

فیستولهای ادراری تناسلی

بررسی آماری در بیمارستان جهانشاه صالح - تهران
دکتر جواد غفورزاده* دکتر مریم پوررضا*

فوق مبتوانند بداخیل مهبل - گردن رحم و خود رحم باز شوند [۲]. علل ایجاد این فیستولها متفاوت است و در بررسی علل هم اختلاف فاحشی بچشم میخورد . بطور کلی مهم ترین علت فیستول در مالک غربی جراحی و درمان باشه و در ایران زایمان است . بعبارت دیگر علت اصلی فیستول در مالک غربی علت زینکواژیک و در ایران زایمانی است . علل زینکواژیک ایجاد فیستول عبارتند از : هسترنکتومی (چه از راه شکم و چه از راه مهبل) - عمل جراحی ورتهایم - برداشتن دهانه رحم - درمان باشه - ناهنجاریهای مادرزادی - اعمال جراحی مثانه - دیورتیکول یا کیست حمالب - اعمال جراحی شکم ورده بزرک . علل زایمانی ایجاد فیستول عبارتند از : زایمان طولانی خصوصاً با فورسپس - عمل جراحی سزارین - پارگی رحم وبالآخره قطع سمفونی پوییس . مهم ترین علامت بیماری بی اختیاری ادرار است . این علامت را باید از بی اختیاری معلول نارسانی اسفنجکر مثناه فرق گذاشت . بی اختیاری ادرار موجب ناراحتی های پوست مجاور می گردد که از بیک درماتیت ساده تا عفونت منتشر وسیع ممکن است پیش بیاید . تشخیص بستگی به اندازه فیستول دارد . اگر فیستول بزرگ باشد (به نحویکه با چشم غیر مسلح دیده شود) تشخیص آسان است . در غیر این صورت در تشخیص باید دقیق بود .

مقدمه : فیستولهای دستگاه تناسلي 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] .

علام بالینی فیستول بسیار ناراحت کننده هستند . بروز آن در افرادی که از قلل اقتصادی دارای درآمد کافی نیستند بیشتر است . مدت بستری شدن بیماران یکه برای عمل فیستول در بیمارستان اقامت کرده اند زیاد است . این امر باعث تحمیل خارج 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 می شوند .

بالحظه فوق عده بیمارانی که برای عمل جراحی فیستول بد بیمارستان جهانشاه صالح مراجعت مینمایند زیاد است . مایه و نده پزشکی بیماران فیستولی را که از سال ۱۳۴۵ تا سال ۱۳۵۳ به بیمارستان جهانشاه صالح برای عمل جراحی بستری شده اند مورد بررسی قرارداده و نتایج را با آمار خارج از ایران مقایسه کرده ایم .

کلیات : مشخصات تحریحی : فیستولهای ادراری بطور کلی شامل دودسته هستند : اول فیستولهاییکه یک سر آنها در مثانه باز می شود . دوم آنها که یک سرفیستول در حمالب باز می شود . هر دو دسته

* دانشکده پزشکی داریوش کبیر - دانشگاه تهران

** دانشکده پزشکی رازی - دانشگاه تهران

و منتشر شده است قابل توجه بیشاد [۴] . در آمار آنها فقط ۱۹ درصد فیستولها عمل زایمانی داشته و ۸۱ درصد عمل 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 .

جدول ۳- محل تشریحی فیستول در جدول (۲) ذکر شده است

جدول ۴- محل تشریحی فیستول ادراری تناسلی- مطالعه ۱۳۰ مورد

درصد	تعداد	نوع فیستول
۷۵	۹۰	بین مثانه و مهبل
۸/۲۳	۱۰	مثانه و مجرای ادرار باعهبل
۶/۶۶	۸	مثانه، حاصل و مجرای ادرار
۵	۶	بین مجرای ادرار و مهبل
۲/۳۳	۴	بین مثانه و رحم
۱/۶۷	۲	بین حاصل و مهبل
۱۰۰		جمع
۱۲۰		

