

# آفات جدار البطن الصفاق, المساريق, الثرب, خلف البريتوان

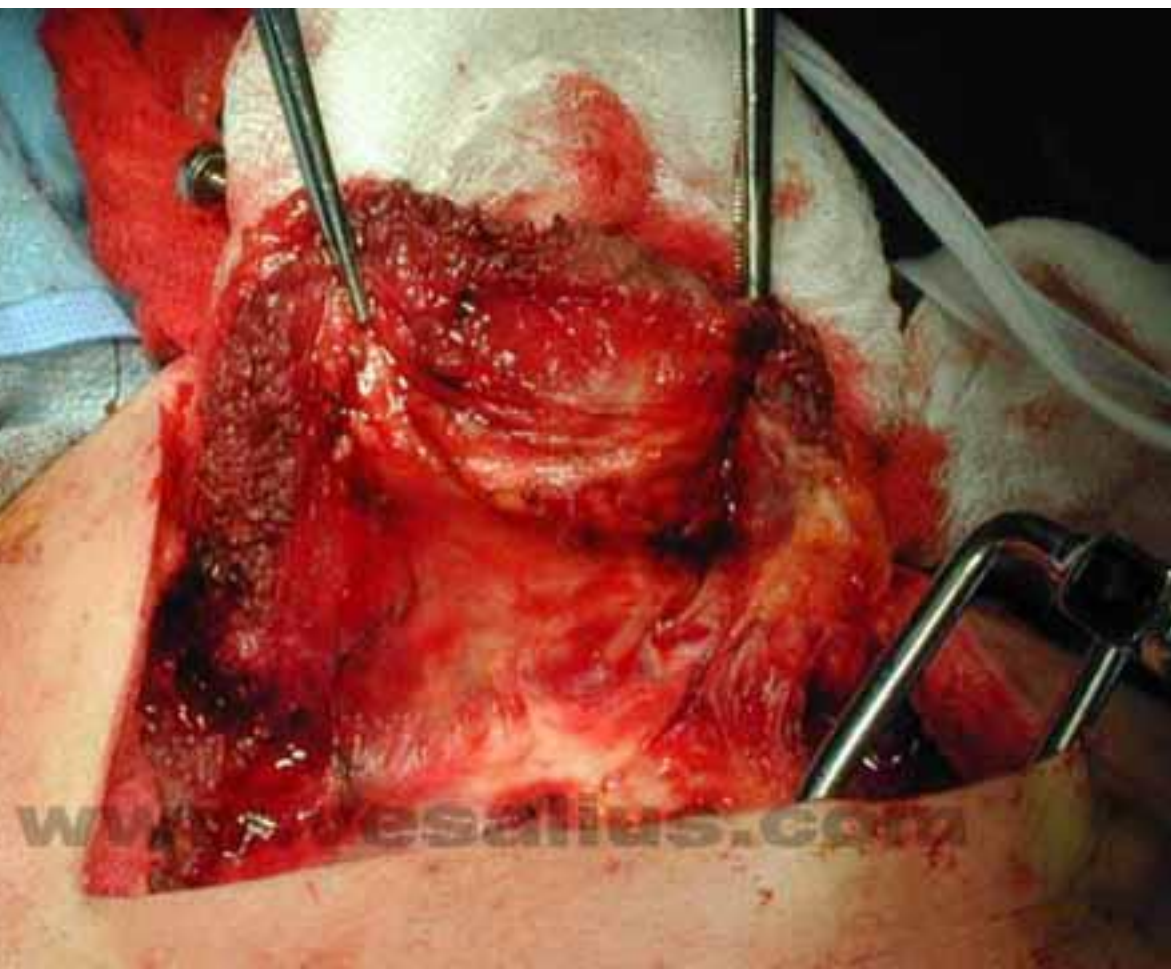
ABDOMINAL WALL,  
UMBILICUS, PERITONEUM,  
MESENTERIES, OMENTUM,  
AND RETROPERITONEUM

## • 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 المُنَاعِيَّة 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.

## • الورم الرباطي Desmoid tumor

- وهو من الأورام النادرة، ينشأ على حساب النسيج الصفاقي العضلي وخاصة تحت السرة، مظهره النسيجي سليم ولايمك القدرة على الإنتقال ولكنه يمتلك القدرة على الغزو الموضعي بشكل عدواني ويميل للنكس باستمرار ويصل لأحجام كبيرة.
- ويتوضع في أماكن أخرى: الجذع، الأطراف، الكتف، أخمص 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 غاردنر (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 خَزْعَةٍ مَشْفُوطَةٍ بِالْإِبْرَةِ 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 :

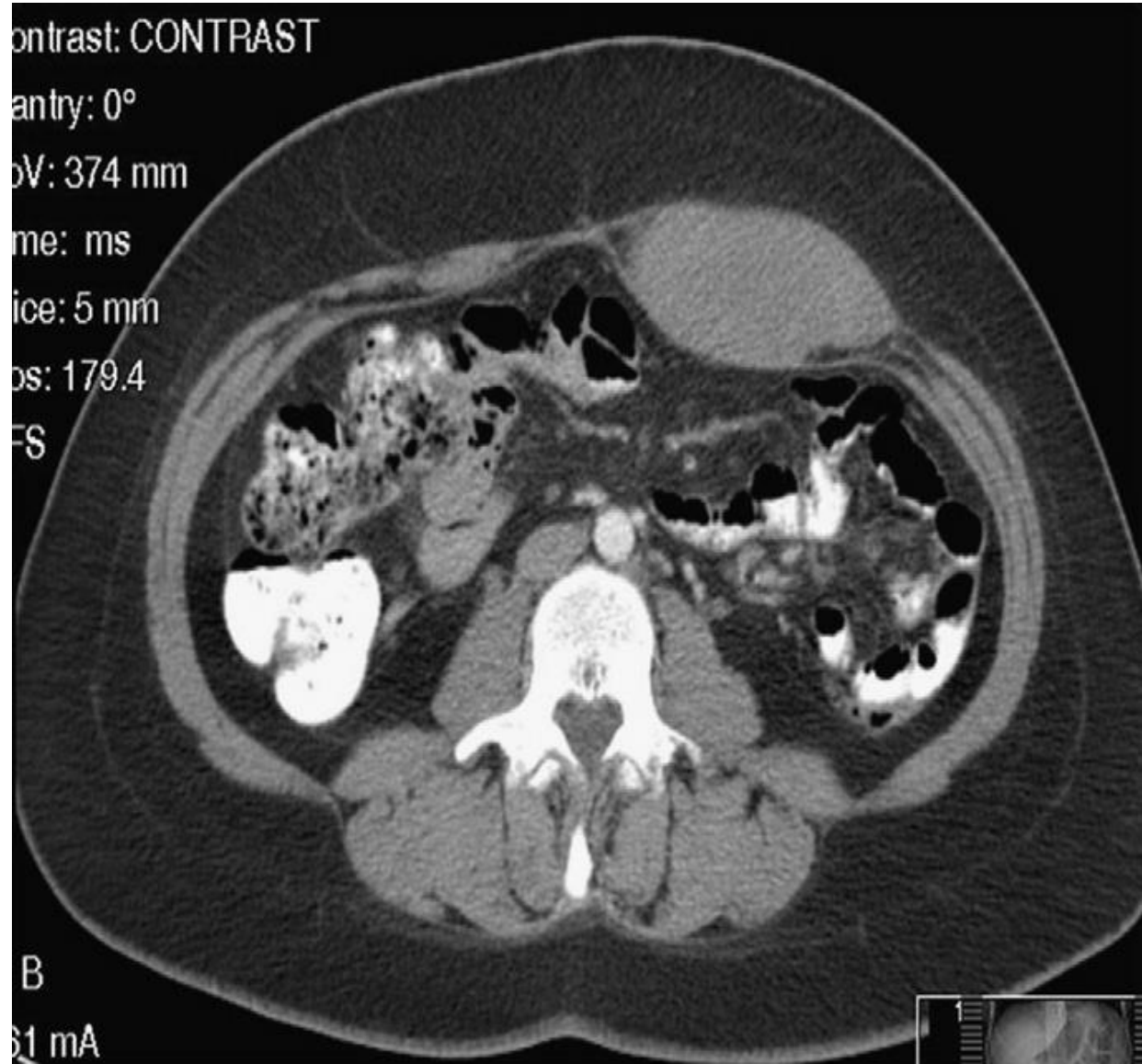
• يمكن أن يؤدي النزف ضمن غمد المستقيمة إلى حالة تشابه البطن الجراحي الحاد ، ويحدث النزف عادة كنتيجة لأذية الشرايين أو الأوردة الشرسوفية أكثر مما ينتج عن تمزق بدئي في ألياف العضلة المستقيمة ، والحالة محدودة ذاتياً ( تتراجع تلقائياً ) عادة ، ولكن إذا لم يتم تمييزها وتشخيصها فقد تؤدي إجراء جراحي إسعافي 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 يشابه الحالات الحادة داخل البطن .

• 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 ويشتد بالتدرج ، يحس المريض بالألم في المنطقة التي حدث فيها النزف ويزداد بتقلص العضلة, ويترافق 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 بالأمواج 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



# Clinical Presentation

**Sister Mary Joseph nodule**



**Virchow/signal node**





الأسباب: الرضوض, سعال أو عطاس شديدين, تناول مضادات التخثر, كما يمكن في حالات نادرة مشاهدته في الثلث الأخير للحمل.

*Causes:*

1. Trauma—A sudden blow to the abdominal wall.
2. Severe straining and exercises, cough, sneez.
3. Tetanus and other convulsions.
4. Patients on **anticoagulants**.
5. **Pregnancy**—Rarely the cause of hematoma can be pregnancy in the last trimester. The exact cause is not known.

## *Clinical Features*

إن العرض الأول للورم الدموي في غمد المستقيمة هو الألم، ويكون ذا بداية مفاجئة وطبيعة حادة ويشتد بالتدرج، يحس المريض بالألم في المنطقة التي حدث فيها الترف ويبقى متوضعاً

## **ويزداد بتقلص العضلة, انتباج, كدمة (متأخرة)**

- Common in females.
- Sudden onset of a warm, tender swelling just below and to the side of umbilicus at the level of arcuate line where posterior rectus sheath is absent.
- There is bluish discoloration over the swelling.
- Ultrasonography and aspiration confirms the diagnosis.

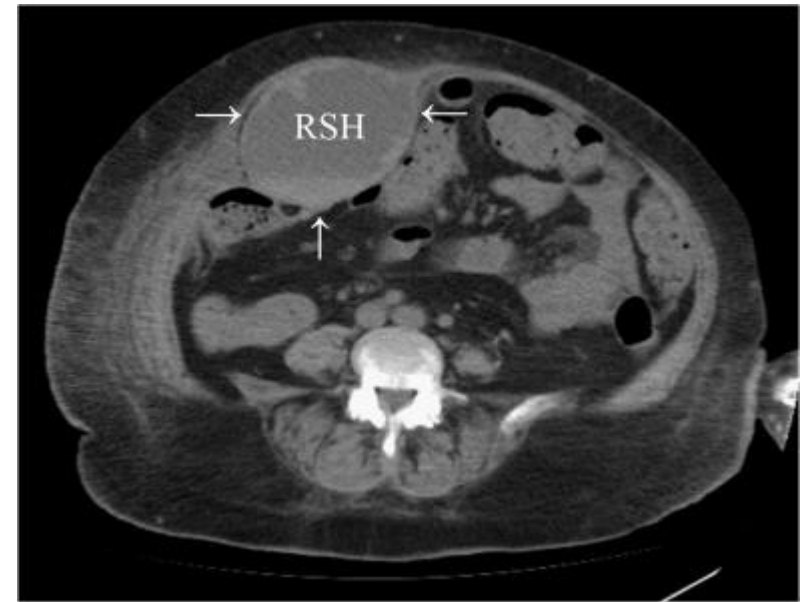
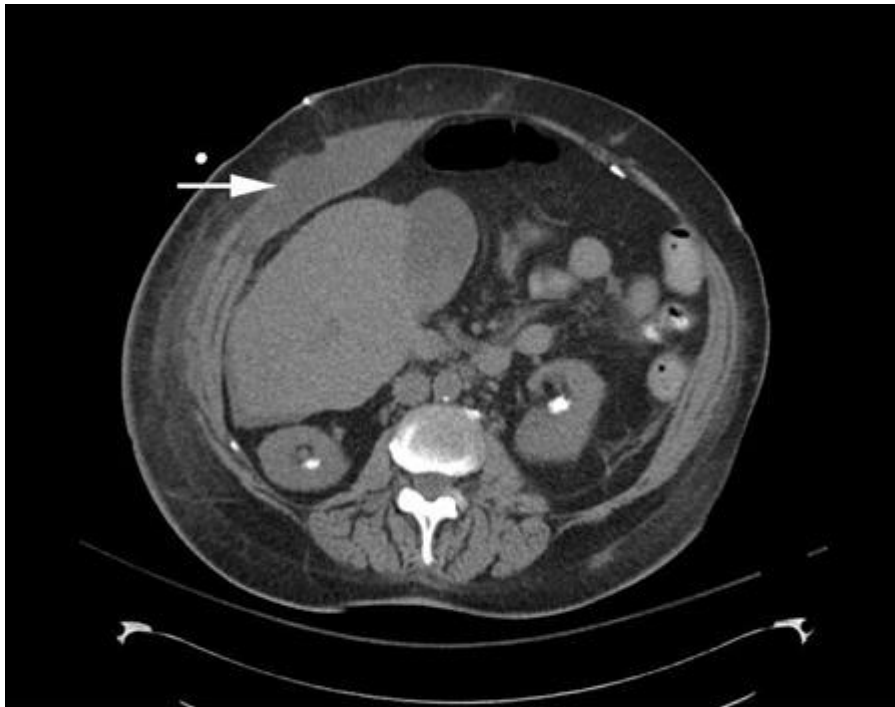
## *Differential Diagnosis*

- Spigelian hernia
- Other parietal masses.



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.

العلاج: غالبا مايتوقف النزف عفويا ولايحتاج لعلاج.ولكن اذا استمر أو لم نتأكد من التشخيص فيجب الإستقصاء الجراحي وإفراغ الورم الدموي وربط الوعاء النازف

## ***Treatment***

- The condition is self-limiting.
  - If it persists or progresses or if there is doubt about the diagnosis, exploration and evacuation of hematoma should be done and the bleeding vessels are ligated.
- The results and recovery are very good



## 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 الحبن 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 الدرني 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 الالتصاقات.

• التشخيص:بالخزعة بواسطة منظار البطن أو بفتح البطن.

• العلاج:دوائي بمضادات التدرن(راجع تدرن الأمعاء),جراحي في حال حدوث انسداد أمعاء.

**Adhesions** develop in two thirds of patients after laparotomy, especially after extensive procedures, pelvic operations, or multiple abdominal operations. Spontaneous adhesions, presumably related to subclinical inflammation, are also found in one quarter of patients on postmortem examination. Postoperative adhesions are most heavily distributed **near the operative site**. The **1.omentum, 2.small bowel, 3.colon, and 4.rectum** (in descending order of **female** patients seem to have a **انسداد أمعاء** frequency) are involved most often. **Short, obese** greater tendency to form adhesions.

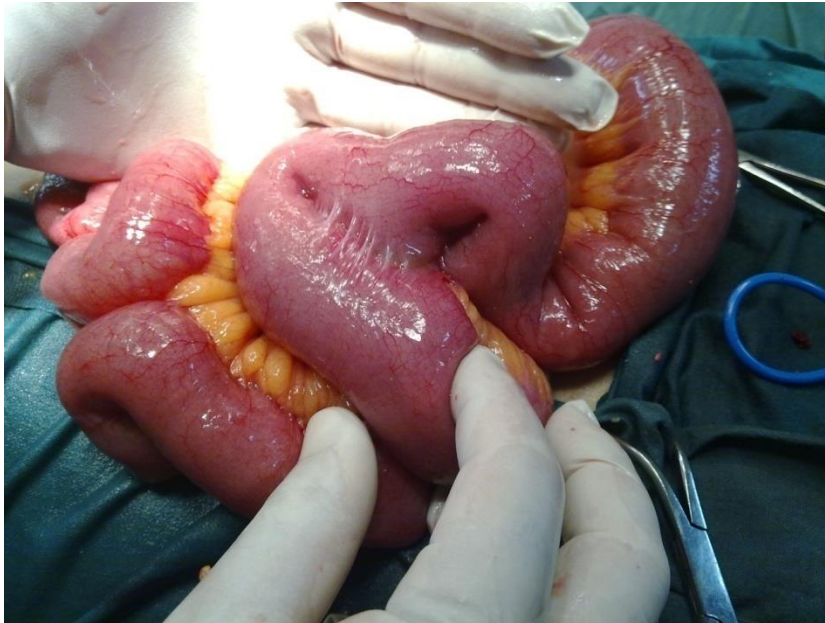
## الالتصاقات

تحدث الالتصاقات التالية بعد العمليات الجراحية بشكل عام, ولكن ثلثها يشاهد بعد عمليات فتح البطن.

