استفاده از روده بزرگ بجای لولهٔ مری

مجله علمی نظام پزشکی
سال سوم، شماره ۱ ، صفحه ۹، ۱۳۵۱

دکتر علی‌امیرخان ـ دکترشاهپور رجائیه ـ دکتر منوچهر تیموری*

جراحی روی لولهٔ مری بعلت موقع تشریحی ووضع عروقی این عضو مورد بحث محافل جراحی دنیا است . درسال ۱۸۶۸ (۴) (Kussmul) برای‌اولین بار درشهر فرایبرگ آلمان اقدام‌بعمل ازوفاگوسکپی نزد یك‌بازیگرسیرك کرد که شمشیری رافروداده ومری خود را سوراخ کرده بود وبا این عمل اولین قدم مؤثر را دربررسی ضایعات مری برداشت (۷). درسال ۱۹۱۳ (Torek) درشهر نیویورك نزد خانم ۴۰ ساله‌ای قسمت اعظم مری‌صدری‌را برداشت وبرای‌جایگزینی آن‌ازلوله‌های پلاستیکی که‌به‌سر بریده مری که زیر ترقوه چپ ثـابت شده بود از یك طرف ، وسوراخ گاستروستومی که قبلا انجام شده‌بود ازطرف دیگر، وصل میشد، استفاده کرد (۵). در این فواصل زمانی اقدامات متعددی برای ساختن مری جدید از نـوع دیگر بعمل آمد . در سال ۱۸۹۴ (Bincker) ازپوست لوله‌ای ساخت که بجای مری قرارداد(۲). در سال ۱۹۰۵ (Beck) طرز تهیه لوله‌ای از انحنای بزرگ معده واستفاده ازآن‌را بجای‌مری، شرح داد (۱). درسال ۱۹۱۱ (Kelling) رودهٔ بزرگ را برای جایگزینی مری بوضع ایزوـ پریستالتیك انتخاب نمود (۳). ودرسال ۱۹۱۳ (Fink) تمام معده‌را تاگردن بالاکشید وازآن بمنزلهٔ مری استفاده کرد(۶). باپیشرفت علم‌وهنرجراحی‌بسهولت میتوان ازمعده ، روده کوچك وروده بزرگ بوضع ایزوپریستالتیك یاآنتی پریستالتیك‌درجلو استرنوم یاعقب استرنوم یـاداخل قفسه صدری ، بهر وضعی که ایجاب‌کند ، مری جدیدی ساخت ولی مخاطرات و عوارضی از قبیل نکروز عضو وپاره شدن محل آناستوموز ویا تولید فیستول درآن، بطور شایع دیده یاگزارش شده‌است.

باید قبول کرد که اینگونه عوارض معمولا در نتیجهٔ ناکافی بودن وضع عروقی ویاکافی نبودن طول عضو ویاکلی‌تر گفته شود بعلت نقص تکنیك است . نگارنده برای اینکه اینگونه عوارض‌شایع‌را بحداقل تقلیل‌دهد ازکلون‌عرضی بازوایای طحالی کبدی‌وقسمتی ازکلون صعودی ونزولی باپایهٔ عروقی چپ‌استفاده کرده ودر ۱۰ مورد، باتکنیکی که این‌عمل انجام میگیرد عوارض آنرا بحداقل تقلیل داده است .

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

۱ـ ضایعات خیم‌بد مری .

