

تقييم نتائج العمل الجراحي في الفتوق الحجابية المريئية الانزلاقية

الدكتور سلمان القاضي *

الدكتور محمود دبرها **

نور الدين خطيب ***

(تاريخ الإيداع 17 / 3 / 2010. قُبِلَ للنشر في 29 / 4 / 2010)

□ ملخص □

شملت الدراسة 27 مريضاً (17 بالغاً، 10 أطفال)، البالغون منهم 8 إناث و 9 ذكور، والأطفال 7 ذكور و 3 إناث مصابون بفتوق حجابية انزلاقية، قبلوا وعولجوا في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بين عامي 1996-2006. وكانت أكثر الأعراض تواتراً لدى البالغين هي القلس المعدي المرئي والجشاعات وفقر الدم، ولدى الأطفال كانت الأعراض غير نوعية كالإقياءات والأخماج التنفسية المتكررة وفقر الدم المزمن وعدم كسب الوزن. كان التنظير الهضمي العلوي هو التشخيص المؤكد عند الكهول (البالغين) في حين كانت الصورة الظليلة للمري والمعدة بوضعية ترانديلبورغ هي التشخيص المؤكد لدى الأطفال و الرضع. أجريت الجراحة لجميع المرضى وأدت إلى تراجع ملحوظ للأعراض، وكانت المضاعفات نادرة، ومتوسط مدة الإقامة في المشفى 6 أيام.

الكلمات المفتاحية : الفتوق الحجابية الانزلاقية - القلس المعدي المرئي - تطوية قاع المعدة لنيسين.

* أستاذ مساعد - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ مساعد - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

* طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

An Evaluation of Surgical Operations' Results for Sliding Esophogous Hiatal Hernias

Dr. Salman Al-Kadi*
Dr. Mahmoud Dabrha**
Nour adeen Khatib***

(Received 17 / 3 / 2010. Accepted 29 / 4 / 2010)

□ ABSTRACT □

- The study included 27 patients (17 Adult, 10 children),
- Adults were 8 females and 9 males, and children were 7 males and 3 females having Sliding Hiatal Hernias, admitted and treated at Al-Assad Academic Hospital in Lattakia during 1996-2006. The most common symptoms in Adults were Gastric Esophagous Regurgitation, Belching and Anemia. In children, symptoms were nonspecific like vomiting, frequent respiratory infections, chronic Anemia and failure to gain weight.
- The Gastroduodenoscopy was the certain diagnosis for adults while the Barium study of the Esophageal and stomach with trendelenburg position was the certain diagnosis for children and infants. Surgery was performed for all patients and led obviously to stop the symptoms, the complications were rare. The average hospitalization time was 6 days.

Keywords: Sliding Hiatal Hernia- Gastric Esophagous Reflux (GER)- Nissen Fundoplication

* Associate Prof., department of surgery, faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**Associate Prof., department of surgery, faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate student, department of surgery, faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تعد الفتوق الحجابية الانزلاقية (Sliding Hiatal Hernia) من التشوهات الشائعة نسبياً وتكون أعراضها مميزة عند البالغين، كالفلس المعدي المرئي والجشاعات وحرقة الفؤاد، في حين تكون الأعراض عند الأطفال والرضع غير نوعية .. كالإقياءات وفقر الدم والانتانات التنفسية المتكررة [2].

أهمية البحث وأهدافه:

- تكمن أهمية البحث في تقييم نتائج العمل الجراحي في الفتوق الحجابية الانزلاقية والأخذ بعين الاعتبار أي شكايات غير نوعية هضمية أو تنفسية عند الأطفال والرضع لتلافي المضاعفات التي قد تتجم عن التأخر في التشخيص.

- أما أهداف البحث فتتلخص بما يلي:

- تقييم نتائج الجراحة المجراة بهدف التوصل إلى الطريقة الجراحية الأمثل والأقل رضاً والأقل في المضاعفات، بما يؤمن مدة استشفاء أقل، وعودة سريعة للمريض إلى الحياة العملية.
- التأكيد على أهمية التنظير الهضمي العلوي في تشخيص الفتوق الحجابية الانزلاقية.
- التأكيد على أهمية النصيحة الطبية المقدمة للمريض بعد الجراحة المجراة لتلافي المضاعفات التي قد تكون خطيرة ومميتة.

طرائق البحث ومواده:

تمت دراسة مرضى الفتوق الحجابية الانزلاقية الذين قبلوا وعولجوا في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، بين بداية العام 1996 ونهاية العام 2006 .
وذلك بدراسة :

- i. العوامل الشخصية (1. العمر – 2. الجنس)
- ii. التظاهرات السريرية (الأعراض والعلامات)
- iii. الاستقصاءات الشعاعية :
 - a. التصوير الهضمي العلوي الظليل.
 - b. التنظير الهضمي العلوي.
- iv. العلاج :
 - a. غير جراحي.
 - b. جراحي.
- v. نتائج العمل الجراحي والمضاعفات.

النتائج والمناقشة:

تمت دراسة 27 مريضاً لديهم فتوق حجابية انزلاقية، قبلوا وعولجوا في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، بين عامي 1996 – 2006.

