

بررسی شیوع عوارض تزریق دیسپورت و لترال اینترنال اسفنکتروتومی باز در مبتلایان به فیشر آنال

*دکتر سولماز حیدری^۱، دکتر نرگس واسعی^۲، دکتر سعید زارعی^۳

چکیده

مقدمه: لترال اینترنال اسفنکتروتومی روش انتخابی در درمان فیشر آنال است که میزان بهبودی بالایی دارد. البته عوارضی چون بی‌اختیاری نیز در این افراد دیده می‌شود. تزریق سم بوتولینوم در اسفنکتر داخلی آنال روش جدیدی است که به نظر می‌رسد نتایج درمانی مؤثری همانند جراحی داشته و بدون عوارض جانبی است. هدف کلی در این مطالعه، بررسی میزان عوارض تزریق دیسپورت و لترال اینترنال اسفنکتروتومی باز در مبتلایان به فیشر آنال است.

روش بررسی: افراد مبتلا به فیشر آنال که طی سال ۱۳۸۲ تحت جراحی لترال اینترنال اسفنکتروتومی باز در بیمارستان بعثت نهاجا و تزریق دیسپورت در یک مرکز درمانی خصوصی قرار گرفتند، جمعیت مورد مطالعه بودند که ۲ هفته پس از درمان، از جهت بهبودی ارزیابی و سپس از طریق تماس تلفنی از نظر عوارض بررسی شدند.

یافته‌ها: از ۵۰ بیمار که تحت جراحی قرار گرفتند، ۴۲ نفر (۸۴٪) ۲ هفته پس از جراحی بهبود یافتند. ۸ بیمار (۱۶٪) علایمشان بهبود نیافته، تحت درمان کنزرواتیو قرار گرفتند که میزان بهبودی به ۴۷ نفر (۹۴٪) در ماه اول افزایش یافت. بی‌اختیاری دفع گاز در ۸ نفر (۱۶٪) دیده شد که در پایان سال اول به ۸٪ کاهش و **soiling** در ۳ نفر (۶٪) دیده شد که به ۲٪ کاهش یافت. فیستول در ۳ نفر (۶٪) و خارش مقعد در ۶ نفر (۱۲٪) دیده شد. عود در ۸ نفر (۱۶٪) دیده شد.

در گروه دیسپورت از ۵۰ بیمار که تحت تزریق قرار گرفته بودند، ۳۸ نفر (۷۶٪) ۲ هفته پس از درمان بهبود یافتند. ۱۲ نفر (۲۴٪) که بهبود نیافتند دوباره تحت تزریق قرار گرفتند که در ماه اول ۴۵ نفر علایمشان بهبود یافت و میزان بهبودی به ۹۰٪ افزایش یافت. عارضه جانبی در این گروه دیده نشد. ۲ مورد پرولاپس هموروئید (۴٪) گزارش شد. عود در ۱۱ نفر (۲۲٪) دیده شد.

بحث: تزریق موضعی سم بوتولینوم یک روش درمانی جدید است. اگر چه اغلب به ۲ بار تزریق جهت درمان مؤثر نیاز است. عارضه جانبی در این روش دیده نمی‌شود و در صورت ایجاد، گذرا و خفیف است و میزان بهبودی نزدیک جراحی دارد. از این روش می‌توان به عنوان خط اول درمانی قبل از جراحی استفاده کرد و جراحی را درمورد عود یا عدم پاسخ به تزریق به کار برد. هر چند نیاز به مطالعات دیگر با تعداد بیشتر بیماران وجود دارد.

کلمات کلیدی: تزریق دیسپورت، لترال اینترنال اسفنکتروتومی باز، فیشر آنال

۱. پزشک عمومی، دانش‌آموخته دانشگاه آزاد

اسلامی (*مؤلف مسؤول)

۲. متخصص جراحی عمومی، بیمارستان بعثت نهاجا

۳. پزشک هوایی، مرکز تحقیقات ابهدا نهاجا

مقدمه

حدود ۳۰-۴۰ درصد افراد حداقل یک بار در زندگی‌شان از مشکلات Proctologic رنج می‌برند. فیشر آنال ۱۵-۱۰ درصد علل مراجعه به درمانگاه‌های جراحی را تشکیل داده و علت ۱۰٪ اعمال جراحی کولورکتال می‌باشد. فیشر آنال در دهه سوم و چهارم زندگی بیشترین شیوع را دارد و هر دو جنس را به یک میزان گرفتار می‌کند. به طور کلی، فیشر آنال شکافی در آنودرم (در خط وسط خلفی) است که می‌تواند تا خط دنداندار وسعت یابد. اتیولوژی آن عبور مدفوع سفت یا اسهال‌های طولانی‌مدت است که به واسطه کشیده شدن مجرای آنال می‌باشد.

