

فیستولهای ادراری تناسلی

بررسی آماری در بیمارستان جهانشاه صالح - تهران

دکتر جواد غفورزاده* دکتر مریم پوررضا**

فوق میتوانند بداخل مهبل - گردن رحم و خود رحم باز شوند [۲].

علل ایجاد این فیستولها متفاوت است و در بررسی عللهم اختلاف فاحشی بچشم میخورد. بطور کلی مهم ترین علت فیستول در ممالک غربی جراحی و درمان بااشعه و در ایران زایمان است. بمبارت دیگر علت اصلی فیستول در ممالک غربی علت ژینکواژیک و در ایران زایمانی است.

علل ژینکواژیک ایجاد فیستول عبارتند از: هیسترکتومی (چه از راه شکم و چه از راه مهبل) - عمل جراحی ورتهايم - برداشتن دهانه رحم - درمان بااشعه - ناهنجاریهای مادرزادی - اعمال جراحی مثانه - دیورتیکول یا کیمست - حالب - اعمال جراحی شکم و روده بزرگ. علل زایمانی ایجاد فیستول عبارتند از: زایمان طولانی خصوصاً با فورسپس - عمل جراحی سزارین - پارگی رحم و بالاخره قطع سمفیز پوبیس.

مهمترین علامت بیماری بی اختیاری ادرار است. این علامت را باید از بی اختیاری معلول نارسائی اسفنکتر مثانه فرق گذاشت. بی اختیاری ادرار موجب ناراحتیهای پوست و مجاور می گردد که از یک درماتیت ساده تا عفونت منتشر و وسیع ممکن است پیش بیاید. تشخیص بستگی به اندازه فیستول دارد. اگر فیستول بزرگ باشد (به نحویکه باچشم غیر مسلح دیده شود) تشخیص آسان است. در غیر این صورت در تشخیص باید دقیق بود.

مقدمه: فیستولهای دستگاه تناسلی زنانه ممکن است بین مهبل یا رحم از یک طرف و هر یک از احشاء مجاور آنها از طرف دیگر ایجاد شود. شایع ترین فیستول بین مثانه و مهبل و پس از آن بین مهبل و مقعد است [۲].

علائم بالینی فیستول بسیار ناراحت کننده هستند. بروز آن در افرادی که از نظر اقتصادی دارای درآمد کافی نیستند بیشتر است. مدت بستری شدن بیمارانی که برای عمل فیستول در بیمارستان اقامت کرده اند زیاد است. این امر باعث تحمیل مخارج زیادی به بیماری شود. بدون اینکه تحقیق مستندی شده باشد مورد قبول همگان است که بیماران مبتلی به فیستول در بیمارستانهای خصوصی کمتر و در بیمارستانهای عمومی بیشتر بستری میشوند.

بلحاظ فوق عده بیمارانی که برای عمل جراحی فیستول به بیمارستان جهانشاه صالح مراجعه مینمایند زیاد است. ما پرونده پزشکی بیماران فیستولی را که از سال ۱۳۴۵ تا سال ۱۳۵۳ به بیمارستان جهانشاه صالح برای عمل جراحی بستری شده اند مورد بررسی قرار داده و نتایج را با آمار خارج از ایران مقایسه کرده ایم.

کلیات: مشخصات تشریحی: فیستولهای ادراری بطور کلی شامل دودسته هستند: اول فیستولهایی که يك سر آنها در مثانه باز میشود. دوم آنها که يك سر فیستول در حالب بازمی شود. هر دودسته

* دانشکده پزشکی داریوش کبیر - دانشگاه تهران

** دانشکده پزشکی رازی - دانشگاه تهران

و منتشر شده است قابل توجه میباشد [۴].

در آمار آنها فقط ۱۹ درصد فیستولها علل زایمانی داشته و ۸۱ درصد علل غیر زایمانی داشته اند و این آمار تقریباً عکس نسبت موجود در جدول (۱) میباشد که در صفحات بعد بیشتر مورد بحث قرار خواهد گرفت.

محل تشریحی ۱۲۰ مورد فیستول در جدول (۲) ذکر شده

است

جدول ۲- محل تشریحی فیستول ادراری تناسلی- مطالعه ۱۲۰ مورد

نوع فیستول	تعداد	درصد
بین مثانه و مهبل	۹۰	۷۵
مثانه و مجرای ادرار با مهبل	۱۰	۸/۳۳
مثانه، حالب و مجرای ادرار	۸	۶/۶۶
بین مجرای ادرار و مهبل	۶	۵
بین مثانه و رحم	۴	۳/۳۳
بین حالب و مهبل	۲	۱/۶۷
جمع	۱۲۰	۱۰۰

بررسی جدول شماره (۲) نشان میدهد که اکثر فیستولها بین مثانه و مهبل بوده اند. پنخش عددی فیستولها در جدول شماره (۲) مؤید پنخش عددی علل فیستولها در جدول (۱) است. زیرا زایمان های مشکل طولانی باعث تحت فشار قرار گرفتن مثانه شده و بدلیل ایجاد کم خونی در نسج (خصوصاً بمدت طولانی) منجر به نکروز نسج میشود. از طرف دیگر بهمین علت بروز عفونت تسریع گردیده و این دو عامل باعث ایجاد فیستول می شوند [۳].

