



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

یادداشت

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد

کتابشناسی

زینال پور، عادل، ۱۳۶۵-

هرنی - چاقی - طحال - سارکوم های بافت نرم - جدار شکم، امنتوم و صفاق: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات
آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمونهای سال ۱۴۰۳ /
ترجمه و تلخیص عادل زینال پور؛ پاسخدهی به سوالات حامد قلی زاده... او دیگران.]

تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.

۲۸۶: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).

۴۷۵۰۰۰۰ ریال: 978-622-5603-86-8

فیبا

پاسخدهی به سوالات حامد قلی زاده، اشکان شهوردی، علی حاجی هاشمی، محمد مددی امامچای.

کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Schwartz's principles of surgery, 11th. ed, 2019"
به ویراستاری دیناکی. اندرسن ... او دیگران است.

جراحی Surgery

فتق - جراحی Hernia - Surgery

چاقی - جراحی Obesity - Surgery

طحال - جراحی Spleen - Surgery

شکم - جراحی Abdomen - Surgery

جراحی -- آزمون ها و تمرین ها Surgery -- Examinations, questions, etc.

ویرایش و اضافه نمودن سوالات همراه با پاسخ تشریحی و حذف سوالات اضافه

قلی زاده، حامد، ۱۳۶۵-

اندرسن، دینا کی.

Andersen, Dana K.

شوارتس، سیمور، ۱۹۲۸-- م. اصول جراحی شوارتز

RD۳۱

۶۱۷

۹۰۹۶۴۸۵

فیبا

چاپ و لیتوگرافی: **رزیدنت یار**

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲

تیراژ: ۱۵۰ جلد

شابک: ۸-۸۶-۵۶۰۳-۶۲۲-۹۷۸

بهاء: ۴۷۵،۰۰۰ تومان

« هرنی - چاقی - طحال - سارکوم های بافت نرم - جدار شکم، امنتوم و صفاق » برگرفته

از کتاب "Schwartzs2019" است.

ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور قطار

پاسخدهی به سوالات: دکتر حامد قلی زاده، دکتر اشکان شه وردی، دکتر علی حاجی

هاشمی، دکتر محمد مددی امامچای

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: **رزیدنت یار**

طراح و گرافیسیت: **رزیدنت یار**

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶
www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

هرنی - چاقی - طحال

سارکوم های بافت نرم

جدار شکم، امنتوم و صفاق

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ویژه آمادگی آزمون های ۱۴۰۳
Schwartzs 2019

ترجمه و تلخیص

دکتر عادل زینال پورقطار

استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
رتبه دوم کشوری در آزمون بوردا تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷

پاسخدهی به سوالات

دکتر حامد قلی زاده

ده درصد برتر تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷
فلوشیپ جراحی درون بین از دانشگاه علوم پزشکی ایران
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

دکتر اشکان شه وردی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

دکتر علی حاجی هاشمی ورنوسفادرانی

بوردا تخصصی جراحی عمومی

دکتر محمد مددی امامچای

متخصص جراحی عمومی



۱۱.....	فصل ۳۷: هرنی
۵۷.....	مرور سریع هرنی
۵۹.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۷
۷۹.....	فصل ۲۷: چاقی
۱۲۷.....	مرور سریع چاقی
۱۳۳.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۷
۱۴۳.....	فصل ۳۴: طحال
۱۷۳.....	مرور سریع طحال
۱۷۷.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۴
۱۸۳.....	فصل ۳۶: سارکوم‌های بافت نرم
۲۱۵.....	مرور سریع سارکوم‌های بافت نرم
۲۱۹.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۶
۲۳۳.....	فصل ۳۵: جدار شکم، امتنوم و صفاق
۲۷۱.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۵

آناتومی:

کانال اینگوینال از حلقه عمقی (داخلی) تا حلقه سطحی (خارجی) کشیده شده و ۴-۶ cm طول دارد. حلقه عمقی: سوراخ فاشیا ترنسورسالیس در قسمت فوقانی خارجی لگن حلقه سطحی: سوراخ مایل خارجی در قسمت تحتانی داخلی لگن

حدود کانال:

فوقانی: عضله مایل داخلی، تحتانی: لیگامان اینگوینال، قدامی: عضله مایل خارجی، خلفی: عضله و فاشیا ترنسورسالیس. عناصری که از حلقه عمقی وارد کانال می‌شوند: کورد، شاخه ژنیتال عصب ژنیتوفمورال عناصری که از حلقه سطحی از کانال خارج می‌شوند: کورد در مردان و لیگامان گرد رحمی در زنان، عصب ایلئواینگوینال و ژنیتوفمورال کورد شامل: ۳ شریان، ۳ ورید، ۲ عصب، وریدهای پامپنی فورم و وازدفران است.

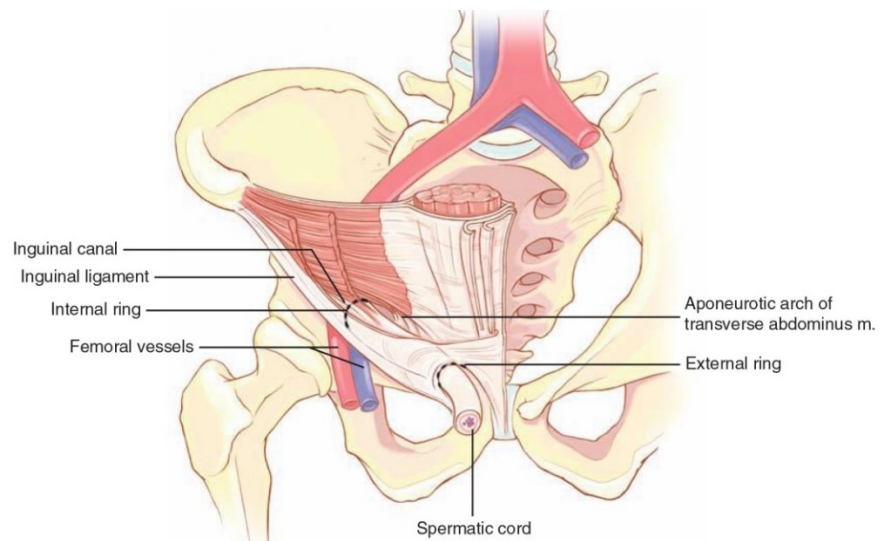


Figure 37-1. Location and orientation of the inguinal canal within the pelvic basin. Boundaries of the canal include: transversus abdominus and transversalis fascia posterior; internal oblique muscle superior; external oblique aponeurosis anterior; inguinal ligament inferior. m. = muscle.

