

## تدبير القرحة الهضمية العرطلة

الدكتور نضال علي السكيف\*

الدكتور فؤاد عبد القادر حاج قاسم\*\*

(قبل للنشر في 2004/5/23)

### □ الملخص □

تعرف القرحة الهضمية العرطلة بأنها القرحة التي يزيد قطرها عن 2سم والتي تميزت بكونها الآفة الأكثر شدة من الداء القرحي الشائع لترافقها بالعديد من المضاعفات المهددة للحياة والتي قد يحتاج البعض منها تدخلاً جراحياً إسعافياً .

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال الفترة الواقعة ما بين عامي 1997 – 2002 على 55/ مريضاً راجعوا قسمي الداخلية والجراحة .

80% من هؤلاء المرضى عولجوا معالجة محافظة، و20% منهم عولجوا معالجة جراحية علماً بأنه تم استبعاد المرضى الذين كشف لديهم قرحات خبيثة من الدراسة .

تميزت نتائج المعالجة المحافظة بأنها جيدة ونسبة مضاعفاتها قليلة جداً ، واقتصرت المعالجة الجراحية كعلاج أساسي فقط على القرحات العرطلة المترافقة باختلاطات مثل النزف، والانثقاب، وانسداد البواب، ونكس القرحة، أو فشل العلاج المحافظ حيث تميز العلاج الجراحي (وبدعم المعالجة الدوائية) بكونه كان شافياً .

\* أستاذ مساعد في قسم الأمراض الداخلية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\* أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجراحية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .

## Management of Giant Peptic Ulcer

Dr. Nidal Alskaif \*

Dr. Foad Hag Kassim \*\*

(Accepted 23/5/2004)

### □ ABSTRACT □

The giant peptic ulcer is defined as the ulcer whose diameter is more than 2 cm and characterized by being a more severe lesion than the common ulcer disease because of its accommodation with many life threatening complications which an urgent surgery may be required.

The study has been conducted in Al – Assad academic hospital during the period between 1997-2002 on 55 patients who were admitted in internal and surgical wards.

80% of those patients were treated as a conservative therapy and 20% were treated as a surgical therapy and it's known that the patients with malignant ulcers are put out of the study.

The results of the conservative treatment are good and its complications are very little.

The surgical treatment is indicated as an essential procedure only when giant peptic ulcer is complicated.

For example:

- bleeding.
- Perforation.
- Pylori's obstruction.
- Ulcer's recurrence.
- Failure of conservative treatment.

The surgical treatment is being distinguished (with the support of medical therapy) for its being therapeutic. (healing).

---

\*Associate Professor, The Department Of Internal Medicine, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia – Syria.

\*\*Associate Professor, The Department Of Surgery, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia – Syria.

## المقدمة والدراسة النظرية:

يتميز التدبير الدوائي أو المحافظ للقرحات المعدية والعفجية العرطلة بكونه مرتبطاً بشكل روتيني بحدوث هام للإمراضية والوفيات بما يبرر الحاجة للتدخل الجراحي .

حيث تعرف القرحة الهضمية العرطلة بأنها القرحة التي يزيد قطرها عن 2سم وهي تتصف بأنها الشكل الأكثر شدة من الداء القرصي الشائع ، ذلك تبعاً لما تحدثه من مضاعفات أهمها :

- النزف الكتلبي

- الانسداد

- الانتقاب (الثقب) .

مما جعل المعالجة المحافظة لهذه الحالات تترافق بارتفاع شديد في نسبة المضاعفات والوفيات [ 4-3-2-

. [ 1

وقد أدى تقدم مضادات مستقبلات الهيستامين H2 لبروز عدة دراسات جعلها تقترح وتبين نجاح المعالجة الدوائية للقرحات العرطلة [ 5-6 ] .

رغم أن مجموعة أخرى من الدراسات ما زالت مستمرة في دعم المعالجة الجراحية للقرحات الهضمية العرطلة معتمدة بذلك على حجم القرحة [7-8] .