جدول ۳- راه عمل جراحی فیستول ادراری تناسلی- مطالعه ۱۲۰ مورد

راه عمل	تعداد	درصد
راه مهبل به تنهائی	۱۰۷	۸۹
راه داخل صفاقی (ترانس پری تونثال)	۹	۷/۵
راه مهبل و شکمی توأماً	۳	۲/۵
راه خارج صفاقی	۱	۱ تقریباً
جمع	۱۲۰	

بهر حال علامت مهم اینست که در فیستولهای ادراری تناسلی ادرار دائماً وبدون وقفه از مهبل خارج می شود. امتحان تناسلی زنانه به تشخیص کمک میکند. اگر اطراف فیستول عفونت و نکروز وجود داشته باشد و خود آن کوچک باشد تشخیص محتاج دقت بیشتری است. گاه لازم میشود که به بیمار عددتی آنتی بیوتیک همراه یا بدون کورتیزون داد و سپس معاینه را تکرار نمود. یکی از عواملی که به تشخیص کمک میکند وارد کردن مقداری محلول آبی متیلن در مثانه و سپس مشاهده سوراخی است که محلول رنگی از آن خارج می شود. توصیه می شود که برای قطعیت تشخیص از سیستم اسکپی استفاده گردد. همچنین امتحان عمومی بیمار و آزمایشهای خونی برای تأیید یارد عفونت یا امراض نهفته مانند بیماری قند و نیز عکس برداری با ماده حاجب از کلیه ها و مجاری ادراری ضرورت دارد [۱].

اگر فیستول خیلی کوچک باشد خالی کردن متوالی و مرتب مثانه با احتمال ضعیف ممکن است موجب بهبود خود بخود آن بشود. در غیر این صورت تنها درمان فیستول عمل جراحی است.

آمار بیمارستان جهانشاه صالح: در مدت هفت سال مورد مطالعه ۱۲۰ بیمار بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفتند. در ۱۰۶ مورد (۸۸/۳ درصد) علت ایجاد فیستول زایمان بوده است. در ۱۴ مورد دیگر (۱۱/۶ درصد) علل دیگر باعث ایجاد فیستول شده اند علل بروز فیستول در این ۱۲۰ مورد در جدول (۱) خلاصه شده است.

جدول ۱- علل ایجاد فیستول ادراری تناسلی- مطالعه ۱۲۰ مورد

علل	انواع	تعداد	درصد
علل زایمانی (۸۸/۳ درصد)	زایمان خود بخود طولانی	۵۹	۴۹
	زایمان با فورسپس	۳۵	۲۹
	عمل سزارین	۱۲	۱۰
علل غیر زایمانی (۱۱/۶ درصد)	جمع	۱۰۶	
	هیسترکتومی شکمی	۱۲	
	هیسترکتومی مهبل	۱	
	ضربه	۱	
جمع		۱۴	

مقایسه آمار فوق (ستون ۱ جدول) با آماریکه در گروه بیمارهای زنان و زایمان دانشگاه جانزهاپکینز آمریکا جمع آوری

همانطور که در جدول (۴) دیده میشود عمل جراحی در ۷۸/۳ درصد بیماران نتیجه خوب داشته و بیماران بهبود کامل پیدا کرده اند. متأسفانه تقریباً در ۲۲ درصد بیماران نتیجه عمل خوب نبوده و در ۱۱/۴ درصد موارد کوچکترین بهبودی حاصل نشده است. علل شکست درمان عبارت بوده اند از: بد قرار گرفتن فیستول از نظر تشریحی - چسبندگی - عفونت - عدم مراقبت کافی بعد از عمل. در دسته‌ای که نتیجه عمل رضایت بخش بوده است عده‌ای یکبار و عده‌ای دو بار و بالاخره عده‌ای سه بار عمل شده‌اند، در آنها که چند بار مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند تکرار عمل گاهی بعلت این بوده است که عمداً جراح عمل را در دو مرحله انجام داده است ولی اصولاً تکرار عمل بعلت منفی بودن نتیجه عمل اول بوده است. مطلب اخیر می‌رساند که جراح نباید در صورت منفی بودن نتیجه عمل جراحی، کار را خاتمه یافته تلقی کند بلکه بایستی در موقعیت مناسب عمل را تکرار کند تا به نتیجه موفقیت آمیز برسد.

