

آفات جدار البطن الصفاق, المساريق, الثرب, خلف البريتوان

ABDOMINAL WALL,
UMBILICUS, PERITONEUM,
MESENTERIES, OMENTUM,
AND RETROPERITONEUM

• آفات جدار البطن

- وتشمل التشوهات والفتوق والرضوض والأورام, والنزوف.
- وسنقتصر هنا على شرح الأورام والنزوف .
- أورام جدار البطن:
- أولاً: السليلة: الورم الشحمي. الورم الليفي العصبي, الورم الرباطي.
- العلاج كغيرها من الأورام المماثلة في نواح أخرى, ولكننا سنخص الورم الرباطي لاحقاً ببعض الشرح .
- ثانياً: الخبيثة:
- 1. البدئية: نادرة جداً كال الساركوما الليفية, الساركوما الشحمية, الساركوما العضلية الملساء, الساركوما العضلية المخططة , وَرَمُ الْمُنْسِجَاتِ اللَّيْفِيِّ الخبيث malignant fibrous histiocytoma , وعلاجها الإستئصال الجراحي .
- 2. الإنتقالية: تصل الأورام إلى جدار البطن عن طريق الدم أو الإنبذار seeding خلال خزعة أو خلال استئصال ورم بطني, قد نضطر لإجراء الكيمياء الهيستولوجية المناعية لتحديد الورم البدئي الذي نشأت منه النقائل وتمييزها عن الساركومات البدئية. ونعيد للتذكير هنا بعقدة الراهبة ماري جوزيف Sister Mary Joseph nodule وهي حالة نادرة تتظاهر بعقدة مجسوسة في السرة ناجمة عن انتقال سرطان بطني أو حوضي لجدار البطن.

Clinical Presentation

Sister Mary Joseph nodule



Virchow/signal node



الورم الرباطي Desmoid tumor

وهو من الأورام النادرة ينشأ على حساب النسيج الصفاقي العضلي وخاصة **تحت السرة** ,مظهره النسيجي سليم ولايمتلك القدرة على الإنتقال ولكنه يمتلك القدرة على الغزو الموضعي بشكل عدواني ويميل للنكس باستمرار ويصل لأحجام كبيرة.

ويتوضع في أماكن أخرى: الجذع, الأطراف, الكتف, أخصم القدم, راحة اليد, جوف البطن, الندبات.

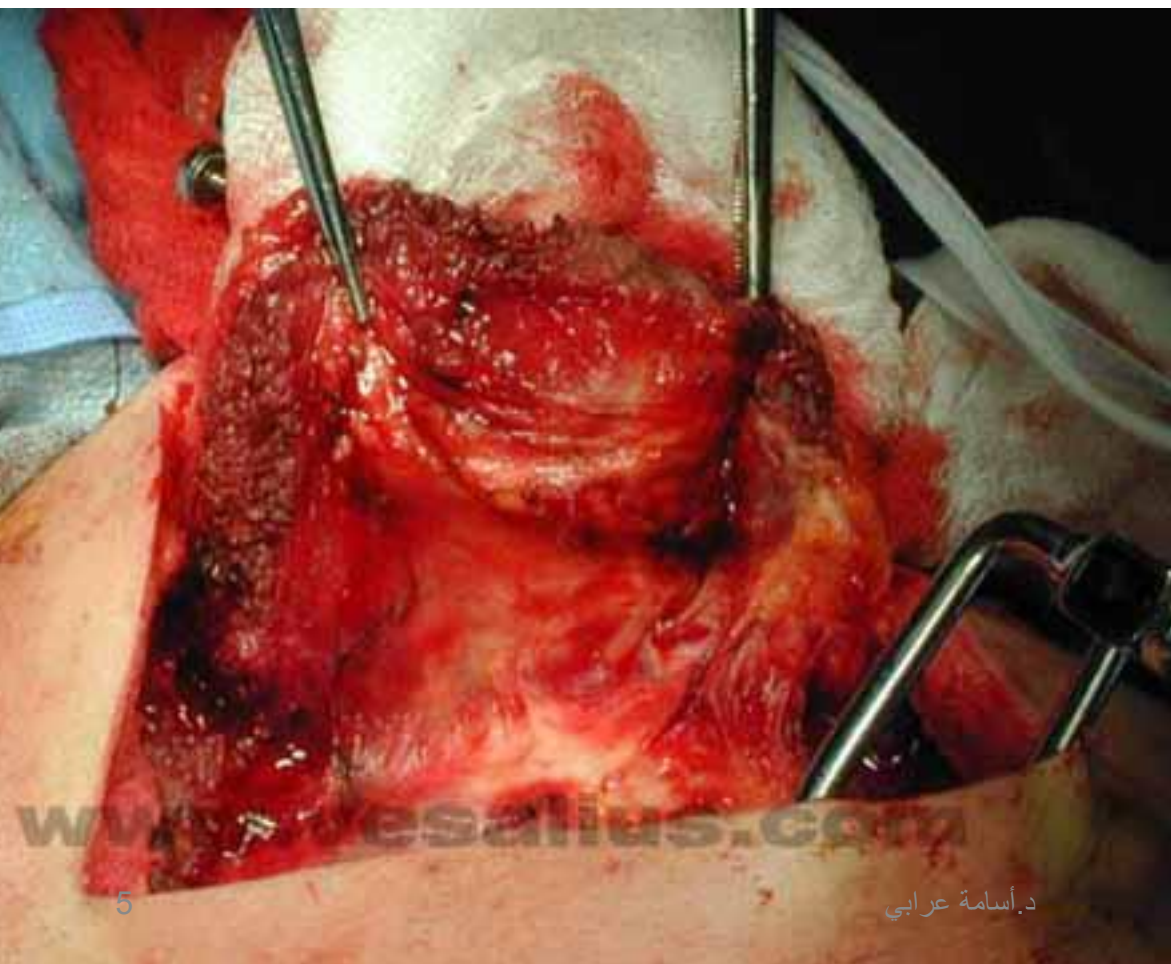
التشريح المرضي: ورم ليفي بطيء النمو دون محفظة مع غزو موضعي.

الأسباب:تشاهد 80% من الحالات لدى مُتَكَرِّراتِ الوِلَادَات multiparous, الندبات وداء غاردر (ويشكل أحد تظاهراته خارج الهضمية), ومن الأسباب المحتملة ورم دموي صغير سابق في جدار البطن .
التشخيص: جس كتلة قاسية غير منتظمة الحواف في جدار البطن, وبإجراء ايكو بطني يتأكد توضعها الجداري وامتداداتها, وكذلك المقطعي المحوسب, ويتم تأكيد التشخيص بإجراء خَزَعَة مَشْفُوطَة بِالإِبْرَة FNA ,أو الخزعة بالإبرة القاطعة Tru-cut needle biopsy.

إن الغزو الموضعي لهذه الأورام شائع جداً وتنشأ الأعراض عادة بالضغط أو الغزو المباشر للعضلات المجاورة أو الأربطة أو الأعصاب أو السمحاق أو العظام أو العقد اللمفية أو **الحالب**, **ولكنه لا يغزو الجلد**.

العلاج: الإستئصال الجراحي الواسع, الأشعة بعد العمل الجراحي تخفف من النكس, العلاج الكيماوي لغير القابل للإستئصال.

الإنذار : معدل البقيا خمس سنوات بعد الاستئصال الجراحي بين 85 إلى 90 % , ولكن العديد من هؤلاء المرضى لا يعيشون بعد الثلاثين , حيث يموتون في السنوات العشر القادمة بسبب النمو المتزايد للنكوسات الورمية.



• النزوف في جدار البطن الأمامي

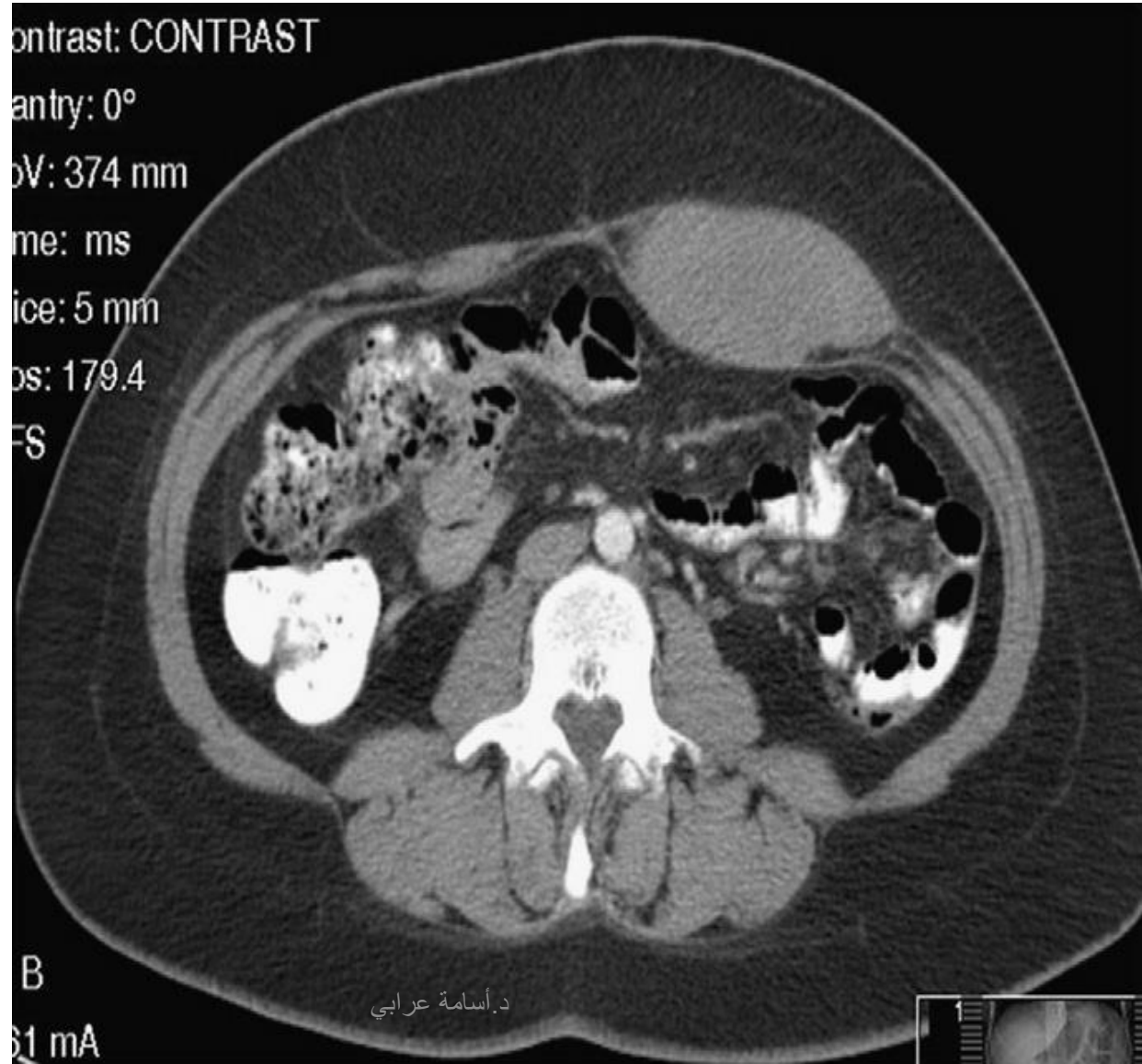
- الورم الدموي في غمد المستقيمة :
- يمكن أن يؤدي النزف ضمن غمد المستقيمة إلى حالة تشابه البطن الجراحي الحاد ، ويحدث النزف عادة كنتيجة لأذية الشرايين أو الأوردة الشرسوفية أكثر مما ينتج عن تمزق بدئي في ألياف العضلة المستقيمة ، والحالة محدودة ذاتياً (تتراجع تلقائياً) عادة ، ولكن إذا لم يتم تمييزها وتشخيصها فقد نتورط بعمل جراحي إسعافي غير ضروري . وعندما يحدث نزف ضمن غمد المستقيمة إلى الأسفل من السرة يمكن للدم الحر أن يتوضع بتماس البريتوان مما يؤدي إلى ألم وتخريش بريتواني يقلد حالة بطن حاد.
- الأسباب: الرضوض, سعال أو عطاس شديدين, تناول مضادات التخثر, كما يمكن في حالات نادرة مشاهدته في الثلث الأخير للحمل.
- إن العرض الأول للورم الدموي في غمد المستقيمة هو الألم ، ويكون ذا بداية مفاجئة وطبيعة حادة ويشد بالتدرج ، يحس المريض بالألم في المنطقة التي حدث فيها النزف **ويزداد بتقلص** العضلة, وبترافق بانتباج جانب وأسفل السرة, كما تظهر **كدمة** في وقت لاحق.



- التشخيص التفريقي: يجب تفريقه عن كتل جدار البطن الأخرى وعن فتق سبيجل.
- الإستقصاءات: يساعدنا التصوير بالأموح فوق الصوتية على التشخيص, ولكن التصوير المقطعي المحوسب هو الأدق.
- العلاج: غالبا مايتوقف النزف عفويا ولايحتاج لعلاج. ولكن إذا استمر أو لم نتأكد من التشخيص فيجب الإستقصاء الجراحي وإفراغ الورم الدموي وربط الوعاء النازف.

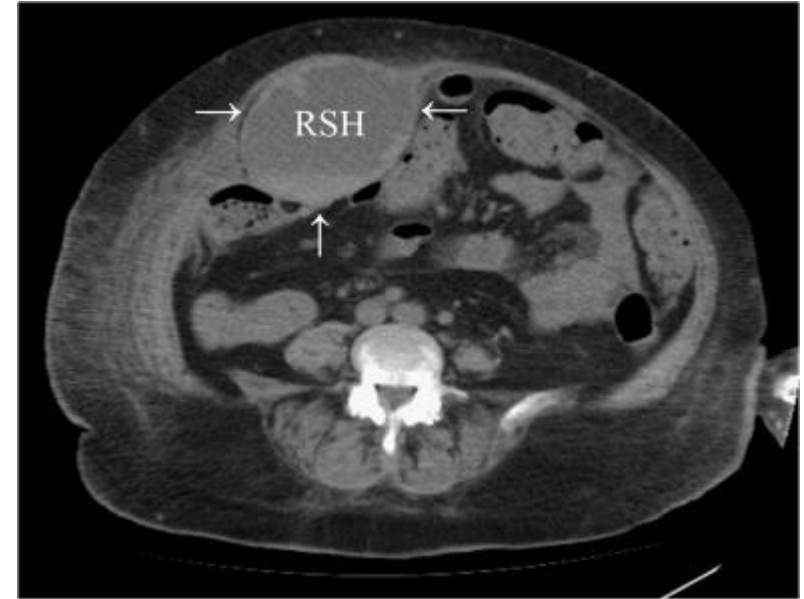
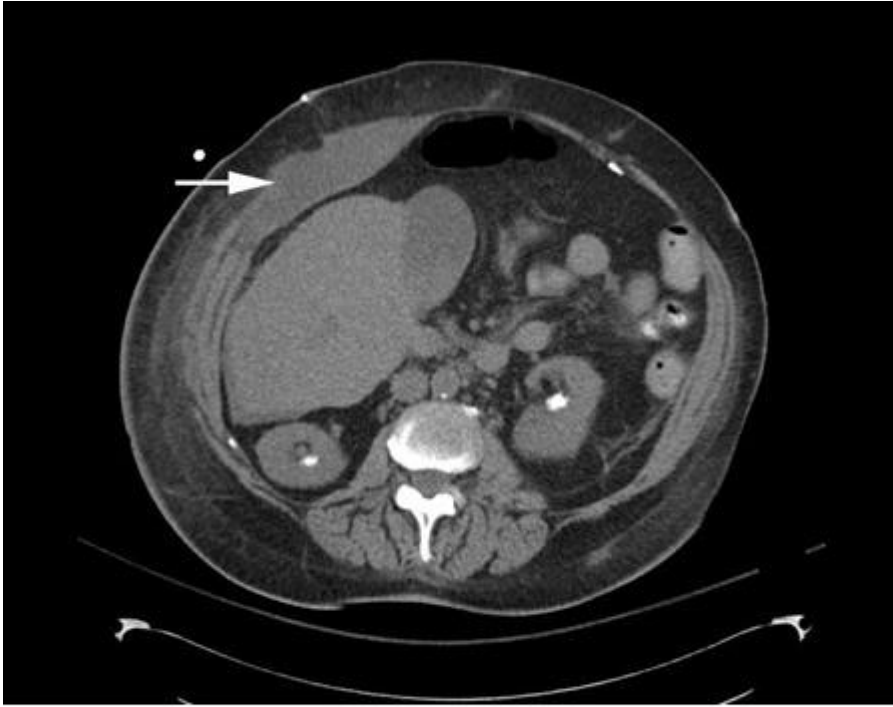


CT scan of the abdomen demonstrating a desmoid tumor arising within the left rectus sheath. The tumor appears as a RSH homogeneous soft tissue mass. تصوير مقطعي محوسب يظهر ورم دموي كبير في غمد المستقيمة



التشخيص التفريقي: يجب تفريقه عن كتل جدار البطن الأخرى وعن فتق سبيجل.
التشخيص:،ايكو،طبقي

Computed tomographic scan showing a medium-sized right rectus sheath hematoma



Source: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery, 9th Edition*: <http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

التهاب الصفاق الجرثومي

الأسباب :تصل الجراثيم إلى الصفاق من:

1.مصدر خارجي:جروح رضية,فتح البطن,الديال الصفاقي Peritoneal dialysis.

2 .الأحشاء البطنية:-انثقاب أو تموت زائدة,انثقاب قرصي, تسريب من مفاغرة,التهاب مرارة حاد,التهاب رتوج ,تموت أمعاء بسبب إقفار مساريقي.

3. عن طريق الدم:من بؤرة إنتانية بعيدة(ويدعى خطأً بالتهاب الصفاق البدئي)وتسببه عادة الرئويات أو العقديات أو العنقوديات.

4.من السبيل التناسلي الأنثوي:التهاب بوق حاد,إنتان نفاسي.

5. التهاب الصفاق الجرثومي العفوي يشاهد لدى مرضى **الحنين والنفروز** وقصور القلب الإحتقاني دون وجود مصدر جرثومي بطني,حيث يعتقد بعبور الجراثيم من جدار الأمعاء إلى جوف الصفاق,خاصة وأن هؤلاء المرضى يكونون مكبوتي المناعة بسبب مرضهم الأساسي .

• إنتانات الصفاق الموضعة(الخراجات):خراجات تحت الحجاب,خراجات بين الأمعاء,خراجات حوضية.....تدرس في الإنتانات الجراحية.

• علاج كافة أشكال التهاب الصفاق تتضمن الصادات,معالجة السبب,نرح

الخراجات....

• التهاب الصفاق الدرني

- وهو دائما **ثانوي**, حيث يغلب أن يمتد من تدرن في عقد مساريقية أو من السبيل التناسلي الأنثوي, أو مرافقا لتدرن دخني, وتكثر مشاهدته عند المرضى المصابين بالإيدز أو الذين يعالجون بكابتات المناعة.
- التشريح المرضي: في المرحلة البدئية ينزرع الصفاق **بالدرينات** tubercles ويرافق ذلك **انصباب مصلي**, وفي مرحلة لاحقة تلتحم الدرينات مشكلة **خراجات** موضوعة, ثم يتشكل نسيج ليفي (**التصاقات**) بين العرى المعوية.
- التظاهرات السريرية : يحدث التهاب البريتوان التدرني سريريا بشكل مخاتل ، حيث يتظاهر بحمى وقهم وضعف عام ونقص وزن ، ويوجد بعض الحبن بشكل دائم تقريبا ، ويعاني أكثر من نصف المرضى من ألم بطني مبهم معمم, وقد يتظاهر بانسداد أمعاء ناجم عن **الإلتصاقات**.
- التشخيص: بالخزعة بواسطة منظار البطن أو بفتح البطن.
- العلاج: دوائي بمضادات التدرن (راجع تدرن الأمعاء), جراحي في حال حدوث انسداد أمعاء.

الالتصاقات

يمكن أن تتلو أي عمل جراحي بطني أو حوضي مهما كان بسيطا تقليديا كان أم تنظيريا. ولكن يحصل أكثر في العمليات البطنية الواسعة والمتكررة, وعند البدينين والنساء أكثر.

