

تنگی های اکتسابی مقعد

پرفسور یحیی عدل* دکتر محمد وفائی**

امروزه تعداد زیادی از تنگی های اکتسابی در نتیجه عمل جراحی بخصوص در عمل جراحی روی بواسیر دیده میشود در حالیکه تا چندین سال قبل تقریباً تنگی مقعد مترادف بیماری نیکلافور بحساب میآمد.

نکته دیگر تنگی های اکتسابی ناشی از رکتیت Rectite یا رکتوکسولیت قدیمی است که گاهی باعث طرح بیماریهایی مثل سرطان شده و بیماران را تا سرحد بیماریهای روانی پیش میبرد.

تنگی های مجرای مقعد یا اکتسابی می باشند و یا مادرزادی که در اینجا فقط تنگی های اکتسابی مطالعه خواهد شد.

تنگی اکتسابی و باریک شدن مجرای مقعد و رکتوم عبارت از تقلیل اقطار داخلی این مجرا میباشد. قسمتی که دچار تنگی شده است فیروز پیدا کرده و تقریباً غیر قابل انبساط میشود. در مشاهده دقیق میتوان نسوج سفت و غیر قابل انعطافی که نرمش عادی خود را از دست داده اند ملاحظه نمود و هنگامیکه از بیماران آزمایش توشه رکتال بعمل میآوریم اکثراً بمانع بر میخوریم که متناسب با شدت تنگی میباشد و گاه ممکن است که حتی انگشت کوچک هم نتواند از آن عبور نماید. طبیعی است که تا رسیدن بچنین مرحله ای بیمار درد فراوانی متحمل شده است بخصوص در موقعیکه یبوست نیز وجود داشته باشد.

خونریزی به هنگام اجابت مزاج ممکن است دیده شود.

قطر مدفوع باریک شده و بالاخره زورپیچ و دفع بلغم و چرک بآن اضافه میشود در معاینه بیمار با توشه رکتال بخوبی میتوان نسوج متمایز لیفی را تشخیص

* استاد و مدیر گروه آموزشی جراحی

** استادیار جراحی

داد و حلقه تنگ را در صورتیکه تنگی بالاتر باشد بخصوص پس از اتساع مقعد با چشم مشاهده نمود.

علت

از نظر علت، تنگی های اکتسابی مجرای مقعد و رکتوم را میتوان در گروههای زیر خلاصه نمود:

- تنگی های التهابی

- تنگی هایی که پس از اعمال جراحی ناحیه مقعد و یا در اثر ضربه و صدمات این ناحیه بوجود میآید.

- تنگی های ناشی از نشو پلاسم.

- و بالاخره علل دیگر

تنگی های ناشی از التهاب

التهاب اگر مدتی طولانی در مجرای مقعد بوجود آمده باشد میتواند ایجاد عکس العمل تصلبی در نسوج زیر مخاطی اطراف مجرا نموده و منجر به تنگی آن ناحیه میشود.

التهاب ناحیه مقعد به سبب عوامل زیرین بوجود میآید :

- بیماری که مبتلا به اسهال مداوم میباشند و یا اینکه عادت دارند بطور مرتب

روغن پارافین و ملین بخورند بیشتر عفونت مجرای مقعد مبتلا میشوند زیرا کریپتها cryptes و مجاری و غدد مربوط بآنها متعاقب تماس متمادی با مدفوع مایع و نرم دچار عفونت میشود ولی این کیفیت در مقابل مدفوع سفت کمتر وجود دارد.

پس بنابراین مصرف مداوم ملین و یا بیماری اسهال را ایجاد عفونت و بالاخره در صورت ادامه، ایجاد تنگی و انقباض خواهد نمود.

- التهاب ممکن است ناشی از بیماریهای زیر باشد :

فیستول مقعد.

بواسیر .

شقاق و غیره. در مورد شقاق باید گفت که اسپاسم طولانی اسفنکتر خود بخود

منجر به فیروز آن میشود.

