

## تدبير كيسات المبيض بالجراحة التنظيرية خلال الثلث الثاني من الحمل

إعداد طالب الدكتوراه

أحمد يوسف\*

إشراف الدكتور

دوني باردو\*\*

### الملخص

خلفية البحث وهدفه: دراسة إمكانية تدبير كيسات المبيض لدى السيدات الحوامل في الثلث الثاني للحمل عن طريق الجراحة التنظيرية، ودراسة العواقب الولادية لهذه الطريقة.

مواد البحث وطرائقه: الدراسة هي من النمط الراجع لسلسلة من عشر حالات لمريضات خضعن لعمل جراحي تنظيري بعد الثلث الأول للحمل باستطباب كيسة مبيض في قسم التوليد وأمراض النساء في مشافي سان موريس (( باريس))

خلال 44 شهراً من 2006/3/28 وحتى 2009/12/21

النتائج: كان العمر الوسطي للمريضات 32 سنة و 8 أشهر بمجال راوح بين 25 و 38 سنة وكان وسطي عدد الحمول 3، ووسطي عدد الولادات السابقة 1، كان عمر الحمل الوسطي لحظة إجراء التنظير 18 أسبوعاً طمئناً بمجال راوح بين 15 و 22 أسبوعاً طمئناً في حين راوح حجم الكيسات بين 6.5 سم و 10 سم وكانت مدة العمل الجراحي الوسطية 75.5 دقيقة. كان العمل الجراحي الذي أجري عبارة عن استئصال كيسة مبيض ضمن البريتوان في ثماني حالات، ورد ملحقات مع استئصال كيسة مبيض ضمن البريتوان في حالتين اثنتين، وكانت الصعوبة الجراحية الأكثر أهمية هي انعقال الكيسة مع الملحقات خلف الرحم ضمن رتج دوغلاس. مدة الإقامة في المشفى بعد العمل الجراحي كانت 72 ساعة. لم يحدث أي اختلاط حول العمل الجراحي، و كان تطور الحمل اللاحق طبيعياً، إذ لم يحدث أي تهديد بالمخاض المبكر، وكان المواليد جميعهم سويي وزن الولادة دون تشوهات خلقية، وأبغار الدقيقة الخامسة والعاشرة كان 10/10 للمواليد جميعهم.

الاستنتاج: جاءت نتائجنا متوافقة مع نتائج أحدث الدراسات المتعلقة بالجراحة التنظيرية المجراة باستطباب امراضية تخص الملحقات خلال الحمل وبعد الثلث الأول منه التي تظهر إمكانية إجراء التنظير في أثناء الثلث الثاني وسلامته بالنسبة إلى الجنين شرط اقتران التقنية الجراحية الحذرة مع خبرة الجراح .

كلمات مفتاحية : كيسات المبيض، جراحة تنظيرية، الملحقات.

\* شهادة الدراسات العليا في التوليد والنسائية- معيد في كلية الطب البشري - جامعة البعث.

\*\* أخصائي التوليد والنسائية - مشفى التوليد - سان موريس في باريس.

## La Prise en Charge Cœlioscopique Des Kystes Ovariens Pendant La Grossesse Au Deuxième Trimestre

Ahmad Yousef\*

Denis Bardou\*\*

### Résumé

**But.** Etudier la faisabilité et les conséquences obstétricales de la prise en charge cœlioscopique des kystes de l'ovaire chez les femmes enceintes au cours de deuxième trimestre de la grossesse.

**Matériel et méthodes.** Etude rétrospective d'une série de 10 observations de patientes opérées par voie cœlioscopique pour kyste ovarien après le premier trimestre de la grossesse. Les patientes ont été opérées au service de gynécologie-obstétrique des hôpitaux de Saint Maurice durant une période d'étude de 44 mois allant du 28 mars 2006 au 21 décembre 2009.

**Résultats.** L'âge moyen des patientes était de 32 ans et 8 mois avec des extrêmes allant de 25 à 38 ans. La gestité et la parité moyenne était respectivement 3 ;1. Une de ces patientes avait un abdomen cicatriciel. L'âge gestationnel moyen au moment de l'intervention était de 18 SA, avec des extrêmes allant de 15 à 22 SA. La taille des kystes était comprise entre 6.5 et 10 cm ; la durée opératoire moyenne était de 75.5 min. Le geste chirurgical réalisé a été une kystectomie intrapéritonéale dans 8 cas et une détorsion de l'ovaire avec kystectomie intrapéritonéale dans deux cas. La difficulté opératoire la plus importante était l'enclavement du kyste en arrière de l'utérus. La durée du séjour postopératoire était de 72 heures. Il n'y a eu aucune complication préopératoire. Aucune menace d'avortement n'a été observée dans les suites immédiates.

