الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الجراحة

دراسة مقارنة للتدابير الجراحية للقرحة العفجية المثقوبة

Comparative study of surgical managements of perforated duodenal ulcer

اشراف الأستاذ الدكتور
محمد الأحمد

برئاسة الأستاذ الدكتور
الحكم عبد المولى

اعداد الدكتورة

رانية خطاب

تعهد

أنا طالبة الدراسات العليا **الدكتورة رانية محمود خطاب** أقدم هذا البحث لنيل شهادة الماجستير في الجراحة العامة , أصرح على مسؤوليتي الكاملة أن العمل المقدم في ما يلي من انتاجي بالكامل , وكل المعلومات المستقاة من مصادر أخرى فيه مسندة الى أصحابها بكل دقة , وإن الاقتباسات الحرفية من مصادر أخرى إن وجدت , لا تتجاوز الحجم الأدنى الضروري للاقتباس ومبيّنة بوضوح بحصرها بين علامتي تنصيص(<<.....>>) ومسندة صراحة الى مصادرها .

الإهداء

إلى من تسبق دمعتهما دمعتي وتتلو ضحكتهما ضحكتي إلى نبعي الحنان الذين لا يطلبان ثمناً و فداءً

أبي وأمي

إلى رفيق دربي .. وشريك عمري ..إلى من أستظل بظله ..وأحتمي بفيئه

زوجي الدكتور حسين فنيش

إلى من غرد بضحكته و أشعل عمري فرحاً و انبثق نور المستقبل منه ضياء عينيه

ولدي أسامة

إلى الزهور التي أينع ربيع عمري بقربها و تفتحت براعمي بين أغصانها

أخوتي

إلى الشموع التي أنارت دربنا وسلمتنا ناصية العلم إلى من مهدوا بكل حكمة طريقتنا

أساتذتنا الكرام

فهرس المحتويات

الملخص ١
الدراسة النظرية ٢
مقدمة جنينية ٣
مقدمة تشريحية..... ٣
تروية العفج..... ٤
مقدمة فيزيولوجية..... ٦
القرحة العفجية..... ٧
التعريف والوقوع ٧
الفيزيولوجية المرضية والأسباب..... ٨
خمج HP..... ٩
افراز الحمض في القرحة العفجية..... ..... ١٢
NSAIDS والقرحة..... ١٣
التدخين،الشدة،عوامل أخرى..... ..... ١٤
العوامل الوراثية..... ..... ١٤
متلازمةZE..... ..... ١٥
تظاهرات سريرية..... .... ١٥
التشخيص..... ..... ١٥
التشخيص التفريقي..... ..... ١٦
الإختلاطات..... ..... ١٦
العلاج الطبي..... ..... ١٨
العلاج الجراحي..... ..... ٢٠
انثقاب القرحة العفجية..... ..... ٢٣
التعريف والوقوع..... ٢٣

الفيزيولوجية المرضية والأسباب.....٢٣
مكان الإنثقاب.....٢٣
الأشكال السريرية للإنثقاب.....٢٤

الأعراض والعلامات.....٢٤
التشخيص.....٢٤
التشخيص التفريقي.....٢٦
التدبير والمعالجة.....٢٦
المعالجة المحافظة.....٢٧
المعالجة الجراحية.....٢٩
الإغلاق البسيط غراهام باتش.....٢٩
التكنيك الجراحي.....٢٩
العمليات الجذرية الإسعافية.....٣١
الجراحة التنظيرية في النثقاب.....٣٢
العناية بعد العمل الجراحي.....٣٣
الإختلاطات بعد العمل الجراحي.....٣٣
الوفيات.....٣٤
الدراسة العملية.....٣٦
المقدمة.....٣٧
النتائج.....٣٨
المناقشة ٤٧
الخلاصةوالتوصيات.....٥١
المراجع.....٥٣

فهرس الأشكال

رقم الشكل	محتوى الشكل	رقم الصفحة
١	تشريح العفج	٤
٢	اتروية العفج	٥
٣	يظهر علامة الهلال الغازي على صورة الصدرعند مريض لديه انثقاب عفج	٢٥
٤	طريقة أخذ القطب في عملية غراهام باتش	٣٠

فهرس الجداول

رقم الجدول	محتوى الجدول	رقم الصفحة
١	النتائج السريرية للجراحة في القرحة العفجية	٢١
٢	استطبابات العلاج الجراحي الجذري المنقص للحمض في مرضى القرحة العفجية المثقوبة	٣١
٣	يبين توزع المرضى حسب العمر	٣٧
٤	يبين توزع االمرضى حسب الجنس	٣٨
٥	يبين توزع المرضى حسب مكان بدء الألم	٣٨
٦	يبين توزع المرضى حسب الفحس السريري	٣٩
٧	يبين توزع المرضى حسب العوامل المؤهبة للإنثقاب	٤٠
٨	يبين توزع المرضى حسب السوابق القرحية	٤١
٩	يبين توزع المرضى حسب موجودات الصورة الشعاعية	٤٢
١٠	يبين توزع المرضى حسب موجودات الإيكو	٤٢
١١	يبين توزع المرضى حسب الموجودات المخبرية	٤٣
١٢	يبين توزع المرضى حسب الخمج بHP	٤٣

١٣	يبين توزع المرضى حسب زمن الإنثقاب	٤٣
١٤	يبين توزع المرضى حيب نوع العمل الجراحي	٤٤
١٥	يبين توزع المرضى حسب مدة الإقامة بالمشفى	٤٥
١٦	يبين توزع المرضى حسب الإختلاطات	٤٦
١٧	يبين توزع المرضى حسب نسبة الوفيات	٤٦
١٨	يبين توزع المرضى حسب معدل النكس	٤٧

فهرس المخططات

رقم المخطط	محتوى المخطط	رقم الصفحة
١	التوازن بين عوامل التحريض وعوامل الدفاع للمخاطية	٩
٢	آلية عمل HP في احداث القرحة العفجية	١١
٣	خطة العلاج للقرحة العفجية المثقوبة	٢٨
٤	توزع المرضى حسب العمر	٣٧
٥	توزع مرضى حسب الجنس	٣٨
٦	توزع المرضى حسب مكان بدء الألم	٣٩
٧	توزع المرضى حسب الفحص السريري	٤٠
٨	توزع المرضى حسب العوامل المؤهبة للإنثقاب	٤١
٩	توزع المرضى حسب نوع العمل الجراحي	٤٥

I-الملخص ABSTRACT :

الهدف : تهدف الدراسة العملية الى الحصول على معلومات عن نسبة توارد إنثقاب القرحة العفجية ودراسة مؤهبات الإنثقاب ودقة أدوات التشخيص والمقارنة بين الطرق العلاجية الجراحية وتبيان فائدة كل منها .

الطرائق و المواد : شملت الدراسة ١٢٠ مريض من كلا الجنسين بين عامي ٢٠١١ _ ٢٠١٣ راجعوا إسعاف مشفى المواساة الجامعي وشخص لهم قرحة عفجية مثقوبة .
تمت الدراسة بطريقة المتابعة المستقبلية Prospective study وذلك بجمع معلومات عن العمر ،الجنس ، الأعراض . العوامل المؤهبة . السوابق القرحية . الدراسة الشعاعية . الفحوص المخبرية ، الخمج بال HP ، حسب زمن الإنثقاب ، طريقة العلاج الجراحي ، مدة الإقامة بالمشفى والإختلاطات ، النكس والوفيات

النتائج : معظم المرضى كانوا في العقدين الرابع والخامس ٥٠% ، وكان٩٠%من المرضى الذكور ، وكان الألم البطني موجود عند كل المرضى ،مكان بدء الألم الشرسوف هو المكان الأشيع ٥٢.٥% . أما الفحص السريري فقد أظهر دفاع معمم في معظم المرضى ٦٨.٥% .بالنسبة لمؤهبات الإنثقاب كان NSAIDS أهم مؤهب ٨٨% وكذلك الصيام ٨٣%. أما القصة القرحية السابقة فقد كانت موجودة في ٧٨% . كان ٨٣% من المرضى لديهم ارتفاع تعداد بيض ،في حين ١٩% فقط كان لديهم ارتفاع خفيف في الأميلاز .الهلال الغازي شوهد في ٨٣% ،بالنسبة للخمج بHPلم يقيم إلا في ٢١ مريض أجري لهم تنظير علوي لأسباب أخرى ، وكان ايجابي في ٨١% .بالنسبة للجراحة كانت عملية الإغلاق البسيط GPهي الأشيع حيث أجريت في ٩١.٥% من المرضى ،أما عملية قطع مبهم جذعي مع تصريف فقد أجريت في ٣.٥% ،وقطع مبهم مع قطع غار في٢.٥%،أما قطع معدة جزئي فقد أجري في ٢.٥%، في حين لم تجر أي حالة قطع مبهم عالي الإنتقائية .أما الاختلاطات فبلغت نسبتها ١٠% معظمها (٥%)انتان جرح .

الإستنتاج : العمليات الجراحية التي يمكن أن تجر لعلاج انثقاب القرحة العفجية متنوعة ، ولكن عملية غراهام باتش(الإغلاق البسيط مع رقعة)هي الأسرع وذات النتائج الأفضل والأقل اختلاطا ووفيات ، لذلك يوصى بها ، مع التأكيد على العلاج الدوائي بPPI وعلاج HPفي حال كان ايجابي .
في حال النكس للقرحة يجب العودة لإجراء العمليات التي يتم فيها قطع معدة /الغار/وقطع المبهم الجذعي أو الإنتقائي .

II-الدراسة النظرية

II-1)مقدمة جنينية EMBRYONIC INTRODUCTION

العفج DUODENUM

يشكل الجزء النهائي من المعي الأول Foregut والجزء الرأسي من المعي المتوسط Midgut، له شكل حرف C . يتوضع قسمه الثاني خلف البرتوان محتوياً رأس البنكرياس ، تغيب لمعة العفج بشكل مؤقت خلال الحياة الرحمية في الشهر الثاني لتعود بعد مدة وتتقنى[1].

II-2) مقدمة تشريحية ANATOMICAL INTRODUCTION :

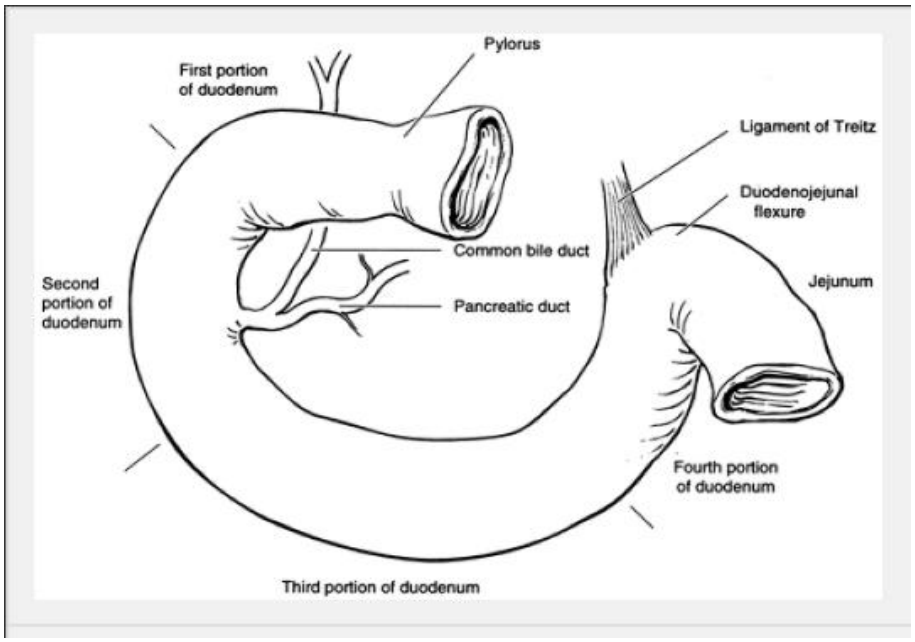
يبدأ العفج من البواب وينتهي عند الوصل العفجي الصائمي أيسر الفقرة القطنية الثانية ويأخذ شكل الحرف C، ويقدر طوله بـــ ٢٥ سم ويقسم لأربعة أقسام:

القطعة الأولى: تبدأ من البواب حتى طول ٥ سم ، وتحتل البصلة معظم القطعة الأولى ، وتمر القناة الجامعة خلف البصلة تماماً. تكون هذه القطعةجزئيا خلف البرتوان(قسمها البعيد) .

القطعة الثانية(الجزء النازل) : يقدر طولها بـــ ٨ سم تسير عمودياً أمام سرة الكلية اليمنى على الجانب الأيمن من الفقرتين القطنيتين الثانية والثالثة ويحدها من الأمام قاع المرارة والفص الكبدي الأيمن والكولون المعترض والعرى المعوية الدقيقة ومن الخلف سرة الكلية والحالب الأيمن ومن الوحشي الكولون الصاعد والزاوية اليمنى للكولون والقص الكبدي الأيمن ومن الأنسي رأس البنكرياس وفي منتصف القطعة الثانية وعلى الوجه الأنسي تخترق القناة الجامعة مع البنكرياسية جدار العفج ويشكلان معاً مجل فاتر Ampulla of Vater الذي ينتهي بالحليمة ، وتقع فتحة القناة البنكرياسية الإضافية –إن وجدت – أعلى قليلاً من الفتحة الأولى.

القطعة الثالثة(الجزء الأفقي) : وطولها ٨ سم تسير أفقياً باتجاه الأيسر وتسير الأوعية المساريقية العلوية خلف البنكرياس ثم تجتاز الوجه الأمامي للقطعة الثالث.

- **القطعة الرابعة(الجزء الصاعد):** ويقدر طوله بـــ ٥سم يسير باتجاه الأعلى والأيسر ثم إلى الأمام حتى الوصل العفجي الصائمي ، وتتثبت هذه المنطقة بمكانها بواسطة رباط ترايتز (طبقة من البريتوان تسير من الوصل حتى السويقة الحجابية) [٧].



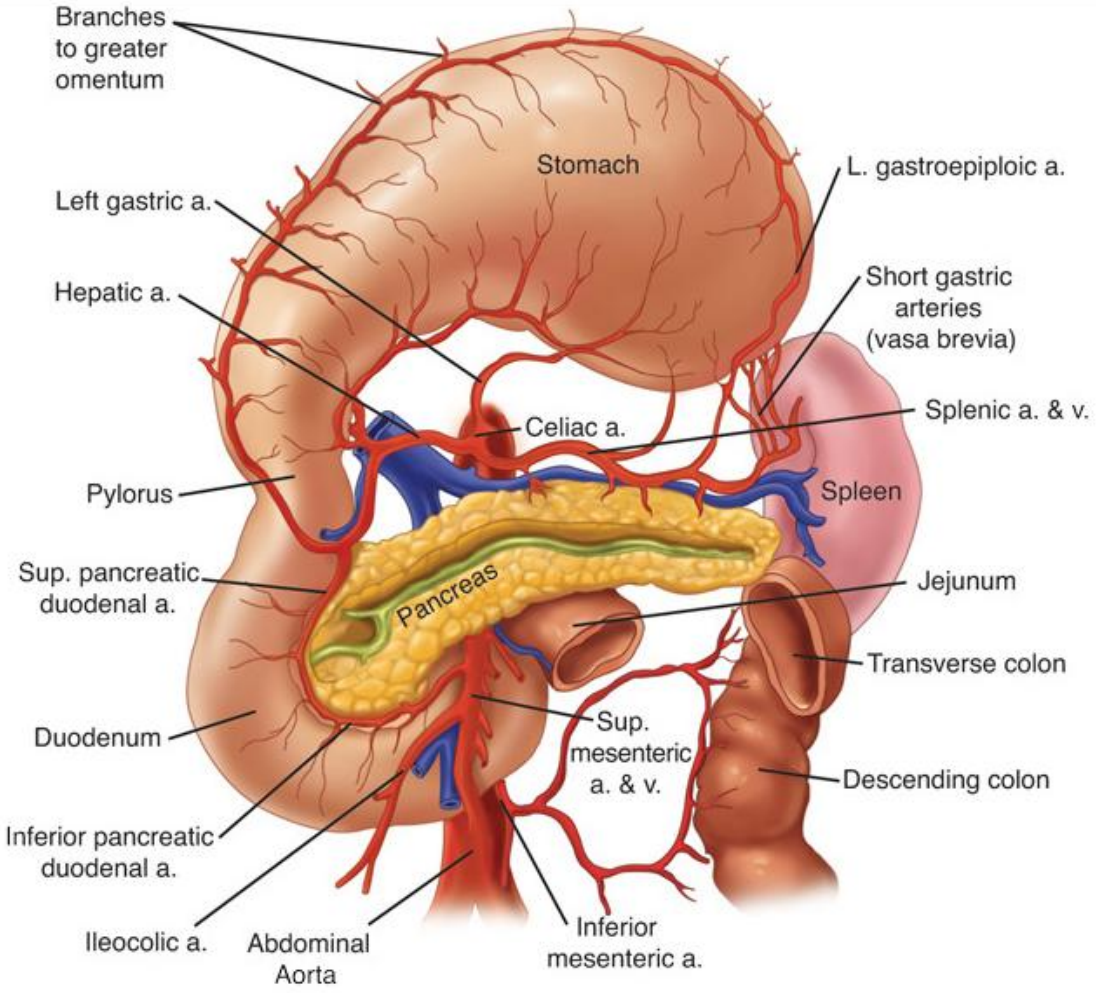
- الشكل (١) تشريح العفج NMS SURGERY 5th p. 202

II-2-1)تروية العفج ARTERIAL SUPPLY :

يتغذى العفج عبر قوسين شريانيتين:

قوس أمامية: يشكلها الفرع الأمامي للشريان العفجي البنكرياسي العلوي فرع الشريان المعدي العفجي والفرع الأمامي للشريان العفجي البنكرياسي السفلي فرع الشريان المساريقي العلوي.

