بررسی عوارض و نتایج عمل جراحی ترمیم اولیه اسفنکتر(Primary Repair) در بیماران مبتلا به فیستول پری‌آنال بالا(High)

*دکتر بهار محجوبی I

دکتر محمد وفایی II

دکتر مالک علی‌محمدی III

دکتر علی مقیمی IV

چکیده

درمان بیماران مبتلا به فیستول‌های پری‌آنال از نوع بالا(high) به دلیل شیوع و وخامت عوارض جراحی، همواره با مشکلاتی روبرو بوده است. از این رو تکنیک‌های جراحی متفاوتی برای درمان این بیماران پیشنهاد شده است. مطالعه حاضر بر آن است تا با بررسی نتایج تکنیک ترمیم اولیه اسفنکتر(primary repair) کارآیی این روش را در درمان بیماران مبتلا به فیستول‌های بالا ارزیابی نماید. مطالعه حاضر، مطالعه‌ای مداخله‌ای و نیمه تجربی است که بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به فیستول‌های ترانس و سوپرااسفنکتریک انجام شده است. نمونه‌ها به روش سرشماری جمع‌آوری شده‌اند. به طور خلاصه در این تکنیک جراح از فضای اینتراسفنکتریک وارد می‌شود و مسیر تراکت فیستول را قطع می‌نماید. با استفاده از punch biopsy ورودی داخلی تراکت و نیز مسیر آن در اسفنکتر داخلی مقعد برداشته شده و سپس ترمیم می‌گردد و با برش روی اسفنکتر خارجی، مسیر تراکت در اسفنکتر خارجی نیز خارج شده و عضله ترمیم می‌گردد. بیماران پس از عمل به مدت ۱ ماه تا ٤ سال پی‌گیری شدند و بروز عوارض جانبی در آن‌ها تحت بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی به این صورت بود که از کل نمونه‌ها، ٤۲ نمونه مرد و ١٤ نمونه زن بودند. بیش‌ترین فراوانی گروه‌های سنی در مردها در دهه سنی چهارم و در زن‌ها در دهه سنی سوم قرار داشتند. بی‌اختیاری نسبی گاز شایع‌ترین عارضه عمل جراحی در نمونه‌های مورد بررسی بود که در ٤ بیمار(٦/٦٪) دیده شد. عود و وجود ترشحات مزاحم نیز هر کدام در ۲ بیمار(۳/۳٪) دیده شدند. هیچ موردی از بی‌اختیاری کامل وجود نداشت. تمام نمونه‌هایی که دچار عوارض ترشحات مزاحم و عود شده بودند مبتلا به فیستول ترانس اسفنکتریک بودند. در مقایسه با دیگر مطالعات انجام شده، فراوانی عوارض جانبی در مطالعه حاضر نه تنها بیش‌تر از روش‌های دیگر نیست بلکه در بعضی موارد کم‌تر نیز می‌باشد. در نظر نگرفتن پرسش‌نامه مخصوص برای ارزیابی عوارض در بیماران و نیز پی‌گیری کوتاه مدت بیماران در این مطالعه در مقایسه با مطالعات دیگر، می‌تواند در اختلاف نتایج تأثیرگذار باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – فیستول پری‌آنال بالا ۲ – درمان ۳ – تکنیک ترمیم اولیه اسفنکتر ۴ – عوارض

تاریخ دریافت: ۸۳/۷/۲۹، تاریخ پذیرش: ۸۳/۱۰/۲۷

مقدمه

امروزه درمان فیستول‌های آنال به دلیل پدید آوردن عوارض ناتوان کننده یکی از مشکلات جراحان عمومی و کولورکتال می‌باشد. این امر به خصوص در برخورد با مواردی که فیستول و اسفنکتر ارادی مقعد درگیر شده باشد، حساسیت بیش‌تری دارد. چرا که اشتباه در درمان جراحی سبب عواقب وخیمی مانند بی‌اختیاری دایمی گاز و مدفوع

این مقاله در پنجمین کنگره علمی جامعه جراحان کولورکتال اروپا در ژنو سویس سال ۱۳۸۳ ارائه شده است.

