ترمیم فیستول حالب از راه مهبل

مجله نظام پزشکی
سال ششم، شماره ۶، صفحه ۴۹۷ ۱۳۵۷

دکتر جواد غفورزاده *

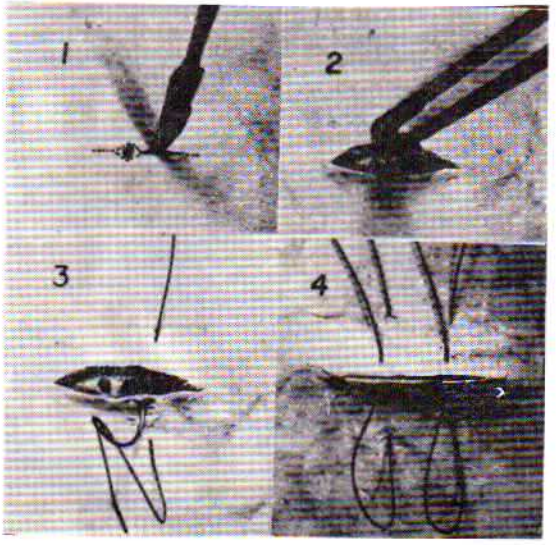
فیستول بین‌حالب ومهبل ازانواع نادر فیستولهای مجرای‌تناسلی بانوان است. در بین مجموع یکصد و پنجاه و پنج بیمار مبتلا به فیستولهای‌گوناگون ادراری- تناسلی‌که در ده سال اخیرتوسط اینجانب مطالعه وتحت درمان قرارگرفته‌اند، نوع‌حالب - مهبل جمعاً شش مورد بیشتر نبوده است . البته باید یادآور شد که تعداد پانزده‌مورد فیستولهای‌بزرگ مشاهده شده‌است‌که درنتیجه نابودی وفساد بافت قسمت بیشتر دیواره بین مهبل و مثانه، شکاف وسیعی ایجاد میگردد که هر دو حالب و یا یکی از آنها در لبه فیستول بزرگ خودرا نشان میدهد. بنابراین درحین ترمیم چنین فیستولهای وسیعی ، جراح کم و بیش با حالبها سر وکار خواهد داشت و با استفاده از سند حالب باید مسیر حالبها در حین عمل بررسی شوند تا درموقع تشریح و جدا کردن فیستول ومتحرك کردن‌جدارمثانه صدمه‌ای به‌حالبها وارد نشود وهمچنین موقع دوخت و دوز لبه‌های‌فیستول، انتهای‌تحتانی‌حالبهادرلابلای بخیه‌ها گرفته نشود و باین ترتیب میتوان سندهای حالب را ازراه مجرای ادرار به بیرون مثانه هدایت کرد و در حین عمل و یا بعداز عمل‌آنها را بیرون آورد(۳ و۷).

منظور ازتدوین این‌مقاله توضیح درباره درمان چنین فیستولهای وسیع نیست بلکه هدف ارائه راهی است برای درمان فیستولهای کوچك و منحصر به حالب‌که در جدار مهبل بوجود آمده باشد و ضایعه دیگری درکار نباشد. چنین فیستولهائیکه معمولا بعد از عمل رحم برداری‌کامل و ورتهایم پیش‌میآیند بایك شیوه جراحی خاص، گاهی ازراه مهبل نیز قابل ترمیم هستند. این عمل بشرطی از راه مهبل قابل انجام است‌که جدار مهبل قابل اتساع و کاملا جا دار باشد و دیواره‌های آن بسهولت قابل کشش بطرف پائین باشد بطوریکه محل فیستول در دسترس جراح قرارگیرد(۵).
چنانکه مهبل بسیاردراز و جایگاه فیستول حالب دور ازدسترس و بافت مجاورآن غیرقابل‌کشش باشد بهترین راه ترمیم، انجام عمل غرس مجدد حالب از راه شکم و بطریق خارج صفاقی است که در آن روش حالب را در منتهی‌الیه تحتانی و سالم آن قطع میکنند وتاحدی که‌لازم‌است‌آنرا ازبافت‌های‌اطراف جدا مینمایند و در قسمت مناسبی از جدار مثانه هرچه نزدیکتر به مثلث مثانه (تریگون) وارد آن عضو میکنند (۴ و۶).
درعمل غرس مجدد حالب در جدار مثانه از راه مهبل که به‌شیوه کلی بورنهام (Kelly Burnham) مشهور است (۱ و۷). ابتدا سوراخ مربوط به‌فیستول‌حالب‌را درجدارمهبل‌پیدا کرده سپس‌یك