قوس خلفية: يشكلها الفرعان الخلفيان للشريان العفجي البنكرياسي العلوي والسفلي .



الشكل(٢) تروية العفج Schwartz 9th p226

2-2-II) العود الوريدي VENOUS DRAINAGE :

فيتم بواسطة شبكات وريدية عفجية بنكرياسية أمامية وخلفية وهذه تنزح إلى الوريد البابي والمساريقي العلوي.

3-2-II)النزح اللمفي LYMPHATIC DRAINAGE :فيسير مع الشرايين حيث ينزح القسم العلوي عبر العقد البنكرياسية العفجية إلى العقد المعدية العفجية ثم إلى العقد الزلاقية وينزح القسم السفلي عبر العقد العفجية البنكرياسية إلى العقد المساريقية العلوية (حول منشأ الشريان المساريقي العلوي).

4-2-II) نسيجيا(HISTOLOGY): يتألف العفج من ٤ طبقات مخاطية وتحت مخاطية وعضلية (داخلية دائرية وخارجية طولانية) ومصلية.إن مخاطية الجزء القريب من العفج

تحوي على غدد برونر والتي تفرز المخاط القلوي الواقي[١٥]

II-3---) مقدمة فيزيولوجية PHYSIOLOGICAL INTRODUCTION:

II-3-1)ـ أطوار الإفراز الحامضي PHASES OF ACID SECRETION :

إفراز الحمض المعدي يتعدل بمؤثرات هرمونية وعصبية معقدة . الإستجابة الإفرازية خلال الطعام يقسم إلى ثلاثة أطوار :

أ ــ الطور الرأسي :يبدأ بالرؤية والشم والتفكير بالطعام ، تنبيه المبهم يجعل الخلايا الجدارية تفرز الحمض ،كما أن تنبيه المبهم أيضا يسبب تحرر الغاسترين من الغار (الغاسترين هو المحرض الأكثر قوة لإفراز الحمض المعدي) .

ب ــ الطور المعدي : يبدأ بتمدد ميكانيكي للغار، وهذا يحرض تحرر إضافي للغاسترين .

ج- الطور المعوي للإفراز : يبدأ بوصول منتجات البروتين المهضوم إلى الأمعاء وهذه بدورها تحرض الخلايا الصماوية المعوية على إنتاج هرمونات (غاسترين و Entero-oxytin) التي تنبه الخلايا الجدارية [٩].

II-3-2)- أليات التلقيم الراجع السلبي للحمض

NEGATIVE ACID FEEDBACK MECHANISMS :

يثبط الإفراز الحامضي في مكانين الغار والأمعاء :

أ-التثبيط الغاري ANTRAL INHIBITION : انخفاض مستوى الحموضة لأقل من ٢ يؤدي إلى تنبيه الخلايا D الغارية وبالتالي تثبيط إفراز الغاسترين .

ب-التثبيط المعوي INTESTINAL INHIBITION : توجد ثلاثة أنواع من المستقبلات في العفج والأمعاء : مستقبلات PH – مستقبلات حلولية – مستقبلات حساسة للدسم ،بتنبيها يتم تحرير هرمونات (CCK والسكرتين وGIPوالسوماتوستاتين وVIP) كلها تلعب دور مثبط لإفراز الحمض [٢٠].

II-4)-الحماية الخلوية Protection:

تتم عبر آليات عديدة:

١ ــ طبقة المادة المخاطية.

٢ ــ إنتاج البيكربونات وتجدد واستقلاب الخلية السطحية.

٣ ــ الجريان الدموي المخاطي المعدي.

تفرز الخلايا المخاطية مادة مخاطية غنية بالبروتين لها وظائف عديدة:

١- ــ تمنع انتشار شوارد H^+ الراجع والببسين الفعال إلى الجدار الخلوي في المعدة والعفج.

٢ ــ تعمل كمزلق يساعد في حركية الجزئيات الطعامية فوق سطح الغشاء المخاطي.

٣ ــ تحمي الخلايا المخاطية من الفعل الميكانيكي لعملية الهضم والسحق والطحن.

٤ ــ تؤمن بيئة مائية رطبة للخلايا المخاطية تحتها.

تفرز الخلايا المخاطية أيضاً البيكربونات وهذه تتوضع تحت طبقة المخاط أو ضمنها وفي الأحوال العادية تتعدل شاردة H^+ مع شاردة البيكربونات وينتج عنها ماء وغاز CO2.

تتجدد الخلايا السطحية بمعدل كل ٤ أيام وسطياً.

الجريان الدموي في مخاطية المعدة توجد شبكة غزيرة دموية تحت طبقة الخلايا السطحية تنظم ترويتها وتساهم في تامين الروافد وإزالة الانتشار الراجع للحمض ضمن الجدار[٢٣]

II-5)الغاسترين Gastrin:

يتحرر من الخلايا G الموجودة في مخاطية الغار أو الأمعاء المجاورة وينتقل إلى الدم ومنه إلى خلايا الهدف المختلفة ويختفي من الدوران بسرعة ،وتعتبر الكلية العضو الرئيسي في تقويضه.

مقداره السوي دون ٢٠٠/مل وله تأثيرات استقلابية عديدة نذكر منها:

١ ــ ينبه إفراز الببسينوجين.

٢ ــ ينبه إفراز الحمض ،

٣ ــ ينبه الجريان الدموي في مخاطية المعدة.

٤ ــ ينبه إفراز البيكربونات والخمائر البنكرياسية.

٥ ــ ينبه حركية وإفراز الأمعاء ــ الكبد ــ المرارة ــ البنكرياس [٨].

II-6)القرحة العفجية DOUDENAL ULCER

II-6-1)التعريف والوقوع Definition and Incidence:

ــ القرحة العفجية عبارة عن ضياع مادي في مخاطية العفج والذي قد يمتد إلى تحت المخاطية أو أعمق . ربما تكون حادة أو مزمنة .

ــ داء القرحة العفجية واحد من أشيع اضطرابات السبيل الهضمي في الولايات المتحدة الأمريكية مع انتشار ٥-١٠% من التعداد حيث أن ٨٠% من القرحات تتوضع في العفج (٩٨% في البصلة) ، ٢٠% تتوضع في المعدة (٦٠% تتوضع على الإنحناء الصغير)

.ذروة الوقوع في القرحة العفجية تقريبا ٤٠ سنة ،وهي أشيع عند الشباب . إصابة الذكور أكثر من الإناث بنسبة الضعف (١/٢) . بينما ذروة القوع في القرحة المعدية ٥٠ سنة ونسبة إصابة الذكور إلى الإناث ٢/٣ .

ــ بشكل عام مرضى القرحة العفجية أصغر بعشر سنوات من مرضى القرحة المعدية ، ويفسر الوقوع المزداد للقرحة المعدية في المسنين بزيادة استخدام NSAID في هذه الفئة مع انتشار عالي للخمج بـH P .

ــ القرحة العفجية تبقى تشخيص شائع كمريض خارجي . لكن عدد زيارات الطبيب وقبولات المشفى والعمليات الإنتخابية للقرحة قل بشكل ثابت خلال العقود الثلاثة الماضية .

ــ أظهرت الدراسات الحديثة انخفاض في معدلات الإستشفاء في القرحة العفجية خلال العقود الثلاث الأخيرة وهذا غالبا يعود إلى استخدام الصادات بالإضافة إلى مضادات الإفراز الحمضي في العلاج بينما معدلات الإستشفاء لم تتغير في القرحة المعدية وهذا غالبا بسبب الإستخدام الشائع المزداد للNSAID والأسبرين عند المسنين .

ــ معدل وفيات القرحة العفجية ١.٧ لكل ١٠٠٠٠٠ شخص ،القرحة المعدية تملك معدل وفيات أعلى من العفجية بسبب انتشارها المزداد في المسنين [٧-١٢].

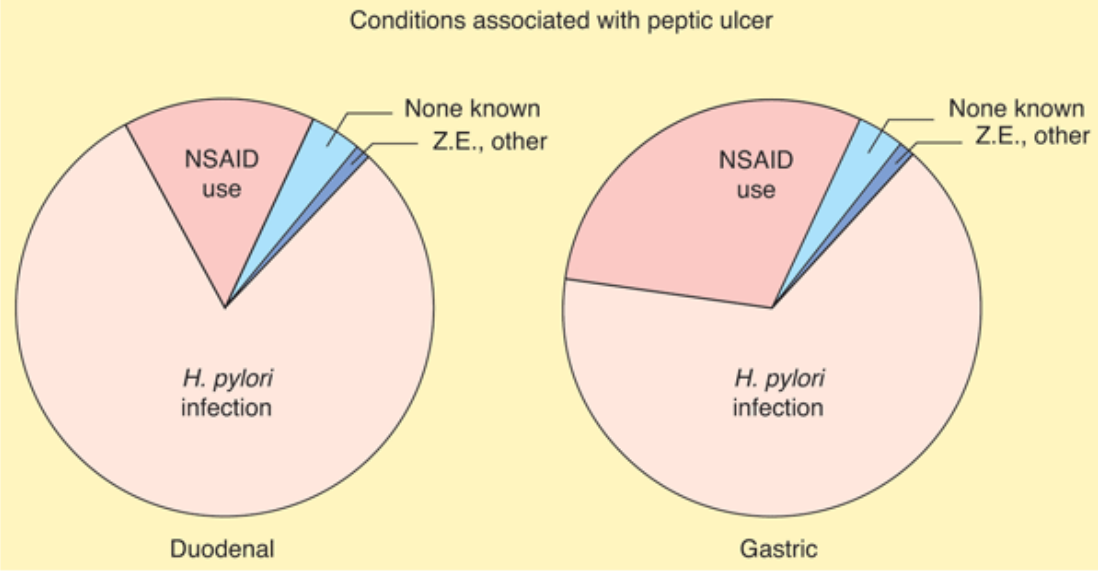
II-6-2) الفيزيولوجية المرضية والأسباب

PATHOPHYSIOLOGY AND ETIOLOGY

الألية الإمراضية لتشكل القرحة هو اختلال التوازن بين وسائل الدفاع للمخاطية و الأذية الناتجة عن حمض/ببسين كما هو موضح.

التحريض	**الدفاع**
الحمض	البيكربونات
الببسين	المخاط
NSAID	تدفق الدم
HP	

هناك عوامل متنوعة تساهم في تطور القرحة العفجية كما هو موضح في المخطط التالي :



المخطط (١) التوازن بين عوامل التحريض حمض/ببسين وعوامل الدفاع للمخاطية .Schwartz 9th p250

على الرغم من أنه الآن تم التوصل إلى أن معظم القرحات العفجية مسببة بواسطة HP و/أو استخدام NSAID ،فإن هناك أسباب أخرى تتضمن الغاسترينوما ZE ، فرط وظيفة خلايا G و/أو فرط تنسج HYPERPLASIA ،كثرة الخلايا البدينة الجهازي MASTOCYTOSIS ،الرض، الحروق،الشدة الفيزيولوجية الكبيرة،الشدة النفسية، التدخين،الكحول،الكافئين،كوكائين،العوامل الوراثية .في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من ٩٠% من إختلاطات القرحة العفجية الخطيرة يساهم فيها خمج HP و/أو إستخدام NSAID و/أو التدخين .

II-1-2-6)ـ خمج HP HELICO BACTER PYLORI INFECTION :

٥٠%من تعداد السكان بالعالم لديهم خمج HP ، السبب الأكثر لإلتهاب المعدة المزمن ،التهاب المعدة بـHP يسبب التسلسل نفسه من الإلتهاب إلى حؤول إلى عسرة تصنع إلى سرطان (HP معروفة بدورها الواضح في تطور لمفوما المعدة) . الجرثومة تنتج أنزيم اليورياز الذي يقلب البولة إلى بيكربونات وأمونيا لذلك تخلق بيئة حول الجرثومة والتي تقيها من الحمض المفرز بواسطة المعدة . السلاسل الطافرة من HP التي لا تنتج اليورياز غير قادرة على أن تستوطن المعدة.الجرثومة تعيش في طبقة مخاطية فوق خلايا SECS(SURFACE EPITHELIAL CELLS) المعدية وتتصل أحيانا بهذه الخلايا كما يظهر أن السلاسل HP التي تفقد السياط غير قادرة أن تجتاز طبقة المخاط اللزج لتصل إلى الغشاء القمي للSECS وتكون غير ممرضة.

آلية عملها : تقومHP بإحداث القرحة من خلال فرط إفراز الحمض وإنقاص آليات دفاع المخاطية[١٧].

أ-فرط إفراز الحمض :

-الخمج بHP يترافق مع مستويات منخفضة من السوماتوستاتين، حيث أن HP لها تأثير مثبط على الخلايا D الغارية المفرزة للسوماتوستاتين(مثبط قوي لإنتاج الغاسترين من خلايا G الغارية)

-الخمج HP يؤدي إلى فرط غاسترين دم حيث تؤدي HP إلى قلونة موضعة للغار (الوسط الحمضي للغار هو المعاكس القوي لإفراز الغاسترين الغاري) .

- فرط غاسترين الدم يقود إلى فرط تنسج الخلايا الجداريةHYPER PLASIA المشاهد في العديد من المرضى مع قرحة عفجية [١٧].

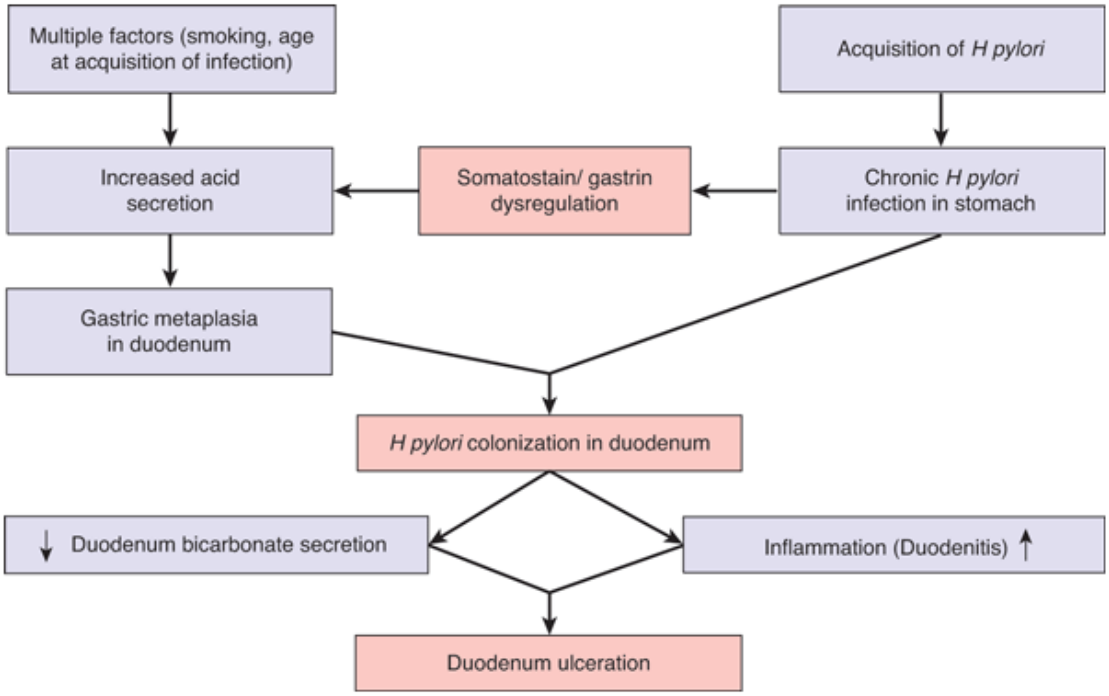
ب- إنقاص آليات دفاع المخاطية :

فرط إفراز الحمض والتهاب المعدة الغاري يقود إلى حؤول ظهاري غاري في العفج بعد البواب وهذا الحؤول العفجي يسمح لل HP أن تستوطن العفج ،وفي هؤلاء الملرضى خطورة تطور القرحة العفجية يزداد ٥٠ ضعف .عندما تستوطن HP العفج فإن هناك نقص هام في تحرر الكربونات من العفج المنبهة بالحمض .