علائم بیماری به صورت درد حین اجابت مزاج یا پس از آن می‌باشد که به صورت احساس سوزش یا بریدگی است که از چند دقیقه تا چند ساعت ادامه دارد. علامت دیگر خونریزی است که به صورت رگه‌های خون بر روی مدفوع می‌باشد.

درمان شامل درمان طبی است که متکی بر استفاده از شل کننده‌های مدفوع، غذاهای پر حجم و پرفیبر، مایعات کافی و sitz bath (نشستن در لگن آب گرم) می‌باشد. ۹۰ درصد افراد با حمله اولیه و ۸۰-۶۰ درصد افراد دچار حمله دوم با این روش بهبود می‌یابند. از پمادهای بی‌حس کننده موضعی نیز می‌توان استفاده کرد.

جراحی در فیشرهای مزمن یا فیشرهای شدیداً دردناک که به درمان‌های طبی پاسخ نمی‌دهند توصیه می‌شود که روش انتخابی لترال اینترنال اسفنکترتومی باز می‌باشد. میزان موفقیت با این روش ۹۵-۹۰ درصد است. عود در کمتر از ۱۰ درصد موارد دیده می‌شود.

عمل جراحی فیشر آنال با عوارض زیادی همراه است که اغلب آنها با روش جراحی مناسب و درست با شناخت آناتومی آنورکتال قابل پیشگیری است. بی‌اختیاری معمولاً در کمتر از ۱۰ درصد موارد دیده می‌شود که معمولاً نسبت به گاز و یا به صورت soiling می‌باشد و بی‌اختیاری کامل نسبت به مدفوع معمولاً دیده نمی‌شود. سایر عوارض شامل اکیموز، هماتوم، خونریزی،

آبسه‌های پری آنال، فیستول و خارش مقعد می‌باشد. [۲ و ۳] امروزه به دلیل عوارض جراحی، اسفنکترتومی chemical به عنوان یک روش درمانی مناسب در درمان فیشر آنال به کار می‌رود. این روش نتایج درمانی مؤثری همانند جراحی و بدون عوارض جانبی را می‌دهد که توسط این روش‌ها برای مدت کوتاهی فشار آنال کاهش می‌یابد و فیشر فرصت بهبودی پیدا می‌کند.

تزریق موضعی سم بوتولینوم در اسفنکتر آنال یکی از مؤثرترین این روش‌ها است که میزان بهبودی آن در حد جراحی بوده و عوارض جانبی قابل توجهی همانند جراحی ندارد.

عوارض جانبی شایع مانند سردرد، عفونت تنفسی، سندروم flu و تهوع می‌باشد که در صورت تزریق در دوزهای بالا دیده می‌شود و سایر عوارض بسته به محل تزریق و کاربرد درمانی متفاوت است. مواردی از بی‌اختیاری گزارش شده است که به طور خودبخود و با کاهش تأثیر توکسین و طی چند هفته بهبود می‌یابد.

تمام مطالعات قبلی که در ایران و سایر نقاط انجام شده است، نشان دهنده تأثیر مناسب و بدون عارضه جانبی تزریق سم بوتولینوم در درمان فیشر آنال می‌باشد. [۴ و ۱۳]

به دلیل شیوع بالای فیشر آنال به عنوان یک بیماری کولورکتال و میزان بالای عود پس از درمان طبی و نهایتاً نیاز به درمان جراحی و متعاقب آن ایجاد عوارض درازمدتی همانند بی‌اختیاری و حتی عود مجدد ما را بر آن داشت که روش‌های جدید درمانی همانند تزریق توکسین بوتولینوم را از نظر عوارض و میزان بهبودی بررسی کنیم.

روش بررسی

این مطالعه به صورت cross sectional توصیفی بوده و بیماران مبتلا به فیشر آنال که در طی سال ۱۳۸۲ تحت عمل جراحی لترال اینترنال اسفنکترتومی باز در بیمارستان بعثت نهاجا و تحت تزریق دیسپورت در یک مرکز خصوصی قرار گرفته‌اند، جمعیت مورد مطالعه بودند.