* دانشکده پزشکی داریوش کبیر سابق - دانشگاه تهران .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

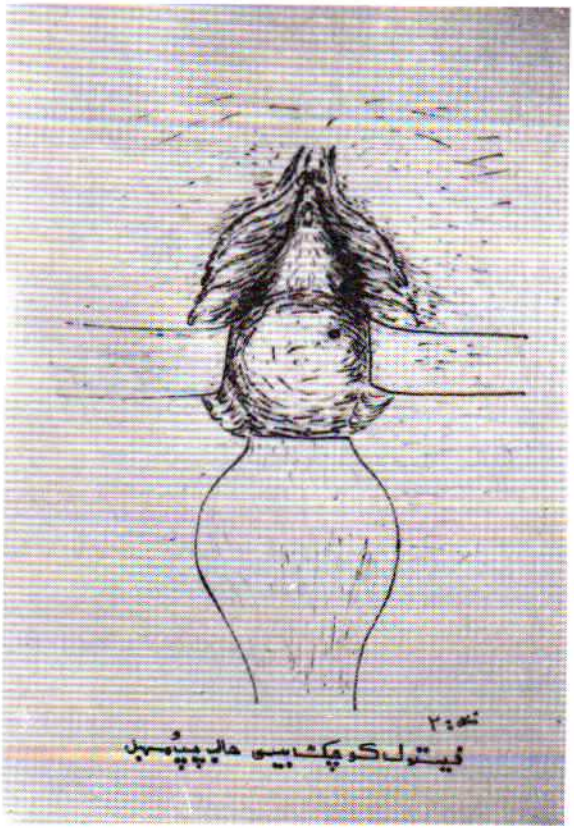
سوند حالب متوسط ومناسب باسوراخ مزبور وارد حالب میکنند و در حدود ده سانتی‌متر آنرا بالا میبرند سپس با چاقوی بسیار ظریف برشی در فاصله چند میلی متری دور تا دور فیستول روی مخاط مهبل میدهند و سعی میکنند انتهای تحتانی حالب کاملا در



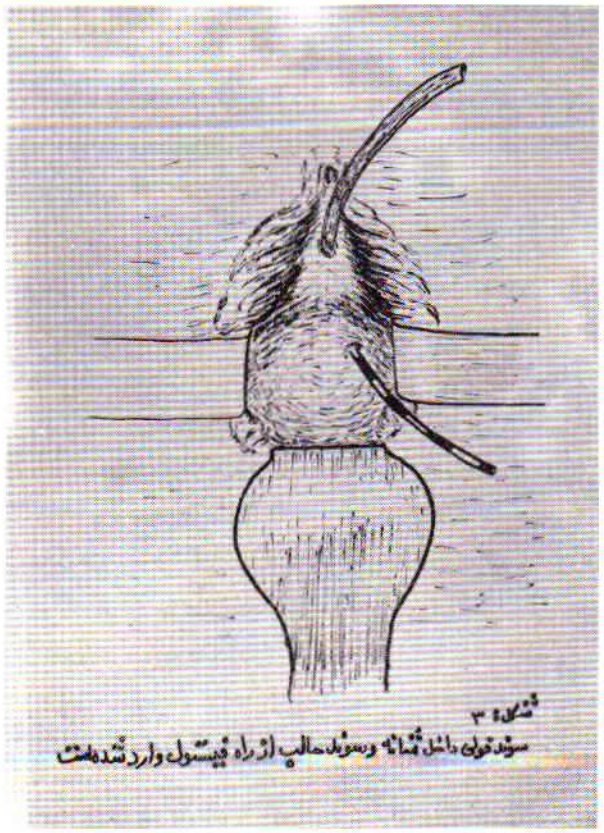
شکل ۱- مدل مخصوص نشان دادن نحوهٔ عمل پیستول حالب ازراه مهبل.
(ازکتاب عبدالفتاح یوسف)