ولكن مؤخراً ومع زيادة استخدام المعالجة التنظيرية والأدوية المضادة للإفراز الموضعية وكشف الملتوية البوابية ، كان من أهم الأسباب التي أنقصت عدد المرضى المصابين بالقرحات الهضمية العرطلة الذين يحتاجون لعلاج وتدبير جراحي [ 9-10 ] .

## أهمية البحث وهدفه:

تكمن أهمية هذا البحث في إلقاء الضوء على حالة خاصة من آفات المعدة والبعج القرصية وهي القرحة العرطلة .

أما هدف الدراسة فيكمن في كيفية التعامل، وتدبير هؤلاء المرضى سواء عن طريق العلاج المحافظ أو العلاج الجراحي بغية الوصول إلى أفضل النتائج الممكنة وبأقل نسبة مضاعفات .

## طرق الدراسة والبحث :

شملت الدراسة جميع المرضى الذين دخلوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية في قسمي الداخلية والجراحة خلال خمس سنوات ما بين عامي 1997 - 2002 والبالغ عددهم /55/ مريضاً حيث تم تأكيد التشخيص عندهم عن طريق التنظير الهضمي العلوي بواسطة ملقط الخزعة أو عبر الموجودات الجراحية .

علماً بأنه سلفاً تم استبعاد المرضى الذين كشف لديهم قرحات خبيثة من الدراسة ، وشملت دراستنا فقط مرضى القرحات العرطلة الهضمية السليمة .

• توزع المرضى حسب الجنس يبينه الجدول التالي :

الجدول رقم 1/ يبين توزع المرضى حسب الجنس.

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الذكور	24	43.63
الإناث	31	56.37
المجموع	55	100

يبين هذا الجدول أن نسبة إصابة الإناث هي الأكثرية حيث شكلت 3/4 .

وتراوح عمر هؤلاء المرضى ما بين سن 32-79 سنة كما هو مبين بالجدول التالي :

جدول رقم 2/ يبين توزع المرضى حسب العمر.

السن بالسنة	عدد المرضى	النسبة المئوية
42-32	4	7.27
52-43	12	21.82
62-53	31	56.37
79-63	8	14.54
المجموع	55	100

من هذا الجدول نلاحظ أن أعلى نسبة إصابة كانت ما بين العقدين الخامس والسادس إذ بلغت أكثر من 56% من مجموع المرضى .

اختلف توزيع القرحة ما بين المعدة والعفج ، حيث بلغ عدد مرضى القرحة المتوضعة في المعدة /28/ مريض، وعدد مرضى القرحة المتوضعة في العفج /23/ مريضاً، وعدد المرضى ذوي القرحة المتوضعة في المعدة والعفج معاً /4/ مرضى كما هو مبين في الجدول التالي .

جدول رقم 3/ يبين أماكن توزيع القرحة الهضمية وعدد المرضى ونسبتهم المئوية .

أماكن توزيع القرحة الهضمية	عدد المرضى	النسبة المئوية
المعدة	28	50.9
العفج	23	41.82
المعدة والعفج معاً	4	7.27
المجموع	55	100

نلاحظ أن القرحة الهضمية العرطلة هي أكثر توضعاً في المعدة ، إذ وجدت عند أكثر من نصف المرضى ، كما أنها قد تكون متوضعة في المعدة والعفج بنفس الوقت ولكن بنسب ضئيلة.

. الأعراض والتظاهرات السريرية الأكثر شيوعاً :  
شملت هذه الدراسة :

أولاً: المرضى الذين تمت معالجتهم دوائياً (العلاج المحافظ) :

- بلغ عدد هؤلاء المرضى /44/ مريضاً (أي نسبة 80% من مجموع المرضى) حيث كان العرض المسيطر عند هؤلاء المرضى (بالرغم من وجود عدة شكايات أخرى) هو :
- 1- الألم البطني: وجد عند /20/ مريضاً أي بنسبة 45.5% .
  - 2- النزف المعوي المعدي: /14/ مريضاً ، بنسبة 31.8% .
  - 3- أعراض انسدادية: (غثيان + إقياء) /4/ مرضى ، بنسبة 9.1% .
  - 4- فقدان الوزن: عند /2/ مريض ، بنسبة 4.5% .
  - 5- مرضى يملكون أكثر من عرض واحد: /4/ مرضى ، بنسبة 9.1% ، ولم تكن الشكاية المرضية محددة عندهم .
- ويبين الجدول التالي الأعراض والتظاهرات عند هؤلاء المرضى .

