پیوند امفالو کاو

Anastomose omphalo-cave

دکتر یحیی‌عدل ـ دکتر خداوردی‌کیافر ـ دکتر حسینقلی‌زهتاب*

مجلهٔ علمی نظام پزشکی
سال دوم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۵۳ ، ۱۳۵۱

نظر بوجود عوارض متعددی‌که درعمل شنت پورتوکاو (چه بطور مستقیم وچه غیرمستقیم) دربیماران عمل شده مشاهده میشودواین عوارض مخصوصاً بعلت اغمای‌کبدی ومسمومیت آمونیاکال مرگ ومیر عمل شنت را زیاد میکند .

جهت ازبین بردن این عوارض ویاتقلیل آن راههای دیگری در پیوند پورتوکاو وجود دارد که یکی از آنهـا پیوند امفالوکاو است که تقریباً هیچگونه عارضه‌ای در آن دیـده نمیشود (۱). دراینجا شرح حال بیماری گزارش میشودکه مدت سه‌سال ازعمل اومیگذرد وهیچگونه عارضه‌ای نداده است علاوه برآن دریکسال اخیر دومورد دیگر نیزبهمین منوال عمل شده وتحت نظرهستند که شرح حال آنها نیز بعداً گزارش خواهد شد .

شرح حال بیمار : خانم ر ـ ن ۲۵ ساله، اهل شاهی در تـاریخ ۴۷/۱۱/۲۳ بعلت سیروز وآسیت وعلایم ازدیاد فشاروورید باب به‌بخش ۳ جراحی بیمارستان ابن‌سینا مراجعه‌کرد .

سابقه بیمار : درحدودیکسال است‌که روزبروز شکم بیماربزرگ ودرعین‌حال روزبروز لاغرترمی‌شود مدت سه‌سال است‌که‌ازدواج کرده ویك‌بار حامله شده و زایمان بطورطبیعی انجام شده است. پس از زایمان ناف بیمار برجسته شده و خیال میکرده که مبتلا به‌فتق ناف شده ، درصورتی‌که حجیم بودن ورید ناف درکاربوده است . بیمار ازلحاظ قیافه‌کم خون وضعیف وعضلات و اندامهای بیمار آتروفیه است ومختصری سوب ایکتر دارد .

درمعاینه شکم‌خیلی‌بزرگ وجریان وریدی فرعی (سیرکولاسیون کولاترال)درقسمت فوقانی‌وشکم‌وقسمت‌تحتانی‌قفسه‌صدری‌ملاحظه میشود . طحال وکبد بیمار بزرگ وطحال تا ناحیه‌کرت ایلیاك کشیده شده و کبد باندازه یك‌کف دست بزرگ شده و نـاخن‌ها قاشقی است .

درسمع‌قلب سیستولیك‌شنیده میشود. صدای‌اول‌تااندازه‌ای Éclat دارد .

فشار خون۱۱۰/۶۰ وتعداد نبض ۹۰ در دقیقه است . در قاعده گردن ضربان آئورت همراه باسوفل سیستولیك شنیده میشود .

در دستگاه گوارش‌عارضه مهمی‌ندارد. فقط بیمار درموقع‌خوردن چربی وتخم‌مرغ خیلی ناراحت میشود .

دستگاه ادراری و تناسلی طبیعی است . قاعدگی تابحال مرتب بوده است .

دستگاه عضلانی وعصبی‌طبیعی است .

دستگاه لنفاوی : هپاتواسپلنومگالی حجیم Massive ومیکرو آدنوپاتی درناحیهٔ مغبنی دارد .

نکات مثبت : ۱ـ سابقه دردهای شکم وعدم تحمل نسبت به‌چربی وتخم مرغ .

۲ـ برجستگی وریدهای ناف .

۳ـ آنمی وسوب ایکتر.

۴ـ ریزش‌موی‌ابرو وسیرکولاسیون‌کولاترال،هپاتواسپلنومگالی وازبین رفتن ماهك ناخن‌ها.

۵ـ سوفل سیستولیك واکلای صدای اول درناحیه میترال، سوفل سیستولیك ودیاستولیك درکانون‌آئورت، انتشارسوفل سیستولیك به‌کاروتیدها وهیپرتروفی قلب .

