

## طرائق التشخيص والتدبير الجراحي لكيسات الكبد المائية

الدكتور فؤاد حاج قاسم \*

الدكتور سجيح مسعود \*\*

قصي شحود \*\*\*

(قبل للنشر في 2004/3/24)

### □ الملخص □

- شملت لدراسة 38 حالة كيسة مائية في الكبد، تمت دراستهم ومعالجتهم جراحياً في قسم الجراحة بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية في الفترة ما بين 1998-2003.
- كان المرض أكثر شيوعاً عند الإناث 63.15%، قمة الحدوث في العقدين الرابع والخامس. كان الفص الأيمن أكثر إصابة بنسبة 57.89%.
- كشف المرض صدفة في 21% من لحالات، بينما كان حس النقل وعدم الارتياح في المراق الأيمن أكثر الأعراض حدوثاً بنسبة 76.3%.
  - أما العلامة الأكثر مصادفة فكانت الإيلام في المراق الأيمن بنسبة 50%.
  - بدراسة الاستقصاءات المخبرية وجدنا أن الحمضات كانت مرتفعة في 31.57% من الحالات. أما اختبار التراص الدموي غير المباشر فكان إيجابياً في 78.57% من الحالات.
  - أما بالنسبة للاستقصاءات الشعاعية فقد أظهرت الصورة البسيطة للبطن وجود الكيسة في 7.89% من الحالات، بينما بلغت دقة الإيكو 89.47% والتصوير المقطعي المحوسب 100%.
  - خضع جميع مرضى الدراسة للجراحة بعد التشخيص الصحيح حيث تم تحضيرهم بمركبات الهيدروكورتيزون وريدياً قبل الجراحة.
  - كان الشق تحت الأضلاع اليمنى أكثر استخداماً في 37 حالة بنسبة 97.36%.
  - أكثر الطرق الجراحية استخداماً كان تفريغ الكيسة وتدبير الجوف المتبقي بنسبة 92.1%.
  - تم استخدام المحلول الملحي المركز لقتل الطفيلي في جميع الحالات.
  - أما بالنسبة للجوف المتبقي فقد تم تدبيره بوضع مفرّج في 68.57% من الحالات.
  - كان انصباب الجنب أكثر المضاعفات شيوعاً 47.36%، الناسور الصفراوي في 13.15%، خمج الجرح 7.89%، وحدثت الوفاة في حالة واحدة 2.63%.

\* أستاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

\*\* أستاذ في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

\*\*\* طالب دراسات عليا في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا

## Methodes of Diagnosis and Surgical Management of Hypatic Hydrated Cysts

Dr. Fouad Haj Kaseme \*  
Dr. Sajih Massoud \*\*  
Kousay Chahoud \*\*\*

(Accepted 24/3/2004)

### □ ABSTRACT □

This study includes 38 cases of hypatic hydrated cysts, which have been studied and managed surgically in the department of surgery in AL-Assad hospital – Lattakia between 1998-2003.

The disease was more common in females 63.15%, and the top of incidence was in the fourth and fifth decades.

The most common location of disease was in right lobe 57.89%.

- The disease was diagnosed by coincidence in 21% of the cases, while discharge feeling uncomforted in the upper right quadrant was the major symptom 76.3%.
- The major sign was tenderness in the upper right quadrant in 50%.
- By analyzing laboratory investigations we found that eosinophyles was raised in 31.57% of the cases.
- Undirect blood agglutination was positive in 78.57% of case.
- By studying radiological investigations, the abdominal X-ray showed the cyst in 7.89% of the cases, while the accuracy of ultra sound waves was 89.47%, and the accuracy of C.T was 100%.
- All patients had surgery after exact diagnosis, they were prepared by hydrocortisone compounds (I.V) before surgery.
- The right sup-costal incision was used in most cases in 37 cases (97.36%).
- The best surgical ways was leakage of the cyst and management of of the remain cavity in 92.1%.
- Concentrated salt solution was used in most cases for killing the parasite.
- The remain cavity was managed by using a drain in 68.57%.
- Hydro thorax was the most common complication in 47.36%, bile fistula in 13.15%, wound infection in 7.89% and death occurred in one case (2.63%).

