

عملية هارتمان وانسدادات الأمعاء الغليظة

محمد أحمد*

الملخص

دراسة حالات انسداد الأمعاء الغليظة في قسم الإسعاف الجراحي في مستشفى المواساة مظهرين الخبرة المحلية في تشخيصها وتديرها. أجريت الدراسة بالطريق الراجع باستخدام البيانات الطبية للمرضى المراجعين لقسم الإسعاف في مستشفى المواساة خلال الأعوام 2000 - 2004. بلغ مجموع المرضى 180 مريضاً خلال سنوات الدراسة، وذلك بمعدل ثلاث حالات شهرياً تقريباً. بلغت نسبة الذكور إلى الإناث 1/1,3 وحدثت ثلث الحالات في العقد السادس من العمر وخضع 91,7% من المرضى لمداخلة جراحية لتدبير الانسداد، وقد شكلت عملية هارتمان 43,4% منها وعملية فغر الكولون التلطيفية 10,3%، ووجد سرطان كولونيات في 50% من الحالات وخراج داخل بطني في 16,6% منها. انسداد الكولونيات حالة سريرية شائعة نسبياً، يشكل سرطان الأمعاء الغليظة السبب الأول لها في الأعمار المتقدمة وتشكل الصورة الشعاعية البسيطة للبطن بوضعية الوقوف ركناً مهماً في التشخيص، وتبقى عملية هارتمان الحل الجراحي الأضمن لهذه الحالات.

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

Hartman's Procedure and Large Bowel Obstruction

Mohamad Ahmad*

Abstract

To review the large bowel obstruction cases treated at the Accident and Emergency unit in Al-Muassat Hospital, evaluating our local expertise in its diagnosis and management.

This was a retrospective study performed by reviewing the medical records of all patients attending the Accident and Emergency unit at Al-Muassat Hospital between the years 2000 and 2004.

During the study period there was 180 patients treated for large bowel obstruction, an average of three patients each month. The male to female ratio was 1,3:1. One third of the patients were in the six decade of life at time of presentation. Surgery was performed on 91,7% of patients, 43,4% of whom had a Hartmann's procedure and 10,3% palliative colostomy. Carcinoma of the colon was found in 50% of cases and intra-abdominal abscess in 16,6%.

Large bowel obstruction is a fairly common clinical presentation with carcinoma of the colon being the main cause in older age groups. Plain erect abdominal x-ray is considered an important investigation in making the diagnosis. Hartmann's procedure remains a safe surgical option in these cases.

* Ass. Prof. Department of Surgery. Faculty of Medicine. Damascus University.

المدخل Introduction:

ينشأ الانسداد المعوي عندما يتوضع عائق ما في لمعة المعي أو ينتشأ من جداره أو يضغط عليه من داخل البطن خارج هذا الجدار، ويتسبب هذا العائق في انقطاع التواصل للمعي كلياً فيتوقف إثر ذلك مرور المحتويات المعوية من الأقسام الدانية للأمعاء إلى أقسامها القاصية، كما يتوقف انطراحها إلى خارج الجسم من فوهة الشرج.

يتوضع 20% من انسدادات الأمعاء في المعي الغليظ وتشاهد معظم الحالات الانسدادية لدى الكهول وتتصف بأنها مترقية الأعراض ببطء ثم تتحول فجأة إلى انسداد معوي حاد عندما يصبح الانسداد للمعي كاملاً، ويشاهد هذا النوع من الانسدادات في التشنؤات الورمية في المعي الغليظ. ويعدُّ الفحص الشعاعي من أهم التحريات الخاصة التي يجب إجراؤها للتأكد من وجود انسداد معوي في منطقة ما من الأنبوب الهضمي، ويأتي في مقدمة الاستقصاءات صورة البطن البسيطة في وضعيتي الاستلقاء

والوقوف التي تظهر تراكم المفرزات السائلة والمحتويات الغازية في داخل العرى المعوية المتوسعة الواقعة فوق منطقة الانسداد (1-2-3).

