

كلية الطب البشري
السنة الرابعة



آفات الأمعاء الجراحية 2

د. أسامة عرابي

محتوى مجاني غير مخصص للبيع التجاري

جراحة 1 | 1 surgery

2020

RB Medicine

مرحباً.....

منرجع معكن اليوم بمادتنا الجميلة والممتعة الجراحة

بمحااضرة جديدة للدكتور أسامة عرابي

بسم الله نبدأ.

الفهرس

الصفحة	الموضوع
2	النواسير المعوية
4	متلازمة المعوي القصير
6	الاقفار المساريقي
11	أورام الأمعاء الدقيقة

محاضرة خفيفة ولذيذة
لا تخافوا يلا نبلس...



النواسير المعوية

- الناسور بشكل عام هو مجرى يصل بين سطحين ظهاريين، وبالتالي له فوهتان فوهة بدئية من حيث نشأ وفوهة أو فوهات ثانوية حيث ينتهي تمر مفرزات أو سوائل ما من الفوهة البدئية عبر المجرى لتتخرج من الفوهة الثانوية.
- قد تكون كميتها كبيرة فيدعى الناسور عالي النتاج أو تكون قليلة فيدعى الناسور حينها منخفض النتاج.

تصنيف النواسير

أ- حسب التوضع التشريحي:

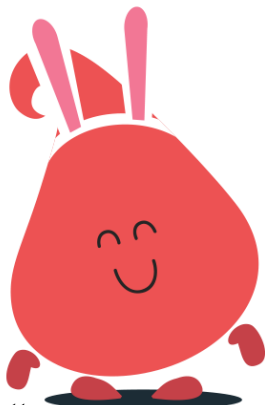
1. النواسير الخارجية: وهي النواسير الأكثر شيوعاً وتصل بين جهاز أو عضو داخلي وبين الجلد (ناسور معوي جلدي).
2. النواسير الداخلية: وتصل بين عضوين مجوفين من نفس الجهاز (معوي قولوني) أو من جهازين مختلفين دون اتصال خارجي (ناسور قولوني مهبل).
3. النواسير البانية **proximal**: وتتوضع ضمن السبيل الهضمي العلوي، وعادة ما تكون مترافقة مع نتاج عالي (3 ليتر/يوم أو أكثر) وأعراض، وغالباً ما يكون إنذارها سيئاً.
4. النواسير القاصية **distal**: تنشأ في اللغائفي النهائي أو القولون أو المستقيم، وغالباً ما تترافق مع اختلاطات أقل من النواسير البانية، وغالباً ما تشفى بالمعالجة المحافظة.
5. النواسير البسيطة: وتمتلك مسيرة واحدة، في حين أن النواسير المعقدة تمتلك مسارات متعددة ومتغيرة وتصل عضواً أو أكثر.

ب- حسب النتاج: وهو كمية المفرزات أو السوائل التي تخرج من فوهة الناسور:

1. نواسير عالية النتاج: تنزح أكثر من 500 مل / يوم.
2. نواسير منخفضة النتاج: تنزح أقل من 500 مل / يوم.

أسباب النواسير

1. جراحية: انفكك مفاغرة معوية، انفكك جذمور الزائدة.
2. داء كرون.
3. الأورام الخبيثة في الأمعاء والقولونات.
4. الـ **diverticulosis** (داء الرتوج)
5. التهاب الأمعاء الشعاعي.
6. الرضوض.



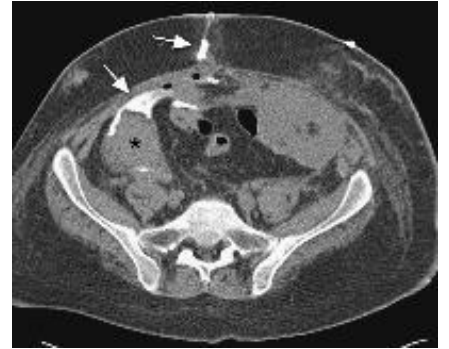
الفيزيولوجيا المرضية

يؤدي النزح الغزير من الفوهة الثانوية لفقدان محتويات الأمعاء، وبالتالي حدوث نقص حجم واضطراب في توازن السوائل والشوارد وسوء التغذية، وكثيرا ما يختلط بالإنتان، كما يتخرش الجلد بالمفرزات.

الأعراض والتشخيص

- ↙ حسب نوع الناسور وتوضعه نشاهد:
- ↙ نز من المنزح!
- ↙ من جدار البطن أو المهبل.
- ↙ بول عكر أو إنتان بولي شديد في حال التنوسر على المثانة.
- ↙ احمرار في الجلد حول فوهة الناسور الخارجية.
- ↙ حرارة، ألم بطني.

التشخيص



العلاج

المعالجة المحافظة:

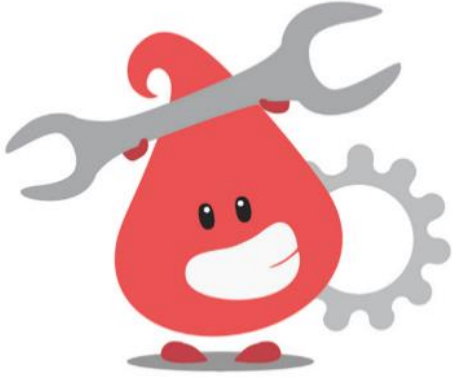
- ❖ تصحيح اضطراب الحجم والشوارد.
- ❖ حماية مطلقة أو سوائل راتقة.
- ❖ تغذية وريدية.
- ❖ صادات.
- ❖ حماية الجلد من المفرزات.

¹ يتشكل الناسور في الغالب نتيجة انفتاح خراج على جوفين ظهاريين مجاورين له فنشاهد نز غريب عبر مفجر الخراج نتيجة انفتاحه على أحد المجاورات.

وغالبا ما تنغلق النواسير الصغيرة والمنخفضة النتائج بهذا العلاج المحافظ.