جدول رقم /4/ يبين الأعراض والتظاهرات المرضية وعدد المرضى ونسبتهم المئوية.

الأعراض والتظاهرات المرضية	عدد المرضى	النسبة المئوية
الألم البطني	20	45.5
النزف المعوي المعوي	14	31.8
انسداد بواب المعدة	4	9.1
فقدان الوزن	2	4.5
أعراض قرحجية مبهمه وغير محددة	4	9.1
المجموع	44	100

نلاحظ من هذا الجدول أن الألم البطني والنزف الهضمي العلوي كانا العرضين المسيطرين لدى غالبية المرضى (حوالي 80% من مجموع المرضى) .  
ثانياً: المرضى الذين تمت معالجتهم جراحياً :  
حيث بلغ عددهم /11/ مريضاً (20% من مجموع المرضى) ، إذ كانت معايير التدخل الجراحي عند هؤلاء المرضى كالتالي:

- 1- الصدمة النزفية: /3/ مرضى كنتيجة لفقر دم كتلي تطلب نقل أكثر من /6/ وحدات دم، وبدون جدوى
- 2- الانتقاب: /4/ مرضى .
- 3- انسداد مخرج المعدة (تضيق البواب): /2/ مريضان .
- 4- فشل المعالجة الدوائية الفعالة لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر /2/ مريضان .

## القصة المرضية :

باستجواب ودراسة جميع المرضى تبين أن :

- 1- غالبية المرضى نفوا وجود قصة أعراض هضمية قرحية/34/مرضى (61.81%).
  - 2- فقط /2/ مريض ذكروا قصة داء قرحي (38.19%).
- هذا وقد أظهر استجواب هؤلاء المرضى بأن /42/ مريضاً منهم أشار لقصة استعمال مضادات الالتهاب اللاستروئيدية NSAID ، حيث أن معظمهم استخدم NSAID بشكل يومي خلال شهر غالباً قبل أن تظهر الأعراض القرحية وقبل إثبات وجود القرحة كما أن /6/ مرضى كان لديهم قصة حادة لتعاطي الكحول .
- وبينت الدراسة أن /50/ مريضاً من هؤلاء المرضى كُشف عندهم الخمج بالملتوية البوابية بعد إجراء اختبار كشف الملتوية البوابية عندهم بواسطة الخزعة أو اختبار التنفس (كشف اليوريا في التنفس).

## المقاربة العامة في معالجة المرضى :

### أولاً: المعالجة المحافظة :

وتتضمن :

- 1- المعالجة بالصادات الحيوية لوجود الخمج بالملتوية البوابية .
- 2- إيقاف استعمال مضادات الالتهاب باللاستروئيدية .
- 3- استخدام مضادات إفراز الحمض (عادة الـ أوميبرازول Omeprazol) .
- 4- هذا وقد تأكد إثبات نجاح العلاج المحافظ عبر التنظير اللاحق والذي كان يجرى عادة بعد /2-3/ أشهر من التنظير الهضمي البدئي ، أو اختفاء الأعراض والتظاهرات السريرية .

### ثانياً: المعالجة الجراحية :

تضمنت :

- إجراء قطع مبهم مع رأب البواب Pyloroplasty & Vagotomy عند /5/ مرضى / وخاصة مرضى النزف / .
- قطع مبهم Vagotomy واستئصال الغار Antrectomy عند /4/ مرضى، / مرضى انتقاب العفج / .
- قطع مبهم فائق الانتقاء Proximal gastric vagotomy للمرضى الذين استمر الداء القرحي لديهم مع فشل العلاج المحافظ لدى /2/ مريضين .

