

تدبير اندحاق جدار البطن الأمامي باستخدام رقعة البرولين

الدكتور ماجد علي *

الدكتور سجيح مسعود **

باسل أحمد ***

(تاريخ الإبداع 5 / 10 / 2009. قُبِلَ للنشر في 2 / 12 / 2009)

□ ملخص □

- شملت هذه الدراسة 51 مريضاً تم قبولهم وعلاجهم في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية قسم الجراحة. 37 أنثى (72.54%) و 14 ذكراً (27.46%). تراوحت أعمار المرضى بين سنة و 90 سنة بعمر وسطي 47.34.
- لاحظنا في دراستنا زيادة نسبة الاندحاق مع التقدم بالعمر، كما أن الإناث كن أكثر تأهباً للاندحاق من الذكور بنسبة 2.6-1.
- أظهرت الدراسة أن الشق الناصف هو أكثر الشقوق تأهباً للاندحاق 32 مريضاً بنسبة 62.75%، وأن شقوق الخط الناصف أسفل السرة أكثر تأهباً للاندحاق من أعلى السرة بنسبة 73.33%.
- إن أكثر الأمراض المرافقة للاندحاق هي الأمراض القلبية وارتفاع التوتر الشرياني بنسبة 27.45% والداء السكري بنسبة 13.73% والأمراض الرئوية بنسبة 13.73%.
- إن للبدانة دوراً مهماً في التأهب للاندحاق بنسبة 66.67%.
- تم تقسيم المرضى حسب مكان وضع الرقعة إلى مجموعتين: الأولى: تم وضع رقعة البرولين خلف السفاق وضمت 22 مريضاً، والثانية: تم وضع رقعة البرولين أمام السفاق وشملت 28 مريضاً، إضافة لحالة وحيدة تم وضع الرقعة فيها أمام وخلف السفاق.

الكلمات المفتاحية : اندحاق - رقعة البرولين - رجعة.

* مدرس - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

**أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Using Prolene Patch for Treating Incisional Anterior Abdominal Wall Hernias

Dr. Majed Ali*
Dr. Sajeea Masoud**
Basel Ahmad***

(Received 5 / 10 / 2009. Accepted 2 / 12 / 2009)

□ ABSTRACT □

• This study included 51 patients (37 females (72.54%) and 14 males (27.46%)) admitted and treated in the Department of Surgery at Al-Assad University Hospital in Lattakia. Patients were between 1 and 90 years old (the average was 47.34 years).

• We noted in our study that incisional hernia ratio increased with age. Females were more affected than males in a proportion of 2.6 – 1.

• It was clear that midline incision hernias were much more than hernias of other incisions (32 patients (62.75%) especially under umbilicus, (73.33% of midline incision hernias).

• The most predisposing diseases were cardiac diseases and HBP (27.45%), and to a lesser extent DM and pulmonary diseases (13.73% each).

• Obesity played a great role in incisional hernias (66.67%).

• Patients were divided into two groups according to the patch site; in the first group (including 22 patients), the prolene patch was placed posterior to aponeurosis. In the second one (comprising 28 patients), the patch was placed anterior to aponeurosis. And in a single case, the patch was put posterior and anterior to aponeurosis.

Keywords: incisional hernia, prolene patch, recurrence.

*Assistant Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate Student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

اندحاق جدار البطن الأمامي هو انفتاق أحشاء البطن من خلال الشق الجراحي المحدث في جدار البطن الأمامي أو أنه انقطاع التواصل في الإغلاق السفلي، فهو ناجم عن فشل الأنسجة اللفافية في الاندمال و الإغلاق بعد فتح البطن وهي قد تحدث على أي شق جراحي في البطن^[1-2-3-4] إلا أن النسبة العظمى تحدث في الشق الناصف والمعترض .

يعدّ اندحاق جدار البطن الأمامي واحداً من أهم وأشيع المضاعفات الجراحية ومصدراً مهماً للخطورة ولم تحدد النسبة الدقيقة لحدوثه، ونحاول في هذه الدراسة أن نقارن بين الطرق الجراحية المفتوحة باستخدام رقعة البرولين المستخدمة في تدبير اندحاق جدار البطن الأمامي .

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في علاج وتدبير اندحاق جدار البطن الأمامي كونه أحد أهم مضاعفات الجراحة وأكثرها شيوعاً.

هدف البحث:

1. دراسة حالات اندحاق جدار البطن الأمامي التي تمّ تدبيرها باستخدام رقعة البرولين في قسم الجراحة بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية، ومقارنة النتائج للوصول إلى التدبير الأمثل.
2. اختيار التكنيك الأفضل و المكان الأفضل لوضع رقعة البرولين أمام أو خلف السفاق عند ترميم اندحاق جدار البطن الأمامي.

طرائق البحث ومواده:

أجريت الدراسة على 51 مريضاً مصاباً باندحاق جدار البطن الأمامي قبلوا وعولجوا في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، حيث تمّ تدبير الاندحاق لديهم باستخدام رقعة البرولين، وذلك في الفترة الممتدة بين كانون الثاني 2004 وحزيران 2009.