L'évolution ultérieure des grossesses a été simple. Il n'y a eu aucune menace d'accouchement prématuré. Les nouveau-nés étaient tous eutrophes, indemnes de toutes malformations. L'apgar des cinquième et dixième minutes était 10/10 pour tous les enfants.

**Conclusion :** Nos résultats sont en accord avec les résultats des dernières études qui concernent la coelio-chirurgie pour les pathologies annexielles pendant la grossesse et au-delà du premier trimestre et qui montrent la faisabilité et l'innocuité sur le fœtus de la cœlioscopie pendant la grossesse lorsque sont conjugués une technique rigoureuse et un opérateur entraîné.

**Mots clés :** kystes ovariens , coelio scopique . annexielles

\* DES en gynécologie Obstetrique , Chef de Clinique a la faculté de médecine ( al Baath université).

\*\* PH a la maternité des hopitaux de saint Maurice ( Paris ).

**مقدمة:**

الناجمة عن صعوبة الرؤية (كشف الآفة لمقاربتها بشكل واضح) أو الضرر الناجم عن استرواح الصفاق Pneumopéritoine بغاز ثاني أكسيد الكربون (Co2) على التوازن الحامضي القلوي للجنين<sup>6</sup>.

صدرت في العقد الأخير العديد من الدراسات التي شملت تداخلات جراحية تنظيرية بسبب آفات هضمية<sup>7-9</sup> أو أورام ملحققات<sup>10-15</sup> لدى مريضات حوامل خلال الثلث الثاني من الحمل.

**هدف البحث :**

دراسة قابلية إجراء الجراحة التنظيرية لتدبير كيسات المبيض لدى السيدات الحوامل خلال الثلث الثاني من الحمل، والعواقب التوليدية لهذه المقاربة التنظيرية.

**المواد والطرائق:**

الدراسة هي من النمط الراجع لسلسلة من عشر حالات لمريضات خضعن لعمل جراحي تنظيري بعد الثلث الأول للحمل باستطباب كيسة مبيض.

خضعت المريضات للجراحة في قسم النسائية والتوليد في مشافي سان موريس ((سان موريس - باريس 14 شارع فال دوزن)) خلال مدة دراسة 44 شهراً، امتدت من 28 آذار 2006 وحتى 21 كانون الأول 2009 .

اتبعت الطريقة التالية لنفخ الغاز داخل جوف البريتوان وإدخال المبزل الأول:

بعد التحري الروتيني عن حيوية الجنين قبل العمل الجراحي عن طريق الأمواج فوق الصوتية يخدر المريضة تخديراً عاماً، ثم توضع المريضة بوضعية الاستلقاء الظهرى حيث يكون الطرفان السفليان متباعدين ومنعطفين قليلاً، يقف الطبيب الجراح إلى يسار المريضة، لا يستخدم أي سبر للرحم، أو أي دليل داخل الرحم، يحدد قعر الرحم عن طريق الجس سريرياً.

استخدمت عدة تقنيات لنفخ البطن بغاز ثاني أكسيد الكربون: استخدام الدخول المباشر لإبرة بالمر من خلال

تشكل كيسات المبيض جزءاً مهماً من الحالات الجراحية النسائية، فوفقاً لمعطيات البرنامج الطبي لنظم المعلومات Programme de medicalisation des systems (PMSI) d'information فإن عدد أيام الاستشفاء بسبب كيسة مبيض هو 45 ألفاً / العام في فرنسا.

إن نسبة النساء في سن النشاط التناسلي اللاتي يشخص لديهن كيسات مبيض هي 20 %، حيث يكون ثلاثة أرباع هذه النسبة عبارة عن كيسات وظيفية التي تتراجع عفواً، في حين أن 75% من الكيسات التي يجرى بسببها عمل جراحي هي كيسات عضوية، و25% منها كيسات وظيفية. كما أن 1 إلى 4% من الكيسات التي يفترض أنها سليمة يظهر التشريح المرضي أنها خبيثة<sup>1</sup>

إن الاستخدام شبه الروتيني للأمواج فوق الصوتية في أثناء الحمل جعل من اكتشاف الكتل جانب الرحمية ((كتل الملحققات)) حالة تزداد شيوعاً، وأغلبية هذه الكتل هي عبارة عن أجسام صفراء أو كيسات وظيفية أخرى، وغالباً ما تختفي في الأسبوع 16 على أبعد تقدير<sup>2</sup>. إن الاختلاطات كالانفتال أو تمزق الكيسات المبيضية هي أكثر شيوعاً خلال الحمل<sup>3</sup>. وإن 1 إلى 8.6 % من كتل الملحققات التي تخضع للجراحة هي أورام خبيثة<sup>4</sup>.

