

الداء الهضمي الحامضي

أ.د : محسن بلال

يشمل الداء الهضمي الحامضي في المعدة و العفج التهاب المعدة السحجي و القرحة الهضمية ، و تترافق كلتا الآفتين مع اختلال في التوازن الطبيعي بين الحمض و الببسين من جهة و بين آليات الدفاع المخاطي من جهة أخرى .

لا بد من تفريق بين التهاب المعدة و بين التقرح ، حيث أن التهاب المعدة يصيب المخاطية بشكل محدد ، و يحدث بشكلين حاد و مزمن ، فالتهاب المعدة المزمن يلعب دوراً هاماً في إمراضية بقية الآفات ، أما التهاب المعدة الحاد فيحدث بشكل متكرر ، و يحدث بشكل نموذجي عقب الأذيات الحرارية و الفيزيائية (حروق ، رضوض) و عقب الصدمة و الأخماج و أذيات الراس و تناول أدوية مختلفة كالأسبرين أو الكحول ، و تصنف ه ذه الأذية بعبارة سحجة الشدة .

أما القرحة الهضمية الحقيقية فتتمدد عبر المخاطية إلى الطبقة المخاطية العضلية و الطبقة ما تحت المخاطية .

تحدد التسحجات في المخاطية ،بينما تمتد القرحات عبر الطبقات كافة ، مما يؤدي إلى نزف كتلي من وعاء دموي تحت المخاطية ... و بإمكان التهاب المعدة السحجي أن يؤدي إلى نزف أيضاً . تتميز القرحات المزمنة المعديّة و العفجية بوجود ارتكاس التهابي واضح .

القرحة الهضمية : القرحة المعديّة تصيب الأعمار المتقدمة أكثر من القرحة العفجية (المعدل الوسطي لها أكبر بعشر سنوات من المعدل الوسطي للقرحة العفجية) ، و يزداد معدل حدوث القرحات المعديّة فوق 65 سنة من العمر .

تحدث القرحة العفجية عادة بعد البواب 1 - 2 سم ، أي في المكان الأول من الأمعاء ، الذي يتعرض للحموضة المعديّة ، و تترافق مثل هذه القرحات مع فرط إفراز الحمض من المعدة ، و لكن هذا ليس ثابتاً في جميع الحالات ، و حيث أن الحمض يتعدل سريعاً في العفج ، فغن القرحات التي تحدث في مكان أبعد من البصلة العفجية تعتبر قرحات غير نموذجية و يجب الاستباه بوجود سبب غير اعتيادي لمثل تلك القرحات ، (متلازمة زولينجر إليسون مثلاً) .

تنوضع القرحة المعديّة النموذجية و الأكثر شيوعاً في القسم القريب من الغار ، آليتها المرضية هي اضطراب في آليات الدفاع المخاطية ، و تترافق هذه القرحات مع نقص في الإفراز الحمضي المعدي (مع توفر شيء من الحموضة ضروري لإحداث القرحة) .

الآلية الإمراضية : تكمن الآلية الإمراضية للقرحة العفجية في خلل التوازن بين الفعالية المتزايدة للحمض و الببسين من جهة و آليات الدفاع التي تقاوم هضم المخاطية من جهة أخرى . و قد تبين وجود ثلاث آليات إمراضية تشكل الأساس الفعلي لكافة القرحات و هي :

- الخمج بالجراثيم الحلزونية البوابية .

- استخدام الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية .

- الإفراز الحامضي المفرط التالي لوجود ورم مفرز للغاسترين (غاسترينوما) متلازمة زولينجر إليسون .

يترافق الخمج بالجراثيم الحلزونية البوابية مع نقصان في مقاومة الطبقة المخاطية للنفوذ الحمضي . توجد علاقة قوية بين الخمج بهذه المتعضيات و بين التهاب الغار و التهاب العفج و ذلك بشكل شائع في مرضى القرحات المعدية و العفجية .

القرحة العفجية : يكون الإفراز الحمضي الأساسي و المحرض في مرضى القرحة العفجية زائداً عن الحد المعتاد في الأشخاص الطبيعيين . تترافق حالة فرط غاسترين الدم مع الخمج بالجراثيم الحلزونية البوابية . يتعرض القسم القريب من العفج للحمض بشكل زائد عن الطبيعي . و قد تبين وجود ثغرة في آليات الدفاع العفجية تجاه الحمض . ففي معظم مرضى القرحة العفجية يوجد نقص في إفراز البيكربونات الأساسي ، و يوازي ذلك نقص في القدرة الدائرة للمخاطية . يترافق التدخين أيضاً مع زيادة في معدل حدوث القرحة العفجية و تأخر في شفائها ، قد يكون ناتجاً عن زيادة إفراز الحمض أو نقصان في إفراز البيكربونات العفجية و البنكرياسية . بالمجمل فإن القرحة العفجية لن تحدث دون وجود الجراثيم الحلزونية .

