

جراحی روده بزرگ

دکتر محمد طالب پور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
متخصص جراحی عمومی
فوق تخصص لاپاروسکوپی پیشرفته از انگلستان و فرانسه



- (۱) دربارهٔ مولف
- (۲) چرا بیماران لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند؟
- (۳) آپاندکتومی
- (۴) یبوست مزمن
- (۵) دیورتیکولوز
- (۶) کولیت اولسروز
- (۷) ولولوس سیگموئید
- (۸) بیماری های التهابی سیگموئید
- (۹) پولیپ کولون
- (۱۰) رادیوفرکونسی
- (۱۱) سرطان روده بزرگ
- (۱۲) جراحی سرطان روده بزرگ
- (۱۳) لاپاروسکوپی روده بزرگ
- (۱۴) پرولاپس روده بزرگ
- (۱۵) مجموعه جراحی های لاپاروسکوپیک

(۱) درباره مؤلف

الف) دکتر محمد طالب پور پیش‌تاز لاپاروسکوپی پیشرفته در ایران



● ۱۳۴۲: تولد در تهران

● ۱۳۴۹-۱۳۶۱: تحصیلات دبیرستانی در مدارس علوی؛
البرز و نیکان

● ۱۳۶۱-۱۳۷۲: دوره پزشکی عمومی و تخصص جراحی در
دانشگاه تهران

● ۱۳۷۲ تا کنون: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

● ۱۳۷۳-۱۳۷۹: انجام جراحی لاپاروسکوپی پایه

● ۱۳۷۹-۱۳۸۰: گذراندن دوره بورس تحصیلی فلوشیپ
لاپاروسکوپی پیشرفته در انگلستان و فرانسه

● ۱۳۸۰ تا کنون: انجام جراحی های پیشرفته لاپاروسکوپی برای
اولین بار در ایران شامل بیش از ۳۰ نوع عمل جراحی

(ب) شرکت در کنگره های ذیل و ارائه مقالات

● ۲۰۱۰: امارات؛ دبی؛ کنگره Arabhealth؛ سخنرانی مدعو
● ۲۰۱۰: سوئیس؛ ژنو؛ کنگره EAES (کنگره لاپاروسکوپیست
های اروپایی)؛

● ۲۰۰۹: استرالیا؛ آدلاید؛ کنگره ISW (هفته جهانی جراحی)؛

● ۲۰۰۸: ژاپن؛ یوکوهاما؛ کنگره WCES (کنگره جهانی
جراحی آندوسکوپی)؛
● ۲۰۰۸: هند؛ دهلی؛ کنگره تازه های جراحی کم تهاجمی

● ۲۰۰۷: کانادا؛ مونترال؛ کنگره ISW؛

● ۲۰۰۶: آلمان؛ برلین؛ کنگره EAES/WCES؛

● ۲۰۰۵: تونس؛ تونس؛ کنگره MMESA (کنگره جراحی
آندوسکوپیک مدیترانه و آسیای میانه)؛
● ۲۰۰۵: چین؛ شانگهای؛ سمپوزیوم تروما و حوادث؛

● ۲۰۰۴: آمریکا؛ کالیفرنیا؛ سان دیه گو؛ کنگره ASBS
(کنگره امریکایی جراحی چاقی)؛
● ۲۰۰۴: اسپانیا؛ بارسلون؛ کنگره EAES؛

● ۲۰۰۳: ترکیه؛ استانبول؛ کنگره MMESA
● ۲۰۰۳: اسکاتلند؛ گلاسکو؛ کنگره EAES؛

ج) شرکت در دوره های تکمیلی ذیل بمنظور ارتقاء سطح علمی

● ۲۰۱۰: لبنان؛ شرکت در دوره تکمیلی Single port

● ۲۰۰۹: دانمارک؛ ادنیزه؛ شرکت در دوره تکمیلی سونوگرافی
لاپاروسکوپیک و رادیو فرکونسی

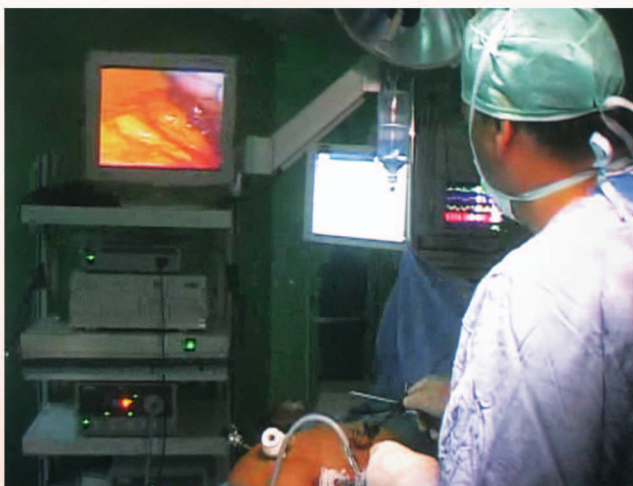
● ۲۰۰۹: فرانسه؛ پاریس؛ شرکت در دوره تکمیلی لیگاشور
پیشرفته

● ۲۰۰۳: اسکاتلند؛ گلاسکو؛ شرکت در دوره تکمیلی جراحی
چاقی؛

● ۲۰۰۳: انگلستان؛ داندی؛ شرکت در طرح تحقیقاتی و آنالیز
ارگونومی در اعمال جراحی خاص زیر نظر Prof Cuschieri

