

ترمیم فیستول حالب از راه مهبل

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۶، صفحه ۴۹۷ - ۱۳۵۷

*دکتر جواد غفورزاده

منظور از تدوین این مقاله توضیح درباره درمان چنین فیستولهای وسیع نیست بلکه هدف ارائه راهی است برای درمان فیستولهای کوچک و منحصر به حالب که در جدار مهبل بوجود آمده باشد و ضایعه دیگری در کار نباشد. چنین فیستولهای که معمولاً بعد از عمل رحم برداری کامل و ورتها می‌پیش‌می‌آیند بایک شیوه جراحی خاص، گاهی از راه مهبل نیز قابل ترمیم هستند. این عمل بشرطی از راه مهبل قابل انجام است که جدار مهبل قابل اتساع و کابلای جا دار باشد و دیوارهای آن بسهولت قابل کشش بطریق پائین باشد بطوریکه محل فیستول در دسترس جراح قرار گیرد (۵).

چنانکه مهبل بسیار دراز و جایگاه فیستول حالب دور از دسترس و بافت مجاور آن غیرقابل کشش باشد بهترین راه ترمیم، انجام عمل غرس مجدد حالب از راه شکم و بطریق خارج صفاتی است که در آن روش حالب را در منتهی‌الیه تحتانی و سالم آن قطع می‌کنند و تا حدی که لازم است آنرا از بافت‌های اطراف جدا مینمایند و در قسمت مناسبی از جدار مثانه هرچه نزدیک‌تر به مثلث مثانه (تریگون) وارد آن عضو می‌کنند (۶ و ۷).

در عمل غرس مجدد حالب در جدار مثانه از راه مهبل که بدشیوه کلی بورنهام (Kelly Burnham) مشهور است (۱۱). ابتدا سوراخ مر بوط به فیستول حالب را در جدار مهبل پیدا کرده سپس یک

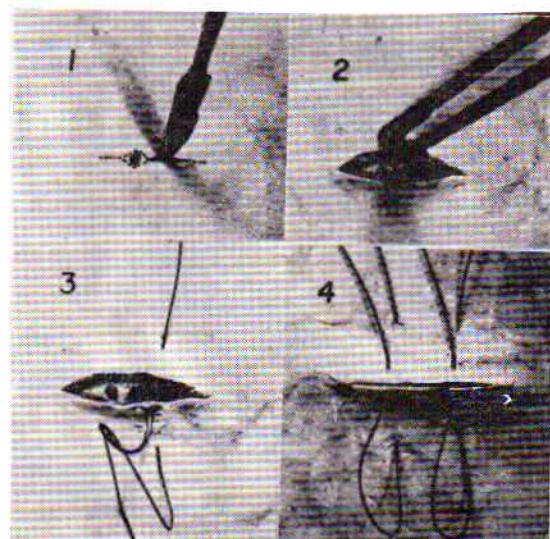
فیستول بین حالب و مهبل از انواع نادر فیستولهای مجرای تناسلی بانوان است. درین مجموع یکصد و پنجاه و پنج ییمار مبتلا به فیستولهای گوناگون ادراری- تناسلي که در ده سال اخیر توسط اینجانب مطالعه و تحت درمان قرار گرفته‌اند، نوع حالب- مهبل جماعتی شن مورد بیشتر بوده است. البته باید یادآور شد که تمداد پانزدهمورد فیستولهای بزرگ مشاهده شده است که در تیجه 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 خود را نشان میدهد. بنا بر این در حین ترمیم چنین فیستولهای وسیعی، جراح کم و بیش با حالبها سر و کار خواهد داشت و با استفاده از سند حالب باید مسیر حالبها در حین عمل بررسی شوند تا در موقع تثربیع و جدا کردن فیستول و منحر کردن جدار مثانه صدمه‌ای به حالبها وارد نشود و همچنین موقع دوخت و دوز لب‌های فیستول، انتهای‌تحتانی حالبها در لابلای پنجیه‌ها گرفته نشود و با این ترتیب میتوان سندهای حالب را از راه مجرای ادرار به بیرون مثانه هدایت کرد و در حین عمل و یا بعداز عمل آنها را بیرون آورد (۳ و ۷).

* دانشکده پزشکی داریوش کبیر سابق- دانشگاه تهران.

