

الحالات الجراحية خلال الحمل

Surgical Conditions during Pregnancy

تؤدي التبدلات الفيزيولوجية وتبدل الاستجابة المناعية المُمَيَّزَان للحمل إلى تغيير المعايير التشخيصية للأمراض الجراحية. ويساهم عدم الميل للتداخل الجراحي على الحامل في زيادة فترة التأخير والمرضاة المتعلقة بكل من الأم والجنين.

تشمل الحالات الجراحية الشائعة خلال الحمل حالات حادة كالتهاب الزائدة الدودية الحاد والتهاب المرارة الحاد والتهاب البنكرياس الحاد والرضوض البطنية وانفصال الملحقات الرحمية والخراجات الحوضية والقرحة الهضمية وانسداد الأمعاء، أو النزف داخل القحف، والآفات الصماوية الخثرية؛ وحالات غير حادة مثل أورام الملحقات وسرطان عنق الرحم وسرطان الثدي وسرطانات أنبوب الهضم والميلانوما والغرن العظمي.

مبادئ عامة GENERAL PRINCIPLES

١. يجب تجنب الجراحة الانتقائية في الحمل. وإذا كانت الجراحة ضرورية لكنها غير اسعافية (مثلاً تنشؤ مبيضي) فإن الثلث الحملي الثاني هو الوقت الأكثر أماناً.
٢. خلال الثلث الثاني تكون خطورة التشوه أو الإسقاط أقل منها في الثلث الحملي الأول، وخطورة المخاض الباكر أقل منها في الثلث الحملي الثالث.
٣. يجرى التسكين الناحي لأنه أقل مرضية وأقل وفيات من التخدير العام.
٤. من الشائع حدوث الاستنشاق الرئوي، ويتم افتراض كل الحوامل أنهن ذوات معدة ممتلئة ويتم تحضيرهن دوائياً بالسيترات وحاصرات مستقبلات H2 .
٥. يجب الحذر من هبوط ضغط الأم أو نقص أكسجتها لما لها من تأثيرات شديدة على الجريان الدموي الرحمي المشيمي.
٦. توضع المريضة بوضعية الاضجاع الجانبي الأيسر إن أمكن.
٧. تُستطب مراقبة الرحم والجنين قبل وبعد الجراحة في الثلث الحملي الأخير.
٨. إذا كانت هناك توقع بخسارة هامة في الدم لدى سيدة لديها فقر دم ينصح بنقل الدم للمريضة قبل الجراحة.

الحالات الحادة

تتمثل مقارنة الحالات الجراحية الحادة خلال الحمل بتدبير المشكلة بغض النظر عن وجود الحمل.

التهاب الزائدة الدودية Acute Appendicitis

الوقوع:

١ لكل ١٥٠٠ حمل (٠.٠٥-٠.١% من الحمول). والنسبة ثابتة في كل مراحل الحمل.

السريريات و التشخيص:

قد تكون الأعراض المعتادة لالتهاب الزائدة الدودية الحاد، مثل الألم الشرسوفي، والغثيان، والقيء، وآلام أسفل البطن أقل وضوحاً خلال فترة الحمل؛ مع أن الألم الحرقفي الأيمن يبقى يمثل العرض الأكثر شيوعاً.

تزيح الرحم الحامل الزائدة نحو الأعلى والوحشي مع تقدم الحمل، فتتوضع المنطقة التي يثار فيها الإيلام والدفاع إلى الوحشي من الموقع الطبيعي.

تؤدي الزيادة الطبيعية في تعداد كريات الدم البيضاء أثناء الحمل إلى صعوبة أكبر في وضع التشخيص، الأمر الذي يؤدي إلى تأخير الجراحة وزيادة معدل تمزق الزائدة الدودية، والمخاض الباكر، والمرضاة عند الوليد، ونادراً موت الأم.

تزيد الدراسات التصويرية بالأشعة غير المؤينة كالصدى والرنين المغناطيسي من دقة تشخيص التهاب الزائدة الدودية. ولكن لا يجوز أبداً أن تحل مكان التقويم السريري.

التشخيص التفريقي :

١. تمزق الجسم الأصفر
٢. انفصال الملحقات
٣. الاقياءات الحملية Hyperemesis gravidarum
٤. الحمل الهاجر.
٥. الخراج البوقي المبيضي.
٦. الحصيات الكلوية Nephrolithiasis.
٧. التهاب الحويضة والكلية الحاد

٨. التهاب العقد اللمفاوية المساريقية الحاد Acute mesenteric lymphadenitis.