● ۲۰۰۱: انگلستان؛ لندن؛ شرکت در دوره تکمیلی جراحی
کولورکتال؛ بیمارستان سنت مارکس؛ زیر نظر Prof Philips





● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ بیمارستان سیویل؛ مرکز IRCAD؛ دوره تکمیلی جراحی لاپاروسکوپی کولورکتال و غدد
 زیر نظر Prof Philips & Leroy

● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ IRCAD؛ شرکت در چهار دوره کوتاه مدت جراحی شامل:
 "جراحی لاپاروسکوپیک دستگاه گوارش"
 "جراحی لاپاروسکوپی پیشرفته"
 "جراحی لاپاروسکوپیک آئورتوایلیاک"
 "جراحی لاپاروسکوپیک نفرکتومی"

● ۲۰۰۰: انگلستان؛ داندی؛ بیمارستان Ninewells؛ دوره فلوشیپ یک ساله لاپاروسکوپی پیشرفته زیر نظر Prof Cuschieri

د (تالیف کتب)

- جراحیهای سر پایی
- کتاب جامع جراحی
- کتاب بیماری چاقی

هـ (مقالات:

انگلیسی:

- Proficiency-gain curve for an advanced laparoscopic procedure defined by observation clinical human reliability assessment (OCHRA) **Surg Endosc.** 2008 Sep 23.
- Laparoscopic total gastric vertical plication in morbid obesity **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17793-798 2007
- New aspects in laparoscopic cholecystectomy
Source: **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17 (3):290-295 2007
- Laparoscopic management of an internal double omental hernia: a rare cause of intestinal obstruction, **Hernia** 9 (2):195-7 2005
- The role of endoscopic autopsy in trauma cases: the first report from Iran **Arch Iran Med** 2009 Jul; 12(4):353-7
- Synchronous surgical Removal of Suspicious Ovarian Metastases from colorectal cancer **Med journal of the Islamic Republic of Iran.** 2005 Feb; 18(4)

● آزاد سازی مری به روش توراکوسکوپی در کانسر مری مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۱؛ دوره ۱۰، پاییز، شماره ۳: صفحات ۸۶-۹۴

● ارزیابی روش های مختلف درمان سنگ کلدوک و گزارش درمان لاپاروسکوپیک آن در پنج بیمار مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۲؛ دوره ۱۱، پاییز، شماره ۳: صفحات ۷۴

● لاپاروسکوپیک اسپلنکتومی روش انتخابی در درمان جراحی ITP، طب و تزکیه بهار ۱۳۸۳؛ (۵۲): ۹۶-۱۰۲.

● نحوه برخورد با بیماران مبتلا به ندول منفرد تیروئید بیمارستان امام، ۷۶-۱۳۷۱ مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۷): ۵۹۱-۵۹۷.

● نقش لاپاروسکوپی در بیماران ترومائی مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۸): ۶۹۸-۷۰۴.

● بررسی صحت تشخیصی لاپاراسکوپی در آسیب شکمی ترومای منجر به فوت در پزشکی قانونی تهران مجله دانشکده پزشکی آذر ۱۳۸۵؛ ۶۴(۹): ۳۳-۳۹.

● لاپاروسکوپیک هرنیوپلاستی در فتق های اینگوینال دوطرفه به کمک مش عینکی شکل در ۵۴ بیمار مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره ۶۵ شماره ۵ مرداد ۸۶

● لاپاراسکوپیک هرنیوپلاستی با بی حسی اپیدورال: گزارش ۲۰ بیمار مجله دانشکده پزشکی فروردین ۱۳۸۶؛ ۶۵(۱): ۶۰-۶۴

(۹) سخنرانی

- ۱۳۷۸ کنگره سالیانه انستیتو کانسر: تشخیص اولیه کانستروئید به کمک تظاهرات دوردست آن
- ۱۳۸۱ جامعه جراحان: آناستوموز با دست بین معده و روده به روش لاپاروسکوپیک
- ۱۳۸۱ جامعه جراحان: لاپاروسکوپیک اسپلنکتومی
- ۱۳۸۱ کنگره طب داخلی: جراحی لاپاروسکوپیک فوندوپلیکاسیون مری در بیماری رفلاکس
- ۱۳۸۲ جامعه جراحان: درمان لاپاروسکوپیک بیماری آشلازی مری
- ۱۳۸۲ کنگره هپاتوبیلیری ایران: جراحی لاپاروسکوپیک سنگ های کلدوک
- ۱۳۸۳ جامعه جراحان: درمان جراحی فتق دوطرفه با مش عینکی بروش لاپاروسکوپیک
- ۱۳۸۳ جامعه جراحان: ترمیم لاپاروسکوپیک پرولاپس رکتوم
- ۱۳۸۳ کنگره تروما؛ چین: نقش لاپاروسکوپي در درمان بیماران ترومایی stable
- ۱۳۸۳ کنگره MMESA؛ ترکیه: ارزیابی بالینی آناستوموز با دست بروش لاپاروسکوپیک در ۲۰ بیمار سرطان پیشرفته لوزالمعده
- ۱۳۸۴ کنگره سالیانه انستیتو کانسر: گزارش بیست مورد آناستوموز لاپاروسکوپیک بای پس در بیماران پیشرفته کانسر سر پانکراس
- ۱۳۸۴ کنگره جراحی دانشگاه علوم پزشکی ایران: گزارش بیماران جراحی شده کولورکتال به روش لاپاروسکوپي
- ۱۳۸۵ جامعه جراحان: خروج تیموس از مدیاستن بروش توراکوسکوپي
- ۱۳۸۵ کنگره MMESA تونس: جراحی کم تهاجم در درمان سرطان مری
- ۱۳۸۵ کنگره پستان؛ دانشگاه شهید بهشتی: جراحی آندوسکوپیک زیر بغل در سرطان پستان

