

مفاغرة الجيب الدقاقي على الشرج: خبرة 15 حالة

عبد الغني الشلبي*

الملخص

هدف البحث: تقييم المعالجة الجذرية لآفات كولونية تترافق باحتمال خباثثة مرتفع (داء البوليبات العائلي والتهاب الكولون القرصي) من خلال استئصال الكولون التام وتصنيع الجيب الدقاقي ومفاغرتة على الشرج (IPAA) بحيث يتم المحافظة على السبيل الهضمي دون الضرورة لتحويل محتويات الأمعاء عبر جدار البطن.

المرضى وطرائق البحث: أجريت الدراسة بالطريق الراجع حيث شملت 15 مريضاً خضعوا لاستئصال الكولون التام مع IPAA في مستشفى الأسد الجامعي خلال الفترة الواقعة بين عامي 1998 و2004.

النتائج: كان استئباب الجراحة داء البوليبات العائلي في 7 مرضى والتهاب الكولون القرصي في 8 مرضى. خضع جميع هؤلاء المرضى لـ IPAA بحيث أجريت 6 عمليات دون فغر دقاقي و9 عمليات مع فغر دقاقي. بلغ معدل الاستشفاء 11 يوماً وسطياً. شملت الاختلاطات الخراجات الحوضية (حالة واحدة)، التسريب من الخزان (حالة واحدة)، تضيق الشرج (3 حالات)، التهاب الخزان (3 حالات)، التهاب الجلد حول فغر الدقاقي (حالتان)، التهاب الجلد حول الشرج (حالة واحدة)، انسداد الأمعاء (حالة واحدة)، عسرة التبول العابرة (حالة واحدة)، عدوى الجرح (حالتان)، وحدثت حالة وفاة وحيدة بسبب صمة رئوية (حالة واحدة).

* أستاذ مساعد - قسم الجراحة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

ولم تشاهد أي حالة فشل جيب أو جيب غير وظيفي. بلغ عدد مرات التغطوط الوسطي 6 مرات نهائياً ومرة واحدة ليلاً. كان الاستمساك النهاري والليلي تماماً في 80% و69% من المرضى على التوالي. وشوهد عدم الاستمساك في 6.7% من المرضى.

الخلاصة: إن استئصال الكولونيات التام مع تصنيع جيب دقائي ومفاغرتة على الشرج قد حافظ على وظيفة المعصرة الشرجية مع اختلاطات قليلة وعدد مرات تغطوط مقبول ونسبة استمساك تام جيدة. ونوصي بإجراء هذا النمط من الجراحة بوجود الاستطببات المحددة.

الكلمات المفتاح

استئصال كولون ومستقيم تام مع تصنيع جيب دقائي - جيب دقائي - داء بوليبيات عائلي - التهاب كولون قرصي - فغر دقاق.

Ileal Pouch - Anal Anastomosis (IPAA) Study of 15 Cases

Abdul Ghani Shalabi*

Abstract

Aims: Evaluation of radical surgical treatment of colonic lesions which have the potential for malignant transformation, namely familial adenomatous polyposis (FAP) and ulcerative colitis (UC), by performing total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomoses (IPAA). This technique helps preserving the continuity of the gastrointestinal tract without the need for external enteral diversion.

Methods: The files of 15 patients who underwent total proctocolectomy with IPAA in Al Assad University Hospital between 1998 and 2004 were reviewed retrospectively.

Results: The indication of the surgery was FAP in 7 patients and UC in 8 patients. All patients underwent IPAA. Six patients did not need an ileostomy, but it was performed in the other 9 patients. Average period of stay in hospital was 11 days. The complications included pelvic abscess (1 patient), pouch leakage (1 patient), anal stenosis (3 patients), pouchitis (3 patients), peristomal dermatitis (2 patients), perianal dermatitis (2 patients), intestinal obstruction (1 patient), transient dysuria (1 patient), and wound infection (2 patients). Only one patient died due to pulmonary embolism. No pouch failure or nonfunctional pouch was seen. Average frequency of defecation was 6 times per day with one episode at night. Fecal continence was complete during day and at night in 80% and 69% of patients, respectively. Incontinence was seen in 6.7% of patients.