حدود یك‌سانتی‌متر تشریح وازبافت‌های‌اطراف مجزا گردد. پس‌از آنکه انتهای تحتانی حالب آسیب دیده بطورکامل جدا و آزاد شد در نزدیکترین نقطه مناسب در جدار مثانه سوراخی بقطر حالب تعبیه مینمایند وسعی میکنند که انتهای آزاد سند حالب را وارد محوطه درونی مثانه بکنند و بکمك یك پنس کلی خمیده و بلند ازراه مجرای ادراری سند حالب را از درون مثانه بخارج هدایت کنند. باین ترتیب انتهای آزاد شده حالب ازهمان شکاف مجاور به داخل مثانه رانده میشود وپس‌از آنکه حالب بطریق فوق در مثانه غرس گردید جدار مثانه را در دو طبقه باکرومیك دوصفر ترمیم میکنند و سعی مینمایند جدار مثانه را از آن‌ناحیه که حالب در درون آن قرار دارد باکرومیك دو صفر با چند بخیه تقویت کنند که از برگشت ادرار درون مثانه به حالب جلوگیری شود. درپایان این عمل جدار مهبل نیز دردو طبقه با کرومیك دوصفر وصفر ترمیم میشود. سند فولی و سند حالب از راه مجرای ادرار، بخالی نگاه‌داشتن مثانه و تخلیه حالب‌آزرده کمك خواهد کرد وبرای تکمیل درمان وگرفتن نتیجه مثبت از این‌عمل، تخلیه مداوم مثانه لااقل بمدت یك هفته لازم است(۷).

در طول ده سال اخیر از بین بیماران مبتلا به این نوع فیستول بین حالب و مهبل، دو بیمار با شیوه کلی بورنهام عمل شده‌اند و نتیجه در هردو مثبت بوده است. چهار بیمار دیگر شرایط‌مناسب



شکل ۲
فیستول کوچک بین حالب وپیه مهبل



شکل ۳
سوند فولی داخل مثانه و سوند حالب از راه فیستول وارد شده است

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

برای عمل ازراه مهبل را نداشتند و چهار بیمار هم از طرف بالا و خارج صفاق بروش بانی (Bonney) تحت عمل قرار گرفتند و نتیجه آنان نیز رضایتبخش بوده است. مزیت روش غرس حالب ازراه مهبل آسان بودن آنست بطوریکه درمدت بسیار کم، حدود نیم ساعت میتوان این عمل را بی خونریزی و برش و صدمات جراحی قابل اهمیت باتمام رسانید وحال آنکه عمل پیوند مجدد حالب به مثانه از راه بالا و خارج صفاق از نظر برش و تشریح و خونریزی واشکال‌های دیگر قابل مقایسه با این عمل نیست.

