

مجموعه جراحی های لاپاروسکوپی

فتق های جداره شکم

دکتر محمد طالب پور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
متخصص جراحی عمومی
فوق تخصص لاپاروسکوپی پیشرفته از انگلستان و فرانسه



- (۱) درباره مولف
- (۲) چرا بیماران لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند؟
- (۳) بیماری فتق
- (۴) فتق مغبنی غیر مستقیم
- (۵) فتق مغبنی مستقیم
- (۶) فتق رانی
- (۷) فتق ناف
- (۸) فتق محل برش جراحی
- (۹) فتق اپیگاستر
- (۱۰) فتق های نادر جداره شکم
- (۱۱) فتق هیاتال
- (۱۲) فتق دیافراگم
- (۱۳) فتق های داخل شکمی
- (۱۴) مجموعه جراحی های لاپاروسکوپی

خرداد ۸۹



دکتر محمد طالب پور در حال انجام لاپاروسکوپی و آندوسونوگرافی

مطب

خیابان ولی عصر، نرسیده به اتوبان نیاپیش
خیابان شهید بابک بهرامی، پلاک ۸۵ ، واحد ۶
تلفن ۸۸۶۵۳۱۶۰ و ۸۸۶۵۳۱۶۰

بیمارستان لاله

شهرک غرب، خیابان فلامک جنوبی
جنب وزارت بهداشت، خیابان سیمای ایرانیان
تلفن ۸۸۳۶۹۸۷۲

Email: mtaleb7155@gmail.com
www.mohammadtalebpour.com

(۱) درباره مؤلف

الف) دکتر محمد طالب پور
پیش‌تاز لاپاروسکوپی پیشرفته در ایران



● ۱۳۴۲: تولد در تهران
● ۱۳۶۵: متاهل، صاحب دو فرزند
● ۱۳۴۹-۱۳۶۱: تحصیلات ابتدائی و متوسطه در مدارس علوی؛
البرز و نیکان

● ۱۳۶۱-۱۳۷۲: گذراندن دوره پزشکی عمومی و تخصص
جراحی عمومی در دانشگاه تهران
● ۱۳۷۲ تا کنون: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
● ۱۳۷۳-۱۳۷۹: انجام جراحی لاپاروسکوپی پایه

● ۱۳۷۹-۱۳۸۰: گذراندن دوره بورس تحصیلی فلوشیپ
لاپاروسکوپی پیشرفته در انگلستان و فرانسه زیر نظر پروفیسور
Leroy و Marescaux , Cuschieri
● ۱۳۸۰ تا کنون: انجام جراحی های پیشرفته لاپاروسکوپی برای
اولین بار در ایران شامل بیش از ۳۰ نوع عمل جراحی

(ب) شرکت در کنگره های ذیل و ارائه مقالات

● ۲۰۱۰: سوئیس؛ ژنو؛ کنگره EAES (کنگره لاپاروسکوپیست های اروپایی)؛ ۱۶ الی ۱۹ ژوئن؛ ارائه دو سخنرانی و یک پوستر

● ۲۰۰۹: استرالیا؛ آدلاید؛ کنگره ISW (هفته جهانی جراحی)؛ ۴ الی ۱۰ سپتامبر؛ ارائه دو پوستر

● ۲۰۰۸: ژاپن؛ یوکوهاما؛ کنگره WCES (کنگره جهانی جراحی آندوسکوپی)؛ ۲ الی ۶ سپتامبر؛ ارائه ۵ مورد سخنرانی

● ۲۰۰۸: هند؛ دهلی؛ کنگره "تازه های جراحی کم تهاجمی"؛ ۱۵ الی ۱۶ مارس؛ ارائه یک سخنرانی

● ۲۰۰۷: کانادا؛ مونترال؛ کنگره ISW؛ ۲۴ الی ۳۰ آگوست؛ ارائه دو سخنرانی و یک پوستر

● ۲۰۰۶: آلمان؛ برلین؛ کنگره EAES/WCES؛ ۱۳ الی ۱۶ سپتامبر؛ ارائه سه سخنرانی و یک پوستر

● ۲۰۰۵: تونس؛ تونس؛ کنگره MMEESC (کنگره جراحی آندوسکوپی)؛ ۲۴ الی ۲۶ نوامبر؛ ارائه یک سخنرانی

● ۲۰۰۵: چین؛ شانگهای؛ سمپوزیوم تروما و حوادث؛ ۲۷ الی ۲۹ اکتبر؛ ارائه یک سخنرانی

● ۲۰۰۴: آمریکا؛ کالیفرنیا؛ سان دیه گو؛ کنگره ASBS
(کنگره امریکایی جراحی چاقی)؛ ۱۲ الی ۱۸ ژوئن؛ ارائه یک
پوستر

● ۲۰۰۴: اسپانیا؛ بارسلون؛ کنگره EAES؛ ۹ الی ۱۲ ژوئن؛
ارائه یک سخنرانی و یک پوستر

● ۲۰۰۳: ترکیه؛ استانبول؛ کنگره MMEESC؛ ۲۲ الی ۲۵
اکتبر؛ ارائه دو سخنرانی

● ۲۰۰۳: اسکاتلند؛ گلاسکو؛ کنگره EAES؛ ۱۶ الی ۱۸ ژوئن
**(ج) شرکت در دوره های تکمیلی ذیل بمنظور ارتقاء
سطح علمی**