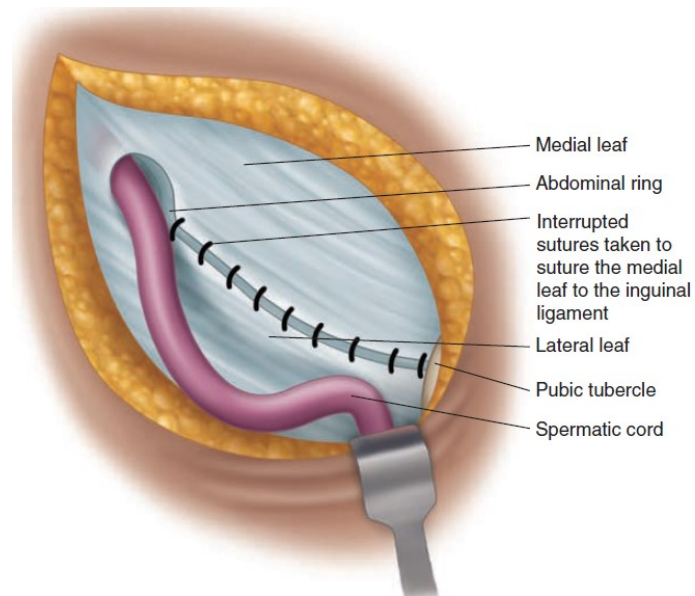


Figure 37-1. Location and orientation of the inguinal canal within the pelvic basin. Boundaries of the canal include: transversus abdominus and transversalis fascia posterior; internal oblique muscle superior; external oblique aponeurosis anterior; inguinal ligament inferior. m. = muscle.

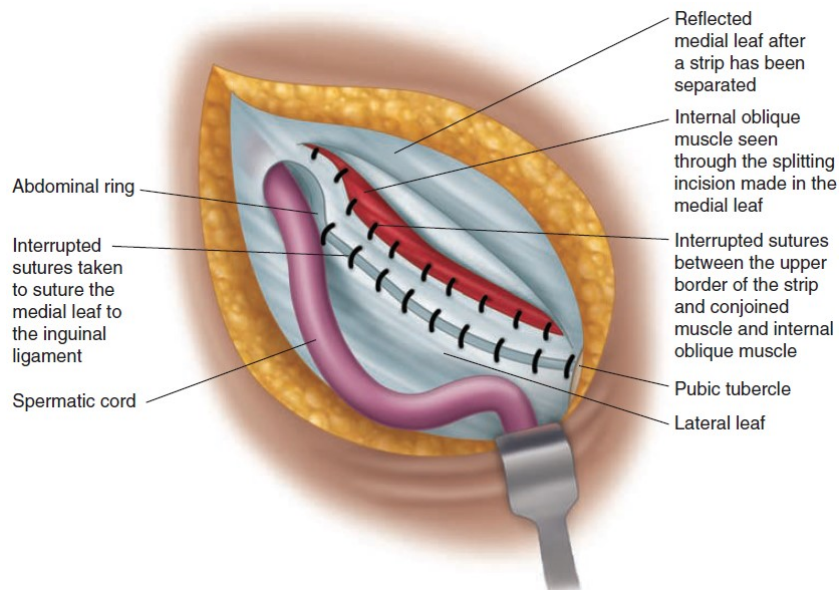


Figure 37-2. Ligaments that contribute to the inguinal canal include the inguinal ligament, Cooper's ligament, and the lacunar ligament. The iliopubic tract originates and inserts in a similar fashion to the inguinal ligament, but in a deeper position. m. = muscle.

ساختارهای مهم اطراف کانال اینگوینال:

۱. ایلئوپوبیک تراکت: نوار غشایی که از ASIS (خار خاصره قدامی فوقانی) شروع شده و از پایین به لیگامان کوپر ملحق می‌شود.
 - لبه شیب‌دار لیگامان اینگوینال محل اتصال لیگامان اینگوینال به ایلئوپوبیک تراکت است. در حقیقت مبدأ و مقصد ایلئوپوبیک تراکت و لیگامان اینگوینال یکی هستند ولی ایلئوپوبیک تراکت نسبت به لیگامان عمقی‌تر است.
 ۲. لیگامان لاکونار (ژیمبریا): قسمت انتهایی داخلی لیگامان اینگوینال به شکل بادبزنی در محل اتصال به تکمه پوبیس به عقب و خلف رفته و به خط پکتینه آل می‌چسبد و لبه داخلی حلقه فمورال را می‌سازد.
- حلقه فمورال: حلقه کوچک که لبه‌های آن عبارتند از: ایلئوپوبیک تراکت و لیگامان اینگوینال در قدام، لیگامان کوپر در خلف، لیگامان لاکونار در داخل و ورید فمورال در خارج. محل ایجاد هرنی فمورال از طریق این سوراخ است.

در سال ۲۰۱۴ شایع‌ترین اعمال جراحی چاقی به ترتیب گاسترکتومی اسلیو (SG) ۴۶٪، RYGB (۴۰٪) و LAGB (۷٪) بوده است.