كان تدبير كيسات المبيض يتم عن طريق فتح البطن الجراحي بشكل تقليدي، أمّا حالياً فيعدُّ تنظير البطن هو التقنية المختارة لمعالجة الكتل الحوضية عند المريضات غير الحوامل، فهو ينقص الأمراض ومدة الاستشفاء، كما أنه يسرع من الشفاء بعد الجراحة، ومن ثمَّ ينقص من تكلفة العلاج<sup>5</sup>.

أثار اللجوء إلى التنظير خلال الحمل بادئ الأمر العديد من التحفظات التي كانت تقوم بشكل أساسي على الخوف من إيذاء الرحم الحامل في أثناء نفخ الغاز ضمن البريتوان أو خلال وضع المبازل، وأيضاً على المخاطر

- السرّة في اثنتين من العمليات، وفي ثلاث منها استخدمت تقنية التنظير المفتوح في مستوى السرّة، وفي ثلاث حالات استخدمت تقنية التنظير المفتوح في مستوى الخط الناصف في منتصف المسافة بين النائي الرهابي والسرّة واستخدمت تقنية نفخ الغاز وإدخال المبرزل الأول في منطقة المراق الأيسر في حالتين اثنتين.
- أنجزت الإجراءات الجراحية جميعها مع محاولة الحفاظ على ضغط الغاز داخل البطن بقيمة أقل من 15 ملم زئبقي في أثناء إدخال المبرزل، و طيلة مدة الإجراء الجراحي.
- اختير موقع إدخال المبرزل الجراحية اعتماداً على موقع الكيسة.
- كانت الصعوبة التقنية الأساسية هي الوصول إلى الملحقات التي كانت أكثر صعوبة في الحالات التي انحسرت فيها الملحقات خلف الرحم، حيث تم في هذه الحالات سحب الملحقات من خلال تطبيق شد لطيف على الأربطة المبيضية مشكراً بإجراء مس مهبطي تحت الرؤية المباشرة من خلال التنظير، مما ساعد وبشكل فعال في تحرير الملحقات من رتج دوغلاس وسهل الوصول إلى الملحقات.
- وتمّ تجنب رض الرحم بأدوات التنظير قدر الإمكان.
- أخذت عينة من سائل رتج دوغلاس بالزمن الأول، بعدها تم استئصال كيسة المبيض ( الشكل رقم "1" ) لتستخرج الكيسة بعدها بواسطة كيس خاص.
- لم يتم إعطاء أي من موقوفات المخاض بشكل روتيني.
- **النتائج:**
- خضعت في أثناء مدة الدراسة عشر سيدات حوامل لعمل جراحي تنظيري باستطباب وجود كيسة مبيض وحيدة الجانب، وقد أجريت هذه العمليات من قبل ثلاثة جراحين مختلفين.
- كان العمر الوسطي للمريضات 32 سنة و 8 أشهر، وقد راوحت الأعمار بين 25 عاماً و 38 عاماً
- كان وسطي عدد الحمل 3، ووسطي عدد الولادات السابقة 1.
- كانت لدى إحدى المريضات ندبة عمل جراحي سابق على البطن .
- العمر الوسطي للحمل وقت التداخل الجراحي كان 18 أسبوعاً طمئناً وقد راوح عمر الحمل بين 15 أسبوعاً و 22 أسبوعاً حملياً.
- الاستطباب الجراحي كان كالآتي:
- كيسة مبيض ذات صفات موجهة للكيسة العجائبية " Kyste Dermoide صدويّاً و بالرنين المغناطيسي في أربع حالات.
- كيسة مبيض تقيس 8-10سم مستمرة لما بعد الثلث الأول للحمل بعمر حملي 18 أسبوعاً في أربع حالات.
- كيسة مبيض كانت قد تظاهرت بلوحة سريرية (نوبات ألمية ) موجهة لانفتال ملحقات .
- راوح حجم الكيسات ما بين 6,5سم و 10سم ، فيما كان متوسط مدة العمل الجراحي 75,5 دقيقة.
- إن العمل الجراحي الذي أجري كان عبارة عن استئصال كيسة مبيض داخل البريتوان في ثماني حالات، ورد انفتال مبيض مع استئصال لكيسة المبيض داخل البريتوان في حالتين اثنتين.
- شكل اندخال الكيسة خلف الرحم في رتج دوغلاس إحدى أهم الصعوبات في أثناء العمل الجراحي التي تم التغلب عليها عن طريق الشد اللطيف والبطيء على الأربطة المبيضية مرفقاً بإجراء مس مهبطي مسيطر عليه بالتنظير دافعاً الملحقات باتجاه البطن .
- كانت مدة الإقامة في المشفى بعد العمل الجراحي 72 ساعة، ولم يكن هناك أي اختلاط حول العمل الجراحي أو بعده، ولم يسجل أية حالة تهديد بالإسقاط خلال المتابعة المباشرة ما بعد العمل الجراحي، ولم يلاحظ أي اختلاط خثري صمي.