## الالتصاقات التالية لفتح البطن

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 الأسبستوز لدى نصف المرضى  
المقطعي المحوسب يظهر الحبن, كتلة, سماكة في الصفاق والمساريقا.  
نحتاج عادة لعدة حَزَع مَشْفُوطة بالإبرة **needle biopsy fine** وموجهة بالإيكو لإثبات التشخيص  
وحتى الإستعانة بالمجهر الإلكتروني



### Peritoneal Mesothelioma

These rare primary neoplasms are derived from the mesodermal lining of the peritoneum. The malignant variety develops most commonly in men, with a long latent period (averaging **40 years**) after prolonged **asbestos** exposure. Pleural malignant mesotheliomas outnumber peritoneal ones by a ratio of 3:1. Patients present typically with weight loss, crampy abdominal pain, a large mass or distention due to **ascites**, and a history of asbestos contact. Fewer than half of these patients have asbestosis demonstrated on plain chest films. **In contrast** to peritoneal carcinomatosis, mesotheliomas are associated with less ascites than the degree of abdominal distention would suggest, and cytologic studies of ascitic fluid are rarely positive. CT scan of the lower thorax and abdomen will demonstrate ascites, **peritoneal and mesenteric thickening**, pleural plaques, and soft tissue **masses** involving the omentum and peritoneum. **Multiple fine-needle** aspiration biopsies guided by **ultrasonography, CT scan, or laparoscopy** can establish the diagnosis. **Electron microscopy** is confirmatory in equivocal cases.

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.

This unusual disease is caused by a low-grade mucinous cystadenocarcinoma of the appendix or ovary that secretes large amounts of mucus-containing epithelial cells. It should be distinguished from benign appendiceal **mucocele**, which may also have local mucinous deposits but carries a favorable outlook.

### الورم الصفاق المخاطي الكاذب

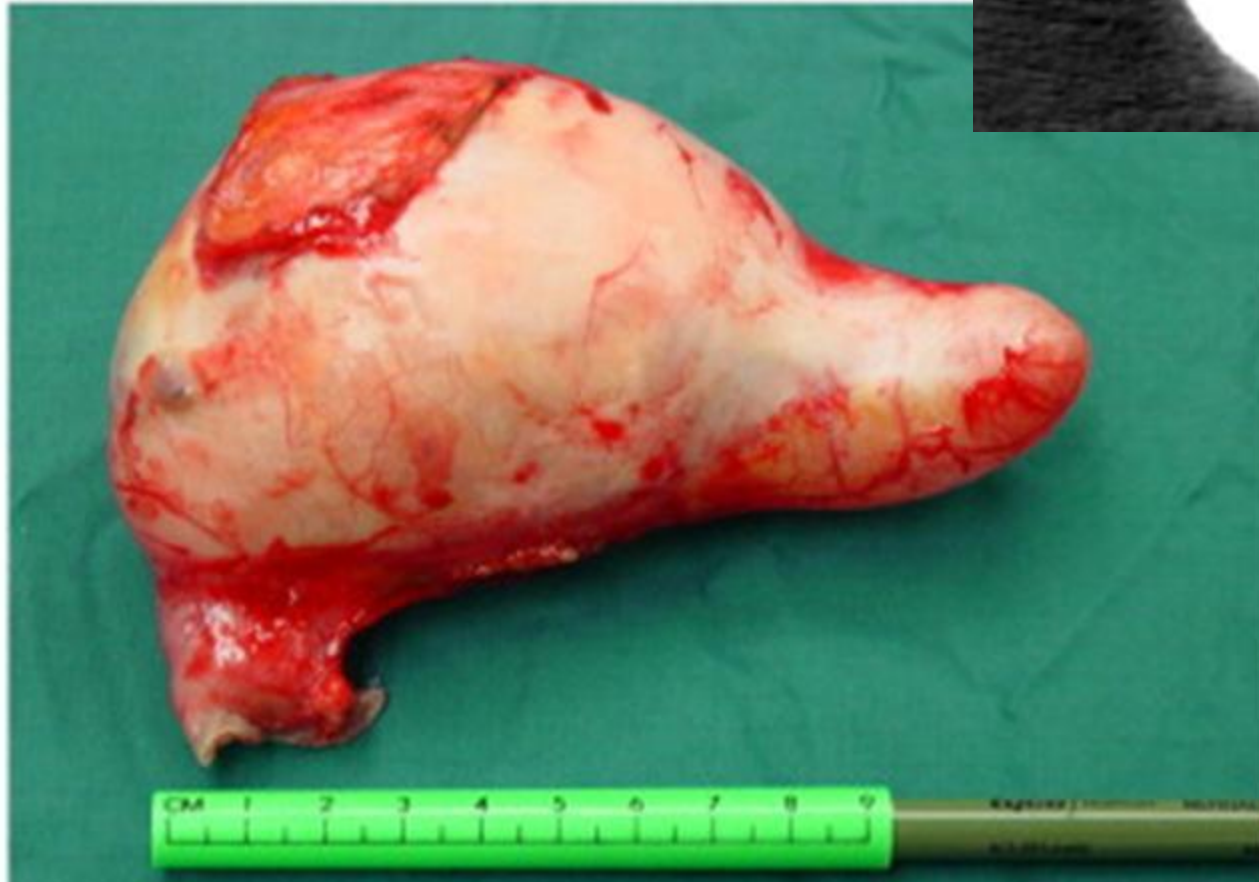
مرض قليل الشيوع وينجم عن كارسينوما مخاطية كيسية **cystadenocarcinoma** منخفضة الدرجة في الزائدة أو المبيض والتي تبذر كميات كبيرة من خلاياظهارية مفرزة للمخاط والتي تبدو عيانيا كمادة هلامية على سطح الصفاق. ويجب تفريقه عن تلك الإنزراعات الناجمة عن القيلة المخاطية للزائدة والتي تنجم عن ورم غدي كيسي سليم في الزائدة

العلاج: علاج الورم الأصلي



**gelatinous material**

- ويجب تفريقه عن تلك الإنزراعات  
الناجمة عن القيلة المخاطية للزائدة  
والتي تتجم عن ورم غدي كيسى سليم  
cystadenoma في الزائدة .



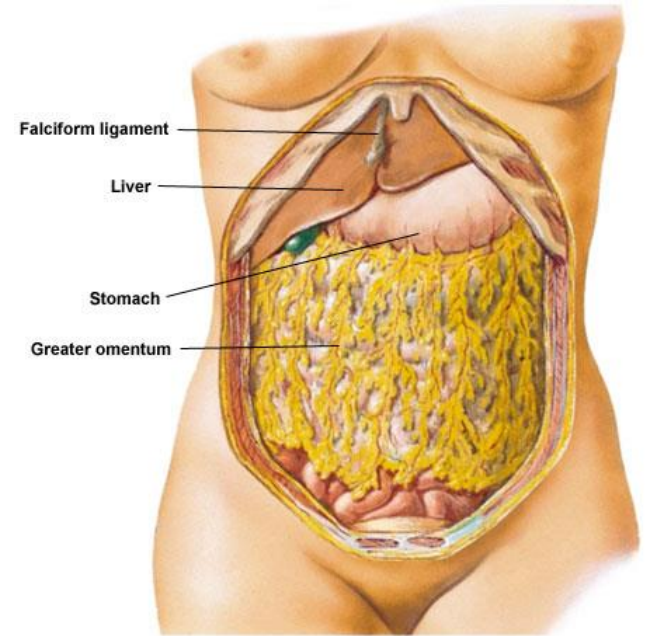
# Cystadenoma.



## 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

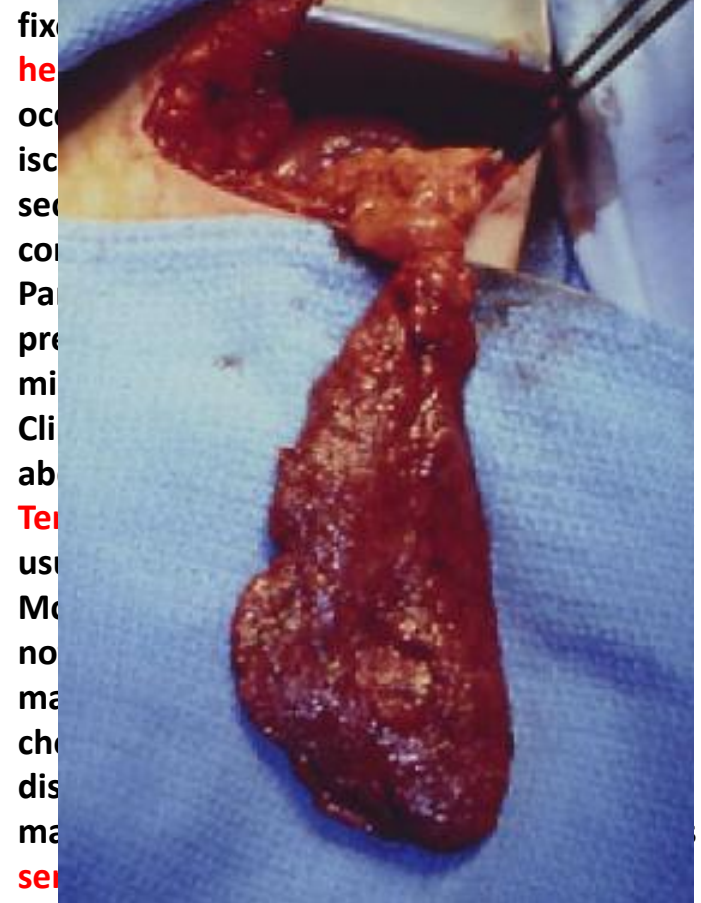
بدئي: بسبب لجام أو فتق في جدار البطن ويؤدي إلى إحتشاء وتموت قطعة منه, أو بسبب فتق فرجوي يجعلنا نشته بورم شحمي في المنصف, كما يشاهد الاحتشاء ثانويا لرضوض البطن أو لالتهاب الشرايين العقدّ **polyarteritis nodosa**

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 علاجا كافيا

## Torsion & Infarction

Primary (spontaneous) torsion of the omentum may develop if a free portion is

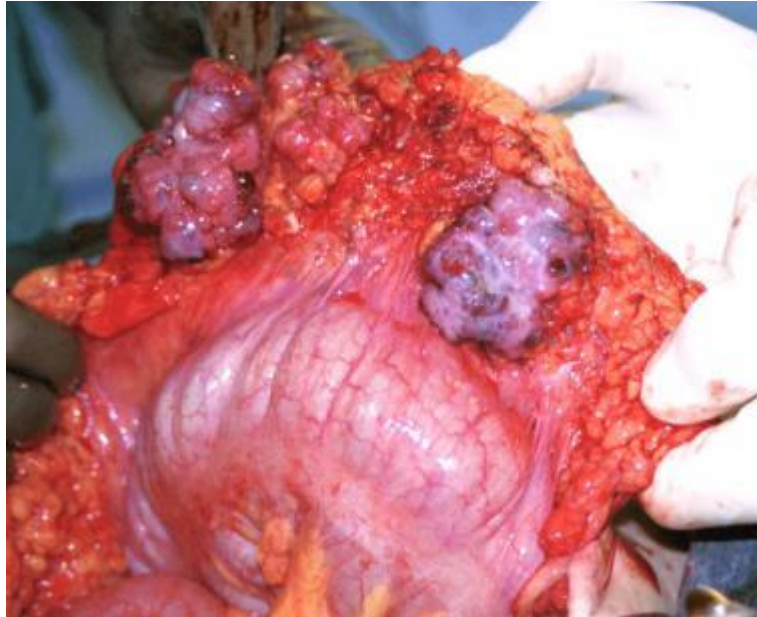


and the hemorrhagic necrotic segment of omentum. **Resection** of the affected portion is curative.

## أورام الثرب

هي غالبا انتقالية من الأحشاء البطنية وخاصة السرطانات الغدية للسبيل الهضمي  
كيسات الثرب

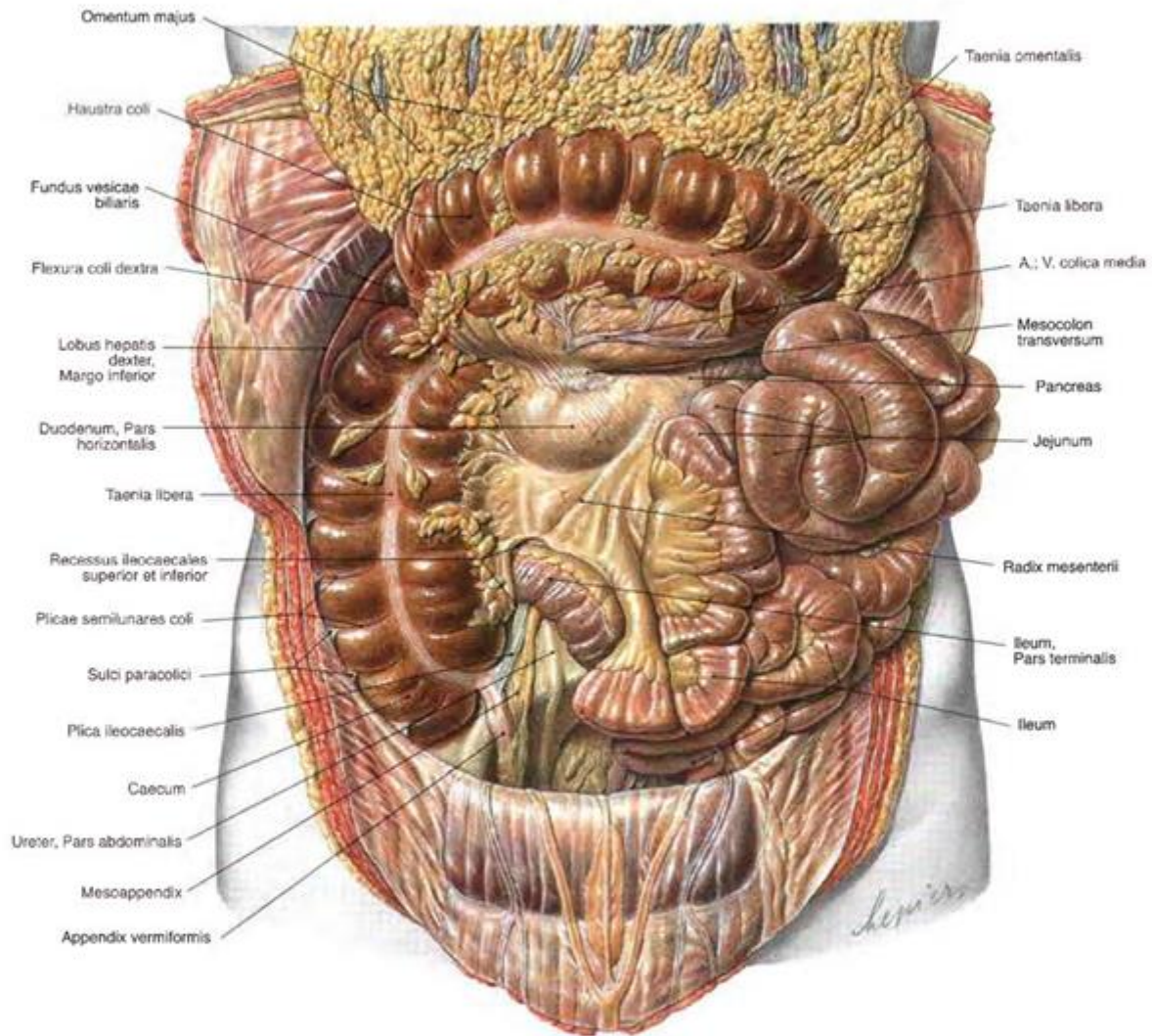
كيسات الثرب البدئية والتشوهات الوعائية والتي غالبا ماتكتشف صدفة في سياق  
فتح بطن يجب استئصالها



