معالجة الأكالازيا بخزع عضلية المري حسب هيلر مع طي قاع المعدة بتنظير البطن

حمود حامد*

الملخص

الهدف: دراسة نتائج معالجة الأكالازيا بتنظير البطن من خلال خزع عضلية المري حسب هيلر مع طي قاع المعدة الجزئي أو الكامل، وتحديد فائدة هذه المعالجة ومضاعفاتها على المدى الطويل.

الطرائق: أجريت الدراسة بالطريقة التراجعية والمستقبلية في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق خلال 3 سنوات وقد شملت جميع المرضى الذين عولجوا بخزع عضلية المري حسب هيلر بتنظير البطن مع إجراء مضاد للقلس بين عامي 2005 و2008. جمعت المعلومات من ملفات المرضى، وشملت الأعراض السريرية، والوسائل التشخيصية، والمعالجات السابقة، والمعالجة الجراحية المتبعة، فضلاً عن النتائج والمضاعفات خلال مدة المتابعة.

النتائج: درس 21 مريضاً خضعوا لعملية هيلر بتنظير البطن مع إجراء مضاد للقلس خلال مدة الدراسة. بلغ العمر الوسطي للمرضى 32 سنة، وبلغ متوسط مشعر عسرة البلع 7 نقاط وسطياً. بلغ متوسط الضغط في المعصرة المريئية السفلية 35 ملم زئبقاً. خضع 5 مرضى (24%) لمعالجات سابقة شملت التوسيع بالبالون وحقن ذيفان الوشيقيات مع النكس لاحقاً. أجري خزع عضلية المري حسب هيلر بتنظير البطن مع إجراء مضاد للقلس في المرضى جميعهم.

* أستاذ مساعد- قسم الجراحة- الشعبة العامة- كلية الطب البشري- جامعة دمشق.

تم طي قاع المعدة حسب نيسن في خمسة مرضى (24%) وأجري الطي الأمامي حسب دور في 16 مريضاً (76%). حدث انثقاب الغشاء المخاطي للمري خلال الجراحة في 5 مرضى (24%)، وحدثت حالة قلس معدي مريئي بعد الجراحة في مريض واحد (5%). انخفض متوسط مشعرعسرة البلع بعد الجراحة إلى 2-3 نقاط في المرضى جميعهم. ولم تشاهد علاقة بين درجة التحسن والطريقة المتبعة في طي قاع المعدة.

الخلاصة: تشكل عملية خزع عضلية المري حسب هيلر بالتنظير الباطني مع طي قاع المعدة الأمامي حسب دور الإجراء المختار لمعالجة الأكالازيا سواء كان المريض قد خضع لتداخل علاجي سابق أم لا، ويؤدي هذا الإجراء إلى السيطرة على الأعراض بشكل جيد، مع الوقاية من القلس المعدي المريئي وانخفاض نسبة المضاعفات إلى حدها الأدنى.

كلمات مفتاحية: الأكالازيا - المعصرة المريئية السفلية -خزع عضلية المري حسب هيلر بتنظير البطن -طي قاع المعدة حسب نيسن -طي قاع المعدة حسب دور.

Laparoscopic Heller Myotomy with Fundoplication for Achalasia

Hamoud Hamed*

Abstract

Objective: To determine the results of laparoscopic Heller myotomy with complete or partial fundoplication for the treatment of achalasia and evaluating its longterm benefits and complications.

Methods: The study was performed retrospectively and prospectively, including all patients with achalsia who where treated by laparoscopic Heller myotomy with fundoplication in Al Assad University Hospital in Damascus between 2005 and 2008. Data was collected from the files of the patients and included symptoms, diagnostic studies, previous therapeutic interventions, surgical treatment, in addition to the results and complications of therapy.

Results: Twenty one patients have undergone laparoscpic Heller myotomy with fundoplication. The average age was 32 years, and the dysphagia score was 7 points on average. The median pressure in the lower esophageal sphincter was 35 mmHg. Five patients (24%) had previous therapeutic interventions which included balloon dilatation and botox injection; all of them have suffered recurrence. Laparoscpic Heller myotomy with fundoplication was eventually performed in all patients. The antireflux procedure was Nissen fundoplication in five patients (24%) and Dor anterior fundoplication in 16 patients (76%). Intraoperative esophageal mocusal perforation has occurred in 5 patients (24%), and one patient (5%) experienced postoperative gastroesophageal reflux. The dysphagia score has dropped to 2-3 points in all patients. No relation was seen between the degree of clinical improvement and the technique used in fundoplication.

