بسم الله الرحمن الرحيم

شبكة المعلومـــــات الجامعية

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

﴿ قـــسـم ﴾

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها
علي هذه الأفلام قد اعدت دون آية تغيرات

يجب أن

تحفظ هذه الأفلام بعيداً عن الغبار

في درجة حرارة من 15 – 20 مئوية ورطوبة نسبية من 20-40 %

To be kept away from dust in dry cool place of
15 – 25c and relative humidity 20-40 %

بعض الوثائق الأصلية تالفة

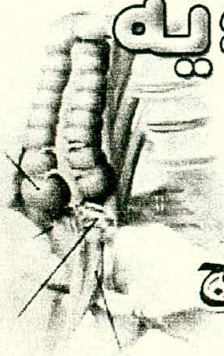
بالرسالة صفحات

لم ترد بالأصـــل

جامعة دمشق
كليّة الطب البشري
قسم الجراحة

التهاب الزائدة الدوديّة

مقارنة بين نتائج الفحص بالأمواج فوق الصوتيّة و نتائج العمل الجراحي



بحث أعدّه طالب الدراسات العليا
د. أنس سميح شيخة
لنيل شهادة الدراسات العليا في الجراحة العامّة

بإشراف
م.د. حسين عودة

برئاسة
أ.د. نزار عبّاس

B
١-٨٦٥

ملخص البحث:

المقدمة:

إن التهاب الزائدة الدودية هو واحد من أشيع الآفات التيتصيب الأطفال والبالغين وفي معظم الحالات يمكن الوصول للتشخيص الصحيح من خلال الفحص السريري الجيد ونتائج التحاليل المخبرية و الفحوص الشعاعية .

وإن تأخر التشخيص في بعض الفئات من المرضى يؤدي لازدياد خطورة حدوث انثقاب وانتان دم بل والموت أحيانا . هذا وقد وصل المعدل السلبي لاستئصال الزائدة الدودية (نسبة المرضى المجرى لهم استئصال زائدة دودية وكانت الزائدة طبيعية) في بعض الدراسات إلى ٢٣ ٪ . وقد كان السبب الرئيس لهذه النتائج غير المرضية التشخيص غير الدقيق وفلسفة الخوف الناتجة عن الاعتقاد القديم القائل بوجود وجود علاقة عكسية بين المعدل السلبي لاستئصال الزائدة ونسبة حدوث الانثقاب والتي ساعدت في ترسيخ الاعتقاد بأنه يجب المحافظة على معدل سلبي لاستئصال الزائدة بين ١٥- ٢٣٪ وإن الفشل في هذا يعني عنفا غير كاف في المقاربة والذي يقود الى نسبة اعلى من الانثقاب .

هدف البحث:

إن الهدف من هذه الدراسة المستقبلية

١. تقييم فائدة الامواج فوق الصوتية في تشخيص التهاب الزائدة الدودية في المشافي التي تم فيها إجراء هذه الدراسة (مشفى المواساة ومشفى الأطفال بدمشق)
٢. معرفة كل من القيمتين التنبؤيتين الايجابية والسلبية للامواج فوق الصوت في تشخيص التهاب الزائدة الدودية . وهل إجراؤها كاستقصاء روتيني قبل الجراحة ينقص بشكل هام احصائيا من نسب حدوث الانثقاب ونسبة استئصال الزائدة السلبي

الطرائق:

٣١٩ مريضا تمت دراستهم بشكل مستقبلي على عينات عشوائية على مدى ١٢ شهرا في الفترة الواقعة ما بين أيلول ٢٠٠٣ و أيلول ٢٠٠٤ . كل المرضى راجعوا قسم الاسعاف في كل من المشفيين بشكوىألم حاد أسفل وأيمن البطن مع أو بدون ارتفاع في تعداد الكريات البيض وكان التهاب الزائدة الدودية هو التشخيص التفريقي الأول لديهم

كان المريض يستقبل من قبل مقيم الجراحة الذي يقوم بملأ استمارة خاصة تتضمن معلومات تامة عن القصة المرضية ونتائج الفحص السريري .ثم تطلب للمريض التحاليل المخبرية اللازمة (WBC,UA وغيرها إن وجد داع لذلك) كما يجرى له إيكو بطن مع التركيز على منطقة الزائدة الدودية في حال توافر الإيكو.أما المرضى الذين راجعوا في أوقات كان الإيكو فيها غير متوفر فقد اعتبروا كعينة شاهدة للدراسة.ثم تدون نتائج الفحوص المخبرية والشعاعية على نفس الاستمارة كما تدون أيضا موجودات الجراحة في حال إجرائها وكذلك نتائج التشريح المرضي .