● ۲۰۰۹: دانمارک؛ ادنیزه؛ شرکت در دوره تکمیلی سونوگرافی
لاپاروسکوپیک و رادیو فرکونسی

● ۲۰۰۹: فرانسه؛ پاریس؛ شرکت در دوره تکمیلی لیگاشور
پیشرفته

● ۲۰۰۳: اسکاتلند؛ گلاسکو؛ شرکت در دوره تکمیلی جراحی
چاقی؛

● ۲۰۰۳: انگلستان؛ داندی؛ شرکت در طرح تحقیقاتی و آنالیز
ارگونومی در اعمال جراحی خاص زیر نظر Prof Cuschieri

● ۲۰۰۱: انگلستان؛ لندن؛ شرکت در دوره تکمیلی جراحی
کولورکتال؛ بیمارستان سنت مارکس؛ زیر نظر Prof Philips

● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ بیمارستان سیویل؛ مرکز IRCAD؛ دوره تکمیلی جراحی لاپاروسکوپی کولورکتال و غدد
زیر نظر Prof Philips & Leroy

● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ IRCAD؛ دوره کوتاه مدت جراحی لاپاروسکوپی دستگاه گوارش

● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ IRCAD؛ دوره کوتاه مدت جراحی لاپاروسکوپی پیشرفته

● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ IRCAD؛ دوره کوتاه مدت جراحی لاپاروسکوپی آنورتوایلیاک

● ۲۰۰۰: انگلستان؛ داندی؛ بیمارستان Ninewells؛ دوره فلوشیپ یک ساله لاپاروسکوپی پیشرفته زیر نظر Prof Cuschieri

● ۲۰۰۰: انگلستان؛ داندی؛ دوره عملی پیشرفته مهارت جراحی آندوسکوپی



انگلیسی:

- Proficiency-gain curve for an advanced laparoscopic procedure defined by observation clinical human reliability assessment (OCHRA) **Surg Endosc.** 2008 Sep 23.
- Laparoscopic total gastric vertical plication in morbid obesity **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17793-798 2007
- New aspects in laparoscopic cholecystectomy
Source: **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17 (3):290-295 2007
- Laparoscopic management of an internal double omental hernia: a rare cause of intestinal obstruction, **Hernia** 9 (2):195-7 2005
- The role of endoscopic autopsy in trauma cases: the first report from Iran **Arch Iran Med** 2009 Jul; 12(4):353-7
- Synchronous surgical Removal of Suspicious Ovarian Metastases from colorectal cancer **Med journal of the Islamic Republic of Iran.** 2005 Feb; 18(4)

فارسی:

- آزاد سازی مری به روش توراکوسکوپی در کانسر مری مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۱؛ دوره ۱۰، پاییز، شماره ۳: صفحات ۸۶-۹۴
- ارزیابی روش های مختلف درمان سنگ کلدوک و گزارش درمان لاپاروسکوپی آن در پنج بیمار
مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۲؛ دوره ۱۱، پاییز، شماره ۳: صفحات ۷۴

● لاپاروسکوپیک اسپلنکتومی روش انتخابی در درمان جراحی ITP، طب و تزکیه بهار ۱۳۸۳؛ ۹۶: (۵۲) - ۱۰۲.

● نحوه برخورد با بیماران مبتلا به ندول منفرد تیروئید بیمارستان امام، ۷۶-۱۳۷۱
مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۷): ۵۹۱-۵۹۷.

● نقش لاپاروسکوپي در بیماران ترومائی
مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۸): ۶۹۸-۷۰۴.

● بررسی صحت تشخیصی لاپاراسکوپي در آسیب شکمی ترومای منجر به فوت در پزشکی قانونی تهران
مجله دانشکده پزشکی آذر ۱۳۸۵؛ ۶۴(۹): ۳۳-۳۹.

● لاپاروسکوپیک هرنیوپلاستی در فتق های اینگوینال دوطرفه به کمک مش عینکی شکل در ۵۴ بیمار
مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره ۶۵ شماره ۵ مرداد ۸۶

● لاپاراسکوپیک هرنیوپلاستی با بی حسی اپیدورال: گزارش ۲۰ بیمار
مجله دانشکده پزشکی فروردین ۱۳۸۶؛ ۶۵(۱): ۶۰-۶۴

ه) سخنرانی

● ارائه بیش از یکصد سخنرانی داخلی و خارجی در زمینه لاپاروسکوپي

و) تالیف کتب

- جراحیهای سر پایی
- کتاب جامع جراحی
- کتاب بیماری چاقی

۲) چرا بیماران، لاپاروسکوپي را ترجیح می دهند؟

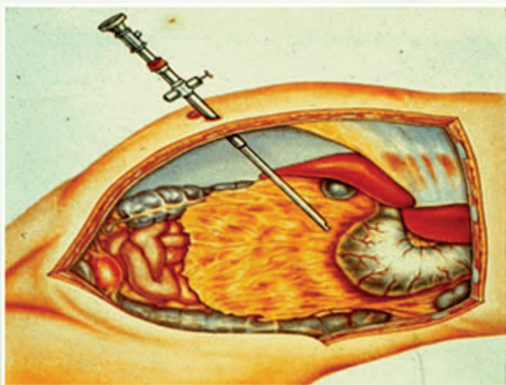
● از آنجا که برش ایجاد شده در جداره شکم بسیار کوچک و مجزی می باشد ظاهر بیمار بعد از عمل، زیبایی طبیعی خود را حفظ خواهد کرد.