---

* بیمارستان ابن‌سینا ـ دانشکده پزشکی ، دانشگاه تهران .

آزمایش‌هائی که ازبیمار بعمل آمده است:

گویچه قرمز ۳/۴۰۰/۰۰۰، گویچه سفید ۱۴۰۰۰، نوتروفیل سگمانته ۲۸ ، ائوزینوفیل ۴ ، مونوسیت ۲ ، لنفوسیت ۱۶ ، هماتوکریت 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 gl ۶۳ (gl ۸۰ـ۷۰) ، درگلبولهای قرمز آنیزوسیتوزوپوئی کیلوسیتوز وجود دارد. واندنبرگ مستقیم وغیرمستقیم مثبت ، زمان کوئیک ۲۸ ثانیه (مشابه ۱۶/۵ ثانیه) ، پروتروبین خون ۳۱/۵٪ ، اوره ۰/۲۷ گرم.

جواب آزمایش پونکسیون مغزاستخوان :

محل برداشت استخوان ایلیاك

سلولاریته : نسبتاً کمتر ازطبیعی

نسبت سری میلوگرانولوسیت $\frac{۱}{۲}$

سری ارتیروئید $\frac{۱}{۲}$

سری میلوگرانولوسیت : توزیع وساختمان سلولها تقریباً طبیعی است ومختصر انحراف براست درگرانولوسیتها مشاهده میشود.

سری ارتیروئید : باوجودیکه هیپرپلازی نسبی دیده میشود ولی سلولها ازنظر هموگلوبین فقیر وشباهت‌زیادی به‌کم خونی به‌علت فقر آهن دارند. تعداد سلولهای در حال تقسیم در این سری زیاد شده‌است.

پلاسموسیت سلول‌رتیکولر، سری مگاکاریوسیت ، طبیعی است .

اشکال غیرطبیعی دیده نشد ، ذخیره آهن خیلی کم شده است .

نتیجه: بیشترمیتوان‌استنباط کرد که مغزاستخوان شباهت‌زیادی به‌کم خونی بعلت فقرآهن دارد .

بیمار پس‌از Réanimation وتقویت عمومی وجبران کمبودخون وآنمی‌درتاریخ ۴۸/۱/۱۹ برای‌عمل‌جراحی‌شنت حاضر گردید. بیهوشی عمومی بااتر انجام گرفت .

پس از ضد عفونی کردن محل عمل چون برجستگی ناف قابل ملاحظه بود لذا برش طولی داده شدوپس ازآزادکردن وریدناف که خیلی حجیم وفشار آن درحدود ۳۰ سانتیمتر جیوه بود، در قسمت بالای ورید اجوف تحتانی پیوند انتهائی جانبی انجام شد (Termino_Lateral) وچون طحال بیماربزرگ بود اسپلنکتومی هم‌بعمل آمد. درحین عمل سه‌شیشه‌خون ایزوگروپ به‌بیمار تزریق گردید، بیمار در تاریخ ۴۸/۲/۵ بابهبود کامل مرخص شد .

جواب بیوپسی طحال خانم ر ـ ن، شماره بیوپسی ۷۲۲۱۵، آزمایشگاه آسیب‌شناسی دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران .

بافت آزمایشی طحال :

ماکروسکپی: بافت ارسالی‌عبارت از یك‌طحال بزرگ بطول ۲۰ سانتیمتر وبعرض ۸×۱۵ سانتیمتر باسطح صاف که درقطع منظره طبیعی طحال مشهود است ، قوام آن طبیعی است .

میکروسکپی : درآزمایش ریزبینی برشهای تهیه شده ساختمان نسج‌طحال‌مشهود است که‌درآن سینوزوئیدها گشاد وپرخون‌است. پولپ‌سفید وقرمز افزایش‌یافته سینوزوئیدهااز سلولهای‌رتیکولر موبیلیزه میباشد. پیگمان‌هموزیدرین‌فراوان‌دربافت‌بچشم‌میخورد.