والآليات الأخرى التي بواسطتها HP تحرض الأذية المخاطية تتضمن انتاج الذيفانات (vacA،cagA) ، إنتاج موضعي للسيتوكينات (بشكل خاص IL-8) بواسطةالمخاطية المخموجة، تجنيد الخلايا الالتهابية و تحرير وسائط التهابية ، تجنيد و تفعيل العوامل المناعية الموضعية ، وزيادة الموت الخلوي المبرمجAPOPTOSIS.

كماأن الأمونيا الناتج عن عمل اليورياز من قبل الجرثومة تؤذي SECS ، التأثير المشترك لكل هذه العوامل هو ضعف آليات الدفاع للمخاطية كما هو مبين في المخطط:

l



المخطط (٢) آلية عمل ال HP في احداث القرحة العفجية Schwartz 9th p277 .

تشخيصها:

هناك اختبارات مباشرة وغير مباشرة :

الإختبارات الغير مباشرة تقيس فعالية اليورياز المنتج بواسطة HP عن طريق عيار CO2 بالتنفس (C13 -C14) أو تقيس أضداد HP في المصل (ELISA ، SOUTHERN BLOT ، إختبار الأضداد النوعية السريع الذي يمكن أن تستخدم في غرف الإسعاف أو قبل دخول المريض للعمليات) .

اختبار عيار CO2 في التنفس لا يمكن أن يعول عليه في المرضى الذين يأخذون PPI أو أملاح البزموت أو الصادات ، على العكس من ذلك فإن إختبارات الأضداد لا تتأثر بهذه الأدوية .

أما الإختبارات المباشرة والتي تكشف الجرثومة فهي تعتمد على التنظير الهضمي العلوي وأخذ ثلاث خزعات من مخاطية المعدة وهذه لا تستطب لتشخيص HP لأن الإختبارات الغير مباشرة تكون كافية في معظم الحالات لكن إذا كان التنظير مطلوب لغايات أخرى (رؤية شفاء القرحة ، أخذ خزعات من القرحة ...) فإن دراسة HP مستطبة [٢٧].

دورها في القرحة العفجية:

_المرضى المخموجين بـHP ولديهم التهاب غار معدة هم أكثر بثلاث مرات ونصف ليطوروا داء القرحة الهضمية من المرضى بدون خمج HP ، ٩٠%من مرضى قرحات العفج و٧٠-٩٠%من مرضى قرحات المعدة لديهم خمج ب HP .

_لكن هناك عوامل أخرى متورطة في إحداث القرحة العفجية حيث أنه ليس كل واحد لديه HPيطور قرحة (٥٠% من السكان لديهم خمج بـHP) فقط حوالي ١٠-١٥% من المرضى المستوطن لديهم خمج HP يطورون قرحة هضمية خلال حياتهم .

_ HP لها دور هام في إحداث النكس في القرحة العفجية حيث أن معدل النكس في القرحة هو أكثر من ٧٥% في المرضى المعالجين بشوط علاجي مثبط للحمض فقط ، بينما معدل النكس هو أقل من ٢٠% في المرضى المعالجين بشوط علاجي مثبط للحمض مع صاد حيوي ضد الجرثومة.

_وهكذا نجد أن الدراسات بينت أن HP لها دور هام في تطور ونكس القرحة العفجية علاوة على أن HP تلعب دور سببي في سرطان المعدة واللمفوما [٣٢].

_العلاج : تستخدم الصادات لعلاج الخمج بـHP حيث أن أنظمة العلاج تعتمد على اتحاد الصادات (مترونيدازول،أموكسيسلين، كلاريثرومايسين) والبزموت وPPI . مدة العلاج تقريبا اسبوعان.إشراك الصادات هو أكثر تأثيرا من الصاد المفرد في معظم السلاسل . معدلات حذف HP أكثر من ٩٠% ،معدلات عودة الخمج أقل من ١٠%خلال ٥سنوات [٢٧].

II-6-2-2)إفراز الحمض والقرحة العفجية :

_في مرضى القرحة العفجية نجد متوسطBAO (نتاج الحمض القاعدي) أعلى ومتوسط MAO(نتاج الحمض الأعظمي) أعلى مقارنة مع الأشخاص الطبيعين . الإفراز الليلي للحمض يكون مرتفع بشكل أشيع من الإفراز النهاري .لا يوجد علاقة بين إفراز الحمض وشدة الداء القرحي .كما أن مرضى القرحة العفجية ينتجون الحمض كإستجابة لأي منبه إفرازي معروف لإنتاج الحمض المعدي بشكل أكبر من الناس الطبيعين .

_على الرغم من أن مرضى القرحة العفجية لديهم تراكيز غاسترين صباحي طبيعية ،فإنهم ينتجون حمض معدي عند إعطاء أي جرعة من الغاسترين أكثر من الناس العاديين ، أي أن لديهم حساسية مزدادة في كتلة الخلايا الجدارية للغاسترين .

ـــبعض مرضى القرحة العفجية لديهم معدلات مزدادة من الإفراغ المعدي والتي تولد زيادة في الحمل الحمضي في وحدة الزمن للعفج . كما أن سعة الدرء للعفج في معظم المرضى مع قرحة عفجية تكون ضعيفة بسبب نقصان إفراز البكربونات للعفج. في حين مرضى القرحة المعدية يكون إفراز الحمض متنوع . حاليا هناك ٥ أنماط للقرحة المعدية :النمط الأول أكثر شيوعا توضع نموذجي قرب الثلمة الزاوية على الإنحناء الصغير قريب من الحد بين الغار والجسم للمعدة ، إفراز الحمض هناك يكون طبيعي أو ناقص .النمط الثاني مترافق مع قرحة عفجية ،النمط الثالث هو قرحة قبل بوابية ، كلا النمطين الثاني والثالث يكون إفراز الحمض طبيعي أو مزداد . النمط الرابع القرحة قرب الوصل المعدي المريئي ،يكون إفراز الحمض طبيعي أو تحت الطبيعي . النمط الخامس محرض بالأدوية ويحدث في أي مكان من المعدة .

_عادة مرضى القرحات المعدية لدديهم دفاع مخاطي ضعيف بحيث أن كمية قليلة من الحمض تدخل المخاطية ، القلس العفجي المعدي له دور في ضعف المخاطية حيث أن سائل العفج يحتوي صفراء وليزوستين ومفرزات بنكرياس وكلها تسبب أذية في مخاطية المعدة .[٥]

II-6-2-3)مضادات الإلتهاب اللاستيروئيدية والقرحة العفجية :

_NSAIDS متضمنة الإسبرين ترتبط بشكل معقد بالقرحة العفجية .NSAIDS تثبط إنتاج البروستاغلاندينات من الغشاء المخاطي وهذه تعتبر من وسائل الدفاع للمخاطية وبذلك تحدث الأذيات المتنوعة من تآكل سطحي للمخاطية إلى تقرحات عميقة .

_انتشار القرحة الهضمية في مستخدمي NSAID بشكل مزمن هو ٢٥% (١٥%معدية ،١٠%عفجية)

_السبب الأكثر شيوعا للقرحة العفجية في الأشخاص سلبيي HP هو إستخدام NSAIDبشكل مستمر أو متقطع .

_اختلاطات القرحة العفجية (خصوصا النزف والإنثقاب) تكون أكثر شيوعا في مستخدمي NSAID (حيث أن أكثر من نصف المرضى الموجودين مع قرحة عفجية نازفة أو منثقبة يخبرون عن استخدام حديث للNSAID متضمنا الإسبرين) .

_ الخطورة العامة لحوادث السبيل المعدي المعوي الخطيرة في المرضى الذين يأخذون NSAID هي أكثر بثلاث مرات من الناس العاديين ، وهذه الخطورة تزداد إلى ٥مرات في المرضى الذين أعمارهم أكثر من ٦٠ سنة .

_الأشخاص الذين يتناولون NSAID لديهم معدل استشفاء أعلى بسبب حوادث GI الخطيرة أكثر من أولئك الذين لا يتناولون NSAID .

_هذه المشكلة يجب ان تأخذ بعين الإعتبار عندما يدرك الشخص أن تقريبا ٢٠ مليون مريض بالولايات المتحدة يأخذون NSAID بشكل منتظم (وكذلك العديد يأخذون الإسبرين بشكل منتظم) . أي مريض يأخذ NSAID أو الإسبرين ولديه واحد أو أكثر من عوامل الخطورة التالية يتوجب عليه أخذ دواء مثبط للحمض بشكل مرافق :عمر فوق ٦٠ سنة، قصة مرض قرحي، أخذ ستيروئيدات بشكل متزامن، جرعة عالية من NSAIDS أو الأسبرين [١٩].

II-6-2-4)التدخين ، الشدة ، العوامل الأخرى :

أ_التدخين : بينت الدراسات الوبائية أن المدخنين أكثر احتمالية لتطور القرحة العفجية بمرتين من غير المدخنين .حيث أن التدخين يزيد إفراز الحمض المعدي ويزيد القلس العفجي المعدي ، كما أنه ينقص البروستاغلاندينات المعدية والعفجية وينقص إنتاج البيكربونات من العفج والبنكرياس . وكذلك له دور في نقص تروية المخاطية (تصلب شرياني)[١٩] .

ب_الشدة النفسية والفيزيولوجية : تلعبان دور مؤكد في تطور القرحة العفجية . في عام ١٨٤٢ وصف CURLING قرحة عفجية في مريض محروق. في العقود التالية وصف CUSHING ظهور تقرح هضمي حاد في المرضى مع رض رأس (قرحة كوشينغ) ، كما أن المرضى الموجودين مع اختلاطات القرحة (نزوف ،انثقاب ،انسداد) تبدو أنها تتفاقم بحوادث الحياة المليئة بSTRESS[١٩]

ج_استخدام شمة الكوكائين :

له علاقة بالقرحة المجاورة للبواب JUXTAPYLORIC مع ميلان للإنثقاب [١٩].

د_الكحول :

يشار له بشكل شائع كعامل خطورة للقرحة العفجية حيث يزيد انتاج الحمض من الخلايا الجدارية [١٩]

ه_الكافئين :

يعمل مؤازرا للهستامين في تحريض أفراز الحمض .[١٩]

II-6-2-5)العوامل الوراثية :

تلعب العوامل الوراثية دورا مهما في القرحة العفجية فهناك نسبة عالية من الإصابة لدى التوأم الحقيقي وأقرباء مرضى القرحة العفجية ،وكذلك مرضى الزمرة O ،والمرضى الذين لديهم ارتفاع نسبة الببسينوجين ١ [١٩].

II-6-2-6)متلازمة زولنجر أليسون ZE :

ورم مفرز للغاسترين وهي قد تكون مرض مفرد أوجزء من متلازمة MEN-1 ،تتميز القرحات في هذه المتلازمة بمواقع غير نموذجية (بعد بصلة العفج ،الصائم القريب ، أو قرحات متعددة) ، عيارمستوى غاسترين المصل القاعدي وكذلك اختبار التحريض بالسكرتين تساعد في التشخيص[١٩]

II-6-3)التظاهرات السريرية CLINICA MANIFESTATIONS :

تتميز القرحة العفجية بسير سريري مزمن من الهجوع والتفاقم لشدة الأعراض . وهذه الأعراض هي الألم ، الغثيان ، نفخة ، فقدان وزن ، حس حرقة، فقر دم) أكثر من ٩٠% من مرضى القرحة العفجية يشكون من ألم بطني هذا الألم بشكل نموذجي حارق وغير مشع ويتوضع في الشرسوف غالبا كما قد يتوضع أيمن الخط المتوسط، آلية الألم غير واضحة . الألم يظهر بعد ٢-٣ ساعات من الوجبة وفي الليل (ثلثي المرضى مع قرحة عفجية يشكون من ألم يوقضهم من النوم) وهذا الألم يخف على مضادات الحموضة وتناول الطعام . الألم في القرحة المعدية يحدث بشكل أكثر شيوعا مع الطعام ويكون أقل ايقاضا للمريض بالليل . إن تبدل صفات الألم تشير إلى تطور الإختلاطات .

_حس الحرقة : هو شعور بالحرقة خلف القص سببه القلس المعدي المريئي .

_ زيادة الوزن والشهية :إن مرضى القرحة العفجية تزيد شهيتهم للطعام ويزيد وزنهم لأن الألم يأتي على الطعام .

_فقر الدم : لأن القرحة العفجية هي من أهم أسباب النزف الهضمي العلوي الذي يتظاهر على شكل اقياءات دموية أو طحل قهوة أو براز زفتي أو تغوط دم قاني أو تحري الدم الخفي بالبراز (فقر دم مزمن) .[٦]

II-6-4)التشخيص DIAGNOSIS :

١-القصة المرضية : في المرضى الشباب مع عسرة هضم و/أو ألم شرسوفي فإنه من المناسب أن نبدأ بعلاج تجريبي ب PPI بدون اختبار لتأكيد التشخيص .

٢-التنظير الهضمي العلوي :

أ-يستطب عند كل مريض عمره فوق ٤٥ سنة ولديه الأعراض السابقة .

ب–وكذلك جميع المرضى بغض النظر عن العمر عند وجود أي من أحد الأعراض الخطرة التالية : نقص وزن ، اقياءات ناكسة ، عسرة بلع ، نزف ، فقر دم .

ج–جميع قرحات المعدة لأخذ خزعات منها بشكل كافي (لنفي السرطان) .

حساسية التنظير ٩٢% ونوعيته ١٠٠% وهو آمن وجيد التحمل عند المسنين ويسمح بالتشخيص بالرؤية وبالخزعة .كما أنه يجب عند اجراؤه أخذ خزعات من الغار أو من أي موقع فيه التهاب معدة لتحري HP .ويجب أن يجرى التنظير بحذر لتجنب الإنثقاب (تقريبا ١ من كل ٥٠٠٠ حالة) .

٣–التصوير الشعاعي الظليل للجهاز الهضمي العلوي :

لقد قلت الحاجة للتصوير الظليل بسبب انتشار التنظير .حساسية التصوير الظليل ٥٤% ونوعيته ٩١% .

٤– اختبارات لتحري HP .

٥–مستوى غاسترين المصل القاعدي : يكون مناسب لنفي الغاسترينوما .عادة يقاس في المرضى مع قرحات ناكسة بعد الجراحة ، فشل الإستجابة للعلاج الدوائي ، وفي حال الشك بوجود اضطراب غدي صماوي MEN-1 ومتلازمة زولنجر أليسون .[٤]

II-6-5)التشخيص التفريقي DIFFERENTIAL DIAGNOSIS :

–عسرة هضم غير قرحية ، التهاب معدة ، تنشؤ معدة .

–التهاب مرارة وأمراض الطرق الصفراوية .

–الآفات التنشؤية للكبد .

– الاضطرابات الالتهابية والتنشؤية للبنكرياس [٨].

II-6-6)الاختلاطات COMPLICATIONS :

١–النزف BLEEDING :

هو أشيع اختلاطات القرحة العفجية ، يشاهد عند ٣٥%من مرضى القرحة العفجية ، معدل الوفيات في القرحات العفجية النازفة ١٠–٢٠%. ويتظاهر النزف بإقياء دموي أو طحل قهوة أو براز زفتي . الرشف المعدي يثبت النزف عادة ، الألم البطني غير شائع ، الصدمة ربما تكون موجودة ، الانعاش الهجومي ونقل الدم ضروري .التنظير المبكر هو هام لتشخيص سبب النزف وتقييم الحاجة للعلاج المرقئ . ثلاثة أرباع المرضى مع قرحة نازفة سيتوقف النزف لديهم إذا أعطوا مثبطات الحمض ووضعوا على حمية مطلقة ، في حين أن ربع

المرضى سوف يستمر النزف أوسوف يعود النزف بعد فترة هدوء . وبشكل فعلي فإن جميع الوفيات (وجميع العمليات للنزف) تحدث في هذه المجموعة . المرضى العاليين الخطورة يستفيدون من العلاج التنظيري (حقن ايبنفرين،والتخثير الكهربائي) . استمرار النزف أو عودة النزف بعد العلاج التنظيري هو استطباب للجراحة ، على الرغم من أن إعادة العلاج التنظيري ينجح في علاج عودة النزف .

المرضى المسنين والمرضى مع أمراض مرافقة عديدة لا يتحملون نوبات متكررة من النزف الهام ، لذلك يستطب اجراء العملية الانتخابية المبكرة بعد العلاج التنظيري الناجح البدئي .

القرحات النازفة بشدة التي تتوضع على الوجه الخلفي لبصلة العفج أو الانحناء الصغير للمعدة هي آفات عالية الخطورة لأنها غالبا تأكل شرايين كبيرة لا تستفيد على العلاج الغير جراحي . والعمليات المبكرة ينبغي أن تأخذ بعين الإعتبار.

٢-الإثقاب PERFORATION :

٣-الإنسداد(انسداد مخرج المعدة) OPSTRUCTION :

هو أقل مصادفة من النزف والانثقاب بنسبة لا تتجاوز أكثر من ٥% من المرضى مع قرحة عفجية . عادة يكون بسبب قرحة عفجية أو قبل بوابية وربما يكون حاد (من الوذمة الالتهابية واضطراب وظيفي بالحركة الحوية) أو مزمن (من التندب) .