I) استادیار جراحی عمومی و دستیار فوق‌تخصصی جراحی کولون و رکتوم، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.(*مولف مسئول)

II) دانشیار جراحی عمومی و دستیار فوق‌تخصصی جراحی کولون و رکتوم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران.

III) جراح عمومی

IV) پزشک عمومی

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

می‌گردد.[۱-۳] روش‌هایی که امروزه جهت درمان فیستول‌های آنال با درگیری اسفنگتر خارجی مقعد به کار می‌رود شامل استفاده از ستون جهت قطع عضله یا درناژ، فیستولوتومی، ترکیب فیستولوتومی و درناژ، ترمیم اولیه اسفنگتر، فیستولکتومی به تنهایی و غیره می‌باشد، که تاکنون هیچ کدام به عنوان روش انتخابی درمان این گونه فیستول‌ها انتخاب نشده است.[۴-۱۰] یکی از روش‌هایی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته ولی هنوز ارزیابی دقیقی در مورد آن صورت نگرفته روش ترمیم اولیه اسفنگتر است.[۱۱-۱۳] مطالعه حاضر با بررسی تعدادی از بیماران مبتلا به فیستول پری‌آنال بالا(high) با درگیری اسفنگتر خارجی که تحت درمان جراحی به روش ترمیم اولیه اسفنگتر قرار گرفته‌اند، عوارض این نوع درمان را تعیین نموده و به مقایسه آن با روش‌های دیگر جراحی پرداخته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای مداخله‌ای(Interventional)، نیمه تجربی(Quasi-experimental) و گذشته‌نگر (Backward) می‌باشد که در آن از اطلاعات تمام بیماران مبتلا به فیستول‌های بالا(high) ـ شامل فیستول‌های ترانس اسفنگتریک و سوپرااسفنگتریک ـ که در فاصله سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۷۸ در بیمارستان حضرت رسول اکرم و کلینیک ایرانیان توسط پژوهش‌گران طرح، تحت عمل جراحی ترمیم اولیه اسفنگتر آنال قرار گرفته‌اند، استفاده شده است. مشخصات نمونه‌ها و روش انجام عمل جراحی به صورت زیر بوده است: نمونه‌ها به روش سرشماری از بین تمام بیماران مبتلا به فیستول پری‌آنال از نوع بالا(high) که در فاصله سال‌های ذکر شده توسط پژوهش‌گران طرح تحت عمل جراحی به روش ترمیم اولیه اسفنگتر قرار گرفته‌اند و حداقل ۱ ماه بعد از ترخیص نیز پی‌گیری شده بودند، به دست آمد که در مجموع اطلاعات مربوط به ۶۰ بیمار وارد مطالعه شد. تشخیص وجود فیستول در تمام نمونه‌ها به روش معاینه با انگشت و آندوسکوپ بوده است. در تمام بیماران پرپ کامل مکانیکی با نرمال سالین و پرپ شیمیایی با اریترومایسین و متزونیدازول ۱ روز قبل از عمل جراحی انجام می‌شد و روز عمل نیز ۱ میلی‌گرم کفلین به صورت داخل وریدی تزریق می‌گردید. در هنگام عمل، بیمار پس از بیهوشی عمومی، در موقعیت لیتوتومی تحت معاینه مقعد با انگشت قرار می‌گرفت و پس از تعیین مسیر تراکت، مقدار کمی ماده رنگی در جهت مسیر تراکت تزریق و سوراخ داخلی فیستول مشخص می‌شد. ابتدا پوست روی تراکت از فاصله بین سوراخ خارجی تا سوراخ داخلی با تیغ بیستوری باز و پس از آشکار شدن عضلات مقعد، برشی در بین دو اسفنگتر داخلی و خارجی در فضای اینتر اسفنگتریک داده می‌شد و مسیر تراکت با بیستوری قطع می‌شد. با استفاده از ۱ پنس Punch biopsy مخاط محل سوراخ داخلی برداشته می‌شد و از داخل کانال آنال، محل سوراخ داخلی با نخ کرومیک ۳/۰ ترمیم می‌گردید.