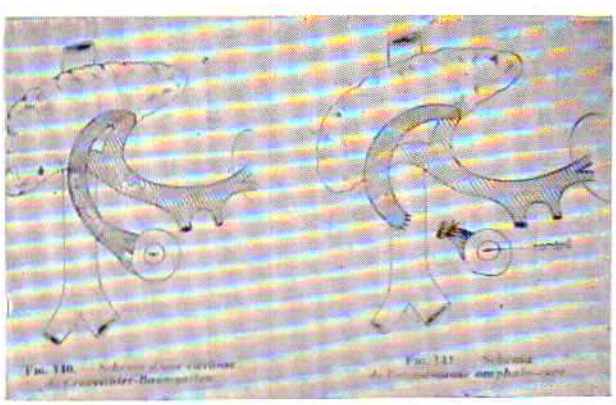
تشخیص : طحال فیبروکونژسیتو :

طریقه وتکنیك عمل: درموقع مطالعهٔ اسپلنوپورتوگرافیها حجیم بودن‌وریدنافدراغلب‌حالات‌سندرم(Cruveilhier-Baugmarten) و نارسائی جریان خون وریدباب ، جراح را بفکر پیوند این ورید وامیدارد .

فقط درمواردی‌که ورید نافخیلی حجیم وتقریباً باندازه انگشت شست باشد قابل نفوذ (Pérméabl) و برای پیوند امفالوکاو مفید است .

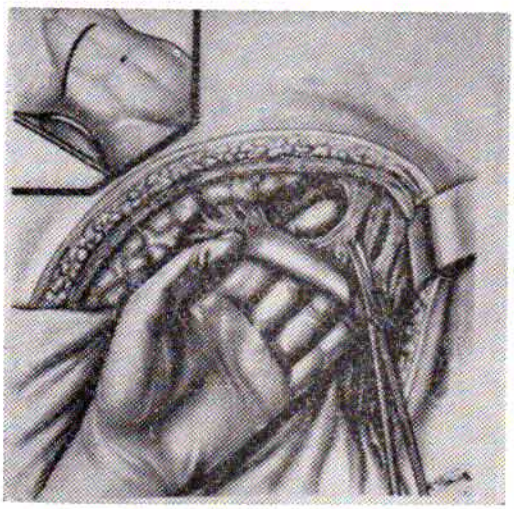
در مورد قطروگشادی ورید ناف موقعی میتوان قضاوت‌کرد که شکم باز شده باشد. گاهی‌حجم ورید ناف باندازهٔ خودورید باب می‌شود. اسپلنو پورتوگرافی گاهی از اوقات تصاویرخوب وقابل قبولی‌را ارائه میکند ودر اسپلنوپورتوگرافی باید وریدناف‌بطور کافی حجیم شده باشد .

روش عمل (۳ و۲ و۱) : بیمار را به‌پشت می‌خوابانیم ویك بالش زیر قاعده سینه می گذاریم تاقوس طبیعی ناحیه مزبوررا زیادتر کند شکاف وسطی فوق ناف در حالی که بطرف چپ وپائین ناف متمایل شود ادامه پیدامیکند یااینکه ازشکاف زیر دنده‌های‌راست عرضی و بطرف چپ متمایل شده واز خط وسط عبورکند استفاده می کنیم . (شکل۱)

