

استفاده از روده بزرگ بجای لوله مری

مجله علمی نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۱، صفحه ۹، ۱۳۵۱

*دکتر علی‌امیرخان - دکتر شاهپور رجائیه - دکتر منوچهر تموری

وضع عروقی و باکافی نبودن طول عضو ویاکلی تر گفته شود بعلت نقص تکنیک است. تگارنه برای اینکه اینگونه عوارض شایع را بعداً قابل تقلیل دهد از کلون عرضی بازوایای طحالی کبدی و قسمتی از کلون صعودی و نزولی باپایه عروقی چپ استفاده کرده و در ۱۰ مورد، با تکنیکی که این عمل انجام می‌گیرد عوارض آنرا بعداً قابل تقلیل داده است.

بطور کلی ساختن مری جدید را در دودسته از ضایعات این عضو میتوان انجام داد:

۱- ضایعات خیم بد مری.

۲- ضایعات خوش خیم مری.

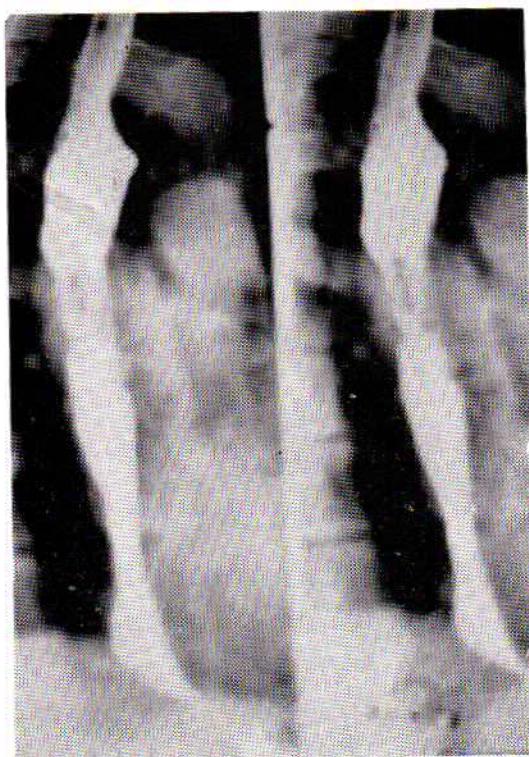
۱- ضایعات بدخیم مری (شکل ۱):

الف - سرطان مری - یکی از مواردیکه لازم است مری جدیدی ساخته شود سرطان مری است. میدانیم که از نظر سیر بولوژیکی سرطان مری از دوطریق به دستگاه لنفاوی متاستاز می‌دهد یکی از راه مجازی و غدد لنفاوی اطراف مری (Para Esophageal) که عمولاً در مرأحل پیشرفت تومور ظاهر می‌شود و یکی هم از طریق مجازی لنفاویک زین مخاطی که در مرأحل خیلی زودتر پیدا می‌شود. در این مورد بخصوص دیده شده که گرچه تومور مری کوچک و در مرأحل اولیه پیشرفت می‌باشد ولی سلولهای سرطانی در مجازی لنفاوی زیر مخاطی تا فاصل ۱۰-۸ سانتیمتر در طرفین ضایعه وجود دارد. از این مشی بولوژیکی سرطان مری میتوان نتیجه گرفت که هر عمل جراحی درمانی (Curative) برای سرطان مری باید نزدیک به ازوفاژیکتومی کامل باشد. بهمین مناسبت باید نزد بیماران مبتلا به سرطان مری اول لاپاراتومی بعمل آورده. اگر مری پس متاستازهای پر اکنده نداشته باشد عمل (Colon by Pass) بوضع