تجرى المداخلات الجراحية العاجلة في جميع الحالات وخاصة إذا أخفق التدبير المحافظ الذي نلجأ إليه في حالات تحت الانسداد وفي الانسدادات الباكرة التالية للمداخلات الجراحية، ويأتي في مقدمتها الفغر المعوي وحده أو إجراء عملية هارتمان في أورام الأمعاء الغليظة وخاصة المتوسعة في القسم الأيسر منها لمعالجة السبب وتهيئة المريض لإعادة وصل السبيل الهضمي لاحقاً.

مواد الدراسة والمرضى Patients and

Methods:

أُجريت الدراسة على 180 مريضاً مصاباً بانسداد أمعاء غليظة راجعوا قسم الإسعاف في مستشفى المواساة ما بين 2000 حتى نهاية عام 2004 بالطريق الراجع وتوزعت الحالات على السنوات كما يأتي:

2000	34 مريضاً
2001	32 مريضاً
2002	39 مريضاً
2003	40 مريضاً
2004	35 مريضاً
المجموع	180 مريضاً

• وتوزعت حسب الجنس على النحو الآتي:

نكور	103 مريض	57.2%
إناث	77 مريضاً	42.88%
المجموع	180 مريضاً	100%

وتوزعت الحالات حسب العمر على النحو الآتي:

العمر بالسنوات	عدد الحالات	النسبة المئوية
10- 0	0	0%
20-10	9	5%
30-20	30	16.6%
40-30	9	5%
50-40	32	17.7%
60-50	62	33.3%
70-60	19	10.5%
80-70	19	10.5%
المجموع	180	100%

أجري لـ 70 مريضاً عملية هارتمان الأمعاء الغليظة الذين عولجوا جراحياً، لمعالجة الانسداد المعوي، وشكل ذلك استجاب 15 مريضاً على المعالجة نسبة 43,4% من مجموع مرضى انسداد

المحافظة ولم يجرَ لهم أي تدخل جراحي.

• النتائج Results :

يمكن من خلال دراستنا التوصل إلى النتائج الآتية:

- حدثت ثلث الحالات تقريباً خلال العقد السادس من العمر، كما لوحظ ارتفاع نسبة حدوث انسداد الأمعاء الغليظة في العقد الثالث، وهذا يتوافق مع وجود آفات مرافقة مثل انتقاب زائدة دودية ملتهبة وغيرها.

- يشكل انسداد الأمعاء الغليظة حالة سريرية ناجمة عن آفة مرضية كامنة في أكثر من 95% من الحالات، وتختلف الأسباب الكامنة وراء انسداد الأمعاء الغليظة اختلافاً بيناً، لكن سرطان الكولون يشكل نسبة مهمة إحصائياً ويجب وضعه بالحسبان دوماً في أي مقارنة سريرية لهذه الحالة.

- اعتمد التشخيص على القصة السريرية والفحص الفيزيائي فضلاً عن الصور الشعاعية البسيطة وخاصة بوضعية الوقوف، وأحياناً استخدم الحقن بالمادة الظليلة الذوابة بالماء والتنظير الهضمي السفلي عند الحاجة إلى ذلك. وقد توزعت الحالات إلى انسداد حاد خلال أقل من 48 ساعة عند 45 مريضاً أي بنسبة 25%، وانسداد تحت حاد خلال أكثر من 48 ساعة عند 135 مريضاً أي بنسبة 75%.

خضع معظم المرضى للعلاج الجراحي لتدبير حالات انسداد الأمعاء الغليظة، واعتمد العلاج المحافظ للحالات التي استجابت له بشكل تام وخاصة عند المتقدمين في العمر والحالات التي كان فيها نقائل سرطانية معروفة والتي كانت حالات تحت انسدادية.