- ۱۳۸۵ کنگره EAES اسپانیا: بررسی منحنی آموزشی جراحان در فراگیری لاپاروسکوپی بر اساس مدل مطالعاتی انسانی
- ۱۳۸۶ کنگره EAES آلمان: خروج کیسه صفرا بروش لاپاروسکوپیک با دیدگاه جدید
- ۱۳۸۶ کنگره سالیانه انستیتو کانسر: نقش لاپاروسکوپی در کانسر معده

- ۱۳۸۶ کنگره والز؛ هند: جراحی واریس پا بروش آندوسکوپیک
- ۱۳۸۷ کنگره ISW مونترال: اتوپسی لاپاروسکوپیک در متوفیان حاصله از تصادفات
- ۱۳۸۷ کنگره ISW مونترال: درمان جراحی لاپاروسکوپیک فتق با بیحسی اپیدورال
- ۱۳۸۷ کنگره ASBS سانفرانسیسکو: جراحی پلیکاسیون معده بروش لاپاروسکوپیک در بیماران چاق
- ۱۳۸۷ کنگره اورولوژی: جراحی آندوسکوپیک بافت نرم (پستان؛ زیر بغل؛ هیدروسل و ...)
- ۱۳۸۷ کنگره فتق؛ دانشگاه شهید بهشتی: درمان لاپاروسکوپیک فتق های جداره شکم
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: چه بیمارانی بیشترین نتیجه را از جراحی های باریتریک می برند؟
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: گزارش نتایج جراحی پلیکاسیون معده در بیماران چاق ایرانی
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: سمپانکتومی کمری به روش آندوسکوپیک
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: درمان لاپاروسکوپیک کیست هیداتیک کبد
- ۱۳۸۹: کنگره EAES؛ سوئیس؛ لاپاروسکوپیک امینتال فلوپ و ده ها سخنرانی داخلی و خارجی دیگر

۲) چرا بیماران، لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند؟

● از آنجا که برش ایجاد شده در جداره شکم بسیار کوچک و مجزی می باشد ظاهر بیمار بعد از عمل، زیبایی طبیعی خود را حفظ خواهد کرد.

● صدمه به نسوج بدن شامل عضلات و پوست جداره شکم و ... به مراتب کمتر است لذا سیستم امنیتی بدن و قدرت ترمیم در بدن کمتر متاثر می شود.



● پایانه های حسی جداره بدن بسیار حساس بوده لذا بعد این اعمال به علت عدم تحریک این پایانه ها، درد بعد از عمل به مراتب کمتر بوده لذا بیمار سریعتر به فعالیت های روزانه خود پرداخته و زودتر می تواند از بیمارستان مرخص شود.

● از آنجا که دستکاری احشاء شکمی در این عمل صورت نمی گیرد لذا حرکات روده ای بعد عمل سریعتر به حالت عادی باز گشته و فرد می تواند مایعات و غذا مصرف کند.

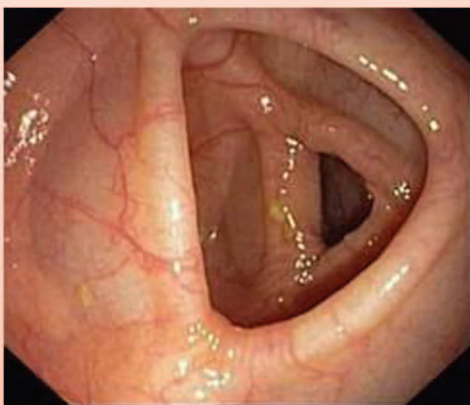
● به علت صدمه نسجی کمتر در داخل شکم و جداره بدن احتمال چسبندگی داخل شکمی کمتر وجود دارد.

● مشکلات حاصل از برش های جراحی نظیر عفونت زخم و یا فتق محل برش در این افراد دیده نمی شود.

● به خصوص در افراد چاق چون برش های جراحی باز خیلی بزرگ تر است لذا مزایای لاپاروسکوپی در افراد چاق چشمگیر تر است.

● جراح در حین عمل به کمک تلسکوپ محل عمل را می بیند که دیدی با بزرگنمایی حداقل ۲/۵ برابر نرمال و با نور عالی برای جراح تامین می کند که به مراتب واضح تر از روش باز است.

● اگر چه هزینه عمل بروش لاپاروسکوپی از روش باز بیشتر است ولی عملاً بعلت کوتاه تر شدن مدت بستری در بیمارستان هزینه نهایی تفاوت قابل توجهی ندارد



تصویر طبیعی کولون حین کولونوسکوپی

(۳) آپاندکتومی

● زائده آپاندیس قسمتی از ابتدای استحالہ پیدا کرده روده بزرگ؛ می باشد که فضایی بسیار کوچک و قطری کمتر از ۷ میلیمتر و طولی حدود ۱۰ سانتیمتر دارد.

● در این عضو؛ بافت های سیستم ایمنی جداره روده نیز قرار دارد و لذا در حالت عادی ارگان مفیدی محسوب می شود. در سنین طفولیت بعلت قطر نسبتا بزرگ تر آپاندیس؛ احتمال بروز انسداد در مجرا؛ بمراتب کمتر است.

