

آبسه/فیستول مقعدی – رکتومی

۱- بیمار مبتلا به آبسه مقعدی از درد شدید، پایدار، ضربان دار مقعد و اطراف مقعد شکایت می‌کند. برعکس درد شقاق که با دفع مدفوع افزایش می‌یابد، درد آبسه پایدار است اما با کشش یا سرفه تشدید می‌شود. ممکن است توده و تب نیز وجود داشته باشد. در معاینه، ممکن است نشانه‌های التهاب (مانند تورم، درد، گرما یا قرمزی) وجود داشته باشد، اما گاهی واضح نیست. بیمار اغلب معاینه انگشتی را تحمل نمی‌کند.

۲- اغلب بیماریهای چرکی آنورکتال از عفونت غدد مقعدی (عفونت کریپتو گلاندولار) در ناحیه بین اسفنکتری ناشی می‌شوند. مجاری آنها از اسفنکتر داخلی می‌گذرند و به کریپتهای آنال در سطح خط دندانان ای تخلیه می‌شوند. عفونت هر یک از غدد مقعدی باعث ایجاد آبسه ای می‌شود که می‌تواند بزرگ شده و در هر یک از سطوح متعدد در فضاهای پری آنال و پری رکتال گسترش یابد. شایعترین شکایت اولیه، درد شدید مقعدی است. راه رفتن، سرفه کردن و یا کشش می‌تواند درد را تشدید کند. عموماً یک توده قابل لمس در مشاهده ناحیه اطراف مقعد یا معاینه انگشتی رکتوم یافت می‌شود. گاهی اوقات بیمار با تب، احتباس ادراری یا سپسیس تهدید کننده حیات مراجعه می‌نماید. تشخیص آبسه پری آنال یا ایسکیورکتال می‌تواند تنها با انجام معاینه فیزیکی، چه در شرایط اتاق معاینه یا اتاق عمل، گذاشته شود. با این وجود، تظاهرات پیچیده یا غیر کلاسیک نیازمند مطالعات تصویر برداری مانند سی تی اسکن یا MRI برای ترسیم کامل آناتومی آبسه است. (شوارتز) آبسه و فیستول بخشهای یک روند دو مرحله‌ای هستند. فاز حاد اولیه آبسه است، و فاز مزمن فیستول است.

۳- در وضعیت حاد آنوسکوپ و سیگموئیدوسکوپ کاربرد ندارند زیرا یافته‌ها، درمان را تغییر نخواهند داد. ممکن است شمارش گلبولهای سفید خونی افزایش یابد.

۴- آبسه بین اسفنکتری با نشانه‌های خارجی کمی از عفونت مقعد بروز می‌کند. تشخیص این وضعیت می‌تواند از شقاق مقعد مشکل باشد. زمانی که به این مورد مشکوک باشیم، تنها راه جهت تشخیص، معاینه بیمار تحت بیهوشی موضعی یا عمومی است. این آبسه با برش الیاف اسفنکتر داخلی که روی آبسه قرار دارند، درمان می‌گردد.

۵- اکثر آبسه‌های نعل اسبی از فضای عمقی خلف مقعدی منشاء می‌گیرند اما برخی نیز از فضای عمقی قدام مقعدی منشاء می‌گیرند. برش و تخلیه باید تحت بیهوشی عمومی انجام گیرد. گسترش‌های جانبی باید تخلیه شوند. ممکن است هیچ نشانه‌ای از التهاب در آبسه فضای خلف مقعدی وجود نداشته باشد. فضای عمقی خلف مقعدی با برش اسفنکتر داخلی روی آبسه و بخش پایینی اسفنکتر خارجی تخلیه می‌شود. زمانی که تخلیه بطور مناسب صورت گیرد، بروز فیستول کاهش می‌یابد.

۶- آبسه بالاتر از عضله بالابرنده مقعدی می‌تواند گسترش فوقانی آبسه بین اسفنکتری یا گسترش به سمت بالای آبسه ایسکیورکتال و یا در نتیجه بیماری درون صفاقی نظیر دیورتیکولیت سوراخ شده، آپاندیسیت، یا کرون باشد. قبل از انتخاب روش تخلیه، منشاء آن باید مشخص شود.