-يتظاهر بإقياءات غير صفراوية وربما قلاء استقلابي ناقص الكلور ناقص البوتاسيوم شديد . الألم أو عدم الراحة يكون شائع ، فقدان الوزن غالبا يكون موجود اعتمادا على مدة الأعراض .يمكن إثبات التشخيص بالتنظير . العلاج البدئي يكون بالرشف المعدي بالإضافة إلى الإماهة الوريدية وإعاضة الشوارد وأدوية مضادة للإفراز . يجب التمهل بالجراحة حتى نسمح بإنقاص توسع المعدة والوذمة وكذلك لإصلاح حالة التغذية بالوقت الحاضر . معظم هؤلاء المرضى يتطلبون تداخل إما بالتوسيع بالبالون أو عملية جراحية . يجب نفي السرطان لأن غالبية المرضى مع أعراض انسداد مخرج معدة يكون لديهم خباثة عفجية أو معدية أو بنكرياسية .

٤-التسرطن CANCERATION :

تندر مشاهدته في القرحة العفجية ، في حين أنه يشاهد في ٥-١٠% من القرحات المعدية ، لذلك كل قرحة معدية يجب اجراء خزعات لنفي السرطان .

٥-الإندخال PENETRATION :

وهو تنخر في قاعدة القرحة مع تآكل كامل سماكة الجدار مؤديا لحدوث اتصال بين العفج والبنى المجاورة مثل البنكرياس ، الكبد ، الطرق الصفراوية ،المرضى يشكون من تبدل في

حدة الأعراض فالألم يصبح أكثر شدة ومستمر ويشع إلى الظهر وغير مستجيب لمضادات الحموضة أو الطعام . الفحص الفيزيائي والمخبري غير نوعي ما عدا ارتفاع معتدل في الأميلاز أحيانا . المرضى يجب أن يعطوا PPI وريدي ويراقبوا بشكل حثيث وفي حال عدم التحسن ينبغي اجراء الجراحة .[٤]

II-6-7)العلاج الطبي MEDICAL TREATMENT :

أ-يتوجب على مرضى القرحة العفجية اتباع التوصيات التالية :

-الإقلاع عن التدخين والكحول .

-ايقاف استخدام NSAID (بما في ذلك الإسبرين) والاستيروئيدات وفي حال كانت تأخذ لعلاج حالات طبية مرافقة فإنه ينبغي أن يضاف لها PPI أو جرعة عالية من معاكسات مستقبل الهستامين H2 .

-استخدام المهدئات العصبية عند العصبيين .

-اتباع حمية غذائية مناسبة تعتمد على تجنب الأغذية المثيرة للألم وتناول وجبات خفيفة بين الوجبات الرئيسية ووجبة خفيفة قبل النوم .

-تجنب القهوة (الكافئين) وكذلك معرفة أن الحليب مؤذي لأنه يزيد إفراز الحمض حيث أن الكالسيوم والبروتين ينبه إفراز الغاسترين [٢٣].

ب-الأدوية : يجب أن يتمتع الدواء بالصفات التالية :يسرع شفاء القرحة ، يخفف الألم القرحي ، **يقي من النكس عند استعماله بشكل مطول ، يسبب نكسا منخفضا عند التوقف عن استعماله** بعد شفاء القرحة ،ليس له تأثيرات جانبية ، رخيص الثمن .

١-معاكسات مستقبل الهستامين H2 RECEPTOR ANTAGONISTS H2 :

تثبط بشكل عكوس إفراز الحمض بواسطة ارتباطها بشكل تنافسي إلى مستقبلات H2 على الخلايا الجدارية . هذه الأدوية تكون فعالة وآمنة . عندما يستخدم التنظير لتقييم الشفاء فإننا نجد ٧٠% من المرضى يشفون من القرحة خلال ٤ أسابيع من العلاج ، بعد ٨ أسابيع تقريبا ٩٠% من المرضى يكونون خاليين من الأعراض مع عدم وجود تقرح حين إجراء التنظير. معظم الدراسات حول العلاج الداعم تستخدم جرعة ليلية مفردة من معاكسات مستقبل H2 ، نكس القرحة خلال العلاج الداعم يحدث تقريبا في ١٥% من المرضى . عندما يتم ايقاف معاكسات مستقبل H2 فإن القرحة تنكس في أكثر من نصف المرضى خلال سنة . مع الفهم الحالي لدور HP في القرحة فإن معاكسات مستقبل H2 لم تعد تستخدم كعلاج بدئي حيث تم استبدالها الآن بPPI مشركة مع الصادات .

٢-مثبطات مضخة البروتون PROTON PUMP INHIBITOR PPI :

PPI يشكل الدعامة الأساسية في العلاج الدوائي للقرحة العفجية .

آلية تأثيرها : إفراز الحمض من الخلايا الجدارية المعدية يكون بسبب النقل الفعال لشوارد +H من سيتوبلاسما الخلايا الجدارية إلى لمعة المعدة .الأومبرازول وهو ممثل عن عائلة هذه المركبات يحصر بشكل نوعي مضخة البروتون الموجودة على الخلايا الجدارية . إذا أعطي الأومبرازول بشكل كافي لشغل جميع مواقع الإرتباط على الخلايا الجدارية فإن التثبيط التام لإفراز الحمض يمكن انجازه . الإومبرازول بجرعات ٢٠-٣٠ ملغ يسبب تثبيط تام لإفراز الحمض المعدي خلال ٦ ساعات . الإومبرازول له نصف عمر حيوي طويل بحيث أنه حتى ٢٤ ساعة من إعطاء الدواء يستمر نقصان إفراز الحمض ٦٠-٧٠% .الجرعة اليومية المكررة من الإومبرازول تؤدي إلى عمل مثبط زائد على الإفراز المعدي وكذلك تقويض ناقص للدواء داخل المعدة . تثبيط إفراز الحمض يكون أعظمي بعد ٣ أيام تقريبا . دراسات عديدة أظهرت أنه خلال العلاج ب الاومبرازول يحدث تثبيط هام في نتاج الحمض الأعظمي وراحة واضحة من الألم الشرسوفي واستخدام منخفض من معدلات الحموضة ANTACIDS المزودة . بالمقارنة مع معاكسات المستقبل H2 فإن الأومبرازول مفضل في إراحة الألم ومعدل شفاء القرحة .

-المرضى الذين يدخلون المشفى من أجل اختلاطات القرحة ينبغي أن يتلقوا PPI بشكل وريدي

-العلاج بPPI كجرعة داعمة لفترة طويلة ينبغي أن يأخذ بعين الاعتبار في جميع المرضى المقبولين في المشفى باختلاطات القرحة ، وجميع المرضى مع قصة قرحة ناكسة ، أو نزف ،وكذلك المدخنين الغير مطاوعين مع قصة قرحة .

٣-سكرلفات SUCRALFATE :

هو ملح الألمنيوم للسكاكر الثنائية المكبرتة ، عندما يرتبط مع الحمض المعدي يتبلمر ويلتصق بالمخاطية المعدية العفجية وبذلك يشكل طبقة لزجة فوق القرحة. كما أنه يرتبط مع الأملاح الصفراوية ويثبط عمل الببسين . وكذلك السكرلفات ينبه انتاج المخاط ويزيد انتاج PGE2 المخاطي وكذلك يزيد إفراز الكربونات العفجية . كما أن السكرلفات تربط عامل النمو البشروي وتزيد تكاثر الظهارة عند حواف القرحة . الدواء لا يمتص جهازيا ويستعمل عند الحوامل .

٤-مركبات البزموت

لها فعالية مضادة للجراثيم لذلك تستخدم في القضاء على HP .كما أنها لها تأثير محرض على إفراز المخاط المعدي ، كما أنها تشكل طبقة واقية . الحليب ومعدلات الحموضة تتدخل في عمله لذلك ينبغي تجنبها لمدة ساعة قبل وبعد تناوله.

٥-معدلات الحموضة ANTACIDS :

تقوم بالتفاعل مع الحمض المعدي وانتاج ماء وملح . تعتبر فعالة في علاج القرحة لكن حاليا بسبب اكتشاف أدوية أكثر فعالية (PPI) قل استخدامها كثيرا (هدروكسيد الألمنيوم ،هدروكسيد الألمنيوم مع هدروكسيد المغنزيوم ، كربونات الكالسيوم) .

على أية حال العلاج المكثف للقرحات الحادة بمعدلات الحموضة تشفي القرحات في ٧٨% خلال ٤ أسابيع . الحاجة للجرعات المتكررة هو غير مقبول عند كثير من المرضى ، كما أن نسبة هامة من المرضى يحدث لديهم اسهال .

٦-البروستاغلاندينات : PGE1 (MISOPROSTOL) و PGE2 (ENOPROSTOL)

تنبه إفراز المخاط المعدي ، وتنبه إفراز البيكربونات في العفج والبنكرياس، وتزيد من الجريان الدموي ، وتحرض على استبدال الخلية المخاطية ، وتنقص إفراز الحمض المنبه بالغاسترين . هذه الأدوية تستخدم لمنع القرحات في المرضى الذين يأخذون NSAIDS . تأثيراتها الجانبيه هي: الإسهال ،التشنج ، الإجهاض عند الحوامل .

II-6-8)العلاج الجراحي SURGICAL TREATMENT :

-استطبابات الجراحة في القرحة العفجية هي النزف ، الإنثقاب ، الإنسداد ،التعنيد (عدم الإستفادة على العلاج الدوائي) . اليوم معظم المرضى الذين يخضعون للجراحة من أجل القرحة العفجية يقتصر العمل الجراحي على الخياطة البسيطة للقرحة النازفة أو رقعة بسيطة للقرحة المنثقبة ، أما إجراء قطع المبهم (جذعي وعالي الإنتقائية) في نفس العملية فهو غير شائع بشكل كبير وذلك بسبب أن الجراحين غير ملمين بهذا الإجراء وكذلك الإعتماد على PPI ، بعد العملية لإنقاص إفراز الحمض .

_هناك ثلاثة عمليات تجرى في حال القرحة العفجية ، هدف كل منها هو انقاص إفراز الحمض وهي تركز على قطع التنبيه المبهمي أو ايقاف إفراز الغاسترين الغاري أو كلاهما . HSV (قطع مبهم عالي الإنتقائية) ، TV+D(قطع مبهم جذعي مع تصريف) ، TV+A(قطع مبهم جذعي مع قطع غار) . معدلات النكس كانت الأقل لكن المراضة هي الأعلى في الإجراء الأخير ، بينما العكس من ذلك كان صحيح من أجل HSV .كما هو موضح في الجدول .

	Parietal Cell Vagotomy	Truncal Vagotomy and Pyloroplasty	Truncal Vagotomy and Antrectomy
Operative mortality rate (%)	0	<1	1
Ulcer recurrence rate (%)	5–15	5–15	<2
Dumping (%)			
Mild	<5	10	10–15
Severe	0	1	1–2
Diarrhea (%)			
Mild	<5	25	20
Severe	0	2	1–2

الجدول (١) النتائج السريرية للجراحة في القرحة العفجية 9th Schwartz .

HSV:**قطع المبهم عالي الإنتقائية أو يدعى قطع المبهم للخلايا الجدارية أو قطع المبهم المعدي القريب** : هو آمن ويسبب تأثيرات جانبية قليلة وتعتمد العملية على قطع فروع العصب البهم التي تزود الثلثان القريبان للمعدة حيث تتوضع الخلايا الجدارية بشكل أساسي ، ويتم الحفاظ على فروع المبهم للغار والبواب ، لذلك العملية تنقص إفراز الحمض المعدي الكلي تقريبا ٧٥% .HSV الإنتخابي يمكن أن يستعاض عنه بالعلاج بPPI لفترة طويلة لكن ربما تكون مفيدة في المرضى (انتخابي أو اسعافي) الذين يكونون معندين على العلاج أو عندهم عدم تحمل للدواء . ويجب التأكيد على أن HSV يجب أن يتضمن العصب crimnal إذا كان موجود

قطع المبهم الجذعي مع إجراء تصريف(TV+D) فوائدها هو أنها يمكن أن تجرى بشكل آمن وبسرعة أما مساوئها فهي التأثيرات الجانبية (١٠% لديهم اغراق هام و/أو اسهال) . في هذه العملية يحدث إزالة تعصيب الغار والبواب لذلك لا بد من إجراء للتصريف ، إما مفاغرة معدية صائمية أو تصنيع بواب . المفاغرة هي خيار جيد في المرضى مع انسداد مخرج معدة أو عندما تكون القرحة في الجزء القريب من العفج . أما تصنيع البواب فهو مفيد في المرضى الذين يتطلبون خزع بواب وعفج للتعامل مع اختلاطات القرحة (مثال قرحة عفج خلفية نازفة) .

-قطع المبهم واستئصال الغار(TV+A) : فوائدها هو أن معدل النكس منخفض أما مساوئها فهي خطورة وفيات أعلى(عندما تقارن مع HSV وTV+D). يتبع استئصال الغار اعادة وصل إما B1 معدية عفجية أوB2 معدية صائمية . بما أن قطع الغار يترك ٦٠-٧٠%من المعدة فإن إعادة الوصل على شكل Reny ينبغي تجنبه لأنه يؤهب للركودة المعدية . TV+A ينبغي تجنبه في المرضى الغير مستقرين هيموديناميكيا وفي المرضى مع التهاب شديد و/أو تندب في العفج القريب (لأن المفاغرة المحكمة B1 أو اغلاق جذمور العفج B2 ربماتكون صعبة) [٣٠].

-اختيار العملية من أجل القرحة العفجية :

اختيار العملية في القرحة العفجية يعتمد على عوامل متنوعة تتضمن حالة المريض ، استطباب العملية ، عوامل داخل البطن (تندب عفجي /التهاب ، التصاقات، صعوبة الكشف ، خبرة الجراح ، خمج HP موجود أو لا ، الحاجة للعلاج بNSAID .

بشكل عام اجراءات القطع تملك معدل نكس أقل ولكن معدل وفيات ومراضة أعلى عندما تقارن مع عمليات القرحة التي لا يجرى فيها قطع . كون النكس غالبا له علاقة ب HP و/اوNSAID فانه عادة يدبر بشكل كافي بدون اعادة العملية . لذلك الاستئصال المعدي لانقاص النكس في القرحة العفجية هو غير مسوغ اليوم[٣٠].

II-7)انثقاب القرحة العفجية Perforated Doudenal Ulcer

II-7-1)التعريف والوقوع : DEFINITION AND INCIDENCE

- هو تنخر في قاعدة القرحة العفجية مما يؤدي إلى تآكل كامل سماكة الجدار وحدوث اتصال بين لمعة العفج وجوف البرتوان وهو يحدث في القرحة العفجية الحادة والمزمنة على حد سواء .
- يعتبر الإنثقاب ثاني أشيع اختلاطات القرحة العفجية بعد النزف . يحدث في١٠% من مرضى القرحة العفجية الغير معالجة .
- يكون العرض البدئي في ٣٠% من مرضى القرحة العفجية .
- متوسط العمر ٤٥-٥٥ سنة .
- هناك رجحان للرجال ١/٣ [٧].

- II-7-2)الفيزيولوجية المرضية والأسباب : PATHOPHYSIOLOGY AND ETIOLOGY

انثقاب القرحة هو عملية سريعة جداً حيث يحدث نتيجة الانفصال المفاجئ للجزء الضعيف من سرير القرحة وقد يكون السبب في ذلك تأذي التروية الدموية للمنطقة بسبب التهاب الشرايين النهائية يؤدي هذا الإنثقاب إلى مرور محتويات العفج والمعدة إلى جوف البرتوان وبالتالي يحصل التهاب بريتوان كيميائي بآلية التخريش التأثير لمحتويات العفج والمعدة للبرتوان ، وهذه المفرزات في البداية تكون عقيمة حتى٢٤ ساعة بعد الانثقاب حيث يحدث بعد ذلك تكاثر جرثومي والتهاب برتوان جرثومي .

-بالنسبة لعوامل الخطورة فإن NSAIDS اتهمت كعامل كبير في تكوين الإنثقاب (أكثر من ٥٠% من المرضى مع قرحة عفجية مثقوبة يخبرون عن تناول حديث للNSAIDS) وكذلك التدخين والكحول والستيروئيدات والشدة ، كما أن الكوكائين معروف بإحداثه الإنثقاب المجاور للبواب JUXTAPYLORIC (آليات الإنثقاب في مدمني الكوكائين هي الإقفار ، اضطرابات الحركة ، بلع هواء زائد ، خثار مرتبط بالصفيحات ، إفراز كورتيزول زائد) .وكذلك الصيام(افراغ المعدة من محتوياتها)لفترة طويلة يزيد من احتمال انثقاب القرحة .

-كذلك من الإسباب المهيئة للإنثقاب الرياضات العنيفة والأعمال المجهدة والسعال الشديد .

–أما الخمج بHP فمن المعروف أنها لها دور كبير في تشكل القرحة ونكسها ، ولكن دورها في الإنثقاب فهو غير معروف [٧].

II-7-3)مكان الانثقاب LOCATION:

الموضع الأشيع للإنثقاب هو الوجه الأمامي لبصلة العفج (٩٢%) ، في حين أن الوجه الخلفي للبصلة (٢%) ، و(٦%) في مكان اتصال البواب مع العفج [٢٢].

