

فتق

۱- سابقه بیمار مبتلا به فتق اغلب شامل برآمدگی متناوب و یا یک حس مبهم در کشاله ران است. علائم اغلب با بلند کردن اجسام سنگین، کشش، یا فعالیت بدتر می‌شوند. سابقه بلند کردن جسم سنگین، هم در برنامه ریزی برای ناتوانی پس از عمل و هم در میزان عود طولانی مدت مهم است. همچنین سابقه باید شامل سوال درباره سرفه مزمن، زور زدن برای دفع مدفوع، و مشکلات ادرار کردن باشد. این علائم ممکن است یک مشکل زمینه‌ای را نشان دهد (مانند هیپرپلازی خوش خیم پروستات یا سرطان پروستات، سرطان کولون یا ریه). اختلال عملکرد ادراری پیش از عمل نیز خطر افزایش احتباس ادراری پس از عمل را نشان می‌دهد. معاینه شامل مشاهده منطقه کشاله ران به منظور شواهدی از برآمدگی حین سرفه کردن بیمار است. این معاینه در حالی که انگشت نشانه معاینه کننده وارد حلقه خارجی می‌گردد، تکرار می‌شود و لمس کردن برآمدگی یا فشار داخل نشاندهنده فتق است. در صورتیکه فتق گیر افتاده باشد، معاینه فیزیکی باید هرگونه نشانه گیرافتادگی را مدنظر داشته باشد، نظیر تب، درد و قرمزی.

۲- ۹۷٪ فتق‌های کشاله ران مغبنی^۱ و ۳٪ رانی می‌باشند. نسبت مرد به زن ۱ به ۹ است. شایعترین نوع فتق مغبنی در هر دو جنس فتق غیر مستقیم است. فتق‌های رانی در زنان شایع ترند. فتق‌های مغبنی در ۲۰٪ موارد دو طرفه هستند. خطر ایجاد فتق مغبنی در طول عمر حدود ۱۰٪ است. فتق‌های

کشاله ران اثرات اقتصادی قابل توجهی، شامل هزینه جراحی و مدت بستری به علاوه ساعتهای از دست رفته کاری دارند.

۳- ممکن است سونوگرافی برای تشخیص بیماری که علایم را گزارش می‌کنند اما نقص قابل لمس ندارند مفید باشد. سونوگرافی منطقه مغبنی زمانی که بیمار در وضعیتهای خوابیده به پشت و ایستاده است و زمانی که بیمار مانور والسالوا را انجام می‌دهد، حساسیت و ویژگی تشخیصی بیش از ۹۰٪ دارد؛ هرچند، سونوگرافی به میزان زیادی بستگی به اپراتور دارد.

۴- در کل، تمام فتق‌های مغبنی قابل جاناندازی به علت خطر گیر افتادگی باید بصورت انتخابی ترمیم گردند.

۵- اگر بیمار فتق مغبنی گیر افتاده دارد، و اختناق مورد شک نباشد، مناسب است که تلاش برای جاناندازی بوسیله آرام بخش، در وضعیت ترندلنبرگ (سر بیمار پایین‌تر از شکم و اندام‌ها بالا می‌آید)، و فشار مداوم و آرام بالای توده کشاله ران انجام گیرد. تلاشهای مکرر و با شدت به منظور جاناندازی فتق گیر افتاده توصیه نمی‌شود و ممکن است تمام کیسه فتق و محتویاتش جا اندازی شود و برآمدگی خارجی از بین رفته باشد ولی گیر افتادگی کیسه باقی می‌ماند و احتمال نکروز روده یا انسداد از بین نمی‌رود. اگر هرگونه علامتی از اختناق (مانند تب، قرمزی، درد، لوکوسیتوز، انسداد روده، یا پریتونیت) وجود داشته باشد، نباید تلاش برای جاناندازی صورت گیرد.

