

ارزیابی اهمیت لاپراسکوپي در تشخیص اپندیسیت حاد

پژوهشگر: داکتر سید عظیم فقیری

چکیده

اپندیسیت حاد یکی از شایعترین وقایعات عاجل جراحی است؛ ولی در بسیاری از مریضانی که برای آنها تشخیص مطرح میشود، در اثناي عملیات جراحی به ملاحظه رسیده که اپندیسیت نداشته اند.

روش تحقیق: به صورت Retrospective طی سالهای ۲۰۰۷-۲۰۱۱ نزد مریضان مصاب درد بطني به هدف ارزیابی لاپراسکوپي که به عنوان یک ابزار تشخیصی اپندیسیت حاد و برای بررسی و معاینه اعضای بطني و یک اقدام خوب تداوی جراحی است، اجرا گردید.

نتایج: در مجموع ۴۳۰۰ مریض در طی مدت مذکور به علت درد حاد بطني مراجعه نموده اند و در حدود پنجاه فیصد بعد از انجام معاینات فزیکي و اختصاصی، تشخیص اپندیسیت حاد رد گردیده و در ۳۵٪ وقایعات تشخیص اپندیسیت حاد گذاشته شده و در ۱۳.۶٪ این مراجعین لاپراسکوپي تشخیصیه انجام گردیده که از آن جمله در ۷.۲٪ مریضان اپندکتومی صورت گرفته است. لاپراسکوپي میتواند در تشخیص و تداوی اپندیسیت حاد که به معاینات فزیکي و کلینیکی

تشخیص قطعی مشخص نشده کمک کند و از اتلاف وقت، هزینه، اپندکتومی، لاپراتومی بی مورد و عوارض آن و همچنین از تأخیر در تشخیص امراض خطرناک بکاهد.

کلید واژه ها: لاپراسکوپ، تشخیص، بطن حاد، اپندیسیت حاد

مقدمه

طوری که میدانیم اپندیسیت از شایعترین واقعات عاجل جراحی میباشد؛ چون تشخیص تفریقی اپندیسیت مشکل است. در بسیاری واقعات دیده شده که مریض عملیات گردیده؛ ولی اپاندکس نورمال است. لذا طبیب مجبور است که از جرحه کوچک اپاندکتومی قسمت دستال ایلئوم و ارگانهای داخلی حوصلی را بررسی کرده که هم مشکل است و هم در موارد زیاد جواب برای علایم مریض پیدا نشده و بدون هیچ تشخیص بطن را بسته و عمل جراحی را خاتمه میدهد. بعضاً به پتالوژیهای مواجهه میشویم که از طریق جرحه اپندکتومی عملیات آن مشکل است و مجبور میشویم جرحه را بزرگتر کنیم و یا حتی مجبور میشویم لاپراتومی خط متوسط را انجام دهیم. با توجه به این که با استفاده از لاپراسکوپ میتوان با چند جرحه کوچک کلیه مناطق بطن و حوصله را مشاهده و علاوه بر تشخیص، عمل جراحی را هم اجرا کرد. لذا لاپراسکوپ به عنوان یک ابزار مناسب تشخیصیه و تداوی در نظر گرفته میشود.

دانشمندان در ارتباط به تداوی جراحی اپاندیسیت حاد تردیدهایی دارند که عبارت است از:

- اشتباه در تشخیص مرض که میان ۱۵ - الی ۲۵٪ میباشد و در کشورهای رو به انکشاف تا ۴۰٪ میرسد. (Baraev, ۲۰۰۰: ۸).

- مرگ و میر بالا، میان ۰.۳ الی ۰.۵ فیصد که در اعداد مطلق سالانه میتواند به هزارها واقعه برسد. (Bekelle, ۲۰۰۶: ۲۳۴).