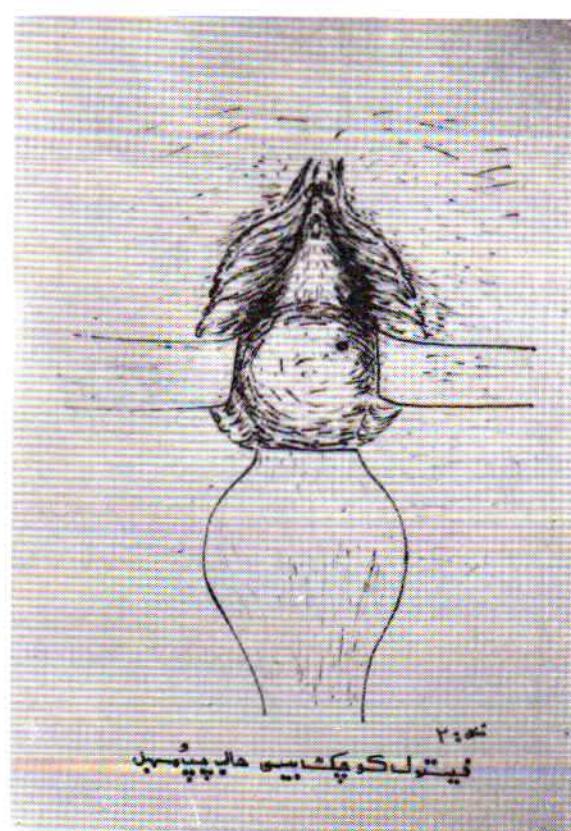
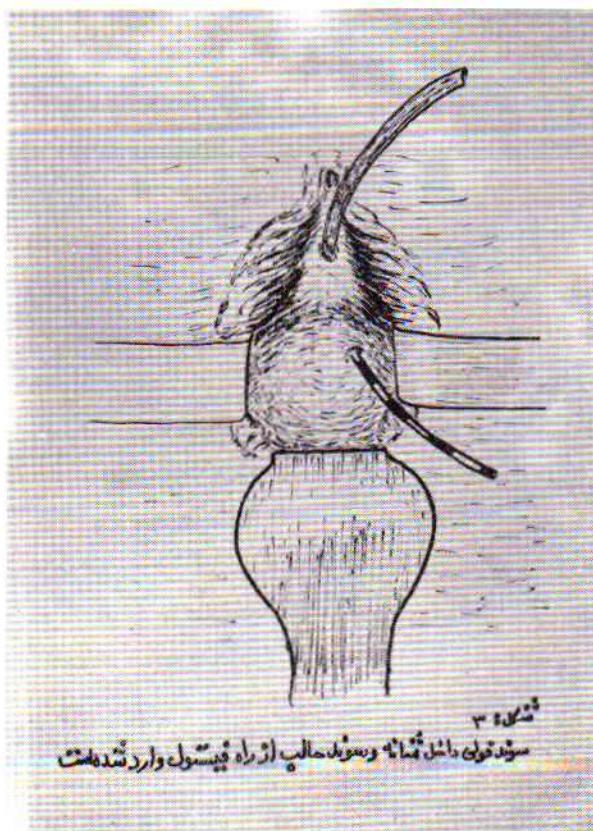
حدود یک سانتی متر تشریع و از بافت‌های اطراف مجزا گردد. پس از آنکه انتهای تحتانی حالب آسیب دیده بطور کامل جدا و آزاد شد در نزدیکترین نقطه مناسب در جدار مثانه سوراخی بقطر حالب تعبیه مینمایند و سعی میکنند که انتهای آزاد سند حالب را وارد محوطه درونی مثانه بکنند و بکمک یک پنس کلی خمیده و بلند از راه مجرای ادراری سند حالب را از درون مثانه بخارج هدایت کنند. باین ترتیب انتهای آزاد شده حالب از همان شکاف مجاور به داخل مثانه رانده میشود و پس از آنکه حالب بطرق فوق در مثانه غرس گردید جدار مثانه را در دو طبقه با کرومیک دوصفر ترمیم میکنند و سعی مینمایند جدار مثانه را از آن ناحیه که حالب در درون آن قرار دارد با کرومیک دو صفر با چند بخشیه تقویت کنند که از برگشت ادرار درون مثانه به حالب جلوگیری شود. در پایان این عمل جدار مهبل نیز در دو طبقه با کرومیک دوصفر و صفر ترمیم میشود. سند فولی و سند حالب از راه مجرای ادرار، بحالی نگاهداشتن مثانه و تخلیه حالب آزده کم خواهد کرد و برای تکمیل درمان و گرفتن نتیجه مثبت از این عمل، تخلیه مداوم مثانه لائق بمدت یک 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 هر دو مثبت بوده است. چهار بیمار دیگر شرایط مناسب

