بررسی ۱۵ مورد قطع و پیوند اولیه
بدون آمادگی روده جهت رفع پیچ خوردگی حاد سیگموئید

دکتر مجید حیدری[I]
دکتر محمدعلی علومی‌یزدی[II]
دکتر محمود محمدی[I]
دکتر مصطفی حسینی[I]
دکتر سیدحسین موسوی[I]
دکتر اکبر امیرافشاری[III]

چکیده

قطع و پیوند یک مرحله‌ای کولون جهت درمان پیچ‌خوردگی حاد سیگموئید روشی بی‌خطر و مقرون به صرفه می‌باشد. این مطالعه روی ۱۵ بیمار بستری در بیمارستان که تحت عمل جراحی قطع و پیوند اولیه کولون بدون آمادگی روده بعلت پیچ خوردگی حاد سیگموئید قرار گرفتند صورت گرفته است. طول مدت بستری بیماران بعد از عمل جراحی کاهش یافته و میزان مرگ و میر ۱۳/۳٪ و عوارض ۶/۷٪ بوده است. این نتایج نشان دهنده مناسب بودن این روش برای درمان نوع غیر ایسکمیک پیچ خوردگی حاد سیگموئید می‌باشد.

کلید واژه‌ها: ۱- پیچ خوردگی حاد سیگموئید ۲- قطع و پیوند یک مرحله‌ای ۳- بدون آمادگی روده ۴- غیر ایسکمیک

مقدمه

پیچ‌خوردگی سیگموئید از زمانهای باستان شناخته شده است[۱]. این بیماری یکی از علل شایع انسداد روده بزرگ خصوصاً در بسیاری از کشورهای توسعه یافته می‌باشد[۱]. درمانهای متفاوتی جهت این بیماری پیشنهاد شده است. بسیاری از محققان معتقدند که در موارد حاد در صورتی که شواهدی دال بر اختلال عروقی روده بزرگ وجود نداشته باشد درمان اولیه بایستی بصورت غیر جراحی باشد[۱] دلیل این مطلب بالا بودن میزان مرگ و میر به علت نشت آناستوموز ذکر شده است[۲].

از طرف دیگر قطع و پیوند اولیه باعث عدم نیاز به عمل مجدد و کاهش میزان هزینهٔ درمان و مدت بستری بیمار می‌گردد[۱]. تحقیقات نشان داده است که با انجام این روش به همراه شستشو در حین عمل جراحی اورژانس برروی رودهٔ بزرگ، میزان عوارض و مرگ و میر بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است[۳،۴،۵،۶،۷].

گزارشات معدودی از جمله مطالعه حاضر نشان می‌دهند که انجام این عمل بدون شستشوی روده بزرگ نیز نتایج مشابهی به همراه داشته است.

روش بررسی

این مطالعه آینده‌نگر دربرگیرنده ۱۵ بیمار (۵ زن و ۱۰ مرد) بین سنین ۱۱ تا ۸۵ سال (متوسط سنی ۴۸/۷) می‌باشد بیماران با تابلوی انسداد روده از تاریخ آذر ماه ۷۱ لغایت خرداد ماه ۷۸ بطور اورژانس در بخش جراحی بیمارستان

I) استادیار جراحی، مرکز آموزشی، درمانی فیروزآبادی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، شهر ری خیابان فدائیان اسلام

II) استادیار جراحی، مرکز آموزشی، درمانی فیروزآبادی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، شهر ری خیابان فدائیان اسلام (مؤلف مسئول)

III) جراح عمومی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

پذیرش شده و بعد از بررسی بالینی و آزمایشگاهی و عکس ایستاده شکم، تشخیص انسداد روده بزرگ بعلت پیچ‌خوردگی حاد سیگموئید محرز گردید. تمامی بیماران قبل از عمل جراحی آنتی‌بیوتیک وریدی شامل آنتی‌بیوتیکهای وسیع‌الطیف پوشاننده میکروبهای گرم منفی، مثبت و بیهوازی به منظور پیشگیری (پروفیلاکسی) بلافاصله قبل از عمل تا ۴۸ ساعت بعد از عمل دریافت نمودند. سه نفر از بیماران به بیماریهای زمینه‌ای مبتلا بودند (دو مورد بیماری انسدادی مزمن ریه و یک مورد نارسائی قلبی همراه دیابت و فشار خون) و در دو مورد نیز سابقهٔ عمل جراحی به علت انسداد روده وجود داشت. در طی بیهوشی عمومی بیماران تحت عمل جراحی قطع سیگموئید و پیوند اولیه بدون گذاشتن کلستومی محافظ قرار گرفتند. شواهد بالینی مبنی بر ایسکمی روده (تغییر رنگ روده، نبود حرکات روده‌ای، ترمبوز وریدی و نبود نبض شریانی) در هیچ یک از بیماران وجود نداشت. شستشوی روده بزرگ در حین عمل جراحی انجام نگرفت. بعد از قطع سیگموئید و تمیز نمودن لبه‌های پیوندی و اطمینان از خونرسانی کافی دو سر روده، پیوند انتها به انتها بین قسمت پروگزیمال و دیستال روده (بصورت دو لایه در ۱۳ مورد و یک لایه در ۲ مورد) در پایین‌ترین قسمت نسبت به محل پیچ‌خوردگی انجام گرفت. عمل جراحی همزمان نیز در سه مورد شامل یک مورد آپاندکتومی *incidental*، یک مورد برداشت ایلئوم بعلت *intestinal knot* و یک مورد ترمیم فتق اپیگاستریک بعلت *incarceration* انجام گردید. این اعمال جراحی به صورت اورژانس و غیر انتخابی توسط جراحان مختلف انجام گرفتند.