نتیجه و بحث:

- ۱- تعداد بیماران که به بیمارستان جهان‌شاه صالح مراجعه میکنند زیاد است و ۱۲۰ مورد فیستول عمل شده در هفت سال شامل همه بیماران که برای این عمل مراجعه کرده‌اند نمیباشد زیرا بعلت محدود بودن امکانات - اشکال عمل جراحی و بالاخره بعلت زیاد بودن طول مدت بستری شدن نتوانسته‌ایم همه بیماران را که دچار این عارضه هستند و به بیمارستان مراجعه میکنند درمان کنیم.
- ۲- بهترین راه عمل جراحی فیستول ادراری تناسلی، عمل از راه مهبل است [۴].

۳- اعتقاد قبلی مبنی بر اینکه بعد از ایجاد فیستول باید مدت شش ماه (حداقل) صبر کرد و سپس بیماران را عمل جراحی کرد درست نیست. عمل حتی بیماران را دو هفته بعد از بروز بیماری هم میشود عمل کرد.

۴ - اختلاف اساسی آمار ما با آمار ممالک غربی در علت بروز فیستول است.

علت ایجاد فیستول در آمار ما بیشتر زایمان و در آمار غربی بیشتر اعمال جراحی بوده است. توجیهی که در این مورد و یاد در نظر گرفتن نوع بیماران میتوان عرضه کرد اینست که بیماران

چنانکه از جدول ۳ بر میآید بیشترین بیماران از راه مهبل مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند. ولی در موارد لزوم عمل جراحی از راه‌های دیگر نیز انجام شده است. بالاخره در چند مورد عمل جراحی از دوره تا و ام انجام گرفته است.

یکی از مسائل مورد بحث در بیماران مبتلی به فیستول ادراری فاصله زمانی ایجاد فیستول تا موقع عمل جراحی است. سابقاً عقیده بر این بود که بعد از ایجاد فیستول لااقل باید شش ماه صبر کرد و سپس عمل جراحی انجام داد [۳]. در ۱۲۰ بیمار مورد مطالعه حداقل این فاصله ۳ هفته - حداکثر آن ۹ سال و فاصله زمانی متوسط ۲/۵ سال بوده است. نکته قابل ذکر اینست که ما بیمارانی داشته‌ایم که مدت کوتاهی بعد از ایجاد فیستول (کمتر از ۲ ماه) مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند و نتایج درمانی آنها کاملاً رضایت بخش بوده است. این نتیجه می‌رساند که دیگر صبر کردن بمدت شش ماه نمیتواند بصورت یک قانون قطعی تلقی گردد.

بعلت طولانی شدن مدت لازم برای آزمایش‌های اولیه تشخیص بیماری و مشکل بودن عمل جراحی و لزوم دقت و مراقبت‌های بعد از عمل و بهبود آهسته بیماری، مدت بستری شدن این بیماران در بیمارستان طولانی است. در ۱۲۰ بیمار مورد مطالعه حداقل مدت بستری بودن ۱۴ روز و حداکثر آن ۶۲ روز بوده است. متوسط مدت بستری بودن ۲۷ روز بوده است. این مدت‌ها نسبت به مدت‌های مشابه در آمارهای خارجی بیشتر است. علت اصلی این امر طولانی شدن زمان انجام آزمایش‌ها اولیه قبل از عمل جراحی است.

باید توجه داشت که طول مدت بستری شدن بستگی به نوع فیستول - همراه بودن یا نبودن با عفونت - شدت عفونت - حال عمومی بیمار و بالاخره مهارت جراح دارد.

نتایج درمان در جدول (۴) ذکر شده است

جدول ۴- نتایج درمانی فیستولهای ادراری تناسلی - مطالعه ۱۲۰ مورد

نوع نتیجه	تعداد	درصد
خوب (درمان کامل)	۹۴ یک بار عمل ۷۸ دو بار عمل ۱۱ سه بار عمل ۵	۷۸/۳
متوسط (درمان نسبی)	۱۲	۱۰
بد (درمان بدون نتیجه)	۱۴	۱۱/۴

دیگر چون اکثر این بیماران سابقه زایمان مشکل داشته‌اند بدین لحاظ تصور می‌رود چنانچه امکانات مراقبت‌های صحیح دوران بارداری و توجهات بیشتر زایمانی برای همه زائوها فراهم گردد اختلاف فوق‌الذکر نیز برطرف خواهد شد.

ما معمولاً زائوهائی هستند که مدت طولانی متحمل درد زایمان شده‌اند . این بیماران معمولاً ساکن نقاطی از کشور هستند که در آنجا دسترسی به مامای ورزیده یا پزشک متخصص نیست . از طرف

References

- 1 - Chassar Moir J. British Gynaecological Practice P.665
- 2 - Huwkins, J. and Bourne, G, Gynecology Churchill, 305, 1971.
- 3 - Llewellyn-Jones, D. Fundamentals of Obstetrics & Gynecology, 229, 1973.
- 4 - Moir, J. C. M. The vesico-vaginal Fistula, Baillere, T.C. 104, 1967.
- 5 - Te. Linde, R.W. Operative gynecology, Lippincott, 222 and 349, 1962 .