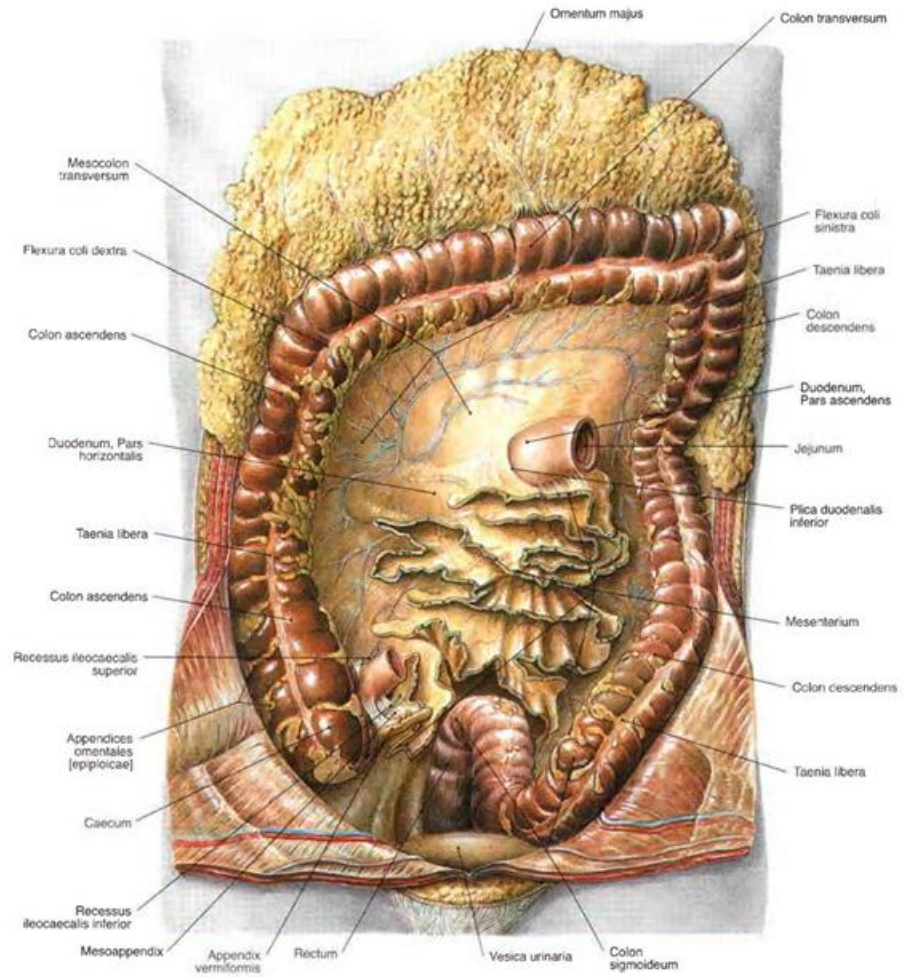


## المساريقا

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.



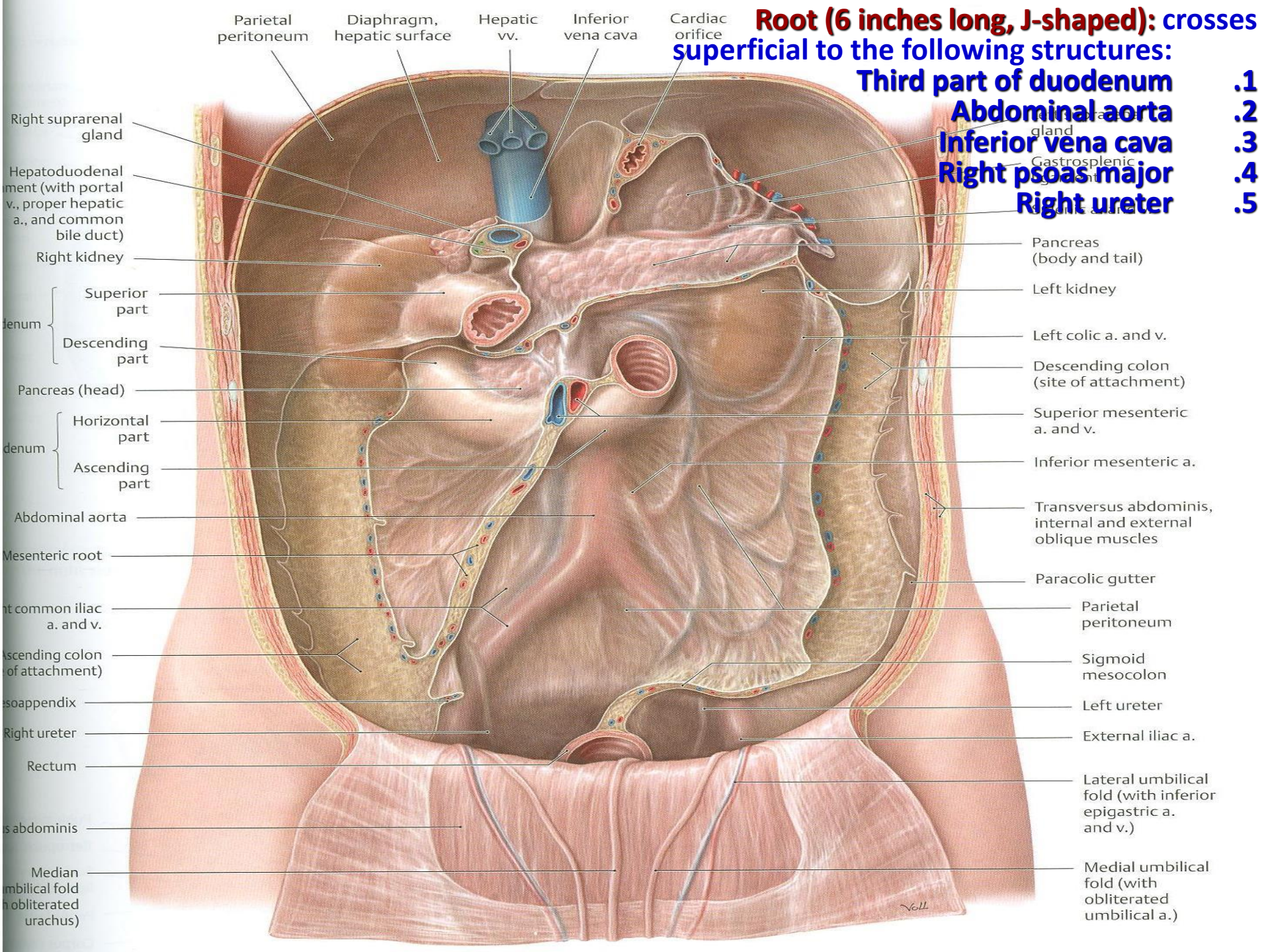
**Fig. 1055** Small intestine, Intestinum tenue, and large intestine, Intestinum crassum.



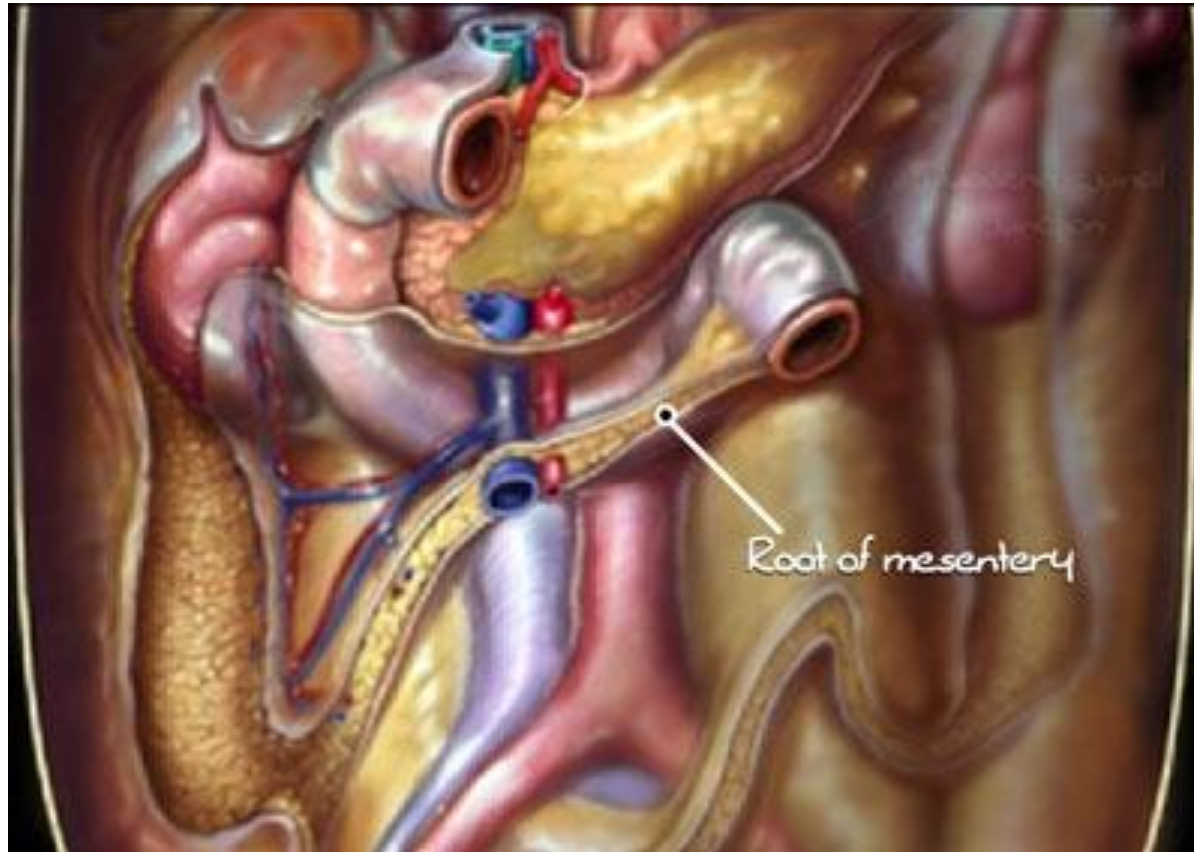
**Fig. 1057** Mesentery, Mesenterium, and large intestine, Intestinum crassum.

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

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



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:

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 مكان متعدد.

# Desmoid

بريسي وسوسوس

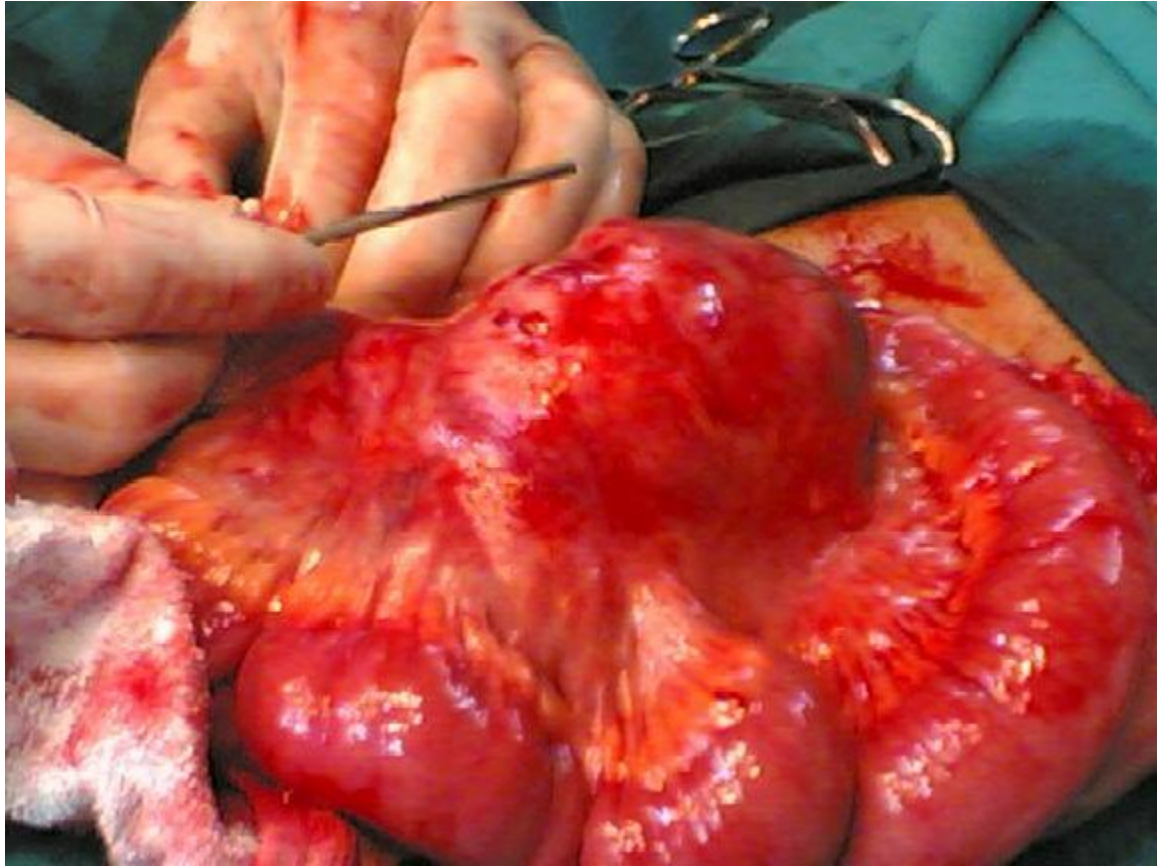
الجدول 14-1: تصنيف الأورام المصارية البديية

الأورام الحبيبة	الأورام الحميدة	النشأ
<b>أورام كيسية:</b>		
	كيسات كبلوسية	- ثغرات تطورية
	كيسات مصلية	
الغرن الوعائي اللعفاوي	الورم الوعائي اللعفاوي	- نسيج لعفاوي
	الكيسات الرضية	- الرضوض
	كيسات معوية	- بقايا جنينية
الورم المسخي الحبيث (تيرانوما حبيثة)	نظرة جلدية	
<b>أورام مصمتة:</b>		
الغرن الشحمي (ليوساركوما)	الورم الشحمي (ليوما)	- نسيج شحمي
الغرن الليفي (فيروساركوما)	الورم الليفي (فيروما)	- نسيج ليفي
ورم غمد شوان الحبيث	ورم الغمد العصبي	- عناصر عصبية
	الورم الليفي العصبي	
الغرن العضلي الأملس (ليوميوساركوما)	الورم العضلي الأملس (ليوميوما)	- عضلات ملساء
الغرن العضلي الليفي (فيروميوساركوما)	الورم العضلي الليفي (فيروميوما)	
الورم الوعائي الدموي حول الخلية	الورم الوعائي الدموي (هيماتيوما)	- نسيج وعائي

