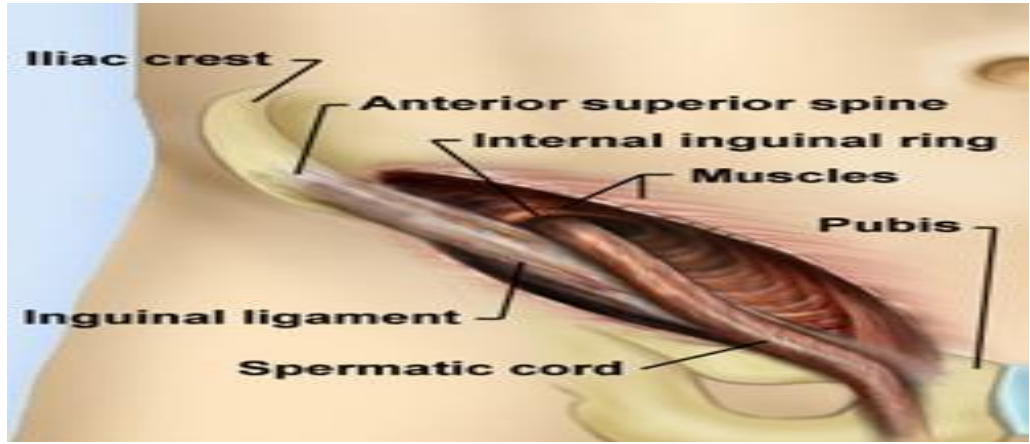


الفتوق

الفتق : عبارة عن بروز حشا أو جزء من الأحشاء البطنية عبر فتحة في جدار البطن .

و إن ٧٥% من فتوق جدار البطن تحدث في المنطقة المغنبية و الإندحاق بنسبة ١٠% و الفتوق السرية بنسبة ٣% ، و في الفتوق الإربية تكون نسبة إصابة الذكور إلى الإناث ٧ : ١ ، أما في الفتوق الفخذية فتعادل ٤ إناث إلى ١ ذكور . في الولدان منخفضي الوزن تشيع الفتوق الإربية الخلقية مع رجحان الجهة اليمنى

التشريح : Anatomy



الرباط الإربي (inguinal Ligament) : يشكله صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة عندما تنتهي أليافه الأمامية السفلية على نفسها . يرتكز في الوحشي على الشوكة الحرقفية الأمامية العلوية و في الأنسي على حديبة العانة

القناة الإربية : طولها عند الكهول ٣,٧٥ سم و عند الأطفال تتطابق الفوهتان الإربية الظاهرة و الباطنة حيث تقريباً لا وجود للقناة . و الفوهة الإربية الظاهرة شكلها مثلثي في صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة عند حديبة العانة ، أما الفوهة الإربية الباطنة فهي ثقبية في اللفافة العرضانية .

جدران القناة الإربية : من الأمام : صفاق المنحرفة الظاهرة . من الخلف : اللفافة العرضانية

من الأعلى: الوتر المشترك للعضلة المنحرفة الباطنة و المستعرضة البطنية و من الأسفل : الرباط الإربي

تمرر القناة الإربية الحبل المنوي مع العصب الحرقفي الإربي و الشعبة التناسلية للعصب الفخذي التناسلي عند الذكور ، أما عند الإناث فيحل الرباط المدور للرباط للرحم محل الحبل المنوي مع نفس الأعصاب .

السبيل الحرقفي العاني : هو عبارة عن الحزمة المتسمكة من اللفافة المعترضة التي تسير موازية للرباط الإربي .

المثلث الإربي لهيسلباخ : يمثل مكان حدوث الفتوق الإربية المباشرة ، و قاعدة المثلث الرباط الإربي و حافته الأنسية العضلة المستقيمة البطنية و حافته العلوية الوحشية من الأوعية الشرسوفية السفلية .

حدود الحلقة الفخذية : من الأعلى الرباط الإربي ، و الرباط الجوبي من الأنسي ، و من الوحشي الوريد الفخذي .

الأسباب و العوامل المؤهبة :

التأهب العائلي

ازدياد الضغط داخل البطن (رفع ثقل من الأرض - السعال - الأمراض الرئوية الإنسدادية المزمنة - الشد أثناء التبول الناجم عن عائق احليلي مثل ضخامة البروستات أو الشد أثناء التبرز و الإمساك) بالإضافة إلى تمدد عضلات جدار البطن بسبب زيادة محتوياته (البدانة ، الحمل ، الحبن)
و إن ضعف طبقات جدار البطن يحدث مع التقدم بالعمر ، و سوء التغذية

تركيب الفتق : يتألف الفتق من ثلاثة أجزاء (الكيس - أغلفة الكيس - و محتويات الكيس) و إن أغلفة الكيس تأتي من عضلات جدار البطن التي يمر عبرها كيس الفتق ، أما محتويات الكيس فيأتي الثرب الكبير في المقدمة ثم الأمعاء الدقيقة .

أماكن حدوث الفتوق: المغبن ، السرة ، الخط الأبيض ، الخط المقوس لسبيغل ، الحجاب الحاجز ، و الشقوق الجراحية

تصنيف الفتوق : بغض النظر عن مكان الفتق يمكن له أن يكون :

الفتق الردود (Reducible) : يمكن له أن يرتد من ذاته عندما يستلقي المريض ، أو لدى ضغط المريض أو الجراح عليه و رده إلى جوف البطن و يجب أن ننتبه إلى القرقرة الخاصة بالأمعاء التي نشعر بها أثناء الرد .