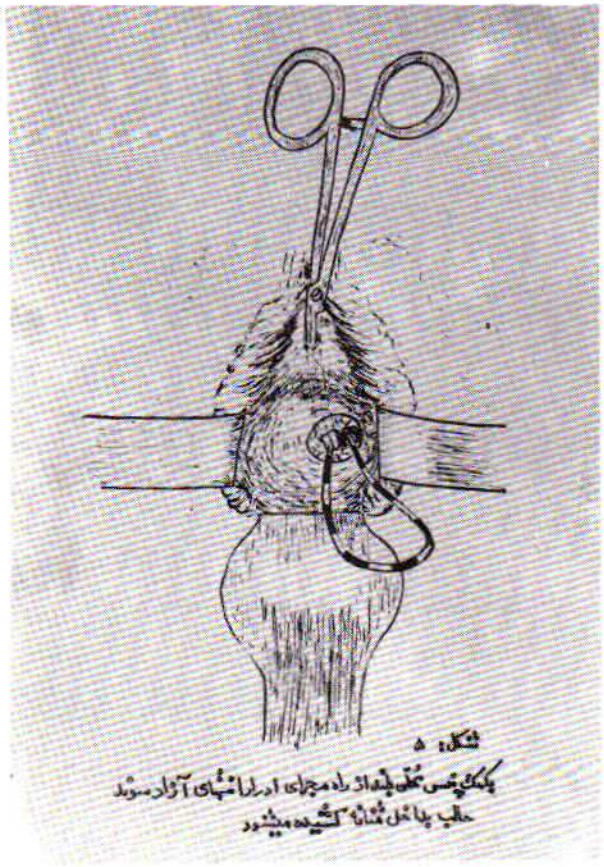
بحث :

علت پیدایش فیستول بین حالب و مهبل معمولا عمل رحم‌برداری کامل درتومورهای بزرگ رحم و نیز عمل ورتهایم‌است. درحین انجام این عمل پنس‌هایی‌که برای بستن شریان رحم و یا برای بند آوردن خون جدار مهبل در دو طرف وگوشه‌های آن با بی احتیاطی گذاشته میشود و یا جدار حالب در موقع دوخت و دوز در روی بخیه‌ها گرفته میشود. جدا نکردن مثانه از جدار مهبل بطورکافی ویا وجود بافت‌های سفت (اسکلروتیك) درموقع عمل مخصوصاً در بیمارانیکه قبلا رادیوتراپی شده باشند مزید برعلت میشود. درحین عمل ورتهایم برای‌درمان سرطان وبیرون‌آوردن تمام ضایعات‌سرطانی مجبور به تشریح‌کامل قسمت انتهایی حالب هستند وبا پیدایش اختلال گردش‌خون وفساد بافت درجدارحالب فیستول‌حالب پیش‌میآید وچنانچه دیورتیکول وناهنجاری دیگری نیز در ساختمان حالبها وجود داشته باشد مسلماً پیدایش فیستول حالب بیشتر اتفاق‌میافتد.

نشانه‌های فیستول‌بین‌حالب ومهبل معمولا درهفته دوم‌عمل‌جراحی آشکار میشود وبیمار عمل شده اظهار میدارد ، با وجودیکه بطور طبیعی قادر به‌دفع ادرار از مجرای ادرار است ولی بازهم بطور متناوب از مهبل وی ادرار بی اختیار دفع میشود ، در معاینه زنانه بوسیله سند میتوان در مثانه مقداری ادرار گرفت و درعین حال با مشاهده مهبل بوسیله اسپکولوم وجود ادرار در مهبل‌نیز جلب توجه میکند و ممکن است وجود یك سوراخ در عمق مهبل که ادرار از آن دفع میشود تأیید گردد. چنانچه محلول بلودو-میتلن ازطریق سند مجرای‌ادرار وارد مثانه بکنند و ازراه مهبل مراقب وضعیت باشند مشاهده میشودکه ادراری که در مهبل دیده میشود آغشته به رنگ آبی‌نیست، معلوم میشود که رابطه‌ای بین مثانه ومهبل وجود ندارد وفیستول مربوط به‌حالب‌است (۵و۷). سیستوسکپی برای تائید وتشخیص این فیستول کمك شایانی‌میکند



شکل ۶
انتهای تحتانی حالب از جدار مهبل وسوی اطراف جدا شده است پنس کوچک در جدار مثانه مجاور حالب جاداده شده است



شکل ۵
یکدست پنس کوچک بداخل راه مجرای ادرار انتهای آزاد میشود حالب بداخل مثانه کشیده میشود

