

بی اختیاری مدفوع و درمان جراحی آن (گزارش ۵۰ مورد)

مجله نظام پزشکی
سال پنجم، شماره ۲ صفحه ۱۶۳، ۱۴۳۵، ۲۵۳۵

* دکتر هوشنگ میرعلائی - دکتر هنری جهان *

دکلیلان(۱۷) باطقالات بالینی خود اعصاب دوم و سوم و چهارم خاجی را مسئول کنترل رفلکس ادرار و مدفوع شناخت زیرا با از بین رفتن این اعصاب، حس مثانه و رکنوم از بین خواهد رفت و در تیجه عکس العمل تخلیه از کنترل شخص خارج شده و به بی اختیاری ادرار و مدفوع مبتلا خواهد گشت. در چنین موارد با تعلیم و تمرین، شخص مبتلا بطور متناوب میتواند مثانه را خالی نماید ولی در مورد تخلیه مدفوع چنین برنامه تعریفی عملی نیست.

خلاصه ای از تشریح میاندوراه

میاندوراه در قسمت پائین یا کف لگن کوچک قرار گرفته است. از وسط این پرده عضلانی مجاری تناسلی و ادراری و قسمت انتهائی لوله هاضمه عبور می کند و ساختمان تشریحی آن در زن و مرد متفاوت است.

عضلات آن در مرد در سطحه قرار گرفته اند که در طبقه سطحی عضله تنگ کننده خارجی مقعد میباشد. عضله تنگ کننده خارجی مقعد در میاندوراه خلفی در اطراف مقدمی راست روده قرار دارد و شامل سه قسمت زیر میباشد:

۱- قسمت زیر جلدی: در اطراف مقعد قرار گرفته است و به استخوان چسبیدگی ندارد.

۲- قسمت سطحی: که شکل بیضی دارد و فیبرها از استخوان دنبالچه و لیگامان انوکوکسیژن از جلوی سوراخ مقعد عبور می کند.

۳- قسمت عمیقی: که در اطراف قسمت نصف تحتانی مقعد عبور

بی اختیاری مدفوع عارضه است که علاوه بر دشوار نمودن زندگی بیمار موجب ناراحتی و ملال اطرافیان نیز میشود؛ عواملی چون آشفتگی خاطر و پریشانی روان و ترس از شرکت در اجرت مساعات، توانایی رویاروئی با مسائل هم زندگی را از شخص مبتلا سلب می نماید.

کودکان و افراد بالغ قادرند که تا حدودی بعضی از عیوب خود را پیوشا نند ولی در این مورد بخصوص وسیله دفاعی قابل اطمینانی ندارند وهر آن ممکن است خود را آلوه نموده سبب ناراحتی اطرافیان گردند و این اشکالات بتدریج شخصیت بیمار را مختل ساخته اثرات روانی غیرقابل جبران نزد او خواهد گذاشت. بنابراین اعمال جراحی ترمیمی نزد این بیماران کاملا ضرور است و یگانه امید برای بازگرداندن بیماران به زندگی عادی می باشد.

رشد و تکامل عصبی اطفال قبل از تکامل مراکز قشر مغز و لبهای ارتباطی آن قادر به کنترل ادرار و مدفوع نیستند و در فوائل معین پس از پر شدن مثانه یارکنوم بلا فاصله آنرا خالی می نمایند.

رشد و تکمیل راههای عصبی و مراکز منفر رفلکس های نخاعی را تحت کنترل می گیرند و اثر مهار کننده روحی آن دارند. در بالین فعالیت تمام اعضاء تابع مراکز هسته های مغزی می باشد و بهمین جهت شخص بالغ بطور اختیاری مثانه و رکنوم خود را خالی می کند.

در سال ۱۹۱۴ بارینگتون (۱) و در سال ۱۹۰۷ الیوت (۱۱) در این باره روی جانوران آزمایشگاهی تجربیاتی کردن در سال ۱۹۳۹ در

* بیمارستان امیر اعلم - دانشکده پزشکی رازی، دانشگاه تهران.

ناحیه سوراخ مقعد این عمل طرفداران زیادی داشت و بصورت زیر انجام میگرفت:

دوبرش کوچک در شیارهای قدامی و خلفی در ساعتهای ۶ و ۱۲ میدادند و از راه زیر جلد بهم متصل مینمودند و نواری از فاسیا از این تونل رد می کردند و شبیه سرکبسه بهم می ستدند. در سال ۱۹۲۹ استون درروش جراحی خود تجدیدنظر نمود و بجای یک نوار از دنوار فاسیا استفاده کرد و در دوجه مخالف یکدیگر در زیر جلد اطراف مقعد رد نمود و دوسر آزاد آنها را بعضه سرینی بزرگ طرف مقابل ثابت کرد. بدین ترتیب سوراخ از فاسیا محدود و محصور شد.