والجدول التالي يوضح الآتي:

عدد المرضى الذين خضعوا للجراحة

165 مريضاً أي بنسبة 91,7%

عدد المرضى الذين عولجوا بشكل

محافظ 15 مريضاً أي بنسبة 8,3%

واختلف نوع العمل الجراحي باختلاف

الحالات كما في الجدول الآتي:

النسبة المئوية	عدد الحالات	نوع العمل الجراحي
10.3%	17	شرح مضاد للطبيعة فقط
43.4%	70	بتركولون أيسروشرح مضاد للطبيعة (هارتمان)
6%	10	تحرير التصاقات
0.5%	25	بتر كولون ومفاغرة بدنية
1.2%	2	استئصال تام للكولونات مع فغر صائم
15.6%	26	معالجة الآفة البدئية فقط فتق-مرارة منقبة- زائدة منقبة - رد انفتال
6%	10	مفاغرة تلتيفية
3%	5	استئصال سلبي
	165	المجموع

يلاحظ أن قرابة نصف العمليات كولون- - تمزق مصلية الأعور- توسع الجراحية المجراة كانت من نمط أوعر شديد مع إقفار وعائي- و/ أو هارتمان، فهي العملية الجراحية الأسلم وجود آفة مرافقة مانعة للمفاغرة في حالات انسداد الأمعاء الغليظة مع البدئية. سوء الحالة العامة. ويبين الجدول الآتي نسبة الحالات وتنوعت الموجودات المانعة للمفاغرة بين وجود امتلاء شديد بالبراز- انتقاب

النسبة المئوية	عدد الحالات	
53.4%	87	- وجود مرافقات مانعة للمفاغرة
46.6%	78	- عدم وجود مرافقات مانعة للمفاغرة

أجري غسيل الكولونات خلال العمل الجراحي عند وضع قرار إجراء المفاغرة البدئية عند 12 مريضاً أي بنسبة 7,2%. وكان عدد المرضى الذين أجريت لهم مفاغرة بدئية 35 مريضاً بنسبة 21% في حين عولجت الآفة أو أجري استئصال تام للكولونات مع فغر للصابم أو تم تحرير الالتصاقات مع الإشارة إلى وجود 5/ حالات كان الاستقصاء فيها سلبياً.

كما أن المفاغرات أجريت عبر الخياطة اليدوية عند 19 مريضاً أي بنسبة 11,5%، أو باستخدام الستابلر عند 6 مرضى أي بنسبة 4.5%. وذلك في الحالات التي لا تتوافق بسبب يمنع إجراء المفاغرة مباشرة. واختلف نوع العمل الجراحي حسب أسباب الانسداد وذلك على النحو الآتي:

العمل الجراحي		
بتر ومفاغرة	7	سرطان كولون أيمن
بتر ومفاغرة	7	سرطان كولون معترض
هارتمان	70	سرطان كولون نازل وسين ومستقيم
شرح مضاد للطبيعة	11	سرطان حوض منتشر
علاج مفاغرات تلتيفية	10	
معالجة الآفة البدئية	20	خراج داخل البطن
علاج محافظ	10	انفتال سين
بتر ومفاغرة	4	
شرح مضاد للطبيعة فقط	6	كولون عرطل
معالجة الآفة البدئية	6	ورم مثاني/ مبيضي
تحرير التصاقات	10	التصاقات شديدة
بتر ومفاغرة بدئية	7	فتق مختنق
استئصال تام للكولونات	2	تموت وعائي
فتح بطن استقصائي	5	مجهول السبب
علاج محافظ	5	
	180	المجموع

وكانت المضاعفات بعد الجراحة في المشفى على النحو الآتي:

هارتمان	المدخلات الأخرى	
2	8	- خمج الجرح
0	4	- خراجات داخل البطن
0	2	- تسرب المفاغرة
0	1	- انسداد أمعاء دقيقة
1	3	- التهاب وريد خثري
1	2	- خمج مسالك بولية
0	2	- ذات رئة
0	1	- قصور قلبي شديد