Conclusion: Laparoscpic Heller myotomy with Dor anterior fundoplication represents the procedure of choice for treatment of achalasia, regardless of previous therapeutic interventions. This operation will control the symptoms and prevent the gastroesophageal reflux with minimal complications.

Key words: Achalasia- Lower esophageal sphincter- Laparoscpic Heller myotomy- Nissen fundoplication- Dor fundoplication.

*Ass .Prof. Dept of surgery, Faculty of Medicine. Damascus University.

مقدمة (introduction)

الأكالازيا (achalasia) هو مرض نادر الحدوث يصيب 100,000:1 من السكان ويتصف باضطراب في حركية المري ناجم عن تخرب الخلايا العصبية بآلية مناعية [1]. وتتميز هذه الآفة من الناحية الوظيفية باضطراب الحركات الحيوية في جسم المري واضطراب استرخاء المعصرة المريئية السفلية (lower esophageal sphincter)، الأمر الذي يؤدي إلى عسرة البلع مع توسع مترقٍ في أسفل المري [2].

وتهدف جميع الإجراءات العلاجية لهذا المرض التي تشمل التوسيع الهوائي بالبالون (balloon dilatation) أو حقن ذيفان الوشيقيات (botulinum toxin) أو الإجراءات الجراحية، إلى إنقاص ضغط الراحة المرتفع للمعصرة المريئية السفلية بهدف السيطرة على عسرة البلع التي يعاني منها المريض لأطول مدة ممكنة [3].

إن التوسيع الهوائي بالبالون وحقن ذيفان الوشيقيات هي إجراءات تسيطر على الأعراض مدة مؤقتة وليس على المدى الطويل، إِذْ تخفق هذه الطرائق في نحو 50-60% من الحالات على الأقل [4]. ومن ثَمَّ فإن معظم المرضى سيحتاجون في النهاية للإجراء الجراحي، وذلك لأن الجراحة هي الحل الوحيد للسيطرة على الأعراض بشكل جيد لمدة طويلة. ويجب ألا تطبق هذه الوسائل المحافظة إلا في المرضى العاجزين عن تحمل الجراحة [5].

قام Heller بابتكار عمليته الشهيرة في عام 1913، وتطورت جراحة الأكالازيا خلال السنوات الخمس عشرة الماضية بعد ظهور تقرير Cuschieri في عام 1991 حول خزع عضلية المري حسب هيلر بتنظير البطن (laparoscopic Heller myotomy) [1]. وحالياً تشكل الجراحة غير الراضة (surgery minimally-invasive) الطريقة المفضلة لإجراء هذه العملية، ويشكل المدخل البطني بالجراحة التنظيرية البطنية الخيار الجراحي الأول لعلاج الأكالازيا. إن كثير من الدراسات العالمية تؤكد ذلك، وتشير إلى أن هذه الطريقة تتيح السيطرة على الأعراض بشكل جيد ولفترة طويلة [3].

لقد قمنا في هذا البحث بدراسة 21 مريضاً مصابين بالأكالازيا. تم وضع التشخيص لدى هؤلاء المرضى بالاعتماد على الشكوى السريرية والدراسة الشعاعية ودراسة ضغوط المري، خضع هؤلاء المرضى جميعهم لإجراء عملية هيلر بالجراحة التنظيرية البطنية مع إجراء مرافق مضاد للقلس.

الطرائق (methods)

أجريت الدراسة في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق بين شباط 2005 حتى شباط 2008 بالطريقة التراجعية والمستقبلية. تضمنت الدراسة 21 مريضاً مصابين بالأكالازيا. خضع هؤلاء المرضى جميعهم لخزع عضلية المري حسب هيلر بتنظير البطن مع إجراء مضاد للقلس. كان هذا الإجراء هو طي قاع المعدة حسب نيسن (Nissen fundoplication) في خمسة مرضى، وأجري طي قاع المعدة الأمامي حسب دور (Dor anterior fundoplication) في المرضى الـ 16 الباقين. جمعت المعلومات من خلال مراجعة ملفات المرضى الذين درسوا بالطريقة التراجعية، ومن خلال تسجيل المعلومات بشكل مباشر في المرضى الذين درسوا بالطريقة المستقبلية.