استون درسال های بعداز ۱۹۳۱ مجدداً درروش عمل خود تجدیدنظر نمود و نوارهای فاسیا را بعضلات سرینی وصل کرد. در صورتی تیجه این عمل با موقیت همراه خواهد بود که عصب عضله صدمه ندیده باشد و بطور اختیاری قدرت انتباخت داشته باشد.

برای استفاده از عضله سرینی اعمال متعددی پیشنهاد کرده اند: در سال ۱۹۳۰ چیتندن (۷) از دولطف، دو قسمت آویخته از عضله جدا نمود و بهم متصل کرد.

در سال ۱۹۴۴ بیستروم (۴) از هر یک از عضلات سرینی قسمتهای آویزانی جدا نمود که پهنهای هر کدام ۳ تا ۵ سانتی متر بود و طولش کافی بود تا بتواند بر احتی سرخ مقعد را پوشاند. بعد از پوشاندن مقعد، سوراخی بطول دو سانتیمتر در امتداد فيبرها ایجاد کرد و مخاط مقعد را از میان این سوراخ خارج نمود و به پوست دوخت. اعمال متعددی به اسامی مختلف جهت ترمیم عضلات جدا شده اسفنکتر مقعد پیشنهاد شده اند که عبارتند از:

۱۹۲۶ ایز کیرو (۱۶)، ۱۹۲۷ سیستر نک (۲۰)، ۱۹۲۷ گوبیلس (۱۳) استندل (۲۱)، ۱۹۳۵ هیرشمن (۱۵)، ۱۹۴۸ بیر نیم (۳)، ۱۹۶۱ بلسلد (۵)، ۱۹۷۲ تامپسون (۲۴).

منظور تمام این اعمال جراحی ترمیمی نزدیک کردن انتهای عضلات جدا شده می باشد که در اثر ضربه یا کشش صدمه دیده است در صورتیکه این پارگی تازه باشد میتوان این عمل را انجام داد و تیجه مطلوب گرفت. ولی متأسفانه در بیشتر موارد بیماران دیر مراجعته میکنند و بهمین جهت عضله جمع میشود و به نسخ سفت و سخت تبدیل میگردد.

پیوند عضله راست داخلی: اعمال جراحی که شرح داده شد، در صورتی تیجه خواهند داد که اعصاب عضلات کولون، رکتوم، مثانه و پریونه بی عیب باشند.

در سال ۱۹۵۲ پیکرل و همکاران (۱۸ و ۱۹) برای درمان بی اختیاری مدفو عواردار از عضله راست داخلی استفاده کردن عضله راست داخلی

میکند و با قسمت تحتانی عضله بالابرند مقعد یکی می شود و عمل آنرا تشدید مینماید.

عضلات قسمت زیر جلدی و سطحی عملشان بستن سوراخ مقعد میباشد در صورتیکه قسمت عمقی عضله با کمک عضلات دیگر مجرای مقعد را بطرف جلو میکشد. عضلات اسفنکتر مقعد رشته هایشان مخطط است و در حالت طبیعی تحت کنترل مغز می باشند. شبکه هیپو گاستریک فوقانی در لگن به دوشبکه هیپو گاستریک تحتانی تقسیم میشود که هر کدام شاخه هایی از گانگلیون های سپاتیک فوقانی خارجی دریافت می کنند. شبکه هیپو گاستریک وارد دیواره احتشاء لگن میشود و عبارتنداز:

۱- شبکه مقعدی ۲- شبکه مثانه ای ۳- شبکه رحمی و ارینال

علل بی اختیاری مدفوع

علل بی اختیاری مدفوع بقرار زیر مینمایند.

۱- گاهی این عارضه با پرواپوس همراه است که اسفنکتر متسع و دچار آتروفی میشود و خاصیت خود را از دست میدهد. در چنین مواردی راه درمان، ورزش و فیزیوتراپی میباشد.

۲- صدمات ضربه ای که ممکن است در اثر زایمان یا جراحی یا سوانح باشد. در این شرایط حلقه اسفنکتر قطع میشود و راه درمان، جراحی است که باید دو انتهای عضله اسفنکتر را پیدا نمود و بهم دوخت.

