

سرطان کولون بدنبال اتصال حالب به سیگموئید

مجله نظام پزشکی

سال هشتم ، شماره ۱ ، صفحه ۴۵ ، ۱۳۶۰

دکتر عبدالکریم سهرابی *

مقدمه :

در آزمایش‌های بالینی ، شکم نفخ شدید بی‌علامت تحریک صفاق داشت . در توشه رکتال ، توده‌ای سفت به نوك انگشت میخورد که بسا سرطان رکتوسیگموئید مطابقت داشت . هموگلوبین ۱۱/۲ درصد و گلبولهای سفید ۷۰۰۰ دره‌لیمتر مکعب و $B. U. N. = ۳۴$ و کراتینین $= ۱/۸$ بود . پرتونگاری ساده شکم اتساع شدید کولون را نشان میداد .

بیمار با تشخیص احتمالی انسداد روده ، ثانویه بر سرطان سیگموئید تحت عمل جراحی و نمونه برداری (بیوپسی) قرار گرفت و کولوستومی کولون افقی انجام شد تا موقتاً انسداد درمان شود و در مرحله بعد عمل جراحی رادیکال برای سرطان رکتوسیگموئید صورت گرفت .

آزمایش‌های بافت‌شناسی سرطان رکتوسیگموئید از نوع آدنوکارسینوم موسینوس را تأیید کرد .

بحث :

اولین نوع انحراف مسیر ادرار از مثانه عبارت بود از اتصال ساده حالب به سیگموئید ، این روش بعلت عوارضی نظیر تنگی در محل آناستوموز و عفونتهای بالارونده از سیگموئید به کلیه متروک شده است . برای جلوگیری از عفونتهای مکرر دستگاه ادرار Coffey انتهای حالب را از یک تونل زیر مخاطی کولون عبور داد و انتهای آنرا در داخل کولون آزاد گذاشت . در سال ۱۹۴۹ ، انتهای آزاد حالب به مخاط کولون پیوند شد (۳) . در سال ۱۹۵۲ ، Bricker قسمتی از ایلئوم (تقریباً ۲۵ سانتیمتر) را جدا کرد ، یک سر آنرا بست و سر دیگر را به پوست (ایلئوستومی) باز نمود و

بروز سرطان سیگموئید پس از اتصال حالب به سیگموئید ۲۸۰ تا ۵۶۰ برابر افراد معمولی است . سن ابتلا به این نوع سرطان حدود ۳۴ سالگی است که در مقایسه با سن مبتلایان به سرطان کولون در افراد عادی (۶۵ سالگی) اشخاص جوانتری را گرفتار میسازد . در مورد علت بیماری نظریه‌های زیادی ارائه شده است که مهمترین آنها تحریک مداوم مواد سرطان‌زای مدفوع در زمینه التهاب مزمن محل اتصال است .

نظر باینکه احتمال بروز سرطان در افرادی که حالب به سیگموئید وصل شده زیاد است ، آندوسکپی سالانه برای آنان توصیه میشود و بالاخره درمان انتخابی این نوع سرطان ، جراحی رادیکال برای کولون و انحراف مسیر ادرار با استفاده از روش Bricker میباشد .

شرح حال بیمار :

بیمار جوانی است ۲۳ ساله که با اکستروفی مثانه و اسپیدیاس بدنیا آمده ، بهمین علت در کودکی کلیه راست و مثانه او را برداشته و حالب چپ وی به سیگموئید متصل شده است (علت برداشتن کلیه راست مشخص نبود) . در سن ۱۶ سالگی بعلت انسداد تدریجی محل اتصال ، حالب بیمار در نزدیکی سیگموئید قطع شد و به پوست وصل گردید و قسمت انتهایی حالب همچنان در کولون دست نخورده باقی‌گذاشته شد .

وضع بیمار از همه نظر خوب بود تا اینکه در سن ۲۳ سالگی بعلت نشانه‌های انسداد روده بزرگ در بیمارستان بستری گردید .

* بیمارستان مصطفی خمینی (میثاقیه سابق) - خیابان ایالتی - تهران .

هر دو حالب را باین قطعه جدا شده ایلئوم متصل کرد. واضح ترین مشکل در این طریقه احتیاج به کیسه‌ای بود که باید بجدار شکم بیمار پیچسبید و ادرار را جمع‌آوری کند. امروزه استفاده از ایلئوم برای جانشین کردن مثانه در کودکان مرغوبیت خود را از دست داده است، زیرا انجام آن مخصوصاً دزدوران طفولیت بعدها ایجاد تنگی دهانه محفظه را خواهد کرد (۵).

با آنچه گفته شد روش‌های مختلفی برای ایجاد محفظه جمع‌آوری ادرار (جانشین مثانه) وجود دارد که هنوز هم بهترین آنها اتصال حالب به سیکموئید است (۶) که راحت‌ترین نوع انحراف مسیر ادرار بوده و بررسی‌های تازه نشان می‌دهد که عوارض متابولیک آن (در مدت ۳/۵-۱۰ سال) نیز قابل اغماض است. شایعترین عارضه آن عفونت‌های مکرر ادرار و نارسائی پیش‌رونده کلیه و اسیدوز هیپرکلرومیک است. عارضه دیررس آن که توجه زیادی (۸) بدان نشده ولی مستند به شواهد فراوانی است، سرطان کولون میباش که مکانیسم آن دقیقاً مشخص نشده است. ولی اختصاصات زیر را دارا می‌باشد (۹ و ۱۰ و ۱۱).