المعالجة الجراحية:

تعتبر المعالجة الجراحية مستنبة عندما تفشل محاولات اندمال النواسير بالوسائل غير الجراحية أو عندما لا يكون بالإمكان السيطرة على الإنثان، وتتضمن الحالات الشائعة التي تفشل فيها النواسير بالانغلاق كلا من:



- ✓ الخباثة.
- ✓ التشجيع.
- ✓ وجود انسداد قاصي بعد موضع الناسور.
- ✓ الالتهاب.
- ✓ وجود جسم أجنبي.
- ✓ تشكل ظهارة في مسار الناسور.

✓ ويجب أولا نزع الخراجات إن وجدت وذلك بالفتح الجراحي أو بالقنطرة الموجهة بواسطة الإيكو أو بالتصوير المقطعي المحوسب، إغلاق الفوهة البدئية لمجرى الناسور وغالبا ما يتطلب ذلك بترًا ومفاغرة للعروة المتوسرة، أما الفتحة الثانوية فتغلق عفويا بعد ذلك إذا كانت خارجية، أما الداخلية (مهبل مثانة ...) فيجب ترميمها.

متلازمة المعوي القصير Short bowel syndrome

تنجم عن استئصال قسم كبير من الأمعاء وبقاء متر منها أو أقل، وتتجلى بسوء امتصاص، وتأخر نمو عند الأطفال.

العلاج:

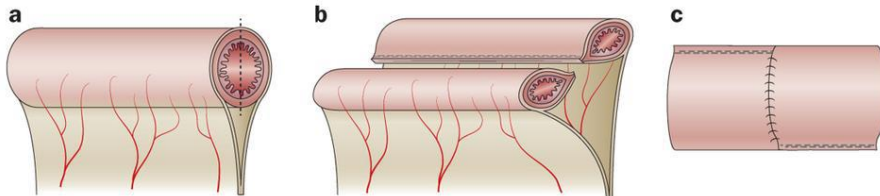
أ. الدوائي:

- تغذية وريدية عالية الطاقة بعد العمل الجراحي المسبب.
- التغذية الفموية: زيادة الحريرات في الوارد الغذائي للتعويض عن القسم الذي لا يمتص.
- حماية قليلة الفضلات أو نظام غذائي متوازن العناصر elemental diet يحوي فقط المكونات التي تمتص عبر الغشاء المخاطي للأمعاء دون الحاجة لإنزيمات هاضمة: دسم متوسطة أو قصيرة السلسلة سكريات أحادية ببيتيدات أحادية فيتامينات ومعادن.
- إبطاء الإفراز المعوي: بإعطاء مضادات التمعج antiperistaltic.
- تخفيف الإفراز المعوي: بإعطاء ضادات مستقبلات الهيستامين 2.

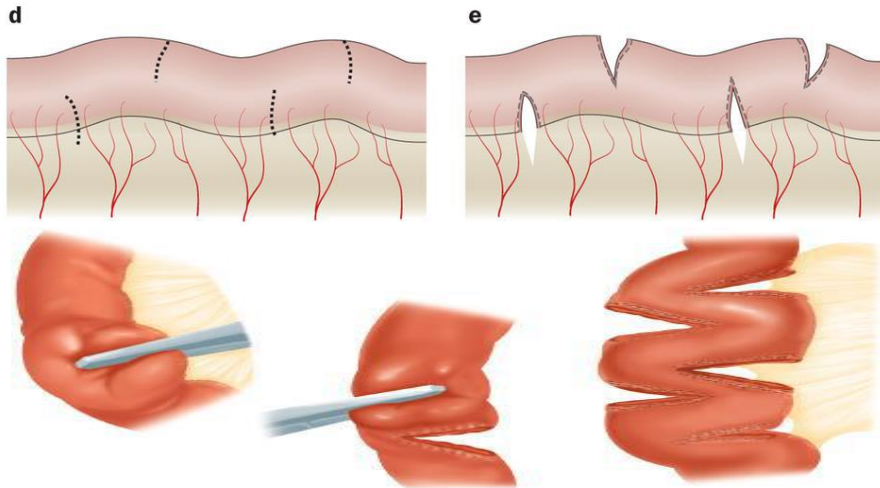
ب. المعالجة الجراحية:**لقد تم وصف العديد من العمليات الجراحية لتدبير متلازمة المعوي القصير، وخاصة عند الأطفال رغم عدم تبني هذه العمليات بشكل واسع.**

1. **إبطاء المرور المعوي:** إذا تم إبطاء زمن المرور المعوي، تصبح لدى محتويات الأمعاء فرصة أكبر لكي تمتص، يتم إنشاء شذفة معاكسة للحركات الحوية عبر وضع قطعة معوية بشكل معاكس للحركات الحوية، ويؤدي تعاكس الحركة بالتالي إلى إبطاء زمن المرور، إلا إن هذا التأثير المعاكس للحركات الحوية يتناقص مع مرور الزمن كما يبدو.
2. **إدخال عروة كولونية:** ويؤمن معدل حركة داخلي أبطأ مع قطر لعمة أكبر وتبقى النتائج محدودة.
3. **وضع ناظم خطى للأمعاء:** في السبيل الهضمي القاصي يؤمن حركات حوية بالاتجاه الراجع ، وبالتالي يبطل من زمن المرور ، وما يزال هذا الاجراء قيد التجربة .
4. **زيادة مساحة سطح الأمعاء:** إن عملية تطويل وتدقيق الأمعاء (تصنيع الأمعاء المستدق tapering enteroplasty) يمكن أن تؤدي إلى مضاعفة طول الأمعاء، إلا أن هذه العملية صعبة تقينا، خاصة عند وجود التصاقات شديدة أو تسمك بالمساريقا، وتبقى النتائج متوسطة الجودة.
5. **زرع الأمعاء:** إن التطورات المستقبلية في التثبيط المناعي وتقنيات الحفظ قد تجعل من الممكن إجراء زرع أمعاء معزول (والذي ما يزال حتى الآن مثارة للجدل) والذي يشكل بديلا مقنعا لدى بعض المرضى، خاصة أولئك الذي استؤصلت كامل أمعائهم.