خضع المرضى جميعهم للتقييم الكامل قبل العمل الجراحي، وقد تضمن التقييم صورة الصدر مع دراسة وظائف الرئة، والصورة الظليلة للمري والمعدة، قياس حركية المري مع تحديد ضغط المعصرة السفلية، وتحديد حاصل عسرة البلع (dysphagia score)، والمعالجات السابقة التي خضع لها المرضى (التوسيع بالبالون أو حقن ذيفان الوشيقيات). تم اعتماد حاصل عسرة البلع الذي يعتمد على شدة الأعراض (من 1 إلى 5) وتواتر الأعراض (من 1 إلى 5) بحيث يصبح المجموع النهائي بين 1 و10.

درست المضاعفات التي حدثت لدى المرضى في أثناء العمل الجراحي أو بعده، كما درس مستوى تحسن عسرة البلع والمدة التي استمر خلالها التحسن. وتمت متابعة المرضى مدة تراوحت بين شهر واحد وثلاث سنوات بعد العمل الجراحي.

النتائج (Results)

شملت الدراسة 21 مريضاً خضعوا للعمل الجراحي لمعالجة الأكالازيا بتنظير البطن في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق بين شباط 2005 وشباط 2008. وقد كان 13 مريضاً (62%) من الذكور و8 مرضى (38%) من الإناث. تراوحت أعمار المرضى بين 18 و63 سنة، وبعمر وسطي قدره 32 سنة.

تم تشخيص الأكالازيا لدى المرضى جميعهم بالاعتماد على القصة السريرية، وقد كان العرض الرئيسي لدى المرضى هو عسرة البلع، حيث تراوح حاصل عسرة البلع (dysphagia score) بين 6 و9 نقاط وبوسطي 7 نقاط. كانت هناك مضاعفات تنفسية (الأخماج التنفسية المتكررة) لدى ثمانية من هؤلاء المرضى (38%). وقد عانى مريض واحد فقط (5%) من خراجة رئوية تالية لخمج تنفسي.

خضع المرضى جميعهم للاستقصاءات اللازمة وقد أجريت الصورة الظليلة للمري والمعدة لدى المرضى جميعهم، وكانت الصورة وصفية للأكالازيا تبدي علامة منقار الطائر (bird's beak). وبإجراء دراسة حركية المري مع تحديد ضغط المعصرة المريئية السفلية بلغ متوسط الضغط في المعصرة 35 ملم زئبقاً وتراوح بين 22 و43 ملم زئبقاً.

خضع بعض المرضى لمعالجات سابقة، حيث خضع ثلاثة مرضى (14%) لتوسيع المري بالبالون قبل مدة تتراوح بين سنة وسنة ونصف، وكانت الأعراض قد تحسنت بشكل مؤقت لتعود عسرة البلع إلى ما كانت عليه قبل التوسيع. وكان مريضان (10%) قد خضعا لعمل جراحي سابق (عملية هيلر أيضاً) في مراكز أخرى، وقد تبّين لدى إعادة العمل الجراحي لدينا أن خزع العضلية لم يكن كافياً. ولم يكن حقن ذيفان الوشيقيات قد استخدم في أي من المرضى الذين شملتهم هذه الدراسة.

خضع المرضى جميعهم لخزع عضلية المري حسب هيلر بتنظير البطن مع إجراء مضاد للقلس. كان هذا الإجراء هو طي قاع المعدة حسب نيسن (Nissen

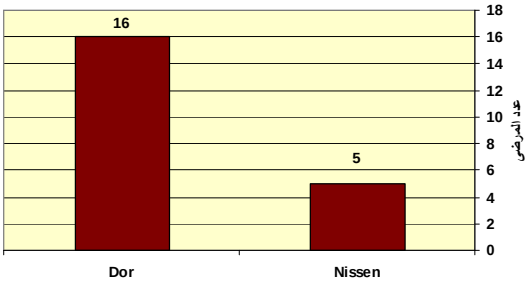
fundoplication) في خمسة مرضى (24%)، في حين خضع المرضى الـ 16 الباقين (76%) لطي قاع المعدة الأمامي حسب دور (fundoplication Dor anterior) (انظر الجدول 1 والمخطط 1). وقد تراوحت فترة العمل الجراحي بين 90 و150 دقيقة، وبلغ الزمن الوسطي للجراحة 110 دقائق. وسنفصل قليلاً في تكنيك العمل الجراحي المتبع في هؤلاء المرضى.