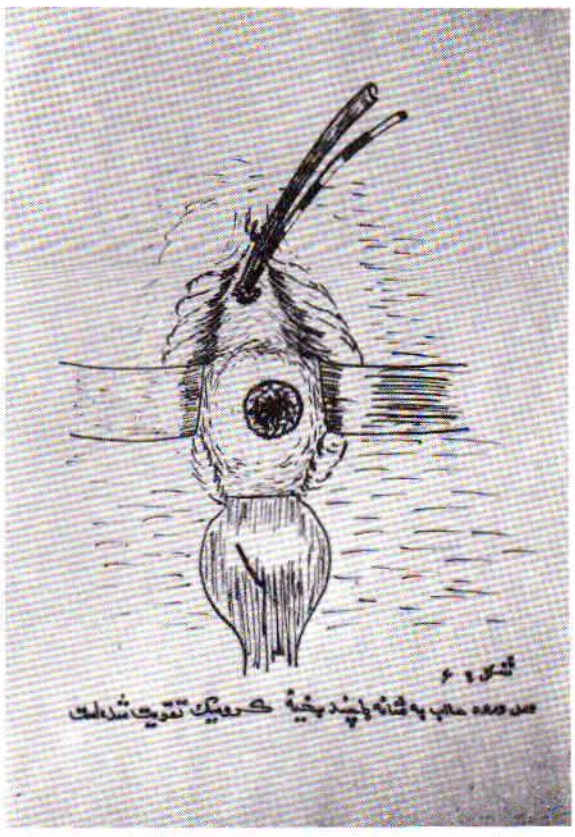
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

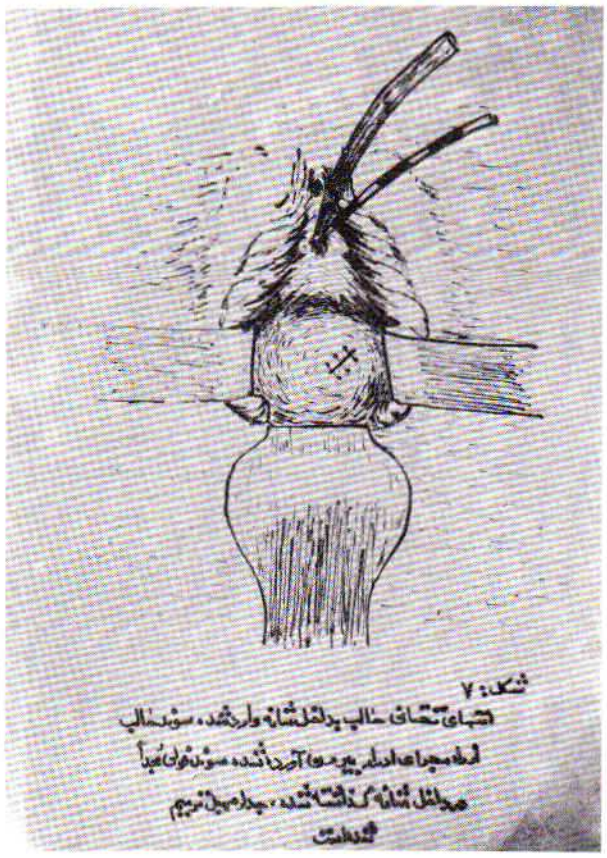
بخصوص که باینوسیله آزردگی حالب راست و چپ از همدیگر تفکیك میشود و نیز با واردکردن سند حالب از راه مثانه بحالب آزرده میتوان محلی را که ازآن بالاتر حالب مسدود است تعیین کرد وطول قسمت تحتانی حالب را که بااتفاق اخیر ازقسمت بالاتر جدا شده است معین نمود.

