جامعة دمشق

كلية الطب البشري

دور تنظير البطن في تدبير الأمراض النسائية

The role of laparoscopy in management of gynecological diseases

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء

رئاسة

الأستاذ الدكتور

عزام أبوطوق

إشراف

الأستاذ الدكتور

جميل طالب

إعداد الدكتورة صبا الحاج مصطفى

كلمة شكر

قبل نهاية هذه المرحلة النوعية من الحياة، لابد من وقفة تأمّل لمراجعة الأحداث واستذكار المواقف الجميلة، وقبل كل هذا وذاك توجيه كلمة شكر وامتنان لكلّ من ساهم بجهده وفكره وعمله في بناء وتطوير حصيلتي العلمية في هذا الاختصاص، فالشكر الجزيل لجميع أساتذة قسم التوليد وأمراض النساء على جهودهم المبذولة، والشكر للطاقم التمريضي والإداري على مساعدتهم.

الشكر الأكبر والفضل العظيم للأستاذ الدكتور جميل طالب -والذي كان خير معين في سنوات تدريبنا- على تفضله بالإشراف على هذه الرسالة، وبذله الوقت والجهد لكي تكون بالمستوى المطلوب.

الشكر العميق للأساتذة أعضاء الهيئة التدريسية في قسم التوليد وأمراض النساء.

المحبة والشكر للطاقمين التمريضي والإداري في المشفى

الإهداء

إلى من يفيض قلبي بحبها .. إلى من سقت زهرة عمري بدمع عينيها و رحيق تعبها .. من لفني دعاؤها من شرور الكون...

أمي الغالية

إلى من لم يفلت يدي و لو لثانية و بقي يشد عليها حتى اللحظة.. إلى من أفنى عمره ليزرع في بيتنا الأمان و الهناء و السعادة...

أبي الحنون

إلى مؤنستي الغالية و ملجأي في الحياة و أقرب مني إلى قلبي...

أختي الغالية... هبة

إلى اليدين اللتين لا أخاف شيئا و أنا بحمايتهم.. ملجأي و سندي...

إخوتي محمد و فراس

إلى دقة قلبي و نور عيوني.. إلى من زرع الأمل في روحي و أونس وحدتي.. إلى من أخذني إلى حب دافئ و وعد أبدي مشرق...

أسامة

إلى من هون علي تعب سنين الغربة.. و وحشة المناوبات الطويلة.. من إلى بجوارهم أشعر بأنني في بيتي و بين أهلي... صديقاتي..

آلاء.. آلاء.. أميرة.. ربا.. نور.. مريم.. ريما.. راما..

مخطط البحث

أولاً: الدراسة النظرية:

مقدمة.

تجهيزات التنظير

تقنية إجراء تنظير البطن

التحذيرات المتعلقة بتنظير البطن

اختلاطات تنظير البطن

تنظير البطن التشخيصي

تنظير البطن العلاجي

الموجودات التنظيرية

ثانياً:الدراسة العملية:

منهج البحث

عرض النتائج.

ملخص النتائج

مناقشة النتائج

التوصيات.

المراجع.

الدِّراسَةُ النَّظريَّةُ

مقدمة

تعاريف

التنظير الباطني Endoscopy : عبارة عن إجراء جراحي يستعمل فيه منظار رفيع لرؤية ما بداخل حشى أو حيز ما.

يوجد في طب النسائية نوعان من التنظير الباطني، هما [1] :

تنظير البطن Laparoscopy : هو تنظير باطني يجرى ضمن الجوف البريتواني.

تنظير الرحم Hysteroscopy : هوتنظير باطني يجرى ضمن جوف الرحم.

لمحة تاريخية:

كان تنظير باطن الرحم أول إجراء تنظير في مجال النسائية ، و أدخل من قبل Pantaleoni عام 1869م . أما تنظير البطن فقد طبق عام 1901م من قبل Jacobaeus [1].

تطورت تقنيات تنظير البطن و توسعت استطباباته مع تتالي العقود .

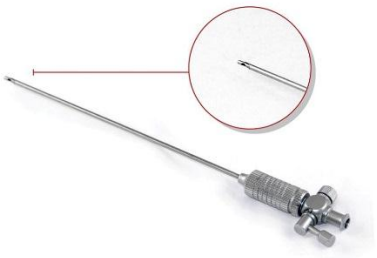
تجهيزات التنظير Equipments :[3-1]

أجهزة التصوير Imaging Systems:

- الكاميرا : تتألف من قسمين هما : رأس الكاميرا مع سلكها . و وحدة ضبط الكاميرا.
- المنبع الضوئي : تعتمد مصابيح الكزينون أو الهالوجن .
- منظار البطن : يتألف من سلسلة من العدسات العينية و الجسمية .

أجهزة النفخ Insufflation Systems :

❖ إبرة النفخ : تسمى هذه الإبرة بـ Verres needle و قد صممت لإنقاص فرص الإنثقاب العرضي للأمعاء و هي الأكثر استخداماً حالياً ، و تتميز هذه الإبرة بسلامتها كونها مزودة بنابض يسمح بحماية البنى داخل البطن أثناء إدخال الإبرة. توصل الإبرة بعد إدخالها إلى الغاز .



❖ منفاخ الغاز : عبارة عن أسطوانة مملوءة بغاز ثنائي أوكسيد الكربون CO_2 ، و جهاز منظم للغاز . يستخدم لخلق استرواح بريتواني مسيطر عليه ، و تتم مراقبة مستوى الضغط داخل جوف البطن و سرعة جريان الغاز .

الأدوات الجراحية :

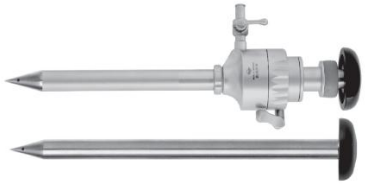
❖ القنيات الأساسية : تسمح بإدخال أدوات تنظير البطن في جوف البريتوان مع الحفاظ على الضغط الناشئ من الغاز الموجود في البطن . و هي عبارة عن أنابيب مجوفة ذات صمام أو آلية إغلاق في نهايتها . يوجد تحت هذا الصمام صنبور يتصل بمنفاخ الغاز لتأمين استمرار ضخ الغاز أثناء التنظير .

المبزل (Trocar) أداة أطول من القنية و ذات قطر أصغر يمرر عبر القنية بحيث تظهر نهايته خارج القنية . يوجد لمعظم المبازل نهايات حادة ، مما يسمح لها بثقب جدار البطن بعد إجراء شق صغير في الجلد .

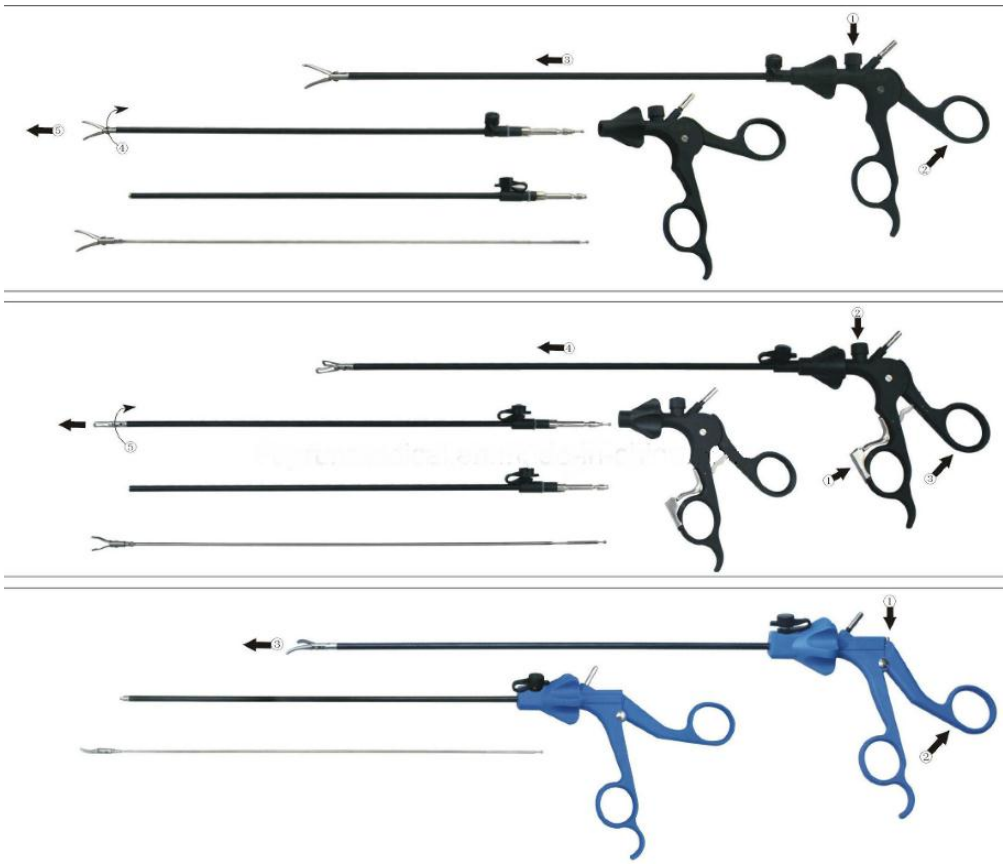
صممت أنواع من القنيات النبوذة والتي تتميز بوجود آلية أمان عبارة عن نابض حساس لتغير الضغط عند دخول جوف البطن .

❖ القنيات المساعدة : ضرورية لإجراء معظم عمليات تنظير البطن التشخيصية و العلاجية ، و هي تشبه القنية الأساسية إلا أنها ذات قطر أصغر منها، و قد تكون مزودة بصمام لنفخ الغاز .

تسمح القنيات المساعدة بإدخال أدوات كثيرة بحسب الإجراء المطلوب .



❖ الأدوات : متعددة جداً ، و منها: المجس الكليل ، ملاقط الإطباق ، أدوات القطع ، أدوات الغسيل و المص ، أدوات الإرقاء .



منابلات الرحم :

يجب أن يكون لمنابل الرحم جزء داخل الرحم و طريقة لتثبيت الجهاز على الرحم . إن الجزء داخل الرحمي عبارة عن قنية تسمح أثناء التنظير بتسريب سائل ملوّن (زرقة الميتيلين مثلاً) لإظهار نفوذية البوقين . كما تسمح بإجراء مناورات لقلب أمامي أو خلفي أو تحريك جانبي للرحم .

غرفة العمليات:

يجب إجراء التنظير في غرفة العمليات التي يجب أن تكون معقمة و مجهزة بشكل كامل لإجراء فتح بطن إسعافي عند الضرورة . و أن تسمح طاولة العمليات بتغيير وضعية المريضة و مزودة برافعات أقدام تسمح بوضع المريضة بالوضعية النسائية ، مع ضرورة تجهيز الناحية التخديرية بشكل كامل .

تقنية إجراء تنظير البطن:[2، 4-7]

التحضيرات الأولية:

بعد تحضير غرفة العمليات ، توضع المريضة بالوضعية النسائية ، و بعد إفراغ المثانة و تطهير المهبل و إجراء الفحص المهبلي ، يتم سبر الرحم لمعرفة طوله و يوضع داخله منابل الرحم .

إن دخول جوف البطن هو أخطر جزء من عملية التنظير ، لأن دخول إبرة نفخ الغاز و المبزل الأساسي هو دخول أعمى و يحمل العديد من الاختلاطات .

شق الجلد و نفخ الغاز :

إن المكان المفضل لغرز إبرة النفخ هو أقرب ما يكون إلى السرة أو ضمنها ، حيث يكون جدار البطن أرق ما يمكن و لعدم وجود أوعية رئيسية في هذه المنطقة ، و ذلك بالنسبة للحالات التي لا يوجد لدى المريضة جراحة حوضية سابقة . توجد عدة حالات لا يستطب فيها الدخول عبر السرة لنفخ الغاز و منها :

- الالتصاقات المعروفة أو المتوقعة .
- الكتل الحوضية الكبيرة .
- سوابق إصلاح فتق بطني .

كما توجد حالات أخرى يجب أخذ الحذر عند الدخول من هذه النقطة مثل : النحف الشديد ، البدانة ، ارتخاء جدار البطن ، الحمل .

يمكن اختيار أمكنة أخرى لإدخال إبرة النفخ في الحالات السابقة ، و من هذه الأماكن:

الربع العلوي الأيسر للبطن Left upper quadrant: و هناك نقطتان يمكن الدخول من خلالهما هما نقطة بالمر Palmer's point (3 سم تحت الحافة الضلعية اليسرى على الخط الناصف للترقوة) ، و المسافة بين الضلعية التاسعة اليسرى Left ninth inter– costal space [8] .

عبر المهبل Trans vaginal : عن طريق رتج دوغلاس و باستخدام إبرة 15 سم بدلاً من12 سم ، مع عدم إدخال أكثر من 3 سم ضمن الجوف الحوضي [9] .

يكفي إحداث شق طوله 3 ملم من أجل إدخال إبرة النفخ ، و يرفع جدار البطن بمسكه بيد الجراح ، ثم تدخل الإبرة و تدفع عبر الشق المذكور باتجاه محور الحوض و بزاوية 45 درجة بالنسبة للعمود الفقري للمريضة و ذلك عند النساء معتدلات الوزن ، أما عند البدينات فيمكن أن تزداد هذه الزاوية إلى 90ْ تقريباً بحيث تتماشى الزاوية مع زيادة سماكة جدار البطن [7] .