---

\* Associate 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:

داء الكيسات المائية انتان صامت يسببه نوعان متشابهان من الديدان الشريطية والمشوكات الحبيبية والمشوكة عديدة الأجواف، والنوع الأخير نادر الحدوث ويختلف شكلاً وصيغَةً عن الأول [1]. عرف هذا الداء منذ قرون عديدة حيث تحدث أبقراط عن الأكباد المملوءة بالماء، وكذلك الرازي في كتابه الشهير الحاوي في الطب تحدث مفصلاً عن هذا الداء. ولا تزال الكيسات المائية مشكلة صحية اجتماعية واقتصادية كبرى، تعاني منها الشعوب في مختلف القارات وبخاصة في مناطق تربية الماشية، والأماكن الزراعية.

## أهمية الدراسة:

إن ارتفاع نسبة الإصابة بالكيسات المائية الكبدية وخاصة في منطقة البحر الأبيض المتوسط وكون هذه المنطقة موبوءة، توجب دراسة هذا المرض من حيث الأسباب والتظاهرات السريرية وطرائق التشخيص والمعالجة الجراحية.

## هدف البحث:

إلقاء الضوء قدر الإمكان على واقع مرضى كيسات الكبد المائية (معدل وقوعها، وتوزعها حسب الجنس والعمر والشيوخ وطرائق التدبير...) في مشفى الأسد الجامعي في الفترة ما بين 1998-2003، بغية إيضاح نقاط تهم خطة معالجة المصابين، ومقارنة ذلك مع الدراسات المحلية والعالمية في هذا المجال.

## عينة الدراسة:

دراسة استرجاعية استقبالية شملت جميع المرضى في مشفى الأسد الجامعي باللانقية والذين أجري لهم عمل جراحي بتشخيص كيسة أو كيسات مائية في الكبد وذلك في الفترة ما بين 198-2003 حيث بلغ عدد المرضى 38 مريضاً.

## طريقة الدراسة:

### I- التظاهرات السريرية:

آ- الأعراض السريرية.

ب- العلامات السريرية.

### II- الاستقصاءات التشخيصية المتممة:

آ- مخبرية: - دموية

- كيمائية

- مناعية

- ب- شعاعية: - صورة شعاعية بسيطة للبطن والصدر.
- التصوير بالأشعة فوق الصوتية للبطن.
- التصوير المقطعي المحوسب للبطن.

ج- التشريح المرضي.

### III- المعالجة الجراحية:

أ- الشق الجراحي.

ب- التكنيك الجراحي المتبع:

1- استئصال الكيسة بالكامل.

2- استئصال قسبي للكبد مع الكيسة.

3- التخلص من الطفيلي وتدبير جوف الكيسة المتبقي:

\* التخلص من الطفيلي:

- حقن الماء الأوكسجيني الممدد.

- حقن المحلول الملحي المركز.

- حقن البوفيدون اليودي.

- الإغلاق الأولي والخياطة دون تفجير.

- وضع مفرّج ضمن الجوف المتبقي.

- وضع الترب ضمن الجوف المتبقي.

- التوخيف.

\* تدبير الجوف المتبقي

### IV- المضاعفات بعد الجراحة

## النتائج والمناقشة:

توزع الحالات حسب الجنس:

لقد درسنا توزع المرضى بين الذكور والإناث. ووزعت النتائج كما في الجدول (1).

جدول رقم (1): التوزع الجنسي للإصابة.

الجنس	عدد الحالات	النسبة المئوية (%)
إناث	24	63.15
ذكور	14	36.85
المجموع	38	100

نلاحظ من الجدول أن الإناث أكثر إصابة بالمرض من الذكور.

