

استفاده از روده بزرگ بجای لوله مری

مجله علمی نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۱، صفحه ۹، ۱۳۵۱

دکتر علی امیرخان - دکتر شاهپور رجائی - دکتر منوچهر تیموری*

وضع عروقی و باکافی نبودن طول عضو و یا کلی تر گفته شود بعلت نقص تکنیک است. نگارنده برای اینکه اینگونه عوارض شایع را بجداقل تقلیل دهد از کلون عرضی بازوایای طحالی کبدی و قسمتی از کلون صعودی و نزولی با پایه عروقی چپ استفاده کرده و در ۱۰ مورد، با تکنیکی که این عمل انجام میگردد عوارض آنرا بجداقل تقلیل داده است.

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

۱- ضایعات خیم مری.

۲- ضایعات خوش خیم مری.

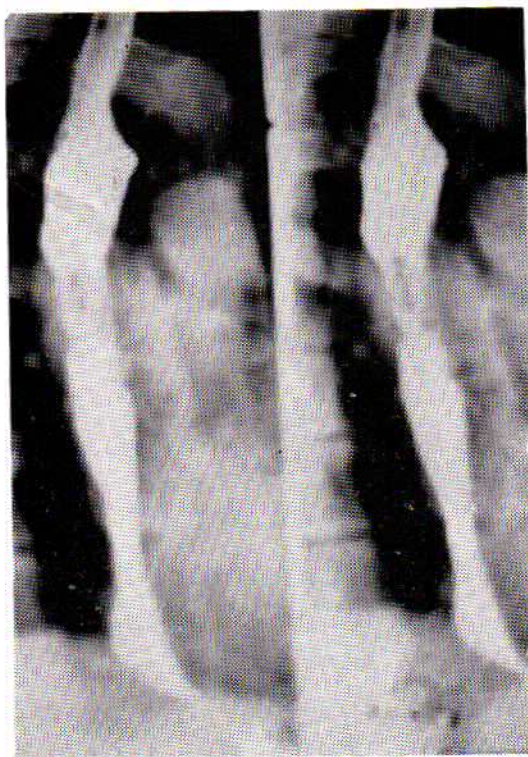
۱- ضایعات بدخیم مری (شکل ۱):

الف - سرطان مری - یکی از مواردیکه لازم است مری جدیدی ساخته شود سرطان مری است. میدانیم که از نظر سیر بیولوژیکی سرطان مری از دو طریق به دستگاه لنفاوی متاستاز میدهد یکی از راه مجاری و غدد لنفاوی اطراف مری (Para Esophageal) که معمولاً در مراحل پیشرفته تومور ظاهر میشود و یکی هم از طریق مجاری لنفاتیک زیر مخاطی که در مراحل خیلی زودتر پیدا میشود. در این مورد بخصوص دیده شده که گرچه تومور مری کوچک و در مراحل اولیه پیشرفت میباشد ولی سلولهای سرطانی در مجاری لنفاوی زیر مخاطی تا فواصل ۱۰-۸ سانتیمتر در طرفین ضایعه وجود دارد. از این مشی بیولوژیکی سرطان مری میتوان نتیجه گرفت که هر عمل جراحی درمانی (Curative) برای سرطان مری باید نزدیک به ازوفاز کتومی کامل باشد. بهمین مناسبت باید نزد بیماران مبتلا به سرطان مری اول لاپساراتومی بعمل آورده. اگر مریض متاستازهای پراکنده نداشته باشد عمل (Colon by Pass) بوضع