يمكن تحري صحة إدخال إبرة النفخ من خلال :

اختبار السحب : يتم بوصل محقنة إلى إبرة النفخ ثم السحب للتأكد من عدم وجود دم أو بول أو براز أو صفراء.

حقن محلول فيزيولوجي عبر الإبرة : إذا كانت الإبرة في جوف البريتوان فإن المحلول يختفي بسرعة و سلاسة ، أما إذا كانت خارجه فإن الجريان يكون أبطأ مع مقاومة .

إدخال المبزل الأساسي [10.7] :

إن الإجراءات التي اتخذت عند إدخال إبرة النفخ ينبغي اتباعها بشكل أكثر حزماً عند إدخال المبزل الأساسي فهو أخطر جزء في التنظير ، و أهم الأمور التي يجب الانتباه لها هي :

- ❖ الانتباه إلى شق الجلد الذي يجب أن يكون مناسباً لقطر المبزل تماماً ، فالقطر الصغير يعيق دخول القنية من خلال الجلد . أما الشق الكبير فإنه يؤدي إلى ضياع الغاز بعد الدخول .
- ❖ ينبغي على الجراح أن يركز انتباهه على يديه أثناء الدخول و أن يخفف من الدفع عند شعوره بزوال المقاومة .
- ❖ إن الشعور بانعدام المقاومة دليل على اختراق الصفاق و البريتوان ، و عندها يسحب المبزل حيث يسمع صوت خروج الغاز من البطن و هي أهم علامة على الدخول لجوف البريتوان .
- ❖ يتم عندئذ إدخال المنظار ضمن القنية الأساسية للتأكد من الوضع المناسب داخل الجوف البريتواني و للتأكد من سلامة الدخول و عدم وجود أي نزف أو أذية في الأمعاء .

إدخال القنيات المساعدة [7] :

إن القنيات المساعدة ضرورية في عمليات تنظير البطن التشخيصية و العلاجية . يجب أن تغرز هذه القنيات دائماً تحت الرؤية المباشرة بسبب إمكانية حدوث أذية للأمعاء أو الأوعية الكبيرة .

إن المكان الأكثر فائدة و المقبول من الناحية التجميلية للقنية المساعدة في تنظير البطن التشخيصي هو على الخط المتوسط فوق ارتفاق العانة بحوالي 2–4 سم.

أما في عمليات تنظير البطن العلاجية ؛ فإن إدخال القنيات وفق الأرباع السفلية مفيد، و لكن يجب تحديد مكان الأوعية الشرسوفية السفلية لتجنب أذيتها ، و يمكن تحديدها بالشفوف . أما مكان الأوعية الشرسوفية العميقة ، فيجب اعتبار الأربطة السرية المتوسطة نقاط علام ، حيث توضع القنية وحشي الرباط السري المتوسط بـ 3–4 سم أو وحشي الحافة الوحشية لغمد العضلة المستقيمة البطنية .

يجب أن لا توضع القنيات المساعدة قريبة جداً من بعضها ، لأن هذا قد يؤدي إلى تشابك قبضات الأدوات مما يعيق المناورة .

تنظير البطن المفتوح :

تم تطوير هذه التقنية من قبل Hasson عام 1971م لتجنب الدخول الأعمى لإبرة الغاز وللمبزل الأساسي عند وجود خطر حدوث أذية عند الدخول .

ينم الدخول إلى جوف البريتوان عبر شق صغير 1.5–2 سم تحت السرة ثم تلقط حواف الصفاق و تقص و يتم الدخول إلى جوف البريتوان بطريقة مفتوحة

التحذيرات المتعلقة بتنظير البطن : [4-7]

إن تحديد مضادات استطباب تنظير البطن المطلقة موضع خلاف وجدل ، وأدى تطور التقنيات الجراحية والتخديرية إضافة إلى تراكم الخبرة التنظيرية لدى الأطباء إلى استبعاد العديد من الحالات كمضاد استطباب مطلق للتنظير .

يوجد تحذيرات متعلقة ببعض عوامل الخطر من التنظير و من هذه العوامل :

البدانة :

يصبح تنظير البطن أصعب لدى البدينات مع خطورة أعلى ، بدءاً من إدخال الأدوات ، كما أن النزف من أوعية جدار البطن أشيع لصعوبة رؤيتها. يضاف لذلك صعوبة وضع المريضة بوضعية عكس تراندلنبورغ بسبب صعوبة التهوية .

جراحة سابقة على البطن :

تبلغ خطورة التصاق الثرب و/أو الأمعاء على جدار البطن الامامي بعد جراحة بطنية سابقة أكثر من 20%، مما يؤدي إلى ازدياد احتمال أذية الأمعاء أثناء تنظير البطن.

عوامل الخطورة التخديرية .

خطر القلس والاستنشاق في الحالات الاسعافية لدى مريضة غير صائمة .

أمراض القلب :

إن المريضات مع آفات قلب إقفارية يمكن أن يحدث لديهن أثناء تنظير البطن نقص في العود الوريدي مع تسرع في القلب مما قد يؤدي إلى الاحتشاء .

يمكن ان يؤدي تنظير البطن إلى اضطرابات نظم لدى المستعدات لذلك ، ويزيد من خطورته تمدد البطن أثناء التنظير .

الأمراض الرئوية :

إن فرط كربمية الدم ونقص التهوية المرافق لتنظير البطن يمكن أن تكون خطرة لدى المريضات الرئويات مع حماض تنفسي مزمن.

ذكر في حالات نادرة حدوث ريح صدرية أو منصفية كاختلاط لنفخ الغاز .

اختلاطات تنظير البطن [11]

الاختلاطات التخديرية :

إن حوالي ثلث الوفيات المرافقة للإجراءات التنظيرية البسيطة هي بسبب اختلاط تخديري . تشمل هذه الاختلاطات : نقص التهوية ، التنبيب المريئي ، القلس المعدي المريئي و الاستنشاق ، التشنج القصبي ، هبوط التوتر الشرياني ، جرعة تخدير زئدة، لا نظميات قلبية ، توقف القلب .

تسبب وضعية المريضة أثناء التنظير بالاشتراك مع الضغط الزائد داخل البطن بسبب نفخ الغاز ضغطاً على الحجاب الحاجز ، مما يزيد من خطر نقص التهوية و فرط الكربمية والحماض الاستقلابي ، كما أن هذه الوضعية بالاشتراك مع المواد التخديرية المرخية للمعصرة المريئية تزيد من حدوث القلس مما يسبب الاستنشاق و تشنج القصبات و ذات الرئة . يزداد حدوث القلس عند البدينات أو بوجود فتق حجابي .

تحدث صمة غاز CO_2 نتيجة الحقن داخل الوعائي المباشر للغاز عن طريق إبرة النفخ ، وتشمل العلامات : هبوط التوتر المفاجئ وغير المفسر ، ولا نظمية قلبية ، زرقة و نفخات قلبية ، وتحدث وذمة رئة و قصور قلب أيمن .

تعد اللانظميات القلبية من الاختلاطات القلبية الوعائية الشائعة و تنتج عن فرط كربمية الدم والحماض الاستقلابي .

النفخ خارج البريتوان :

إن فشل دخول إبرة الغاز إلى جوف البريتوان هو السبب الأشيع ، و تكون الحالة عادة خفيفة و محدودة ، إلا أنه قد يمتد الغاز بشدة ليشمل الأطراف و العنق و المنصف . يشخص انتفاخ الجلد بالرؤية المباشرة و بجس الفرقعة تحت الجلد .

قد تتطور إلى ريح صدرية موترة و تكون بحاجة لإجراء تفجير فوري .

الاختلاطات الجراحية الكهربائية:

تحدث نتيجة أذية حرارية ناجمة عن سوء استخدام المخثر . قد تصاب الأعضاء المجاورة "المثانة ، الأمعاء ، جلد البطن" بشكل عرضي .

يتأخر عادة تشخيص الأذية الحشوية الحرارية حتى تظهر أعراض و علامات الناسور أو التهاب البريتوان ، وهذا يحدث خلال 2–10 أيام بعد الجراحة . تدبر بفتح البطن .

الاختلاطات النزفية :

إن الاختلاط الأكثر خطورة هو إصابة وعاء كبير كالأبهر أو الأجوف السفلي و فروعهما . يتطور لدى المريضة هبوط توتر شديد مع أو دون تدمي بريتوان ، و يجرى فتح بطن إسعافي في هذه الحالات .

إن أكثر الأذيات شيوعاً هي أذية الاوعية الشرسوفية السفلية السطحية أثناء إدخال القنية المساعدة ، و يمكن تجنبها بالدخول تحت الرؤية المباشرة . يتوقف النزف عادة تلقائياً ، و يكتفى بالمراقبة .

تعد أذية الأوعية الشرسوفية السفلية العميقة أكثر خطورة و قد تسبب خسارة دم كبيرة، ويمكن أخذ قطبة عميقة لها .

إذا تطور ورم دموي بعد الجراحة يجب استخدام ضغط موضعي بشكل أولي ، و إذا استمر الورم الدموي بالازدياد يجب تفجير الورم و تحديد الوعاء النازف و ربطه .

أذية وعاء داخل البريتوان "كالأوعية الثربية" وهي أوعية صغيرة ويكتفى عادة بتخثيرها

الاختلاطات المعدية المعوية :

تحدث أذية المعدة أو الأمعاء أثناء إدخال إبرة نفخ الغاز أو القنيات ، أو أثناء الإجراءات التنظيرية العلاجية أو بسبب الأذية الحرارية . تحتاج هذه الأذيات الإصلاح حالما تشخص .

الأذيات البولية :

يمكن أن يحدث انثقاب مثانة أثناء الدخول أو التسليخ . إن أذية الحالب أقل تواتراً و تشاهد في حالة الالتصاقات . يتم التدبير مباشرة .

الفتق الاندحاقي :

إن الشقوق أكبر من 10 ملم معرضة أكثر من غيرها لحدوث الانفتاق فيها. يعتمد التدبير على وقت التظاهر ووجود امعاء محتبسة ضمن الشق .

الإنتان : إن انتان الجرح التنظيري غير شائع ، و معظمها بسيط ، و يعالج بالمراقبة أو التفجير و الصادات .

تنظير البطن التشخيصي

[13.12.1] Diagnostic Laparoscopy

احتل تنظير البطن مكانة هامة كوسيلة تشخيصية في العديد من الحالات النسائية ، لأنه يقدم للجراح رؤية واضحة و مباشرة للأعضاء الحوضية بحيث يسمح بتحديد المشكلة و خاصة عندما لا يكون التشخيص واضحاً بوسائل التصوير غير الغازية .

إن تنظير البطن هو الطريقة المعيارية لتشخيص داء الانتباذ البطاني و الالتصاقات ، لأنه لا توجد وسيلة تصوير أخرى تؤمن نفس درجة الحساسية و النوعية التي يقدمها تنظير البطن .

يمكن أن يكشف تنظير البطن عن شذوذات و اضطرابات ليست متعلقة بمشكلة المريضة بالضرورة ، لذلك يجب تفسير الموجودات التنظيرية في سياقها السريري و بتبصّر شديد .

استطبابات تنظير البطن التشخيصي [13.12.1] :

1. استقصاء العقم :

إن المعيار الذهبي لتشخيص العامل البوقي و البريتواني و داء الانتباذ البطاني في العقم هو تنظير البطن .

يفيد تنظير البطن في رؤية الطول الحقيقي للبوقين و شكلهما و الالتصاقات حولهما و درجة هذه الالتصاقات ، كما يمكن اختبار نفوذية البوقين بمراقبة المادة الملونة (زرقة الميتيلين مثلاً) و مرورها من خلال الفتحة الصيوانية للبوق .

إن دور تنظير البطن في التقييم البدئي للعقم مختلف عليه . و لكنه يستطب عموماً في النساء مع عقم غير مفسر أو في حال الاشتباه بوجود انتباذ بطاني أو التصاقات حوضية كما في حال وجود قصة ألم حوضي ، أو التهاب زائدة دودية سابق ، أو إنتان حوضي ، أو جراحة حوضية سابقة ، أو حمل هاجر سابق [13].

2. استقصاء الألم الحوضي المزمن :

يوجد طيف واسع للألم الحوضي المزمن من حيث الطبيعة و الشدّة و الأسباب العضوية و الوظيفية و التي قد تكون : نسائية ، هضمية ، بولية ،...إلخ.

لا يمكن أحياناً من خلال القصة السريرية و الفحص الفيزيائي أن نجزم بسبب الألم الحوضي ، إلا أن تنظير البطن أفاد كثيراً في تحديد أسباب هذا الألم و أحياناً في علاجه .

تضم أهم الأسباب النسائية للألم الحوضي المزمن :

- داء الانتباذ البطاني .
- الالتصاقات .
- التهاب البوق والمبيض المزمن .

