

بررسی قدرت تشخیصی لاپاروسکوپی در دردهای حاد مبهم شکمی

فریبرز عشقی (M.D.)⁺ نجات حسینی (M.D.)^{**} مژگان جمشیدی (M.D.)^{***}

چکیده

سابقه و هدف: تعدادی از دردهای حاد شکمی، مبهم (Atypic) بوده و علائم و یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی موجود نیز، مشخص کننده بیماری خاصی نیستند و از طرفی، ضرورت انجام جراحی را هم نمی‌توان اثبات کرد. در این‌گونه موارد که تشخیص مبهم و روش‌های تشخیصی موجود کم‌کننده نیستند، احتمالاً لاپاروسکوپی تشخیصی می‌تواند روش موثری برای یافتن پاتولوژی‌های داخل شکم، باشد. این مطالعه به منظور بررسی قدرت تشخیصی لاپاراسکوپی در بیماران مراجعه کننده با دردهای حاد مبهم شکم، به بیمارستان امام خمینی (ره) ساری انجام شده است.

مواد و روش‌ها: نمونه‌های مورد پژوهش 28 بیمار بودند که (اردیبهشت تا اسفند سال 1380) به علت دردهای مبهم شکمی به اورژانس جراحی بیمارستان امام مراجعه کردند و بعد از گرفتن شرح حال کامل و انجام معاینات بالینی و اقدامات پاراکلینیکی لازم به تشخیص قطعی نرسیده و به مدت 18-24 ساعت تحت نظر قرار گرفتند، بعد از این مدت، در صورتی که به نتیجه و یا اندیکاسیون لازم برای عمل جراحی نرسیدند، لاپاروسکوپی تشخیصی انجام گردید. مشاهدات و اقدامات انجام شده در حین لاپاروسکوپی ثبت و کلیه نمونه‌های پاتولوژیک برداشته شده جهت بررسی و تأیید تشخیص به آزمایشگاه فرستاده شد، نتایج حاصله، با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و حساسیت، ویژگی و قدرت پیشگویی کنندگی مثبت و منفی آزمون محاسبه شد.

یافته‌ها: از 28 بیمار مورد مطالعه 55/5 درصد زن و میانگین سنی نمونه‌ها $31/23 \pm 15/16$ سال بود. حساسیت لاپاراسکوپی در تشخیص ضایعات داخل شکمی 84/6 درصد، ویژگی آن 85/7 درصد، قدرت پیشگویی مثبت آن 91/6 درصد و قدرت پیشگویی کنندگی منفی آن 75 درصد بود. همچنین حساسیت لاپاروسکوپی در تشخیص آپاندیسیت حاد 75 درصد و ویژگی آن 85/7 درصد، قدرت پیشگویی مثبت 85/7 درصد و قدرت پیشگویی منفی 75 درصد بود.

استنتاج: لاپاروسکوپی می‌تواند در تشخیص دردهای مبهم شکمی به ویژه در مواردی که اقدامات کلینیک و آزمایشات غیرتهاجمی، تشخیص قطعی را مشخص نکرده‌اند، کمک کننده بوده و از اتلاف وقت و هزینه و انجام لاپاروتومی‌های بی‌مورد و عوارض آن، همچنین از تأخیر در تشخیص بیماری‌های خطرناک بکاهد.

واژه‌های کلیدی: لاپاروسکوپی، شکم حاد، درد

مقدمه

دردهای حاد مبهم شکمی (atypical)، دردهایی هستند که علی‌رغم انجام معاینات دقیق و گرفتن شرح حال کامل و بررسی‌های اولیه آزمایشگاهی و

گرفتن در بخش اورژانس و تکرار

پاراکلینیک و همچنین تحت نظر

*متخصص جراحی عمومی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران + * ساری :
 خیابان امیر مازندرانی- مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)
 **متخصص جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
 *** پزشک عمومی

