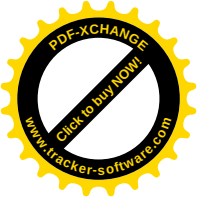


الملخص العربي

ان اللسان البريتوني الممتد بين الخصية من جهة و التجويف البريتوني عادة ما يلتحم مغلقا مدخله من ناحية تجويف البطن. لكن من الملاحظ أنه في بعض ، فإن هذا اللسان البريتوني يبقى مفتوحا مما يتسبب في الابقاء على قناة موصلة بين التجويف البريتوني و كيس الصفن. هذه القناة تعتبر طريقا ممهدا سابق التكوين يؤدي الى احدى الحالتين؛ الفتق الإربي أو القيلة المائية سواء متصلة أو غير متصلة بالتجويف البريتوني.

حدوث الفتق الإربي في الأطفال حوالي 1-5 ٪ وزيادة تصل إلى 30-70 ٪ في الأطفال المبتسرين. والفتق الإربي يكون عرضة لمضاعفات كثيرة ، وخاصة أن يصير فتقا منخنقا والذي يحدث بنسبة 7-17 ٪ و تقفز النسبة إلى 60 ٪ في الأطفال المبتسرين. و لذلك فليس هناك مكان مكان للعلاج التحفظي مع الفتق الإربي.

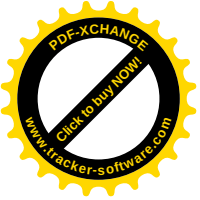
الذكور أكثر عرضة لحدوث الفتق الاربي ، مع نسبة الذكور والإناث 1:3 حتي 10: 1. حوالي 60 ٪ من الفتوق تكون على الجهة اليمنى ". وهذا صحيح بالنسبة للذكور والإناث. بينما نسبة حدوث فتق مزدوج على الجهتين 10 ٪ من الحالات ، وقد قيل أن المرضى الذين يعانون من الفتق في الجانب الايسر من المرجح أن أن يكون مصحوبا بفتق آخر مختفي على الجهة اليمنى وليس العكس. المزيد من البيانات الأخيرة تشير إلى أن هذا قد لا يكون صحيحا.

العثور على الفتق الأربي غالبا ما يكون من قبل الوالدين أو من قبل أطباء الأطفال و يكون هناك عادة تاريخ لانتفاخ متقطع في أعلى الفخذ ، الأشفار ، أو كيس الصفن. قد يكتشفت الفتق عند الولادة ، أو قد يتأخر اكتشافه أسابيع ، أشهر ، أو في وقت لاحق حتى سنوات ، ولكن العيب الخلقي كان موجودا منذ ولادته.

بسبب أن الفتق غالبا ما يظهر خلال بكاء الأطفال الرضع وصراخهم ، فغالبا ما يعتقدون أن الفتق هو سبب الصراخ. للأسف ، كثير من هذه الأعراض تستمر بعد الإصلاح.

معظم الجراحين يوصي حاليا بإصلاح الفتق بعد وقت قصير من التشخيص. وهذه الممارسة يمكن أن يؤدي إلى خفض كبير للمضاعفات الناتجة من الفتق وخاصة بعد طرق التخدير الحديثة الآمنة.

إصلاح الفتق في معظم الأطفال يتطلب ربط للكيس مستوى العنق الحقيقي من خلال الحلقة الداخلية للقناة الاربية. وينبغي النظر في تجويف الكيس وفحصه جيدا لاستبعاد وجود عضو منزلق



الى جدار الفتق. في مثل هذه الحالات ، ينبغي التدقيق عند هذه الخطوة قبل ربط كيس الفتق لئلا تتسبب هذه الطوة في اصابة أحد الأحشاء الداخلية.

و بما أنه لا توجد حبل منوي في المرضى الإناث فيمكن أن نقوم بغلق الحلقة الداخلية للقناة الاربية تماما. أحيانا ، في المرضى الذين يعانون من اتساع الحلقة الداخلية الاربية مع ضعف في الجدار الخلفى للقناة الاربية، فهؤلاء الأطفال يحتاجون لتضييق الحلقة الداخلية مع اصلاح الجدار الخلفي للقناة الاربية.