توزع الحالات حسب العمر:

تم تقسيم مرضى الدراسة إلى فئات عمرية كما في الجدول (2).

جدول رقم (2): التوزع العمري للإصابة.

الفئة العمرية	20-1 سنة	40-21 سنة	60-41 سنة	< 60 سنة	المجموع
عدد الحالات	1	11	18	8	38
النسبة المئوية (%)	2.63	28.94	47.36	21	100

نلاحظ أن ذروة الإصابة كانت في العقد الرابع والخامس من العمر. ويعزى ذلك إلى تأخر ظهور الأعراض السريرية وكذلك تأخر التشخيص.

#### توضع الكيسات المائية في الكبد:

كان توزع الكيسات المائية حسب فصوص الكبد كما هو موضح في الجدول (3).

جدول رقم (3): توضع الكيسات المائية في الكبد.

الفص المصاب	عدد الحالات	النسبة المئوية (%)
الأيمن	22	57.89
الأيسر	10	26.35
الفصين معاً	6	15.76
المجموع	38	100

وهكذا نجد أن الفص الأيمن أكثر إصابة من الفص الأيسر، وهذا يتفق مع جميع الدراسات العالمية [1]- [2]. وإن نسبة إصابة الفصين معاً في دراستنا كانت 15.76% وهي أعلى من النسب المسجلة في بعض الدراسات العالمية [1]- [2].

وكذلك تبين أنه كان لدينا أكثر من كيسة واحدة في 14 حالة ن أصل 38 أي بنسبة 36.84%.

#### I- التظاهرات السريرية:

##### آ- الأعراض السريرية:

تمت دراسة تواتر ظهور الأعراض السريرية عند مرضى الدراسة وزعت النتائج وفق الجدول (4).

جدول رقم (4): الأعراض السريرية عند مرضى الدراسة.

العرض السريري	عدد الحالات	النسبة المئوية (%)
لا توجد أعراض بل كشف المرض صدفة	8	21
ثقل أو عدم ارتياح في المراق الأيمن	29	76.3
ألم في المراق الأيمن	22	57.8

نقص وزن	7	18.4
تظاهرات تحسسية	3	7.8
أعراض هضمية	17	44.7

نلاحظ أن 21% من المرضى كشف لديهم المرض صدفة دون وجود أية أعراض سريرية وذلك أثناء إجراء تصوير بالأموح فوق الصوتية للبطن لسبب آخر. وهذه النسبة أعلى من النسب العالمية. لذلك نؤكد على أهمية وضرورة إجراء برامج المسح في المناطق الموبوءة لكشف الإصابة. بينما الإحساس بثقل وعدم ارتياح في المراق الأيمن أكثر الأعراض شيوعاً إذ حدث بنسبة 76.3% وهو مماثل للدراسات العالمية [4-5]. ثم تلاه الألم في المراق الأيمن ثم الأعراض الهضمية ونقص الوزن وأخيراً التظاهرات التحسسية. وهكذا نؤكد على ضرورة أخذ أية شكاية بطنية بعين الاعتبار وخصوصاً عند المرضى الذين يسكنون في المناطق الموبوءة، وضرورة إجراء ايكو عند الضرورة في حال لم نتمكن من تحديد سبب هذه الشكاية.

ب- العلامات السريرية:

لقد تم توزيع تواتر ظهور العلامات السريرية عند مرضى الدراسة وفق الجدول (5).

جدول رقم (5): العلامات السريرية عند مرضى الدراسة.