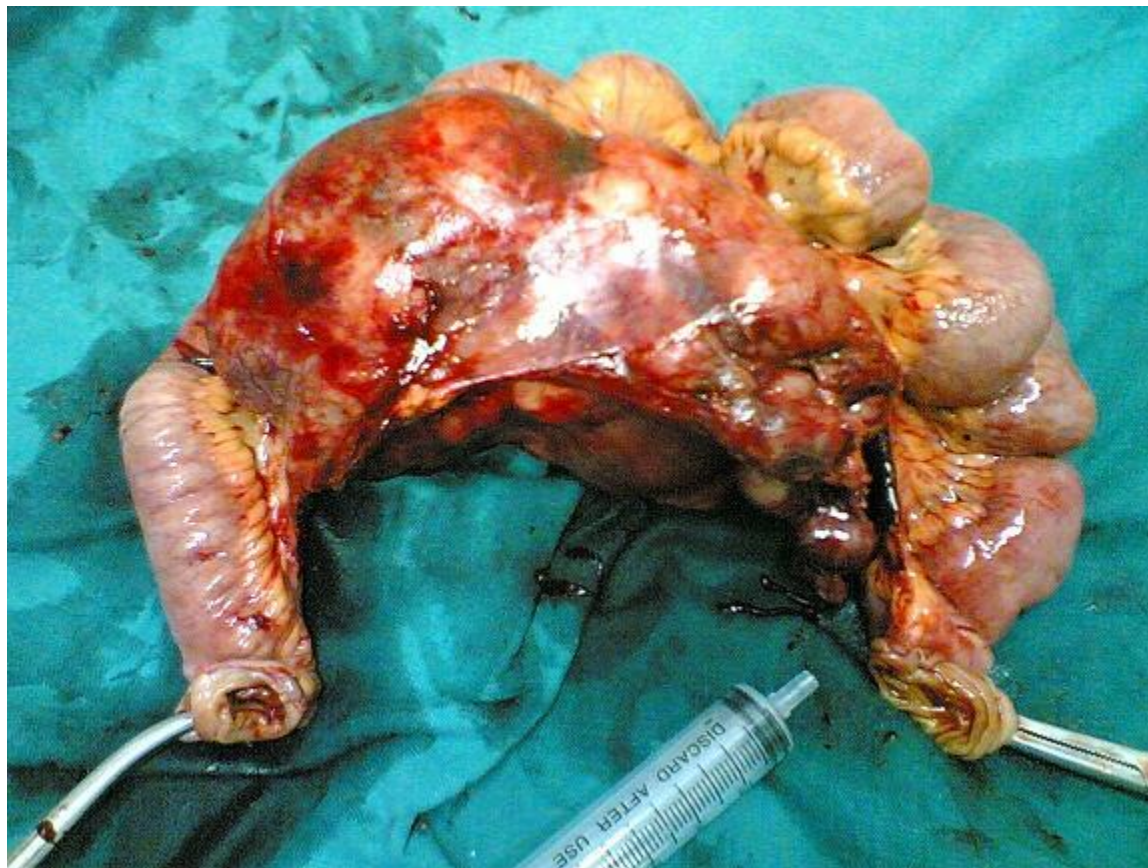




الأعراض: ربما تكون لاعرضية, جس كتلة, ألم بطني متقطع حاد أو مزمن, ن شهية, غثيان, إقياء, تعب, نقص وزن  
بالفحص: جس كتلة متحركة للأيمن والأيسر فقط (علامة **Tillaux**) وهذا مايفرقها عن الكتل الثربية المتحركة في كل الإتجاهات  
التشخيص يتم تأكيده بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية أو المقطعي المحوسب أو الرنين المغناطيسي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



# ليمفوما





## آفات الحيز خلف الصفاق

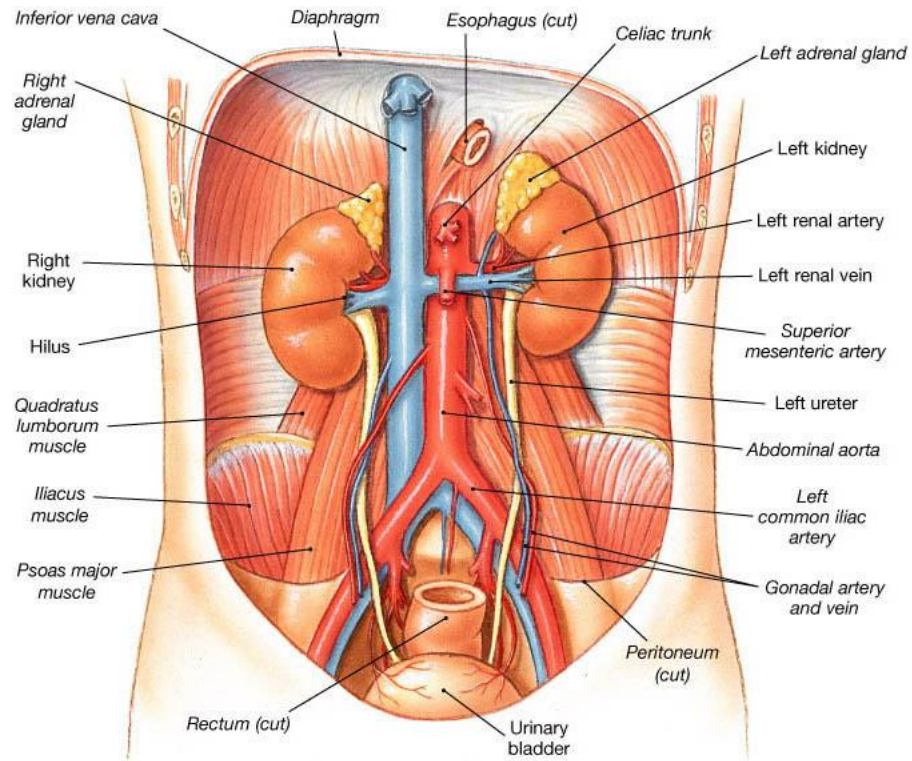
يعرف بأنه المسافة بين الصفاق الحشوي (الخلفي) في الأمام وجدار البطن الخلفي في الخلف, ويحده من الأعلى الحجاب الحاجز ومن الخلف العمود القطني والعضلتين القطنيتين والمربعتين القطنيتين, ومن الأسفل برافعتي الشرج. وإن حدوده الأمامية (المتشكلة من الصفاق الحشوي كما ذكرنا) شديدة التعرج وتمتد بين المساريقا والأمعاء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

# Retroperitoneum

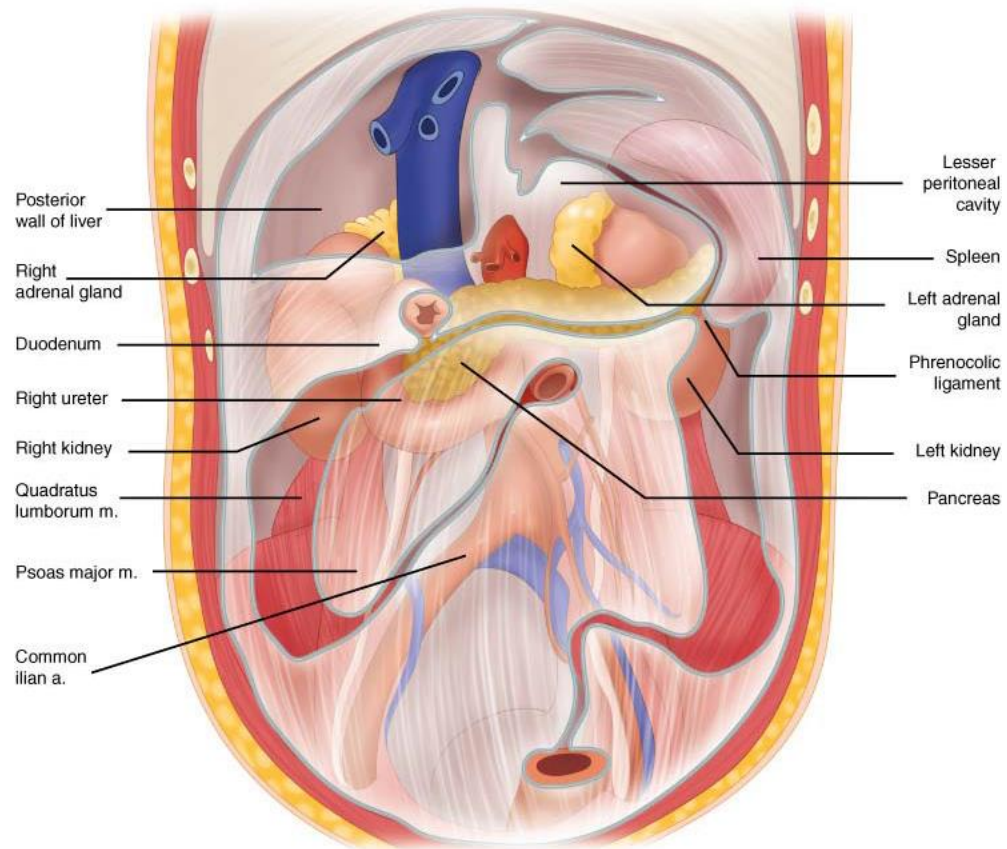
محتوياته: الكليتين, الحالبين, المثانة, البنكرياس, القطعة الثانية والثالثة للعفج, الكظران, القولون الصاعد, القولون النازل, الثلثين العلويين للمستقيم, الأبهـر البطني, الأـجوف السفلي, الأوعية الحرقفية, الحويصلين المنويين, الأسهر, صهريج الكيلوس. القسم العلوي للمهبل, الأعصاب القطنية, نسيج شحمي

**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)

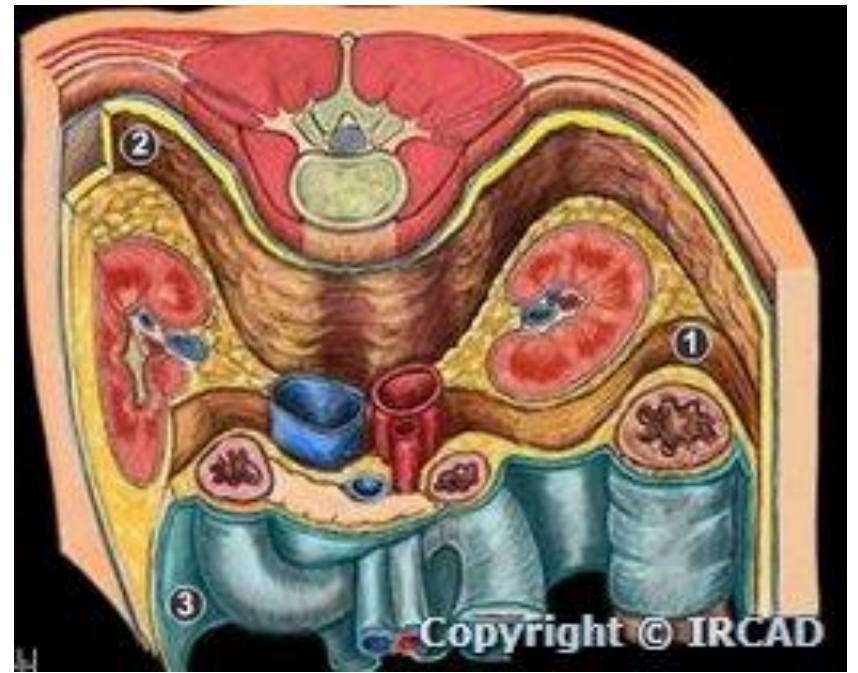
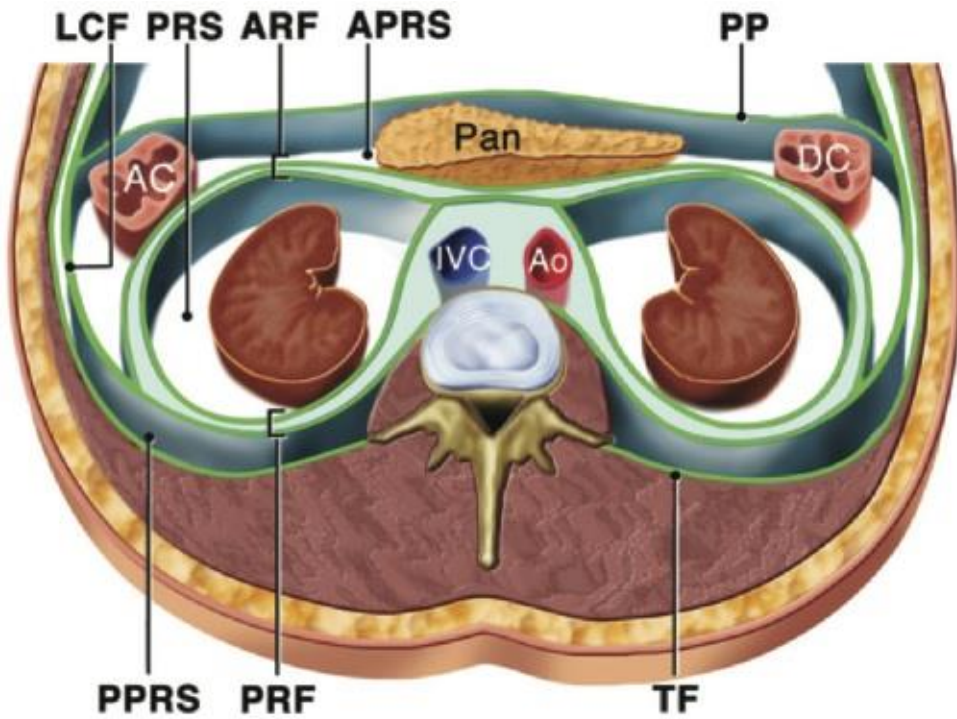


(a) Anterior view



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.



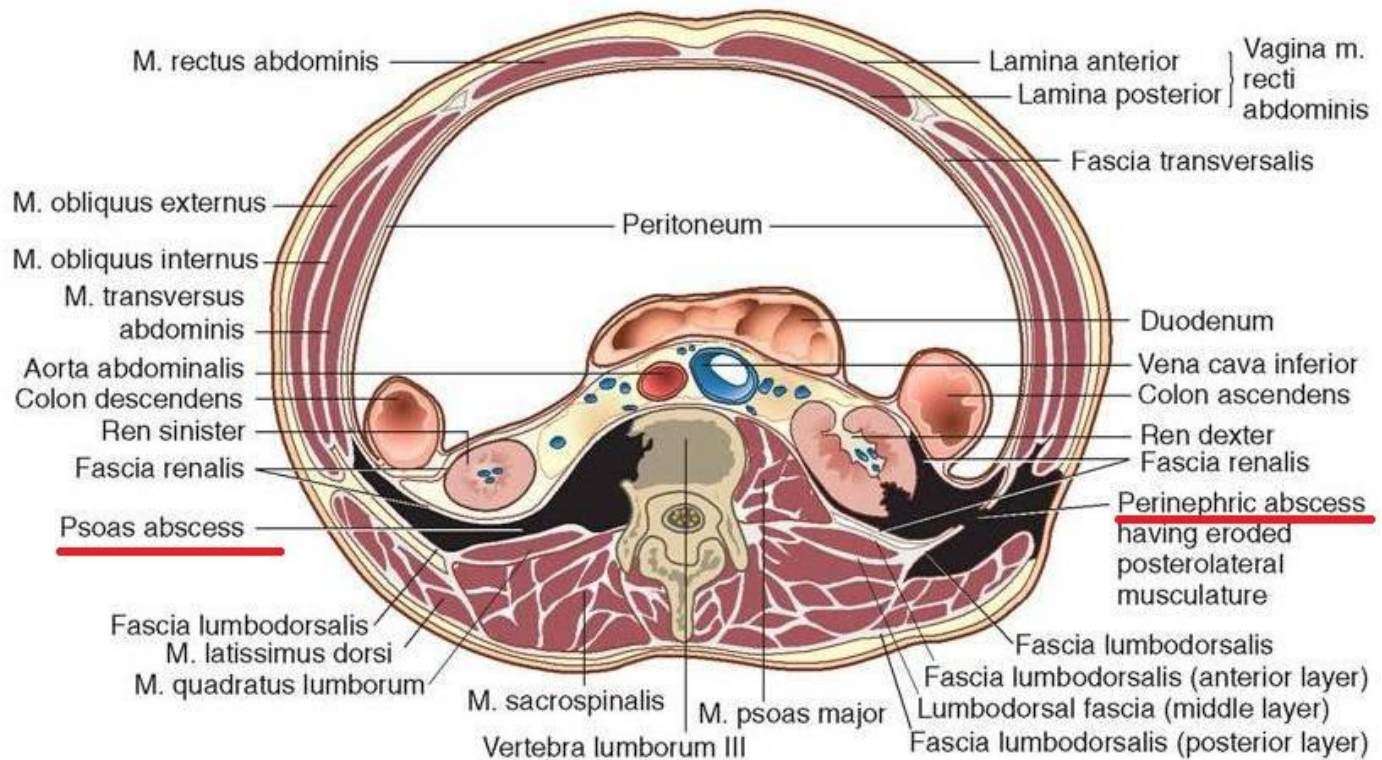


# Retroperitoneal abscesses

## الخراج خلف الصفاق

المصدر

من الكلية: التهاب حويضة حصة كلية  
وتسببه سلبيات الغرام كالمقلبات  
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

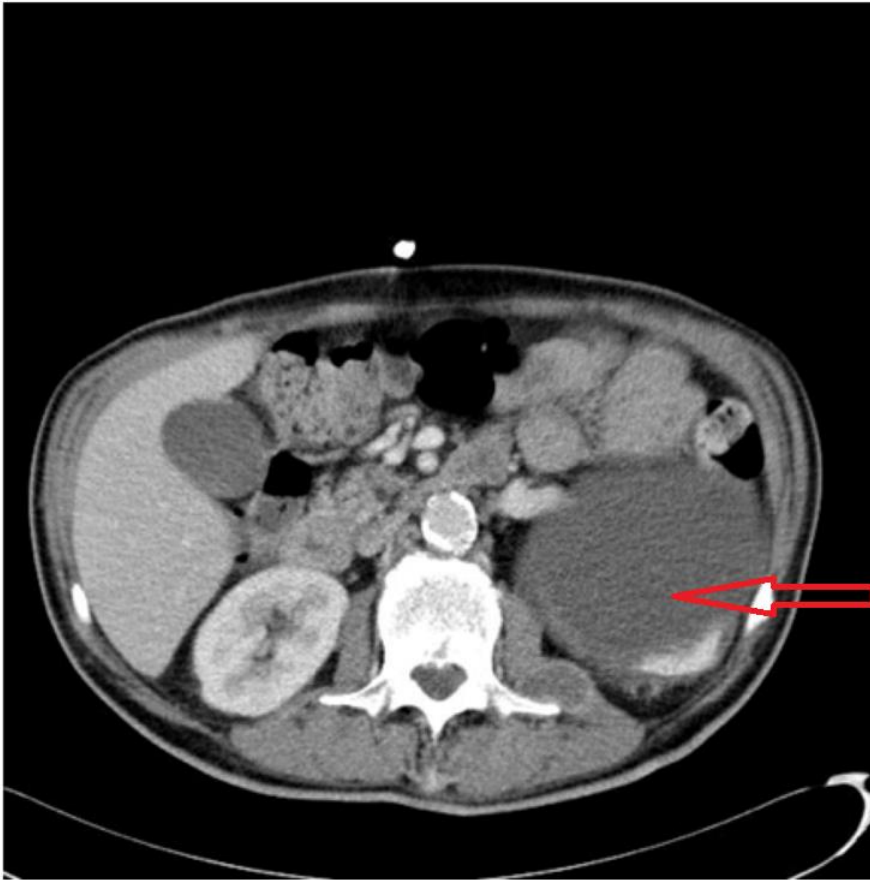


**FIGURE 45-15** Anatomic relationships of retroperitoneal abscesses to surrounding structures. A psoas abscess (*left*) and perinephri are shown (*right*). (From McVay C: Anson and McVay's surgical anatomy, ed 6, Philadelphia, 1984, WB Saunders, p 735.)