سوند حالب متوسط و مناسب با سوراخ مزبور وارد حالب میکنند و در حدود ده سانتی متر 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 ۱-۴- مدل مخصوص ننان دادن نحوه عمل پیستول حالب از راه مهبل.
(از کتاب عبدالفتح یوسف)



تمام ضایعات سرطانی مجبور به تشریع کامل قسمت انتهایی حالب هستند و با پیدایش اختلال گردش خون و فساد بافت در جدار حالب فیستول حالب پیش می‌آید و چنانچه دیورتیکول و ناهنجاری دیگری نیز در ساختمان حالبها وجود داشته باشد مسلماً پیدایش فیستول حالب بیشتر اتفاق می‌افتد.

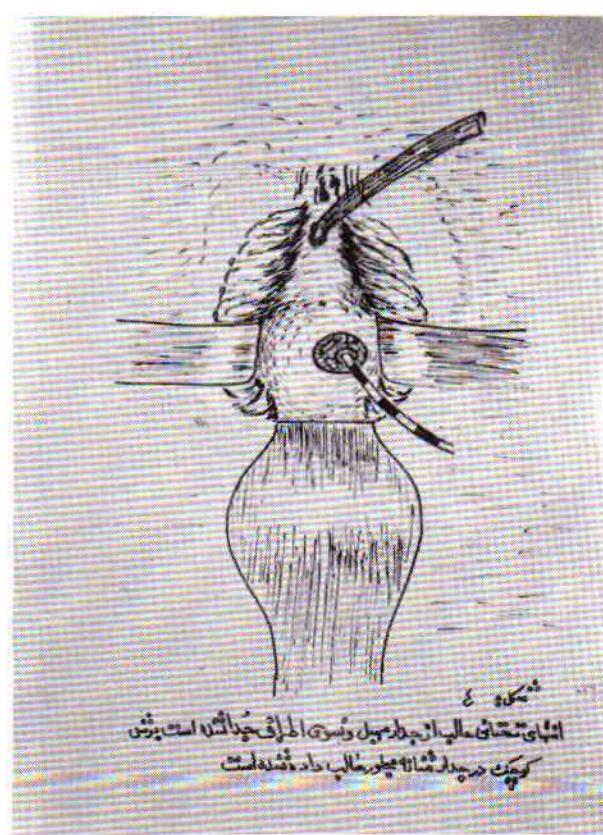
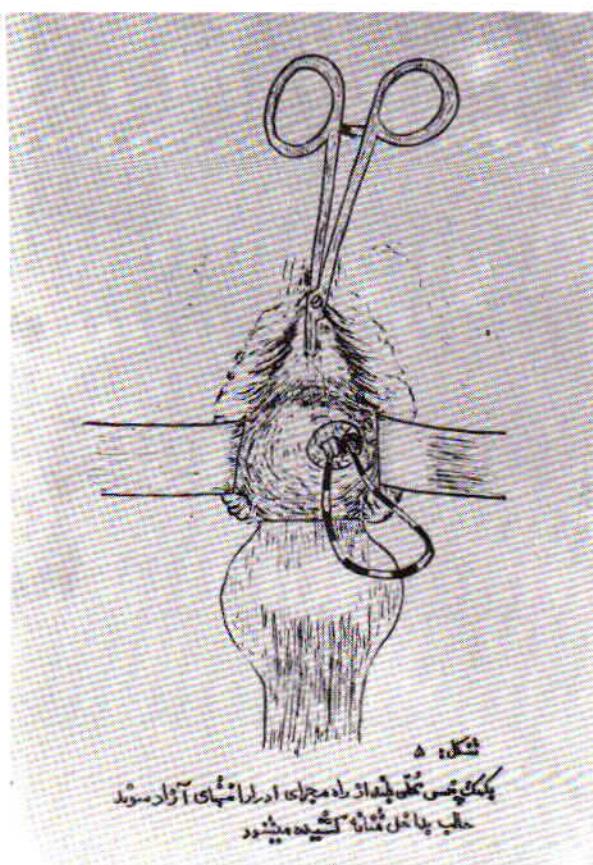
نشانه‌های فیستول بین حالب و مهبل معمولاً در هفته دوم عمل جراحی آشکار می‌شود و بیمار عمل شده اظهار میدارد، با وجود دیکه بطور طبیعی قادر به دفع ادرار از مجرای ادرار است ولی بازهم بطور متنابض از مهبل وی ادرار بی اختیار دفع می‌شود، در معاینه زنانه بوسیله سند میتوان در مثانه مقداری ادرار گرفت و در عین حال با مشاهده مهبل بوسیله اسپکولوم وجود ادرار در مهبل نیز جلب توجه می‌کنند و ممکن است وجود یک سوراخ در عمق مهبل که ادرار از آن دفع می‌شود تأیید گردد. چنانچه محلول بلودو-میتلن از طریق سند مجرای ادرار وارد مثانه بکنند و از راه مهبل مراقب وضعیت باشند مشاهده می‌شود که ادراری که در مهبل دیده می‌شود آشفته به رنگ آبی نیست، معلوم می‌شود که رابطه‌ای بین مثانه و مهبل وجود ندارد و فیستول مربوط به حالب است (۷۵۰).

