

پیوند امفالو کاو

Anastomose omphalo-cave

مجله علمی نظام پزشکی

سال دوم، شماره ۶، صفحه ۴۵۳، ۱۳۵۱

دکتر یحیی عدل - دکتر خداوردی کیافر - دکتر حسینقلی زهتاب*

میشود. طحال و کبد بیمار بزرگ و طحال تا ناحیه کرت ایلیاک کشیده شده و کبد با اندازه یک کف دست بزرگ شده و ناخن‌ها قاشقی است.

در سمع قلب سیستولیک شنیده میشود. صدای اول تا اندازه ای Eclat دارد.

فشار خون ۱۱۰/۶۰ و تعداد نبض ۹۰ در دقیقه است. در قاعده گردن ضربان آئورت همراه با سوفل سیستولیک شنیده میشود. در دستگاه گوارش عارضه مهمی ندارد. فقط بیمار در موقع خوردن چربی و تخم مرغ خیلی ناراحت میشود.

دستگاه ادراری و تناسلی طبیعی است. قاعدگی تا بحال مرتب بوده است.

دستگاه عضلانی و عصبی طبیعی است.

دستگاه لفاغوی: هپاتواسپلنومگالی حجیم Massive و میکرو آدنوپاتی در ناحیه مغبنی دارد.

نکات مثبت: ۱- سابقه دردهای شکم و عدم تحمل نسبت به چربی و تخم مرغ.

۲- برجستگی و ریدهای ناف.

۳- آنمی و سوب ایکتر.

۴- ریزش موی ابرو و سیر کولاسیون کولاترال، هپاتواسپلنومگالی و از بین رفتن مالهک ناخن‌ها.

۵- سوفل سیستولیک و اکالای صدای اول در ناحیه میترال، سوفل سیستولیک و دیاستولیک در کانون آئورت، انتشار سوفل سیستولیک به کاروتیدها و هیپرتروفی قلب.

نظر بوجود عوارض متعددی که در عمل شنت پورتوکاو (چه بطور مستقیم و چه غیر مستقیم) در بیماران عمل شده مشاهده میشود و این عوارض مخصوصاً بعلت اغمای کبدی و مسمومیت آمونیاکال مرگ و میر عمل شنت را زیاد میکند.

جهت از بین بردن این عوارض و یا تقلیل آن راههای دیگری در پیوند پورتوکاو وجود دارد که یکی از آنها پیوند امفالو کاو است که تقریباً هیچگونه عارضه‌ای در آن دیده نمیشود (۱). در اینجا شرح حال بیماری گزارش میشود که مدت سه سال از عمل او میگذرد و هیچگونه عارضه‌ای نداده است علاوه بر آن در یکسال اخیر دو مورد دیگر نیز بهمین منوال عمل شده و تحت نظر هستند که شرح حال آنها نیز بعداً گزارش خواهد شد.

شرح حال بیمار: خانم ر - ن ۲۵ ساله، اهل شاهی در تساریخ ۲۳/۱۱/۴۷ بعلت سیروز و آسیت و علایم ازدیاد فشار ورید باب به بخش ۳ جراحی بیمارستان ابن سینا مراجعه کرد.

سابقه بیمار: در حدود یکسال است که روز بروز شکم بیمار بزرگ و در عین حال روز بروز لاغر تر می شود مدت سه سال است که ازدواج کرده و یک بار حامله شده و زایمان بطور طبیعی انجام شده است. پس از زایمان ناف بیمار برجسته شده و خیال میکرده که مبتلا به فتق ناف شده، در صورتی که حجیم بودن ورید ناف در کار بوده است. بیمار از لحاظ قیافه کم خون و ضعیف و عضلات و اندامهای بیمار آتروفیه است و مختصری سوب ایکتر دارد.