كانت نتائج التشريح المرضي كالاتي:

1- كيسة وظيفية سليمة (جدار جسم أصفر حملي متكيس كبير) في حالتين.

2- كيسة عجائبية ناضجة نسيجية دون وجود خصائص لعدم النضج، أو وجود مكونات مشبوهة نسيجياً في أربع حالات.

3- كيسة عضوية سليمة (3 غدوم كيسي مصلي، و غدوم كيسي مخاطي ) أربع حالات.

كان التطور اللاحق للحمل طبيعياً، إذ لم تكن هناك أية حالة تهديد بالمخاض المبكر ، وكان عمر الحمل الوسطي عند الولادة هو 39 أسبوعاً ويوماً واحداً مرافحاً ما بين 37 أسبوعاً + 4 أيام و 40 أسبوعاً + 5 أيام .

كان المواليد جميعهم سويي وزن الولادة وخاليين من أية تشوهات خلقية. وكانت الولادات جميعها طبيعية عن طريق المهبل.

كان أبغار الدقيقة الخامسة والعاشره للمواليد جميعهم هو 10/10

تمت متابعة الحمل في حالة واحدة متابعه خاصة بسبب تشخيص نقص نمو داخل الرحم بواسطة الأمواج فوق الصوتية، حيث حدثت الولادة بعمر حملي 40 أسبوعاً و 4 أيام لمولود سوي وزن الولادة 2960 غ موافقاً لـ 17 برسنيتل .

كان الوزن الوسطي للمولودين عند الولادة هو 3318 غ مرافحاً بين 2900-41180 غ.

#### المناقشة:

قمنا في عملنا هذا بدراسة العمليات التي أجريت بالتنظير البطني خلال الثلث الثاني من الحمل وباستطباب كيسة مبيض مستمرة إلى ما بعد الثلث الأول، أو بسبب لوحة سريرية موجهة لحدوث أحد اختلاطات كيسات المبيض . حيث لم يسجل أي اختلاط حول العمل الجراحي أو بعده، أو أي اختلاط توليدي خلال هذه العمليات.

ظهرت خلال العقد الأخير سلسلة من الدراسات التي سجلت إجراء عمليات تنظيرية خلال العمل وباستطباب متعلق بامراضية تخص الملحقات مؤكدة إمكانية إجراء الجراحة التنظيرية في أثناء الحمل 10-16.

لدى مراجعة الأدبيات الطبية لم نجد حداً لعمر الحمل الذي لا يمكن عنده إجراء الجراحة التنظيرية ،

فبعض المؤلفين يرون أنه من الحكمة اللجوء إلى فتح البطن الجراحي بعد الأسبوع 16-17 من الحمل<sup>3,17</sup>، في حين يرى آخرون إمكانية إجراء الجراحة التنظيرية بعد هذا العمر الحملي<sup>11، 13، 15، 18</sup>

إن العمر الحملي الأكثر تقدماً الذي أجري عنده عمل جراحي تنظيري بسبب إمراضية تخص الملحقات هو 33 أسبوعاً<sup>18</sup>، في حين كان في دراستنا 22 أسبوعاً.

[الجدول رقم "4" ]

الجدول رقم "4" عمر الحمل الأقصى المسجل في الأدبيات الطبية ( جراحة تنظيرية للملحقات )

المؤلف	السنة	عدد الحالات	العمر الحملي ( أسبوع طمئي )
MORTCE (3)	1997	14 حالة	21 أسبوعاً
MARTHEVET (18)	2003	48 حالة	33 أسبوعاً
Bough IZANE (12)	2004	25 حالة	29 أسبوعاً
PURNICHESCV (10)	2006	25 حالة	29 أسبوعاً
Lenglet (10)	2006	26 حالة	31 أسبوعاً
دراستنا	2010	10 حالات	22 أسبوعاً

المنعقدة في رتج دوغلاس السبب في تحويل التنظير إلى فتح جراحي للبطن في واحدة من حالتني قلب التنظير إلى فتح جراحي للبطن.