تتوضع الالتصاقات غالبا قرب ساحة العمل الجراحي. وترتيبها حسب كثرة توضعها: الثرب فالأمعاء الدقيقة فالقولون فالمستقيم

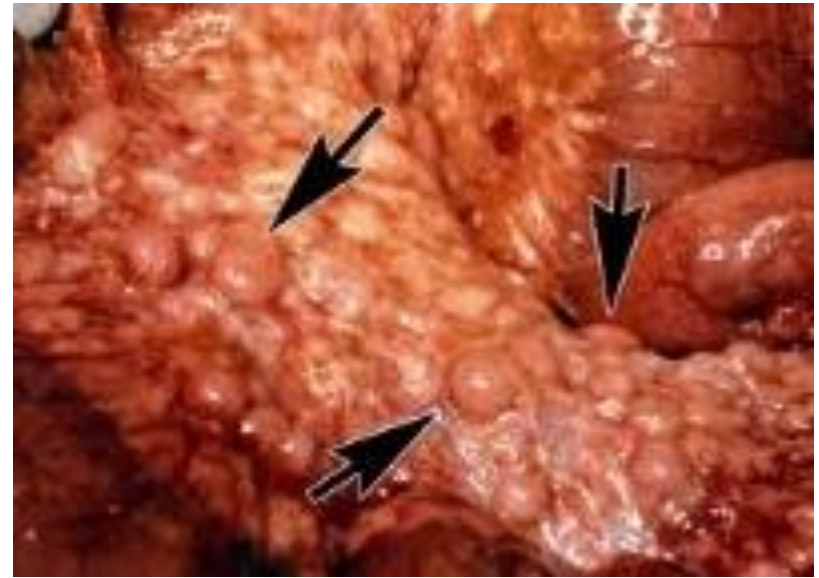


أورام الصفاق

الخبیثة نادرة: ورم المتوسطة, الكارسينوما, الساركومة الوعائية. معظم الخباثات **انتقالية** من المعدة والقولون والبنكرياس والمبيض والثدي, ويمكن أن تكون النقائل منتشرة وتغطي الوريقتين الحشوية والجدارية للصفاق وهنا يدعى بالداء السرطاني المنتشر أو السرَّاط *carcinomatosis*

ورم المتوسطة

الأسباب : التعرض للأسبستوز لفترة طويلة
الأعراض والعلامات: نقص وزن, ألم بطني ماغص, زيادة حجم البطن بسبب كتلة أو حبن.
صورة الصدر البسيطة تظهر الأسببتوز لدى نصف المرضى.
التشخيص: لافحص الخلوي للحبن, المقطعي المحوسب يظهر الحبن, كتلة, سماكة في الصفاق
والمساريقا, المرنان, PET-CT
نحتاج عادة لعدة خزَع مَشْفُوطَة بالإبرة **needle biopsy fine** وموجهة بالإيكو لإثبات التشخيص
, وحتى الإستعانة بالمجهر الإلكتروني.
العلاج: combination of surgical cytoreduction, intraperitoneal perioperative
chemotherapy, and hyperthermia.
الحرارة



الأسبست أو الأميات مجموعة معادن من زمرة التريموليت تتألف من ألياف يتم استخراجها من مناجم خاصة، وهي مواد غير عضوية تحتوي على العديد من المعادن الطبيعية التي يدخل في تركيبها أملاح السيليكات إلا أنها تختلف عن بعضها في التركيب الكيميائي والخواص الطبيعية لاختلاف كميات الماغنسيوم والحديد والصوديوم والأوكسجين والهيدروجين فيها.

- يستخدم الأسبستوز في مجال البناء وتسقيف المنازل والعوازل الداخلية والخارجية وأنابيب صرف المياه والأدخنة والتهوية، وفي صناعة أغلفة الأبواب المقاومة للحريق والخزائن الفولاذية، كما تستخدم في صناعة الملابس الواقية من الحريق وكوابح السيارات وبعض أجزاء السيارات وكذلك كمادة عازلة للكابلات والأسلاك واللوحات الكهربائية.

Pseudomyxoma Peritonei

الورم الصفاقي المخاطي الكاذب

مرض قليل الشيوع وينجم عن كارسينوما مخاطية كيسية **cystadenocarcinoma** منخفضة الدرجة في **الزائدة أو المبيض** والتي تبذر كميات كبيرة من خلايا ظاهرية مفرزة للمخاط والتي تبدو عيانيا كمادة **هلامية** على سطح الصفاق



gelatinous material

- ويجب تفريقه عن تلك الإنزاعات
الناجمة عن القيلة المخاطية للزائدة
والتي تتجم عن ورم غدي كيسبي سليم
cystadenoma في الزائدة .
العلاج: علاج الورم الأصلي



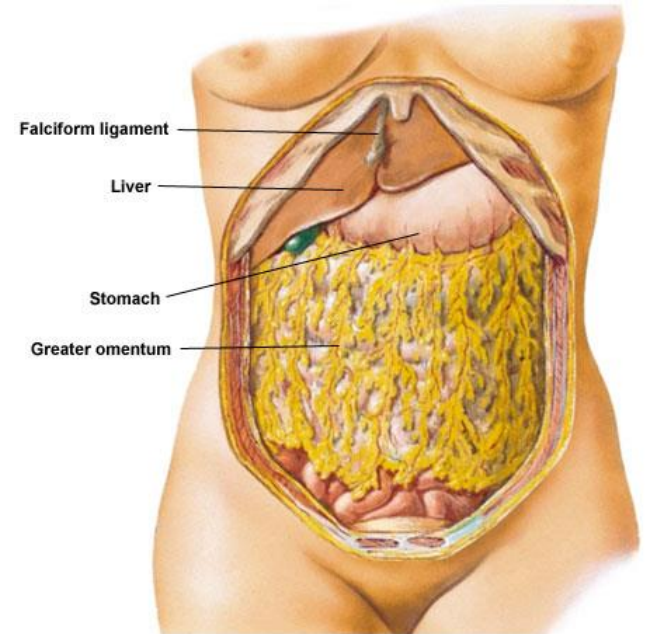
Cystadenoca.



آفات الثرب

الإنتانات:

في الإنتانات الحادة يلعب الثرب دورا هاما في الحد من انتشارها في الصفاق
تخلف الإنتانات البسيطة في الثرب إلتهابا لانوعيا فيه يتجلى بألم بطني مبهم
يصاب الثرب بالتدرن وحينها يصبح متسما ومنزعا بكتل التهابية متجينة



انفتال واحتشاء الثرب

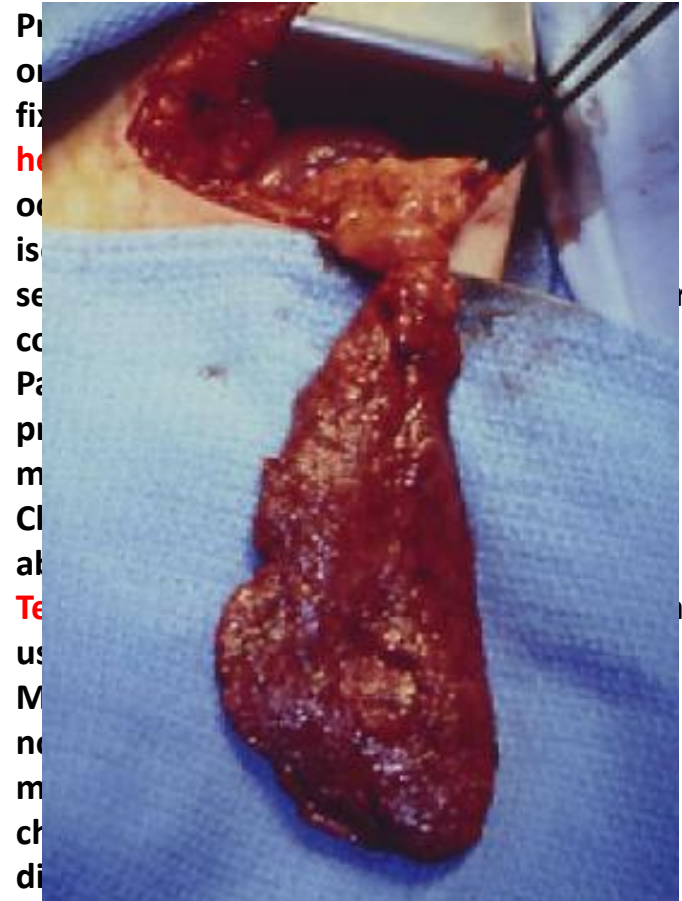
بدئي: بسبب **لجام أو فتق** في جدار البطن ويؤدي إلى إحتشاء وتموت قطعة منه, أو بسبب فتق فرجوي يجعلنا نشبه بورم شحمي في المنصف, كما يشاهد الاحتشاء ثانويا ل**رضوض البطن** أو **لألتهاب الشرايين العقدّ** polyarteritis nodosa

سريريا: ألم بطني حاد, غثيان, إقياء, إيلام موضع غالبا في الحرقفية اليمنى, وتجس كتلة مؤلمة متحركة في **ثلث** الحالات. التشخيص التفريقي: التهاب الزائدة, التهاب المرارة الحاد, وغالبا لا يتأكد التشخيص إلا بفتح البطن.

العلاج: جراحي بفتح البطن الذي يظهر وجود سائل مصلي مدمى مع زائدة طبيعية وتخر نزفي في قطعة من الثرب يكون

استئصالها علاجاً كافياً

Torsion & Infarction



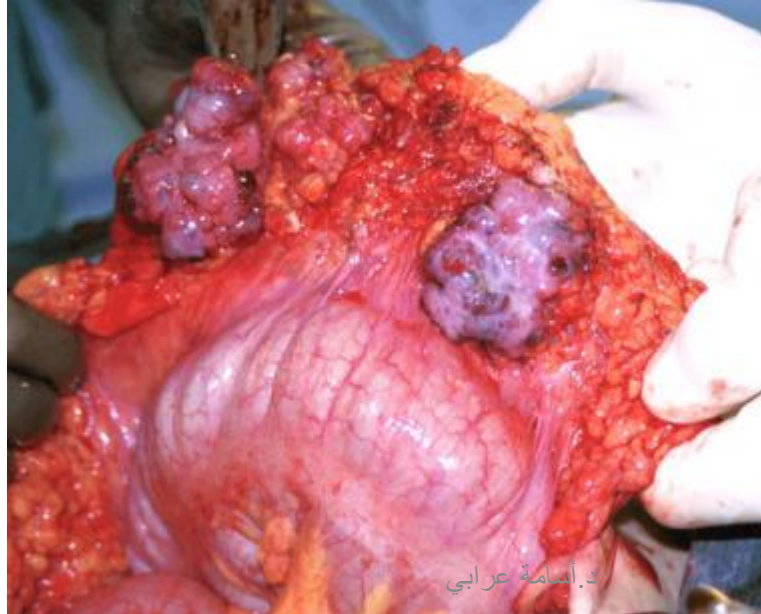
mandate surgical exploration, which reveals **serosanguineous** fluid, a normal appendix, and the hemorrhagic necrotic segment of omentum. **Resection** of the affected portion is curative.

أورام الثرب

هي غالبا انتقالية من الأحشاء البطنية وخاصة السرطانات الغدية للسبيل الهضمي

كيسات الثرب

كيسات الثرب البدئية والتشوهات الوعائية والتي غالبا ماتكتشف صدفة في سياق فتح بطن يجب استئصالها



المساريقا

هي طيات صفاقية ثنائية الطبقة ضمنها نسيج شحمي تربط أجزاء المعى الدقيق مع جدار البطن الخلفي ولأجزاءها مسميات حسب القطعة التي تربطها مثل مساريق الأمعاء الدقيقة ومسراق القولون المعترض ومسراق القولون السيني، تشبه المروحة اليدوية، طرفها الضيق هو جذر المساريقا الذي يرتكز على جدار البطن الخلفي ممتدا بشكل مائل من رباط ترايتز عند الفقرة القطنية الثانية إلى الوصل الحرقفي العجزي الأيمن.

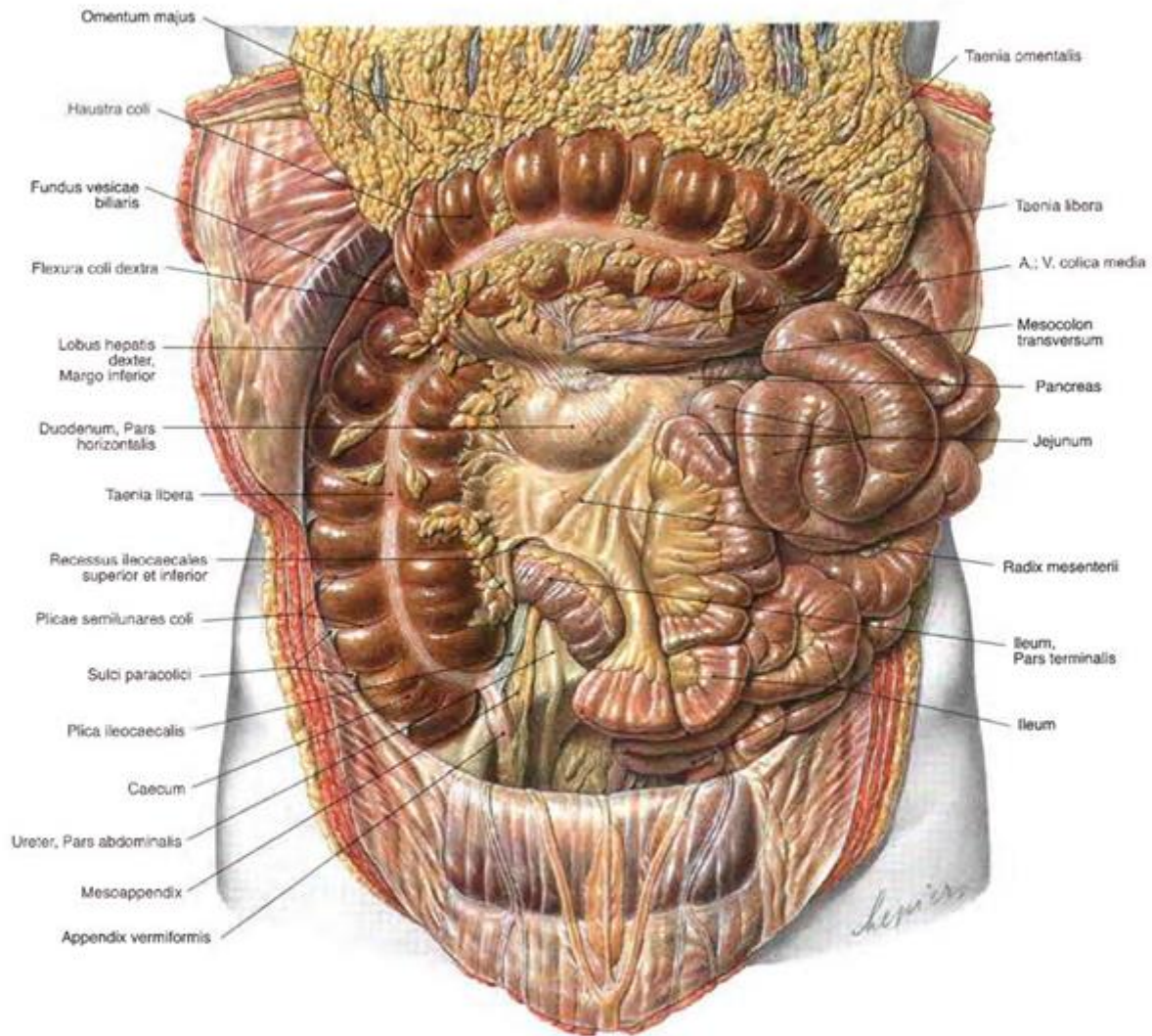


Fig. 1055 Small intestine, Intestinum tenue, and large intestine, Intestinum crassum.

د. أسامة عرابي

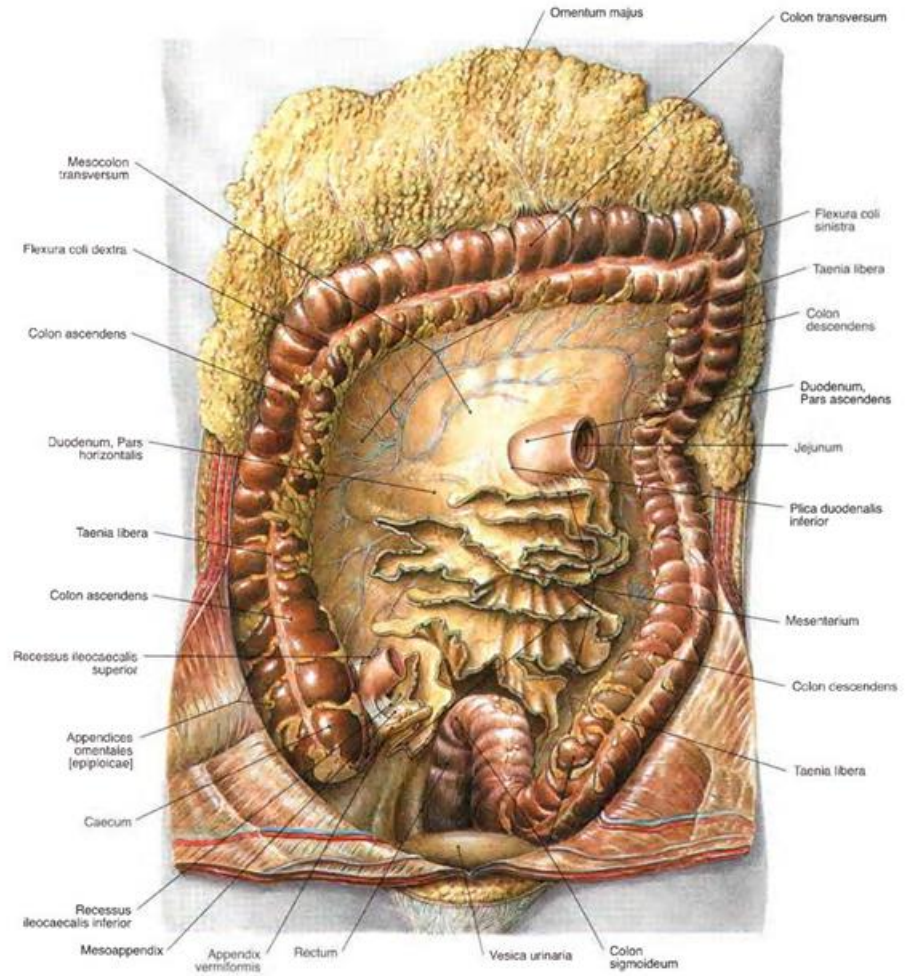
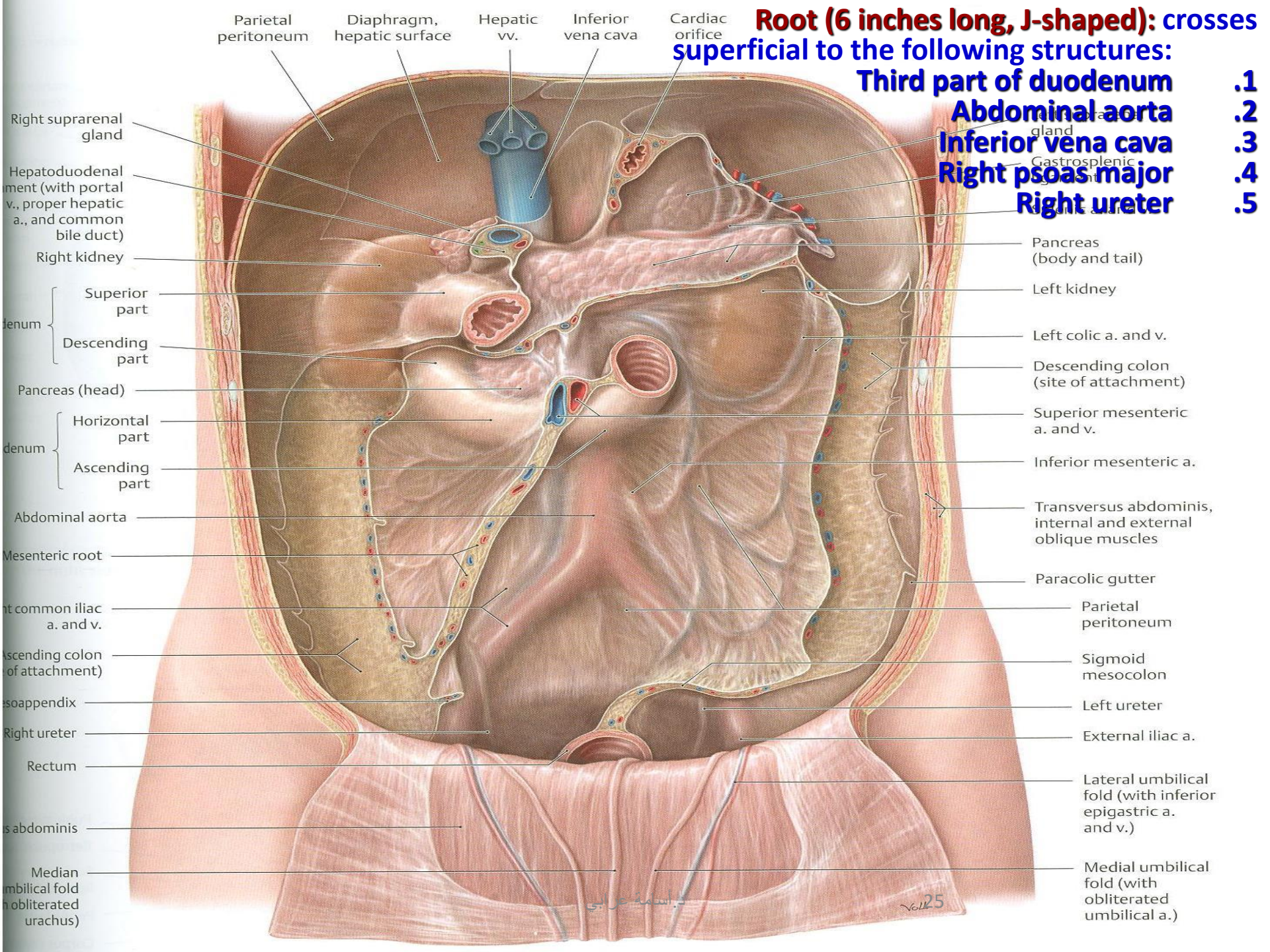


Fig. 1057 Mesentery, Mesenterium, and large intestine, *Intestinum crassum*.