Conclusion: Total proctocolectomy with IPAA can preserve the anal sphincter function with few complications, acceptable defecation frequency, and good anal continence. We strongly recommend this type of surgery whenever indicated.

Key words: Total proctocolectomy with IPAA- Ileostomy- familial adenomatous polyposis (FAP)- ulcerative colitis (UC) - ileal pouch.

* Ass. Prof. Head of department of surgery, Damascus University.

المقدمة (Introduction)

مفاغرة الجيب الدفاقي على الشرج (IPAA أو ileal pouch – anal anastomoses) هي استئصال الكولون والمستقيم التام مع إزالة مخاطية القسم العلوي من القناة الشرجية بدءاً من الخط المسنن (مع المحافظة على أرضية الحوض والمعصرات الشرجية) وتصنيع جيب دفاقي ثم مفاغرتة على القناة الشرجية بمستوى الخط المسنن.^[1] كان Pacon و Valent أول من أجرى الخزان بنجاح في عام 1955 على الكلاب. ولكن Park وفريقه في مشفى St.Mark كانا في عام 1978 أول من أجرى عملية استئصال الكولون والمستقيم التام مع تسليخ المخاطية وتصنيع خزان دفاقي بشكل S ثم مفاغرتة على الشرج عند مريض مصاب بالتهاب الكولون القرصي.^[2] وتستطب هذه العملية اليوم في التهاب الكولون القرصي (ulcerative colitis أو UC)، وداء البوليبيات العائلي (familial adenomatous polyposis أو FAP)، والعطالة الكولونية المستقيمية (colo-rectal inertia).^[1]

الطرائق (Methods)

أجريت الدراسة بالطريق الراجع من خلال دراسة ملفات وتقارير 15 مريضاً يعانون من التهاب الكولون القرصي أو داء البوليبيات العائلي. خضع هؤلاء المرضى في مشفى الأسد الجامعي بين عامي 1998 و2004 لعمل جراحي استئصال فيه الكولون والمستقيم التام مع تصنيع جيب دفاقي ومفاغرتة على القناة الشرجية مع فغر دفاق أو دونه. حُدِّدَ من خلال هذه الدراسة استطباب العمل الجراحي، وتوزع المرضى حسب العمر والجنس، والأعراض التي راجع بها المريض، والوسائل التشخيصية المستخدمة، ونوع العمل الجراحي المجرى (مع فغر دفاق أو من دونه)، وزمن العمل الجراحي، وكمية الدم المنقولة خلال الجراحة، ومدة الاستشفاء بعد الجراحة، ومعدل المضاعفات الناجمة عن الجراحة ونوعيتها. أما فيما يتعلق بوظيفة الجيب الدفاقي على المدى

الطويل فقد تمت توبع المرضى جميعهم مدة 3 سنوات على الأقل، إذ تم حُدِّدَ عدد مرات التغطوط، ومعدل الاستمساك التام، ومعدل الاستمساك للغازات، ومعدل عدم الاستمساك. قورنت النتائج بالدراسات العالمية في الأدب الطبي.

النتائج (Results)

شملت الدراسة 15 مريضاً يعانون من التهاب الكولون القرصي (8 مرضى أو 53%) أو داء البوليبيات العائلي (7 مرضى أو 47%). من بين مرضى التهاب الكولون القرصي كان هناك 3 ذكور و5 إناث، وتوزع مرضى داء البوليبيات على 3 ذكور و4 إناث. أما بالنسبة للتوزع العمري للمصابين فيظهر في الجدول (1).

المجموع	49-40	39-30	29-20	19-10	المجموعة (سنة)
7	-	2	3	2	FAP
8	1	4	3	-	UC

الجدول (1): توزيع المرضى حسب المجموعات العمرية

درست الأعراض التي راجع بها المرضى. في UC كان الاستطباب الجراحي هو فشل المعالجة الدوائية المستمرة لعدة سنوات لدى المرضى جميعهم، الذي تمثل باستمرار الأعراض التي شملت استمرار النزف (حالتان)، وعودة نوب الإسهال الشديد المدمى (5 حالات)، وفقر الدم المزمن (حالة)، ونقص الوزن المعند (حالة). أما في FAP فإن المرض كان مشخصاً مسبقاً نظراً إلى الإصابة العائلية الواضحة، وكان العرض الأبرز لدى هؤلاء المرضى هو التغطوط المدمى (90%) ونقص الوزن (60%).