3. استقصاء الألم الحوضي الحاد [12.1]

يقدم تنظير البطن فائدة كبيرة في وضع تشخيص و علاج العديد من حالات الألم الحوضي الحاد ، و بالتالي يوفر العديد من حالات فتح البطن الاسعافية . و من هذه الحالات نذكر :

- الحمل الهاجر .
- انتان الملحقات الحاد (لتأكيد التشخيص السريري ، و أخذ زروع مباشرة).
- كيسات المبيض الوظيفية النازفة .
- انفتال كيسات المبيض .
- انفتال الملحقات .
- كيسات المبيض المتمزقة .

4. استقصاء التشوهات التشريحية :

قد تحتاج بعض حالات التشوهات التشريحية إلى التأمل العياني للحوض و بخاصة بعض المتلازمات المشاهدة عند الفتيات ما قبل سن البلوغ ، أو مريضات انقطاع الطمث البدئي و اللواتي قد يملكن طيفاً واسعاً من التشوهات الخلقية (شذوذات تطور قناة موللر . عدم الحساسية للأندروجينات ....) .

5. أخذ الخزعات :

يعتبر المبيض من أكثر الأعضاء النسائية التي تؤخذ منها الخزعات على الرغم من أن هذا الأمر ليس بالسهل أبدا لأن المبيض عضو متحرك و ذو محفظة سميكة و يقع خلف البوق .

قد تؤخذ الخزعات من الإنزراعات الانتباذية البطانية لتأكيد التشخيص ، و أخذ مثل هذه الخزعات يحتاج لجراح ذو خبرة و يفضل تواجد خازع حاد مع مخثر كهربائي .

تنظير البطن العلاجي

[15.14.4.1] Therapeutic Laparoscopy

إن دور تنظير البطن في التدبير الجراحي للحالات النسائية في تطور مستمر ، بحيث أن العديد من الإجراءات التي كانت تجرى تقليدياً عن طريق البطن أو المهبل أصبحت ممكنة الإجراء تنظيرياً و بسهولة نسبية .

بالإضافة إلى فوائد تنظير البطن العلاجي العامة و التي تتضمن قصر فترة الإقامة في المشفى ، و نقص الألم بعد الجراحة ، و عودة أسرع للنشاط الطبيعي ، فإن تشكل الالتصاقات أقل من الجراحة المفتوحة ، كما أن مقدار الرض البريتواني المباشر أقل و كذلك تلوث الجوف البريتواني . إن نقص التعرض للهواء يسمح ببقاء السطح البريتواني رطباً ، و بالتالي تأذي أقل و تشكيل التصاقات أقل .

يجب التأكيد على أن فعاّليّة تنظير البطن العلاجية هذه تنخفض إذا لم يكن الجراح متدرباً بشكل جيد على هكذا نوع من الجراحة .

استطبابات تنظير البطن العلاجي :

- الجراحة البوقية :

❖ عمليات التعقيم البوقي مختلفة التقنية .

❖ فغر البوق الخطي و استئصال البوق جزئياً أو كلياً في سياق معالجة الحمل الهاجر .

- الجراحة المبيضية :[16]

❖ تدبير كيسات المبيض و ذلك باستئصال الكيسة نفسها فقط أو استئصال المبيض أيضاً [17].

❖ تدبير انفتال المبيض بحيث لا نستأصل المبيض في حال عدم وجود علامات نخرية لنقص التروية أو نستأصله في حال وجود تلك العلامات.

❖ التدبير الجراحي لمتلازمة المبيض متعدد الكيسات [18].

- جراحات العقم Infertility Operations [15.1] :

تتضمن المعالجة التنظيرية للعقم العمليات التي تعيد بناء العلاقات التشريحية الطبيعية و التي تتبدل بتأثير الآليات الالتهابية وتتضمن :

❖ عملية رأب الخمل البوقي fimbrioplasty (تصنيع الأهداب)

❖ فك الالتصاقات adhesiolysis

❖ فغر البوق salpingostomy للانسداد البوقي البعيد .

❖ معالجة الانتباذ البطاني .

- الجراحة الرحمية [15.11]:

  - ❖ استئصال الأورام العضلية الملساء المحافظ .
  - ❖ استئصال الرحم تحت التام /التام تنظيريا .
  - ❖ استئصال الرحم عبر المهبل المساعد تنظيريا .

- جراحة الأورام [11]:

  - ❖ استئصال الاورام البدئية radical surgery.
  - ❖ تحديد المرحلة الورمية staging .
  - ❖ النظرة الثانية second look بعد المعالجة المساعدة .

- اضطرابات قاع الحوض [11]:

  - ❖ إصلاح القيلة المعوية .
  - ❖ تعليق قبة المهبل .
  - ❖ تثبيت المثانة و الإحليل خلف العانة .

الموجودات التنظيرية

داء الانتباذ البطاني endometriosis: [19-21]

يوجد الانتباذ البطاني لدى 20-30% من النساء مع نقص خصوبة ، و يكون انتشار المراحل المتقدمة من الداء أكثر لدى هؤلاء السيدات . قد ينتج العقم في هذه الحالات بسبب الالتصاقات المسببة بالانتباذ البطاني و التي تضعف التقاط البييضة الطبيعي ، و نقل البيضة الملقحة عبر البوق ، بالإضافة إلى شذوذات مناعية دقيقة تؤثر في التعشيش . لا يكون بوقا فالوب عادة مسدودين ، و يكونان خاليين من الإصابة المعممة على الرغم من أن الالتصاقات حول البوقية يمكن أن تمتد للبنى المجاورة و خصوصاً في المريضات مع الإصابة الواسعة .

يكشف الانتباذ البطاني عند 25% من المريضات اللاتي أجري لهن تنظير بطن لتقييم الألم الحوضي المزمن، لا يوجد علاقة بين شدة الإصابة وبين شدة وصفات الألم.

تشمل الموجودات المميزة بتنظير البطن بشكل نموذجي آفات حرق البارود powder burn على السطوح المصلية للبريتوان ، و تكون سوداء اللون أو بنية غامقة ، أو عقيدات مزرقة ، أو كيسات صغيرة تحوي دم قديم .

قد يبدو الانتباذ البطاني كآفات خفية: بقع حمراء ، أو حويصلات مصلية أو رائقة ، لويحات أو تندبات بيضاء ، أو تغير لون البريتوان إلى البني المصفّر مع التصاقات تحت مبيضية [11] .

تهدف الجراحة إلى استئصال أو تخثير كل الآفات المرئية وفك الالتصاقات المرافقة وإعادة التشريح إلى الحالة الطبيعية ما أمكن . تخثّر الآفات المبيضية الصغيرة ، أما الاورام الكبيرة فإنها ترشف ويغسل الجوف جداً ويتم استئصال جدار الكيسة لمنع النكس .

الداء الحوضي الالتهابي Pelvic Inflammatory disease [23.22] :

إن مصطلح الداء الحوضي الالتهابي PID مصطلح عام ، و غامض ، و ينبغي الاستغناء عنه و استخدام تعابير أكثر دقّة تتضمن العضو المصاب و مرحلة الانتان و العامل المسبب إن أمكن . أظهرت الدراسات التنظيرية إصابة البوق في 65-90% من المرضى المشخص لهم PID فرضياً .

تكون النايسيريات البنية مسؤولة عن 40-60% من حالات التهاب البوق الحاد ، و المتدثرات الحثرية مسؤولة عن 20-30% من انتانات الحوض .

تساهم عدة عوامل في تطور العقابيل، فالتأخر ببدء العلاج أو المعالجة الناقصة أو المعالجة بالصادات غير المناسبة قد يؤدي لاستمرار العملية الخمجية والوصول للعقابيل اللاعكوسة.

التهاب البوق والبريتوان الحاد Acute salpingitis peritonitis [23] :

حالة انتانية حادة تشمل الرحم والبوقين والمبيضين مع درجات مختلفة من التهاب البريتوان الحوضي .

قد تترك الحالة بعض الاختلاطات منها : التهاب البريتوان المعمم ، شلل أمعاء حركي ، تشكل خراج بوقي –مبيضي ، التصاقات حول بوقية – معوية

تكون الموجودات التنظيرية في المرحلة الحادة كالتالي :

- احمرار و احتقان و وذمة في البوقين و المبيضين
- سيلان قيحي من فوهة البوق
- احتقان بريتوان حوضي بدرجات مختلفة .
- يمكن رؤية خراج بوقي مبيضي مع التصاقات رحمية مبيضية معوية

يمكن الحصول على زروع مباشرة من البوقين .

الخراج البوقي المبيضي Tubo –Ovarian Abscess[23]

قد يحدث الخراج البوقي المبيضي بعد هجمة التهاب ملحقات حادة ، و لكنه يشاهد عادة مع الانتانات المعاودة على نسج الملحقات المتأذية نتيجة الانتان المزمن ، يشاهد في البدء التهاب بوق قد يشمل أو لا يشمل المبيض ، و يمكن أن تزول هذه العملية

تلقائياً أو استجابة للعلاج لكن يحدث بالنتيجة تخريب تشريحي و التصاقات ليفية مع الأعضاء المجاورة و التي تشمل المبيض في مكان حدوث الإباضة عادة والذي يشكل مدخلاً لامتداد الانتان و تشكيل الخراجة .

يمكن أن تحدث هذه الخراجات مترافقة مع استخدام اللوالب داخل الرحم أو مع الانتانات الحبيبومية كالتدرن و داء الشعيات Actinomycosis .

الانتانات الحوضية المزمنة أو المعاودة Recurrent or Chronic Pelvic Infection [23]:

إن وجود قصة إنتانية سابقة (التهاب ملحقات حاد أو انتان حوضي سابق أو انتان عقب ولادة أو عقب اسقاط) من أساسيات التشخيص .

تكون نسج الملحقات متسمكة مع استسقاء بوق غالباً و العقم شائع جدا لدى هؤلاء المريضات .

يؤدي الانتان الحوضي المزمن لحدوث تبدلات في النسج حول الرحم و البوقين و المبيضين ، و تحدث عادة التصاقات مع السطوح البريتوانية ، و تبدلات ليفية في لمعة البوق . تشمل الاختلاطات في الانتان الحوضي المزمن أو المعاود : استسقاء البوق ، تقيح البوق ، الخراجة البوقية المبيضية ، و العقم ، و الحمل الهاجر ، و الألم الحوضي المزمن بدرجاته المختلفة .

من الموجودات التنظيرية المشاهدة : استسقاء بوق ثنائي الجانب غالباً ، التصاق النهاية المهدبة للبوق ، التصاقات مع الأعضاء الحوضية [11] .

انتانات المتدثرات الحثرية Chlamydial Infections

تسبب المتدثرات الحثرية إنتانات صاعدة مثل انتان البوقين في 20–40% من الحالات غير المعالجة و في أكثر من 50% من هذه الانتانات الصاعدة يحدث انسداد في البوقين أو حمل هاجر أو نقص في الخصوبة [24].

يطوّر انتان المتدثرات أحياناً حالة خاصة هي التهاب ما حول الكبد (متلازمة فيتز–كورتيز Fitzhugh–Curtis syndrome) و هو التهاب يصيب المحفظة الكبدية و السطوح البريتوانية القريبة . يتظاهر على شكل تقيح غير منتظم و نضحة ليفينية في الطور الحاد و يترك لاحقاً التصاقات على شكل أوتار الكمان violin string على الوجه الأمامي للكبد [17].

التدرن الحوضي Pelvic Tuberculosis : [25.23]

قد يكون العقم هو الشكوى الرئيسية ، لكن قد يتظاهر بعسرة طمث أو ألم حوضي أو التهاب بيريتوان درني ، و قد تؤدي إصابة البطانة الرحمية إلى حدوث انقطاع طمث أو اضطرابات طمث أخرى .

يكون تدرن الجهاز التناسلي الأنثوي ثانويا ، نتيجة للانتشار الدموي إلى بطانة الرحم و البوقين و المبيضين ، و يتظاهر كداء حوضي مزمن و عقم ، قد يختلط منظره مع الداء الحوضي الالتهابي لكن توجد بعض المظاهر الخاصة للتدرن و هي :

- التصاقات كثيفة بشدة بدون سطوح فاصلة .
- توسع قطعي في البوقين .
- عدم انسداد البوقين عند الفتحة النفيرية .

الالتصاقات Adhesions [27.26.23.19] :

يمكن أن تنتج الالتصاقات عن عدة أسباب أهمها العمليات الإلتهابية التالية للانتانات الحوضية المختلفة ، و كنتيجة للإجراءات الجراحية ، و بآليات متعددة لداء الانتباذ البطاني الرحمي ، و أيضاً بأسباب متفرقة أخرى .

يمكن أن تتشكل الالتصاقات لدى 60- 90% من المريضات بعد الجراحات النسائية المختلفة ، و تزداد نسبة و درجة الالتصاقات في حال وجود التهاب حوضي مرافق للإجراء الجراحي . يترافق استئصال الأورام العضلية الملساء مع معدلات تشكل التصاقات عالية تصل حتى 60% من المريضات . و كذلك فإن معدل عودة تشكل الالتصاقات بعد فكها يكون عالياً جداً و قد يصل حتى 90% [28.26].

يحرض تثقيب المبيض الذي يجرى تنظيرياً لانقاص اللحمة المبيضية المنتجة للأندروجين حدوث التصاقات بنسبة 15-20% من الحالات [18.16].