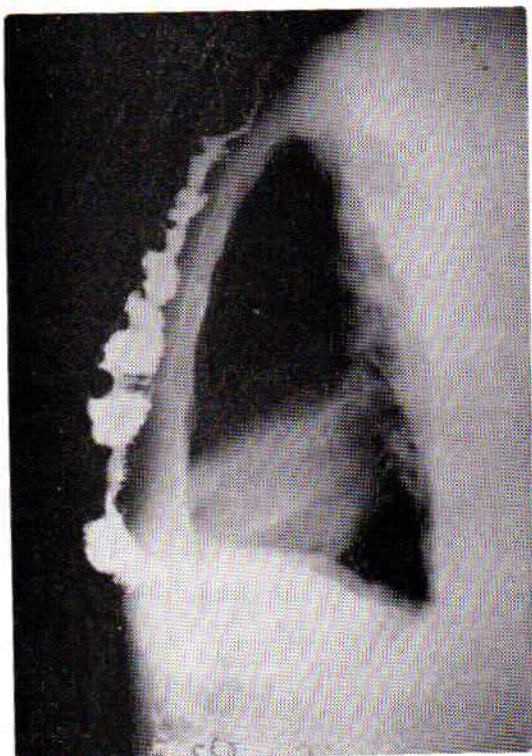
جراحی روی لوله مری بعلت موقع تشریحی و وضع عروقی این عضو مورد بحث محافل جراحی دنیا است. در سال ۱۸۶۸ (۴) (Kussmul) برای اولین بار در شهر فرایبرگ آلمان اقدام بعمل ازوفا گوسکپی نزد يك بازیکر سیرك كرد كه شمشیری را فرو داده و مری خود را سوراخ کرده بود و با این عمل اولین قدم مؤثر را در بررسی ضایعات مری برداشت (۷). در سال ۱۹۱۳ (Torek) در شهر نیویورک نزد خانم ۴۰ ساله ای قسمت اعظم مری صدری را برداشت و برای جایگزینی آن از لوله های پلاستیکی که به سر بریده مری که زیر تر قوه چپ ثابت شده بود از يك طرف، و سوراخ گاستروستومی که قبلاً انجام شده بود از طرف دیگر، وصل میشد، استفاده کرد (۵). در این فواصل زمانی اقدامات متعددی برای ساختن مری جدید از نسج دیگر بعمل آمد. در سال ۱۸۹۴ (Bincker) از پوست لوله ای ساخت که بجای مری قرار داد (۲). در سال ۱۹۰۵ (Beck) طرز تهیه لوله ای 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-پرستانلیک 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 به علت میتوان از معده، روده کوچک و روده بزرگ بوضع ایزو پرستانلیک یا آنتی پرستانلیک در جلو استرنوم یا عقب استرنوم یا داخل قفسه صدری، بهر وضعی که ایجاب کند، مری جدیدی ساخت ولی مخاطرات و عوارضی از قبیل نکروز عضو و پاره شدن محل آن است و موز 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 مناسبی 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.



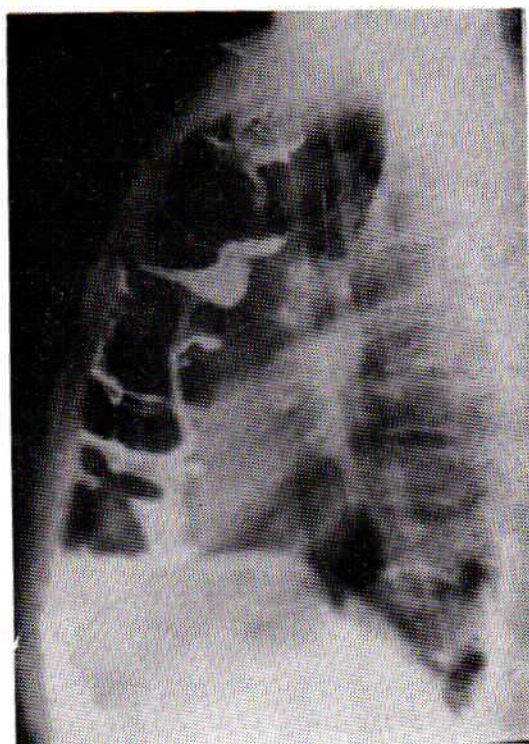
شکل ۱- رادیوگرافی مری سرطان قسمت وسطای مری را نشان میدهد.