تمت الدراسة كما يلي :

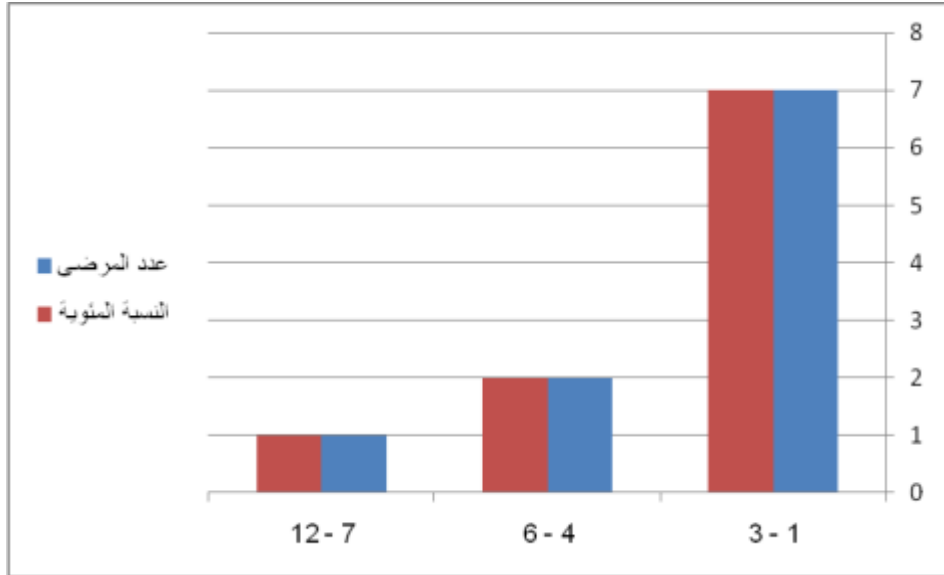
1.العوامل الشخصية للمريض:

1. العمر : تم تقسيم المرضى إلى فئتين عمريتين هما:

أ- الأطفال: تراوحت أعمارهم بين شهرين إلى 12 شهراً، وكانت أعلى نسبة بعمر من 1-3 أشهر 70%، كما هو في الجدول رقم (1) والمخطط رقم (1):

الجدول (1) يبين عدد المرضى الأطفال حسب الفئة العمرية مع النسب المئوية.

النسبة	عدد المرضى	العمر بالأشهر
70 %	7	3-1
20 %	2	6-4
10 %	1	12-7



المخطط (1) يبين عدد المرضى الأطفال حسب الفئة العمرية مع النسب المئوية

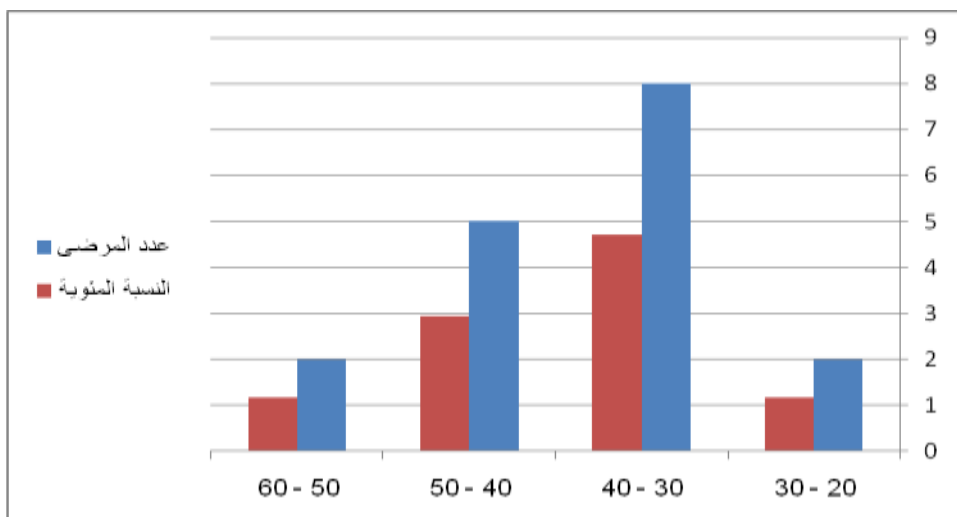
يظهر الجدول أنه تم تشخيص الفتق الحجابي الإنزلاقي لدى 7 أطفال في الأشهر الثلاثة الأولى، وذلك نظراً لتكرار الإقياءات التي لا تستجيب للعلاجات الدوائية، بعد أكثر من شوط علاجي دوائي قبل قبوله في المشفى، وقبل طلب الاستشارة الجراحية ونفي الأسباب الأخرى في هذا العمر كتضييق البواب الضخامي.

ب- البالغون: تراوحت أعمارهم بين 20 - 60 سنة وكانت أعلى نسبة بعمر 30 - 40 سنة تقريباً (47%)، كما

هو في الجدول رقم (2) والمخطط رقم (2)

الجدول (2) يبين عدد المرضى البالغين حسب الفئة العمرية مع النسب المئوية

النسبة	عدد المرضى	العمر بالسنوات
11.76 %	2	30 - 20
47.1 %	8	40 - 30
29.4 %	5	50 - 40
11.76 %	2	60 - 50