درمان توصیه شده در مورد فتق‌های گیر افتاده جراحی می‌باشد، ولی به علت اینکه عوارض تهدید کننده حیات ندارد، نیاز به عمل اورژانس نمی‌باشد.

درمان اولیه در صورت نبود علائم اختناق جاناندازی^۱ می‌باشد. اگر یک یا دو تلاش جهت جاناندازی موفقیت آمیز نباشد، نباید بیش از این سعی در جاناندازی کرد.

Reduction en masse شامل جابجایی توده‌های بدون برطرف کردن گیر افتادن و اختناق می‌باشد و در صورت انسداد روده پس از برطرف شدن ظاهری توده گیر افتاده، باید به فکر آن باشیم. (شوارتز)

۶- فتق مختنق باعث می‌شود تا جریان عروقی به محتویات فتق تضعیف شود. فتق مغبنی مختنق، اورژانس جراحی است. بیمار باید با هیدراسیون داخل وریدی، لوله بینی معده‌ای، اصلاح الکترولیتها و آنتی بیوتیک‌های داخل وریدی آماده شود.

۷- اکثر ترمیم فتق‌های مغبنی انتخابی می‌توانند بصورت سرپایی انجام گیرند. میزان عود برای فتق‌های کشاله ران از ۱٪ تا ۱۰٪ است. با وجود بسیاری از روشهای در دسترس، درمان باید برای هر بیمار اختصاصی باشد. نتایج عالی با میزان عود بسیار کم برای هر دو روش باز و لاپاروسکوپی گزارش شده‌اند. تمایل زیادی به استفاده از مش^۲ صناعی به علت ماهیت بدون فشار ترمیم وجود دارد. اگرچه نظرات درباره ترمیم لاپاروسکوپی برای فتق‌های یکطرفه و تازه تشخیص داده شده متناقض است، به نظر

می‌رسد بطور ایده‌آل برای فتق‌های راجعه و یا دوطرفه مناسب است. فتق‌های راجعه‌ای که بدون استفاده از مش ترمیم می‌شوند، خطر بیشتری برای عود دارند و بنابراین به بهترین وجه با استفاده از مش در رویکردهای باز یا لاپاروسکوپی درمان می‌شوند.

۸- در زمان جراحی برای فتق‌های گیر افتاده یا احتمالاً مختنق، اکثر جراحان برش استاندارد قدام مغبنی را بکار می‌برند. کیسه فتق برش داده می‌شود و سپس تحت دید مستقیم باز می‌گردد. کنترل قاعده کیسه فتق جهت جلوگیری از افتادن محتویات به داخل حفره شکمی پیش از مشاهده کافی مهم است. در صورت لزوم ممکن است برش و برداشتن روده و آناستوموز از طریق برش مغبنی محتمل باشد. اگر روده به میزان کافی مشاهده نشود، باید آمادگی برای تغییر به برش خط وسط وجود داشته باشد. اگر روده ایسکمیک شده باشد یا برداشتن روده انجام گیرد، باید به علت خطر بالای عفونت، از مش استفاده نشود. در صورتیکه نقص برای بسته شدن به روش اولیه بسیار بزرگ باشد، ممکن است یک مش قابل جذب یا بیولوژیک (مانند زیر مخاط روده باریک) جهت ترمیم نقص فتق استفاده شود. یک روش جایگزین، رویکرد باز پیش صفاقی (خلفی) است. این روش این مزیت را دارد که قادر است بدون برش جداگانه‌ای به لاپاروتومی تبدیل شود.

