

مشخصات کلینیکی و میزان عود فتق اینگوینال در بیمارستان های امام خمینی و رازی اهواز شهنام عسکرپور^{۱*}، محمد حسن حافظی^{۲*}، محمد حسن سرمست شوشتری^{۳*}، فرامرز پازیار^{۴*}

چکیده

هدف: فتق اینگوینال یکی از شایعترین اعمال جراحی عمومی می باشد که شیوع آن در مردان حدود ۲۵ برابر زنان است و در سمت راست شایعتر می باشد در سن بعد از ۴۰ سالگی شیوع بیشتری می یابد و جهت ترمیم آن از روش های مختلف با توجه به سن بیمار و مهارت جراح استفاده می شود. هدف تحقیق حاضر بررسی میزان عود و مشخصات کلینیکی هرنی اینگوینال می باشد.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی و گذشته نگر جهت بررسی شیوع سنی و جنسی و نوع فتق و بررسی میزان عود آن با در نظر گرفتن ۳ تکنیک لیگاتور ساده ساک در اطفال، ترمیم بافتی، و ترمیم با مش در بزرگسالان در بیمارستانهای امام خمینی و رازی اهواز در سال ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ در ۱۵۰ بیمار با پی گیری حداقل ۲ سال انجام گرفت و سپس نتایج با نرم افزار آماری SPSS مورد بررسی و آنالیز قرار گرفت.

یافته ها: با بررسی ۱۵۰ بیمار مبتلا به فتق ۹۲ درصد مرد بودند. شایعترین سن فتق بین ۴۰ تا ۵۰ سالگی (۲۴ درصد) بوده است. جهت ترمیم فتق در ۲۰ درصد فقط high ligation، در ۳۷/۵ درصد ترمیم بافتی باسینی و در ۴۲/۵ درصد ترمیم با مش انجام شد در مجموع ۸ درصد عود وجود داشت که در روش باسینی ۱۶ درصد، در ترمیم با مش ۳ درصد، در high ligation ۳ درصد عود دیده شد.

نتیجه گیری: فتق اینگوینال در مردان شایعتر است و میزان مراجعه بیماران بعد از سن ۴۰ سالگی ۲ برابر قبل از سن ۴۰ سالگی می باشد که احتمالاً به علت ضعف جدار شکم در سن بالا می باشد (میزان عود در روش ترمیم با مش بصورت قابل توجهی عود نسبت به روش ترمیم بافتی کمتر است (۳ درصد) و عود در روش لیگاتور ساده ساک در اطفال و ترمیم با مش تقریباً مشابه آمارهای جهانی می باشد. لذا نتیجه می گیریم که در مراکز آموزشی نیز با کسب مهارت لازم توسط دستیاران میزان عود در عمل جراحی فتق با لیگاتور ساده ساک در اطفال و ترمیم با مش در بزرگسالان پایین بوده و در حد آمارهای جهانی می باشد ولی میزان عود در ترمیم بافتی بالاتر از آمار جهانی است و لازم است ضمن توصیه به انجام ترمیم با مش، نسبت به امر آموزش دستیاران در بخش های آموزشی در مورد ترمیم بافتی تلاش و دقت بیشتری صورت گیرد.

کلید واژه گان: فتق اینگوینال، ترمیم، عود، لیگاتور ساده ساک، روش ترمیم بافتی، ترمیم با مش

مقدمه

فتق^۱ در لاتین به معنی پارگی یک بخش از یک ساختمان و در زبان یونانی به معنی جوانه می باشد (۱) قریب به ۷۰۰/۰۰۰ فتقورافی اینگوینال هر ساله در آمریکا انجام میشود (۲). حدود ۵۰ درصد فتق ها، فتق اینگوینال غیر مستقیم و ۲۴ درصد فتق اینگوینال مستقیم می باشد (۳). فتق قدامی و انسزیونال حدود ۱۰ درصد و فتق فمورال ۳ درصد شیوع دارد و فتق های غیر شایع حدود ۱۰-۵ درصد را شامل می شوند (۴).