ممکن است بعداز اعمال جراحی در قسمتیکه حالب با بخیه یا پنس گرفته شده، انسداد کامل درحالب پیش بیاید و نشانه‌های احتباس ادرار در کلیه وحالب آن طرف بروز کند، دراین‌صورت ازروز دوم و سوم بعداز عمل بیمار مبتلا به دردهای قولنج کلیوی میشود و نشانه‌هائی از قبیل درد شدید در یك طرف شکم با انتشار بطرف پائین و حساسیت ناحیه کلیه در طرفی که حالب گیر دارد ازخود نشان میدهدواین نشانه‌ها ممکن‌است کم کم باتوقف تراوش ادرار از کلیه تخفیف پیدا کند و ساکت شود و یا آنکه شروع بی‌اختیاری ادرار، وجود صدمه بحالب و ایجاد فیستول را مسلم کند. نکته کوچك قابل ذکر آنکه پیدایش حالت قولنج کلیوی متعاقب عمل‌های رحم‌برداری وسایر تومرهای لگن همیشه علامت نگران کننده ونشانه‌ای برای پیدایش انسداد حالب نیست چراکه ممکن است سنگ کلیه و یا حالب نیز درکار باشد که تصادفاً در روزهای بعد از عمل بحرکت درآمده باشد و بهمین دلیل لااقل پرتونگاری ساده شکم قبل‌از هر عمل جراحی زنانه لازم است. بدیهی‌است اوروگرافی قبل‌ازعمل درمورد عمل‌های جراحی‌وسیع برای تومورهای بزرگ و عمل ورتهایم‌کامل ضرور است.

چنانکه صدمه و قطع و برش حالب درحین عمل جراحی مشاهده و مورد توجه قرار گیرد بهتراست در همان جلسه به ترمیم‌حالب و یا جداکردن وغرس مجدد آن در محل مناسبی از مثانه اقدام شودکه نتیجه بسیار خوب خواهد بود. ندرتاً اتفاق میافتد که حالب یاحالبها را بطورکامل درحین عمل قطع کنند و بی‌آنکه متوجه شوند آنها را در داخل شکم رها کنند. در این صورت در روزهای بعداز عمل حفره صفاق از ادرار انباشته خواهد شد و علایم ورم صفاق (پریتونیت) سمی برقرار خواهدگشت.

گاهی اتفاق‌می‌افتد که نشانه‌های‌قولنج کلیوی‌وحتی‌علایم بی‌اختیاری ادرار و نشانه‌های فیستول حالب درعرض دو الی سه هفته تخفیف