در مرحله بعدی از طرف خارج، عضلات اسفنگتر داخلی با نخ کرومیک ۳/۰ ترمیم می‌گردید. سپس اسفنگتر خارجی و احیاناً پوبورکتالیس با راهنمایی پروب و با استفاده از بیستوری شماره ۱۱ برش داده می‌شد و مسیر فیستول در داخل اسفنگتر خارجی و پوبورکتالیس برداشته شده و سپس کل عضلات با نخ مونوکریل صفر و یا ۲/۰ ترمیم می‌گردیدند. هم‌چنین با دو بخیه با نایلون صفر، کل عضلات اسفنگتر خارجی و پوبورکتالیس به هم نزدیک می‌شدند و به این وسیله از فشار(tension) وارد بر آن‌ها کاسته می‌شد. پوست و بقیه زخم جهت درناژ، باز گذاشته می‌شدند.

اقدامات بعد از عمل و روش پیگیری بیماران به این صورت بود: بیماران تا ۵ روز پس از عمل تغذیه گوارشی نداشتند یا حداکثر از مایعات صاف شده استفاده می‌نمودند و تحت درمان آنتی‌بیوتیکی وریدی با آمپی‌سیلین، جنتامایسین و مترونیدازول قرار می‌گرفتند. در طی این مدت به منظور جلوگیری از دفع مدفوع به بیماران قرص دیفنوکسیلات داده می‌شد. روز پنجم بعد از عمل نیز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی بیماران قطع می‌شد و سفالکسین خوراکی برای بیماران آغاز می‌شد. رژیم غذایی معمولی بیماران نیز از روز پنجم پس از عمل شروع می‌شد که به منظور تسهیل دفع، شربت شیر

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

منیزیوم(MOM) نیز به بیماران داده می‌شد. بین روزهای هفتم تا دهم پس از عمل، بخیه‌های نایلون کشیده می‌شدند. پانسمان زخم‌ها در ابتدا روزانه و سپس در روزهای ۱۰، ۱۵و ۲۰ پس از عمل تا زمان ترمیم کامل زخم ادامه داشت و نتایج ثبت می‌شدند. چنانچه عفونتی وجود داشت بخیه عفونی کشیده می‌شد. بیماران ۱ ماه تا ٤ سال پس از ترخیص مورد معاینه مجدد قرار می‌گرفتند و بروز عوارض در آن‌ها بررسی می‌شد. لازم به ذکر است که اعمال جراحی در همه نمونه‌ها توسط ۱ تیم جراحی انجام گرفته است.

از هر بیمار اطلاعات زمینه‌ای شامل مقطع سنی و جنس و نیز اطلاعات مربوط به بررسی‌های بالینی پس از عمل مانند بروز، عود بیماری و عملکرد غیرطبیعی اسفنگتر در فاصله ۱ ماه پس از ترخیص بیمار جمع‌آوری می‌شد. عملکرد طبیعی اسفنگتر به معنی بهبودی کامل اسفنگتر پس از ترمیم و عود نیز به معنی ایجاد فیستول جدید در همان ناحیه و برگشت مشکلات بیمار در طول دوره بستری و یا در فاصله ۱ ماه پس از ترخیص بود. هم‌چنین بروز عوارضی مانند بی‌اختیاری گاز و مدفوع(بطور کامل و یا نسبی) و ترشحات مزاحم نیز مورد بررسی قرار گرفتند. بی‌اختیاری کامل به معنی عدم وجود هیچ گونه کنترل نسبت به دفع و بی‌اختیاری نسبی به معنی توانایی کاهش یافته کنترل دفع(نسبت به پیش از عمل) تعریف شد.

لازم به ذکر است که نتایج از معاینه بالینی بیماران و نیز براساس اظهارات آن‌ها که در پرونده درمانی آنان ثبت شده بود، گرفته شد. پرونده بیمارانی که اطلاعات دقیقی نداشتند و یا بروز عوارض در آن‌ها بررسی نشده بود و یا تا ۱ ماه پس از عمل مراجعه نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند. در انتها، اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ver 10.00.5 مورد آنالیز توصیفی قرار گرفت.