● در افراد مسن نیز بعلت از کار افتادن بافت زیر مخاطی و استحالہ کامل آپاندیس نیز احتمال آپانديسیت به مراتب کمتر است.

● سن شیوع آپانديسیت بین ۱۵ تا ۲۵ بوده و در دو جنس تقریبا برابر است.



● عامل بروز آپانديسیت عمدتا بسته شدن دهانه آن توسط اجسام سفت نظیر هسته میوه و یا مدفوع سفت شده می باشد که حاصل آن تجمع ترشحات آپاندیس داخل مجرای مسدود شده و عفونت و نهایتا پارگی اپاندیس می باشد.

● گاهی التهاب شدید بافت های سیستم ایمنی دهانه آپاندیس باعث انسداد نسبی در مسیر و عملا بروز علائم می شود.

● به ندرت تابلوی آپانديسیت ثانویه به وجود تومور در مجرای آپاندیس می باشد که صرفا حین عمل متوجه آن می شویم.



● از آنجا که نوک آپاندیس در داخل شکم آزاد بوده و عملاً در هر جایی از شکم می‌تواند قرار گیرد لذا علائم بالینی آن تنوع بسیار زیادی دارد.

● فرم کلاسیک علائم آپاندیسیت بصورت شروع درد در قسمت بالا و وسط شکم که طی چند ساعت به دور ناف و نهایتاً به سمت راست و پائین شکم متمرکز شده و در یک نقطه حداکثر شدت را پیدا می‌کند؛ می‌باشد.

● حالت تهوع؛ بی‌اشتهایی جزو علائم تقریباً ثابت همراه با درد بالا می‌باشد.

● عدم جراحی در ساعات اولیه تشخیص؛ منجر به پاره شدن آپاندیس و انتشار عفونت داخل آن به همه شکم و عوارض بالا و حتی خطر مرگ می‌شود.

● به محض تشخیص؛ توصیه به عمل جراحی اورژانس در این بیماران می‌شود.

● از آنجا که انتهای زائده ملتهب آپاندیس ممکن است هر جایی در شکم قرار بگیرد و در عمل باز؛ برش اولیه جهت بررسی همه شکم کافی نمی‌باشد و گاهی عملاً برش‌های خیلی بزرگ لازم است تا این کار انجام شود؛ لذا انجام لاپاروسکوپی جهت درمان آپاندیسیت؛ این حسن را دارد که صرفاً با سه تروکار می‌توان تمامی حالات آپاندیسیت را تشخیص و درمان کرد.

● البته با توجه به التهاب شدید و امکان چسبندگی احشاء به هم در آن ناحیه؛ لذا در درصد کمی از بیماران ممکن است اتمام عمل به روش لاپاروسکوپی عملی نباشد. ولی از این لحاظ که محل ضایعه خوبی شناسایی شده است؛ لذا برش لازم جهت عمل باز در این موارد محدود و دقیقاً در محل التهاب اصلی داده می‌شود.

(۴) یبوست مزمن (دولیکوکولون)

- دفعات اجابت مزاج روزانه در افراد مختلف متفاوت است و بطور متوسط ۱ الی دو بار روزانه می باشد.
- معیار بروز یبوست دفعات اجابت مزاج نیست بلکه نحوه اجابت مزاج می باشد.
- یبوست وقتی اطلاق می شود که فرد جهت اجابت مزاج مجبور به آوردن فشارهای غیر متداول و سختی و زحمت شود.



- بندرت علت یبوست؛ تخریب سیستم عصبی جداره روده بعثت بیماری دیابت؛ مسمومیت و یا عفونت می باشد.
- عمده علت یبوست در افراد؛ عدم اجابت مزاج به موقع و عادت غلط در این امر می باشد.
- در طول زمان چنانچه یبوست ادامه پیدا کند ممکن است باعث گشاد شدن قطر روده بزرگ و عملاً یبوست بیشتر شود (دولیکوکولون).
- از جمله بیماری هایی که ثانویه به یبوست مزمن ممکن است در فرد ایجاد شود؛ فتق، بواسیر، شقاق، افتادگی روده بزرگ (پرولاپس رکتوم) و آبسه مقعد می باشد.

● درمان یبوست مزمن در این قبیل بیماران؛ اصلاح نحوه اجابت مزاج (هر روز صبح حداقل ۱۰ دقیقه)؛ استفاده از غذاهای پر فیبر؛ مایعات فراوان؛ ملین های گیاهی و ورزش کافی روزانه می باشد.

● گاهی علیرغم این اقدامات؛ ممکن است یبوست فرد بر طرف نشود. در این موارد با روش های تشخیصی دقیق که عمدتاً بصورت ارزیابی قدرت حرکتی روده بزرگ می باشد چنانچه ثابت شود در قسمت های اصلی روده بزرگ تاخیر حرکتی واضح وجود دارد و در سیستم اسفنگتری مقعد مشکلی وجود ندارد؛ در این گروه توصیه به برداشتن روده بزرگ جهت رفع یبوست می شود.

● محدوده برداشت روده بزرگ مورد اختلاف نظر است. بعضی نیمه اول روده بزرگ را که محل اصلی جذب آب می باشد را بر می دارند تا مدفوع کمتر خشک شود. بعضی نیمه دوم روده بزرگ را بر می دارند با این استدلال که مدفوع زودتر به انتها برسد.