القرحة المعدية : على النقيض من مرضى القرحة العفجية ، إن مرضى القرحة المعدية يفرزون ضمن معدل يتراوح بين الحد الطبيعي إلى مستويات منخفضة من إفراز أو انعدام تام في الحموضة المعدية ، و إن كان لا بد من توفر بعض الحمض و الببسين على الأقل لإحداث التقرح ، و القرحات الحادثة في المرضى فاقدي الحموضة المعدية إنما تحدث بسبب عوز شديد في آليات الدفاع .

يرتبط التدخين مع إحداث القرحة المعدية و تأخر شفائها ، حيث أن التدخين يزيد من القلس العفجي المعدي . تنشأ القرحة المعدية من نقص في آليات الدفاع المخاطية المعدية تجاه التأثير الهاضم المؤذي للحمض و الببسين، حيث تؤدي إلى التقرح في المناطق المخاطية ناقصة المقاومة ، و يلعب الخمج بالجراثيم الحلزونية و تناول الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية دوراً في إنقاص هذه المقاومة في المخاطية المعدية .

التظاهرات السريرية و التشخيص :

يبدأ الألم الناشئ عن القرحة العفجية بشكل نموذجي بالطعام و المواد القلوية ، و يحدث الألم عادة عقب عدة ساعات من تناول الوجبة . و بالمقارنة نجد أن القرحة المعدية تترافق مع ألم شرسوفي حارق أو قارض يحدث عند تناول الطعام أو بعده مباشرة و ذلك بسبب التحريض على الإفراز المعدي بسبب الطعام / طبيعة غير نوعية للألم/ . هناك عدم إمكانية تفريق القرحة العفجية عن القرحة المعدية بالاعتماد على الموجودات السريرية. و هناك أعراض شائعة للقرحة الهضمية / بالإضافة إلى الألم / فتشمل : الغثيان و نقص الوزن و مضمض شرسوفي خفيف إلى متوسط الشدة .

إن الدعامتين الأساسيتين اللتين يقوم عليهما التشخيص هما :

- التنظير الهضمي العلوي .

- التصوير الظليل للجهاز الهضمي العلوي .

بالصورة الشعاعية (مادة ظليلة + نفخ غاز) يمكن كشف أكثر من 90% من فوهات القرحات العفجية و المعدية بمعنى أنها تقارب حساسية التنظير .

بينما يستطب التنظير في حال عدم وجود تقنيات شعاعية متطورة النوعية .

يستطب إجراء التنظير و الخزعة في جميع الحالات تقريباً إذ أن 7% من الخزائات المعدية تظهر على أنها حميدة على الدراسة الشعاعية إضافة إلى فحوصات تكشف الجراثيم الحلزونية البوابية .

الاختلاطات : يمكن أن تؤدي القرحة الهضمية إلى واحد من الاختلاطات الرئيسية التالية :

✚ النزف : عندما تمتد الفوهة القرحة لتنفذ إلى وعاء دموي كبير ، فإن ذلك قد يسبب نزفاً غزيراً ، و على الرغم من كون النزف الخفي هو الأكثر شيوعاً ، لكن 15 إلى 20 % من مرضى القرحات الهضمية يتعرضون لنزف عياني خلال مرحلة ما من مرضه .

إن النزف الإسعافي الذي يحتاج إلى جراحة يكون غالباً ناجماً عن التسحج الخفي للقرحة العفجية لتنفذ إلى الشريان المعدي العفجي . يمكن أن يتظاهر النزف من القرحة المعدية بالإقياءات الدموية أو بالتغوط الزفتي و ذلك بنسبة متساوية تقريباً ، من حيث معدل الحدوث ، بينما تميل القرحات العفجية لإحداث التغوط الزفتي لوحده في غالب الأحيان ، يمكن أن تنشأ أعراض واسعة الاختلاف من حالة نقص الحجم الناجمة عن النزف ، حيث يمكن أن تتظاهر الحالة بهجمات نقص تروية عابر أو احتشاء عضلة قلبية أو إقفلو دموي معوي . يمكن إجراء المقاربات التشخيصية في الوقت الذي تستقر فيه حالة المريض . يتم تأكيد تشخيص النزف الهضمي العلوي بوضع أنبوب أنفي معدي . يشكل النزف من القرحة الهضمية ثلث حالات النزوف الهضمية العلوية و يقوم التنظير بتحديد مكان و طبيعة الآفة النازفة .