قسمت الدراسة إلى دراسة استرجاعية مدتها 5 سنوات بين كانون الثاني 2004 ونهاية كانون الأول 2007، ودراسة استقبلية من بداية كانون الثاني 2008 حتى حزيران 2009.

تمّ استخدام مختلف أنواع العمليات في كلتا الدراستين الاسترجاعية والاستقبلية.

تمّ تطبيق رقعة البرولين خلف السفاق عند 22 مريضاً، وأمام السفاق عند 28 مريضاً، بينما تمّ تطبيق رقعة

البرولين خلف السفاق وأمام السفاق عند مريض واحد.

النتائج والمناقشة:

تمت دراسة 51 مريضاً تمّ تدبير اندحاق جدار البطن الأمامي لديهم باستخدام رقعة البرولين.

توزّع المرضى حسب الجنس:

الجدول رقم (1) يبيّن توزّع المرضى حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	14	37	51
النسبة المئوية%	27.46	72.54	100

يبيّن الجدول رقم (1) أنّ نسبة إصابة الإناث باندحاق جدار البطن الأمامي أكبر من الذكور بنسبة 2.6: 1، وهذا مخالف للدراسات العالمية.^[5-4]

قد يكون ذلك بسبب كون عدد المراجعات للإناث من أجل العمل الجراحي البدئي أكبر من عدد المراجعين الذكور في مجتمعنا.

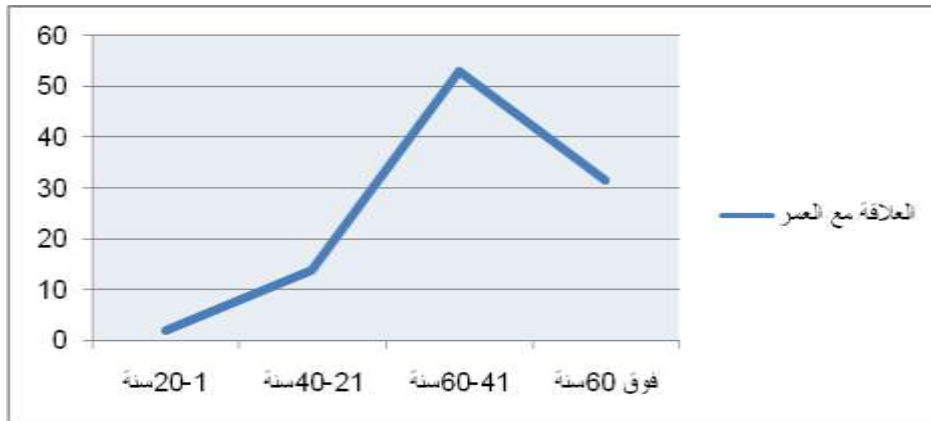
توزّع المرضى حسب الفئات العمرية:

توزّعت الإصابة حسب العمر من عمر سنة إلى 90 سنة، وبعمر وسطي قدره (47.34).

الجدول رقم (2) يبيّن توزّع المرضى حسب الفئات العمرية

الفئة العمرية	20-1 سنة	40-21 سنة	60-41 سنة	فوق 60 سنة
عدد المرضى	1	7	27	16
النسبة المئوية %	1.96	13.73	52.94	31.37

نلاحظ من الجدول ازدياد نسبة حدوث الاندحاق مع تقدّم العمر، وذروة الحدوث بالفئة العمرية بين 40-60 سنة، مع تناقص النسبة في الفئة العمرية فوق الـ60 سنة، وربما يعود ذلك إلى عدم مراجعة المرضى فوق 60 سنة إلا في حالة حدوث مضاعفات. المخطّط رقم (1) يبيّن ازدياد نسبة حدوث الاندحاق مع تقدم العمر.



المخطّط رقم (1) يبيّن نسب توزّع المرضى حسب الفئة العمرية

علاقة الاندحاق مع البدانة:

تم تقسيم المرضى إلى بدين أو غير بدين باعتماد كون وزن المريض البدين أعلى بـ 100 ليبرة من الوزن المناسب لعمره^[3].

الجدول رقم (3) يبين توزع المرضى حسب البدانة

المرضى	بدین	غير بدين	المجموع
العدد	34	17	51
النسبة المئوية%	66.67	33.33	100

نلاحظ من الجدول رقم (3) وجود علاقة مهمة بين البدانة والاندحاق في مشفانا، حيث إنَّ الاندحاق أكثر حدوثاً عند البدينين بنسبة (66.67%) .

توزع المرضى حسب التدخين :

الجدول رقم (4) يبين توزع المرضى حسب التدخين

التدخين	مدخن	غير مدخن	المجموع
العدد	23	28	51
النسبة المئوية%	44.25	55.75	100

لم نجد علاقة تذكر للتدخين في حدوث الاندحاق في مشفانا، وربما يعود ذلك إلى كثرة حدوث الاندحاق عند الإناث وهي الفئة الأقلّ تدخيناً.

