

الخزعات الصفاقية الموجهة بالجراحة التنظيرية في الحبن مجهول

السبب

أحمد شكيب الحاج

قسم الجراحة, كلية الطب, جامعة حلب

الملخص

بيان أن الإجراء الباكر للخزعات الصفاقية الموجهة بالجراحة التنظيرية في دراسة الحبن مجهول السبب ذو جدوى اقتصادية.

تمّت الدراسة في قسم الجراحة العامة في مشفى حلب الجامعي خلال الفترة الواقعة من 2012-2 إلى 2016-7، وذلك على عينة من المصابين بحبن مجهول السبب حيث تمّ إجراء جراحاتهم بواسطة الجراحة التنظيرية تحت التخدير الموضعي منخفض التركيز (من قبل فريق واحد) وتحت التخدير العام .

دراسة 32 مريضاً (سنة من الذكور وست وعشرون أنثى) كلهم استفادوا من اجراء خزعة صفاقية (نصفهم كان تحت التخدير الموضعي)، وفي 19% من الحالات تم إجراء الخزعة باكراً خلال فترة الاسبوع الاول من قبول المريض، أجري التحويل في حالة واحدة توفي فيها المريض بعد أسبوع , كل الحالات الباقية تخرج فيها المرضى خلال يوم من الجراحة.

شكل التهاب الصفاق السلي 56,25 % أما تسرطن الصفاق فقد شكل 25 % من الحالات.

أظهرت الدراسة أنّ الاجراء الباكر للخزعات الصفاقية الموجهة بالجراحة التنظيرية (لا سيما تحت التخدير الموضعي) في دراسة الحبن مجهول السبب، هو آمن وفعال وذو جدوى اقتصادية ويعطي تشخيصاً باكراً للسبب.

الكلمات المفتاحية: الحبن مجهول السبب, الخزعات الصفاقية بالمنظار, التخدير الموضعي, سل الصفاق.

ورد البحث للمجلة بتاريخ 2018/6 /19

قبل للنشر بتاريخ 2018 / 9 / 18

Laparoscopic Peritoneal Biopsy in the Diagnosis of Unknown Origin Ascites

Ahmad ALHAJ

Dep. of Surgery, Faculty of Medicine, University of Aleppo

Abstract

Unknown origin ascites is due to several causes and the prognosis depends on the early diagnosis.

Objective: this study determined that the early performed laparoscopic peritoneal biopsy used in the diagnosis of unknown origin ascites is cost effective procedure.

Methods: this research was done in general surgery dept. from 2-2012 to 7-2016 in which a sample of 32 patients of unknown origin ascites, were managed Laparoscopically by one team (under local or general anesthesia).

Results: 32 patients (6 males and 26 females) benefited from laparoscopic peritoneal biopsy in the diagnosis (half of them were done under local anesthesia), and 19% of biopsy were done early in the first week of admission.

The conversion into open surgery was in one case which died one week later, while nearly all of the patients were discharged within one day.

56,25% of cases were Tuberculous peritonitis and 25% were Carcinomatosis peritonei.

Conclusion: Previous studies showed that laparoscopic peritoneal biopsy (especially that done under local anesthesia) for unknown origin ascites is feasible and safe with low conversion rate, and early procedure gives early diagnoses to the cause.

Key words: Unknown origin ascites, laparoscopic peritoneal biopsy, local anesthesia, Tuberculous peritonitis.

Accepted 19 /6 /2018

Received 18 /9 /2018

مقدمة.

الحبن هو تجمع مرضي للسائل ضمن جوف البيرتوان. القصة السريرية وشكل البطن يوجهان نحو التشخيص. فيتم تحري عوامل الخطورة لالتهاب الكبد والتشمع والأفة القلبية أو الكلوية أو الخباثات. [1]

هدف البحث:

شرح إستراتيجية آمنة للجراحة التنظيرية في الإجراء الباكر للخزعات الصفاقية الموجهة بالجراحة التنظيرية في دراسة الحبن.

أهمية البحث:

تبرز أهمية البحث من كونه يركز على الإجراء الباكر للخزعات الصفاقية المدبرة بالجراحة التنظيرية البطنية والاختلاطات القريبة لها .