✚ الانتقاب : يحصل الانتقاب عندما تحتقر القرحة في كامل سماكة المعدة و العفج و قد يكون الانتقاب في ما يقارب حراً في جوف البطن أو ينفذ إلى أحد الأحشاء المجاورة . يحصل الانتقاب فيما يقارب 5 - 10% من مجمل مرضى القرحات العضية ، و عندما يحصل الانتقاب فإن العصارة المعدية المتسربة تؤدي لإحداث التهاب بريتوان و بالتالي ألم بطني شديد مع مضمض واضح و خزل (علوص) معوي ، ارتفاع الكريات البيض ، نقص الحجم الحادث بسبب تشطي السوائل (ضياح السوائل في المسافة الثالثة) و نجد استرواح البريتوان (هواء حر في جوف البريتوان) في 75% من الحالات ، و يظهر الهواء الحر تحت الحجاب على الصورة الشعاعية لصدر و بطن المريض بوضعية الوقوف ، الانتقاب الذي ينفذ إلى الطرق الصفراوية أو الكولون من الممكن أن يؤدي لناسور . في حال تحول المواد المتسربة من الانتقاب بواسطة الرباط المنجلي ، حيث تصل الحفرة الحرقفية اليمنى من المحتمل أن يلتبس التشخيص مع التهاب الزائدة .

المعالجة :

حاولت المعالجة الدوائية و الجراحية إعادة التوازن بين الإفراز الحمضي من جهة و آليات الدفاع المخاطية من جهة أخرى ، لاعتبار أن سبب القرحة الهضمية هو اختلال هذا التوازن . و هكذا فإن معظم المقاربات العلاجية توجهت نحو إنقاص الإفراز الحمضي ، بينما نصحت الطرق الأخرى بتقديم تحسين للمقاومة المخاطية و آليات الدفاع .

A. معالجة دوائية : حمية و استخدام أطعمة مناسبة و عدم وصف أسيرين و أدوية مضادة للالتهاب غير الستيروئيدية و تجنب المريض القهوة (التي تحرض بقوة على الإفراز المعدي الحامضي ، و كذلك فالكحول يؤدي المخاطية و لا بد من تجنبها .

المعالجة الدوائية : تقوم باستعادة التوازن في الإفراز بآليات عامة ثلاث و هي :

أ - تعديل الإفراز الحامضي

ب تثبيط الإفراز

ت - حماية المخاطية المعدية من الأذية الإضافية

تعتبر حاصرات المستقبلات الهستامينية H2 من العقاقير التي حققت ثورة في معالجة القرحة الهضمية بتأثيرها في إنقاص الإفراز الحامضي .

B معالجة جراحية : تشمل الاستطبابات الأربعة الكلاسيكية للجراحة ما يلي :

الداء المعند على المعالجة الدوائية ، و الاختلاطات : النزف و الانتقاب و الانسداد و قد أصبحت الجراحة الانتقائية بسبب تعنيد الداء على المعالجة الدوائية نادرة إلى حد بعيد ، يعتبر النزف السبب الرئيسي للوفيات الحادثة بسبب القرحة العفجية .

التداخل الجراحي المبكر هو الطريقة الوحيدة لإنقاص معدل الاختلاطات و الوفيات الناجمة عن النزف ، يجب إجراء تنظيف هضمي علوي مبكر لإثبات التشخيص و البدء بالمعالجة .

تشمل الاستطبابات الجراحية ما يلي : استمرار النزف لأكثر من 6 وحات دموية ، و عودة النزف من جديد عقب السيطرة عليه بواسطة التنظيف .

الخيار الجراحي الأفضل هو : إجراء قطع مبهمين و إجراء مفاغرة معدية معوية ، لكن الخيار الجراحي الأفضل : هو إجراء قطع مبهمين و قطع الغار و استئصال البواب المتندب .

القرحة المعدية : عولجت القرحة المعدية بالجراحة في وقت مبكر مقارنة مع القرحة العفجية و ذلك بسبب الخوف من الخبائة ، و اختلاطات القرحة المعدية بحاجة للجراحة أكثر من حاجة الاختلاطات الناجمة عن القرحات العفجية .