- در صد بالای اپندکتومیها به نام کاتارال (تا ۳۰٪) با وجود اینکه عروه کاملاً سالم برداشته میشود (Gurevich, ۱۹۹۷: ۱۶). باید خاطرنشان کرد که موضوع موجود بودن اپندیسیت کاتارال امروز در بسیاری از مکاتب جراحی جهان تحت مناقشه قرار دارد.

- تا ۱۰ فیصد تمام التصاقات در بطن بعد از اپندکتومیها به وجود میآید (Boyd, ۲۰۰: ۱۵۳).

- و بالاخره خسارات سنگین اقتصادی که به دوش مالیه دهنده می افتد مشکل دیگریست که دانشمندان را در غرب وادار میدارد تا جلو اپندکتومیهای غیر ضروری تا حد امکان گرفته شود.

يکي از دقيق ترين روشهاي تشخيص اپنديسيت حاد روش استفاده از لاپراسکوپي مي باشد. در سه دهه اخير اهميت و دقت اين روش را اکثر مکاتب جراحی در جهان پذيرفته اند (۶۰:۲۰۰۰، Kriger)؛ ولي استفاده روتين اين روش در جراحی عاجل، به خصوص در کشور هاي رو به انکشاف هنوز راه طولاني را در پيش دارد.

شفاخانه نمبر ۱۵ کادري شهر والگاگراد روسيه بيشتر از ۲۵ سال تجربه استفاده از لاپراسکوپي را دارد. در اين مدت در حدود ۴۰۰۰ لاپراسکوپي تشخيصيه انجام داده شده و همه متخصصان جراحی عمومي با تکنیک روش لاپراسکوپي تشخيصيه بلديت دارند و در هر مورد که استطببات موجود باشد از اين روش تشخيصيه استفاده نمي آيد.

بر اساس تجارب موجود، اطمینان حاصل گرديده که برای تشخيص امراض بطني کافيست تا از لاپراسکوپ ساده استفاده شود (تصوير اول). هر چند دستگاهاي ويدئولاپراسکوپي قابل استفاده بهتري دارند؛ ولي نظر به قيمت بالا و نياز به موجوديت متخصص مسلکي داراي فوق تخصص لاپراسکوپي نمي توان از اين دستگاه ها در خط اول جراحی استفاده کرد.

شخصي که لاپراسکوپي تشخيصيه را اجرا مي کند بايد همان جراح باشد که در ابتدا مريض را در اتاق عاجل مشاهده و به مريض معاينات کلينيکي را انجام داده و ميتواند لوحه کلينيکي را با دريافتهاي لاپراسکوپي يکجا مطالعه نمايد. با اين اصل اساسي جراحی، همه متخصصان جراحی در اين شفاخانه قادر به اجراي اين پروسيجر تشخيصيه بوده و در جريان روز و شب در مواردی که تشخيص بطن حاد مشکل ساز باشد ميتوانند آن را اجرا نمايند؛ از اين رو تصميم بر آن شده که در اين مطالعه نتايج حاصل از لاپراسکوپي اپنديسيت حاد را بررسي کرده و ارزش آن نشان داده شود.

هدف اصلي در اين مطالعه تعيين فيصدي مريضاني است که در جامعه مورد مطالعه ما تنها با لاپراسکوپي ميتوان در تشخيص و تداوي اپنديسيت حاد آنها اقدام کرد.

روش تحقيق

تحقيق حاضر به روش retrospective در شفاخانه نمبر ۱۵ کادري والگاگراد روسيه طی سالهاي ۲۰۰۷-۲۰۱۱ بالای (۴۳۰۰) دوسيه مريضان انجام يافته است. پروسيجر هاي لاپراسکوپي تشخيصيه در ۹۲٪ موارد تحت بي حسي موضعي صورت گرفته است. در اين نوع بيحسي تماس جراح با مريض برقرار بوده، که ميتوان مانورهايي جهت تغيير وضعيت مريض انجام داد؛ به خصوص