Root (6 inches long, J-shaped): crosses superficial to the following structures:

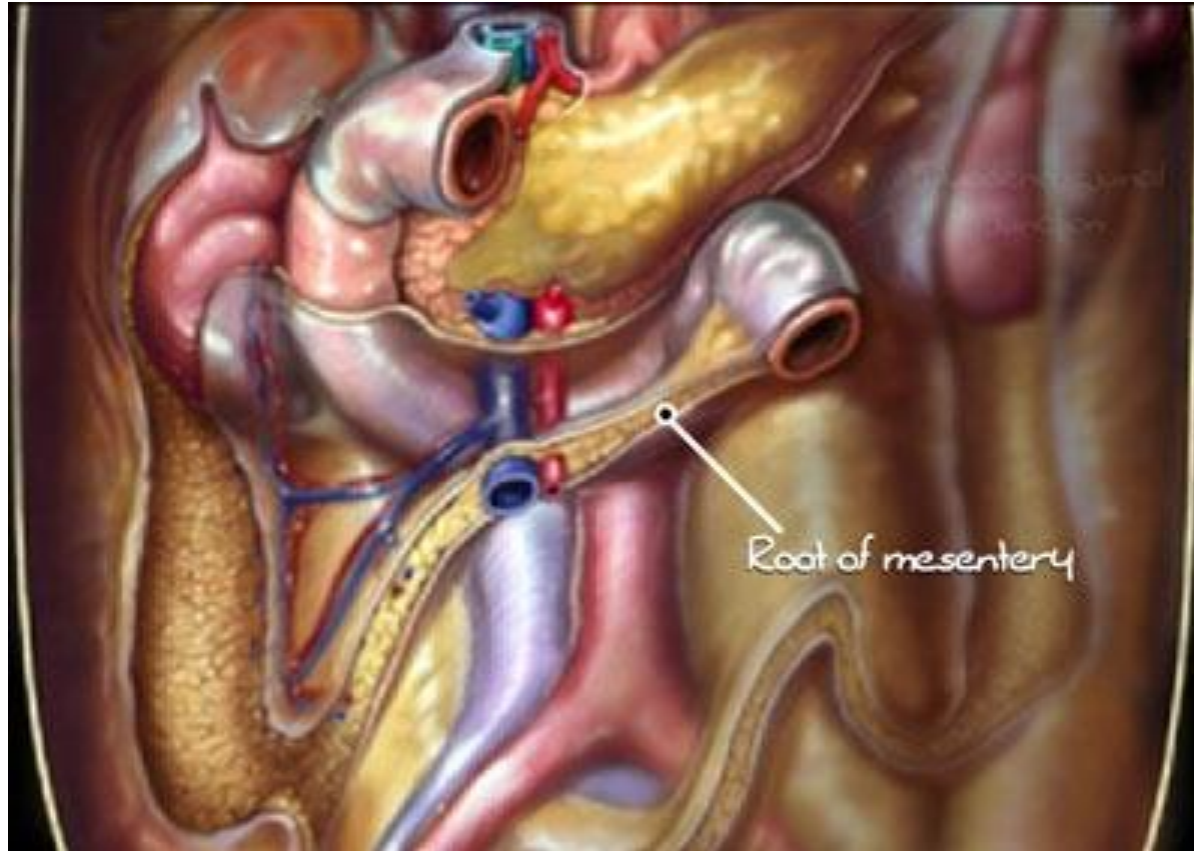
- 1** Third part of duodenum
- 2** Abdominal aorta
- 3** Inferior vena cava
- 4** Right psoas major
- 5** Right ureter



Parietal peritoneum
 Diaphragm, hepatic surface
 Hepatic v.
 Inferior vena cava
 Cardiac orifice
 Right suprarenal gland
 Hepatoduodenal ment (with portal v., proper hepatic a., and common bile duct)
 Right kidney
 Superior part
 Descending part
 Pancreas (head)
 Horizontal part
 Ascending part
 Abdominal aorta
 Mesenteric root
 Right common iliac a. and v.
 Ascending colon (of attachment)
 Cecocolic appendix
 Right ureter
 Rectum
 Transversus abdominis
 Median umbilical fold (obliterated urachus)

Pancreas (body and tail)
 Left kidney
 Left colic a. and v.
 Descending colon (site of attachment)
 Superior mesenteric a. and v.
 Inferior mesenteric a.
 Transversus abdominis, internal and external oblique muscles
 Paracolic gutter
 Parietal peritoneum
 Sigmoid mesocolon
 Left ureter
 External iliac a.
 Lateral umbilical fold (with inferior epigastric a. and v.)
 Medial umbilical fold (with obliterated umbilical a.)

The jejunal mesentery is attached to the posterior abdominal wall above and to the left of the aorta, whereas the ileal mesentery is attached below and to the right of the aorta.



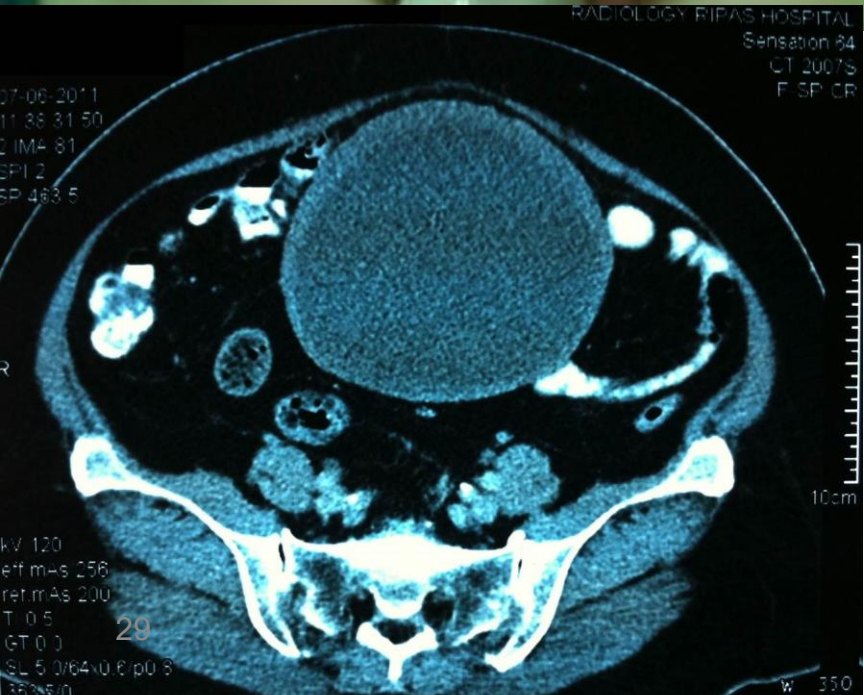
A. التشريح المرضي: أورام المساريقا

يمكن أن تكون الأورام المساريقية البدئية كيسية أو مصمتة، والكيسية أكثر تكراراً من المصمتة بمعدل 2 إلى 1. إن منشأ هذه الأورام يشمل عدداً من الأنسجة بما فيها الأنسجة اللمفاوية أو الوعائية أو العصبية أو من الأنسجة الضامة، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأورام الكيسية يمكن أن تنشأ من بقايا جنينية (قيلات معوية أو نظيرة الجلد)، أو من ثغرات تطورية (كيسات كيلوسية أو مصلية احتباسية)، أو عقب الرضوض (كيسات دموية). ويظهر (الجدول 1-14) تصنيف هذه الأورام.

إن معظم الأورام المساريقية الكيسية حميدة، مع استثناءات نادرة هي: الأغران الوعائية اللمفاوية lymphangiosarcomas وهي تنشآت حقيقية تنشأ من الأوعية اللمفاوية، والأورام المسخية الخبيثة (التياراتوما الخبيثة) والتي تنشأ من بقايا جنينية من مكانين متعددة.

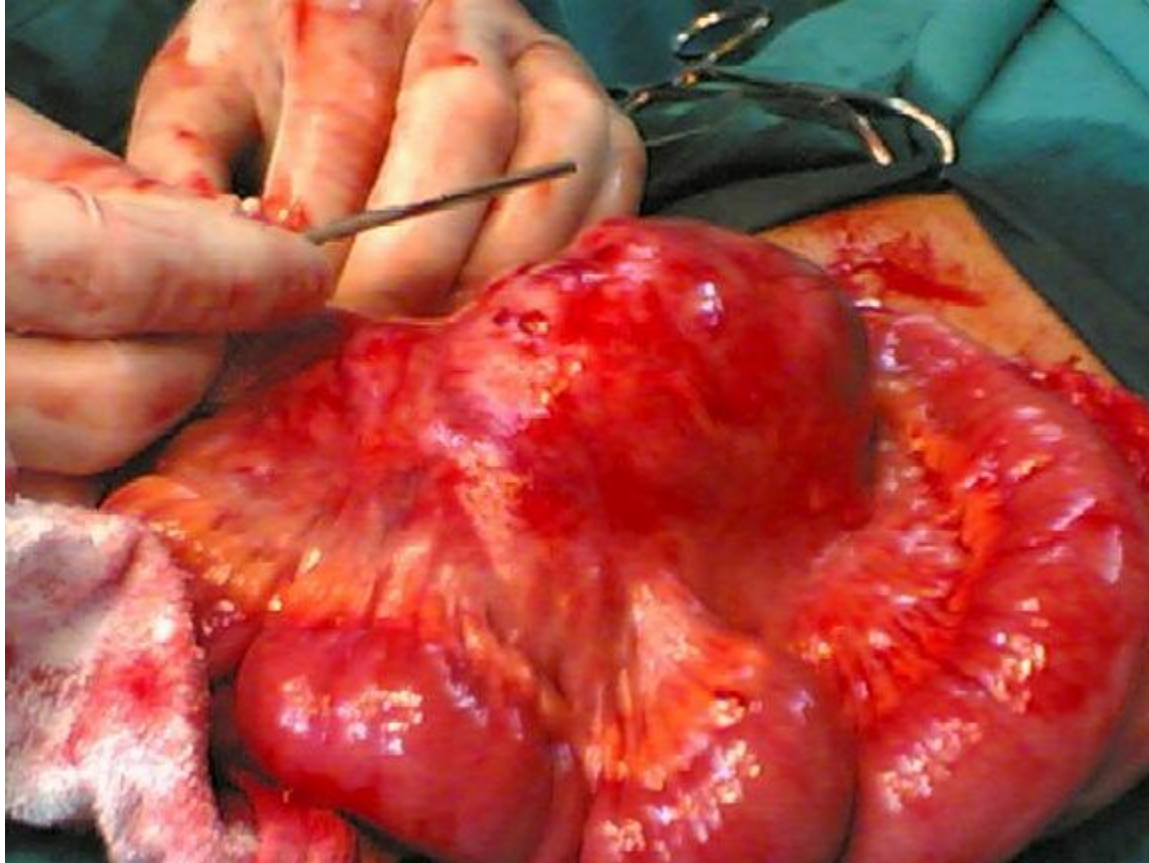
الجدول 14-1: تصنيف الأورام المساريقية البدئية

الأورام الحميدة	الأورام الخبيثة	النشأ
أورام كيسية:		
		- ثغرات تطورية
		- كيسات كيلوسية
		- كيسات مصلية
	الغرن الرعائي اللمفاوي	- نسيج لمفاوي
		- الرضوض
		- بقايا جنينية
	الورم المسخي الخبيث (تيراتوما خبيثة)	- كيسات معوية
		- نظيرة جلدية
أورام مصمعة:		
	الغرن الشحمي (ليبوساركوما)	- نسيج شحمي
	الغرن الليفي (فيروساركوما)	- نسيج ليفي
	ورم غمد شوان الخبيث	- عناصر عصبية
		- ورم الغمد العصبي
		- الورم الليفي العصبي
	الغرن العضلي الأملس (ليوميوساركوما)	- عضلات ملساء
	الغرن العضلي الليفي (فيوميوساركوما)	
	الغرن العضلي الليفي (فيوميوساركوما)	
	الورم الرعائي الدموي حول الخلية (هيماتنوما)	- نسيج رعائي

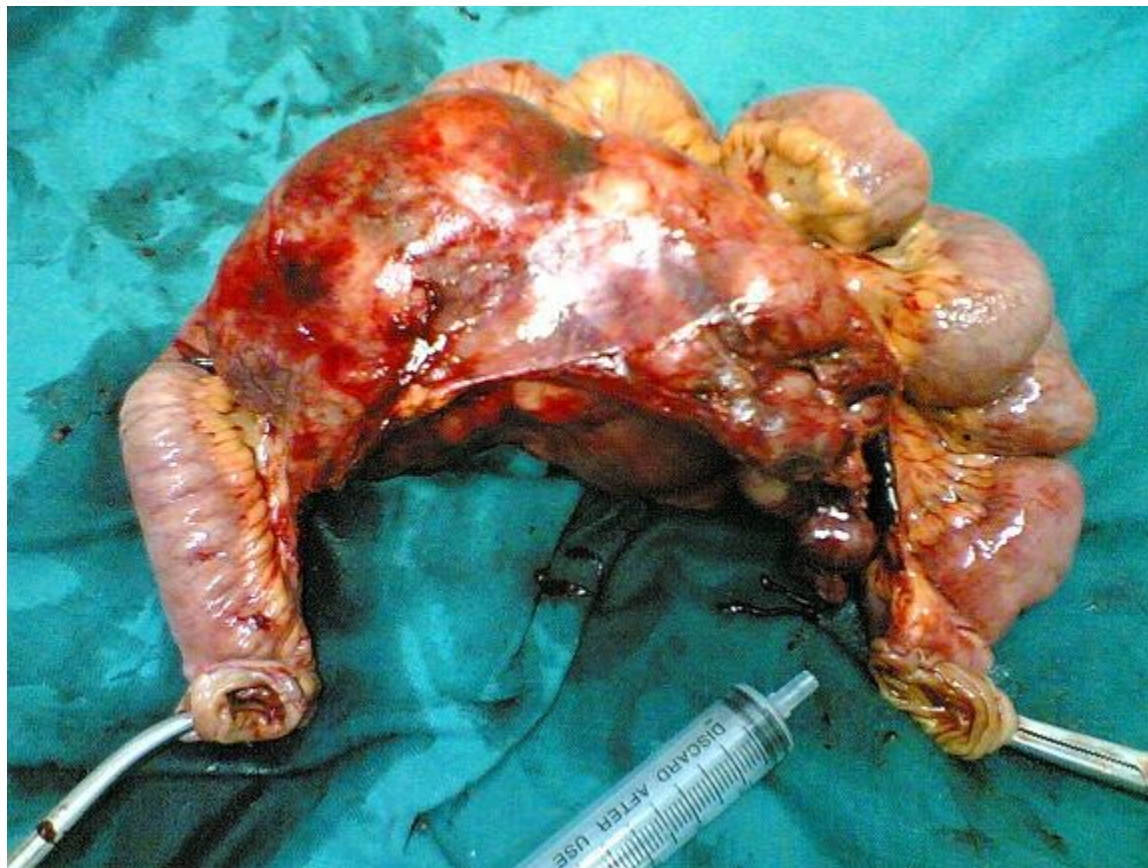


د. أسامة عرابي

الأعراض: ربما تكون لاعرضية, جس كتلة, ألم بطني متقطع حاد أو مزمن, ن شهية, غثيان, إقياء, تعب, نقص وزن
بالفحص: جس كتلة متحركة للأيمن والأيسر فقط (علامة **Tillaux**) وهذا مايفرقها عن الكتل الثربية المتحركة في كل الإتجاهات
التشخيص يتم تأكيده بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية أو المقطعي المحوسب أو الرنين المغناطيسي
العلاج: استئصال جراحي



ليمفوما





آفات الحيز خلف الصفاق

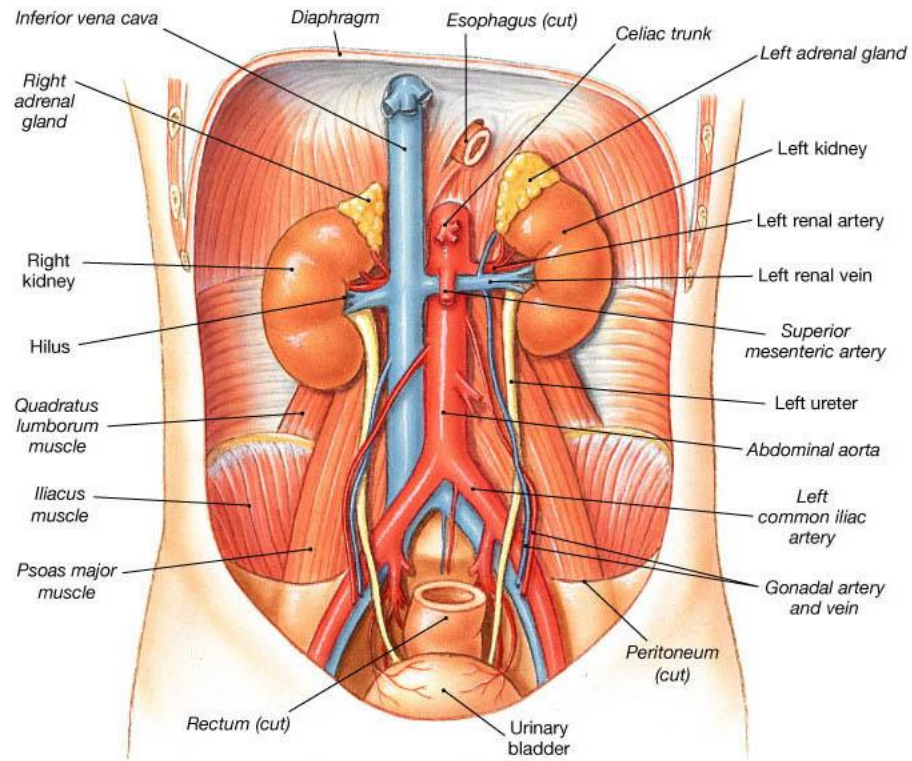
يعرف بأنه المسافة بين الصفاق الحشوي (الخلفي) في الأمام وجدار البطن الخلفي في الخلف، ويحده من الأعلى الحجاب الحاجز ومن الخلف العمود القطني والعضلتين القطنيتين والمربعتين القطنيتين، ومن الأسفل برافعتي الشرج. وإن حدوده الأمامية (المتشكلة من الصفاق الحشوي كما ذكرنا) شديدة التعرج وتمتد بين المساريقا والأمعاء الدقيقة والغليظة. تتبارز الكتل المتشكلة في هذا الحيز نحو الأمام نظرا لصلابة الحدود الأخرى

Retroperitoneum

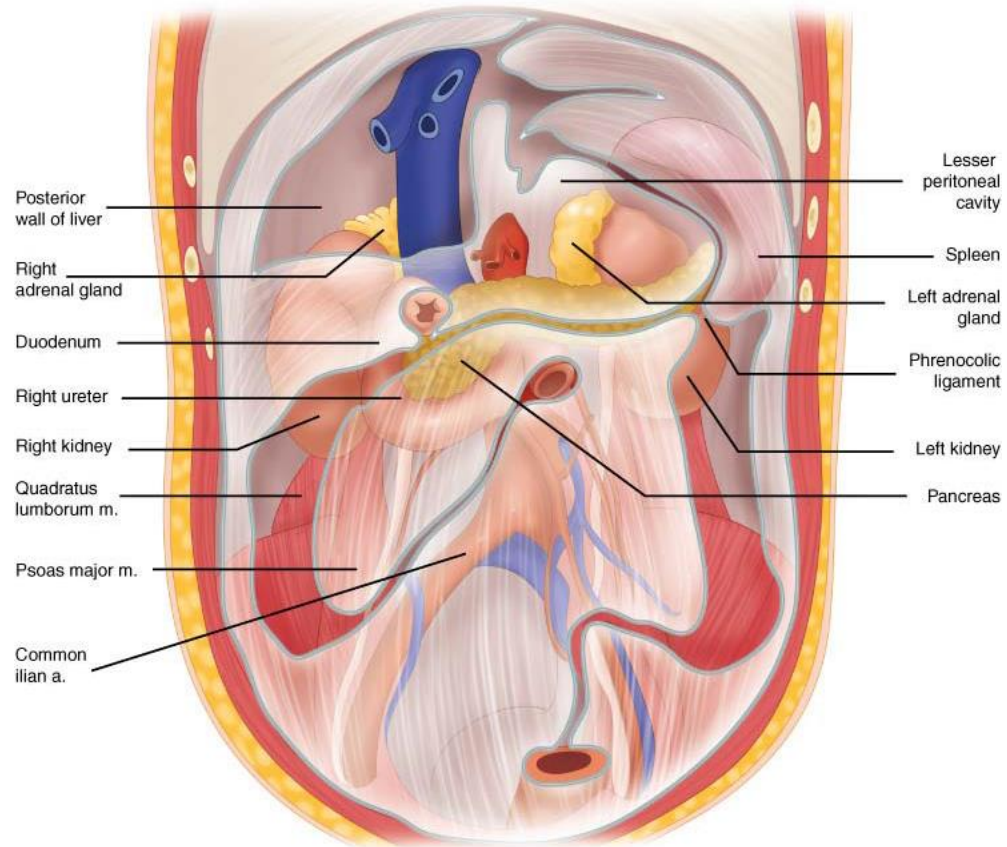
محتوياته: الكليتين, الحالبين, المثانة, البنكرياس, القطعة الثانية والثالثة للعفج, الكظران, القولون الصاعد, القولون النازل, الثلثين العلويين للمستقيم, الأبهـر البطني, الأجوف السفلي, الأوعية الحرقفية, الحويصلين المنويين, الأسهر, صهريج الكيلوس. القسم العلوي للمهبل, الأعصاب القطنية, نسيج شحمي