تكون الالتصاقات الناجمة عن الداء الحوضي الالتهابي عادةً واسعة الامتداد و غير واضحة الحدود و سطحية و ليست موعاةٍ كثيراً ، و تمتد من بنية حوضية إلى أخرى، مع ترك فراغات بين البنى التي تشملها ، و هذا ما يسهّل فكها جراحياً .

أما الالتصاقات الكثيفة و الملاصقة للأعضاء الحوضية فغالباً ما تنجم عن جراحة سابقة ، و في هذه الحالات فإن البنى المتجاورة تندمج معاً بشكل صميمي ، و هنا تكون المنطقة المتلاصقة خالية من الطبقة المتوسطة للبيريتوان ، أي بكلمات أخرى فإن طبقات النسيج الضام للأعضاء الملتصقة تكون مندمجة معاً ، و يكون فك مثل هذه الالتصاقات صعباً من الناحية التقنية و تترافق مع نسب عالية جداً للنكس .

قد تتطور العواقب التالية بسبب الالتصاقات : ألم حوضي مبهم ، عسرة طمث ، نقص خصوبة ، انسداد امعاء [28.27].

يوجد خياران علاجيان متاحان للوصول للحمل لدى المريضات مع وجود التصاقات هما : الجراحة التصنيعية (reconstructive) و الإخصاب في الزجاج [15.14].

لا يجب النظر للخيارين السابقين على أنهما متنافسان، بل على الأصح متكاملان، للوصول للهدف المنشود. وعموماً فإن تطور تقنيات الإخصاب المساعد طبياً قلص كثيراً من دور الجراحة التصنيعية للبوق.

يعتمد خيار المعالجة و نتائج تدبير الالتصاقات على درجة دقة معايير انتقاء الحالة و التقنية الجراحية . إن القرار السريري و خطة العلاج اللاحقة يجب أن توضع بحسب الموجودات الجراحية و نتائج الجراحة المتوقعة . في الحالات التي تشير لإنذار سيء

بالنسبة للوضع التشريحي الحوضي فإن الإخصاب في الزجاج يشكل الخيار العلاجي الأفضل.

فك الالتصاقات: [29.15]

يمكن أن يعيد الفك الجراحي للالتصاقات التشريح الحوضي في بعض الحالات ، و لكن يمكن أن تتشكل الالتصاقات ثانية و خاصة إذا كانت كثيفة و موعاة .

يمكن أن تكون الالتصاقات حول الملحقات المظهر الوحيد للداء الالتصاقي ، و قد تترافق مع انسداد بوقي أيضاً ، يمكن أن يكون هذا الانسداد في النهاية الخارجية أو قريباً من النهاية .

إذا كانت الالتصاقات هي الآفة الوحيدة فإنه يتم إجراء التحرير البوقي – المبيضي salpingoovariolysis ، و يعتمد نقص الخصوبة على شدة و طبيعة الالتصاقات حتى في حال وجود نفوذية بوقية ، حيث يمكن للالتصاقات أن تغلف البوق (خاصة النهاية البعيدة) أو المبيض أو كليهما ، و هو ما قد يمنع التقاط البييضة عبر تثبيت النهاية النافذة للبوق بعيداً عن المبيض. كما يمكن للالتصاقات حول المبيضية أن تؤثر في تطور جريب الإباضة . كانت نسب الحمل بعد فك التصاقات الملحقات 32% و45% بعد 12 و 24 شهراً من المتابعة على التوالي مقارنة مع 11% و 16% بعد 12 و 24 شهراً على التوالي في النساء اللاتي تركت الالتصاقات لديهن دون علاج جراحي .

رأب الخمل البوقي Fimbrioplasty:

يستوجب تراص الأهداب البوقية (تضيق الفوهة البوقية) إجراء تصنيع الخمل البوقي تنظيرياً ، و تراوحت نسب الحمل داخل الرحمي بعد تصنيع الخمل تنظيرياً بين 40-48% ، و نسب الحمل الهاجر كانت 5% [30].

فغر البوق Salpingostomy:

يمكن أن يعالج الانسداد البوقي البعيد موه البوق hydrosalpinx) تنظيرياً ، وإن استئصال البوق أو ربط البوق المستسقي القريب منصوح به قبل محاولة إجراء الإخصاب في الزجاج [31].

تتضمن العوامل التي تؤثر في نتائج فغر البوق : قطر المجل البعيد ، ثخانة جدر البوق ، طبيعة المخاطية البوقية ، امتداد الالتصاقات ، و نوع الالتصاقات [30].

التعقيم البوقي Sterilization :

استخدم التعقيم عبر تنظير البطن بشكل واسع منذ أواخر الستينات ، توجد طريقتان للتعقيم عبر تنظير البطن :

إحداث انسداد بوقي بالتخثير : [11]

يؤدي تخثير البوق إلى تخريبه ، و يتم بإجراء تخثير متعدد على طول البوق دون قطعه ، و لكن الأكثر شيوعاً و تطبيقاً هي إجراء تخثير بوقي ثم قطعه لاحقاً .

يتم مسك البوق في منطقة المضيق و يرفع بعيداً عن البنى المحيطة ، و تطبيق التخثير حتى تبيض الأنسجة و تنتفخ ثم تنخمص . يمسك البوق و يحرّك باتجاه الرحم و يعاد التخثير حتى يتم تخثير مسافة 2–3 سم من البوق . يجرى قطع للبوق مكان التخثير . إن قطع الأنسجة لا ينقص بحد ذاته معدل الفشل أكثر من التخثير لوحده . ينهى الإجراء بعد التأكد من التخثير الجيد ، و عدم وجود نزف ، و من سلامة الأعضاء الاخرى .

تتعلق نسبة الفشل بامتداد المنطقة المخثرة ، يمكن للتخثير غير التام للبوقين ألا يسبب انسداداً تاماً لهما . تبلغ نسبة الفشل عند استخدام التخثير أحادي القطب 1000/1 امرأة ، و في التخثير ثنائي القطب 1000/4 امرأة .

الاختلاطات : قد تختلط هذه الطريقة بحدوث حروق جلدية للمريضة مرتبطة بسوء العزل ، أو احتراق الأحشاء القريبة من الحوض و الأهم هي الأذية الحرارية للأمعاء ، و يبلغ معدل حدوثها حسب الدراسات 0.05–0.28% . قد يحدث نزف من حواف القطع .

إحداث الانسداد البوقي بالطرق الميكانيكية : [11]

الحلقة :

تستخدم حلقات من مطاط السيليكون لا تحدث أي تفاعل في جسم الإنسان ، و لا تتعرض للرفض ، و تمتاز بدرجة عالية من المرونة و غير قابلة للانقطاع عفوياً ، والأكثر استخداماً هي حلقة Yoon .

يتم وضع الحلقة عند الوصل بين الثلثين القريب و المتوسط من البوق .

يبلغ معدل الفشل في هذه الطريقة 1000/4 سيدة خلال سنة واحدة .

الاختلاطات : قد يتمزق البوق أثناء تطبيق الحلقة و يؤدي للنزف . يمكن للحلقة أن تسقط عفوياً في الجوف البريتواني . من الاختلاطات أيضاً سوء التركيب من خلال تطبيق الحلقة على تراكيب أخرى غير البوق "كالرباط المدور مثلاً" ، أو تطبيقها على جزء من البوق و ليس كامل السماكة .

الملقط "المشبك"

ملقط Hulka : يتميز بوجود نابض و حامل خاص ، يخرّب 3 مم من البوق و له معدل فشل 1000/2 سيدة .

ملقط Filshie : يصنع من التيتانيوم المبطن بمطاط السيليكون ، يخرّب 4 مم من البوق . معدل الفشل فيه 1000/1 سيدة .

تعطي الملاقط فرصة لإعادة المفاغرة البوقية . لا يتم استخدامها إذا كان البوق متوسعاً من التهاب سابق .

الحمل الهاجر Ectopic pregnancy [11]:

يعتمد اختيار طريقة الجراحة المحافظة تنظيرياً في الحمل الهاجر على : استقرار الحالة الدورانية للمريضة ، و خبرة الجراح ، وتوافر الأدوات .

تتضمن الإجراءات التنظيرية لعلاج الحمل الهاجر :

فغر البوق الخطي :

يتم بإجراء شق على طول الحافة المواجهة للمساريقا و إزالة منتجات الحمل ، و التأكد من عدم بقاء أنسجة مشيمية ، و تحقيق إرقاء جيد .

استئصال البوق :

يجرى استئصال البوق في حالة نزف غير مسيطر عليه ، أو تأذي البوق ، أو حمل هاجر ثاني في نفس البوق ، أو المريضة لا ترغب بالإنجاب مستقبلاً .

الجراحة المبيضية: [11]

استئصال الكيسات المبيضية :

يمكن استئصال كيسات المبيض وفق المدخل التنظيري لدى السيدات قبل وبعد سن الضهي . مع اتباع خطوات التقييم الكافية . تتضمن الإجراءات :

استئصال الكيسة فقط : تبزل الكيسة ثم يسلخ جدارها عن نسيج المبيض. يمكن ان تزال الكيسة ضمن كيس خاص خوفاً من انتشار محتويات الكيسة ضمن جوف البطن . إذا انبثقت الكيسة داخل الجوف البطني فإنه يجب غسله بالمحاليل بشكل وفير ، و خاصة إذا كانت الكيسة عجائبية حيث أن المادة الدهنية فيها قد تسبب التهاب بريتوان كيماوي .

إن إغلاق المبيض بعد استئصال الكيسة غير ضروري ، و لكن من الهام الإرقاء الجيد .

استئصال المبيض :

يجرى عند وجود كيسة مبيض ثابتة أو مزدادة بالحجم لدى سيدة بعد سن الضهي . أو في حالة الحمل الهاجر النازف .

يتم ربط السويقات الوعائية بواسطة ملاقط خاصة أو بالتخثير الكهربائي. يتم استخراج المبيض من جوف البريتوان بواسطة استعمال كيس خاص يدخل عبر فتحة القنية ، أو الاستخراج عبر إجراء شق بطني صغير. كما يمكن استخراجه من خلال خزع رتج دوغلاس .

رد انفتال المبيض :

يرد الانفتال و تتم مراقبة الملحقات للتأكد من عدم وجود نخر واضح و من حيوية الملحقات ، و يجرى تثبيت للمبيض في الحفرة المبيضية . أما في حال وجود نخر فإنه يجرى استئصال للملحقات .

تثقيب المبيض :

يمكن أن تعالج متلازمة المبيض متعدد الكيسات بتثقيب المبيض عند تعنيد حدوث الإباضة دوائياً، تبلغ نسبة عودة الإباضة 45-92% .

الجراحة الرحمية [32]:

استئصال الورم العضلي الأملس :

يتم استئصال الاورام الليفية تنظيرياً بواسطة التخثير الكهربائي . تتم خياطة الجرح مكان الورم الليفي وتحقيق الإرقاء . يستخرج الورم الليفي عبر تقطيعه إلى قطع صغيرة أو بواسطة الفرامة .

استئصال الرحم :

يتم استئصال الرحم التنظيري وفق عدة تقنيات :

استئصال الرحم عبر المهبل المساعد تنظيرياً (LAVH) : يتم قص الرباط المدور ، و ربط الرباط القمعي الحوضي و قصه ، و ربط الاوعية الرحمية ، ثم يشق البريتوان المثاني الرحمي و تستكمل عملية الاستئصال مهبلياً ، و أخيراً يغلق الكم المهبلي .

استئصال الرحم تنظيرياً : يتم الإجراء وفق التالي : بعد ربط الرباط القمعي الحوضي و الرباط المدور و قصهما ، تسلّخ المثانة عن الرحم و يبعد الحالب عن الساحة و تربط الأوعية الرحمية و الأربطة الرحمية العجزية وتقص ثم يستكمل الاستئصال بفتح قبة المهبل ، و يسحب الرحم عبر المهبل .

استئصال الرحم تحت التام تنظيرياً : يتم قص الرباط المدور ، و ربط الرباط القمعي الحوضي و قصه ، و ربط الاوعية الرحمية الدانية ، و بعد تسليخ المثانة عن الرحم تستعمل أداة خاصة لفصل جسم الرحم عن العنق ، و يستخرج الرحم باستخدام الفرامة morcellator .

جراحة الاورام النسائية : [32.11]

استعمل تنظير البطن في البداية من اجل إجراء النظرة الثانية second look التي تتبع المعالجة الجراحية و الكيماوية لخباثة سابقة .

مع تطور التقنيات و تراكم الخبرات أصبح من الممكن تحديد مرحلة الورم تنظيرياً متضمنة غسالة البريتوان و الخزعة ، و استئصال الثرب الجزئي ، و تجريف العقد اللمفية الحوضية و حول الأبهر [33] . كما يمكن إجراء استئصال الرحم الجذري عبر المهبل المساعد تنظيرياً .

الدِّراسَةُ العَمليَّةُ

منهج البحث

1-عنوان البحث:

دور تنظير البطن في تدبير الامراض النسائية.

The role of laparoscopy in management of gynecological diseases

.

2-هدف البحث :

- ✓ تحديد الاسباب الرئيسة لتنظير البطن في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق و تحديد دور التنظير في علاج هذه الامراض.
- ✓ تحديد الاختلاطات الجراحية لتنظير البطن.