الفتق غير الردود أو الفتق الغاصص (Irreducible or incarcerated) : و هو من اختلاطات

الفتوق و يحدث عندما لا يمكن إعادة المحتويات إلى جوف البطن فقط دون وجود أعراض أخرى ، و يحدث ذلك نتيجة للإلتصاقات ما بين كيس الفتق و محتوياته ، أو العنق الضيق لكيس الفتق .

الفتق المسدود (Obstructed) : يحتوي عرى معوية انسدت إما من الضغط الخارجي أو من داخل لمعتها و يحدث تأذي التروية الدموية للأمعاء الموجودة داخل الفتق و العلاج الجراحي واجب . و لهذا كل مريض يعاني من انسداد الأمعاء الحاد يجب التفكير بأنه يمكن أن يكون لديه فتق سبب له انسداد الأمعاء .

الفتق المختنق (Strangulated) : يحدث الإختناق عندما تتأذى و تتوقف تروية العروة المختنقة فيه ، مما يؤهب بسرعة لحدوث الغانغرين والتي تحدث بسرعة خلال مدة أقصاها ست ساعات من بدء الأعراض و الألم، و إذا لم تتحرر العروة من الإختناق فسوف يحدث الإنتقاب و تطور جرحثم البريتوان . و المظاهر السريرية للإختناق حدوث الألم المفاجيء في مكان الفتق ، ثم يتعمم في كل البطن مع حدوث الإقياء ، و لدى فحص منطقة الفتق يكون متوتر و ممض و مؤلم بشدة و غير قابل للرد .

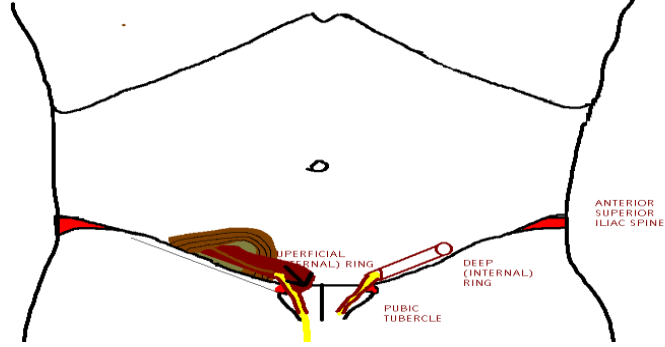
و هناك فتق يسمى فتق ريختر (Richter) : يحتوي كيس الفتق فقط جزء من جدار العروة المعوية ، عادة الحافة المقابلة للحافة المساريقية و التي تختنق و يحدث غالباً في الفتوق الفخذية و اختناق هذا الفتق خطر جداً لأن العمل الجراحي يتأخر فيه عادة حيث الصورة السريرية تقلد مظاهر انتان المعدة و الأمعاء .

الفتوق يمكن أن تكون خلقية أو مكتسبة :

آ - الخلقية (Congenital) : بقاء الناتئ الغمدي مفتوح مثل الفتق الإربي غير المباشر

ب - مكتسبة (Acquired) : تحدث في نقاط ضعف طبيعية مثل (الفتق الفخذي - فتق سرّة - اندحاق بعد عمل جراحي)

فتوق الناحية المغبئية : معظم الفتوق تبدي عدم وجود أعراض حتى يلاحظ المريض حدوث التورم في الناحية المغبئية .



١ - الفتق الإربي غير المباشر (indirect inguinal hernia) : أكثر أنواع الفتوق شيوعاً على الإطلاق و سببه نتيجة بقاء الناتئ الغمدي سالك ، شائع عند الصغار و في العقد الأول من العمر، وفي الجانب الأيمن وذلك بسبب تأخر نزول الخصية ، ويكون مزدوج الجانب في ٣٠% من الحالات ، و يكون عند الذكور ٢٠/ ضعف عند الإناث .

يقع كيس الفتق في الأمام و الأنسي في الحبل المنوي ، و يمكن أن يمتد من خلال الفوهة الإربية الظاهرة .

الأعراض و العلامات : يشتكي المريض من ألم و انزعاج في المغبن أو ألم منعكس في الخصية المناسبة ، و خاصةً عندما يحمل أحمالاً ثقيلة أو يقوم بأعمال مجهدّة .

بعض المرضى يصف ألم مفاجيء و تورم يحدث أثناء رفع الأثقال أو الكبس .

الفحص السريري : قد يكون التشخيص واضح بمجرد التأمل .

يقوم الفاحص بوضع ذروة السبابة عند أخفض مستوى للصفن و يوجهها نحو الفوهة الإربية الباطنة لدى المريض واقفاً و بصورة جانبية ، و يطلب من المريض الكبس أو السعال ، حيث يشعر الفاحص و يرى كتلة الفتق مع الشعور بصدمة الأحشاء .

عندما يكبر حجم الفتق يصبح مرئياً بسهولة لدى سعال المريض الواقف ، و يمكن أن يمتد إلى الصفن ، أما عند الأطفال فيظهر الإنتباج فقط لدى البكاء ، حيث يكون شفافاً في الطفولة الأولى ، و هذا الشفوف غير موجود على الإطلاق في الكهول .

