

طريقة معدلة لعلاج الناسور المستقيمي الإحليلي

عدنان أحمد*

حمود حامد**

الملخص

هدف الدراسة: تقييم طريقة معدلة لعملية ديلورم في إغلاق الناسور المستقيمي الإحليلي. طرائق الدراسة: أجريت الدراسة على 14 مريضاً بدءاً من عام 1999 حتى نهاية عام 2005، كان الناسور ولادي المنشأ في خمسة مرضى (35.7%) ورضياً في 4 مرضى (28,6)، بعد العمل الجراحي في مريضين ومجهول السبب في 3 مرضى (21,41). كان الناسور قريباً من حافة الشرج في 3 مرضى وبعيداً في 11 مريضاً (78,6). كان الناسور في الإحليل الخلفي عند 8 مرضى (77.1%) و 6 مرضى (24,9%) فوق المعصرة. أجريت العملية عبر شق طولي عبر العجان تم تسليخ الغشاء المخاطي للمستقيم بشكل كم حتى أعلى الناسور بـ 1-2 سم ثم ندور الكم (45) لمنع تراكب الخياطة مع إجراء فغر كولون قبل العملية بأسبوعين. - أجري خزع أمامي للمعصرة الشرجية في (4) مرضى بنسبة 28.6%.

النتائج: لم تحدث أي حالة نكس لدى أي مريض وبدون مضاعفات.

الاستنتاج: العملية سهلة الإجراء، ونسبة نجاحها كبيرة، ويمكن تطبيقها في كل أنواع النواسير.

كلمات مفتاحية: نواسير - إحليلية مستقيمة - عملية ديلورم.

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

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

Modified Method for Treatment Rectovrethral Fistulas

Adnan Ahmad*

Hamoud Hamed**

Abstract

Objective: to evaluate modified technique(Delorme operation) for treatment recto urethral fistules

Patient and methods :(14) were treated with this technique from 1999 to Dec 2005;

- the fistule was congenital in 5 patients (35.7%), traumatic in (4) patients (28.6%), iatrogenic in 2 patients, and primary in 3 patients (21.4%).

- The fistule was near dentate line in 3 patients (21, 4), and above it in 11 patients (78. 6%).

- The fistule above verumontanum in 6 patients (42, 5%), and below 8 patients (57. 1%).

The operation after colostomy was done trans midline perineal incision, and rectal mucosa and sub mucosa was stripping off the muscularis layer for 1-2 cm above the fistule, then closing the orifice, the mucosa rotated by (45) degree .

Results: The success cutting and sphincter was performed in 4 patients (28.6%) rate 100% without any recurrence, and without complications.

Conclusion: the operation was easy to done without recurrence the fistule and without complications.

Key word : Fistulas – Rectourethral –Delorm Operation

* Associated professor- Faculty of Medicine- Damascus University.

** Associated professor- Faculty of Medicine- Damascus University.

المدخل: introduction

تعدُّ النواسير الإحليلية المستقيمية من الأمراض القليلة المصادفة و صعوبة الحل ونسبة نكسها عالية، وقد أجرينا دراسة على مجموعة من المرضى طبقنا عليهم طريقة معدلة عن الطرائق المعروفة في علاج النواسير الإحليلية المستقيمية من خياطة مباشرة للناسور أو إغلاق فوهة الناسور بشريحة من الغشاء المخاطي للمستقيم. والنواسير عند الأطفال آفة تترافق مع تشوهات شرجية مستقيمية (1) حيث يوجد اتصال مستقيمي إحليلي في 80% من مرضى عدم انتقاب الشرج العالي أو المتوسط، أما عند الكهول فتكون الآفة مكتسبة بعد عملية استئصال موثة بسيط أو جذري simple or radical prostatectomy، أو بعد خزعة موثة عبر المستقيم أو خزعة موثة مفتوحة كما كان يجرى سابقاً (1-2-3-4-5-6-7-8-9)، وقد تحدث بعد علاج شعاعي أو بعد (TURP) من العوامل المؤهبة للنواسير: سوابق TURP، علاج شعاعي على الحوض، جراحة سابقة على المستقيم (4) ونادراً ما يفتح خراج الموثة باتجاه المستقيم، ويمكن أن يترافق الناسور مع داء كرون أو أمراض الكولون الالتهابية مثل سرطان المستقيم أو الموثة (10) أو رض مباشر على الحوض ولأسيماً المترافقة مع كسور الشعب الوركية (11)، ونادراً ما تؤدي تضيقات الإحليل أو السل إلى النواسير.