أما الوسائل الاستقصائية المستخدمة لدراسة المرضى فقد أجريت الصورة الظليلة للكولونات في 45% من المرضى، كما أجري التنظير الهضمي العلوي في 40% من مرضى FAP لنفي الإصابة المرافقة في الجزء العلوي من السبيل الهضمي، إذ لم

تشاهد في أي من الحالات. أجري التنظير الهضمي السفلي مع أخذ خزعات في المرضى جميعهم. لم تظهر الخزعات أي تبدلات حؤولية أو خبيثة في مرضى UC. أما في مرضى FAP فقد تبين وجود عسرة تصنع شديدة في بوليب متوضع في أعلى المستقيم قطره 4 سم لدى شاب يبلغ من العمر 16 عاماً، كما وجدت حالة تسرطن على بعد 30 سم من حافة الشرج لدى مريضة تبلغ من السن 23 عاماً.

حُضِرَ المرضى ميكانيكياً ودوائياً، وأجري العمل الجراحي تحت التخدير العام على مرحلتين: بطنية وعجانية. في المرحلة البطنية يجري شق ناصف ويتم تحرير الكولون وربط أوعيته ومساريفاه ثم استئصاله. بعد ذلك يصنع جيب بشكل J من الجزء النهائي للدقاق ويتم إنزاله إلى الحوض. في المرحلة العجانية يتم استئصال مخاطية المستقيم والجزء العلوي منه ثم مفاعة الجيب الدقاقي على القناة الشرجية عند الخط المسنن. وقد أُجْرِيَ في دراستنا تصنيع الجيب بشكل J بواسطة عروتين بطول 15-20 سم حيث تقع قمة الجيب عند أخفض نقطة من التقاء العروتين، والهدف من ذلك هو الحصول على جوف مطواع. تجرى المفاعة بين العروتين باستعمال ستابلر GIA على الحافة المقابلة للمساريفاء، حيث يجري شقان صغيران على بعد 6 سم من القمة ويتم إدخال الستابلر إلى القسم القريب، ثم البعيد مع قطع الجسر المخاطي في قمة الجيب، ثم يتم إغلاق هاتين الفتحتين بشكل عرضي ومن ثم فتح قمة الجيب لإجراء المفاعة بين الجيب والشرح. وفي النهاية نقوم بمفاعة الجيب الدقاقي على الشرج إما باستعمال الستابلر CEEA قياس 27-28 (حالتان) أو بالخياطة اليدوية من خلال خياطة كاملة السماكة لجدار الجيب إلى القناة الشرجية بخيوط قابلة للامتصاص طويلة الأمد مثل الفيكريل (13 حالة). وعند اللزوم يجري فغر الدقاق على بعد 60 سم من الجيب بهدف حماية المفاعة المنخفضة (أُجْرِيَ ذلك في 9 حالات). وفي حال تعذر وصول الجيب إلى الخط المسنن يتم تطويله إما حسب طريقة MyoClinic أو طريقة Sunomiya.

وُضِعَ أنبوب أنفي معدي في الحالات جميعها حيث سُحب في اليوم 4-6، كما تم إدخال قثطرة فولي البولية في المرضى جميعهم وسحبت في اليوم السابع وسطياً. وأخيراً قمنا بوضع مفجر في رتج دوغلاس لدى المرضى جميعهم بحيث يُسحب بعد توقف النز (2-5 أيام).

بلغ الزمن الوسطي للجراحة 3 ساعات (2.5-5 ساعات)، وبلغ ضياع الدم (النزف حول العمل الجراحي) 200-400 مل وسطياً حيث تلقى 4 مرضى وحدة من الدم، وتلقى مريضان وحدتين من الدم في أثناء العمل الجراحي وبعده. بلغ معدل إقامة المريض في المستشفى 11 يوماً وسطياً (5-17 يوماً).