Longitudinal lengthening (Bianchi procedure)



Serial transverse enteroplasty (STEP)

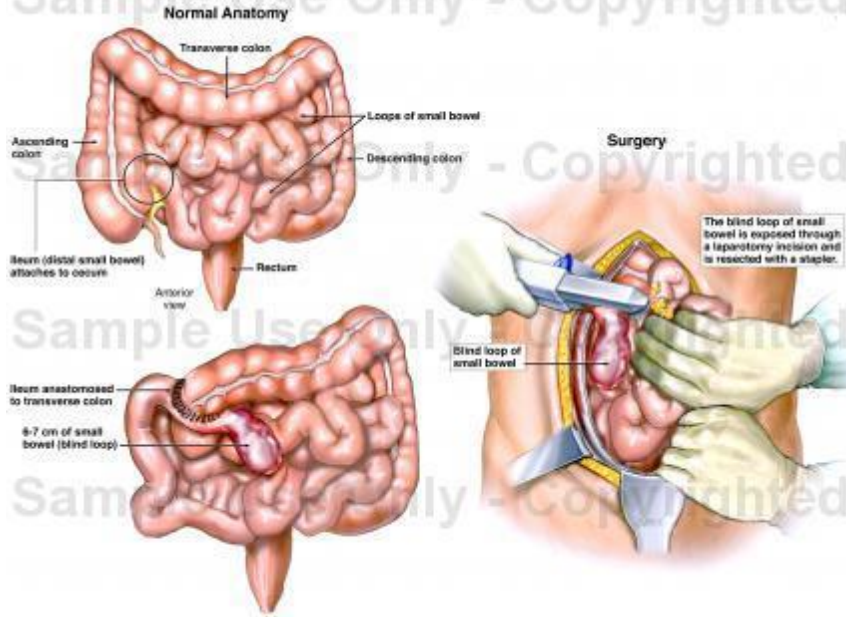


مناورات زيادة سطح الأمعاء حيث تجري بطريقة طولية يتم خلالها قص الأمعاء بشكل طولي فيشكل وخطاتها ثم مفاغرة الأجزاء ويصبح طول الأمعاء ضعف الطول الأصلي، أو يتم قص الأمعاء بشكل عرضي بشق فير تام وخطاطة طرفية لتصبح الأمعاء بشكل زيكاك.

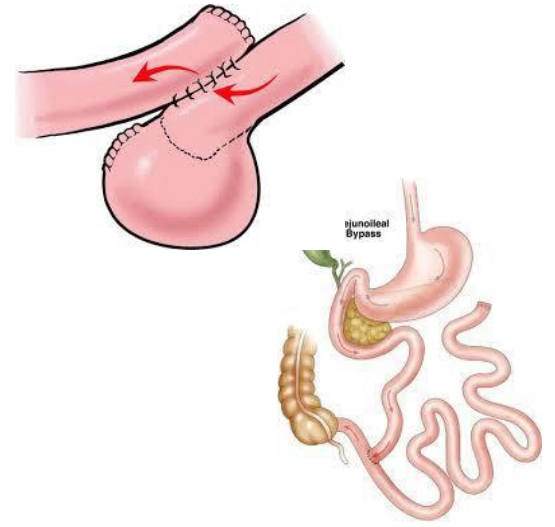
متلازمة العروة العمياء² Blind Loop Syndrome

- حالة نادرة تتجلى بإسهال (مائي) أو إسهال دهني، فقر دم عرطل الخلايا، نقص وزن ألم بطني اضطرابات عصبية، عوز الفيتامينات المنحلة بالدم.
- الأسباب: فرط نمو جرثومي في عروة راکدة بسبب تضيق أو رتوج أو تنوسر أو مفاغرة جانبية جانبية.

Blind Loop Syndrome and Surgical Bowel Resection



العلاج: علاج السبب.



الإقفار المساريقي³ mesenteric ischemia

نقص في ورود الدم للأمعاء (الشريان المساريقي العلوي أو السفلي أو فروعهما...) وهو نوعين حاد يؤدي لتموت الأمعاء والوفاة إذا لم يعالج باكرا، ومزمن.

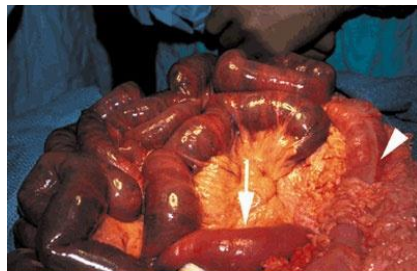
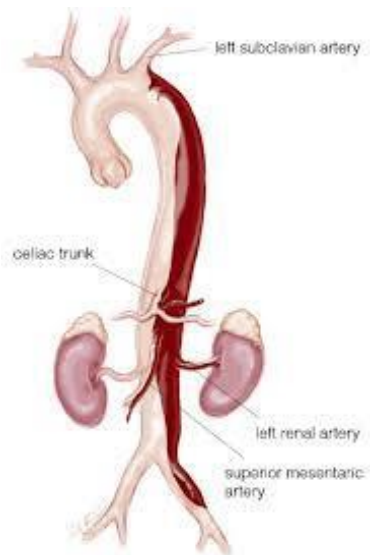
الإقفار المساريقي الحاد acute mesenteric ischemia

☺ وهو نوعين:

- أ- بدئي: أي أن نقص التروية حدث بسبب وعائي.
- ب- ثانوي.

أ. البدئي:

نوعين: ساد أو غير ساد.



² إقرو عنها بالهضمية

³ في مخطط ظريف بأخر صفحة بالمحاضرة لترتيب الأفكار

أولاً : الساد شرياني أو وريدي:

1- **الشرياني:** ينجم عن صمة أو خثرة أو تسليخ منشأ الشريان المساريقي العلوي بسبب أم دم أبهر بطني مسلخة.

آ- الصمة (الصمي): هي السبب **في 70%** من الحالات، تتوضع غالباً عند منشأ المساريقي العلوي وتنجم عن رجفان أذيني، احتشاء عضلة قلبية.