در معاینه شکم خیلی بزرگ و جریان وریدی فرعی (سیر کولاسیون کولاترال) در قسمت فوقانی و شکم و قسمت تحتانی قفسه صدری ملاحظه

* بیمارستان ابن سینا - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

آزمایش‌هایی که از بیمار بعمل آمده است:

گویچه قرمز ۳/۴۰۰/۰۰۰، گویچه سفید ۱۴۰۰۰، نوتروفیل سگمانته ۲۸، ائوزینوفیل ۴، مونوسیت ۲، لنفوسیت ۱۶، همتاکریت ۳۴٪، اندازه هموگلوبین ۶۰٪، انعقاد ۵ دقیقه، سیلان ۳ دقیقه، سدیمانتاسیون ساعت اول ۷ میلی‌متر، سدیمانتاسیون ساعت دوم ۲۰ میلی‌متر، کلسترول ۱/۰۵، پروتئین توتال ۶۳ (gl) (۷۰-۸۰)، در گلبولهای قرمز آنیزوسیتوز و پوئی کیلوسیتوز وجود دارد. واندنبرگ مستقیم و غیرمستقیم مثبت، زمان کوئیک ۲۸ ثانیه (مشابه ۱۶/۵ ثانیه)، پروتروبین خون ۳۱/۵٪، اوره ۰/۲۷ گرم.

جواب آزمایش پونکسیون مغز استخوان:

محل برداشت استخوان ایلپاک

سلولاریته: نسبتاً کمتر از طبیعی

نسبت سری میلوگرا نولوسیت $\frac{1}{4}$

سری ارتیروئید $\frac{1}{4}$

سری میلوگرا نولوسیت: توزیع و ساختمان سلولها تقریباً طبیعی است و مختصر انحراف بر است در گرا نولوسیتها مشاهده میشود. سری ارتیروئید: با وجودیکه هیپرپلازی نسبی دیده میشود ولی سلولها از نظر هموگلوبین فقیر و شباهت زیادی به کم خونی به علت فقر آهن دارند. تعداد سلولهای در حال تقسیم در این سری زیاد شده است.

پلاسموسیت سلولرتیکولار، سری مگاکاریوسیت، طبیعی است. اشکال غیر طبیعی دیده نشد، ذخیره آهن خیلی کم شده است.

نتیجه: بیشتر میتوان استنباط کرد که مغز استخوان شباهت زیادی به کم خونی به علت فقر آهن دارد.

بیمار پس از Réanimation و تقویت عمومی و جبران کمبود خون و آنمی در تاریخ ۱۹/۱/۴۸ برای عمل جراحی شنت حاضر گردید. بیهوشی عمومی با اثر انجام گرفت.

پس از ضد عفونی کردن محل عمل چون برجستگی ناف قابل ملاحظه بود لذا برش طولی داده شد و پس از آزاد کردن و بردن ناف که خیلی حجیم و فشار آن در حدود ۳۰ سانتیمتر جیوه بود، در قسمت بالای ورید اجوف تحتانی پیوند انتهائی جانبی انجام شد (Termino-Lateral) و چون طحال بیمار بزرگ بود اسپلنکتومی هم بعمل آمد. در حین عمل سه شیشه خون ایزوگروپ به بیمار تزریق گردید، بیمار در تاریخ ۴۸/۲/۵ با بهبود کامل مرخص شد.

جواب بیوپسی طحال خانم رن، شماره بیوپسی ۷۲۲۱۵، آزمایشگاه آسیب‌شناسی دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

بافت آزمایشی طحال:

ماکروسکپی: بافت ارسالی عبارت از یک طحال بزرگ بطول ۲۰ سانتیمتر و بعرض ۸×۱۵ سانتیمتر با سطح صاف که در قطع منظره طبیعی طحال مشهود است، قوام آن طبیعی است.