- پیدایش تنگی در اثر التهاب ناشی از رکتو کولیت‌ها نسبتاً شایع است و معمولاً دیررس می‌باشد. تنگی در اینصورت شدت زیادی هم ندارد ولی نسبت به سایر تنگی‌ها وسعت داشته و قسمت بیشتری از مجرای مقعد را فرا گرفته و اکثراً تنگی شکل حلقوی خواهد داشت و این کیفیت بدلیل پراکندگی ضایعات این بیماری می‌باشد.

- لنفوگرانولوماتوز خوش‌خیم (بیماری نیکلافاور) در قدیم شایعترین نوع تنگی‌های اکتسابی بشمار میرفت ولی امروزه بآن شدت دیده نمیشود و ممکن است که با الفانتیازیس لب‌بزرگ فرج همراه باشد. تنگی حاصله از این بیماری لوله‌ای شکل می‌باشد.

- تنگی‌های ناشی از التهاب سلی و آمیبیاز نیز بطور نادر و استثنائی مشاهده میشوند.

تنگی‌های پس از اعمال جراحی و تروماتسم

این تنگی‌ها ی‌پس از اعمال جراحی ناحیه مقعد و یا ممکن است در اثر ضربه و صدمات این ناحیه بوجود آید این نوع تنگی‌ها همانطور که از عنوانش پیداست پس از:

- اعمال جراحی در ناحیه مقعد
 - پارگی‌های شدید میاندوراه پس از زایمان.
 - وارد شدن اجسام خارجی در رکتوم.
 - زخمها، سوختگی‌ها، انفجار.
 - و بالاخره صدمات ناشی از تنقیه بوجود می‌آید.
- آنچه واقعاً قابل توجه می‌باشد تنگی‌های پس از اعمال جراحی است که ممکن است بعلل زیرین باشد:

- عدم رعایت تکنیک صحیح جراحی.
- عدم مواظبت‌های بعد از عمل.
- هرگونه عملی که بر روی يك زمینه پروکتیت حاد یا مزمن انجام شود، بغیر از اشکالات و ازدیاد عوارض خود عمل جراحی، میتواند منجر به تنگی محل نیز میگردد.

عدم رعایت تکنیک صحیح جراحی

درباره تکنیک عمل باید گفت که شاید تنگی های شایع پس از عمل مربوط به برداشتن تمام کریپتهای مورگانی ناحیه مقعد باشد.

در حد فوقانی خط دندانانهای یا خط شانهای Dental line که در حدود ۲ سانتیمتری مخرج قرار دارد برجستگی هائی بنام پاپی Papille مشاهده میشود و این پاپی ها خود در انتهای تحتانی ستونهای برجسته طولی بنام ستونهای مورگانی میباشند.

در بین پاپی ها فرورفتگی هائی وجود دارد و در عمق این فرورفتگی ها کریپتهای مورگانی که مورد بحث ما میباشند واقع هستند. در عمق این کریپتها غدد مترشحه اطراف مقعد قرار دارند

برداشتن تمام کریپتهای مورگانی در موقع اعمال جراحی موضوعیست که باید بطور جدی مورد توجه جراح باشد بخصوص در بیماریهائی مثل بواسیرهای درجه چهار (۴) که کاملاً بیرون آمده اند و یا در پرولاپسوسهائیکه تحت عمل جراحی بروش White Head قرار میگیرند و در نتیجه تمام خط دندانانهای که حد تمام کریپتها میباشد ممکن است برداشته شود و یا حتی در مورد بواسیرهائیکه بروش Excision ligature (آنچه در ایران با اسم عمل ترفل Trefle مصطلح شده است) عمل میشود، با وجود دقت و مواظبتی که برای باقی گذاشتن پل سالمی از مخاط و خط دندانانهای بعمل میآید باز هم گاه گاهی تنگی دیده میشود.