٩. أمراض الكولون الالتهابية Inflammatory bowel disease

١٠. الخثار المساريقي الحاد

١١. التهاب المرارة الحاد والحصىات المرارية

١٢. انفكاك المشيمة الخفي

رغم أن توارد التهاب الزائدة الدودية الحاد لا يزداد خلال الثلث الأخير من الحمل، إلا أن التمزق يحدث بتواتر أكبر خلال هذه المرحلة، مع نسبة أكبر من المراضة والوفيات.

المعالجة:

جراحية؛ فحال وضع تشخيص التهاب الزائدة الحاد يُفتح البطن ويجرى استئصال الزائدة؛ وهناك مجال لاستئصال الزائدة بالمنظار في بعض الشروط الخاصة. حيث أن غاز CO2 المستخدم لنفخ البطن عند التنظير قد يمتص عبر البريتوان لدوران الأم ويعبر المشيمة فيتسبب بحماض تنفسي عند الجنين وفرط ثنائي أكسيد الكربون في الدم hypercapnia ، كما أنه كلما تقدم الحمل، يزيد احتمال أن تؤدي تهوية البريتوان إلى انخفاض العود الوريدي، والنتاج القلبي، وتدفق الدم الرحمي المشيمي.

تعطى الصادات الملائمة بعد العمل الجراحي؛ وتُسعمل موقوفات المخاض بحذر.

إذا تلا المخاض فتح البطن بفترة قريبة، يمكن تدبيره بشكل جيد بالتخدير فوق الجافية وتقصير مدة المرحلة الثانية للمخاض بالملقط المنخفض.

التهاب المرارة الحاد والتحصي المراري

Acute Cholecystitis and Cholelithiasis

خلال الحمل:

ترتفع مستويات الكولسترول والدهم، وتزداد الركودة الصفراوية، وتؤدي المستويات المرتفعة من الإستروجين إلى زيادة إشباع الكولسترول في الصفراء مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة التحصي الصفراوي، انسداد الأقنية الصفراوية، والتهاب المرارة الحاد.

تقبل ١-٢% من الحوامل في المستشفى بسبب التهاب مرارة حاد ولا يحتاج لاستئصال المرارة سوى ١ من كل ٢٠٠٠ حامل.

الأعراض:

يشير الغثيان والقيء والألم والدفاع في الربع العلوي الأيمن من البطن بشكل عام إلى مرض في السبيل الصفراوي. وتجعل الرحم الكبيرة في الثلث الأخير من الحمل تقييم الإيلام أو الدفاع أمراً صعباً. هذا، وتتفاوت شدة القولنج المراري بشكل كبير من مريضة إلى أخرى.

تغيب الأعراض في ٥٠% من المريضات التحصي المراري.

الموجودات المخبرية:

١. ارتفاع تعداد كريات الدم البيضاء مع ارتفاع طفيف في مستويات الفوسفاتاز القلوية والبيروبين.
٢. يرقان حين وجود حصيات صفراوية.
٣. زيادة سماكة جدار المرارة عند التصوير بالأشعة فوق الصوتية.

التشخيص التفريقي :

➤ الإقياءات الحملية الشديدة.

➤ التهاب الكبد الفيروسي؛ يوحي الارتفاع الكبير في مستويات AST, ALT (أكبر من ٢٠٠ وحدة/لتر) وبخاصة في غياب ارتفاع الكريات البيض بالتهاب الكبد الفيروسي.

المعالجة :

يدبر التهاب المرارة خلال الحمل بشكل محافظ عموماً. وتتمثل المقاربة الأولية للتدبير بإعطاء السوائل الوريدية ورشف المفرزات المعدية والتدابير الغذائية. يصبح استئصال المرارة مُستطباً إذا استمرت الأعراض والعلامات مع تطور التهاب بريتواني مترقى. وهناك إمكانية لإستئصال المرارة بالتنظير خلال الحمل بالأيدي الخبيرة مع بعض الحذر.

التهاب البنكرياس الحاد

نسبة التوارد :

١/١٠٠٠ و ١/٤٠٠٠ و يزداد نوعاً ما في الثلث الأخير. والوفيات المرافقة لالتهاب البنكرياس أعلى في الحمل.

الأسباب :

يترافق التهاب البنكرياس مع التهاب المرارة أو التحصي الصفراوي أو الكحولية؛ كما يترافق أيضاً مع الأحمال الفيروسية والأدوية مثل **thiazide diuretics, furosemide, acetaminophen, clonidine, isoniazid, rifampin, tetracycline, propoxyphene, and steroids**

الأعراض :

العرض البدئي لالتهاب البنكرياس هو ألم حاد شديد غير قولنجي يتوضع في الشرسوف، ينتشر إلى أعلى الظهر، ويتحسن نوعاً ما بالانحناء إلى الأمام؛ والغثيان والقيء موجودان بشكل عام. قد يكون صعباً تقويم الدفاع في أعالي البطن في أواخر الحمل.