لا تعدُّ هذه الحالة بأي شكل من الأشكال إخفاقاً للجراحة، وإنما تعدُّ عاملاً محدداً لإجراء الجراحة التنظيرية إذ إنَّ المناولة على الرحم والشد على الملحقات المثبتة يعدُّ إجراءً خطيراً .

في دراستنا قمنا بتحرير الملحقات من رتج دوغلاس في أربع حالات، وذلك بإجراء المس المهلبي في أثناء الجراحة.

يشتمل نفخ غاز Co2 على خطرين نظريين على الجنين هما:

ارتفاع الضغط ضمن الصفاق الذي من المحتمل أن يضرَّ بالتبادل المشيمي الجنيني، والخطر الآخر هو الحمض الوالدي المحدث بالغاز والمنتاسب مع مدة العمل الجراحي، معرضاً لخطر حدوث الحمض الجنيني .

إن التنظير مسؤول عن حدوث تعديلات " تبدلات " تنفسية وحركية دموية ( هيموديناميكية ) عند المريضاات الحوامل الحساسات بشكل خاص لنقص الأكسجة ولفرط الكاربمية ولنقص الضغط<sup>25,26</sup>،

إن نفخ الغاز داخل الجوف الصفاقي يعدل الصبيب الرحمي المشيمي، متبوعاً بحدوث آليات معاوضة للدوران الجنيني.

إن النقص في الصبيب الدموي العائد لارتفاع الضغط ضمن البريتوان المحدث باسترواح الصفاق يبقى معتدلاً وعبيراً<sup>27</sup>، وهو لا يحدث إلا إذا كانت قيمة الضغط داخل البريتوان مهمة، أي أكثر من 15 ملم زئبقي وخلال مدة طويلة<sup>27</sup>.

مما سبق نلحظ ضرورة استخدام قيم معتدلة للضغط داخل الصفاق ( 8 - 12 ملم زئبقي ) وإجراء العمل الجراحي

يعدُّ تركيب جهاز التنظير ( وضع إبرة الغاز والمبازل ) مرحلةً خطيرةً من مراحل العمل الجراحي حيث إنَّه مسؤول وحده عن 30% من اختلاطات التنظير<sup>19</sup>. ولذلك اقترحت عدة نصائح تقنية لتجنب إيذاء الرحم الحامل في أثناء نفخ الغاز ضمن جوف الصفاق وفي أثناء وضع المبازل في أمكنتها. وقد اقترح بعضهم الإجراء الروتيني للتنظير بالطريق المفتوح، في حين اقترح آخرون نفخ الغاز بإدخال الإبرة فوق السرة أو في المراق الأيسر<sup>10</sup>،<sup>15, 20, 21, 22</sup>.

اختار Boughizane ورفاقه<sup>12</sup> المراق الأيسر لإدخال المبزل الأول في 24 حالة من أصل 25 جراحة تنظيرية أجريت خلال الثلث الثاني والثالث للحمل، دون أن يسجل أي اختلاط في زمن إدخال المبزل.

إن إجراء التنظير بالطريق المفتوح لا ينقص من عدد حالات الأذيات المعوية (كاختلاط )، ولكنه يسهل اكتشافها وبذلك يسمح بتدبير هذه الأذيات خلال مدة زمنية قصيرة (قصر الزمن اللازم للبدء بتدبيرها)<sup>23</sup> يضاف إلى ذلك الأمان الذي تقدمه هذه الطريقة في تجنب إيذاء الرحم الحامل . الأمر الذي يعدُّ عاملاً إضافياً مرجحاً لاعتماد هذه الطريقة في التدبير الجراحي التنظيري في أثناء الحمل.

هناك العديد من الطواقم الطبية التي تستخدم التنظير بالطريق المفتوح<sup>10-12,22</sup>

لم يحدث في دراستنا التي شملت عشر عمليات تنظيرية أية اختلاطات في أثناء نفخ الغاز أو خلال العمل الجراحي.

إن عدداً من الصعوبات الجراحية تكون مرتبطة بحالة الحمل، كانعقال الملحقات داخل رتج دوغلاس الذي يعدُّ عاملاً محدداً لإجراء تنظير البطن عند السيدات الحوامل، وقد يكون سبباً لتحويل العمل الجراحي إلى فتح بطن جراحي<sup>24</sup>. ففي دراسة Purnichescu<sup>10</sup> كانت الملحقات