العلامة السريرية	عدد الحالات	النسبة المئوية (%)
ألم في المراق الأيمن و/أو الشرسوف	19	50
ضخامة كبدية منتشرة أو كتلة مجسوسة في المراق الأيمن	18	57.8
يرقان	3	7.8

وهكذا نلاحظ أن الإيلام في المراق الأيمن و/أو الشرسوف كان موجوداً عند نصف المرضى بينما كان هناك ضخامة كبدية منتشرة أو كتلة مجسوسة في المراق الأيمن بنسبة 57.8% وهي أقل من النسب العالمية التي هي بحدود 70% [1]. وهذه النسبة تتماشى مع الأحجام الكبيرة نسبياً التي وصلت إليها بعض هذه الكيسات. بينما كان اليرقان موجوداً بنسبة 7.8% من الحالات وفي أغلب هذه الحالات كان السبب هو ضغط الكيسة على القناة الجامعة أو الأفتنية الكبدية [1-6-7]. بينما لم يكن الحبن موجوداً في أي من حالات الدراسة.

## II - الاستقصاءات التشخيصية المتممة:

### آ- الاستقصاءات المخبرية:

أجري لجميع مرضى الدراسة كل الفحوص المخبرية الموجودة في الجدول (6)، وتم ترتيب النتائج كما هو

مبين.

جدول رقم (6): نتائج الفحوص المخبرية عند مرضى الدراسة.

الفحص المخبري	عدد الحالات	النسبة المئوية (%)
نقص الخضاب	6	15.78
ارتفاع الحمضات	12	31.57
تطاول PT	2	5.26
تطاول PTT	3	7.8
ارتفاع وظائف الكبد	5	13.15
ارتفاع البيلروبين المباشر	4	10.52
ارتفاع الأميلاز	1	2.63
ارتفاع الفوسفاتاز القلوية	2	5.26

نلاحظ أن نقص الخضاب كان موجوداً عند 15.78% من المرضى ويمكن أن نعزو ذلك إلى قلة الوارد الغذائي بسبب الشبع الباكر الناجم عن انضغاط المعدة أو العفج بالكيسة. أما ارتفاع نسبة الحمضات في الصيغة فكان موجوداً بنسبة 31.57% وهي أعلى من الدراسات العالمية التي هي بحدود 25% [1].

أما بقية الفحوص المخبرية فكانت مرتفعة في حالات قليلة، ويمكن أن نعزو هذا الارتفاع في أغلب الأحيان إلى الضغط الذي تقوم به الكيسة على الأفتنية الكبدية والقناة الجامعة، وبالتالي فإنه يجب أن يتم استجواب المرضى الذين يبدون ارتفاعاً في واحد أو أكثر من الفحوص المخبرية السابقة الموجودة في الجدول (خصوصاً في المناطق الموبوءة) بشكل دقيق، بالإضافة إلى إجراء فحص سريري شامل، مدعوم بالاستقصاءات الشعاعية اللازمة عند الضرورة (تصوير بالأشعة فوق الصوتية وتصوير مقطعي محوسب للبطن).

أما بالنسبة للاختبارات الخاصة بالكيسات المائية، فلم يتمكن من إجراء سوى اختبار التراص الدموي غير المباشر والذي أجري فقط في 28 من أصل 38 حالة، وذلك بسبب عدم التمكن من إجرائه في المشفى في بعض الحالات.

وكان هذا الاختبار إيجابياً في 22 من أصل 28 حالة أجري فيها أي بنسبة 78.57% وهي أدنى منها في أغلب المراجع التي هي بحدود 85% [1].

لذلك نؤكد على ضرورة إجراء هذا الاختبار في حال كشف وجود كيسة أو كيسات كبدية بالاستقصاءات الشعاعية قبل إجراء العمل الجراحي.

#### ب- الاستقصاءات الشعاعية:

##### 1- الصورة الشعاعية البسيطة للبطن:

تم إجراء هذه الصورة لجميع مرضى الدراسة بشكل روتيني. وقد قسمت الموجودات المشاهدة إلى مجموعتين:

- موجودات إيجابية: أي أن الموجودات المشاهدة تتماشى مع وجود الكيسة (ظل مدور متكلس في منطقة المراق الأيمن و/أو تقبب قبة الحجاب الحاجز اليمنى ...)، وتم تأكيد ذلك بالفتح الجراحي والتشريح المرضي.