1- Hernia

*دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
** استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۱- نویسنده مسؤل

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۱۹ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۵/۷/۱۰ اعلام قبولی: ۱۳۸۵/۹/۵

Archive of SID

فتق‌های اینگوینال غیر مستقیم و ۴درصد تا ۱۰درصد برای فتق اینگوینال مستقیم و ۱درصد تا ۷درصد برای فتق فمورال و ۵درصد تا ۳۵درصد برای ترمیم فتق‌های عود کرد. (۳- ۴- ۵) متوسط زمان عود ۴- ۶ ماه است ولی از ۱۰ روز تا ۱۳ سال ذکر شده است (۹). یک نکته تکنیکی که لازم است تاکید خاصی روی آن بشود این است که عدم کشش در ترمیم فتق برای موفقیت ضروری است (۳). در تحقیقی که در سال ۱۹۹۶ انجام شد مشخص شد که در بیمارستان آموزشی میزان عود زودرس بیشتر از بیمارستانهای غیر آموزشی می باشد (۱۰) لذا در این مقاله ما تلاش کردیم که ضمن توصیف مشخصات بالینی فتق در شرایط اپیدمیولوژیک خوزستان میزان عود فتق را در بیمارستانهای آموزشی اهواز با استفاده از سه تکنیک رایج ترمیم مورد بررسی قرار داده و با استاندارد های جهانی مقایسه کنیم تا بدین ترتیب میزان آموزش دستیاران جراحی را در انجام شایعترین عمل جراحی عمومی با استفاده از تکنیک لیگاتور ساده ساک در اطفال و ترمیم بافتی و تکنیک استفاده از مش ارزیابی کرده و لزوم آموزش بیشتر و استفاده از تکنیکهای پیشرفته را برای کاهش عود کنیم.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی و گذشته نگر در جهت بررسی شیوع سنی و جنسی و نوع فتق و بررسی میزان عود آن در بیمارستان آموزشی امام خمینی و رازی در مدت ۲ سال ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ با استفاده از بایگانی مدارک پزشکی بیمارستان و پیگیری بیماران از طریق درمانگاه جراحی در این مدت انجام گرفت و بیمارانی که به هر دلیل مراجعه نکردند از طریق تلفن یا مراجعه به منزل آنها از نظر عود ارزیابی گردیدند و کلیه موارد وارد طرح گردیده شود بیمارانیکه امکان پیگیری آنها نبود یا در این مدت بدلیلی فوت کرده بودند از طرح خارج گردیدند. که در مجموع تعداد ۱۵۰ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند و این

اکثریت فتق‌ها در مردها رخ می دهد. شایعترین فتق در مردان و زنان فتق اینگوینال غیر مستقیم می باشد (۳). فتق فمورال در زنان شایعتر از مردان است (۴). ۲۵درصد مردان و فقط ۲درصد زنان فتق اینگوینال را در طول زندگیشان تجربه می کنند.

فتق در سمت راست شایعتر است (۵). بطور کلی در تمامی فتق‌های اینگوینال باید به دنبال تشخیص با عمل جراحی، ترمیم شوند (۳). اگر چه ترمیم جراحی یک فتق کشاله ران ساده است ولی قریب به ۱۰۰/۰۰۰ فتق عود کرده هر سال مشاهده می شود که ضرورت ایجاد روش‌های تکنیکی دقیقتر و آگاهی از پتانسیل پیشرفت ضعف بافتی و لزوم تجربه بیشتر جراحان را طلب می کند (۵). باسینی نخستین کسی بود که در راه هر نیوپلاستی مدرن امروزی گام برداشت البته جراحان مبتدی آن دوران روش باسینی را به درستی متوجه نشده بودند. ولی امروزه روش صحیح باسینی بطور معمول اجرا می شود. یکی دیگر از شایعترین تکنیکهای هر نیورافی باز به نام ترمیم لیختن اشتاین یا بدون کشش می باشد (۴).