2- المرضى والطرائق patients and methods

أجريت دراسة مستقبلية prospective منذ عام 1999 وحتى نهاية 2005، حيث بلغ مجموع المرضى 14 مريضاً كلهم من الذكور تتراوح أعمارهم بين 11 و55 سنة.

1-2 تشخيص المرض:

يتم التشخيص بالقصة السريرية المفصلة حيث شكى كل المرضى من خروج البول من المستقيم في أثناء التبول أو وجود هواء مع البول أو بيبة برازية، لم نشاهد التهاب بربخ في أي مريض أو تضيقاً إحليلياً، في حين وجدت حالة واحدة لناسور إحليلي عجاني.

2-2 دراسة المرضى:

أجري لكل المرضى:

- تصوير إحليل راجع مع صور جانبية ثم تنظير الإحليل للبحث عن فوهة الناسور ومعرفة موقعها وحجمها وأحياناً، ثم إدخال قثطرة حالبية ومعرفة مكان الفوهة المستقيمية للناسور، كانت الفوهة فوق المعصرة البولية الظاهرة في 6 مرضى (42.9%)، والباقي تحت المعصرة 8 مرضى (57.1%).

- مس شرجي وتنظير مستقيم و كولون لجس أو رؤية الفوهة المستقيمية للناسور و لنفي وجود آفات مرافقة في الكولون، إذ لم نجد أي آفة مرافقة، وكانت فوهة الناسور على مستوى المسنن (dentat line) في 3 حالات (21.4%)، والباقي أعلى من الخط المسنن في (11) حالة (78.6%).

3-2 الأسباب المرضية للنواسير:

- كان هناك خمسة مرضى (35.7%) لديهم نواسير ولادية في أعقاب عدم انتقاب شرج مجرى لهم عملية إنزال مستقيم وعدة محاولات فاشلة لإغلاق الناسور. وفي إحدى الحالات كان هناك سوابق 6 عمليات جراحية فاشلة لإغلاق الناسور.

- وأربع حالات (28.6%) بعد رض نافذ (طلق ناري) أو كليل على العجان مع كسور في الشعب الوركية ولم يشف المرضى بفغر المثانة والكولون.

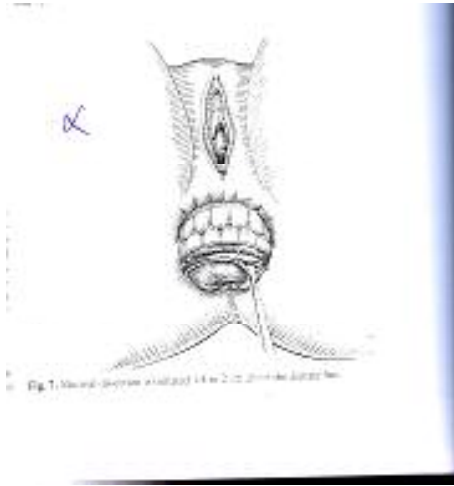
- حالتان (14.3%) تالية لعملية كولون عرطل، وبقية الحالات مجهولة السبب 4 حالات (21.4%) والجدول الآتي يبين ذلك:

السبب	عدد الحالات	النسبة المئوية
ولادية	5	35.7%
رضية	4	28.6%
عواقب عمل جراحي	2	14.3%
مجهولة السبب	3	21.4%

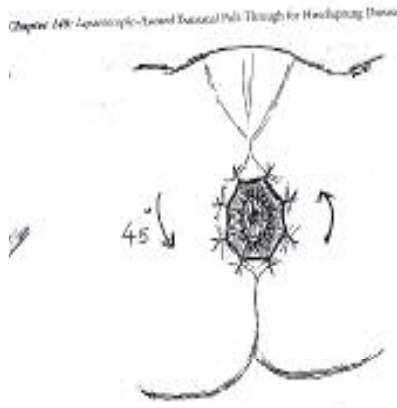
2-4 تقنية العمل الجراحي:

1- تم إجراء فغر للكولون السيني لجميع المرضى قبل شهر من إجراء العمل الجراحي.