● امروزه بهترین متد جراحی یبوست برداشتن تمامی روده بزرگ با حفظ راست روده می باشد.

● از آنجا که در روش متداول جراحی برای برداشتن تمامی روده بزرگ؛ برشی به طول تمامی شکم لازم است؛ لذا استفاده از متد لاپاروسکوپی موجب رضایت مندی چشمگیر بیمار خواهد شد.

● در روش لاپاروسکوپی یک برش عرضی ۵ الی ۷ سانتیمتری در زیر شکم جهت خروج نمونه داده می شود. غیر از برش فوق؛ از چهار تروکار نیز استفاده می شود که به صورت دو برش ۱۰ میلیمتری و دو برش ۵ میلیمتری در روی شکم می باشد.

● با توجه به کوچک بودن برش ها در مقایسه با عمل باز؛ عملاً تمایل بیماران به انجام عمل در یبوست مزمن به روش لاپاروسکوپی و پیشگیری از بروز بیماریهای ثانویه به یبوست در آینده؛ افزایش چشمگیر پیدا کرده است.

(۵) دیورتیکولوز

● افزایش فشار داخل روده بزرگ به دنبال یبوست های طولانی؛
بخصوص در قسمت انتهایی آن و سیگموئید می تواند منجر به
بیرون زدن مخاط روده از بین لایه های عضلانی جداره روده
به خارج شده و عملاً حالت کیسه های متعدد (دیورتیکولوز) در
طول روده بزرگ ایجاد کند.

● از آنجا که این کیسه ها (دیورتیکول) قطر کوچکی دارند و
تقریباً شبیه زائده آپاندیس عمل می کنند؛ ممکن است منجر به
انسداد مبدا دیورتیکول و التهاب و نهایتاً پارگی آن و عوارض
مربوطه شود.



● در قدم اول؛ درمان التهاب روده بزرگ دارویی بوده و در
صورت بروز عوارض آن؛ نیاز به جراحی می باشد.

● در سنین بالا از جمله عوارض این دیورتیکول ها؛ خطر بروز
خونریزی های شدید از منشاء جداره آن می باشد.

● لذا توصیه به خارج ساختن انتهای کولون و سیگموئید در
صورت وجود دیورتیکولوز یک اقدام منطقی در این افراد می
باشد.

● سیگموئیدکتومی با روش باز در یک بیماری خوش خیم برای
بیماران با زمینه پذیرش کمتری همراه است. ولی چنانچه این
عمل با روش لاپاروسکوپی صورت پذیرد معمولاً بعلت برش
های بمراتب کوچک تر و دوران بعد از عمل راحت تر؛ پذیرش
بیماران جهت انجام این عمل بالاتر خواهد بود.

۶) کولیت اولسراتیو

● در این بیماری؛ التهاب صرفاً در روده بزرگ از ابتدای آن گرفته تا انتهای راست روده متمرکز بوده و منشأ اصلی این التهاب را بر اساس بیماری های خود ایمنی تعریف کرده اند.

● محل شایع التهاب؛ بیشتر انتهای روده بزرگ بوده و درمان روتین این بیماری؛ دارویی می باشد.

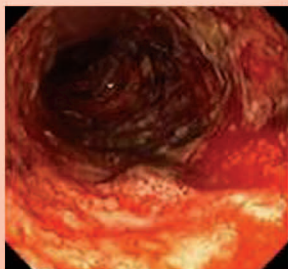
● بندرت اگر شدت بیماری افزایش یابد و یا عوارض حاصله از بیماری؛ نظیر خونریزی شدید؛ خود را نشان دهد؛ جهت درمان عارضه بیماری کولیت اولسراتیو؛ روش جراحی پیشنهاد می شود.

● از آنجا که این بیماران؛ مدت ها دارو های مضعف سیستم ایمنی نظیر کورتون مصرف نموده اند انجام جراحی لاپاروسکوپی که باعث کاهش چشمگیر طول برش جداره شکم می شود در این بیماران ارجح می باشد.

● معمولاً اگر عمل جراحی لازم باشد؛ باید تمامی روده بزرگ الزاماً برداشته شود و در برداشتن راست روده بر حسب سن بیماران و شدت درگیری رکتوم روش های متفاوتی قابل اجرا می باشد:

۱) حفظ رکتوم و کنترل مرتب آن در افراد جوان با شدت التهاب محدود رکتوم

۲) برداشتن کامل رکتوم در بیماران با شدت بالای بیماری و سن بالای بیمار و



۳) برداشتن مخاط رکتوم و حفظ اسفنکتر مقعد و دوختن روده باریک بعد از ایجاد یک محفظه با روده باریک به مخاط انتهایی راست روده در مجاور پوست مقعد که تمامی این اعمال به روش لاپاروسکوپی بخوبی قابل اجرا می باشد.

(۷) ولولوس سیگموئید

● طول روده بزرگ حدود یک متر می باشد که در بعضی نقاط نظیر سیگموئید و یا سکوم (ابتدای روده بزرگ) و یا کولون عرضی حالت آزاد و متحرک دارند.

● احتمال پیچش روده بزرگ پر از گاز در نقاط متحرک به دور خود وجود دارد که این پیچش؛ ولولوس نامیده می شود.

● شایعترین محل ولولوس؛ سیگموئید می باشد که طولی حدود ۴۰ سانتیمتر از روده بزرگ حول محوری با پهنای حدود ۱۰ سانتیمتر می چرخد و بعلت فشار بر سیستم عروقی خود و بسته شدن دو سر روده پیچ خورده؛ عملاً در ریسک سیاه شدن روده و ترکیدن آن قرار می گیرند.