یافته‌ها

با مرگ دو نفر از بیماران یک مورد پیرمرد ۸۰ ساله بعلت نشت آناستوموز و پریتونیت و دیگری مرد ۵۷ ساله با سابقه بیماری انسدادی مزمن ریه و فتق اپیگاستر با عارضه *evisceration* میزان مرگ و میر ۱۳/۳٪ تعیین گردید. عوارض بعد از عمل در یک بیمار بصورت عفونت زخم، *sepsis* و *CVA* دیده شد (۶/۷٪). این بیمار سابقه فشار خون، نارسائی قلبی و دیابت داشته و بعد از ۲۲ روز از بیمارستان مرخص گردید. در هر سه مورد اخیر پیوند روده در دو لایه انجام گرفته بود. به غیر از موارد فوق طول مدت بستری بیماران بین ۶ تا ۱۱ روز (متوسط ۸/۵ روز) بوده و عارضه مهمی در بیماران دیده نشد. نمونه‌های نسوج روده از نظر پاتولوژی در ۱۳ مورد التهاب روده بدون تغییرات ایسکمیک و تنها در دو مورد تغییرات ایسکمیک در مخاط روده بزرگ دیده شده است.

بحث

تاکنون روشهای جراحی متفاوتی جهت درمان پیچ‌خوردگی حاد سیگموئید بدون تغییرات ایسکمیک روده پیشنهاد شده است. این روشها شامل برطرف نمودن پیچ‌خوردگی سیگموئید به تنهائی و یا بهمراه کولوپکسی، رزکسیون سیگموئید و انجام کولوستومی هارتمن، رزکسیون و پیوند روده با و یا بدون آمادگی روده و مزوسیگموئیدوپلاستی می‌باشد[۶].

اگر چه از سالهای ۱۹۵۰ قطع و پیوند روده بزرگ در موارد اورژانس توصیه شده است ولی این روش تا دهه اخیر غیر معمول بوده و نتایج متفاوتی را در برداشته است[۳]. این روش باعث کاهش مدت بستری بیمار و عدم نیاز به عمل جراحی مجدد و عود بیماری گشته و هزینه‌های بیمارستانی را کاهش می‌دهد[۷]. بعلاوه میزان عوارض و مرگ و میر ناشی از بکارگیری این روش نیز در تعدادی از بررسیهای بالینی قابل قبول بوده است[۹،۱۰،۱۱].

Buffin و همکاران در سال ۱۹۹۲ اقدام به قطع و پیوند اولیه در ۱۱ بیمار با پیچ خوردگی حاد غیرایسکمیک روده نموده‌اند که تنها یک مورد *eviseration* بدون مرگ و میر در بین بیماران اتفاق افتاده است[۹].

Keller و *Aeberhard* در سال ۱۹۹۲ با انجام این روش برروی ۱۸ بیمار مبتلا به پیچ‌خوردگی حاد سیگموئید علیرغم وجود گانگرن سیگموئید در ۵۷٪ موارد تنها ۵٪ مرگ و میر را گزارش نموده‌اند[۱].

Bagarani و همکاران در سال ۱۹۹۳ میزان موفقیت خود را با انجام قطع و پیوند اولیه در ۱۰ بیمار مبتلا به پیچ‌خوردگی حاد سیگموئید ۹۰٪ ذکر کرده‌اند[۱].