3-مقدمة البحث :

- ❖ يعتبر تنظير البطن وسيلة تشخيصية و علاجية و يتم من خلالها رؤية جوف البطن بواسطة المنظار و ذلك عن طريق اجراء استرواح صفاق صنعي .
- ❖ يتم اجراء تنظير البطن في غرفة العمليات و تحت التخدير العام . و يتم تخريج المريضة في نفس اليوم عادة .

❖ يعتبر تنظير البطن من العمليات البسيطة و لكنها لا تخلو من بعض الاختلاطات كالنزف و أذية الاوعية و الانتان و أذية الاعضاء البطنية أو الحوضية (كالأمعاء و المثانة).

❖ وجد أن تنظير البطن يشخص حوالي 50% من الاضطرابات المرضية في الحوض [32].

❖ اجرى Togni R وزملاؤه دراسة راجعة في البرازيل– ساوباولو لمدة 5 سنوات ونشرت عام 2016، و تم من خلال الدراسة معرفة إستطبابات تنظير البطن الاستقصائي [34] :

أ– العقم (البدئي أو الثانوي) وهو الاستطباب الاساسي للتنظير (57%).

ب– الالم الحوضي المزمن(27%)

ت– الاورام الحوضية

ث– اللولب الهاجر IUD

ج– الحمل الهاجر

معظم الموجودات التنظيرية في حالات العقم هي الالتصاقات الحوضية وانسداد البوقين و الاندومتريوز والانتانات الحوضية.

4-المواد والطرائق:

مكان الدراسة:

الهيئة العامة لمستشفى التوليد وامراض النساء الجامعي بدمشق ، المرضى المقبولين لإجراء تنظير بطن في الشعبة النسائية وشعبة الاورام وشعبة الاسعاف.

طرق الدراسة :

نمط الدراسة : دراسة وصفية مستقبلية Prospective descriptive study

- ☒ تم اخذ الموافقة على اجراء الدراسة من قبل مجلس التوليد وأمراض النساء .
- ☒ تم اخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق .
- ☒ أخذت القصة المرضية وفق الاستمارة الملحقة من خلال المقابلة الشفهية مع السيدة ، وشملت على بيانات عامة حول المريضة ، مع ذكر السوابق المرضية والجراحية والدوائية والعائلية ، مع اجراء فحص سريري وصدوي.
- ☒ تمت متابعة السيدة وتدبيرها اعتماداً على حالة كل مريضة دون التداخل من قبل الباحثة .
- ☒ تم تسجيل البيانات وادخال الاستمارات الى قاعدة بيانات حاسوبية.

☒ تم تحليل البيانات باستخدام برنامج تحليل احصائي SPSS ، واستخلاص النتائج التي ستظهر بشكل اساسي على شكل المتوسط الحسابي ±الانحراف المعياري، والنسبة المئوية.

☒ مقارنة النتائج مع النتائج المماثلة الواردة في منشورات الأدب الطبي.

مواد الدراسة :

النساء المقبولات لإجراء تنظير بطن في الشعبة النسائية وشعبة الاسعاف.

معايير الاشتمال في الدراسة:

المرضى المجرى لهم تنظير في شعبتي النسائية وشعبة الاسعاف .

معايير الاستبعاد من الدراسة :

- وجود اذية بطنية او حوضية حالية معروفة (انثقاب أمعاء – انتان بريتوان)
- مريضة في حالة صدمة أو عدم استقرار الحالة الهيموديناميكية
- انسداد امعاء
- اضطرابات خثاريه
- وجود مضاد استطباب للتخدير العام
- البدانة (نسبي)

- عدم موافقة السيدة على المشاركة بالدراسة

الأجهزة المستخدمة:

جهاز تنظير البطن المتوفر في المستشفى

مدة الدراسة والتكاليف:

- المدة الزمنية : لمدة عام كامل (من تاريخ موافقة مجلس الجامعة 21-1-2019 و حتى 21-1-2020)
- حجم العينة : 132 مريضة. تم حساب العينة باستخدام المعادلة الاحصائية المناسبة (ستيفن سامبسون)

الفوائد والمخاطر:

- لن يتم استخدام اسم السيدة أو ما يشير اليها في الدراسة.
- ان الاجراءات المتخذة أثناء الدراسة لا تؤدي الى أذية اضافية للسيدة
- لن تحمل الدراسة السيدة أعباء مادية إضافية.

تعاريف عملية في الدراسة : [11]

- ✓ العقم : عدم حدوث حمل بعد سنة كاملة من الاتصال الجنسي الطبيعي . ويكون بدئي بغياب حمل سابق ، وثانوي حين يتلو حمل سابق .
- ✓ الألم الحوضي المزمن: هو حس انزعاج أو الم اسفل البطن أو الحوض يكون إما مستمر أو متقطع ،وقد يكون دوري ، يستمر ل6 اشهر أو لفترة كافية لتدفع المريضة لطلب العون الطبي ، يبلغ انتشاره حوالي 12–29% من النساء .
- ✓ داء الانتباذ البطاني : هي حالة سليمة توجد فيها غدد ولحمة بطانة الرحم خارج جوف الرحم وجداره.

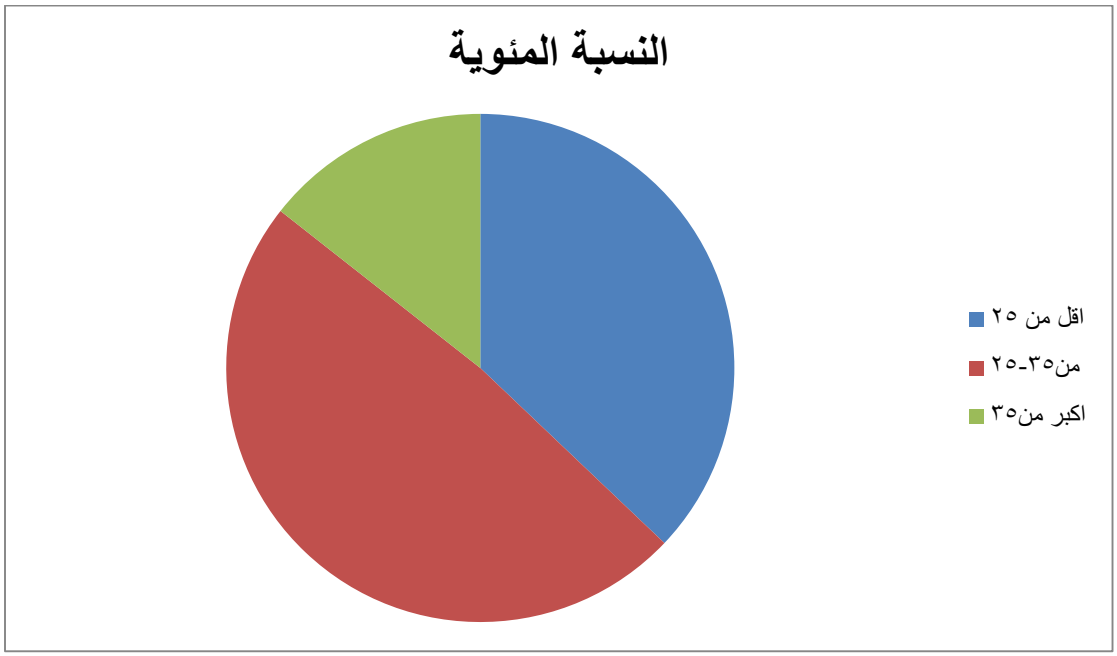
عــرض النتائـــــج

1- العمر :

بلغ متوسط اعمار السيدات المشاركات في البحث (26.90سنة) وانحراف معياري (6.322) حيث كان الحد الأدنى للاعمار (16 سنة) والحد الاعلى (41 سنة). وبتوزيع العينة الى فئات عمرية كان لدينا التالي :

جدول رقم (1) يبين توزع عينة الدراسة الى فئات عمرية

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
اقل من 25 سنة	49 سيدة	%37.1
من 25-35 سنة	64سيدة	% 48.5
اكبر من 35سنة	19 سيدة	%14.4



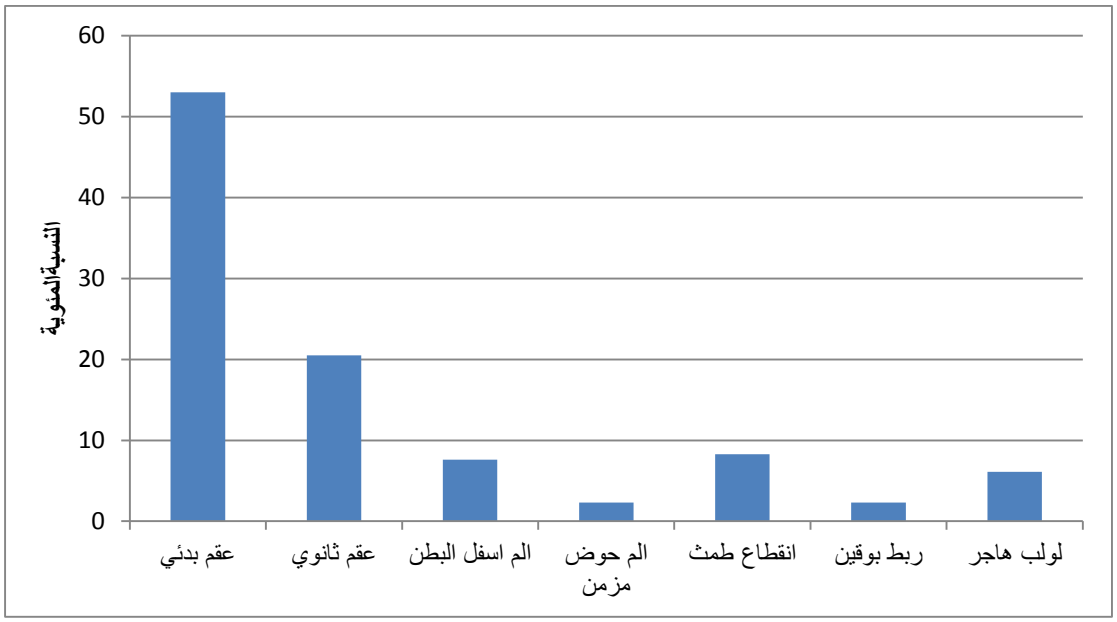
مخطط بياني رقم (1) يبين التوزع العمري لعينة الدراسة

2- الشكاية الرئيسية :

بلغ عدد السيدات المراجعات بقصة عقم بدئي أو ثانوي النسبة الأعلى من بين سيدات العينة اللواتي تم تشخيص حالتهن باستخدام التنظير (73.5%). وتم تقسيم سيدات العينة الى عدة فئات تبعاً لمتغير الشكوى الرئيسة. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (2) يبين توزع عينة الدراسة وفق متغير الشكاية الرئيسية

الشكاية الرئيسة	التكرار	النسبة المئوية
عقم بدئي	70	%53
عقم ثانوي	27	%20.5
الم اسفل البطن	10	%7.6
الم حوض مزمن	3	%2.3
انقطاع طمث	11	%8.3
الرغبة بربط البوقين	3	%2.3
لولب هاجر	8	%6.1



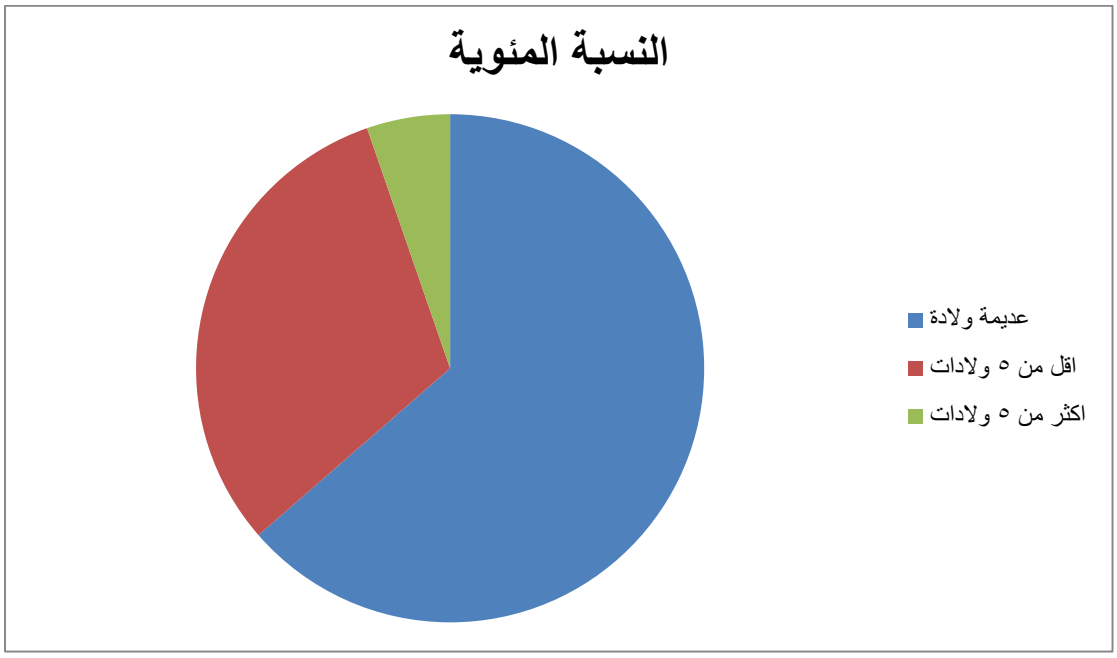
مخطط بياني رقم (2) يبين النسب المئوية لعينة البحث وفق متغير الشكاية الرئيسية