● در افرادی که حجم غذای پر فیبر بیشتری می خورند و عملاً طول روده بزرگتری پیدا می کنند بخصوص اگر روده آنها حجم زیادی گاز تولید کند بیشتر دیده می شود.

● این بیماری در کشورهای با مدل غذایی نظیر ایران به مراتب بیشتر از کشور های غربی دیده می شود.

● موقع تشخیص؛ چنانچه عارضه ای ایجاد شده باشد و یا نتوان پیچش روده را با آندوسکوپ باز کرد مجبوریم بصورت اورژانس عمل کنیم.

● در غیر اینصورت بهتر است بعد رفع پیچش روده و دادن زمان کافی جهت تخلیه روده و کاهش قطر روده انسداد پیدا کرده؛ در همان مرحله بستری شدن بیمار (معمولاً بعد حدود ۷ الی ۱۰ روز) با روش لاپاروسکوپی؛ سیگموئید کاملاً طویل و مستعد عود پیچش مجدد را خارج سازیم.



۸) بیماری های التهابی سیگموئید

● سیگموئید قسمتی از روده بزرگ بوده که قبل از راست روده قرار داشته و معمولاً مدفوع در این قسمت است که بصورت طبیعی در می آید.

● این بیماری در افرادی که بعلت تغذیه خاص دچار یبوست مزمن هستند بیشتر دیده می شود.

● از آنجا که جهت حرکت مدفوع در طول سیگموئید؛ نیاز به فشار زیادی می باشد؛ عملاً جداره روده در این قسمت؛ تحت فشار زیاد وارد شده؛ ممکن است منجر به بروز دیورتیکول و التهاب شدید آن و نهایتاً عوارض مربوطه نظیر پارگی و یا ایجاد آبسه و موارد مشابه شود.



● حتی المقدور التهاب سیگموئید را با درمان دارویی مهار می کنیم و حتی آبسه های محدود را به کمک آنتی بیوتیک و تخلیه آن به داخل مجرای روده درمان می کنیم.

● با توجه به احتمال بالای عود بیماری؛ بهتر است بعد از رفع التهاب سیگموئید؛ طی یک عمل الکتیو با آمادگی مناسب روده؛ آن را به روش جراحی خارج کنیم.

● بعد از دادن فاصله زمانی مناسب از مرحله التهاب حاد سیگموئید؛ عملاً در مرحله ای که حداقل ۶ هفته گذشته باشد با توجه به خوش خیم بودن بیماری؛ به خوبی می توان آن را به روش لاپاروسکوپی خارج ساخت.

(۹) پولیپ کولون

● مخاط کولون از آنجا که در طول زمان تحت فشار بالای جداره روده؛ بعلت فرایند اجابت مزاج می باشد و از آن جهت که در معرض مواد دفعی دستگاه گوارش می باشند؛ مستعد تغییرات ناخواسته بافتی می باشد.

● از جمله این تغییرات؛ رشد غیر عادی مخاط کولون بصورت برجستگی مخاطی می باشد که آن را پولیپ می نامند.
● این پولیپ ها گاهی تا آخر عمر شناسایی نشده و هیچ مشکلی برای بیمار ایجاد نمی کنند.



● در صورت شناسایی پولیپ؛ با توجه به خطر تبدیل شدن آن ها به ضایعات بدخیم؛ تمایل عمومی به برداشتن این ضایعات عمدتاً با روش کولونوسکوپی می باشد.

● پولیپ ها یا پایه دار هستند که خروج این پولیپ ها بعلت پایه با سطح مقطع کوچک؛ اغلب بسیار ساده است؛ و یا بدون پایه که بعلت وسیع بودن سطح مقطع اتصال به کولون؛ لزوم خروج آن با روش جراحی بیشتر حس می شود.

● پولیپ ها انواع مختلف داشته و پولیپ های آدنوماتوز پر ریسک ترین گروه محسوب می شوند.

● چنانچه ابعاد پولیپ در حدی باشد که با روش کولونوسکوپی امکان خارج ساختن آن نباشد (معمولاً سطح مقطع بیش از ۲ سانتیمتر)؛ در این صورت روش مناسب؛ انجام لاپاروسکوپی بوده که بعد از شناسایی دقیق محل ضایعه؛ قسمت مربوطه بروش جراحی خارج می شود.

۱۰) رادیوفرکونسی جهت درمان متاستاز کبدی

● در مواقعی که به هر دلیل متوجه انتشار سرطان به نسج کبد شویم (بعد از عمل اصلی برداشتن سرطان روده بزرگ)؛ بهترین کار تلاش جهت برداشتن کانون مبتلا به روش جراحی می باشد؛ ولی چنانچه امکان اقدام جراحی نباشد؛ این ضایعات را می توان به کمک رادیو فرکونسی تخریب کرده و از بین برد.

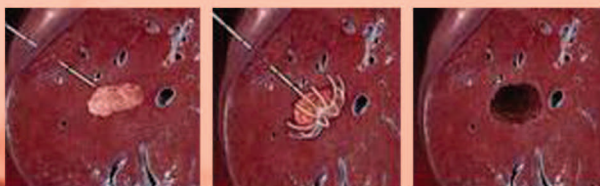
● اینکار برای هر ضایعه کبدی حدود ۱۰ الی ۱۵ دقیقه طول می کشد و چنانچه تعداد متاستاز ها زیاد باشد عملاً تخریب همه این ضایعات زمان بر خواهد بود.