در جراحی های وسیع ناحیه پریونه مثل سلطان رکتوم یا جراحی های غلط در جریان آبسه و فیستول های اطراف مقعد و یا بواسیر ممکن است اسفنکتر کاملا از بین برسد یا اعصاب این ناحیه آسیب کلی بینند. درمان در چنین موارد عبارت خواهد بود از میوپلاستی و در این عمل باید بخصوص توجه داشت که عضله مخطط اسفنکتر از عصب مقعدی و عضلات صاف از شبکه هیپو گاستریک، عصب می گیرند.

۳- ضایعات عصبی: مخصوصاً ناهنجاری های مادرزادی که روی قسمتهای اعصاب خاجی دوم و سوم و چهارم اثر می کند.

۴- وجود نسج فیبروز و سیکاتریسیل در ناحیه پریونه مانند: سیکاتریس های زمان جنگ، سوختن گیاهی عمیق این ناحیه و جای جراحی های متعدد.

درمان جراحی ترمیمی بی اختیاری مدفوع

در سال ۱۹۳۲ استون (۲۳، ۲۲) درباره ترمیم و اصلاح بی اختیاری مدفوع که در اثر جراحی پارس به (ترموتاپیسم) ایجاد شده بود گزارشی داد و این گزارش شامل تیجه اعمالی بود که از سال ۱۹۲۵ الی ۱۹۳۶ انجام داده بود و عبارت بود از بکار بردن فاسیا در زیر جلد

می کنیم. برش دوم در حدود پنج سانتیمتر در امتداد محور طولی عضله دریک سوم تحتانی درست در بالای زانو داده می شود. در این نقطه عضله درست در عقب عضله خیاطه قرار گرفته است. فیبر های عضلانی در این نقطه به تاندن تبدیل می شود و قی که تاندن بیضی شکل عضله راست داخلی مشخص گردید قسمت فوقانی عضله را نیز با انگشت سبابه آزاد می نماییم. گاهی برای آزاد کردن کامل عضله لازم است که غلاف عضله را در سرتاسر قطع نماییم برای اینکار قسمت تحتانی ران را ۹۰ درجه در زانو تامیکنیم و این عمل سبب شل شدن عضله می شود و بدین ترتیب میتوانیم با انگشت در قسمت تحتانی ران عضله را از پشت کنده باشیم و مفصل زانو جدا کنیم. تاندن عضله راست داخلی در قسمت تحتانی ران بعد از دور زدن کنده باشیم پهنتر می شود و به بدنه استخوان درشت نیز بزرگ شود. از راه برش و بر جستگی درشت نیز بشکل دم کبوتر می چسبد. از راه برش تحتانی ران و کشش روی عضله میتوان قسمت انتهایی تاندن را مشخص نمود و تمام قسمت انتهایی که شبیه دم کبوتر است با پریوست از استخوان درشت نیز جدا کرد. قطع کامل تاندن از استخوان درشت نیز در ثابت کردن آن در پرینه بسیار مفید است. یک برش سوم به طول ۵ سانتیمتر و بطری مايل در امتداد تاندن در قسمت فوقانی داخلی درشت نیز جایی که تاندن پهن می شود میدهیم و قسمت آزاد شده عضله و تاندن را از برش یک سوم تحتانی ران بیرون می آوریم و تاندن آنرا با محلول نمکی گرم و مرطوب حفظ می نماییم. از برش فوقانی، عضله را با دقت خارج می کنیم و بعد برش تحتانی ران را بعد از همو ستاز در چند طبقه با ابریشم میدوزیم. در موقع دیسکسیون عضله باید دقت نمود تا به اعصاب دوم، سوم و چهارم کمری و یا عصب سدادی و همچنین عروقی که از شریان رانی عمیقی وارد قسمت فوقانی عضله بصورت توده عصبی عروقی وارد می شود صدمه نرسد. عصب سدادی یک شاخه اصلی و سه یا چهار شاخه فرعی دارد که وارد عضله راست داخلی می شود. بنابراین بهتر است در موقع عمل از محرك عصبی استفاده کرد تا بعض سدادی صدمه وارد نشود.