بالاضافة الى استخدام هذا الاسلوب التقليدي لاصلاح الفتق الربي عند الأطفال، تم استحداث طرق جديدة باستخدام المنظار لتقييم حالة القناة الاربية الداخلية و ملاحظتها من خلال التجويف البريتوني. و هذه الطريقة تتكشف أهميتها لإصلاح الفتق الإربي المتكرر. هذه التقنية تتمثل في إغلاق عنق كيس الفتق. مزايا هذا الإجراء تشمل القدرة على تشخيص وإصلاح عيب الفتق المقابل في الوقت نفسه ، نتيجة أفضل من حيث التجميل ، وتشريح جراحي أقل.

فائدة أخرى هي أنه لا يوجد أي تشريح لهياكل الحبل المنوي بحيث خطر اصابة الأوعية الدموية المغذية للخصية ، وضمور الخصيتين ، والإصابة إلى الوعاء المنوي الناقل.

بينما تكون مساوئ هذا الأسلوب تشتمل على وقت أطول ، وارتفاع أسعار التكلفة ، احتمال تكون قيلة مائية متبقية بعد الجراحة في الذكور جنبا إلى جنب مع المضاعفات المصاحبة لذلك في انتهاك تجويف البطن (الأوعية الدموية و الأمعاء) الإصابات الناجمة عن إبرة نفخ التجويف البريتوني.

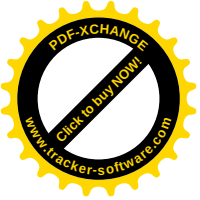
معظم الجراحين لا يزالون يفضلون القيام بإجراء جراحة تقليدية لاصلاح الفتق الاربي. بينما يطمح آخرون لطرق غير تقليدية لاصلاح الفتق عند الأطفال.

خيارات غير تقليدية لتصحيح الفتق :

أ. إصلاح الفتق بالمنظار الجرحي بصورة كاملة من ناحية تجويف البطن.

ب. ربط الحلقة الاربية الداخلية بابرة عن طريق الجلد بمساعدة كاميرا المنظار الجراحي.

ت. استخدام مواد لاصقة الأنسجة بمساعدة كاميرا بالمنظار.



الطريقة التقليدية لاصلاح الفتق الاربي

المبدأ الأساسي لإصلاح الفتق الاربي عند الأطفال في الحالات غير الطارئة هو الربط العالي لكيس الفتق سواء تم ذلك دون فتح القناة الاربية أو حتى بعد فتح القناة الاربية و تضييق الحلقة الداخلية ثم اعادة ترميم القناة الاربية مرة أخرى و المحافظة على وضع الحبل المنوي في مكانه التشريحي المعتاد.

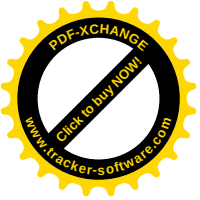
إصلاح الفتق الجراحي للإناث في أبسط مما كان عليه في الذكور لأن ليست هناك حاجة لتحديد والحفاظ على الحبل المنوي.

في الممارسة الحديثة ، الاستكشاف الروتيني للجانب المقابل في كثير من الأحيان يعتبرإجراء غيرضروري ، و غير مبرر مع تعريض الخصية ومكونات الحبل المنوي للخطر ، وفقط حوالي 20 ٪ من المرضى الذين يلتمسون العلاج من أجل جانب واحد يعانون من ظهور فتق على الجهة الأخرى. ويرى البعض أن وقوع فتق على الجانب الآخر لا يمثل أكثر من 7 ٪. وهكذا ، كثير من الجراحين يرون أن إجراء استكشاف للجانب المقابل يجب أن يكون انتقائيا على أساس الجنس والعمر للمريض أو الجانب المصاب بالفتق.

الجراحات المحدودة

يعتبر هذا النوع من الاجراءات الاجراحية ذو نتائج ملموسة في الحد من الالتصاقات بعد العمليات الجراحية. و بقاء المرضى في المستشفى يكون لفترة أقصر ويتعافى بصورة أسرع. و يكون المرضى قادرين على العودة إلى ممارسة أنشطتهم العادية أسرع (على سبيل المثال ، التغذية ، والمدرسة).

الانتعاش السريع للطفل يسمح للآباء العودة إلى العمل بشكل أسرع. بالاضافة الى الفائدة التي تحصل من التسجيل الروتيني لفيديو الجراحة يسمح للجراح و مساعديه ، ولأطباء التخدير ، والممرضات لعرض ما يقوم به الجراح والمشاركة بنشاط في الإجراء في دور كل منهم.



يمكن إجراء جراحة المناظير لدى الرضع الذين يقل وزنهم عن 1.5 كغم من دون وفيات كبيرة أو الاعتلال.