بررسی جدول شماره (۲) نشان میدهد که اکثر فیستول‌ها بین مثانه و مهبل بوده‌اند . پخش عددی فیستول‌ها در جدول شماره (۲) مؤید پخش عددی عمل فیستول‌ها در جدول (۱) است . زیرا زایمان‌های مشکل و طولانی باعث تحت فشار قرار گرفتن مثانه شده و بدليل ایجاد کم خونی در نسج (خصوصاً بمدت طولانی) منجر به نکروز نسج می‌شود . از طرف دیگر بهمین علت بر وزغوفت تسریع گردیده و این دو عامل باعث ایجاد فیستول می‌شوند [۳] .

جدول ۴- محل عمل جراحی فیستول ادراری تناسلی- مطالعه ۱۳۰ مورد

درصد	تعداد	راه عمل
۸۹	۱۰۷	راه مهبل به تنها
۷/۵	۹	راه داخل صفاقی (ترانس پریتوئتال)
۲/۵	۳	راه مهبلی و شکمی توأم
۱ تقریباً	۱	راه خارج صفاقی
۱۲۰		جمع

بهر حال علامت مهم اینست که در فیستولهای ادراری تناسلی ادرار داده‌اند و بدون وقفه از مهبل خارج می‌شود . 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 معتقد آنتی بیوتیک همراه با بردن کورتیزون داد و سپس معاینه را تکرار نمود . یکی از عواملی که به تشخیص کمک می‌کند وارد کردن مقداری محلول آبی مذکون در مثانه و سپس مشاعده سوزانی است که محلول رنگی از آن خارج می‌شود . توصیه می‌شود که برای قطعیت تشخیص از سمت تو سکپت استفاده گردد . همچنین امتحان عمومی بیمار و آزمایش‌های خونی برای تأیید یاراد عفونت یا امراض نفعه مانند بیماری قند و نیز عکس برداری بامداد حاجب از کلیدها و میجاری ادراری ضرورت دارد [۱] .

اگر فیستول خیلی کوچک باشد خالی کردن متواالی و مرتب مثانه باحتمال ضعیف ممکن است موجب بهبود خود بخود آن بشود . در غیر این صورت تنها در عان فیستول عمل جراحی است .

آمار بیمارستان جهانشاه صالح : در مدت هفت سال موردمطالعه ۱۲۰ بیمار استری و تحت عمل جراحی قرار گرفتند . در ۱۰ مورد (۳/۸۸ درصد) عمل ایجاد فیستول زایمان بوده است . در ۱۴ مورد دیگر (۱۱/۶ درصد) عمل دیگر باعث ایجاد فیستول شده‌اند . عمل بر وزغوفت دراین ۱۲۰ مورد در جدول (۱) خلاصه شده است .

جدول ۱- عمل ایجاد فیستول ادراری تناسلی- مطالعه ۱۳۰ مورد

عل	أنواع	تعداد	درصد
عمل زایمانی (۸۸/۳)	زایمان خود بخود طولانی	۵۹	۴۹
	زایمان بافور سپس عمل سزارین	۳۵	۲۹
	جمع	۱۲	۱۰
عمل غیر زایمانی (۱۱/۶)	هیستر کتو می شکمی هیستر کتو می مهبلی ضر به	۱۲	۱
	جمع	۱۴	۱

مقایسه آمار فوق (ستون ۱ جدول) با آمار یکده در گروه بیماریهای زنان و زایمان دانشگاه جا نزهای پرکینز آمریکا جمع آوری

همانطور که در جدول (۴) دیده می شود عمل جراحی در ۳/۷۸ درصد بیماران نتیجه خوب داشته و بیماران بیهواد کامل پیدا کرده اند. مناسفانه تقریباً در ۲۲ درصد بیماران نتیجه عمل خوب نبوده و در ۶/۱۱ درصد موارد کوچکترین بیهواد حاصل نشده است. علل شکست درمان عبارت بوده اند از: بدقرار گرفته اند، فیستول از نظر تشریحی-چسبندگی-عفونت - عدم مراقبت کافی بعد از عمل. در دسته ای که نتیجه عمل رضایت بخش بوده است عده ای بیکبار و عده ای دوبار و بالاخره عده ای سه بار عمل شده اند، در آنها که چند بار مورد عمل جراحی قرار گرفته اند تکرار عمل گاهی بعلت این بوده است که عمداً جراح عمل را در دور 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 با استی در موعدی مناسب عمل را تکرار کنندتا به نتیجه موقوفیت آمیز برسد.