بنکات فوق باید تنگی های ناشی از سوزاندن ضایعات مجرای مقعد (کوئریزاسیون یا فولگاریزاسیون Fulgarisation) را اضافه نمود.

عدم مواظبت های لازم پس از عمل

مواظبت های شایسته پس از عمل جراحی مقعد برای جلوگیری از عفونت و بالنتیجه تنگی، فوق العاده قابل اهمیت است این مواظبت ها عبارتند از:

- حمام ناحیه عمل.
- کمپرس گرم.
- آرام باز کردن و جدا کردن زخم پس از عمل در موقع بانسمان.

– رژیم ضد بیوست و در صورت لزوم استعمال کولوئیدهای جاذب آب مثل آگار آگار .

– جرأت دادن به بیمار برای نرسیدن از اجابت مزاج.

– شستشوی زخمهای مجرای مقعد و مخرج با پوار محتوی سرم فیزیولوژی - معاینه مرتب و منظم بیمار پس از عمل تا بهبودی کامل و مراقبت از آن تا در صورتیکه علائم تنگی مشاهده شد آنرا اتساع دهند. این اتساع چه با انگشت و چه با لوله متوسط آنوسکپ و چه با مخروطهای فلزی یا چوبی مخصوصیکه برای این کار درست شده است باید انجام بشود.

– بهتر است درباره عوارض ناشی از استعمال توپی (Toupie) بعد از عمل بواسیر و نقشی که بعنوان عامل عفونت محلی بازی میکند و ممکن است در وجود آوردن تنگی پس از عفونت عاملی بحساب بیاید یادآوری بنمائیم و بهمین جهت است که عدم استعمال توپی توسط بعضی از مکاتب جراحی پیشنهاد شده است. عدم رعایت هریک از نکات فوق ممکن است باعث ایجاد تنگی گردد و اگر فقدان تمام و یا قسمتی از عوامل فوق با تجویز روغن پارافین و مسهل های مکرر توأم شود باعث ایجاد تنگی خواهد شد.

عمل در يك زمينه پروکتیت و یارکتو کولیت قدیمی

برای اعمال جراحی غیر فوری ناحیه مقعد چه بسا بیمارانی مراجعه میکنند که مبتلا به کولیت، رکتیت و یارکتو کولیت میباشند و چه بسا بیمار سابقه بیماریهای فوق را داشته و در موقع معاینه عطف توجهی بآنها نمیشود و یا خونریزی یک رکتو کولیت خوندهنده با چند تکمه بواسیری همراه بوده و بحساب خونریزی بواسیری گذاشته میشود و بهمان علت نیز تحت عمل جراحی قرار میگيرد و پس از عمل بیماری اصلی عود کرده و یا بعلت تنقیه تخلیه ای قبل از عمل، مخاط تحریک شده و باعث ابتلای عفونی ناحیه عمل از طریق بالا شده و دردسرهای زیادی ایجاد میکند و بالاخره امکان زیادی نیز برای تنگی مقعد بوجود میآورد .

تنگی های ناشی از نفوپلاسم

در مورد تنگی ها همواره باید بفکر سرطان بود بخصوص اگر در مسوق

توشه رکتال و یا در موقع اتساع آن خونریزی بیشتر از معمول دیده‌شود لذا توصیه میشود که اقدام به نسج برداری شود (بیوپسی).

تنگی‌های بععل دیگر

غیر از سه‌گروه یادآوری شده باید بععل زیرین نیز توجه بشود:
- گاهی انتشار ضایعات التهابی اعضای مجاور، مثل پروستاتیت چرکی، عفونت لوله‌ها و رحم به نسوج اطراف رکتوم بطور ثانوی پس از مدتی ایجاد انقباض و تنگی مجرای مقعد می‌نماید.