الجدول (1): توزيع المرضى جميعهم حسب التكنيك الجراحي المستخدم في طي قاع المعدة.

الطريقة المستخدمة في الطي	العدد	النسبة المئوية
الطي الكامل حسب نيسن	5	%24
الطي الأمامي حسب دور	16	%76
التسليخ الكامل للمري للبطني	11	
تسليخ الوجه الأمامي للمري البطني فقط	5	

إمَّا المرضى الذين خضعوا لطي قاع المعدة حسب نيسن (5 مرضى) فقد تم قطع الرباط المريئي الحجابي وتسليخ المري البطني والوصل المريئي المعدي بشكل كامل. بعد ذلك تم قطع العضلات المريئية طولياً على مسافة 6 سم فوق الوصل المعدي المريئي و2 سم على الوجه الأمامي للمعدة تحت الوصل المريئي المعدي بحيث يمتد كامل الخزع على مسافة 8 سم. تم الخزع باستعمال التسليخ بالأمواج فوق الصوتية (Ultracision). بعد ذلك تم تقريب السويقات الحجابية وطي قاع المعدة الكامل بمقدار 360 درجة حسب نيسن من خلال طريقة الطي الرخو (floppy Nissen).

أمَّا المرضى الذين خضعوا لطي قاع المعدة الأمامي حسب دور (16 مريضاً) فقد أجري العمل الجراحي بشكل مشابه، فيما عدا أن التسليخ قد شمل الوجه الأمامي فقط للمري البطني في 5 من هؤلاء المرضى ودون تسليخ كامل المري البطني. وتم تسليخ كامل المري البطني في بقية المرضى (11 مريضاً). تم خزع عضلية المري لمسافة إجمالية قدرها 8 سم كما في المجموعة الأولى، ثم تم إجراء الطي الأمامي بمقدار 180 درجة حسب طريقة Dor مع التأكيد على إعادة تشكيل زاوية هيس (الشكل 1).



المخطط (1). توزيع المرضى البالغ عددهم 21 مريضاً حسب التكنيك الجراحي المستخدم في طي قاع المعدة.

الشكل (1). طريقة إجراء خزع عضلية المري حسب Heller مع تطويق المعدة الأمامي حسب Dor.

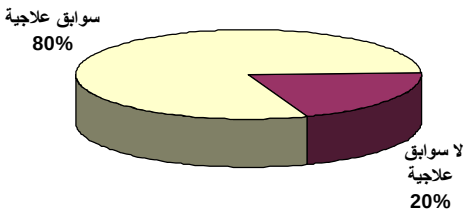
درست المضاعفات التي شوهدت خلال العمل الجراحي وبعده. حدث انثقاب الغشاء المخاطي في أثناء إجراء العمل الجراحي في 5 من أصل 21 مريضاً (24%). وحدثت حالات الانثقاب جميعها في منطقة الفؤاد. كان سبب الانثقاب هو سوابق تداخل جراحي على المنطقة في اثنين من المرضى، وسوابق التوسيع بالبالون في اثنين من المرضى، ولم يكن هناك سوابق علاجية أو سبب واضح للانثقاب في المريض الخامس (المخطط 2). تمت معالجة الانثقاب خلال العمل الجراحي من خلال الخياطة المباشرة بواسطة خيوط Vicryl قياس 3/0. ولم تشاهد حالات نزف في أثناء الجراحة، كما لم يتم التحويل إلى الجراحة المفتوحة في أي من الحالات، ولم تشاهد أي حالة وفاة في هذه الدراسة.

أمَّا المضاعفات التي حدثت بعد العمل الجراحي فقد حدثت حالة قلس معدي مريئي بأعراض شديدة عند مريض واحد أي بنسبة 5%. تمت إعادة العمل الجراحي بفتح البطن لعلاج القلس بعد 3 أشهر من العمل الجراحي الأول، وقد وجد انفكاك في الطي مع تباعد السويقات الحجابية، حيث أعيد إجراء الطي بنجاح.

أمَّا طريقة تدبير المرضى بعد الجراحة فقد تم إجراء الصورة الظليلة للمراقبة في اليوم الثاني بعد العمل الجراحي في المرضى الذين لم يحدث لديهم انثقاب في المري

خلال الجراحة، إذْ تم تخريج المريض بعد ذلك من المستشفى. وقد بلغت فترة إقامة هؤلاء المرضى في المستشفى 2-3 أيام. أمَّا المرضى الذين حدث لديهم انثقاب في الغشاء المخاطي فقد تم تأجيل الصورة الظليلة حتى اليوم الثالث مع إبقائهم في المشفى حتى اليوم الخامس بعد العمل الجراحي.