شملت المضاعفات القريبية التسريب من المفاغرة في حالة واحدة (6.7%) في مريض لم يخضع لفغر الدقاق، وأدى التسريب إلى حدوث خراج حوضي أُجريت معالجة بتفجير الخراج مع إجراء فغر الدقاق. وشملت المضاعفات الأخرى خمج الجرح في حالتين (14%) الذي استجاب للمعالجة الموضعية، وانسداد الأمعاء الدقيقة في حالة واحدة (6.7%) حيث تحسن بشكل عفوي من خلال المعالجة المحافظة. وحدثت الوفاة في مريض واحد (6.7%) بسبب صمة رئوية .

أما المضاعفات البعيدة فقد شملت تضيق الشرج في 3 حالات (20%) الذي استجاب للتوسيع في المرضى جميعهم، الاضطرابات الجنسية (حالة واحدة)، والتهاب الجلد حول فغر الدقاق في حالتين (13%) الذي استجاب للمعالجة الموضعية، والتهاب الجلد حول الشرج في حالة واحدة (6.7%) استجاب أيضاً للمعالجة الموضعية، وعسرة التبول الدائمة في حالة واحدة (6.7%)، والاضطرابات الجنسية الوظيفية والعنانة في مريض واحد (6.7%).

شاهد التهاب الخزان في 3 حالات (20%). في واحدة من هذه الحالات عولج المريض بفغر الدقاق إذ لم يكن قد أُجري لديه مسبقاً، وفي الحالة الثانية تحسن

المريض بالمعالجة الدوائية، أما في الحالة الثالثة فأعيد إجراء فغر الدقاق بعد أن كان قد أغلق، وترك فغر الدقاق مدة 3 سنوات ثم أعيد إغلاقه لاحقاً. لم يشاهد فشل الجيب في أي مريض في هذه الدراسة، كما لم تكن هناك حاجة إلى إجراء فغر دقاق دائم على الإطلاق. وخلال مدة متابعة المرضى المشمولين في هذه الدراسة لم تشاهد أية حالات خبائة بعد إجراء الجراحة. أما النتائج الوظيفية على المدى الطويل فقد كانت جيدة في 90-95% من الحالات في دراستنا، وإجمالاً كانت حالة المريض الوظيفية تستقر بعد سنة واحدة وسطيّاً من العمل الجراحي. وتحسن عدد مرات التغوط بشكل تدريجي مع الزمن كما يوضح الجدول (2).

عدد مرات التغوط				
المجموع	الوسطي	الإجمالي		
11	4.5	6-3	ليلاً	بعد شهر واحد
	7	8-6	نهاراً	
5	2	3-1	ليلاً	بعد سنة واحدة
	3	4-2	نهاراً	

الجدول (2): عدد مرات التغوط اليومية بعد شهر وبعد سنة من العمل الجراحي

أما نسب لنسب الاستمساك للغاز والغائط فقد كان الاستمساك تاماً خلال النهار في 80% من المرضى وخلال الليل في 69% من المرضى، ولم يشاهد عدم الاستمساك إلا في حالة واحدة فقط (6.7%).

المناقشة (Discussion)

أكثر ما يجرى استئصال الكولون والمستقيم التام مع تصنيع جيب دفاقي ومفاغرتة على الشرج في داء البوليبيات العائلي (FAP) والتهاب الكولون القرصي (UC).^[1] وصف داء البوليبيات العائلي أول مرة من قبل Chare Laigne في عام 1859،