● صدمه به نسوج بدن شامل عضلات و پوست جداره شکم و ... به مراتب کمتر است لذا سیستم امنیتی بدن و قدرت ترمیم در بدن کمتر متاثر می شود.

● پایانه های حسی جداره بدن بسیار حساس بوده لذا بعد این اعمال به علت عدم تحریک این پایانه ها، درد بعد از عمل به مراتب کمتر بوده لذا بیمار سریعتر به فعالیت های روزانه خود پرداخته و زودتر می تواند از بیمارستان مرخص شود.

● از آنجا که دستکاری احشاء شکمی در این عمل صورت نمی گیرد لذا حرکات روده ای بعد عمل سریعتر به حالت عادی باز گشته و فرد می تواند مایعات و غذا مصرف کند.





● به علت صدمه نسجی کمتر در داخل شکم و جداره بدن احتمال چسبندگی داخل شکمی کمتر وجود دارد.

● مشکلات حاصل از برش های جراحی نظیر عفونت زخم و یا فتق محل برش در این افراد دیده نمی شود.

● به خصوص در افراد چاق چون برش های جراحی باز خیلی بزرگ تر است لذا مزایای لاپاروسکوپی در افراد چاق چشمگیر تر است.

● جراح در حین عمل به کمک تلسکوپ محل عمل را می بیند که دیدی با بزرگنمایی حداقل ۲/۵ برابر نرمال و با نور عالی برای جراح تامین می کند که به مراتب واضح تر از روش باز است.

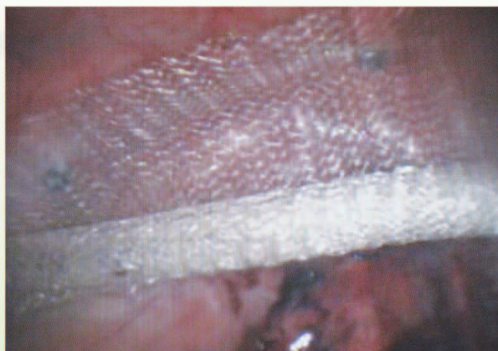
● اگر چه هزینه عمل بروش لاپاروسکوپی از روش باز بیشتر است ولی عملاً بعلت کوتاه تر شدن مدت بستری در بیمارستان هزینه نهایی تفاوت قابل توجهی ندارد

۳) بیماری فتق Hernia

- هرني يا فتق به معنای وجود يك سوراخ در جداره شکم می باشد؛ به گونه ای که از آن امکان عبور احشاء شکمی نظیر روده ها، چادرینه شکم و ... به خارج شکم وجود داشته باشد.
- سوراخ هایی که در جداره شکم ممکن است ایجاد شود بیشتر در ناحیه مغبنی، ناف، نقاطی که همه لایه های شکم را ندارند، محل برش جراحی های قبلی و پرده حاجب (دیافراگم) و به ندرت در نواحی خاصی نظیر محل عبور عروق یا عصب در کف لگن یا اپیگاستر می باشد.



- علت بروز فتق عمدتاً وجود یک نقطه ضعف زمینه ای مادرزادی یا اکتسابی در جداره شکم و ایجاد یک عامل محرک که باعث افزایش فشار داخل شکمی شود نظیر یبوست، پروستات بزرگ در آقایان، سرفه های مکرر، حاملگی های متعدد در خانم ها و ... می باشد.
- از آنجا که ممکن است احشاء شکمی از مسیر سوراخ موجود در جداره شکم عبور کرده و عملاً در این مجرا گیر کرده و حتی جریان خون خود را از دست داده و سیاه (نکروز) شود، لذا درمان فتق از لحاظ پزشکی، حالت نیمه اورژانس دارد.
- شیوع کلی فتق حدود ۲٪ می باشد که در آقایان چندین برابر خانمها دیده می شود.



● درمان فتق به صورت جراحی امکان پذیر است و با ترمیم بافتی در ناحیه سوراخ موجود و یا استفاده از mesh (پارچه مخصوص که در بدن به تدریج به یک نسج مستحکم تبدیل می شود) عملاً موجب اصلاح نقطه ضعف موجود در جداره شکم می شویم.

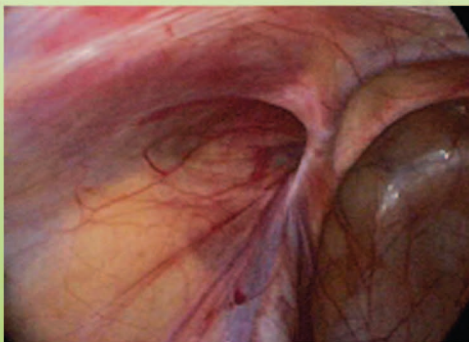
● از آنجا که محل ترمیم شده نسبت به حالت طبیعی علیرغم استفاده از مش؛ ضعیف تر می باشد لذا در صورت تداوم عوامل افزایش دهنده فشار داخل شکمی امکان عود فتق در محل عمل قبلی وجود دارد.