در آنالیز نتایج از شاخص فراوانی نسبی استفاده شد که با استفاده از نرم‌افزار Epinfo ver 6 حوزه اطمینان ۹۵٪ به روش Mid-P برای این مقادیر محاسبه شد. هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر با تحقیقات دیگر انجام شده با استفاده از تست آماری کای مربع ـ و در صورت نیاز کای مربع تصحیح شده یتز ـ و با امکانات EPItable Calculator نرم افزار EPInfo مقایسه شد. سطح معنی‌داری برابر ۵٪ در نظر گرفته شد. پژوهش‌گران به اصول عهدنامه هلسینکی پای‌بند بوده‌اند و هیچ کدام از بیماران از درمان‌های ضروری مورد نیاز محروم نشده‌اند. تمام بیماران پیش از عمل رضایت‌نامه کتبی دال بر رضایت از انجام عمل تکمیل نموده‌اند و اطلاعات بیماران نزد پژوهش‌گران محفوظ خواهد ماند.

نتایج

در انتها ٦۰ بیمار مبتلا به فیستول‌های ترانس و سوپرا اسفنگتریک مورد بررسی قرار گرفتند. ٤۲ نمونه مرد و ۱٤ نمونه زن بودند. تمام نمونه‌ها ۱ ماه پس از درمان پی‌گیری شده بودند. ۹۱٪ بیماران تا ۲ ماه پس از عمل جراحی پی‌گیری شده بودند و تنها ۱ نفر تا سال چهارم پی‌گیری شده بود. بیش‌ترین فراوانی گروه‌های سنی در مردان در دهه سنی چهارم و در زنان در دهه سنی سوم قرار داشتند.

بی‌اختیاری نسبی گاز، شایع‌ترین عارضه عمل جراحی در نمونه‌های مورد بررسی بود که در ٤ بیمار دیده شد. جدول شماره ۱ فراوانی عوارض جانبی را در نمونه‌ها در انتهای پی گیری ۱ ماهه نشان می‌دهد. عود و وجود ترشحات مزاحم نیز هر کدام در ۲ بیمار دیده شدند. هیچ موردی از بی‌اختیاری کامل وجود نداشت. جداول ٤-۲ عوارض جانبی عمل جراحی به ۳ روش مختلف را در مطالعات مختلف با مطالعه حاضر مقایسه می‌کند. همه نمونه‌هایی که دچار عوارض ترشحات مزاحم و عود شده بودند، مبتلا به فیستول ترانس اسفنگتریک بودند.

جدول شماره ۱- فراوانی عوارض ایجاد شده در بیماران مورد بررسی ۱ ماه پس از ترخیص

عارضه	تعداد بیمار	درصد فراوانی (۹۵٪ حوزه اطمینان)
عود	۲	٪۳/۳(٪۰/۵-٪۱۰/۵)
بی‌اختیاری کامل	۰	٪۰
بی‌اختیاری نسبی گاز	٤	٪٦/٦(٪۲/۱-٪۱۵/۳)
ترشحات مزاحم	۲	٪۳/۳(٪۰/۵-٪۱۰/۵)

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

جدول شماره ۲- فراوانی نسبی بروز عود در تکنیک‌های مختلف جراحی و در مطالعات مختلف و مقایسه آن با مطالعه حاضر*

نام پژوهش‌گر	تعداد نمونه	فراوانی نسبی بروز عود در تکنیک‌های مختلف جراحی				Pvalue**
		روش‌های مرسوم	جابه‌جایی بافت‌های اطراف	قطع با ستون	ترمیم اولیه	
مطالعه حاضر	۶۰				٪۳/۳	-
Kuypers و همکاران[۱۴]	۵۱	٪۴				۰/۷
Vasilevsky Gordonو همکاران[۱۵]	۱۶۰	٪۶/۳				۰/۶
Williams و همکاران[۶]	۲۴	٪۸				۰/۶
Williams و همکاران[۶]	۴۰			٪۰		۰/۰۴
Pearl و همکاران[۱۶]	۱۱۶			٪۳		۰/۸
Held وهمکاران[۱۷]	۵۲			٪۱۸		۰/۰۱
Aquilar و همکاران[۱۸]	۱۸۹		٪۳			۰/۷