• المناقشة Discussion: الحالات الخاصة أيضاً لتحديد المكان تشكل القصة السريرية والفحص الفيزيائي دوماً أسس تشخيص انسدادات الأمعاء الغليظة (1-2-3) إذ يجب الانتباه إلى كون الانسداد كلياً أو جزئياً ومن ثم الانتباه إلى الموجودات السريرية السابقة كنقص الوزن أو الضعف العام أو دلائل فقر الدم فضلاً عن القصة العائلية للمريض. يعتمد التشخيص على الصورة الشعاعية البسيطة (1-3) في معظم المراكز الطبية، ويمكن اللجوء إلى استخدام التصوير الشعاعي بالتباين والتباين المضاعف في حالة عدم وضوح التشخيص وفي بعض الحالات الخاصة أيضاً لتحديد المكان الدقيق للانسداد (3-4). بلغت حساسية الصور البسيطة في وضع التشخيص 84% في إحدى الدراسات، وبلغت نوعيتها 72% (5) ووصلت دقة الصورة بالحقنة الظليلة إلى 98% (5)، واعتمدنا في دراستنا على الصورة الشعاعية البسيطة بوضعية الوقوف في معظم حالاتنا إذ وصلت دقتها على 90%، وتم اللجوء إلى الحقنة الظليلة وتنظير الكولونات في كل الحالات التي طرحت إمكانية حدوث الانسداد الكلي والجزئي بسبب ورمي أي بنسبة 63,3% من مجموع الحالات.

يختلف نوع العمل الجراحي باختلاف السبب الكامن وراء الإصابة (3) فغالبية حالات انسداد الأمعاء الغليظة السرطانية تحتاج إلى عمل جراحي (6)، وفي دراستنا تم التداخل الجراحي عليها جميعها.

يمكن تدبير انفتال السين بالتنظير الهضمي السفلي مع وضع أنبوب شرجي في العديد من الحالات (1)، ومن ثم يمكن إجراء عمل جراحي انتقائي كمرحلة ثانية (1-3). أما في دراستنا فقد تم اللجوء إلى رد الانفتال باستخدام الأنبوب الشرجي عند عشرة من المرضى وتم تحضيرهم لعمل جراحي انتقائي فضلاً عن إجراء البتر والمفاغرة مباشرة عند أربعة مرضى.

تتوعدت الأسباب المذكورة عالمياً لانسداد الأمعاء الغليظة لكن تبقى النسب قريبة من النسب التي وجدناها في دراستنا: سرطان كولون انسداد (1-3-7)، انفتال السين (1-7)، وهناك مجموعة من الأسباب وردت في الأدب الطبي ولم نجد مثلها في دراستنا نذكر منها:

- داء الرتوج الكولونية (8)، نزف جداري كولوني بسبب مميعات الدم (9)، بقاء قطع منسية من عمل جراحي سابق (10)، انسداد بموسع كولوني مستخدم كمرحلة أولى في علاج الانسداد (11)، التهاب معتكلة شديد منخر للكولون (12)، انتقاب كولون بأنبوب مستخدم لإزالة ضغط الانفتال السيني (13)، انسداد الكولونات بوجود أجسام أجنبية في المهبل (14)، وغيرها من الحالات المتنوعة. وتبقى عملية هارتمان في دراستنا المحور الأساسي لمعالجة انسدادات الأمعاء الغليظة وخاصة في سرطان المستقيم والكولون السيني والنازل لأنها كانت الأسلم والأفضل من ناحية النتائج وقلة المضاعفات وسرعة إنجاز العمل الجراحي لمرضى ذي حالة عامة سيئة، كما أن تهيئة المريض لاحقاً للمرحلة الثانية تجعله بحالة صحية أفضل مما يجعل النتائج أفضل والمضاعفات أقل (1-3-7).

جراحي مثالي يعطي أماناً للجراح وأقل رضى ومضاعفات بعد الجراحة.