## المناقشة :

بمناقشة هذه الدراسة تبين لنا :

- 1- نسبة إصابة الإناث أكثر مما هي عليه عند الذكور (أكثر من 56% ) .
- 2- أكثر الإصابات شوهدت ما بين العقدين الرابع والسادس (أكثر من 78% من مجموع المرضى) وخاصة في العقد السادس (أكثر من 56%) .
- 3- باستجواب المرضى تبين أن السبب يعود على الغالب للاستعمال المديد لمضادات الالتهاب الستيروئيدية لفترات طويلة لمعالجة الآلام المفصلية وآلام الطمث في مرحلة الإنجاب ، حيث بلغت نسبة المرضى الذين تناولوا مضادات الالتهاب الستيروئيدية أكثر من 76% من مجموع المرضى .
- 4- بلغت نسبة توضع القرحات العرطلة الكبيرة في المعدة بمفردها أكثر من 50% من الحالات مما يؤكد زيادة تخريش المعدة أكثر من العفج .
- 5- 80% من مرضى الدراسة تمت معالجتهم بالعلاج المحافظ وكانت أكثر الأعراض والتظاهرات المرضية لديهم الألم البطني والنزف المعدي . المعوي .
- 6- فقط 20% من المرضى عولجوا جراحياً وكانت استطبابات الجراحة هي النزف المعند على العلاج المحافظ والانتقاب وفشل المعالجة الدوائية .
- 7- كشف الملتوية البوابية عند حوالي 90% من مرضى الدراسة وكانت المعالجة بالصادات فعالة عند معظم هؤلاء المرضى بالمشاركة مع مضادات إفراز الحمض كالأومبيراؤول .
- 8- لم تلاحظ أية وفيات بعد المعالجة سواء الجراحية منها أو المحافظة كما أن المضاعفات بعد المعالجة كانت بسيطة وقد يكون السبب لعدم إمكانية متابعة معظم المرضى بعد تخرجهم من المشفى .

## الدراسة المقارنة :

بدراسة ومقارنة هذه النتائج مع العديد من الدراسات العالمية نلاحظ :

- 1- أن هذه النتائج كانت مناقضة لثلاث دراسات أنجزت عام 1980 في أمريكا قيّمت المرضى ذوي القرحات العفجية العرطلة والتي اعتمدت على الجراحة كعلاج أساسي في تدبير هؤلاء المرضى ، لكونها اعتبرت أن القرحات العرطلة عبارة عن مرض خطير لتترافقها بنسب عالية جداً من معدلات الانتقاب والنزف الكتلي ونكس القرحة وعدم الاستجابة للعلاج المحافظ [ 1-2-3 ] .
- 2- وبينت دراسة أخرى أجريت عام 1992 في سنغافورة قام بها CHUA [8] بأفضلية الجراحة كعلاج أساسي للقرحات العرطلة ، وذلك بعد إجراء المقارنة التالية ما بين القرحات الهضمية العرطلة والقرحات غير العرطلة :
  - نسبة النزف الهضمي 44% في القرحات العرطلة مع 27% غير عرطلة .
  - نسبة الانتقاب 45% في القرحات العرطلة مع 10% غير العرطلة .علماً بأن هذه الدراسات تمت قبل اكتشاف الملتوية البوابية كعامل مسبب في إمراضية القرحات الهضمية [11] .
- 3- في السنوات الأخيرة (في الـ 15 سنة الأخيرة) أنجزت دراسات مهمة في أمريكا (في مشفى ميتشيغان) حول العوامل الإمراضية لمرضى القرحة الهضمية وخيارات المعالجة الجيدة ، حيث حدثت تطورات على المستوى

الدوائي ، تضمنت تطورات في مثبطات مضخة البروتون التي أنقصت تأثير الحمض الموضعي ، بالإضافة للتعرف على الملثوية البوابية كعامل مسبب هام .