*معیار انتخاب مطالعات، براساس اعتبار بالاتر مطالعه و نیز حجم بالاتر نمونه‌ها بوده است. **Pvalue حاصل مقایسه هر درصد فراوانی با درصد فراوانی مطالعه حاضر براساس تست آماری کای مربع یا کای مربع تصحیح شده یتز(براساس نیاز) می‌باشد، مقادیر زیر ۰/۰۵ ارزشمند هستند و با قلم ایرانیک نشان داده شده‌اند.

جدول شماره ۳- فراوانی نسبی بروز بی‌اختیاری کامل و دایم مدفوع یا گاز در تکنیک‌های مختلف جراحی و در مطالعات مختلف و مقایسه آن با مطالعه حاضر*

نام پژوهش‌گر	تعداد نمونه	فراوانی نسبی بروز بی‌اختیاری کامل و دایم مدفوع یا گاز در تکنیک‌های مختلف جراحی				Pvalue**
		روش‌های مرسوم	جابه‌جایی بافت‌های اطراف	قطع با ستون	ترمیم اولیه	
مطالعه حاضر	۶۰				٪۰	-
Kuypers و همکاران[۱۴]	۵۱	٪۱۰				۰/۰۴
Vasilevsky Gordonو همکاران[۱۵]	۱۶۰	٪۱/۴				۰/۱
Williams و همکاران[۶]	۲۴	٪۱۹				۰/۰۰۱
Williams و همکاران[۶]	۴۰			-		-
Pearl و همکاران[۱۶]	۱۱۶			٪۵		۰/۱۷
Held وهمکاران[۱۷]	۵۲			٪۰		۱
Aquilar و همکاران[۱۸]	۱۸۹		٪۶-۷			۰/۱۲

*معیار انتخاب مطالعات، براساس اعتبار بالاتر مطالعه و نیز حجم بالاتر نمونه‌ها بوده است. **Pvalue حاصل مقایسه هر درصد فراوانی با درصد فراوانی مطالعه حاضر براساس تست آماری کای مربع یا کای مربع تصحیح شده یتز(براساس نیاز) می‌باشد، مقادیر زیر ۰/۰۵ ارزشمند هستند و با قلم ایرانیک نشان داده شده‌اند.

جدول شماره ۴- فراوانی نسبی بروز ترشحات مزاحم در تکنیک‌های مختلف جراحی و در مطالعات مختلف و مقایسه آن با مطالعه حاضر*

نام پژوهش‌گر	تعداد نمونه	فراوانی نسبی بروز بی‌اختیاری کامل و دایم مدفوع یا گاز در تکنیک‌های مختلف جراحی				Pvalue**
		روش‌های مرسوم	جابه‌جایی بافت‌های اطراف	قطع با ستون	ترمیم اولیه	
مطالعه حاضر	۶۰				٪۳/۳	-
Kuypers و همکاران[۱۴]	۵۱	٪۶۰				۰/۰۰۰
Vasilevsky Gordonو همکاران[۱۵]	۱۶۰	-				-
Williams و همکاران[۶]	۲۴	٪۵۴				۰/۰۰۰
Williams و همکاران[۶]	۴۰			٪۵۴		۰/۰۰۰
Pearl و همکاران[۱۶]	۱۱۶			٪۵		۰/۸
Held وهمکاران[۱۷]	۵۲			-		-
Aquilar و همکاران[۱۸]	۱۸۹		٪۸			

*معیار انتخاب مطالعات، براساس اعتبار بالاتر مطالعه و نیز حجم بالاتر نمونه‌ها بوده است. **Pvalue حاصل مقایسه هر درصد فراوانی با درصد فراوانی مطالعه حاضر براساس تست آماری کای مربع یا کای مربع تصحیح شده یتز(براساس نیاز) می‌باشد، مقادیر زیر ۰/۰۵ ارزشمند می‌باشند و با قلم ایرانیک نشان داده شده‌اند.