لیختن اشتاین نشان داد که هر نیوپلاستی بدون کشش با مش تقویت کننده کف کانال اینگوینال، بطور قابل توجهی میزان عود را کاهش می دهد میزان شکست در ترمیم های استاندارد فتق از ۳درصد تا ۱۰درصد است و بطور متوسط با روشهای مختلف ۴درصد تمام عملها بوده است (۶). ولی با بکارگیری مش پروپلین براساس متد لیختن اشتاین میزان شکست به کمتر از ۱درصد کاهش می یابد (۷) و بیشتر موارد عود بعلت چاقی و بیماری مزمن همراه ۵۶درصد موارد می باشد (۸).

در بالغین عوارض فتق اینگوینال از ۱- ۲۶درصد متغیر است ولی در بررسی های وسیع ۷- ۱۲درصد ذکر شده است (۱). اگر چه بطور شایع عود فتق به عنوان عارضه ترمیم فتق در نظر گرفته نمی شود ولی مطمئناً موربیدیتی، همراه با عود وجود دارد و لازم است که بعنوان یک عارضه مهم هر نیوپلاستی ناحیه کشاله ران در نظر گرفته شود (۳). شیوع عود فتق از ۱درصد تا ۷درصد برای

بیماران از نظر سن- جنس و سمت فتق و میزان عود بررسی شدند و سپس نتایج جمع آوری شد و با نرم افزار آماری SPSS مورد آنالیز قرار گرفت و بصورت یک مقاله ارائه می گردد.

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۱۵۰ بیمار را در طی سالهای ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ در بیمارستانهای امام خمینی و رازی اهواز تحت عمل جراحی ترمیم فتق اینگوینال گرفتند مورد بررسی قرار گرفتند از تعداد ۱۵۰ بیمار ۱۳۸ (۹۲ درصد) مرد و ۱۲ بیمار (۸ درصد) زن بودند. اطلاعات کامل در مورد سن بیماران در جدول یک آمده است. از تعداد ۱۵۰ بیمار ۸۱ مورد (۵۴ درصد) فتق اینگوینال راست و ۵۴ مورد (۳۶ درصد) فتق اینگوینال چپ و ۱۵ (۱۰ درصد) فتق اینگوینال دو طرفه داشتند و در بین ۱۳۸ بیمار مرد تعداد ۷۵ بیمار (۵۴/۴ درصد) فتق اینگوینال راست و تعداد ۵۱ بیمار (۳۶/۹ درصد) فتق اینگوینال چپ و تعداد ۱۲ بیمار (۸/۷ درصد) فتق اینگوینال دو طرفه داشتند در صورتی که در بین ۱۲ بیمار زن تعداد ۶ بیمار (۵۰ درصد) در سمت راست و تعداد ۳ بیمار (۲۵ درصد) فتق اینگوینال چپ و تعداد ۳ بیمار (۲۵ درصد) فتق اینگوینال دو طرفه داشتند با بررسی سنی فتق اینگوینال در ۱۵۰ مورد بررسی شده شایعترین سن بین ۴۰ تا ۵۰ سالگی بود که ۳۶ بیمار (۲۴ درصد) را شامل می شد و اطلاعات دقیق تر در جدول شماره ۲ آمده است. تمام بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفتند و با توجه به اینکه تعداد ۱۵ بیمار فتق دو طرفه داشتند که ترمیم کردید در مجموع تعداد ۱۶۵ مورد فتق تحت عمل جراحی قرار گرفت