3- عدد الولادات :

تم تقسيم العينة وفق متغير عدد الولادات السابقة الى عدة فئات وكانت النتائج التالية:

جدول رقم (3) يبين توزع عينة البحث وفقاً لمتغير عدد الولادات

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
عديمة ولادة	84	%63.6
اقل من5 ولادات	41	%31.1
اكثر من 5 ولادات	7	%5.3



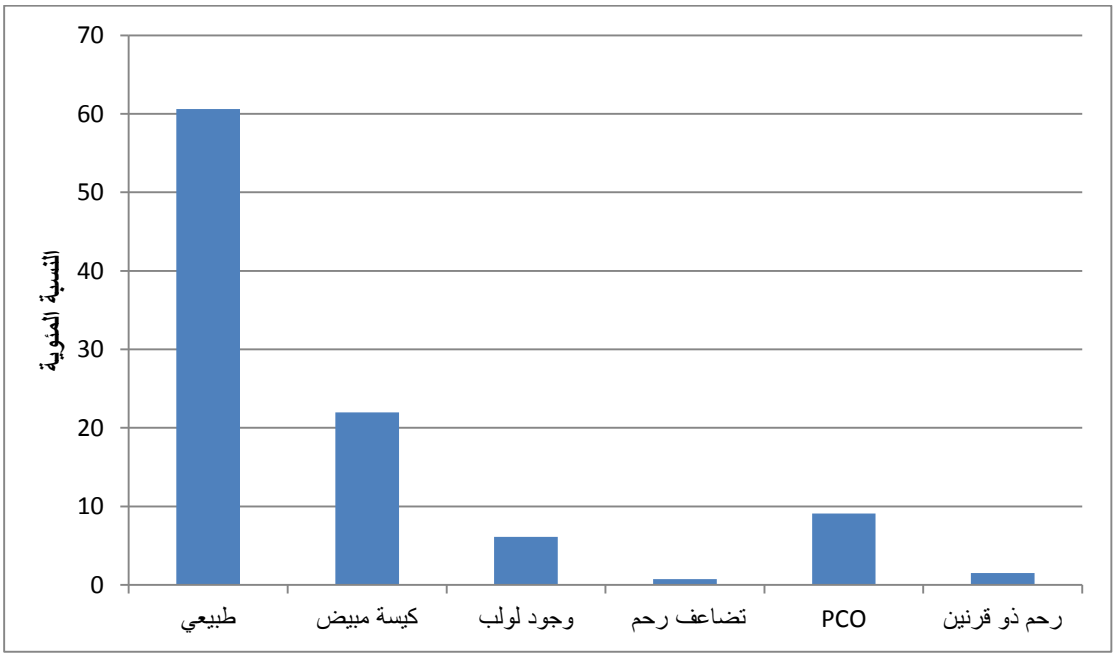
مخطط بياني رقم (3) يبين توزع النسبة المئوية لعينة البحث وفق متغير عدد الولادات السابقة

4- الفحص السريري :

تم تقسيم العينة الى عدة فئات وفق متغير الفحص السريري وتبعاً للنتائج المحصول عليها من الفحص و الجدول التالي يبين توزع عينة البحث وفق هذا المتغير :

جدول رقم (4) يبين توزع عينة البحث وفقاً لمتغير الفحص السريري

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
طبيعي	80	%60.61
كيسة مبيض	29	%21.97
وجود لولب هاجر	8	%6.1
تضاعف رحم	1	%0.75
PCO	12	%9.1
رحم ذو قرنين	2	%1.5



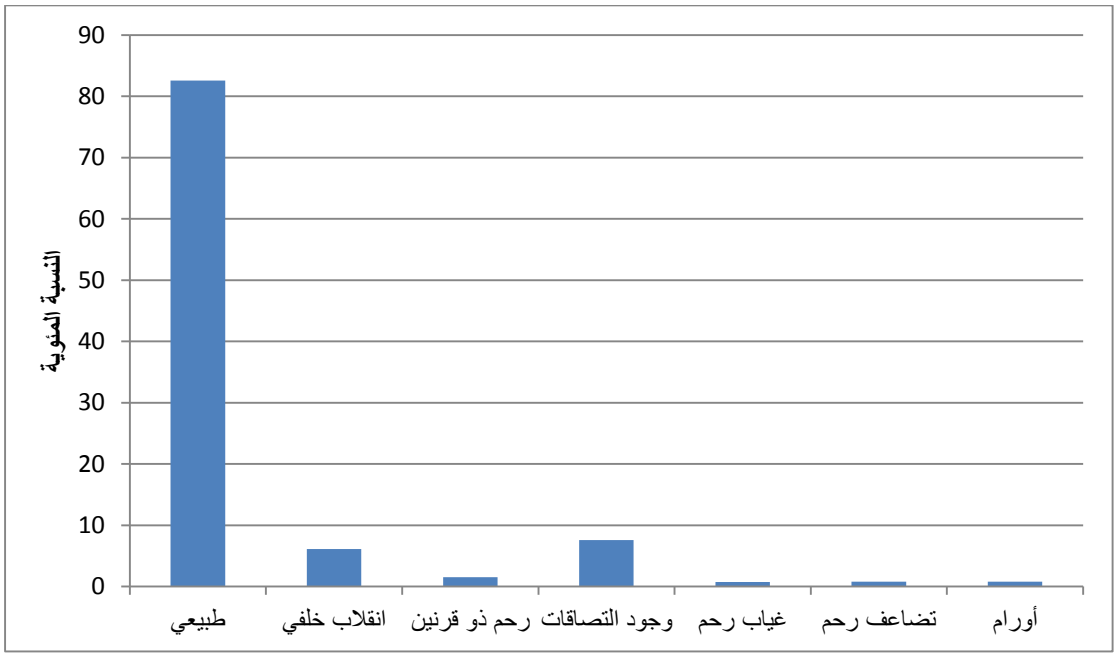
مخطط بياني رقم (4) يبين النسبة المئوية لتوزع عينة البحث وفقاً لمتغير الفحص السريري

5- موجودات رحم التنظيرية:

تباينت موجودات الرحم التنظيرية بين الوضع الطبيعي و الانقلاب الخلفي وغيرها من الموجودات ، حيث يظهر الجدول التالي بعضاً من هذه الموجودات:

جدول رقم (5) يبين توزع عينة البحث وفق متغير موجودات الرحم

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
طبيعي	109	%82.55
انقلاب خلفي	8	%6.1
رحم ذو قرنين	2	%1.5
وجود التصاقات	10	%7.6
مهبل اعور (غياب رحم)	1	%0.75
تضاعف رحم	1	%0.75
اورام	1	%0.75



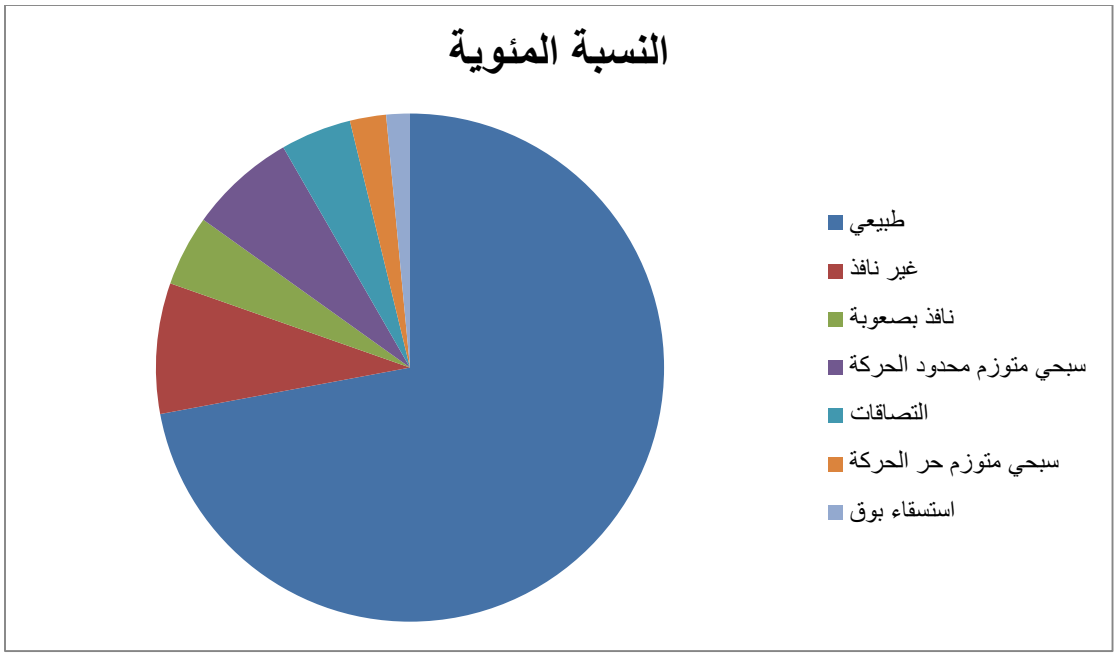
مخطط بياني رقم (5) يبين النسبة المئوية لتوزع عينة البحث وفقاً لموجودات الرحم التنظيرية

6- موجودات البوقين التنظيرية :

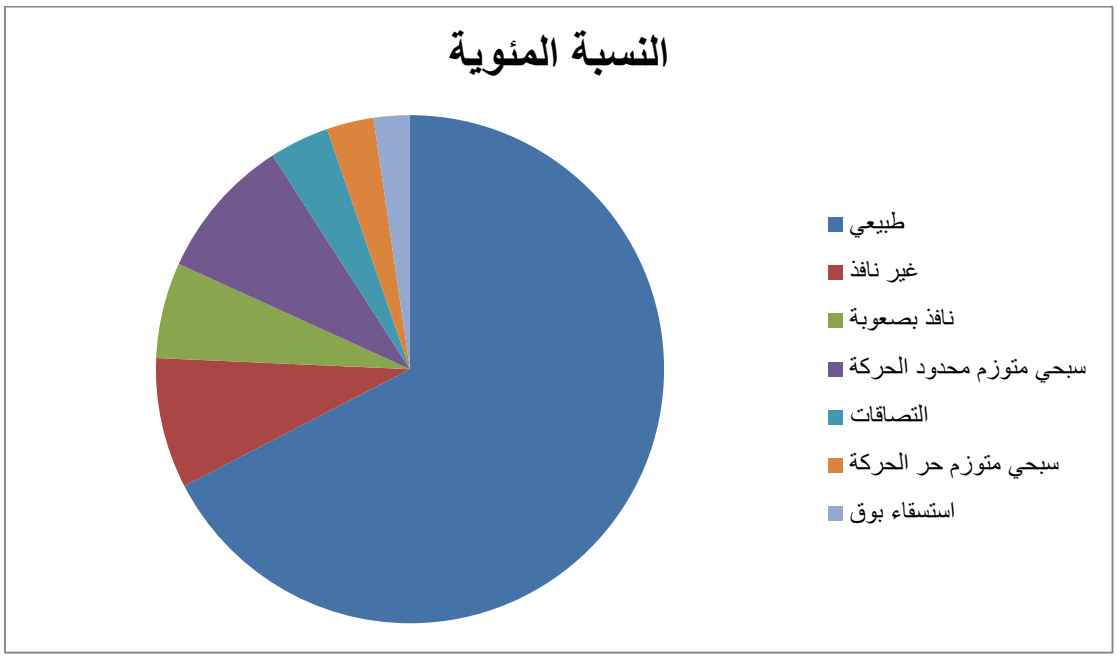
يبين الجدول التالي الموجودات التنظيرية للبوقين.