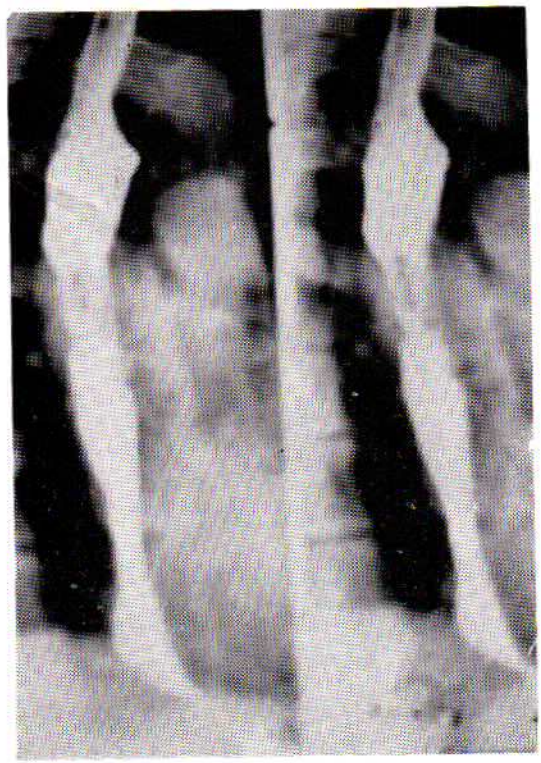
۲ـ ضایعات خوش‌خیم مری.

۱ـ ضایعات بدخیم مری (شکل۱):

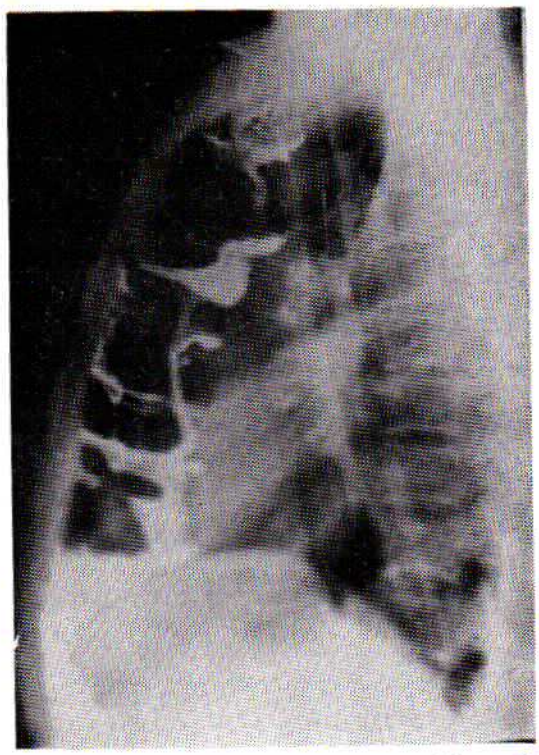
الف ـ سرطان مری ـ یکی ازمواردیکه لازم است مری‌جدیدی ساخته شود سرطان مری است. میدانیم که ازنظرسیر بیولوژیکی سرطان مری ازدوطریق به‌دستگاه لنفاوی متاستاز میدهد یکی‌از راه مجاری وغددلنفاوی‌اطراف‌مری (Para Esophageal) که معمولادرمراحل‌پیشرفته‌تومورظاهرمیشودویکی‌هم‌ازطریق‌مجاری لنفاتیك‌زیرمخاطی که درمراحل‌خیلی زودتر پیدا میشود. دراین مورد بخصوص دیده شده که گرچه تومورمری‌کوچك ودرمراحل اولیه‌پیشرفت‌میباشد ولی‌سلولهای سرطانی‌درمجاری لنفاوی زیر مخاطی تا فواصل ۱۰ـ۸ سانتیمتر درطرفین ضایعه وجود دارد . ازاین‌مشی‌بیولوژیکی‌سرطان‌مری میتوان نتیجه‌گرفت که هرعمل جراحی درمانی (Curative) برای سرطان مری باید نزدیك به‌ازوفاژکتومی‌کامل باشد . بهمین‌مناسبت باید نزدبیماران مبتلا به سرطان مری اول لاپـاراتومی بعمل آورده . اگـر مریض متاستازهای‌پراکنده‌نداشته باشدعمل (Colon by Pass) بوضع

* دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

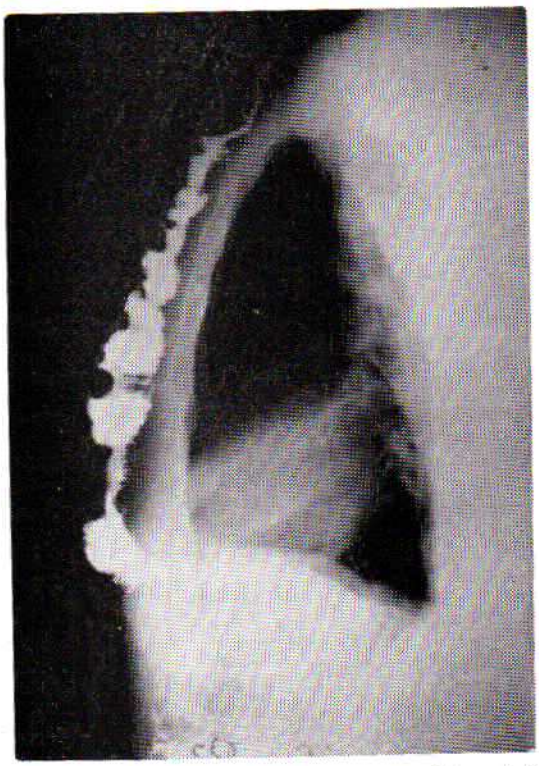


شکل ۱ــ رادیوگرافی مری سرطان قسمت وسطای مری را نشان میدهد.



شکل۲ــ جایگزینی مری بوسیله کولون (Colon by pass) که بوضع ایزوپریستالتیك و ترواسترنال قرارداده شده بپایه وریدی شریان کولیك چپ.

عقب استرنوم (شکل ۲) یاجلوی استرنوم (شکل۳)، ویك تادو هفته بعد از طریق سینه چپ یا راست برحسب موقع تومور، عمل Total Esophagectomy انجام میگیرد. در صورتیکه متاستازی وجود داشته باشد، بشرط آنکه وضع عمومی بیمار طوری باشد که عمل را تحمل کند، فقط عمل Colon by pass از نقطه نظر تسکینی (Paliative) انجام میشود.



شکل ۳ــ جایگزینی مری بوسیله کولون (Colon by pass) بوضع زیر جلدی (Presternal) وآنتی پریستالتیك با پایه شریانی کولیك میانی.

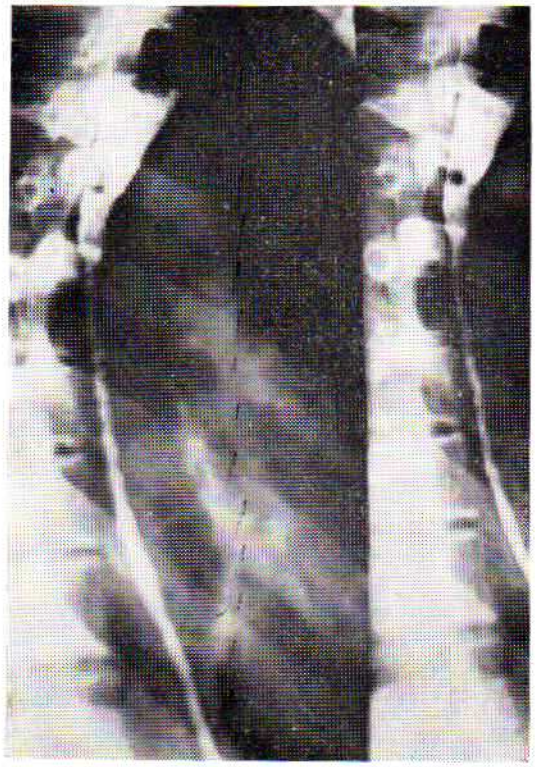
ب ـ مریض‌هائیکه مبتلا به سرطان مری هستند و تحت درمان رادیوتراپی قرار گرفته‌اند وپس از آن بعلت پیش‌آمدن عارضه‌ی فیبروزپرتودرمانی (Radiation Fibrosis) دچار انسداد کامل شده باشند، در این قبیل پیشامدها بهترین راه این است که از شیوهٔ (Colon by Pass) استفاده شود (شکل ۴و۵).