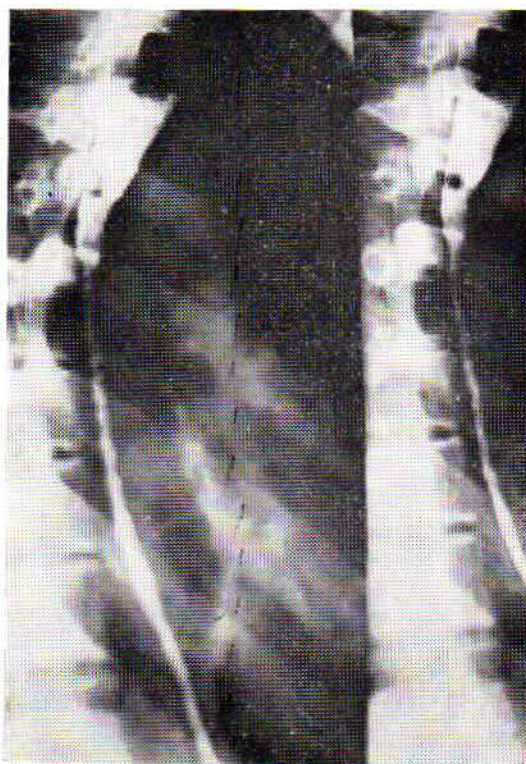
شکل ۲- جایگزینی مری بوسیله کولون (Colon by pass) بوضع زیر جلدی (Presternal) و آنتی پریستالیتیک با پایه شریانی کولیک میانی.

ب- مریض هائیکه مبتلا به سرطان مری هستند و تحت درمان رادیوتراپی قرار گرفته اند و پس از آن بعلت پیش آمدن عارضه فیبروز پرتودرمانی (Radiation Fibrosis) دچار انسداد کامل شده باشند، در این قبیل پیشامدها بهترین راه این است که از شیوه (Colon by Pass) استفاده شود (شکل ۵ و ۴).

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



شکل ۳- جایگزینی مری بوسیله کولون (Colon by pass) که بوضع ایزوپریستالیتیک و رترواسترنال قرار داده شده با پایه شریانی کولیک چپ.



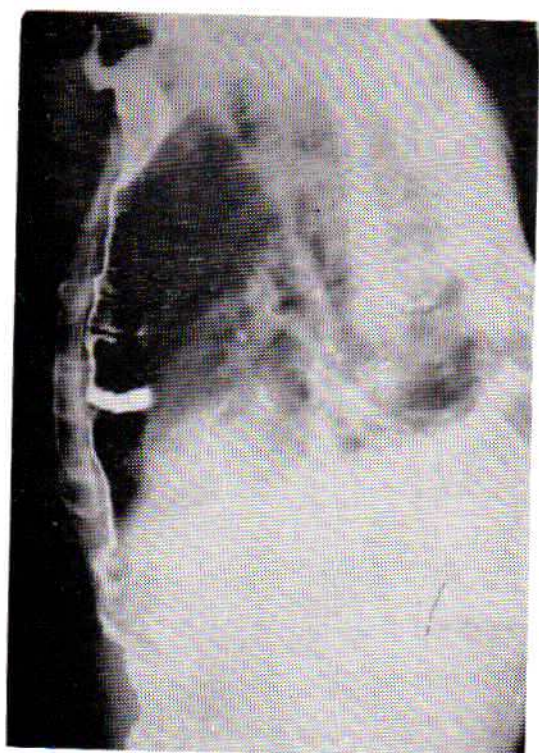
شکل ۶- سوختگی سراسری مری دو ماه بعد از خوردن مواد محرق دریکی از حمامهای اصفهان.



شکل ۴- کانر مری پس از ۶۰ جلسه رادیوتراپی و انداد کامل یکسال بعد از رادیوتراپی احتمالاً فیبروز بعلت اشعه.



شکل ۷- (Colon inter Position) در بیمار شکل ۶، بوضع ایزوپرستانیک، رترواسترنال با پایه شریان کولیک چپ.



شکل ۵- بیمار شکل ۴، پس از عمل (Colon by pass) بوضع رترواسترنال، ایزوپرستانیک با پایه شریان کولیک چپ.