التشخيص التفريقي : ١- قيلة مائية للحبل المنوي ٢- فتق فخذي ٣- دوالي حبل منوي

٤- عدم نزول الخصية ٥- ورم دموي متبقي ٦- ورم شحمي في الحبل المنوي

٢- الفتق الإربي المباشر (Direct Inguinal hernia) : و نسبته ١٠-١٥% من كامل الفتوق الإربية ، و يحدث في المسنين و ٥٠% ثنائي الجانب ، و بشكل نادر ينزل إلى الخصية عكس غير المباشر ، و الفتوق المباشرة دائماً مكتسبة حيث يمر كيس الفتق من نقطة ضعيفة أو تباعد ألياف في اللفافة العرضانية ، و غالباً ما يكون الفتق متوسط أو كبير الحجم و يظهر كبروز في كامل الجدار الخلفي ، حيث يتوضع الفتق خلف الحبل المنوي ، و عنق الفتق عريض و هو غير مألوف للاختناق ، و يقع أنسي الأوعية الشرسوفية السفلية في قاعدة مثلث هسبلخ ، عكس الفتق غير المباشر يتوضع إلى الوحشي من الأوعية الشرسوفية السفلية

العوامل المؤهبة لحدوث الفتوق المباشرة هي السعال المزمن و الكيس و الأعمال المجهدة إضافة إلى قطع العصب الحرقفي الإربي (عملية استئصال زائدة سابق) .

٣- الفتق الفخذي (Femoral Hernia) : يشكل الفتق الفخذي النوع الثالث من الفتوق بعد الفتوق الإربية و الإنحاق ، و هو نادر المصادفة قبل البلوغ ، و ترتفع نسبته تدريجياً منذ سن العشرين إلى الأربعين لتبلغ أعلى نسبة في سن الشيخوخة .

الفتق الفخذي يشكل حوالي ٢٠% من الفتوق عند النساء و ٥% عند الرجال ، و يصادف في الجانب الأيمن أكثر من الأيسر بنسبة ٢ : ١

يعبر الفتق الفخذي تحت السبيل الحرقفي العاني و الرباط الإربي إلى القسم العلوي للفخذ ، و يقع أسفل ووحشي حديبة العانة ، و إن الفتق الفخذي غير عرضي عادةً حتى يحدث الاختناق ، أو أن المريضة يمكن أن تشعر بعدم الراحة .

يأتي أهمية الفتق الفخذي في كونه يأتي في مقدمة الفتوق التي تختنق وخاصةً بسبب ضيق عنق الكيس و صلابه الحلقة الفخذية التي يمر فيها .

التشخيص التفريقي : ١- الفتق الإربي ٢- دوالي قوس الصافن الأنسي (تترافق مع دوالي في كامل الطرف السفلي المناسب) ٣- ضخامة عقدة بلغمية (ضخامة عقدة كلوكة البلغمية المنفرد) أما إذا تواجد عقد بلغمية أخرى متضخمة فالتشخيص سهل ٤- ورم شحمي

٥ - أم دم فخذية ٦- خراجة بسواس باردة ٧ - هجرة خصية

المعالجة : جراحية سواء بالطريق العلوي أو الطريق السفلي فيجب فتح الكيس و فحص محتوياته و ردها ثم إغلاق الفوهة عادةً بواسطة رقعة اصطناعية على شكل سدادة أو خياطة الفوهة من الأمام إلى الخلف دون رقعة وهذا معرض للنكس .

٤ - الفتق الإربي الإنزلاقي (Sliding hernia) : هو أي فتق يتشكل فيه جزء من جدار الكيس من أحد الأحشاء ، و إن أكثر الأعضاء مشاهدةً في فتوق الجهة اليسرى هو الكولون السيني و في فتوق الجهة اليمنى

الأعور و الكولون الصاعد و الزائدة الدودية ، و يمكن أن يحدث الإنزلاق على حساب كل من الرحم و البوق و المبيض ، الحالب ، المثانة و ذلك في أي من الجهتين ، علماً أن العضو المنزلق يشاهد على الجهة الخلفية لكيس الفتق

رتق الفتوق الإربية :

آ - الرتق الأمامي بالطريقة المفتوحة دون رقعة : و يسمى الرتق مع الشد لأنه يتضمن اغلاق العيب عوضاً عن دعمه بمادة صناعية و يسمى الإصلاح النسيجي الصرف .

الرتق حسب مارسى Marcy: و تجرى للفتوق الإربية غير المباشرة ، حيث يجرى الربط العالي لكيس الفتق مع تضيق الحلقة الباطنة .

الرتق حسب باسيني : الربط العالي لكيس الفتق غير المباشر ، مع إعادة تصنيع الجدار الخلفي بخياطة كل من اللفافة المعترضة و الوتر المشترك مع الرباط الإربي .

الرتق حسب شولدايس Shouldice : فتح اللفافة المعترضة أولاً و من ثم تطوى اللفافة المعترضة و يخاط إلى الرباط الإربي و كذلك الوتر المشترك إلى الرباط الإربي .

الرتق حسب ماكفي : مشابهة للرتق حسب باسيني باستثناء أن الرتق يتم في الجهة الأنسية على رباط كوبر عوضاً على أن يتم على الرباط الإربي .

ب - الرتق الأمامي بالطريقة المفتوحة مع وضع رقعة : تصنيع الأرضية الخالي من الشد حسب ليشنتناين Lichtenstein حيث توضع رقعة صناعية مصنوعة من البولي بروبيلين و يتم تثبيتها فوق أرضية القناة الإربية .

اختلاطات رتق الفتوق المغبنية :

١-النكس : يتظاهر عادةً النكس بانتباج عند السعال ، و أحياناً يشكل الألم العلامة الوحيدة للنكس

٢- الألم المغبني المزمن : هو الألم الذي يستمر لأكثر من ٦ أشهر ، و ينتج عادةً عن النسيج الندبي ، الإرتكاس تجاه المادة الصناعية ، احتباس العصب ضمن القطب ، أو وضع الملاقط المعدنية خلال رتق الفتق

٣ - الحبل المنوي و الخصيتين : النزف ⇐ تشكل الورم الدموي في الصفن و التدبير المعالجة الجراحية مع تطمين المريض .