2- بعد تنظيف القطعة البعيدة من الكولون ووضع قثطرة فولي عبر الإحليل نقوم بإجراء شق عجاني على الخط المتوسط حتى حافة الشرج حيث نغزل الناسور حتى جدار الإحليل الذي يغلق بشكل معترض وبقطب متفرقة بخيط قابل للامتصاص، ثم نستأصل مجرى الناسور، ثم نغلق نهايته على جدار المستقيم بقطب متفرقة أيضاً ثم نقوم بتحرير مخاطية القسم العلوي من القناة الشرجية وأسفل المستقيم بشق دائري يبدأ فوق منطقة الخط المسنن بـ 1 سم ونحرر المخاطية وتحت المخاطية عن العضلية بشكل اسطواني إلى الأعلى حتى نتجاوز منطقة الفوهة الباطنة للناسور بـ 1-2 سم، ويكون هذا التحرير مشابهاً لتحرير مخاطية المستقيم في عملية دو لورم (12) Delorme procedure التي تجرى لعلاج هبوط المستقيم شكل (1).



وبعدها ندفع هذا الكم المحرر للأعلى ونقوم بإغلاق فتحة الناسور. في 4 حالات تم إغلاق الناسور بعد قطع عضلات المعصرة كاملة، وفي باقي الحالات تم كشف الناسور بالقرب من الإحليل و خياطته وتم إغلاق الناسور من داخل فوهة الشرج دون قطع المعصرة الشرجية. وبعد أن نكون قد أغلقنا مجرى الناسور نقوم بإنزال الاسطوانة المخاطية المستقيمة للأسفل، وقد اعتمدنا في تعديلنا على ما هو معروف من طرائق العلاج بأن قمنا بتدوير الأسطوانة المخاطية المحررة 45 درجة وبذلك أصبح في الأمام هناك مخاطية كاملة و هي التي تغطي مكان الناسور ونقوم بخياطة هذا الكم المخاطي بقطب متفرقة قابلة للامتصاص vicryl 0/3 شكل رقم (2)



5-2 المتابعة Follow up:

نترك القثطرة الإحليلية مدة أسبوعين على الأقل، ثم نسحب القثطرة ونجري تصويراً راجعاً (في حال عدم وجود تسريب) يترك المريض يبول عفويًا، وبعد 3 أسابيع نقوم بإجراء جلسات توسيع شرج بموسعات هيغار لتفادي حدوث تضيق مكان العمل الجراحي، وبعد شهرين يتم إغلاق فغر السين عند جميع المرضى. تراوحت المتابعة بين 12-60 شهراً.

3- النتائج: Results:

لم تحدث أي حالة نكس للناصور في المرضى الذين أجرينا عليهم الدراسة وعددهم (14) مريضاً. وكان لدى أربعة مرضى درجة من عدم الاستمساك للبراز بسبب العمل الجراحي الأصلي على القناة الشرجية، وقد تحسنت الأعراض بعد شفاء الناصور واعتمدوا على استعمال الحقن الشرجية الصباحية يومياً.

المضاعفات: Complications:

سلس برازي عند أحد المرضى بسبب طلق ناري في العجان أدى إلى تخريب المعصرة الشرجية (قبل العمل الجراحي) وأبقي الفغر الكولوني للمريض مع شفاء الناصور الإحليلي.

4- المناقشة: Discussion:

تعدُّ النواسير المستقيمية الإحليلية تحدياً كبيراً لجراح البولية وجراح الهضمية، وهناك مبادئ للعلاج تتلخص بما يأتي (13):

1- تحويل بولي وكولوني.

2- عدم وجود التهاب في المنطقة.

3- تفجير كاف.

4- كشف جيد لساحة العمل الجراحي.

5- عدم وجود شد على الخياطة.