همچنین میتوان عمل (Colon by pass) را برای بیمارانیکه سرطان مری آنها بداخل برنش راه یافته وآنرا سوراخ کرده ویابه‌پرده‌ی جنب سوراخ شده باشد انجام داد، زیرا بااین عمل هم قسمت‌سوراخ شده از مسیر طبیعی‌جدا میشود وهم مریض‌راهی برای تغذیه خواهد داشت.

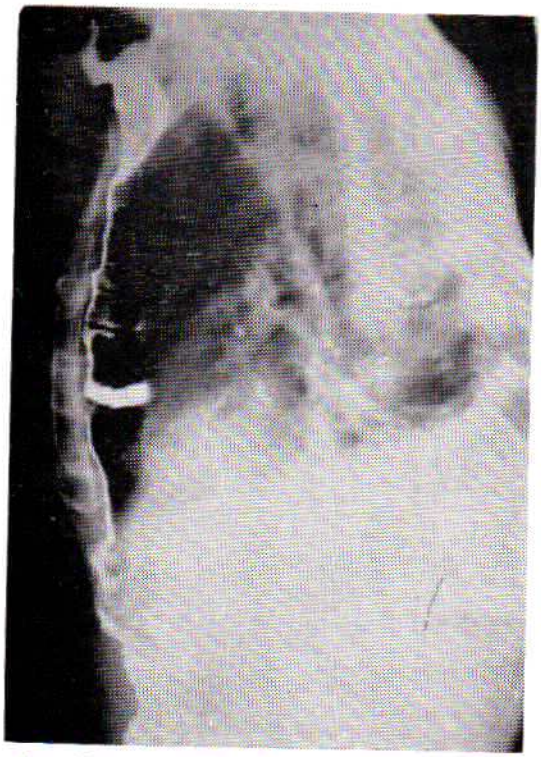
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]



شکل ۴ــ کانسر مری پس از ۶۰ جلسه رادیوتراپی و انسداد کامل یکسال بعد از رادیوتراپی احتمالاً فیبروز بعلت اشعه.



شکل ۶ــ سوختگی سراسری مری دو ماه بعداز خوردن مواد محرق دریکی ازحمامهای اصفهان.



شکل ۵ــ بیمارشکل۴، پس ازعمل (Colon by pass) بوضع رتروا ستر نال، ایزوپریستالتیك با پایه شریان کولیك چپ.



شکل ۷ــ (Colon inter Position) دربیمار شکل۶، بوضع ایزوپریستالتیك ، رتروا ستر نال با پایه شریان کولیك چپ.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

۳ـ ضایعات خوش‌خیم مری :

الف ـ سوختگیهای مری : گرچه درسوختگیهای سراسری‌مری بعلت موادشیمیائی که غفلتاً خورده شده طرق درمان طبی‌متداول است ولی این‌طرق تاحدودی جوابگوی بیمار است . درمراحلی که فیبروز شدید و بطبقه عضلانی رسیده باشد ساده‌ترین‌راه‌درمان عمل (Colon by pass) است (شکل ۶و۷).

ب ـ دردمواردی ازقبیل آترزی‌های مادرزادی وهمچنین‌تنگی‌های پیشرفته باطول‌زیاد بعلت ازوفاژیت‌که بدنبال فتق‌دیافراگماتیک پیدا شده‌باشد بخوبی میتوان ازعمل(Colon by pass) بانتیجه درخشان استفاده‌کرد .

مختصری از تکنیك عمل:

استفاده ازکلون بجای مری‌که امروز بطور شایع در بسیاری از مراکز جراحی دنیا انجام‌میگیرد بهر نوعی که ازکلون‌استفاده شود نحوه انجام عمل جنبه استاندارد بخودگرفته است .