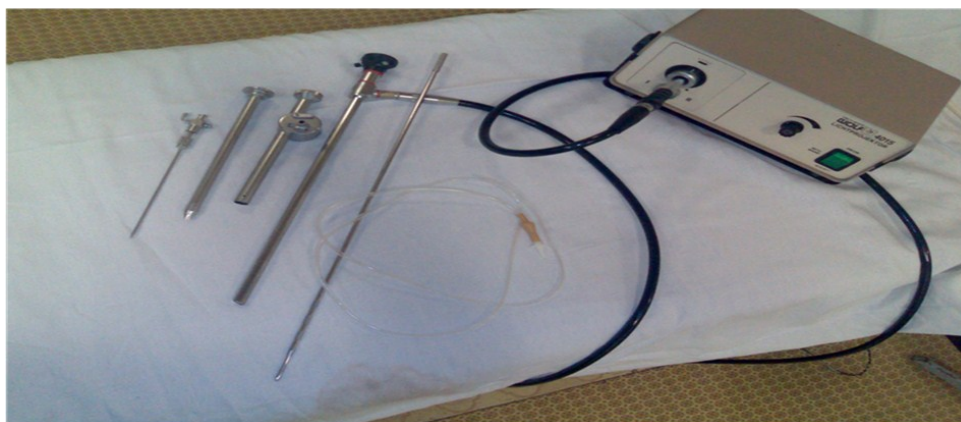
وضعیت دادن مریض به پهلوی چپ و جلوگیری از اختلالات انسدادی عمومی برای مریضان با خطر بالا، موضوع دیگریست که ما را وادار به استفاده از انسدادی موضعی کرد.

تحقیقات ما سالهای ۲۰۰۷ الی ۲۰۱۱ را در برگرفت و به مدت ۴ سال در شفاخانه نمبر ۱۵ کادری شهر والگاگرا روسیه به یک جامعه آماری ۴۳۰۰ نفری که با بطن حاد مراجعه نمودند اجرا گردید.

تمام مریضانی که به بخش عاجل به لوحه بطن حاد بستر میشدند، معاینات فیزیکی و اختصاصی برای تشخیص اپنڈیسیت حاد انجام گردیده و نزد مریضانی که تشخیص اپنڈیسیت حاد رد میشد یا به بخشهای مربوطه ارجاع میشدند یا بعد از بهبودی وضعیت مرخص میگرددند و مریضانی که تشخیص قطعی اپنڈیسیت حاد گذاشته میشد اپنڈکتومی گردیده و در باره مریضانی که متخصصان مشکوک بودند لاپراسکوپي تشخیصیه را انجام داده که نتایج زیر به دست آمده است.

نتایج

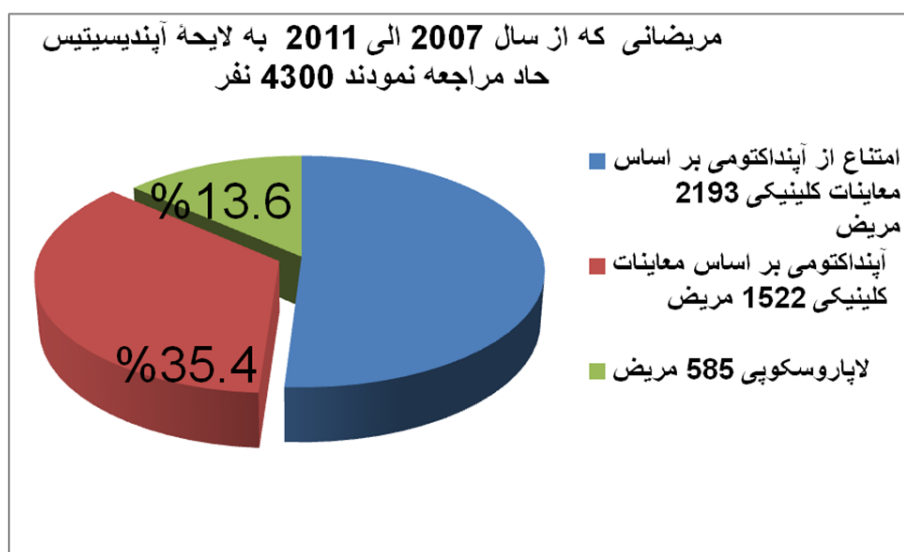
تقریباً برای نیمی از این افراد (دیاگرام اول) بعد از انجام معاینات فیزیکی و اختصاصی تشخیص اپنڈیسیت حاد رد شده و به بخشهای مربوطه یا ارجاع میشدند یا مریض بعد از بهبودی وضعیت مرخص میگردد.