سیستو‌سکپی برای تائید و تشخیص این فیستول کمک شایانی می‌کند

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

بحث :

عمل پیدایش فیستول بین حالب و مهبل معمولاً عمل رحم‌برداری کامل در تومورهای بزرگ رحم و نیز عمل ورتها یام است. در حین انجام این عمل پنس‌هایی که برای بستن شریان رحم و یا برای بند آوردن خون‌جدار مهبل در دو طرف و گوششهای آن با بی احتیاطی گذاشته می‌شود و یا جدار حالب در موقع دوخت و دوز در روی پنجیهای گرفته می‌شود. جدا نکردن مثانه از جدار مهبل بط‌ورکافی و یا وجود بافت‌های سفت (اسکلروتیک) در موقع عمل مخصوصاً در بیمارانیکه قبل از رادیوتراپی شده باشند مزید بر علت می‌شود. در حین عمل ورتها یام برای درمان سرطان ویرون آوردن



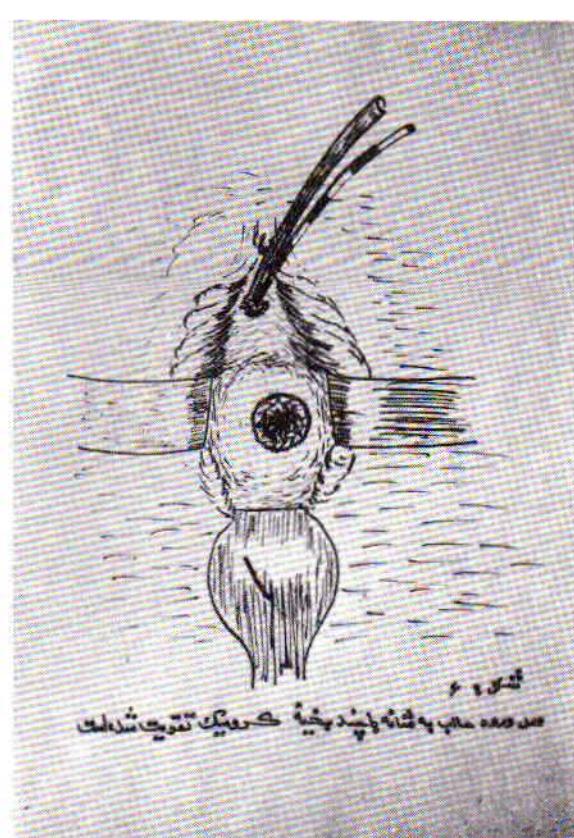
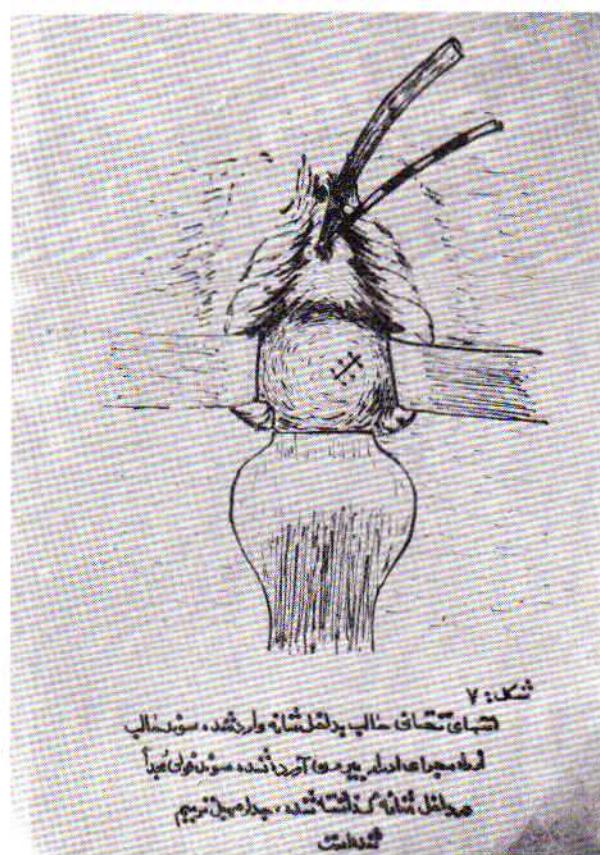
نگران کننده و نشانه‌ای برای پیدایش انسداد حالب نیست چرا که ممکن است سنگ کلیه و یا حالب نیز در کار باشد که تصادفاً در روزهای بعد از عمل بحرکت در آمده باشد و بهمین دلیل لائق پرتو نگاری ساده شکم قبل از هر عمل جراحی زنانه لازم است. بدینهای است اوروگرافی قبل از عمل در مرور عمل‌های جراحی وسیع برای تومورهای بزرگ و عمل ورتهایم کامل ضرور است.