الأعراض والعلامات: ألم بطني او خاصرة, حرارة وعرواء, دعث, 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

The most common **symptoms** of retroperitoneal abscesses include abdominal or flank pain (60% to 75%), **fever and chills** (30% to 90%), **malaise** (10% to 22%), and **weight loss** (12%). Patients with psoas abscesses may have referred pain to **the hip, groin, or knee**..  
CT demonstrates a low-density mass in the retroperitoneum, with surrounding inflammation. **Gas** may be present in as many as one third of these lesions. **CT** provides important information regarding the location of the abscess and its relationship to contiguous organs—hence, likely sources of the infection.

# PSOAS AB.



العلاج:صادات مع نرح عبر الجلد موجه بالمقطعي المحوسب,أما النرح الجراحي بشق قطني فلانلجأ 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)

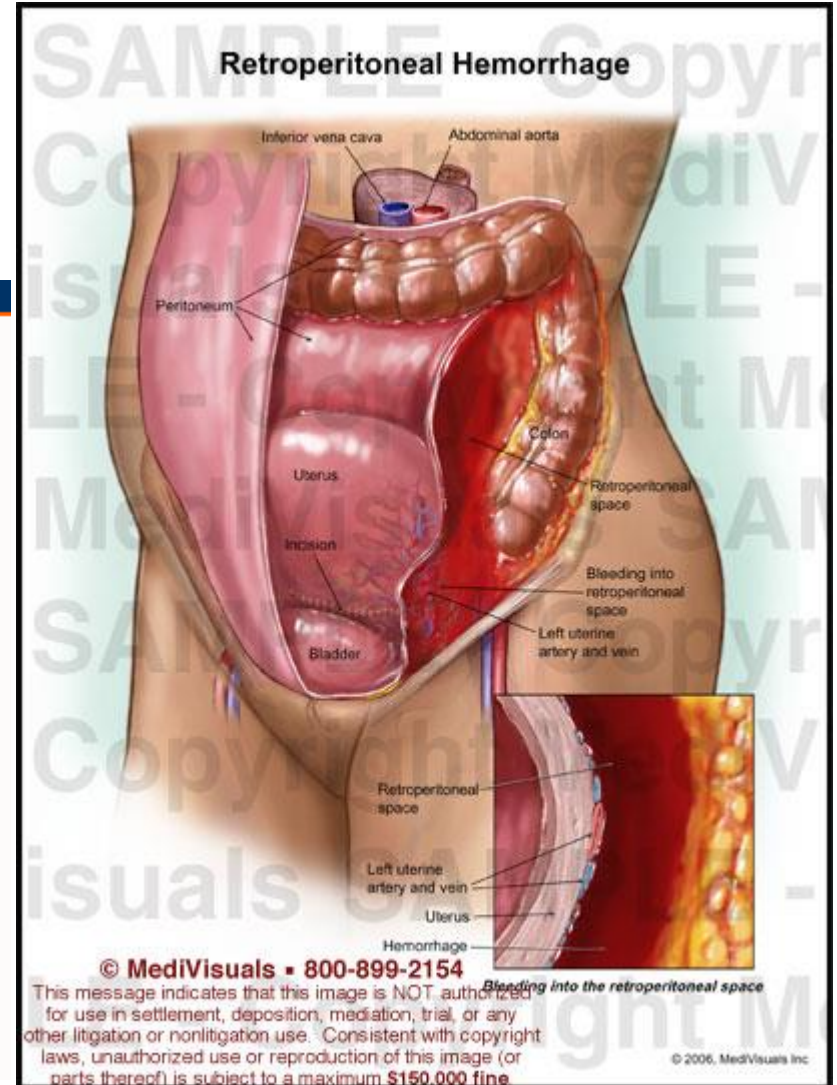
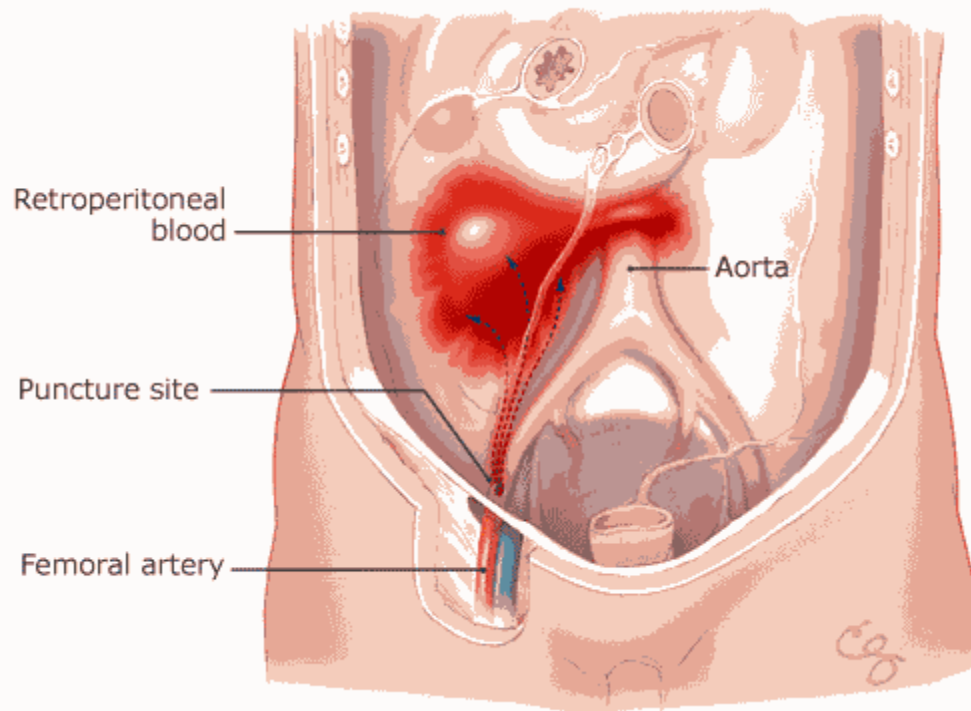
الأعراض: ألم بطن أو خاصرة ييمتد للمغبن أو الصفن أو الشفر الكبير, علامة  
كولن, علامة غري تورنر. قد تجس كتلة,حالة صدمة حجم إذا كان النزف سريعا أو  
كبيرا

### Retroperitoneal Hematomas

Retroperitoneal hematomas usually occur after blunt or penetrating  
injuries, in the setting of abdominal aortic or visceral  
artery **aneurysms**, or after acute or chronic **anticoagulation** or  
Patients present with **abdominal or flank pain**, which may  
radiate into the **groin, labia, or scrotum**. Clinical evidence of  
**acute blood loss** may be present, depending on the volume of  
blood lost and the rapidity with which the patient bled. A  
palpable **abdominal mass** may be present.



Medscape® www.medscape.com







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

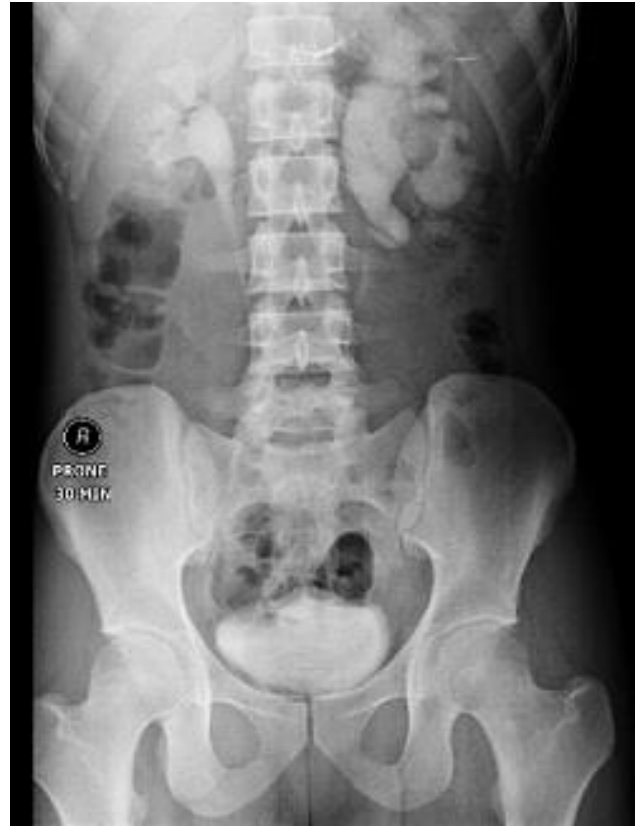
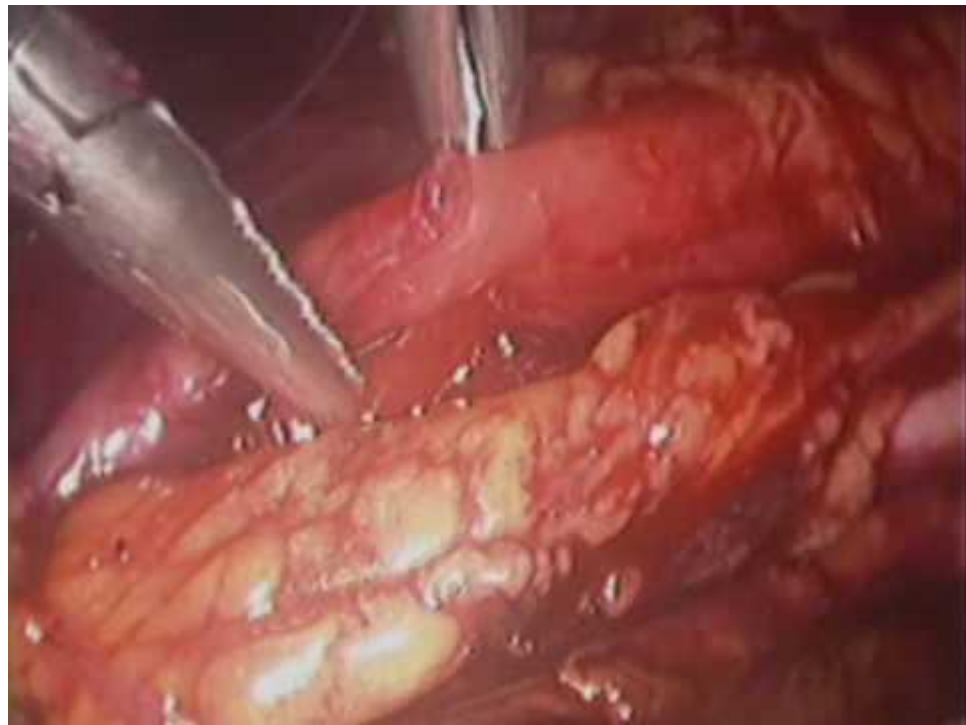
## التليف خلف الصفاق

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 طفين سفليين, وغالبا ما يتأخر التشخيص لحين تطور قصور كلوي ناجم عن انسداد حالبين

التشخيص: بالتصوير المقطعي المحوسب , الخزعة في الحالات المشكوك فيها أوفي  
حال الشك بإنتان أو خباثة  
التشخيص التفريقي: يجب تفريقه عن جميع حالات الكتل خلف الصفاق أو لقصور  
الكلوي الإنسدادي

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.  
وحديثاً يجرى 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 البيريتوان.

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	-
	العصبوم العقدي ganglioneuroma	ورم الأرومة الودية (ورم الأرومة العصبية)
		الورم الحليبي chordoma
العضل المحطط	ورم العضل المحطط	الغرن العضلي المحطط (رايدوميوساركوما)
النسيج المخاطي	الورم المخاطي myxoma	الغرن المخاطي myxosarcoma
النسيج الوعائي	الورم الوعائي الدموي	الورم الوعائي الدموي حول الخلية الخبيث
نسيج الظهارة المتوسطة	-	ورم الظهارة المتوسطة mesothelioma
اللحمة المتوسطة	-	ورم اللحمة المتوسطة mesenchymoma
النسيج الكروموسافيني عناج الكظر	ورم القواتم الحميد (فيوكروموسيتوما)	ورم القواتم الخبيث malignant pheochromocytoma
النسيج الغدي	الورم الغدي (أدينوما)	الكارسينوما
بقايا جنينية	كيسات كلوية المنشأ	ورم الحيد (الحرف ridge) البولي التناسلي
بقايا حلوية	نظير الجلد dermoid	الورم المسخي (تيراتوما teratoma)
متفرقات	ورم حبيبي أصفر xanthogranuloma	ورم الغشاء الزليلي synovioma
		ورم خللي إنتاشي dysgerminoma
	السورام الليفيسي المفرط aggressive fibromatosis	أورام خبيثة غير مميزة