6- نقل شريحة موعاة بين الخياطات.

7- عدم تراكم الخياطة.

8- إغلاق أنسجة سليمة وغير متوذمة.

يمكن تدبير نواسير المستقيم دون فغر الكولون colostomy إذا كانت الأذية صغيرة حيث يكفي التحضير الجيد للكولون وخياطة الناصور على طبقتين تحت الرؤية المباشرة (4-14).

ومن المعروف أن فغر الكولون ينقص نسبة الفشل لذا ينصح به في العمليات الناكسة أو بوجود ناسور كبير وبعيد عن حافة الشرج، وقد أجري في 11 مريضاً بنسبة (78.6%) مع نسبة شفاء كاملة. ويجب إجراء تفجير كافٍ للمنطقة بمفجر Penrose ولمدة 5-10 أيام، وبعضهم يستبدل إجراء فغر الكولون بوضع أنبوب يخفف الضغط في المستقيم rectal tube decompression مع حقن نيوميسين في المستقيم (4)، أو توسيع الشرج اليدوي مع إعطاء حمية سائلة قليلة الفضلات بعد العملية لعدة أيام مع تغطية بالصادات للجراثيم الهوائية واللاهوائية، والنكس يمكن أن يحدث بعد أسابيع أو أشهر من العملية الأصلية، ونجاح العملية يعتمد على السبب المحدث للناسور وحالة الأنسجة والحالة العامة للمريض، والنقاش هل تجرى العملية بمرحلة واحدة أم بعدة مراحل؟

وصف Wood عملية واحدة هي عملية York-Mason معدلة في دراسة على سبعة مرضى مع نجاح 100% دون سلس غائطي (15) لكن كلها عولجت خلال مدة أقل من أسبوعين من بدء الناسور، أما في دراستنا فقد مضت عدة سنوات على الناسور وصل في إحداها إلى 14 سنة، وكلها ناكسة أكثر من مرة (6 مرات في إحداها). أما المرضى ذوي الحالة العامة السيئة مع خمج عجاني أو التهاب أو نز برازي شديد فإن العملية على مراحل إجبارية، حيث نجري فغر مثاني وفغراً كولونياً (2-16-17)، ويمكن أن تشفى ثلث الحالات تلقائياً (5) إذا عولجت مبكراً، ولا نسحب قنطرة فغر المثانة إلا بعد إجراء تصوير راجع وعدم وجود تسريب extravasations، ومن المعروف أن تضيق الإحليل مضاعفة شائعة بعد العملية (18) ونتجنبها بخياطة عرضية لفوهة الناسور على الإحليل، وفي دراستنا لم نشاهد أي تضيق إحليل لاحق بسبب الخياطة العرضية .

وصف Vose عام 1949 (6) طريقة الإصلاح عبر الشرج ثم عدلها Parks (11) بإجراء شريحة مستقيمة rectal advancement flap وهي تفيد في النواسير القريبة من حافة الشرج والصغيرة الحجم (11).

أما الإصلاح العجاني فيجري بشق على الخط المتوسط للعجان حتى حافة الشرج فوق مكان الناسور للحصول على ساحة جيدة (7-1) ونغلق الإحليل والمستقيم على طبقتين ونضع العضلة gracilis أو عضلة دارتوس M.dartos إن أمكن، وبعضهم ينصح بتحرير المستقيم بشكل كافٍ وتدوير الناسور بعيداً عن الخط المتوسط أو جعل مكان إغلاق المستقيم في مستوى أدنى من مستوى فتحة الإحليل، لكن هذا التسليخ صعب بسبب النسيج الندبي الشديد الموجود حول الناسور؛ لذا فإن العملية التي قمنا بإجرائها تسمح بتدوير القسم الباطن من المستقيم (المخاطية وتحت المخاطية 45 درجة) لإبعاد فوهة الناسور بعيداً عن الخط المتوسط لمنع تراكم الطبقات، وهذا ما سمح بالحصول على النتائج الجيدة التي حصلنا عليها، وأجري خزع للمعصرة الشرجية في أربع حالات (28.6%) بعد تحرير المخاطية بشكل كم ودفعاً للأعلى، أما في بقية الحالات (10) حالات (71.4%) فلم نجر خزعاً للمعصرة، وهذا شبيه بعملية خزع المعصرة الخلفي (19-20-21)، ولم يحدث سلس بعد العملية ناجم عن خزع المعصرة، وحالة السلس الوحيدة كانت ناجمة عن الرض الأصلي، وبعض الطرائق الأخرى توجد نسبة سلس أكبر مع نسبة فشل أيضاً (22-23-24).