Table 35-2 Retroperitoneal Structures

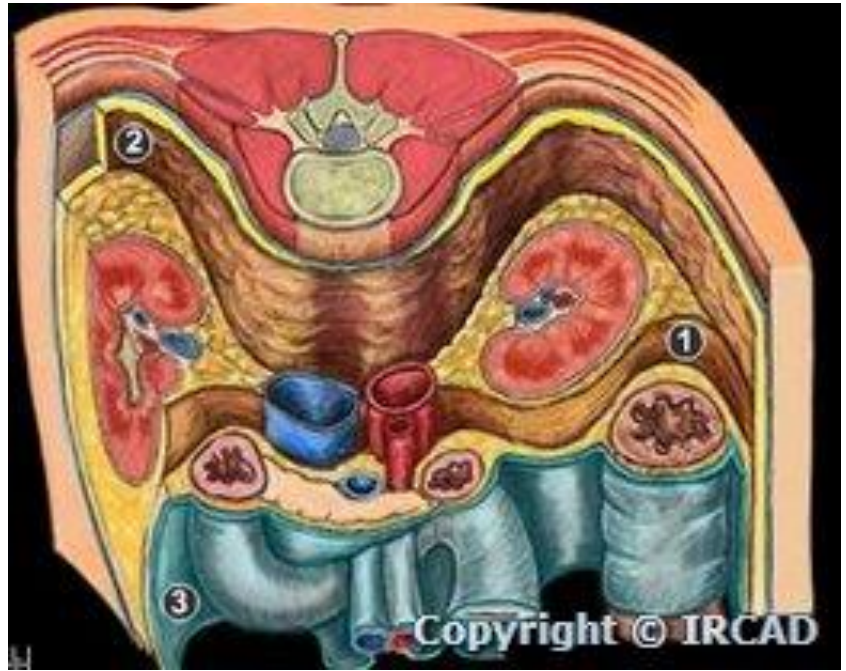
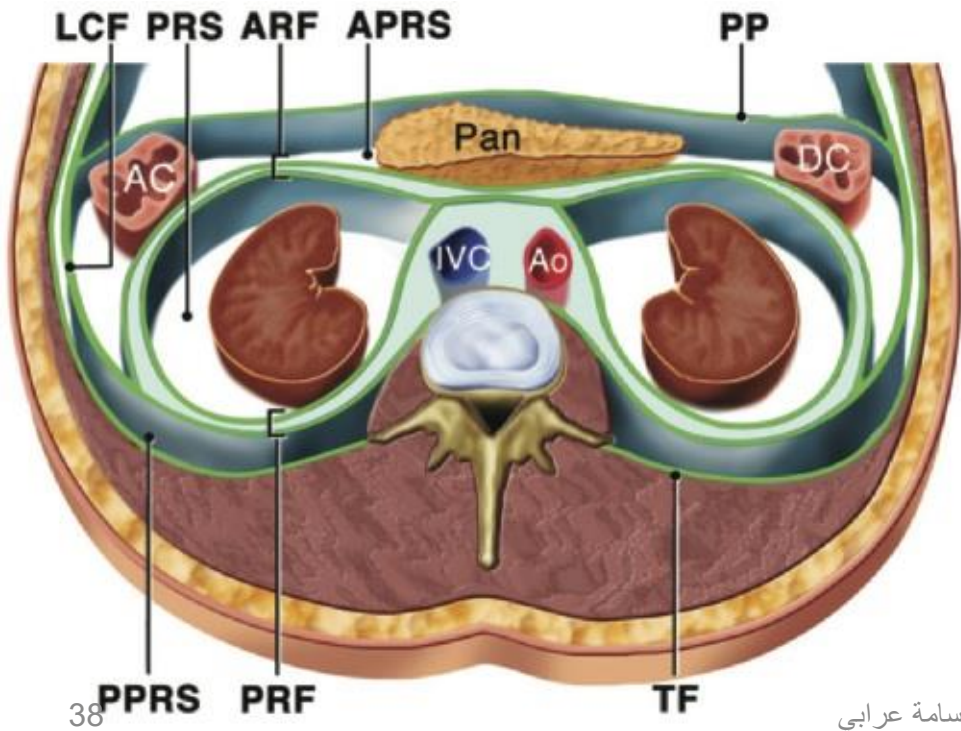
Kidneys	Ureters	Bladder
Pancreas	Duodenum (D2 and D3)	Adrenal glands
Ascending colon	Descending colon	Rectum (upper two thirds)
Aorta	Inferior vena cava	Iliac vessels
Seminal vesicles	Vas deferens	Lymphatics (cisterna chyli)
Vagina (uppermost)	Ovaries	Nerves (lumbar sympathetics)



(a) Anterior view



Source: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery, 9th Edition*: <http://www.accessmedicine.com>
 Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



Retroperitoneal abscesses

الخراج خلف الصفاق

المصدر

من الكلية: التهاب حويضة حصة كلية
وتسببه سلبيات الغرام كالمثقلبات
والأشريكية القولونية
من السبيل الهضمي تتشارك عدة
أنواع من الجراثيم وتسببه عصيات
سلبية الغرام كالأشرخية القولونية
والأمعائيات واللاهوائيات
بالطريق الدموي: تسببه العنقوديات
من العمود الفقري: خراج درني
وخاصة عند مكبوتي المناعة
العوامل المؤهبة:
حصيات الكلية, السكري, الإيدز

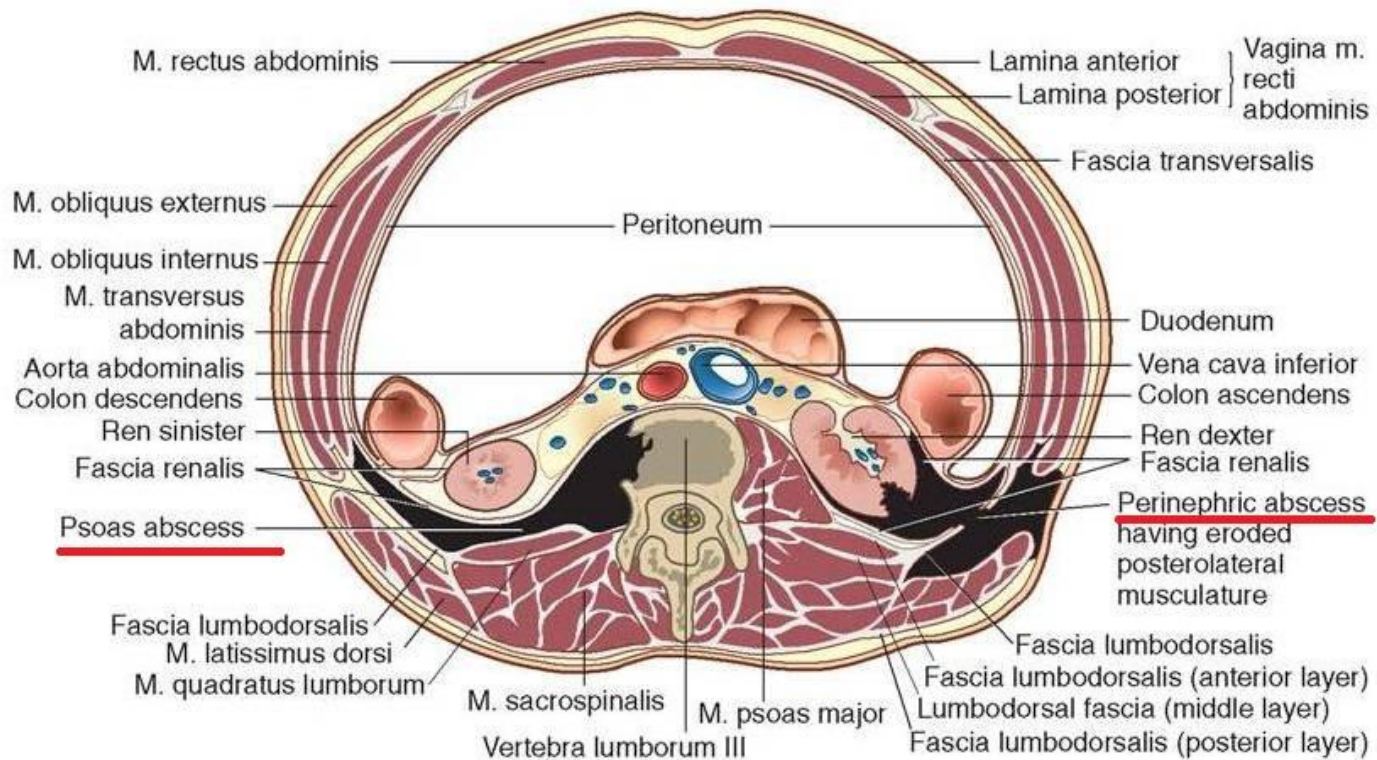
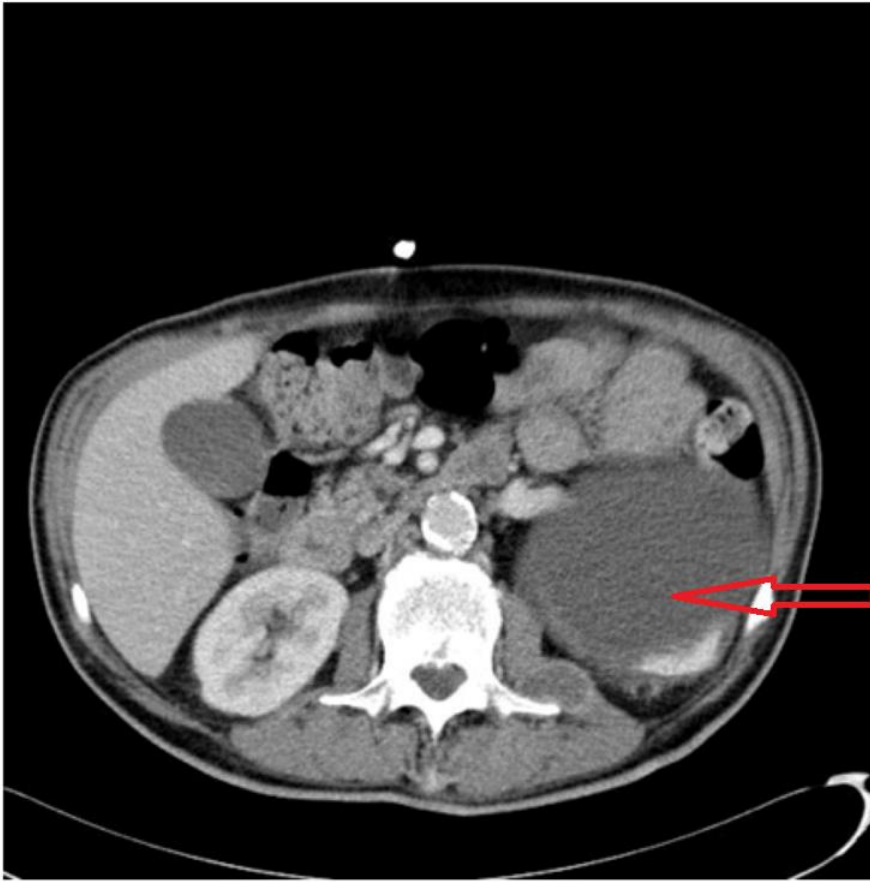


FIGURE 45-15 Anatomic relationships of retroperitoneal abscesses to surrounding structures. A psoas abscess (*left*) and perinephri are shown (*right*). (From McVay C: Anson and McVay's surgical anatomy, ed 6, Philadelphia, 1984, WB Saunders, p 735.)

الأعراض والعلامات: ألم بطني او خاصرة, حرارة وعرواء, دعت, نقص وزن, ألم ورك
أو ركة في حال توضع الخراج في العضلة القطنية.
التشخيص يثبت بالمقطعي المحوسب: كتلة قليلة الكثافة خلف الصفاق, يتواجد
ضمنها **غاز** في ثلث الحالات, وقد يحدد لنا مصدر الإنتان

PSOAS AB.



العلاج:صادات مع نرح عبر الجلد موجه بالمقطعي المحوسب,أما النرح الجراحي بشق قطني فلا نلجا له إلا في حال عدم توفر النرح عبر الجلد أو فشله.

الإندار والوفيات تعتمد لحد كبير على الأمراض المؤهبة أو المرافقة

النزف أو الورم الدموي خلف الصفاق:

1. رضي و سيبحث في رضوض البطن

2. عفوي وهو الذي سندرسه هنا:

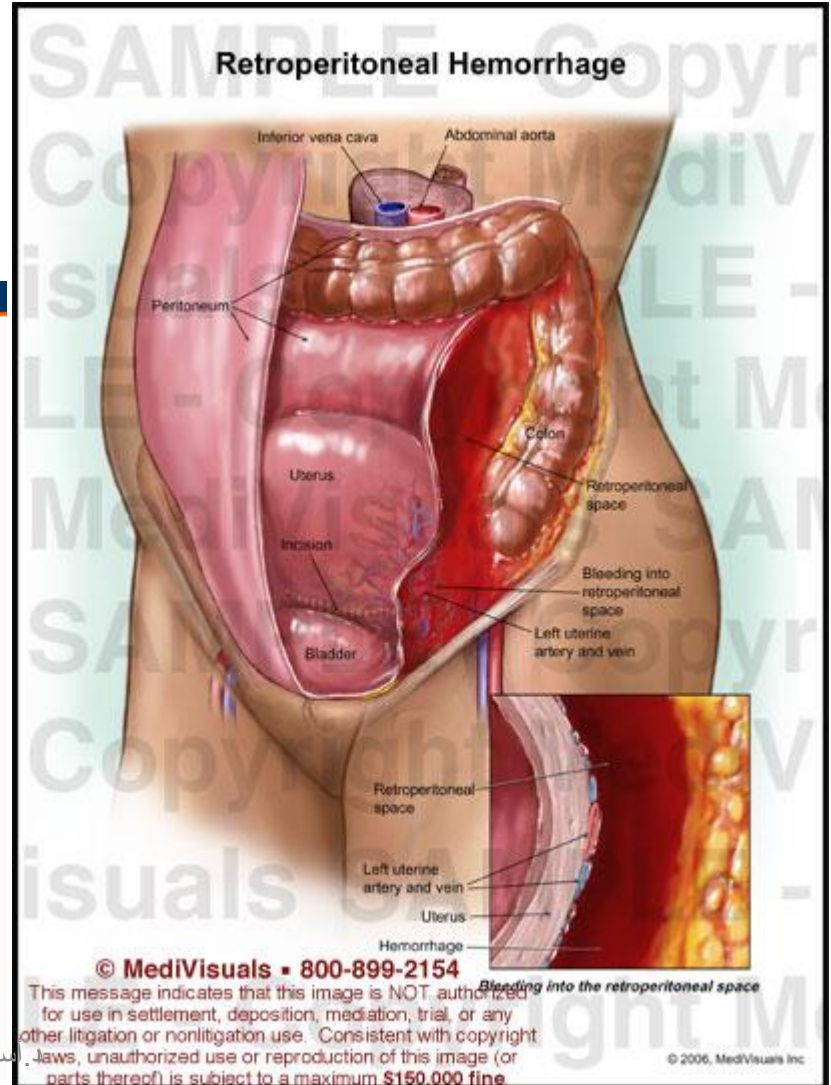
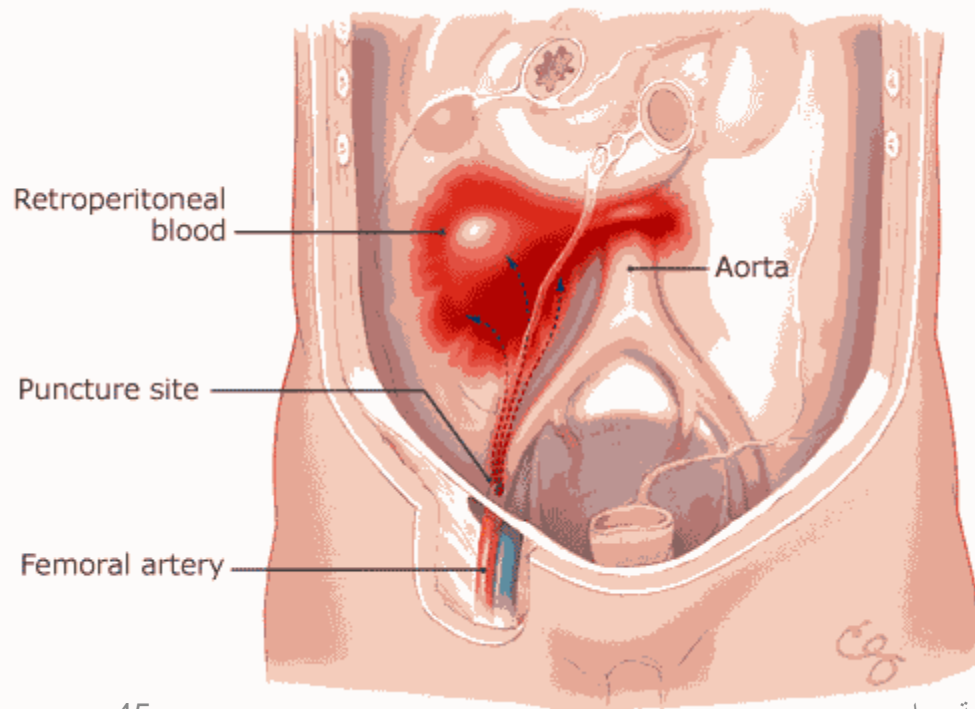
الأسباب: تمزق أم دم أبهر بطني..تناول مضادات التخثرالعلاج بحالات الليفين

fibrinolytic therapy,الناعور,القثطرة الشريانية(علاجي)

الأعراض: ألم بطن أو خاصرة يمتد للمغبن أو الصفن أو الشفر الكبير, علامة


كولن, علامة غري تورنر. قد تجس كتلة,حالة صدمة حجم إذا كان النزف سريعا أو

كبيرا





Cullen



Grey Turner

د. أسامة عرابي

سريريا: علوص, اعتلال عصب فخذي
مخبريا: تدني الهيماتوكريت والخضاب, نقص صفيحات, تطاول زمن البروترومبين
والترومبوبلاستين الجزئي في حال وجود اعتلال خثري
قد يظهر فحص البول: بييلة دموية
المقطعي المحوسب يؤكد التشخيص: كتلة عالية الكثافة ذات استطالات
العلاج: علاج السبب أو إيقاف المسبب, ونادرا ما نحتاج لصم الوعاء النازف أو للتدخل
الجراحي

التليف خلف الصفاق

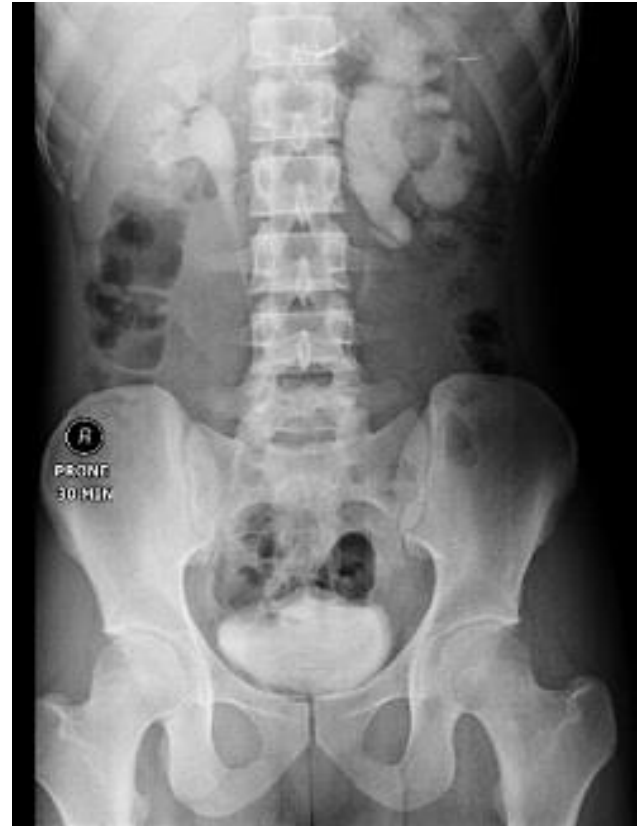
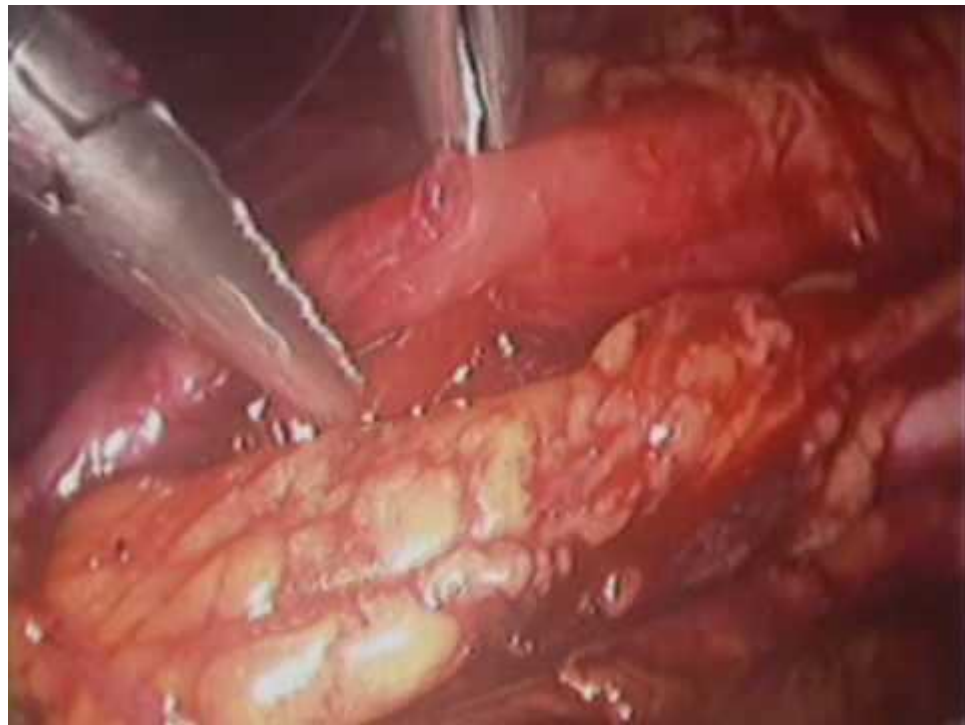
مرض نادر

الأسباب: مجهول السبب، أدوية: إير غوت، ميتسير جيد، بروموكريبتين، حاصرات بيتا، هيدرالازين، الإنتانات، الأورام الخبيثة، جراحات سابقة: تجريف العقد اللمفية خلف الصفاق، استئصال قولون، استئصال أم دم، علاج شعاعي.