مکانیسم‌های احتمالی برای عملکرد جراحی‌ها در درمان چاقی عبارتند از تغییرات گرلین، لپتین، GLP-1، CCK، PYY، فلور میکروبیال روده و اسیدهای صفراوی. احتمالاً در آینده جراحی‌های چاقی دیگر بر اساس آناتومی مربوط به جراحی توصیف نمی‌شود بلکه بر اساس تغییرات فیزیولوژیک کلیدی تقسیم‌بندی خواهد شد.

بیماری چاقی:

میزان چاقی بر اساس شاخص توده بدنی (BMI) تقسیم می‌شود که در جدول زیر نشان داده شده است.

در مورد کودکان ۵ تا ۱۹ ساله اضافه وزن عبارتست از افزایش به میزان یک انحراف معیار از میانگین وزن و چاقی عبارتست از افزایش ۲ انحراف معیار بیش از میانگین استاندارد WHO. در کل علت اصلی چاقی عدم تعادل بین دریافت کالری و مصرف کالری است.



Table 27-1

The international classification of adult overweight and obesity according to body mass index (BMI)

CLASSIFICATION	BMI (kg/m ²)	
	PRINCIPAL CUTOFF POINTS	ADDITIONAL CUTOFF POINTS ^a
Normal range	18.50–24.99	18.50–22.99 23.00–24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Preobese	25.00–29.99	25.00–27.49 27.50–29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00–34.99	30.00–32.49 32.50–34.99
Obese class II	35.00–39.99	35.00–37.49 37.50–39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

^aFor Asian populations, classifications remain the same as the international classification, but public health action points for interventions are set at 23, 27.5, 32.5, and 37.5 kg/m².

علل بروز چاقی:

علل محیطی و ژنتیکی در ایجاد آن نقش دارند. میزان اثری بودن BMI بالا در حد ۷۰-۴۰ درصد است. نقص در گیرنده لپتین و ملانوکورتین ۴ که در تنظیم هموستاز انرژی نقش دارند، از علل ژنتیکی چاقی است. جهش در ژن گیرنده ملانوکورتین ۴ شایع‌ترین علت چاقی مونوژنیک بوده و علت ۲ تا ۵ درصد چاقی شدید در کودکان است. چاقی در کودکان به علت افزایش اندازه و تعداد سلول‌های چربی در اوایل زندگی است. چاقی در بزرگسالی اغلب در نتیجه افزایش اندازه سلول‌های چربی است. در مردان توزیع چربی بیشتر مرکزی و احشایی و در زنان بیشتر به صورت محیطی است.



توزیع مرکزی چربی ارتباط بیشتری با بیماری‌های متابولیک مثل دیابت، افزایش فشار خون و سندروم متابولیک دارد.

مشکلات پزشکی و اجتماعی:

افزایش BMI یک فاکتور خطر عمده برای بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، آرتروز و سرطان‌ها (رحم، سینه، تخمدان، پروستات، کبد، کیسه صفرا، کلیه و کولون) است. چاقی در کودکی احتمال مرگ زودرس (زیر ۴۰ سالگی) و ناتوانی در بزرگسالی را بیشتر می‌کند، همچنین در کودکان چاق آپنه انسدادی، خطر شکستگی، فشار خون، مشکلات قلبی عروقی زود هنگام، مقاومت به انسولین و اثرات روانشناختی بیشتر است.

بیماری‌های همراه و مرتبط با چاقی:

بیماری دژنراتیو مفصلی، کمردرد، فشار خون، آپنه انسدادی خواب، GERD، سنگ صفرا، دیابت نوع ۲، افزایش لیپید خون، آسم، سندروم کاهش تهویه ریوی، نارسایی سمت راست قلب، میگرن، تومور کاذب مغز، زخم استاز وریدی، DVT، قارچ پوستی، آبسه پوستی، بی‌اختیاری استرسی ادراری، نازایی و قاعدگی دردناک، افسردگی و فتق دیواره شکم. افزایش چربی احاطه کننده کلیه در چاقی می‌تواند با افزایش فشار خون ارتباط داشته باشد. در برخی افراد چاق بیش فعالی مزمن در سیستم عصبی سمپاتیک وجود دارد که در فرآیندهای پاتوفیزیولوژیک مثل فشار خون می‌تواند نقش داشته باشد.