۹- ترمیم فتق مغبنی به روش لاپاروسکوپی مزایای بالقوه زیر را دارد: (۱) درد پس از عمل کمتر؛ (۲) زمان بهبودی کاهش یافته؛ (۳) ترمیم آسانتر فتق راجعه، زیرا ترمیم در سطح بافتی انجام می‌شود که قبلاً برش داده نشده است؛ (۴) توانایی درمان فتق‌های دو طرفه؛ (۵) انجام لاپاروسکوپی تشخیصی همزمان؛ و (۶) زیبایی بهتر. بازگشت زودتر به فعالیت کامل عامل اجتماعی - اقتصادی مهمی است، زیرا کاهش زمان دور از کار بطور بالقوه می‌تواند سبب هزینه جراحی پایین‌تر شود. ممکن است ترمیم لاپاروسکوپی به علت مزیت مکانیکی بدست آمده از جاگذاری مش در جلوی بافت عضلانی دیواره شکم، میزان عود کمتری داشته باشد. موانع اصلی در برابر جراحی فتق مغبنی به روش لاپاروسکوپی موارد زیر هستند: (۱) ترمیم معمولی فتق مغبنی یک جراحی موثر است که بصورت سرپایی با ناتوانی و مرگ و میر کم انجام می‌گیرد؛ (۲) نیازمند بیهوشی عمومی است؛ (۳) بسیار گران قیمت تر است؛ و (۴) نیازمند مش است. بعضی از برشها یا درمان‌های جراحی (نظیر برداشتن پروستات) مانع برش جراحی کافی یا ایمن می‌شوند. نوع رویکرد لاپاروسکوپی TAPP^۱ (میان شکمی پیش صفاقی) یا TEP^۲ (کاملاً خارج صفاقی) - بطور عمدۀ بستگی به ترجیح و سطح تجربه جراح دارد.

۱۰- رویکرد جراحی از راه شکم و پیش صفاقی^۳ یا میان صفاقی^۴ به منطقه مغبنی است. صفاق برش داده می‌شود و فلاپ صفاقی ایجاد می‌گردد. زمانی که وارد فضای پیش صفاقی می‌شویم، برش و انجام جراحی مشابه روش خارج صفاقی کامل است. پس از آنکه مش جاگذاری شد، بوسیله فلاپ پوشیده

1. TAPP: Trans Abdominal Pre Peritoneal
2. TEP: Totally Extra peritoneal
3. Pre Peritoneal
4. Intra peritoneal

می‌شود. ضرر روش میان شکمی - پیش صفاقی این است که نیاز به ورود به فضای صفاقی دارد و بیمار را در معرض آسیب درون شکمی بالقوه و تشکیل چسبندگی دیررس قرار می‌دهد.

۱۱- ترمیم به روش خارج صفاقی کامل، کاملاً خارج صفاقی است. یک بالون ویژه در طول خلفی غلاف رکتوس پایین می‌رود تا به سمفیز پوبیس برسد. سپس بالون جهت برش فضای پیش صفاقی بکار می‌رود، و تمام دهانه میوپکتینه را باز می‌کند. طناب اسکلت وارد می‌شود، کیسه فتق جاناندازی می‌شود، و مش جهت پوشاندن نقص بکار می‌رود. مش از داخل به لیگامان کوپر دوخته می‌شود. مش از خارج به رویه خارجی آپونوروز شکمی عرضی و مجرای ایلئوپوبیک دوخته می‌شود. جهت اجتناب از آسیب اعصاب ژنیتوفمورال و جلدی رانی خارجی، دوخت‌ها پایینتر از مسیر ایلئوپوبیک انجام می‌شود.

مشخصه آناتومی دیگر اهمیت زیاد در مثلث مرگ است. این مثلث از خارج به عروق اسپرمتیک و از داخل به واز دفرانها محدود است؛ و در داخل آن شریان و ورید ایلیاک خارجی و عصب رانی قرار دارند.

۱۲- رویکرد باز قدامی هنوز در برابر سایر روشهای بکار گرفته شده، استاندارد طلایی است. اکثر فتق‌ها می‌توانند با استفاده از بیحسی موضعی و سرپایی با هزینه کم درمان شوند. نتایج عالی با میزان عود بسیار کم برای ترمیم‌های اولیه بدون مش و ترمیم‌های با کاربرد مش، گزارش شده‌اند. مزیت روش ترمیم با مش، این است که ترمیم بدون کشش را ایجاد می‌کند. در موارد با نقص بزرگ، بافت تضعیف شده و یا عود، ترمیم با مش مورد قبول است. اگرچه تمایل به افزایش استفاده از مش وجود دارد، خطراتی در فرسایش مش و عفونت وجود دارد که باید بیشتر مدنظر گرفته شود.

