

بررسی شیوع واریسهای رکتال در بیماران سیروز کبدی

دکتر اسکندر حاجیانی*، دکتر محمد جواد احسانی اردکانی**

خلاصه:

تعدادی از بیماران سیروزی مراجعه کننده به بخش گوارش و کبد بمدت دو سال تحت بررسی گوارشی با کولونوسکوپی قرار گرفتند. وجود واریس رکتال و ارتباط آن با شدت نارسائی کبدی و اتیولوژی سیروز و درمانهای انجام شده مثل اسکروتراپی واریس مری مورد بررسی واقع شد. این مطالعه آینده نگر و بر روی تعداد ۳۹ بیمار سیروز که به دلایل مختلف ظرف مدت ۲ سال در بیمارستان بستری بودند انجام شد. بیماران بستری توسط متخصص گوارش کولونوسکوپی شدند. از ۳۹ بیماری مورد بررسی، تعداد ۷ نفر واریس رکتال داشتند. همگی بیماران با واریس رکتال مرد و متعلق به گروه c درجه بندی چیلد بودند و اسکروتراپی واریس مری در ۶ نفر از آنها انجام شده بود. با پیشرفتهای درمانی و کنترل خونریزی های واریس های مری، امروزه واریس های اکتوپیک بخصوص واریس رکتال از علل مهم و قابل توجه خونریزی گوارشی در سیروز بشمار میروند. بخصوص در بیمارانی که از نظر شدت نارسائی چیلد گرید c بوده و جهت واریس در مری نیز اسکروتراپی شده باشند. این بیماران در صورت داشتن خونریزی گوارشی باید امکان واریس رکتال را در نظر داشت.

واژه های کلیدی: خونریزی گوارشی واریس مری واریس رکتال، سیروز کبدی

خونریزی از واریس مری بعلت هیپرتانسیون

مقدمه:

پورتال می باشد(۲).

سیروز کبدی مهمترین و شایعترین علت غیر

با پیشرفتهای جدید در کنترل خونریزی واریس

نئوپلاستیک مرگ و میر ناشی از بیماریهای کبدی

مری بخصوص استفاده از اسکروتراپی و باندا

است (۱). یکی از مهمترین تظاهرات بالینی

لیگاسیون، تا حد زیادی حملات خونریزی های

سیروز، خونریزیهای گوارشی است. شایعترین

فوق کنترل میشود(۲).

علت خونریزی گوارشی در بیماران سیروز کبدی

* فوق تخصص گوارش، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اهواز

** فوق تخصص گوارش استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

روش کار :

این مطالعه بصورت آینده نگر و بر روی ۳۹ بیمار سیروزی که در بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان سینا دانشگاه علوم پزشکی اهواز بمدت ۲ سال بستری بودند انجام شد.

هر دو بیمارستان آموزشی و دارای بخش فوق تخصصی گوارش می باشند. تمام بیماران سیروز کبدی آنها با بیوپسی کبدی تأیید و اتیولوژی آنها و شدت نارسائی کبدی با پارامترهای بالینی تعیین می شود. واریس مری بیماران توسط دو متخصص گوارش مشخص شد. بیماران مورد کولونوسکوپی تشخیصی قرار گرفتند. در تمام بیماران تا نیمه کولون عرضی توسط کولونوسکوپی مورد بررسی قرار گرفتند. واریس های آنها برجستگی وریدی بوده که عمده تا " در رکتوم مشاهده گشته و کاملاً" با همورئید که در ناحیه آنورکتال دیده میشود متفاوت بود. واریس رکتوم توسط دو متخصص گوارش مجرب بدون اطلاع داشتن از نظر یکدیگر، تأیید گردید. تصویر شماره یک شدت نارسائی کبدی با استفاده از پارامترهای بیوشیمیائی و بالینی و جدول Pough-chid تعیین شده است (۱).

همگی بیماران اسکروتراپی جهت واریس مری را طی چند دوره گذرانده تا اینکه تمامی واریسهای مری آنها محو شد.

واریسها بجز در مری ممکن است در سایر قسمت های دستگاه گوارش از قبیل معده و روده بزرگ و رکتوم نیز ایجاد شوند (۳ و ۵). اطلاع از وجود چنین واریسهائی در بیماران سیروزی جهت اداره بیماران بسیار ضروری است. درمان و اداره بیماران با واریس رکتال تفاوت هائی با درمان واریس مری دارد (۶ و ۷). در صورت غفلت از وجود این واریسها وعدم درمان صحیح آنها مرگ و میر بیماران مزبور بالا میباشد (۶ و ۸ و ۹).