وأجريت أول عملية لمعالجة داء البوليبات في لندن عام 1918 من قبل Lokhart. وهذا المرض الوراثي ينتقل بصفة صبغية قاهرة من خلال طفرة تصيب المورثة APC على الصبغي الخامس الجسدي في الموقع q21. ويؤدي ذلك إلى تشكل غدومات متعددة تصيب الكولون والمستقيم بالمئات (بل بالألوف أحياناً).^[3] وتحمل هذه الحالة كمون خبائث مرتفعاً، حيث يبلغ احتمال وجود السرطان 15% بعمر 10 سنوات، و75% بعمر 20 سنة، و90% بعمر 30 سنة، مع العلم بأن التسرطن هو نتيجة حتمية لسير المرض.^[2] والعلاج دوماً جراحي نظراً إلى أن 65% من المرضى الذين تظهر لديهم الأعراض أول مرة يكون لديهم عسرة تصنع شديدة أو سرطان كولون عند التشخيص.^[4] وقد وجدنا في هذه الدراسة وجود حالة عسرة تصنع شديد لدى يافع (16 سنة) وكذلك إصابة سرطانية لدى فتاة على بعد 30 سم من حافة الشرج.

أمّا التهاب الكولون القرصي (UC) فهو مرض التهابي لا نوعي يصيب مخاطية الكولون والمستقيم دون سبب واضح رغم وجود كثير من الفرضيات حول منشئه (العوامل المناعية، الوراثية، الاستقلابية، الخمجية). ويتصف المرض بثورات تتراوح بين الطور الساكن إلى المرض الصاعق وتتناوب مع فترات من الهجوع، كما يترافق بتظاهرات خارج كولونية تشمل الكبد، والعين، والجلد، والمفاصل. ومن أهم مضاعفات هذا المرض التي غالباً ما تحتاج إلى التداخل الجراحي توسع الكولون السمي، وانتقاب الكولون، والنزف الصاعق، وتضيق الكولون، فضلاً عن احتمال التطور نحو الخبائث حيث تزداد نسبة التسرطن بمقدار 20% لكل عقد لتصل إلى 40% بعد 35 سنة إذا كان بدء الإصابة قبل سن الـ 15 سنة. والمعالجة عادة طبية، ولكن يلجأ للجراحة في حال عدم الاستجابة للمعالجة الطبية أو في حال حدوث المضاعفات.^[5]

إن المعالجة المفضلة لهذه الحالات المؤهبة للخبائث، سواء داء البوليبات العائلي أو التهاب الكولون القرصي، هو استئصال الكولون والمستقيم التام مع تسليخ مخاطية

المستقيم وتصنيع خزان دفاقي ثم مفاغرتة على الشرج. ويهدف العلاج الجراحي في هذه الأمراض إلى الوقاية من التسرطن أو تخفيف خطورته من خلال إزالة كامل مخاطية الكولون والمستقيم مع المحافظة على الاستمساك الجيد بحيث يعطى المريض فرصة الحياة مع أقل عدد ممكن من مرات التغوط عبر فتحة طبيعية هي فوهة الشرج، فضلاً عن المحافظة - قدر الإمكان - على الضفيرة العصبية الحوضية (العجزية) بهدف إبقاء الوظيفتين البولية والجنسية.^[4]

وهناك بعض الأمور التي يجب أن تؤخذ بالحسبان عند اختيار المريض لهذا النوع من العمل الجراحي، إذ يعدُّ داء كرون وخبائثات الثلث السفلي للمستقيم مضاد استتباب مطلق لهذا النوع من العمل الجراحي (لم تشمل دراستنا أي حالة). في حين تعدُّ البدانة المفرطة، والتقدم بالسن فوق 60 سنة، والمرضى ذوي الاستمساك الضعيف من مضادات الاستتباب النسبية للعمل الجراحي.^[5]

قمنا في هذه الدراسة بإجراء هذه العملية (IPAA) على 15 مريضاً يعاني 7 منهم (47%) من FAP ويعاني الـ 8 الباقين (53%) من UC، وللمقارنة فإن هذه الأرقام تبلغ وفق دراسة Cleveland 68% و24% على التوالي.