مادة البحث وطريقته:

تمت الدراسة في قسم الجراحة العامة في مشفى حلب الجامعي خلال الفترة الواقعة من 2012-2 إلى 7 - 2018. لعينة مؤلفة من 32 مريضاً (ستة منهم من الذكور) كشف لديهم اصابة بالحبن و تم التدبير من قبل فريق واحد. أجريت هذه الدراسة بشكل **مستقبلي Prospective** مع متابعة امتدت حتى اليوم. إن إجراء التحاليل الدموية المتعلقة بالتخثر كان إلزامياً قبل الجراحة عند كل المرضى وكذلك الطبقي المحوري.

التكنيك الجراحي:

أجريت الجراحة التنظيرية للبطن تحت التخدير (الموضعي منخفض التركيز أو العام). استخدم التخدير العام للمريض الطفل أو غير المتعاون. المريض بوضعية الاضطجاع الظهرى, برج الجراحة التنظيرية عند رأس المريض. يتم تخصيب السرة ثم وضع المدخل الاول (10 ملم) بالطريقة العمياء أو المفتوحة , بعدها يتم تخفيف توتر البطن بتفريغ مناسب لسائل الحبن ,من ثم يتم نفخ الغاز بكمية يتحملها المريض الصاحي تحت التخدير الموضعي.

بعدها يتم استقصاء البطن عامةً والكبد خاصةً، ومن ثمّ يتم وضع المدخل الثاني (5 ملم) على الخط الناصف في الشرسوف بعد تخضيب مكانه أيضاً، وفي حال وجدت تنبّئات صفاقية يتم تخضيب منطقة الاستئصال وتستخرج العينة من أحد المدخلين.

النتائج:

أولاً- العمر:

بلغ عدد مرضى الدراسة 32 مريضاً، تراوحت أعمار المصابين بين 6 و 64 سنةً وبلغ العمر الوسطي لهذه المجموعة 39 سنةً.

ثانياً- مدة الإقامة قبل التحويل للجراحة:

كما توزّعت مدة الإقامة في قسم الداخلية كما في الجدول (1) ويعود سبب الإقامة لأقل من اسبوع هو الاكتفاء بإجراء التحاليل الدموية والطبقي المحوري للبطن والاستشارة الجراحية الباكرا (وهذا شكل لفارق إحصائي هام في تقصير مدة الإقامة في المشفى).

جدول (1) مدة الإقامة بالمشفى قبل الجراحة

مدة الإقامة بالمشفى قبل الجراحة	العدد	النسبة
أقل من اسبوع	6	% 18,75
أكثر من ثلاثة أسابيع	20	% 62,5
أكثر من خمسة أسابيع	6	% 18,75
المجموع	32	%100

ثالثاً- التدبير:

A. ثانياً- نمط التدبير:

توزّعت الحالات مناصفةً بن نمطي التدبير جدول (2). وشكل استخدام التدبير الموضعي منخفض التركيز توفيراً اقتصادياً في أدوية التدبير العام وفي حجز أسرة قسم الجراحة خاصة في ظل أزمة إصابات العنف المسلح الذي شهدته لمدينة.

جدول (2) نمط التدبير

نمط التدبير	العدد	النسبة
عام	16	% 50
موضعي	16	% 50
المجموع	32	%100

B. الزمن الجراحي: تراوح بين ثلث الساعة و ثلاثة أرباع الساعة، ووسطياً نصف الساعة.

C. الوفيات والصدمة التحسسية: لم تسجل أي حالة.

D. التحويل الى الجراحة المفتوحة: جرى التحويل إلى الجراحة المفتوحة في حالة، تم البدء بالتخدير الموضعي وحدثت أذية للأمعاء المتكتلة والملتصقة بشدة مع بعضها على جدار البطن في مكان الدخول الاول، تم التحويل الى التخدير العام وإجراء توسيع بسيط للجرح البطني ومحاولة اصلاح الضرر .