تنظير البطن غالبا ما يقدم كشف للحقل الجراحي أفضل من التصور لعملية جراحية مفتوحة ، والتصور الأفضل لا سيما من الرؤية في عمق الحوض. الحد الأدنى لعملية جراحية يوفر مزايا كبيرة من حيث نوعية الحياة بعد العملية. انخفاض ألم ما بعد الجراحة ، مما يقلل استخدام المخدرات أو المسكنات بعد الجراحة ومضاعفاتها. هذا يساعد أيضا في خفض المضاعفات الرئوية. مضاعفات أقل في الجرح ، ندبة أقل وأفضل تجميليا.

وأفادت التقارير أنه عند استخدام المناظير في إصلاح الفتق عبر البطن. يتم إدخال كاميرا المنظار الى التجويف البريتوني عند مستوى السرة. ويجري فحص كل الحلقات الداخلية ، والمباشرة وغير المباشرة التي تصور الفتق بسهولة. ثم يتم إصلاح هذه الفتوق ، وإذا وجد فتق على الجهة المقابلة ، يتم إصلاحه أيض في ذات الوقت. و هذا الإصلاح يتكون من ربط الكيس من الداخل على مستوى الحلقة الداخلية. وينبغي تجنب إصابة الأوعية الدموية المغذية للخصيتين أو المبايض أو اصابة والوعاء الناقل خلال إغلاق الحلقة الداخلية للفتق.

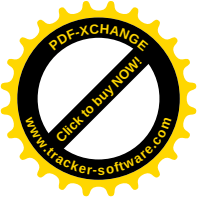
يمكن إصلاح الفتق الإربي بالمنظار كإجراء روتيني مع نتائج مماثلة لتلك الإجراءات التقليدية و الجراحات المفتوحة. وهذا النوع من الجراحات " الجراحات المحدودة" مناسبة تماما للتكرار و كذلك لا اختلاف في كون الفتق على أية جهة يمينا أو يسارا و كذلك نوع الفتق ، بالاضافة الى الرؤية الواضحة للتشريح.

هناك تقنيات مختلفة للإصلاح باستخدام ابرة لربط الحلقة الاربية الداخلية مباشرة عن طريق الجلد بمساعدة كاميرا المنظار. كل هذه التقنيات لديها نفس المبدأ لكنها تختلف في طريقة تقديم الخيط لربط الحلقة الداخلية الاربية. إما ربط الخيط و العقدة داخل التجويف البطني مما يستلزم مهارة خاصة لذلك أو ربط خارج الجسم بطريقة بسيطة دون الحاجة لتدريبات خاصة. هذه التقنيات تشمل ما يلي :

أولا إصلاح بالمنظار.

ثانيا. تقنيات الإبرة بمساعدة المنظار.

ثالثا. اضافة مواد لاصقة للأنسجة.



وتهدف هذه الدراسة للمقارنة بين نهجين مختلفين لإصلاح الفتق الإربي ، الإصلاح بالطريقة التقليدية المفتوحة و الإصلاح بالابرة عن طريق الجلد بمساعدة المنظار. باستخدام ماسك إبرة عادي لتسليم الابرة بالخيط.

وقد تم جمع 50 طفلا من العيادة الخارجية للجراحة بمستشفى بنها الجامعي يعانون من 60 فتق إربي ، الذكور والإناث على حد سواء مدرجة ، في الفترة بين يونيو 2009 وفبراير 2010.

المرحلة العمرية للمرضى المختارين لهذه الدراسة من عمر ستة شهور إلى 6 سنوات. وأجريت هذه الدراسة على أساس انتخابي ، وقد تم استبعاد الحالات المعقدة و التي تتطلب جراحة عاجلة. وكذلك مرضى السمنة يعانون من كون جدار البطن سميك مع ترسب الدهون تحت الجلد بطريق كثيفة و ملحوظة مما يعرقل تقنيات استخدام ابرة عن طريق الجلد بسهولة و لذلك استثنيت هذه الحالات من هذه الدراسة.

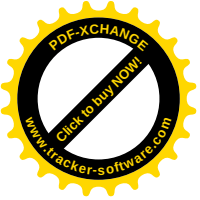
تم تصنيف جميع المرضى بشكل عشوائي مع الفتق الإربي في مجموعتين :

المجموعة الاولى : الجراحة التقليدية المفتوحة.