عوارضی ازقبیل نکروزکلون جابجا شده وشایع‌تر ازآن‌فیستول درناحیه آناستوموز گردنی ازجمله عوارضی هستندکه انجام‌این عمل را اغلب باعدم موفقیت روبرو کرده است . استفاده از این قسمت کلون یاآن قسمت دیگر بسته به‌نظر وتجربه جراح‌است. بعضی‌ها ازکلون چپ و بعضیها ازکلون راست استفاده میکنند که هرکدام درنوع خودمعایبی دارد . مثلا درمورد استفاده‌ازکلون راست باپایه شریانی کولیك میانی معایبی زیاد مشاهده میشود . اولا قوس‌شریانی مارژینال(موفقیت عمل بستگی‌دارد به‌حفظ این شریان) بین‌شریان ایلئوکولیك‌و کولیك راست‌بسیارضعیف‌است و حتی‌دربعضی‌موارد وجود ندارد. ثانیاً سکوم‌حجیم‌ترین‌قسمت‌روده بزرگ است‌وشکی نیست‌که احتیاج‌بیشتری بخون داردحال‌آنکه حقیقتاً ضعیف‌ترین قوس شریانی مأمور تغذیه آن است و این خودکمك بعدم موفقیت درمورد استفاده ازکلون راست میکند . ثالثاً بعلت حجیم بودن سکوم عبور دادن آن از تونل پشت یـا جلوی استرنوم بامختصری اشکالات‌فنی همراه است که‌خودباعث فشرده شدن عضو ودرنتیجه ایجاد ایسکمی میشود . ازهمه مهمتر اینکه‌چون طول کولون راست‌کافی نیست (یکی از شرائط‌موفقیت وجود طول کافیست) اغلب اتفـاق میافتد که جراح قسمتی از ایلئوم را همراه‌کلون بالا میکشد وآناستوموز بین مری‌وایلئوم انجام میگیرد که خود متضمن معـایبی از قبیل تنگی در محل آناستوموز واشکال دربلع بعلت دریچه ایلئوسکال میباشد، واما عیب مهم‌آناستوموزبین ایلئوم ومری دراین است‌که بعلت هم‌قطر بودن این دو عضو آناستوموز (Telescopic) که تکنیك خـاص نگارنده است عملی‌نیست.

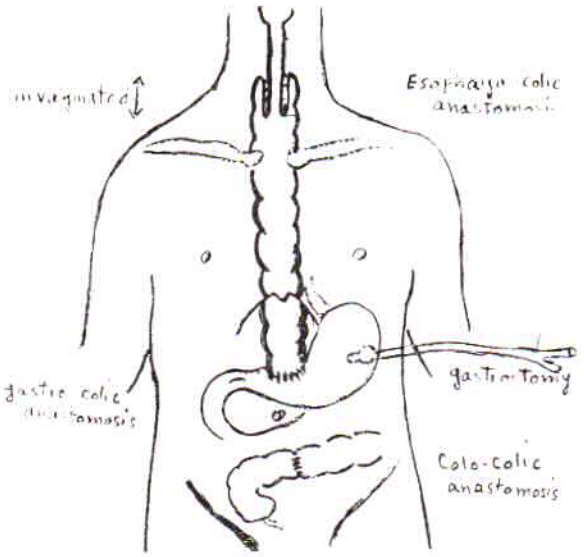
لازم بتذکر است‌که بین ۲۰ تا ۴۰٪ فیستول درناحیه‌آناستوموز گـردنی گزارش شده است. برای اینکه این عـارضه پیدا نشود نگارنده از تکنیك تلسکوپیك که مخصوص خود میباشد استفاده میکند وشرح آن بدین قرار است .