المخطط (2) يبين عدد المرضى البالغين حسب الفئة العمرية مع النسب المئوية

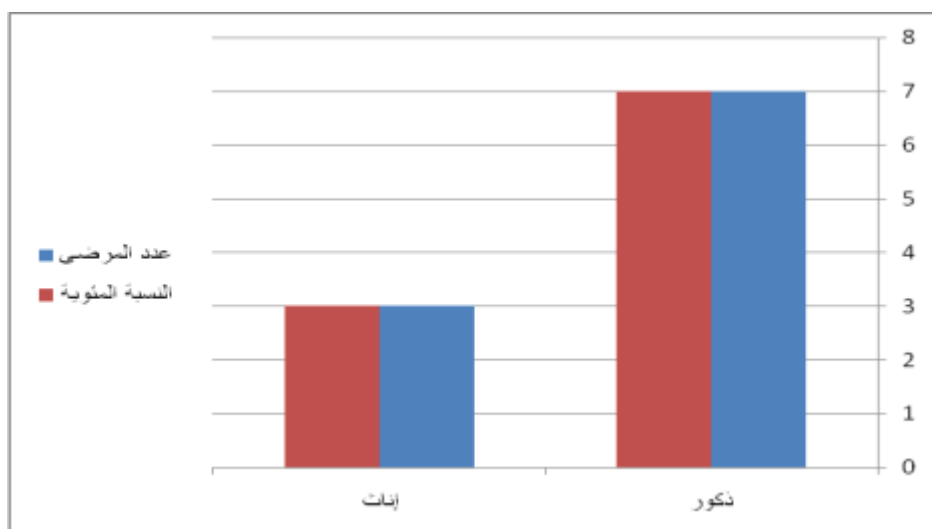
2. الجنس:

أ- الأطفال: بلغ عدد الأطفال الذكور 7، أي بنسبة 70%، بينما بلغ عدد الأطفال الإناث 3، أي بنسبة 30% أي نسبة الذكور / الإناث = 1.2/33.

كما هو في الجدول رقم (3) والمخطط رقم (3)

الجدول (3) يبين عدد المرضى الأطفال حسب الجنس مع النسب المئوية

النسبة	عدد المرضى	الجنس
70%	7	ذكور
30%	3	إناث

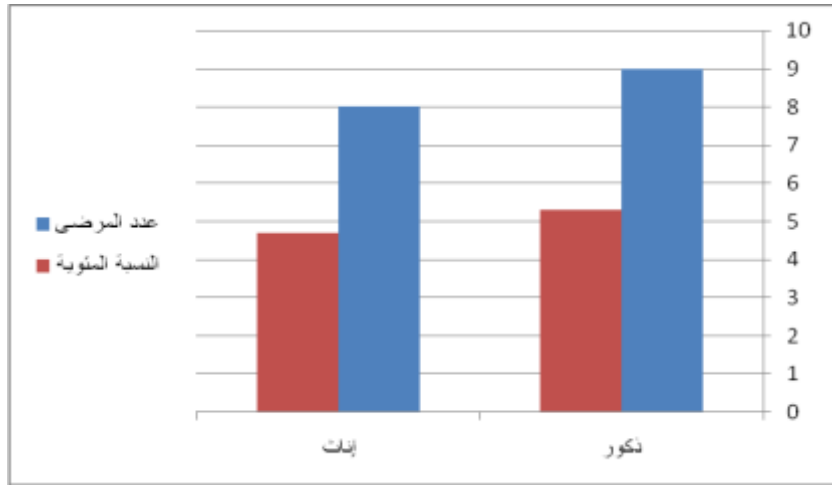


المخطط (3) يبين عدد المرضى الأطفال، حسب الجنس مع النسب المئوية

ب-البالغون: بلغ عدد المرضى الذكور 9، أي بنسبة 52.94 %، بينما بلغ عدد المرضى الإناث 8، أي بنسبة 47.06 % أي أن نسبة الذكور/الإناث 1.125 / 1.
كما هو مبين في الجدول رقم (4) والمخطط رقم (4)

الجدول (4) يبين عدد المرضى البالغين حسب الجنس مع النسب المئوية

النسبة	عدد المرضى	الجنس
52.94 %	9	ذكور
47.06 %	8	إناث



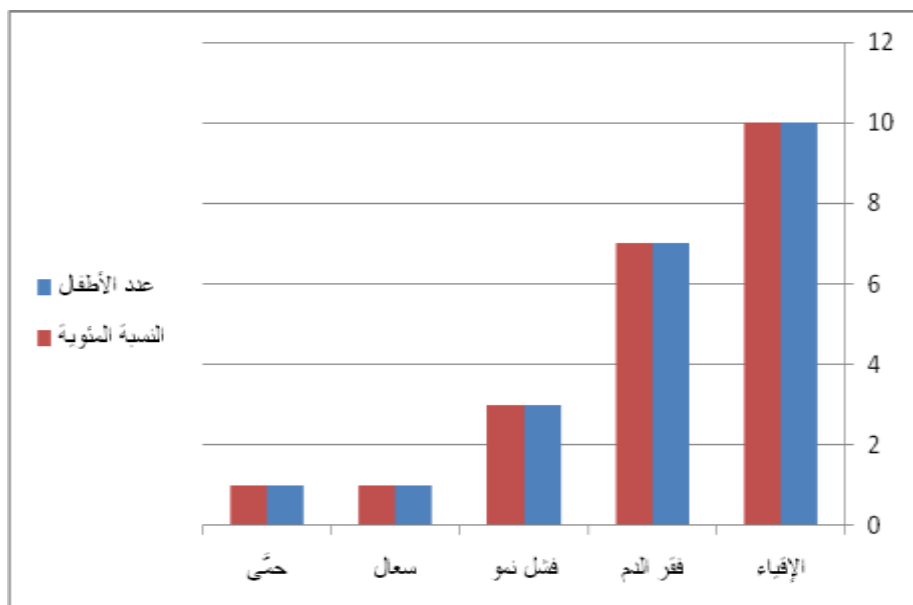
المخطط رقم (4) يبين عدد المرضى البالغين حسب الجنس مع النسب المئوية

II. التظاهرات السريرية:

1. عند الأطفال: كان أهم عرض راجع به الأطفال هو الإقياء بنسبة 100 % يليه فقر الدم بنسبة 70 %، أما بالنسبة للأعراض التنفسية الناجمة عن ذات الرئة كالسعال والحمى فكانت نسبتها منخفضة 20 %.
كما هو مبين في الجدول رقم (5) والمخطط رقم (5)