٣ - التهاب الخصية الإقفاري : حدوث الإلتهاب في الخصية خلال ١-٥ أيام بعد العمل الجراحي و يحدث بنسبة ١% .
لقليلة المانية أو هبوط الخصية الناتج عن القطع التام للعضلة المشمرية ، و كذلك يمكن أن يحدث متلازمة عسرة القذف : وهي الشعور بإحساس حارق و مؤلم قبل و خلال و بعد القذف .

٤-أذية المثانة : غير شائعة باستثناء حالة الفتق الإنزلاقي الذي يحتوي في جداره على المثانة .

٥-انتان الجرح و يحدث بنسبة ٥% فقط

٦ - الورم المصلي : يشيع عند استخدام الرقعة الصناعية ، لا يستطب اجراء البزل الا لتحسين الاعراض .

٧ - الورم الدموي : شائع ، لكنه عادةً محدد لذاته .

الفتق السري : و تكثر مصادفته عند الأطفال في السنة الأولى من العمر حيث تكون ندبة السرة متوسعة بسبب انتان أصابها لدى ربط الحبل السري ، و يشاهد عند الذكور أكثر من الإناث بنسبة ٢ : ١ ، لا أعراض أبداً لهذا الفتق لكن يزداد حجمه و يبرز كحبة العنب لدى بكاء الطفل مما يسبب له بعض الإزعاج فيزداد بكاءً

الفتوق الصغيرة كروية الشكل بينما التي يزداد حجمها تصبح مخروطية الشكل وتظل ظاهرة دون بكاء

تتغلق معظم الفتوق في سن الرابعة من العمر بشكل عفوي و إذا لم تغلق فينصح بالجراحة

الفتوق جانب السرة : تصاب النساء أكثر من الرجال بنسبة 5 : 1 ، و المريضة بدينة عادةً عمرها بين ٣٥ - ٥٠ سنة مع ترهل عضلات جدار البطن ، و تعتبر الولادات المتكررة من العوامل الهامة المؤهبة لذلك .

عند الكبار لا يحدث الفتق عبر الحلقة السرية بل يبرز عبر الخط الأبيض مباشرةً فوق السرة أو أسفلها ، و عندما يكبر يصبح دائري أو بيضوي الشكل مع ميلان اتجاهه نحو الأسفل .

قد يصل هذا الفتق لأحجام كبيرة جداً ، عنقه ضيق عادةً إذا ما قورن بحجمه و حجم محتوياته و التي تتألف من الثرب الكبير بالدرجة الأولى يرافقها الأمعاء الدقيقة أو جزء من الكولون المعترض ، في الحالات القديمة يصبح الكيس متعدد الحجر و يلتصق الثرب على قاعه .

قد يصبح الكيس غير ردود بسبب التصاقات الثرب مع الكيس .

سريراً : يسبب الفتق الكبير آلاماً شديدة مع هجمات قولنجية معوية متكررة عابرة ناجمة عن تحت انسداد الأمعاء الحاد

الفتق الشرسوفي : و نسبته ٣-٥% و هو شائع عند الرجال < النساء و بسن ٢٠ - ٥٠ سنة ، حوالي ٢٠% من الفتوق الشرسوفية متعددة ، و تحدث عبر الخط الأبيض في أي مكان ما بين الذيل الخنجري و السرة و عادةً في منتصف المسافة .

يبدأ هذا الفتق كبروز صغير للشحم أمام البريتوان عبر الخط الأبيض حيث تمر الأوعية الدموية (عبر الثقوب التي تحدثها هذه الأوعية الدموية) و عادةً ما يصادف أكثر من فتق واحد عند نفس المريض .

سريراً : في البداية عبارة عن بروز بحجم حبة العنب و يكبر تدريجياً ، نادراً ما تكون فوهته كبيرة لتسمح بمرور جزء من حشا أجوف و بالتالي فالكيس غالباً ما يكون فارغاً أو أنه يحتوي على جزء صغير من الثرب .

معظم الفتوق غير عرضية و يجس هذا الفتق أكثر من أن يرى لذلك يكشف لدى فحص بطن روتيني بالإستقصاءات البطنية ، و إذا أصبح مؤلماً فالألم موضع في مكانه ، ليشند بالتمارين الفيزيائية و يصبح ممضاً بالجس

المعالجة جراحية باستئصال الشحم أو رد المحتويات ثم خياطة الفوهة إذا كانت صغيرة أو وضع رقعة اصطناعية .

فتق سبيغل : نوع من الفتوق ما بين طبقات عضلات جدار البطن الأمامي و يحدث عادةً على مستوى الخط المقوس ، و قد يبقى الكيس تحت العضلة المنحرفة الباطنة (و هذا النوع غير مجسوس و لكن مؤلم فقط) ، و بالفحص كتلة مرنة ملساء قابلة للرد وحشي العضلة المستقيمة و تحت السرة و قد يحدث الإختناق

الفتق السدادي : يحدث في القناة السدادية ، عند المسنات و في الغالب غير عرضي حتى يحدث الإختناق ، أو انسداد الأمعاء و في نصف الحالات هناك شكوى ألم على الجانب الأنسي العلوي من الفخذ مع امتداد للركبة ، و التشخيص يتم بعد فتح البطن لأجل انسداد الأمعاء

الفتق القطني Lumbar hernia: فتق عبر جدار البطن الخلفي في أي مستوى من الناحية القطنية و الشائع الأغلب هو العلوي Grnfeltt,s و السفلي Petit,s Triangle و الفتق القطني يحدث بعد عمل جراحي على الكلية بجرح قطني ، و يتظاهر بعدم راحة و تورم في الخصرة . و يجب تفريقه عن الخراجات أو التورم الدموي ، أورام النسيج الرخو ، أورام الكلية .