سادساً-المتابعة القريبة:

(a) مدة الاستشفاء: تم تخريج المريض المرضى خلال يوم بعد الجراحة سواء الى البيت أو تمت اعادته لقسم الأمراض الداخلية.(ما عدا حالة مريض كان في حالة عامة سيئة ,حدثت لديه أذية معوية نتيجة التصاق الامعاء بشدة على جدار البطن وتوفي بعد اسبوع).

(b) نتائج الخزعات: شكل السل حوالي أكثر من نصف الحالات. جدول (3)

جدول (3) نتائج الخزعات

نتائج الخزعات	العدد	النسبة
سل صفاقي منتشر	18	56,25 %
سرطانة غدية	6	18,75 %
ميزوتليوما	1	3,125 %
لمفوما	1	3,125 %
ارتكاسية	4	12,5 %
تشمع	1	3,125 %
المجموع	32	100 %

(c) الوفيات حول العمل الجراحي: سجّلت حالة واحدة توفي بعد اسبوع.

المناقشة:

إن دراسة المريض المصاب بالحبين تشمل البحث عن قائمة طويلة من الامراض البطنية وخارج البطنية ،وعلى الرغم من هذا الطيف الواسع فان التشخيص

لا يتم إلا من بعد إجراء دراسة غير جراحية واسعة للمريض ,وعند الفشل يتم اللجوء إلى الجراحة لوضع التشخيص الذي قد يكون غالباً ورماً خبيثاً أو مرضاً سليماً. [1-4]

لذلك في هذه الحالة تقدم جراحة البطن التنظيرية خياراً باضعاً أصغرياً لتحمي الحالات المجهولة السبب. حيث تؤمن عن طريق الرؤية المضخمة ,استقصاء جوف الصفاق وتمكن الجراح من أخذ الخزعات الموجهة من أجل التشخيص المخبري التشريحي المرضي .وبامراضية بسيطة خاصة لدى المرضى المسنين أو الحرجين. [5-7]

تسمح الجراحة التنظيرية برؤية الصفاق البطني والحوضي و الاعضاء والتبنيات الورمية أو السلية أو الانتقالات الخبيثة, ومن ثم أخذ الخزعات تحت الرؤية المباشرة الامر الذي يزيد من الايجابية التشخيصية لهذا الاجراء (مقارنة بالبزل الاعمى),

تختلف أسباب الحبن مجهول السبب وفقاً للمنطقة الجغرافية والعادات, ففي دراسة تنظيرية في الولايات المتحدة الامريكية أن السبب في 50 - 60 % من الحالات هو المرض الكبدي أو الخباثة داخل البطن. بينما في دراسة أخرى أفريقية أن السل هو المسؤول عن الحبن مجهول السبب في 40 % من الحالات وفي دراسة تنظيرية لشين مين هال في تايلند ارتفعت نسبة السبب الكبدي والورمي (الجدول 4) [7,8]

فمن فوائد الجراحة التنظيرية أنها تسمح بالوصول لتشخيص الحالات المجهولة في 80 - 95 % من المرضى [9, 10]

إن نتائج التنظير تعتمد على الجراح في الوصول للتشخيص كما أنه يسمح بالتنظير البطني بالوصول السريع للتشخيص [11] مع إن معدل الاختلاطات 2,6 - 6,5 % [9] وأكثرها شيوعاً النزف والأخماج وانتقاب الأمعاء مع معدل وفيات 0,04 % [10]

إن التشخيص الباكر للورم الصفاق هام وقد يكون مفيداً في التوجيه الباكر للمعالجة الكيميائية قبل الجراحة [12], ويعتبر الطبقي المحوري الفحص المتم المعيارى لتحري تسرطن الصفاق مع معدل حساسية مختلف (يتعلق بعوامل متعددة مثل حجم الورم ونمط الورم ووجود الحبن وكثافة الشحم داخل البطن). [13,14,7]

جدول (4) مقارنة بين دراستنا والدراسات الأخرى

طبيعي	تشمع كبد	تسرطن صفاقي	سل صفاقي	الدراسة
%12,5	%3,125	%25	% 56,25	دراستنا
%19,1	%25.5	%44.7	% 10,6	شالين مان وزملاؤه [7]