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

از طرفی وجود خطر نشت پیوند همواره یکی از نگرانی‌های اصلی در انجام این روش بوده است. به دلیل این مسئله تخلیه محتویات و شستشوی روده بزرگ قبل و یا حین عمل به همراه قطع و پیوند اولیه در زمانی که پیچ‌خوردگی سیگموئید بدون تغییرات ایسکمیک وجود دارد بعنوان روش انتخابی پیشنهاد گردیده است[۶]. برخی از مطالعات انجام قطع و پیوند در موارد اورژانس را در ضایعات روده بزرگ منوط به انجام مناسب آمادگی مکانیکی و انتخاب تکنیک صحیح پیوند روده می‌دانند[۳،۴،۵،۷]. در این بررسیها اعتقاد بر این است که محتویات روده باعث ایجاد عفونت موضعی و اختلال در ترمیم (تشکیل بافت کلاژن) در محل پیوند می‌گردد[۵]. این مسئله در سالهای اخیر توسط بعضی از مطالعات مورد شک و تردید واقع شده است[۸،۱۲،۱۳،۱۴،۱۵].از طرفی شستشوی روده بزرگ حین عمل باعث افزایش طول مدت عمل جراحی شده و خطر نشت پیوند را نیز از بین نمی‌برد[۱۶].

Hsu در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای برروی ۹۱ بیمار با انسداد روده بزرگ در سمت چپ اقدام به قطع و پیوند روده بدون آمادگی کرده است در این بررسی میزان مرگ و میر تنها ۲/۲٪ و نشت آناستوموز نیز ۲/۲٪گزارش شده است[۸] (جدول ۱).

Trillo و همکاران در سال ۱۹۹۸ در مطالعه‌ای برروی ۴۳ بیمار با ضایعات حاد روده بزرگ در سمت چپ، اقدام به قطع و پیوند روده بدون آمادگی روده نموده‌اند. عوارض این اعمال شامل: عفونت زخم ۴/۷٪ باز شدن لبه‌های پیوندی ۲/۳٪ و آبسهٔ لگنی ۲/۳٪ بوده و مرگ و میر وجود نداشته است[۱۲] (جدول ۱).

Goodall و *Park*در سال ۱۹۹۸ با انجام ۴۰ مورد قطع و پیوند بعلت انسداد حاد روده بزرگ در سمت چپ، بدون انجام آمادگی روده ۱۰٪ عوارض عفونی و ۵٪ مرگ و میر را گزارش نمودند[۱۷].

Mealy و همکاران در سال ۱۹۸۸ با انجام ۵۱ مورد قطع و پیوند بدون کلستومی محافظ تنها ۵/۹٪ نشت پیوند را گزارش نمودند[۱۳] (جدول ۱).

در مطالعهٔ مشابهی که توسط *Amsterdam* و *Krispin*در سال ۱۹۸۵ برروی ۲۱ بیمار انجام گرفت میزان نشت پیوند ۴/۸٪ بوده است [۱۴] (جدول ۱).

جدول شماره ۱– مقایسهٔ میزان نشت پیوند در مطالعهٔ حاضر و مطالعات انجام شدهٔ قبلی

مؤلف	تعدادبیماران	تعداد موارد نشت	درصد نشت پیوند
Eng و همکاران(۱۵)	۳۱	۰	۰
Amsterdam & Krispin(۱۴)	۲۱	۱	٪۴/۸
Mealy وهمکاران(۱۳)	۵۱	۳	٪۵/۹
Hsu (۸)	۹۱	۲	٪۲/۲
Trillo و همکاران(۱۲)	۴۳	۱	٪۲/۳
مطالعه حاضر	۱۵	۱	٪۶/۷

در این نوع عمل جراحی، عفونت زخم هنوز بعنوان مسئله عمده مطرح می‌باشد و جلوگیری از آلودگی حین عمل، بهبود تکنیک، دبل کلامپینگ قسمت پروگزیمال روده جهت جلوگیری از باز شدن تصادفی، تمیز نمودن دو سر روده تأخیر در بستن زخم آلوده و انجام عمل توسط جراح مجرب می‌تواند باعث کاهش عفونت زخم گردد[۸].

از طرف دیگر وجود بیماریهای زمینه‌ای شدید، مصرف استروئید به مدت طولانی، بیماریهای التهابی روده و چسبندگی‌های شدید ناحیه کولون سیگموئید و رکتوم به عنوان کنتراندیکاسیون‌های عمل قطع و پیوند اولیه مطرح می‌باشند[۱۷]. در مطالعه‌ای دیگر تنها وجود شوک و یا پریتونیت شدید به عنوان کنتراندیکاسیون عمل مطرح گردیده است[۸].