تمت متابعة المرضى على المدى الطويل مدة تراوحت بين شهر واحد وثلاث سنوات بعد الجراحة، وقد تبيّن تحسن الأعراض عند المرضى جميعهم وبشكل متفاوت. انخفض حاصل عسرة البلع إلى 2-3 وبلغ متوسط تحسن عسرة البلع 4-5 نقاط من مشعر عسرة البلع الأساسي خلال مدة الدراسة. كما تبّين استمرار التحسن الكبير في عسرة البلع، ولم يشاهد فرق واضح بين المرضى بالنسبة إلى تحسن الأعراض في المجموعات الثلاث (الطي الكامل، الطي الجزئي الأمامي مع التسليخ الكامل، الطي الجزئي الأمامي دون التسليخ الكامل للمري البطني) ما عدا الحالة التي حدث فيها قلس معدي مريئي ثانوي لقصور الفؤاد إذ كان المريض قد خضع للخزع مع الطي الأمامي فقط، وكانت حالة القلس كما ذكرنا ناجمة عن انفكاك الطي وتباعد السويقات.

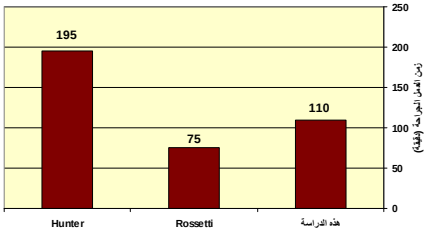


المخطط (2). توزيع المرضى الذين حدث لديهم انثقاب في مخاطية المري (5 مرضى) حسب وجود تداخلات علاجية سابقة.

المناقشة (discussion)

أصبح خزع عضلية أسفل المري حسب هيلر بالجراحة التنظيرية البطنية الطريقة المعيارية في معالجة الأكالازيا في معظم المراكز العالمية، إذْ يعتمد على الخزع الواسع لعضلية أسفل المري والوصل المريئي المعدي مع إجراء مضاد للقلس المعدي المريئي [3]. وتكمن أهمية الإجراء المضاد للقلس في أن تحرير الوصل المريئي المعدي وخزع الألياف العضلية في هذه المنطقة يؤدي إلى قصور في المعصرة المريئية السفلية مع حدوث القلس المعدي المريئي المهم في 5-12% من المرضى وحدوث القلس تحت السريري المثبت بدراسة pH المري في أكثر من 50% من المرضى [6].

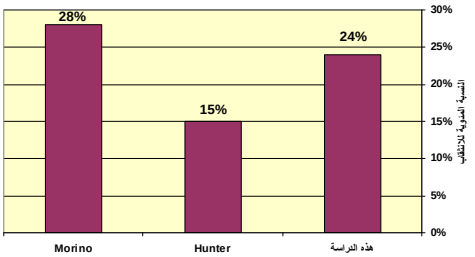
إن النتيجة المثالية التي نأمل بالحصول عليها بعد العمل الجراحي في المريض الـذي يعاني من الأكالازيا هي السيطرة على أعراض عسرة البلع أطول مدة ممكنة مع أقـل رض جراحي وأقل مضاعفات [7]. ومن هذه الدراسة نجد أن الخزع الطولي لعـضلية أسفل المري حسب هيلـر بالجراحـة التنظيريـة البطنيـة (laparoscopic Heller myotomy) قد أدى إلى تحسن كبير في عسرة البلع ولاسـيَّما حـين يكـون ضـغط المعصرة المريئية السفلية مرتفعاً. وإن الرض الجراحي بسيط جداً والمضاعفات التـي حدثت كانت مقبولة وبسيطة، والسيطرة على الأعراض كانت ممتـازة خـلال مـدة الدراسة. وقد وجد أن الأعراض قد تحسنت تحسناً جيداً لدى جميع المرضـى الـذين كانوا قد خضعوا للعلاج بالتوسيع أو الذين لم يخضعوا للتوسيع. ويؤكد ذلك عدم وجود فرق في النتيجة بين المجموعتين.



المخطط (3). مقارنة الزمن الوسطي للعمل الجراحي بين هذه الدراسة وبعض الدراسات العالمية[2،8].