دراسة علاقة الاندحاق مع حدوث خمج جرح العمل الجراحي السابق:

الجدول رقم (5) يبين توزع المرضى حسب حدوث خمج في جرح العمل الجراحي البدني

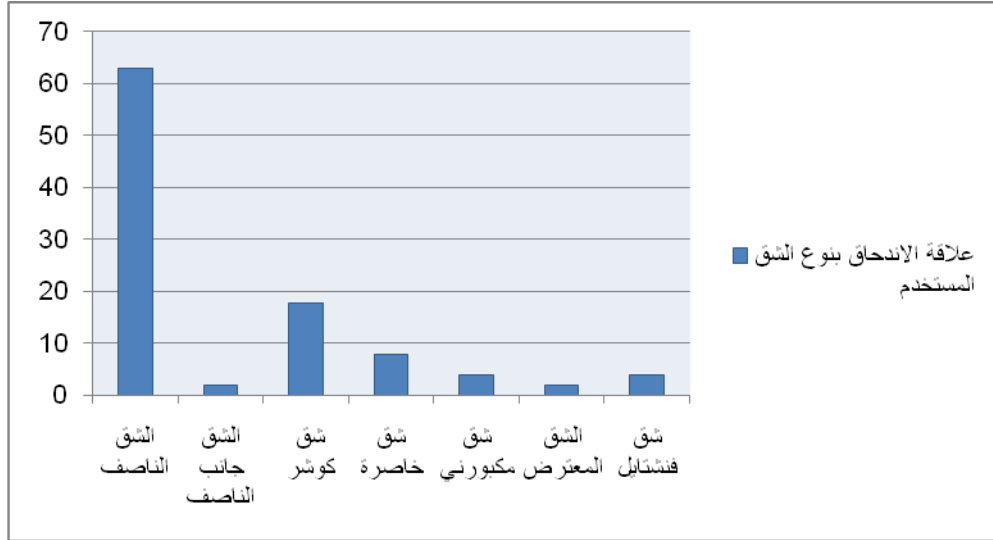
الخمج	وجود خمج	عدم وجود خمج	المجموع
العدد	35	16	51
النسبة المئوية%	68.83	31.37	100

نلاحظ من الجدول رقم (5) أنّ من العوامل المهمة في حدوث الاندحاق هو خمج جرح العمل الجراحي السابق، حيث ارتفعت نسبة حدوث الاندحاق بوجود خمج الجرح، وهذا متوافق مع الدراسات العالمية^[5].

دراسة علاقة الاندحاق بنوع الشقّ الجراحي المستخدم:

الجدول رقم (6) يبين علاقة الاندحاق بنوع الشقّ الجراحي المستخدم

نوع الشقّ	ناصف	جانب ناصف	كوشر	خاصرة	مكبورني	معترض	فنشتايل
عدد المرضى	32	1	9	4	2	1	2
النسبة المئوية%	62.75	1.96	17.65	7.84	3.92	1.96	3.92



المخطط (2) يبين علاقة الاندحاق بنوع الشق الجراحي المستخدم

نلاحظ من الجدول رقم (6) والمخطط رقم (2) أن أعلى نسبة لحدوث الاندحاق كانت بالشق الناصف. لدى مناقشة مكان حدوث الاندحاق في الشق الناصف الطويل الممتد من الرهابة حتى العانة كان لدينا 15 مريضاً حدث الاندحاق لدى مريضين فقط أعلى السرة، و11 مريضاً أسفل السرة، ومريضين كان الاندحاق لديهما على امتداد الشق. يوضح الجدول رقم (7) توضع الاندحاق في الشق الناصف الطويل.

الجدول رقم (7) يبين توضع الاندحاق في الشق الناصف

مكان الاندحاق في الشق الناصف الطويل	أعلى السرة	أسفل السرة	على طول الشق
العدد	15/2	15/11	15/2
النسبة المئوية%	13.33	73.33	13.33

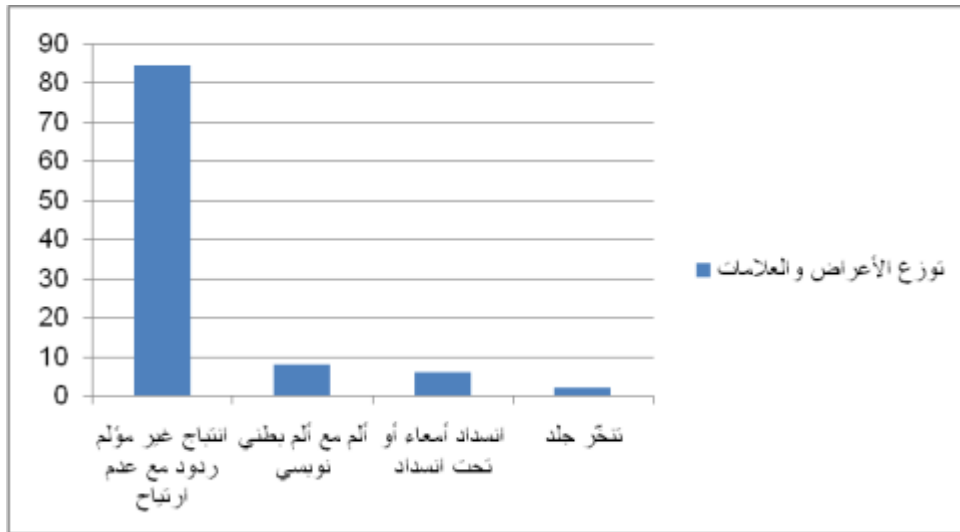
نلاحظ من الجدول السابق أنه في الحالات التي امتد فيها الشق الناصف من الرهابة حتى العانة حدث الاندحاق أسفل السرة أكثر من حدوثه أعلى السرة بشكل واضح.