ب- الخثار (الخثري): يحدث **في تترابين متصلبة مسبقاً تصلباً تنديداً** حيث تتوضع في الشريان البطني celiac artery (الجدع الزلاقي) أو المساريقي العلوي وغالباً ماتشمل أكثر من شريان حشوي رئيسي مما يصعب من إعادة فتحها.

ج. تسليخ منشأ الشريان المساريقي العلوي.

2- الوريدي: ويحدث في أعمار أصغر.

⊗ وغالباً ماينجم عن عوامل مؤهبة: فرط الخثرية، فرط توتر وريد الباب إنتان داخل البطن، رض بطن كليل، التهاب بنكرياس حاد، استئصال طحال، ورم خبيث في المنطقة البابية، تناول الحبوب المانعة للحمل.

⊗ آية حدوث نقص التروية الشرياني في الخثار الوريدي: يؤدي الخثار الوريدي إلى نقص النزح الوريدي مما يسبب وذمة شديدة في جدار الأمعاء يتلوه نزح السوائل نحو لمعتها فينجم عن ذلك صدمة نقص حجم ولزوجة في الدم ينقصان الجريان الشرياني.

ثانياً: غير الساد:

- ينجم عن تشنج الأوعية المساريقية المتصلبة، ويصيب مرضى التصلب الشرياني الذين أصيبوا بأحد أدوائه الخطيرة كإحتشاء العضلة القلبية وقصور القلب الإحتقاني، أو حدث لديهم تجفاف أو صدمة نقص حجم، وغير ذلك، استعمال رافعات التوتر لعلاج الصدمة....

ب. الثانوي:

⊗ **ينجم عن أسباب غير وعائية: انفثال، اختناق، ضغط خارجي.**

التظاهرات السريرية لنقص التروية المساريقية الحاد

- ❖ الأعراض متشابهة بين مختلف النماذج مع بعض الخلافات التي قد تفيدنا في التشخيص.
- ❖ **أهم عرض هو الألم:** ألم حاد مفاجيء حول السرة أو معمم (لايتناسب مع الموجودات بالفحص السريري كغياب الدفاع العضلي)⁴ لايعنو للمسكنات، غثيان، إقياء، إسهال ثم يتلوه توقف في خروج البراز والغاز، تطبل بطن، وإذا ماحدث التموت نشاهد نزفا هضميا سفليا، علامات التهاب صفاق وعلامات إنتان أو صدمة إنتانية.
- ❖ يجب الإشتباه به عند مريض مؤهب حدثت لديه الأعراض المذكورة.
- ❖ يسبب الإقفار حماضا استقلابيا وكل مريض لديه ألم بطني حاد مع حماض استقلابي يجب اعتباره مصابا بإقفار مساريقي حاد حتى يثبت العكس.

⁴ يكون البطن طري وشديد الحساسية للألم بالمس.

- يكون تطور الأعراض في الصمة سريعا وتكشف القصة أو الفحص السريري مصدرها: رجفان أذيني، إحتشاء.
- يكون تطور الأعراض في الخثار الشرياني أبطأ (تدرجيا) من الصمة، ويكون لدى المريض نقص وزن وفي سوابقه شبع باكر وألم بطني (الخنق البطني abdominal angina) يستمر من ساعة إلى ثلاث ساعات.
- في الخثار الوريدي أيضا يكون تطور الأعراض أبطأ ويكشف الإستجواب أو الفحص السريريين وجود عوامل مؤهبة (سبق ذكرها).
- وتكون الأعراض مخاتلة **insidious**، وتدرجية وأقل حدة في غير الساد عنها في الساد.

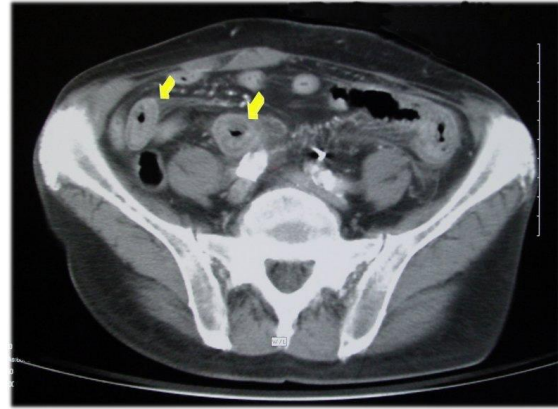
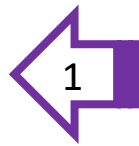
الإستقصاءات :

مخبريا يمكن أن نشاهد ارتفاعا في تعداد الكريات البيض مع زيادة العدلات، ارتفاع أميلاز المصل.

الإستقصاءات التصويرية:

1. الصورة البسيطة للبطن يمكن أن تظهر علامات علوص أو انسداد معوي ، ويدل وجود غاز في جدار الأمعاء على حدوث التموت.
2. التصوير المقطعي المحوسب مع حقن مادة ظليلة يظهر وذمة في جدار الأمعاء.
3. تصوير الشرايين بالمقطعي المحوسب (CTA) Computed tomographic angiography

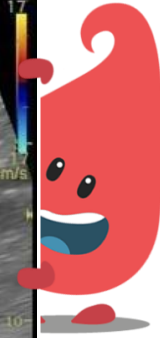
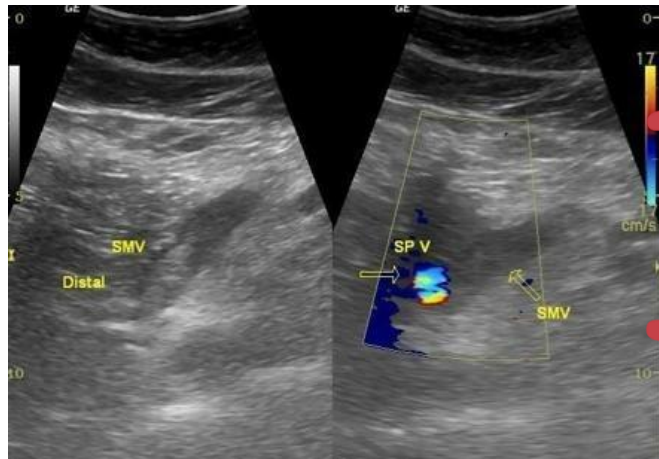
○ هو أفضل وسيلة تصويرية لتشخيص الإقفار المساريقي الحاد.