II-7-4)الأشكال السريرية للانثقاب القرحي Clinical Aspets:

هناك ثلاثة أشكال سريرية :

١ ــ الانثقاب الحاد: يعتبر أكثر الأشكال حدوثاً ، حيث تنسكب محتويات العفج والمعدة في جوف البريتوان بشكل حاد .

٢ ــ الانثقاب تحت الحاد: في هذه الشكل فإن محتويات العفج لا تنفتح مباشرة في جوف البرتوان العام وإنما تتحدد منطقة التلوث في جزء صغير من جوف البرتوان ويساعد على ذلك عدة عوامل منها : الثقب الصغير ــ خلو المعدة من محتوياتها ــ وجود التصاقات محيطة بالقرحة ــ انسداد الثقب القرحي مباشرة بعد الانثقاب بقطعة من الثرب أو أحد الأحشاء المجاورة.

٣ ــ الانثقاب المزمن: تحدد الالتصاقات المحيطة بالقرحة المنثقبة مع الأحشاء المجاورة كالكبد والكولون المعترض والثرب والمرارة منطقة تنطرح فيها محتويات العفج وهذه تشكل بدورها خراجات مزمنة مما يجعل التشخيص صعب [١٣].

II-7-5)الأعراض والعلامات Symptoms and Signs:

–بدء مفاجيء لألم شديد صاعق يكون متوضع في البداية في منطقة الشرسوف ثم لا يلبث أن يتعمم ليشمل كامل البطن خلال ساعة أو عدة ساعات ، هذا الألم يسوءعلى الحركة (لذلك المريض يتجنب الحركة) وينتشر إلى الكتف الأيمن أو كلا الكتفين ، وقد يترافق مع غثيان واقياء ، هذه الأعراض تكون أقل شدة عند المسنين والموهنين والذين يتناولون ستيروئيدات قشرية لمدة طويلة .هذه الأعراض تميز التهاب البرتوان الكيميائي أما في حال تطور التهاب البرتوان الجرثومي فتظهر أعراض الإنتان والصدمة .

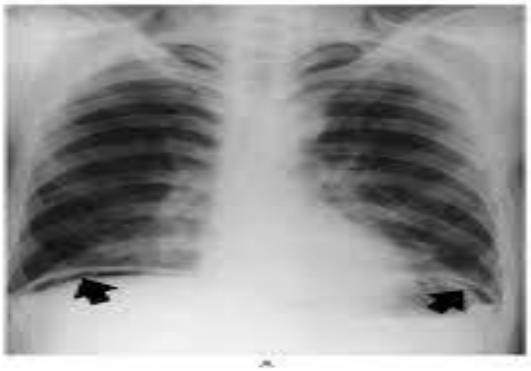
-**الفحص الفيزيائي :** ايلام ، دفاع وإذا مضى ساعة أو ساعتين على بدء الأعراض نجد صلابة منتشرة في عضلات جدار البطن ، بطن صامت (أصوات الأمعاء غائبة) ، حرارة ، كذلك نجد هبوط الضغط وتسرع النبض (علامات الصدمة) التي تتطور متأخرا [٢-٥].

II-7-6)التشخيص DIAGNOSIS

١-القصة المرضية : تكون معروفة جيدا حيث أن البدء المفاجىء للألم البطني عند مريض يشكو من انزعاج شرسوفي مزمن أو عسرة هضم مزمنة أو في حال استخدام (NSAIDوالأسبرين) مع موجودات الفحص الفيزيائي المذكورة سابقا ، كلها تشير إلى قرحة مثقوبة .

٢-شعاعيا :

أ-صورة الصدر الخلفية الأمامية بالوقوف أو صورة البطن بوضعية الإضطجاع الجانبي الأيسر : حيث يشاهد هواء حر تحت أحد أو كلا الحجابين (معظمها في الجهة اليمنى) وهي تكون ايجابية في ٧٥-٨٠%من الحالات ، كن سلبيتها لا تنفي التشخيص حيث يكون الثقب صغير جدا وكمية الهواء قليلة جدا . (يجب أن يكون المريض جالس ثم يقف لمدة ٥-١٠ دقائق قبل التقاط الصورة حيث يساعد بذلك في تمييز الكمية القليلة من الهواء الحر ٥ مل . وفي حال الإضطجاع الجانبي الأيسر يجب أن تأخذ الصورة الأولى حالما يأخذ المريض الوضعية ثم تعاد الصورة بعد ٥-١٠ دقائق لنتمكن من مشاهدة الكمية الصغيرة جدا من الهواء .إذا ظهر الهواء الحر في الصورة البسيطة فلا فائدة من الدراسات التشخيصية الأخرى .



الشكل (٣) يظهرعلامة الهلال الغازي على صورة الصدر البسيطة عند مريض لديه قرحة عفجية مثقوبة.Maingot's Abdominal Operations p.762

ب- CT : ليس ضروري دائما حيث يستخدم عندما لا يمكن تحديد الهواء الحر على الأفلام التقليدية يتميز بما يلي : إنه دقيق جدا في تحديد حتى الكمية الصغيرة جدا من الهواء خارج اللمعة ،٢-يمكن أن يظهر التغيرات الالتهابية في النسيج حول العفج والنسج في المسافة تحت الكبد الأيمن في ٥٠% من المرضى ،٣-يظهر تجمع السوائل في الحيز تحت الكبد الأيمن أو في الكيس الصغير في ٧٥% من المرضى ، ٤-ربما الأكثر أهمية هو أنه ينفي التهاب الرتوج السينية المتمزقة كسبب للهواء الحر في البطن من خلال غياب التغيرات الالتهابية في البطن السفلي والكولون السيني نفسه . وبذلك يساعدنا في اختيار الشق الأفضل في حال الجراحة أو تحديد مكان التروكارات في حال الجراحة التنظيرية .

ج-الأيكو : حيث نشاهد سائل حر داخل البطن والذي ربما يكون المؤشر الأكثر أهمية للإنثقاب في حال عدم رؤية الهواء الحر في البطن في الدراسات الشعاعية السابقة .

٣-مخبريا :

-الفحوص المخبرية لا تؤكد التشخيص لكن يمكن أن تشارك فيه ، حيث نجد :

ـ ارتفاع تعداد الكريات البيض مع انحراف للأيسر .

ـ ارتفاع طفيف لأميلاز الدم [١٤].

II-7-7)التشخيص التفريقي Differential Diagnosis

١-الأمراض الصدرية : ذات الرئة القاعدية الحادة ، التهاب تأمورحاد ،احتشاء قلب حاد، ذات الجنب الحجابية .

٢-التهاب بنكرياس حاد .

٣- التسممات الغذائية : الإنسمام بالرصاص ، التهاب معدة حاد .

٤-التهاب البرتوان الحاد بأسبابه المختلفة .

٥- الحالات الجراحية الحادة : التهاب زائدة دودية ، احتشاء مساريقي حاد ، التهاب مرارة حاد ، تمزق حمل هاجر ، تمزق أم دم أبهرية ، انسداد أمعاء حاد[١٤] .

II-7-8)التدبير والمعالجة Management and Treatment:

حالما يتم تشخيص الإنثقاب لدى المريض لا بد من إنعاشه وفق المبادىء التالية:

١ ـ التسكين الجيد للمريض والتخفيف من قلقه بإعطاء المورفين أو البيثدين .

٢ ـ فتح خط أو خطين وريدين، أو حتى وضع قثطرة C.V.P إذا استدعى الأمر ، مع سحب عينات دموية للفحوصات المخبرية(زمرة دم ، بيض وصيغة ، وظائف الكلية ، الشوارد) .وتوضع قثطرة بولية لمراقبة النتاج البولي، ويبقى المريض على الحمية المطلقة ونبدأ

بتعويض السوائل وريديا (محلول رينغرلاكتات ، السيروم الفيزلوجي ٠.٩% والسكري ٥%) لمعالجة التجفاف (حيث يحدث نزح للسوائل إلى الحيز الثالث وهو جوف البرتوان) مع مراقبة النتاج البولي والضغط الوريدي المركزي ، كما يتم نقل دم في حالات النزف المرافق .

٣-نضع أنبوب معدي NGTلإفراغ محتويات المعدة، دون اجراء مص ميكانيكي عليه، وكذلك تجنب الغسيل (لأنه قد يفتح انثقاب قد انسد بشكل تلقائي) .

٤- إعطاء الصادات الحيوية الوريدية واسعة الطيف لتغطية سلبيات وإيجابيات الغرام ويفضل استخدام نظام الصاد المفرد أكثر من استخدام اثنين أو ثلاث (ايمي بينيم أو بايبرسلين أوسيفتازيديم) ، ريثما يتم أخذ عينة من النتحة البريتوانية للزرع والتحسس .

٥-بالنسبة لمرضى الجراحة : المرضى الموضوعين على وارفرين ولديهم INR أكثر من ١.٤ ينبغي نقل بلازما طازجة لهم ، والمرضى الذين يتلقون كلوبيد أو مضادات تجمع صفيحي أخرى يجب أن يجرى لهم زمن نزف قبل العملية على جانب السرير وإذا كان الزمن أكثر من ٨ دقائق لا بد من نقل صفيحات قبل بدء العملية [٢٢- ٢٦].

II-7-8-1)المعالجة المحافظة Conservative Treatment:

لقد استخدم العلاج الغير جراحي للقرحة العفجية المثقوبة بشكل عشوائي خلال نصف القرن الماضي حتى عام ١٩٩٨عندما DONOVAN اقترح هذه الخطة البديلة من التدبير للقرحة العفجية المثقوبة . هذا كان نتيجة تطورPPIوتمييزHP كعامل مسبب في معظم المرضى مع قرحة عفجية . DONOVAN أكد أن نصف حالات القرحة العفجية المثقوبة تنغلق عفويا وهذه تدخل في الخطة العلاجية . المرضى الذين تكون الموجودات البطنية عندهم محدودة في الجزء العلوي من البطن وحالتهم مستقرة وليس لديهم أي علامات انتان فإنه يجرى لهم تصوير معدي عفجي بمادة حلولة بالماء (يجب أن يتم ملء العفج) فإذا لم يكن هناك أي تسريب أو تسريب محدود إلى منطقة صغيرة قريبة من العفج فإن المريض يمكن أن يعالج بمص المفرزات المعدية والسوائل الوريدية والصادات الوريدية وPPI وريدي وراحة بالسرير، أما إذا الإنثقاب يسمح للمادة الظليلة بالتسرب بشكل واسع في المسافة حول العفج أو تحت الكبد ، فإن الجراحة لإغلاق الثقب مع أو بدون عملية جذرية للقرحة يجب أن تجر حالا . كما أن المريض يجب أن يقيم للخمج بHP بالطرق المشروحة سابقا، وإذا كان ايجابي فإن العلاج الثلاثي أو الرباعي بالصادات والأدوية الأخرى يتوجب على المريض البدء به حالما يكون قادر على تحمل الدواء الفموي .

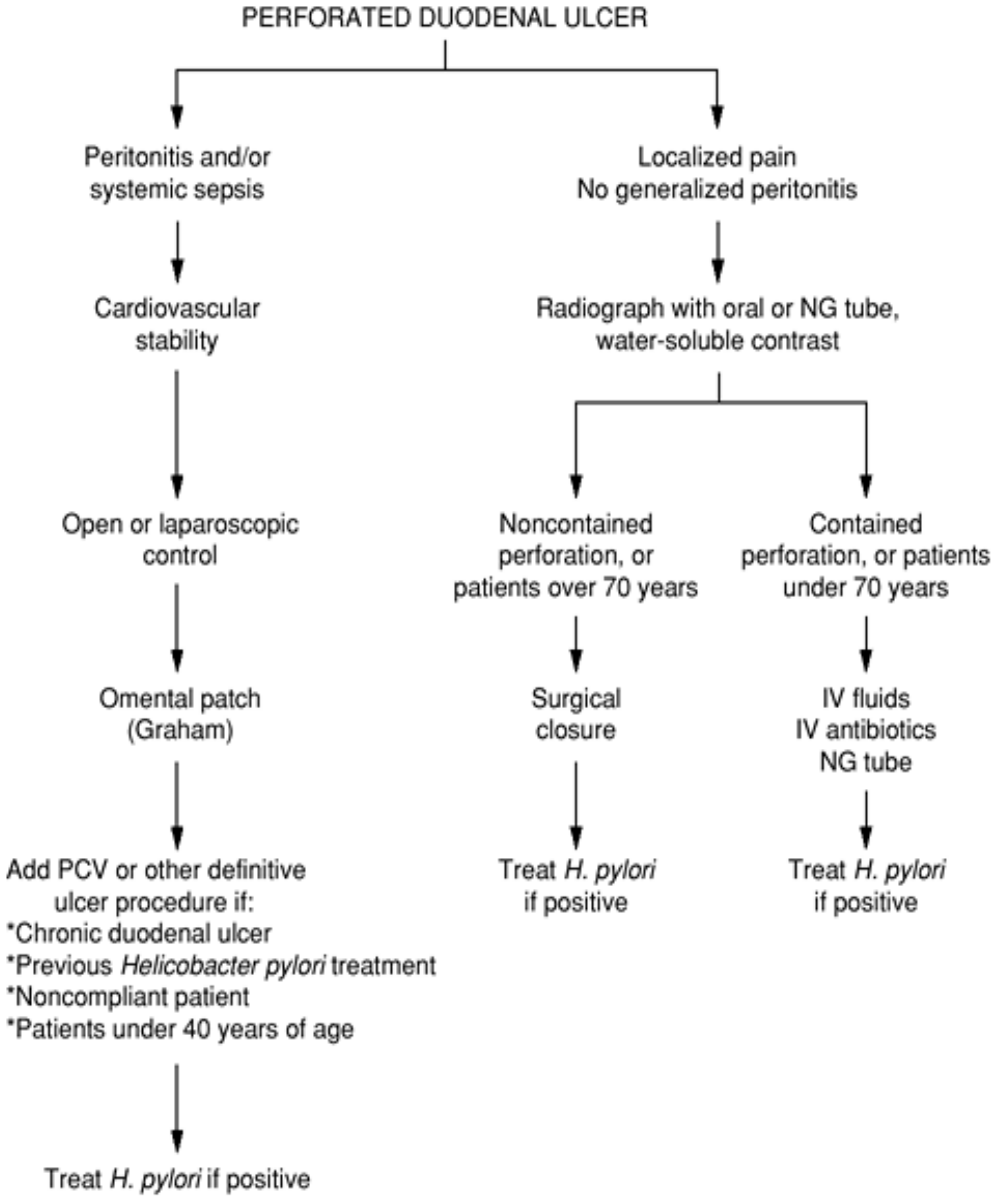
-الفحص الفيزيائي المتكرر للمريض إلزامي وفي حال عدم التحسن أو تدهور الحالة (زيادة الألم أو ارتفاع الحرارة أو تسرع النبض أو التهاب برتوان أسوأ) فإن المريض يجب أن يأخذ إلى غرفة العمليات فورا .

-هناك عوامل تنبؤ بفشل العلاج المحافظ : النبض أكثر من ٩٤ ، صلابة في العضلة المستقيمة البطنية ، عمر أكثر من ٧٠ سنة .

-كما أن الدراسات العديدة أظهرت أن معدل الوفيات والمراضة في العلاج المحافظ مشابه لما هو عليه في العلاج الجراحي .(دراسات عشوائية في بريطانية RANDOMIZED TRIAL أظهرت أن معدل الوفيات في المجموعتين الجراحي والمحافظ كانت ٥% ولا يوجد اختلاف هام في معدل المراضة ٤٠% في الجراحة مقابل ٥٠% في الغير جراحة)

-أما بالنسبة للخراجات البطنية فنسبتها في العلاج المحافظ ٣% وهو مشابه لما هو عليه في العلاج الجراحي ، وهذه تعالج بالتفجير عبر الجلد شعاعيا[١٣] . المخطط(٣) يبين لنا خطة

العلاج للقرحة العفجية المثقوبة



.

MASTRY 5th p.894

II-7-8-2)المعالجة الجراحية Surgical Treatment:

وتشمل إغلاق الثقب برقعة ثربية وغسيل جوف البريتوان مع أو بدون إجراء جذري منقص للحمض. وكلا الإجرائين يمكن انجازه بالجراحة التقليدية أو التنظيرية .

أ ــ الإغلاق البسيط (غراهام باتش) .

تستطب هذه الطريقة في الحالات التالية :

-الأمراض الطبية المرافقة الخطيرة مثل:أمراض قلبية ، أمراض تنفسية مزمنة ، قصوركلوي .....

-عدم ثبات هيموديناميكي قبل الجراحة يتضمن الصدمة .

-الإنثقاب أكثر من ٢٤ ساعة .