الفتق الوركي Sciatic hernia : هو فتق كيس بريتواني عبر الفوهة الإسكية الكبيرة ، و يبدي عدم راحة و إذا كان حجمه كبير فيوجد كتلة ردودة في المنطقة الإليوية .

الفتق العجاني Perineal hernia : و يمكن أن يكون خلقي أو مكتسب و يحدث في أرضية الحوض و الشكاية تورم في العجان عادةً ردود مع عدم راحة بالوقوف .

يوجد فتق يسمى فتق Litter,s : و هو الفتق الذي يحوي رتج ميكل في داخل كيس الفتق

اندحاق جدار البطن Ventral - incisional hernia : ١٠% من العمليات البطنية ينتج عنها اندحاق

الأسباب : ١- تكتيك جراحي ضعيف مثل عدم مطابقة اللقافات ، أو الشد الزائد ، أو نوع الخيط أو التفجير عبر جرح العملية

٢- العمر : حيث شفاء الجروح عموماً أبطأ و أقل صلابة عند المسنين

٣- انتانات الجروح بعد العملية و خاصةً عند السكريين أو عند وجود التهاب البريتوان

٤ - ظروف المريض العامة : تشمع كبد ، سرطان ، سوء التغذية ، استخدام الستيروئيدات

٥ - الإختلاطات الرئوية بعد العمل الجراحي : سعال مزمن ، تدخين

٦ - وضع مفجر أو فوهة كولوستومي ضمن الجرح

٧ - عدم اغلاق صفاق تروكار الجراحة التنظيرية لثقب أكثر من ١٠ ملم في الحجم

٨ - الشقوق العمودسة أكثر حدوث من المعترضة

قد يحدث الإندحاق خلال الأيام الأولى بعد العملية الجراحية و يسمى تفزر جرح البطن ، و العلامة الأساسية هي نز مصلي مدمى من الجرح لدى نزع الغرزات الجلدية ،و قد تخرج الأمعاء و الثرب خارج الجرح مباشرة ، و في هذه الحالة نلجأ إلى العمل الجراحي الإسعافي بإعادة خياطة جدار البطن .
لذلك يعتبر اغلاق الطبقات العميقة في جروح البطن من أهم مراحل الإغلاق .

الأعراض السريرية : يمكن أن يبدي الإندحاق عدم راحة ، و يحدث تورم في الندبة و يكبر هذا الإنتباج باستمرار و تدريجياً تصبح محتوياته غير قابلة للرد إلى جوف البطن ، و الجلد فوقه أحياناً يصبح رقيق و ضامر بحيث تبدو الحركات الحوية من تحته ،و أحياناً يصاب بالتمزق و التمزق .و لا ننسى هجمات من تحت انسداد الأمعاء الحاد شائعة الحدوث و يمكن أن يحدث الإختناق .

المعالجة : ريثما يتم التحضير للعمل الجراحي ينصح المريض بلبس مشد مرن ، و العملية هي استئصال الندبة و الجلد الزائد مع استئصال الكيس بعد تحرير الأحشاء الملتصقة و ردها إلى جوف البطن ثم وضع رقعة اصطناعية .

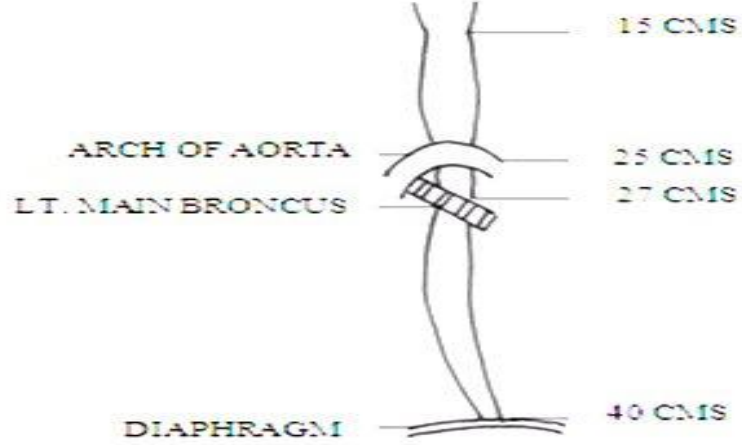
تباعد العضلتين المستقيمتين (Divarication Recti Abdominis) : يشاهد انفصال واضح سريرياً لحافتي العضلتين المستقيمتين عن بعضهما نتيجة نقص مقوية عضلات جدار البطن .

قد يكون التباعد خلقي نتيجة ارتكاز العضلتين المستقيمتين إلى الوحشي من الموقع المفترض على الأضلاع و الوصل الضلعي الغضروفي ، حيث نلاحظ فراغاً بين العضلتين يمكن إدخال الأصابع بينهما ، و هو لا يحتاج لعمل جراحي حيث يشفى تلقائياً بنمو الطفل و بدئه للمشي ، و لكنه يكون في الحالات النموذجية مكتسباً بسبب التقدم بالسن ، البدانة ، أو بعد الحمل حيث يحدث تباعد بين العضلتين على مستوى الخط الأبيض ، و يمكن ادخال الأصابع بحيث تغوص اليد ضمن البطن و يمكن أن نجس فقرات الظهر .

يعالج باستخدام حزام للبطن و يجرى التصحيح الجراحي لتباعد المستقيمتين الشديد بطي الوريقة الأمامية لغمد المستقيمة ، و هي جراحة تجميلية و ليست علاجية لأنه لا يوجد خطر الإختناق .

