

بررسی نتایج رزکسیون و آناستوموز اولیه کولون در ۴۰ بیمار مبتلا به ولولوس سیگموئید بین سالهای ۱۳۶۶-۱۳۷۷

دکتر سیواک الیاسیان* دکتر حسینی عطایی پور**
دکتر مریم محسنی*** دکتر کتایون رحمدل****

خلاصه:

سابقه و هدف: ولولوس سیگموئید از علل شایع انسداد کولون در ایران می‌باشد. در این مطالعه نتایج حاصل از رزکسیون و آناستوموز اولیه کولون - بدون پرپ - در ولولوس سیگموئید بررسی می‌شود.

مواد و روش: این مطالعه بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به انسداد روده انجام شده است، که هیچگونه علائمی دال بر ایسکمی و گانگرن روده در آنها وجود نداشته است و ۸۵٪ آنها پیشاپیش از یک تا شش بار تحت عمل دتورسیون ولولوس قرار گرفته و دو مرتبه با عود ولولوس و انسداد مراجعه نموده‌اند. این مطالعه به روش پرسپکتیو انجام شده است.

یافته‌ها: در این مطالعه فقط یک مورد ایلئوس بعد از عمل وجود داشته است، که خودبخود برطرف شده و مورتالیتی وجود نداشته است.

نتیجه‌گیری: با در نظر گرفتن شرایط عمومی بیمار، وضعیت روده، تجربه جراح و ممانعت از آلودگی شکم حین عمل؛ نتایج عمل رزکسیون و آناستوموز اولیه کولون، بدون پرپ روده، در ولولوس سیگموئید بطور کامل رضایتبخش می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: ولولوس سیگموئید، رزکسیون، آناستوموز، آناستوموز اولیه

مقدمه

کافی انجام می‌گیرد یعنی رزکسیون و آناستوموز اولیه روده. (۱، ۳-۵، ۸، ۱۰)

اختلاف نظرها در جایی آغاز می‌شود که درمان غیرجراحی جهت دتورسیون موفقیت آمیز نبوده و یا رکتوسیگموئیدوسکوپ در دسترس نمی‌باشد و بیمار در همان مرحله اول - بدون آمادگی و پرپ روده - تحت لاپاراتومی قرار می‌گیرد. در اینجا طیف اعمال جراحی انجام شده از لاپاراتومی و دتورسیون به تنهایی و موکول شدن عمل جراحی قطعی به مرحله بعدی تا اعمالی نظیر سیگموئیدوسکوپ و در

ولولوس سیگموئید یکی از علل شایع انسداد کولون در ایران می‌باشد. بسته به اینکه ولولوس منجر به انسداد ساده بدون گانگرن و یا منجر به گانگرن روده شده باشد، روش درمان متفاوت است. در مواردی که گانگرن روده وجود دارد روش درمان مشخص و درمان انتخابی رزکسیون روده و کولوستومی می‌باشد. در مواردی که گانگرن روده وجود ندارد درمان مناسب عبارت است از اقدام اولیه غیر جراحی دتورسیون روده توسط رکتوسیگموئیدوسکوپ و رکتال تیوب و سپس درمان جراحی قطعی که بعد از پرپ روده و با آمادگی

** متخصص جراح عمومی

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهید مدرس

*** استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی

**** عضو هیئت علمی گروه جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، بیمارستان پنجم آذر گرگان

Archive of SID

جدول ۱ - توزیع فراوانی موربیدیتی و مورتالیتی در ولولوس سیگموئید که تحت عمل رزکسیون و آناستوموز اولیه قرار گرفته‌اند (n=40)

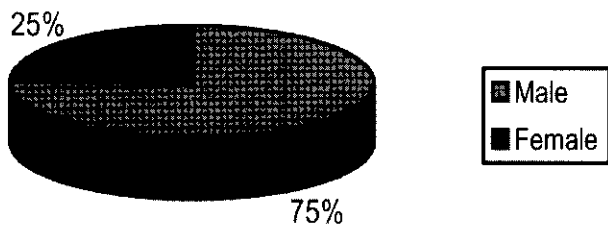
موربیدیتی و مورتالیتی	فراوانی مطلق	درصد
موربیدیتی	۱	۲/۵
مورتالیتی	۰	۰
جمع	۱	۲/۵

بطوریکه در این جدول ملاحظه می‌شود در این مطالعه تنها یک مورد موربیدیتی (۲/۵٪) وجود داشته و مورتالیتی وجود نداشت.

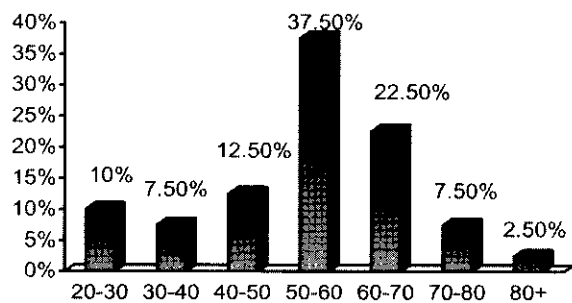
جدول ۲ - عوارض رزکسیون و آناستوموز اولیه کولون در ولولوس سیگموئید در بیماران مورد بررسی در بیمارستانهای امام خمینی همدان و بوعلی تهران (n=40)

عوارض	فراوانی مطلق	درصد
لیک آناستوموز	۰	۰
عفونت زخم	۰	۰
ایلئوس	۱	۲/۵
جمع	۱	۲/۵

در این بیماران فقط یک مورد عارضه ایلئوس بعد از عمل مشاهده شد که خودبخود بهبود یافت.



