

فیستولهای سیمگموئید و واژینال و سکوم واژینال، از عوارض دیورتیکولیت های کولون

دکتر علی کوه‌دري *

پروکتوسیگموئیدوسکپی غیر قابل ملاحظه بود ولی امتحان مهبل سوراخی را در قعر آن نشان داد که از آن مدفوع خارج میگردد. گزارش رادیولوژیست بعد از فیستولوگرافی مبتنی بود بر وجود اجتماع غیر طبیعی ماده رادیوایوایک (حاجب اشعه) در قسمت قدامی رکتوم و تعداد زیادی دیورتیکول در مهبل فیستول.

در موقع عمل جراحی سیمگموئید و قسمت فوقانی رکتوم را آزاد نمودیم، گرچه بعلت چسبندگی قسمت تحتانی سیمگموئید به بالای مهبل کار نسبتاً مشکلی بود. فیستول را مشخص و قطع نموده لبه‌های زخم مهبل را پس از تساه کردن دوختیم سپس رکتوسیگموئید کتومی انجام گرفته و دو انتهای روده در دو لایه بهم وصل گردید و بعد از گذاردن درن، شکم دوخته شد. بیمار ۱۴ روز بعد از عمل بیمارستان را ترک نمود.

بیمار ۲- خانمی ۵۵ ساله بوزن ۴۵ کیلو گرم بعلت دردهای شکمی و اسهال متناوب، تب عصرانه، کم شدن وزن بمیزان ۲۰ کیلو گرم، دفع گاز از واژن، زیادی ادرار و آلودگی متناوب آن به مدفوع (احتمالاً)، و خونریزی گاهگاه از مقعد مراجعه نمود. بیمار ۱۰ سال با تشخیص‌های مختلف تحت درمان طبی قرار داشت.

در سابقه او یک دیورتیکولیت سکوم با پارگی و ایجاد آبسه که با آنتی بیوتیک تحت درمان قرار گرفته بود وجود داشت. پروکتوسیگموئیدوسکپی در حدود طبیعی بود و سیستمی منفی گزارش گردید. ولی عکسبرداری از مثانه با ماده حاجب فیستولی بین روده و مثانه نشان داد. رادیوگرافی معده و روده نتیجه مهمی در بر نداشت جز اینکه قسمت انتهائی ایلتون (روده باریک) در لگن چسبیده بود و غیر قابل اتساع مینمود. تنقیه باریم پری دیورتیکولیت منتشر سکوم همراه تنگی و خروج باریم را به داخل صفاق نشان داد.

بیمار ظرف مدت ۱۰ روز جهت عمل جراحی آماده گردید و تحت بیحسی اپی دورال، شکم باز شد و به دیورتیکولیت قسمت

عوارض معمولی دیورتیکولیت‌ها مسئله روشن و شناخته شده‌ای است که بارها شرح داده شده است [۲-۴]، ولی سالهای متمادی افکار ما متوجه عوارض کمیاب تر دیورتیکولیت‌ها چون فیستولهای سیمگموئید و وزیکال (Sigmoido vesical) سیمگموئید و اورترو وزیکال (Sigmoido uretero vesical) سیمگموئید و یوترین (Sigmoido uterin) بوده که ۲۸ مورد آنها را در یک یا دو مرحله تحت عمل جراحی قرار داده و بدون مرگ و میر بهبودی یافته‌اند [۱-۳] و اخیراً هم ۲۱ مورد فیستول آنتر و کولیک (Enterocolic) را منتشر نمودیم.

فیستول سیمگموئید و واژینال متعاقب دیورتیکولیت خیلی نادر است و بررسی مدارک علمی نشان میدهد که تا بحال فقط ۳۴ مورد آن منتشر گردیده است (تابلو ۱) [۹-۸-۷-۶-۵]. مطالعات مادر روی ۶۴۸ بیمار مبتلی به بیماری دیورتیکولیت است که در ۳۳۲ نفر آنها قسمت مبتلی روده تحت رزکسیون قرار گرفته به ۸ بیمار برخورد میکنیم که پارگی دیورتیکول بداخل مهبل باعث پیدایش فیستول مهبلی گردیده بود.

در هفت مورد فیستول بین سیمگموئید و مهبل واقع شده بود و در یک مورد بین سکوم و مهبل. این مقاله جهت گزارش این ۸ بیمار منتشر میگردد. (تابلو ۲)

بیمار ۱- خانمی ۶۲ ساله بعلت خروج مدفوع از مهبل بمدت یکسال، به بیمارستان پذیرفته شد. شکایت او خروج ترشح صورتی رنگ از مهبل بود که بوجود زخمی در مهبل نسبت داده شده و تحت درمان با آنتی بیوتیک موضعی قرار داشت. عکسبرداری از کولون با تنقیه باریم، دیورتیکولیت منتشر سیمگموئید و کولون نازل را نشان میداد و بیمار متذکر میگردد که پس از تنقیه باریم مقداری باریم به همراه مدفوع از مهبل خارج گردیده است و غالباً گاز از این راه دفع مینماید. در سابقه شخصی به وجود زخم اثنی عشر، عمل کله سیستکتومی و هیسترکتومی بعلت فیبروم در ۱۱ سال قبل برخورد مینمائیم.