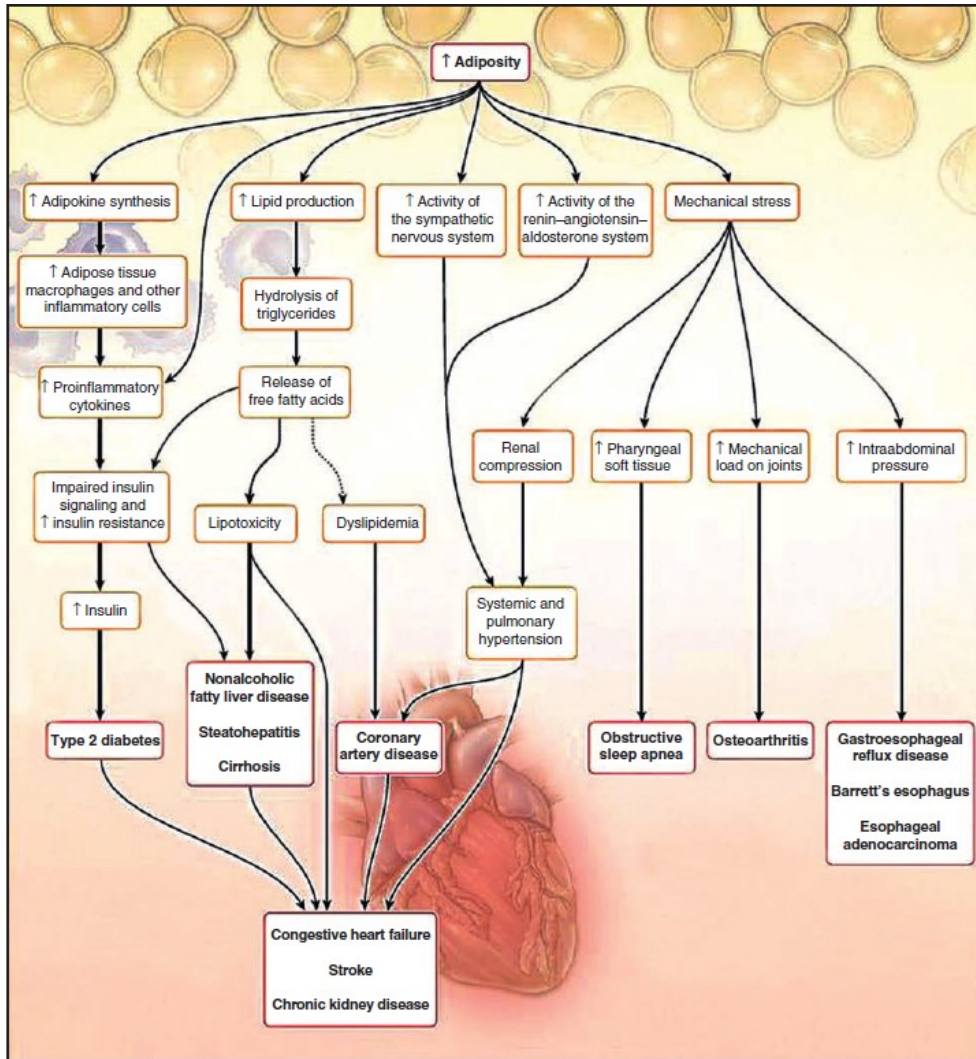


Figure 27-3. Pathways through which obesity leads to major risk factors and common chronic diseases. Common chronic diseases are shown in red boxes. The dashed arrows indicate an indirect association.

درمان چاقی:

۳ گزینه اصلی برای درمان وجود دارد: اصلاح شیوه زندگی، دارو درمانی، جراحی باریتریک.

جنین شناسی و آناتومی:

بزرگترین ارگان رتیکولواندوتلیال بدن است. نقش مهمی در تولید سلول‌های خونی تا ماه پنجم بارداری دارد.

آناتومی:

شایع‌ترین ناهنجاری جنینی طحال، طحال فرعی است که ۰.۸٪ موارد در ناف طحال و اطراف عروق آن است. سایر مکان‌های طحال فرعی به ترتیب شیوع: لیگامان گاستروکولیک، دم پانکراس، امنتوم بزرگ، خم بزرگ معده، لیگامان اسپلنوکولیک، مزانتر روده، لیگامان پهن سمت چپ، اسپریماتیک کورد در مردان. میانگین وزن طحال در بالغین ۱۵۰ گرم (۷۰ تا ۲۵۰ گرم) و طول آن ۷-۱۱ سانتی‌متر است.

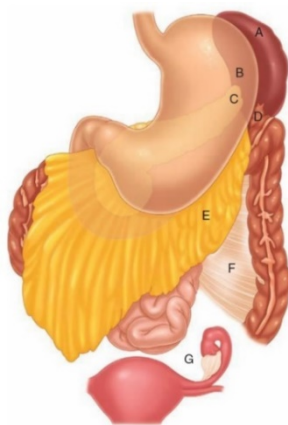


Figure 34-1. Sites where accessory spleens are found in order of importance. A. Hilar region, 54%; B. pedicle, 25%; C. tail of pancreas, 6%; D. splenicocolic ligament, 2%; E. greater omentum, 12%; F. mesentery, 0.5%; G. left ovary, 0.5%.

لیگامان‌های طحال:

لیگامان اسپلنوکولیک، لیگامان گاسترواسپلنیک، لیگامان اسپلنورنال، لیگامان فرنواسپلنیک.



در ۷۵٪ موارد دم پانکراس در فاصله ۱ cm از ناف طحال است و در ۳۰ درصد بیماران مماس با طحال است. لیگامان گاسترواپیپلوئیک حاوی عروق است ولی بقیه لیگامان‌ها به جز در موارد هیپرتانسیون پورت فاقد عروق هستند.

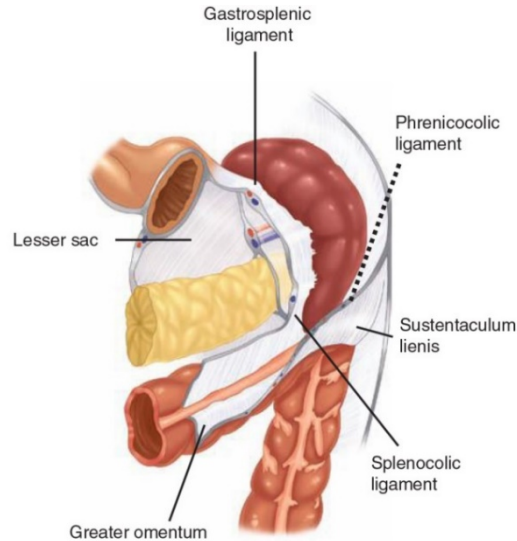


Figure 34-2. Suspensory ligaments of the spleen. (Data from Poulin EC, Thibault C. The anatomical b

خونرسانی طحال:

۱. شریان طحالی:

- نوع distributed (۷۰٪ موارد): با تنه کوتاه و شاخه‌های بلند که وارد سه چهارم سطح داخلی طحال می‌شود.
- نوع marginal (۳۰٪ موارد): دارای تنه اصلی طولانی بوده و نزدیک ناف طحال به شاخه‌های انتهایی کوتاه منشعب می‌شود.