## أورام خلف الصفاق الخبيثة

1. من أورام خارج محفظة 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

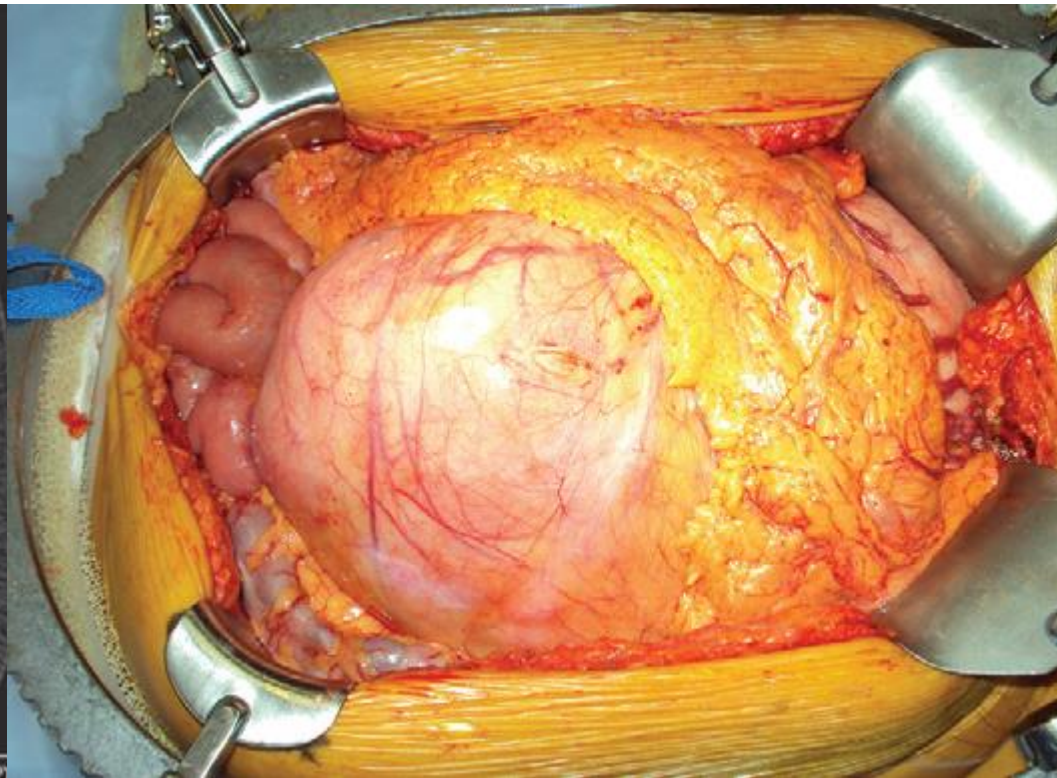
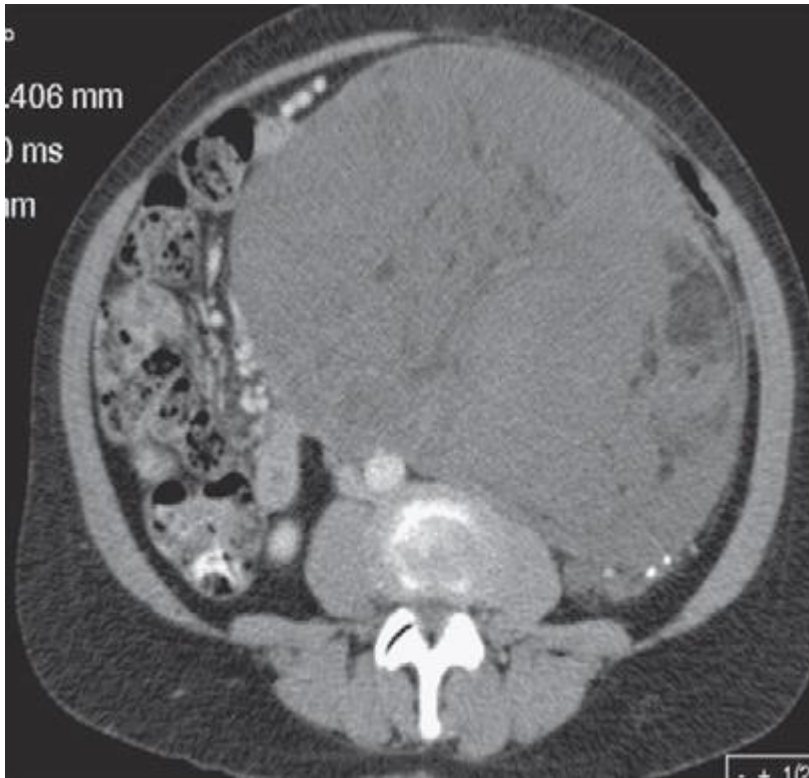
## الساركومة

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 عصبي: 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 .

3. عن طريق الدم: من بؤرة إنتانية بعيدة

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



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

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 ويرافق ذلك انصباب  
مصلي, وفي مرحلة لاحقة تلتحم الدرينات مشكلة خراجات موضعة, ثم يتشكل نسيج  
ليفى (التصاقات) بين العرى المعوية

# ACUTE ABDOMEN

البطن الحاد هو اضطراب مفاجيء غير رضي تظاهراته الرئيسية في البطن, يستدعي التدبير السريع طبيا أو جراحة إسعافية, وينجم عن تأخير التدبير أختلاطات خطيرة

An “acute abdomen” denotes any sudden, spontaneous, •  
**nontraumatic** disorder whose chief manifestation is in the abdominal area and which urgent operation may be necessary. Because there is frequently a progressive underlying intra-abdominal disorder, undue delay in diagnosis and treatment adversely affects outcome.

- 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, لانزف 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 البطاني الرحمي endometriosis
- تمزق أم دم أبهر بطني.
- الإقفار المساريقي الحاد.
- التهاب الصفاق البدئي.
- الخراجات البطنية.
- التهاب الصفاق الدرني.
- النزف خلف الصفاق.



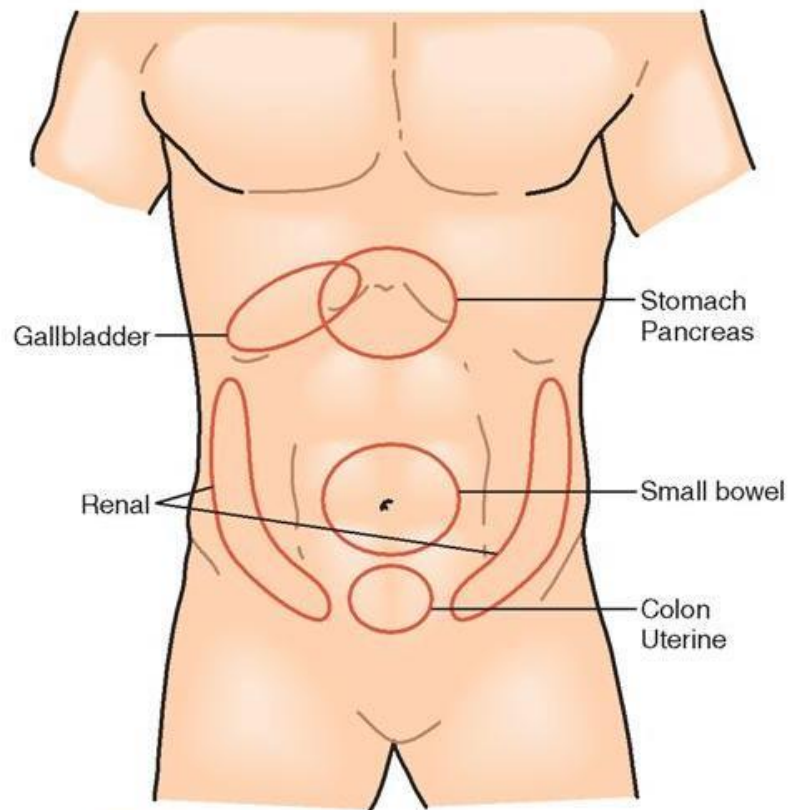
- اليوريمية.
- نوبة سكرية.
- البورفيريا.
- حمى البحر الأبيض المتوسط.
- فقر الدم المنجلي.
- الإبيضاض الحاد.
- التسمم بالرصاص.
- الهُزْبَسُّ النُّطَاقِيّ herpes zoster

# 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

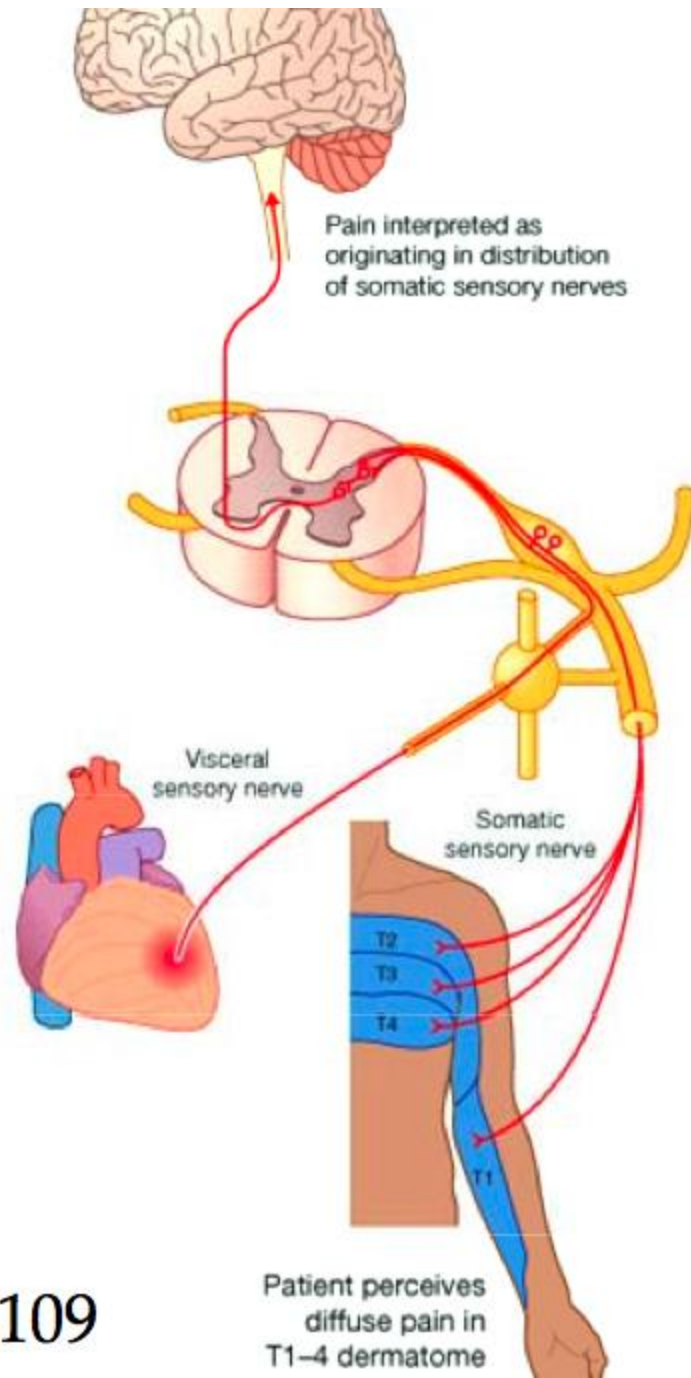
• Referred pain

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

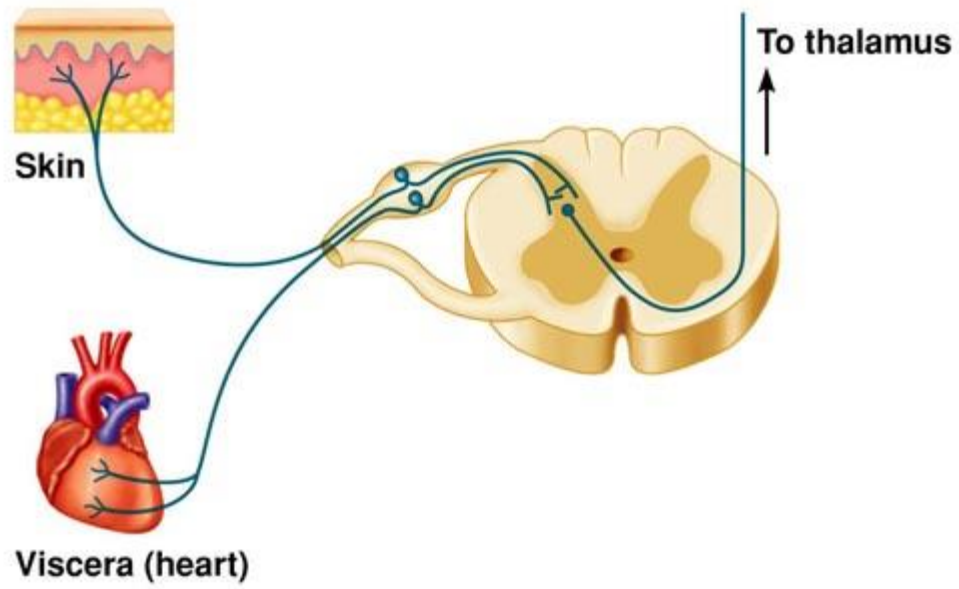
• 1.الألم الرجيع الحشوي:كما قلنا سابقا الألم الحشوي عموما يُشعر به على الخط الناصف ولكنه عندما يكون قويا يُشعر به جانبيا بعيدا عن الخط الناصف والعضو المصاب وكأنه ألم جسدي وارد من قطاع dermatome جلدي يتشارك حسيا بنفس الشداف الشوكية لذلك العضو,وبالمثال يتضح المقال:

• 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:



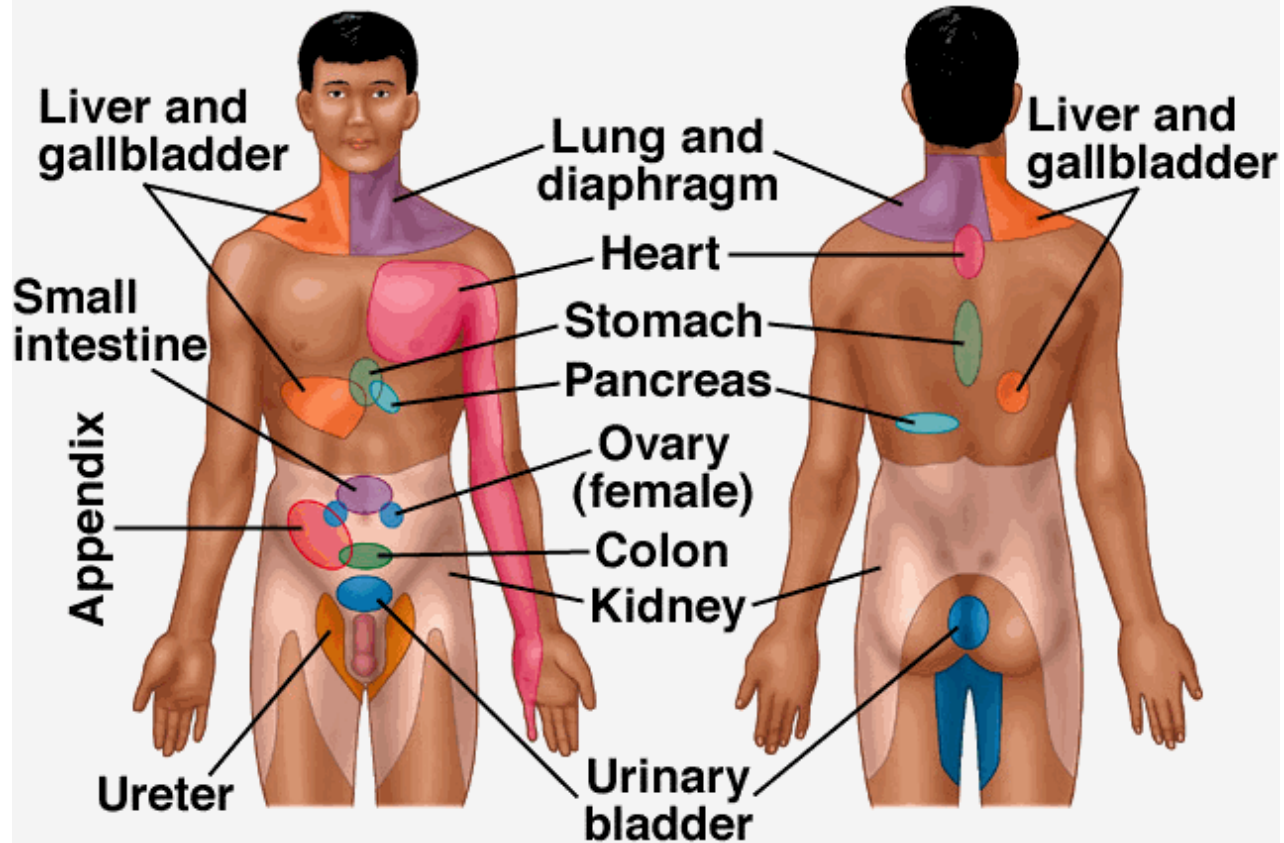
3.109



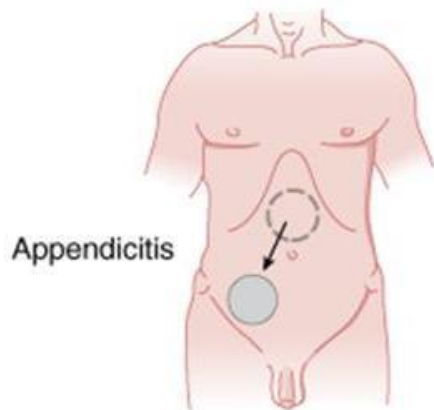
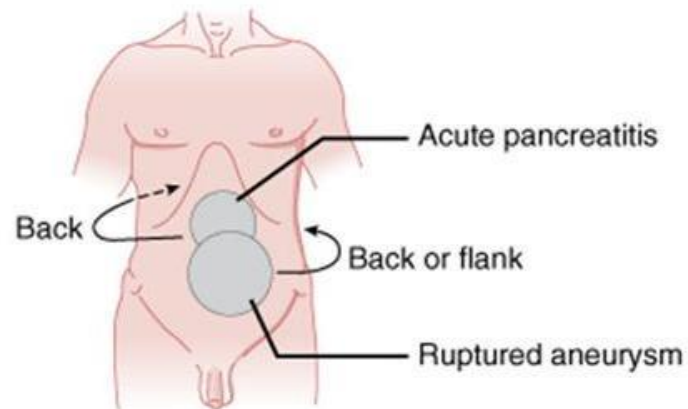
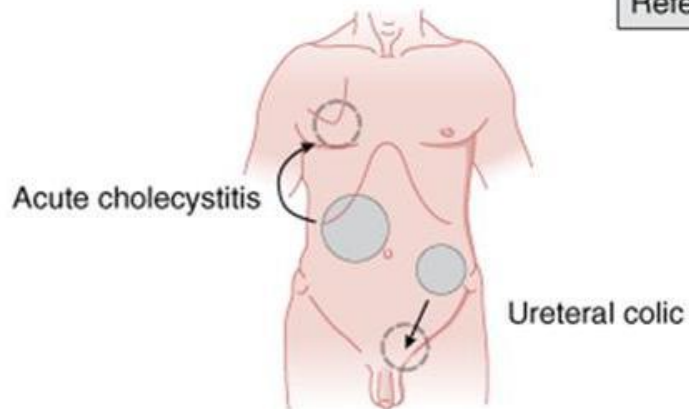


Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. Permission required for reproduction or display.