● استفاده از لاپاروسکوپی در درمان فتق موجب کمترین صدمه بافتی در محل و حفظ استحکام اولیه نسوج موجود در ناحیه است، که این خود کمک بزرگی به کاهش ریسک عود فتق می باشد.



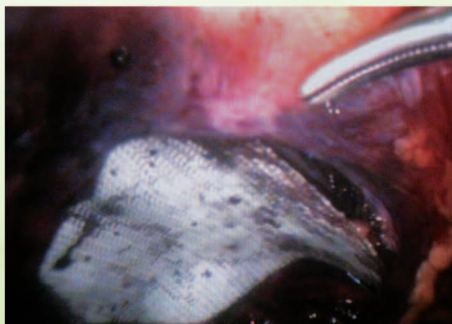
(۴) فتق مغبنی غیر مستقیم Indirect Inguinal Hernia

- علت زمینه ای در این حالت وجود "پروسس واژینالیس" باز و یا نیمه باز در فرد می باشد.
- "پروسس واژینالیس" مجرائی است که به صورت استطاله صفاقی از فضای شکم به همراه بیضه در دوران جنینی به سمت کیسه بیضه کشیده می شود.
- در بیش از ۷۵٪ موارد طی ۲-۳ ماه اول بعد از تولد این مجری کاملاً بسته می شود.
- به دنبال انجام کارهای سنگین و یا افزایش فشار داخل شکمی متعاقب یبوست طولانی، سرفه های مزمن، پروستات بزرگ و ... عملاً این نقطه ضعف تبدیل به یک سوراخ با توانایی عبور احشاء می شود.

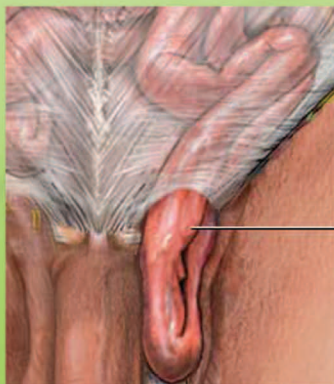


- شیوع این فتق حدود ۱.۵٪ بوده و در آقایان ۲۰ برابر خانم ها دیده می شود.
- شایعترین فرم فتق در خانم ها و آقایان به حساب آمده و شایعترین فتقی که باعث گیر کردن روده و سیاه شدن آن می شود نیز می باشد.
- فتق های با دهانه تنگ تر بیشتر در معرض خطر گیر کردن روده هستند.

- فتق در ابتدای ایجاد، همراه با درد است ولی در حالت عادی بیماری فتق دردناک نمی باشد.
- به محض تشخیص فتق، درمان آن به صورت جراحی از نوزادی گرفته تا سنین کهولت توصیه می شود.
- در فرم های پیشرفته و به علت کش آمدن کف کانال مغبنی همراه با این فتق، ممکن است فتق مستقیم نیز دیده شود.



- بهترین فرم جراحی استفاده از مش می باشد که خطر عود را به حداقل می رساند و انجام این کار به روش لاپاروسکوپی امکان پذیر می باشد.
- چنانچه فتق دو طرفه باشد، عود کرده باشد و یا احشاء داخلش گیر کرده باشد روش لاپاروسکوپی ارجح است و در بقیه موارد انجام لاپاروسکوپی موجب استفاده بیمار از مزایای عمومی لاپاروسکوپی نظیر عدم وجود برش، تحرک سریعتر و ... می باشد.

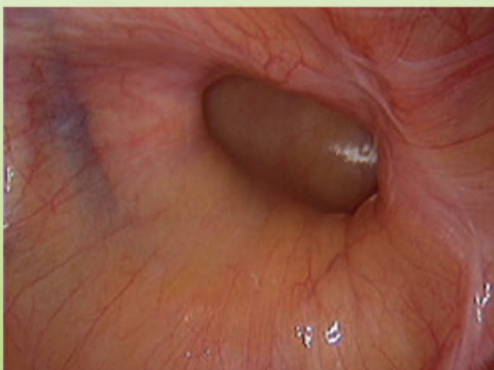


(۵) فتق مغبنی مستقیم Direct Inguinal Hernia

● نقطه ضعف در این حالت ناحیه کف کانال مغبنی است که لایه های ۷ گانه شکم به حداقل خود می رسد.

● در موارد با ابعاد فتق بیش از 5 CM بخصوص در روش لاپاروسکوپی بهترست مش بعد از ترمیم سوراخ استفاده شود.

● معمولاً این فرم در سنین بالا و به دنبال کاهش استحکام نسوج اتفاق می افتد و فاکتورهایی که فشار داخل شکمی را بالا می برند باعث بروز فتق می شوند.



● در خانم ها بسیار نادر دیده می شود و در آقایان نیز احتمال گیر کردن روده در آن بسیار کم است.

● به محض تشخیص و به شرط اصلاح فاکتورهای بالا برنده فشار داخل شکمی انجام جراحی با کاربرد مش توصیه می شود.

● از آنجا که احتمال دو طرفه بودن آن بالاست، جراحی به روش لاپاروسکوپی به شرط فیکس کردن مش در محل، پیشنهاد اول می باشد.

(۶) فتق رانی Femoral Hernia

● آناتومی خاص لگن در خانم ها، زمینه بروز این فتق را (که در قسمت داخلی غلاف عروقی کشاله ران اتفاق می افتد) در خانم ها به مراتب بیشتر از آقایان کرده است.