• الخلاصة Conclusion:

يشكل سرطان الأمعاء الغليظة السبب الأول في انسدادها لذا يجب التقصي عنه بدقة عند أي مقارنة سريرية لهذه الحالة وخاصة في الأعمار المتقدمة، ويعتمد التشخيص بشكل رئيسي على المقارنة السريرية الدقيقة والشاملة مع استخدام الصورة البسيطة للبطن بوضعية الوقوف والحقنة الظليلة أحياناً. وتؤدي مهارة الطبيب في إنجاز الفحص السريري المتقن دوراً كبيراً في جميع مجالات الممارسة الجراحية وخاصة في انسداد الأمعاء، وتبقى عملية هارتمان الحل الجراحي الأضمن التي ننصح بها. أما المفاغرة البدئية فلا ننصح بها في أكثر الحالات على الرغم من أن استخدام غسيل الكولونات وسيلة فعالة لتهيئة الظروف المناسبة للمفاغرة البدئية.

تشير الدراسات العالمية إلى كثرة توارد حالة الانسداد المعوي في الأمعاء الغليظة مع تقدم العمر (3) ولا بد من الإشارة إلى ندرة الدراسات المنشورة عن هذا الموضوع، ولعل أهمها دراسة L de la Garza-Villasenor التي أجريت في المعهد الوطني الطبي في المكسيك (4) التي درست 452 حالة انسداد معوي والتي شكل انسداد الأمعاء الغليظة منها 60 حالة معالجة جراحياً خلال 15 سنة، وهو توارد قليل مقارنة مع مستشفى المواساة. وتتوافق هذه النتائج بشكل واضح مع دراستنا التي يتبين فيها أن ما يقرب من نصف حالات انسداد الأمعاء الغليظة حدثت في العقد السادس والسابع من الحياة، ولعل ذلك يرجع إلى كثرة توارد التشنجات السرطانية الكولونية مقارنة مع الأسباب الأخرى الكامنة وراء انسداد الأمعاء الغليظة. كما أن الدراسة توافقت مع دراستنا من حيث اللجوء لإجراء عملية هارتمان كحل

References

- 1- Schwartz S, Shire G, et al(Eds) :Principles of Surgery McGraw-Hill Inc1999 .
- 2- Doherty GM, et al (EDS):Washingto Manual of Surgery 3rd edition . Lippincott Williams& Wilkins , 2002.
- 3- Basson M:Colonic Obstruction . e-medecine Inc, 2001.
- 4- Etiology of intestinal occlusion. Rev :4-L de la Garza-Villasenor Gastroenterol Mex, October1; 2001 66(4):193- 6.
- 5- Clin Rad 46:273 ,1992.
- 6- TadahiroNozoe, et al(eds):Obstruction carcinoma of the colon and rectum have a smaller size compared with those of non- obstructing carcinomas. ONCOLOGY REPORTS 8: 1313-1315 , 2001.
- 7- G Gurleyik, C Kotan, E Dulundu, E Ozturk, R Sonmez, And A Saglam:Clinical differences between surgical treated patients with large bowel obstruction in the cities of Van and Istanbul. Ulus Travma Derg, January 1, 2002 ; 8(1): 38-42 .
- 8- Arch Surg 108:470 1974.
- 9- Krysa J, Shahabdeen M, South LM : A case of acute large bowel obstruction, presenting in a patient taking warfarin . Emerg Med J. 2003 Nov ; 20(6):E8.
- 10- Cruz RJ Jr, Poli de Figueiredo LF, Guerra L:Intracolonic obstruction induced by a retained surgical sponge after trauma laparotomy. J Trauma.2003 Nov;55(5):989-91
- 11- Hasegawa S, Ohta M, Mori R , Misuta K, Kobayashi S ,Nakano A: Perforation caused by a transanal decompression tub in large bowel obstruction. J Cli Gastroenterol. 2003 Aug; 37 (2):195- 6.
- 12- Gardner A, Gardner G, Feller E:Sever colonic complications of pancreatic disease. J Clin Gastroenterol . 2003 Sep; 37(3):258-62 .
- 13-Puneet, Khanna A, Khanna A K:Intravaginal foreign body-- a rare cause of large bowel obstruction. J Indian Med Assoc. 2oo2 Nov; 100(11):

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/3/20.

تاريخ قبوله للنشر: 2007/3/29.