ويؤكد التشخيص ارتفاع أميلاز المصل < ٢٠٠ وحدة/دل والليياز؛ رغم أن التهاب المرارة، والقرحة الهضمية، والحمض السكري الكيتوني، والاقبيات الحملية الشديدة يمكن أن تترافق مع ارتفاع مستويات الأميلاز في المصل ولكن بدرجة أقل.

المعالجة :

يحدد المرض نفسه بشكل عام؛ ويستجيب خلال ١-١٠ أيام للراحة في السرير والسوائل الوريدية، وتسكين الألم، ورشف المفرزات عبر الأنبوب الأنفي المعدي.

قد يصبح المرض في بعض الأحيان شديداً ومديداً ، مع تشكل وذمة شديدة في البنكرياس مترافقة مع هضم ذاتي، وحبس غزير، وتدمي البريتوان، وترفع حروري وعلوص خذلي paralytic ileus ؛ وفي هذه الحالات تكون نسبة الوفيات الوالدية والجينية عالية؛ وهنا قد نحتاج لغسيل البريتوان، التفجير الجراحي، استئصال البنكرياس الجزئي، أو مشاركة مجموعة من هذه التداعلات معاً.

انسداد الأمعاء

تمثل الالتصاقات التالية للجراحة أشيع أسباب انسداد الأمعاء خلال الحمل، رغم أنه يمكن أن ينتج في حالات نادرة عن الانفتال volvulus والانغلاف intussusception.

يحدث بشكل عام في أواخر الحمل نتيجة للشد على الالتصاقات بسبب كبر الرحم.

تبدى صورة البطن بوضعية الوقوف عرى معوية مميزة متوسعة تحتوي على عدة سويات سائلة غازية تؤكد وجود الانسداد.

المعالجة :

لا يختلف التدبير عنه خارج أوقات الحمل.

يطبق المص الأنفي المعدي مع مراقبة توازن السوائل والشوارد عن كثب. وإذا لم يتحسن الانسداد بعد ٤٨-٩٦ ساعة يجرى فتح البطن الاستقصائي من خلال شق طولاني. ويمكن تطبيق موقفات المخاض إذا حدثت تقلصات رحمية بعد الجراحة.

انفتال الملحقات

يميل انفتال الملحقات (Adnexal Torsion) للحدوث بتواتر أعلى نوعاً ما خلال الحمل، ربما بسبب تطاول الأربطة الداعمة مع تقدم الحمل.

الأعراض و العلامات: قد تبدى المريضة حمى خفيفة.

ويمكن في الثلث الأول وبداية الثلث الثاني من الحمل جس كتلة بالفحص الحوضي عادةً ، كما يمكن أن تشاهد بالأموح فوق الصوتية ولكن مع تقدم الحمل يصبح جس الكتلة أمراً مستحيلاً. قد تصاب اورام المبيض (الثيراتوما الكيسية، كيسات الجسم الأصفر) بالاقفار إذا انفطلت سويقتها الوعائية، وهذا يتظاهر بألم بطني شديد مفاجيء قد ينتشر للخاصرة وأسفل الوجه الأمامي للفخذ.

يحصل ارتفاع طفيف في تعداد الكريات البيض وقد ترتفع المستويات المصلية للكرياتينين فوسفوكيناز ويتعلق ذلك بدرجة الاحتشاء.

يشمل التشخيص التفريقي في الثلث الأول الحمل الهاجر والجسم الأصفر النازف؛ وكلاهما نادر الحدوث بعد الأسبوع ١٠-١٢ من الحمل. ونضع في الاعتبار تنكس نواة ليفية في المراحل المتقدمة من الحمل.

المعالجة :

رغم أن الألم قد يتناقص نوعاً ما بعد ٢٤ ساعة من الإصابة، فإن استئصال الجزء المصاب إجراء مستطب، وإذا احتوى المبيض المستأصل على الجسم الأصفر الحلمي فإنه من الضروري إعطاء البروجسترون قبل الأسبوع العاشر من الحمل عموماً.

رضوض البطن

تمثل حوادث السير أشيع أسباب رضوض البطن (Abdominal Trauma) خلال الحمل على الإطلاق، قد تؤدي هذه الرضوض إلى انفكك المشيمة، وتكدم الرحم uterine contusions، وكسور جمجمة الجنين.