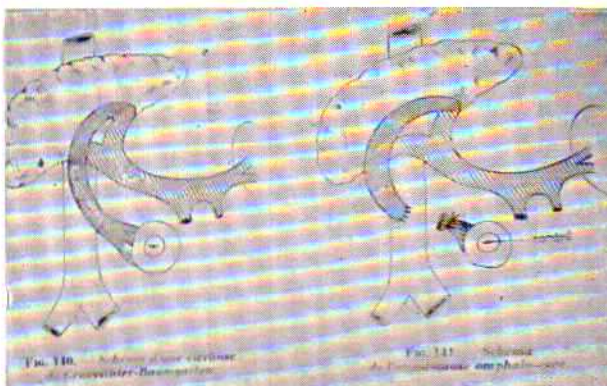
میکروسکپی: در آزمایش ریز بینی برشهای تهیه شده ساختمان نسج طحال مشهود است که در آن سینوزوئیدها گشاد و پر خون است. پولپ سفید و قرمز افزایش یافته سینوزوئیدها از سلولهای رتیکولر موبیلیزه میباشد. پیگمان هموزیدرین فراوان در بافت چشم میخورد. تشخیص: طحال فیبرو کونزیستو:

طریقه و تکنیک عمل: در موقع مطالعه اسپلنو پورتو گرافیا حجیم بودن ورید ناف در اغلب حالات سندرم (Cruveilhier-Baugmartin) و نارسائی جریان خون ورید باب، جراح را بفرک پیوند این ورید و امیدارد.

فقط در مواردی که ورید ناف خیلی حجیم و تقریباً باندازه انگشت شست باشد قابل نفوذ (Pérmeabl) و برای پیوند امفالوگاو مفید است.

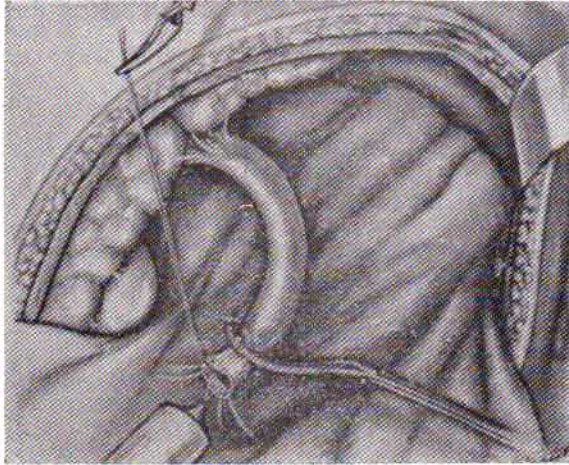
در مورد قطر و گشادی ورید ناف موقعی میتوان قضاوت کرد که شکم باز شده باشد. گاهی حجم ورید ناف باندازه خود ورید باب می‌شود. اسپلنو پورتو گرافی گاهی از اوقات تصاویر خوب و قابل قبولی را ارائه میکند و در اسپلنو پورتو گرافی باید ورید ناف بطور کافی حجیم شده باشد.

روش عمل (۳ و ۲ و ۱): بیمار را به پشت می‌خوابانیم و یک بالش زیر قاعده سینه می‌گذاریم تا قوس طبیعی ناحیه مزبور را زیادتر کند شکاف وسطی فوق ناف در حالی که بطرف چپ و پائین ناف متمایل شود ادامه پیدا میکند یا اینکه از شکاف زیر دنده‌های راست عرضی و بطرف چپ متمایل شده و از خط وسط عبور کند استفاده می‌کنیم. (شکل ۱)



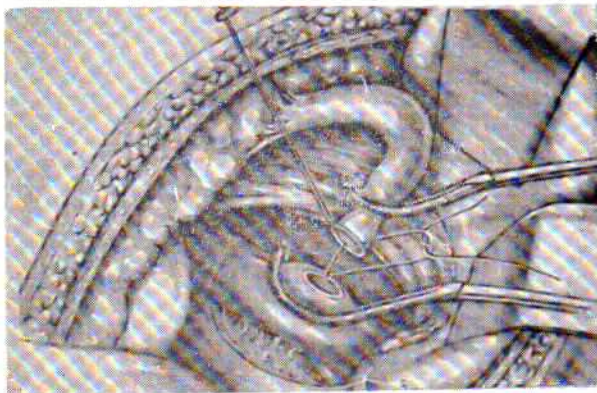
شکل ۱- A شمای پیوند امفالوگاو - B شمای سروز کروویلیر بوگمارتن

دور از جدار قدامی شکم جدا می کنیم در این حال ورید ناف کاملاً آزاد میشود آنگاه آنرا کمی در بالای ناف کلامپه می کنیم و بعد از بستن آن از محل Auras ورید را قطع می کنیم . (شکل ۳) شستشو با سرم هپارینه در تمام مقاطع ورید ناف قطع شده و کلامپه انجام میشود. (شکل ۴)



شکل ۴- دهانه ورید ناف با سرم هپارینه شستشو داده میشود.