- موجودات سلبية: أي أن الموجودات المشاهدة لا تشير إلى وجود كيسة بينما تم تأكيد وجود الكيسة المائية بالجراحة والتشريح المرضي.  
وتم توزيع النتائج وفق الجدول (7).

جدول رقم (7): الموجودات المشاهدة على الصورة الشعاعية البسيطة للبطن.

المجموع	موجودات سلبية	موجودات إيجابية	عدد الحالات
38	35	3	
100	92.11	7.89	النسبة المئوية (%)

حيث نلاحظ أن صورة البطن كانت سلبية (أي لم تظهر وجود أية موجودات مرضية) في الغالبية العظمى من الحالات على الرغم من تأكيد وجود الكيسة المائية، وبالتالي يجب أن ندعم الصورة البسيطة للبطن بالتصوير بالأموح فوق الصوتية والطبقي المحوسب للبطن في جميع الحالات.

### 2- التصوير بالأموح فوق الصوتية للبطن:

أجري هذا الاستقصاء لجميع مرضى الدراسة حيث أظهر وجود الكيسات الكبدية في 34 حالة من أصل 38 حالة بنسبة 89.47%، وتم تأكيد ذلك بالجراحة بينما لم تظهر الكيسات في 4 حالات بنسبة 10.35%. وقد تم توزيع النتائج وفق الجدول (8).

جدول رقم (8): الموجودات المشاهدة بالتصوير بالأموح فوق الصوتية.

المجموع	الموجودات لا تشير لوجود كيسة إيجابية	الموجودات تشير لوجود كيسة إيجابية	عدد الحالات
38	4	34	
100	10.53	89.47	النسبة المئوية (%)

وبالتالي نجد أن قدرة التصوير بالأموح فوق الصوتية على كشف الكيسات الكبدية كانت 89.47% في دراستنا، وهي أقل من بعض الدراسات العالمية التي هي بحدود 93% [8]. ويمكن تحليل هذا الاختلاف بأن التصوير بالأموح فوق الصوتية هو إجراء شخصي تعتمد نتيجته على خبرة ومهارة الشعاعي الفاحص وكذلك تبعاً لحجم وموقع الكيسة.

### 3- التصوير المقطعي المحوسب للبطن:

أجري هذا الاستقصاء في دراستنا لجميع مرضى الدراسة. وقد أظهر وجود الكيسات المائية الكبدية في جميع هذه الحالات، وتؤكد ذلك بالفتح الجراحي والتشريح المرضي. وكذلك كان أكثر دقة من التصوير بالأموح فوق الصوتية في تحديد عدد وموقع هذه الكيسات، وبالتالي بلغت دقة هذا الإجراء في دراستنا 100%، وهذا يتماشى مع الدراسات العالمية [8].

لذلك فإن التصوير المقطعي المحوسب يجب أن يجرى لجميع المرضى الذين تشخص لديهم كيسات مائية كبدية بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية قبل الجراحة، وذلك لتأكيد التشخيص وتحديد الموقع والعدد بشكل دقيق [1-9].

### III- المعالجة الجراحية:

تم تحضير جميع المرضى قبل الجراحة بإعطاء مركبات الهيدروكورتيزون وريدياً.

#### آ- الشق الجراحي:

أجري الشق تحت الأضلاع اليمنى في 37 من أصل 38 حالة بنسبة (97.36%) بينما أجري الشق الناصف العلوي في حالة واحدة (2.64%)، حيث كانت الكيسة متوضعة في الفص الكبدي الأيسر، وكان قد أجري لهذا المريض عملية فتح بطن سابقة بشق ناصف علوي. وقد تمكنا من الوصول إلى الكيسة في جميع هذه الحالات بسهولة دون الحاجة لإجراء أي شق جراحي آخر أو تغيير شكل الشق.