دراسة توزع الأعراض والعلامات:

الجدول رقم (8) يبين توزع الأعراض والعلامات

العرض أو العلامة	انتباج غير مؤلم ردود مع عدم ارتياح	الألم مع الألم البطني النوبي	انسداد أمعاء أو تحت انسداد أمعاء	تتخر الجلد
العدد	43	4	3	1
النسبة المئوية%	84.31	7.84	5.88	1.96

نلاحظ من الجدول السابق أن حدوث انتباج غير مؤلم ردود مع عدم ارتياح البطن هو العرض الأكثر شيوعاً الذي يراجع فيه المريض. [4-2-1]

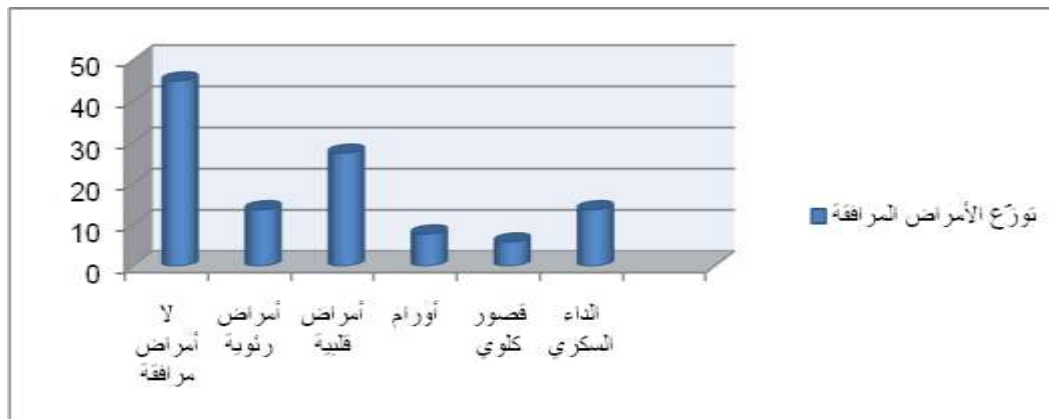


المخطط رقم (3) يبين توزع الأعراض والعلامات

دراسة الأمراض المرافقة لاندحاق جدار البطن الأمامي:

الجدول رقم (9) يبين الأمراض المرافقة لاندحاق جدار البطن الأمامي

المرض المرافق	لا أمراض مرافقة	أمراض رئوية	أمراض قلبية	أ أورام	تضصور كلوي	الداء السكري
العدد	23	7	14	4	4	7
النسبة المئوية%	45.1	13.73	27.45	7.84	7.84	13.73



المخطط رقم (4) يبين الأمراض المرافقة لاندحاق جدار البطن الأمامي

نلاحظ من الجدول رقم (9) والمخطط رقم (4) أنّ الأمراض القلبية وارتفاع التوتر الشرياني هي أهمّ الأمراض المرافقة لحدوث الاندحاق.

بدراسة الجدول رقم (9) وجدنا ارتفاعاً في نسبة مرضى الاندحاق من دون وجود أمراض مرافقة 45.1%، لذلك قمنا بالتحري عن العوامل المؤهبة لدى هذه الفئة، حيث درسنا الخمج في جرح العمل الجراحي السابق والتدخين والبدانة، ووجدنا النتائج الآتية، كما هو موضّح في الجدول رقم (10).

الجدول رقم (10) يبيّن العوامل المؤهبة عند عدم وجود أمراض مرافقة

العوامل المؤهبة	خمج الجرح	التدخين	البدانة
العدد	23/18	23/13	23/11
النسبة المئوية%	78.26	56.52	47.82

مع الانتباه لوجود أكثر من عامل مؤهّب عند المريض نفسه. لاحظنا أنه غالباً ما يوجد عامل مؤهّب للاندحاق عند غياب الأمراض المرافقة.

دراسة فترة حدوث الاندحاق بعد العمل الجراحي:

تمّ تقسيم الفترة إلى باكرة أقل من سنة ومتأخرة أكثر من سنة. الجدول رقم (11)، يوضّح ذلك.

الجدول رقم (11) يبيّن زمن حدوث الاندحاق بعد العمل الجراحي السابق

فترة حدوث الاندحاق	باكرة > سنة	متأخرة ≤ سنة	المجموع
العدد	29	22	51
النسبة المئوية%	58.87	43.13	100

نلاحظ من الجدول رقم (11) أنّ الاندحاق أكثر ما يحدث خلال السنة الأولى من العمل الجراحي البطني.

التدبير:

شملت الدراسة 51 مريضاً مصاباً باندحاق جدار البطن الأمامي، تمّ استخدام رقعة البرولين لديهم لتدبير الاندحاق.