۱۳- رویکرد باز پیش صفاقی (خلفی) توسط مندیل و استوپا^۱ مطرح شده است. برای فتق‌های یکطرفه، از برش پوستی افقی در ربع تحتانی راست یا چپ بالای برش معمول استفاده شده در ترمیم قدامی استفاده می‌شود. برای فتق‌های دو طرفه، برش عرضی زیر ناف^۲ مورد استفاده قرار می‌گیرد. فضای پیش صفاقی ایجاد می‌شود و تمام دهانه میوپکتینه مشخص می‌گردد. تمام فتق‌های مستقیم، غیر مستقیم و رانی می‌توانند توسط این رویکرد ترمیم شوند. روشهای با استفاده از مواد صناعی بخصوص برای فتق‌های راجعه و دو طرفه، عمومی شده‌اند. روش استوپا از مش صناعی بزرگی استفاده می‌کند. به پس از دهانه میوپکتینه گسترش می‌یابد و صفاق احشایی را در بر می‌گیرد. در موارد فتق راجعه این رویکرد از برش در بافتهای اسکار اجتناب می‌کند.

۱۴- نتایج عالی برای فتق‌های ترمیم شده به روش اولیه (بدون مش) گزارش شده‌اند. این روش شامل باز کردن عضله مایل خارجی و آزاد سازی طناب اسپرمتیک است. کیسه فتق برش داده می‌شود و معمولاً بسته می‌شود. ترمیم‌های رایج شامل باسینی^۳، مک وی^۴ و شولدیس^۵ است. ترمیم باسینی با بخیه