خلال مدة منطوية، علماً بأنه لم تحدد المدة القصوى المقبولة للعمل الجراحي بشكل واضح. يعدُّ فرط التهوية الوالدي أحد المعايير التي يمكن السيطرة عليها في أثناء التخدير العام والتي تؤمن طرح  $Co_2$  وتصحَّح من ثمَّ الحمض الاستقلابي الحادث. لم يجد Shnakar-Bhanani<sup>28</sup> اختلافات معتبرة لضغط  $Co_2$  الشرياني Pa  $Co_2$  ودرجة PH الدم خلال المراحل المختلفة للتظهير عند السيدات الحوامل، ولم يلاحظ حدوث أي حمض تنفسي، على عكس ما تم لوحظ من قبل Cruz ورفاقه<sup>29</sup> وكذلك Hunter ورفاقه<sup>30</sup> الذين لاحظوا حدوث الحمض التنفسي في حالة استرواح البريتوان عند الخراف. لم يسجل MAZZ خلال دراسته التي شملت 5405 سيدة خضعن للجراحة خلال مدة الحمل أي حادث جنيني في المئة تظهير التي أجريت في الثلث الثاني والثالث من الحمل<sup>31</sup>.

إن الولادات جميعها تمت بتمام الحمل، والولدان جميعهم كانوا ضمن الحدود الطبيعية للوزن.

وبتحليل راجع لمجموع الولادات REEDY و Kallen<sup>32</sup> أثبتوا غياب أي اختلاف فيما

الجدول رقم (5) يظهر الدراسات الرئيسية الراجعة والمنشورة فيما يتعلق بالاختلالات التوليدية المرافقة للتظهير من أجل إمرضية خاصة

#### بالملاحظات خلال الحمل .

المؤلف	عدد الحالات	الاختلالات التوليدية
Soriano et al (14)	54 حالة فتح بطن جراحي 39 تظهيراً ( كتلة ملحقات )	لا يوجد فرق معتبر بين الطريقتين
Mathevet et al (18)	48 تظهيراً ( كتلة ملحقات )	1 - وفاة جنينية واحدة بعد 4 أيام 2- ثلاث ولادات باكرة بين 35.5 أسبوعاً و 36.5 أسبوعاً
Yuen et al (13)	67 تظهيراً ( كتلة ملحقات )	وفاة جنينية واحدة بعد ستة أسابيع أربع ولادات باكرة بين 33 و 37 أسبوعاً
Purnichescu et al (10)	25 تظهيراً ( كتلة ملحقات )	ولادة باكرة واحدة بعمر 35.5 أسبوعاً
Boughizane et al (12)	25 تظهيراً ( كتلة ملحقات بعد الثلث الأول )	-----
Lenglet et al (15)	26 تظهيراً	-----
دراستنا	10 تناظير ( كتلة ملحقات )	-----

قارن Curet ورفاقه<sup>33</sup> نتائج 16 تنظيراً و 18 فتح بطن جراحياً عند سيدات حوامل في الثلثين الأخيرين للحمل ، ولم يجدوا فرقاً معتبراً فيما يخص الاختلاطات الولادية . في حين كانت مدة العمل الجراحي أطول بشكل ملحوظ في مجموعة التنظير (( 82 دقيقة مقابل 49 دقيقة )) أمّا مدة الإقامة في المشفى بعد العمل الجراحي واستهلاك مسكنات الألم فقد كانت أقل بشكل واضح ضمن مجموعة التنظير .

في دراستنا كانت المدة الوسطية للعمل الجراحي 75.5 دقيقة، ومدة الإقامة بعد الجراحة كانت 72 ساعة .

#### الاستنتاج:

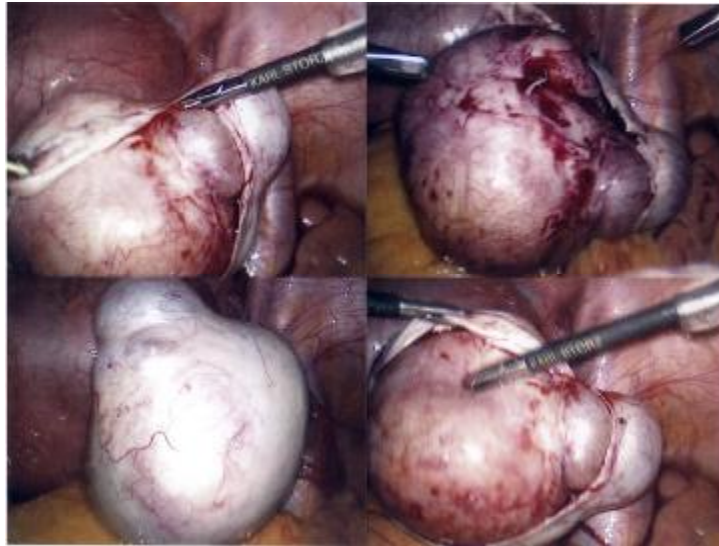
جاءت نتائجنا متوافقة مع نتائج الدراسات الحديثة المتعلقة بالجراحة التنظيرية بسبب إمراضية تخص الملحقات خلال الحمل بعد الثلث الأول منه التي تظهر إمكانيّة إجراء التنظير وسلامته بالنسبة إلى الجنين في أثناء الثلث الثاني للحمل، شرط اقتران التقنية الحذرة مع توافر الجراح الخبير .