استخدمت طريقة وضع رقعة البرولين خلف السفاق العضلي وأمام الصفاق عند 22 مريضاً، لقد كان الصفاق هو الفاصل بين الرقعة والأعضاء، حيث تمّ عزل الصفاق وتسليخه وفتحه لإزالة أيّ حُجر صفاقية، ثمّ إغلاقه ووضع رقعة البرولين أمام الصفاق، وتمّ تثبيتها إلى الوجه الخلفي للسفاق، ثمّ إغلاق الصفاق مع النزح الجيد حيث تمّ استخدام المنزح الماص لمدة تراوحت بين أربعة إلى ستة أيام بعد العمل الجراحي.

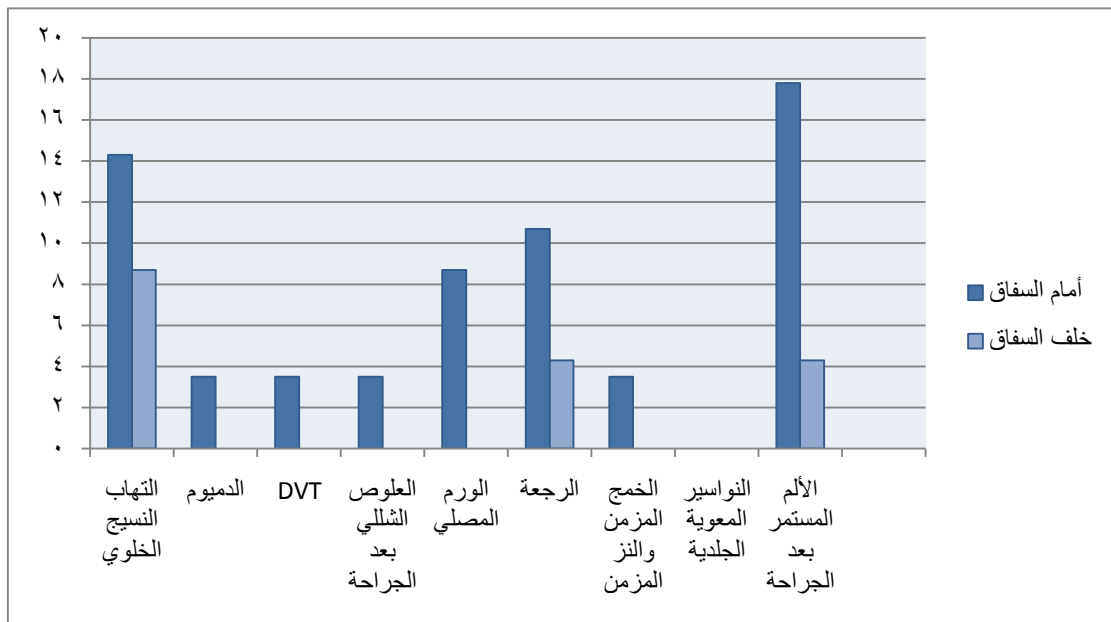
استخدمت طريقة وضع رقعة البرولين أمام السفاق العضلي تحت النسيج الشحمي تحت الجلد في 28 مريضاً، لقد تمّ عزل السفاق وتسليخه ثمّ إغلاق السفاق بالخياطة بخيط قابل للامتصاص أو غير قابل للامتصاص، ووضع الرقعة أمام السفاق وتثبيتها عليه، مع النزح كالسابق.

استخدمت طريقة وضع رقعة البرولين أمام السفاق وخلفه (طريقة الساندويتش) عند مريض واحد فقط. أمّا طريقة ريفز ستوبا (وضع رقعة البرولين أمام الغمد الخلفي للعضلة المستقيمة وخلف العضلة) فلم تستخدم في مشفانا.

تمّت متابعة المرضى في قسم الجراحة وعند مراجعة العيادات الخارجية لدراسة مضاعفات كلّ طريقة ووجدنا النتائج الآتية، كما هو موضّح في الجدول رقم (12).

الجدول رقم (12) يبيّن مضاعفات العمل الجراحي باستخدام رقعة البرولين

المضاعفة	الرقعة خلف السفاق 22 مريضاً	الرقعة أمام السفاق 28 مريضاً	طريقة الساندويتش 1 مريض	المجموع 51 مريضاً
التهاب النسيج الخلوي	العدد=2 النسبة=9.09%	العدد=4 النسبة=14.29%	لم يشاهد	العدد=6 النسبة=11.76%
الدميوم	العدد=0 النسبة=0%	العدد=1 النسبة=3.57%	لم يشاهد	العدد=1 النسبة=1.96%
DVT	العدد=0 النسبة=0%	العدد=1 النسبة=3.57%	لم يشاهد	العدد=1 النسبة=1.96%
العلوص الشللي بعد الجراحة	العدد=0 النسبة=0%	العدد=1 النسبة=3.57%	لم يشاهد	العدد=1 النسبة=1.96%
الورم المصلي	العدد=0 النسبة=0%	العدد=2 النسبة=7.14%	لم يشاهد	العدد=2 النسبة=3.9%
الرجعة	العدد=1 النسبة=4.54%	العدد=3 النسبة=10.71%	لم تشاهد	العدد=4 النسبة=7.84%
الخمج المزمن والنز المزمن	العدد=0 النسبة=0%	العدد=1 النسبة=3.57%	لم يشاهد	العدد=1 النسبة=1.96%
النواسير المعوية الجلدية	العدد=0 النسبة=0%	العدد=0 النسبة=0%	لم يشاهد	العدد=0 النسبة=0%
الألم المستمر بعد الجراحة	العدد=1 النسبة=4.54%	العدد=5 النسبة=17.86%	لم يشاهد	العدد=6 النسبة=11.76%



المخطط (5) يبين مضاعفات العمل الجراحي باستخدام رقعة البرولين

بدراسة الجدول رقم (12) والمخطّط رقم (5) نجد تراجع نسبة حدوث المضاعفات بعد العمل الجراحي عند وضع رقعة البرولين خلف السفاق.

