لمدة ستة أشهر بعد الجراحة على الأقل وكانت المتابعة سريرية بالدرجة الأولى وركزت على الأعراض السريرية وعلى مدى الحاجة لتناول مثبطات مضخة البروتون أو الأدوية الأخرى المضادة للقلس واضطررنا لإعادة التنظير الهضمي العلوي لدى مريضين فقط.

## النتائج والمناقشة:

### النتائج:

أجريت هذه الجراحة لعشرين مريضاً، 12 إناث (60%) و8 ذكور (40%) بمعدل عمر وسطي 43 عاماً وكان الاستطباب الجراحي هو التهاب المري المتقدم لدى 7 مرضى (35%) والفتق الحجابي الكبير (أكبر من 3سم) لدى 8 مرضى (40%) والأعراض الصارخة غير المستجيبة للعلاج الدوائي لدى خمس مرضى (25%).

تكنيك نيسن استخدم لدى جميع المرضى بإجراء الطي الكامل لقاع المعدة حول المري، لم يكن هناك حاجة لقطع الأوعية المعدية القصيرة عند أي من المرضى وذلك بسبب الاختيار الدقيق لنقطة الطي على قاع المعدة والتي تتمثل بمنصف الخط الوهمي الواصل بين السويقة الحجابية اليمنى والوعاء المعدي القصير الثاني.

جميع العمليات أجريت بالجراحة التنظيرية باستخدام الأدوات التقليدية دون الحاجة لاستخدام جهاز قطع وتخثير الأوعية الدموية ولكننا اشترطنا وجوده في جميع العمليات لاحتمالية الحاجة إليه، لم يتم التحويل للجراحة المفتوحة في أي من المرضى، الزمن الوسطي للعمل الجراحي 140 دقيقة.

تم استشفاء جميع المرضى لمدة 48 ساعة بعد العمل الجراحي، وضع جميع المرضى على مضادات مستقبلات الهيستامين في فترة الاستشفاء، تم سحب الأنبوب الأنفي المعدي لجميع المرضى في اليوم التالي للجراحة ثم البدء بالحمية السائلة، وتم سحب المفجر البطني الأنبوبي بعد الوجبة السائلة الأولى بساعتين.

تم تخريج جميع المرضى على وصفة طبية تشمل صادات حيوية وقائية مع مسكن ألم لمدة يومين إضافة لمثبطات مضخة البروتون لمدة شهر بعد الجراحة وعلى نصائح طبية تشمل الوجبات نصف الصلبة لمدة أسبوعين مع تعدد الوجبات والمضغ الجيد للطعام قبل البلع.

الاختلاطات الطبية أثناء الجراحة كانت معدومة، اضطررنا لربط شريان كبدي أيسر إضافي شاذ (ضمن الثرب الصغير) لدى ثلاثة مرضى باستخدام اللواقط (الكليسات المعدنية).

لم يحدث لدينا أي اختلاط في الفترة القريبة التالية للجراحة، لم يلاحظ أي تسريب هضمي أو ترفع حروري أو أعراض انخماص رئوي أو ریح صدرية أو منصفية وهي الاختلاطات القريبة الأشيع لهذه الجراحة. متابعة المرضى أظهرت اختفاء الأعراض القلسية لدى جميع المرضى بنسبة 100%.

لوحظ تطور عسرة البلع لدى ثلاثة مرضى بنسبة 15% من الحالات، الحالة الأولى شفيت عفواً بعد شهر ونصف من الجراحة وذلك بعد تراجع الونمة الجراحية، الحالة الثانية كانت عسرة البلع شديدة لدى مريض كحولي ومعالج بمضادات الاكتئاب اضطررنا معها لإجراء تنظير هضمي علوي بعد شهر من الجراحة أثبت توضعاً جيداً للطبي واتساعاً كافياً للصمام دون الحاجة للتوسيع، اختفت عسرة البلع عند هذا المريض بعد التنظير، الحالة الثالثة كانت عسرة البلع خفيفة لكنها مترافقة بالآلام شرسوفية شديدة وبإجراء التنظير الهضمي العلوي تبين وجود تقرحات معدية متعددة تم علاجها بالعلاج الثلاثي المضاد للقرحة الهضمية لمدة شهر ونصف.