تاریخ دریافت: 84/2/10

تاریخ تصویب: 84/5/22

می‌گیرد، ارزش زیادی در تشخیص دقیق‌تر وزودرس بیماری خواهد داشت (3) و در مواردی که لاپاروسکوپی با بی‌حسی لوکال و یا ژیونال انجام شود نسبت به لاپاروتومی تشخیصی که روش تهاجمی‌تر و صد در صد به بیهوشی عمومی دارد، دارای عوارض و هزینه کم‌تری است (9،7،5).
 لاپاروسکوپی تشخیصی از سال 1972 در کشورهای توسعه یافته مورد استفاده قرار گرفت (3). اما در خصوص قدرت تشخیصی لاپاروسکوپی در دردهای حاد شکمی اتیپیکال اختلاف نظر وجود دارد و مطالعات مختلف گزارشات متفاوتی را از آن ذکر کرده‌اند (14 و 9 و 7 و 5).
 این مطالعه به منظور بررسی قدرت تشخیصی لاپاروسکوپی در دردهای حاد و مبهم شکمی در بیمارستان امام ساری انجام گرفته با این امید که این روش بتواند با تشخیص زودرس و درمان مناسب این‌گونه بیماران، سبب کاهش هزینه‌ها و جلوگیری از تاخیر در تشخیص بیماری‌های خطرناک شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بر روی 28 بیمار (اردیبهشت تا اسفند سال 1380) که به بخش اورژانس بیمارستان امام ساری مراجعه کردند انجام شد. همه موارد مراجعه با دردهای اتیپیکال شکمی بوده و بعد از شرح حال و معاینه بالینی و انجام اقدامات تشخیصی مانند کامل ادرار، شمارش گلبول‌های سفید، سونوگرافی، گرافی

اقدامات فوق به تشخیص قطعی و یا احتمالی نرسیده باشند. این دردها حدود 13-40 درصد بیماران بستری در بخش‌های اورژانس جراحی را تشکیل می‌دهند (1).

بعضی از بیماری‌ها و پاتولوژی‌های حاد داخل شکمی علام و یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی بارز و مشخص بیماری مربوطه را نداشته و از طرفی ضرورت انجام جراحی را هم نمی‌توان اثبات نمود، که باعث سردرگمی جراح در تصمیم‌گیری به اقدامات جراحی، یا ادامه تحت نظرگرفتن می‌شود، و یا حتی با تشخیص درد غیر اختصاصی شکم non specific abdominal pain ممکن است بیمار از بیمارستان ترخیص گردد، و تعدادی نیز مکرراً به بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه و بستری می‌شوند (2،1).

در حال حاضر راه‌های تشخیصی دردهای حاد مبهم شکمی علاوه بر معاینات دقیق و گرفتن شرح حال، شامل: کامل ادرار، شمارش گلبول‌های سفید، اندازه‌گیری اوره و الکترولیت‌های سرم و رادیوگرافی و انجام تست بارداری در خانم‌های در سنین باروری می‌باشد (1)، همچنین از روش‌های غیرتهاجمی مانند سونوگرافی، ام.ا.ر.آی، سی‌تی اسکن نیز استفاده می‌گردد (3).
 در صورتی‌که روش‌های فوق نتواند به تشخیص قطعی این‌گونه بیماران کمک کند لاپاروسکوپی تشخیصی می‌تواند کمک‌کننده باشد (8،2). از آنجایی‌که این روش زیر دیدمستقیم جراح انجام

توسط يك پاتولوژیست گزارش شد. در نهایت کلیه مشاهدات و نتایج ثبت و قدرت تشخیصی لاپاروسکوپ در مقایسه با تست استاندارد موجود (پاتولوژی) تعیین گردید.

تجزیه و تحلیل آماری به وسیله نرم افزار SPSS و قدرت تشخیصی آزمون (حساسیت و ویژگی) و قدرت پیشگویی‌کنندگی مثبت و منفی محاسبه شد.

یافته‌ها

از 28 بیمار مورد مطالعه 55/5 درصد زن و 44/5 درصد مرد، بامیانگین سنی 15/16+31/23 سال بودند.

متوسط زمان انجام لاپاروسکوپي 26 دقیقه بوده و هیچ‌گونه عوارض مانند عفونت ناحیه زخم و یا عوارض سیستمیک در بیمار به علت عمل لاپاروسکوپي مشاهده نشد. در 7 بیمار هنگام لاپاروسکوپي، تشخیص آپاندیسیت حاد داده شد، که 5 مورد با لاپاروسکوپ آپاندکتومی شده و 2 مورد به علت مشکل تکنیکی تبدیل به عمل بازگردند. در 8 بیمار هنگام لاپاروسکوپي، آپاندیس ظاهری نرمال داشت و در شکم یافته پاتولوژی دیگری مشاهده نشد، جهت تشخیص پاتولوژی، آپاندکتومی شدند. در 4 بیمار کیست تخمدان مشاهده شد که در 2 مورد با لاپاروسکوپي کوتریزاسیون، لاواژ و ساکشن شد و در 2 بیمار جهت ترمیم، روش جراحی باز انتخاب شد. در 2 بیمار انسداد روده تشخیص داده شد که تحت عمل جراحی باز قرار گرفتند، یک مورد انسداد به علت فتق ابتراتور بوده و یک مورد دیگر علایم و شواهد به نفع سل حفره شکم،

ساده شکم هیچ‌گونه تشخیص قطعی و اندیکاسیون برای جراحی باز نداشتند، این بیماران 18-24 ساعت تحت نظر قرار گرفتند، در این مدت نیز به تشخیص قطعی و یا به دلیل قانع کننده برای عمل جراحی باز نرسیده و در صورت پایدار بودن علایم برای انجام لاپاراسکوپي تشخیصی با بی‌حسی موضعی و یا بیهوشی عمومی در نظر گرفته شدند کلیه مراحل عمل جراحی لاپاروسکوپي توسط دو جراح عمومی انجام شد.