برش در ناحیه میان دوراه

پایه تحت عمل را پائین می آوریم و رانها را خم و از هم بازهم میکنیم تا ناحیه پرینه کاملا مشخص شود. دو برش کوچک در حدود ۲/۵ سانتیمتر در ساعت ۶ و ۱۲ در حد فاصل پوست و مخاط میدهیم. برش را در جلو وعقب عمیقتر می نماییم باید دقت نمود تا نوارهای مقیدی دنبال چهاری و مقیدی پیازی صدمه نمی پنند. از این نوارها برای نگاهداری عضله استفاده می شود. در بعضی موارد این نوارها رشد کافی ندارند و بنابراین قابل استفاده نمیباشند.

عضله نازک و نواری شکلی است که از قسمت قدامی لگن تا قسمت داخل پا کشیده شده است و سطحی ترین عضله این ناحیه می باشد.

روش های عمل:

۱- روش کلاسیک: پس از پیدا کردن دو انتهای عضله اسفنکتر، آنرا بهم می دوزند، عمل بسیار دقیق است. الیاف عضلانی باید محکم بوده و دچار آترووفی نشده باشند، در زیر بیهوده عمومی بعد از تمیز کردن ناحیه آنورکتال، دو انتهای عضله اسفنکتر را با دو انگشت حس می کنیم و دیلاتاسیون آنال را انجام می دهیم تا فیبر های عضلانی اسفنکتر طویلت شوند. برش پارآنال بشکل منحنی بطول ۵ تا ۶ سانتی متر در ناحیه سیکاتریس در حد فاصل بین پوست و مخاط داده می شود بعد از پیدا کردن دو سر عضله اسفنکتر با کاتکوت کر و مبک دو صفر مخاط و بعداً عضلات را با کاتکوت کرومیک یک بصورت X میدوزیم. بهتر است پوست را با نایلون دوخته و پانسمان آن با آنتی بیوتیک و هیدرو کورتیزون انجام پذیرد.

۲- روش کوتول و موسه (۱۰): بیشتر برای پارگی های ذایمان بکار میرود. بعد از ضد عفونی کردن ناحیه نشین در زیر بیهوده عمومی دیلاتاسیون را انجام میدهیم و با چهار بخشی، دو عدد قدامی و دو عدد خلفی زیر لب بزرگ فرج دو طرف اسفنکتر را مشخص می کنیم. سپس برشی از راست بدچپ داده و دکلمان رکتو واژینال انجام می کرید. بعد از پیدا کردن دو انتهای عضله اسفنکتر را بی دیسکسیون بهم میدوزیم.

۳- روش پیکرل (۱۸): بیمار را شب قبل وصیح روز عمل حمام میدهند در صورتی که مثانه بیمار آتون باشد یا بی اختیاری ادرار داشته باشد باید سند ادراری گذاشت تا از عفونت مجاری ادرار جلوگیری کرد. رانها، پرینه قسمت تحتانی شکم و سرینها را کاملا تمیز می نمایند در صورتی که از عضله راست داخلی طرف راست نخواهد پیوند گشته ران راست را در حال آبدوکسیون قرار میدهند. ناوادانی را که بین تاندن های آبدوکتور دراز و عضله راست داخلی ایجاد می شود احساس مینمایند. برای نمایان شدن این ناوادان بطور متناسب قسمت تحتانی ران را خم و راست می کنند.

برش رانی:

انگشتان چیز را در قسمت داخلی تاندن نزدیک گشته قرار میدهند. برش مستقیم در حدود ۵ سانتیمتر در $\frac{1}{4}$ فوقانی عضله راست داخلی میدهند. برش را عمیقتر مینمایند تا غلاف عضله نمایان شود. برش روی غلاف عضله میدهیم و با انگشت سبابه عضله را کاملا آزاد

ورکی بلند می کنیم و از توده عضلانی بالا بر نده مقعد نیز آویخته درست می نمایم. انتهای تاندن عضله راست داخلی را دو قسمت می کنیم یک قسمت از آنرا به آویخته پریوست و قسمت دیگر را در اطراف وزیر عضله بالا بر نده مقعد با ابریشم ثابت می نمایم. در بیماران چاق انتهای تاندن را میتوان با انتهای داخلی لیگامان انگوئینال یا لیگامان لاکونر یا قسمت ثابت آدوکتور بزرگ در طرف مقابل پیوند عضله راست داخلی ثابت نمود.