۳- ضایعات خوش خیم مری:

الف - سوختگیهای مری: گرچه در سوختگیهای سراسری مری بعلت موادمیمیائی که غفلتاً خورده شده طرق درمان طبی متداول است ولی این طرق تا حدودی جوابگوی بیمار است. در مراحلی که فیروز شدید و بطبقه عضلانی رسیده باشد ساده ترین راه درمان عمل (Colon by pass) است (شکل ۷۰۶).

ب - در مواردی از قبیل آترزیهای مادرزادی و همچنین تنگیهای پیشرفته با طول زیاد بعلت از وفایت که بدنیاال فتق دیافراگماتیک پیدا شده باشد بخوبی میتوان از عمل (Colon by pass) با نتیجه درخشان استفاده کرد.

مختصری از تکنیک عمل:

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

عوارضی از قبیل نکروز کلون جابجا شده و شایع تر از آن فیستول در ناحیه آناستوموز گردنی از جمله عوارضی هستند که انجام این عمل را اغلب با عدم موفقیت روبرو کرده است. استفاده از این قسمت کلون یا آن قسمت دیگر بسته به نظر و تجربه جراح است. بعضیها از کلون چپ و بعضیها از کلون راست استفاده میکنند که هر کدام در نوع خود معایبی دارد. مثلاً در مورد استفاده از کلون راست با پایه شریانی کولیک میانی معایبی زیاد مشاهده میشود. اولاً قوس شریانی مارژینال (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 حجیم ترین قسمت روده بزرگ است و شکی نیست که احتیاج بیشتری بخون دارد حال آنکه حقیقتاً ضعیف ترین قوس شریانی مأمور تغذیه آن است و این خود کمک بعدم موفقیت در مورد استفاده از کلون راست میکند. ثالثاً بعلت حجیم بودن سکوم عبور دادن آن از تونل پشت یا جلوی استرنوم بامختصری اشکالات فنی همراه است که خود باعث فشرده شدن عضو و در نتیجه ایجاد ایسکمی میشود. از همه مهمتر اینکه چون طول کولون راست کافی نیست (یکی از شرائط موفقیت وجود طول کافیست) اغلب اتفاق میافتد که جراح قسمتی از ایلئوم را همراه کلون بالا میکشد و آناستوموز بین مری و ایلئوم انجام میگردد که خود متضمن معایبی از قبیل تنگی در محل آناستوموز و اشکال در بلع بعلت دریچه ایلئوسکال میباشد، و اما عیب مهم آناستوموز بین ایلئوم و مری در این است که بعلت هم قطر بودن این دو عضو آناستوموز (Telescopic) که تکنیک خاص نگارنده است عملی نیست.

لازم بتذکر است که بین ۲۰ تا ۴۰٪ فیستول در ناحیه آناستوموز گردنی گزارش شده است. برای اینکه این عارضه پیدا نشود نگارنده از تکنیک تلسکوپیک که مخصوص خود میباشد استفاده میکند و شرح آن بدین قرار است.

پس از بالا کشیدن کلون از تونل آناستوموز يك طبقه ای بین مری و کلون انجام شده سپس این آناستوموز بطول ۳-۵ سانتیمتر بداخل کلون ترانسپلانت شده قرار داده میشود و به بیان دیگر کلون بطول ۳-۵ سانتیمتر بصورت يك روکش روی قسمت مری بالا کشیده میشود و به نسج اطراف مری و حلق ثابت میگردد، در حقیقت آناستوموز گردنی بداخل کلون بطول ۳-۵ سانتیمتر فرو میرود (انواژینه) و محسنات آن در اینست که اولاً تنگی در محل آناستوموز بوجود نمیآید، چون آناستوموز در يك طبقه دوخته شده است ثانیاً احیاناً اگر آناستوموز پاره شود فیستولی ایجاد نمیشود چون آناستوموز در داخل کلون قرار گرفته است (Leak proof). لازم بتوضیح است که از ۱۰ مورد مریضی که تحت عمل جراحی (Colon by pass) با تکنیک فوق قرار گرفته گرچه مرگ و میر عمل بعلت بیمارهای قلبی، ریوی و عفونی دیده شده ولی حتی يك مورد هم فیستول گردنی دیده نشده است و نگارنده آن رامدبون (Telescopic Anastomosis) میدانم. با این شرح مختصر واضح است که در صورت بالا آوردن ایلئوم بعلت هم قطر بودن ایلئوم و مری نمیتوان از تکنیک تلسکوپیک استفاده کرد. اما کلون چپ با پایه شریان کولیک میانی عیوب کمتری در مقام مقایسه با کلون راست دارد.