● از آنجا که دریچه ورودی ساک این فتق کوچک بوده و مجاورت آن بسیار محکم و سفت است امکان گیر کردن روده و سیاه شدن آن در این فتق بسیار بالا است.

● درمان انتخابی به محض تشخیص جراحی به صورت لاپاروسکوپی است و ترمیم با مش در کل ناحیه مغبنی که احتمال فتق های سه گانه مغبنی را به حداقل برساند توصیه می شود.



● از آنجا که ابعاد این فتق معمولاً کوچک بوده و از لحاظ محل در قسمت های کاملاً پایین شکم و زیر ناحیه کشاله ران می باشد ممکن است به راحتی با یک غده لنفاوی اشتباه شود و عملاً دیر تشخیص داده شود.

(۷) فتق نافی Umbilical Hernia

● بروز فتق نافی در دو گروه سنی و با دو مکانیزم متفاوت ممکن است اتفاق افتد.

● در نوزادان و به علت عدم رشد کامل جداره شکم در دوران جنینی ممکن است به هنگام تولد برجستگی واضحی در ناف دیده شود که معمولاً ابعاد کوچکی داشته و بمرور زمان تا ۵ سالگی خود به خود با تکمیل رشد بدن رفع می شود، در غیر اینصورت نیازمند جراحی و ترمیم سوراخ موجود می باشد.

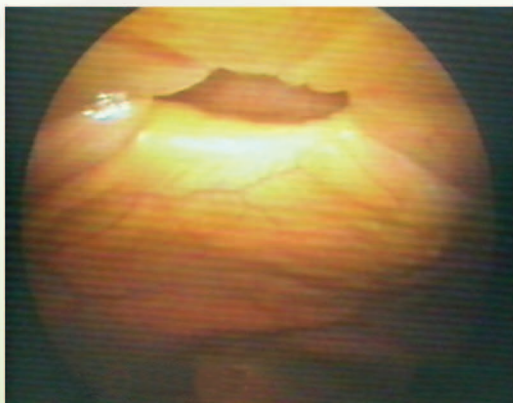
● در فتق نافی اطفال خطر گیر کردن روده خیلی نادر است.

● چنانچه در بدو تولد ابعاد فتق نافی بیشتر از 1 CM باشد نیز توصیه به جراحی بدون تاخیر می شود.

● فتق نافی بزرگسالان مکانیزمی کاملاً متفاوت دارد.

● ناف در بزرگسالان برخلاف بقیه شکم که ۷ لایه الاستیک و محکم دارد صرفاً دارای سه لایه می باشد که لایه اصلی این ناحیه یک بافت فیبروتیک، شکننده و غیر ارتجاعی می باشد.





نمای فتق نافی از داخل شکم لبه های محکم فتق واضح است

● به خصوص در خانم ها و به دنبال زایمان های مکرر که به اجبار به جداره شکم فشار آمده و کشیده می شود این نقطه چون قابل ارتجاع نیست عملاً تکه تکه و خورد شده که ممکن است بعد حاملگی به طور کامل نتواند ترمیم شود.

● از آنجا که مجرای ساک فتق صرفاً در حد قطر ناف بوده و اطراف ساک فتق لایه های قوی و محکم جداره شکم، دهانه فتق را تحت فشار قرار می دهند لذا خطر گیر کردن روده و سیاه شدن آن داخل ساک بسیار بالاست.

● فتق نافی بزرگسالان جزو مخاطره آمیز ترین فرم فتق ها بوده و انجام جراحی و ترمیم ناحیه در اسرع وقت باید صورت پذیرد.

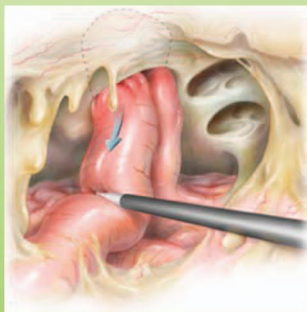
● با توجه به اهمیت ظاهر ناف برای اکثر بیماران و لزوم ترمیم فتق نافی با مش، در روش لاپاروسکوپی که به ناف هیچ گونه صدمه ای زده نمی شود و از مش های فرم dual که قابل استفاده در فضای شکم است استفاده می شود؛ بیمار هم از لحاظ ظاهر ناف و هم از لحاظ بهترین فرم ترمیم (استفاده از مش) رضایت کامل را خواهد داشت.

۱) فتق محل برش جراحی Incisional Hernia

● در تمامی اعمال جراحی شکمی به منظور امکان پذیری دسترسی جراح به حفره شکم، جداره شکم بریده می شود. (اعمال متداول لاپاروتومی)

● در انتهای عمل، جراح به کمک نخ های غیر قابل جذب و به گونه ای که جریان خون لبه های زخم مختل نشود جداره شکم را با دقت کافی معمولاً می دوزد و چنانچه محل زخم عفونی نشود معمولاً در طی زمان ناحیه مربوطه به خوبی ترمیم شده و استحکام کافی را بدست می آورد.

● در بهترین حالت و در شرایط ترمیم ایده آل، باز ناحیه جوش خورده نسبت به شکم های نرمال عملاً یک نقطه ضعف به حساب می آید و لذا یک کانون جهت بروز فتق و ایجاد شکاف در جداره شکم به حساب می آید.