تشتمل المقاربة التنظيرية خارج الحمل على عدة مميزات، لوحظت في الدراسات التي أجريت على استئصال كيسات المبيض خلال الحمل عن طريق التنظير في الثلث الأول والثاني للحمل<sup>13، 14، 24</sup>، وأي من المؤلفين لم يذكر وجود آثار ضارة على الحمل .

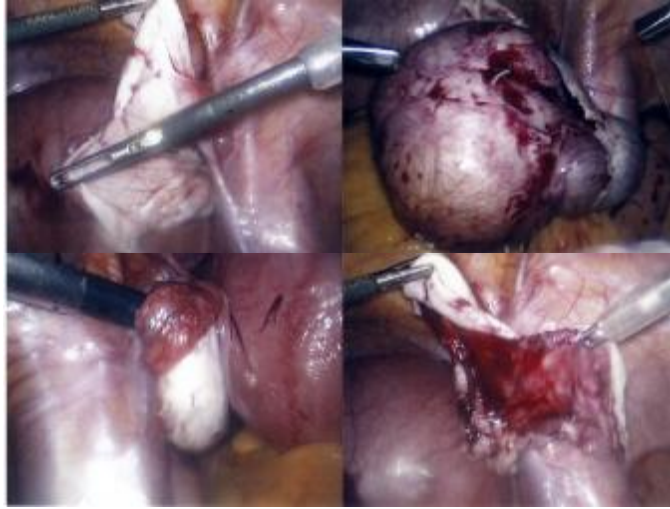
فضلاً عن الميزات القابلة للمقارنة بتلك المشاهدة خارج الحمل ، هناك مميزات مرتبطة بالحمل ذاته ،

ففيما يخص حجم الندبة، من المؤكد أن الحمل يزيد من امراضية جدار البطن في حال فتح البطن الجراحي نظراً إلى التمدد الزائد المحدث بالرحم، وبذلك فإن التنظير يجنب إحداث شق جراحي طويل ، وبذلك يقلل من الامراضية المرتبطة بالحمل.

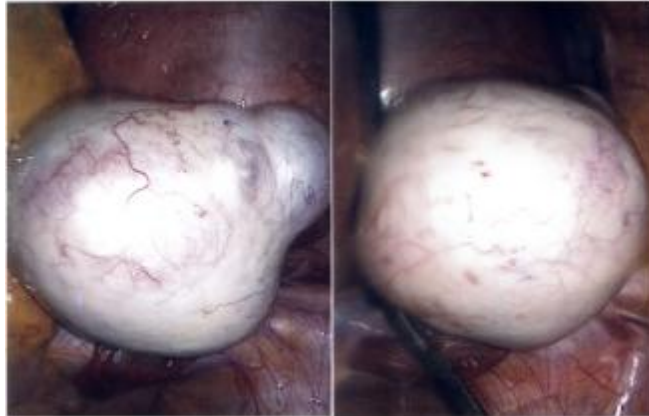
ومن جهة أخرى فإن التنظير يقلل من المخاطر الخثرية الصمية التي تزداد خلال الحمل . كما أنه يسمح بالتقليل من أدوية التخدير المستخدمة مقارنة بعمليات فتح البطن الجراحي (( ميزة نظرية غير مثبتة ))<sup>17</sup> .







**Figure (1) kystectomie intra péritonéale pour un tératome de 9 cm.**  
الشكل "1" استئصال كيسة مبيض داخل البريتوان (( كيسة عجائبية تقيس 9سم ))



**Figure (2) un tératome de 9 cm chez une femme enceinte âgée de 25 ans.**  
الشكل "2" كيسة عجائبية تقيس 9سم لدى سيدة حامل بعمر 25سنة