الجدول (5) يبين توزع الأعراض السريرية عند الأطفال مع النسب المئوية لحدوثها

النسبة	عدد الأطفال	الأعراض والعلامات
100 %	10	الإقياء
70 %	7	فقر الدم
30 %	3	فشل نمو
10 %	1	سعال
10 %	1	حمى

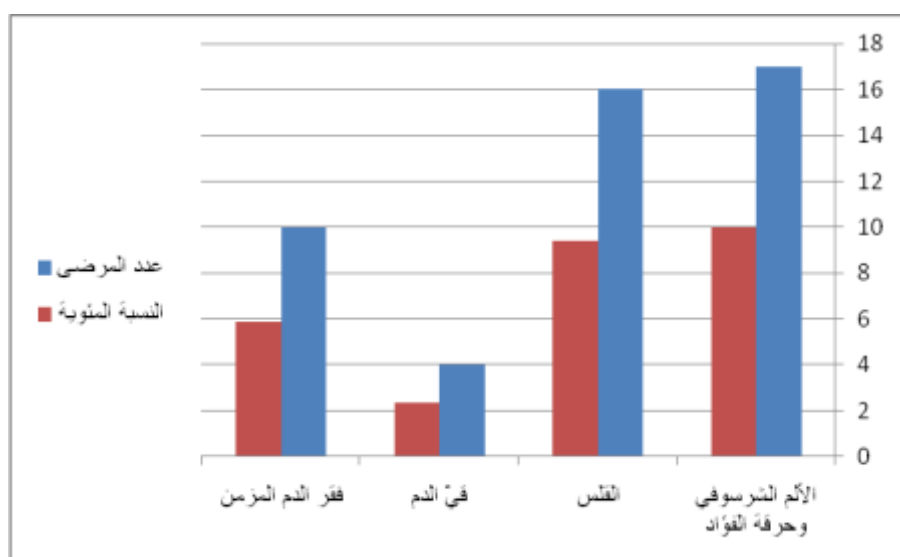


المخطط (5) يبين توزع الأعراض السريرية عند الأطفال، مع النسب المئوية لحدوثها

2. عند البالغين: كان أهم عرضين راجع به المرضى هو الألم الشرسوفي وحرقة الفؤاد بنسبة 100%، يليه القلس بنسبة 94%، حسب الجدول رقم (6) والمخطط رقم (6).

الجدول (6) يبين توزع الأعراض السريرية عند البالغين مع النسب المئوية لحدوثها

النسبة	عدد المرضى	الأعراض والعلامات
100%	17	الألم الشرسوفي وحرقة الفؤاد
94%	16	القلس
23.53%	4	قيّ الدم
58.82%	10	فقر الدم المزمن



المخطط (6) يبين توزع الأعراض السريرية عند البالغين مع النسب المئوية لحدوثها

III. الاستقصاءات الشعاعية:**1. الصورة الشعاعية البسيطة للصدر:**

- أجريت صورة صدر بسيطة لطفل واحد كان يعاني من أخماج تنفسية متكررة، وأظهرت الصورة وجود كثافة في قاعدة الرئة اليمنى تشير إلى ذات رئة استنشاقية نتيجة قلس محتويات المعدة إلى المري، ثم الرغامى، ومنها إلى القصبة الرئيسية اليمنى.
- أما بالنسبة لباقي المرضى من الأطفال والبالغين فقد أجريت صورة الصدر بشكل روتيني أثناء التحضير للعمل الجراحي، ولم تكن لها أي دلالة مرضية.

2. الصورة الشعاعية الظليلة للمري والمعدة:

- أجريت الصورة الظليلة للمري والمعدة باستخدام اللقمة الباريومية عند كل الأطفال، ثم إجري التصوير الشعاعي بوضعية تراند يلنبورغ، وكانت مشخصة في كل الحالات، حيث أظهر التصوير وجود توسع ممتلئ بالمادة الظليلة في نهاية المري، مع قلس المادة الظليلة من المعدة إلى المري.
- ولم يجر هذا الاستقصاء عند البالغين.

3. التنظير الهضمي العلوي :

- لم يجر التنظير الهضمي العلوي عند الأطفال في دراستنا بسبب عدم توفر منظار أطفال، في حين أجري التنظير الهضمي العلوي لكل المرضى البالغين بعد تحضير المري والمعدة، وكان مشخصاً في كل الحالات باستخدام المنظار الليفي البصري الذي يملك القدرة على الانكفاء للخلف والنظر فيه من الأسفل إلى الأعلى، وعليه فقد تم كشف وتحديد الفتق الانزلاقي بملاحظة الطيات المعدية تمتد فوق الانطباع الذي تحدثه سويقتا الحجاب الحاجز.

IV. خيارات العلاج:**1. المعالجة غير الجراحية:**

- وتعتمد على الأدوية والحمية الغذائية (خاصة عند البالغين)
- أ- الأدوية :

–مضادات الحموضة Anti.H2

–مثبطات مضخة البروتون p.p.i

–مضادات الإقياء، خاصة تلك التي تتميز بتحفيز الإفراغ السريع للمعدة كالميتوكلوبراميد و الديميبيريديون .

ب- الحمية :

–رفع أعلى السرير بمقدار (22 – 30) سم.

–الامتناع عن ارتداء الملابس الضيقة.

–تجنب التمارين الرياضية المجهدة.