#### ب- الإجراء الجراحي المتبع:

يبين الجدول (9) نسبة كل من الإجراءات الجراحية المستخدمة في علاج كيسات الكبد في دراستنا.

جدول رقم (9): نوع الإجراء الجراحي المتبع في دراستنا.

نوع الإجراء الجراحي	استئصال الكيسة	قتل الطفيلي وإفراغ المحتوى وتدبير الجوف المتبقي	استئصال قسمي للكبد مع الكيسة	المجموع
عدد الحالات	3	35	0	38
النسبة المئوية (%)	7.89	92.1	0	100

نلاحظ أن استئصال فص كبدي أو استئصال كبد جزئي لم يجر في أي حالة من حالات دراستنا. بينما أجري استئصال كامل الكيسة في 3 حالات فقط (7.89%) وفي هذه الحالات كانت الكيسة سطحية وصغيرة ومتوضعة على الوجه الأمامي للكبد في حالتين على الوجه العلوي في حالة واحدة. أما الإجراء الجراحي الأكثر استخداماً فكان قتل الطفيلي وإفراغ محتوى الكيسة وتدبير جوف الكيسة المتبقي، حيث أجري في 35 حالة بنسبة 92.1%.

فبعد فتح البطن وتحديد موقع الكيسة يتم إحاطة الكبد بشانبات بطن (رفادات) مبللة بالمحلول القاتل المستخدم ولكن بتركيز أقل.

وبعدها يتم سحب كمية كافية من محتوى الكيسة بواسطة محقنة ذات إبرة بزل ثخينة القطر ثم يتم حقن المحلول القاتل للطفيلي ضمن الجوف، ويترك ضمن الكيسة لمدة عشر دقائق ثم يسحب محتوى الكيسة بالكامل. وتفتح الكيسة لتفريغ الجوف الكيسي تماماً مع الانتباه لاستئصال الغشاء المننش المليء بالكيسات البنات والجيوب والحجب.

وفي دراستنا كان المحلول القاتل للطفيلي لمستخدم هو المحلول الملحي المفرط التوتر بنسبة (20%) والبوفيدون اليودي.

حيث تم استخدام المحلول الملحي المركز في 29 حالة بنسبة (76.31%). بينما تم استخدام المحلول الملحي والبوفيدون اليودي في 9 حالات بنسبة (23.68%) كما هو موضح في الجدول (10).

جدول رقم (10): نوع المحلول القاتل للطفيلي المستخدم في دراستنا.

نوع المحلول	محلول ملحي مفرط التوتر	محلول ملحي + البوفيدون اليودي	المجموع
عدد الحالات	29	9	38
النسبة المئوية (%)	76.31	23.68	100

وإن ميزة استخدام هذين المحلولين أن رض الشجرة الصفراوية والاختلاطات تكون أقل مقارنة مع بقية المحاليل كالماء الأوكسجيني [7-8].

هذه هي المرحلة الأولى من العمل الجراحي وتبقى المرحلة الثانية وهي تدبير الجوف الكيسي المتبقي.

#### تدبير جوف الكيسة المتبقي:

بعد إفراغ التجويف الكيسي واستئصال كامل الغشاء المنتش تم إجراء إرقاء جيد للأوعية وخياطة الأقنية الصفراوية الموجودة على الجدار، بعد ذلك يتم تدبير جوف الكيسة حسب حجمه وموقعه بعدة طرق، وهذه لطرق موضحة في الجدول (11).

جدول رقم (11): تدبير جوف الكيسة المتبقي.

نوع الإجراء	الإغلاق الأولي دون تفجير	وضع منزع ضمن الجوف	وضع الثرب ضمن الجوف	المجموع
عدد الحالات	1	24	10	35
النسبة المئوية (%)	2.85	68.57	28.57	100

حيث نلاحظ أن وضع مفجر ضمن جوف الكيسة كان أكثر الطرق المستخدمة 68.57% ن لحالات وهذا يتمشى مع أغلب الدراسات العالمية [7].