يعالج انفكك المشيمة الباكر بشكل محافظ إلا إذا أشارت وسائل مراقبة الجنين إلى التألم الجنيني، وفي هذه الحالة تستطب الولادة البطنية الفورية إذا كان الجنين في عمر حملي آمن نسبياً (≤ 28 أسبوع) (و المصادر الحديثة $\leq 23-24$ أسبوع حملي).

قد يكون فتح البطن الاستقصائي ضروري لإيقاف النزف وإصلاح التمزقات الرحمية.

تعالج جروح الطلقات النارية في البطن بشكل مشابه لها في غير الحامل، مع اتخاذ الإجراءات الكفيلة بإيقاف النزف وإصلاح الأذيات الحشوية أو الرحمية. ويجب أن لا تمس الرحم طالما كان الحمل سليماً.

يراقب الجنين بحذر للتأكد من سلامته قبل وبعد الجراحة.

أورام المبيض

كتل الملحقات غير نادرة خلال فترة الحمل، وأفضل طريقة لتشخيصها هي الفحص الحوضي أو الصدوي في وقت باكر من الحمل.

تمثل الكيسة جنيب المبيض وكيسات الجسم الأصفر والورم العجائبي الناضج أكثر الكتل المبيضية شيوعاً. ويتراجع ٥٠-٧٠% من الكيسات الوظيفية عفوياً مع انخفاض مستويات الحاثات القندية خلال الثلث الثاني من الحمل.

تبلغ نسبة أورام المبيض الخبيثة خلال الحمل ٣-٧% من الأورام البشرية وأورام الخلايا المنتشرة. تبلغ نسبة كارسينوما المبيض خلال الحمل ١/٢٠٠٠ حمل.

يجرى التصوير عبر البطن وعبر المهبل للتشخيص البدئي ويجب استئصال أي كتلة مركبة مستمرة (الأكبر من ٥ سم) أو كيسة بسيطة تستمر بالنمو (٨ سم) أو الأورام الكيسية المحجبة في الثلث الحلمي الثاني.

الألم البطني في الحمل

يعتمد التشخيص بشكل كبير على القصة المرضية والفحص السريري مع القليل من الاستقصاءات

أوائل الحمل Early pregnancy

الأسباب الحوضية :

- ١- الإسقاط : الألم في الإسقاط العفوي ماغص مع التقلصات؛ وفي المحرض : ألم مع الانتان
- ٢- الحمل الهاجر: الألم نتيجة تمدد البوق والإسقاط البوقي أو التمزق البوقي
- ٣- الأورام الليفية الألم من الاستحالة الحمراء – أكثر شيوعاً في الثلث المتوسط
- ٤- كيسات المبيض (تمزق أو انفصال أو نزف داخلها)
- ٥- تمطط الرباط Ligament stretch : الألم من توتره أو ورم دموي فيه
- ٦- انحشار الرحم Impaction of the uterus

الأسباب خارج الحوض Extrapelvic causes

- ١- إقياعات الحامل: الألم من فرط تمدد عضلات جدار البطن
- ٢- الانتانات البولية: الألم من تخريش المثانة وألم الظهر من الضغط على الكلية
- ٣- التهاب الزائدة الدودية الحاد: الألم نتيجة التخريش البريتواني أو التهاب البريتوان أو انفجار الزائدة.

الألم البطني في أواخر الحمل Late pregnancy

الأسباب الحوضية :

- ١- المخاض (متقطع): الألم نتيجة التقلصات الرحمية
- ٢- الاستسقاء الأمنيوسي (مستمر): الألم من التمطط
- ٣- انفكك المشيمة الباكر (مستمر): الألم من تأذي العضلة الرحمية والتمطط
- ٤- تمزق الرحم (مستمر): الألم من النزف ضمن جوف البريتوان
- ٥- اختلاطات كيسات المبيض (التمزق، النزف، الانفتال).

الأسباب خارج الحوضية :

- ١- الورم الدموي في العضلة المستقيمة **Rectus haematoma** : الألم من تمطط الأنسجة وتخريش الأنسجة بالدم
- ٢- مقدمة الارتعاج الصاعقة (ألم شرسوفي): الألم من تمطط البريتوان المغطي للكبد المتوذم
- ٣- التهاب المرارة: الألم من توسع المرارة والإلتهاب
- ٤- القرحة الهضمية: الألم من التهاب المعدة المرافق وتخريش الأنسجة تحت المخاطية بالحمض
- ٥- التهاب الزائدة الدودية الحاد
- ٦- التهاب الحويضة والكلية الحاد: الألم من التهاب حويضة الكلية
- ٧- حصيات الحالب: الألم من التقلصات الكلوية نتيجة الانسداد

مع تمنياتي للجميع بالتوفيق

الدكتور محمد العجمي (mohamed.abajami@yahoo.com)