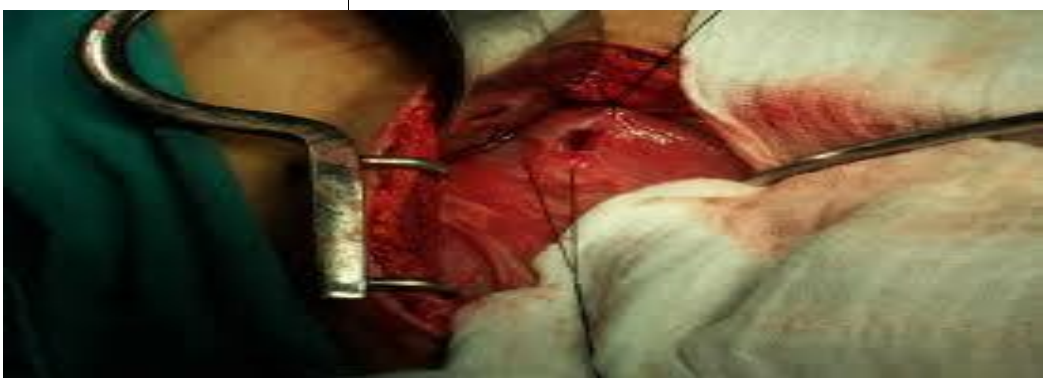
-المريض فوق ٧٠سنة .

-الإنثقاب الناتج عن سوء استعمال الكوكائين .

-عدم وجود أعراض قرحية في الثلاث شهور السابقة للإنثقاب (أي لا يوجد قصة قرحية مزمنة)

التكنيك الجراحي :إغلاق القرحة العفجية المثقوبة برقعة ثربية يدعى غراهام باتش، حيث أول ما وصفت في عام ١٩٨٣ من قبل العالم ROSCOE GRAHAM وقد طرحت تعديلات عليها فيما بعد وسوف نناقشها . يتم تخدير المريض تخديرا عاما ، أما الشق فهناك شقوق عديدة ولكن الأفضل هو الشق الناصف فوق السرة . هذه العملية لها هدفان الأول إغلاق الثقب والثاني هو رشف سوائل العفج والمعدة من جوف البرتوان واجراء غسيل جيد لهذا الجوف (لذلك الشق قد يكون طويلا نوعا ما) .نقوم بتبعيد الفص الأيمن للكبد لتأمين كشف جيد للبصلة والبواب والإنحناء الصغير. مع الإستمرار بمص المفرزات حتى نتمكن من رؤية الثقب ، نقوم بعد ذلك بوضع شانات بطن حول الثقب لعزله عن جوف البطن ولمنع المزيد من التلوث، ثم نضع ثلاث قطب وأحياناً أربعة ، ونستخدم إبرة صغيرة غير راضة مدورة مع خيط فايكريل 2-0، وتدخل الإبرة على بعد ١ ــ ١.٥ سم من حافة الانثقاب وتخرج من الإنثقاب ثم تدخل من الإنثقاب وتخرج على بعد ١ ــ ١.٥سم من الحافة الثانية، وهكذا تؤخذ القطب الثلاثة. ينبغي استخدام إبرة صغيرة نسبيا لمنع الإختلاط السيء وهو مرور الإبرة الكبيرة من خلال مخاطية العفج الخلفية تحت فوهة الإنثقاب ، كما أن مرور الإبرة الكبيرة من خلال كلا الجدارين للإنثقاب في نفس الوقت ليس آمن . بعد ذلك نجلب قطعة موعاة من الترب المجاور ونضعها على السطح الأمامي للثقب ثم تشد القطب عليه بتأن وهدوء من الأعلى إلى الأسفل ،

كما لو أنه سدادة قطنية تسد الثقب . إن الشد الكبير على الثرب بواسطة هذه القطب ربما ينقص التروية الدموية للثرب لذلك يجب أن نكون حذرين .



الشكل (٤) طريقة أخذ القطب في عملية غراهام باتش في مستشفى المواساة الجامعي.

-بعض الجراحين عدلوا هذه التقنية بحيث أن القطب تربط لإغلاق الثقب ثم توضع الرقعة الثربية فوق هذه القطب المربوطة وذلك بهدف إحكام إغلاق الثقب . لكن عندما تكون القرحة العفجية مزمنة والثقب كبير فإن حواف الثقب تكون متليفة ولا يمكن تقريبها لبعضها ،لذلك هذا التعديل غير مرغوب فيه .

-الخطوة الثانية من هذه العملية هو الغسيل الجيد لجوف البريتوان ، حيث يتم الغسيل ب٨-١٠ل من محلول سالين الدافيء . ويتم إدخال الممص إلى المسافة فوق وتحت الكبد وتحت الحجاب وحول الطحال وخلف المعدة و الميزابتين الكولونيتين اليمنى واليسرى ثم الحوض بشكل دقيق، ويمكن أن نضيف نوع محدد من الصادات إلى الغسيل . يجب إزالة جزيئات الطعام والكتل الصلبة وإذا كان هناك نتحة فيبرينية فنحاول التخلص منها دون أن نؤذي الأحشاء . يمكن أن نضيف تفميم صائم للتغذية بعد العملية بالإضافة إلى تفميم معدة لرشف محتوياتها في حالة التهاب برتوان شديد وخاصة عند المسنين والموهنين وعند المرضى الغير مستقرين هيموديناميكيا والذين انعشوا بشكل هجومي وبعد ذلك أجري لهم جراحة .

-بعدذلك نغلق البطن على طبقة واحدة باستخدام خيط غير قابل للامتصاص .أما الجلد وتحت الجلد فيمكن اغلاقه مباشرة اذا كان الانثقاب قد مضى عليه ١٢ساعة أو أقل،أما اذا مر أكثر من١٢ ساعة على بدأ الانثقاب فيجب ترك الجلد والشحم تحت الجلد مفتوح ،ويتم اغلاقه في مرحلة لاحقة بعد٣-٥ أيام .

- إن نسبة نكس القرحة بعد الاغلاق البسيط عالية تصل الى ٨٠% وأكثر من نصف المرضى سيحتاجون الى عمل جراحي ثاني انتقائي لانقاص الحمض .ولكن حاليا بفضل اكتشاف PPI واكتشاف الدور الكبير للHP في تشكل القرحة ونكسها فإن الرقعة الثربية

المتبوعة بالعلاج الدوائي المتضمن حذفHP ا ذا كانت موجودة مع PPI يعتبر خيار ممتاز ،ويتم التاكيد عليه في الولايات المتحدة الامريكية وأوربا الغربية [١٥-٢٠].

ب-العمليات الجذرية الإسعافية :

هدف هذه العمليات هو انقاص الحمض المعدي والجدول التالي يبين مرضى القرحة العفجية المثقوبة الذين يتطلبون اجراء جذري منقص للحمض ،

1. Large perforations (>2.0 cm): generally require vagotomy, antrectomy, Billroth II reconstruction
2. Synchronous bleeding and perforation: generally require vagotomy, resection of perforation, pyloroplasty, U-stitch control of posterior bleeding
3. Chronic ulcer symptoms, *H. pylori* negative: patch closure, parietal cell vagotomy, *or* vagotomy, pyloroplasty with ulcer excision
4. NSAID dependence (or noncompliant patient): patch closure, parietal cell vagotomy, *or* vagotomy, pyloroplasty, ulcer excision
5. Previous *H. pylori* treatment failure or known *H. pylori* negative patients: patch closure, parietal cell vagotomy, *or* vagotomy, pyloroplasty, ulcer excision
6. Previous ulcer complications: patch closure, parietal cell vagotomy, *or* vagotomy, pyloroplasty, ulcer excision
7. Perforated gastric ulcer (more than 1â€"2 cm proximal to pyloric vein): antrectomy, with or without vagotomy, Billroth I reconstruction
8. Previous operation for duodenal ulcer: if previous vagotomy, requires 60%â€"70% gastric resection, Billroth II anastomosis; if previous adequate gastrectomy, requires truncal vagotomy, possible reresection (P.O., investigate whether Z-E tumor)
9. Young patients (under 40 years): patch closure, parietal cell vagotomy, *or* vagotomy, excision of ulcer, pyloroplasty

الجدول (٢) استتطبابات العلاج الجراحي الجذري المنقص للحمض في مرضى القرحة العفجية المثقوبة MASTRY 5th .

- المرضى الذين ستجرى لهم هذه العمليات يجب أن يتم اختيارهم بشكل حذر حيث يجب أن يكونوا مستقرين هيموديناميكيا وليس لديهم أمراض مرافقة خطيرة والإنثقاب يجب أن يكون مضى عليه أقل من ٢٤ ساعة (حيث يجب ألا يكون قيح في البطن وألا تكون السطوح البرتوانية ملتهبة ومتأذية) . وكذلك لا بد أن يكون الجراح على خبرة بالعمل الجذري الذي انتقاه [١٩-٣٠].

الجراحة التنظيرية في القرحة العفجية المثقوبة :

إن كلا الخيارين في القرحة العفجية المثقوبة (الإغلاق البسيط مع أو بدون العمل الجذري) يمكن اجراؤه بالجراحة التنظيرية . ففي عام ١٩٩٠ كانت أول عملية تنظيرية ناجحة في بريطانيا .

-إن الطريقة التنظيرية لإغلاق القرحة العفجية المثقوبة تتم من خلال تثبيت الرقعة الثربية في مكان الثقب باستخدام قطب لامبرت متفرقة (وليس قطب كاملة السماكة) وذلك لتجنب الدخول إلى لمعة العفج بأي قطبة .

-الصعوبة الوحيدة بهذا الإجراء هو أن الجزء السفلي من الرقعة الثربية ربما تكون صعبة للتثبيت إلى العفج خصوصا إذا القطب العلوية تم وضعها أولا [٣٣-٣٤].

ميزات الجراحة التنظيرية :

-تنظير البطن يمكن الجراح من رؤية كامل البطن والحوض وبالتالي الحصول على تشخيص دقيق .

-غسيل جيد لجوف البرتوان وسحب مجموع السوائل منه مما يقلل من حدوث الخراجات البطنية

-غياب الإلتصاقات بعد الجراحة .

-الألم بعد الجراحة يكون أقل وبالتالي الحاجة للمسكنات بعد العملية أقل .

-تجنب حدوث اختلاطات الجرح في الجراحة التقليدية (أهمها الإنتان) .

-مدة الإقامة بالمشفى أقل من الجراحة التقليدية [٣٤].

مساوىء الجراحة التنظيرية :

-التكلفة العالية للعملية حيث أن تكلفة الأدوات أعلى بالجراحة التنظيرية .

-معدل إعادة العملية أعلى بشكل واضح بعد الإصلاح التنظيري .

أما بالنسبة للوقت فإن الجراح التنظيري الخبير يمكن أن ينجز العملية بوقت اضافي قليل جدا على الوقت المطلوب للجراحة المتوحة .

-هناك اختلاطان للقرحة يجعل الإصلاح التنظيري صعب إذا لم يكن ميال للفشل: الأول هو وجود انسداد مخرج معدة سابق هذا الترافق غير شائع ولكنه ممكن ، والثاني هو عندما يكون الإنثقاب كبير أكبر من ١.٥-٢سم في القطر ، لذلك يتقرر هنا الجراحة التقليدية [٣٤].

II-7-9)العناية بعد العمل الجراحي Post-operative Care

- يبقى NGT في مكانه حتى عودة الحركات الحيوية المعوية حيث يمكن البدء بحمية سائلة.

– الاماهة الوريدية الجيدة وتعويض الشوارد ومراقبة النتاج البولي .

– التغطية الإنتانية الوريدية واسعة الطيف ريثما تصل نتيجة الزرع والتحسس للسوائل داخل البطن

–التسكين الجيد .

–اعطاء PPI الوريدي وفي حال الإغلاق البسيط نستمر بإعطاء PPI الفموي كجرعة داعمة

–علاج خمج HP في حال كانت ايجابية حالما يكون قادر على تحمل الدواء الفموي [١٣-١٧].

II-7-10)الاختلاطات بعد العمل الجراحي Post-operative Complications:

كلما كان لإجراء أقل رضا كلما كان أقل اختلاطا :

١–اختلاطات عامة :ذات رئة–انخماص رئة –صمة رئوية .

٢–انتان جرح .

٣–الخراجات البطنية .

٤–انسداد أمعاء بالإلتصاقات أو انسداد خزلي .

أما الإختلاطات التالية للعملية الجذرية فهي :

أ ــ باكرة:

١ ــ النزف من خط المفاغرة.

٢ ــ تنخر جدار المعدة (خاصة في HSV) .

٣–انثقاب المري (قطع المبهم الجذعي) .

٤–التسريب من المفاعرة أو من جذمور العفج .

٥–الإنسداد بسبب فتق داخلي أو انسداد العروة الواردة أو الصادرة .

ب – متأخرة:

١–متلازمة الإغراق .

٢–الإسهال التالي لقطع المبهمين .

٣–وهن المعدة المزمن .

٤–التهاب المعدة القلس القلوي .

٥–اضطرابات التغذية (عوزCa،فقر دم،نقص الوزن) .

٦–الحصيات الصفراوية .

٧–سرطان Pouch المعدة .

حيث أن معدلات السرطان في الجزء المتبقي من المعدة عند الأشخاص الذين لديهم قرحة يخضعون للجراحة هي أعلى ب٢-٤مرات من المرضى مع قرحات ويخضعون لعلاج طبي [٢٣].

II-11-7)الوفيات Mortality:

معدل الوفيات في القرحة العفجية المثقوبة في المرضى الأصحاء ٣-٦% في حين أن هذا المعدل يصل إلى ١٠-٣٠% خلال ٣٠يوم بعد العملية في المرضى المسنين أو الذين لديهم خطورة مرافقة.

العوامل التي تسبب معدلات وفيات ومراضة عالية في القرحة العفجية المثقوبة :

-الأمراض الطبية المرافقة الخطيرة .

-عدم ثبات هيموديناميكي قبل الجراحة (يتضمن الصدمة) .

-الإنثقاب أكثر من ٤٨ساعة منذ بدء الأعراض .

-العمر المتقدم (كلما زاد العمر زادت نسبة الوفيات والمراضة) .

-حجم الإنثقاب (كلما زاد حجم الإنثقاب كلما زادت نسبة الوفيات والمراضة) .

-القصة المزمنة :أكثر خطورة من الحادة .

-حجم وطبيعة السوائل في المعدة لحظة حدوث الإنثقاب فإذا كانت المعدة ممتلئة فإن كمية المفرزات التي تتسرب لجوف البرتوان تكون كبيرة وبالتالي يكون تطور الحالة سيئا وأكثر خطورة منه عندما تكون المعدة فارغة وفيها نسبة قليلة من السوائل [٢٢-٢٥].

III- الدراسة العملية

III-1)المقدمة

تهدف الدراسة العملية الى الحصول على معلومات عن نسبة توارد إنثقاب القرحة العفجية ودراسة مؤهبات الإنثقاب ودقة أدوات التشخيص والمقارنة بين الطرق العلاجية الجراحية وتبيان فائدة كل منها .

وقد شملت الدراسة ١٢٠ مريض من كلا الجنسين بين عامي ٢٠١١ _ ٢٠١٣ راجعوا إسعاف مشفى المواساة الجامعي وشخص لهم قرحة عفجية مثقوبة .

تمت الدراسة بطريقة المتابعة المستقبلية Prospective study وذلك بالإعتماد على ما يلي :

١ _ السريريات : العمر ،الجنس ، الأعراض .

٢- العوامل المؤهبة .

٣- السوابق القرحية .

٤- الدراسة الشعاعية: الصورة البسيطة والإيكو .

٥- الفحوص المخبرية : تعداد البيض والإميلاز .

٦- الخمج بال HP .

٧- حسب زمن الإنثقاب(الفترة الزمنية بين حدوث الإنثقاب ومراجعة المريض للمشفى)

٨- طريقة العلاج الجراحي .

٩- مدة الإقامة بالمشفى والإختلاطات

١٠- النكس والوفيات .

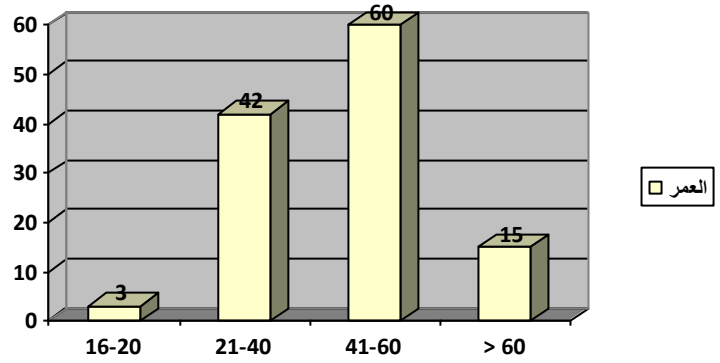
2-III)النتائج Results

١ ــ حسب توزع العمر :

تم تقسيم المرضى إلى ٤ مجموعات عمرية ، تم إستثناء الأعمار الأقل من ١٥ سنة لأنها عادة تراجع مشفى الأطفال . كان لدينا ٣حالات في الفئة العمرية١٦-٢٠ أي بنسبة ٢.٥%وكان لدينا٤٢حالةفي الفئة العمرية ٢١-٤٠أي بنسبة ٣٥% أما الفئة العمرية ٤١-٦٠ فكان لدينا ٦٠ حالة أي بنسبة ٥٠% أما المرضى الأكثر من ٦٠سنة فكانوا ١٥ حالة أي بنسبة ١٢.٥%.