● معمولاً این کار با کنترل CTScan و یا سونوگرافی و توسط همکاران رادیولوژیست انجام می گیرد.

● از آنجا که در این روش نیازی به بیهوشی نیست، لذا کار با سهولت انجام می شود ولی از آنجا که کنترل؛ غیر مستقیم بوده و وسعت ضایعه دقیقاً مشخص نیست لذا احتمال تخریب ناقص و عود سریع ضایعه و یا تخریب بیش از حد و ایجاد خونریزی در محل؛ بیشتر از حالتی است که اینکار بروش لاپاروسکوپی و زیر دید مستقیم و با کمک سونوگرافی حین عمل انجام شود.

● در متد دوم بیماران زیر بیهوشی؛ تحت عمل لاپاروسکوپی قرار گرفته و با کمک دید مستقیم و همچنین سونوگرافی حین عمل به روش تماس مستقیم نسج؛ رادیو فرکونسی انجام می شود.

● نتایج عود و یا ریسک خونریزی بعد از اینکار در عمل لاپاروسکوپی بهتر از روش با کنترل غیر مستقیم می باشد ولی از آنجا که بیماران باید بیهوش شده و عمل شوند؛ میزان آمادگی بیماران در پذیرش آن کمتر می باشد.



(۱۱) سرطان روده بزرگ

● مخاط روده بزرگ از آن لحاظ که مدت طولانی با مواد زائد بدن مواجه می شود و سموم یا متابولیت های حاصله از تجزیه مواد مختلف وقت کافی دارند تا اثر خود را اعمال کنند؛ لذا در بین تمامی قسمت های دستگاه گوارش؛ این ناحیه بیشترین شیوع خطر ابتلاء به سرطان را دارا می باشد.

● البته در ایران با توجه به عدم بهداشت تغذیه و استفاده از مواد غذایی غیر استاندارد ریسک سرطان معده بیشتر از روده بزرگ است.

● در کمتر از ثلث موارد سرطان روده بزرگ؛ عوامل ارثی و فامیلیال دخیل هستند که از جمله موارد مهم بیماری زمینه ای موثر در ایجاد سرطان؛ پولیپوز فامیلی می باشد.



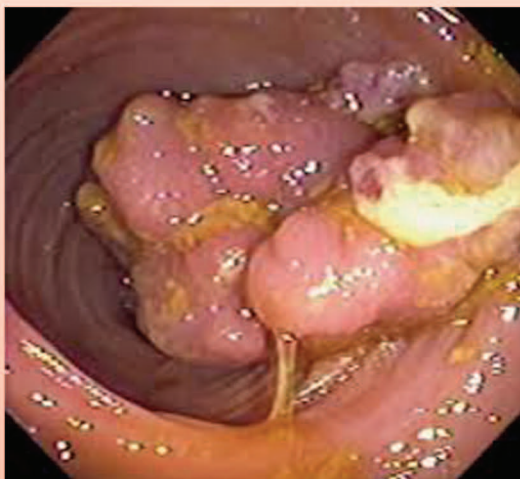
● در بسیاری از موارد؛ منشاء سرطان، پولیپ های موجود در جداره روده است که براحتی با کولونوسکوپی قابل شناسایی و برداشت می باشند.

● از آنجا که در بسیاری از موارد امکان جلوگیری و یا مهار پیشرفت سرطان کولون وجود دارد؛ لذا غربال گری این بیماری به کمک آزمایش مدفوع؛ آزمایش خون و آندوسکوپی از پشت بعد از سن ۵۰ سالگی یک توصیه موثر در کاهش خطر ابتلا به سرطان می باشد.

● سرطان های روده بزرگ یا به شکل گل کلم در می آیند که عمدتاً در مواردی است که سرعت رشد سرطان آرام بوده و امکان ایجاد عروق خونی جدید برای بافت سرطانی فراهم می شود و یا به شکل یک زخم خونریزی دهنده در می آیند که بیشتر در مواقعی است که سرعت رشد بافت سرطانی سریع بوده و به علت عدم امکان خونرسانی به موقع؛ بافت نکروز شده و عملاً در محل نکروز؛ زخم ایجاد می شود و حتی گاهی باعث سوراخ شدن جداره روده نیز می شود.

● علائم شایع مربوط به این بیماری؛ شامل خونریزی (بصورت کم خونی و یا خروج واضح خون از مقعد)، اتساع شکم و بروز علائم انسدادی (بصورت عدم اجابت مزاج به موقع، درد های کرامپی و گاهی تهوع) و نهایتاً علائم اورژانس بصورت شکم حاد جراحی که ثانویه به پارگی روده در محل سرطان رخ می دهد؛ می باشد.

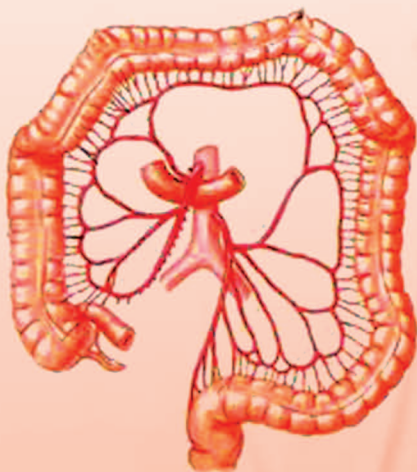
● علائم کلی مربوط به هر سرطان نظیر کاهش وزن، ضعف و بیحالی، بی اشتها و تهوع در این بیماری نیز دیده می شود.