عند دراسة زمن العمل الجراحي وجدنا أن الجراحة كانت أسرع في العمليات الأخيرة مقارنة بالحالات التي أجريت في بداية الدراسة، إذْ تراوحت مدة العمل الجراحي فـي دراستنا بين 90 و150 دقيقة، وبلغ الزمن الوسطي للجراحة 110 دقائق. وقد وجـدنا تفاوتاً كبيراً في زمن العمل الجراحي بين الدراسات العالمية المختلفة حـسب الخبـرة المتوافرة (المخطط 3). ففي دراسة Rossetti التي نشرت في عام 2005 تراوحت هذه المدة بين 60 و90 دقيقة [2]. ويعكس ذلك درجة الخبرة في هذه العملية، وقد شـملت هذه الدراسة الكبيرة 195 حالة أجريت من قبل جراحين لديهم خبرة في هذا النوع من العمليات. أمَّا في دراسة Hunter التي نشرت في عام 1997 وشملت 40 مريضاً فقـد تراوح زمن العمل الجراحي بين 160 و230 دقيقة، وهو زمن طويل نسبياً نظراً إلـى أنَّ الحالات التي دخلت في الدراسة كانت من أول العمليات التي أجريت بيـد هـؤلاء الجراحين [8].

يشكل انثقاب المري (esophageal perforation) أهم مضاعفات عملية هيلر بتنظير البطن التي تشاهد خلال الجراحة، إذْ تذكر الدراسات العالمية أن هذه النسبة تتراوح بالأيدي الخبيرة بين 2 و15% [2، 8]. وقد حدثت هذه المضاعفة في 24% من مرضانا، ويبدو أن الارتفاع الظاهري في هذه النسبة ناجم عن أن 4 مرضى (80%) من المرضى الخمسة الذين حدث لديهم الانثقاب قد خضعوا سابقاً لمعالجة سابقة للأكالازيا سواء كانت هذه المعالجة بالتوسيع أو بالتداخل الجراحي السابق. في حين أن Torquati قد نفى وجود علاقة مهمة إحصائياً بين نسبة حدوث الانثقاب ووجود سوابق علاجية سابقة مع نسبة انثقاب إجمالية بلغت 6% فقط [1]، إلا أن دراسات أخرى قد أشارت إلى علاقة واضحة بينهما، إذْ وصلت نسبة الانثقاب بوجود سوابق علاجية في دراسة Morino إلى 28% [9]، وهي نسبة قريبة جداً من نسبة الانثقاب في دراستنا (المخطط 4). من ناحية أخرى فإن درجة الخبرة في هذه العملية، وبالذات في إجراء الخزع، تؤدي دوراً كبيراً في إنقاص نسبة حدوث انثقاب المري خلال الجراحة [3]. ولكن في النهاية يبقى تدبير هذا الانثقاب ممكناً، وذلك بالخياطة المباشرة لمكان الانثقاب في مخاطية المري مع طي المعدة فوق مكان الانثقاب. والأمر المؤكد هو عدم وجود علاقة بين وجود سوابق علاجية وبين نسبة الاستجابة للمعالجة ما دامت المعالجة الجراحية تجرى بشكل صحيح. ومن ثَمَّ فإن نسبة النجاح النهائية يجب أن تكون متماثلة سواء كان المريض قد خضع لمعالجة سابقة أم لا [1]. وهي النتيجة نفسها التي وصلنا إليها في دراستنا.



المخطط (4). مقارنة نسبة حدوث انثقاب المري بين هذه الدراسة وبعض الدراسات العالمية.

اقتصرت دراسة Morino على الحالات التي خضعت لتداخل علاجي سابق [8، 9].

ومن الجدير بالذكر أننا لم نضطر إلى التحويل من الجراحة التنظيرية إلى الجراحة التقليدية في أي من الحالات الـ 21 التي شملتها هذه الدراسة. وقد ذكر Rossetti في

دراسته التحويل إلى الجراحة المفتوحة في 3 من أصل 195 مريضاً (1.5%) [2]. بل كانت النسبة أكبر من ذلك في دراسة Dempsey التي شملت 51 مريضاً وصلت إلى 8% [10]. ورغم صغر حجم العينة المدروسة في بحثنا، إلا أن انخفاض هذه الأرقام لدينا يشير إلى تحسن كبير في الخبرة بهذا النوع من العمليات المتقدمة من الناحية التكنيكية.