تراوحت أعمار المرضى المصابين بـ FAP في هذه الدراسة بين 16 و44 سنة، في حين يبلغ متوسط أعمار المرضى في دراسة MayoClinic نحو 12-25 سنة، ويلاحظ أن كشف الإصابة في داء البوليبيات العائلي قد تأخر عن الدراسات العالمية نظراً إلى عدم تطبيق المسح العائلي الجيني للمورثة APC المطبق عالمياً. كما أن المرضى في بلادنا لا يخضعون لإجراء التنظير الهضمي السفلي إلا بعد مدة طويلة من بدء الأعراض. أمّا التوزيع حسب الجنس فإن نسبة الإناث قد بلغت 65% من مرضى FAP و63% من مرضى UC، مما يشير إلى ارتفاع نسبة الإصابة لدى الإناث عموماً.

يعاني مرضى التهاب الكولون القرصي من نوب متكررة من الإسهال المدمى والنزف الذي يؤدي إلى فقر الدم المزمن. ويأتي الاستطباب الجراحي في هذه الحالات بعد فشل المعالجة الدوائية عدة سنوات فضلاً عن استمرار النزف، ومعاودة نوب الإسهال المدمى الشديد، وفقر الدم المزمن بسبب الآفة، ونقص الوزن المعند. وكان التغوط المدمى هو العرض الأكثر شيوعاً في هؤلاء المرضى، إذ شوهد في 90% من الحالات، كما شوهد نقص الوزن في 60% من المرضى. أما في داء البوليبيات العائلي فإن القصة العائلية تكون واضحة عادة.^[6]

ولمّا كان التشخيص يكون عادة معروفاً في هؤلاء المرضى جميعهم فإن الهدف من إجراء التنظير الهضمي السفلي في المرضى جميعهم قبل الجراحة هو تحديد امتداد الآفات فضلاً عن إمكانية أخذ خزعات من أي آفة مشتبهة قبل إجراء الجراحة. أمّا التنظير الهضمي العلوي فهو إجراء ضروري في مرضى جميعهم FAP إلى أن المرض يترافق مع بوليبيات في الجزء العلوي من السبيل الهضمي ولاسيما حول العفج، ونسبة تسرطن هذه البوليبيات تقارب 100%. وحتى في المرضى الذين خضعوا للجراحة (IPAA) يجب إجراء التنظير الهضمي العلوي بهدف المراقبة كل 1-3 سنوات بدءاً من سن 25-30 سنة، نظراً إلى أنّ استئصال الكولون والمستقيم لا يؤثر في إمكانية تطور بوليبيات العفج لاحقاً خلال الحياة.^[3]

قمنا بإجراء IPAA لدى المرضى جميعهم في هذه الدراسة. وعند إجراء الجراحة ينبغي أن يكون الخزان كبيراً بشكل يسمح باستيعاب محتوى الأمعاء، وأن يسمح الحوض باستيعابه.^[7] كما يجب أن ننتبه إلى أنه لا توجد علاقة بين حجم الجيب والنتائج الوظيفية وقت التصنيع، علماً بأن الحجم ضروري عندما يقارن بالمفاغرة الدقاقية الشرجية المباشرة، وأن الجيب يزداد حجماً 2-4 مرات خلال سنة واحدة من تصنيعه.^[8] وقد أُجريت عملية الاستئصال مع فغر دقاق في 9 حالات، في حين أنجزت

6 منها دون فغر دقاق أسوء بالتجارب العالمية. وقد بلغ معدل الاستشفاء في هذه الدراسة 11 يوماً وسطياً (5-17 يوماً)، وهو مقارب للدراسات العالمية (10 ± 3 أيام). وقد لاحظنا تقارب النتائج مع الدراسات العالمية من حيث المضاعفات مع زيادة طفيفة في معدل إخماج الجروح والالتهاب حول تقييد الدقاق وتضييق الشرج، إلا أنها جميعاً استجابت للمعالجة الطبية. فالتهاب الجيب الدقائي حدث في 20% من الحالات عالمياً وفي 18-30% من الحالات في دراستنا، والخراجات الحوضية بلغت لدينا 6-7% في حين بلغت 4-7% في الدراسات العالمية. ولم نضطر لإجراء أي فغر دقاق دائم.^[10] وتشير الدراسات العالمية إلى أن فشل الجيب يشاهد في 4-5% من الحالات. أما اضطراب الوظيفة الجنسية فقد بلغت الأرقام في دراستنا 6.7%، وهو أعلى من الدراسات العالمية بقليل (3%)، كما شوهدت في دراستنا 3 حالات من تضييق الشرج (19%) عولجت بنجاح من خلال التوسيع. وفي الدراسات العالمية لا تتجاوز هذه النسبة 3% في Mayo Clinic و11-12% في المستشفيات الفرنسية، والتوسيع ناجح في الحالات جميعها. ويبين الجدول (3) المضاعفات المشاهدة في هذه الدراسة ومقارنتها بالدراسات العالمية.^{[10] [11]}