التهاب النسيج الخلوي: نلاحظ ارتفاع نسبة حدوثه عند وضع رقعة البرولين أمام السفاق من وضعها خلف السفاق (14.29%)، (9.09%) على الترتيب، وربما يعود ذلك إلى الرضّ الجراحي للنسيج تحت الجلد والتسليخ الواسع للنسيج الشحمي تمّ تدبير التهاب النسيج الخلوي بفتح الجرح مكان الالتهاب ونزحه مع الضمادات المتكررة والصادات التي تعطي الجراثيم إيجابية الغرام واللاهوائيات حتى استقرار الحالة الالتهابية ولم يتم نزع الرقعة.

الدميوم: إنّ تسليخ النسيج الشحمي عند وضع رقعة البرولين أمام السفاق مع الإرقاء غير الجيد أو النزح غير الكافي أدى لتشكّل الدميوم عند مريض واحد فقط، بينما لم يظهر الدميوم عند أيّ من المرضى المجري لهم عمل جراحي بوضع الرقعة خلف السفاق.

الورم المصلي: لاحظنا ارتفاع نسبة حدوث الورم المصلي عند وضع رقعة البرولين أمام السفاق (مريضين بنسبة 7.14%)، بينما لم يظهر في حالة وضع الرقعة خلف السفاق في أية حالة. قد يعود ذلك إلى الرضّ الجراحي للنسيج الشحمي تحت الجلد وحدث التهاب نسيج خلوي.

إن الإرقاء الجيد لساحة العمل الجراحي يقلل بشكل كبير من حدوث الدميوم كما أنّ النزح الجيد يقلل من نسبة حدوث الدميوم والورم المصلي معاً، لذلك نوصي بالإرقاء الموسوس والنزح الجيد

لوحظ حدوث علوص شللي بعد الجراحة عند مريض واحد في حالة وضع الرقعة أمام السفاق، وكذلك ظهر الخثار الوريدي العميق عند مريض واحد أيضاً، بينما لم تظهر هاتان المضاعفتان عند وضع الرقعة خلف السفاق.

الرجعة: إنّ نسبة حدوث الرجعة عند وضع الرقعة خلف السفاق إلى حدوثها عند وضع الرقعة أمام السفاق هي 1 : 2.46، حيث إنّ نسبة الرجعة عند وضع رقعة البرولين خلف السفاق هي أقلّ بشكل واضح.

ولدى مناقشة الحالات التي حدثت فيها الرجعة كان لدينا حالة واحدة وضعت فيها الرقعة خلف السفاق وحدثت الرجعة على حافة الرقعة العلوية، ربما كان السبب هو أنّ الرقعة لم تمتدّ إلى مسافة أكبر من 3 سم من حواف العيب السفاقي. أمّا الحالات التي وضعت فيها الرقعة أمام السفاق وحدثت فيها الرجعة فكان امتداد الرقعة أكبر من حدود العيب السفاقي بـ 3 سم على الأقلّ، ورغم ذلك حدثت الرجعة وكانت دوماً على حواف الرقعة.

من الملفات للنظر ارتفاع نسبة حدوث الألم المبهم مكان وضع الرقعة أمام السفاق، حيث بلغت 17.86% مقارنةً مع 4.35% عند وضع الرقعة خلف السفاق قد يعود ذلك إلى حدوث ما يسمى التنفاف الرقعة وتشكيل ارتكاس حولها (Meshoma).

مما سبق نلاحظ أنّ نسبة حدوث مضاعفات ما بعد العمل الجراحي كانت أقلّ بشكل واضح عند وضع رقعة البرولين خلف السفاق، وهذا متوافق مع الدراسات العالمية.

مقارنة النتائج مع الدراسات العالمية المشابهة:

تمّت مقارنة نتائج دراستنا مع الدراسات الآتية:

1- دراسة د. ظافر سعيد مطر في مشفى الملك خالد في السعودية، وهي دراسة نشرت عام 2008 وشملت 68 مريضاً.^[5]

2- دراسة J. Bauer وزملائه في الولايات المتحدة الأمريكية، وهي دراسة أجريت على 57 مريضاً نشرت عام 2002. [6]