المجموعة الثانية : المعالجة بواسطة إبرة بمساعدة المنظار (تقنية ماسك الإبرة).

في نهج الفتح التقليدي لإصلاح الفتق ، والتنقيب عن الجهة المقابلة (الجانب السلبي)هو قضية شهدت جدلا كبيرا ؛ إلى القيام بعمل ما أو عدم القيام به؟ فالجراحون الذين يتبنون الرأي القائل باستكشاف الجانب المقابل ؛ استراتيجيتهم هو تجنب العملية الثانية والتعرض مرة ثانية لتخدير خاصة عندما يزداد اشتباه لوجود فتق على الجانب المقابل كما هو الحال في المرضى الذين يعانون من فتق على الجانب الأيسر. من جهة أخرى ، يعمل الجراحون ضد هذه الاستراتيجية لاستكشاف الجانب المقابل اعتمادا على نسبة عالية من الاستكشافات السلبية ، وحتى في هذه الحالات التي وجدت فيها الحلقة الاربية الداخلية مفتوحة فهي ليست دليلا على حتمية تطورها الى فتق اربي ظاهر. معتبرا استكشاف الجانب المقابل هو نوع من العلاج الزائد عن حاجة المريض و من ثم تعريض المرضى لمخاطر التخدير لفترة أطول ، وخطر الإصابة للحبل المنوي.

في هذه الدراسة ، لم يتم التنقيب في الجانب المقابل في المجموعة (أ) ، في حين أن المجموعة أخرى (بالمنظار) وقد تم استكشاف الجانب المقابل بشكل روتيني بالمنظار ، و هذه الطريق في استكشاف الجانب الآخر كانت بسيطة وآمنة دون اطالة ملحوظة في وقت العملية الجراحية.



جميع المرضى من كلا الفريقين وضعوا تحت المتابعة المنتظمة في العيادة الخارجية لمستشفى بنها الجامعي بعد أسبوع ، شهر وسنة، بحثا عن مضاعفات ما بعد الجراحة في وقت مبكر في شكل تلوث الجرح ، وتورم بالخصية. في حين أن دراسة لمضاعفات مثل الارتجاع ، أو حتى ظهور فتق على الجانب المقابل ، ضمور الخصية ، القيلة المائية والندوب.

من ناحية أخرى ، جرى إدخال منظار استكشافي لعدد 20 مريضا من المجموعة "باء" تشخيصها سريريا وجود الفتق الإربي من جانب واحد و تم اكتشاف في عدد 5 مرضى منها كانت أن الحلقة الاربية الداخلية على الجهة المقابلة كانت بمعدل الكشف يساوي 25 ٪. و هو ما يوازي أرقام مماثلة عن معدل اكتشاف الفتاق من دراسات مماثلة.

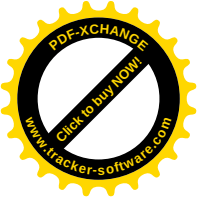
استكشاف المنطقة الاربية المقابلة لا تفرض تمديد الوقت المستغل لاجراء الجراحة ، وبالتالي لا يزيد من المخاطر أو التكاليف ويمكن من تجنب جراحة ثانية لا لزوم لها.

أظهر جميع المرضى فورا خلوهم من أية مضاعفات ما بعد الجراحة مع درجات خفيفة الى معتدلة من الإحساس بالألم و التي زالت باعطاء جرعات عادية من العقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهابات والسماح للمرضى بالخروج من المستشفى بعد العملية الجراحية من 3.79 ± 2.28 ساعة للمجموعة الثانية ومع 4.3 ± 1.5 للمجموعة الأولى. كلا النهجين لإصلاح الفتق الإربي المدرجة في هذه الدراسة ، تعتبر ضمن جراحات اليوم الواحد.

من المعروف أن العوامل الرئيسية التي تؤثر على ارتجاع مثل (1) عدم ربط الكيس عاليا بما فيه الكفاية في الحلقة الداخلية ، (2) احداث خلل في الوصف التشريحي للقناة الاربية ، (3) الفشل في إغلاق الطوق الداخلي في البنات و (4) عدوى الجرح بعد العملية الجراحية و التجمعات الدموية.