● گاهی جراح در انجام ترمیم در انتهای عمل دقت کافی را عملاً به کار نمی برد اعم از اینکه نخ مناسب را به کار نبرده یا حین ترمیم جداره ها را تحت فشار زیاد قرار داده به گونه ای که جریان خون ناحیه کاهش یافته و یا نهایتاً محل عمل عفونی شده که در این شرایط انتظار به بروز فتق در محل برش، حداکثر طی یکسال بعد از عمل وجود دارد.

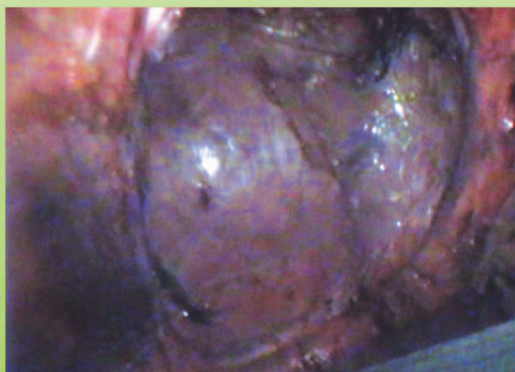
● بروز فتق در محل برش بعد از یکسال از عمل دیگر ربطی به عملکرد جراح نداشته و صرفاً به علت افزایش فشار داخل شکمی و اثر مداوم به این نقطه ضعف موجود در جداره شکم می باشد.

● احتمال بروز فتق در محل برش عمل در طول زمان بین ۱۵٪ الی ۴۰٪ متغیر گزارش شده است.

● در صورت بروز فتق به شرط گذشت حداقل ۶ ماه از عمل قبلی و بخصوص در مواردی که دهانه فتق تنگ می باشد عمل جراحی ترمیم مجدد ناحیه فتق و تمامی مابقی محل برش توصیه می شود.

● در فتق های محل برش انجام لاپاروسکوپی و استفاده از مش Dual که در فضای شکم اثر سوء ندارند موجب رضایت بیشتر بیمار و پرهیز از صدمه بیشتر به جداره شکم می شود.

● اگر چه ریسک عود این فتق ها علیرغم ترمیم مناسب و کاربرد مش بالاست ولی توصیه منطقی در این موارد باز انجام جراحی می باشد.



نمای فتق محل عمل قبلی از داخل شکم

(۹) فتق اپیگاستر Epigastric hernia

● نقطه ضعف در ایجاد این فتق وجود سوراخهایی است در لایه اصلی شکم در خط وسط و بالای ناف که عروق جداره شکم بصورت عمودی از آن به سمت بیرون می آید.

● عمدتاً چربیهای زیر فاشیا از مسیر سوراخ های مربوطه عبور می کنند و بندرت احشاء داخل شکمی از طریق این سوراخ ها بیرون می آیند.

● از آنجا که سوراخ های فوق قطر کمی دارند لذا احتمال گیر کردن چربیهای زیر فاشیا و حتی نکروز آن خیلی بالاست اگر چه علیرغم آن خطری متوجه بیمار نیست.

● بعلت درد شدید چربیهای گیر کرده در این سوراخ ها لزوم انجام جراحی در اولین فرصت وجود دارد.

● گاهی در افراد چاق بعلت مخفی ماندن ساک فتق در لایه های چربی زیر جلد درد شدید آن با بیماریهای داخل شکمی مثل سنگ کیسه صفرا؛ التهاب معده و یا لوزالمعده اشتباه می شود.

(۱۰) فتق های نادر جداره شکم Rare Abdominal hernias

● در نواحی خاصی از جداره شکم ممکنست نقاط ضعفی ایجاد شود که پتانسیل بروز فتق در آن وجود داشته باشد.

● بعلت کوچک بودن قطر این نقاط ضعف؛ احتمال گیر کردن روده در آن و بروز علائم انسدادی وجود دارد.

● معمولاً تشخیص این مدل فتق ها در یک بیمار با علائم انسدادی و حین لاپاروتومی داده می شود.



فتق بین عضلات جداره شکم

● از جمله کانون هایی که ممکنست باعث بروز این گونه فتق ها شود؛ سوراخ عبور شریان ایتوراتور در کف لگن (Obturator Hernia)؛ سوراخ عبور عصب سیاتیک در کف لگن (Sciatic Hernia)؛ سوراخ های کوچک در حد واسط بین لایه های عضلات شکمی (Intermuscular Hernia) بخصوص در ناحیه پهلو (Lumbar Hernia)؛ قوس معکوس نظیر جیب کت در قسمت خلفی عضله رکتوس در زیر ناف (Espigelian Hernia)؛ و می باشد.



سوراخ فتق

محتوای فتق

فتق اشیگل

● گاهی سوراخ فتق آنقدر کوچک است که صرفاً یک طرف روده در آن گیر کرده و بدون ایجاد علائم انسدادی تا مرز سیاه شدن روده و ایجاد شکم حاد نیز می رسد (Richter Hernia).

● اینحالت در تمامی فتق ها می تواند رخ دهد ولی در این مدل سوراخ های با قطر کوچک احتمالش بیشتر است.