طرز ثابت کردن تاندن:

برشی بطول تقریبی پنج سانتیمتر زیر چین کشالدران روی انتهای داخلی لیگامان انگوئینال میدهیم. برش را عمیقتر می نمایم تا لیگامان در کنار بر جستگی عانه نمایان شود. کوردون اسپرماتیک را در مردها بطرف بالا میکشیم. با کشیدن انتهای تحتانی پوست بطرف پائین تاندن آدوکتور بزرگ نمایان میشود. توول زیر جلدی با انگشت یا قیچی که نوک تیز نباشد ایجاد می کنیم تا برش را که در کشالدران درست کرده ایم با برش ساعت ۱۲ پرینه بهم متصل نمایم. توول در زیر لیگامان لاکونر با تاندن عضله آدوکتور میباشد. انتهای تاندن راست داخلی را از توول زیر جلدی به کشالدران می آوریم در زیر روی لیگامان لاکونر تا تاندون آدوکتور بزرگ رد می نماییم. بعد انتهای تاندن عضله راست داخلی را بدو نقطه تاندن راست داخلی و لیگامان لاکونر در دو طرف ثابت میکنیم.

خلاصه

برای درمان بی اختیاری مدفوع وادرار، روش‌های جراحی متعددی پیشنهاد کرده اند که کم و بیش باعوقبیت همراه بوده است. اصول کلی این عمل تنگ کردن سوراخ مقعد میباشد و برای این منظور از نوارهای فاسیالاتا و آویخته‌هایی از عضله سرینی مورد استفاده قرار گرفته است.

یکی از عملهای ترمیمی که مورد توجه قرار گرفته پیوند عضله راست داخلی است که در سال ۱۹۵۲ پیکرل، بروندیت، ماستر پیشنهاد کرده اند. از این روش جراحی در بی اختیاری ادرار نیز استفاده می کنند.

علل بی اختیاری مدفوع وادرار:

۱- مادرزادی

۲- در اثر ضربه

۳- گاهی همراه با پرولاپسوس است

۴- وجود نسج فیبروز و سیکاتر وسیل در ناحیه پرینه

شرح حال بیمار:

بیمار مردی است ۲۶ ساله، مجرد، مازندرانی، بعلت فاتوانی نگهداری مدفوع به مدت ۴ سال در تاریخ ۱۳۴۷/۱/۱۵ به بیمارستان

دور نشین در نسج چربی توولی درست می کنیم ، توول باید با اندازه ای باشد تا انگشت سبابه بر احتی از آن بگذرد. دکلمان باید تا اتصال مخاط و پوست ادامه پیدا کند (میاندوراه درمواقعی که عصب یاعضله ندارد بر جسته و مقعد گشاد میشود و مخاط رکشیم پرولاپسوس پیدا می نماید).

برای اتصال برش فوکانی ران در ساعت ۱۲ باید توولی درست نمود این توول باید به اندازه کافی گشاد باشد تا دو انگشت بر احتی از آن بگذارد عضله راست داخلی را طوری که چرخش پیدا نکند و تحت فشار قرار نگیرد با وقت از این توول رد میکنیم و از برش ساعت ۱۲ خارج می نمایم . قسمت فوکانی عضله که محل ورود عروق و اعصاب است باید کاملا آزاد باشد چنانچه توده عروق و اعصاب دیده نشود نشانه آزاد نبودن عضله است. بعداز خارج کردن عضله از برش ساعت ۱۲ باید تاندن آنرا از زیر نوارهای نگاهدارنده عبور داد.

بعد از تاندن عضله را از دور تا دور مقعد می گذارانیم (در مسیر عقر به ساعت در صورتیکه عضله راست داخلی پای راست مورد استفاده قرار گرفته باشد و بالمکس) تاندن عضله را در ساعت ۶ از زیر قلاب خارج می کنیم کمک جراح عضله را با اسفنج مرطوب آغشته بسرم فیزیولوژیک گرم در دست میگیرد. مجدداً تاندن را از زیر جلد از برش ساعت ۶ به برش ساعت ۱۲ آورده و قسمت انتهایی آنرا از پشت قلاب و عضله رد می کنیم. تمام برشها را چه در ران و چه در پرینه با ابریشم چهار صفر میدوزیم. درستن نسج زیر جلدی و پوست باید وقت کافی نمود.