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

بحث و نتیجه‌گیری

شیوع فیستول‌های آنورکتال به دنبال آبسه‌های ناحیه پری‌آنال در منابع مختلف بین ۲۵٪ تا ۵۰٪ ذکر شده است. بطور معمول عود، ترمیم طولانی مدت زخم، بی‌اختیاری مدفوع و گاز و بی‌اختیاری دفع گاز به تنهایی ٤ عارضه مهم و شایع اعمال جراحی فیستول‌های آنال ـ به خصوص موارد ترانس و سوپرااسفنکتریک ـ می‌باشد که از بین این عوارض نیز عود فیستول و بی‌اختیاری کامل اهمیت بالینی بیش‌تری دارند. شیوع هر کدام از این عوارض بسته به نوع روش درمان جراحی و نیز گروه بررسی کننده تا حدودی متفاوت بوده است.[۱۹]

مطالعات اولیه‌ای که در زمینه روش ترمیم اولیه انجام گرفته‌اند، به عوارض کم این روش در مقایسه با روش‌های دیگر، اشاره کرده‌اند. در مطالعه Parkash و همکاران بر روی ۱۲۰ بیمار که با روش ترمیم اولیه تحت عمل جراحی قرار گرفته و تا ٤ سال پی‌گیری شده بودند، تنها ۳ مورد عود بعد از این مدت وجود داشت و مدت بستری بیماران نیز در مقایسه با روش مرسوم، کاهش نشان داد.[۱۱] در مطالعه حاضر عود فیستول فقط در ۲ بیمار دیده شد که هر دو بیمار فیستول ترانس اسفنگتریک داشتند. بیش‌ترین میزان عود را Held و همکارانش در روش استفاده از ستون گزارش نمودند که برابر ۱۸٪ بود.[۱۷]

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میزان عود در نمونه‌های این مطالعه نسبت به مطالعات دیگر در کم‌ترین حد است. تنها در مطالعه Williams و همکاران(به روش ستون) هیچ عودی مشاهده نشده است.[٦] و میزان عود در مطالعات دیگر، یا به صورت معنی‌داری بیش‌تر از نتایج مطالعه حاضر است و یا اختلاف آماری معنی‌داری با آن ندارد. اختلاف‌های جزیی موجود که معنی‌دار نیستند، با تفاوت نوع نمونه‌ها، تعداد نمونه‌ها و نیز اختلاف تکنیک جراحی قابل توجیه است. در هیچ یک از نمونه‌های این مطالعه، بی‌اختیاری کامل گاز یا مدفوع دیده نشد.

نتایج جدول شماره ۳ نیز بیان‌گر این است که در مطالعات دیگر بروز بی‌اختیاری کامل مدفوع به صورت معنی‌داری بالاتر از مطالعه حاضر و یا با آن برابر است. از عوارض دیگر این عمل می‌توان به بروز ترشحات مزاحم پس از عمل اشاره کرد. بروز این عارضه نیز به جز در مطالعه Pearl و همکاران در مقایسه با مطالعات دیگر به صورت معنی‌داری کم‌تر بود و اختلاف بسیار چشم‌گیری بین بروز ترشح پس از عمل در روش‌های دیگر با روش ترمیم اولیه وجود دارد.[۱٦]

البته لازم به ذکر است که در هر یک از مطالعات انجام شده درصد متفاوتی از بی‌اختیاری نسبی و یا موقت و نیز درجات متفاوتی از بی‌اختیاری گاز، مدفوع جامد و مایع گزارش شده است که متأسفانه در مطالعه حاضر به دلیل نقص پرونده‌ها به تفکیک مورد بررسی قرار نگرفته است. نکته‌ای که در بررسی بیماران از جهت بی‌اختیاری اهمیت بالایی دارد این است که معمولاً ارزیابی بالینی بیماران، تخمین درستی از میزان این عارضه در نمونه‌های مورد بررسی به دست نمی‌دهد. در این موارد معمولاً تکمیل پرسش‌نامه اختصاصی مربوط به سنجش بی‌اختیاری گاز و مدفوع توسط بیماران توصیه می‌شود.