SMA occlusion with embolus

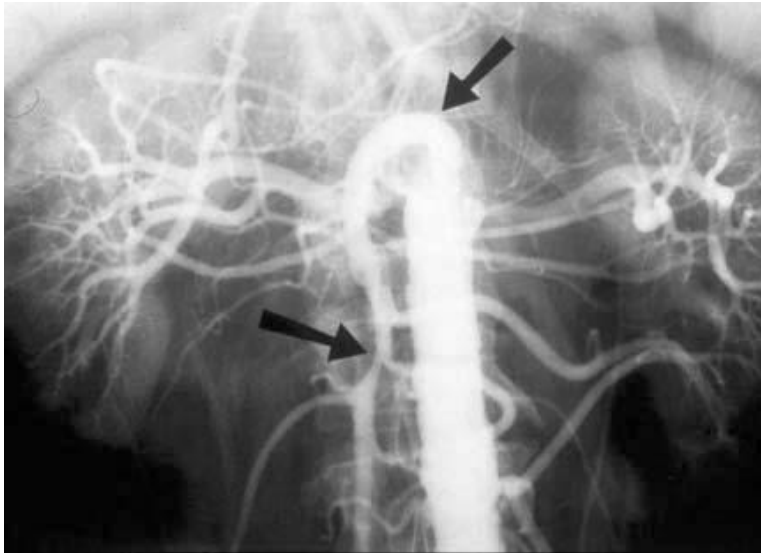


4. الإيكو دوبلر.



5. تصوير الأوعية المساريقية الظليل يظهر لنا التضيق أو الإنسداد الشرياني أو الوريدي وموضعه، وقد خف استعماله كوسيلة

تشخيصية وحل محله CTA ولكن يمكن أن نلجأ إليه كوسيلة نطبق غيرها علاجات غير جراحية (وسيلة علاجية في الإقفار غير الساد فحين نكتشف خثرة أو صمة بواسطة توجه قثطرة الحقن نحو منشأ الشريان المصاب ونسرب موسعا وعائيا ك البابايرين Papaverine, الذي يمكن أن نستمر به بعد العلاج الجراحي، كما يمكن أن نضع بواسطة استنتت كما سيمر معنا.



تصوير أبهر ظليل
يظهر تضيق في
الشريان المساريقي
العلوي

العلاج:

مهما كان نوع الإقفار يجب تصحيح اضطراب توازن السوائل والشوارد والحمض وإعطاء المميعات كالهيبارين.

1. علاج الإقفار الشرياني الإنسدادي الصمي: فتح البطن الإسعافي واستخراج الصمة من الشريان بواسطة قثطرة فوغارتي، أما إذا وجدنا الأمعاء متموتة فلا بد من بترها ثم المفاغرة.
2. علاج الإقفار الشرياني الإنسدادي الخثري: فتح بطن: استئصال بطانة الشريان أو وضع مجازة بين الأبهر والمساريقي العلوي بعد مكان الإنسداد أو إعادة زرع المساريقي العلوي على الأبهر، ونكرر هنا ضرورة بتر الأمعاء في حال وجدنا تموتنا فيها.
3. علاج الإقفار الشرياني غير الإنسدادي: تسريب البابايرين شريانيا، توسيع الشريان المساريقي العلوي percutaneous transluminal angioplasty (PTA) عبر القثطرة الشريانية مع أو بدون وضع استنتت stent و ذلك طبعا بعد نفي تموت في الأمعاء، حيث نلجأ للجراحة والبتر.
4. علاج الإقفار الوريدي: يكتفي بالمييعات والتداخل الجراحي في حال شخصنا تموتنا في الأمعاء.

وقبل بتر أي قسم من الأمعاء لابد من التأكد من تموتها، وإذا شكنا نغلق البطن ثم نعيد التقييم بفتح بطن بعد 24 ساعة

عمليات النظرة الثانية second look operation:

- ✓ إذا لم يصل الجراح لقرار حاسم حول حيوية الأمعاء يتركها دون بتر.
- ✓ ثم يعيد فتح البطن بعد 24-48 ساعة ليلقي نظرة ثانية عليها حيث تكون الأمور قد توضحت فيبقي أو يبتتر حسب الحالة.
- ✓ تقييم حيوية الأمعاء: غالبا ما تكون الأمعاء حية إذا ظهرت ذات لون وردي وإذا كان النبضان الشرياني موجودة.
- ✓ وهناك العديد من التقنيات الأخرى قد تم وصفها، وتتضمن استخدام صباغ الفلوروسين، والدراسات بالدوبلر، وقياس الإشباع الأوكسيجيني في الأنسجة، إلا أن هذه التقنيات يجب ألا تعتبر بديلا للمحاكمة السريرية.

الإقفار المساريقي المزمن Chronic mesenteric ischemia

ويدعى أيضا الذبحة المعوية intestinal angina، وهو نقص تروية نوبي أو مستمر في الأمعاء ويحدث لدى المصابين بتصلب الشرايين المساريقية وبالتالي تضيقها ونقص الجريان الدموي عبرها كما يؤدي لتضيق في لمعة الأمعاء.

التظاهرات السريرية: نوبات ألم بطني حاد خاصة بعد الطعام المريض غالبا مدخن أو لديه أمراض وعائية محيطية أو إكليلية.

العلاج:

الجراحة: مجازة (تحويلة)، إستئصال باطنة الشريان، إعادة زرع الشريان reimplantation عند منشأه بعد استئصال القسم المتضيق ويمكن في بعض الحالات وخاصة في الحالات الباكرا لتسلخ المساريقي العلوي وضع استنت أو توسيع الشريان المساريقي العلوي PTA (percutaneous transluminal angioplasty) مع أو بدون وضع استنت.