كل ذلك أحدث ثورة في معالجة مرض القرحة الهضمية باستثناء المرضى الذين يتناولون مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية ومرضى متلازمة زولينجر أليسون Zollinger-ellison syndrome فإن 95% من مرضى القرحات العفجية و80% من مرضى القرحات المعدية كانوا مخموجين بالملثوية البوابية [12]، ولكن وعلى الرغم من معرفة الآلية الميكانيكية المحدثة مع المعرفة بوجود الملثوية البوابية في الغار المعدي فإن وجود القرحات المنتشرة غير واضح الأسباب بشكل تام [13-14].

وأكدت هذه الدراسات على وجود نسبة أقل من 15% من حالات نكس القرحة عند هؤلاء المرضى الذين لديهم هذه المتعضيات البوابية رغم العلاج المكثف بالصادات الحيوية ومضادات مستقبلات H2 [15] .

4- هذا وأشارت الدراسات العالمية إلى أهمية استعمال المنظار كوسيلة تشخيصية وعلاجية هامة في مرضى القرحات الهضمية وإلى أهمية التصوير الوعائي للفازوبريسين أو عبر إرسال صمات بواسطة القثطرة (علماً بأن هذا لم يطبق في مشفانا) . [16-17] .

5- أشارت دراسة قام بها Barragry [6]:

أن 80% من معدلات نجاح معالجة القرحات الهضمية العرطلة تم بواسطة الرانيتدين Ranitidine وأشارت دراسة أخرى قام بها Jasewski [5] بشكل ملحوظ بالعلاج المحافظ الدوائي باستعمال حاصرات H2 بارتفاع نسبة الشفاء من 80% - 90% .

دراستان راجعتان أقرتا هذه النقطة في كلتي القرحة المعدية والعفجية مع معدلات عالية للشفاء بالمعالجة الطبية الدوائية وبشكل عام لا توجد زيادة في معدل الإراضية أو معدل الوفاة في المرضى الذين تم علاجهم بداية بواسطة المعالجة المحافظة والذين احتاجوا لتدخلات جراحية [18-19] .

6- هذا واتفقت معظم الدراسات السابقة على وجود أسباب محتملة عديدة يمكنها أن تسبب عدم شفاء القرحة أو أنها تحمل معدل إنذار سيء مستقبلي [20] وهي :

- وجود الملثوية البوابية.
  - متلازمة زولينجر أليسون.
  - استخدام مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية.
  - نقص التروية المسارية .
  - الخبثات الميكروسكوبية .
- علماً بأن حدوث الخبثات في القرحات العرطلة المعدية موجود بشكل واسع في الأدب الطبي .

وسجلت بعض الدراسات الباكرة أن 80% من القرحات المعدية العرطلة قد تسرطنت [21-22] .  
وأشارت بعض الدراسات إلى أن بعض القرحات كان منظرها العياني سليماً ، إلا أن دراستها أكدت خبثها ، إذ وصلت نسبة الخبث في تلك القرحات إلى 13% [6-19] .

## النتائج :

1- تميزت المعالجة المحافظة (الدوائية) للقرحات الهضمية العرطلة بأنها ذات نتائج جيدة جداً ، إذ طبقت في دراستنا هذه على /44/ مريض (80% من مجموع المرضى) علماً بأن هذه الدراسة استبعت المرضى الذين كشف لديهم السرطان .

حيث اعتمدت هذه المعالجة على ثلاثة أمور أساسية :

أ- إيقاف تناول NSAID .

ب- استخدام الأدوية المضادة لإفراز الحمض (كالأومبيراؤول لإنقاص الإمراضية وتسهيل شفاء القرحة خلال طور تواجد الأعراض).

ج- كشف ومعالجة الملتوية البوابية .

2- كان استئطباب الجراحة كعلاج أساسي فقط عند وجود أحد الإختلاطات التالية:

- النزف .

- الانتقاب.

- انسداد البواب.

- نكس القرحة وفشل العلاج المحافظ.