هناك خلاف عالمي كبير بالنسبة إلى نوع الإجراء المضاد للقلس الذي يجب أن يخضع له المرضى، وغالباً ما تنحصر الخيارات بين طي قاع المعدة الكامل حسب نيسن والطي الجزئي الأمامي حسب دور [10]. وقد لجأ بعض الجراحين سابقاً لإجراء الطي الجزئي الخلفي حسب Toupet، ولكنه لم يعد يستخدم حالياً نظراً إلى أنّه ترافق مع نسبة مرتفعة من القلس المعدي المريئي وصلت إلى 50% [11].

ولا توجد أفضلية مثبتة لإحدى هاتين العمليتين على العملية الأخرى. يقول مناصرو عملية Dor بأنها أسهل إجراءً ولا تحتاج إلى التسليخ الواسع للوصل المريئي المعدي، مما يؤدي إلى المحافظة جزئياً على وظيفة الاستمساك في الفؤاد ويحمي المري من القلس بعد إجراء الخزع [12]. فضلاً عن ذلك فإن هذه العملية لا تؤدي إلى تزوي كبير في الوصل المريئي المعدي، ولا تؤدي إلى تطبيق ضغط مرتفع على المعصرة المريئية السفلية [10]. وتشير التقارير إلى أن نسبة نجاح هذه الطريقة في المعالجة تتراوح بين 85 و90% من الحالات [2].

ويعارض كثيرون إجراء طي قاع المعدة الكامل حسب Nissen، إذْ يعتقدون بأن هذه العملية ستؤدي إلى ارتفاع الضغط في منطقة المعصرة المريئية السفلية وتشكل عائقاً في وجه مرور الطعام، ولاسيَّما أن الحركات الحوية في أسفل المري غير طبيعية أصلاً [12]. ولكن مؤيدي عملية نيسن مثل Rossetti يقولون: إنّ اضطراب الحركات الحوية في أسفل المري سيعيق تنظيف هذه المنطقة من الحمض المعدي مما يبرر إجراءً أكثر هجومية لتدبير القلس لدى هؤلاء المرضى، ألا وهو الطي الكامل [2]. كما أكد Zaninotto بأن عسرة البلع المشاهدة بعد الطي حسب نيسن ناجمة عن الخزع غير الكامل أكثر منها عن العائق الناجم عن الطي الكامل [13]. وأكد Donahue إجراء الطي بشكل رخو ولمسافة قصيرة حيث يترافق ذلك مع أفضل النتائج [7]. وقد أجرى Rossetti هذه العملية في المرضى الذين شملتهم دراسته الكبيرة جميعهم (وعددهم 195 مريضاً)، حيث أظهر أن خزع عضلية المري مع الطي الكامل حسب نيسن هي طريقة مقبولة للمعالجة مع تحسن عسرة البلع في 98% من المرضى، والغياب التام للقلس المعدي المريئي من خلال قياس pH المري [2].

وكما نجد من هذه الدراسات فلا يوجد فرق واضح بين الطي الجزئي والكامل، وهذا ما وصل إليه Wills في دراسته المقارنة، إذْ أظهر بعد مدة متابعة قدرها 5 سنوات عدم وجود فرق إحصائي مهم بين طي قاع المعدة الجزئي والتام فيما يتعلق بتحسن عسرة البلع، القلس، أو حرقة الفؤاد [14]. ولكن كثيراً من الدراسات قد أكدت إجراء الطي الأمامي نظراً إلى سهولة إجرائه وانخفاض نسبة مضاعفاته [12]. وفي رأينا الشخصي فإن الطي الأمامي حسب Dor يجب أن يشكل الطريقة المفضلة المضادة للقلس. صحيح أنه يعطي نتائج الطي الكامل نفسها كما ذكرت هذه الدراسات، إلا أنه يبقى الإجراء الأبسط، ويؤدي إلى تجنب التسليخ الواسع في منطقة الوصل المعدي المريئي، وهي منطقة حساسة جداً من الناحية التشريحية. ولهذا الإجراء في رأينا فائدة أخرى فضلاً عن أنه إجراء مضاد للقلس، وهي أنه يحمي الغشاء المخاطي المعرى من العضلية بخياطة جدار قعر المعدة على هذا السطح، ويقي من التصاق الغشاء المخاطي المكشوف على الفص الأيسر للكبد.