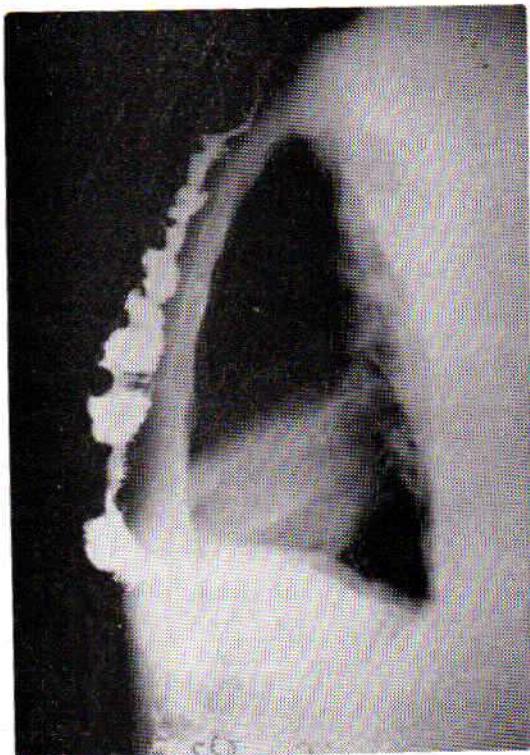
جراحی روی لوله مری بعلت موقع تشریحی و وضع عروقی این عضو مورد بحث مجاھل جراحی دنیا است. در سال ۱۸۶۸ (۴) Kussmul (کوسکی) برای اولین بار در شهر فراپرگ آلمان اقدام بعمل ازوفاگوسکپی نزد یک بازیگر سیر لک کرد که شمشیری را فروداده و مری خود را سوراخ کرده بود و با این عمل اولین قدم مؤثر را در بررسی ضایعات مری برداشت (۷). در سال ۱۹۱۳ (Torek) در شهر نیویورک نزد خانم ۴۰ ساله‌ای قسمت اعظام مری سدری را برداشت و برای جایگزینی آن از لوله‌های پلاستیکی که به سر بریده می‌گردند زیرترقوه چپ ثابت شده بود از یک طرف، و سوراخ گاستر و ستومی که قبلاً انجام بود از طرف دیگر، وصل می‌شد، استفاده کرد (۵). در این فواصل زمانی اقدامات متعددی برای ساختن مری جدید از نوج دیگر بعمل آمد. در سال ۱۸۹۴ (Bincker) از پوست لوله‌ای ساخت که بجای مری قرارداد (۲). در سال ۱۹۰۵ (Beck) طرز تهیه لوله‌ای از انحنای بزرگ معده و استفاده از آن را بجای مری، شرح داد (۱). در سال ۱۹۱۱ (Kelling) روده بزرگ را برای جایگزینی مری بوضع ایزو-پریستالنیک انتخاب نمود (۳). و در سال ۱۹۱۳ (Fink) تمام معده را تا گردن بالا کشید و از آن بمنزله مری استفاده کرد (۶). با پیشرفت علم و هنر جراحی بهره‌ولت میتوان از معده، روده کوچک و روده بزرگ بوضع ایزو-پریستالنیک یا آنتی پریستالنیک در جلو استرنوم یاعقب استرنوم یا داخل قفسه صدری، بهر و ضعی که ایجاد کند، مری جدیدی ساخت ولی مخاطرات و عوارضی از قبیل نکروز عضو و پاره شدن محل آناستوموز و یا تولید فیستول در آن، بطور شایع دیده یا گزارش شده است. باید قبول کرد که اینگونه عوارض معمولاً در نتیجه ناکافی بودن

* دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان.

عقب استرنوم (شکل ۲) یا جلوی استرنوم (شکل ۳)، و یک تادو هفته بعد از طریق سینه چپ یا راست بر حسب موقع تومور، عمل Total Esophagectomy انجام میگیرد. در صورتیکه متابستازی وجود داشته باشد، بشرط آنکه وضع عمومی بیمار طوری باشد که عمل را تحمل کند، فقط عمل Colon by pass از نقطه نظر تسکینی (Palliative) انجام میشود.



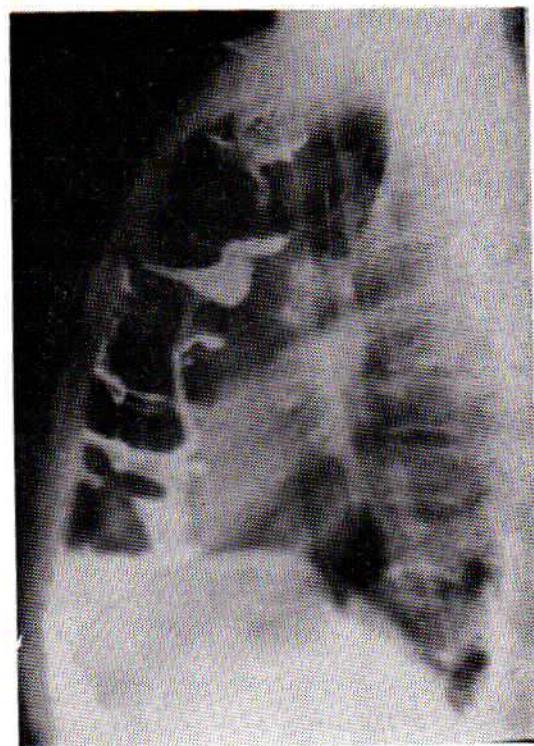
شکل ۱ - رادیوگرافی مری سرطان قسمت وسطی مری را نشان میدهد.