–تجنب شرب السوائل قبل وبعد الوجبات مباشرة.

–البقاء بوضعية الجلوس لعدة ساعات بعد تناول الطعام.

–تجنب القهوة والعصير الحاوي على السيترات.

2. المعالجة الجراحية :

أ- عند الأطفال: تم تقرير العمل الجراحي بعد فشل المعالجة الدوائية بمضادات الاقياء لمدة شهر في السيطرة على الأعراض، ويمكن للجراحة أن تجرى بمدخلين صدري أو بطني (سواء بالتنظير أو عن طريق فتح البطن) ووجود الخيارات التالية :

تطوية قاع المعدة حسب نيسين 360°-التطوية الجزئية الجزئية لقاع المعدة semi-fundoplication تطوية قاع المعدة داخل اللمعة -تثبيت قاع المعدة إلى أسفل المري وإلى الحجاب، حسب (Gross) [1].

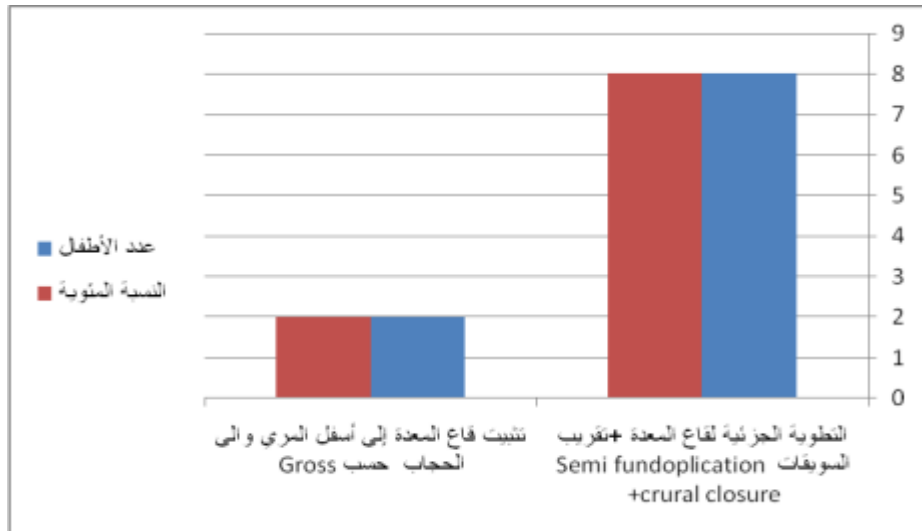
• وفي دراستنا تم إجراء التطوية الجزئية لقاع المعدة (semi-fundoplication) مع تقريب سويقتي الحجاب لـ 8 أطفال.

• وبالنسبة للطفلين الباقيين تمّ تثبيت قاع المعدة إلى أسفل المري وإلى الحجاب مع تقريب سويقتي الحجاب بقطب متفرقة.

ويبين الجدول رقم (7) والمخطط رقم (7) عدد الأطفال في كلا الإجراءين والنسبة المئوية:

الجدول (7) يبين عدد الأطفال في كل إجراء تم تطبيقه في دراستنا مع النسب المئوية

النسبة	عدد الأطفال	نوع الإجراء
80%	8	التطوية الجزئية لقاع المعدة + تقريب السويقات fundoplication + crural closure
20%	2	تثبيت قاع المعدة إلى أسفل المري وإلى الحجاب حسب (Gross)



المخطط (7) يبين عدد الأطفال في كل إجراء تم تطبيقه في دراستنا مع النسب المئوية

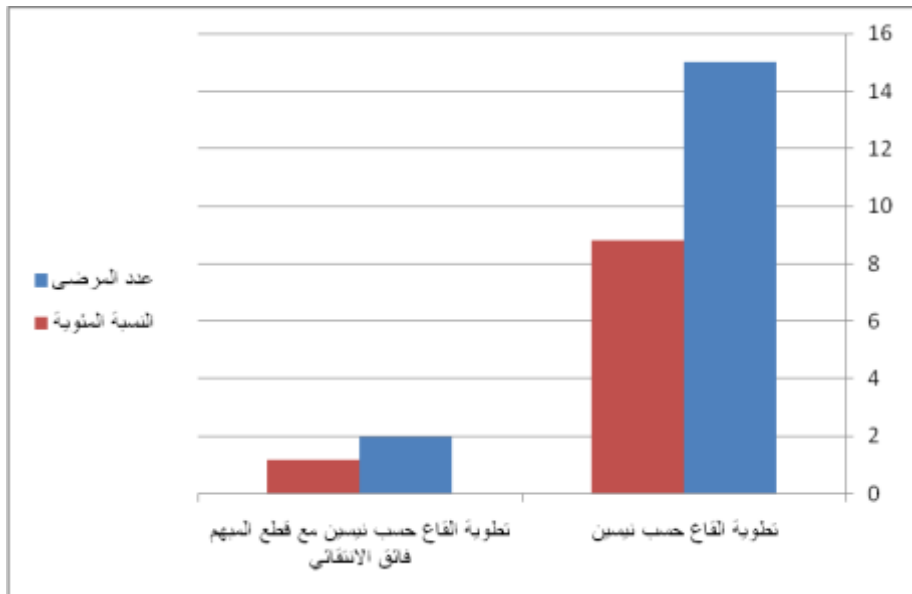
ب) عند البالغين :

1) تم إجراء تطوية قاع المعدة حسب نيسين (360°) عن طريق فتح البطن عند 15/ مريضاً مع إجراء تقريب لسويقتي الحجاب الحاجز.