يليه وضع الثرب ضمن الجوف بنسبة 28.57% ثم الإغلاق الأولي بالخياطة في حالة واحدة (2.85%)، حيث كان التجويف الكيسي في هذه الحالة سطحياً وصغيراً، ولم يجز النزح الداخلي في أي حالة من الحالات (من مجموع الحالات الـ 38).

#### IV- المضاعفات بعد الجراحة:

تراوحت هذه المضاعفات من مضاعفات عامة تتلو أية جراحة بشكل عام كخمج الجرح إلى مضاعفات خاصة بجراحة الكيسات الكبدية كالناسور الصفراوي، كما هو مبين في الجدول (12).

جدول رقم (12): مضاعفات جراحة الكيسات المائية في الكبد.

المضاعفات	خمج الجرح	انصباب الجنب	ناسور صفراوي	الوفاة
عدد الحالات	3	18	5	1
النسبة المئوية (%)	7.89	47.36	13.15	2.63

حيث كان انصباب الجنب أكثر المضاعفات شيوعاً 18 حالة (47.36%)، حيث كان هناك انصباب جنب أيمن فقط في 15 حالة (39.47%)، بينما كان هناك انصباب جنب أيمن وأيسر معاً في 3 حالات (7.89%)، وقد تم إجراء تفجير صدر في 4 حالات من أصل 18 حالة انصباب جنب، وتركت بقية الحالات للمراقبة دون تفجير.

- أما الناسور الصفراوي فحدث في 5 حالات (13.15%)، وتم كشفه بتسرب الصفراء عبر المفجر الموجود ضمن التجويف الكيسي وجميع هذه النواسير لم تستمر أكثر من 3 أسابيع دون الحاجة لأي إجراء جراحي لتدبيرها، وتم التأكد من عدم وجود أي سائل في البطن (بعد الإغلاق العفوي للناسور) بواسطة التصوير بالأشعة فوق الصوتية قبل سحب المفجر.

- حدث خمج الشق الجراحي في 3 حالات (7.89%)، حيث كان سطحياً في الجلد والشحم تحت الجلد وقد تم تدبيره بفتح الجرح والضمادات المتكررة بالبوفيدون ثم الخياطة التقريبية.

- أما الوفاة فحدثت في حالة واحدة (2.63%) وكان المريض ذكر عمره 58 سنة وذلك بعد حوالي 15 يوم من الجراحة وكان سبب الوفاة مشكلة قلبية عند المريض.

## المراجع:

.....

1. Kirby I, Michal P., Reledis and eduard. Principles of srgery Schwartz. PG 1712-1723, U.S.A.
2. Dirk, J. Kaelin. M. 2001. Text Book of surgery Sabiston PG 846-850, U.S.A.
3. Francis E, Dian K, 1996 – N.M.S. Surgery PG: 312-344 – Williams, U.S.A.
4. George D, Zuidrmam – 1994 – Surgery of the Alimantary tract. PG: 526-560, U.S.A.
5. R.C.G. Russel et al. Baiby and Love's, short practice of surgery 23 rd edition. PG: 320-350.
6. Michel G. et al. Liver disease. Eur. Jornal. Of Surgery, Vol. II, June 2001. p.720-728.
7. Richard A, et al. Diagnosis and management of Lirer cysts, Jornal. of North America. October 1999, p. 120-132.
8. Robert T, et al. The Incidence of Hapatic Hydrated Cysts. The American Jornal. of Surgery. Febr. 2000, PG: 30-42.
9. Roland E, Anderson et al. Abdominal Cysts. Britch Jornal. Aprel. 2002, p: 320-325.
10. The United Medical Dictionary, Third edition.