۷- درمان آبسه مقعدی تخلیه سریع است. آنتی بیوتیکها درمان ابتدایی نیستند اما می‌توانند در بیماران سیتیک یا دچار نقص ایمنی و یا در کسانی که بیماری دریچه‌ای قلب یا دریچه مصنوعی قلب دارند بعنوان درمان کمکی مورد استفاده قرار گیرند. اشتباه شایع منتظر ماندن تا «رسیده شدن» آبسه و مشخص شدن از سطح پوست است: انتظار موجب عوارض می‌شود. معمولاً تخلیه می‌تواند تحت بیحسی موضعی در مطب انجام گیرد. تخلیه در اتاق عمل بسیار گران است و تنها زمانی که تخلیه در مطب با شکست مواجه گردد ضروری است. استفاده از درن انتخابی است. اگر آبسه‌ای بطور خودبخود پاره شود، بیمار باید معاینه گردد تا اطمینان حاصل شود که تخلیه کافی است. کشت از چرک آبسه ممکن است منشاء تشکیل فیستول را پیش بینی کند (ارگانوسمهای روده‌ای) اما کشت درمان را تغییر نخواهد داد. به علل زیر حین تخلیه آبسه نباید فیستولوتومی انجام گیرد: (۱) نیمی از بیماران دچار فیستول نخواهد شد؛ (۲) یک مسیر کاذب ممکن است ایجاد گردد؛ (۳) این عمل نیازمند اتاق عمل است، که هزینه را افزایش می‌دهد؛ و (۴) خطر بی‌اختیاری افزایش می‌یابد. در زمان تخلیه آبسه، دهانه داخلی در ۶۵٪ موارد قابل شناسایی نیست. در صورتیکه آبسه‌ای بارها عود کند، منطقی است که به دنبال دهانه داخلی فیستول در اتاق عمل بگردیم و در زمان تخلیه آبسه فیستولوتومی انجام دهیم.

۸- پس از تخلیه، ۵۰٪ شانس ایجاد فیستول مقعدی وجود دارد (فاز مزمن). تظاهرات، به صورت آبسه‌های راجعه یا ترشح دائم است که منجر به خراش پوستی و خارش می‌گردد. فیستول با درمان طبی به تنهایی بهبود نخواهد یافت و آنتی بیوتیکها آنرا درمان نمی‌کنند پس همیشه جراحی لازم است. باید از بیمار درباره سابقه بیماری گوارش همراه (مانند بیماری التهابی مزمن IBD یا سرطان) یا بیماری سیستمیک (مانند HIV) پرسش شود. ممکن است بررسی‌ها با سیگموئیدوسکوپ یا حتی معاینه تمام

کولون (کولونوسکوپی یا تنقیه با باریم و گرافی) کاربرد داشته باشد. آزمایش‌هایی نظیر فیستولوگرافی، سونوگرافی داخل مقعدی، یا MRI مگر در مواردی که فیستول راجعه باشد یا پیدا کردن دهانه داخلی فیستول مشکل باشد، لازم نمی‌باشند.

۹- فیستولی که شامل بیش از ۳۰٪ از الیاف اسفنکتری باشد یا هر فیستول قدامی در زنان نباید مورد فیستولوتومی قرار گیرد زیرا ممکن است منجر به بی‌اختیاری گردد. (عضله پوبورکتالیس در قدام وجود ندارد.)

۱۰- گاهی سوراخ داخلی قابل تشخیص نیست. جراح باید از ایجاد مسیر کاذب با میله سخت اجتناب کند. تزریق پر اکسید هیدروژن در دهانه خارجی ممکن است به شناسایی دهانه داخلی کمک کند. قانون گودسال راهنمایی برای شناسایی محل دهانه داخلی است. زمانی که دهانه خارجی در قدام خط عرض مقعدی قرار داشته باشد، مجرا بصورت یک خط شعاعی مستقیم به دهانه داخلی در کانال مقعدی می‌رسد. زمانی که دهانه خارجی در خلف خط عرضی باشد، مجرا بصورت منحنی به خلف خط وسط مقعدی بر می‌گردد. دهانه خارجی قدامی که بیش از ۳ سانتی متر از سوراخ مقعدی فاصله داشته باشد، مجرایابی خواهد داشت که به خلف خط وسط بصورت منحنی می‌رسد. در صورتیکه هنوز دهانه پیدا نشود، می‌توان مجرای فیستول را بیرون آورده و اسفنکتر داخلی روی غده عفونی شده احتمالی مقعد را برید. این روش اسفنکتر خارجی را حفظ می‌کند. در صورتیکه فیستول عود کند و دهانه داخلی واضحاً دیده نشود، می‌توان پس از تزریق پراکسید هیدروژن به داخل مجرای فیستول از سونوگرافی داخل مقعدی استفاده کرد. همچنین ممکن است فیستولوگرافی کمک کننده باشد. ممکن است به منظور رد کردن بیماری زمینه‌ای نیاز باشد تا کولون بررسی گردد. به ندرت دهانه داخلی در تنقیه با باریم دیده می‌شود.