الأعراض: ألم خاصة، ألم أسفل الظهر، ألم بطني، وذمة طرفين سفليين، وغالبا ما يتأخر التشخيص لحين تطور قصور كلوي ناجم عن انسداد الحالبين.

العلاج: بإيقاف الدواء المسبب قد يتراجع انضغاط الحالبين وتحسن الوظيفة الكلوية الستيروئيدات القشرية للمجهول السبب، وقد **نلجأ لكابتات المناعة، وللتاموكسيفين.**

تفميم الكلية عبر الجلد لتحسين الوظيفة الكلوية قبل العمل الجراحي قد نحتاج للجراحة لإزالة الضغط عن الحالبين وغيرهما من العناصر المضغوطة. وحديثا جرى فك الالتصاقات عن الحالبين بالجراحة التنظيرية



الأورام خلف الصفاق

وتنشأ على حساب مختلف الأنسجة والأعضاء خلف
الصفاق

وفيما يلي جدول تفصيلي لأورام خلف الصفاق
السليمة منها والخبيثة:

الجدول 14-2، تصنيف الأورام خلف البريتوان.

النمط النسيجي	الأورام الحميدة	الأورام الخبيثة
النسيج اللمفية	ورم وعائي ليفي	غرن وعائي ليفي
عقد ليفية	-	غرن ليفاوي
	-	داء هودجكين
النسيج الشحمي	الورم الشحمي (لييوما)	الغرن الشحمي (ليوساركوما)
النسيج الليفي	الورم الليفي (فيروما)	الغرن الليفي (فيروساركوما)
العضل الأملس	الورم العضلي الأملس (ليوميوما)	الغرن العضلي الأملس (ليوميوساركوما)
عناصر عصبية	ورم الغمد العصبي	ورم غمد شوان الخبيث
	الورم الليفي العصبي	-
العضل المحطط	العصبوم العقدي ganglioneuroma	ورم الأرومة الودية (ورم الأرومة العصبية)
	ورم العضل المحطط	الورم الحليبي chordoma
النسيج المخاطي	الورم المخاطي myxoma	الغرن العضلي المحطط (رايدوميوساركوما)
النسيج الوعائي	الورم الوعائي الدموي	الغرن المخاطي myxosarcoma
نسيج الظهارة المتوسطة	-	الورم الوعائي الدموي حول الخلية الخبيث
اللحمة المتوسطة	-	ورم الظهارة المتوسطة mesothelioma
النسيج الكروموفيني خارج الكظر	ورم القوائم الحميد (فيوكروموسيتوما)	ورم اللحمة المتوسطة mesenchymoma
النسيج الغدي	الورم الغدي (أدينوما)	ورم القوائم الخبيث malignant pheochromocytoma
بقايا جنينية	كيسات كلوية المنشأ	الكارسينوما
بقايا حلوية	نظير الجلد dermoid	ورم الحيد (الحرف ridge) البولي التناسلي
متفرقات	ورم حبيبي أصفر xanthogranuloma	الورم المسخي (تيراتوما teratoma)
	الاورام الليفيسي المفرط aggressive fibromatosis	ورم الغشاء الزليلي synovioma
		ورم خللي إنتاشي dysgerminoma
		أورام خبيثة غير مميزة

أورام خلف الصفاق الخبيثة

1. خارج من الأعضاء خلف الصفاق: كلية, كظر, قولون, بنكرياس
2. أورام الخلايا المنتشة (بقايا جنينية)
3. أورام بدئية على حساب الجهاز اللمفي: ليمفوما
4. نقائل للعقد اللمفية: سرطان الخصية.
5. على حساب الأنسجة الرخوة خلف الصفاق: ساركوما شحمية, ساركوما عضلية
ملساء, ورم رباطي.

Table 35-2. CLASSIFICATION OF RETROPERITONEAL TUMORS

<i>Tissue type</i>	<i>Benign tumors</i>	<i>Malignant tumors</i>
Lymphatic tissue	Lymphangioma	Lymphangiosarcoma
Lymph nodes		Lymphosarcoma
		Hodgkin's disease
		Reticulum cell sarcoma
Adipose tissue	Lipoma	Liposarcoma
Fibrous tissue	Fibroma	Fibrosarcoma
Smooth muscle	Leiomyoma	Leiomyosarcoma
Nerve elements	Neurilemoma	Malignant schwannoma
	Neurofibroma	
	Ganglioneuroma	Sympathicoblastoma (neuroblastoma)
		Chordoma
Striated muscle	Rhabdomyoma	Rhabdomyosarcoma
Mucoid tissue	Myxoma	Myxosarcoma
Vascular tissue	Hemangioma	Malignant hemangiopericytoma
Mesothelial tissue		Mesothelioma
Mesenchyme		Mesenchymoma
Extraadrenal chromaffin tissue	Benign pheochromocytoma	Malignant pheochromocytoma
Gland tissue	Adenoma	Carcinoma
Embryonic remnants	Nephrogenic cysts	Urogenital ridge tumor
Cell rests	Dermoid	Teratoma
Miscellaneous	Xanthogranuloma	Synovioma
	Aggressive fibromatosis	Dysgerminoma
		Undifferentiated malignant tumor

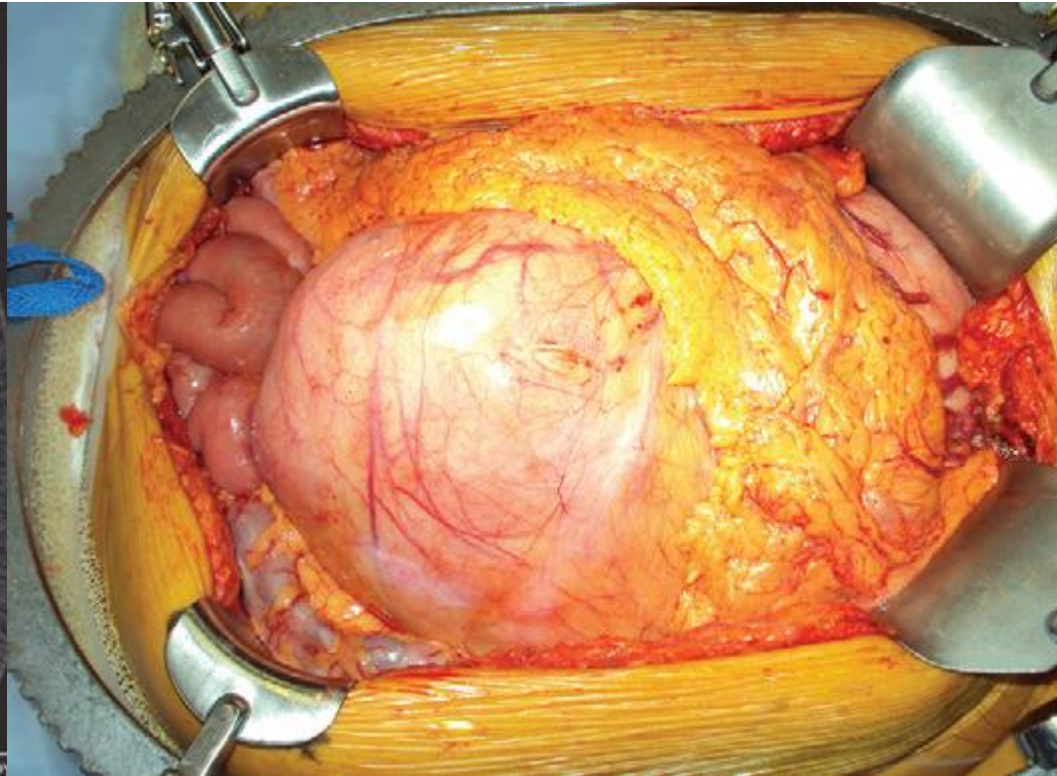
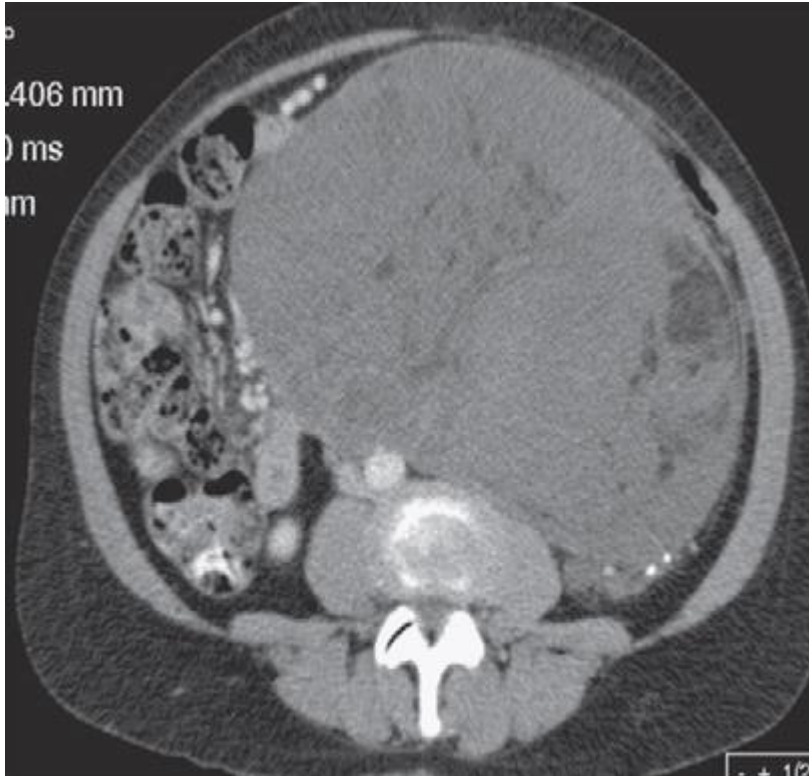
الساركومة

الأعراض والعلامات: كتلة بطنية لدى معظم المرضى, ألم بطني لدى نصف المرضى
أعراض أقل حدوثاً: نزف هضمي, نقص شهية, غثيان, إقياء, نقص وزن, وذمة طرفين
سفليين.

أعراض انضغاط عصبى: مذل, خذل
التصوير المقطعي المحوسب أو بالرنين النووي المغناطيسي: يظهر لنا كتلة الورم
ويكشف الإنتقالات الرئوية أو الكبدية

الليمفوما: كتلة عقد لمفية خلف الصفاق, أعراض بنيوية constitutional: ترفع
حروري تعرق ليلي, نقص وزن, وجود ضخامات عقدية أخرى.
في سرطان الخصية المنتقل يكشف فحص الخصيتين وجود الورم البدئي, ويكشف
الفحص المخبري ارتفاع الألفا فيتوبروتين أو موجه القند المشيمي H.C.G

A, Intraoperative photograph of a large retroperitoneal sarcoma. B, CT scan of the same patient demonstrating the displacement of the aorta, inferior vena cava, and bowel to the right of the abdomen

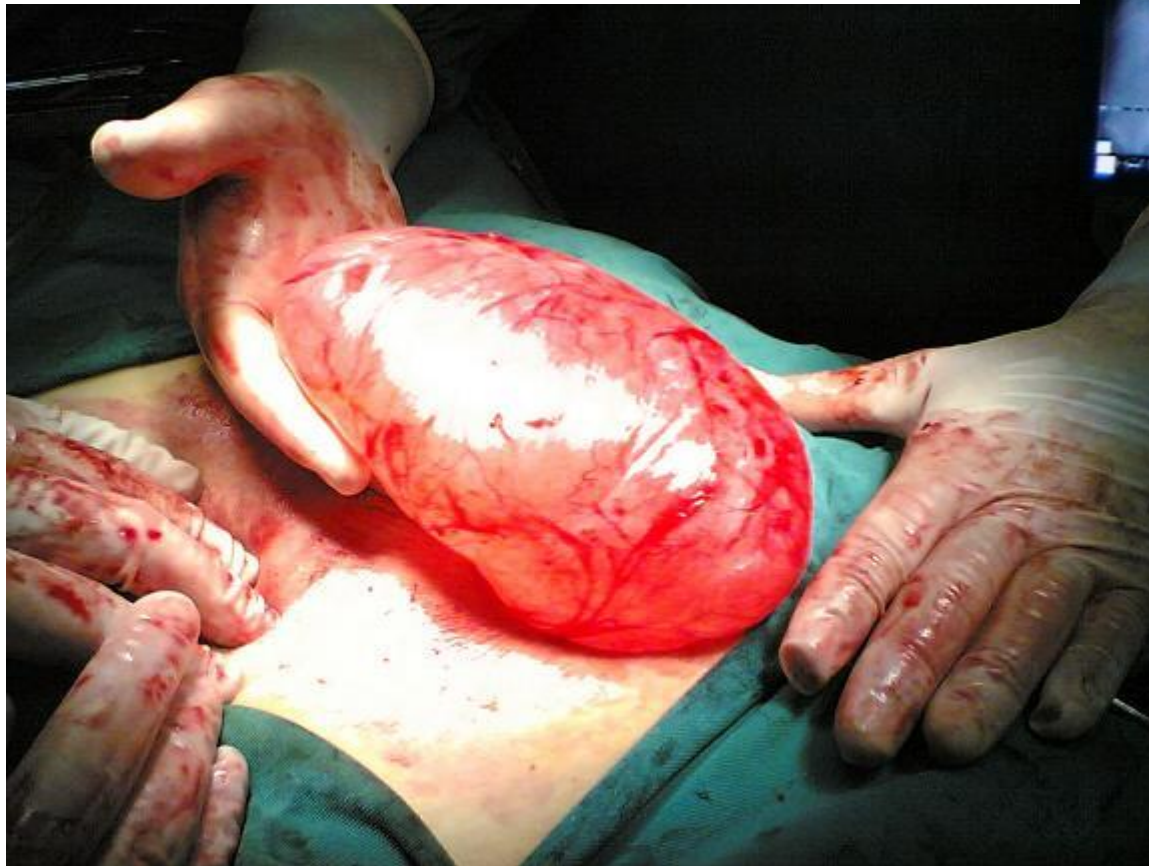
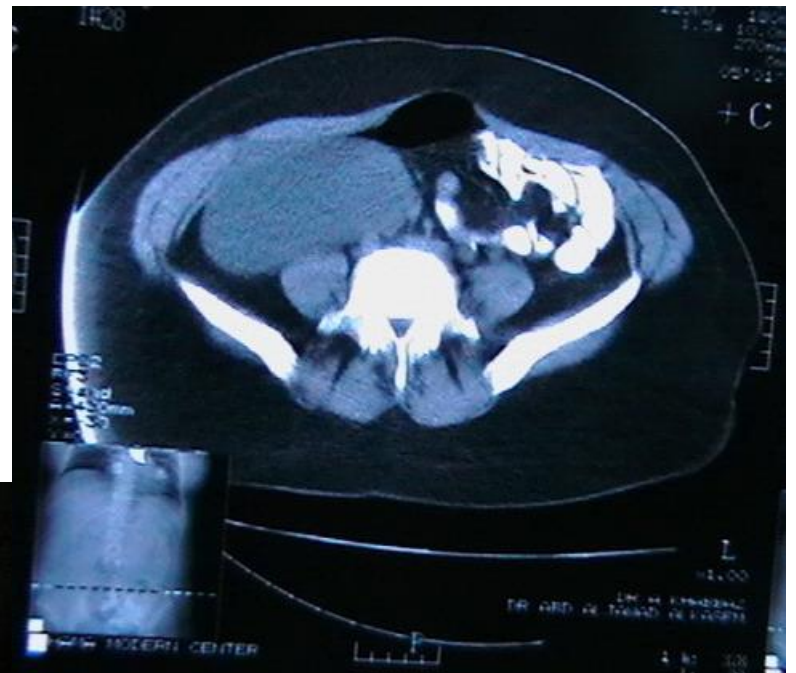


- العلاج: استئصال جراحي
Postoperative radiotherapy

وأخيرا فإن سرطان الكظر أو البنكرياس يجب أن يدخلان في التشخيص التفريقي لكتلة كبيرة خلف الصفاق .

ACUTE ABDOMEN

- البطن الحاد هو اضطراب مفاجيء غير رضى تظاهراته الرئيسية في البطن, يستدعي التدبير السريع طبيا أو بجراحة إسعافية, وينجم عن تأخير التدبير أختلاطات خطيرة أو وفيات.



• الآفات المسببة للبطن الحاد: وهي نوعين جراحية تستدعي علاجاً جراحياً
اسعافياً، وغير جراحية تعالج دوائياً، كما أن بعضها يعالج أحياناً دوائياً وأحياناً جراحياً
حسب تطور الحالة (ظهور اختلاط)، فالتهاب البنكرياس مثلاً يعالج دوائياً ولكن عندما
يسبب خراجاً أو كيسة بنكرياسية يستدعي التداخل الجراحي، وإذا كان سببه حصاة
سادة في القناة الصفراوية فيجب استخراجها تنظيرياً عبر ERCP.....

• وفيما يلي قائمة بالآفات التي تسبب بطناً حاداً:

• الألم البطني غير النوعي.

• التهاب المعدة والأمعاء.

• التهاب الزائدة الدودية.

• القرحة الهضمية المنتقبة.

• انسداد الأمعاء.

• انثقاب الأمعاء.

- الفتق المختق.
- التهاب رتج ميكل.
- متلازمة بورهيف.
- التهاب الرتوج.
- القولون الهيج.
- ارتشاح ورمي في الأعصاب .
- التهاب العقد المساريقية.
- الإنحشار بالديدان.: انسداد,التهاب طرق صفراوية,التهاب بنكرياس, نزف سفلي
- التهاب المرارة الحاد.
- التهاب الطرق الصفراوية.
- خراج الكبد.
- تمزق ورم كبدي.
- تمزق طحال عفوي.
- خراج طحال,احتشاء طحال.
- التهاب كبد حاد.

- التهاب بنكرياس حاد.
- التهاب حويضة وكلية.
- التهاب مثانة حاد.
- حصاة حالب.
- احتشاء كلية.
- تمزق حمل هاجر.
- انفصال كيسة مبيض.
- تمزق جريب جوغراف.
- التهاب ملحقات حاد(الداء الحوضي الإلتهابي).
- عسر الطمث.
- الإنتباز البطني الرحمي endometriosis
- تمزق أم دم أبهر بطني.
- الإقفار المساريقي الحاد.
- التهاب الصفاق البدئي.
- الخراجات البطنية.
- التهاب الصفاق الدرني.
- النزف خلف الصفاق.