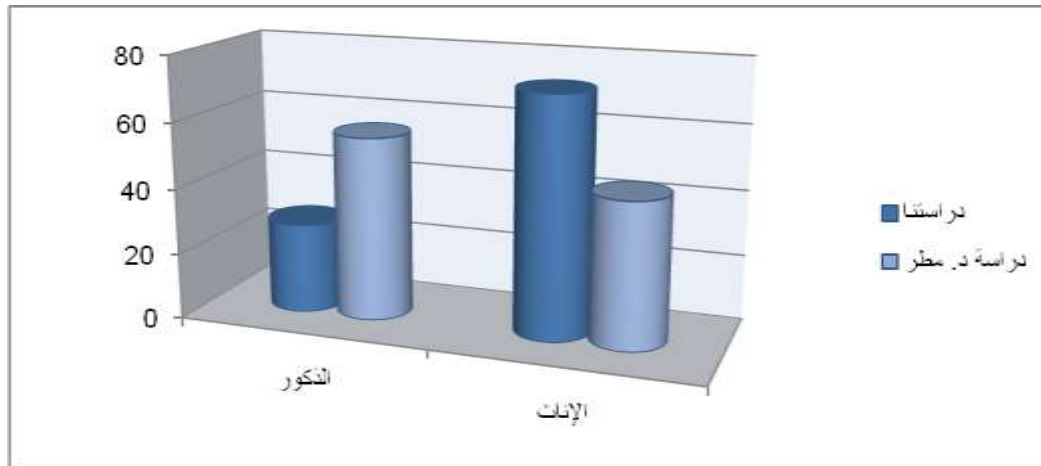
3- دراسة C. Bernard وزملائه في فرنسا، وهي دراسة أجريت على 61 مريضاً، نشرت عام 2007. [7]

1. مناقشة نسب الإصابة بين الجنسين:

تمت مقارنة نتائج دراستنا مع دراسة د. ظافر سعيد مطر في مشفى الملك خالد السعودية. [5]

الجدول رقم (13) يبين نسبة الإصابة بين الجنسين في دراستنا ودراسة د. مطر

الجنس	دراستنا	دراسة د. مطر
الإناث	51/37 (72.54%)	68/30 (44.12%)
الذكور	51/41 (27.46%)	68/38 (55.88%)



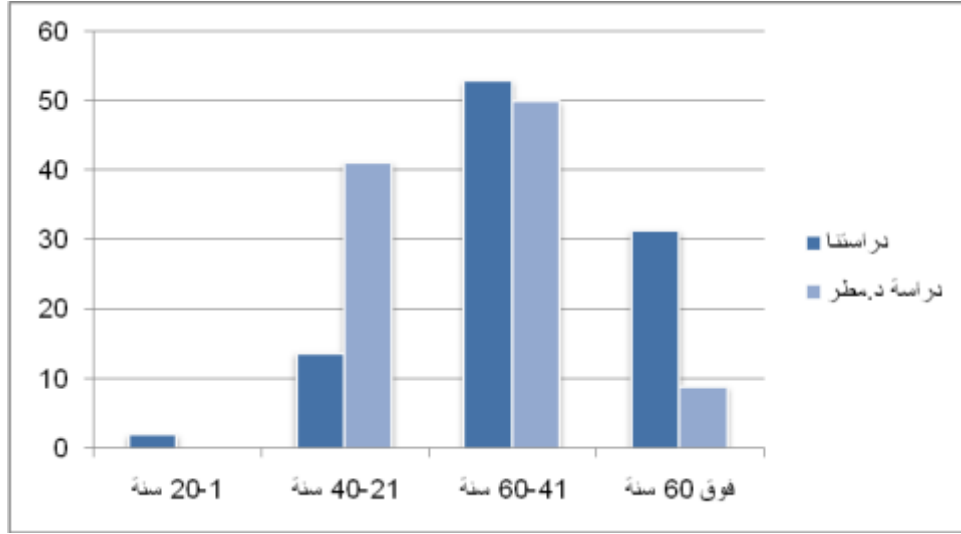
المخطط رقم (6) يبين نسبة الإصابة بين الجنسين في دراستنا ودراسة د. مطر

نلاحظ من الجدول رقم (13) والمخطط رقم (6) ارتفاع نسبة إصابة الإناث في دراستنا، وهذا مخالف للدراسات العالمية حيث إن الذكورة عامل مؤهب للاندحاق. [1-2-4-5]

2. مناقشة توزع المرضى حسب الفئات العمرية:

الجدول رقم (14) يبين توزع الإصابة في دراستنا ودراسة د. مطر حسب الفئات العمرية

الباحث	أقل من 20 سنة	21-40 سنة	41-60 سنة	فوق 60 سنة
دراستنا	51/1 (1.96%)	51/7 (13.73%)	51/27 (52.94%)	51/16 (31.37%)
دراسة د. مطر	0	68/28 (41.18%)	68/34 (50%)	68/6 (8.82%)



المخطط رقم (7) يبيّن توزع الإصابة في دراستنا ودراسة د.مطر حسب الفئات العمرية

نلاحظ ازدياد نسبة حدوث الاندحاق بازدياد العمر وإنّ أعلى نسبة لحدوث الاندحاق كانت بالفئة العمرية بين 60-41 سنة. كما نلاحظ أنّ نسبة حدوث الاندحاق مرتفعة عند من هم فوق 60 سنة في دراستنا، قد يعود ذلك إلى تأخر مراجعة المريض للمشفى في مجتمعنا.