تکنیک عمل جراحی به این صورت انتخاب شده بود که در سن زیر ۱۵ سالگی فقط از high ligation استفاده گردیده است که از ۱۶۵ مورد فتق تعداد ۳۳ بیمار (۲۰ درصد) با این روش عمل جراحی فتقوتومی انجام گردید و در بقیه موارد بدون در نظر گرفتن فاکتور خاصی از دو روش ترمیم بافتی Bassini و روش ترمیم بامش استفاده گردیده بود که در نتیجه تعداد ۶۲ مورد (۳۷/۵ درصد) ترمیم بافتی Bassini و تعداد ۷۰ مورد (۴۲/۵ درصد) از ترمیم با مش پرولین استفاده گردیده بود و سپس بیماران به مدت ۲۴-۳۶ ماه ابتدا از طریق درمانگاه جراحی پیگیری شدند و در صورتی که جهت پیگیری مراجعه نکردند از طریق تماس تلفنی با مراجعه به محل سکونت آنها از نظر عود فتق پیگیری شدند که در نهایت تعداد ۱۳ مورد (۸ درصد) عود فتق دیده شد که تمام موارد مربوط به مردان بود که ۱۰ مورد عود در بیمارانی بود که عمل جراحی با روش ترمیم بافتی Bassini انجام شده بود یعنی از ۶۲ مورد ترمیم بافتی Bassini تعداد ۱۰ مورد (۱۶ درصد) عود وجود داشت و ۲ مورد عود در بیمارانی بود که از روش ترمیم با مش استفاده شده بود که از ۷۰ مورد ترمیم فتق با مش ۲ مورد (۳ درصد) عود وجود داشته است و ۱ مورد عود (۳ درصد) در بین ۳۳ بیمار بود که فقط روش high ligation استفاده شده بود. با در نظر گرفتن ۱۳ مورد عود ۶ مورد (۴۶/۵ درصد) عود در فتق سمت چپ و ۵ مورد (۳۸/۵ درصد) عود در فتق سمت راست و ۲ مورد (۱۵ درصد) عود در یک سمت دو طرفه دیده شد که ۱ مورد آن سمت راست و یک مورد آن در سمت چپ دیده شد.

جدول ۱: بررسی شیوع سمت گرفتار در بیماران مبتلا به فتق اینگوینال

جنس	فتق دو طرفه	فتق سمت چپ	فتق سمت راست	کل
مرد	۱۲	۵۱	۷۵	۱۳۸
زن	۳	۳	۶	۱۲

جدول ۲: بررسی شیوع سنی بیماران مبتلا به فتق اینگوینال

سن بیماران	۸۰-۹۰	۷۰-۸۰	۶۰-۷۰	۵۰-۶۰	۴۰-۵۰	۳۰-۴۰	۲۰-۳۰	۱۰-۲۰	۰-۱۰
تعداد بیماران	۳	۱۵	۱۸	۲۷	۳۶	۳	۹	۲۱	۱۸
درصد شیوع	۲درصد	۱۰درصد	۱۲درصد	۱۸درصد	۲۴درصد	۲درصد	۶درصد	۱۴درصد	۱۲درصد

بحث

به علت تاخیر در آتروفی زائده پروسس وازینالیس که بطور طبیعی به دنبال نزول آهسته تر بیضه سمت راست به داخل اسکروتوم ایجاد می شود ذکر می کنند (۲).

با در نظر گرفتن شیوع فتق اینگوینال در این مطالعه شایعترین سن مراجعه بیمار ۲۴درصد در سن ۵۰-۴۰ سالگی بوده است و شیوع فتق اینگوینال بعد از سن ۴۰ سالگی تقریباً ۲ برابر شیوع آن در سن کمتر از ۴۰ سالگی میباشد که بنظر می رسد اغلب بعلت ضعف جدار شکم در موارد فتق ایگوینال مستقیم می باشد و در سن زیر ۴۰ سالگی نیز اغلب یک peak شیوع در سن پایین وجود دارد که بعلت باز ماندن پروسس وازینالیس بصورت فتق اینگوینال غیر مستقیم می باشد . با در نظر گرفتن تکنیک جراحی در بیماران ۳ نوع تکنیک قابل ذکر می باشد اول در مورد کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال که فقط از high ligation استفاده شد (۲۰) که در بین این بیماران ۱ مورد عود دیده شد (۳درصد) البته در مطالعات جراحی اطفال میزان عود (۱درصد-۰) ذکر شده است (۱۱) و اغلب علت عود پاره شدن ساک - عدم آزاد کردن کامل ساک - لیز خوردن گره از محل گردن ساک - عدم گره زدن ساک در محل مناسب یعنی روی رینگ داخلی می باشد (۱۲)

در سن بالای ۱۵ سال از ۲ تکنیک استفاده شد که ۶۲ مورد تکنیک ترمیم بافتی باسینی و ۷۰ مورد ترمیم با مش لیختن اشتاین انجام گردیده بود و در پیگیری ۲-۳ ساله میزان عود در تکنیک باسینی (۶درصد) بوده است لازم به ذکر است در مطالعات وسیع خارجی شایعترین عملی را که در بیمارستانها مورد استفاده قرار می گیرد (۵۹درصد موارد) تکنیک باسینی ذکر کرده اند (۱۰). لازم به ذکر است که در روش ترمیم بالینی بطور معمول