سرطان المعدة

تشكل الأدينوكارسينوما المعدية (سرطان المعدة) 95% من مجمل الخبائث المعدية ، للمفوما 4% و الورم العضلي الأملس الخبيث (الليوميوساركوما) 1% .

في اليابان يعتبر سرطان المعدة السبب الرئيسي للوفيات المتعلقة بالسرطان . معدل إصابة الرجال إلى النساء (2 إلى 1) في معظم المجتمعات . ذروة الإصابة تحدث في العقد السادس إلى السابع من العمر .

و هناك زيادة خطر حدوث سرطان المعدة بوجود :

الخمج بالجراثيم الحلزونية البوابية ، القرحة المعدية ، التهاب المعدة الضموري المحدث بالجراثيم الحلزونية البوابية ، التدخين ، التعرض للإشعاع ، تناول الأفلاتوكسين ، وجود قصة عائلية لسرطان المعدة ، فقر الدم الوبيل ، زمرة الدم A ، حالة اللاحمضية (انعدام حموضة المعدة) كل ما سبق ذكره يعتبر من العوامل المؤهبة لحدوث سرطان المعدة .

يتألف سرطان المعدة من أنماط ورمية متعددة ، و يتعلق الإنذار بعمق الغزو الورمي عبر جدار المعدة و إصابة العقد اللمفاوية و الانتقال إلى بعد في أعضاء أخرى .

ينقسم سرطان المعدة إلى أربعة أنماط فئوية اعتماداً على مظهره المجهرى :

- ✓ سرطان المعدة التصليبي (linitis plastica) ، المعدة الشبيهة بالزجاجة الجلدية أو الوعاء الجلدي و إنذاره سيء للغاية و سيء التمييز دائماً .
 - ✓ سرطان متعدد الصيغة الصبغية .
 - ✓ سرطان تقرحي
 - ✓ سرطان حليمي متبرعم نامي للخارج
- التظاهرات السريرية :**

- ❖ يعتبر القمه و نقص الوزن أكثر التظاهرات اليريرية شيوعاً لسرطان المعدة ، و بنسبة 95% من المرضى الذين يشخص وجود الداء لديهم ، يكون المرضى غير عرضيين نسبياً حتى يحدث اشتغال كبير للورم في جدار المعدة و الأحشاء المجاورة أو حتى يحدث انتقال بعيد .
 - ❖ فقر دم ووجود دم خفي في البراز : أعراض شائعة لدى مرضى سرطان المعدة .
 - ❖ غثيان و إقياء : عندما تؤدي الآفات البعيدة في موضعها إلى إغلاق البواب يمكن جس كتلة بطنية بنسبة 50% .
 - ❖ ضخامة كبد لوجود انتشار انتقالي للداء .
- انتقال الداء إلى المبيض أو ما يسمى (ورم كروكينبرغ) أو في الرتج الحوضي (مما يؤدي إلى رف بلومر) ، عقدة فيرخوف (عقدة مجسوسة في الحفرة فوق الترقوة اليسرى) و عقيدة الأخت جوزفين عندما تنتشر الانتقالات إلى السرة .

التشخيص :

- يعتبر التنظير الهضمي العلوي الإجراءات الاستقصائي الأكثر أهمية و نوعية في التشخيص ، إذ يسمح بإجراء الخزعة و التشخيص النسيجي .
- إجراء صورة أشعة ظليلة للقسم العلوي من الأنبوب الهضمي باستخدام الباريوم ، و من الإجراءات المتممة خاصة في حال الاشتباه بسرطان من النوع الصلد scirrhus تصوير طبقي محوري و يفيد في التشخيص و كشف الانتقالات .
- أمواج فوق الصوتية عبر التنظير تزودنا بمعلومات دقيقة حول عمق نفوذ الورم عبر جدار المعدة .
- 70% من سرطانات المعدة الباكرة تكون جيدة التمايز ، بينما تكون 30% سيئة التمايز .

• تصنيف سرطان المعدة بناء على معطيات التصوير الطبقي المحوري :

- المرحلة 1 : كتلة داخل البطن دون تسمك في الجدار .
- المرحلة 2 : تسمك في الجدار أكثر من 1 سم .
- المرحلة 3 : غزو مباشر للبنى التشريحية المجاورة .
- المرحلة 4 : داء نقيلي .

الأكثر شيوعاً هو استئصال المعدة الجذري تحت التام subtotal Gastrectomy مع إزالة العقد اللمفية المرافقة و المساريف ، يتم استئصال 50 - 85 % من المعدة و تجرى مفاغرة معدية صائمية .