چنانکه صدمه و قطع و برش حالب در حین عمل جراحی مشاهده و مورد توجه قرار گیرد بهتر است در همان جلسه به ترمیم حالب و یا جدا کردن وغرس مجدد آن در محل مناسبی از مثانه اقدام شود که نتیجه بسیار خوب خواهد بود. ندرتاً اتفاق می‌افتد که حالب یا حالبها را بطور کامل در حین عمل قطع کنند و بی‌آنکه متوجه شوند آنها را در داخل شکم رها کنند. در این صورت در روزهای بعد از عمل حفره صفاق از ادرار ابیشه خواهد شد و علایم ورم صفاق (پریتونیت) سیم برقرار خواهد گشت.

گاهی اتفاق می‌افتد که نشانه‌ای قولنج کلیوی و حتی علایم بی‌اختیاری ادرار و نشانه‌ای فیستول حالب در عرض دو الی سه هفته تخفیف

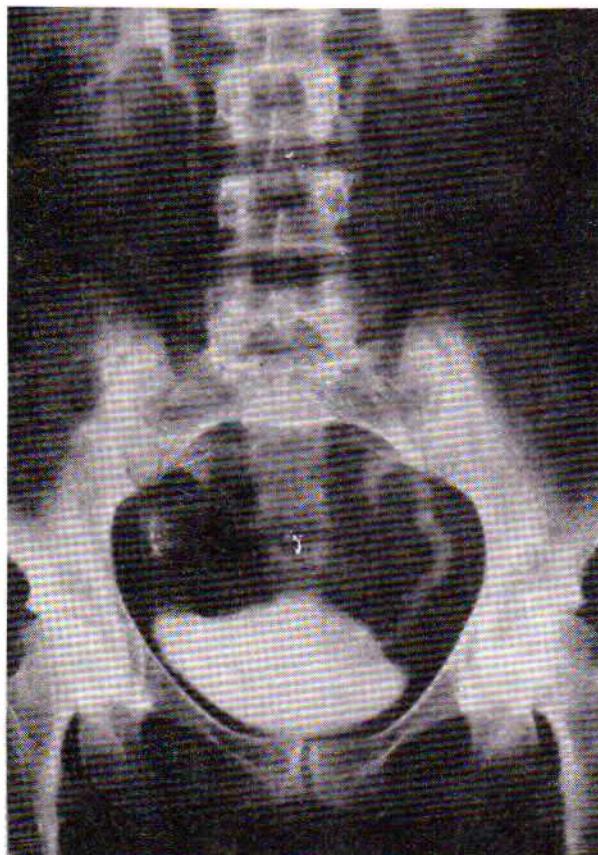
بخصوص که با پیوسله آزردگی حالب راست و چپ از همیگر تفکیک می‌شود و نیز با وارد کردن سند حالب از راه مثانه به حالب آزره می‌توان محلی را که از آن بالاتر حالب مسدود است تعیین کرد و طول قسمت تحتانی حالب را که با اتفاق اخیر از قسمت بالاتر جدا شده است معین نمود.