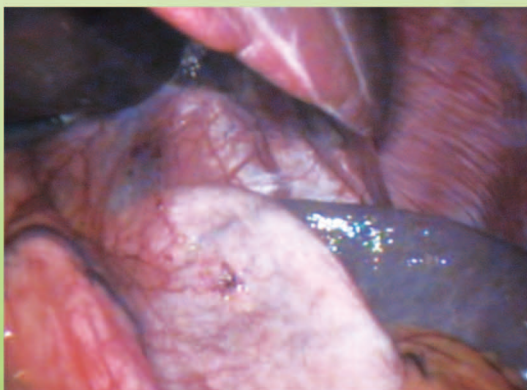
(۱۱) فتق هیاتال

Hiatal Hernia

● در مسیری که مری از راه دیافراگم وارد فضای شکم می شود ممکنست بعنوان یک نقطه ضعف؛ احشاء (عمدتاً معده) بتواند بصورت معکوس وارد فضای میانی قفسه صدری شود.

● چنانچه بعلت شلی اتصالات مری به دیافراگم و یا گشادی نسبی مسیر ورود مری به شکم؛ مری به همراه معده به سمت قفسه صدری و بطرف بالا بلغزد تحت عنوان "فتق اسلایدینگ" قلمداد می شود.

● معمولاً در این شرایط فرد مبتلا به بیماری رفلاکس نیز می باشد که علت و یا معلول بودن ایندو نسبت به هم مورد بحث و اختلاف نظر می باشد.



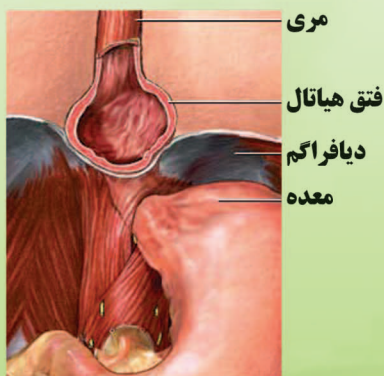
در فتق هیاتال فوندوسی معده کاملاً شل و متحرک شده است

● صرف بالا زدن معده به داخل قفسه صدری اگر چه نوعی فتق به حساب می آید ولی جای نگرانی نداشته و نیاز به عمل ندارد. در صورتیکه همراهی بیماری رفلاکس مقاوم به درمان طبی با این فتق معیاری مناسب جهت عمل به شمار می رود.

● ترمیم فتق با نخ غیر قابل جذب و به کمک به هم رساندن کراس های دیافراگم انجام می شود و به ندرت از مش های مخصوص استفاده می شود. عمل جراحی ضد رفلاکس همواره با ترمیم فتق توام است.

● چنانچه معده از راه سوراخی مجاور ولی مجزی از مسیر عبور مری به داخل قفسه صدری وارد شود تحت نام "فتق پارا ازوفازئال" نامیده می شود.

● این فتق معمولاً با ریسک بالای گیر کردن معده و اختلالات عروقی آن همراهست و توصیه می شود به محض تشخیص تحت عمل جراحی قرار گیرد.



فتق هیاتال

● بین این فرم فتق و بیماری رفلاکس ارتباط خاصی وجود ندارد.

● محل سوراخ فتق حین عمل به کمک مش های Dual و یا نخ غیر قابل جذب قابل ترمیم است.

● از آنجا که دید لاپاروسکوپی در این کانون به مراتب بهتر از جراحی باز است و ظرافت مورد نیاز جهت ترمیم فتق زیر دید مستقیم به دست می آید لذا روش انتخابی ترمیم فتق هیاتال لاپاروسکوپی می باشد.

(۱۲) فتق دیافراگم Diaphragmatic Hernia

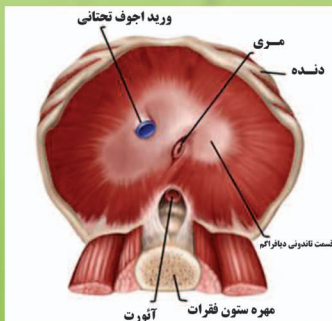
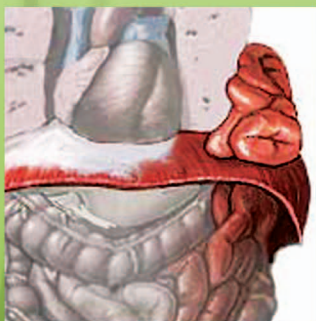
● پرده حاجب به دو فرم می تواند به عنوان نقطه ضعفی در جداره فوقانی شکم عامل بروز فتق شود.

● احشاء شکمی از این راه به داخل فضای قفسه صدری رفته و عمدتاً با علائم تنگی نفس خود را نشان می دهد.

● در فرم مادرزادی که قسمت عضلانی پرده حاجب شکل طبیعی خود را به دست نیاورده است؛ به محض به دنیا آمدن نوزاد با علائم دیسترس تنفسی و انجام عکس ریه تشخیص داده می شود و عمدتاً بلافاصله عمل اورژانس توصیه می شود.

● در فرم ثانویه به صدمات حاصله از تصادفات که پرده حاجب پاره شده باشد ممکنست ترمیم ناحیه کامل صورت نگیرد و به تدریج در محل این پارگی ایجاد شده؛ احشاء وارد قفسه صدری شده و با پیشرفت تدریجی نفوذ احشاء به علت فشار منفی به قفسه صدری علائم نارسایی تنفسی رخ داده و عمل جراحی از راه قفسه صدری جهت رفع چسبندگی های احشاء و ترمیم دیافراگم توصیه می شود.