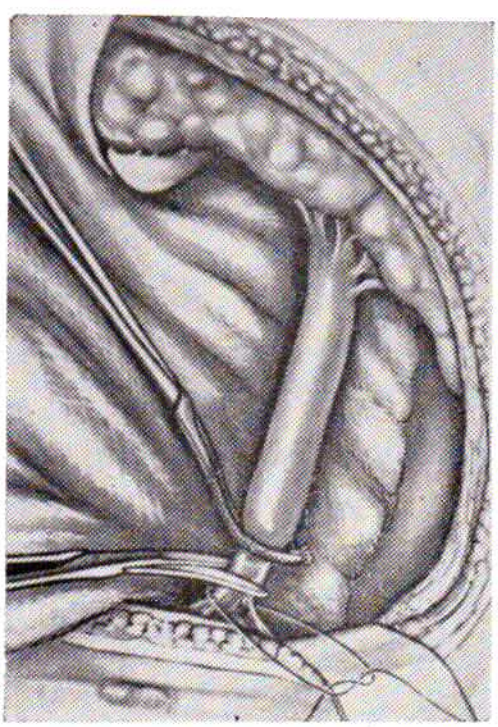


شکل۱ــ A شمای پیوند امفالوکاو B ــ شمای سیروزکروو یلیر بوگمارتن

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 درقسمت خلفی جدار، ورید ناف ملاحظه میشود که تا اندازه‌ای حجیم واغلب باندازهٔ انگشت شست متسع شده است. (شکل ۲) پایه‌های وریدی گاهی اوقات مضاعف (dédoublé) وشامل یك ورید حجیم است که باید آنرا نگهداشت و ورید دیگری را که دردو پهلوی آن قراردارد وزیاد مهم نیست میتوان آنرا بست .

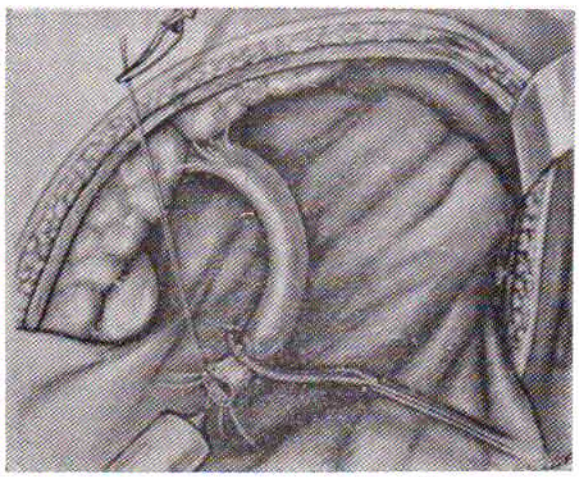


شکل ۲- آزاد کردن ورید ناف برای پیوند .



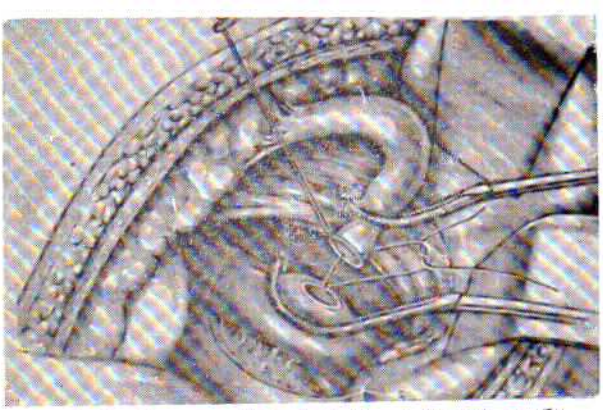
شکل ۳- ورید ناف برای پیوند حاضر شده و کلامپاژ میشود .

برای آنکه ورید آزاد و قابل پیوند باشد باید آنرا از جدار جدا کرد وسپس ورید مزبور را ازبرگهای صفاقی لیگامان روند دور از جدار قدامی شکم جدا می کنیم دراینحال ورید ناف کاملا آزاد میشود آنگاه آنرا کمی دربالای ناف کلامپه می کنیم و بعداز بستن آن ازمحل Auras ورید را قطع می کنیم . (شکل ۳) شستشو باسرم هپارینه درتمام مقاطع ورید نافی قطع شده و کلامپه انجام میشود. (شکل ۴)



شکل ۴- دهانه وریدناف باسرم هپارینه شستشو داده میشود.

گوشه قدامی شیار ورید ناف را درحال (plisser کردن) روی کنار قدامی کبد بمنظور کوتاه وخم کردن مسیرورید ناف میتوان بشکل هلال درآورد وقوس ورید نافرا بین کبد وجدار آزاد کرد. برای دیسکسیون (تشریح) درسطح قدامی بخش زیر کبدی تند ورید اجوف تحتانی شکاف طولی داده میشود و باچند لیگاتورصفاق، جدار خلفی را ازسطح قدامی تنه ورید اجوف تحتانی آزاد می کنیم صفاق اغلب ضخیم وپرخون بوده ودرموقع برش خون میدهد لذا لازم است که بهمراهی یك پارچه آغشته شده بسرم گرم تامپونمان شود (۱). دکولمان Duodéno-pancréatique partiell راه را برای پیوند ورید اجوف تحتانی هموار میسازد ، روی جدار قدامی ورید اجوف تحتانی یك کلامپ نیمه هلالی Pavolvasky ویایك کلامپ Satinsky گذاشته میشود این کلامپاژ جانبی چین وریدی را مجزا میکند و روی آن بـا قیچی یك گودی جداری درست می کنیم (Rondelle de paroi) و بعد با سرم هپارینه شستشو می‌دهیم. (شکل ۵)