References

- 1-Culp OS ,Callon hw .Variety of recto urethral fistula:Experience with 20cases J Urol 1964;91:650.
- 2-Dahi DS, Howard PM .Medleton RG .The surgical management of Recto-urinary fistulas resulting from a prostatic operation: a report of 5 case .J Urol 1974;111:514
- 3-Kilpatrick FR,Thompson HR .Post operative recto-prostatic fistula and closure by Kraskes approach .Br J Urol1962;34:470.
- 4-Mc Laren RH, Barret DM, Zinc H: Rectal injury occurring at radical retro pubic prostatectomy for prostate cancer: etiology and treatment. J Urol 1993, 42:401.
- 5- Olsson CA, etal. Management of prostatic fistula. Urol Surg 1976, 25:135.
- 6-Vose SN: A technique for the repaire of recto urethral fistula Urol 1949, 61:790.
- 7- Weyrauch HM: A critical study of surgical principle used in repair of urethra – rectal fistula. Stanford Med Bull 1951; 9: 2.
- 8- Wood TW, Middleton RG. Single – stage Trans rectal trans sphincteric (modified York-Mason) repire of recto urinary fistulas.Urology1990, 35:2.
- 9-Young HH, StoneHB: The operative treatment of urethra rectal fistula: presentation of a method of radical cure .J Urol 1917; 1:289.
- 10- Buck AC, Chisholm GD, Recto vesical fistula secondary to prostatic carcinoma .J Urol 1979; 121:831
- 11- Tiptaft RC, Parkes M: fistula involving rectum and urethra: the place of Parks operation .BR J Urol 1983; 55:711.
- 12 – Uhig BE, Sullivan ES: The modified Delorm operation: its place in surgical treatment of massive rectal prolaps. Dis Colon Rectum, 1979; 22:513.
- 13- Jay YG, John TG, Stuart SH, Michel EM: Urinary fistula .in adult and pediatric urology. 4th ED, 2002; 1282-125.
- 14- kozminiski M, konnak JW , grossman JB : management of rectal injuries during radical cystoectomy . J Urol 1989;142:1204.
- 15- Allen to .Management of inadvertent rectal injury: report of a technique used in two cases. J Uorl 1968: 99:69.

- 16- Kilpatrick FR, Mason AY. Post operative recto prostatic fistula. Br J Urol 1969; 41:649
- 17- Mason AY. Kilpatrick FR. recto prostatic and recto urethral fistule. Proc R sos med 1979; 66:245
- 18- Tony N. A new surgical approach to traumatic recto urethral fistula .J Urol 1978; 119:693.
- 19- Ross F , De Castro R , ceccarell PL , Domini R.: Anterior Sagittal transanorectal approach to the posterior urethra in the pediatric age group. J Urol 1998; 160; 160 (3 pt2) : 1173- 7 .
- 20- Pena A, Hong A :. The posterior sagittal trans-sphincteric approach . Acta Chir Iagos l , 2004 ; S1 (2) : 11-21 .
- 21- Pini Prato A, Martucciello G, Torre M, Jasonni V.: Feasibility of perineal sagittal approaches in patients without anorectal malformations. Pediatr Surg Int 2004; 20: 762-7.
- 22- Lewis LG. Repair of recto – urethral fistula. J Urol 1942; 57:1173.
- 23- Jonas u , Petri e :genitourinary fistulas in : Stanton sl,4 ed clinical gynecology urology , louis st :cu mosby, 1984.
- 24- Prasad ml, et al.: York – mason procedure for repair of post operative rectoprostatic urethral fistula. Dis colon rectum 1983; 26: 716.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/5/3.
تاريخ قبوله للنشر: 2008/7/18.