الفئة العمرية	العدد	النسبة
١٦-٢٠	٣	%٢.٥
٢١ -٤٠	٤٢	%٣٥
٤١-٦٠	٦٠	%٥٠
٦٠<	١٥	%١٢.٥

الجدول (٣) يبين توزع المرضى حسب العمر



المخطط(٤) يبين توزع المرضى حسب العمر

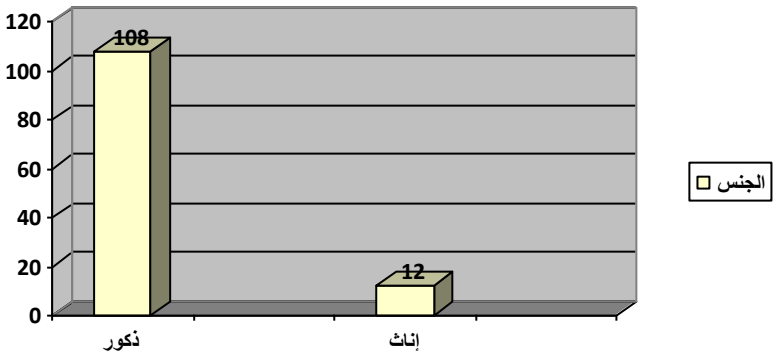
نلاحظ أنه في دراستنا العمر الوسطي للإصابة هي بين ٤٠ و٦٠ سنة

حسب الجنس :

كان لدينا ١٠٨ حالة ذكر أي بنسبة ٩٠% و١٢حالة أنثى أي بنسبة ١٠%

	الذكور	الإناث
العدد	١٠٨	١٢
النسبة	٩٠%	١٠%

الجدول (٤) يبين توزع المرضى حسب الجنس



المخطط(٥)يبين توزع المرضى حسب الجنس

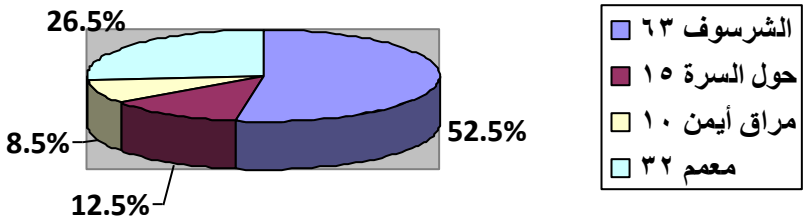
نلاحظ في دراستنا سيطرة الإصابةعندالذكور بالمقارنة مع الإناث .

-حسب الأعراض السريرية :

بالرجوع إلى القصة المرضية كانت الشكوى الرئيسية هي الألم البطني(جميع المرضى في دراستنا) في حين كان الإختلاف في مكان بدء الألم حيث كان لدينا ٦٣ حالة (٥٢.٥%) بدء الألم في الشرسوف و١٥حالة (١٢.٥%) حول السرة و١٠حالات(٨.٥%) في المراق الأيمن و٣٢ حالة(٢٦.٥%) كان بدء الألم معمم ؟؟؟(مع عدم قدرة المرضى على تحديد مكان بدء الالم) .

مكان بدء الألم	شرسوفي	حول السرة	مراق أيمن	معمم
العدد	٦٣	١٥	١٠	٣٢
النسبة	%٥٢.٥	%١٢.٥	%٨.٥	%٢٦.٥

الجدول (٥) يبين توزع المرضى حسب مكان بدءالالم .



المخطط (٦) يبين توزع المرضى حسب مكان بدء الالم.

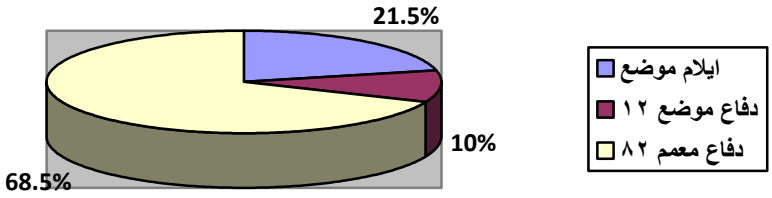
نلاحظ أن المكان الأشيع لبدء الألم هو الشرسوف في نصف الحالات تقريبا .

-حسب الفحص السريري :

بالفحص السريري كان لدينا ٢٦ حالة لديها ايلام موضع أي بنسبة ٢١.٥% و ١٢حالة لديها دفاع موضع (١٠%) و٨٢ حالة لديها دفاع معمم(٦٨.٥%)

	ايلام موضع	دفاع موضع	دفاع معمم
العدد	٢٦	١٢	٨٢
النسبة	%٢١.٥	%١٠	%٦٨.٥

االجدول (٦) يبين توزع المرضى حسب الفحص السريري.



المخطط(٧) يبين توزع المرضى حسب الفحص السريري.

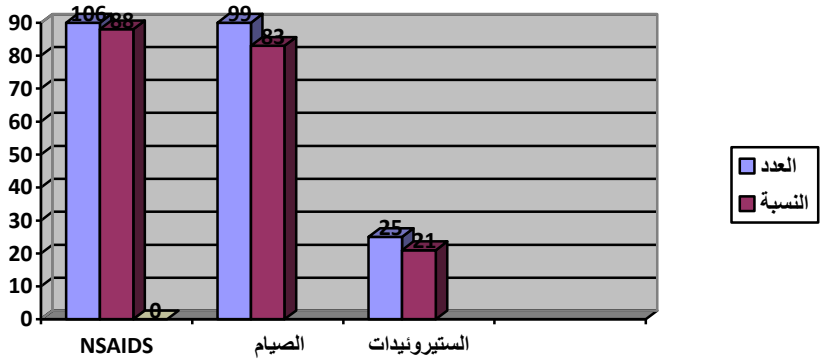
في دراستنا العلامة الأكثر شيوعا هي الدفاع البطني المعمم .

٢_ دراسة الحالات حسب العوامل المؤهبة :

كان لدينا ١٠٦ حالة يستخدمون NSAID أي بنسبة ٨٨% وكان لدينا ٩٩ حالة صيام أي بنسبة ٨٣% وكذلك لدينا ٢٥حالة يتناولون الستيروئيدات أي بنسبة ٢١% .

	NSAIDS	الصيام	الستيروئيدات
العدد	١٠٦	٩٩	٢٥
النسبة	%٨٨	%٨٣	%٢١

الجدول (٧) يبين توزع المرضى حسب العوامل المؤهبة للإنثقاب



المخطط(٨) يبين توزع المرضى حسب العوامل المؤهبة للإنثقاب

نلاحظ أنه في دراستنا تعتبر ال SAIDNS العامل الأهم في إحداث الإنثقاب .

٣ _ دراسة الحالات حسب السوابق القرحية :

تم اعتبار أن وجود أعراض قرحية خلال ٣ شهور السابقة للإنثقاب يدل على وجود قرحة مزمنة وعليه تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين : ٩٤مريض لديه قرحه مزمنة(٧٨%) و ٢٦مريض ليس لديهم أعراض خلال ٣شهورالسابقه(٢٢%) .

	سوابق قرحية (خلال ٣ شهور)	لا سوابق
العدد	٩٤	٢٦
النسبة	%٧٨	%٢٢

الجدول (٨) يبين توزع المرضى حسب السوابق القرحية

من الدراسة نستدل على أن الإنثقاب غالبا يحدث على أرضية مزمنة ولكنه أيضا يحدث بصورة حادة .

٤ _ دراسة الحالات حسب الموجودات الشعاعية :

تم دراسة إيجابية كل من صورة الصدر البسيطة بوضعية الوقوف والإيكو.

وأجريت الصورة البسيطة بالوقوف لدى ١٢٠ مريضاً من عينة الدراسة ،حيث تبين وجود الهلال الغازي لدى ١٠٠ مريض (٨٣%) ،بينما كانت الصورة الشعاعية طبيعية لدى ٢٠ مريض (١٧%) ، أي بنسب مقاربة للنسب العالمية (الإيجابية ٧٠ –٨٠%) .بينما لم يجر الإيكو إلا لدى بعض الحالات التي كانت الصورة البسيطة سلبية فيها.

حيث أبدى الإيكو وجود : سائل حر في ٥٠% من الحالات (١٠ حالات)،و٣٥%من الحالات أظهر فيها ركودة أمعاء (٧حالات) .

الصورة البسيطة	إيجابي	سلبي
العدد	١٠٠	٢٠
النسبة	%٨٣	%١٧

الجدول (٩) توزع المرضى حسب موجودات الصورة الشعاعية.

الإيكو	سائل حر	ركودة امعاء	سلبي
العدد	١٠	٧	٣
النسبة	%٥٠	%٣٥	%١٥

الجدول (١٠) توزع المرضى حسب موجودات الايكو

٥ _ دراسة الحالات حسب الفحوص المخبرية :

تم دراسة عنصرين مخبريين: الأميلاز وتعداد الكريات البيض ، فكان٢١مريض لديه تعداد طبيعي (١٧%) و٩٩مريض لديه ارتفاع في تعداد الكريات البيض (٨٣%) . وكان٩٧ مريض لديه أميلاز طبيعي (٨١%) و٢٣مريض لديهارتفاع طفيف في أميلازالدم (١٩%) .

	الأميلاز		تعداد البيض	
	طبيعي	مرتفع	طبيعي	مرتفع
العدد	٩٧	٢٣	٢١	٩٩
النسبة	%٨١	%١٩	%١٧	%٨٣

الجدول (١١) توزع المرضى حسب الموجودات المخبرية.

نلاحظ أن الأميلاز طبيعي في معظم المرضى في حين إرتفاع تعداد البيض كان موجودا في أغلب المرضى .

٦_ دراسة الحالات حسب الخمج بال HP :

لا يمكن الجزم أن النتائج التي حصلنا عليها تؤكد علاقة H.P. بالإنثقاب لكنها على الأقل تشير إلى علاقة الجرثومة بالقرحة العفجية.

فقط ٢١ مريض كان لديهم تقييم للخمج بHP بالتنظير الهضمي وكانت النتائج كالتالي :١٧حالة كانت ايجابية HP أي بنسبة٨١% و٤حالات كانت سلبية الخمج أي بنسبة١٩% .

الخمج بال HP	ايجابي	سلبي
العدد	١٧	٤
النسبة	%٨١	%١٩

الجدول (12) توزع المرضى حسب الخمج بال HP

٧_ دراسة الحالات حسب زمن الانثقاب :

لقد تم تصنيف المرضى إلى ٣ مجموعات حسب زمن الإنثقاب (المدة الزمنية بين حدوث الانثقاب ومراجعة المريض للمشفى) ،فكان ٣٩ مريض (٣٢.٥%) راجعوا خلال أول ٦ ساعات، وكان ٦٠ مريض (٥٠%) قد راجعوا خلال٦-٢٤ساعة،في حين أن٢١مريض (١٧.٥%) راجعوا خلال أكثر من٢٤ ساعة .

زمن الإنثقاب	< ٦ ساعات	٦- ٢٤ساعة	> ٢٤ ساعة
العدد	٣٩	٦٠	٢١
النسبة	%٣٢.٥	%٥٠	%١٧.٥

الجدول (١٣) توزع المرضى حسب زمن الانثقاب.

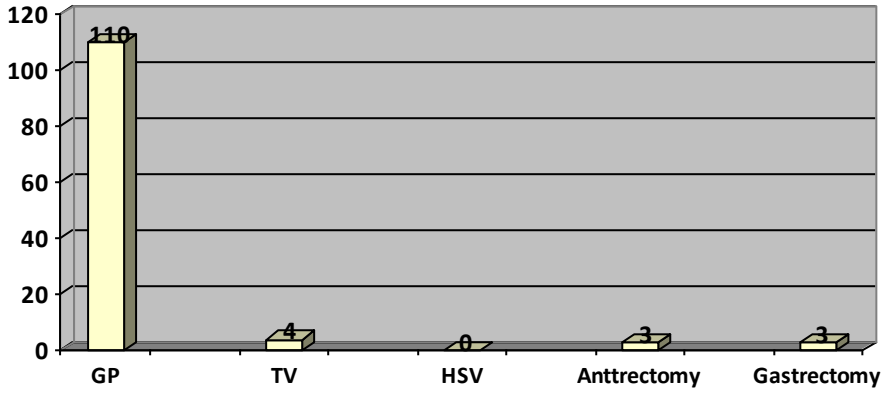
نلاحظ من الدراسة أن معظم المرضى يراجعون خلال أول ٢٤ ساعة من الإنثقاب مما يزيد من فرص إجراء عمل جراحي جذري .

٨_ دراسة الحالات حسب طريقة العلاج الجراحي :

تم اجراء إغلاق بسيط GP عند ١١٠ مريض (٩١.٥%) ،كما أجري قطع مبهمين جذعي مع تصريف TV+Dعند ٤مرضى(٣.٥%)،وكذلك أجري قطع مبهمين مع قطع غارTV+A عند٣مرضى(٢.٥%) ،أماقطع المعدة الجزئيP.G فقد أجري عند٣مرضى(٢.٥%)،في حين أن قطع المبهم فائق الانتقائية HSV فلم تجر أي حالة.

	إغلاق بسيط	قطع مبهم مع تصريف	قطع مبهم فائق الانتقائية	قطع مبهم مع قطع غار	قطع معدة جزئي
العدد	١١٠	٤	٠	٣	٣
النسبة	%٩١.٥	%٣.٥	%٠	%٢.٥	%٢.٥

الجدول (١٤) توزع المرضى حسب نوع الاجراء الجراحي.



المخطط (٩) توزع المرضى حسب نوع العمل الجراحي.

من الدراسة نلاحظ أن العمل الجراحي الأكثر إجراءا هو الإغلاق البسيط .

٩_ دراسة الحالات حسب مدة الإقامة بالمشفى والاختلاطات :

تراوحت مدة الإقامة بالمشفى بين ٣ و١٤ يوم وكان التوزع كالتالي :

٦مرضى(٥%) أقاموا بالمشفى ٣ أيام،و١٤مريض(١١.٦%) أقاموا ٤ أيام،و٦٥ مريض (٥٤%) أقاموا بالمشفى٥أيام،و١٩مريض(١٥.٨%) أقاموا بالمشفى ٦ أيام،و١٢مريض(١٠%) أقاموا ٧ أيام،و٤مرضى(٣.٥%) أقاموا أكثر من ٧أيام.

مدة الإقامة	٣أيام	٤أيام	٥أيام	٦أيام	٧أيام	اكثر من٧
العدد	٦	١٤	٦٥	١٩	١٢	٤
النسبة	٥%	١١.٦%	٥٤%	١٥.٨%	١٠%	٣.٥%

الجدول (١٥) توزع المرضى حسب مدة الاقامة في المشفى.

غالبية المرضى (٩٦.٥%) كانت مدة اقامتهم بالمشفى ٧ أيام او أقل .بينما الحالات الباقية (٣.٥%) كانت مدة الإقامة أكثر من ٧ أيام بسبب إنتان الجرح .

- **حسب الإختلاطات :**

كانت نسبة الإختلاطات (١٠%) توزعت كالتالي : ٦ مرضى لديهم انتان جرح(٥%) ومريض لديه اندحاق(٠.٨%) و٣مرضى لديهم خراجه بطنية(٢.٦%) ومريض لديه تسريب مفاغرة(٠.٨%) ومريض انسداد امعاء خزلي(٠.٨%) .

	إنتان جرح	إندحاق	خراجة بطنية	تسريب مفاغرة	انسداد أمعاء خزلي
العدد	٦	١	٣	١	١
النسبة	%٥	%٠.٨	%٢.٦	%٠.٨	%٠.٨

الجدول (١٦) توزع المرضى حسب الاختلاطات.

نلاحظ أن أغلب الإختلاطات كانت عبارة عن إنتان الجرح (٥ GP، ١ TV+D) ، أما حالة الإندحاق فحصلت في مريض أجري له قطع معدة جزئي ،في حين حصل الخراج عند ٣ مرضى أجري لهم GP . تسريب المفاغرة حصل عند مريض أجري له قطع معدة جزئي مع B2 ، انسداد الامعاء الخزلي حصل عند مريض GP مضى على إنثقابه أكثر من ٢٤ ساعة .

١٠_ دراسة الحالات حسب النكس والوفيات :

كانت نسبة الوفيات ٥.٧%(٧حالات) توزعت كالتالي : مريض كان لديه COPD (GP) أي بنسبة ٠.٨% و٣مرضى كان لديهم صدمة منذ البدء (GP) أي بنسبة ٢.٥% ومريضان كان لديهم قصور كلوي (GP) أي بنسبة١.٦% و مريض حدث لديه تسريب مفاغرة (B2) أي بنسبة ٠.٨% .

	COPD	صدمة	قصور كلوي	تسريب مفاغرة
العدد	١	٣	٢	١
النسبة	%٠.٨	%٢.٥	%١.٦	%٠.٨

جدول (١٧) توزع المرضى حسب نسبة الوفيات.