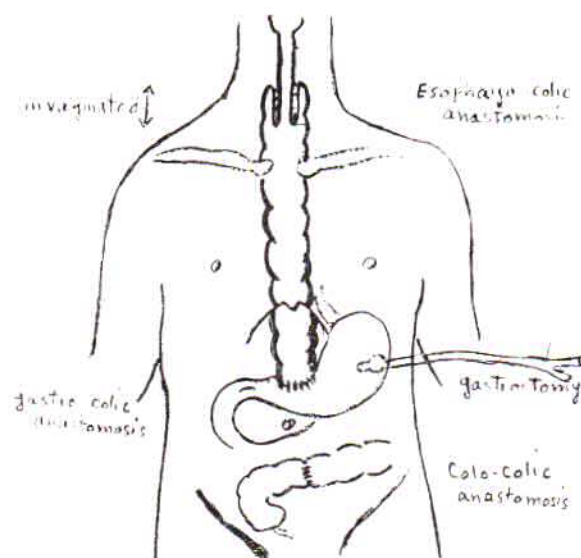
عیب آن اینست که کلون بوضع آنتی پرستالتیک قرار میگردد گرچه غذا بعلت ثقل پائین میرود ولی مریضی که کلون بوضع آنتی پرستالتیک برای او گذاشته شده، مشکلات زیادی از قبیل درد شدید هنگام فرو دادن دارو و همه اینها بعلت اینست که بمجردیکه عمل بلع صورت گرفت پرستالتیسم بخلاف جهت بحرکت در میآید و در هر مرحله که لقمه بهائین فشار میآورد پرستالتیسم بخلاف آن در حرکت است. مابرای اینکه عیوبی که در مورد کلون راست و چپ گفته شد بوجود نیاید از کلون عرضی بازوایای طحالی و کبدی و قسمتی از کلون صعودی و نزولی با پایه عروقی کولیک چپ استفاده میکنیم. اولاً قوس عروقی قابل اعتماد است و در ۱۰ مورد انجام شده نقصی وجود نداشته است ثانیاً بدینوسیله طول کافی بدست میآید و مهم تر از همه اینکه آناستوموز گردنی تحت کشش و فشار قرار نمیکرد و همچنین میتوان تکنیک تلسکوپیک را بنحو شایسته انجام داد. ثالثاً همیشه کلون جابجا شده بوضع ایزوپر-یستالتیک قرار میگردد، ضمناً لازم است کلون از عقب معده بالا

آورده شود تا در صورت نفخ معده پدیکول عروقی تحت فشار قرار نگیرد. و همچنین ارجح است که عمل بطریقه رترواسترنال انجام یابد تا مریض نگران وضع ظاهری خویش نباشد. ما همیشه در آخر عمل پیلوروپلاستی از نوع (Weinberg) و گاستروستومی از نوع (Stamm) انجام میدهیم تا اولاً مواد غذایی از معده بکلون جابجا شده برنگردد. ثانیاً از طریق گاستروستومی از روز سوم یا چهارم تغذیه شروع گردد تا آنستوهوز گردنی کاملاً جوش بخورد (شکل ۸). معمولاً روز ۸-۹ تغذیه از راه دهان شروع میشود.

نتیجه

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

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



شکل ۸- خلاصه ای از نحوه عمل بطور شماتیک توجه به آناستوموز گردنی بشکل تودرتو (Telescopic)

REFERENCES:

- 1- Beck, C., Demonstration of specimens illustrating a method of formation of a Prethoracic Esophagus, Illinois M.J. 1905. 7:463.
- 2- Bincker, E., Ein beitrag zusp plastischen bilding eines neuen esophagus. Zentralbl. Chir. 1947, 34.
- 3- Kelling, G.E. Esophagoplastik mit Hilfe 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 plastischen 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.