پس ازبالاکشیدن‌کلون از تونل‌آناستوموز یك طبقه‌ای بین مری وکلون انجام شده سپس این آنـاستوموز بطول ۳ـ۵ سانتیمتر بداخل‌کلون‌ترانسپلانت شده قرارداده میشود وبه‌بیان‌دیگر کلون بطول ۳ـ۵سانتیمتر بصورت یك‌روکش‌روی‌قسمت مری بالاکشیده میشود وبه نسوج اطراف مری وحلق ثـابت میگردد، در حقیقت آناستوموز گردنی بداخل کلون بطول ۳ـ۵ سانتیمترفرومیرود (انواژینه) ومحسنات آن‌دراینست‌که‌اولا تنگی درمحل‌آناستوموز بوجود نمیآید، چون‌آناستوموز دریك طبقه دوخته شده‌است‌ثانیاً احیاناً اگر آناستوموز پاره شود فیستولی ایجاد نمیشود چون آناستوموز در داخل‌کلون قرارگرفته‌است (Leak proof).لازم بتوضیح است که از ۱۰ مـورد مریضی که تحت عمل جراحی (Colon by pass) باتکنیك فوق قرارگرفته‌گرچه مرگ‌ومیر عمل بعلت بیماریهای قلبی، ریوی وعفونی دیده شده ولی‌حتی‌یك مورد هم فیستول گردنی دیده نشده است ونگارنده آن رامدیون (Telescopic Anastomosis) میداند. بااین‌شرح مختصر واضح است‌که درصورت‌بالاآوردن ایلئوم بعلت‌هم قطربودن‌ایلئوم‌ومری نمیتوان از تکنیك تلسکوپیك استفاده‌کرد . اماکلون چپ‌باپایهٔ شریان‌کولیك میانی عیوب‌کمتری در مقام مقایسه باکلون راست دارد .

عیب آن اینستکه کلون بوضع آنتی پریستالتیك قـرار میگیرد گرچه غذا بعلت ثقل پائین میرود ولی مریضی ، که‌کلون بوضع آنتی پریستالتیك برای او گذاشته شده ، مشکلات زیادی‌ازقبیل دردشدیدهنگام فرودادن داردوهمه اینهابعلت اینستکه بمجردیکه عمل بلع‌صورت گرفت پریستالتیسم بخلاف جهت‌بحرکت درمیآید ودرهرمرحله‌که لقمه بپائین فشارمیآورد پریستالتیسم بخلاف‌آن درحرکت است . مـابرای اینکه عیوبی‌که در موردکلون راست وچپ گفته‌شد بوجودنیاید ازکلون‌عرضی‌بازوایای طحالی‌وکبدی و قسمتی از کلون صعودی و نزولی با پایه عروقی کولیك چپ استفاده میکنیم . اولا قوس عروقی قابل اعتماد است ودر ۱۰مورد انجام شده نقصی وجود نداشته است ثـانیاً بدینوسیله طول کافی بدست میآید ومهم‌تر از همه‌اینکه آناستوموز گردنی تحت‌کشش وفشار قرار نمیگیرد وهمچنین میتوان تکنیك تلسکوپیك رابنحو شایسته انجام داد . ثالثاً همیشه‌کلون جابجا شده بوضع ایزوپریستالتیك قرار میگیرد ، ضمناً لازم است‌کلون از عقب معده بالا

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

آورده شود تادرصورت نفخ‌معده پدیکول عروقی تحت فشارقرار نگیرد . وهمچنین ارجح است که عمل بطریقه‌ترواستر نال‌انجام یابد تامریض نگران وضع ظاهری خویش نباشد . ما همیشه در آخرعمل پیلور وپلاستی از نوع (Weinberg) و گاستروستومی از نوع (Stamm) انجام میدهیم تـا اولا مواد غذائی از معده بکلون جابجا شده برنگردد . ثانیاً از طریق گاستروستومی از روزم سوم یاچهارم تغذیه شروع گردد تاآناستوموز گردنی کاملا جوش بخورد (شکل ۸). معمولا روز ۸ـ۹ تغذیه از راه دهـان شروع میشود .



شکل ۸ـ خلاصه‌ای از نحوه عمل بطور شماتیك توجه به‌آناستوموز گردنی بشکل تودرتو (Telescopic)

نتیجه

نگارنده معتقداست‌موفقیت درعمل‌جای گزینی مری بوسیله‌کلون مدیون سه اصل است :

۱ـ طول کافی ۲ـ وضع عروقی خوب ۳ـ آنـاستوموز گردنی بشکل (Telescopic) ونکتـه مهم این که اگر هر کدام از این اصول‌رعایت نشود عمل (Colon by pass) باعدم موفقیت‌روبرو خواهد بود .

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 Hiffe 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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]