الملخص العربي

يعرف الفتق الجراحي بأنه خروج واسع لمحتويات البطن من خلال ندبـــة جراحية ضعيفة لا تفتأ أن تنشأ عن انفصال جزئي للطبقات العميقة لجدار البطن بينما يبقى الجلد سليماً.

تؤكـــد آخـــر الدراســـات أن الفتق الجراحي أصبح من المضاعفات الشـــائعة للجـــراحات البطنية، وسبب هام من أسباب المرض والموت، إذ ازداد معدل حدوثه زيادة مطردة خلال العقد الماضي ليقفز من ١١% في عام ١٩٨٥ إلى ٢٠% من عدد المرضى الذين أجريت لهم جراحات بطنية عام ٢٠٠٠.

وقـــد اتضـــحت العديـــد من العوامل المتسببة في حدوث الفتوقات الجراحية منها ما يتعلق تحديداً بأداء العملية الجراحية وذلك يتضمن: نوع وطـــريقة الشـــق الجراحي، نوع مادة الخيوط الجراحية المستخدمة، تقنية الـــرتق ومن ثم طريقة إغلاق الشق الجراحي بما تشمله من وضع درانق لصرف الإفرازات وتلوث الجرح بعد العملية.

لكن معظم هذه الدراسات أكد على أن تلوث الجرح بعد العملية هو أهم هذه العوامل بل هو من الأسباب المباشرة لحدوث الفتق الجراحي.

وقـــد بـــات جلـــياً أن الجراح من خلال تحضير جيد للمريض قبل العملـــية، اختـــيار مناســـب لـــنوع الشـــق الجراحي والخيوط الجراحية المستخدمة، تقنية جراحية حذرة، سيطرة كافية على أسباب التلوث، يصبح مـــن دون شـــك لديه المعرفة والمعلومات الضرورية لتقليل معدل حدوث الفتق الجراحي.

لا تـــزال عملـــية رتـــق الفتق الجراحي تمثل تحدياً كبيراً في علم

الجـــراحة، يتطلـــب تقيـــيم كافي لحالة المريض وتحضير جيد قبل إجراء العملـــية يتضـــمن ضبط الوزن، معالجة الحالات المرضية التي تصيبه، تنظيف وتعقيم الجلد، تناول الأدوية التي تقي من حدوث الجلطات الوريدية والمضادات الحيوية قبل وبعد العملية.

مجموعـــة متـــنوعة من التقنيات الجراحية تهدف إلى غلق الفجوة الضـــعيفة بجدار البطن وتقوية الأنسجة العضلية الليفية حولها قد ابتكرت وطورت وأوصي بها بدءاً من الطرق التقليدية للإصلاح مثل الرتق الأولي وانـــتهاءً بالتقنـــيات الحديـــثة باستخدام المواد المدعمة لجدار البطن مثل الشـــبكات الصناعية التي توضع بجدار البطن باستخدام الجراحة المفتوحة أو منظار البطن الجراحي.

يتطلـــب عـــلاج الأشكال الكبيرة الحجم والهائلة من الفتوقات الجراحية اســـتخدام مواد بديلة لتعويض الفقد بمكونات الجدار البطني وإعادة التناغم بين عضـــلاته. وقد أمكن حدوث ذلك باستخدام تشكيلة من المواد البديلة التي توضع أمـــام أو خلـــف الفجـــوة الضعيفة. وكان الفشل في استخدام الرقعات من الجلد والأنســـجة الليفية كمواد بديلة قد لفت نظر الجراحين للفائدة الكبيرة المحتملة من اســـتخدام بدائـــل أخـــرى، ونعني تحديداً، الشبكات الصناعية لكي ترقع الفجوة الضعيفة وتدعم العضلات بأسلوب خالي من الشد والتوتر.

وتعتبر شبكة البولي بروبيلين أكثر هذه الشبكات الداعمة شيوعاً في الاستخدام لإصلاح الفتق الجراحي فهي متوفرة، مرنة، يمكن قصها للشكل المطلـــوب، لا يحـــدث تفاعل بينها وبين أنسجة الجسم، يمكن تعقيمها ولا تســـبب أمراض سرطانية على المدى الطويل، يليها مباشرة شبكة البولي تيترافلورإثيلين التي ابتكرت حديثاً والتي تتميز بنفس الخصائص لكنها أقل شيوعاً في الاستخدام.

ويتم تثبيت هذه الشبكات بعدة طرق على أسس تشريحية، إما فوق النسيج الليفي المكون لطبقات البطن، أو بين طبقات جدار البطن لكن خارج البريتون أو داخل التجويف البريتوني عن طريق الفتح الجراحي أو منظار البطن.

ومن بين الطرق العديدة لتثبيت الشبكات تعتبر الطريقة الثانية التي ابتكرها رايفز وستوبا هي أفضل الطرق وتصلح لجميع أنواع الفتق الجراحي.

على أي حال، عندما يكون الحيز بين العضلات البطنية المستقيمة والغلاف المستقيم الخلفي غير ممكن تشريحه بسبب الالتصاقات فإنه من الأفضل في هذه الحالة تثبيت الشبكة داخل التجويف البريتوني، وتصلح هذه الطريقة لإصلاح الفتوقات الضخمة والمتكررة. وهي بسيطة لا تتطلب تشريح طبقات البطن مما يقلل من إمكانية حدوث التجمع المائي وتلوث الجرح بعد العملية.

ومنذ ١٩٩٠ تم استخدام منظار البطن الجراحي لتثبيت الشبكة الصناعية داخل التجويف البريتوني في حالات الفتق المرتجع أو المختنق، واتضح أن هذه التقنية ممتازة بالمقارنة بطرق الإصلاح التقليدية إذ أنها لا تحتاج إلى وقت وأقل إيلاماً للمريض حتى يتماثل للشفاء ويعود لممارسة حياته الطبيعية، ولا تحدث معها الأعراض الجانبية كالتجمع الدموي والتجمع البلازمي بعد العملية.

وكغيره يمكن أن يؤدي الإصلاح بمنظار البطن إلى مضاعفات تتعلق بكيفية إدخال المسبار وما قد ينجم عنها من إصابة للأمعاء أو الأوعية الدموية أو تكوين فتوقات صغيرة عند أماكن إدخاله، بالإضافة إلى التمدد الهوائي تحت الجلد. ومع ذلك تعد هذه الطريقة الجديدة في إصلاح الفتق الجراحي إضافة كبيرة لطرق العلاج لما قد ترتب عليها من تدني لكل من مضاعفاته ومعدل تكرره.