ممکن است بیدار اعمال جراحی در قسمتیکه حالب با بخیه یا پنس گرفته شده، انسداد کامل در حالب پیش بیاید و نشانه‌های احتیاط ادرار در کلیه و حالب آن طرف بروز کند، در این صورت از روز دوم و سوم بعد از عمل بیمار مبتلا به دردهای قولنج کلیوی می‌شود و نشانه‌هایی از قبیل درد شدید در یک طرف شکم با انتشار بطرف پائین و حساسیت ناحیه کلیه در طرفی که حالب گیر دارد از خود نشان میدهد و این نشانه‌ها ممکن است کم با توقف تراوش ادرار از کلیه تخفیف پیدا کند و ساکت شود و یا آنکه شروع بی‌اختیاری ادرار، وجود صدمه به حالب و ایجاد فیستول را مسلم کند. نکته کوچک قابل ذکر آنکه پیدایش حالت قولنج کلیوی متعاقب عمل‌های رحم‌برداری و سایر تومرهای لگن همیشه علامت

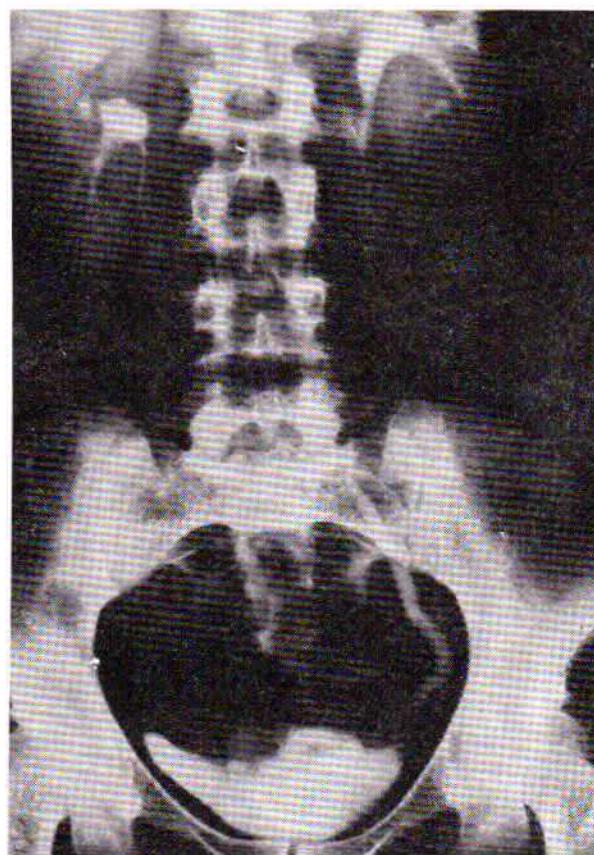


فیستول با توقف و سکوت کامل کلیه ظاهر آ از بین میرود. بنابراین باید در اینگونه موارد با انجام اوروگرافی مکرر وضعیت کلیه را در نظر گرفت و در موقع مناسب که معمولاً شش هفته بعد از اتفاق اولیه است برای درمان فیستول و آزاد کردن حالب و غرس مجدد آن اقدام کرد.

پس از میکند و بیمار آرامش می یابد و ب اختیاری ادرار نیز کم کم رو به بیهود میگذارد. این اتفاق ظاهر آ خوشحال کننده ، برای پزشک و بیمار نباید باعث گمراهی شود زیرا این بیهود ظاهری بیچوچه بملت النیام کامل ضایعه نیست بلکه پیدایش جوشگاه (سیکاتریس) در انتهای حالب باعث میشود که کلیه مربوطه کم کم از کار خود بکاهد و ادرار کمتری تراویش کند و بالاخره نشانه های



شکل ۹ - اوروگرافی همان بیمار مبتلا به فیستول بین حالب در مثانه از راه مهبل.



شکل ۸ - اوروگرافی بیمار مبتلا به فیستول بین حالب چپ و مهبل قبل از عمل.

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.: Replantation of ureter. Brit. J. Urol. 48, 31 - 37. 1976.
4. William, H.: Early aggressive management 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.