نتیجه و بحث:

- تعداد بیمارانی که به بیمارستان جهانشاه صالح مراجعت میکنند زیاد است و ۲۰۰ مورد فیستول عمل شده در هفت سال شامل همه بیمارانی که برای این عمل مراجعت کرده اند نمیباشد زیرا بعلت محدود بودن امکانات- اشکال عمل جراحی و بالاخره بعلت زیاد بودن طول مدت بستری شدن توانسته ایم همه بیمارانی را که دچار این عارضه هستند و به بیمارستان مراجعت میکنند درمان کنیم.
- بهترین راه عمل جراحی فیستول ادراری تناسلی، عمل از راه مهبل است [۴].
- 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 . علاوه‌حتی بیماران را در هفته بعد از بروز بیماری هم می‌شود عمل کرد .
- اختلاف اساسی آمار مابا آمار مماليک غربی در علت بروز فیستول است .

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

چنانکه از جدول ۳ برمی‌آید بیشترین بیماران از راه مهبلی مورد عمل جراحی قرار گرفته اند. ولی در موارد نزدیک عمل جراحی از راههای دیگر نیز انجام شده است . بالاخره در چند مورد عمل جراحی از دوره توأم انجام گرفته است .

یکی از مسائل دور بحث در بیماران مبتلی به فیستول ادراری فاصله زمانی ایجاد فیستول تا موقع عمل جراحی است . سابقاً عقیده براین بود که بعداز ایجاد فیستول لااقل باید شش ماه صبر کرد و سپس عمل جراحی انجام داد [۳] . در ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه حداقل این فاصله ۳ هفته - حداً کثر آن ۹ سال و فاصله زمانی متوسط ۵/۲ سال بوده است . نکته قابل ذکر اینست که ما بیمارانی داشته ایم که مدت کوتاهی بعد از ایجاد فیستول (کمتر از ۲ ماه) مورد عمل جراحی قرار گرفته اند و نتایج درمانی آنها کاملاً رضایت بخش بوده است . این نتیجه میرساند که دیگر صبر کردن بمدت شش ماه نمیتواند بصورت یافقانون قطعی گردد .

بعلت طولانی شدن مدت لازم برای آزمایشها اولیه تشخیص بیماری و مشکل بودن عمل جراحی ولزوم دقت و مراقبت های بعد از عمل و بیهواد آهسته بیماری ، مدت بستری شدن این بیماران در بیمارستان طولانی است. در ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه حداقل مدت بستری بودن ۱۴ روز و حداً کثر آن ۶۲ روز بوده است . متوسط مدت بستری بودن ۲۷ روز بوده است . این مدت ها نسبت به مدت های 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 ۳۰۰ مورد

نوع نتیجه	تعداد	درصد
خوب (درمان کامل)	۹۴	۷۸/۳
متوجه (درمان نسبی)	۱۲	۱۰
بد (درمان بدون نتیجه)	۱۴	۱۱/۶
دوبار عمل	۱۱	
سه بار عمل	۵	

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 زایوهای افراد گردد اختلاف فوق الذکر نیز بر طرف خواهد شد.

ما معمولاً زایوهای هستند که مدت طولانی متتحمل درد زایمان شده‌اند.

این بیماران معمولاً ساکن نقاطی از کشور هستند که در آنجادسترسی به مامای ورزیده یا پزشک متخصص نیست. از طرف

References

- 1 - Chassar Moir J . Britirh Gynaecolocycal 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 .