بنى محتشبة

أورام الأمعاء الدقيقة

- تشكل 1-5% من من أورام السبيل الهضمي ويتوضع معظمها في الدقاق النهائي.
- تظاهراتها بشكل عام غير نوعية: ألم بطني انتفاخ فقر دم نزف هضمي سفلي، إقياء وإنتقاب، انسداد أمعاء بسبب الإنغلاق في السليمة أو الإرتشاح والتبرز نحو اللمعة في الخبيثة، وغالبا ماتشخص متأخرة يفتح البطن.

أورام الأمعاء الدقيقة السليمة

1. الورم الغدي adenoma:

أكثرها حيث يتشكل 15% من أورام الأمعاء الدقيقة. يتوضع في 50% من الحالات في اللفائفي، ويتشكل

سليبات بأشكال ثلاثة:

كيف المحاضرة معك،
طمني ؟

1. أنبوية.

2. زغابية.

3. أنبوية زغابية.

⊗ ورم خلايا برونر.

⊗ الزغابية وخاصة الكبيرة الحجم تتسرطن بنسبة 35-50%.

⊗ مرضى FAP (داء البوليبات الغدية العائلي) يصابون خلال حياتهم حتماً بسليبات عفجية، وهؤلاء يصابون بسرطان العفج أكثر ب 100 مرة من غيرهم.

ويشكل هذا السرطان (سرطان العفج) السبب الأول للوفيات السرطانية cancer-related عند مرضى FAP المستأصل قولونهم.

2. الورم العضلي الأملس:



✓ أكثرها إحداثا للأعراض، وغالبا ماتتوضع في الصائم، قد تسبب انغلاقا أو انسداداً

أو نزفا. تشخص بتنظير الأمعاء أو بالمقطعي المحوسب، وتعالج بالإستئصال الجراحي.

3. الورم العابي hamartoma:

- يشاهد ضمن متلازمة وراثية تدعى متلازمة بوتز جيجرز Peutz-Jeghers syndrome تتضمن: تصبغات قتامينية جلدية ومخاطية تتوضع حول الفم وحول الشرج وفي الساعدين أو راحة اليد أو أخمص القدم مع سليبات في العفج والصائم.

- تتسرن هذه السليلت بنسبة 3-6%. كما يصاب هؤلاء المرضى أكثر من غيرهم بسرطانات المبيض أو البنكرياس.
- التشخيص: بتنظير الأمعاء والعلاج استئصال جراحي محدود.



التصبغات سياق متلازمة بوتز-جيغرز



بوليب في سياق متلازمة بوتز-جيغرز

4. الورم الوعائي Hemangioma:

- شذوذات تطويرية تتشكل من تكاثرات للأوعية تحت العضلية المخاطية تشكل 3-4% من أورام الأمعاء الدقيقة، أكثر ماتتوضع في الصائم Angiogram.



العلاج: الجراحة.

5. خلل التنسج الوعائي angiodysplasia:

- تشوهات وعائية تتوضع في الصائم والقولون، وتسبب نزفا هضميا سفليا.
- تشخص بالتنظير وتعالج عبره بتخثير الأوعية بواسطة الليزر LASER.



بعملك حارس بالليل بغني لتنامي وان غطت
عيني لحظة بشوفك بأحلامي 🌸

أورام الأمعاء الدقيقة الخبيثة

السرطانة الغدية:

- وتشكل حوالي 50% من الأورام الخبيثة في الأمعاء الدقيقة، وأكثر ما تحدث ضمن العفج (المنطقة حوالي الحليمة) ويتناقص مشاهدتها مع التقدم بالاتجاه القاصي على طول الأمعاء الدقيقة.

العوامل المؤهبة:

- الأورام الغدية الزغابية وملتازمات السليلات العائلية الوراثية وداء كرون والسرطان القولوني المستقيمي الوراثي غير السليبي.
- غالبا ما يبقى المرضى غير عرضيين لفترة طويلة من الزمن، ويتظاهر حوالي 80% من المرضى بانتقالات بعيدة عند وضع التشخيص، وتختلف الأعراض.
- حساب مكان الورم: فالأورام حول الحليمة تتظاهر بيرقان غير مؤلم أو انسداد عفجي أو نزف، بينما تظاهر الأورام الصائمية واللافائمية بألم بطني مع فقدان وزن.

التشخيص:

يمكن اللجوء للتصوير الظليل، والمقطعي المحوسب CT والتنظير الهضمي.

المعالجة:

- جراحية بالإستئصال الشدفي للأمعاء الدقيقة مع المساريقا المجاورة لها، كما يجب استئصال جميع البني الملتصقة بها كتلة واحدة **en block** إن أمكن، ويجب استئصال الأورام في اللافائمي النهائي بحيث يشمل استئصال القولون الأيمن، وفي السرطانة الغدية للعفج يجب اللجوء عادة إلى عملية وبيل.
- كما جربت المعالجة الكيماوية ب 5-فلورويوراسيل، لكن لم تتوافر حتى الآن أية معلومات كافية حول فعاليتها.

الإنذار:

- الآفات العفجية القاصية والصائمية واللافائمية غالبا ما يتأخر تشخيصها وبالتالي يكون إنذارها سيئا. البقيا: يندر أن يعيش المرضى الذين لديهم انتقالات عند وضع التشخيص، لأكثر من ستة شهور.

الأورام السدوية GIST:

- تنتاهد 25-35% من توضعاتها في الأمعاء الدقيقة، وتميل لإحداث نزف هضمي سفلي أكثر من بقية الأورام، كما يمكن أن تسبب نزفا ضمن جوف البطن.

العلاج:

☺ استئصال جراحي شديدي (قطعي) أي إستئصال القطعة المصابة مع مساريقها أو في الحالات غير القابلة للإستئصال

تعالج ب ⁵imatinib.



الورم السرطاوي carcinoid

ينشأ على حساب الخلايا المعوية أليفة الكروم **enterochromaffin cells** (وهي من الخلايا الصماوية العصبية) الموجودة في غدد ليبركون، يمكن أن يحدث في أي قسم من الأنبوب الهضمي، ولكن أكثر توضعاته تكون في:

1. الزائدة 45%

2. الفاتفي 28%.