فتق های جدار شکم شایعترین وضعیتی هستند که نیاز به اعمال جراحی بزرگ پیدا می کنند. (۴) و شیوع تقریبی فتقهای کشاله ران در مردان حدود ۳درصد است (۳) علیرغم تعداد نسبتاً زیاد اعمال جراحی برای ترمیم فتق همیشه نتایج خوبی حاصل نمی شود در این مطالعه با در نظر گرفتن شیوع سنی و جنسی فتق، نتایج عمل فتق را در دو مرکز آموزش جراحی که با تکنیکهای متفاوت انجام شده اند بررسی خواهیم کرد. در بررسی که انجام شد از تعداد ۱۵۰ بیمار که در طی سالهای ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ در اهواز تحت عمل جراحی فتق اینگوینال قرار گرفتند ۹۲درصد را مردان تشکیل می دادند که تقریباً در مردان ۱۱ برابر شایعتر از زنان بود هر چند در آمار های جهانی شیوع در مردان تقریباً ۲۵ برابر زنان می باشد (۳) که شیوع در مردان نسبت به آمارهای جهانی کمتر می باشد و علت آن ممکن است چنین باشد که عده ای از مردان با وجود فتق به مدت طولانی برای انجام جراحی مراجعه نمی کنند و یا فتق در زنان در این منطقه شیوع بیشتری دارد. که برای اثبات آن باید مطالعات تکمیلی و وسیعتری انجام گردد. در این مطالعه فتق سمت راست در ۵۴درصد و چپ ۳۶درصد و دو طرفه ۱۰درصد دیده شد و با در نظر گرفتن شیوع سمت گرفتار در زنان و مردان بطور مجزا نیز تقریباً همین آمار بدست می آید البته در مطالعات ذکر شده در کتب مرجع معمولاً شیوع فتق سمت راست ۲ برابر سمت چپ ذکر شده است (۴) که تقریباً مختصری شیوع سمت راست نسبت به سمت چپ به نسبت آمارهای جهانی کمتر است ولی این اختلاف آماری قابل توجه نمیباشد. لازم به ذکر است که در کتب مرجع علت شیوع فتق اینگوینال غیر مستقیم در سمت راست را

از نوع عود کرده می‌باشد (۱۰) البته برای فتق عود کرده دو طرفه اغلب روش stopra توصیه می‌گردد. (۱۶) باید توجه داشت که (۶۷/۵ درصد) موارد عود در سمت چپ دیده شد و با توجه به اینکه فتق در سمت راست شایعتر دیده می‌شود تفاوت قابل ملاحظه ای در مورد سمت عود فتق قابل ذکر نیست.

در نهایت نتیجه می‌گیریم که فتق اینگوینال با توجه به مطالعه ما در دهه پنجم شیوع بیشتری دارد و شیوع جنسی آن در زنان به نسبت آمارهای جهانی بیشتر است و با توجه به تکنیکهای جراحی انجام شده می‌توان نتیجه گرفت که در مراکز آموزشی نیز با کسب مهارت لازم توسط دستیاران جراحی عمل جراحی فتق با لیگاتور ساده ساک در اطفال و ترمیم با مش در بزرگسالان میزان عود کمی داشته و از این نظر در حد آمارهای ارائه شده در مقالات خارجی میباشد ولی در مورد ترمیم بافتی به روش باسینی میزان عود بالاتر از متوسط آمارهای جهانی می‌باشد که لزوم توجه بیشتر به آموزش روش بالینی ترمیم به دستیاران در مراکز آموزشی را تاکید می‌کند.

فاشیای ترانسور سالیس باز نمی‌شود ولی در روش بالینی تعدیل شده می‌توان فاشیای ترانسور سالیس را در جهت انسزیون برش داد و بعنوان یک لایه اضافی در ترمیم استفاده کرد و در بعضی مطالعات میزان عود با این روش کاهش یافته است.