گوشه قدامی شیار ورید ناف را در حال (plier کردن) روی کنار قدامی کبد بمنظور کوتاه و خم کردن مسیر ورید ناف میتوان بشکل هلال در آورد و قوس ورید ناف را بین کبد و جدار آزاد کرد. برای دیسکسیون (تشریح) در سطح قدامی بخش زیر کبدی تند ورید اجوف تحتانی شکاف طولی داده میشود و با چند لیگاتور صفاق، جدار خلفی را از سطح قدامی تند ورید اجوف تحتانی آزاد می کنیم صفاق اغلب ضخیم و پر خون بوده و در موقع برش خون میدهد لذا لازم است که به همراهی یک پارچه آغشته شده به سرم گرم تامپونمان شود (۱). دکولمان Duodeno-pancréatique partiel راه را برای پیوند ورید اجوف تحتانی هموار میسازد، روی جدار قدامی ورید اجوف تحتانی یک کلامپ نیمه هلالی Pavolvasky و یا یک کلامپ Satinsky گذاشته میشود این کلامپهاژ جانبی چین وریدی را مجزا میکند و روی آن با قیچی یک گودی جدار درست می کنیم (Rondelle de paroi) و بعد با سرم هپارینه شستشو می دهیم. (شکل ۵)

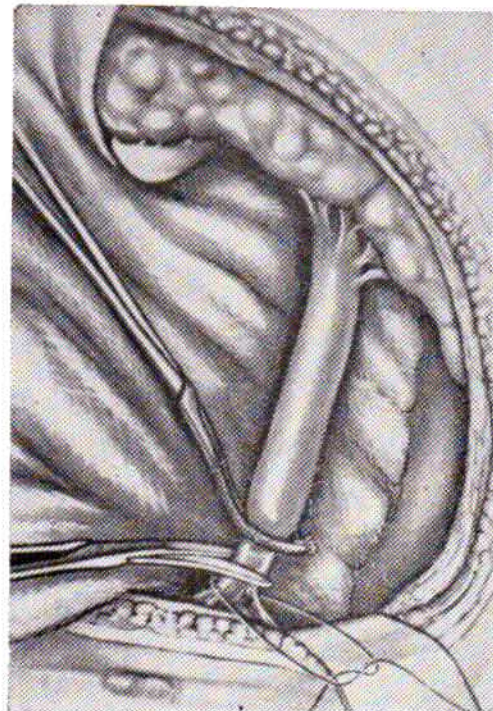


شکل ۵- ورید ناف و ورید اجوف تحتانی بهم پیوند میشوند . (شروع پیوند ترینولاترال)

نکته قابل توجه این است که باید با کمال دقت و احتیاط جهت جلوگیری از آسیب ورید ناف اقدام به ایجاد شکاف (انسیزیون) شود بلافاصله در قسمت خلفی جدار، ورید ناف ملاحظه میشود که تا اندازه ای حجیم و اغلب با اندازه انگشت شست متسع شده است. (شکل ۲) پایه های وریدی گاهی اوقات مضاعف (dédoublé) و شامل یک ورید حجیم است که باید آنرا نگهداشت و ورید دیگری را که در دو پهلوئی آن قرار دارد و زیاد مهم نیست میتوان آنرا بست .