أما المرضى الذين تخرجوا من المشفى دون إجراء الجراحة فقد توبعوا هاتفيا لمدة تراوحت من ٢-٦ أشهر للتأكد من عدم تكرر النوبة لديهم وقد استبعد من الدراسة المرضى الذين لم يمكن متابعتهم بعد التخرج.كما استبعدت من الدراسة الحالات التي اظهر فيها الإيكو وجود سبب آخر للألم البطني الحاد(تمزق حمل خارج الرحم. تمزق كيسة مبيض...إلخ) وكذلك الحالات التي جاء فيها المرضى بعلامات تخريش برتواني معمم أو الحالات التي تم فيها جس كتلة في المراق الأيمن

من الناحية السريرية :فقد البع في تقييم المرضى مشعر Alverado. أما من الناحية الشعاعية فقد كانت تعتبر نتيجة الفحص بالأمواج فوق الصوتية إيجابية في حال ذكر ذلك صراحة من قبل أطباء الأشعة أو كان التقرير يفيد أنه يشتبه بوجود التهاب في الزائدة الدودية . . أما من ناحية التشريح المرضي فقد عدت الزائدة ملتهبة إذا أشار تقرير التشريح المرضي لوجود تبدلات التهابية حادة أو فرط تصنع جرابي لمفاوي أو التهاب مواتي مع نخر وعدت الزائدة طبيعية إذا أشارت نتيجة التقرير لوجود تبدلات التهابة طفيفة او لا تبدلات باثولوجية هامة .

ولما كان الهدف من هذه الدراسة تقييم فائدة الإيكو كاستقصاء شعاعي في تخفيض نسب المراضة لدى مرضى التهاب الزائدة الدودية فقد تمت مقارنة نسب استئصال الزائدة السلبي ونسب الإنثقاب بين المجموعة الشاهدة (التي لم يجر لأفرادها فحص بالأمواج فوق الصوتية)والمجموعة المفحوصة . ولم يمكن دراسة عوامل أخرى لأنها كانت تخضع لعوامل مؤثرة خارجية. كما تم أيضا من خلال هذه الدراسة حساب حساسية ونوعية الإيكو في كشف التهاب الزائدة الدودية.

النتائج :

كانت العينة الشاهدة ٨٩ مريضا أجريت الجراحة ل ٨٠ منهم وكانت الزائدة ملتهبة لدى ٦٢ منهم (٧٧.٥ ٪) وكانت قيم كل من الحساسية والنوعية للفحص الريري المشرك مع النتائج المخبري فقط كالتالي

الحساسية : عند ♂ = ٨٧.١٠ ٪ وعند ♀ = ٨٥ ٪ وبشكل عام ٨٥.٩ ٪

النوعية : عند ♂ =٣٣.٣٣ ٪ وعند ♀ = ٥٠ ٪ وبشكل عام ٤٤.٤٤ ٪

أما في العينة المفحوصة فقد كان عدد المرضى ٢٣٠ مريضا اجريت الجراحة ل ٢٠١ منهم وكانت الزائدة ملتهبة لدى ١٨٤ منهم (٩١.٥٤ ٪) وكانت نتيجة الفحص بالأمواج فوق الصوتية إيجابية لدى ١١٠ منهم وسلبية لدى ٧٤ اما المرضى الذين كانت نتائج التشريح المرضي لديهم تبدي عدم وجود التهاب في الزائدة الدودية أو الذين تخرجوا من المشفى دون إجراء الجراحة (مما يعني أن الزائدة غير ملتهبة لديهم أو أن الالتهاب قد تراجع) وكان عددهم ٤٦ فقد كانت نتيجة الفحص بالأمواج فوق الصوتية إيجابية لدى ٧ منهم وسلبية لدى ٣٩

فتكون قيم كل من الحساسية والنوعية للفحص بالامواج فوق الصوت كالتالي:

الحساسية : عند ♂ = ٦٦.٢٦ ٪ وعند ♀ = ٥٤.٤٥ ٪ وبشكل عام ٥٩.٧٨ ٪

النوعية : عند ♂ =٧٥ ٪ وعند ♀ = ٩٠ ٪ وبشكل عام ٨٤.٧٨ ٪

وباعتبار معدل الانتشار لالتهاب الزائدة الدودية ٠.٥ ٪ تكون القيمة التنبؤية الايجابية والسلبية للايكو ٧٩.٧٠ ٪ و ٧٠.٣٤٪ على التوالي