ثابت کردن تاندن عضله راست داخلی :

انتهای تاندن عضله راست داخلی را بعداز رد کردن مجدد از برش ساعت ۱۲ (باید تاندن را از زیر عضله و قلاب رد نمود) به پریوست بر جستگی ورکی یاعضله بالا بر نده مقعد یا بقسمت داخلی لیگامان انگوئینال یا لیگامان لاکونر یا محل ثابت تاندن عضله آدوکتور بزرگ ثابت میکنیم . همیشه تاندن را در طرف مقابل ثابت می نمایند تا سوراخ مقعد در خط وسط قرار گیرد و از کشیدگی آن بیک طرف جلوگیری بنماید، چنانچه بهمار باریک ولاغر اندام باشد ثابت کردن تاندن به عضله بالا بر نده مقعد و پریوست بر جستگی ورکی آسان است و با روش زیر انجام میگیرد. برش عرضی در حدود پنج سانتی متر درست روی بر جستگی ورکی در طرف مقابل پیوند عضله میدهیم. این برش در حدود ساعت ۴ باید باشد (رانها بایستی خم باشند و بدن در وضعیت لیتو تومی باشد) برش را عمیقتر می نمایم و بر جستگی ورکی و کنار طرفی عضله بالا بر نده مقعد مشخص گردد. آویخته ای از پریوست بر جستگی

شرح حال بیمار: ۳

بیمار مردیست. ۵۰ ساله، که تاریخ ۱۵/۵/۱۳۴۵ بعلت پرولاپسوس رکتوم و بی اختیاری مدفوع و گاز به بیمارستان مراجعت کرده است.

نه سال قبل از مراجعت به بیمارستان بعات خونریزی از مقعد بعنوان بواسیر تحت عمل جراحی قرار گرفته ولی بهبود نیافته بود و خونریزی با شدت بیشتری ادامه یافته و پرولاپسوس نیز اضافه شده بود. یک سال بعد در بخش جراحی قرار گرفته بود که باز هم پرولاپسوس رکتوم مورد عمل جراحی قرار گرفته بود که باز هم نتیجه‌ای عایدش نگردیده بود. سال بعد در بخش جراحی دیگری برای بار دوم از راه پرینه عمل شده است.

ولی مجدداً بعد از عمل پرولاپسوس برای بار دوم از راه شکم عمل می‌شود و این بار نیز نتیجه‌ای نمی‌گیرد.

پنج میان عمل از راه مقعد بوسیله سیکاتریس عمل قبلی دیده می‌شود که این بار نه تنها پرولاپسوس او خوب نمی‌شود، بلکه بی اختیاری گاز و مدفوع نیز بدان اضافه می‌شود. پرولاپسوس تشید پیدا کرده و چند ماه بعد از راه شکم در همان بخش عمل می‌شود بی آنکه ناراحتی‌هایش بهبود پیدا کند بالاخره سه ماه قبل برای بیمار سرکلاژ آنس با نخ غیرقابل جذب بعمل می‌آید که نسبتاً مفید بوده است ولی بعلت ایجاد دمل و علائم عفو نی شدید اجباراً نخ سرکلاژ برداشته می‌شود.

در معاینه بیماری بود باحال عمومی خوب و دستگاههای سالم، سوراخ نشین بسیار وسیع، مخاط روده و کولن بطرف بیرون اکتروپیون داشت. از ستون‌های مورگانی و تشکیلات نشین اثری باقی نمانده، پوست تمام ناحیه پرینه از خضم‌های التیام یافته پوشیده شده بود. وقتی که بیمار زور میزد روده‌اش در حدود ۲۰ سانتی‌متر بشکل مخروط با رأس تحتانی خارج می‌شد و سه انکشت به آسانی وارد روده می‌شد و اثری از اسفنکتر نبود، مسلماً اسفنکتر آنال و عضلات پرینه تماماً از بین رفته بود.

تصمیم بهمیوپلاستی باروش پیکرول گرفته شد. از پنج روز قبل از عمل به بیمار ورزش عضلات نزدیک کننده ران راست داده شد، روده بیمار مانند اعمال کولون آماده شد، ترتیبه بهیچوجه امکان نداشت.

در تاریخ ۱۵/۵/۴۵ با بیهوشی عمومی در وضع زینکولوژیک روی تخت عمل قرار داده شد. تمام سطح درونی ران راست آزاد و عضله راست داخلی بخوبی نمایان بود. عضلات داخلی را در انتهای فوقانی و تحتانی بعد از دادن شکافهای بطول ۱۰ سانتی‌متر پیدا و آزاد کرده و چند سانتی‌متر بالای انتهای تحتانی را قطع نمودیم.