كانت متابعة المرضى سريرية بالدرجة الأولى مع إجراء الاستقصاءات المتممة عند الضرورة حيث أجري التنظير الهضمي العلوي اللاحق لأربعة مرضى، المريضان السابقان بسبب عسرة البلع والآلام الشرسوفية واثنان آخران لأسباب أخرى لا علاقة لها بجراحة القلس المجرة، أظهرت التناظير الأربعة توضعاً جيداً للصمام الصناعي مع عدم وجود تضيق في أسفل المري.

#### المناقشة:

بعد حدوث الثورة العلاجية للأمراض الناجمة عن فرط الإفراز الحمضي والمتمثلة باكتشاف الملثوية البوابية *Helicobacter pylori* عام 1982 وأيضاً تصنيع مثبطات مضخة البروتون في ثمانينات القرن الماضي تراجع كثيراً دور الجراحة في علاج هذه الأمراض وأصبحت الاستطبابات الجراحية محصورة في نطاق ضيق نسبياً من المرضى، بالمقابل ومن جهة أخرى ظهرت الجراحة التنظيرية وتطورت وتعددت استخداماتها وكانت جراحة القلس المعدي المريئ بالتنظير من أوائل الجراحات التنظيرية التي حازت قبولاً واسعاً بسبب صعوبة الوصول إلى منطقة أسفل المري بالجراحة المفتوحة عن طريق البطن والحاجة للتبديد الشديد الراض مع ما يحمله من مخاطر (كسور أضلاع، ورم دموي في الكبد، تمزق طحال..).

منذ التجارب الأولى لجراحة القلب المعدي المريئي بالتنظير نشرت نتائج ممتازة من حيث انخفاض معدل الاختلاطات والمراضة التالية للجراحة مع نتائج علاجية مثالية.

الاختلاطات الأشيع أثناء هذه الجراحة والمتمثلة بالريح الصدرية أو المنصفية وإصابة المبهمين والنزف ضمن البطن وانتقاب المري أو المعدة من الممكن تجنبها أو على الأقل تخفيض نسبة حدوثها وذلك بعدم رفع الضغط ضمن البطن أثناء الجراحة والتسليخ الحذر والدقيق مع تحديد موقع المبهمين أثناء التسليخ وأثناء أخذ القطب.

الاختلاطات الأشيع التالية للجراحة تتمثل بالدرجة الأولى بعسرة البلع الدائمة والتي تنجم عن تصنيع صمام مضيق للمري سواء بالشد الزائد للقطب الجراحية أو بصنع صمام طويل (أطول من 3سم) ويمكن الوقاية من حدوثها بعدم الشد الزائد للقطب واختبار سعة المري بعد الطي بإدخال شمعة قياس فرنسية قياس 36 على الأقل عن طريق الفم إلى المعدة وصنع الصمام بطول ملائم (2-3سم).

الاختلاط الثاني هو نكس الفتق وذلك بهجرة الصمام إلى جوف الصدر ويمكن الوقاية منه بالإغلاق المناسب للسويقات الحجابية وعدم ترك فوهة كبيرة تسمح بهذه الهجرة.

عدم تحسن الأعراض التالي للجراحة يعود بالدرجة لأولى لخطأ في الاستطباب وبالدرجة الثانية لسوء اختيار التكنيك أو إجراء صمام قصير (أقل من 2سم) لذلك يجب التريث قبل وضع الاستطباب الجراحي واختيار التكنيك المناسب لكل مريض.

رغم أن معظم الجراحين يفضلون قطع الأوعية المعدية القصيرة العلوية بشكل روتيني من أجل سهولة طي المعدة حول المري إلا أن تجربتنا الخاصة أظهرت أن هذا الإجراء غير ضروري عند الاختيار الدقيق لنقطة الطي مع التأكيد على عدم التردد في قطع هذه الأوعية عند وجود التصاقات شاذة في المنطقة أو عند حدوث شد على محفظة الطحال ولذلك نؤكد على ضرورة تواجد جهاز تخثير وقطع الأوعية الدموية في غرفة العمليات لاحتمال الحاجة إليه لإتمام الجراحة.