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

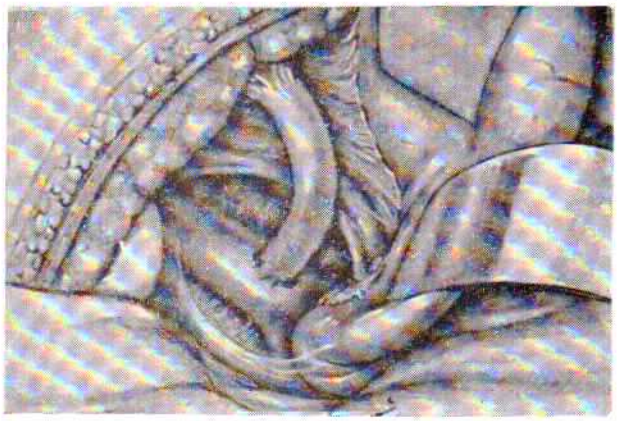
همانطوریکه درشکل ملاحظه‌میشود این‌شکاف درروی وریداجوف تحتانی ممکن است بطور عمودی انجام گیرد و یـا ممکن است عرضی باشد .

مرحله پیوند تا انـدازه‌ای سهل و آسان است . اما در آخرین مرحله عمل بنظر میرسد که دهانه آن کمی گشاد شده و صلاح است‌روی‌وریداجوف‌تحتانی از شکاف‌عرضی‌ویامورب استفاده‌شود. دراین موقع‌لبه‌های ورید اجوف وورید ناف رابهم‌نزدیک‌می‌کنیم واگر ورید ناف درازتر از معمول باشد میتوانیم چند سانتیمتر آنرا کوتاه کنیم .

در پیوند انتهائی طرفی وریـد اجوف تحتانی و وریـد ناف point های مجزا ویا Surjet برحسب عادت بکار می‌بریم منتها بایدگره‌ها در خارج قرار بگیرد ودرجریان عمل چندین‌مرتبه دهانه هردو ورید را باسرم هپارینه می‌شوئیم (جهت جلوگیری از ترومبوزدهانه) چند ثانیه قبل از پیوند ورید ناف را دکلامپه می‌کنیم تالخته‌های احتمالی آن خارج شوند .

در خاتمه عمل پس ازبرداشتن کلامپ باید از آزاد بودن پیوند ونفوذ پذیری آن اطمینان حاصل‌کرد .

گشادی پیوند خیلی مهم است بطریقی که بایـد آنرا از پیوند انتهـائی طرفی پـورتوکاو مهم‌تر و دقیق‌تر دانست ، پس از اجرای پیوند وریـد ناف از سایبان و ناف کبد دگاژه شده بطرف‌راست خم‌شده ودرعمق فرومیرودو به‌تنه ورید اجوف‌تحتانی میرسد (اول سطح قدامی وبعداً کناره راست پـایه‌کبدی را قطع میکند). شکل ۶



شکل ۶- پیوند انجام شده وخاتمه عمل وکارکردن پیوند بررسی میشود.

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

نتیجه: پیوند امفالوکاو در مواردی‌که ورید نافی حجیم و قابل نفوذ (Perméable) باشد بنظر، عملی است بسیار آسان‌وراحت و هیچگونـه عوارض موجود در پیوندهای پورتوکاو معمولی را ندارد وبیمار خیلی بآسانی آنرا تحمل میکند ونسبت‌مرگ‌ومیر آن نیز خیلی‌کم ودرحدود 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 (systéme Porte-Rate) Par L. Leger Page. 170-175 Masson et C. 1967.

3- Film par Leger (L) Pequignot (H) et Cornet (A) Cirrhose du cruveil hier Baugmarten et Anastomose omphalo-cave diffasion par les labratoiries théraphix 98 Rue Sèvre paris.