و بمقارنة نسبة استصال الزائدة السلبي ونسبة حدوث الانثقاب بين العينة الشاهدة والعينة المفحوصة نجد مايلي

العينة الشاهدة: نسبة استئصال الزائدة السلبي ١٠.١٢ ٪ نسبة حدوث الانثقاب ١٤.٠٨ ٪

العينة المفحوصة: نسبة استئصال الزائدة السلبي ٧.٣٩ ٪ نسبة حدوث الانثقاب ١٠.٨٧ ٪

الخلاصة:

بالرغم من أن التهاب الزائدة الدودية مرض يشخص بالقصة السريرية المفصلة والفحص السريري المتأني إلا أن الفحص بالامواج فوق الصوتية يساهم بشكل أكيد في تقييم المرضى والاقلال من حدوث الاختلاطات بالرغم من القيم الايجابية الكاذبة والسلبية الكاذبة المرتفعة نسبيا إلا أن سهولة إجرائه وعدم خطورته ونقص كلفته يجب أن تجعله استقصاءا روتينيا يجرى قبل الجراحة لكل المرضى الذين يشكون من ألم بطني حاد يشتبه بكونه التهاب زائدة دودية حاد

الدراسة النظرية

التشريح :

إن الزائدة الدودية لدى البالغين هي رتج طوله ١٠ سم وسطيا يبرز من الجزء الخلفي الانسي لجدار الاعور تحت الدسام اللفائفي الاعوري ب ٣ سم (1) .

تظهر الزائدة في الاسبوع الخامس للحمل ويتكون جدارها من الداخل للخارج من :

- ثم طبقة العضلات الدائرية

- ثم طبقة العضلات الطولانية والتي تشتق من الاشرطة القولونية

- ثم المصلية .

كما تتعلق الزائدة بالمساريقا الزائدية والتي يمر فيها الشريان الزائدي المشتق من الشريان الكولوني اللفائفي وأحيانا يوجد شريان لاحق والذي يأتي من الشريان الاعوري الخلفي.

وبالرغم من ثبات علاقة قاعدة الزائدة مع الاعور لكن بقية الزائدة تكون حرة.الامر الذي يبرر تنوع توضعاتها في جوف البطن.

يمكن للزائدة أن تكون خلف اعورية اوتحت اعورية او خلف دقاقية او امام الدقاق او حوضية .

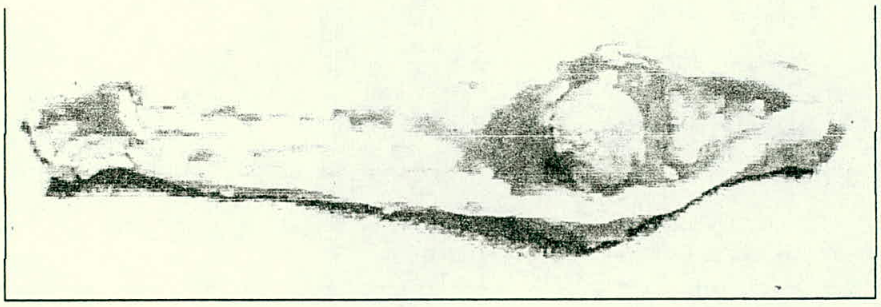
وهذا التغير في التوضعات قد يؤثر على التظاهرات السريرية لدى مرضى التهاب الزائدة الدودية الحاد (٢- ٣).

إن التهاب الزائدة الدودية الحاد قد يحدث في اي عمر مع انه نادر في طرفي العمر و اكثر نسبة حدوث تقع في العقد الثاني من العمر ثم بعدها يتناقص معدل الحدوث مع العمر (4).

الفيزيولوجيا المرضية:

إن الحدث المرضي الرئيسي في معظم مرضى التهاب الزائدة الدودية الحاد هو انسداد اللمعة (١) والذي قد ينجم عن عدة اسباب والتي تتضمن الحصاة البرازية وفرط التصنع اللمفاوي والأجسام الأجنبية والطفيليات والأورام البدئية (كارسينوئيد- الكارسينوما الغدية- ساركوما كابوزي- اللمفوما)والثانوية (الكولون والثدي) (5- 8). إن الحصاة البرازية والتي تنجم عن انحباس المواد البرازية والاملاح اللاعضوية ضمن لمعة الزائدة هي اشيع اسباب الانسداد وتوجد في ١١- ٥٢٪ من المرضى المصابين بالتهاب الزائدة الدودية الحاد (5).