در مطالعه‌ای که Joy و همکارانش بر روی ٦۳ بیمار مبتلا به فیستول پری‌آنال که به روش‌های مختلفی تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، انجام دادند در ارزیابی و معاینه بالینی بیماران در هیچ نمونه‌ای بی‌اختیاری وجود نداشت ولی بعد از پرکردن پرسش‌نامه مربوطه توسط بیماران، ۵۰٪ نمونه‌ها درجاتی از بی‌اختیاری نسبت به گاز و مایعات را در تمام روش‌ها گزارش نمودند.[۲۰] بدیهی است که در مطالعه حاضر نیز با تکمیل چنین پرسش‌نامه‌ای امکان رسیدن به نتایج متفاوتی وجود داشت.

یکی از نکاتی که در تعیین میزان بروز عوارض این عمل جراحی اهمیت بالایی دارد، مدت زمان پی‌گیری

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

بیماران است. مطالعه‌ای که توسط Buchanan و همکارانش بر روی ۲۰ بیمار مبتلا به فیستول کمپلکس که با ستون تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، نشان داد که در دراز مدت میزان موفقیت عمل با گذشت زمان کاهش می‌یابد و احتمال عود نیز در دراز مدت(تا ۲ سال)، بیش‌تر از کوتاه مدت است.[۵] نکته مهم دیگر این است که در تمام مطالعات انجام شده، مدت پی‌گیری بیماران بیش‌تر از مطالعه حاضر بوده و از ۲ ماه بیش‌تر بوده است. بدیهی است که در نمونه‌های مطالعه حاضر نیز امکان تغییر نتایج و کم‌تر یا بیش‌تر شدن عوارض نهایی در پی‌گیری دراز مدت بیماران وجود دارد.

در انتها با وجود مشکلاتی که گفته شد، باز به نظر می‌رسد که روش ترمیم اولیه، عوارض جانبی کم‌تری نسبت به روش‌های دیگر داشته است و یا حداقل عوارض آن از روش‌های دیگر بیش‌تر نیست و می‌تواند جای‌گزین آن‌ها نیز باشد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی بر پی‌گیری طولانی مدت بیماران و نیز استفاده دقیق از پرسش‌نامه‌های اختصاصی تأکید شود تا امکان دقیق مقایسه روش‌های مختلف با یکدیگر فراهم شود.

منابع

1- Seow-Choen F, Nicholls RJ. Anal Fistula, Br J Surg 1992; 79(3): 197-205.

2- McLeod RS. Management of fistula-in-ano: Can J surg 1991; 34(6): 581-5.

3- Sangwan YP, Rosen L, Riether RD, Stasik JJ, Sheets JA, Khubchandani IT. Is simple fistula-in-ano simple? Dis Colon Rectum 1994; 37(9): 885-9.

4- Kuypers HC. Use of the seton in the treatment of extrasphincteric anal fistula, Dis Colon Rectum 1984; 27(2): 109-10.

5- Buchanan GN, Owen HA, Torkington J, Lunniss PJ, Nicholls RJ, Cohen CR. Long-term outcome following loose-seton technique for external sphincter preservation in complex anal fistula, Br J Surg 2004; 91(4): 476-80.

6- Williams JG, MacLeod CA, Rothenberger DA, Goldberg SM. Seton treatment of high anal fistula, Br J Surg 1991; 78(10): 1159-61.

7- Cintron JR, Park JJ, Orsay CP, Pearl RK, Nelson RL, Sone JH, et al. Repair of fistulas-in-ano using fibrin adhesive: long-term follow-up, Dis Colon Rectum 2000; 43(7): 944-50.

8- Reznick RK, Bailey HR. Closure of the internal opening for treatment of complex fistula-in-ano, Dis Colon Rectum 1988; 31(2): 116-8.