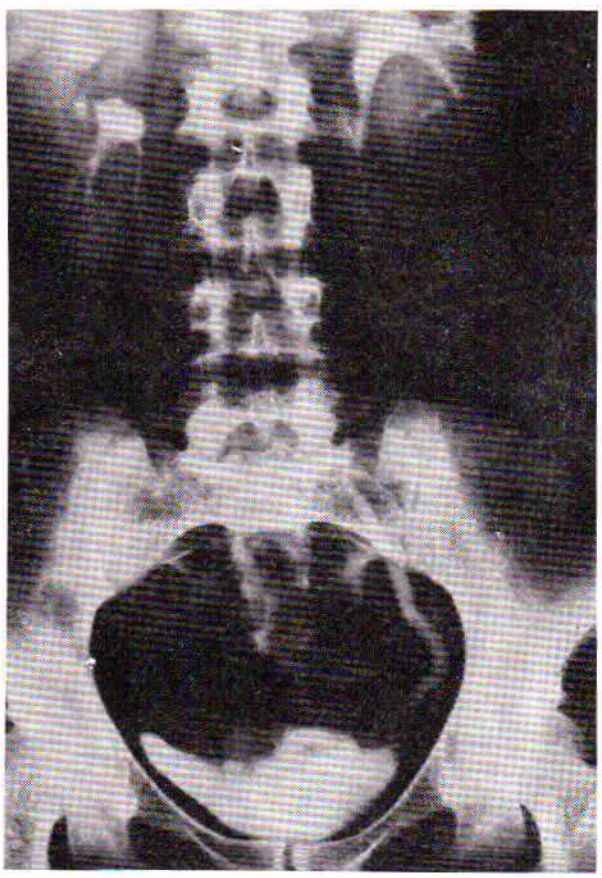




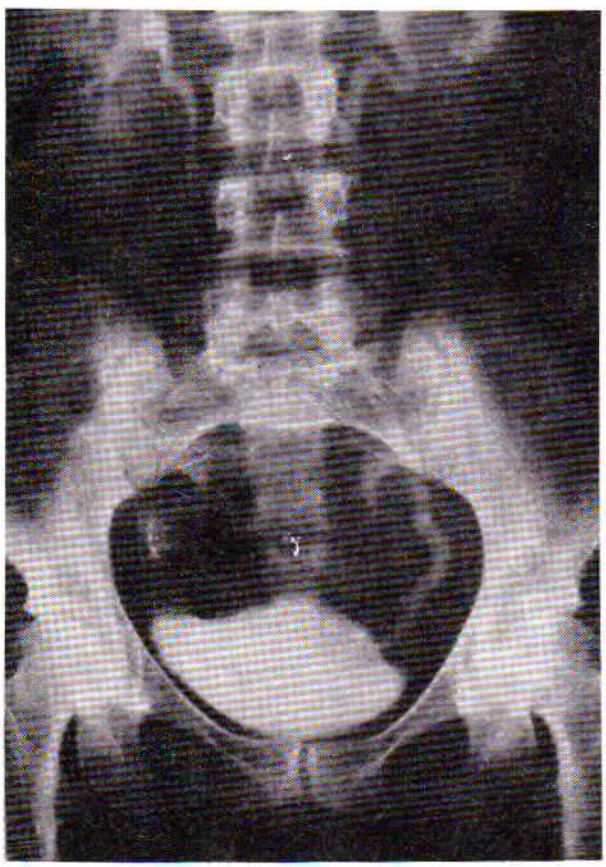
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

پیدا میکند وبیمار آرامش می‌یابد و بی‌اختیاری ادرار نیز کم کم رو به بهبود میگذارد. این اتفاق ظاهراً خوشحال کننده ، برای پزشك و بیمار نباید باعث گمراهی شود زیرا این بهبود ظاهری بهیچوجه بعلت التیام کامل ضایعه نیست بلکه پیدایش جوشگاه (سیکاتریس) در انتهای حالب باعث میشود که کلیه مربوطه کم کم ازکارخود بکاهد وادرار کمتری تراوش کند وبالاخره نشانه‌های فیستول با توقف و سکوت کامل کلیه ظاهراً از بین میرود.

بنابراین باید در اینگونه موارد با انجام اوروگرافی مکرر وضعیت کلیه را در نظر گرفت و در موقع مناسب که معمولا شش هفته بعد از اتفاق اولیه است برای درمان فیستول و آزاد کردن حالب و غرس مجدد آن اقدام کرد.



شکل ۸ - اروگرافی بیمار مبتلا به فیستول بین حالب چپ ومهبل قبل از عمل.



شکل ۹ - اوروگرافی همان بیمار بعدازعمل غرس حالب در مثانه از راه مهبل.

REFERENCES.

1. Roger, B.: Transvaginal repair of vesicovaginal Fistulas. Urology. 10, 3, 1977.
2- Gilles, B.: Early treatment of ureteral injuries found after gynecological surgery. J. Urol. 118, 1977.
3. Philip, C.: Remplantation of ureter. Brit. J. Urol. 48, 31 - 37. 1976.
4. William, H.: Early aggressive managment of Interoperative ureteral injuries, J. Urol. 114, 1975.
5. Nelson, M.: Ureterovaginal Fistula as a Complication of Radical Pelvic Surgery. Amer. J. Obstet. Gynecol. 1978.
6. McDuffie, Ureteral Reimplantation, Urology, 1, 1. 1977.
7- Abdole Fattah. y, Gynecological Urology, Charles Thomas 1960.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]