بالنظر إلى دراستين واسعتين أجريتا حول جراحة الفتق الحجابي، الأولى أميركية (221 مريض) (8) والثانية صربية (200 مريض) (9)، نجد أن الدراستين تتفقان مع دراستنا من حيث الفعالية الممتازة على الأعراض وقلة الاختلاطات المتعلقة بالجراحة ويمكن إجمال المقارنة بين الدراسات الثلاث بالجدول التالي وقد تمت المقارنة بعد حذف بعض مرضى الدراستين وهم المرضى الذين أجري لهم جراحة بدانة في نفس الوقت وذلك لان هذه الجراحة تغير من النتائج وخاصة الاختلاطات بشكل واسع حيث أجريت المقارنة مع 176 مريض في الدراسة الأميركية و167 مريض في الدراسة الصربية وهم المرضى الذين أجري لهم نفس الجراحة المجراة من قبلنا:

الجدول (1): مقارنة دراستنا مع الدراستين الأميركية والصربية

الدراسة الصربية	الدراسة الأميركية	دراستنا	
167	176	20	عدد المرضى
145	128	140	مدة العمل الجراحي (دقيقة)
6	0	0	معدل التحويل لجراحة مفتوحة (%)
4 (ريح صدرية أثناء الجراحة)	0	0	الاختلاطات أثناء الجراحة (%)
16.3	20.4	15	عسرة البلع التالية للجراحة (%)

لم تحدث أية وفاة في الدراسات الثلاث وهذا يظهر مدى سلامة هذا الإجراء إلى حد بعيد. بالرغم من عدم تفضيل معظم الجراحين وخصوصاً في بلدنا للطريقة التي اتبعناها بالحفاظ على الأوعية المعدية القصيرة وعدم قطعها روتينياً إلا أن دراسة شاملة للأدب الطبي بين عامي 1990 و 2010 أظهرت عدم وجود أي أفضلية لقطع هذه الأوعية (10) ونشير هنا إلى أنه لا يجب التردد في قطع هذه الأوعية عند وجود أي شد على الصمام المجرى ولكن هذه الحالة لم تصادفنا بتاتاً في مرضى الدراسة.

### الاستنتاجات والتوصيات:

جراحة القلس المعدي المريئي بالتنظير هي جراحة قليلة الانتشار حالياً ولكنها أساسية لعلاج بعض الحالات الخاصة والمعددة من هذه الأمراض وهي جراحة منخفضة الخطورة، قليلة الاختلاطات وذات نتائج ممتازة وفعالية عالية.

لضمان الحصول على نتائج ممتازة يجب أن يتم اختيار المرضى بشكل دقيق وأن يخضعوا لكافة الاستقصاءات الضرورية وذلك لاختيار التكنيك الملائم لكل حالة على حدة.

### المراجع:

- 1) BRUNICARDI, F.C. *Schurtz principls of surgery*. 10 ed, MC Graw Hill education, USA, 2015, 2068.
- 2) Williams, N. O'Connell, P.R. *Bailey & Love's Short Practice of Surgery*. 26 ed, UK, 2013, 1530.
- 3) FISCHER, J.E. *Mastery of surgery*, 5 ed, Boston, Massachusetts, USA, P717, 2006
- 4) TRIPOULET, J.P. *Chirurgie de tube digestive haut*, 1 ed, Masson, FRANCE, P163, 2008
- 5) MEMON, M.A. *Hiatal Hernia Surgery*, 1 ed, Springer, AUSTRALIA, 2018. 314.
- 6) Xuefei Yang et al, *Laparoscopic hernioplasty of hiatal hernia*, *Ann Transl Med*. 2016 Sep; 4(18): 343.
- 7) Siegal SR et al, *Modern diagnosis and treatment of hiatal hernias*, *Langenbecks Arch Surg*. 2017 Dec; 402(8): 1145-1151
- 8) CRAIG G et al, *Laparoscopic Hiatal Hernia Repair in 221 Patients: Outcomes and Experience*, *JLS*. 2016 Jan-Mar; 20(1). pii: e2015.00104
- 9) BJELOVIĆ M et al, *Laparoscopic repair of hiatal hernias: experience after 200 consecutive cases*, *Srp Arh Celok Lek*. 2014 Jul-Aug; 142(7-8): 424-30
- 10) DAVIS CS et al, *The evolution and long-term results of laparoscopic antireflux surgery for the treatment of gastroesophageal reflux disease*. *JLS*. 2010 Jul-Sep; 14(3): 332-41.