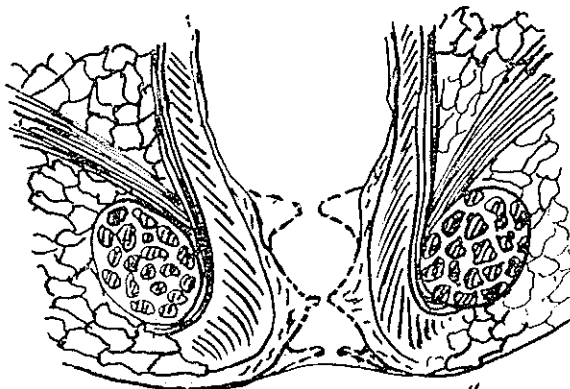
باید اضافه نمود که این چنین حالاتی خیلی کم و بندرت دیده میشود.
- تنگی‌های ناشی از پیری، این عارضه بععلت فیبروز اسفنکتر داخلی بوجود آمده و باعث یبوست و زور زدن بهنگام اجابت مزاج میگردد.

در این حال قطع اسفنکتر داخلی سبب بهبود بیمار میگردد.
- تنگی‌های ناشی از معالجات با رادیوم و اشعه مجهول در سرطانهای مقعد و یا درمان سرطانهای گردن رحم. این تنگی‌ها مدتی پس از درمان فوق بوجود آمده و اکثراً ایجاد اشتباه تشخیصی در مورد سرایت ضایعه اصلی بناحیه مقعد می‌نماید.

اشکال بالینی

تنگی ممکن است در محلهای زیر دیده شود :

- در حدود مخرج



شکل ۱

تنگی‌های مخرج - مجرای مقعد - آمبول رکتال

– در مجرای مقعد

– در قسمت تحتانی آمپول رکتال (شکل ۱)

تنگی ممکن است قسمت کم و بیش بزرگی از مجرای مقعد را دربر گرفته و باشکال زیر تظاهر بنماید :

– شکل قرقره‌ای: در این نوع تنگی مجرای مقعد بصورت دو مخروطی که از رأس بهم متصل باشند در می‌آید (این شکل در بیماری نیکلافاور شایع تر است).
– شکل تنگه‌ای: این نوع تنگی بیشتر در رکتوکولیت‌ها و سرطانهای ارتشاحی دیده میشود و يك قسمت از مجرا گرفته و تنگ شده است.

– شکل پرده‌ای: که یا سوراخ مقعد را مسدود میکند (این شکل بعلت بدجوش خوردن اعمال جراحی روی مقعد دیده میشود) و یا در حد فاصل مجرای مقعدی و آمپول رکتال قرار میگیرد (این شکل در تنگی‌های التهابی شایع میباشد).

نشانه‌های بالینی

نشانه‌های بالینی عبارتست از :

– درد و خونریزی مخصوصاً اگر مدفوع سفت باشد.
– پس از مدتی که از شروع بیماری گذشت زور پیچ و دفع بلغم و چرك بآن اضافه میشود.

– قطر مدفوع بتدریج باریک میشود.

– اگر حاشیه مقعد را بآرامی از هم باز کنیم مشاهده میشود که نسوج آن ناحیه، نرمی و انعطاف عادی خود را از دست داده‌اند

– در توشه رکتال نسبت به پیشرفت تنگی، انگشت بمانع برخورد می‌نماید گاهی انگشت کوچک باشکال عبور خواهد نمود .

– در این حال در صورتیکه لازم باشد مقعد را متسع نموده و ضایعات را به چشم می‌بینیم و شکل حلقوی، لوله‌ای و یا حلقه‌های مکرر آنرا تفحص مینمائیم.