نلاحظ أن أغلب الوفيات حدثت عند المرضى مع صدمة منذ البدء(٢.٥%).وكذلك عند وجود مرض مرافق خطير (٢.٤%).

- **حسب النكس :**

بمتابعة ٦٥ مريضاً بعد الجراحة لمدة سنة وسطياً ،حيث تم اجراء تنظير بعد ١.٥شهر و٣ شهور وسنة ،فلم يحدث اي حالة نكس للانثقاب بينما حدث نكس للقرحة .وكانت النتائج كالتالي : ١٣مريض حدث لديهم نكس (GP) أي بنسبة٢٠% ومريض آخر مجرى له(TV+D) أي بنسبة ١.٥% ومريض مجرى له(P.G) أي بنسبة (١.٥%)

مع العلم أن ال ١٣ مريض (GP) لم يلتزموا بالأدوية القرحية . والمريضين الآخرين إيجابيي ال HP و مدخنين وغير كحوليين .

العمل الجراحي	GP	TV+D	قطع معدة
النكس	١٣	١	١
النسبة	%٢٠	%١.٥	%١.٥

جدول (١٨) توزع المرضى حسب معدل النكس.

نلاحظ أن نكس القرحةحدث لدى ١٥ مريض أي ٢٣% (خلال عام).

مع العلم أن ال ١٣ مريض (GP) لم يلتزموا بالأدوية القرحية . والمريضين الآخرين إيجابيي ال HP مدخنين وغير كحوليين .

بالنسبة للتنظير الجراحي لم تجر أي حالة في دراستنا

3-III)المناقشة

١ ــ معظم الإصابات في دراستنا كانت بين ٤٠ ــ ٦٠ سنة (٥٠%) ،وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية ، حيث في دراسة Bhatti etal في عام٢٠١٠التي شملت ٧٦مريض كان معظم الإصابات (٧٣.٦%) تتوضع في العقدين الرابع والخامس ، وكذلك في دراسة أخرى لKassamay في عام ٢٠٠٨ التي شملت ٨٢مريض كان ٦٠% من المرضى أعمارهم تتراوح بين ٤٠-٦٠ سنة.

٢ . إصابة الذكور بالإنثقاب القرحي أكثر من الإناث بنسبة ١:٩ ، أما دراسة Bhatti etal فكان كل المرضى ذكور، وفي دراسة Kassamay كانت نسبة الذكور للإناث ١:٥

٣ــ العرض الرئيسي عند جميع المرضى في دراستنا هو الألم البطني وكان بدء الألم في الشرسوف عند٥٢.٥% من المرضى ، في حين في دراسةBhatti etalودراسة Kassamay كان المراق الأيمن هو المكان الأشيع لبدء الألم بنسبة(٥٠% و٤٥%) على التسلسل .كما نلاحظ في دراستنا أن ٤٧.٥%من المرضى يبدأ الألم عندهم في أماكن أخرى (حول السرة ، معمم ، مراق أيمن) مما يلبس التشخيص سريريا .

٤-أشيع علامة سريرية في دراستنا هي الدفاع المعمم ٦٨.٥% ،وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية حيث في دراسة Bhatti etal بلغت النسبة ٦٦% وفي دراسةKassamay بلغت النسبة٦٣% .

٥-عوامل الخطورة الأساسية للانثقاب القرحي هي تناول ال NSAIDS حيث كانت موجودة عند ٨٨% من المرضى في دراستنا ، وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية حيث في دراسة Bhatti etal كانت موجودة عند ٥٥%، وفي دراسةKassamay كانت موجودة عند ٨٥% من المرضى، كما أن الصيام يعتبر من العوامل الهامة أيضا حيث بلغ نسبته ٨٣% في دراستنا ، و٤٧% في دراسة Bhatti etal ، و٧٣% في دراسة Kassamay . كما أن الشدة STRESS تلعب دور في إحداث الإنثقاب لكنها لم تدرس بسبب صعوبة تقييمها .

٦- معظم المرضى كان لديهم قصة قرحية سابقة ٧٨% ، وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية ،حيث في دراسة Bhatti etal كان ٥٥% من المرضى لديهم سوابق قرحية ، أما في دراسة Kassamay بلغت النسبة ٧٨.٦% . عدم وجود قصة قرحية سابقة (كان الإنثقاب العرض الأول للقرحة) عند ٢٢% من مرضى دراستنا وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية حيث كانت ٤٥%في دراسة Bhatti etal ،و٢١.٤%في دراسةKassamay .

٧-درست الصورة البسيطة بالوقوف عند جميع المرضى وكان الهلال الغازي موجود عند معظم المرضى٨٣% وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية حيث كانت ايجابية الصورة

هي٨٠%في دراسة Bhatti etal ، و٦٥.٦% في دراسةKassamay .أما الإيكو فلم يجر إلا للمرضى سلبيي الصورة البسيطة حيث أظهر سائل حر في ٥٠% في دراستنا وفي ٦٢.٥% في دراسةBhatti etal وفي ٥٧%في دراسة Kassamay .المرضى سلبيي الإيكو ونسبتهم ١٥%فهؤلاء تم اجراء طبقي محوري لهم .

٨-ارتفاع الكريات البيض معيار هام حيث وجد عند ٨٣% في دراستنا وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية ، حيث في دراسة Bhatti etal كان الإرتفاع عند ٨٥.٦%،أما في دراسة Kassamay فكانت النسبة ٧٢% .في حين أن الأميلاز ليس ذا قيمة حيث حصل ارتفاع طفيف له في ١٩%في دراستنا و٢٢.٤%في دراسة Bhatti etal و٥٠%في دراسة Kassamay .

٩-معظم المرضى كانوا ايجابيي الخمج ٨١%في دراستنا وبالمقارنة مع دراسة Bhatti etal ٦٣% ودراسة Kassamay ٤٢%.لا يمكن الجزم أن النتائج التي حصلنا عليها تؤكد علاقة HP بالإنثقاب لكنها على الأقل تشير إلى علاقة الجرثومة بالقرحة العفجية.

١٠-معظم مرضى دراستنا راجعوا الإسعاف أول ٢٤ ساعة من حصول الإنثقاب ٨٢.٥% وهذا يزيد من فرصة إجراء العمل الجذري المنقص للحمض لديهم .وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية ٦٨.٥%في دراسةBhatti etal و٧٦%في دراسة Kassamay.

١١-إن العمل الجراحي الأكثر إجراءا هو غراهام باتش ٩١.٥% حيث أنه هو الأسهل والأسرع والأقل اختلاطا ،بالمقارنة مع الدراسات العالمية وجد أن GP أجري عند٧٥.٥%في دراسةBhatti etal و٧٠.٥%في دراسة Kassamay .أما قطع المبهم عالي الإنتقائية فلم يجر في دراستنا بسبب قلة الخبرة .

١٢- كانت مدة الإقامة في المشفى في دراستنا تتراوح بين ٣ و١٤ وكانت مدة الاقامةعند معظم المرضى وبنسبة ٥٤% هي ٥ أيام ،أما في دراسةBhatti etal كانت مدة الإقامة بين ٦ و ١٥ يوم ،معظم المرضى كانت مدة إقامتهم ٨ أيام ٤١%، في حين في دراسة Kassamay مدة الإقامة من ٥ إلى ١٧ يوم ،أغلب المرضى كانت مدة إقامتهم ١٠ أيام ٥٦% .

١٣-بلغت نسبة الإختلاطات في دراستنا ١٠% معظمها كان انتان جرح ٥%أما الدراسات العالمية فقد بلغت نسبة الإختلاطات في دراسةBhatti etal ٣٤% وكان انتان الجرح هو أشيعها ١٥.٧% ،أما دراسة Kassamay فبلغت الإختلاطات٢٥.٥%معظمها كان انتان جرح ١٣% .

١٤-معدل الوفيات في دراستنا ٥.٧%وكان معظمها بسبب الصدمة٢.٥%والأمراض المرافقة٢.٥%، بالمقارنة مع الدراسات العالمية كانت نسبة الوفيات ٣.٩%في دراسة Bhatti etal وكان معظمها ٢.٦%بسبب الصدمة و١.٣%بسبب مرض مرافق . أما دراسة

Kassamayفبلغت نسبة الوفيات ١١% وكان معظمها أيضا بسبب الصدمة٨.٥% أما٢.٥% فكان بسبب مرض مرافق .

١٥-بلغت نسبة النكس القرحة٢٣%في دراستنا (بمتابعة ٦٥ مريض خلال عام حدث النكس عند١٥) ، ٢٠%أجري لهم إغلاق بسيط وهؤلاء تبين أنهم لم يلتزموا بالعلاج الدوائي ، و١.٥% أجري لهم TV+Dو١.٥%أجري لهم P.G(وهاتان الحالاتان كانتا ايجابيتاHPوايجابيتا التدخين وسلبيتا الكحول) .بالمقارنة مع دراسة Bhatti etal كانت نسبة النكس ٥.٦%منهم ٢.٧%أجري لهم GP و١.٤% أجري لهم TV+D و١.٤%أجري لهم SV H، أما دراسةKassamay فكانت نسبة النكس ١٤.٦%منهم٧.٣%أجري لهم GP و٤.٨%أجري لهم TV+D و٢.٥%أجري لهمHSV .

III-4)الخلاصة والتوصيات:

بعد الدراسة السابقة نستخلص أن عملية غراهام باتش هي العملية الأسرع وذات النتائج الأفضل وأقل مدة جراحية وأقل اختلاطات ووفيات لذلك يوصى بها ،وفي حال النكس يجب العودة لإجراء العمليات التي يتم فيها قطع المعدة /الغار/ وقطع المبهم الجذعي أو الإنتقائي . ونؤكد على التوصيات التالية :

١ ــ تشجيع المرضى على مراجعة المشافي والعيادات الباطنية في حالات الشكوى من أعراض عسر الهضم.

٢ ــ تشجيع المرضى على اتباع تعليمات أطباء الهضمية فيما اذا احتاجوا إلى إجراء تنظير هضمي علوي.

٣ ــ التشجيع على ترك مؤهبات القرحة من تناول مفرط NSAIDS والتدخين والكحول.

٤ ــ تشجيع المرضى على مراجعة الإسعاف بشكل مبكر في حالات البطن الحاد.

٥ ــ تشجيع المرضى على اتباع تناول العلاج الدوائي للقرحة حتى لو كان طويل الأمد.

٦ ــ إجراء العمل الجراحي المناسب في حال استطب ذلك. حيث أن إجراء غراهام باتش يعتبر الإجراء الجراحي الاسرع وذو النتائج الافضل واقل مدة جراحية واقل اختلاطات ووفيات لذا يوصى بها .

٧ ــ وفي حالات النكس يجب العودة الى اجراء العمليات التي يتم فيها قطع المعدة وقطع المبهم الجذعي او الانتقائي .

٨ . التأكيد على تقييم جميع مرضى الإنثقاب بالنسبة لخمج الHP .

٩ ــ المعالجة الدوائية المضادة لجرثومة HP حتمية لجميع المرضى الايجابيين للخمج لاستئصال هذه الجرثومة والتقليل من النكس والاختلاطات بشكل كبير.

١٠ . التشجيع على استخدام التنظير الجراحي في العلاج .

References

1. Ashley SW, Evoy D, Daly JM. Stomach. In: Principles of Surgery, 7th ed, Schwartz SS (Ed), McGraw-Hill, New York 2005.
2. Boey J, Lee NW, Koo J, et al. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers: a prospective controlled trial. Ann Surg 2009.
3. Cadiére GB, Himpens J, Bruyns J. Laparoscopic proximal gastric vagotomy. EndoscSurg Allied Technol 2009.
4. Croce E, Olmi S, Russo R, et al. Laparoscopic treatment of doudenal ulcers. A review after 6 years experience with Hill-Barker's procedure. Hepatogastroenterology 2009.
5. Datsis AC, Rogdakis A, Kekelos S, et al. Simple closure of chronic duodenal ulcer perforation in the era of Helicobacter pylori: an old procedure, today's solution. Hepatogastroenterology 2011; 50:1396.
6. Dittrich K, Blauensteiner W, Schrutka-Kölbl C, et al. Highly selective vagotomy plus Jaboulay: a possible alternative in patients with benign stenosis secondary to duodenal ulceration. J Am CollSurg 2010.
7. Donahue PE, Griffith C, Richter HM. A 50-year perspective upon selective gastricvagotomy. Am J Surg 2008.
8. Gomez-Ferrar, F. Gastrectomielineaireanterieure et vagotomietronculaireposteriereuna nouvelle technique laparocopiquedans le traitment de líulcere duodenal. J Chir (Paris) 1992; 4:35.
9. Gunshefski L, Flancbaum L, Brolin RE, Frankel A. Changing patterns in perforated doudenal ulcer disease. Am Surg 2009.
10. Hay JM, Lacaine F, Kohlmann G, Fingerhut A. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcer does not increase operative mortality: a prospective controlled trial. World J Surg 2008.
11. Hill GL, Barker MC. Anterior highly selective vagotomy with posterior truncalvagotomy: a simple technique for denervating the parietal cell mass. Br J Surg 2008.
12. Hoffmann J, Devantier A, Koelle T, Jensen HE. Parietal cell vagotomy as an emergency procedure for bleeding doudenal ulcer. Ann Surg 2010.
13. Hoffmann J, Jensen HE, Christiansen J, et al. Prospective controlled vagotomy trial for duodenal ulcer. Results after 11-15 years. Ann Surg 2013.
14. Jordan PH Jr, Thornby J. Perforated pyloroduodenal ulcers. Long-term results with omental patch closure and parietal cell vagotomy. Ann Surg 2012.
15. Kauffman GL Jr. Duodenal ulcer disease: treatment by surgery, antibiotics, or both. AdvSurg 2009.
16. Kay PH, Moore KT, Clark RG. The treatment of perforated duodenal ulcer. Br J Surg 2011.
17. Lau WY, Leung KL, Kwong KH, et al. A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated doudenal ulcer using suture or sutureless technique. Ann Surg 2013.
18. Lau WY, Leung KL, Zhu XL, et al. Laparoscopic repair of perforated doudenal ulcer. Br J Surg 2012.
19. Lickstein, LH, Matthews, JB. Elective surgical management of peptic ulcer disease. Probl General Surgery 2007.

20. Lunevicius R, Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated doudenal ulcer. Br J Surg 200.
21. Mastry 5th principles of surgery
22. Miedema BW, Torres PR, Farnell MB, et al. Proximal gastric vagotomy in the emergency treatment of bleeding duodenal ulcer. Am J Surg 2011.
23. Nakamura T, Yoshida M, Otani Y, et al. Twelve years' progress in surgery for perforated gastric and duodenal ulcers: a retrospective study of indications for laparoscopic surgery, post-operative course and the influence of Candida infection. Alimentary Pharmacology & Therapeutics Symposium Series 2006.
24. Ng EK, Lam YH, Sung JJ, et al. Eradication of Helicobacter pylori prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. Ann Surg 2010.
25. Petrakis I, Vassilakis SJ, Chalkiadakis G. Anterior lesser curve seromyotomy using a stapling device and posterior truncalvagotomy for the treatment of chronic duodenal ulcer: longterm results. J Am CollSurg 2010.
26. Petrakis I, Vassilakis SJ, Vrachassotakis N, et al. Laparoscopic modified taylor procedure in the treatment of duodenal ulcer: technique and outcome after 5-year follow-up. EurSurg Res 2012.
27. Playforth MJ, McMahon MJ. The indications for simple closure of perforated duodenal ulcers. Br J Surg 2009.
28. Robles R, Parrilla P, Lujan JA, et al. Long-term follow-up of bilateral truncalvagotomy and pyloroplasty for perforated duodenal ulcer. Br J Surg 2009.
29. Sánchez-Delgado J, Gené E, Suárez D, et al. Has H. pylori prevalence in bleeding peptic ulcer been underestimated? A meta-regression. Am J Gastroenterol 2011.
30. Schwart's 9th principles of surgery.
31. Simeone DM, Hassan A, Scheiman JM. Giant doudenal ulcer: a surgical or medical disease? Surgery 2009.
32. Tanphiphat C, Tanprayoon T, Na Thalang A. Surgical treatment of perforated duodenal ulcer: a prospective trial between simple closure and definitive surgery. Br J Surg 2011.
33. Taylor TV, Lythgoe JP, McFarland JB, et al. Anterior lesser curve seromyotomy and posterior truncalvagotomy versus truncalvagotomy and pyloroplasty in the treatment of chronic duodenal ulcer. Br J Surg 2010.
34. Wang YR, Richter JE, Dempsey DT. Trends and outcomes of hospitalizations for peptic ulcer disease in the United States, Ann Surg 2010.
35. Wara P, Kristensen ES, Sørensen FH, et al. The value of parietal cell vagotomy compared to simple closure in a selective approach to perforated duodenal ulcer. Operative morbidity and recurrence rate. ActaChirScand 2010; 149:585.
36. Zittel TT, Jehle EC, Becker HD. Surgical management of doudenal ulcer disease today--indication, technique and outcome. Langenbecks Arch Surg 2010.