الفتوق الحجابية (Hiatal Hernia)

المري انبوب عضلي يبدأ كاستمرار للبلعوم و ينتهي بفؤاد المعدة ، بدايته عند الحافة السفلية للفقرة الرقبية السادسة ، و هناك ثلاث مناطق متضيقة في المري :



- المنطقة العليا : هي الأكثر تضيقاً و تتوضع عند مدخل المري على بعد ١٥ / سم عن الأقواس السنية ، عند العضلة الحلقية البلعومية .

- المنطقة المتوسطة المتضيقة : على بعد ٢٥ سم عن الأقواس السنية و تحدث بسبب تصالب القصبة الهوائية الرئيسية اليسرى و قوس الأبهـر .

- المنطقة المتضيقة السفلية : و يبعد بمقدار ٤٠ سم عن القوس السنية ، وهي موجودة عند فوهة الحجاب و تحدث بسبب آلية المعصرة المريئية المعدية .

و إن هذه المناطق هي الأكثر عرضةً للأذية بالمواد الكاوية لأن المادة لا تمر في هذه المناطق بشكل سريع .

المعصرة المريئية العلوية : تبعد بمقدار ١٥ سم عن القواطع ، و توجد في القسم العلوي من المري في نهاية العضلة الحلقية البلعومية ، و هي أكثر الأماكن عرضةً للإنتقـاب أثناء التنظير الهضمي العلوي .

المعصرة المريئية السفلية : معصرة فيزيولوجية و ليست تشريحية تبعد ٤٠ سم عن القواطع ، وهي منطقة من الضغط العالي بين المري و المعدة ، و طولها حوالي ٣-٥ سم مباشرة فوق اتصال المعدة بالمريو ضغطها ١٣ ملم ز و هذه الأرقام مهمة في دراسة ضغوط المري لتشخيص القلس ، و هذه المعصرة مغلقة بشكل دائم الا عند البلع للسماح بمرور الطعام الى المعدة . و في الحالة الطبيعية عند ارتفاع الضغط ضمن المعدة لا يعود الطعام للمري نتيجة وجود المعصرة و زاوية هيس .

وإن خواص المعصرة المريئية السفلية للمري هي : طولها الكلي ، و ضغطها و كذلك طول المري البطني .

و إذا كان ضغط المعصرة > ٦ ملم ز ، و طولها الكلي > ٢ سم ، و طول الجزء البطني > ١ سم هذا يعني قصور المعصرة و يتم كشفها بإجراء ضغوط المري .

التروية الشريانية للمري : من الأعلى من الشريان الدرقي السفلي ، و المري البطني من الشريان المعدي الأيسر .

العود الوريدي : جملة جهازية حيث القسم العلوي يصب بالوداجي و منه للأجوف العلوي

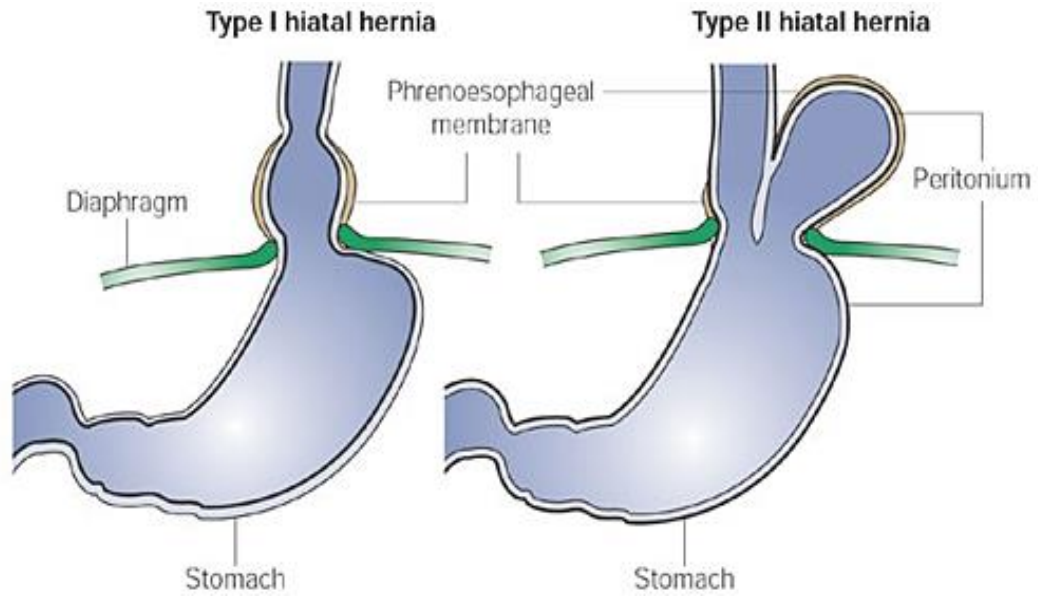
و القسم الأوسط يصب بالوريدين الفرد و نصف الفرد و منه للأجوف السفلي

جملة بابية و تشمل القسم السفلي البطني حيث تصب في وريد الباب

النزح اللمفي : الثثان العلويان إلى العقد الموجودة حول الرغامى و العنق و حول الوداجيين ، و الثلث السفلي إلى العقد حول الجذع الزلاقي .

الفتق الحجابي : هو انفتاق الجزء العلوي من المعدة عبر الفوهة الحجابية و حدوث أعراض القلس بسبب غياب الصمام .

