

نقش سونوگرافی در تشخیص شکم حاد

چکیده:

در بیماران با شکم حاد، هدف تشخیص مواردی است که نیاز به عمل جراحی دارند و در صورت عدم درمان، تهدید کننده حیات می‌باشند. در اکثر موارد توسط شرح حال و معاینه بالینی و آزمایشات پاراکلینیک می‌توان به تشخیص رسید و در مواردی نیاز به اقدامات تشخیصی تصویربرداری می‌باشد هر چند در اکثر موارد CT اسکن، مودالیتی انتخابی می‌باشد اما سونوگرافی به دلایل متعدد همچون قیمت کمتر، نبود اشعه یونیزان، بررسی *real time* و دینامیک و در دسترس بودن قدم اول تشخیصی می‌باشد.

کلید واژگان: شکم حاد، سونوگرافی

پیشگفتار

به جهت سهولت در بیان و برخوردی سیستماتیک، بیماران را از نظر سن و جنس به سه رده اطفال و بالغین (زن و مرد) طبقه بندی می‌کنیم و در هر رده به بررسی روش تصویربرداری انتخابی می‌پردازیم.

بیماران اطفال با شکم حاد

در اطفال عللی که نیاز به مداخله درمانی جراحی بوده و در صورت عدم درمان ممکن است تهدید کننده حیات باشد به شرح ذیل است:

- آپاندیسیت حاد - انواژیناسیون - انسداد روده - هرنی اینکارسره
- ولولوس - تورشن تخمدان، بیضه - پریتونیت

سونوگرافی اقدام تشخیصی تصویربرداری نخست در موارد شکم حاد در اطفال می‌باشد.

سونوگرافی با حساسیت ۸۵-۹۰٪ در دست یک رادیولوژیست ماهر در تشخیص آپاندیسیت حاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. البته باید مواردی را که باعث کاهش حساسیت می‌شوند همچون آپاندیسیت رتروسکال، ابلتوس ناشی از پریتونیت در نظر داشت و سونوگرافی برای تشخیص آپاندیسیت حاد در شرایطی که شکک بالینی قوی به آپاندیسیت است درخواست کرد. بارها مشاهده شده کودکی با درد اپی گاستریا، درد فلانک چپ جهت بررسی آپاندیسیت حاد سونوگرافی درخواست داده شده است و چون آپاندیس در حالت غیر ملتهب قابل مشاهده نیست در صورت ندیدن آپاندیس ملتهب نمی‌توان آپاندیسیت حاد را رد کرد. پس باید همواره در *Setting* مناسب و شکک بالینی قوی برای تشخیص آپاندیسیت سونوگرافی درخواست کرد.

سونوگرافی در موارد لئف آدنیت مزانتر هم کمک کننده است هر چند لئف نوده‌های مزانتر بویژه در ناحیه ایلئوم در موارد آپاندیسیت حاد دیده می‌شود و باز کلینیک بیمار می‌تواند در افتراق این دو کمک کننده باشد.

تشخیص اختلال ایجاد کنند.

۴. دردهای LUQ: با توجه به شک بالینی باید اقدام مقتضی را درخواست کرد مثلاً در شک به ضایعات طحال همانند infarctionطحالی، پارگی طحال، ضایعات پانکراس CT اسکن وسیله تشخیصی انتخابی است.

در موارد درد اپی گاستر هم سونوگرافی چندان کمک کننده نیست.

در شک به پانکراتیت حاد، CT اسکن اقدام تشخیصی است. سونوگرافی به دلیل موقعیت رتروپریتون پانکراس به ویژه در افراد چاق چندان کمک کننده نیست هر چند مواردی چون وجود سنگ مجاور صفراوی و دیلاتاسیون مجاری صفراوی و وجود مایع آزاد در اطراف کیسه صفرا ممکن است شک به پانکراتیت حاد را برانگیزد اما در بررسی سودو کیست پانکراس سونوگرافی کمک کننده می باشد.

در مواردی که شک به پارگی احشای توخالی است ممکن است وجود پنوموپریتون و مایع آزاد شکم و لگن کمک کننده باشد اما تشخیص پنوموپریتون نیازمند دقت و تجربه کافی است هر چند حساسیت بالایی در سونوگرافی دارد اما ویژگی کم دارد.