نمودار شماره ۱ - توزیع فراوانی افراد نمونه برحسب جنس



نمودار شماره ۲ - توزیع فراوانی افراد نمونه برحسب سن

نهایت درمانهای قطعی تر رزکسیون سیگموئید با انجام کولوستومی و یا آناستوموز اولیه متفاوت است. ۱.۳-۵.۸.۱۰.۱۸.۲۰ تحقیقات در زمینه هر کدام از این روشها و نتایج آنها کامل نمی‌باشد. بنابراین لازم است در این زمینه تحقیقات کافی انجام شود تا پروتکل‌های درمانی مشخص که در ضمن بهترین نتایج را نیز داشته باشد، ارائه گردد. هدف از این مطالعه نشان دادن نتایج حاصل از رزکسیون و آناستوموز اولیه - بدون پرپ روده - در ولولوس سیگموئید است.

مواد و روشها

این مطالعه بر روی ۴۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی همدان سال ۷۰-۶۶ و بیمارستان بوعلی تهران ۷۷-۷۳ با علائم انسداد روده انجام شده است. تشخیص ولولوس سیگموئید براساس یافته‌های بالینی و علائم رادیولوژیک (عکس ساده شکم) داده شده است. ۳۴ نفر از ۴۰ بیمار (۸۵٪) ولولوس عود کرده داشته‌اند و پیشاپیش از یک تا شش بار در مراکز دیگر تحت عمل جراحی دتورسیون به تنهایی قرار گرفته بودند. هیچیک از بیماران علائم بالینی گانگرن روده (تب، رژی‌دیتی شکم، ریباندتندرنس) را نداشته‌اند.

بعد از اقدامات احیاء اولیه و تجویز آنتی‌بیوتیکهای قبل از عمل و گذاشتن رکتال تیوب بیماران تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفته‌اند.

در بررسی حین عمل کولون سیگموئید زنده بوده و هیچگونه علائم گانگرن روده وجود نداشته است. بعد از دتورسیون تخلیه روده از طریق رکتال تیوب انجام شده و رزکسیون سیگموئید همراه با آناستوموز اولیه کولون بدون آلودگی و در خارج از شکم انجام شده است. رکتال تیوب، بالاتر از محل آناستوموز قرار داده شده و به مدت سه روز بعد از عمل نگهداشته شده است. آنتی‌بیوتیکها به مدت سه روز، ادامه داشته و طول مدت بستری به طور متوسط ۶ روز بوده است.

یافته‌ها

در این مطالعه فقط یک مورد موربیدیتی که شامل ایلئوس بعد از عمل در آقای ۶۵ ساله‌ای وجود داشته که خودبخود بهبود یافته است. مورتالیتی وجود نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

رزکسیون و آناستوموز اولیه به طور کامل رضایتبخش است و آمار گزارش شده در این تحقیق این مدعا را ثابت می‌کند مزایای این روش عبارتند از:

۱- بیمار فقط یکبار تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد.
۲- مدت بستری و هزینه وارد بر بیمار و بیمارستان کاهش می‌یابد.

۳- استرس جراحی مجدد برای بیمار از بین خواهد رفت.
۴- با در نظر گرفتن این مطلب که ۸۵٪ از بیماران ۱ تا ۶ بار تحت عمل جراحی دتورسیون قرار گرفته و تا عود بعدی برای انجام عمل جراحی قطعی مراجعه نکرده‌اند، با انجام این روش میزان عود در بیماران با کمپلیانس پایین که تعداد قابل توجهی هستند، کاهش می‌یابد.

بنابراین توصیه ما انجام عمل جراحی رزکسیون و آناستوموز اولیه کولون در بیمار دارای شرایط مناسب می‌باشد که بیماری همراه شدید نداشته و افزایش طول مدت عمل ریسک جراحی اورژانس را در آنها افزایش نمی‌دهد.

با توجه به اینکه در برخورد با بیمار مبتلا به انسداد روده ناشی از ولولوس سیگموئید - بدون وجود علائم و نشانه‌های گانگرن - انتخابهای متعددی برای انجام عمل جراحی وجود دارد - لازم است با توجه به جمیع شرایط، روشی را اتخاذ نمود که کمترین مورتالیته - موربیدیته و میزان عود را داشته باشد.

در انجام عمل آناستوموز اولیه بدون پرپ روده باید به این نکات توجه کرد:

۱- شرایط عمومی بیمار: علائمی دال بر مشکوک بودن به گانگرن روده از نظر بالینی وجود نداشته باشد. بیماریهای زمینه‌ای مانع از طولانی بودن عمل جهت انجام رزکسیون و آناستوموز نباشد.