درمان

قبل از ذکر درمان تنگی‌های اکتسابی باید تذکر داد که در مورد تنگی‌های بعد از اعمال جراحی مقعد، بهترین درمان پیشگیری است و برای اهمیت مطلب تاکید میشود که باید بهترین روش را که بکمترین عارضه منجر شود انتخاب نمود مثلاً در

مورد عمل بواسیر خیلی بندرت ممکن است جراح نیازیک آمپوتاسیون کامل بواسیر و حذف مخاط دور تا دور مجرای مقعد پیدا بکند و در سایر انواع روشهای جراحی نیز باید از برداشتن کامل و خراب کردن تمام کریپتهای خودداری نمود همچنین عفونت موضعی پس از عمل هیچگاه کمتر از خود عمل جراحی نیست.

درمان اساسی تنگی های رکتوم مشتمل بر درمان علتی و علامتی میباشد. برای درمان علتی باید عامل و سبب اصلی بیماری را معالجه نمود (مثل درمان عفونت مجرای مقعد، رکتوکولیت و یا بیماری نیکلافاور).

درمان علامتی: برای درمان علامتی روشهای زیر را بکار میبرند:

۱- اتساع حرارتی Dilatation Diathermique

۰۲. روش جراحی

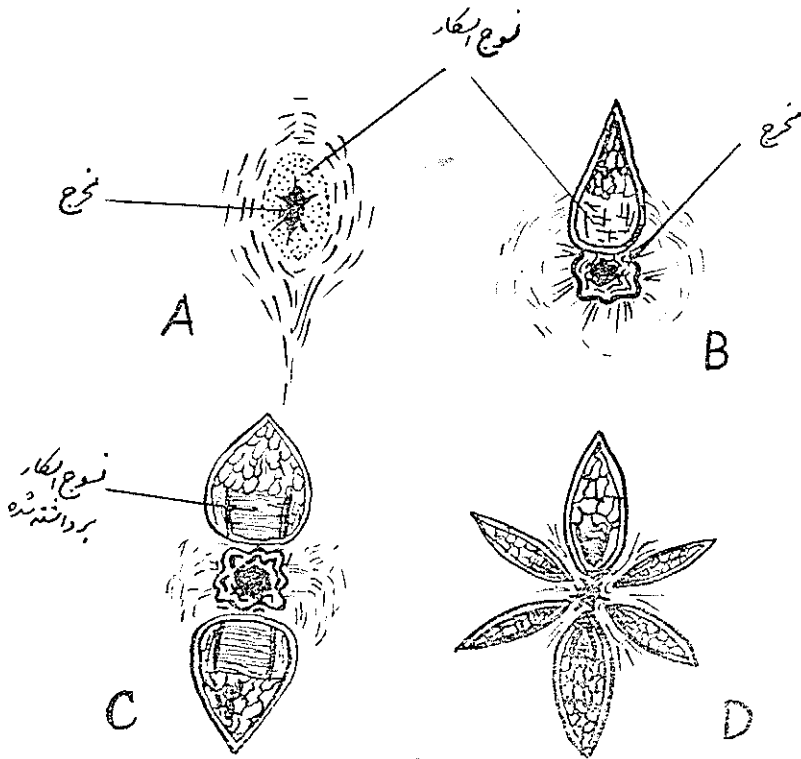
۱- اتساع حرارتی: اتساع به تنهایی که بازور انجام شود بکلی مطرود و محکوم است زیرا نتیجه آن پاره شدن نسوج و خونریزی در داخل آن و اشکالات بیشتر در اصلاح و معالجه آن میباشد. ولی اتساع همراه با دیاترمی که بتدریج و مرور و آرام با استفاده از ماندرنهای هگار Hegar انجام میشود ممکن است نسوج فیبروز را از بین برده و تنگی را مرتفع نماید.

گاه با اتساع حرارتی مجبور میشویم که يك چسبندگی را که مانع انجام کار است قطع نمائیم.