#### Références

1. Demont F, Fourquet F, Rogers M. Epidémiologie des kystes de l'ovaire apparemment bénins. J Gynecol Obstet Biol Repord 2001; 30 :4s8-4s11.
2. Nelson MJ, Cavalieri R, Graham D. Cysts in pregnancy discovered by ultrasonography. J Clin Ultrasound 1986; 14:509-12
3. Morice P, Louis-Sylvestre C, Chapron C. Coeliochirurgie des tumeurs ovariennes pendant la grossesse. contracept fertile sex 1997;25:19-24
4. Schemler KM, Mayo Smith WW, Peipert J. Adnexal masses in pregnancy: Surgery compared with observation. Obstet Gynecol 2005; 105(1098-13)
5. Bruhat MA, Mage G, Chapron C. La coelioscopie opératoire en gynécologie. Presse med 1991; 20:2081-3
6. Kilpatrick C, Orejuela F. Management of the acute abdomen in pregnancy: a review. Curr Opin Obstet Gynecol 2008;20:534-9.
7. Sen G, Nagabhushan JS, Joypaul V. Laparoscopic cholecystectomy in third trimester of pregnancy. J Obstet Gynaecol 2002; 22:556-7
8. Fatum M, Rojansky N. Laparoscopic surgery during pregnancy. Obstet Gynecol surv 2001;56:50-9

9. Lachman E , Schienfeld A, Voss E. Pregnancy and laparoscopic surgery. J Am Assoc Gynecol laparosc 1999;6:347-51
10. Purnichescu V, Charet-Benoist A, Von Theobald P. Prise en charge cœlioscopique des masses latéro-utérines pendant la grossesse . J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006;35:388-395
11. Azuar A.-S , Bouillet-Dejou L , Jardon K. Coelioscopie en cours de grossesse : expérience du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 598- 603
12. Boughizane S, Naifer R, Hafsa A. Le traitement coeliochirurgical des tumeurs des annexes de l'utérus après le premier trimestre de la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33:319-324.
13. Yuen PM, Chang AM. Laparoscopic management of adnexal mass during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 173-6.
14. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. Fertil Steril 1999; 71: 955-60.
15. Lenglet Y, Roman H, Rabishong B. Traitement coelioscopique des kystes de l'ovaire au cours de la grossesse. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2006 ; 34 :101-106.
- 16 . Colomb S, Bonnin M, Bolandard F. Prise en charge anesthésique de la femme enceinte pour coelochirurgie gynécologique non obstétricale à la maternité de Clermont- Ferrand. Annales Françaises d'anesthésie et de Réanimation 25 (2006) 11-16.
17. Goffinet F. Recommandations pour la pratique clinique Kyste de l'ovaire et grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 (Hors série 1) : 4S100-4S108.
18. Mathevet P, Nassah K, Dargent D, Mallier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy, a cas series Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003 ; 108 :217-222.
19. Chapron C, Wattiez A, Mage G. Complications chirurgicales de la coelochirurgie en gynécologie. Chirurg endosc 1992; 2: 14-9.
21. Slim K, Canis M. Chirurgie sous coelioscopie et grossesse. J Chir 1998; 135: 261-266.
22. Guerrieri JP, Thomas RL. Open laparoscopy for an adnexal mass in pregnancy. A case report. J Reprod Med 1994; 39: 129-130.
23. Moberg A, Montgomery A. Primary access-related complications with laparoscopy : comparison of blind and open techniques. Surg Endosc 2005;19:1196-9.
24. Howard FM, Vill M. Laparoscopic adnexal surgery during pregnancy. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1994 Nov;2(1):91-3.
25. Steinbrook RA. Anaesthesia, minimally invasive surgery and pregnancy. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2002;16:131-43.
26. Boccovis S, Benhamoud D, Chapron C. Complications anesthésiques. Difficultés et complications de la coelochirurgie en gynécologie. Paris : Masson ; 2001.p.31-43(chp4).
27. Dualé C, Bolandard F, Duband P. Conséquences physiopathologiques de la chirurgie cœlioscopique. Ann Chir 2001;126: 508-14.
28. Bhavani-Shnakar K, Steinbrook RA, Brooks DC, et al .capnography and laparoscopy. Anaesthesiol. 2000; 93: 370-373.
29. Cruz AM, Southerland LC, Duke T. Intraabdominal carbon dioxide insufflation in the pregnant ewe. Uterine blood flow, intraamniotic pressure, and cardiopulmonary effects. Anesthesiology 1996; 85: 1395-402.
30. Hunter JG, Swanstrom L, Thornburg K. Carbon dioxide pneumoperitoneum induces fetal acidosis in a pregnant ewe model. Surg Endosc 1995; 9: 272-7; discussion 277-9.
31. Mazze RI, Kallen B. Reproductive outcome after anesthesia and operation during pregnancy: a registry study of 5405 cases. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 1178-85.
- 32 . Reedy MB, Kallen B, Kuehl TJ. Laparoscopy during pregnancy: a study of five fetal outcome parameters whith use of suedish health registry. Am J Obstet Gynecol
33. Curet MJ, Allen D, Josloff RK. laparoscopy during pregnancy. Arch Surg 1996; 131: 435-7.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/11/1.

تاريخ قبوله للنشر 2011/3/6.