مرا جمعه کرد، در معاینه که بعمل آمد حال عمومی بسیار خوب بود، سابقه بیماری مهمی نداشت ولی در تاریخ ۲۶/۱/۱۳۴۳ عمل فیستول آنال که نوع آن برای ما روش نبود تحت عمل جراحی قرار گرفته بود که متعاقب عمل چهار بی اختیاری مدفوع شده بود. سه سال بعد از عمل اول دوباره بوسیله بخش جراحی همان بیمارستان مجدداً برای بی اختیاری مدفوع تحت عمل قرار گرفته بود و گویا سعی کرده بودند تا عضله اسفنکتر را بدو زند ولی بعد از عمل چهار عفو نت شدید و فلگمون پرینه شده بود و نتیجتاً حالت بی اختیاری مدفوع تشدید پیدا کرده بود.

در معاینه، در ناحیه نشین سیکاتریس عمل قبلی دیده می‌شد و پوست دور نشین نازک بود و به انساج زیر چسبندگی داشت. سوراخ مقعد وسیع و مخاط آن اکتروپیون پیدا کرده بود، در توشه رکتال دو انکشت برای احتیتی وارد نشین می‌شد و هیچگونه انتقامی روی انکشت نداشت و اثری از اسفنکتر خارجی دیده نمی‌شد.

در تاریخ ۱۶/۱/۱۳۴۲ مجدداً تحت عمل جراحی قرار گرفت و از عضله راست داخلی ران راست برای درست کردن اسفنکتر استفاده شد.

بعد از آزاد کردن عضله راست داخلی و جدا کردن پوست پرینه که بعلت چسبندگی بیش از اندازه به انساج حالت طبیعی پیشین را از دست داده بود بطریقه پیکرول دور مقعد چرخابیده شد و در روی ایسکیون طرف چپ ثابت گردید.

بعد از عمل بعلت سیکاتریس قدیمی پوست جدا شده چهار نکروز شد. عضله راست داخلی نمایان گردید و عفو نت پیدا کرد و دفع شد.

شش ماه بعد در تاریخ ۲۹/۷/۱۳۴۷ بعداز بهبود کامل پرینه، بیمار مجدداً تحت عمل جراحی قرار گرفت. این بار از عضله راست داخلی ران چپ استفاده شد. یک توبل در عمق عضلات سطحی پرینه و عضله بالا برند ایجاد کردیم و بعد از رد کردن عضلات راست داخلی چپ از داخل این توبل به ایسکیون طرف راست ثابت گردید. نتیجه عمل بسیار خوب بود و از روز سوم تمرینات انتقامی عضله را شروع کرد. بیمار بی اختیاری مدفوع را توانست کنترل فرماید و روز سی ام که مرخص گردید فقط بی اختیاری گاز داشت. اسکلروز عضله وجود نداشت و بی اختیاری مدفوع کاملاً ازین رفته بود و بیمار قادر به کنترل مدفوع خود بود. بیمار به شهر خود گران مراجعت نمود و در فواصل شش ماه بمدت دو سال جهت معاینه مجدد به بیمارستان مراجعت نمود عضله اسفنکتر انتقامی داشت و کاملاً اختیار مدفوع خود را داشت و فقط از بی اختیاری گاز شکایت می‌کرد.

اقزایش میدهیم تا انگشت داخل مقعد تحت فشار قرار گیرد. بعد از کشش کافی و متناسب انتهای عضله را در شکاف میانی فوقانی بوسط آن دوختیم. شکافهای پوستی را بستیم و بدین ترتیب عمل به پایان رسید.

روزهای بعد از عمل وضع بیمار از نظر حال عمومی معمولی بود، بیمار از روز بعد از عمل شروع بهورزش و انقباض عضله بوسیله نزدیک کردن ران راست به بدن نمود، چهار روز بعد بیمار مبتدا نیست با نزدیک کردن ران، عضله جدید را منقبض نماید.

بعد از اولین اجابت مزاج پرولاپس بیمار نیز از بین رفته و مدفعه با اختیار خودش دفع میشود. پانزده روز بعد از عمل بیمار باحال عمومی خوب از بیمارستان خارج شد. یک ماه بعد دوباره معاینه شد. عضله مقعد بخوبی انقباض داشت. بیمار ۲۰ میلی لیتر تنقیه را بخوبی نگاه میداشت شکایت بیمار فقط از بی اختیاری در موقع خواب بود که گاهگاه برایش اتفاق میافتاد. در آخرین معاینهای که چند ماه بعد شد، وضع بیمار خوب و کاملاً رضایت بخش بود.

اتهای تحتانی قسمت قطع شده عضله را با دادن حرکات متناوب و آزاد کردن بوسیله انگشت و اسباب بلند از شکاف بالائی خارج نمودیم.