- اليوريمية.
- نوبة سكرية.
- البورفيريا.
- حمى البحر الأبيض المتوسط.
- فقر الدم المنجلي.
- الإبيضاض الحاد.
- التسمم بالرصاص.
- الهُزْبَسُّ النُّطَاقِيّ herpes zoster

الأعراض

- أهمها الألم الذي سنخصه ببعض الشرح:
- الألم البطني إما أن يكون حشويا أو جداريا.
- أنواع الألم:
 - أولا: الألم الجسدي: وينقل عبر الألياف الحسية للأعصاب الشوكية, وهو نوعان سطحي وعميق:
 1. السطحي: من الجلد, وهو ذو توضع واضح ومحدد وتحرضه المنبهات الألمية المعروفة كالوخز والقطع والرض والحرارة.
 2. العميق: من السمحاق والمفاصل والعضلات والأوتار والأوعية الدموية, وهو معمم وتوضعه أقل وضوحا من السطحي ويحرضه نقص التروية والتخرب النسيجي والضغط القوي.
 - ثانيا: الألم الحشوي: وينقل خلال ألياف حسية من الأعصاب المستقلة Autonomic وبصورة رئيسة في الأعصاب الودية.

- ينشأ الألم الحشوي في أحشاء الصدر والبطن ويثيره الإلتهاب ونقص التروية, والتشنج أو التمدد في جدر الأحشاء الجوفاء, ويتوضع عادة على الخط الناصف, لأن تلك الأحشاء معصبة تعصيبا مستقلا Autonomic ثنائي الجانب.
- وهو عادة (الألم الحشوي) مبهم وكليل وغير واضح الحدود وقد يعبر عنه المريض بعدم الراحة أو بالغثيان...
- ولكنه قد يأتي على شكل مَغص colic (قولنج) حيث يزداد الألم لدرجة عالية ثم يتراجع وتكرر هذه النمطية كل بضع دقائق, وينجم عن التقلص النظمي للعضلات الملساء في جدر الأحشاء, ويشاهد في التهاب المعدة والأمعاء, والمخاض والطمث وانسداد الأمعاء والحالب.

- وإن المنشأ الجنيني للعضو المصاب هو الذين يحدد مستوى الألم الحشوي على الخط المتوسط للبطن:
- فالأعضاء المشتقة من المعي الإمامي : (مثل المعدة حتى القسم الثاني من العفج الكبد ، والطرق الصفراوية ، المعثكلة ، الطحال) تتظاهر بألم شرسوفي .
- أما المشتقة من المعي المتوسط : (القسم الثاني من العفج حتى الثلثين الدانيين من القولون المعترض) فتتظاهر بألم حول السرة (مثلاً : التهاب الزائدة البكر) .
- ولنفس السبب يُشعر بالألم القلبي في العنق وأعلى الصدر.

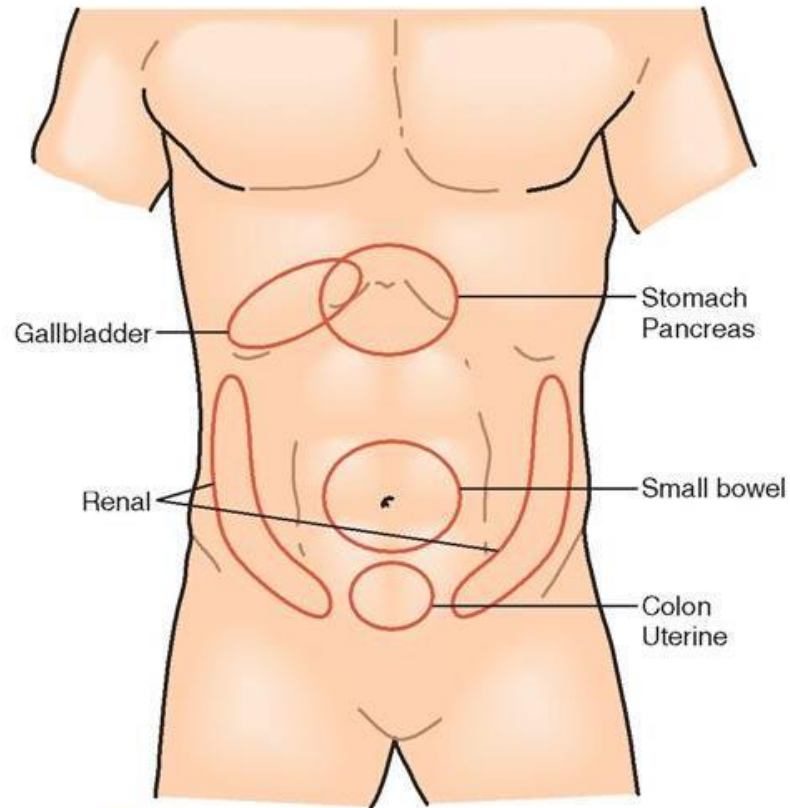


FIGURE 47-7 Common locations for visceral pain.

• الألم الرجيع

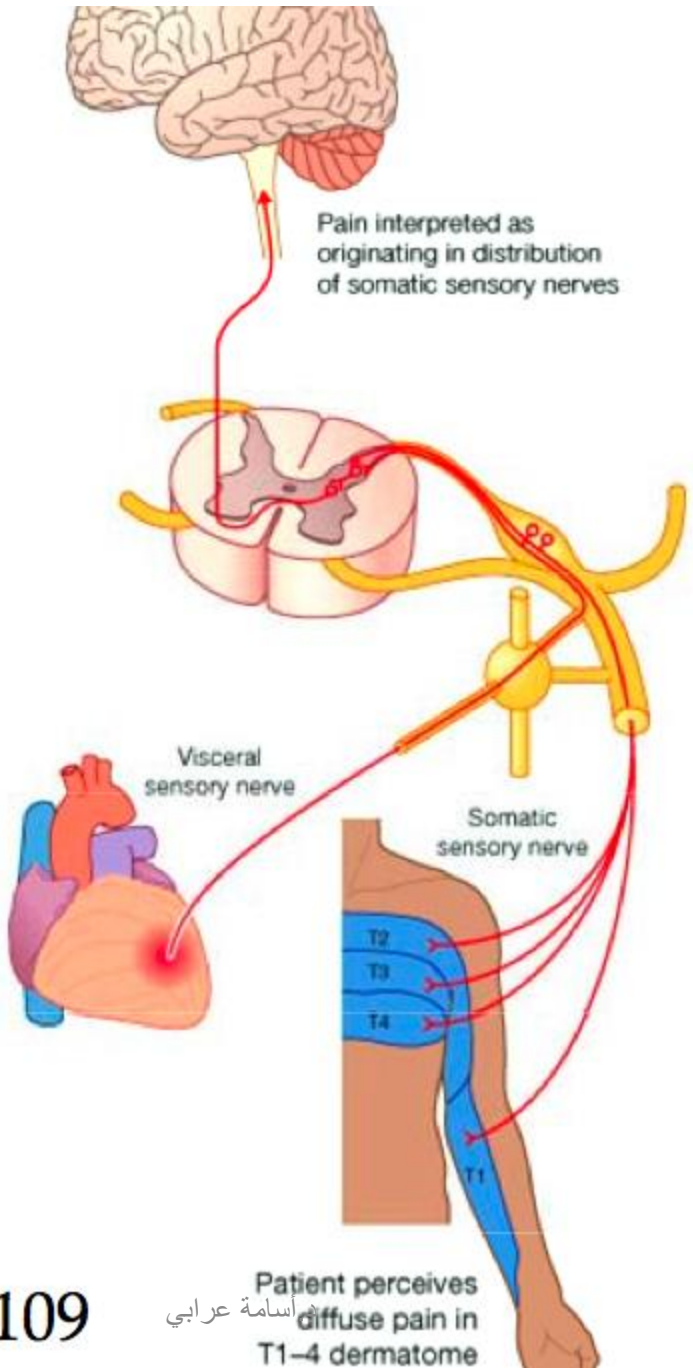
• Referred pain

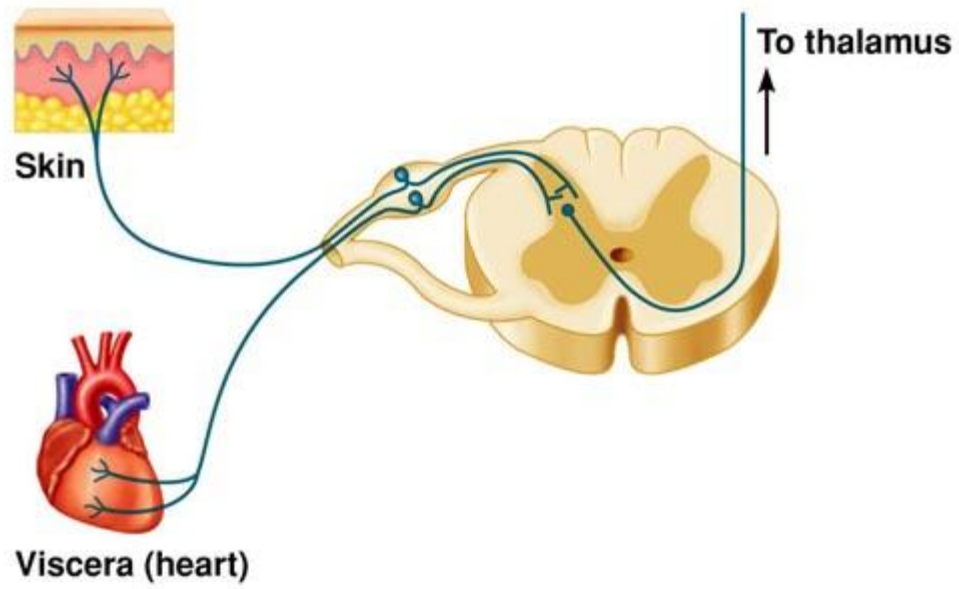
• هو الشعور بالألم في مكان بعيد عن العضو المصاب,ويمكن تقسيمه أيضا إلى نوعين:رجيع حشوي وآخر جسدي:

• 1.الألم الرجيع الحشوي:كما قلنا سابقا الألم الحشوي عموما يُشعر به على الخط الناصف ولكنه عندما يكون قويا يُشعر به جانبيا بعيدا عن الخط الناصف والعضو المصاب وكأنه ألم جسدي وارد من قطاع dermatome جلدي يتشارك حسيا بنفس الشداف الشوكية لذلك العضو,وبالمثال يتضح المقال:

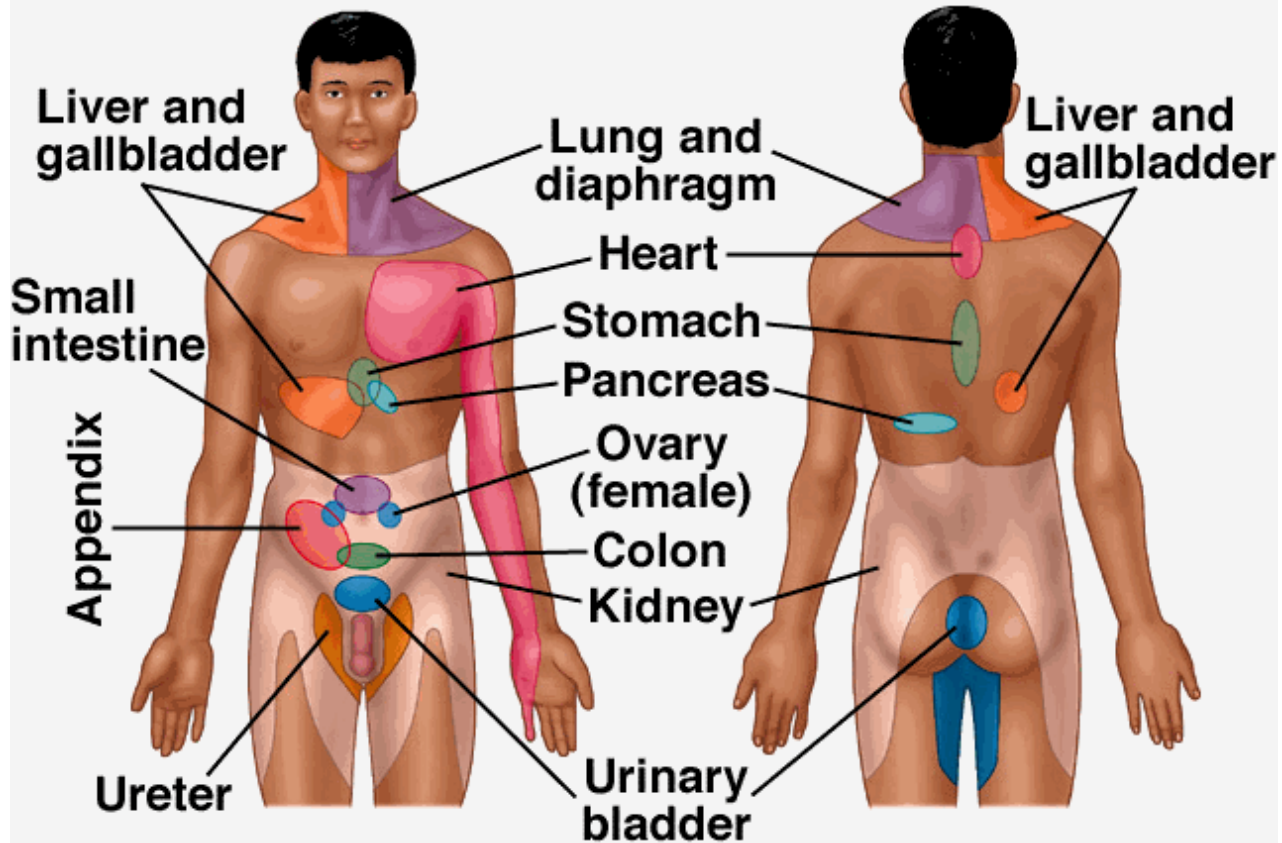
• يُشعر بألم نقص التروية القلبي خلف القص(ألم حشوي "صرف" على الخط الناصف)وهذا واضح.

• ولكن كثيرا مايشعر به في الذراع الأيسر(ألم حشوي رجيع)وذلك لأن الأعصاب الحسية للضفيرة القلبية(ألياف ودية) تدخل النخاع الشوكي في الشداف النخاعية الصدرية العلوية في القرن الخلفي للنخاع مجاورة لمثيلاتها من الأعصاب الحسية الجسدية القادمة من الذراع,فيفسر الدماغ(المهاد بالذات)التنبهات الألمية الواردة على أنها قادمة من الذراع كما في الشكلين التاليين:

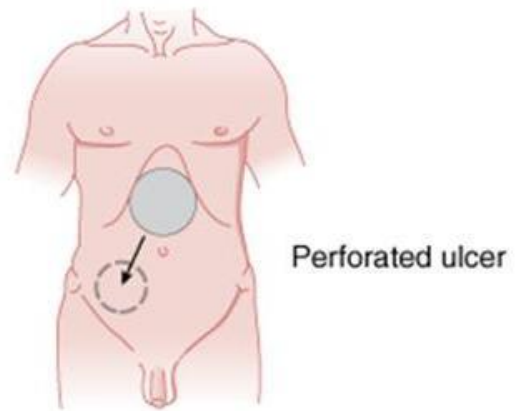
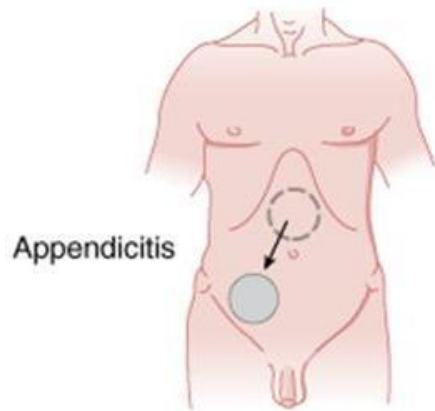
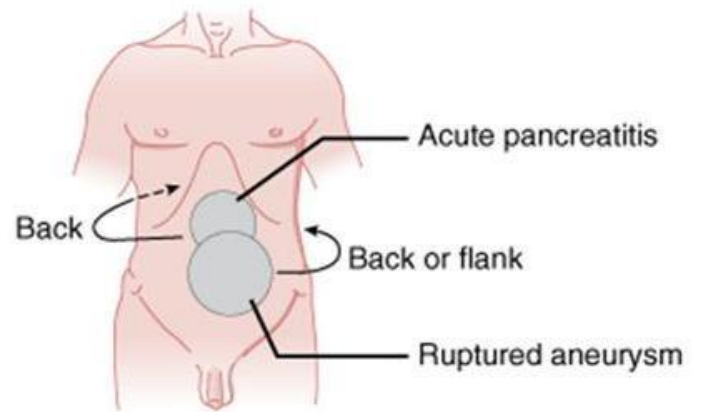
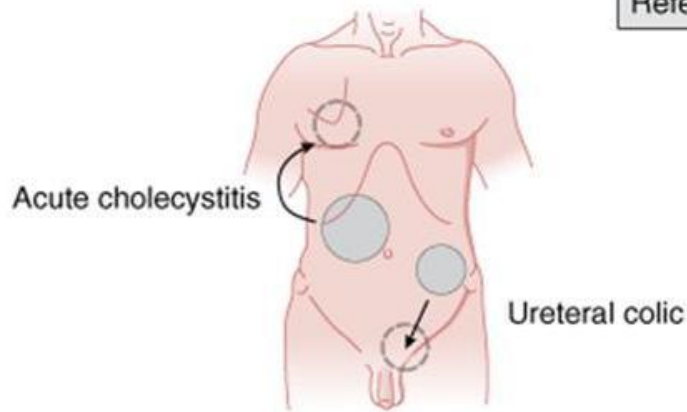




Referred Pain Regions



Referred pain



Shifting pain

Source: Gerard M. Doherty: *CURRENT Diagnosis & Treatment: Surgery, 13th Edition*:
<http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Referred pain and shifting pain in the acute abdomen. Solid circles indicate the site of maximum pain; dashed circles indicate sites of lesser pain.

كما أن نقص التروية القلبي يمكن أن يسبب ألما شرسوفيا مما يجعلنا نفترض أن هناك أليفا ألمية تصدر من القلب وتصدر في الأعصاب الشوكية الصدرية السابع والثامن والتاسع .
وبنفس الآلية يمكننا تفسير ألم المغبن والصفن أو الشفر الكبير الناجم عن حصة الحالب.

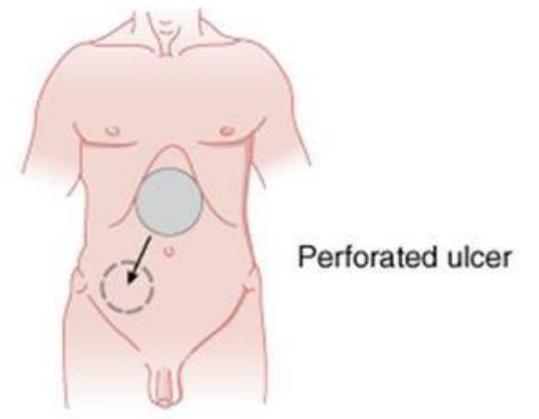
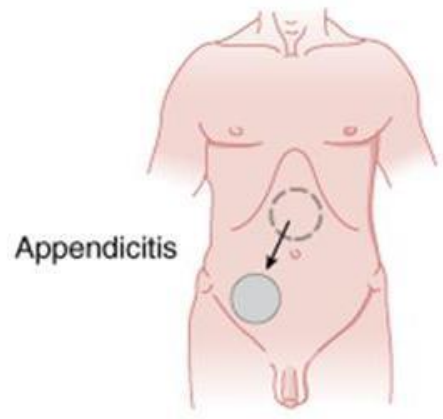
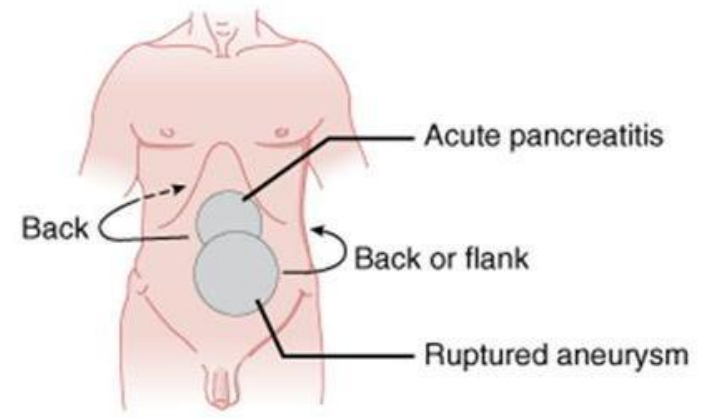
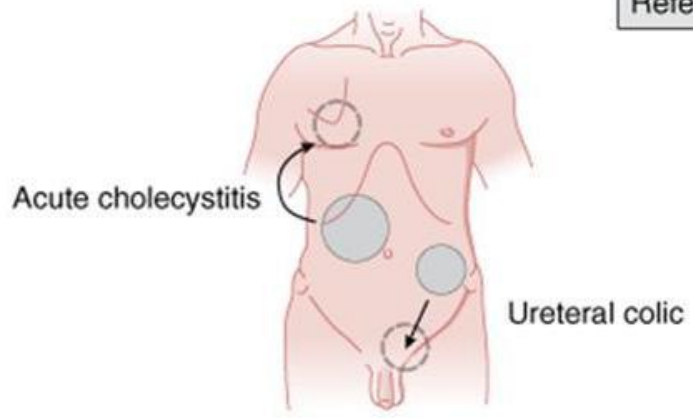
الألم الرجيع الجسدي: يسبب التهاب المرارة ألما حشويا صرفا في الشرسوف والمراق اليمنى, وعندما تتطور الحالة يحدث ألم جسدي موضع (غير رجيع) في المراق اليمنى ناجم عن تخريش الصفاق الجداري بالتماس, ويمكن لهذا التخريش أن يسبب ألما رجيعا, فإذا ما خرشت القسم المركزي من الصفاق الجداري تحت الحجاب (والذي يتعصب بالعصب الحجابي) فإن المنبهات الألمية تنتقل عبر العصب الحجابي إلى شذفه العصبية (الرقبية: 3,4,5) والتي يتشارك باثنتين منها مع الأعصاب تحت الترقوة (التي تعصب جلد الكتف) مما يتسبب بالشعور بالألم في الكتف الأيمن (ألم رجيع جسدي), كما يمكن لها أن تسبب ألما صدريا (ألم رجيع جسدي) ناجما عن تخريش الصفاق المغطي للقسم المحيطي من الحجاب الحاجز والذي يتعصب بالأعصاب الوريدية السفلية (أعصاب جسدية أو شوكية).