-
- 1 Stoppa
 - 2 Pfannenstian
 - 3 Bassini
 - 4 Mc Vay
 - 5 Shouldice

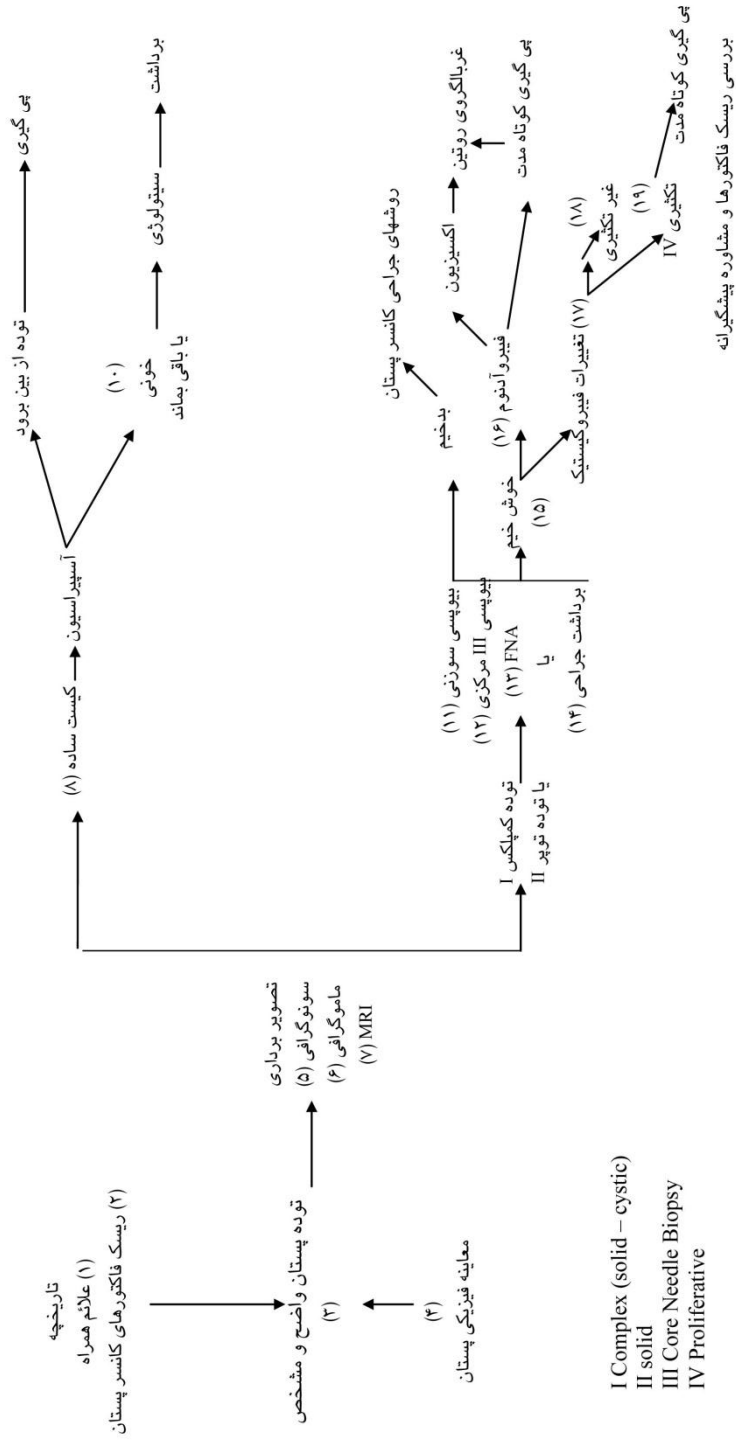
کردن تاندون مشترک عضله شکمی عرضی و عضله مایل داخلی به لیگامان پوپارت همراه است. ترمیم مک وی کف کانال مغربی را از خارج به لیگامان کوپر در زیر لیگامان مغربی متصل می‌کند. ترمیم شولدریس از ترمیم چند لایه‌ای کف کانال مغربی با بخیه‌های پشت سر هم استفاده می‌کند.

۱۵- بسیاری از جراحان بطور معمول در کاهش فشار و عود از مش استفاده می‌کنند. مش تشکیل بافت اسکار را تحریک می‌کند که بعداً قدرت کششی که بوسیله مش به تنهایی ایجاد شده است را افزایش می‌دهد. ترمیم لیختن اشتاین^۱ از قطعه‌ای از مش صناعی استفاده می‌کند که از داخل به تکمه پوییس، از پایین به لیگامان پوپارت، و از بالا به تاندون مشترک بخیه می‌شود. مش از خارج تقسیم می‌شود و به دور طناب اسپرماتیک می‌پیچد و دهما به هم بخیه می‌شوند. استفاده از مش «درپوش»^۲ که توسط راتکوف^۲ شرح داده شد، به علت نسبتاً ساده و سریع بودن و نیاز به برش کم، عمومی شده است. مش در پوش در حلقه داخلی یا روی کف کانال مغربی قرار داده می‌شود و توسط بخیه ثابت می‌گردد. قطعه دوم مش در داخل کانال مغربی از تکمه پوییس تا بالای حلقه داخلی قرار داده می‌شود. مش قرار داده شده ممکن است با بخیه ثابت بشود یا نشود. مش قرار داده شده برای تقویت فضای مستقیم در ترمیم غیر مستقیم و منطقه حلقه داخلی در ترمیم مستقیم قرار داده می‌شود. قسمت قرار داده شده مش با ایجاد فیروز در بافت در حال رشد، بصورت پیشگیری از فتق در آینده عمل می‌کند.

1 Lichten steins

2 Rutkow

توده واضح پستان



- I Complex (solid – cystic)
- II solid
- III Core Needle Biopsy
- IV Proliferative