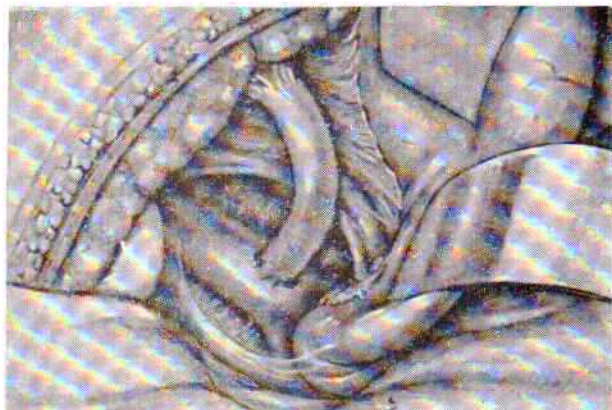
شکل ۲- آزاد کردن ورید ناف برای پیوند .



شکل ۳- ورید ناف برای پیوند حاضر شده و کلامپهاژ میشود .

برای آنکه ورید آزاد و قابل پیوند باشد باید آنرا از جدار جدا کرد و سپس ورید مزبور را از بر گهای صفاقی لیگامان روند

میرسد (اول سطح قدامی و بعداً کناره راست پایه کبدي را قطع میکنند). شکل ۶



شکل ۶- پیوند انجام شده و خاتمه عمل و کار کردن پیوند بررسی میشود.

نتایج اسپلنو پورتوگرافی این مسیر را مسجل میسازد و نشان میدهد که ورید ناف از ناف جدا شده و بطرف تنه ورید اجوف تحتانی ختم میشود و قابلیت نفوذ شنت ایجاد شده را بخوبی مشخص میکند.

نتیجه: پیوند امفالوکاو در مواردی که ورید ناف حجیم و قابل نفوذ (Perméable) باشد بنظر، عملی است بسیار آسان و راحت و هیچگونه عوارض موجود در پیوندهای پورتوکاو معمولی را ندارد و بیمار خیلی با آسانی آنرا تحمل میکند و نسبت مرگ و میر آن نیز خیلی کم و در حدود صفر است.

REFERENCES :

- 1- Leger (L) et premont (M) Anastomose omphalo-cave, justification de Technique journal du chirurgie 1962. No 83, P. 5-16.
- 2- Nouveau Traité de Technique chirurgical Tome XII (système Porte-Rate) Par L. Leger Page. 170-175 Masson et C. 1967.
- 3- Film par Leger (L) Pequignot (H) et Cornet (A) Cirrhose du cruceil hier Baumgarten et Anastomose omphalo-cave diffusion par les labratoires théraphix 98 Rue Sèvre paris.

همانطوریکه در شکل ملاحظه میشود این شکاف در روی ورید اجوف تحتانی ممکن است بطور عمودی انجام گیرد و یا ممکن است عرضی باشد.

مرحله پیوند تا اندازه‌ای سهل و آسان است. اما در آخرین مرحله عمل بنظر میرسد که دهانه آن کمی گشاد شده و صلاح است روی ورید اجوف تحتانی از شکاف عرضی و یا مورب استفاده شود. در این موقع لبه‌های ورید اجوف و ورید ناف را بهم نزدیک می‌کنیم و اگر ورید ناف درازتر از معمول باشد میتوانیم چند سانتیمتر آنرا کوتاه کنیم.

در پیوند انتهائی طرفی ورید اجوف تحتانی و ورید ناف point های مجزا و یا Surjet بر حسب عادت بکار می‌بریم منتها باید گره‌ها در خارج قرار بگیرد و در جریان عمل چندین مرتبه دهانه هردو ورید را با سرم هیپارینه می‌شوئیم (جهت جلوگیری از ترومبوز دهانه) چند ثانیه قبل از پیوند ورید ناف را دکلامپه می‌کنیم تا لخته‌های احتمالی آن خارج شوند.

در خاتمه عمل پس از برداشتن کلامپ باید از آزاد بودن پیوند و نفوذ پذیری آن اطمینان حاصل کرد.

گشادی پیوند خیلی مهم است بطریقی که باید آنرا از پیوند انتهائی طرفی پورتوکاو مهم‌تر و دقیق‌تر دانست، پس از اجرای پیوند ورید ناف از سایبان و ناف کبدي دگانه شده بطرف راست خم شده و در عمق فرو میرود و به تنه ورید اجوف تحتانی