3. المستقيم 16%.

☹ وهذا الأخيران يميلان لإحداث انتقالات كبدية بعد فترة طويلة من استئصال الورم البدئي.

☹ كما يمكن أن تشاهد خارج الأنبوب الهضمي كالرئة والتيموس.

☹ يفرز هذا الورم العديد من المواد أو الهرمونات التي يمكن أن تسبب ما يدعى بالمتلازمة السرطاوية

Carcinoid syndrome لدى 10% من المرضى وخاصة الذين لديهم انتقالات، وهذه المواد هي:

السيروتونين (5 هيدروكسي تريبتامين)، هيستامين، كالكيرين، المادة P، البروستاغلاندين، البيبتيد العصبي ك.

⁵ مئبط تروزين كيناز للجانب السرطانية.

انتقالاته:

❖ بالإضافة للكبد يمكن أن ينتقل لخلف الصفاق، القصبات، الخصية، المبيض.

المتلازمة السرطاوية

في الحالة العادية تصب الهرمونات التي تفرز من الورم في الدوران البابي حيث يتم تحركها **degradation** في الكبد فيبطل تأثيراتها قبل دخولها الدوران الجهازى. ولكن إذا حدثت نقائل للكبد أو غيره تنساب الهرمونات نحو الدوران الجهازى مباشرة متجاوزة "التعطيل" الكبدي، فتبقى فعالة لتحث أعراضاً تتضمن كلا من:

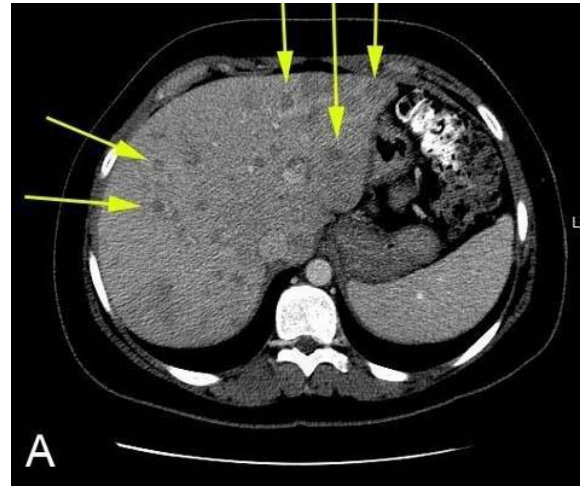
😊 الإسهال والتوهجات في الوجه والعنق وأعلى الصدر والتي يمكن أن تستمر لثواني أو دقائق، كما يمكن مشاهدة تسرع نبض مع هبوط ضغط وتشنج قسبي، وقد يصاب المريض بالسبات، يعتقد أن الإسهال ينجم عن السيروتونين، أما بقية الأعراض فتنتج عن بقية الهرمونات. 😊 وإذا استمر وجود المتلازمة السرطاوية لفترة طويلة من الزمن يتطور لدى المرضى تليف في الدسام مثلث الشرف (بسبب تأثير السيروتونين) وقصور قلب أيمن.

😊 يتم تأكيد تشخيص المتلازمة السرطاوية عبر كشف زيادة في الإطراح البولي لحمض 5-هيدروكسي إيندول أسيتيك (5HIAA) وهو مستقلب للسيروتونين.

Carcinoid syndrome:

less than 10%

- reddish-blue cyanosis,
- flushing attacks (induced by alcohol)
- diarrhoea,
- Borborygmi (Abdominal cramping)
- asthmatic attacks
- Peripheral edema
- sometimes pulmonary and tricuspid stenosis.

**المعالجة:**

العلاج الأساسي هو الاستئصال الجراحي ويعتمد على موضع وحجم الورم.

يجب استقصاء كامل الأمعاء الدقيقة لأن 30% من الحالات توجد فيها عدة آفات متزامنة، ويجب أن يتم علاج الأورام الصائمية واللفائفية بالاستئصال الشدفي الذي يشمل المساريقا المجاورة، أما الأورام الصغيرة (> 1 سم) التي تتوضع ضمن الجزء الثالث أو الرابع من العفج فيمكن أن يتم علاجها بالاستئصال الموضعي أو ضمن جزء من استئصال شدفي، وفي الأورام العفجية الأكبر والأورام حوالى الحليمة، يجب اللجوء إلى عملية وييل، وعند وجود آفة متقدمة موضعية مع إصابة

أعضاء أخرى مجاورة أو إصابة الصفاق فيجب اللجوء إلى استئصال جراحي عدواني **aggressive**، كما يجب استئصال الآفات الكبدية المفردة والتي يمكن الوصول إليها.
المعالجة المتممة الكيماوية والشعاعية قليلة الفائدة.

المعالجة الملطفة:

- إن معائل السوماتوستاتين المسمى **Octreotide** يقدم معالجة تلطيفية ممتازة للمتلازمة السرطاوية لدى المرضى المصابين بأفة غير قابلة للاستئصال، ويؤدي هذا الدواء إلى إنقاص تركيز السيروتونين وحمض 5-هيدروكسي إندول أسيتيك في الدوران، وقد يؤدي إلى زوال الإسهال والتوهج لدى 90% من المرضى.