۲- روش جراحی: تکنیک عمل عبارت است از قطع و برداشتن نسوج متصلب زیرجلدی اطراف مقعد با انسزیونهای شعاعی که بموازات محور مجرای مقعد داده میشود. توضیح اینکه مطابق (شکل ۲- B) اولین انسزیون در طرف پشت (در ساعت ۶) داده میشود. این شکاف از حدود خط دندانهای در داخل مقعد تا ناحیه پوستی ادامه می یابد. بلافاصله پس از پوست به نسج سفت فیبروز سفید برمی خوریم که باید قطع و برداشته شود بطریقی که پس از آن الیاف عضله اسفنکتر بچشم بخورند. در این حال مجرا بحد کافی گشاد شده و میتوان توشه رکتال نمود و یا با آنوسکپ داخل آنرا مشاهده کرد.

دومین انسزیون مشابه که طول آن باید کوتاهتر باشد در جلو (یعنی ساعت ۱۲) داده میشود و در بیماران زن باید دقت نمود که امتداد آن در طرفین شکاف واژن باشد (شکل ۲- C) پس از برداشتن نسوج فیبروز قسمت جلو، براحتی می توانیم

دو و یا سه انگشت را وارد مجرای مقعد نموده و به وضوح خط دندانهای را به بینیم و مشاهده کنیم که تاچه اندازه از کرپتها در عمل قبلی از بین نرفته و باقی مانده اند و با ملاحظه آنها انسیزیونهای شعاعی دیگری بین انسیزیونهای قبلی بدهیم (شکل ۲- D) نکته قابل توجه مراقبت های جدی و دقیقی است که باید پس از عمل فوق انجام گیرد و قبلا تذکر داده شده است و باید اضافه شود که در صورت لزوم بعضی ها پس از عمل فوق از اتساع حرارتی نیز استفاده می نمایند .



شکل ۲

گاهی از اوقات وخامت و شدت تنگی، ایجاب میکند که به منظور ایجاد یک مقعد انحرافی موقتی و یا دائمی اقدام جراحی بعمل آید .

خلاصه

تنگی های اکتسابی مجرای مقعد چندین سال قبل مترادف بیماری نیکلافاور بود در حالیکه امروزه بعلت امکان وجود در درمان بیماری فوق اکثر تنگی های اکتسابی پس از اعمال جراحی این ناحیه دیده میشود ولی علل دیگری نیز سبب آن میباشد مثل:

- اسهال مداوم و یا مصرف همیشگی ملین .
- التهابات از قبیل فیستول مقعد ، شقاق ، کریپتیت ، بواسیر ، رکتوکولیت ، سل و آمیبیاز مجرای مقعدورکتوم .
- تروماتیسیم از قبیل : پارگی های شدید میان دوراه پس از زایمان ، وارد شدن اجسام خارجی در رکتوم ، زخمها ، سوختگی ها ، انفجار ، صدمات ناشی از تنقیه و غیره .
- عدم رعایت تکنیک صحیح جراحی و برداشتن تمام کریپت ها درحد خط دندانهای
- عدم مراقبتهای بعد از عمل که شامل : حمام آن ناحیه ، کمپرس گرم ، رژیم ضدیبوست ، جرأت دادن به بیمار برای نترسیدن از اجابت مزاج ، شستشوی زخم با پوآر محتوی سرم فیزیولوژی ، گذاشتن توبی برای مدت بیش از یکی دویز ، دادن ملین مداوم .
- عمل بواسیر در يك زمینه پروکتیت و یا رکتوکولیت قدیمی .
- تنگی های ناشی از نئوپلاسم .
- تنگی های ناشی از معالجات رادیوم و اشعه مجهول در سرطانهای گردن رحم .

ونکاتی در مورد علائم و اشکال بالینی تنگی های اکتسابی .
و بالاخره درمان بادیلاتاسیون دیاترمیک و درمان جراحی و تکنیک آن .

منابع و مآخذ

- 1- Nesselrod J. Peerman clinical Proctology 1964 Saunders Co. P. I47-152.
- 2- René Hanry et G. B. E. Simonetti Manuel pratique de proctologie J. B. Bailliere et fils P. 264.