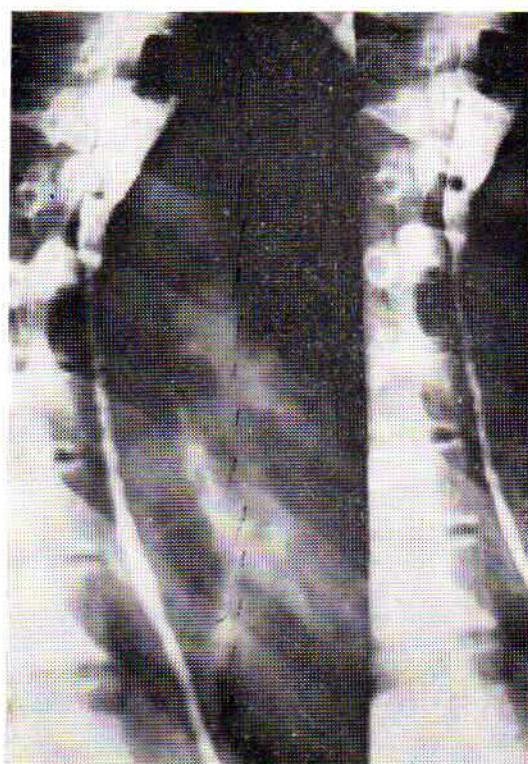
شکل ۳ - جایگزینی عری بوسیله کولون (Colon by pass) بوضع زیر جلدی (Presternal) و آنی پرستالتیک با پایه شریانی کولیک میانی.

ب - مریض هائیکه مبتلا به سرطان مری هستند و تحت درمان رادیوتراپی قرار گرفته‌اند و پس از آن بعلت پیش‌آمدن عارضه‌ی فیبروز پرتو درمانی (Radiation Fibrosis) (دچار انسداد کامل شده باشند، در این قبيل پیشامدها بهترین راه این است که از شیوه (Colon by Pass) استفاده شود (شکل ۴ و ۵).

همچنین میتوان عمل (Colon by pass) را برای بیمارانیکه سرطان مری آنها بدها خل برنش راه یافته و آنرا سوراخ کرده و یا به پرده‌ی جنب سوراخ شده باشد انجام داد، زیرا با این عمل هم قسمت سوراخ شده از مسیر طبیعی جدا میشود و هم مریض راهی برای تغذیه خواهد داشت.



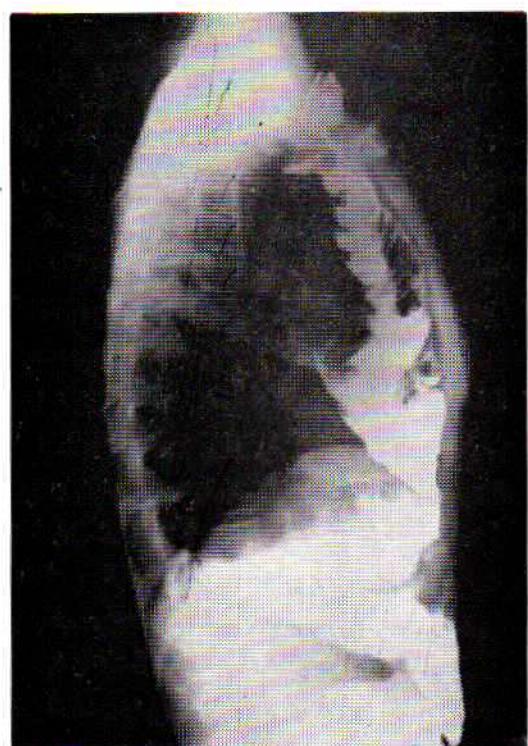
شکل ۳ - جایگزینی مری بوسیله کولون (Colon by pass) که بوضع ایزو پرستالتیک و رترواسترال قرارداد شده باشد و قی شریان کولیک جب.



