



الجمهورية العربية السورية
القيادة العامة للجيش والقوات المسلحة
إدارة الخدمات الطبية
مركز التطوير المهني المستمر

تدبير التهاب الزائدة الدودية
MANAGING ACUTE
APPENDICITIS

مراجعة سريرية لمقاربة تدبير التهاب الزائدة الدودية

ترجمة وإعداد: النقيب الطبيب

سامر جعبري

إشراف

العقيد الطبيب: د. رالاشقر

BMJ

تدبير التهاب الزائدة الدودية الحاد

- إن أول استئصال لزائدة دودية ملتهبة وغير مختلطة كان في عام ١٨٨٠، وبقيت هذه العملية من أشيع العمليات الجراحية المجرأة في الغرب. ولتنسب بمليون يوم استشفاء سنوياً في الولايات المتحدة الأميركية.

ورغم توافر الخبرات المتلاحقة على مدى أكثر من قرن، بقي التشخيص الصحيح ومنع الاختلاطات هي الشغل الشاغل للجراحين. والخوف من الانتقاب عند مريض غير مشخّص هو السبب وراء النسبة العالية من الزوائد الطبيعية التي تستأصل والتي تبلغ حوالي ٢٠%. وهذه ليست من المشاكل البسيطة ففي دراسة حديثة تبين أن استئصال الزائدة السليمة يزيد من فترة الاستشفاء ومقدار الاختلاطات والوفيات بعد الجراحة، وتكف تلك الزوائد الطبيعية المستأصلة حوالي ٧٤٢ مليون دولار سنوياً.

وإن استخدام نظام النقاط كنظام أفرادو استطاع أن يخفف من استئصال الزائدة الطبيعية حتى (٠-٥) %، ومعظم الدراسات أكدت أن مجرد المراقبة الدقيقة وإعادة التقييم ستكون كفيلة بالتخفيض من عدد الزوائد الطبيعية المستأصلة.

أما بالنسبة لموضوع التقييم السريري أو الاستقصائي بالإيكو فقد أجريت دراسة على ٣٠٢ مريض في حالة الشك بالتهاب زائدة دودية وتمت المقارنة بين التقييم السريري والتصوير بالإيكو وبيّنت النتائج أن الفرق الوحيد يكمن بإجراء الجراحة بشكل مبكر أكثر عند من تم تصويرهم بالإيكو، حيث كانت نسبة الزوائد الطبيعية المستأصلة ٩% للإيكو بمقابل ١١%. وبالطبع لقد تم تحديد المقارنة فقط بالمرضى الذين كان تقييمهم بنظام أفرادو بين ٤-٨ وتم استبعاد الحالات واضحة الإيجابية والسلبية. وبعد إجراء العديد من الدراسات بالنسبة للإيكو والذي تعتمد نتيجته بشكل كبير على الانطباع الشخصي، تبين أن الفائدة القصوى من الإيكو يمكن أن تتحقق

عندما يتم إعادته أكثر من مرة ومن قبل نفس الطبيب وبالتزامن مع الفحص السريري المتكرر.

وأما بالنسبة للطبقي المحوري الحلزوني فقد أنقص من عدد الزوائد الطبيعية المستأصلة والمشكلة الوحيدة بالنسبة له أنه غير متوقّر دوماً.

ومن أهم التطورات التي دخلت في عالم الجراحة خلال العقدين الماضيين هي الجراحة التنظيرية التي سرعان ما أخذت دورها في مقاربة التهاب الزائدة الدودية الحاد.

ففي مراجعة منهجية في الكوكرين تمت مقارنة نتائج ٣٩ دراسة سابقة كان هدفها مقارنة الاستئصال بالتنظير مع الاستئصال الجراحي. وضمّت الدراسات السابقة ما مجموعه ٤٠٠٠ مريض.

لقد قللت الجراحة التنظيرية من الإنتان بعد العمل الجراحي ومن فترة النقاهة والغياب عن العمل ومن الألم بعد الجراحة، ولكنها زادت بالمقابل من نسبة الخراجات البطنية بعد الجراحة لنحو ثلاثة أضعاف.

ويمكن التقليل من احتمال الخراج بعد الجراحة إذا تم تجنّب استخدام التنظير في الزوائد التي يحتمل أنها متقوية أو أن يقوم بالتنظير جراح خبير.

ويأخذ التنظير دوراً هاماً عندما يكون التشخيص غير أكيد وبشكل خاص عند سيدة شابة حيث يكون التشخيص التفريقي واسع، وأوجدت الدراسات أن تنظير البطن الاستقصائي عند السيدات بوجود الشك بالتهاب الزائدة الدودية قد جنّب ١٠% من السيدات اللواتي كانوا في طريقهم للجراحة من إجراء الشق للاستئصال وخفض من نسبة الزوائد الطبيعية المستأصلة إلى ٠% مقارنة بـ ١٨% في مجموعة أخرى.

والآن ما هي آخر النوصيات بالنسبة لمقاربة التهاب الزائدة الدودية الحاد؟

١. مازال التقييم السريري هو حجر الأساس وخاصة إن قام به الخبير وأتبعه

بالفحص المتكرر للمريض.

٢. الانتداب السريع غير المتوقع هو شيء نادر الحدوث.

٣. قد تفيدنا نظم التيسير (الفارادو... .) وخاصة إن كان موثقاً مع الانبأه
لنفاصل القصة السريرية.

٤. لا أهمية للإيكو كإخبار مسح ولكن يبرز دوره في الحالات المشكوك
بها.

٥. لا يجري الطبقي المحوري إلا عندما يكون لدينا شك قوي بوجود سبب آخر
يقف وراء الأعراض وخاصة عند المستن.

٦. يأخذ التظير دوراً هاماً عند الشك بالشخص وخاصة عند السيدات ولكن
تجب تجنب استخدامه بمجرد الشك بوجود الانتهاب.

٧. النحدي حالياً هو بناءهيل الجراحين القاديرين على الدخول بالتظير إلى البطن
عند المريض الذي يعاني من النهاب الزائدة الدودية والقاديرين على التعامل
مع كافة الاحتمالات.....