در ابتدا از ناحیه ناف با روش Hossen پنوموپریتوئن با گاز (CO2) به میزان 2-4 لیتر و با فشار 14 سانتی‌متر آب ایجاد، سپس به وسیله پورت 10 میلی‌متری در پایین ناف تلسکوپ مخصوص لاپاروسکوپي وارد شکم و تجسس داخل شکم انجام شد. در صورت مشاهده پاتولوژی و یا نیاز به نمونه‌برداری و یا عمل جراحی با لاپاروسکوپ، سایر پورتهای در نقاط استاندارد، وارد شکم و اقدامات لازم به وسیله لاپاروسکوپ انجام شد و در صورت نیاز به عمل جراحی باز، روش لاپاروسکوپي به لاپاراتومی تبدیل گردید.

در مجموع عمل لاپاروسکوپي بر روی 28 بیمار انجام و در 21 مورد نمونه بافتی به آزمایشگاه ارسال شد. با توجه به حساسیت و ویژگی گزارش شده از لاپاروسکوپي در مطالعات قبلی (حساسیت 99/3 درصد و ویژگی 83/3 درصد) (7)، حداکثر خطا در تخمین حساسیت 0/038 خواهد بود که خطای قابل قبولی است. نمونه‌های بافتی جهت بررسی و تایید تشخیص به یک آزمایشگاه بافت‌شناسی ارسال و نتایج

همچنین حساسیت لاپاروسکوپی در تشخیص آپاندیسیت حاد 75 درصد و ویژگی آن 85/5 درصد بوده و هم چنین قدرت پیشگویی مثبت و منفی آن به ترتیب 85/7 درصد و 75 درصد به دست آمد.

بحث

در مطالعاتی که (2000-1990) در مورد دردهای حاد شکمی تیپیک (با علامت مثبت تحریک پریتونئن) Pritoneal sign انجام شده است، حساسیت لاپاروسکوپی در تشخیص دردهای حاد شکمی بالای 90 درصد و ویژگی آن بیشتر از 85 درصد گزارش شده است (5-7 و 11-12). نکته مهم قدرت تشخیص لاپاروسکوپ در دردهای مبهم شکمی (بدون علامت واضح تحریک پریتونئن که 40-13 درصد بیماران بستری در بخش اورژانس را تشکیل می‌دهد) و به‌خصوص آپاندیسیت است که در صورت عدم تشخیص درست و تاخیر در تشخیص، ممکن است منجر به عوارض خطرناک و کشنده شود، لذا در مواردی که سایر اقدامات تشخیصی نتواند در این‌گونه موارد کمک‌کننده باشد، لاپاروسکوپ می‌تواند موثر واقع شود (1). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق، حساسیت لاپاروسکوپی جهت تشخیص دردهای حاد مبهم (atypical) شکمی 84/6 درصد و ویژگی آن 85/7 درصد می‌باشد، و همین‌طور قدرت پیشگویی‌کنندگی مثبت و منفی آن به ترتیب برابر 91/6 درصد و 75 درصد بوده است. در مطالعه‌ای که در فرانسه (1997) بر روی 65 بیمار مشکوک به آپاندیسیت برای تشخیص آپاندیسیت 93 درصد و ویژگی آن برابر 83 درصد بود (12).

روده‌ای بوده که بعداً پاتولوژی آن را تایید نکرد. در 3 بیمار (Pelvic inflammatory disease) تشخیص داده شد که تحت درمان طبی قرار گرفتند. در یک بیمار کارسینوماتوزیس موسینی تشخیص داده شد و در دو بیمار چسبندگی آمنتوم به تخمدان در RLQ تشخیص داده شد. در یک بیمار فیبروز کبدی تشخیص و سایر قسمت‌های شکم نرمال بود، ولی به علت تداوم درد یک هفته بعد مورد انجام اندوسکوپی قرار گرفت و برای بیمار زخم اثنی‌عشر تشخیص داده شد. در مجموع از 28 بیمار مورد مطالعه 21 مورد نمونه پاتولوژی ارسال گردید، بقیه موارد مانند آزاد کردن انسداد روده از فتق ابتراتور، آزاد کردن چسبندگی چادرینه به تخمدان، پرخونی و التهاب کف لگن، فیبروز کبدی مشاهده‌ای و عینی بوده و در پرونده ثبت گردیدند. از بین بیماران مورد مطالعه با درد مبهم شکمی، لاپاروسکوپ، 19 مورد بیماری را در زمان لاپاروسکوپی تشخیص داد. از 15 مورد آپاندکتومی، 7 مورد توسط جراح در هنگام تشخیص داده شد که پاتولوژی 6 مورد آن را حاد گزارش کرد، از 8 مورد دیگر آپاندکتومی که آپاندیس، ظاهری نرمال داشت، پاتولوژی 2 مورد را آپاندیسیت حاد ساب موکوزال گزارش نمود. با توجه به نتایج به دست آمده قدرت تشخیصی لاپاروسکوپی جهت یافتن ضایعه داخل شکمی با حساسیت 84/6 درصد و ویژگی 85/7 درصد و قدرت پیشگویی‌کنندگی مثبت و منفی آن به ترتیب برابر 91/6 درصد و 75 درصد بود.