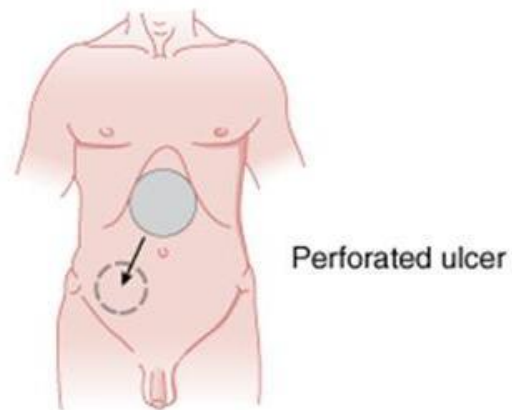
# Referred Pain Regions



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 القلبية 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.

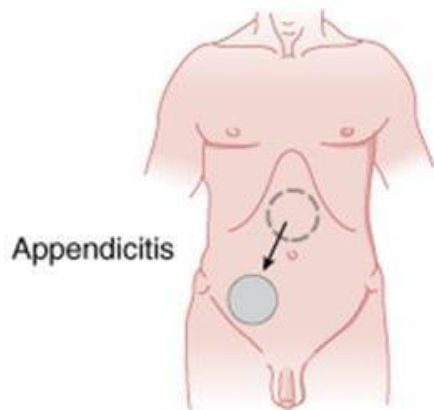
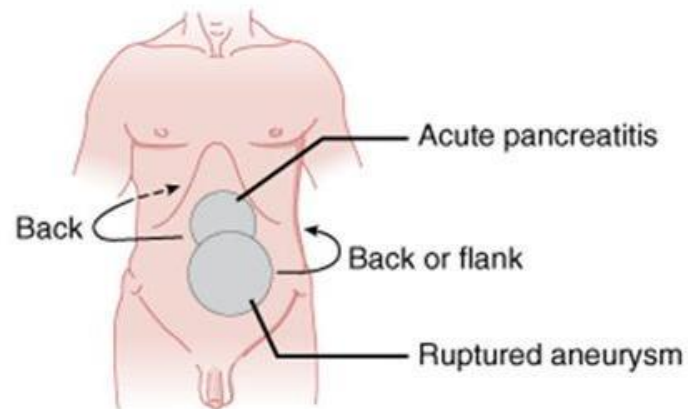
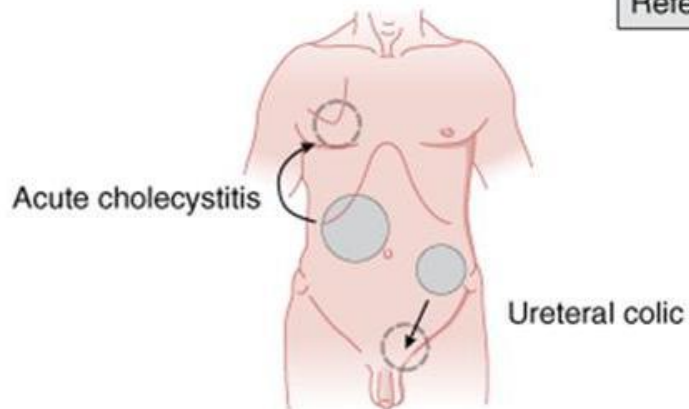
الألم الرجيع الجسدي: يسبب التهاب المرارة ألما حشويا صرفا في الشرسوف والمراق اليمنى, وعندما تتطور الحالة يحدث ألم جسدي موضع (غير رجيع) في المراق اليمنى ناجم عن تخريش الصفاق الجداري بالتماس, ويمكن لهذا التخريش أن يسبب ألما رجيعا, فإذا ما خرشت القسم المركزي من الصفاق الجداري تحت الحجاب (والذي يتعصب بالعصب 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 بألم 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

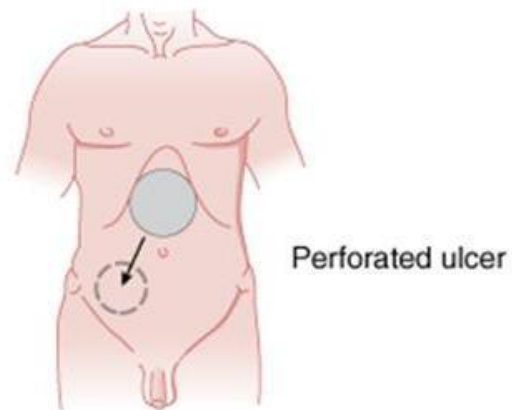
Shifting pain

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 .

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

– آفات التهابية : التهاب المعثكلة .

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

– 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:

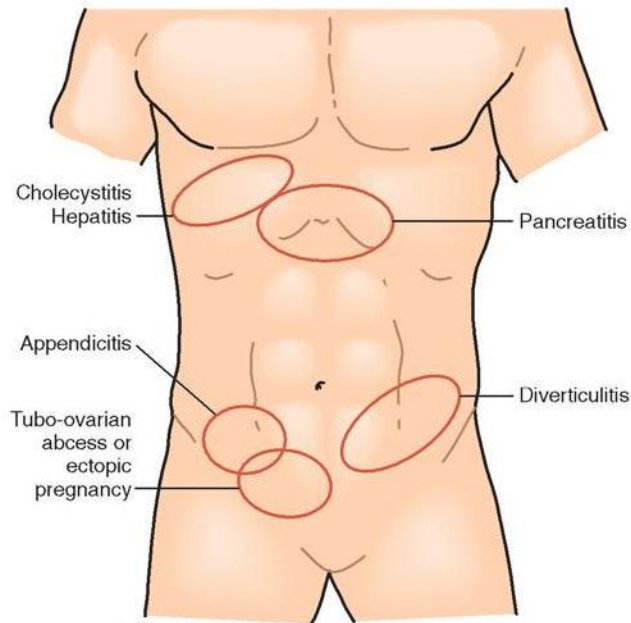
توضع الألم:

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

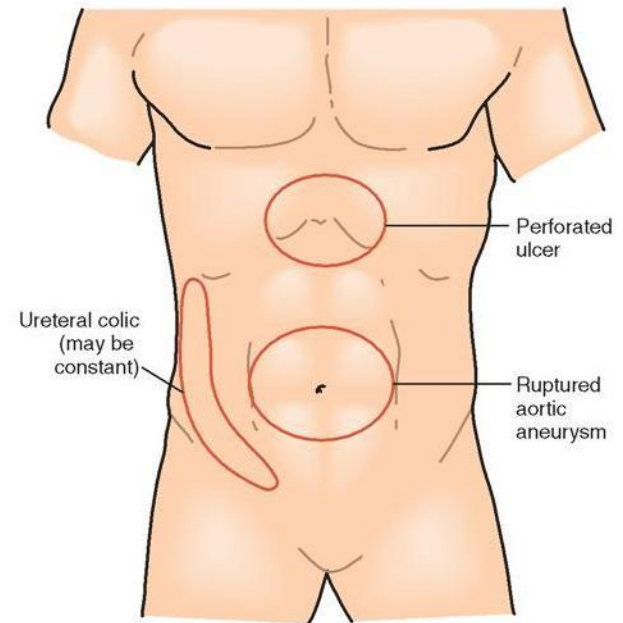
انتشارات الألم:

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

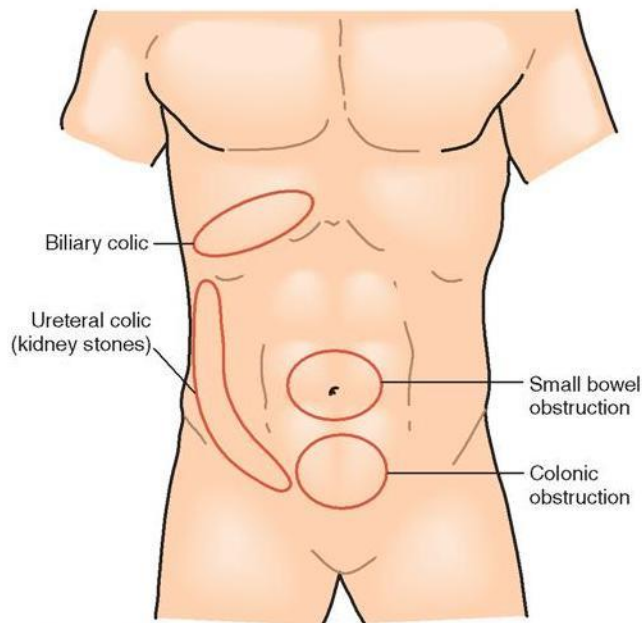
في التهاب الصفاق يزداد الألم بالحركة فنرى المريض ساكنا , بينما في المغص يتلوى آملا بأن يخف ألمه بالحركة.



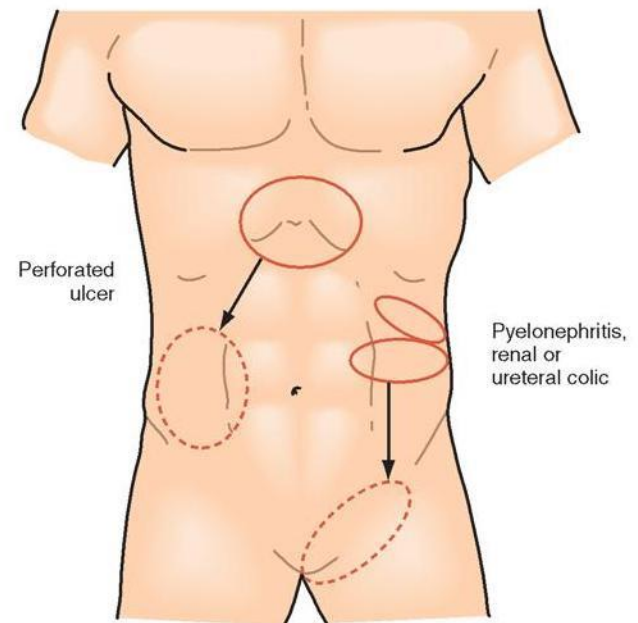
**FIGURE 47-2** Character of pain—gradual, progressive pain.



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



**FIGURE 47-3** Character of pain—colicky, crampy, intermittent pain.



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

الأعراض المرافقة :

الغثيان والإقياء : غالباً ما ترافق الألم البطني ، 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 ، 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

– 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 يمنى 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 في منتصف الدورة الطمثية.
- إن وجود جراحة بطنية سابقة لدى مريض يتظاهر بألم بطني قولنجي قد يشير إلى انسداد معوي تالي للالتصاقات أو الخبائثة أو الانحشار ضمن فتق اندحاقى :
- 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 أوالخاضعين 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



- 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 .
- -فحص البطن : يجب أن يكون شاملاً ومنظماً .
- - يجب أن يتم تأمل بطن المريض بحثاً عن التمدد أو وجود شقوق جراحية أو تبارزات(فتق) أو مناطق من الاحمرار .
- - قد يشير الإصغاء إلى سماع أصوات الأمعاء عالية اللحن الرنانة في حالة انسداد الأمعاء
- -القرغ:يكشف التطبل الناجم عن تراكم الغازات ضمن الأمعاء،أو الأصمية الناجمة عن وجود حبن.
- - الجس :
- - يتم بدء الفحص عند نقطة بعيدة عن موضع الألم .
- - يجب ملاحظة مواضع الإيلام والدفاع .
- - إن الألم غير المنتاسب 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 .



– 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.



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

التهاب البنكرياس الحاد

البطن لين أو دفاع موضع في الشرسوف  
يندر مشاهدته

ألم قطني مزدوج, أحيانا يرقان أو زرقة

الإنتقاب القرحي

دفاع معمم

ألم كتف كثير المشاهدة

غياب الأصمية الكبدية



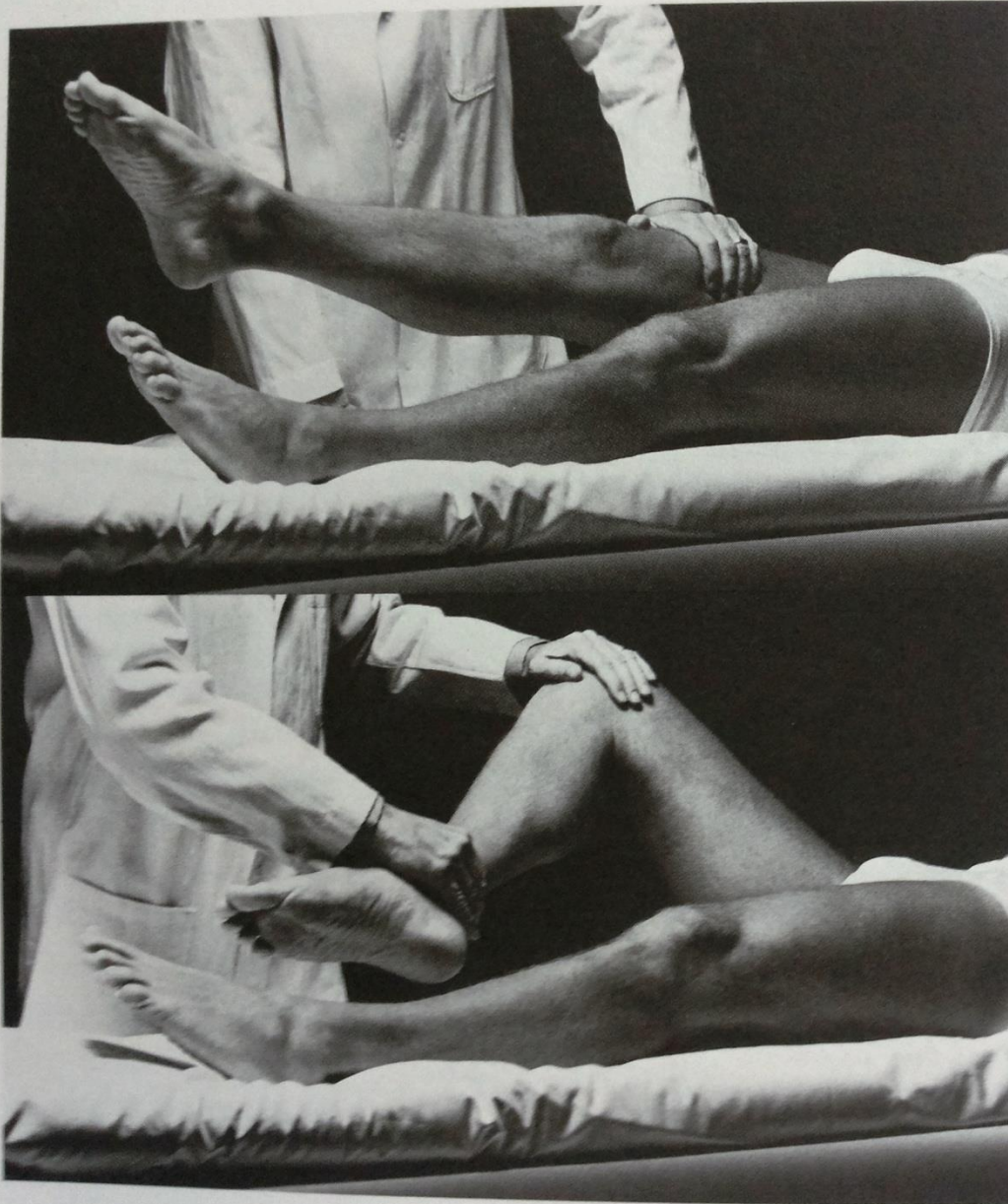
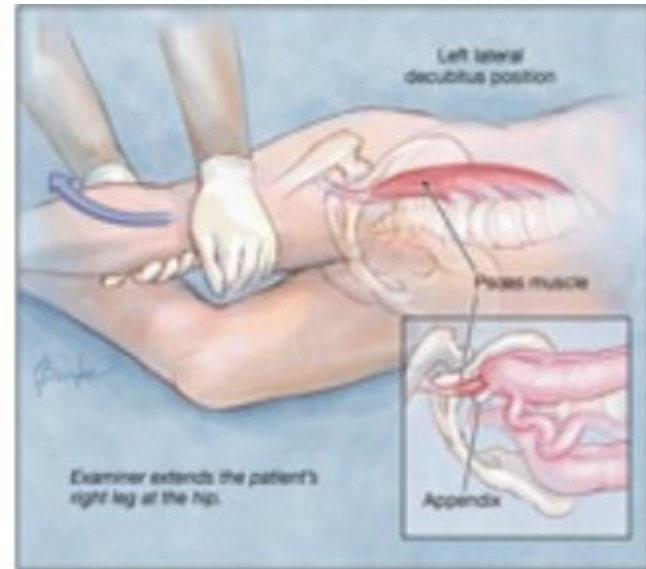


Fig. 1. *The iliopsoas test.* Irritation of the lateral iliopsoas muscle by an inflamed or perforated *extrapelvic* appendix causes the patient to flex the right thigh or to hold it rigidly extended. Pain is elicited when the supine patient attempts to flex the thigh against the resistance of the examiner's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

Adapted from DeGowin, E. L. and DeGowin, R. L.<sup>4</sup>

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.<sup>4</sup>



## 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 :

آ - 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 .