نتیجه‌گیری

مطالعهٔ حاضر نشان می‌دهد که در پیچ‌خوردگی حاد سیگموئید بدون تغییرات ایسکمیک آماده کردن روده جهت انجام عمل قطع و پیوند اولیه ضروری نمی‌باشد مگر در مواردیکه بیمار دچار بیماریهای زمینه‌ای مانند نارسائی قلبی، بیماریهای مزمن انسدادی ریه، دیابت و فشار خون و... می‌باشد. اگر چه هیچگونه محدودیتی در انتخاب بیماران وجود نداشته است اما به دلیل اینکه این مطالعه برروی تعداد محدودی از بیماران انجام گرفته است بنابراین بررسی‌های بیشتری بصورت آینده‌نگر جهت اثبات این مطلب لازم می‌باشد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

منابع

1- Gibney EJ. Volvulus of the sigmoid colon. Surg Gynecol Obstet 1991, 173: 243-55.

2- Irvin TT, Greancy MG. Treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction. Br J Surg 1977 64: 741-4.

3- Koruth NM, Hunter DC. Krukowski ZH. Immediate resection in emergency large bowel surgery: a 7 year audit. BR J Surg 1985 72: 703-7.

4- Smith SRG, Connolly JC, Gilmore OJA. The effect of faecal loading on colonic anastomotic healing. Br J Surg 1983 70: 49-50.

5- Murray JJ, Schoetz DJ JR, Coller JA. Intraoperative Colonic Lavage and Primary Anastomosis in Nonelecitive Colon Resection. Dis Colon Rectum 1991, 34: 527-531.

6- Lopez-Kostner F, Hool GR, Lavery IC. Management and Causes of Acute Large Bowel Obstruction. Surg Clin North Am. 1997, 77(6): 1265-90.

7- Murray JJ. Nonelective Colon Resection: Alternatives to Multistage Resections. Surg Clin North Am. 1991, 71(6): 1187-94.

8- Hsu TC. One-stage resection and anastomosis for acute obstruction of the left colon. Dis Colon Rectum. 1998, 11: 28-32.

9- Buffin RP, Dabrowski A, Kaskas M. Volvulus of the sigmiod colon. Emergency resection and anastomosis. J Chir (Paris). 1992, 129(5): 254-6.

10- Keller A, Aeberhard P. Emergency resection and primary anastomosis for sigmiod volvulus in an African population. Int J Colorectal Dis. 1990, 5(4): 209-12.

11- Bagarani M, Conde AS, Longe R. Sigmoid volvulus in west Africa: a Prospective study on surgical treatments. Dis Colon Rectum. 1993, 36(2): 186-90.

12- Trillo C, Paris MF, Brennan JT. Primary Anastomosis in the Treatment of Acute Disease of the Unprepared Left Colon. Am. Surg 1998, 64(9): 821-5.

13- Mealy K, Salman A, Arthur G. Definitive one stage emergency large bowel surgery. Br J Surg 1988 75: 1216-9.

14- Amsterdam E, Krispin M. Primary resection with colostomy for obstructive carcinoma. Am J Surg 1985, 150: 558-60.

15- Eng K, Ranson JHC, Localio SA. Resection of the perforated segment. Am J Surg 1977 133: 67-72.

16- Radcliffe AG, Dudley HAF. Intraoperative antegrade irritation of the Large intestine. Surg Gynecol Obstet 1983 156: 721-3.

17- Goodall RG, Park M. Primary Resection and Anastomosis of Lesions Obstructing the Left Colon. Can J Surg. 1988 31(3): 167-8.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

EMERGENCY RESECTION AND PRIMARY ANASTOMOSIS IN ACUTE SIGMOID VOLVULUS; REVIEW OF 15 CASES.

M.Haidari, MD [I] *A.Oloomi, MD* [II] *M.Mohammadi, MD* [I] *M.Hoseini, MD* [I]
H.Moosavi, MD [I] *A.Amir Afshare MD* [III]

ABSTRACT

It is becoming apparent that one-stage primary resection and anastomosis of the left colon for acute sigmoid volvulus is safe and economical. This paper reviews 15 colonic resections with primary anastomosis, which were performed on unprepared bowel in patients with acute sigmoid volvulus at Firoozabadi hospital. The post-operative hospital stay was reduced. The death rate was 13.3% and complication rate 6.7%. These results suggest that this procedure is safe for nonischemic acute sigmoid volvulus.

Key Words: 1) Acute sigmoid volvulus. 2) Resection and primary anastomosis
3) Unprepared bowel 4) Non ischemic

I) Assistant Professor of Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Firozabadi Hospital, Ray City, Fadaiyan Islam Street.

II) Assistant Professor of Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Firozabadi Hospital, Ray City, Fadaiyan Islam Street. (Corresponding author).

III) General Surgeon.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]