در مورد تکنیک ترمیم با مش میزان عود (۳ درصد) بود البته میزان عود با روش لیختن اشتاین بمیزان قابل توجهی کمتر شده است و در مطالعات نیز این موضوع ثابت شده است (۱۳ . ۱۴ . ۱۵) و علت آن احتمالاً باقی ماندن فونکسیون سالم فاشیاترانسورسالیس می‌باشد (۱۴) البته از علل اصلی عود این روش فیکس نکردن مش به تویرکل پوبیس ذکر شده است و عدم فیکس مناسب مش و چین خوردن آن بعنوان عوامل اصلی عود مطرح شده است (۱۳) و در مطالعات عود این روش را در حدود کمتر از ۱ درصد ذکر کرده اند (۱۵) روش لیختن اشتاین برای موارد فتق عود کرده نیز روش مناسبی است باید توجه داشت که در مطالعات ذکر شده است که در بیمارستانهای آموزشی حدود ۲۰ درصد اعمال جراحی فتق

منابع

- 1-MacFadyen BV, Mathis CR. Inguinal herniorrhaphy complications and recurrence. Semin Laparosc Surg 1994 1:128.
- 2- Rutkow IM, Open versus Laparoscopic groin herniorrhaphy: Economic realities, In: Arreyui M E.Nagan R F, Inguinal hernia: Advances or contraversies ? Oxford, Raddiffe Medical, 1994.
- 3- Njhus L M, Coelton R E. Judge C. Rhoads J E. Hernia. 3rd ed. Philadelphia: J.B.Lippincot, 1989.
- 4-Eubanks W S. Hern I U.Townsend C M. Beauchamp R D. Evers B M. Mattox K L ,Sabiston Textbook of Surgery The biological basis of modern surgical practice. 16th ed. Philadelphia: W.B. Saunders 2001, p. 783-802
- 5-Nilsson E, Kale A, Edberg B, Bragmark M, Fordell R, Hapaniemi S. Hernia surgery in a defined population: a prospective three year audit. Euro Surg 1997 Nov 163(11): 823 -9.
- 6-Mackiewicz Z, Prywinski S, Zomvowski I, Inguinal hernia repair by the tension free technigue of Lichtenstein. wiad-lek 1997 50 us1 pt 1: 378 - 81.
- 7-Donati M, Gandalf L, Privateer A, Caballero G, Broncos G. Inguinal hernia recurrence after prosthetic repair: our experience, Chirital , 2003 Jul- Aug 55(4):609 -15.
- 8- Barras C.Surly V, Borden A. Champault G. Management of recurrent inguinal hernia : a prospective study of 163 cases Hernia . 2003 Sep 7(3) 125 – 9.
- 9-Simons MP, Vows PM, Vangeldere D, Huntsman H F, Overtop H. More recurrences than expected following inguinal hernia surgery. Ned-tijdschr-Geneeskd 1996 Dec 14; 140 (50) : 2506-9.
- 10- Weber TR, Tracy TF, Groin hernias and hydrocels, In: Accraf R, T Murphy, J P Sharp R J, Sigalet D L, Snyder C L. Pediatric Surgery,3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000. p654-63.

- 11- Sterna F. Recurrent inguinal hernias in infants and children. *World J. Surg* 1995 19:303.
- 12- Baynielsen M, Nordic P, Nilsson E, Kehlet H. Data base operative finding in recurrent hernia after a lichtenstein procedure. *A M J Surg* 2001 Aug; 182 (2) : 134-6.
- 13- Mattioli F, Puglisi M, Priora F, Mille F, Butter P. Treatment of inguinal hernia: a prospective study comparing Basins procedure the inguinal preperitoneal prosthesis and the Lichtenstein technique. *Chiv Ital* 2002 May -Jun, 54 (3):7-21.
- 14- Egiev V N, Titora G P, Shurygin S N, Chizhov D V. Complications of Lichtenstein's plastic reconstruction of inguinal canal. *Hirurgiia (MOSK)* 2002 (7): 37-40.
- 15- Huang C S. Surgical treatment of recurrent groin hernia. *J Formos Med Assoc* 1999 Feb 98 (2):122-7.

Archive of SID