زيحان الألم

Shifting pain

كما ذكرنا سابقا في التهاب المرارة: ألم حشوي ناصف ثم ألم جسدي في المراق اليمنى, يدعى تغير الألم من الخط الناصف (حشوي) إلى المراق اليمنى (جسدي أو جداري) بـ "زيحان الألم", وهناك أمثلة أخرى ففي التهاب الزائدة ينزاح الألم من حول السرة إلى الحفرة الحرقفية اليمنى:
وأريد أن أنوه هنا إلى أن الألم البطني كثيرا ما لا يتظاهر بهذا الترتيب أو الشكل الوصفي الذي ذكرته.

Referred pain



Shifting pain

Source: Gerard M. Doherty: *CURRENT Diagnosis & Treatment: Surgery, 13th Edition*: <http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Referred pain and shifting pain in the acute abdomen. Solid circles indicate the site of maximum pain; dashed circles indicate sites of lesser pain.

المغص colic حالي (متقطع)، أو انسداد الأمعاء الدقيقة

التشخيص والتشخيص التفريقي

يحتاج الوصول لتشخيص أو معرفة سبب البطن الحاد لتقييم سريري مع بعض الإستقصاءات الإنتقائية.

التقييم السريري

الإستجواب: يجب أخذ قصة سريرية مفصلة ودقيقة :

قصة المرض الحالي :

بدء ومدة استمرار الألم :

– إن حدوث الألم المفاجيء (خلال ثواني) يشير إلى انثقاب أو تمزق (مثلاً انثقاب قرحة هضمية أو

تمزق أم دم أبهر بطني AAA) ، كما أن الاحتشاءات (مثل : احتشاء العضلة القلبية أو الإقفار

المساريقي الحاد) تتظاهر أيضاً ببدء مفاجئ للألم . وكذلك الإنفصال

– ألم يزداد بسرعة (خلال دقائق) قد ينجم عن مصادر عديدة :

– آفات التهابية : التهاب المعثكلة .

– نقص تروية : مثل الإقفار المساريقي الحاد وانسداد أمعاء مع تموت .

– ألم يزداد تدريجياً : (خلال عدة ساعات) قد يكون ناجماً عن واحد مما يلي :

1 – الحالات الالتهابية : مثل التهاب الزائدة والتهاب المرارة .

2 – الحالات الانسدادية : مثل انسداد الأمعاء غير المختنقة والاحتباس البولي .

3 – حالات أخرى : مثل الحمل الهاجر والأورام المخترقة أو المنثقة .

صفة الألم:

توضع الألم:

ألم المراق اليمنى ينجم غالبا عن التهاب مرارة حاد, ألم الحفرة الحرقفية اليمنى ينجم غالبا عن التهاب زائدة.

انتشارات الألم:

الألم الرجيع في التهاب المرارة أو حصاة الحالب وغيرهما وقد سبق ذكره
علاقة الألم بوضعية المريض:

في التهاب الصفاق يزداد الألم بالحركة فنرى المريض ساكنا , بينما في المغص يتلوى آملا بأن يخف ألمه بالحركة.

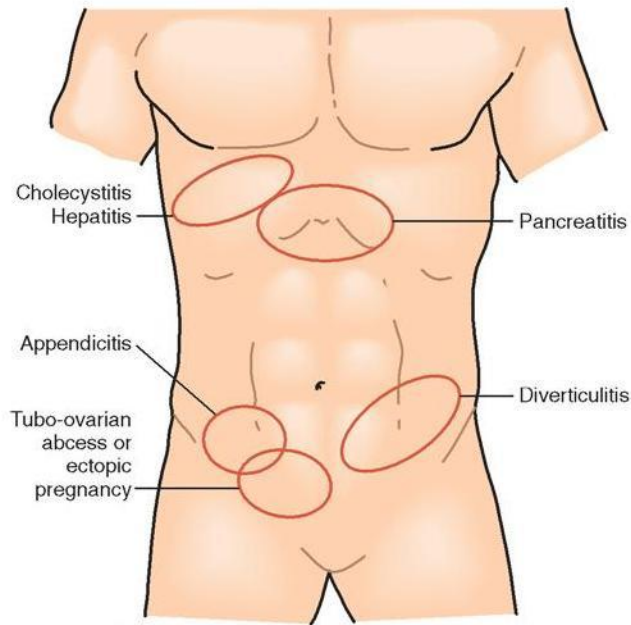


FIGURE 47-2 Character of pain—gradual, progressive pain.

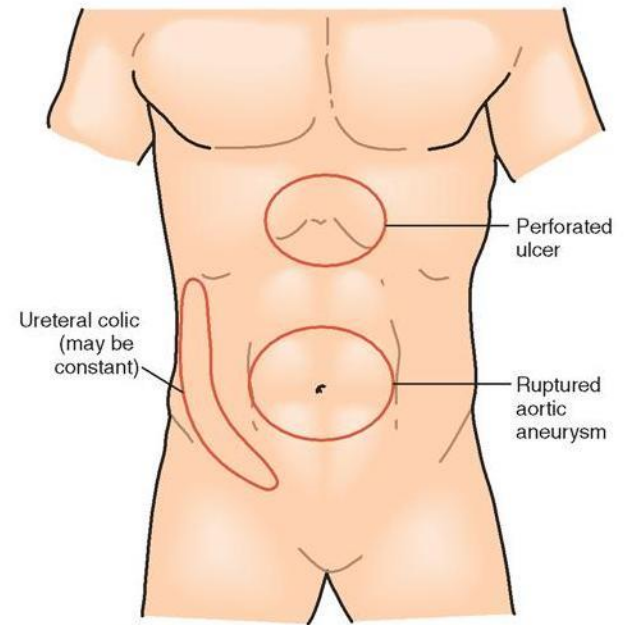


FIGURE 47-4 Character of pain—sudden, severe pain.

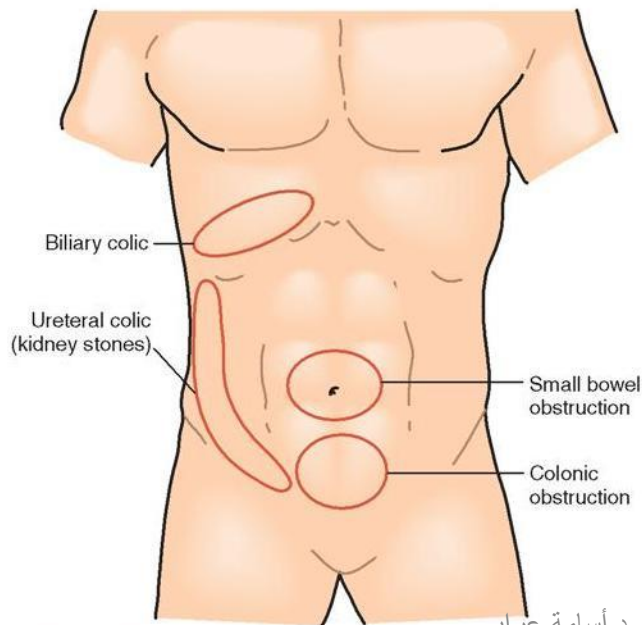


FIGURE 47-3 Character of pain—colicky, crampy, intermittent pain. د.أسامة عرابي

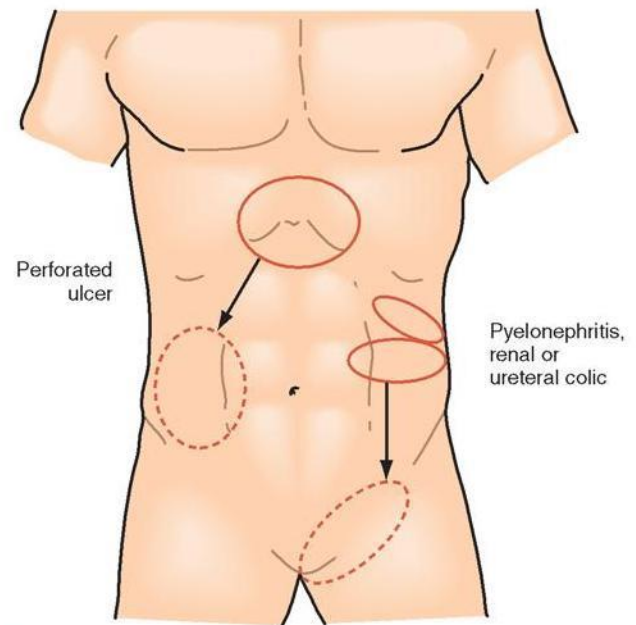


FIGURE 47-5 Referred pain. Solid circles are primary or most intense sites of pain.

الأعراض المرافقة :

الغثيان والإقياء : غالباً ما ترافق الألم البطني الشديد حتى ولو كان سببه ليس جراحياً ، إن الإقياء الذي يحدث بعد بدء الألم قد يشير إلى التهاب زائدة ، في حين أن الإقياء الذي يحدث قبل بدء الألم يكون متوافقاً أكثر مع تشخيص التهاب المعدة وأمعاء أو تسمم غذائي أو مغص حالي، ويجب توثيق تسلسل الإقياء بالإضافة إلى صفاته ، حيث أن الإقياء الصفراوي يشير إلى آفة تتجاوز بواب المعدة .
الحمى أو القشعريرة : وتشير إلى حالة إنتانية .

القمة : ويكون موجوداً لدى الغالبية العظمى من مرضى التهاب البريتوان الحاد .
القصة المرضية السابقة والتاريخ الجراحي واستعراض الأعضاء والأجهزة .

-عمل جراحي سابق:التصاقات

- إن المرضى الذين لديهم قصة سابقة لآفة وعائية محيطية أو آفة شريانية إكليلية مع ألم بطني قد يكونون مصابين بـ AAA أو إقفار مساريقي .

- إن المرضى المصابين بورم في السبيل الهضمي قد يتظاهرون بانسداد أمعاء بسبب النكس .

يجب الحصول على تاريخ طبي مفصل مع مراجعة للأعضاء والأجهزة من أجل استبعاد الأسباب المختلفة خارج البطنية للأم البطني :

– إن المرضى السكريين أو المرضى المعروفين بإصابتهم بآفة شريانية إكليلية أو آفة وعائية محيطية والذي يتظاهرون بأعراض شرسوفية مبهما قد يكونون مصابين بنقص تروية قلبي.

– يمكن لذات الرئة الفصية السفلية اليمنى أن تتظاهر بألم مراق اليمنى ولكن غالباً مايشكو المريض من سعال وترفع حروري

يجب الحصول على قصة مفصلة عن التاريخ الطمثي للنساء :

- يحدث الداء الالتهابي الحوضي PID في الحالات النموذجية باكراً خلال الدورة الطمثية وقد يترافق مع نز مهبلي.سوابق جماع ملوث,

- يجب التفكير بالحمل الهاجر لدى أية مريضة في عمر الإنجاب مع ألم بطني سفلي خاصة إذا ترافقت القصة مع انقطاع طمث .

- إن الألم البطني الذي يحدث بشكل شهري يشير إلى داء الانتباز البطني الرحمي (الإندوميتريوز) -يحدث تمزق جريب دوغراف(ألم الإباضة Mittelschmerz)في منتصف الدورة الطمثية ويسبب ألما حادا في الحفرة الحرقفية ينتشر لكامل أسفل البطن مع إيلام وإيلام مرتد ودفاع,مقلدا التهاب الزائدة إذا كان في الجهة اليمنى(إيكو).

إن وجود جراحة بطنية سابقة لدى مريض يتظاهر بألم بطني قولنجي قد يشير إلى انسداد معوي تالي للالتصاقات أو الخبائثة أو الانحشار ضمن فتق اندحافي :

الأدوية :

1 - إن مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية (مثل الأسبرين والإيبوبروفين) قد تسبب نزفا هضميا أو انثقابا قرحيا.

2 - يمكن للستيروئيدات القشرية أن تخفي العلامات التقليدية للالتهاب مثل الترفع الحروري وعلامات التخريش الصفاقي مما يؤدي إلى جعل الفحص السريري للبطن أقل موثوقية .

3. قد لا نشاهد علامات تخريش صفاقي(إيلام,دفاع)عند المسنين أو الخاضعين لعلاج بكابتات المناعة

الفحص السريري :

1 - يجب تقييم المظهر العام للمريض :

- يظهر مرضى التهاب البريتوان المنتشر شديدي الإعياء ويميلون للاستلقاء بشكل كامل على جانبهم مع ثني الفخذين مع ميل للنوم.

- يبدو مرضى المغص قلقين غير مرتاحين وغير قادرين على إيجاد وضعية مريحة ، ويمكن لمريض المغص الحالبى أن يتلوى من الألم ويمشي في غرفة الفحص .

-نفثش عن لون يرقاني قد يكون ناجما عن انسداد صفراوي بسبب سرطان حول الحليمة أو حصاة صفراوية أو تضيق قناة .

یتلوی ساکن



د. أسامة عرابي

- 2 – العلامات الحياتية : وتعتبر مشعرات هامة :
- – الترفع الحروري : يشير إلى وجود إنتان ، وتشير الحرارة العالية (<39 درجة) إلى وجود خراج أو التهاب طرق صفراوية أو ذات رئة .
- – هبوط الضغط أو تسرع القلب : أو كلاهما ، يمكن أن تشير إلى نقص حجم أو انتان .
- 3-فحص البطن : يجب أن يكون شاملاً ومنظماً .
- – يجب أن يتم تأمل بطن المريض بحثاً عن التمدد وجود شقوق جراحية أو تبارزات(فتق) أو مناطق من الاحمرار .
- – قد يشير الإصغاء إلى سماع أصوات الأمعاء عالية اللحن الرنانة في حالة انسداد الأمعاء
- القرع:يكشف التطبل الناجم عن تراكم الغازات ضمن الأمعاء(انسداد,خزل:قولنج حالي),أو الأصمية الناجمة عن وجود حبن.
- - الجس :
- – يتم بدء الفحص عند نقطة بعيدة عن موضع الألم .
- – يجب ملاحظة مواضع الإيلام والدفاع .
- - يسبب المغص الحالبى ureteric colicإيلاما ودفاعا في الحفرة الحرقفية مما يجعلنا نلتبس بالتهاب الزائدة إذا كان في الجهة اليمنى.
- – إن الألم غير المتناسب مع موجودات الفحص السريري قد يشير إلى نقص تروية مساريقية .
- – يجب إجراء بحث شامل عن الفتوق (بما فيها الفتوق الفخذية) .
- – يجب ملاحظة وجود أية كتلة مجسوسة . د.أسامة عرابي

– فحص المستقيم : يجب أن يتم إجراء فحص للمستقيم بشكل روتيني لدى جميع مرضى الألم البطني .

إن جس كتلة مؤلمة في الجدار الأيمن للمستقيم يشاهد أحياناً في التهاب الزائدة .
إن وجود كتلة في المستقيم قد يشير إلى سرطان ساد , وهنا يجب معرفة حركيتها وبعدها عن الحافة الشرجية .

يجب تأمل القفاز الذي تم به الفحص ورؤية ما إذا كان ملوثاً بالدم مما يدل على وجود نزف أو براز مدمى لما لذلك من أهمية تشخيصية
– الفحص الحوضي:

المس المهبلي: يجب إجراء الفحص الحوضي عند جميع النساء في سن الإنجاب اللواتي يتظاهرن بألم بطني سفلي .


إن النز من عنق الرحم مع المظهر العام لعنق الرحم قد يوحي بالتهاب ملحقات .
-يجب إجراء المس المشترك بجس البطن لكشف إيلام أثناء تحريك العنق والمضض في الملحقات أو وجود كتل في الملحقات .

– هنالك علامات خاصة بالفحص السريري لها دلالات نوعية يجب الانتباه فيها في سياق الفحص السريري ,منها:

علامة مورفي ,علامة ماكبورني,علامة البسواس, علامة السدادية,علامة روفسينغ, علامة كولن,علامة غري تورنر.



Cullen



Grey Turner

د. أسامة عرابي

ونذكر هنا كمثال بعض أهم الموجودات السريرية التي تساعدنا في التمييز بين الإنتقاب القرصي والتهاب البنكرياس الحاد:

التهاب البنكرياس الحاد	الإنتقاب القرصي
البطن لين أو دفاع موضع في الشرسوف	دفاع معمم
يندر مشاهدته	ألم كتف كثير المشاهدة
ألم قطني مزدوج, أحيانا يرقان أو زرقة	غياب الأصمية الكبدية

• في الحالات المتأخرة من الإنتقاب القرصي قد تقلد أعراضه وعلاماته التهاب الزائدة الدودية.

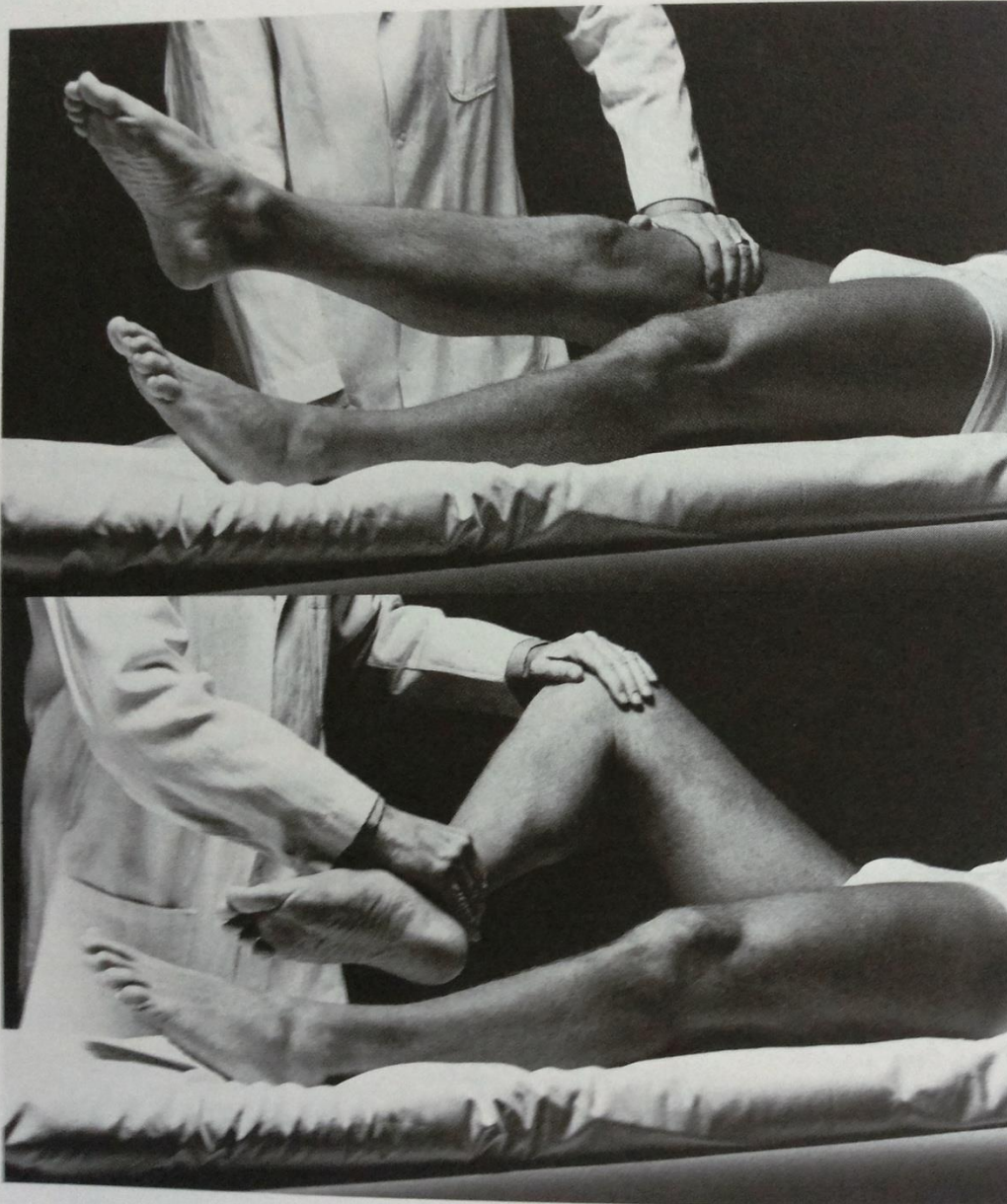
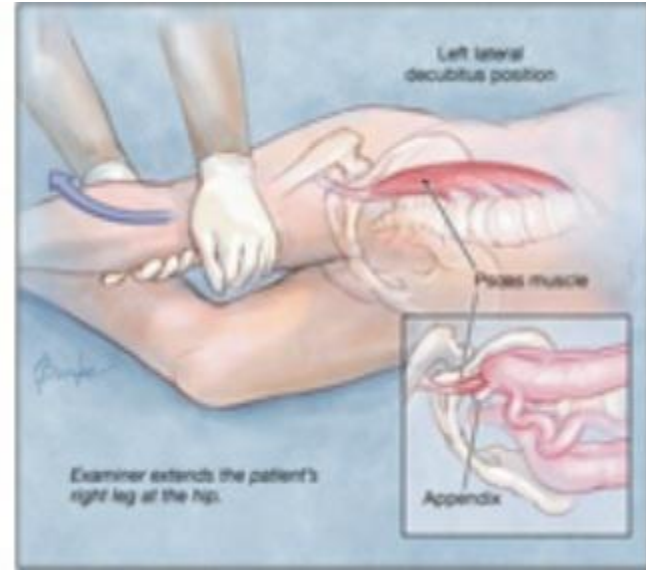


Fig. 1. *The iliopsoas test.* Irritation of the lateral iliopsoas muscle by an inflamed or perforated *extrapelvic* appendix causes the patient to flex the right thigh or to hold it rigidly extended. Pain is elicited when the supine patient attempts to flex the thigh against the resistance of the examiner's hand.