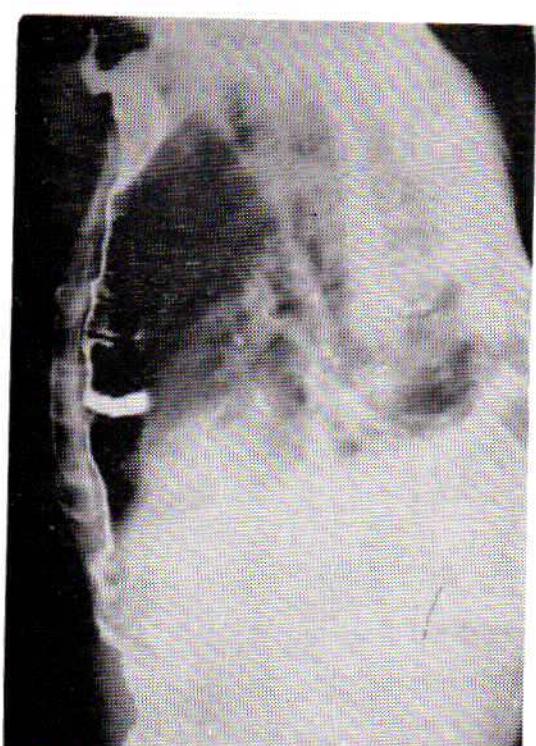
شکل ۶- سوختگی سراسری مری دو ماه بعداز خوردن مواد محرق درینکی از حمامهای اصفیان.



شکل ۴- کانسر مری پس از ۶ جلسه رادیوتراپی و انداد کامل بکمال بعد از رادیوتراپی احمدالا فیروز بعلت اشعه.



شکل ۷- بیمار شکل ۶، پس از عمل (Colon by pass) بوضع ایزوپرستالتک، رترواسترنال با پایه شریان گولیک جب.



شکل ۵- بیمار شکل ۶، پس از عمل (Colon by pass) بوضع رترواسترنال، ایزوپرستالتک با پایه شریان گولیک جب.

۴- ضایعات خوش خیم مری :

الف - سوختگیهای مری : گرچه در سوختگیهای سراسری مری بعلت مواد شیمیائی که غفلتاً خورده شده طرق درمان طبی متداول است ولی این طرق تا حدودی جوابگوی بیمار است . در مرحلی که فیبروز شدید و بطیقه عضلانی رسیده باشد ساده ترین راه درمان عمل (Colon by pass) است (شکل ۶۷).

ب - درمواردي از قبیل آترزی های مادرزادی و همچنین تنگی های پیشرفتی با طول زیاد بعلت ازوغاییت که بدنبال فقط دیافراگماتیک پیدا شده باشد بخوبی میتوان از عمل (Colon by pass) با توجه درخشنان استفاده کرد .

مختصري از تکنیک عمل :

استفاده از کلون به جای مری که امروز بطور شایع در بسیاری از مراکز جراحی دنیا انجام میگیرد بهر نوعی که از کلون استفاده شود نحوه انجام عمل جنبه استاندارد بخود گرفته است .

عوارضی از قبیل نکروز کلون جایجا شده و شایع تر از آن فیستول در ناحیه آناستوموز گردیدن از جمله عوارضی هستند که انجام این عمل را اغلب با عدم موافقیت روبرو کرده است . استفاده از این قسمت کلون یا آن قسمت دیگر بسته به نظر و تجربه جراح است . بعضی ها از کلون چپ و بعضیها از کلون راست استفاده میکنند که هر کدام در نوع خود معمایی دارد . مثلاً در مورد استفاده از کلون راست با پایه شریانی کولیک میانی معاویی زیاد مشاهده میشود . او لا قوس شریانی مارٹینال (موفقیت عمل بستگی دارد به حفظ این شریان) بین شریان ایلئو کولیک و کولیک راست بسیار ضعیف است و حتی در بعضی موارد وجود ندارد . ثانیاً سکوم (جیم) ترین قسم روده بزرگ است و شکی نیست که احتیاج بیشتری بخون دارد . آنکه حقیقتاً ضعیف ترین قوس شریانی مأمور تندیه آن است و این خود کمک بعدم موافقیت در مورد استفاده از کلون راست میکند .

ثالثاً بعلت جیم بودن سکوم عبور دادن آن از توnel پشت و اجلوی استر نوم بامختصري اشکالات فنی همراه است که خود باعث فشرده شدن عضو و درنتیجه ایجاد ایسکمی میشود . از همه مهمتر اینکه چون طول کلون راست کافی نیست (یکی از شرائط موافقیت وجود طول کافیست) اغلب اتفاق میافتد که جراح قسمتی از ایلئوم را همراه کلون بالا میکشد و آن استوموز بین مری و ایلئوم انجام میگیرد که خود متنضم معاویی از قبیل تنگی در محل آن استوموز واشکال در بلع بعلت دریچه ایلئوسکال میباشد ، واما عیب مهم آن استوموز بین ایلئوم و مری در این است که بعلت هم قطر بودن این دو عضو آن استوموز (Telescopic) که تکنیک خاص نگارنده است عملی نیست .