(2) تم إجراء عملية أخرى لمريضين، أثبت التنظير الهضمي العلوي وجود قرحة عفجية لديهما، وكان هذا الإجراء هو قطع العصب المبهم فائق الانتقاء (مع الحفاظ على حركة الغار) وذلك بالإضافة إلى تطوية القاع حسب نيسين وتقريب سويقتي الحجاب الحاجز.

يبين الجدول رقم (8) والمخطط رقم (8) العمليات التي أجريت للمرضى مع النسب المئوية لها:
الجدول (8) يبين عدد المرضى البالغين في كل إجراء تم تطبيقه في دراستنا مع النسب المئوية

النسبة	عدد المرضى	العمل الجراحي
88,23%	15	تطوية القاع حسب نيسين
11,77%	2	تطوية القاع حسب نيسين مع قطع المبهم فائق الانتقائي



المخطط (8) يبين عدد المرضى البالغين في كل إجراء تم تطبيقه في دراستنا مع النسب المئوية

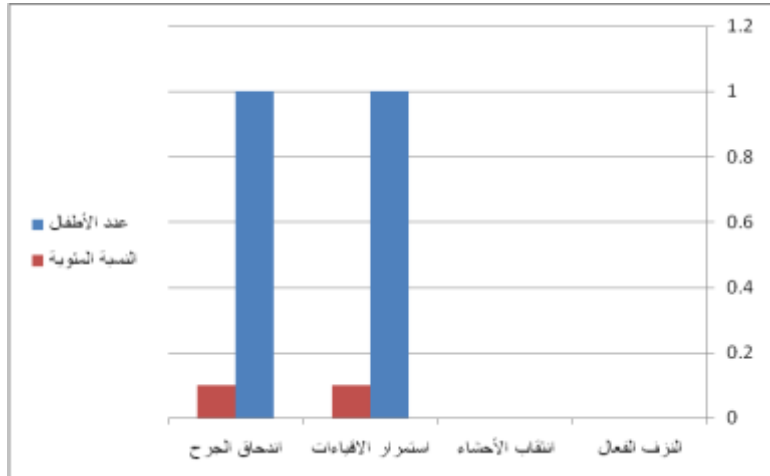
نتائج العمل الجراحي والمضاعفات :

(1) الأطفال:

تراجعت الأعراض بعد العمل الجراحي عند 9 أطفال، في حين بقي طفل واحد يعاني من إقياءات بفترات متباعدة، وخاصة بعد تناول وجبة كبيرة، علما بان الصورة الظليلية المجراة بعد الجراحة بـ 6 أشهر لم تظهر وجود قلس معدي مريئي . وخلال فترة متابعة لـ 6 أشهر حدث اندحاق جرح عند طفل واحد، ويبين الجدول رقم (9) والمخطط رقم (9) المضاعفات التالية للجراحة أو المرافقة لها ونسبة حدوثها.

الجدول (9) يبين المضاعفات التالية للجراحة عند الأطفال أو المرافقة لها مع النسب المئوية لحدوثها

النسبة	عدد الأطفال	المضاعفات
0%	0	النزف الفعال
0%	0	انتقاب الأحشاء
10%	1	استمرار الإقياءات
10%	1	اندحاق الجرح



المخطط (9) يبين المضاعفات التالية للجراحة عند الأطفال أو المرافقة لها مع النسب المئوية لحدوثها

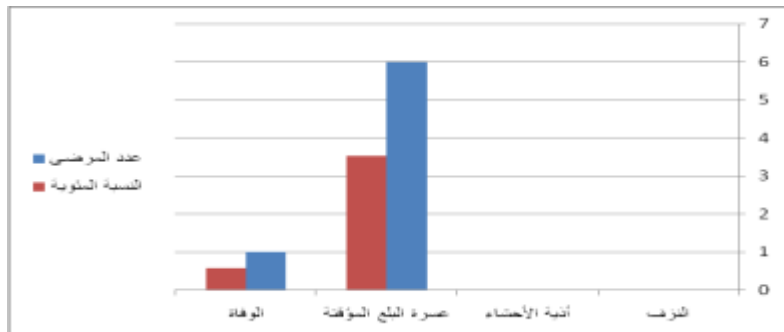
(2) البالغون:

تراجعت الأعراض تماماً عند 12 مريضاً، في حين أظهر 4 مرضى تحسناً جزئياً، علماً أن التنظير الهضمي العلوي لم يظهر وجود قلس معدي مريئي، حدثت عسرة البلع لدى 6 مرضى وتراجعت بعد 3 أشهر من الجراحة. حدثت حالة وفاة واحدة بعد 3 أشهر من الجراحة بسبب عدم تقيد المريض بمضغ الطعام جيداً وتناوله لقطع لحم كبيرة مما أدى إلى انسداد في أسفل المري و توسع، والذي نتج عنه تنخر في أسفل المري وقاع المعدة ودخول المريض في صدمة إنتانية والوفاة بالنتيجة.

ويبين الجدول رقم (10) والمخطط رقم (10) المضاعفات التالية للجراحة أو المرافقة لها ونسب حدوثها.