Cleveland	Maingo t	Mayo Clinic	هذه الدراسة	الاختلاط
%20	%44-12	%15	%6,7	انسداد الأمعاء الدقيقة
%6.8	%6-4	% 5	%6,7	الخراجات الحوضية
-	%10 -2	-	%6,7	التسريب من المفاغرة
-	% 7	-	-	النواسير المهبليّة
-	% 8 -5	-	%20	تضييق الشرج
% 3	% 3-1	-	%6,7	الاضطرابات الجنسية
% 30	27 -18 %	-	%20	التهاب الخزان

-	-	-	-	الخبائة
-	-	-	%13	التهاب الجلد حول فغر الدقاق
-	% 10	-	%6,7	التهاب الجلد حول الشرج
-	-	% 1	%6.7	عسرة التبول الدائمة
% 3,4	-	% 5	-	تقميم الدقاق الدائم
% 4,1	-	-	-	فشل الجيب
% .4	-	3	%6,7	الوفيات
% 1	-	-	-	جيب غير وظيفي
-	-	-	%14	أخماج الجروح

الجدول (3): مقارنة نسب الاختلاطات مع الدراسات العالمية

يعتمد تقييم نتائج العمل الجراحي من الناحية الوظيفية على قدرة الاستمساك وعدد مرات التغطوط خلال 24 ساعة. فالاستمساك هو القدرة على المراقبة الإرادية للتغطوط وتمييز خروج البراز والغاز والقدرة على ضبط الإفراغ.^[12] تكون هذه الوظيفة جيدة جداً في 90% من الحالات كما هو الحال في دراستنا ومعظم الدراسات العالمية. يحدث عند 10-30% من المرضى سلس بسيط خلال الأشهر الأولى بعد الجراحة، وخاصة ليلاً. كما أن التمييز بين البراز والغاز يتحسن مع الزمن حتى 80% بعد عدة أشهر وحتى سنة واحدة.^[13]

أمّا بالنسبة عدد مرات التغطوط فقد كان مقبولاً في البداية، مع العلم بأنه يتحسن ويتناقص مع الزمن، وخاصة بعد سنة واحدة حين يكون الجيب قد توسع بالشكل المقبول. ويبلغ عدد مرات التغطوط 3-8 مرات يومياً في دراستنا مقارنة بـ 2-4 مرات يومياً في الدراسات العالمية خلال الشهر الأول، و 1-4 مرات يومياً في دراستنا مقارنة بـ 1-2 مرة يومياً في الدراسات العالمية بعد سنة واحدة.^[12] [14] كما يبين الجدول رقم (4).

Cleveland	Mayo Clinic	دراستنا	
%71	%45	%69	ليلاً
%82	%75	%80	نهاراً
%5	-	%6,7	عدم الاستمساك

الجدول (4): معدلات الاستمساك وعدم الاستمساك مقارنة مع الدراسات العالمية

الخلاصة (Conclusion)

أثبتت مفاغرة الجيب الدفاقي على الشرج (IPAA) فعاليتها بعد مرور 25 سنة على إجراء أوائل العمليات. تعدُّ النتائج جيدة وممتازة في 93% من الحالات، ويقدر استمساك الغاز والغائط بـ 71% في الليل و82% في النهار. يحدث عدم الاستمساك الشديد في 5% من الحالات وسطيًا، وهذه الأرقام مقبولة مقارنة بحجم العمل الجراحي وفوائده المرجوة. وهذه النتائج تشجع على إجراء هذا النمط من التدبير الجراحي في كل من التهاب الكولون القرصي وداء البوليبيات العائلي، مما يسمح بإنقاص نسبة التسرطن وكمون الخباثة أو حذفها في هذين المرضين ذوي الخطورة العالية والمميتة مع مرور الزمن وتقدم العمر.