تصنف الفتوق الحجابية الى ثلاثة أنواع:



١ - النمط الأول وهو الفتق الحجابي الإنزلاقي (Sliding hernia) : هو خروج جزء من المعدة عن طريق الفوهة الحجابية و يتغير موقع الفؤاد إلى الأعلى حيث يصبح متوضع في المنصف الخلفي

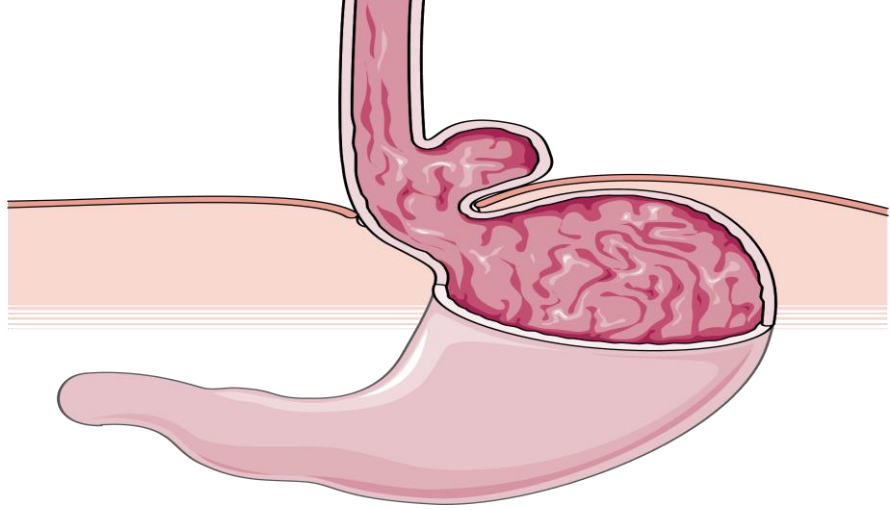
و يمثل ٨٠ - ٨٥% من الفتوق الحجابية ، و العمر المتوسطي لحدوثه ٤٥ - ٥٠ سنة ، و غالباً ما يترافق مع قلس، و من الأسباب التي تؤدي الى حدوثه هي ارتفاع الضغط داخل البطن (حمل - سعال مزمن - امساك)

بالتنظير الهضمي العلوي نجد منطقتي تضيق في المري الأولى عند الوصل المعدي المريئي و الثانية عند الفوهة الحجابية ، فيحدد طول الفتق بقياس المسافة بين التضييقين .

٢ - النمط الثاني و هو الفتق الحجابي المتدرج أ و جانب المري (Rolling or para esophageal

العمر الوسطي ٦٠ سنة ، حيث قسم من المعدة يصعد فوق الحجاب الحاجز و ذلك بجانب المري ، و لا يترافق مع قلس ، و إن النمط ١ و النمط ٢ يصيب النساء < الرجال

٣- النمط الثالث و هو الفتق الحجابي المشترك الإنزلاقي و المتدحرج :



و هو يتميز بتبدل موضع الفؤاد و القاع معاً نحو الأعلى ، حيث تتحرك المعصرة خارج

البريتوان نحو الصدر مع جزء من المعدة

٤- هناك نمط يدعى المعدة داخل الصدر ، و بعضهم يعده نمط رابع من الفتوق أو مرحلة متقدمة من النمط

الثالث و فيه تهاجر كل المعدة إلى الصدر و ذلك بدورانها ١٨٠ درجة منوية حول محورها الطولاني بحيث يكون الفؤاد و البواب هما نقطتا التثبيت لهذا الدوران ، ويمكن أن يدخل الصدر كذلك الطحال أو جزء من الكولون أو الشرب إلى جوف الصدر عبر الفوهة المريئية .

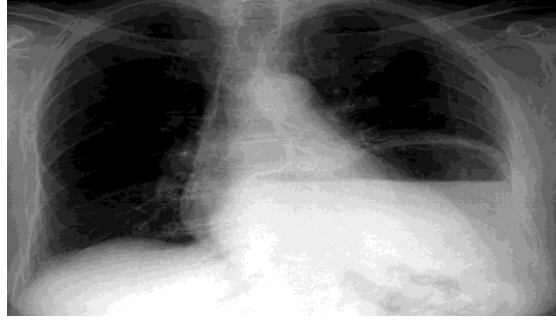
التظاهرات السريرية :

التظاهرات السريرية المرافقة للفتوق الحجابية الإنزلاقية تشمل : حرقة الفؤاد خلف القص ، و التجشؤ و قلس المحتويات المعدية و عسرة بلع أحياناً .

الفتوق جانب المري فيحدث حس الإمتلاء و عسرة البلع (بسبب ضغط الأعضاء المجاورة) و قد تحدث أعراض الفتق الحجابي الإنزلاقي مثل حرقة الفؤاد و التجشؤ و القلس للمحتويات الطعامية . و كذلك قد يحدث اقياءات دموية لأن المخاطية المعدية تتنخر و تتقرح في الجزء المنفتق من المعدة ، و قد تترافق مع أعراض تنفسية من ضيق نفس و التهابات رئوية متكررة .

-في حالة المعدة داخل الصدر قد يحدث أعراض انسدادية متناوبة بسبب الدوران ، و في خمس الحالات قد يحدث اختلاطات خطيرة مثل النزف الغزير أو الإنفصال أو احتشاء معدي أو انثقاب بسبب نقص التروية .