جدول رقم (6) يبين توزع العينة تبعاً لموجودات البوقين التنظيرية

الموجودة	البوق الأيمن		البوق الأيسر	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
طبيعي	95	%72.0	89	%67.4
غير نافذ	11	% 8.3	11	%8.3
نافذ بصعوبة	6	% 4.5	8	%6.1
سبحي متوزم محدود الحركة	9	%6.8	12	%9.1
التصاقات	6	%4.5	5	%3.8
سبحي متوزم حر الحركة	3	%2.3	4	%3
استسقاء بوق	2	%1.5	3	%2.3



مخطط بياني رقم (6) يبين توزع النسبة المئوية لعينة البحث وفق موجودات البوق الأيمن



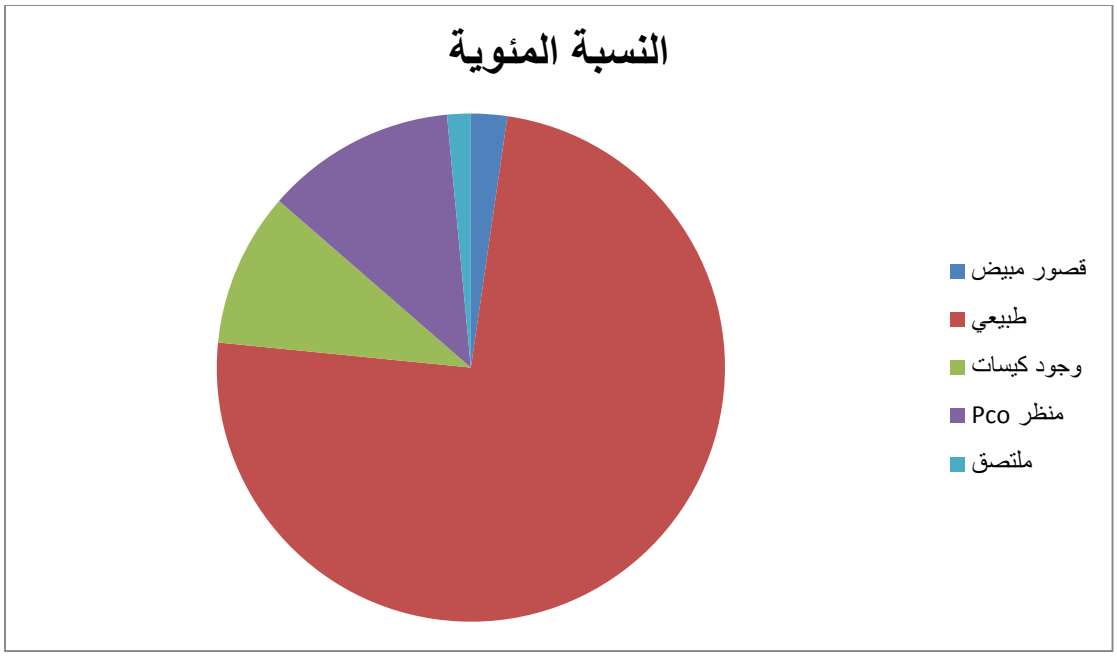
مخطط بياني رقم (7) يبين توزع النسبة المئوية لعينة البحث وفق موجودات البوق الأيسر

7- موجودات المبيضين التنظيرية :

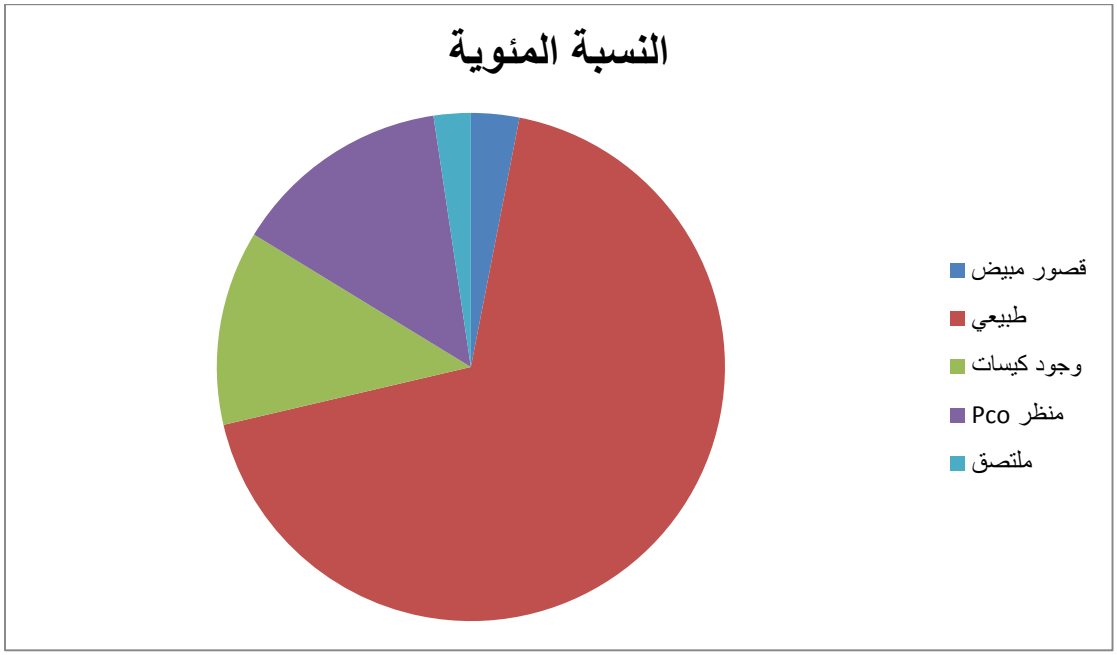
تظهر الموجودات التنظيرية للمبيضين في الجدول التالي :

جدول رقم (7) يبين توزع عينة البحث وفقاً لموجودات المبيضين

الموجودة	المبيض الأيمن		المبيض الأيسر	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
قصور مبيض	3	%2.3	4	%3
طبيعي	98	%74.2	88	%66.7
وجود كيسات	13	% 9.8	16	%12.1
منظر Pco	16	%12.1	18	%13.6
ملتصق	2	%1.5	3	%2.3



مخطط بياني رقم (8) يبين توزع النسبة المئوية لعينة البحث وفق موجودات المبيض الأيمن



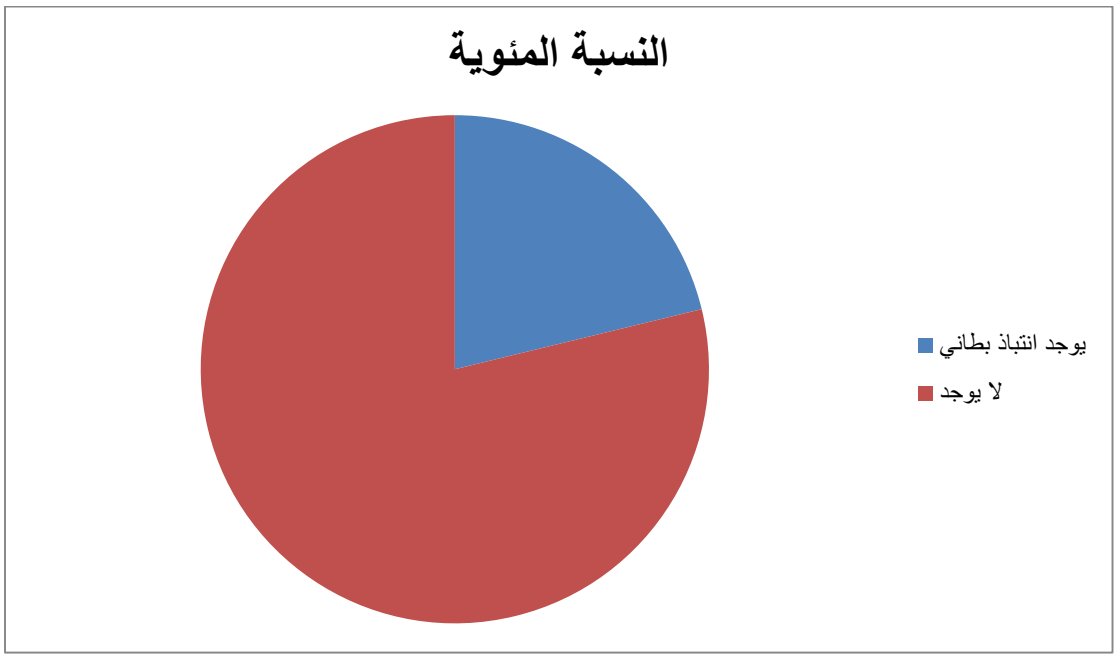
مخطط بياني رقم (9) يبين توزع النسبة المئوية لعينة البحث وفق موجودات المبيض الأيسر

8- وجود اندومتريوز:

وجد داء انتباذي بطاني في 21.2% من السيدات في عينة البحث . وفق الجدول التالي.

جدول رقم (8) يبين توزع العينة وفقاً لوجود داء الانتباذ البطاني

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
يوجد انتباذ بطاني	28	%21.2
لا يوجد	104	%78.8



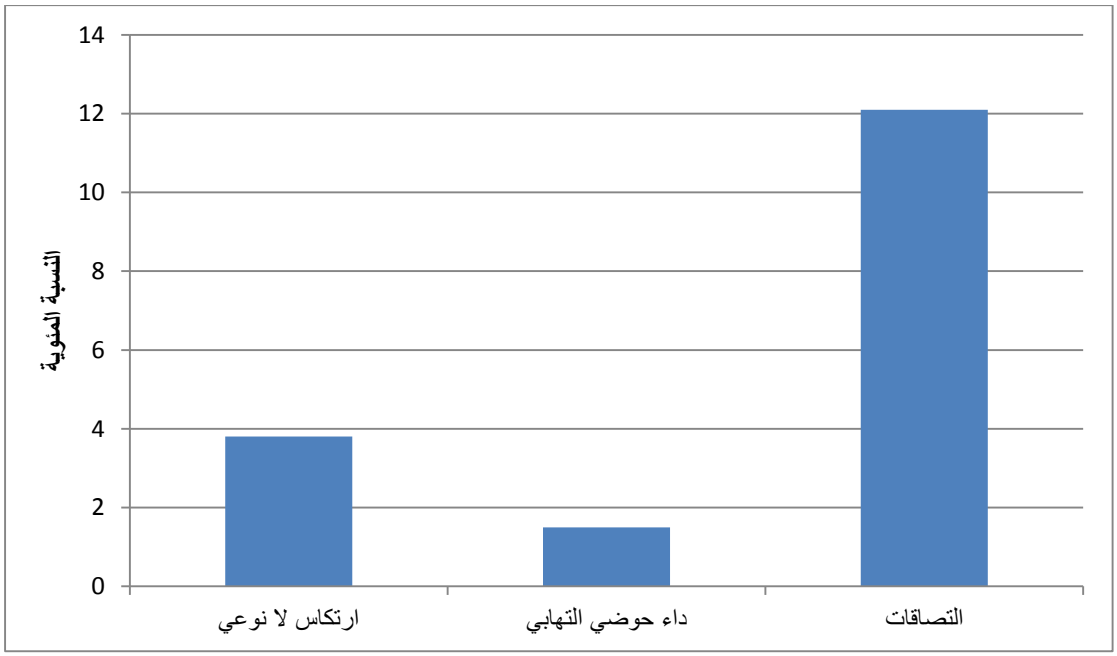
مخطط بياني رقم (10) يبين توزع النسبة المئوية لعينة البحث وفق موجودات المبيض الأيسر

9- موجودات اخرى:

يسجل الجدول (9) بعض الموجودات التنظيرية الأخرى المسجلة .

جدول رقم (9) يبين توزع عينة البحث وفقاً لوجود عوامل اخرى

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
ارتكاس لا نوعي	5	%3.8
داء حوضي التهابي	2	%1.5
التصاقات	16	%12.1



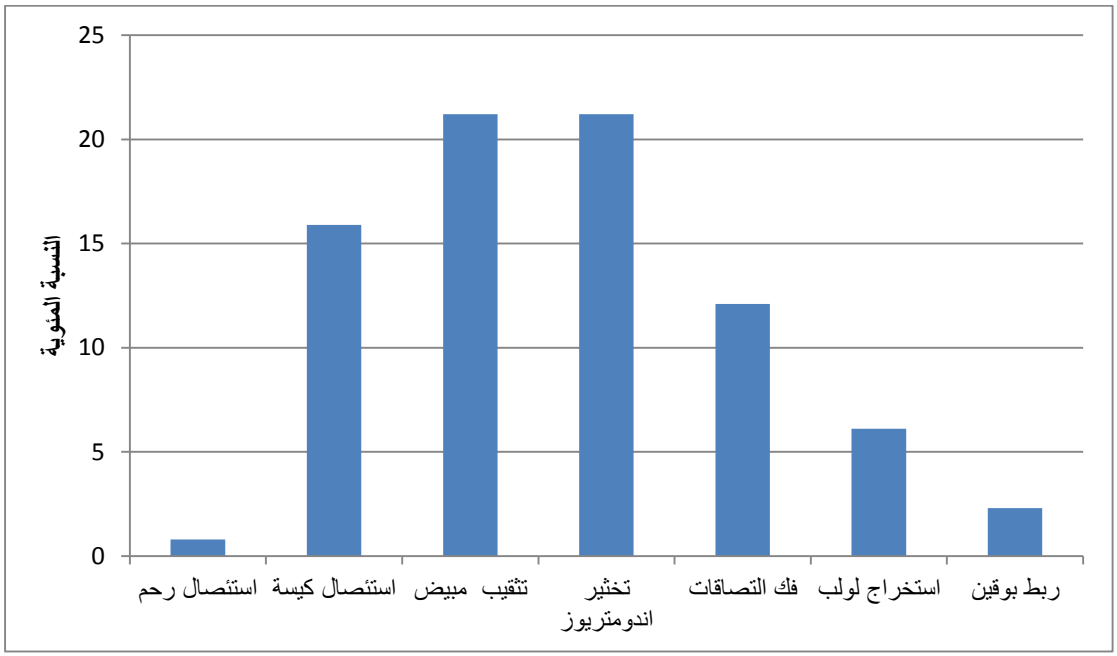
مخطط بياني رقم (11) يبين النسبة المئوية لتوزع عينة البحث وفقاً لموجودات تنظيرية أخرى

10- العلاج :

أجري تنظير البطن إما لهدف تشخيصي ستقصائي أو لهدف علاجي ، ويبين الجدول التالي أهم الاجراءات العلاجية في عينة البحث.