این ۸ مورد نبوده گرچه یک مورد آنلکتازی، یک مورد ایلئوس و یک مورد سیستیت مشاهده گردید. حد متوسط بستری بودن بعد از عمل ۱۲/۲ روز بوده که اگر عمل سه مرحله‌ای را جداگانه بحساب آوریم این حد متوسط به ۱۴ روز خواهد رسید.

در بهبودی دارند. دوختن شکم باسیم نمره ۳۲ و سه تا چهار بخیه نگاهدارنده روش کارما برای بیش از ۳۲ سال بوده است. شستشوی مهبل با مخلوطی از ۱۵ c.c. فایزوهکس در ۲۵۰ c.c. محلول نمکی روزی یکبار توصیه میگردد. مرگ و میری در

تابلو ۱- فیستولهای سیگموئید و واژینال و سکواژینال بدنمال دیورتیکولیت‌ها- ۳۴ موردی که تاکنون گزارش گردیده بدین شرح است:

تعداد	گزارش کننده	تعداد	گزارش کننده
۴ مورد	Morton مورتون	۲ مورد	Bradford برادفورد
« ۱	Waugh , Walt واف ووالت	« ۱	Castro کاسترو
« ۲	Rowe , Sullivan رو، و سولیوان	« ۷	Hafner , Ponka هافنر و پونکا
« ۱۱	Wychulis ' Pratt وایکولیس ویرات	« ۱	Hahn هاهن
« ۱	Zeigerman & associates زیگرمن و همکاران	« ۳	Mayo & Blunt میو و بلانت
« ۱	Zezulin ززولین		

تابلو ۲- گزارش ۸ مورد فیستولهای سیگموئید و واژینال و کولو و واژینال از عوارض دیورتیکولیت.

سن	راه تشخیص	بیهوشی	نوع عمل جراحی که انجام گرفت	کلکتومی	فیستول مهیلی	فاصله عمل تا مرخصی
بیمار ۱	۶۲	امتحان مهیلی، فیستولو-گرافی و تنقیه باریم.	اپی دورال	رز کسیون کولون چپ	انجام نشد	بسته شد ۱۴ روز
بیمار ۲	۵۵	شرح حال و فیستولوگرافی	اپی دورال	همی کلکتومی راست	انجام نشد	بسته شد ۲۲ روز
بیمار ۳	۵۵	شرح حال و امتحان مهیلی	اپی دورال	کلکتومی کامل و ایلئو-پروکتوستومی	انجام نشد	باز گذارده شد ۱۲ روز
بیمار ۴	۶۶	شرح حال و فیستولوگرافی	اپی دورال	عمل جراحی ۴ مرحله‌ای	انجام گردید	بسته شد ۳۷ روز
بیمار ۵	۵۹	شرح حال و فیستولوگرافی	اپی دورال	همی کلکتومی چپ	انجام نشد	باز گذارده شد ۱۰ روز
بیمار ۶	۷۲	شرح حال، فیستولوگرافی و تنقیه باریم	اپی دورال	رکتوسیگموئیدکتومی	انجام نشد	باز گذارده شد ۱۵ روز
بیمار ۷	۵۷	شرح حال و تنقیه باریم	عمومی	همی کلکتومی چپ	انجام نشد	باز گذارده شد ۹ روز
بیمار ۸	۴۴	شرح حال، معاینه مهیلی و فیستولوگرافی	اپی دورال	همی کلکتومی چپ	انجام نشد	بسته شد ۱۱ روز

REFERENCES

- 1- Bacon, H.E. Shindo. K., *Surg. Gynec. Obstet* 132: 1049, 191.
- 2- Bacon, H.E., Shindo. K., *Surg. Gynec. Obstet*. 142: 1042, 190.
- 3- Bacon, H.E. Genna o , *Dis. Colon. Rectum*. (Philadelphia)., 12: 1, 1969.
- 4- Bacon, H.E. Magsanco., *Amer. J Surg.*, 108: 8 0. 1964.
- 5- B a dfod F.E., *Dis Colon Rectum*. (Philadelphia)., 8: 404, 1965.
- 6- Cast o , *Southern Med. J* , 62: 991, 1965.
- 7- Hafne , CD., *J.A.M.A.*, 116: 18, 1962.
- 8- Hahn, C.A., *Amer. J Obstet* , 89: 1008, 1964.
- 9- Mayo, C , *Surg. Clin. N. Amer.*, 30: 1005; 1950.