در این مطالعه بمدت ۲ سال بیماران سیروزی که بنا به دلایل مختلف در بخش گوارش بستری شده بودند، مورد ارزیابی کولونوسکوپی قرار گرفتند. اهداف در این بررسی عبارتند از :

- ۱- تعیین شیوع واریس رکتال
 - ۲- تعیین شیوع واریس رکتال در بیماران که تحت درمان اسکروتراپی واریس مری قرار گرفته اند.
 - ۳- تعیین شیوع واریس رکتال در شدت های مختلف نارسائی کبدی .
 - ۴- تعیین شیوع واریس رکتال در بیماران مبتلا به سیروز کبدی با علل مختلف.
- بر اساس آمار های موجود در بین بیماران سیروزی کشور های دیگر، واریس های رکتال را تا ۴۴٪ بیماران سیروزی گزارش کرده اند (۱). در بررسی منابع موجود هنوز در کشور ما مطالعه ای در مورد شیوع واریس های رکتال صورت نگرفته است.



تصویر ۱: نمای آندوسکوپی واریس رکتوم

نتایج:

کل بیماران ۳۹ نفر بوده اند که ۵ بیمار زن و ۳۴ بیمار بودند. ۲۳ بیمار مورد مطالعه (۵۸/۹٪) مربوط به گروه C درجه بندی چیلد و ۱۳ بیمار (۳۳/۳۳٪) در گروه B و ۴ بیمار (۱۰/۲۵٪) به گروه چیلد A متعلق بودند.

واریس رکتال در ۷ بیمار (۱۸٪) دیده شد که در ۵ بیمار، علت سیروز هپاتیت B و در ۲ بیمار، علت سیروز کلانزیت اسکروزان بود. نتایج حاصل از کارهای انجام شده:

الف- شیوع واریس رکتال در ۱۸٪ بیماران سیروزی دیده شد.

ب- تمام بیماران با واریس رکتال متعلق به گروه C درجه بندی چیلد بودند.

ج- تمام بیماران با واریس رکتال مرد بودند.

د- در بیماران که اسکروتراپی واریس مری شدند، شیوع واریس رکتال زیادتر بود. ۱۹ نفر

اسکروتراپی گشتند که ۶ نفر واریس رکتال داشته و در گروهی که اسکروتراپی نشدند، صرفاً در یک نفر واریس رکتال مشاهده شد.
د- ۵ بیمار از ۷ بیمار دارای واریس رکتال، علت سیروز هپاتیت B و ۲ بیمار دیگر کلانزیت اسکروزان اولیه بود.

بحث و نتیجه گیری:

سیروز یکی از مهمترین علل مرگ و میر افراد مبتلا به بیماری مزمن کبدی است. غیر از واریس های مری یکی از محل های خونریزی شدید، واریس های رکتال است که اقدامات درمانی خاصی لازم دارد (۱۰). درمان واریس های رکتال بصورت درمان با اکتراپید و یابتا بلوکر و درمانهای آندوسکوپی و آمبولیزاسیون در بیماران سیروز چیلد B و C و در صورت عدم پاسخ درمانی مناسب ممکن است از TIPS

واریس مری شده اندزیادتر میشود. لذا پیشنهاد میشود در بیماران با چیلد گرید C که قبلاً اسکلروتراپی شده اند بخصوص اگر علت سیروز هپاتیت B باشد، یک رکتوسیگموئیدسکوپي قابل انعطاف بصورت روتین انجام شود تا در صورت وجود واریس رکتال، کشف گردیده و هنگام خونریزی حاد پزشکی با آگاهی زیادتری بیمار را درمان و اداره نماید.

بدینوسیله نویسندگان مقاله از پرسنل محترم اتاق آندوسکوپي و بخش گوارش بیمارستان سینا و طالقانی تشکر و قدردانی می نمایند.