گروه دوم که تحت تزریق دیسپورت قرار گرفتند شامل ۵۰ نفر بودند. میانگین سنی افراد ۳۴/۷ بود.

بهبودی پس از تزریق اول (۲ هفته پس از تزریق) در ۳۸ نفر (۷۶٪) دیده شد. ۱۲ بیماری که علایمشان بهبود نیافته بود مجدداً تحت تزریق قرار گرفتند که نهایتاً میزان بهبودی در ماه اول به ۹۰ درصد افزایش یافت. از ۳ بیماری که با تزریق علایمشان بهبود نیافت، ۲ نفر تحت جراحی و ۱ نفر تحت درمان کنزرواتیو قرار گرفت. ۲ بیمار نیز دچار پرولاپس هموروئید شدند که به دلیل جراحی از مطالعه خارج شدند.

عارضه جانبی همانند بی‌اختیاری به گاز، soiling و فیستول در این گروه دیده نشد. عود در ۱۱ نفر (۲۲٪) در طی ۱ سال دیده شد که ۲ مورد طی ۱ تا ۶ ماه اول و ۹ مورد طی ۶ ماه تا ۱ سال اول بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

انتخاب گزینه درمانی مناسب برای فیشر آنال به دلایل مختلف امری دشوار است. اگرچه جراحی یک روش مؤثر برای درمان فیشر در بیش از ۹۰٪ بیماران است، در یک مرور سیستماتیک تصادفی بر روی جراحی‌های انجام شده، احتمال بروز بی‌اختیاری حدود ۱۰٪ تعیین شده است. [۴]

با توجه به نتایج به‌دست آمده از این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در این زمینه، چه در داخل کشور و چه در خارج، به نظر می‌رسد که تزریق موضعی سم بوتولینوم یک روش درمانی جدید و مطمئن است؛ اگرچه اغلب به ۲ بار تزریق جهت درمان مؤثر نیاز است. [۱۴-۵]

یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد فلج عضلانی ایجاد شده توسط توکسین بوتولینوم این است که اثر آن موقتی بوده و به‌طور متوسط ۳ ماه باقی می‌ماند. در مطالعه‌ای که بر روی ۷۶ بیمار انجام شده است فقط ۲ نفر (۲/۶٪) از عدم کنترل دفع گاز شکایت داشتند که علایم هر دوی آنها پس از ۱۵ روز بهبود یافت. در رأس فواید عمومی درمان غیر جراحی نسبت به درمان جراحی این ویژگی یکی از قوی‌ترین پشتوانه‌های تزریق سم بوتولینوم بجای برش جراحی اسفنکتر می‌باشد. [۱۵]

تشخیص بیماری بر اساس یافته‌های بالینی و معاینه صورت گرفت. ارزیابی بیماران بدون استفاده از مانومتری انجام شد. افراد هیچ‌گونه بیماری زمینه‌ای (به دلیل اثر ملاحظه‌ای متغیرهای مخدوش‌کننده) نداشتند.

محدوده‌ی سنی افراد بین ۲۰-۵۰ سال بود. در افراد تحت تزریق ابتدا ۲۰ واحد دیسپورت در ساعت ۳ اسفنکتر داخلی آنال تزریق شد و در صورت نیاز به تزریق مجدد، ۲۰ واحد دیگر در ساعت ۹ اسفنکتر داخلی آنال تزریق می‌شد.

افراد ۲ هفته پس از جراحی و تزریق دیسپورت مجدداً ارزیابی شدند. در صورت عدم رفع علایم قبلی (درد، خونریزی یا درد به‌همراه خونریزی) افرادی که جراحی شده‌اند، تحت درمان کنزرواتیو و افرادی که تحت تزریق بودند، تحت تزریق مجدد قرار گرفتند. سپس این افراد از طریق تماس تلفنی از نظر عوارض بررسی شدند. اطلاعات در نهایت در پرسشنامه‌ای که تنظیم شده بود جمع‌آوری شده و داده‌ها توسط نرم افزار SPSS ۱۱.۵ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

از نظر ملاحظات اخلاقی، اطلاعات مربوط به بیماران به صورت محرمانه در پرونده‌ها نگهداری شد.