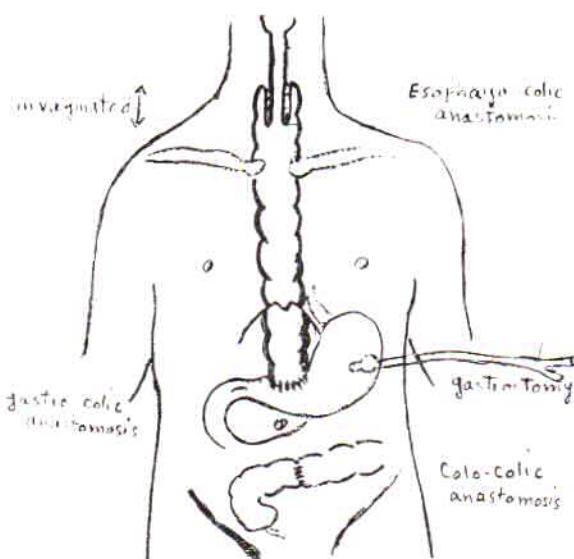
عیب آن اینستکه کلون بوضع آنتی پریستالیک قرار میگیرد گرچه غذا بعلت ثقل پائین میرود ولی مریضی ، که کلون بوضع آنتی پریستالیک برای او گذاشته شده ، مشکلات زیادی از قبیل درد شدید هنگام فرودادن دارد و همهمه اینها بعلت اینستکه بمجرد یک عمل بلع صورت گرفت پریستالیک بخلاف جهت بحر کت در میاید و در هر مرحله که لقمه پائین عیوبی که در مورد کلون راست و چپ گفته شد بوجود نماید از کلون عرضی بازوایای طحالی و کبدی و قسمتی از کلون صعودی و نزولی با پایه عروقی کولیک چپ استفاده میکنیم . او لا قوس عروقی قابل اعتماد است و در ۱۰ مورد انجام شده نقصی وجود نداشته است ثانیاً بدبینو سیله طول کافی بدهست میاید و مهم تر از همه اینکه آن استوموز گردیدن تحت کشش و فشار قرار نمیگیرد و همچنین میتوان تکنیک تلسکوپیک را پنهان شایسته انجام داد . ثالثاً همیشه کلون جایجا شده بوضع ایزوپر- پریستالیک قرار میگیرد ، ضمناً لازم است کلون از عقب معده بالا

آورده شود تا در صورت نفخ معده پدیکول عروقی تحت فشار قرار نگیرد. وهمچنین ارجح است که عمل بطریقه رتواسترنال انجام یابد تا هر یعنی نگران وضع ظاهری خوبش نباشد. ما همیشه در آخر عمل پیلور و پلاسی از نوع (Weinberg) و گاستروستومی از نوع (Stamm) انجام میدهیم تا اولاً مواد غذائی از معده بکلون جایجا شده بر نگردد. ثانیاً از طریق گاستروستومی از روزم سوم یا چهارم تقدیمه شروع گردد تا آن استوموز گردنی کاملاً جوش بخورد (شکل ۸). معمولاً روز ۹-۸ تقدیمه از راه دهان شروع میشود.

نتیجه

نگارنده معتقد است موفقیت در عمل جای گزینی مری بوسیله کلون مدیون سه اصل است:

- ۱- طول کافی - ۲- وضع عروقی خوب - ۳- آن استوموز گردنی بشکل (Telescopic) و نکته مهم این که اگر هر کدام از این اصول رعایت نشود عمل (Colon by pass) با عدم موفقیت رو برو و خواهد بود.



شکل ۸- خلاصه‌ای از نحوه عمل بطور شماقیک توجه به آن استوموز گردنی
بشكل تودر تو (Telescopic)

REFERENCES:

- 1- Beck, C., Demonstration of specimens illustrating a method of formation of a Prethoracic Esophagus, Llinois M.J. 1905. 7:463.
- 2- Bincker, E, Ein beitrag zusp plastischen bilding eines neuen esophagus. Zentralbl. Chir. 1947, 34:
- 3- Kelling, G.E. Esophaggoplastik mit Hifse der querkolon, Zentralbe. Chir. 1911, 38:1209.
- 4- Kussmaul, A.: Quoted by watson and Goodner (7).
- 5- Torek, F.: The first successful resection of the thoracic portion of esophagus for carcinoma, Surg., Gynec. Obst. 1913, 16. 614.
- 6- Von fink, F.: Vebeo plastichen ersatz der speiserohre. Zentralbe. Chir. 1913. 40: 545.
- 7- Watson, W.L., and Goodner, J.T.: Carcinoma of esophagus, J. Intnat. Coll Surgeons, 1957. 28:715.