Adapted from DeGowin, E. L. and DeGowin, R. L.⁴

Fig. 2. *The obturator test.* The supine patient flexes the thigh to 90°. While immobilizing the ankle with one hand, the examiner pulls the knee lateralward for external, and medialward for internal, rotation. Pain on rotation indicates an inflamed obturator internus muscle due to a perforated *intrapelvic* appendix.

Adapted from DeGowin, E. L. and DeGowin, R. L.⁴



الإستقصاءات المتممة

نستطيع عن طريق السريريات الوصول للتشخيص في ثلثي الحالات, ونحتاج لاستقصاءات متممة للوصول للتشخيص (في بقية الحالات) وللتحضير قبل العمل الجراحي في الحالات المشخصة, ويجب أن تكون هذه الإستقصاءات إنتقائية وموجهة تجنباً لهدر الوقت والمال: الإستقصاءات المخبرية

تعداد عام: فنقص الكريات الحمر يدل على فقر دم, ونقص الهيماتوكريت يوحي بوجود نزف وارتفاعه يوحي بوجود تجفاف.

ترتفع الكريات البيض مع زيادة العدلات في الحالات الإنتانية, وقد لا ترتفع وخاصة عند المسنين.

وكذلك تزداد الكريات البيض في الإبيضاض وتتواجد أشكال شاذة. تنقص البيض وتزداد اللمفيات في الإنتانات الفيروسية.

يجب عيار البولة الدموية و الشوارد وغازات الدم الشرياني: في الإقياءات والإسهالات الشديدة, الصدمة, انسداد الأمعاء والعلوص, في التهاب البنكرياس والإقفار المساريقي, ونعيد للتذكير هنا:

كل مريض لديه ألم بطني حاد مع حماض استقلابي يجب اعتباره مصاباً بإقفار مساريقي حاد حتى يثبت العكس (راجع بحث الأمعاء الدقيقة).

- اختبارات وظائف الكبد : يمكن إجراؤها في السياق السريري المناسب :
- – يشاهد ارتفاع بسيط في مستويات الترانساميناز AST,ALT (ضعفي الطبيعي) والفوسفاتاز القلوية والبيليروبين الكلي أحياناً لدى مرضى التهاب المرارة الحاد.
- – إن وجود ارتفاع معتدل في الترانساميناز (ثلاثة أضعاف الطبيعي) لدى مريض لديه ألم حاد في الربع العلوي الأيمن للبطن غالباً ما يكون ناجماً عن حصاة في القناة الصفراوية المشتركة CBD ، وغالباً ما يترافق بارتفاع في مستوى البيليروبين الكلي والفوسفاتاز القلوية.
- – إن الارتفاع الشديد في الترانساميناز (أي أكثر من 1,000 وحدة دولية / لتر) لدى مريض دون وجود ألم غالباً ما ينجم عن التهاب كبد.
- – أنزيمات المعثكلة : (أي الأميلاز والليباز) ، ويجب قياسها عند الشك بوجود التهاب معثكلة ، ومن الضروري ملاحظة أن درجة ارتفاع الأنزيم لا تتعلق بشدة التهاب المعثكلة .
- – يمكن أن تشاهد درجات خفيفة من ارتفاع الأميلاز في العديد من الحالات ، مثل انسداد الأمعاء، الإقفار المساريقي، الإنتقاب القرصي .

تحليل البول : يعتبر مفيداً في تقييم الأسباب البولية للألم البطني .
- إن البيلة الجرثومية والقححية تشير عادة إلى إنتان في السبيل البولي UTI, و إن حدوث UTI تكرر ونكس الإنتان البولي لدى الذكور يستدعي دوماً البحث عن السبب .
- تشاهد البيلة المدماة في التحصي الكلوي وسرطان الكلية , وسرطان الظهارة الإحليلية.

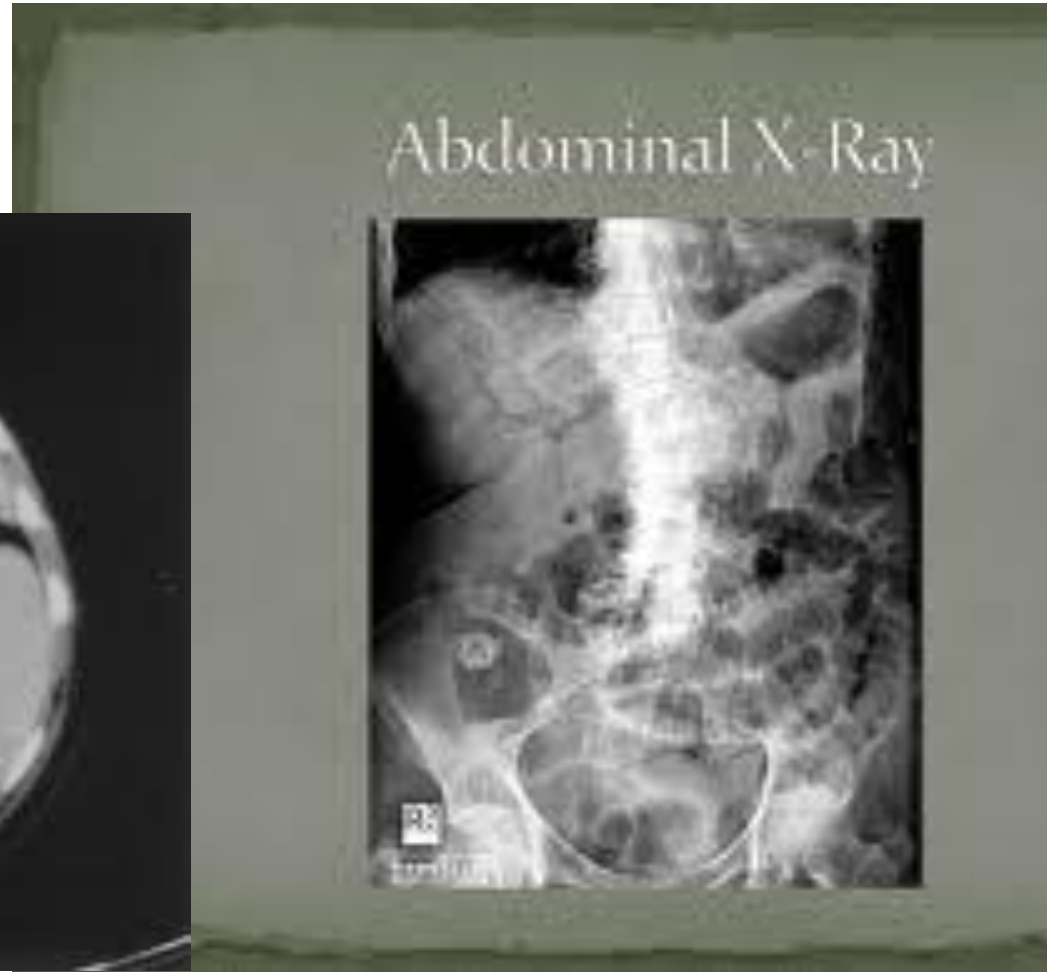
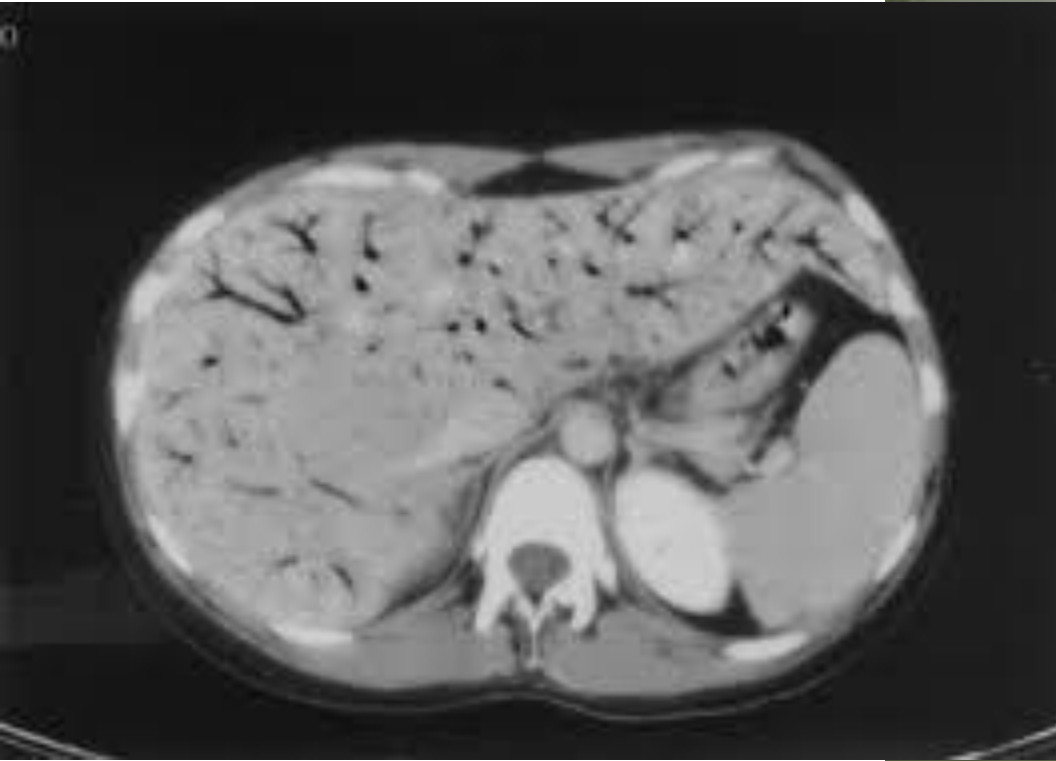
-موجه القند المشيمي البشري بيتا(تفاعل الحمل) : يجب قياسه لدى أية مريضة بعمر الإنجاب :

أ - فارتفاعه دون 4,000 ميلي وحدة دولية يشاهد في الحمل الهاجر.
ب - أما ارتفاعه فوق 4,000 ميلي وحدة دولية فيشاهد في الحمل داخل الرحم (والذي يجب مشاهدته على التصوير بالأمواج فوق الصوتية) .

- الإستقصاءات التصويرية
- أولاً: صورة الصدر: يشخص أو يبين لنا:
- - ذات الرئة, إنصباب الجنب.
- - الخراج تحت الحجاب: ارتفاع إحدى قبتي الحجاب.
- - الهواء الحر تحت الحجاب: يشاهد في 75% من حالات انثقاب الأحشاء الجوفاء, كما يشاهد بعد فتح البطن الحديث, والديال الصفاقي Peritoneal lavage
- - وجود عرى معوية في الصدر: في الفتق الحجابي
- ثانياً: صورة البطن البسيطة: وهي غالباً ماتشكل الإستقصاء الشعاعي الأول وتجرى بوضعتي الإضطجاع و الوقوف, وإذا كان المريض غير قادر على الوقوف تجرى بوضعية الإضطجاع الجانبي الأيسر: left lateral recubment

- الموجودات الشعاعية التي يمكن أن نشاهدها في صورة البطن البسيطة حسب الحالة هي:
- 1. توسع العرى المعوية والسويات السائلة الغازية في انسداد الأمعاء والعلوص: وقد ذكرت من سابقا في بحث انسداد الأمعاء.
- 2. وجود الغاز ضمن جدار الأمعاء دليل تموتها.
- 3. وجود هواء في الشجرة الصفراوية يدل على ناسور عفجي مع القناة الجامعة, وأسبابه:
- علاجي كاختلاط لـ ERCP
- علوص بحصاة صفراوية gallstone ileus .
- 4. وجود هواء في وريد الباب يدل على التهابُ الوريدِ البابي, pylephlebitis: اختلاط من اختلاطات التهاب الزائدة وغيرها من الإنتانات البطنية.
- 5. غياب ظل حافة العضلة القطنية psoas: يدل على خراج أو نزف خلف الصفاق.
- 6. توسع المعدة الحاد: نشاهد زيادة هائلة في حجم الفقاعة المعدية gastric bubble :

وجود هواء في الشجرة الصفراوية
وجود هواء في وريد الباب



فقاعة معدية كبيرة



.التكلسات:

إن الغالبية العظمى من الحصيات البولية 90% تكون مرئية على الصور البسيطة ، في حين أن 15% فقط من الحصيات المرارية تتكلس وبالتالي تصبح مرئية على الصور البسيطة .
قد يشير وجود التكلسات في منطقة المعثكلة إلى وجود التهاب معثكلة مزمن .

إن وجود حصة برازية في الربع السفلي الأيمن قد يشير إلى التهاب زائدة دودية بوجود السياق السريري المناسب .

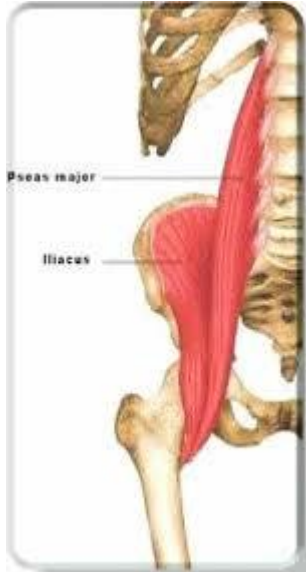
قد يشير التكلس في جدار الأبهر إلى وجود AAA .

إن التكلسات الأكثر مشاهدة في البطن هي الحصيات الوريدية (تكلسات سليمة في أوردة الحوض) . ويمكن تمييز هذه الحصيات الوريدية عن الحصيات الكلوية من خلال شفافيتها المركزية ، والتي تشير إلى اللمعة.

حصاة حويضة يسرى



حصاة برازية



حصيات مرارة



- ثالثاً: التصوير بالأمواج فوق الصوتية : وهو وسيلة سهلة وسريعة وقابلة للحمل ورخيصة نسبياً ولا تُعَرِّض المريض للأشعة, وعلى الرغم من أن دورها محدود في حالات البدانة ووجود غازات في الأمعاء ووجود هواء تحت الجلد, لكنها تزودنا بمعلومات تشخيصية قيمة في الكثير من الحالات:
- -يمكن كشف الحصيات المرارية لدى ما يقارب 90% من المرضى .
- -يساعدنا في تشخيص التهاب المرارة الحاد حيث نجد تسهما في جدار المرارة لأكثر من 3 مم ، وجود سائل حول المرارة ، أو وجود حصاة في عنق المرارة.
- -قد يتم كشف وجود توسع في القناة الصفراوية CBD (< 8مم أو أكثر) يشير إلى إنسداد فيها بحصاة أو ورم .
- - كما يساعدنا في تشخيص التهاب الزائدة ، خاصة لدى الأطفال أو البالغين غير البدينين ,وعند الحوامل.
- -تشخيص كيسات المبيض والحمل الهاجروالم الإباضة .
- - يظهر لنا توسع الحويضة في حال في وجود حصاة حالبية سادة مسببة لقولنج حالبية.....
- - التصوير بالأمواج فوق الصوتية الحوضي أو عبر المهبل : ايضا يساعدنا في تشخيص الآفات المبيضية أو الحمل الهاجر .
- .

رابعاً: التصوير المقطعي المحوسب CT scan قبل وبعد إعطاء المادة الظليلة وريديا
و\أو عبر الفم إذا لم يكن هنالك مضاد استتباب: يمكن أن يؤمن تقييماً شاملاً للبطن
والحوض خلال فترة قصيرة نسبياً، **ويعتبر الدراسة الشعاعية الأفضل لدى مرضى
الألم البطني غير المفسر** ، وتمتلك هذه الدراسة فائدة خاصة في حالات معينة هي:
- عندما لا يكون بالإمكان الحصول على قصة مرضية دقيقة (المريض مصاب
بالعته أو التنويم أو أن تكون القصة غير نموذجية) .
- عندما يكون المريض مصاباً بالألم بطني مع زيادة بالكريات البيض وموجودات
بالفحص السريري تعتبر مقلقة لكنها غير نوعية لتخريش بريتواني .
- عندما يعاني مريض مصاب بمرض مزمن (داء كرون مثلاً) من ألم بطني حاد
- عند تقييم البنى خلف البريتوان (لدى مريض مستقر مع شك بوجود AAA)
- عند المرضى المصابين بورم داخل البطن .
خامساً: التصوير الشرياني الظليل: للتشخيص (وأحياناً للعلاج) في الإقفار المساريقي
الحاد.

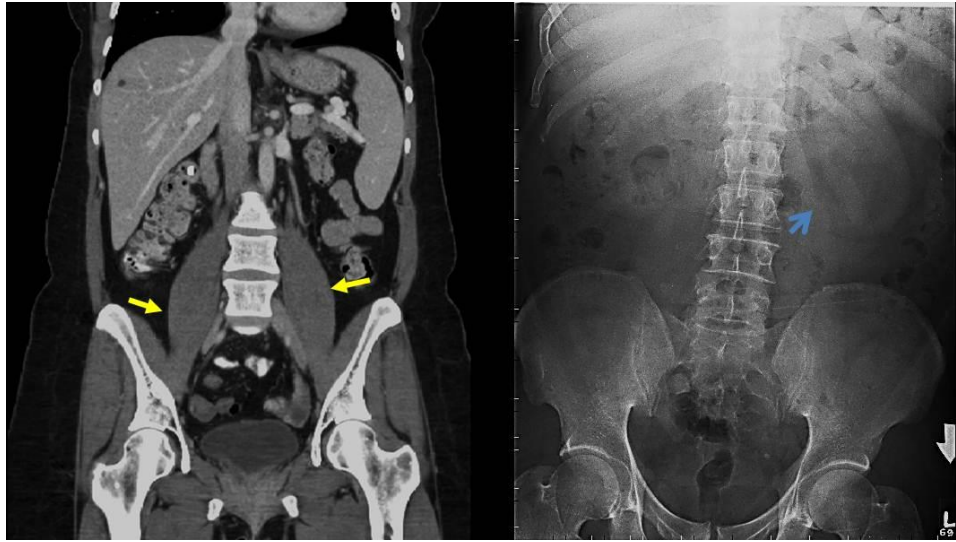


Fig 13 Hematoma due to ruptured aortic aneurysm



تنظير البطن

laparoscopy

دلت العديد من الدراسات على أنه يتمتع بنوعية وحساسية عاليتين تجعله متفوقا على الإستقصاءات التصويرية، ولكن دوره محدود في اكتشاف الآفات خلف الصفاق. كما يمكن أن ينقلب لعلاجي للعديد من الآفات البطنية الحادة (استئصال الزائدة، إغلاق انثقاب قرحي، علاج كيسة مبيض مفتولة أو نازفة، حمل هاجر) وبالتالي يجنبنا فتح بطن خاصة عند المرضى الحرجين أو مرضى العناية المشددة .



الجراحة المعتمدة على البرهان: تشخيص التهاب المرارة الحاد

What Is the Value of Imaging Studies for the •
Diagnosis of Acute Cholecystitis?

- **ANSWER: Radionuclide scan remains the gold standard;**
- **ultrasound may miss up to 47% of patients with acute**
- **cholecystitis (Grade B recommendation).**