أما بالنسبة إلى أهمية فغر الدقاق فقد أُجريت في 9 حالات في دراستنا، في حين لم يجر فغر الدقاق في 6 حالات. ويبين الجدول (5) مقارنة نتائجنا بدراسة أجريت في Boston في الولايات المتحدة الأمريكية حول نتائج إجراء IPAA دون فغر الدقاق، وتأثير هذا الإجراء في المضاعفات.^[9]

دراسة Boston	هذه الدراسة	
102	6	عدد الحالات
%10	%6,7	التسريب من المفاغرة
%9,2	%6,7	انسداد الأمعاء
%3	-	استئصال الجيب
%42	%15	التهاب الجيب
-	%6,7	الوفيات الجراحية
		الناحية الوظيفية
%67	%80	الاستمساك التام
%9	%6,7	السلس الليلي

الجدول (5): مقارنة نتائج IPAA دون فغر الدقاق

المراجع

1. Kelly KA. Anal sphincter-saving operations for chronic ulcerative colitis. *Am J Surg.* 1992; 163: 5-11.
2. Setti-Carraro P, Ritchie JK, Wilkinson KH, et al. The first 10-years experience of restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. *Gut.* 1994; 35: 1070-1075.
3. Parc YR, Moslein G, Dozois RR, et al. Familial adenomatous polyposis: results after ileal pouch-anal anastomosis in teenagers. *Dis Colon Rectum.* 2000 Jul;43(7):893-8.
4. Delaney CP, Fazio VW, Remzi FH, et al. Prospective, Age-Related Analysis of Surgical Results, Functional Outcome, and Quality of Life After Ileal Pouch-Anal Anastomosis. *Ann Surg* 2003; 238(2):221-228.
5. Farouk R, Pemberton JH, Wolff BG, et al. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Ann Surg.* 2000; 231: 919-926.
6. Ziv Y, Fazio VW, Church J, et al. Stapled ileal pouch anal anastomoses are safer than handsewn anastomoses in patients with ulcerative colitis. *Am J Surg.* 1996; 171: 320-323.
7. Lavery IC, Tuckson WB, Easley KA. Internal anal sphincter function after total abdominal colectomy and stapled ileal pouch anal anastomosis without mucosal proctectomy. *Dis Colon Rectum.* 1989; 32: 950-953.
8. Fazio VW, Ziv Y, Church JM, et al. Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients. *Ann Surg.* 1995; 222: 120-127.
9. Hueting WE, Buskens E, Tweel I, et al. Results and Complications after Ileal Pouch Anal Anastomosis: A Meta-Analysis of 43 Observational Studies Comprising 9,317 Patients. *Digestive Surgery* 2005;22:69-79.
10. Delaney CP, Dadvand B, Remzi FH, et al. Functional outcome, quality of life, and complications after ileal pouch-anal anastomosis in septuagenarians. *Dis Colon Rectum.* 2002; 45: 890-894.
11. Pemberton JH, Phillips SF, Ready RR, et al. Quality of life after Brooke ileostomy and ileal pouch anal anastomosis. *Ann Surg.* 1989; 209: 620-628.
12. Marcello PW, Roberts PL, Schoetz DJ, et al. Long-term results of the ileo-anal pouch procedure. *Arch Surg.* 1993; 128: 500-504.
13. Tuckson WB, Lavery IC, Fazio VW, et al. Manometric and functional comparison of ileal pouch anal anastomosis with and without anal manipulation. *Am J Surg.* 1991; 161: 90-96.
14. Fazio VW, O'Riordain MG, Lavery IC, et al. Long term function and quality of life after stapled restorative proctocolectomy. *Ann Surg.* 1999; 230: 575-584.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2008/12/4.

تاريخ قبوله للنشر: 2009/9/9.