نکته قابل توجه استفاده از سونوگرافی به عنوان قدم اول در مشکلات عروقی همانند آنوریسم آئورت و یادیسکسیون آئورت می باشد.

شکم حاد در خانم‌های بالغ

به دلیل شیوع مشکلات ژنیکولوژیک بررسی اولیه در آنها سونوگرافی می باشد. مواردی همچون پارگی کیست تخمدان، کیست هموراژیک تخمدان، حاملگی خارجی رحمی، عفونت‌های لگنی، میوم‌های دژنره رحمی به راحتی در سونوگرافی قابل تشخیص است. وجود مایع آزاد در لگن می تواند کلید تشخیصی برای رسیدن به تشخیص باشد. هر چند در مواردی همچون Menstruation، آپاندیسیت حاد، تخمک گذاری، مختصر مایع آزاد در لگن دیده می شود، اما وجود مایع آزاد قابل توجه به ویژه مایع حاوی دبری می تواند در محدود کردن تشخیص افتراقی کمک کننده باشد.

باز قابل یادآوری است که سونوگرافی تنها در Setting مناسب بیمار ارزش تشخیصی دارد و در بیماران با Huge abdomen، شکم نفاخ ناشی از ایلئوس یا انسداد روده، سونوگرافی کمک تشخیصی چندانی نمی تواند داشته باشد.

هر چند وجود لوپ‌های متسع حاوی مایع در انسداد روده و ایلئوس پارالیتیک در سونوگرافی دیده می شود و در سونوگرافی وجود یا عدم وجود پریتالیس می تواند بین این دو مورد افتراق قائل شود، اما به دلیل وجود گاز در لوپ‌های متسع و محدودیت در انجام سونوگرافی در چنین مواردی در شک بالینی به انسداد، سونوگرافی وسیله تشخیصی مناسبی نمی باشد. در Intussusception سونوگرافی مودالیتی انتخابی می باشد و وجود نمای Pseudokidney تشخیصی برای آن می باشد.

در موارد شک به مشکلات Genitourinary همانند تورشن تخمدان، بیضه، کیست تخمدان پاره شده نیز سونوگرافی قدم اول تشخیص می باشد.

شکم حاد در آقایان بالغ

در این گروه وسیله تشخیصی تصویربرداری با توجه به محل درد انتخاب می شود.

۱. درد RUQ: در مواردی که تشخیص کله سیست حاد و سنگ‌های صفراوی مطرح هست، بهترین وسیله تشخیصی سونوگرافی می باشد.

۲. درد RLQ: تشخیص آپاندیسیت حاد، سنگ‌های حالب، IBD، بهترین وسیله تشخیصی CT اسکن است.

سونوگرافی به دلیل محدودیت‌هایی که در تشخیص آپاندیسیت حاد دارد ارجحیت بر CT اسکن ندارد. در مورد سنگ‌های حالب نیز باید مد نظر داشت که در صورتی که هیدرونفروز واضحی ایجاد نشده باشد نمی توان به تشخیص رسید و به ویژه در مواقعی که ایلئوس ایجاد می شود عملاً پیدا کردن سنگ به ویژه در قسمت‌های میانی حالب غیر ممکن است. پس در بیماران با کلینیک Renal colic که هیدرونفروز واضحی دیده نشود سونوگرافی نرمال به معنی سونوگرافی اشتباه نیست و باید این نکته توسط همکاران کلینیسین مورد توجه قرار بگیرد، بهترین وسیله تشخیصی سنگ‌های ادراری CT اسکن می باشد.

در بیماری که یافته‌های بالینی و پاراکلینیک موید Renal colic است ارزش سونوگرافی در مشاهده سنگ حالب کم می باشد و وجود هیدرونفروز به تنهایی تشخیصی نیست چون در موارد UTI نیز می توان شاهد هیدرونفروز بود.

۳. دردهای LLQ: شایع ترین بیماری دیورتیکولیت حاد می باشد. روش تشخیصی انتخابی CT اسکن است هر چند در سونوگرافی وجود لوپ ضخیم و وجود چربی اکوژن اطراف لوپ می تواند بیانگر دیورتیکولیت باشد اما باز لوپ‌های حاوی گاز ممکن است در رسیدن به