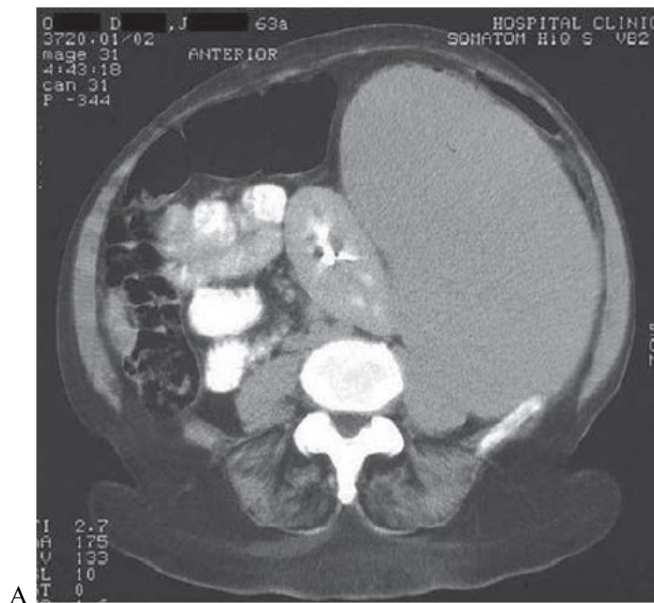
۲. عروق گاستریک کوتاه: شاخه‌های شریان گاسترو اپی‌پلوئیک چپ بوده و درون لیگامان گاسترواسپلنیک قرار دارند.

تخلیه وریدی طحال: از طریق ورید طحالی و پورت است.



فیزیوپاتولوژی:

طحال یک کیپسول با ضخامت ۱-۲ میلی‌متر دارد. جریان خون ورودی کلی طحال تقریباً ۲۵۰-۳۰۰ mL/min است. طحال محل اصلی پاکسازی گلبول‌های قرمز بوده و تا حدی در حذف گلبول‌های سفید و پلاکت‌های غیرطبیعی خون نقش دارد. پالپ قرمز طحال به ماکروفاژها امکان حذف میکروارگانیزم، بقایای سلولی، کمپلکس آنتی‌ژن - آنتی‌بادی و اریتروسیت‌های پیر را می‌دهد. دو روز از چرخه ۱۲۰ روزه گلبول‌های قرمز در طحال گذرانده می‌شود. از نقش‌های دیگر طحال: خونسازی خارج مغز استخوان در صورت لزوم و تولید مجدد آهن است. همچنین طحال نقش مهمی در دفاع میزان (هم ایمنی هومورال و هم سلولی) دارد ولی این نقش الزامی نیست و علت آن سالم بودن افرادی است که اسپلنکتومی شده‌اند. سیستم رتیکولاندوتلیال طحال به علت تولید پروتئین properdin نسبت به کبد بهتر می‌تواند باکتری‌هایی را که به خوبی اسپونیزه نمی‌شوند را از گردش خون پاک کند. مثل باکتری‌های کیپسول‌دار پنوموکوک و هموفیلوس آنفولانزا.



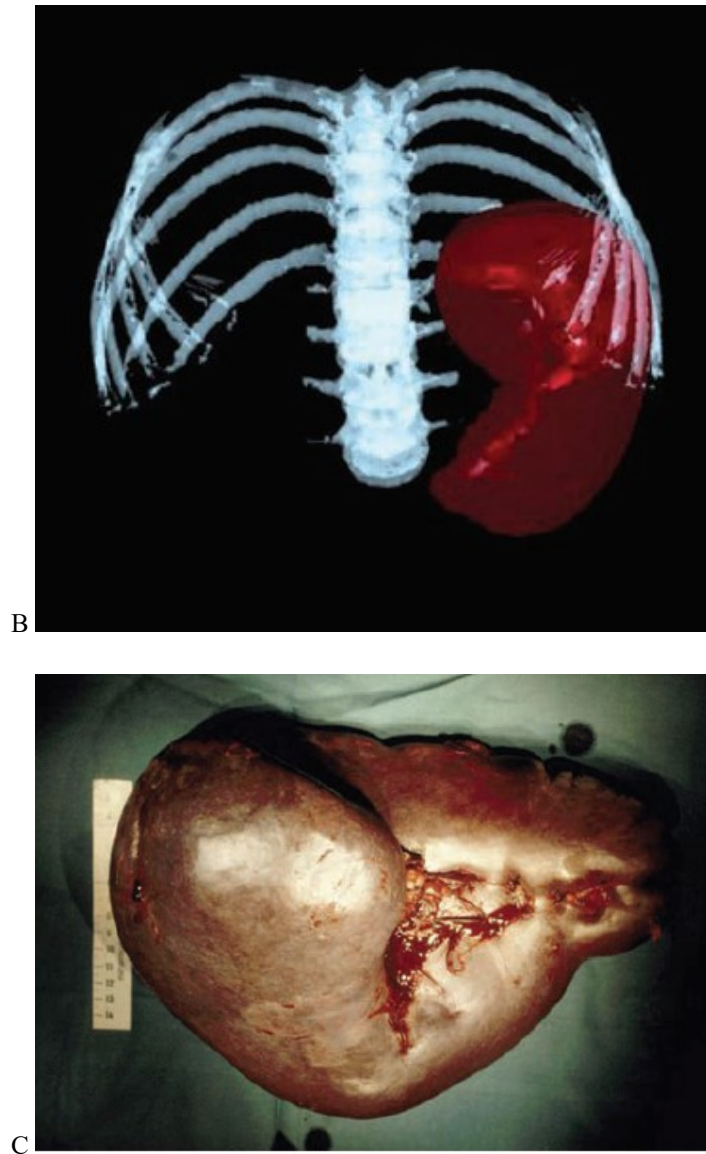


Figure 34-4. Splenomegaly. **A.** Computed tomography (CT) scan. **B.** Three-dimensional reconstruction of CT scan. **C.** Postoperative specimen.