إن الحصيات البرازية الحقيقية والتي تكون قاسية ومتكلسة وليست سهلة التفتت هي اقل شيوعامن الحصيات الكاذبة fecaliths والتي تكون قاسية لكنها سهلة التفتت (الشكل ١) لكن يبدو ان الحصيات البرازية الحقيقية تترافق بشكل اكبر مع الزوائد المنثقبة والخراجات حول الزائدية(5).



(٧٦) حصاة برازية كاذبة :1 الشكل

حالما يحدث الانسداد فان استمرار افراز المخاط يؤدي لارتفاع الضغط ضمن الزائدة وتمدد لمعتها والذي يثير اليافا عصبية واردة والتي تدخل النخاع الشوكي في المستوى T8-T10 والتي تسبب حدوث الالم المنعكس في الشرسوف وحول السرة (8) وهذا الألم الحشوي يكون خفيفا وغير محدد التوضع ويستمر ٤- ٦ ساعات.ثم يتلو هذا التطور نقص في الشهية والغثيان والاقياء اذا ساءت

الاوضاع اكثر (٣). وان الضغط المتزايد داخل اللمعة سرعان مايتجاوز ضغط الارواء الشعري والذي يؤدي لاحتقان وريدي ثم نقص تروية الدموية للزائدة. وحالما يتأذى الحاجز البطاني المخاطي تتكاثر البكتريا داخل اللمعة وتغزو جدار الزائدة مما يؤدي لالتهاب شامل لكامل الجدار Transmural inflammation . وان استمرار نقص التروية يؤدي لاحتشاء الزائدة وانثقابها وعندها ينتشر الالتهاب الى البريتوان الجداري و البنى المجاورة والتي تتضمن الدقاق الانتهائي والاعور والاعضاء الحوضية(1).

وعادة يحدث لدى المرضى هجرة كلاسيكية للألم الى الربع السفلي الايمن للبطن في هذه المرحلة (3- 8) . وهذا الألم الجسدي يكون مستمرا واشد من السابق وهذه الهجرة الكلاسيكية للألم ومكان الإيلام الاعظمي قد تختلف عن نقطة ماك بورني في حال وجود توضع شاذ للزائدة. لا يحدث عادة ارتفاع هام في الحرارة لدى مرضى التهاب الزائدة الدودية الحاد وانما قد يحدث لديهم ترفع حروري خفيف . وعندما تتجاوز الحرارة ٣٨.٣ يجب الشك بحدوث انثقاب (9). وإذا حدث هذا الانثقاب سيتطور لدى المريض خراجة او فلغمون حول الزائدة في حال تمكن الدقاق النتهائي والاعور والثرب من الاحاطة بمنطقة الالتهاب .اما اذا كان الانثقاب حرا على جوف البطن

قد يتراجع التهاب الزائدة الحاد حتى التسمة تقريبا - مع او بدون معالجه بالصادات- اذا زال سبب الانسداد الحادث (10) ويفترض إن يحدث مثل هذا في حال طرد حصاة برازية لينة من لمعة الزائدة او اذا كان سبب الانسداد هو فرط التصنع اللمفاوي . كما ذكرت اشكال اخرى لالتهاب الزائدة مثل التهاب الزائدة المزمن و الناكس بمعدل حدوث ١٪ و ١٠٪ على التوالى (11- 12)

تم بسببها استئصال الزائدة الدودية واثبت التشخيص النسجي وجود التهاب فيها. اما المعايير

اسابيع على الاقل وعدم امكان ايجاد تشخيص بديل واثبت التشريح المرضي وجود التهاب مزمن فعال في جدار الزائدة او تليفها مع حدوث زوال تام للاعراض بعد استئصال الزائدة.

اغلب المرضى الذين لديهم التهاب زائدة مزمن او ناكس قادرين على الاقل على تذكر نوبة واحدة من الم بطني حاد يتماشى مع التهاب الزائدة الحاد وتمت معالجتها بشكل محافظ. مما يقترح انه يمكن تجنب حدوث هذين المرضين عن طريق المقاربة الصحيحة والتشخيص الدقيق و المبكر والمعالجة الجراحية لالتهاب الزائدة الدودية الحاد.