تصویر اول

برای حدود ۳۵ در صد مریضان (دیاگرام اول) تشخیص اپنڈیسیت حاد گذاشته شده که اپنڈکتومی اجرا گردیده و در تشخیص ۵۸۵ مریض بعد از اجرای معاینات کلینیکی و مراقبتهای

جراحی، متخصصان مشکوک بوده اند و لاپراسکوپي تشخيصيه انجام داده اند (۱۳.۶٪). از اين ۵۸۵ مريض، که تحت عمل لاپراسکوپي تشخيصيه قرار گرفته اند ۱۳.۶٪ از مجموع مراجعيني را که تحت لوحه اپنديسيت حاد بستر گردیدند تشکيل ميدهد. از جمله اين ۵۸۵ مريض مشکوک به اپنديسيت حاد که تحت عمل لاپراسکوپي تشخيصيه قرار گرفته اند، ما توانستيم ۲۷۵ مريض را که ۶.۴٪ (دياگرام سوم) از مجموع مراجعين را تشکيل ميداد، بر اساس معيارهاي معين لاپراسکوپي از زير تيغ جراحی نجات دهيم تا علت اساسي درد هاي بطن بعد از جست و جو دقيق مشخص گردد.



دياگرام اول

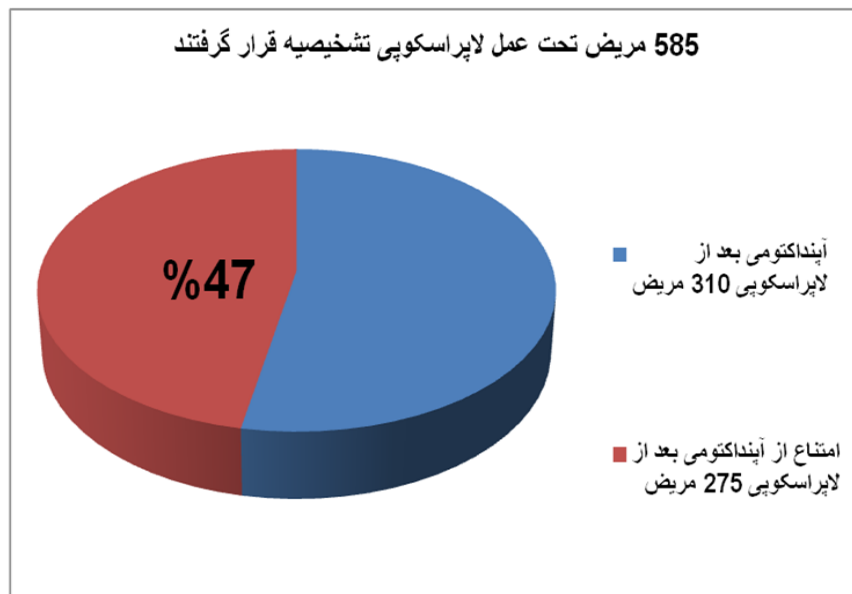
دياگرام دوم نشان ميدهد که اين ۲۷۵ مريض که ۶.۴٪ مجموع مراجعين را تشکيل ميدهد، در فيصدي بلندتر از مجموع مريضان عملياتي (تقريباً ۱۳٪) را تشکيل ميدهد. نتايج همچنين نشان ميدهد که:

۵۱.۰٪ انصراف از اپنداكتومي بر اساس معاینات فزيكي؛

۳۵.۴٪ اپنداكتومي بر اساس معاینات کلينيكي؛

۷.۲٪ اپنداكتومي بعد از اجرائ لاپراسکوپي؛

۶.۴٪ لاپراسکوپي و انصراف از اپنداكتومي؛



دیاگرام دوم

برای اینکه بتوانیم بر اساس معاینات لاپراسکوپي از اپندکتومی منصرف شویم، یکی از شرایط اساسی ما در جریان لاپراسکوپي، مشاهده کامل عروه و عدم تحولات التهابی در آن، عدم موجودیت ریژیدیتة عروه، که به وسیله سوند پالپاتور تعیین میگردد و موجودیت پتالوژی شایع دیگری در بطن که بتواند آفت اولیه باشد، از جمله معیارهای انصراف از اپندکتومی تعیین گردیده بود.

از جمله ۲۷۵ مریضی که ما بر اساس لاپراسکوپي از آپندکتومی منصرف گردیده ایم، در ۲۴۵ مورد ما توانسته ایم که عروه را کامل با لاپراسکوپ مشاهده نماییم. در ۱۲ مورد عروه به طور قسمی دیده شده و در ۱۸ مورد دیگر قادر به مشاهده آن نگردیم و بر اساس مشاهده نمودن پتالوژی شایع از ارگانها دیگر توانستیم از اپندکتومی منصرف شویم.

منظره هستوپتالوژی عروه در دو گروپ مریضان متفاوت بود.

گروپ اول، مریضانی که بدون لاپراسکوپي بر اساس معاینات کلینیکی تحت اپندکتومی عاجل قرار گرفتند:

- اپندیسیت کاتارال ۱۹.۹٪؛

- اپندیسیت فلیگمونوز ۴۷.۸٪؛

- اپندیسیت گانگرینوز ۳۲.۳٪؛

گروپ دوم، مریضانی که بعد از اجرای لاپراسکوپي تشخیصیه تحت عمل اپندکتومی عاجل قرار گرفتند:

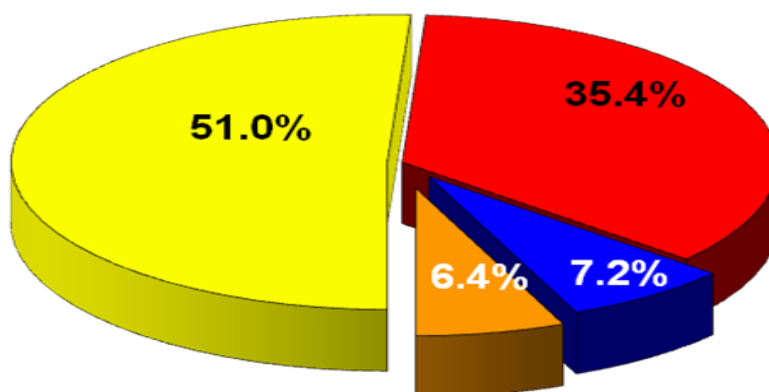
- اپندیسیت کاتارال ۶.۳٪؛

- اپندیسیت فلیگمونوز ۶۶.۵٪؛

- اپندیسیت گانگرینوز ۲۷.۲٪؛

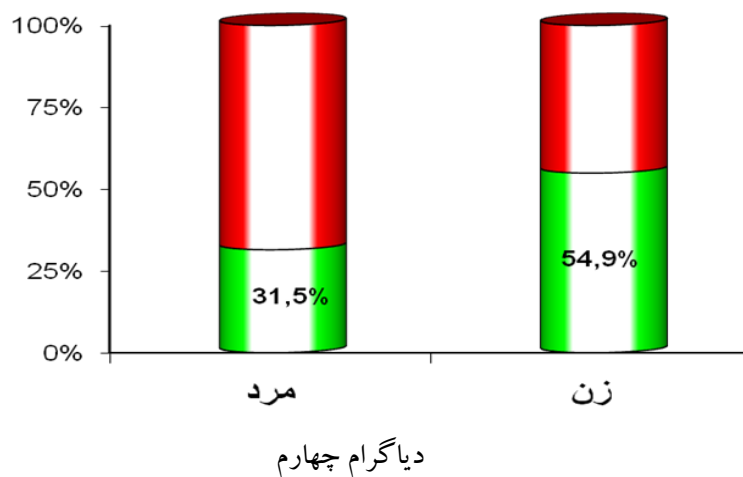
فیصدی اپندیسیت کاتارال در مریضانی که بدون اجرای لاپراسکوپي، یعنی بر اساس معاینات کلینیکی و لابراتواری عمل شدند حدود ۳ برابر بیشتر نسبت به آنانی بودند که بعد از لاپراسکوپي عمل شده بودند، و این بیانگر دقت لاپراسکوپي تشخیصیه میباشد.

در هر دو گروپ از مریضان تشخیص اپندیسیت کاتارال، فلیگمونوز و گانگرینوز بر اساس معاینات هستوپتالوژی گذاشته شده است. بیشتر از نیمی از خانمهایی که تحت عمل لاپراسکوپي تشخیصیه قرار گرفتند (۵۴.۹٪) اپندیسیت حاد در آنها رد شد (دیاگرام سوم). بیشترین این خانمها زیر ۴۰ سال عمر قرار داشتند. این بیانگر آن است که در این گروه از افراد باید دقت بیشتر در تشخیص آپندیسیت حاد صورت گیرد؛ زیرا امراض گینیکولوژی آمار بلندی دارند. این در حالی است که ارقام فوق در بین مردها نسبت به خانمها کمتر بود (۳۱.۵٪).



دیاگرام سوم

مهم ترین بخشی از تحقیقات ما تعقیب مریضانی بود که بر اساس لاپراسکوپ تشخیصیه اپندیسیت حاد آنها رد گردید. قابل یاد آوری است که تعداد شان ۲۷۵ فرد بوده و ما توانستیم ۱۸۶ نفر را که مدت ۶ ماه الی ۲ سال از مرخصی شان گذشته بود یا به آدرس کاری شان و یا در محل سکونت شان جستجو کنیم. بعد از خانه پری فورم و ارزیابی نسخه ها و اسناد طبی که در دست داشتند دریافتیم که فقط ۲۰ نفر از ۱۸۶ نفر دوباره در واردهای مختلف به شمول جراحی مراجعه نموده بودند که برای ۳ نفر شان اپندکتومی انجام شده است.



مناقشه

در طول چند دهه گذشته در تشخیص اپندیسیت حاد پیشرفت کمی صورت گرفته و آن به خاطر این است که طبیعت این مریضی مختلف است و در بعضی مریضان متخصصان در تشخیص مریضی با چالش رو به رو میشوند در صورتی که کدام مریضی دیگر هم ضمیمه باشد و یا مریض انتی بیوتیک و یا ستیروئید گرفته باشد، تشخیص مشکلتر میگردد؛ از این رو لاپراسکوپ تشخیصیه میتواند این معضله را حل کرده و از وقت بستری بودن مریض هم بکاهد. براساسی لاپراسکوپ تشخیصیه، موجودیت مایع آزاد در نواحی چکوم، ارزش خاصی برای تشخیص اپندیسیت حاد دارد. از ۲۷۵ مریض که بر اساس لاپراسکوپ از اپندکتومی منصرف گردیده ایم، فقط در ۱۳۰ مورد مایع در بطن موجود نبود. در ۱۴۵ مورد دیگر یا مایع سروتیک، یا هموراژیک و یا هم تقیحی دیده شد. مایع هموراژیک ما را مستقیماً متوجه پتالوژی از جانب ارگانهای گینیکولوژی کرده و فقط مایع سروتیک

و یا تقیحی ما را وادار میکرد تا با دقت بیشتر عروۀ اپندکس تفتیش گردد.