وقد ثبت أنه باستخدام المنظار يمكن أن نتجنب كل هذه الأسباب المحتملة للتكرار. من خلال الدراسة الحالية ، كان هناك مريض واحد فقط عانى من ارتجاع في الفتق لتكون نسبة الارتجاع 4 ٪ بالنسبة لعدد المرضى و2.85 ٪ بالنسبة لعدد الفتوقات المنصلحة. وفي عملية إعادة اصلاح هذا الفتق ، يتم العثور على غرزة البرولين من موقع غير المخطط لها ، مما يعتبر أنه ضرب من خطأ في تنفيذ التقنية و ليس فى التقنية نفسها. لذلك فإن الخلل في الأداء وليس في هذا الاسلوب نفسه. على الرغم من ما ورد أعلاه ، فإن معدل تكرار الذي ذكرت يذهب جنبا إلى جنب مع ما نشر سابقا.

مما يذكر أن حقن خليط من محلول الملح و المخدر الوضعي في الفراغ خارج البريتون في موقع الحلقة الداخلية يمنح مساحة لحركة الابرة بعيدا عن الوعاء الناقل و الأوعية الدموية المجاورة



دون المساس بها. و هذا الإجراء يعتمد على رؤية الإبرة أثناء اختراقها للجلد مباشرة إلى الفراغ خارج البريتون وعمل غرزة لربط عنق الكيس البريتوني عند مستوى الحلقة الاربية الداخلية. ودفن العقدة تحت الجلد.

وكان هذا الإجراء أبسط وأكثر فائدة ، دون الحاجة إلى أدوات مصممة خصيصا ، وذلك مقارنة بالاساليب الأخرى .

وهذا الإجراء لا يتطلب مهارات خاصة بالمنظارمثل الخياطة بخلاف الأساليب الأخرى و التي تحتاج لآلات خاصة و كذلك مهارات خاصة كالخياطة و الربط داخل التجويف البطني.

الدراسة الحالية تعرض تجربة أولية مع إصلاح الفتق الإربي باستخدام الابرة. النتائج التي حصل عليها في المجموعة (ب) كانت مماثلة لدراسات سابقة قيموا فيها الاختلافات في النتيجة بين أسلوب ثلاثة فتحات و فتحة وحيدة و وجد كلاهما آمن وفعال.

ومع ذلك فان المرضى الذين يعانون من حلقات واسعة و جدران البطن الأمامية سميكة في حاجة إلى وضع فتحات اضافية لادخال آلات اضافية لتسهيل الاجراء الجراحي. حاولت الدراسة الحالية للتغلب على هذه المشاكل من خلال إدراج الأطفال ضمن مؤشر كتلة الجسم في المعدلات المتوسطة من حيث العمر و الجنس ، لئلا تكون السمنة عائقا لإتمام الجراحة.

وجدنا هذه التقنية لتكون بسيطة وآمنة وفعالة. أدت إلى تقصير الوقت الجراحة ، ويمكن أيضا أن يقوم بها الجراحين ، الذين ليسوا مدربين تدريبا خاصا في الخياطة باستخدام آلات المنظار وربط عقدة داخل التجويف البطني. نتائج تجميلية ممتازة وأفضل من أسلوب الفتح التقليدية.

قدمت هذه الدراسة متابعة للمرضى على مدار عام واحد، في خلال هذا العام تم اكتشاف حالة واحدة فقط من الارتجاع في حالات المجموعة الثانية. ومع ذلك ستكون هناك حاجة لمتابعة طويلة الأجل لتحديد صحة هذه النتائج الأولية ، وكذلك معدل الارتجاع بعد وقت أطول.

لا تزال تعتبر هذه التقنية التقليدية لإصلاح الفتق الإربي في سن الأطفال المعيار الذهبي في معظم المدارس الجراحية. هذه الدراسة محاولة لتسليط الضوء على نهج آخر لاصلاح الفتق الإربي للأطفال . هذه المناهج التي تحمل ميزة الوصول إلى الحد الأدنى من الجراحة ، وتوفير الوقت ، وعدم لمس محتويات القناة الاربية ، وعلاوة على ذلك ، الاستفادة من استكشاف الجانب المقابل دون إضافة أعباء جديدة على وقت العملية الجراحية أو الضرر بالأنسجة. وتبلغ قيمة هذه الدراسة إلى تحويل الاهتمام نحو هذه التقنيات الجديدة ، في محاولة لرفع الامر ليصبح المعيار الذهبي الجديد لإصلاح الفتق الإربي للأطفال.

PDF-XCHANGE
Click to buy NOW!
www.tracker-software.com
PDF-XCHANGE
Click to buy NOW!
www.tracker-software.com