● چنانچه عبور احشاء به داخل قفسه صدری بلافاصله بعد از پارگی رخ دهد اصلاح آن با جراحی از راه شکم پیشنهاد می شود.

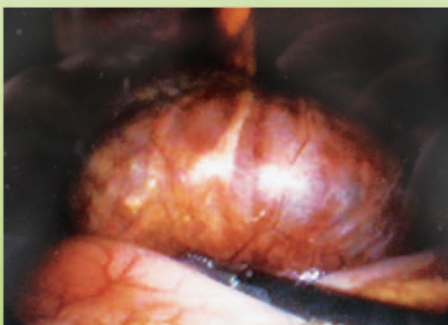


(۱۳) فتق های داخل شکمی Intraabdominal Hernia

● اگر چه از لحاظ تعریف؛ محل سوراخ فتق باید در جداره شکم باشد ولی در این حالت در داخل فضای شکم تحت شرایط خاص؛ ممکنست سوراخ هایی ایجاد شده و باعث گیر افتادن احشاء داخل آن شود.

● در شایعترین فرم ؛ بدنبال وجود باندهای مادرزادی و یا چسبندگی های ثانویه به عمل قبلی ممکنست فتق رخ دهد که گاهی به علت گیر افتادن احشاء و بروز علائم انسدادی تا حد عمل جراحی اورژانس نیز پیش می رود.

● از جمله سوراخ های طبیعی داخل فضای شکم وجود Pouch در ناحیه ایلئوسکال؛ سوراخ وینسلو در زیر ناف کبد؛ وجود سوراخ در لیگامان های معده-کولون و معده-کبد و... می باشد.



روده باریک از پشت کولون و معده در محل لیگامان معده- کبدی گیر کرده است

● احتمال علامتدار شدن شکم و بروز علائم انسدادی در این مدل فتق بعلت عدم وجود رینگ محکم در لبه سوراخ فتق؛کمتر است.

● تشخیص قطعی این مدل فتق ها معمولا حین عمل لاپاروتومی و یا لاپاروسکوپی تشخیصی به علت دردهای مبهم شکمی داده می شود.

۱۴- فهرست اعمال جراحی که مولف به روش لاپاروسکوپی (Minimally invasive) انجام می دهد:

۱) جراحی بیماری چاقی مفرط:

- پلیکاسیون معده
- بای پس معده
- بای پس روده
- گاستریک باندینگ

۲) جراحی سنگ های کیسه صفرا و مجاری صفراوی:

- کله سیستکتومی
- بای پس کیسه صفرا به ژژنوم
- اکسپلوراسیون کلدوک و کلدوکوسکوپی و گذاشتن T-Tube

۳) جراحی مری:

- آشنالازی
- دیورتیکول مری
- فوندوپلیکاسیون مری در بیماری رفلاکس
- ازوفازکتومی در سرطان مری

۴) جراحی معده:

- برداشتن پولیپ و یا تومور های خوش خیم معده
- برداشتن معده در سرطان معده بصورت گاسترکتومی پروگزیمال و یا توتال
- زخم پاره شده دوازدهه
- خونریزی معده
- تنگی خروجی معده بعلت بیماری پپتیک

۵) جراحی کبد و طحال:

- اسپلنکتومی در ITP
- کیست هیداتیک کبد
- اسفروسیتوز و تالاسمی
- بیوپسی کبد
- RF Ablation متاستازهای کبدی با سونوگرافی حین لاپاروسکوپی

۶) جراحی کولورکتال:

- پرولاپس رکتوم
- سیگموئیدکتومی
- توتال کولکتومی
- آپاندکتومی
- همی کولکتومی راست و چپ

(۷) جراحی لوزالمعده:

- پانکراتکتومی دیستال
- آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- بای پس مجاری صفراوی و گوارشی در سرطان پیشرفته لوزالمعده

(۸) جراحی غدد:

- پاراتیروئید
- ژنیکوماستی
- آدرنال
- تیموس
- دیسکسیون غدد لنفاوی زیر بغل در سرطان پستان

(۹) جراحی فتق های جداره شکم:

- فتق کشاله ران
- فتق محل عمل قبلی
- فتق نافی
- فتق هیاتال
- فتق های داخل شکمی
- فتق دیافراگم

(۱۰) جراحی عروق:

- واریس پا
- سمپاتکتومی کمری
- واریکوسل
- سمپاتکتومی توراسیک
- بستن وریدهای پرفوران ساق یا SEPS

(۱۱) اورژانس:

- تصادفات در بیماران Stable
- پرفوراسیون زخم دوازدهه
- انسداد های ثانویه به چسبندگی
- خونریزی معده
- آپاندیسیت
- پریتونیت
- انسداد معده
- کله سیستیت حاد

(۱۲) آناستوموز با دست:

- گاستروژژنوستومی در انسداد معده
- گاستروژژنوستومی در گاستریک بای پس
- کلدوکیدئودنوستومی
- آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- کله سیستوژژنوستومی
- آنتروانتروستومی
- ایلئورکتال آناستوموز
- کولورکتال آناستوموز

(۱۳) متفرقه

- امنتال فلپ در عفونت استرنوم و یا فیستول رکتال
- هیدروسل
- غدد لنفاوی کشاله ران
- اتوپسی متوفیان ترومایی و یا مبهم