تعریف اسپلنومگالی:

وزن طحال ≤ 500 گرم یا طول طحال ≤ 15 cm نشان دهنده اسپلنومگالی است.

سارکوم‌های بافت نرم

فصل ۳۶

Section 36
Schwartz 2019

رفرنس امسال برای فصل سارکوم فقط شوارتز است ولی چند نکته مهم از سابیستون ۲۰۱۷ هم در این فصل آورده شده که کاملاً مشخص است.

شایع‌ترین محل سارکوم‌های اولیه بافت نرم اندام فوقانی و تحتانی است (۶۰-۵۰٪ موارد) - در پروگزیمال اندام بیشتر از دیستال است. بعداً به ترتیب در تنه، رتروپیتوئن، سر و گردن می‌باشند. شایع‌ترین نوع بافت‌شناسی سارکوم بافت نرم در بالغین (به جز سارکوم کاپوسی)، هیستوسیتوم فیبروز بدخیم (MFH) است. انواع دیگر شامل لیپوسارکوم، لیومیوسارکوم، سارکوم سینوویال، بدخیمی غلاف عصب می‌باشد.

شایع‌ترین سارکوم بافت نرم در اطفال: رابدومیوسارکوم است. شایع‌ترین علت مرگ در اثر سارکوم: متاستاز به ریه است که ۸۰٪ موارد طی ۲-۳ سال اول پس از تشخیص اتفاق می‌افتد.

نکته: امروزه به جای MFH از اصلاح سارکوم‌های unclassified یا undifferentiated استفاده می‌شود.

اپیدمیولوژی:

ریسک فاکتورهای سارکوم:

۱. رادیوتراپی: اغلب در سارکوم‌های مرتبط با موتاسیون ژن P53 دخیل است. شایع‌ترین سارکوم‌های مرتبط با رادیوتراپی: سارکوم استئوژنیک، MFH، آنژیوسارکوم، لنفانژیوسارکوم، آنژیوسارکوم، لیومیوسارکوم، فیبروسارکوم، MPNST است. در مطالعات در موارد سارکوم پلئومورفیک تمایز نیافته اسپرادیگ در مقایسه با نوع مرتبط با رادیاسیون، میزان عود موضعی و کاهش سورواپوال در گروه مرتبط با رادیاسیون بیشتر است.



۲. مواد شیمیایی شغلی:

اسید فنوکسی استیک، نگهدارنده چوب حاوی کلروفنولها.
توروتراست، کلرید وینیل و آرسنیک با آنژیوسارکوم کبد مرتبط هستند.

۳. تروما:

ارتباط بین سارکوم و تروما ثابت نشده است و معمولاً یک جراحی خفیف توجه را به سوی توموری که از قبل وجود داشته جلب می کند.

۴. لنف ادم مزمن: ریسک فاکتور ایجاد لنفانژیوسارکوم است.

۵. فاکتورهای ژنتیکی:

در اثر ترانس لوکاسیون، آمپلیفیکاسیون، موتاسیونهای انکوژنیک، آرایش مجدد پیچیده ژنی ایجاد می شود.
در GIST: موتاسیون در ژن گیرنده تیروزین کیناز KIT ۱۱ یا ۹ و یا رسپتور آلفای فاکتور رشد پلاکتی در اغلب سارکومها ۲ ژن سرکوبگر تومور (ژن Rb و ژن P53) غیرفعال می شوند.

موتاسیون ژن Rb باعث رتینوبلاستوم در اطفال می شود و این افراد در سالهای بعد مستعد سارکومها هستند.
در موتاسیون P53 (سندروم لی فرامنی): احتمال سارکومها بیشتر است به خصوص رابدومیوسارکوم و سارکوم تمایز نیافته و پلئومورفیک.

موتاسیون در ژن NF-1: باعث بیماری NF-1 می باشد که این افراد مستعد سارکومهای بدخیم غلاف عصب محیطی و GIST هستند.

موتاسیون در ژن APC: باعث بیماری FAP و سندروم گاردنر می شود که تومور دسموئید دارند.

سندروم Stewart tereves: بروز آنژیوسارکوم بعد از لنف ادم به دنبال ماستکتومی است و معمولاً ۱۰ سال بعد درمان رادیوتراپی اولیه ایجاد می شود. (سابیستون ۲۰۱۷)



Figure 36-1. A 57-year-old with a chronic, progressive lymphedema of the left upper extremity developed lymphangiosarcoma 10 years after breast cancer treatment.

ارزیابی اولیه:

روش اصلی متاستاز در سارکوم‌ها از طریق خون بوده و به ریه است. متاستاز لنفاوی نادر است (۵٪ موارد) در تعداد کمی مثل سارکوم اپیتلیوئید، رابدومیوسارکوم اطفال، سارکوم clear cell و موارد نادری از سارکوم سینوویال و میکزوفیبروسارکوم، آنژیوسارکوم، MFH و لیپوسارکوم اتفاق می‌افتد.

تظاهرات بالینی:

معمولاً به صورت توده بدون علامت است. گاهی پس از تروما، توده کشف می‌شود. سارکوم‌های پروگریمال اندام‌ها و رتروپریتون اغلب بزرگ هستند در حالیکه سارکوم در دیستال اندام‌ها اغلب کوچکترند.

گاهی به صورت DVT تظاهر می‌یابد.

سارکوم رتروپریتون به صورت توده بزرگ بدون درد ظاهر می‌شود. به ندرت علائم انسداد گوارشی یا فشار به اعصاب کمری و لگنی مشاهده می‌شود.

• سارکوم بافت نرم در حالت centrifugal رشد می‌کند و منجر به ایجاد اثر فشاری روی نسوج اطراف می‌گردد.



در کل هر تومور بافت نرم در حال رشد یا بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر یا عمیق‌تر از فاشیا باید تحت بررسی کامل با شرح حال، تصویربرداری و بیوپسی قرار گیرند.

تشخیص افتراقی که سارکوم بافت نرم را تقلید می‌کنند در جدول زیر آورده شده است. (سابیستون ۲۰۱۷)

BOX 31-1 Entities That May Mimic Soft Tissue Sarcoma

Hypertrophic scar
Retroperitoneal lymphadenopathy: lymphoma, germ cell tumor, or metastasis from gastrointestinal primary
Hematoma
Myositis ossificans
Benign lipoma
Cyst
Abscess
Cutaneous malignant neoplasms, including melanoma

اقدامات تصویربرداری:

تصویربرداری باید قبل از بیوپسی و اقدامات تهاجمی انجام شود.

گرافی ساده: زیاد کمکی نمی‌کند مگر اینکه استخوان مجاور سارکوم درگیر شده باشد.

سونوگرافی:

در بیمارانی که امکان انجام MRI ندارند، کمک کننده است - برای تعیین ساختارهای عروقی مجاور و هدایت و فالوآپ بعد از عمل کاربرد دارد.

CT اسکن:

برای تشخیص متاستاز ریوی

برای بررسی سارکوم‌های رتروپریتونن، شکم و لگن

۱. اندیکاسیون CT اسکن ریه: در تمام موارد سارکوم با گرید بالا و بزرگ‌تر از ۵ cm

۲. اندیکاسیون CT اسکن شکم و لگن:

در لیپوسارکوم میگزوتید راندسل، لیومیوسارکوم، اپیتلیوئید سارکوم، آنژیوسارکوم اندام‌ها به علت تمایل زیاد به متاستاز شکمی و لگن باید CT شکم لگن انجام شود. سی‌تی برای ارزیابی سارکوم‌های رتروپریتوننل و

آناتومی:

جدار شکم از ۹ لایه تشکیل شده است: پوست، زیرجلد، فاشیای سطحی، عضله مایل خارجی، عضله مایل داخلی، عضله عرضی شکم، فاشیا ترانسورسالیس، چربی پری پریتونئال، پریتونئوم. بافت زیرجلد با بافت چربی سطحی ملحق شده و فاشیای campers را می‌سازد. در عمق این فاشیا اسکارپا قرار دارد که شامل ماتریکس فیبروز بافتی است که به لایه قدامی فاشیا در پوست و پهلو چسبیده است.

عضلات جدار شکم شامل رکتوس آبدومینیس در مدیال، مایل داخلی و خارجی و عضله عرضی در لترال است.

دو عضله رکتوس توسط لینه آلبا از هم جدا می‌شوند.

منشأ عضلات رکتوس از سمفیز پوبیس و crest است و به زائده گزیفوئید، دنده‌های ۵ و ۶ و غضروف دنده‌ای هفتم متصل می‌شود.

سه تقاطع تاندونی از عرض عضلات رکتوس عبور می‌کند.

عضله مایل خارجی از دنده هشتم شروع شده و به سمت مدیال رفته، به لینه آلبا و قدام ایلیاک کرسٹ متصل می‌شود. مسیر الیاف عضلانی به سمت مدیال و پایین است.

عضله مایل داخلی از فاشیای توراکولومبار منشأ می‌گیرد. الیاف این عضله به سمت بالا و قدام حرکت کرده و به لبه دنده‌ای تحتانی و زائده گزیفوئید متصل می‌شود.

عضله ترانسورسالیس:

عمقی‌ترین لایه عضلانی است که از لبه دنده‌ای و فاشیای لومبار شروع شده به صورت افقی و قدامی طی مسیر کرده به لینه آلبا، زائده گزیفوئید و سمفیز پوبیس متصل می‌شود.

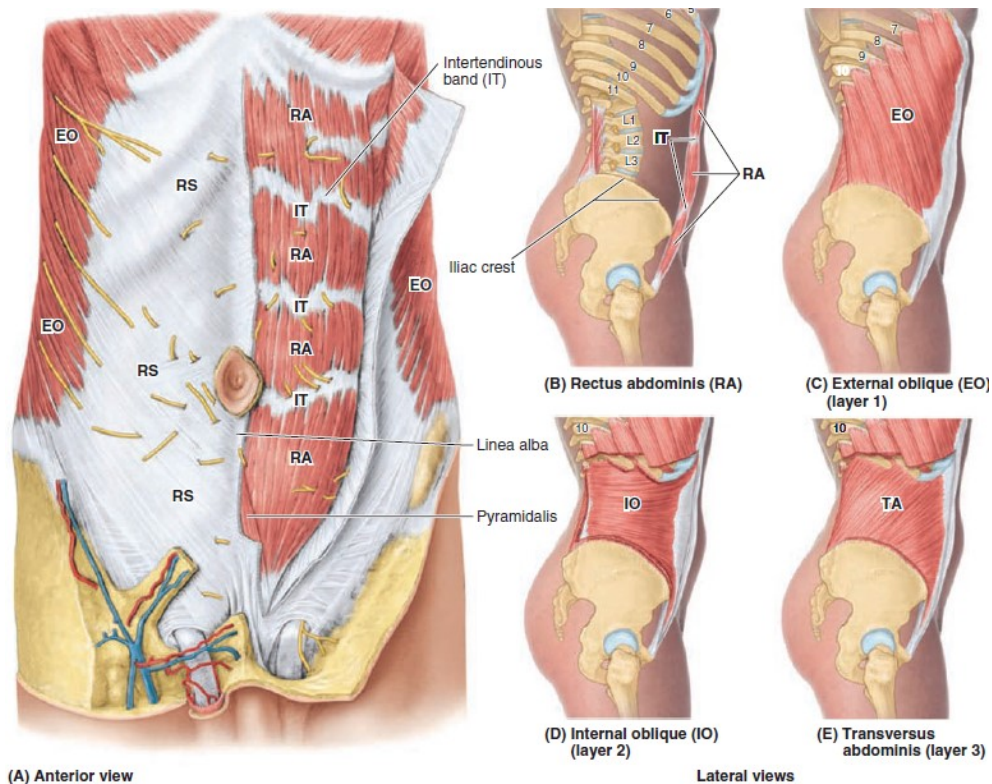


Figure 35-1. Muscles of the anterior abdominal wall. **A.** The anterior abdominal wall musculature is shown with the rectus sheath reflected on the left side. **B.** Rectus abdominis. **C.** External oblique. **D.** Internal oblique. **E.** Transversus abdominis.

این عضلات با همدیگر یک غلاف آپونوروز قدامی ایجاد می‌کنند. این آپونوروز شیت قدامی و خلفی رکتوس را تشکیل داده و در نهایت در میدلاین به هم متصل شده و لینه آلبا را تشکیل می‌دهند. شیت رکتوس در بالا و پایین خط قوسی متفاوت است. شیت قدامی آن در تمام طول رکتوس توسط آپونوروز مایل خارجی پوشانده می‌شود. غلاف عضله مایل خارجی ۲ لایه شده و شیت قدامی و خلفی رکتوس را در بالای خط قوسی می‌سازد. غلاف عضله عرضی شکم در بالای خط قوسی قسمت خلفی شیت رکتوس را می‌سازد. در زیر خط قوسی غلاف مایل خارجی، داخلی و عرضی همگی از قدام رکتوس عبور کرده و خلف آن هیچ غلافی ندارد و فقط از فاشیای عرضی شکم در جدار خلفی شکم قرار گرفته است که یک لایه ضعیف فیبروتیک است و بین آن با پریتون چربی پره‌پریتون قرار گرفته است.

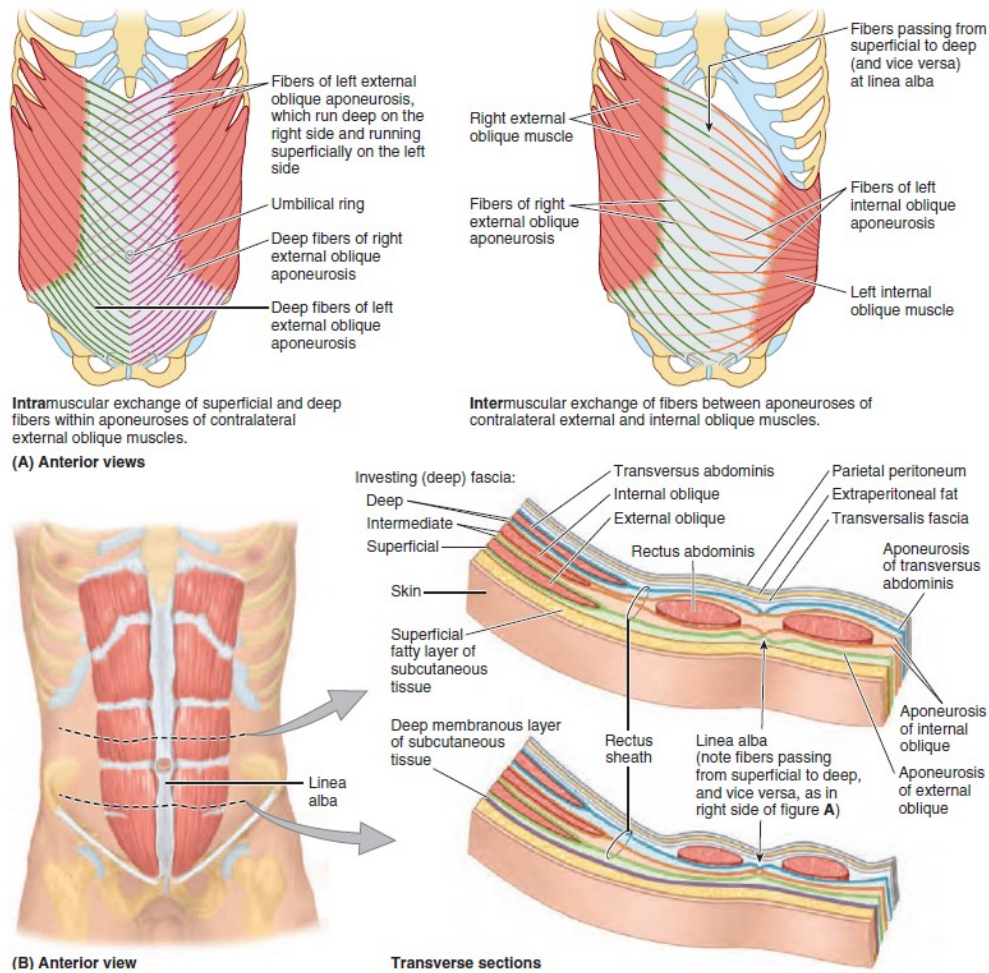


Figure 35-2. Fiber direction and cross-sectional anatomy of the abdominal wall. **A.** Muscular and aponeurosis fiber direction of external and internal obliques. **B.** Cross-sectional anatomy of the anterior abdominal wall above and below the arcuate line. The posterior leaf of the rectus sheath exists above the arcuate line. Below this line, all aponeurotic sheaths converge and travel anterior to the rectus muscles, leaving the posterior rectus uncovered by a fascial layer.

در سطح خلفی دیواره شکم چین‌هایی وجود دارند که در اثر عروق زیر آن یا بقایای جنینی است. چین نافی میانی در اثر بقایای اوراکوس است که از dome مثانه به ناف در میدلاین کشیده می‌شود، ایجاد می‌شود.

چین‌های میدیال دوطرفه در اثر بقایای شریان‌های امبلیکال ایجاد می‌شود.

چین‌های لترال مربوط به عروق اپیگاستریک تحتانی است.