9- Dziki A, Bartos M. Seton treatment of anal fistula: experience with a new modification, Eur J Surg 1998; 164(7): 543-8.

10- McCourtney JS, Finlay IG. Setons in the surgical management of fistula in ano, Br J Surg 1995; 82(4): 448-52.

11- Parkash S, Lakshmiratan V, Gajendran V. Fistula-in-ano: treatment by fistulectomy, primary closure and reconstitution, Aust N Z J Surg 1985; 55(1): 23-7.

12- Athanasiadis S, Kohler A, Nafe M. Treatment of high anal fistulae by primary occlusion of the internal ostium, drainage of the intersphincteric space, and mucosal advancement flap, Int J Colorectal Dis 1994; 9(3): 153-7.

13- Thomson WH, Fowler AL. Direct appositional(no flap) closure of deep anal fistula, Colorectal Dis 2004; 6(1): 32-6.

14- Kuypers JH. Diagnosis and treatment of fistula-in-ano, Neth J Surg 1982; 34(4): 147-52.

15- Vasilevsky CA, Gordon PH. Results of treatment of fistula-in-ano, Dis Colon Rectum 1985; 28(4): 225-31.

16- Pearl RK, Andrews JR, Orsay CP, Weisman RI, Prasad ML, Nelson RL, et al. Role of the seton in the management of anorectal fistulas, Dis Colon Rectum 1993; 36(6): 573-9.

17- Held D, Khubchandani I, Sheets J, Stasik J, Rosen L, Riether R. Management of anorectal horseshoe abscess and fistula, Dis Colon Rectum 1986; 29(12): 793-7.

18- Aguilar PS, Plasencia G, Hardy TG Jr, Hartmann RF, Stewart WR. Mucosal advancement in the treatment of anal fistula, Dis Colon Rectum 1985; 28(7): 496-8.

19- Wilson E. Anal fistula: an historical review, Med j Aust 1963; 27(1): 630-2.

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

20- Joy HA, Williams JG. The outcome of surgery for complex anal fistula, Colorectal Dis 2002; 4(4): 254-61.

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

Evaluation of the Consequences and Results of Primary Sphincter's Repair Technique in Patients with High Perianal Fistula

***B. Mahjoubi, MD**[I] ***M. Vafaei, MD**[II] ***M. Alimohammadi, MD**[III]
***A. Moghimi, MD**[IV]

Abstract

Treatment of patient with high anal fistulas has become complicated and post-operative complications are common. The aim of this study was to evaluate post-operative complications of primary sphincter's repair technique in patients with high anal fistula. An interventional quasi-experimental study was conducted on 60 patients(42 male & 14 female) with high anal fistula. The most frequent age group was 4th decade in men and 3rd decade in women. Samples were collected in census manner. The method consisted of approach through intersphincteric space, cutting fistula tract. Later, there is an excision of internal opening by punch biopsy and internal sphincter repair. Finally, fistula tract is excised in external sphincter and repaired then. All patients were followed up for at least one month and their complications were evaluated by clinical examination. Relative gas incontinence in 4 patients(6.6%) was the most frequent complication. Recurrence in 2 patients (3.3%) and soiling in 2 patients(3.3%) were the followings. There was no case with complete incontinence. All cases with soiling and recurrence had trans-sphincteric fistula. In contrast to other studies, the frequency of post-operative complications was less. Probable differences would have occurred if the present research had used standard questionnaires or had followed up their patients longer than 1 month.

Key Words: 1) High Perianal Fistula 2) Treatment

3) Primary Spincter's Repair 4) Complications

The present article was presented in the 5th Scientific Congress of European Colorectal Surgeons Association(Geneva, 2004).

***I)** Assistant Professor of General Surgery. Subspecialty Resident of Colon and Rectum Surgery. Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital. Iran University of Medical Sciences and Health Services.Tehran, Iran.(*Corresponding Author)*

***II)** Associate Professor of General Surgery. Subspecialty Resident of Colon and Rectum Surgery. Tehran University of Medical Sciences.*

***III)** General Surgeon.*

***IV)** General Practitioner.*

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