یافته‌ها

در گروه اول که تحت جراحی قرار گرفتند حجم نمونه شامل ۵۰ نفر بود. میانگین سنی افراد ۳۵/۴ سال بود. ۲ هفته پس از جراحی، علایم بهبودی در ۴۲ نفر (۸۴٪) دیده شد. ۸ بیماری (۱۶٪) که به درمان پاسخ ندادند، تحت درمان کنزرواتیو قرار گرفتند و در ماه اول میزان بهبودی به ۹۴٪ افزایش یافت. ۳ بیمار (۶٪) همچنان از علایم قبلی شکایت داشتند.

از نظر عوارض: بی‌اختیاری دفع گاز در ۸ نفر (۱۶٪) دیده شد که در طی ۱ سال به ۸٪ کاهش یافت. Soiling در ۳ نفر (۶٪) دیده شد که در طی ۱ سال به ۲٪ کاهش یافت. فیستول در ۳ بیمار (۶٪) و خارش مقعد پس از جراحی در ۶ نفر (۱۲٪) گزارش شد. عود در ۸ نفر (۱۶٪) دیده شد که ۶ مورد طی ۱ تا ۶ ماه اول و ۲ مورد در طی ۶ ماه تا ۱ سال بوده است.

عارضه جانبی در این روش دیده نمی‌شود و در صورت ایجاد خفیف و گذرا بوده و میزان بهبودی آن نزدیک به روش جراحی است.

از مزایای دیگر تزریق دیسپورت (توکسین بوتولینوم)، عدم نیاز به بستری در بیمارستان و در نتیجه عدم تحمیل هزینه اقتصادی به جامعه و خانواده است و به دلیل اینکه این روش درمانی به صورت سرپایی انجام می‌شود، فرد بلافاصله پس از درمان به زندگی و فعالیت باز می‌گردد. همچنین این روش نیاز به بیهوشی ندارد در نتیجه عوارض بیهوشی را نخواهیم داشت.

توکسین بوتولینوم باید فقط به وسیله پزشک دارای تجربه در تشخیص فیشرآنال و آشنا با گزینه‌های درمانی مختلف به کار برده شود. همچنین پزشک معالج باید با آناتومی ناحیه آنال آشنایی کامل داشته باشد.

به‌طور کلی درمان فیشرآنال باید به صورت فردی و بر اساس یافته‌های بالینی و سیر بیماری وی باشد. درمان دارویی به خصوص تزریق سم بوتولینوم، باید در مواردی که ما قویاً شک به ایجاد بی‌اختیاری داریم، صورت بگیرد و به عنوان خط اول درمانی قبل از جراحی به کار برود. از روش‌های جراحی می‌تواند در افرادی که علائم‌شان با تزریق بهبود نمی‌یابد و یا در موارد عود استفاده کرد.

طبق آمار کتاب جراحی شوارتز، عود جراحی کمتر از ۱۰ درصد ذکر شده است؛ در مطالعه‌ای که در آمریکا در سال ۱۹۹۹ بر روی ۵۸۵ بیمار که تحت جراحی لترال اینترنال اسفنکترتومی قرار گرفته بودند، ۸٪ عود در طی ۷۲ ماه گزارش شده و در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۳ در ترکیه صورت گرفته است از ۵۰ بیماری که تحت جراحی قرار گرفته بودند، در طی ۱ سال فقط ۲ نفر تقریباً (۴٪) عود داشتند. [۳ و ۶]

میزان عود بالا (۱۶٪) در روش جراحی این مطالعه نسبت به فرانس و مطالعات انجام شده می‌تواند به دلیل تکنیک جراحی یا فرهنگ تغذیه‌ای یا عدم درمان یبوست در این افراد باشد که نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

در مجموع درمان به‌وسیله دیسپورت گزینه مناسبی برای

بسیاری از مبتلایان به فیشرآنال می‌باشد با اینحال مطالعات بیشتری مورد نیاز است تا برخی از اختلاف نظرهای موجود برطرف شود از جمله این اختلافات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف - اندیکاسیون‌های درمان بر پایه معیارهای بالینی و مانومتريک

ب - دوز بهینه سم

ج - تعداد دوزهای لازم تا قبل از اعلام شکست درمان و ارجاع بیمار برای جراحی.