برای تشخیص اپندیسیت حاد بر اساس لاپراسکوپی از علایم کلاسیک آپندیسیت در لاپراسکوپی استفاده شد (A.V.Dronov.2005).

علایم مستقیم، زمانی که اپاندیکس با چشم دیده میشود قرار ذیل است:

- هایپرمی با هیموراژی سیروز عروه؛
- موجودیت فیبرین در سطح اپندیکس؛
- اذیما و اینفیلتریشن میزانتیریم اپندیکس؛
- ریژیدیتۀ اپندیکس که با سوند پالپاتور مشخص میشود.
- زمانی که آپاندیکس دیده نمیشود علایم غیر مستقیم به قرار زیر اند:
- موجودیت مایع سروتیک و یا مکدر در بطن؛
- هایپرمی و اینفیلتریشن چکوم؛
- موجودیت فیبرین در مجاورت چکوم؛
- مشاهده اومتوم اذیمایی و تثبیت شده کنار چکوم.

نتیجه نهایی

از این تحقیق نتیجه به دست میآید که لاپراسکوپی تشخیصیه در تشخیص اپندیسیت حاد از دقت بالایی برخوردار است. لاپراسکوپی میتواند در تشخیص امراض بطنی نقش مهمی داشته باشد. برای تمام مریضان مشکوک به آپندیسیت حاد، که بر اساس معاینات کلینیکی و لابراتواری نمیتوان تشخیص اپندیسیت حاد را تایید و یا رد کرد نیاز به انجام لاپراسکوپیت و با استفاده از لاپراسکوپی میتوان از لابراتومیهای غیر ضروری جلوگیری نمود.

پیشنهادات

هر وارد عاجل جراحی باید با یک سیت لاپراسکوپ ساده تشخیصیه مجهز باشد. روش استفاده از این میتود تشخیصیه برای متخصصان جراحی ساده بوده و در تمام مواردی که جراح در تشخیص اپندیسیت حاد مشکوک میگردد، به جای شعار کهنۀ جراحان، "مشکوک شدی - عمل کن"، شعار جدیدی را پیروی نماییم "مشکوک شدیم - لاپراسکوپی انجام دهیم"

منابع

1. Бараев Т.М. Роль лапароскопии в реализации сберегательной тактики при остром аппендиците/ Бараев Т.М.// Эндоскоп. Хирургия.- 2000.- №33.- С. 8-10
2. Васильев Р.Х. Диагностическая и лечебная лапароскопия/ Васильев Р.Х. // Т.- Медицина.- 1986.
3. Галлингер Ю.И. Лапароскопическая аппендэктомия/ Галлингер Ю.И. «Тимошин А.Д. -М. -1993.-65 с.
4. Кригер А.Г. Лапароскопическая диагностика острого аппендицита/ Кригер А.Г.; Федоров А.В.; Воскресенский П.К.// Эндоскоп. Хирургия.- 2000.- №4.- С. А.Р. «Маркевич Ю.В. «Ершов Д.В.и др// Эндоскоп. Хирургия.1997- №1.- С 16.
6. Bekele A. Clinical profile and risk factors for perforation of acute appendicitis in children / Bekele A Mekasha A. //East Afr Med J. 2006 Aug; 83 (8):434-9.
7. Boyd W.P.; Nord H.J. Diagnostic laparoscopy. Endoscopy, 2000, 2, p.153-154.
8. Caillot J.L. Appendicectomy en urgence:/ Lion chir.-1987.-Vol 83.-N4.-P. 257-260.