۱- بروز سرطان کولون در افرادی که این نوع عمل چسباندن حالب در آنها انجام شده در حدود ۶۹۰۰ تا ۱۳۳۰۰ مورد در هر صد هزار تن گزارش شده است. در حالیکه بروز سرطان کولون در افراد معمولی ۲۴ مورد در هر صد هزار تن است. یعنی بروز سرطان کولون در کسانی که اتصال حالب به سیکموئید دارند ۲۸ تا ۵۶۰ برابر مردم عادی است.

۲- سن متوسط ابتلا به این نوع سرطان معمولاً ۳۴ سالگی است. در حالیکه سن ابتلا به سرطان کولون در اشخاص عادی ۶۵ سالگی است (۹).

۳- سرطان معمولاً بلافاصله بعد از اتصال حالب به سیکموئید و در مخاط سیکموئید ایجاد میشود (۱۲).

۴- پولیپهای آدنوماتوز در حوالی اتصال ایجاد میشوند و رابطه

این نوع پولیپها و سرطان کولون امروزه ثابت شده است. کولیت سیتیک معمولاً پس از اشعه درمانی و کولیت زخمی در اطراف اتصال حالب به سیکموئید گزارش شده است (۱۰).

در مورد نحوه ایجاد این نوع سرطان نظراتی بشرح زیر ارائه شده است.

۱- مواد سرطان‌زای ادرار ممکن است تغییرات سرطانی در مخاط سیکموئید بوجود آورده باشد.

۲- مواد سرطان‌زای مدفوع ممکن است در انتهای حالب ایجاد سرطان کند ولی شواهد بافت‌شناسی مؤید منشاء سرطان از بافت کولون میباشد.

۳- در محل اتصال التهاب مزمن وجود دارد که ممکن است حساسیت مخاط کولون را در این ناحیه نسبت به مواد سرطان‌زای موجود در مدفوع طبیعی افزایش دهد.

در عمل پیشنهادی توسط Bricker التهاب در محل اتصال کمتر بوده و خطر سرطانی شدن مخاط روده بدنبال دوختن آن به حالب فوق‌العاده کمتر است (۹).

نتیجه:

۱- بیمارانی که دارای اتصال حالب به سیکموئید میباشند، در معرض خطر سرطان کولون بوده و بهتر است هر ساله آندوسکوپی شوند.

۲- مطالعه این نوع سرطان ممکن است پاتوژنی سرطان کولون مخصوصاً سرطان پس از کولیت زخمی را روشن کند.

۳- و بالاخره امید میرود که روش تازه برای ایجاد مخزن ادرار، چنین عوارضی را بطور کلی از بین ببرد.

۴- در صورت ایجاد سرطان در محل اتصال حالب به سیکموئید، درمان انتخابی عبارت از جراحی رادیکال برای سرطان سیکموئید و انجام عمل Bricker (۴) (ایجاد محفظه ادراری با قسمتی از ایلئوم) برای انحراف مسیر و مخزن ادرار است.

REFERENCES :

- Higgins, C. C.: Extrophy of the Bladder: Review of seventy cases, J. Urol., 63: 852. 1950.
- Coffey, R.C.: Further studies and experiences with transfixion suture technic for transplantation of ureters into large intestine. Northwest. Med. J. 32: 31, 1933.
- Cordonnier, J. J.: Ureterosigmoid anastomosis. J. Urol., 63: 276, 1950.
- Bricker, F.M: The evolution of the ileal segment bladder substitution operation. Am. J. Surg. 135: 834 - 841, 1978.
- Hardy, B. E.: Structures of the ileal loop. J. Urol. 117: 358-361, 1977.
- Aaronson, I. A., Morgan, T. C.: Ureterosigmoidostomy in childhood: The quality of life. J. pediat. Surg 14: 74 - 76, 1979.
- Bakker, N. J.: Ureterosigmoidostomy. Arch. Dis. Child. 51: 544 - 549, 1976.
- Goodwin, M. E. and Scardino, P. T.: Ureterosigmoidostomy. J. Urol. 118 - 169 - 174, 1977.
- Parsons, C. D.: Colonic adenocarcinoma. A delayed complication of ureterosigmoidostomy. J. Urol. 118 - 314. 1977.
- Lasser, A. and Acosta, A. E. : Colonic neoplasms complicating ureterosigmoidostomy. Cancer 35 : 1218 - 22, 1975.
- Eivard, L. Y.: Colonic neoplasms following ureterosigmoidostomy. J. Urol. 113 : 781 - 786, 1975.
- Mogg, R. A.: Neoplasms at the site of ureterocolic anastomosis. Br. J. Surg. 64. 758 - 61, 1977.