الجدول (10) يبين المضاعفات التالية للجراحة أو المرافقة لها مع النسب المئوية

النسبة	عدد المرضى	المضاعفات
%0	0	النزف
%0	0	أذية الأحشاء
%35,3	6	عسرة البلع المؤقتة
%5,9	1	الوفاة



المخطط (10) يبين المضاعفات التالية للجراحة أو المرافقة لها مع النسب المئوية

مقارنة النتائج بالدراسات العالمية المشابهة:

تمت مقارنة نتائج دراستنا بالدراسات التالية :

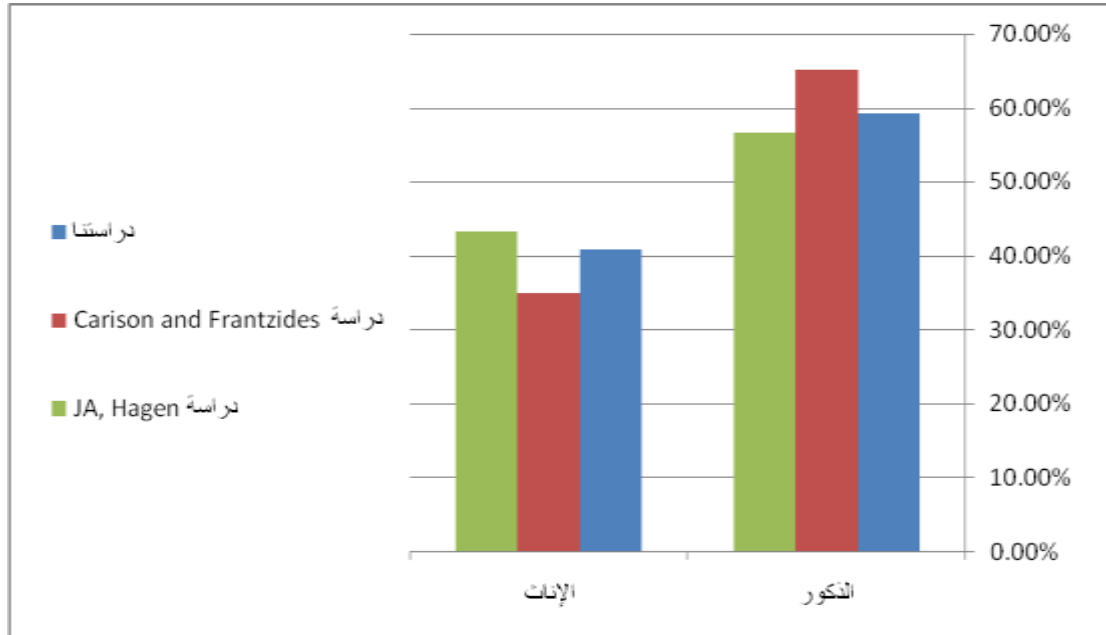
1. دراسة Carison and Frantzides^[2] وهي دراسة أوروبية شملت 10489 مريضاً خلال فترة عشرين عاماً ونشرت عام 2002 .
2. دراسة JA, Hagen^[3] وزملائه في الولايات المتحدة الأمريكية، وهي دراسة نشرت عام 2006 وشملت 284 مريضاً.

مناقشة نسب الإصابة بين الجنسين:

تمت مقارنة نتائج دراستنا بدراسة Carison and Frantzides ودراسة JA, Hagen

الجدول (11) مقارنة نسبة الإصابة بين الجنسين في دراستنا مع دراسة

الجنس	دراسة Carison and Frantzides	دراسة JA, Hagen	دراسة دراستنا
الذكور	6827/10489 (%65.09)	161/284 (%56.7)	16/27 (%59.26)
الإناث	3662/10489 (%34.91)	123/284 (%43.3)	11/27 (%40.74)



المخطط (11) مقارنة نسبة الإصابة بين الجنسين في دراستنا مع دراسة

• Carison and Frantzides

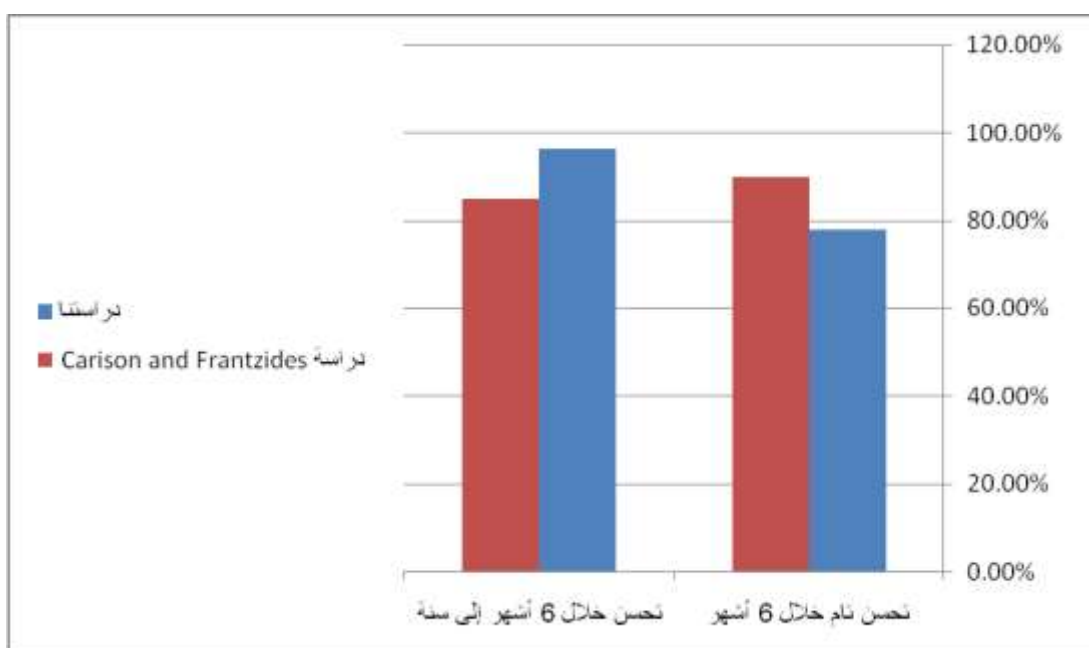
• JA, Hagen

نلاحظ من الجدول رقم (11) والمخطط رقم (11) ارتفاع نسبة إصابة الذكور في دراستنا، وهذا موافق للدراسات العالمية.