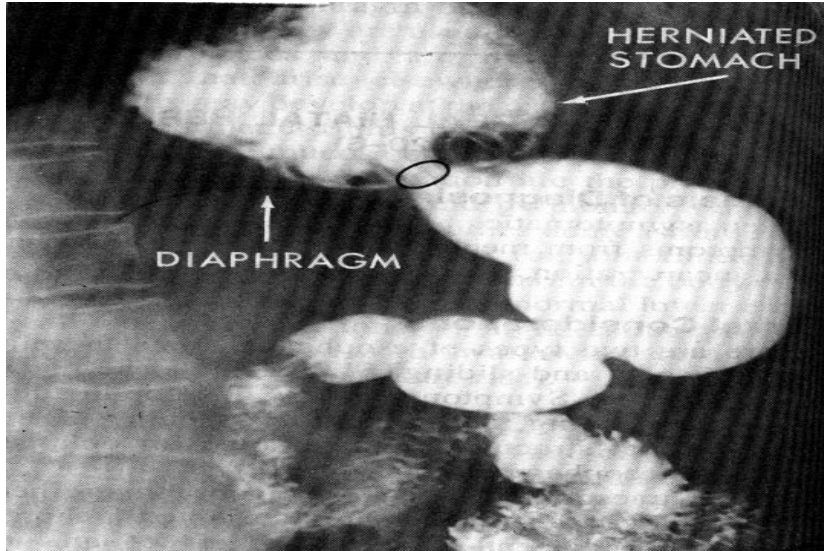
التشخيص :



١-صورة الصدر البسيطة :

يمكن أن تضع التشخيص في حال أثبت وجود سوية سائلة غازية في المنصف الخلفي السفلي و ذلك لأجل الفتق جانب المري .

٢ - صورة ظليلة للمري و المعدة :



و ذلك

بإعطاء لقمة باريتية و خاصةً بوضعية تراندلبورغ (بوضعية الرأس أخفض من الجسم)

٣- التنظير الهضمي العلوي : و يمكن تحديد الفتق الإنزلاقي بملاحظة مخاطية المعدة تمتد فوق الإنطباع الذي تحدثه السويقة الحجابية (أي أن الوصل المريئي المعدي موجود فوق الفوهة الحجابية و ذلك في الفتق الإنزلاقي) و يمكن للمنظار رؤية الوصل المريئي المعدي من الأسفل و بذلك يكشف وجود فوهة إضافية جانب المري مكان الفتق جانب المري .

٤ - قياس ضغوط المري (Esophageal Manometry) : هو اختبار مهم لتحديد حركية المري و قياس ضغط و طول المعصرة السفلية من أجل تحديد طبيعة العمل الجراحي .

و نقول بأنه يوجد قصور بالمعصرة المريئية السفلية في حال وجود واحد أو أكثر مما يلي :

آ - انخفاض ضغط المعصرة المريئية السفلية عند ٦ ملم ز .

ب - عندما يكون طول المعصرة السفلية أقل من ٢ سم . ج _ طول المعصرة داخل البطن أقل من ١ سم .

٥ - قياس تعرض مخاطية المري للحموضة المعدية : يعتمد في هذه الطريقة على قياس ph المري على مدار (24 ساعة) وهي وسيلة ممتازة لتحديد القلس المعدي نحو المري .

العلاج : علاج الفتق الإنزلاقي وذلك بمنع وصول المواد الحامضة إلى أسفل المري ، و ينصح المريض بالنوم و الرأس مرفوع حوالي ٢٥ سم ، و تجنب المناورات التي تزيد الضغط داخل البطن و عدم ارتداء الألبسة الضيقة ، و كذلك ينصح بعدم الإضطجاع و النوم مباشرة بعد الطعام

ننتبه إلى انقاص الوزن مع التأكيد على تناول وجبات صغيرة و متعددة ، و تجنب الأطعمة الدسمة و التوابل و القهوة و الكحول و التدخين .

يمكن تطبيق العلاج الدوائي في حال وجود أعراض فتق حجابي انزلاقي دون وجود اختلاطات واضحة (مري باريت - التهاب أسفل المري) و نبدأ بحاصرات الهيستامين H2 مثل Ranitiden ، و مثبطات مضخة البوتون مثل Omeprazol ، مع إعطاء أدوية تساعد على إفراغ المعدة مثل Metclorpromid و كذلك تنشيط حركية المري مثل Motilon

استطبابات الجراحة في الفتق الإنزلاقي :

١- فشل السيطرة على الأعراض بعد فشل العلاج المحافظ مدة ٣-٦ أشهر

٢- زوال الأعراض مع المعالجة و عودة الأعراض بعد إيقاف العلاج .

٣- في حال وجود الإختلاطات التالية للقلس (التهاب مري شديد - مري باريت - تضيق- نزف)

فتوق جانب المري و الفتوق المختلطة يجب أن يكون العلاج جراحي لأن نسبة الإختلاطات عالية و خاصةً الإنفتال و نقص التروية ، لذلك يجب اجراء عمل جراحي برد محتويات الفتق للبطن مع اغلاق الفوهة الحجابية المتوسعة مع تسليخ كيس الفتق و اجراء عمل يمنع القلس المعدي المريئي في حال وجوده (Fundoplication) ، أما إذا كان لا يوجد قلس معدي مريي فيمكن اجراء رد محتويات الفتق مع تضيق الفوهة الحجابية فقط .



أنواع العمليات : ١- عملية نيسن Nissen :

طي قاع المعدة 360 درجة حول أسفل المري



٢- عملية Toupet توبيه

طي قاع المعدة 270 درجة حول أسفل المري

و إن الهدف الأساسي للعلاج الجراحي هو استعادة ضغط المعصرة المريئية السفلية الى مستوى 12 ملم ز أي ضعف ضغط المعدة عند الراحة ، و استعادة طول المعصرة إلى 2 سم ضمن البطن ، و أن يكون الطي حول أسفل المري و ليس على الإنحناء الصغير للمعدة و استخدام قاع المعدة من أجل الطي مع ضمان وجود القاع داخل البطن دون توتر إضافي ، و عدم أذية العصبين المبهمين . و يمكن إجراء العمليات الجراحية للفتوق الحجابية تنظيرياً