وتميزت المعالجة الجراحية بكونها شافية وخاصة عندما تدعم بالمعالجة الدوائية .

وأجريت الجراحة فقط لدى /11/ مريضاً (20% من مجموع المرضى) وتميزت بنتائجها الجيدة .

3- وثقت المعالجة عبر إعادة التنظير لاثبات شفاء القرحة .

## المراجع:

.....

1. Nussbaum MS, Schusterman MA. Management of giant duodenal ulcer. Am J Surg 1985; 1985;149:357-61.
2. Morrow CE, Mulholland mw, Dun DH, Schwartz ML, Sutherland DE, Goodale RL, et al. Giant duodenal ulcer. Am J Surg 1982;144:330-1.
3. Klamer TW, Mahr MM .Giant duodenal ulcer: a dangerous variant of a common illness. Am J Surg 1978;135:760-2.
4. Gustavsson S, Kelly KA, Hench VS, Melton LJ. Giant gastric and duodenal ulcers: apopulation based study with comparison to non-giant ulcers. World J Surg 1987; 11:333-8.
5. Jaszewski R, Crane SA, Cid AA. Giant duodenal ulcers: successful healing with medical therapy. Dig Dis Sci 1983;28: 486-9.
6. Barragry TP, Blatchford JW, Allen M. Giant gastric ulcers. Ann Surg 1986;203:255-9.
7. Collen MJ, Santoro MJ, Chen YK. Giant duodenal ulcer: evaluation of basal acid output, nonsteroidal anti-inflammatory drug use and ulcer complications. Dig Dci 1994;39:1113-6.
8. Chus C, Jeyaraj p, Low C. Relative risks of complications in giant and non-giant gastric ulcers. Am J Surg 1992;164:94-8.
9. Yeo CJ, Zinner MJ. Duodenal ulcer. In: Zuidema GD, editor. Shackelford's surgery of the alimentary tract. Vol II. Philadelphia: W B Saunders; 1996.p. 64-79.
10. Kauffman GL. Stress ulcer and gastric ulcer. In: Greenfield LJ, Mulholland MW, Oldham KT, Zelenock GB, Lillemone KD, editors. Surgery: Scientific principles and practice. 2<sup>nd</sup> ed Philadelphia: lippincott-Raven; 1997.p. 773-88.
11. Walsh JH, Peterson, WL. Treatment of Helicobacter pylori infection in the management of peptic ulcer disease. N Engl J Med 1995;333:984-91.
12. NIH Consensus Development panel. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. JAMA 1994; 272:65-9.
13. Blaser MJ, Parsonett J. parasitism by the "Slow" bacterium Helicobacter pylori leads to altered gastric homeostasis and neoplasia. J Clin Invest 1994;1:4-8.

14. Walsh JH, Peterson WL. The treatment of *Helicobacter pylori* infection in the management of peptic ulcer disease. *N Engl J Med* 1995;333:98-91.
15. Graham DY, Lew GM, Klein PD, et al. Effect of Treatment of *Helicobacter pylori* infection on the long-term recurrence of gastric or duodenal ulcer. *Ann Intern Med* 1992 ; 116:705-8.
16. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, et al. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a metaanalysis *Gastroenterology* 1992;102:139-48.
17. Lieberman DA, Keller FS, Katon RM, et al. Arterial embolization for massive upper gastrointestinal tract bleeding in poor surgical candidates. *Gastroenterology* 1984;86:876-85.
18. Pecha RF, prindiville T, pecha B, Camp R Carroll M, Trudeau W. Association of cocaine and methamphetamine use with giant gastroduodenal ulcers. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 2523-7.
19. Welch JP, Hammond JG, Nissen CW. Management of benign, giant gastric ulcers. *Amer Surgeon* 1992;58:300-4.
20. Dian M Simeone, MD, Adam Hassan, MD and James M. Schiman, MD. Giant peptic Ulcer: Asurgical or medical disease? *Surgery*. September 1999. volume 126, Number 3. P.474-478.