بسیاری از موارد انجام عمل جراحی با برش کوچک در خط وسط و یا مکرری کمکننده نبوده و یا غیرضروری است، در حالی که با انجام لاپاروسکوپی، کل حفره شکم مورد بررسی قرار گرفته و می‌توان درمان لازم را انجام داد و حتی در صورت لزوم با کم‌ترین اثرات سوء می‌توان روش جراحی را تغییر داده و اقدام به لاپاروتومی نمود. در نهایت با توجه به نقش مهم لاپاروسکوپی در خصوص کمک به بیماران نیازمند جراحی و همچنین پیشرفت سریع تکنولوژی در این زمینه، نیاز به مطالعات بیشتر و گسترده‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعه Van den Brock و همکاران (2002) نیز حساسیت لاپاروسکوپی برای تشخیص آپاندیسیت 93 درصد و ویژگی آن برابر 83 درصد بود (13). در یک مطالعه دیگر (2004) حساسیت برای تشخیص آپاندیسیت 86/7 درصد و ویژگی آن 62/5 درصد گزارش گردید (14). در این مطالعه حساسیت لاپاروسکوپی در تشخیص آپاندیسیت حاد 75 درصد و ویژگی آن 85/5 درصد بوده و همچنین قدرت پیشگویی مثبت و منفی آن به ترتیب 85/7 درصد و 75 درصد بود. به علت وجود عوامل متعدد دخیل در ایجاد دردهای حاد مبهم شکمی در

فهرست منابع

1. Poulin Eric C, Schlachta Christopher M, Mamazza Joe. Early laparoscopy to help diagnostic acute non specific abdominal pains. *The lancet* 2000; 355: 861.
2. Doly S, Galloway F. *principles of surgery of Schwartz*. 1997.
3. Udowodig T.E. Diagnostic laparoscopy. *Surg Endosc*. 2004; 18: 6- 10.
4. My. Zinner S.I Shwartz, Maingots. *Abdominal operation*. 1997: 239- 285.
5. Zantut LF, Rodriguez Junior AJ, Birolini D. Dianostic laparoscopy in nontraumatic acute abdomen. *AMB Rev Assoc Med Bras*. 1990; 36(3-4): 120-3.
6. Martin-Vivaldi R, Nogueras F, Garacia Montero M, Quintero D, De Teresa FJ. Emergency laparoscopy. A 20- year experience. *Rev Esp Enferm Dig*. 1995; 87(4): 305- 8.
7. Majewaaki W. Diagnostic laparoscopy for the acute abdomen and truma. *Surg Endosc*. 2000; 14(10): 930- 7.
8. Temple. Larissa K.F, litwani. Demetrius E, macleod. Robin A meta amalysis of laparoscopy versus open appendectomy in patiants suspected of having appendistis. *CJS* 1999; 42: 377- 83.
9. Brandt CP, priebe PP, Eckhouser ML. Diagnostic lapariscopy in the intensive care patients:Avoding the nontherapeutic laparatomy. *Surg Endosc* 1993; 7: 168- 172.
10. Connor TJ, Garcha IS, Ramshaw BJ, Mitchell CW. Diagnostic laparoscopy for suspected appendistis. *Am surg*. 1995; 61(2): 187-9.

11. Sozuer TJ, Garcha IS, Ramshaw BJ, Mitchell CW. Diagnostic *laparoscopy for suspected appendicitis*. *Am surg*. 1995; 61(2): 187- 9.
12. Reiertsen O, Larsen S. Randomized controlled trial with sequential design of laparoscopic versus conventional appendectomy. *Br J surg* 1997; 84(6): 842- 7.
13. Van den Broek WT, Bijnen BB, Rijbroek B, Gouma DJ. Scoring and diagnostic laparoscopy for suspected appendicitis. *Eur J surg*. 2002; 168(6): 349- 54.
14. Polesti JA, Wang XJ, Rutland RC. Fifty five consecutic laparoscopic appendnctomy procedure without conversion. *Jsls*. 2004; 8(2): 141-5.