مناقشة النتائج بعد العمل الجراحي:

الجدول (12) يبين مقارنة النتائج التالية للعمل الجراحي في دراستنا مع دراسة

دراسة	دراستنا	النتائج
Carison and Frantzides		
(%90) 9440/10489	(%77.77) 21/27	تحسن تام خلال 6 أشهر
(%85) 8916/10489	(%96.3) 26/27	تحسن خلال 6 أشهر إلى سنة



المخطط (12) مقارنة النتائج التالية للعمل الجراحي في دراستنا مع دراسة

Carison and Frantzides •

من الجدول رقم (12) والمخطط رقم (12) نلاحظ التقارب في النتائج بين الدراستين مع فروق قد تعود لعدم اتباع النصائح الغذائية بعد العمل الجراحي، خاصة خلال الستة أشهر التالية للجراحة.

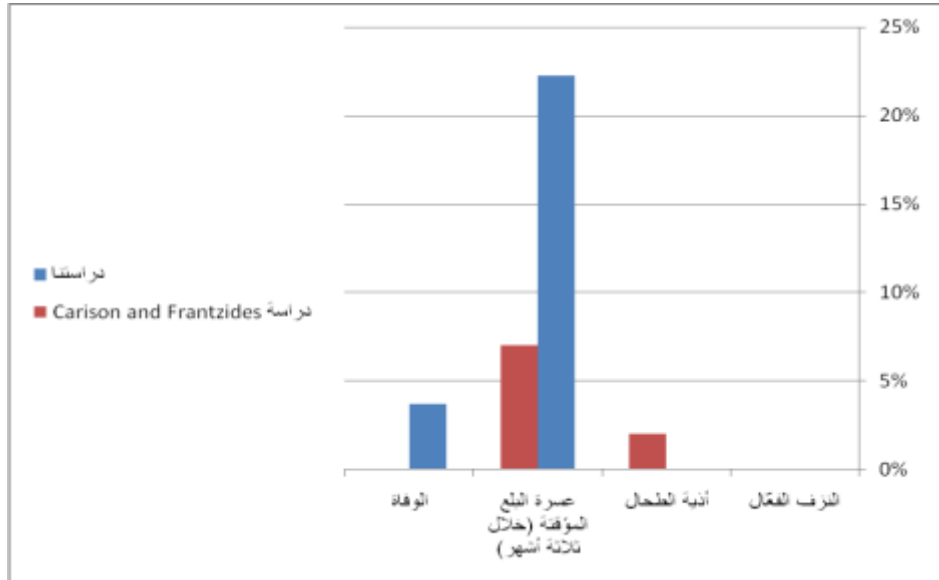
مقارنة المضاعفات بعد العمل الجراحي:

تمت مقارنة بعض المضاعفات التالية للجراحة بدراسة Carison and Frantzides^[2]

Carison and Frantzides •

الجدول (13) مقارنة بعض المضاعفات التالية أو المرافقة للجراحة في دراستنا مع دراسة

دراسة	دراستنا	المضاعفات
Carison and Frantzides		
(%0.057) 6/10489	(%0) 0/27	النزف الفعّال
(%2) 210/10489	(%0) 0/27	أذية الطحال
(%7) 734/10489	(%22.22) 6/27	عسرة البلع المؤقتة (خلال ثلاثة أشهر)
(%0.076) 8/10489	(%3.7) 1/27	الوفاة



المخطط (13) مقارنة بعض المضاعفات التالية أو المرافقة للجراحة في دراستنا مع دراسة

• Carison and Frantzides

نلاحظ من خلال الجدول والمخطط السابقين تفاوتاً في حدوث المضاعفات، ويعود سبب ذلك لصغر حجم العينة في دراستنا مقارنةً مع الدراسة الأخرى.

الاستنتاجات والتوصيات:

1. عدم إهمال أي شكايات هضمية أو تنفسية متكررة عند الأطفال لما يترتب على ذلك من تأخر في تشخيص المرض المُسبب.
2. عدم التأخر في طلب الاستشارة الجراحية لأي طفل يشكو من إقياءات متكررة لا تستجيب على العلاج الدوائي.
3. العمل على إجراء تنظير هضمي علوي للأطفال الذين لديهم أعراض تشير إلى احتمال إصابتهم بالفتوق الحجابية بمجرد توفر منظار الأطفال.
4. يوصى مستقبلاً باعتماد الجراحة التنظيرية لترميم الفتوق الحجابية الإنزلاقية، وذلك لتميزها عن الجراحة بالطريق المفتوح بمرض أقل للمريض ومدة استشفاء أقل وعودة سريعة إلى الحياة العملية.
5. يوصى باتباع التعليمات الطبية بعد الجراحة لتلافي الاختلاطات الممكنة الحدوث.

المراجع:

1. GROSS, R. E. *An Atlas of children's surgery*. 2nd.ed., Saunders, Inc Philadelphia, 1970, 806.
2. ZINNER, M. J; ASHLEY, S. W. *Maingot's Abdominal Operations*. 11th.ed., McGraw-Hill, Inc New York, 2004,980.
3. OH, D ; HAGEN, J.A ; FEIN, M. F. *The impact of reflux composition of mucosal injury and esophageal function*. 9th.ed., John Willey & Sons, Inc California, 2006,522.