معمولًا عروق و اعصاب عضله در یک سوم فوقانی وارد آن میشوند که باید با دقت تمام آزاد شده و از عضله جدا نشوند، چون موقفيت عمل بمسالم ماندن آنها بستگی دارد. یک شکاف طولی کوچک در بالائی نشین و در خط وسط داده و در فاصله بین این شکاف و شکاف فوقانی ران پوست را از اتساج زیر جدا کرده و تونلی ایجاد می کنند که عضله بر احتی از آن رد شده و تحت فشار قرار نمیگیرد. عضله آزاد شده را از داخل این تونل عبور داده و از شکاف فوقانی نشین در آوردیم، شکاف دیگری در خط وسط و پائین نشین داده دور تا دور سوراخ نشین بهمان منوال تونلی ایجاد کردیم که در ضمن دوشکاف را از دوطرف نشین بهم مربوط سازد. عضله را در داخل تونل دور نشین چرخانده و در حقیقت یک سر کلاژ نشین بوسیله عضله انجام دادیم: یک انگشت درون مقعد قرار میدهیم، عضله راست داخلی را به دور رکنم هدایت میکنیم و کشش روی عضله را

REFERENCES:

1. Barrington, F. J.: The physiology of micturition. Quart. J. Ewpl. Physiology., 8: 33, 1914.
2. Begley, B. J.; and Flocks, R. H.: Bladder neck obstruction in children. J. Iowa. Soc., 55: 525, 1961.
3. Birnbaum, W.: A method of repair for a common type of traumatic incontinence of the anal sphincter. Surg. Gynec & Obst., 87: 716, 1948.
4. Bistrom, O.: Plasticher Ersatz der M. Sphincter Ani. Acta Chir. Scandinav., 90: 431, 1944.
5. Blaisdell, P. C.: A Simpler yet more effective repair of the incontinent sphincter ani, Surg., Gynec & Obst. 112: 375, 1961.
6. Bors, E.: Urologic aspects of rehabilitation in spinal cord injuries, a J. A. M. A., 146, 225, 1951.
7. Chittenden, A.S.: Sphincter muscle and reconstruction. Ann. Surg. 92: 162, 1930.
8. Cullen, P.K., and Welch, J.S.: Results of stress in incontinence repair. Surg., Gynec. & Obst., 113: 85, 1961.
9. Converse, J. M. Reconstructive Plastic Surgery Vol. V. 2113. 1966.
10. Cottrel and Musset, Technique chirurgicale tome XI Masson et cie 1969.
11. Elliott. T. r. The innervation of the bladder and urethra. J. Physiol., 35: 367: 1907.
12. Gobells. R.; Method of forming a new anal sphincter Arch. F. Klin. Chir. (Kongressbericht), 148: 612, 1927.
13. Green, T. H. jr. Management of stress incontinence. Am. J. Obst. & Gynec., 83, 632, 1962.
14. Gross, R. E. Thesurgery of infancy and childhood. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 19(53)
15. Hirschman. L.J.: Establishment of a continent anal sphincter by pedunculated innervated myoplasty. Tr. Am. Proct. Soc., 36:178, 1935.
16. Izquierdo, J.: Artificial anal sphincter. Deutsche med. Wchnschr., 52:795, 1926.

17. McLellan, F.C.: The neurogenic bladder. Charles C Thomas, Springfield, 111., 1939.
18. Pickrell, K. L., Broadbent, T. R. Masters, F. W. and Metzger, J. T.: Construction of a rectal sphincter and restoraton of anal continenee by transplanting the gracilis muscle. Ann. Surg., 135: 853, 1952.
19. Pickrell, K. L., Masters, F. W., Georgiade. N., and Horton, C : Rectal Sphincter reconstruction using gracilis muscle transplant. Plast. & Reconstr. Surg., 13:46,1954.
20. Sistrunk, W.: Plastic surgery operation for extensive laceration of the anal sphincter. Ann. Surg?, 85: 185., 1927.
21. Steindl, H.: Surgery _ in relation to continence of feces. Wien. Med Wehnschr., 79: 1516,1538,1929.
22. Stone, H.B.: Plastic operation for anal incontinecne. Arch. Surg., 24,120, 1932.
23. Stone, H.B., and McLanahan, S.: Results with fascia pleastic operation for anal incontinence. Ann. Surg., 114: 73, 1941
24. Thompson N. Unpublished work 1972.
25. Thompton N. Investigation of autogenous skeletal muscle free grafts in the dog. with a report on a successful free graft of skeletal muscle in man. Transplantation, 12: 353, 1941.