۲- وضعیت روده: در بررسی حین عمل هیچگونه علائمی از ایسکمی روده وجود نداشته باشد.

۳- تجربه جراح: با انتخاب صحیح بیمار و کنترل حین عمل جهت جلوگیری از آلودگی شکم و دقت تکنیکی، نتایج

ABSTRACT:**Results of Resection and Primary Anastomosis of 40 Cases of Sigmoid Volvulus**

*Elyasian S. MD. *, Ataepour H. MD., Mohseni M. MD., Rahmdel K. MD.*

Introduction & Purpose: Sigmoid volvulus is one of the common cases of bowel obstruction in Iran. In this study the results of primary resection and anastomosis of colon – without bowel prep – has been considered.

Methods and Materials: Forty patients with diagnosis of bowel obstruction have been enrolled. They didn't have any signs or symptoms of ischemia and gangrene. Eighty five percent under vent distortion operation of volvulus 1 to 6 times in the past, and returned and admitted due to recurrent volvulus. The study is in prospective way.

Results: There is one case of postop ileus with spontaneous recovery. There is no mortality.

Conclusion: considering general condition of the Patient, bowel status, experience of the surgeon and prevention of intraoperative intrapersonal contamination, the results of primary resection and anastomosis of colon, without bowel prep, are satisfactory.

Key Words: *Sigmoid Volvulus, Resection, Anastomosis*

**Department of General Surgery, Shahid Modarres Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

References:

1. Shackelford Surgery of the elementary tract, vol. 4, Fourth edition, 1995, pp. 10-11, 50-52.
2. W. Partrick Mayier, David H, Levien. Surgery of the colon, Rectum and anus, 1995, pp. 657-662.
3. Sabiston Textbook of Surgery, fourth edition, 1996, pp. 941-942.
4. Maingot's Abdominal operation, Ninth edition, 1990, pp. 906-915 tenth edition pp. 1401-1406.
5. Schwartz Principles of surgery, sixth edition, 1994, p. 1202.
6. Oxford Textbook of surgery, Vol. 1, 1994, pp. 1093-1095.
7. Ballantyne, Leahy Modlin Laparoscopic surgery 1994, pp. 301-312.
8. Cameron current surgical therapy, fifth edition, 1995.
9. Gay's anatomy 1995, p.194, 1777.
10. Keller – A; aeberhard –p. Emergency resection and primary anastomosis for sigmoid vulvulus in an Africa population. Int – j – colorectal dis, 1990 Des; 5(4): 209-12.
11. Buffin – RP; Dabrowski – A; Kaskas – M; Helfrich – P; sabbah- M. Vulvulus of the sigmoid colon. Emergency resection and anastomosis. J-Chir-Paris. 1992 May; 129(5):245-6.
12. Kocak - S; Gecim – E; Kesenci – M; Baykan – A. Gurel – E. Treatment of acute sigmoid vulvulus.
13. Chung – RS. Colectomy for sigmoid vulvulus. Dis – Colon – Rectum. 1997 Mar; 40(3): 363-6.
14. Chug-CC; Kwok – SP; Leung – KL; Kwong – KH; Lau-way; Li-AK. Laparoscopy – assisted sigmoid colectomy for vulvulus Sug – Laparosc – Endosc. 1997 Oct; 7(5): 423 – 5.
15. Akgun – Y Meosigmoidoplasty as a definitive operation in treatment of acute sigmoid vulvulus. Dis – Colon – Rectum. 1996 May; 39(5): 579 – 81.
16. Caruso – DM; Kassir – AA; Robles – RA; Gregory – MW; Tsujimura – RB; Cheung – P; Ferrara – PJ. Use of trephine stoma in sigmoid vulvulus Dis – Colon – Rectum. 1996 Nov; 39(11):1222-6.
17. Khanna – AK; Misra – MK; Kumar – K. Extraperitonealization for sigmoid vulvulus. Aust – N – J- Surg. 1995 Jul; 65(7): 496-8.
18. Ravasse – P; Petit – T; Cau - D; Delmas – P. vulvulus of the sigmoid colon as a complication of segmental dilatation of the colon. Report of 2 cases. Eur – J – Pediatr -- Surg. 1996 Dec; 6(6): 375-7.
19. Subrahmanyam – M. Mesosigmoidoplasty as a definitive operation for sigmoid vulvulus. Br – J – Surg 1992 Jul; 79(7): 683-4.
20. Asbun – HJ; Castellanos - H; Balderrama – B; Ochoa – J; Arismendi – R; Teran – H; Abun – J. Sigmoid vulvulus in the high altitude of the Anes. Review of 230 cases. Dis – Colon – Rectum. 1992 Apr: 35(4): 350-3.
21. Morrissey – TB; Deitch – EA. Recurrent of sigmoid vulvulus after surgical intervention. AM–Surg. 1994 May; (60(5): 329-31.
22. Degiannis E; Levy – RD; Sliwa–K; Hale–MJ;saadia R. vulvulus of the sigmoid colon at Baragwanath Hospital. S-Afr-J-Surg. 1996 Feb; 34(1):25-8.