جدول رقم (10) يبين طرق العلاج المتبعه في علاج السيدات المشاركة في البحث

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
استئصال رحم	1	%0.8
استئصال كيسة	21	%15.9
تثقيب مبيض	28	%21.2
تخثير اندومتريوز	28	%21.2
فك التصاقات	16	%12.1
استخراج لولب	8	%6.1
ربط بوقين	3	%2.3



مخطط بياني رقم (12) يبين النسبة المئوية لتوزع عينة البحث وفقاً للاجراءات العلاجية

11- وجود اختلاطات :

لم يسجل البحث اختلاطات تذكر . لكن وجدت حالة واحدة تم فيها قلب الإجراء التنظيري إلى جراحة مفتوحة بسبب وجود رحم رديمي وكيسة مبيض والتصاقات ثربية ومعوية مع مهبل أعور لدى فتاة تعاني من انقطاع طمث بدئي، وأجري فتح بطن واستئصال الرحم الرديمي مع ملحقاته.

ملخص النتائج

- إن الجزء الأكبر من التناظير التي تجرى في المشفى هي استقصائية للعقم.
- يشكل كل من الداء الانتباذي البطاني ومتلازمة المبيض متعدد الكيسات أشيع الموجودات المرضية.
- أجري استئصال لكيسة مبيض لدى 15.9% من الحالات.
- ماتزال التناظير العلاجية المتعلقة بالجراحة الرحمية نادرة في المشفى ، ولم تسجل أي حالة في هذا البحث .
- تتميز عملية تنظير البطن بيد خبيرة بأنها ذات خطورة منخفضة ، مع عدم تسجيل أي اختلاط تنظيري في عينة البحث.

المناقشة:

أصبحت الجراحة التنظيرية محط اهتمام وتركيز كبيرين في الجراحة النسائية ، و تم التوجه إليها مدعومة بالمراضة والإقامة الأقل مع نتائج مرضية وتجميلية ممتازة . ولكن ما تزال تكلفتها المرتفعة والحاجة للخبرة فيها هي العقبة الأساسية بالنسبة لها .

يعد مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق من المشافي الحكومية الرائدة في مجال تقديم هذه الخدمات العلاجية. أجري هذا البحث لتقييم العمليات التنظيرية التي أجريت في المشفى.

كان استقصاء العقم هو السبب الأشيع لإجراء تنظير البطن وبلغت نسبته 73.5% . إن هذا الانتشار يتوافق مع نتائج سابقة سجلت في مشفانا في دراسة د.ريم أبا زيد والتي كان استقصاء العقم مسؤول عن 73.6% من التناظير [35]. اما عالمياً فإن النسبة المئوية لحالات العقم أقل من ذلك وترتبط النتيجة بنسبة التناظير العلاجية؛ فقد سجل Togni ورفاقه 2016م أن العقم كان الاستطباب في 56% من حالات التنظير [34].

أما بالنسبة للموجودات التنظيرية فقد كان داء الانتباذ البطاني هو أشيع الموجودات وبنسبة مئوية بلغت 21.2%، ويرتبط هذا الانتشار بحالة العقم. بينما كان في دراسة د.ريم أبا زيد 12.1% [35].

أما بالنسبة لإجراء فك الالتصاقات (12.1% من العينة) و استئصال كيسة مبيض (15.9% من الحالات) فقد كانت مرتبطة بالعقم والألم الحوضي المزمن. وقد سجل Togni أن الألم الحوضي المزمن مسؤول عن 27% من حالات التنظير [34]. سجلت دراسة د.سليمان حج خضر التصاقات لدى 43.5% من مريضات العقم اللاتي أجري لهن تنظير في مشفانا [36].

أثناء استقصاء بنية و نفوذية البوقين وجدت إمراضيات بوقية في 28% من حالات البوق الأيمن، و 32.6% من حالات البوق الأيسر. بينما في دراسة د.ريم أيا زيد 20.15% [35].

بإجراء مقارنة مع الدراسة المحلية السابقة لإلقاء الضوء على استطبابات تنظير البطن في المشفى خلال الفترة الزمنية الفاصلة بينهما نجد الجدول التالي.

الجدول (11) مقارنة استطباب تنظير البطن في البحث الحالي ودراسة محلية سابقة

الاستطباب	البحث الحالي (2020م)	دراسة د.ابا زيد (2005م)
عقم	%73.5	%73.6
كيسة مبيض	%21.97	%8.61
ربط بوقين	%2.3	%8.3
الم مزمن	%9.9	%4.16
انقطاع طمث	%8.3	%1.94
لولب هاجر	%6.1	%1.66
حمل هاجر	-	%4.38

نجد من الجدول السابق ازدياد النسبة المئوية لحالات كيسات المبيض، واللولب الهاجر ، والألم المزمن ، بينما يسجل تراجع في النسبة المئوية لربط البوقين. ولم تسجل أي حالة حمل هاجر في هذا البحث مقابل نسبة 4.38% في الدراسة السابقة [35].

لم تسجل اختلاطات في عينة البحث، وفي دراسة د.ريم أبا زيد السابقة سجلت حالة واحدة لحدوث نزف غير مسيطر عليه من المبيض وتم الانتقال للجراحة المفتوحة [35]، إن هذه النسب منخفضة مقارنة مع دراسة Wu ورفاقه التي سجلت اختلاطات بنسبة 1.6% من الحالات [37]. قد تكون طبيعة الإجراء الجراحي واستطباباته تلعب دوراً في انخفاض الخطر في هذا البحث.

التوصيات

- التأكيد على أهمية تنظير البطن كإجراء جراحي آمن وفعال .
- العمل على تدبير الحمل الهاجر وكيسات المبيض السليمة تنظيرياُ ما أمكن .
- ضرورة إحداث وحدة تنظيرية مستقلة ضمن المستشفى تشمل معدات تدريبية ، وتجهيزات كافية للقيام بالإجراءات التنظيرية الباردة والإسعافية طوال 24 ساعة. وأرشفة أضابيرها بشكل مستقل.
- رفع معدل ربط البوقين عن طريق التنظير و ذلك بخفض نسبة القيصريات المجراة بسبب هذا الاستطباب .

المراجع:

1. Gomel V, Taylor PI. diagnostic and operative gynecologic laparoscopy. st louis: mosby; 1995.
2. Vilos GA, Vilos AG. safe laparoscopic entry guided by veress needle co2 insufflation pressure. j am assoc gynecol laparosc 2003;10
3. Jacobs, VR, Morrison, JE, Paepke, S, Kiechle, M. body piercing affecting laparoscopy: perioperative precautions. j am assoc gynecol laparosc 2004; 11
4. Curet, mj. special problems in laparoscopic surgery. previous abdominal surgery, obesity, and pregnancy. surg clin north am 2000
5. Jansen FW, Kolkman W, Bakkum EA, et al. complications of laparoscopy: an inquiry about closed versus open entry technique. am j obstet gynecol 2004; 190
6. Lamvu, G, Zolnoun, D, Boggess, J, Steege, JF. obesity: physiologic changes and challenges during laparoscopy. am j obstet gynecol 2004; 191
7. Vilos, GA. the abcs of a safer laparoscopic entry. j minim invasive gynecol 2006; 13
8. Tulikangas, PK, Robinson, DS, Falcone, T. left upper quadrant cannula insertion. fertil steril 2003; 79
9. Tsin, DA, Colombero, LT, Mahmood, D, et al. Operative culdolaparoscopy: a new approach combining operative culdoscopy and minilaparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001; 8
10. Philosophe, R. avoiding complications of laparoscopic surgery. fertil steril 2003; 80 suppl 4:30
11. Berek JS.Berek&Novak, s Gynecology,14th ed.Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins,2007
12. Fatum M, Rojansky N. laparoscopic surgery during pregnancy. obstet gynecol surv 2001;56
13. Luttjeboer, FY, Verhoeve, HR, van Dessel, HJ, et al. The value of medical history taking as risk indicator for tuboperitoneal pathology: a systematic review. BJOG 2009; 116

14. Johnson, NP, Mak, W, Sowter, MC. surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation. cochrane database syst rev 2004; :cd002125
15. Paraiso MF, Walters MD. laparoscopic pelvic reconstructive surgery. clin obstet gynecol 2000;43
16. Felemban A, Tan SL, Tulandi T. laparoscopic treatment of polycystic ovaries with insulated needle cautery: a reappraisal. fertil steril 2000;73
17. Bisharah, M, Tulandi, T. Laparoscopic preservation of ovarian function: an underused procedure. Am J Obstet Gynecol 2003
18. Pirwany, I, Tulandi, T. laparoscopic treatment of polycystic ovaries. is it time to relinquish the procedure?. fertil steril 2003; 80
19. Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, et al. laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. cochrane database syst rev 2002;4:cd001398
20. Leibson CL, Good AE, Hass SL, et al. incidence and characterization of diagnosed endometriosis in a geographically defined population. fertil steril 2004: 82
21. Werbrouck E, Spiessens C, Meuleman C, et al. no difference in cycle pregnancy rate and in cumulative live-birth rate between women with surgically treated minimal to mild endometriosis and women with unexplained infertility after controlled ovarian hyperstimulation and intrauterine insemination. fertil steril 2006
22. Centers for disease control and prevention: 2002 sexually transmitted diseases, treatment guidelines. mmwr recomm rep 2002;51:rr-6;1
23. Ness R, Soper DE, Holley RL, et al. effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the pelvic inflammatory disease evaluation and clinical health (peach) randomized trial. am j obstet gynecol 2002;186
24. Cook RL, Hutcheson SC, Ostergaard L, etc. systematic review: noninvasive testing for chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae. ann intern med 2005;142:914
25. Blumberg HM, Burman WJ, Chaison RE, et al.; american thoracic society/center for disease control and prevention/infection disease society of america. treatment of tuberculosis. am j resp crit care med 2003

26. Lower, AM, Hawthorn, RJ, Clark, D, et al. adhesion-related readmissions following gynaecological laparoscopy or laparotomy in scotland: an epidemiological study of 24 046 patients. hum reprod 2004; 19

27. Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery. fertil steril 2007; 88:21

28. Liakakos T, et al. peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance.dig surg 2001; 18

29. Watson A, Vandekerckhove P, Lilford R. techniques for pelvic surgery in subfertility. cochrane database syst rev 2003;3:cd000221

30. Tourgeman DE, Bhaumik M, Cooke GC, et al. pregnancy rates following fimbriectomy reversal via neosalpingostomy: a 10 years retrospective analysis. fertil steril 2001;76

31. Strandell A, Lindhard A, Waldenstrom U, et al. hydrosalpinx and ivf outcome: cumulative results after salpingectomy in a randomized, controlled trial. hum reprod 2001;16

32. Ikechebelu JI. Experience with diagnostic labaroscopy for gynecological indications. Nigr J Clin Pract, 2013. 16(2):155-8.

33. Kohler C, Klemm P, Schan A, et al. Introduction of trans peritoneal lymphadenectomy in a gynaecologic oncology center. Gynecol Oncol 2004, 95:52-61.

34. Togni R, et al. The role of diagnostic laparoscopy in gynecology. Sao Paulo Med J. 2016. 134(1):70-3.

35. ريم أبا زيد. تنظير البطن العلاجي. رسالة ماجستير في جامعة دمشق بإشراف أ.د. عزام أبو طوق. 2005

36. سليمان حج خضر. دراسة الالتصاقات المشاهدة بتنظير البطن لدى مرضى العقم. رسالة ماجستير في جامعة دمشق باشراف أ.د. وائل نصار. 2010

37. Wu MP, Lin YS, Chou CY. Major complications of operative gynecologic laparoscopy in southern Taiwan. Am Assoc Gynecol Laparosc. 2001;8(1):8-9

استمارة الدراسة:

استمارة الدراسة

رقم المريضة: التاريخ:

اسم: العمر :

الشكاية الرئيسة:

تاريخ اخر دورة طمثية:

السوابق المرضية:

القصة التوليدية:

الفحص السريري:

التصوير الصدوي:

الموجودات التنظيرية:

طريقة العلاج التنظيري:

الاختلاطات الجراحية:

ملاحظات ...

الموافقة المستنيرة:

العنوان : دور تنظير البطن في تدبير الأمراض النسائية.

الباحثة: د.صبا الحاج مصطفى.

سيدتي:

سنقوم بدراسة الأهمية التشخيصية والعلاجية لتنظير البطن في الامراض النسائية وتحديد الاختلاطات الجراحية لتنظير البطن في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق ولذلك تهمنا مشاركتك في الدراسة وإعطاء بعض البيانات التي لن تشتمل على ما يشير إلى هويتك بأي صورة كانت وسنحتفظ بها بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغرض بحثية فقط . إن هذه الدراسة لا تشتمل على أي تداخل من شأنه التأثير في تدبير المرض، ولا يتطلب منك أي تكلفة مادية إضافية.

إن ملء الاستبيان والمشاركة في الدراسة غير ملزمين، وفضك المشاركة لن يؤثر على حقوقك الطبية أو الخدمات المقدمة لك داخل المشفى، ولك كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين الإجابة عنه كما أننا سنرحب بأي استفسار لديك بخصوص الحالة التي تعانين منها.

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة.

أقر بان هذه الموافقة تمت بعد الإطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً والإجابة على أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع. مع العلم أن هذه المشاركة غير مأجورة.

اسم وتوقيع السيدة.