لقد تم اجراء العمل الجراحي في نصف الحالات تحت التخدير الموضعي باستخدام الليدوكائين منخفض التركيز (حيث أن له نفس التأثير المسكن و المخدر لمحلول عالي التركيز) [] حيث تسمح هذه الطريقة باستخدام كمية كبيرة من المخدر حسب الحاجة دون الوصول للجرعات السمية.[16]

الخاتمة و التوصيات:

أظهرت الدراسة أن تنظير البطن الاستقصائي في حالات الحبن مجهول السبب أنه اجراء آمن ويسمح بأخذ الخزع الموجهة والبدء بالمعالجة الباكرة , كما أن الإجراء الباكر للخزعات الصفاقية الموجهة بالجراحة التنظيرية تحت التخدير الموضعي منخفض التركيز وآمن وفعال وذو جدوى اقتصادية ويوصى بالتدريب على تكتيك إجراء العمل الجراحي تحت التخدير الموضعي.

المراجع

1. Amanda K. Arrington, MD, and Joseph Kim, MD :**diseases of the peritoneum and retroperitoneum, gastrointestinal tract and abdomen, ACS Surgery** © 2014 Decker Intellectual Properties Inc.
2. Hasson HM. Open laparoscopy: a report of 150 cases. J Reprod Med 1974;12:234-8.
3. Inadomi JM, Kapur S, Kinkhabwala M, Cello JP. Thelaparoscopic evaluation of ascites. Gastrointest Endosc Clin N Am 2001;11:79-91.
4. Sugarbaker PH, Yan H, Grazi RV, Shmookler BM. Early localized peritoneal mesothelioma as an incidental finding at laparoscopy. Report of a case and implications regarding natural history of the disease. Cancer 2000;89:1279-84.
5. Uthman IW, Bizri AR, Shabb NS, Khury MY, Khalifeh MJ. Peritoneal sarcoidosis: case report and review of the literature. Semin Arthritis Rheum 1999;28:351-4.

6. Roskos M, Popp MB. Laparoscopic diagnosis and management of malignant ascites. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 1999;9:365-8.
7. Chien-Min Han :**Diagnostic Laparoscopy in Ascites of Unknown Origin: Chang Gung Memorial Hospital 20-year Experience**, *Chang Gung Med J* Vol. 31 No. 4 July-August 2008
8. Menzies RI, Fitzgerald JM, Mulpeter K. Laparoscopic diagnosis of ascites in Lesotho. *Br Med J (Clin Res Ed)*1985;291:473-5.
9. Hong KD, Lee SI, Moon HY. Comparison between laparoscopy and noninvasive tests for the diagnosis of tuberculous peritonitis. *World J Surg.* 2011;35(11):2369-75.
10. Târcoveanu E, Dimofte G, Bradea C, Lupascu C, Moldovanu R, Vasilescu A. Peritoneal tuberculosis in laparoscopic era. *Acta Chir Belg.* 2009;109(1):65-70.
11. slam J, Clarke D, Thomson SR, Wilson D, Dawood H. A prospective audit of the use of diagnostic laparoscopy to establish the diagnosis of abdominal tuberculosis. *Surg Endosc* 2014;28(6):1895-901.
12. Husain A, Chi DS, Prasad M, et al. The role of laparoscopy in second-look evaluations for ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2001;80:44-47
13. Boudiaf M, Bedda S, Soyer P, et al. Preoperative evaluation of gastric adenocarcinomas: comparison of CT results with surgical and pathologic results. *AnnChir.* 1999;53:115-122.
14. Low RN, Barone RM, Lacey C, Sigeti JS, Alzate GD, Sebrechts CP. Peritoneal tumor: MR imaging with dilute oral barium and intravenous gadolinium-containing contrast agents compared with unenhanced MR imaging and CT. *Radiology.*1997;204:513-520.
15. Frederico F. Souza1: **Predictive Value of Percutaneous Imaging-Guided Biopsy of Peritoneal and Omental Masses: Results in 111 Patients**, *AJR* 2009; 192:131-136
16. Yinghan Song1,*et al : **Low concentrations of lidocaine for inguinal hernia repair under local infiltration anaesthesia** *Journal of International Medical Research* February 26, 2013