يذكر 90% من المرضى تحسن الأعراض أو زوالها نهائياً بعد الجراحة، وتستمر الأعراض لدى 10% من المرضى. وينجم استمرار الأعراض لدى هؤلاء المرضى إما عن الخزع غير التام (incomplete myotomy) للعضلية، أو عن وجود اضطراب مهم في حركية أسفل المري [4]. أمَّا نكس الأعراض بعد مدة من التحسن فهو ينجم عادة عن تطور القلس المريئي المعدي ومضاعفاته مثل التضيقات، إذْ تعالج بنجاح من خلال التوسيع بالتنظير الباطني [13]. وتبلغ نسبة القلس عموماً في الدراسات المختلفة نحو 5% [8].

الخلاصة (conclusion)

تبيّن هذه الدراسة أن عملية خزع عضلية المري حسب هيلر بتنظير البطن مع طي قاع المعدة الأمامي حسب Dor هو الإجراء المختار للسيطرة على أعراض عسرة البلع بشكل جيد ومدة طويلة في مرضى الأكالازيا، وهو يقي بشكل جيد من أعراض القلس التالية للخزع الطولي. كما أن هذا الإجراء الجراحي قليل الرض مع مضاعفات قليلة يمكن السيطرة عليها بسهولة. ولذلك يفضل اعتماد المدخل البطني التنظيري بشكل روتيني في علاج الأكالازيا.

References

1. Torquati A, Richards WO, Holzman MD, et al. Laparoscopic myotomy for achalasia: predictors of successful outcome after 200 cases. Annals of Surgery. 2006; 243(5):587-93.
2. Rossetti G, Brusciano L, Amato G, et al. A total fundoplication is not an obstacle to esophageal emptying after Heller myotomy for achalasia: results of a long-term follow up. Annals of Surgery. 2005; 241(4):614-21.
3. Ramacciato G, Mercantini P, Amodio PM, et al. Minimally invasive surgical treatment of esophageal achalasia. JSLS. 2003;7:219-225.
4. Rosemurgy A, Villadolid D, Thometz D, et al. Laparoscopic Heller myotomy provides durable relief from achalasia and salvages failures after botox or dilation. Annals of Surgery. 2005; 241(5):725-35.
5. Zaninotto G, Annese V, Costantini M, et al. Randomized controlled trial of botulinum toxin versus laparoscopic Heller myotomy for esophageal achlasia. Annals of Surgery. 2004; 239(3):364-70.
6. Patti MG, Feo CV, Arcerito M, et al. Effects of previous treatment on results of laparoscopic Heller myotomy for achalasia. Dig Dis Sci. 1999;44:2270-76.
7. Donahue PE, Schlesinger PK, Sluss Kf, et al. Esophagocardio-myotomy: floppy Nissen fundoplication effectively treats achalasia without causing esophageal obstruction. Surgery. 1994; 116:719-725.
8. Hunter JG, Trus TL, Branum GD, et al. Laparoscopic Heller myotomy and fundoplication for achalasia. Annals of Surgery. 1997; 225(6):655-64.
9. Morino M, Rebecchi F, Festa V, et al. Preoperative pneumatic dilatation represents a risk factor for laparoscopic Heller myotomy. Surg Endosc. 1997; 11:359-361.
10. Dempsey DT, Delano M, Bradley K, et al. Laparoscopic esophagomyotomy for achalasia: does anterior hemifundoplication affect clinical outcome? Annals of Surgery. 2004; 239(6):779-87.
11. Ponce M, Ortiz V, Juan M, et al. Gastroesophageal reflux, quality of life, and satisfaction in patients with achalasia treated with open cardiomyotomy and partial fundoplication, Am J Surg. 2003; 185:560-64.
12. Yamamura MS. Gilster JC, Myers BS, et al. Laparoscopic Heller myotomy and anterior fundoplication for achalasia results in a high degree of patient satisfaction. Arch Surg. 2000; 135:902-906.
13. Zaninotto G, Costantini M, Portale G, et al. Etiology, diagnosis, and treatment of failures after laparoscopic Heller myotomy for achalasia. Annals of Surgery. 2002; 235(2):186-92.
14. Wills VL, Hunt DR. Functional outcome after Heller myotomy and fundoplication for achlasia. J Gastrointest Surg. 2001;5:408-13.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2008/4/30.
تاريخ قبوله للنشر: 2008/11/4.