۱۱- از فیستولوتومی باز باید در بیماری التهاب روده جز در موارد فیستولهای بسیار سطحی اجتناب شود زیرا زخم به جا مانده از فیستولوتومی کندتر بهبود خواهد یافت و خطر بی‌اختیاری افزایش می‌یابد. بخش عمده درمان جلوگیری از آبسه است، این عمل به بهترین وجه با یک ستون تخلیه (حلقه عروقی نرم یا بخیه گره شل) انجام می‌شود که انتهای مجرای فیستول را باز نگه می‌دارد و تخلیه انجام می‌شود. اگر رکتوم نسبتاً بدون بیماری باشد، ممکن است تلاش برای فلاپ پیشرفته یا چسب فیبرینی انجام شود، اما میزان موفقیت تنها ۶۰٪ است. انفلیکسیماب^۱، یک پادتن مونوکلونال برای عامل نکروز توموری آلفا می‌تواند برای بیماران مبتلا به کرون بصورت داخل وریدی داده شود و نیمی از تمامی فیستولها را بهبود خواهد بخشید. برای این افراد مترونیدازول نیز می‌تواند تجویز گردد. برداشتن رکتوم در موارد نادری کاربرد دارد، اما ممکن است برای موارد مقاومی که سپسیس کنترل نشده دارند، در نظر گرفته شود.

۱۲- به علت احتمال بهبودی ضعیف زخم در مبتلایان HIV این افراد نیز باید نظیر بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده درمان گردند. از جراحی در بیماران HIV مثبت مبتلا به فیستول بدون علامت اجتناب کنید.

¹ infliximab

۱۳- اگر بیماری به علت آسیب اسفنکتری قبلی یا سن بی‌اختیار شده باشد، باید از فیستولوتومی باز استاندارد اجتناب شود. بطور ایده آل، پیش از جراحی، اسفنکتر با فشار سنجی ارزیابی می‌شود. یک انتخاب مناسب، فلاپ پیشرفته است که احتمالاً با ترمیم اسفنکتر یا استفاده از ستون تخلیه همراه است. انحراف مدفوع در موارد بی‌اختیاری دایم در نظر گرفته می‌شود.

۱۴- اغلب برداشتن فیستول غیر ضروری است: زخم بزرگتر منجر به بهبودی طولانی‌تر می‌گردد و خطر بیشتری برای جداشدگی عضله و بی‌اختیاری دارد.

۱۵- جراحی برای فیستولی که پس از تخلیه آبسه اطراف مقعد یا ایسکیورکتال ایجاد می‌شود، معمولاً می‌تواند بصورت سرپایی با بیحسی موضعی انجام شود. اکثر فیستولها بین اسفنکتری (۷۰٪) یا در عرض اسفنکتری (۲۳٪) هستند. فیستولوتومی و مارسوپیلیزاسیون زخم کوچکتری ایجاد می‌کنند که ظرف ۶ هفته بهبود می‌یابد.

۱۶- ستون برش دهنده، یک نخ غیرقابل جذب است که در میان مجرا جای می‌گیرد و فیبروز را تحریک می‌کند و بصورت تدریجی عضله اطراف را برش می‌دهد. بعدها، فیستولوتومی می‌تواند با تقسیم عضله باقیمانده تکمیل شود. همچنین ستون می‌تواند به تدریج طی هفته‌ها محکم‌تر شود تا میان عضله را برش دهد. استفاده از ستون، خطر بی‌اختیاری مدفوع را کاهش می‌دهد ولی آنرا حذف نمی‌کند (۴٪ شدید و بیش از ۵۰٪ خفیف).

۱۷- از بی‌اختیاری می‌توان با برش و کورت کشیدن مجرای فیستول با استفاده از فلاپ مخاط رکتومی و اسفنکتر داخلی و بخیه کردن آن به انتهای کانال مقعدی بعد از دهانه داخلی اصلی فیستول، اجتناب کرد. جهت اجتناب از بی‌اختیاری فیستولهای بالای اسفنکتری (۵٪) یا خارج اسفنکتری (۲٪) به بهترین وجه از روش پیشرفته فلاپ استفاده می‌شود. روش دیگر تزریق چسب فیبرینی جهت پر کردن مجرا است. اگرچه میزان عود نسبت به باز کردن مجرا بیشتر است، در صورتیکه این روش با شکست مواجه شود، بدون افزایش خطر بی‌اختیاری می‌تواند تکرار شود. با استفاده از چسب فیبرینی از درد و زمان بهبودی طولانی زخمهای فیستولوتومی اجتناب می‌شود.

کوله لیتیز (سنگ کیسه صفرا)