REFERENCES

1. Dziki A, Trzcinski R, langner E, wronski w, et & new approaches to treatment of anal Fissore. Acta chir Ivgos1. 2002; 49(2): 43-5
2. colon&Rectal surgery.corman 2002
3. Principles of surgery; schwartz 1999; sevevth edition; VolumeII; chapter 26; page 1265.
4. Nelson RL outcome of operative procedures for fissure in ano. Cochrane Database syst Rev 2002;cd 002199
5. Gonzalez carrop, Perez Roldan F, Legaz Hoidobro ML et al The treatment of anal Fissure with botulinum toxin.Gastroenterol Hepatol. 1999 Apr, 22(4): 163-6.
6. گزیده‌ای از تازه‌های پزشکی جراحی عمومی و تخصصی / سال ۱ / شماره ۶ / صفحه ۷۸۷-۷۸۴ .
7. Menten BB, Irkorueu o, AkinM, Leventoglu S et al comparison of botolinum toxin injection and lateral internal Sphincterotomy For The treatment of chronic anal Fissure. Dis colon Rectum. 2003 Feb; 46(2): 232-7.
8. Madalinski Mlt, Slawek J, Duzynski W et al side effects of botulinum Toxin injection for benign anal disorders. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002 Aug; 14(8): 853-6
9. Brisinda G, Maria G, sganga G, Bentivoglio Ar et al effectivenss of higher doses of botulinum Toxin to induce healing in patients with chronic anal Fissures.
10. Surgery. 2002 Feb; /3/ (2): 179-84
11. مقایسه اثر درمانی مقادیر ۲۵ و ۵۰ واحدی سم بوتولینوم در شقاق مزمن مقعدی / مجمله دانشگاه علوم پزشکی ایران / سال دهم / شماره ۳۸ / فوق العاده دو ۱۳۸۲ / صفحه ۳۱-۹۲۷
12. Nyam DC, Pemberton JH et al long – Term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal Fissure with particular refrence to incidence of Fecal incontinence. Dis colon Rectom. 1999 Oct; 42(10) : 1306-10
13. MC Callion k, Gardiner KR et al progress in understanding and treatment of chronic anal Fissure. Postgrad Med J. 2001 Dec; 77 (914) : 735-8
14. Godevenos D, Pikoulis E, Pavlakis E, Daskalakis P, et al the treatment of chronic anal Fissure with botulinum toxin. Acta chir Belg. 2004 oct; 104(5) 577-80
15. Ammari FF, Bani- Hani KE et al Fecal inconlince in Patients with anal Fissure: a Consequence of internal Sphincterotomy or a feature of The condilion? Surgeon. 2004 Aug; 2(4): 225-9
16. F.Feranandezlopez etal. Botulinum toxin for the treatment of anal fissure in Dig Surg 1999;16:515-518

Frequency of complications in Dysport injection and Lateral internal Sphincterotomy in patients with anal fissure in Be'sat hospital (2003)

Abstract

Introduction: Although lateral internal sphincterotomy is the procedure of choice for chronic anal fissures it is associated with significant complications. Injection of Botulinum toxin in the internal sphincter is a new treatment option with fewer side effects. This paper tries to compare these two approaches in terms of complications.

Materials and methods: In this cross sectional study, 50 patients with anal fissure who underwent lateral internal sphincterotomy in 1382 and 50 patients who were treated with Botulinum toxin, were evaluated. 20mg IV of Dysport was injected into the internal anal sphincter. Injection was repeated two weeks later if complete healing was not accomplished. Then the patients' complications were evaluated within 12 months.

Results: In the sphincterotomy group the success rate was 84 percent(42/50) at 2 weeks and 94 percent(47/50) at the first month. Incontinence to flatus occurred in 16 percent and mild soiling was reported in 2 percent.

Fistula occurred in 6 percent, and recurrence occurred in 8 patients. In the Botulinum Toxin group, single injection resulted in complete healing in 38 patients (76%). 12 patients were treated with a second injection, which resulted in an overall 90 percent Of healing. There were no complications and recurrence occurred in 11 patients.

Conclusion: Injection of botulinum toxin is safe and effective in the treatment of anal fissure. No adverse effect resulted from injections of the toxin.

We suggest two injections of Botulinum toxin as the first step in treatment of anal fissure. The patients who were not treated by injection of Botulinum toxin or had recurrence, underwent lateral Internal sphincterotomy.

Keywords: Dysport injection, Lateral internal Sphincterotomy, Anal fissure.

Heidari S, M.D.

Azad University of Tehran

Vaseiy N, M.D.

Air force Be'sat hospital

Zareiy S, M.D.

IRIAF Health Administration