3. مقارنة المضاعفات الحادثة بعد العمل الجراحي باستخدام تقنية الرقعة خلف السفاق:

تمّت مقارنة مضاعفتين وهما التهاب النسيج الخلوي والرجعة مع ثلاث دراسات هي دراسة د.مطر^[5] ودراسة^[6] Bauer. [وزملائه ودراسة C.Bernard^[7] وزملائه].

الجدول (15) يبيّن المضاعفات الحادثة بعد العمل الجراحي باستخدام تقنية الرقعة خلف السفاق

المضاعفة	دراستنا	دراسة د. مطر	دراسة J. Bauer	دراسة C. Bernard
التهاب النسيج الخلوي	23/2 (%8.7)	68/7 (%10.3)	57/2 (%3.5)	61/2 (%3.3)
الرجعة	23/1 (%4.3)	68/3 (%4.4)	57/2 (%3.5)	61/3 (%5)

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ نسب هذه المضاعفات متقاربة بين دراستنا وهذه الدراسات.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

1. وجدنا من خلال دراستنا أنّ الإناث أكثر عرضة للإصابة باندحاق جدار البطن الأمامي بنسبة 2.6: 1
2. كانت الفئة العمرية 41-60 سنة هي الفئة التي حدث فيها الاندحاق بأكبر نسبة 52.94%.
3. هناك علاقة واضحة للبدانة مع الاندحاق، حيث ازدادت نسبة حدوث الاندحاق بوجود البدانة.
4. لم نجد علاقة تذكر بين التدخين واندحاق جدار البطن الأمامي.
5. إنّ وجود خمج في جرح العمل الجراحي السابق يزيد نسبة الاندحاق.
6. إنّ أكثر أماكن الشقوق عرضة لحدوث الاندحاق هي الشقّ الناصف، خاصّة القسم تحت السرة من الشقّ الناصف.
7. أكثر الأعراض والعلامات التي يراجع فيها المريض هو الانتباج غير المؤلم الردود مع عدم ارتياح بنسبة (84.31%).
8. لاحظنا تزايد حدوث الاندحاق بوجود الأمراض المرافقة، أو بوجود عوامل مؤهبة كخمج الجرح والبدانة أو التدخين.
9. أكثر ما يحدث اندحاق جدار البطن الأمامي خلال السنة الأولى بعد الجراحة، مع تراجع نسبة الحدوث بعد ذلك.
10. إنّ وضع رقعة البرولين خلف السفاق يقلل من نسبة المضاعفات بعد الجراحة بشكل كبير.

التوصيات:

1. إنّ الاندحاق حالة جراحية مهمّة، ويجب محاولة تجنّب العوامل المؤهبة في العمل الجراحي البدئي، وتوجيه عناية خاصة للمرضى المؤهبين للاندحاق بعد العمل الجراحي البدئي لعدم حدوث خمج جرح أو مضاعفات تنفسية.
2. العمل على الإغلاق الجيد والمترّيث لجروح البطن، خاصّة سفق العضلات، واعتبار إغلاق البطن من الخطوات الأساسية لنجاح العمل الجراحي البدئي.
3. التأكيد على الوقاية من الخمج، خاصة عند استخدام الرقعة، والإقبال على استخدام رقعة البرولين، خاصة عند المرضى المؤهبين لحدوث الاندحاق لمنع حدوث رجعة.
4. التأكيد على الإرقاء الجيد والنزح الكافي عند استخدام رقعة البرولين في ترميم الاندحاق للوقاية من المضاعفات وخاصة الدميوم والورم المصلي.
5. الإقبال على استخدام رقعة البرولين بتكنيك خلف السفاق في تدبير اندحاق جدار البطن الأمامي، خاصة في الاندحاقات الكبيرة كون مضاعفات هذه الطريقة أقلّ نسبةً لوضعها تحت الجلد مباشرة.

المراجع:

- 1) FICHER, M. ; JOSEF, E. *Mastery Of Surgery*. 5th Edition , Surgery of Hernia. Ventral Abdominal Hernia .Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2007, 2626 .
- 2) ZINNER,M.J.; ASHLEY,S.W. *Maingot's Abdominal Operations*.11th ED, Mcgraw-Hills,USA,2004,1309.
- 3) SCHWARTZ; CHARLES,B.F. *Principles of surgery*. Eighth edition, Mcgraw-Hills,USA, 2005,1950 .
- 4) CROVILLA,F.; BARTONE,G.; FEIL, L . *Incisional Hernia*. Melan Heidelberg, New York,2008,296 .
- 5) MATAR,Z.S. *Open Surgical Management of Incisional Hernia*. The Journal of Surgery, Saudi Arabia. Volume 15, 2008,53-67.
- 6) BAUER,J.; Harris, M. ; GORFINE,S.; KREEL,I. *Rives-Stoppa procedure for repair of large incisional hernias: experience with 57 patients*. Springer Paris. USA Vol 6 ,2002,120-123 .
- 7) BERNARD,C.; POLLIAND,C.; MUTELICA,L. ; CHAMBAULT,G. *Repair of giant incisional abdominal wall hernias using open mesh* .Springer Paris. USA Vol. 4, 2007, 315-320 .