منابع:

- 1- Sherlock; s. Diseases of the liver and billiary system. 10th edith. Blackwell Sciences. lid. 1997; 135-180
- 2- Sleisenger and fordtran. Gastrointestinal and liver disease. 6th edth. London. WB Saunders com. 1998; 1291-1306.
- 3- Jefferyl. E. Barnett. Anorectal disease.: Tadataka Yamada, T. Textbook of Gastroentrolgy. 2th ed. Philadelphia. JB lippicott com. 1995; 2027-2050.
- 4- Miller, K. Barbarevech C. Less frequent causes of lower GI bleeding. Gastroentrol clin North Am 1994 Mar ; 23(1): 21-52
- 5- Gadil A, Mecarcken JD. Rectal varices bleeding treated by TIPS. J Cli Gastroentrol 1997 sep; 25(2): 460-2.
- 6- Norton, A. Management of ectopic varices. Hepatology 1998; (4): 37
- 7- Kimmura, T. Hartutai, A novel theraputic approach for rectal varices. AmJ Gastroentrol 1997 may ; 92(5): 883-6
- 8- Batton SB Zoneraihs: Misdiagnosed anorectal varices resulting in a fatal event. AmJ Gastroentrol 1999 oct ; 94(10): 3076-7
- 9- Ryashi Shudo, Yasuyuki Y. Endoscopic variceal ligation of bleeding rectal varices. Diges. Endoscopy 2000; 366-368

(Transjugolar Intrahepatic Portosystemic Shunt) استفاده گردد و در بیماران چیلد گرید A جراحی شانت انجام شود (۶ و ۱۰ و ۱۴ و ۱۵).

علاوه بر خونریزی از واریس های مری و رکتال، اولسر های گوارشی و وجود اختلالات انعقادی بعلت نارسائی کبدی در بیماران سیروزی، از علل مهم خونریزی شدید بشمار میروند (۱۲).

در این مطالعه که بمدت ۲ سال انجام شد، شیوع واریس رکتال (۱۸٪) کمتر از موارد گزارش شده بود (۱۶ و ۱۷). این شیوع پائین تر در بیماران تحت مطالعه، ما ممکن است بعلت نحوه درمان های رایج در این کشور و یا اتیولوژی سیروز و یا کمی نمونه های مورد مطالعه باشد.

شیوع واریس رکتال در بیماران چیلد گرید C بالاتر است. ۷ بیمار از ۱۶ بیمار چیلد C واریس رکتال داشتند (۴۳٪). در گروه چیلد گرید A و B واریس رکتال دیده نشد. لذا واریس رکتال با میزان و شدت نارسائی کبدی ارتباط نزدیک دارد. همچنین واریس رکتال در مردان و در بیمارانی که اتیولوژی سیروز آنها هپاتیت B است شیوع بالاتری دارد. در این مطالعه نشان داده شد که در بیمارانی که جهت درمان واریس مری اسکلروتراپی شده اند، شیوع واریس رکتال زیادتر مشاهده می گردد. (۱۹) بیمار اسکلروتراپی واریس مری شده اند که ۶ بیمار واریس رکتال داشتند (۱۵).

بطور خلاصه، در بیماران سیروزی که دچار خونریزی گوارشی میشوند باید واریس رکتال را بعنوان یک علت بالقوه جهت خونریزی آنها در نظر داشت. واریس رکتال با نارسائی کبدی ارتباط قوی دارد. احتمال واریس رکتال در مردان و سیروز ناشی از هپاتیت B در کسانی که قبلاً اسکلروتراپی

Rectal Varices ,*Digestive Endoscopy* 2000
12 (4), 366-368

15-Besson I, Ingrand P, Person B, Boutroux D, Heresbach D, Bernard P, Hochain P, et al. Sclerotherapy with or without octreotide for acute variceal bleeding. *N Engl J Med* 1995; 333: 555-560

16- Naveau S, Poynard T, Pauphilet C, Aubert A, Chaput JC. Rectal and colonic varices in cirrhosis [letter]. *Lancet* 1989; 1: 624.

17- . Hosking SW, Smart HL, Johnson AG, Triger DR. Anorectal varices, hemorrhoids and portal hypertension. *Lancet* 1989; 1: 349-352.

10-Naef M, Holzinger F . Massive GI bleeding rectal varices .*Dig surg* 1998;15(6) 709 –12

11-Naveans S, Poynord T, Pauphilt C Aubert A, chaput JC: Rectal and colonic varices in cirrhotic patients .*Lancet* 1998; 1:624.

12-Misra SP, Dwivedi, v. Pervalece and factors influencing anorectal varices in patints with portal hypertenson. *Endoscopy* 1996 may ;28(4):340-6

13-Yachaha SK Dihiman RK. Endoscopic evaluation of rectum in children with portal venous obstruction. *J pediater Gastroentrol Nutr* 1996 Nov ;23(4):438-41

14-Ryushi Shudo, Yasuyuki Y, Shinobu . Endoscopic Variceal Ligation of Bleeding