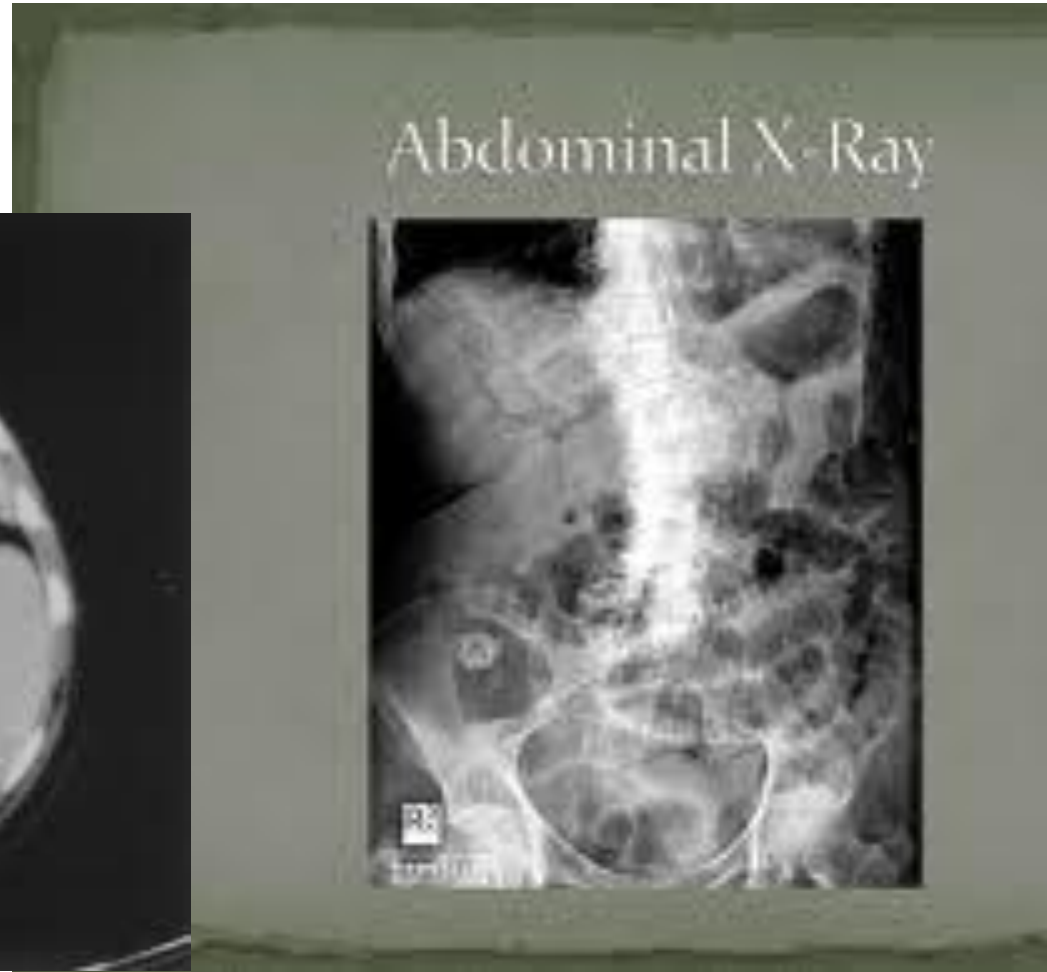
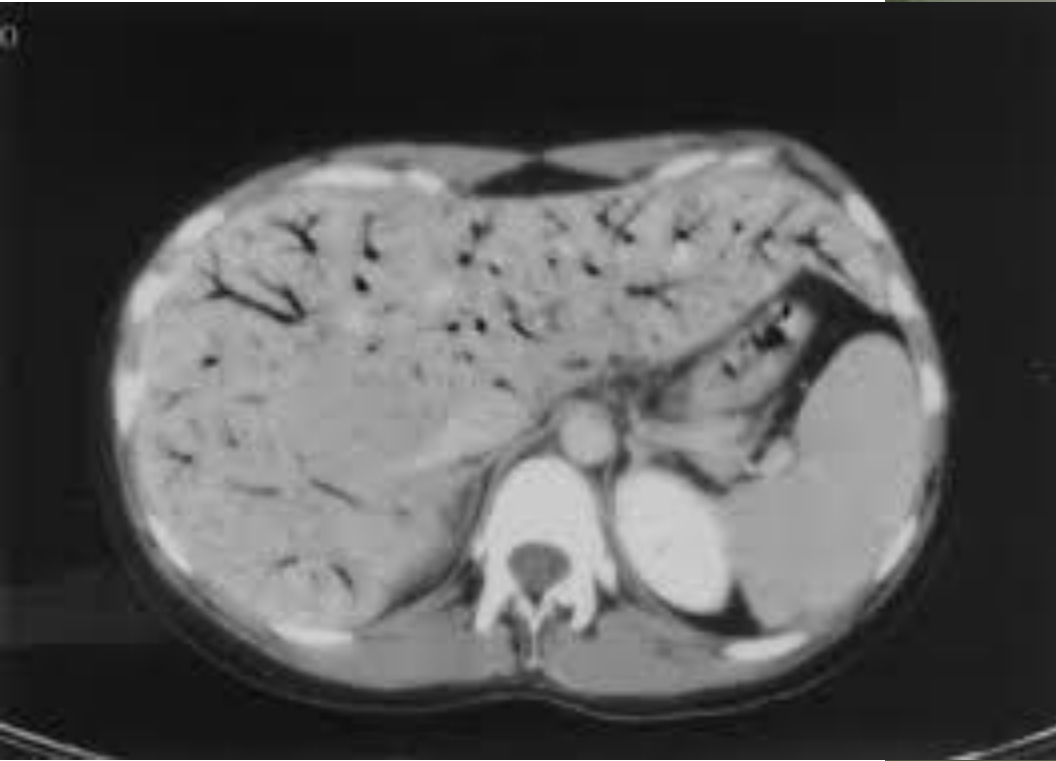
• 4. وجود هواء في وريد الباب يدل على التهاب الوريد البابي  
pylephlebitis, اختلاط من اختلاطات التهاب الزائدة وغيرها من الإنتانات البطنية.

• 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 .

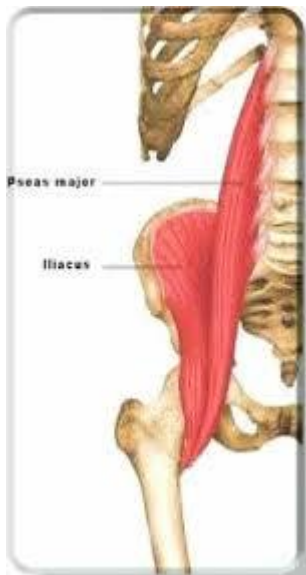
قد يشير التكلس في جدار الأبهر إلى وجود AAA .

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

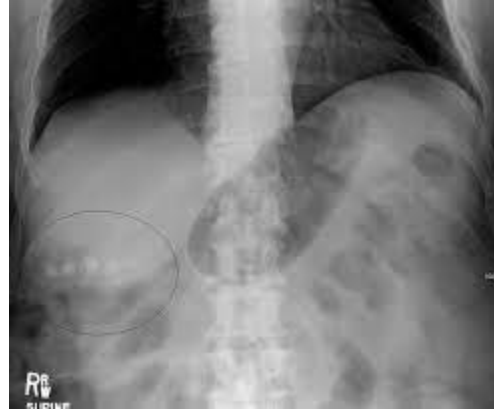


# حصاة برازية



سویات.

حصيات مرارة

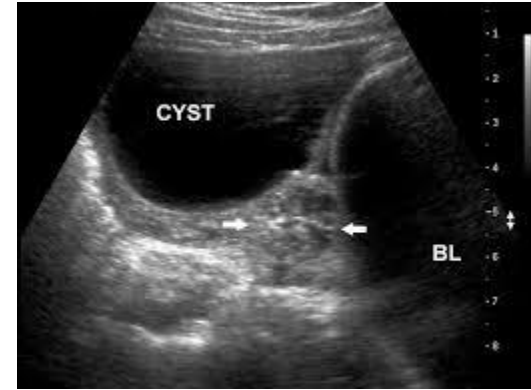
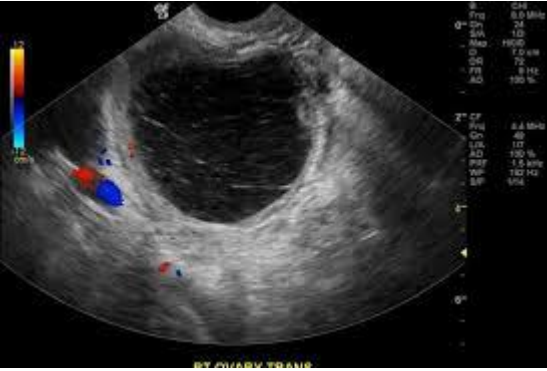


تکلس بنکریاس

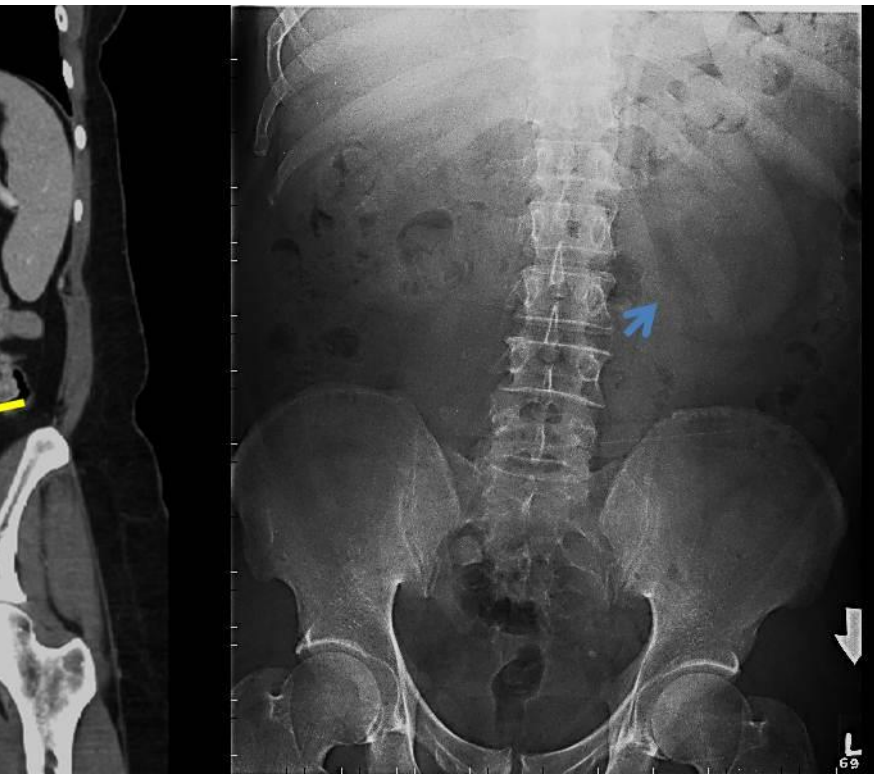


- ثالثاً: التصوير بالأمواج فوق الصوتية : وهو وسيلة سهلة وسريعة وقابلة للحمل ورخيصة نسبياً ولا تُعَرِّض المريض للأشعة, وعلى الرغم من أن دورها محدود في حالات البدانة ووجود غازات في الأمعاء ووجود هواء تحت الجلد, لكنها تزودنا بمعلومات تشخيصية قيمة في الكثير من الحالات:
- -يمكن كشف الحصيات المرارية لدى ما يقارب 90% من المرضى .
- -يساعدنا في تشخيص التهاب المرارة الحاد حيث نجد تسمكا 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 لدى المرضى المسنين ) ، والذي يشير إلى انسداد فيها بحصاة أو ورم .
- - كما يساعدنا في تشخيص التهاب الزائدة ، خاصة لدى الأطفال أو البالغين غير البدينين , وعند الحوامل.
- -تشخيص كيسات المبيض والحمل الهاجر.
- - التصوير بالأمواج فوق الصوتية الحوضي أو عبر المهبل : أيضا يساعدنا في تشخيص الآفات المبيضية أو الحمل الهاجر .

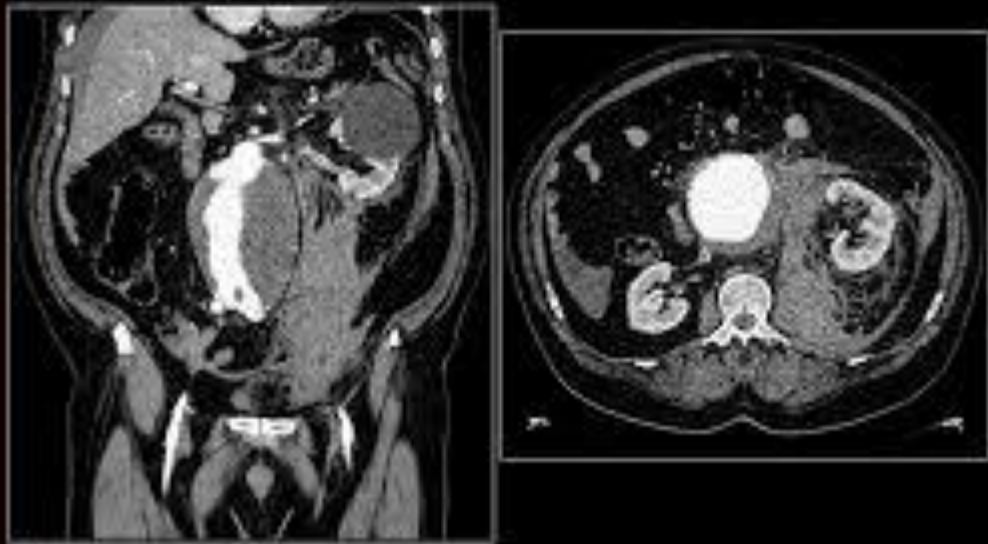
# كيسة مبيض مفتولة, لاتوعية على الدوبلر



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 بألم 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 وقد سبق ذكره .



**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 انتقاب 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).**

النهاية