الليمفوما البدئية في الأمعاء الدقيقة:

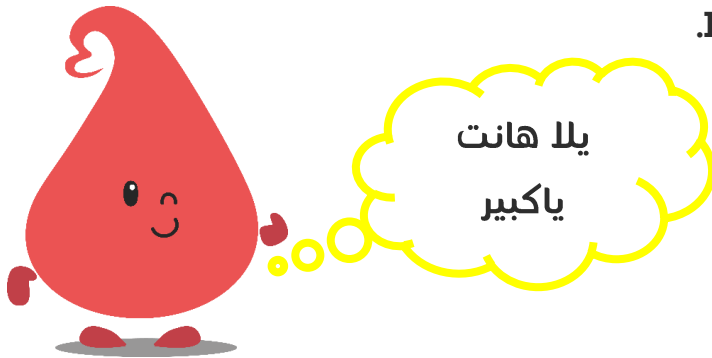
وهي تشكل ما يقارب 15% من جميع خباثات الأمعاء الدقيقة، ويعتبر اللانثاني الموضع الأكثر إصابة بالليمفوما، لأنه يحوي الجزء الأكبر من النسيج اللمفي المرتبط بالأنبوب الهضمي، يمكن للمفومات أن تنتشأ لوحدها ضمن النسيج اللمفي في الأمعاء الدقيقة أو بالاشتراك مع حالة جهازية مرافقة مثل الداء الزلاقي أو داء كرون أو حالات التثبيط المناعي (تناول كابحات المناعة، الإيدز).

ويمكن تصنيفها في ثلاثة أنواع رئيسية:

1. داء الأمعاء الدقيقة التكاثري المناعي (ليمفوما البحر الأبيض المتوسط): شكل معدل من الـ **MALT** مفرز للسلاسل الثقيلة ألفا ويسبب سوء امتصاص.
2. ليمفوما خلايا **T**.
3. نماذج أخرى: ليمفوما خلايا الكبيبة المنتشر. ليمفوما بوركيت، الليمفوما الجريبية.

الأعراض:

قد تتظاهر الليمفوما بأعراض لا نوعية (مثل التعب والدعث وفقدان الوزن والألم البطني) أو بأعراض شديدة مثل الانسداد والإنغلاف والنزف والانتقاب، ويمكن للدراسات التصويرية (مثل الـ **CT** أو الدراسات الظليلة للأمعاء الدقيقة) أن تكون مفيدة في وضع التشخيص، إلا أن الجراحة غالبا ما تكون ضرورية من أجل تأكيد التشخيص نسيجية.
ولانسنس ضرورة إجراء تصوير مقطعي محوسب للصدر والبطن وأخذ خزعة كبد وإجراء بزل نقي هنا وفي كل أنواع الليمفومات لتحديد مرحلة الورم أو **PET- CT**.



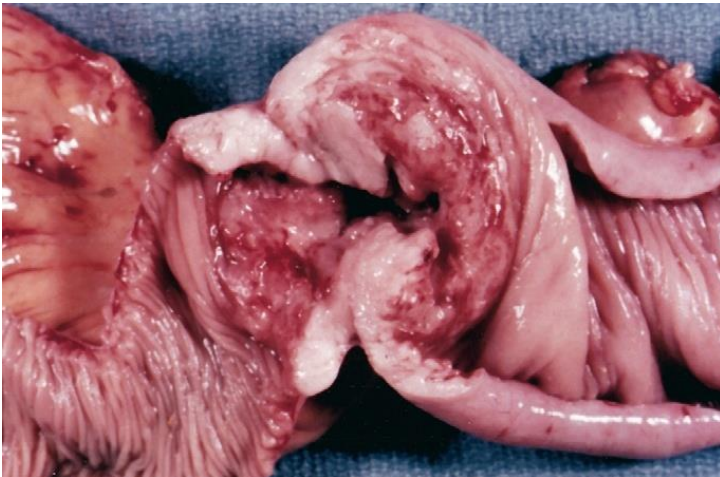
العلاج:

مختلف عليه:

- ☺ العلاج التقليدي: جراحة يتلوها أشعة وعلاج كيميائي.
- ☺ المعالجة الجراحية: يجب أن تجري استئصالا واسعا للشذفة المصابة من الأمعاء مع المساريقا المرتبطة بها، ومن أجل تحديد مرحلة الورم بدقة، يجب أن يتم أخذ خزعة من الكبد والعقد اللمفية حول الأبرص.
- تستجيب ليمفوما خلايا B الكبيرة المنتشر (وغير المسبب لنزف أو انسداد أو انثقاب) بنسبة عالية للعلاج الكيميائي دون حاجة للجراحة أما ليمفوما خلايا T فلا تستجيب للعلاج الكيميائي ويمكن أن تسبب إنسدادا أو انثقابا في الأمعاء إذا لم تستأصل.

الإنذار:

- تبلغ نسبة البقيا لخمس سنوات حوالي 80% عند المرضى الذين أجري لهم استئصال الأفة كاملاً، في حين أن الأفراد ذوو الأفة المتقدمة عادة ما يتوفون خلال سنة بعد الجراحة.



صورة للمفوما بدئية في اللفانفي تظهر توضع الورم في كامل طبقات جدار الأمعاء.

لمفوما معي دقيق راجعت بشكوى انثقاب والتهاب بريتان.

السااركوما العضلية الملساء leiomyosarcoma:

- تنتقل هذه الأورام بالطريق الدموي والاجتياح المباشر، وهي تميل للتقرح والنزف والتنخر وإحداث الانسداد، وتشكل 20% من أورام المعى الدقيق الخبيثة، وأكثر ما تكشف في العقد السادس.

العلاج: الجراحة.

الأورام الإنتقالية للأمعاء

تشاهد نقائل الورم القتاميني الجلدي في الأمعاء الدقيقة لدى 50% من المرضى الذي يموتون بسببه، كما يمكن لسرطانة الثدي وعنق الرحم والرئة والكلية أن تنتشر إلى الأمعاء الدقيقة. ويتم إجراء استئصال جراحي تطيفي لآفات المسببة لأعراض مثل الانسداد أو النزف.

الجراحة المعتمدة على البرهان

Are there other agents and/or techniques that can be used to improve the duration of POI? Minimally invasive surgical techniques, local epidural anesthetics, avoidance of NGT, and early enteric feedings.

- هل هناك أداة أو تقنية يمكن استخدامها لاثبات البقيا في POI؟
- التقنيات الجراحية الأقل غزواً، التخدير الناحي فوق الجافية، تجنب الانبوب الأنفي المعدي، الادخال الباكر للأغذية.

THE END

وهلق مخطط كيوت للاقفار المساريقي من تحت دياتي:

