

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۲، شماره ۳، صفحات ۳۰-۳۴ (مهر- آذر ۱۳۷۷)

نتایج حاصل از عمل جراحی در بیماریهای کولیت زخمگین و پولیپ خانوادگی*

دکتر شهریار رحمانی**

** دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (مرکز پزشکی و درمانی امام حسین)

خلاصه

در این نوشتار تجربیات بالینی نتایج حاصله از روش انجام عمل جراحی Endorectal Ileal J pouch در ۱۳ بیمار مبتلا به کولیت اولسروز و ۷ بیمار مبتلا به پولیپوز فامیلیال کولون در مدت ۶ سال ارائه شده است. برای این بیماران در گذشته ایلئوستومی گذاشته می شد ولی با انجام عمل (E I J Pouch) از مشکل ایلئوستومی دائمی نجات یافتند.

عمل جراحی انجام شده برای این بیماران توتال کولکتومی، برداشتن مخاط رکتوم و Ileal J Pouch همراه با ایلئوستومی موقت در یک مرحله انجام شده است و در مرحله دوم ایلئوستومی بیمار ترمیم شده است. شایعترین عارضه بعد از عمل عبارتند از التهاب مخزن کیسه ای، تنگی محل خروجی کیسه، ایجاد فیستول بین کیسه و ناحیه پری آنال و انسداد روده.

* روش ارائه شده نسبت به روش های دیگر از جمله آناستوموز مستقیم ایلئوم به باقیمانده رکتوم امتیاز قابل توجهی ندارد؛ در حالی که همان گونه که در مقاله اشاره شده عمل جراحی طولانی تری است و بایستی ایلئوستومی انجام شود که خود، نیاز به عمل مجدد دارد و در تعدادی از بیماران به دلیل همین مشکلات، عمل جراحی سومی لازم شده است تا کیسه بسته شود. شخصا [داور مقاله] این روش را نمی پسندم و به دلیل بالا از آن استفاده نمی کنم. شایان ذکر است که تنها امتیاز این روش، جلوگیری از اسهال است که آنهم در همه موارد تامین نمی شود و میزان دفعات اجابت مزاج در روش ساده هم به همین شکل است. نکته دیگر اینکه،

مقدمه

تا مدتها بیمارانی که کولیت زخمگین و پولیپ خانوادگی کولون داشتند تحت عمل جراحی توتال کولکتومی قرار می گرفتند و برای آنان ایلئوستومی دائمی می گذاشتند که کاملاً نسبت به دفع گاز و مدفوع بی اختیاری داشتند و بایستی از بگ ایلئوستومی استفاده نمایند؛ که این عمل برای بیمار یک سری مسائل اجتماعی روانی و اقتصادی به دنبال دارد (۱).

لذا برای این بیماران از جایگزین دیگری استفاده شد که عبارت از توتال کولکتومی همراه با برداشتن مخاط رکتوم و آناستوموز کیسه ای ایلئوم ناحیه مقعد می باشد. انجام این عمل بیماران را از مشکلات ایلئوستومی دائمی و مسائل حاصله از آن خلاص نمود. حفظ ساز و کار اسفنکتر آنورکتال و قسمت تحتانی عضلات رکتوم بعد از کولکتومی و برداشتن مخاط رکتوم از نکات اساسی این عمل است (۲).

روش Endorectal pull through تا سال ۱۹۶۴ که برای بیماری هیرشپرونک از آن استفاده شد کاربرد چندان وسیعی نداشت (۳) و اکثر اعمال جراحی اولیه با استفاده از Ileal pull through Endorectal - بدون ایجاد کیسه - بود ولی به علت ازدیاد و تکرار اجابت مزاج از کیسه استفاده شد (۴-۶). در این مقاله بررسی روی نتایج مخزن (Pouch) ایجاد شده به صورت J می باشد که همراه با آن انجام ایلئوستومی Protective به مدت ۲-۳ ماه برای کاهش خطرات عفونت لگنی بعد از انجام این عمل ضروری است.

مواد و روشها

در مدت ۶ سال گذشته یعنی از سال ۶۹-۱۳۷۵، ۱۳ بیمار مبتلا به کولیت اولسروز و ۷ بیمار به علت پولیپوز خانوادگی کولون تحت عمل

جراحی توتال کولکتومی، موکوزکتومی رکتوم و Endorectal Ileal J Pouch قرار گرفتند. سن بیماران از ۱۰-۶۲ سالگی متغیر بوده است. بیماران دچار کولیت زخمگین ۸ نفر زن و ۵ نفر مرد بودند که همگی یا به درمان مقاوم بودند یا با پردنیزولون با دوز بالا تحت مداوا قرار داشتند. کولیت از نوع متوسط تا شدید بود و با آزمایشهای کلونوسکپی و تکه برداری تأیید شده بود.

دو نفر از بیماران با پولیپوز فامیلیال که با هم پسر عمو (۳۵ ساله) و دختر عمو (۳۸ ساله) بودند در زمان عمل دچار سرطان رکتوم شده بودند که تحت عمل جراحی توتال کولکتومی همراه با رزکسیون رکتوم و ایلئوستومی دائمی قرار گرفتند که از مطالعه حذف شدند. از ۷ بیمار پولیپوز فامیلیال کولون ۴ نفر مرد و ۳ نفر زن بودند. جهت آمادگی روده، ۲۴ ساعت قبل از عمل برای بیماران اریتروماکسین و مترونیدازول همراه با مانیتول خوراکی تجویز شد. در حین و بعد از عمل از آنتی بیوتیک تزریقی جنتامایسین و کلیندامایسین استفاده شد که تا روز پنجم بعد از عمل ادامه یافت. وجود اسفنکتر مقعدی سالم و قوی از نکات اساسی در گزینش بیماران است. از کنترااندیکاسیونهای این عمل، بی اختیاری مدفوع و بیماری کرون است.

اگر عمل جراحی به شکل اورژانس صورت گیرد، مانند پرفوراسیون، خونریزی یا Toxic megacolon عمل جراحی سه مرحله ای خواهد بود: در مرحله اول کولکتومی توتال همراه با ایلئوستومی؛ در مرحله دوم، استامپ رکتوم برداشته می شود که همزمان، موکوزکتومی رکتوم نیز صورت می گیرد و برای بیمار کیسه درست می کنیم و در مرحله سوم ایلئوستومی را ترمیم می نماییم. در بررسی ما همه بیماران به صورت الکتیو تحت عمل جراحی قرار گرفتند که عمل در دو مرحله انجام شد: مرحله اول. در این مرحله سکوم، کولون و قسمت

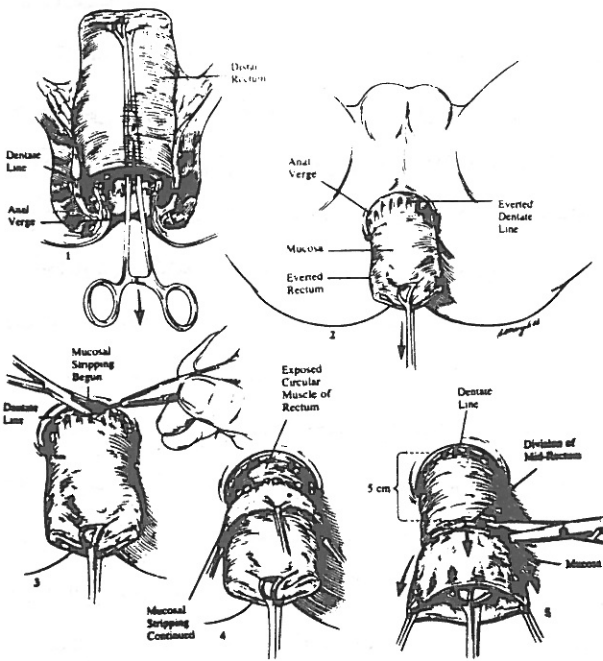
مجاور (پروکسیمال) رکتوم برداشته شده، رکتوم در ناحیه میانی قطع و قسمت دوربرد (دیستال) رکتوم از ناحیه مقعد به بیرون کشیده می شود؛ سپس موکوزکتومی ناحیه دوربرد رکتوم از طریق پرینه صورت می گیرد (شکل ۱). مخاط رکتوم از لایه عضلانی جدا می شود که این عمل از ناحیه Dentate line شروع شده، به طرف پروکسیمال رکتوم ادامه می یابد. در حدود ۵ سانتی متری Dentate line دیواره رکتوم قطع و لایه عضلانی به داخل رانده می شود. مزوی روده باریک تا منشا سرخرگ سوپریور مزانتریک آزاد می شود تا ایلئوم طول کافی پیدا کند.

با ۲۵ سانتی متر بخش دوربرد ایلئوم کیسه ای به صورت J درست می کنیم که طول هر بازوی آن حدود ۱۲ سانتی متر خواهد بود (شکل ۲).

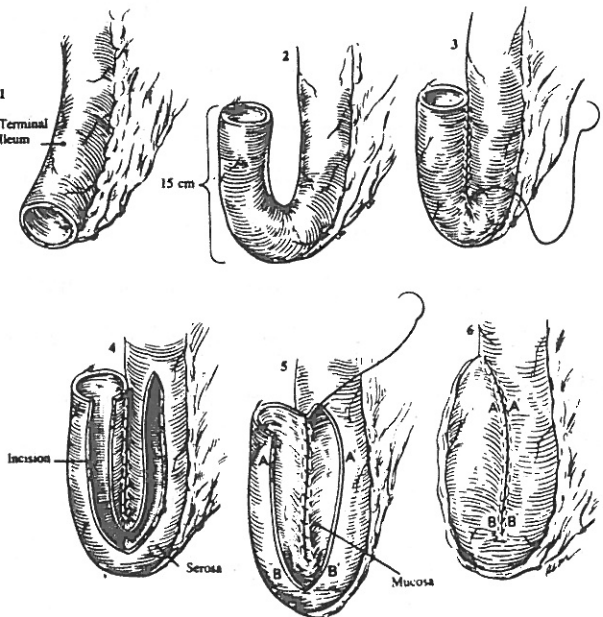
لایه سروموسکولر J به صورت پیوسته با نخ ویکریل دو صفر بهم دوخته می شود. سطح Antimesenteric باز و سطح مخاطی کیسه مربوطه مشخص می شود؛ سپس با کرومیک دو صفر به صورت پیوسته لایه مخاطی خلفی ترمیم می شود. جهت تکمیل و ایجاد کیسه دو لایه مشابه دیواره قدامی نیز ترمیم می شود.

کیسه ایجاد شده از داخل رکتوم به طرف مقعد کشیده شده، دهانه کیسه به قطر تقریبی ۲ سانتی متر باز می شود و بین دهانه کیسه و مقعد در ناحیه خط مضرس پیوند ایجاد می شود (شکل ۳).

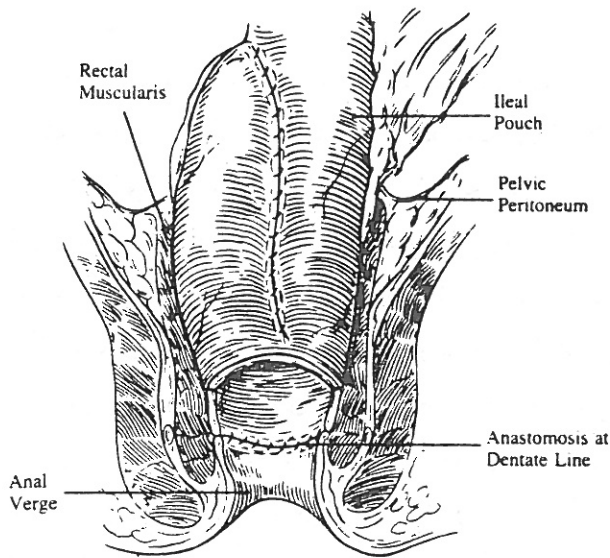
این آناستوموز از طریق پرینه و با ویکریل ۲ صفر جداگانه (Interrupted) انجام می شود. دو عدد سوند نلاتون نمره ۱۲ در دو طرف آناستوموز بین باقیمانده لایه عضلانی رکتوم و کیسه قرار می دهیم و از طریق دیواره قدامی تحتانی شکم به هموگ وصل می کنیم. پریتوئن لگنی را در قسمت فوقانی کیسه ترمیم می کنیم و ایلئوستومی موقت را در ناحیه تحتانی قدامی سمت راست شکم گذاشته، جدار شکم را ترمیم می کنیم. مدت عمل



شکل ۱



شکل ۲



شکل ۳

بیماران تحت درمان با مترونیدازول ۲۵۰ میلیگرم، چهار بار در روز قرار گرفتند که بخوبی به درمان جواب دادند. به نظر می رسد التهاب کیسه در اثر استاز مدفوع در کیسه و رشد باکتری و تولید توکسین حاصله از آن باشد. تنگی محل آناستوموز ناحیه ایلئوآنال در دو مورد بوجود آمد که در اثر دیلاتاسیون در چند مرحله بهبودی حاصل شد (ابتدا روزانه به مدت سه هفته سپس هفته ای دوبار به مدت دو ماه).

در دو مورد بیماران در پی انسداد روده به علت چسبندگی تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفتند. در یک بیمار فیستول بین کیسه و ناحیه پری آنال ایجاد شد که به علت عدم جواب به درمان فیستولکتومی به ناچار کیسه برداشته شد و برای بیمار عمل جراحی Endorectal pull through Ileo Anal anastomosis بدون وجود کیسه انجام شد.

یک بیمار دچار عفونت جدار شد که در عرض سه هفته بهبودی یافت.

در دو مورد بی اختیاری شبانه مدفوع وجود داشت که در عرض ۶ ماه بتدریج بهبودی حاصل شد.

حدود ۴/۵-۵ ساعت طول کشید. دو بیمار نیاز به انتقال خون پیدا کردند.

مرحله دوم. ۲ ماه بعد بیماران تحت معاینه توشه رکتال و پرتونگاری روده بزرگ قرار گرفتند تا از جوش خوردگی ناحیه آناستوموز و کیسه ایجاد شده اطمینان حاصل کنیم.

اگر هیچ گونه مشکلی وجود نداشته باشد ایلئوستومی بیمار را ترمیم می کنیم. جهت انجام این عمل در اطراف ایلئوستومی شکافی بیضوی داده می شود و لبه های ایلئوستومی را تا حفره شکم از بافتهای اطراف آزاد می کنیم. لبه های ایلئوستومی را دبرید نموده، سپس آناستوموز را در دو لایه داخلی (مخاط و زیر مخاط) را با کرمیک سه صفر و لایه خارجی (سروموسکولر) را با سیلک سه صفر انجام می دهیم. ایلئوم به داخل شکم رانده شده، زخم ترمیم می شود.

حدود روز پنجم بعد از عمل برای بیماران رژیم نرم شروع شد. طول متوسط بستری شدن بعد از عمل اول حدود ۸ روز و بعد از عمل دوم حدود ۱۰ روز بود. تعداد اجابت مزاج در سه ماهه اول حدود ۸ بار در ۲۴ ساعت بود که در سه ماهه دوم به ۵ تا ۶ بار در ۲۴ ساعت کاهش یافت. برای کاهش حرکات روده ای، جلوگیری از اسهال از داروهایی مثل دیفنوکسیلات هیدروکلراید، دو تا سه قرص در روز و پسیلیوم طی دو تا سه ماه تجویز شد.

نتایج

بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفتند از لحاظ بالینی بهبودی مشخصی داشتند. شایعترین عارضه بعد از عمل التهاب محل کیسه بود که به صورت ازدیاد دفع مدفوع آبکی - گاهی همراه با خون - بود. در ضمن بیماران دچار تب خفیف و نیز ضعف بودند. در دید مستقیم مخاط روده پر خون، ادماتوز شکننده بود.

بحث

تجربیات بالینی با عمل جراحی کیسه ایلئال نشان داده است که اگر مخاط رکتوم تا ناحیه خط مضرس کاملاً برداشته شود و اسفنکتر آنورکتال ضایعه نبیند حس نوروزنیک کنترل مدفوع برقرار می ماند. این روش از لحاظ فیزیولوژی یک روش آرمانی است: بدین ترتیب که اولاً بیماری را کاملاً از بین می برد؛ و ثانیاً از گذاشتن ایلئوستومی دائمی جلوگیری می کند و اجابت مزاج طبیعی می شود. و از آنجا که بیماران در طول درمان مدتی ایلئوستومی موقت دارند می توانند نوع زندگی بهنگام داشتن ایلئوستومی و آناستوموز ایلئوآنال را با هم مقایسه کنند. تمام بیماران، زندگی کردن با داشتن کیسه را به داشتن ایلئوستومی دائمی ترجیح می دهند. طول عضله رکتوم باقیمانده در بالای محل آناستوموز Ileo-anal در حدود ۴ - ۵ سانتی متر کافیت.

کیسه ایجاد شده به طول تقریبی ۱۲ سانتی متر از

لحاظ کنترل و ذخیره مدفوع کفایت می کند که این نتیجه را افراد دیگری نیز تایید کرده اند (۷ و ۸).

اگر بیماران دچار عارضه نشوند بسیاری از داروها مثل مترونیدازول و داروهای کم کننده پریستالتیسم را در مدت ۳-۶ ماه می توان قطع کرد.

تقریباً تمام بیماران با پولیپ خانوادگی کولون تا ۴۰ سالگی دچار سرطان کولون می شوند لذا بهتر است پس از تشخیص هر چه زودتر تحت درمان قرار گیرند. در بیماران دچار کولیت زخمگین غیر از احتمال ایجاد سرطان، در صورت مقاومت به درمان طبی یا Steroid dependent بودن و یا عدم تحمل به اثرات جانبی پردنیزولون نیاز به عمل جراحی دارند که در این نوشتار درمان توتال کولکتومی، موکوزکتومی رکتوم همراه با Ileal J pouch anal anastomosis در این گونه بیماران به عنوان درمان قطعی شناخته شده است.

مراجع

- 1) Keith A, et al. Ileal pouch - Anal Anastomosis after proctocolectomy. Surgical Rounds 1985, PP 48-57.
- 2) Ravitch MM and Sobiston JR. Anal ileostomy with preservation of the sphincter; A proposed operation for patients requiring total colectomy for benign lesions. Surg Gynecol Obstet 1947; 84: 1095-1099.
- 3) Soave F. A new surgical technique for treatment of hirschprung's disease. Surg 1964; 56: 1007-1014.
- 4) Parks AG, Nicholis BJ and Belliveau T. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. Br J Surg 1980; 67.
- 5) Telander RL and Perrault J. Colectomy with rectal mucosectomy and ileoanal anastomosis in young patients. I to use for ulcerative colitis and familial polyposis. Arch Surg 1981; 116: 623-629.
- 6) Metcalf AM, Dojois RR, Kelly KA, et al. Ileal "J" Pouch anal anastomosis: clinical outcome. Ann Surg 1985; 202:735-739.
- 7) Stone MM, Levin K and Fenkalsrud EW. Late obstruction of the lateral ileal reservoir after colectomy and endorectal ileal pull through procedures. Surg Gynecol Obstet 1986; 162:411-417.
- 8) Goldberg SM. Ileoanal reservoir. Presented at the American college of surgeons. Postgraduate the course 2, New Orleans, 1986.

Results of endorectal ileal J pouch with ulcerative colitis

Rahmani Sh

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services

SUMMARY

This study evaluates the results of endorectal Ileal J Pouch Anal Anastomosis (IJPAA) in 13 patients with Ulcerative colitis and 7 patients with familial adenomatous polyposis in 6 years in Emam Hosein Hospital. In the last, for this patients permanent Ileostomy was performed, but with (IJPAA) operation permanent Ileostomy is abandoned.

Two patients, total colectomy rectal mucosectomy and ileal pouch with temporary Ileostomy was performed in the first operation, and in the second operation Ileostomy was repaired.

The most complication was pouchitis, outlet of pouch stenosis, pouch and perianal fistula and Intestinal obstruction.