۱۲) جراحی سرطان روده بزرگ

● مهمترین اقدام در درمان سرطان روده بزرگ خروج توده سرطانی به روش جراحی می باشد.

● در زمان تشخیص سرطان، بررسی کبد، ریه، مغز و احشاء دیگر بدن نظیر استخوان ها بمنظور اطمینان از عدم گسترش ضایعه به نقاط دیگر بدن ضروری است؛ چرا که در این صورت جراحی ضایعه اولیه بجز در موارد اورژانس نظیر انسداد؛ خونریزی و یا پارگی روده در محل سرطان، سودی برای بیمار ندارد.

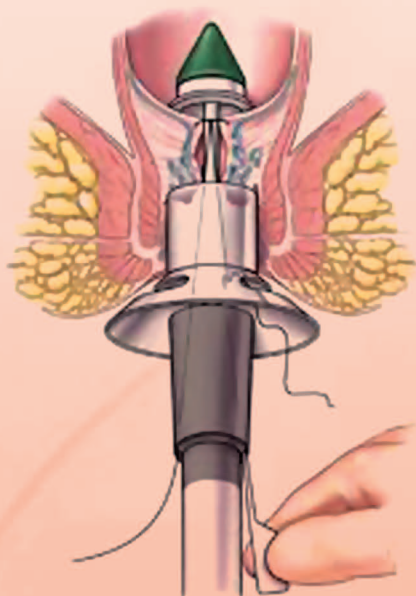


● استفاده از داروهای کشنده سلول های سرطانی (شیمی درمانی) و اشعه درمانی (رادیوتراپی) بمنظور تخریب سلول های سرگردان سرطانی از جمله اقدامات مفیدی است که در اکثر بیماران فوق بعنوان کمک درمانی همراه با جراحی مورد استفاده قرار می گیرد.

● در مواقعی که سرطان در راست روده باشد؛ با توجه به محدودیت فضا در لگن و همچنین در دسترس بودن تومور؛ بهتر است قبل از جراحی؛ از رادیوتراپی و شیمی درمانی استفاده کنیم (نئوآدجوان تراپی) تا با کوچک شدن ابعاد تومور و رفع چسبندگی های تومور به احشاء مجاور؛ خارج کردن اصل تومور با روش جراحی با امید بیشتری امکان پذیر باشد.

● در مابقی موارد الزامی به شیمی درمانی قبل از جراحی نیست مگر اینکه ابعاد زیاد تومور و چسبندگی های واضح تومور به احشاء مجاور مانع از جراحی شده باشد.

● بجز در موارد خاص (فاز های اول تومور) انجام شیمی درمانی بعد از جراحی در تمامی موارد توصیه می شود و در راست روده رادیوتراپی بعد از عمل نیز انجام می شود.



(۱۳) لاپاروسکوپي روده بزرگ

● اگر چه روده بزرگ در یک محدوده وسیعی قرار دارد و محل عمل جراحی روده بزرگ عملاً یک کانون کوچک محسوب نمی شود و جراحی های لاپاروسکوپي معمولاً در مواردی مناسب است که محل عمل یک محدوده کوچکی باشد؛ ولی جراحی لاپاروسکوپي روی روده بزرگ امروزه بخوبی گسترش یافته و مورد پذیرش عمومی بیماران نیز قرار گرفته است.

● علت این امر؛ سادگی اصل عمل و سهولت تکنیک می باشد. چرا که در ابتدا باید لایه صفاقي روی احشاء را بکمک کوتر آزاد کرد و سپس عروق مربوط به ناحیه عمل را به کمک لیگاشور بست و نهایتاً به کمک استاپلر دو سر روده را بریده و به هم دوخت.

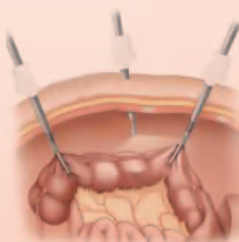
● در واقع با کمک وسایل پیشرفته ای که در اختیار جراحان قرار گرفته این عمل؛ جزو کارهای سهل الوصول در آمده است.



● عمل هایی که با کمک لاپاروسکوپي معمولاً انجام می شود شامل برداشتن روده بزرگ سمت راست (همی کولکتومی راست)؛ برداشتن روده بزرگ سمت چپ (همی کولکتومی چپ)؛ برداشتن سیگموئید (سیگموئیدکتومی)؛ یا ترکیبی از موارد فوق و نهایتاً برداشتن کل روده بزرگ (توتال کولکتومی) می باشد.

● در همی کولکتومی راست بعد از آزاد سازی پریئتوئن به کمک کوتتر؛ عروق مربوطه را به کمک لیگاشور بریده و تمامی روده بزرگ سمت راست آزاد شده را از راه برشی به طول ۵ الی ۷ سانتیمتر از داخل شکم خارج کرده و در بیرون شکم دو سر روده را بریده و به هم می دوزیم.

● در همی کولکتومی چپ که معمولاً با برداشتن سیگموئید نیز همراه است؛ بعد از آزاد سازی پریئتوئن و عروق مربوطه؛ از آنجا که برای آناستوموز مجبوریم از استاپلر حلقوی استفاده کنیم؛ لذا داخل شکم و به کمک استاپلر خطی؛ روده بزرگ را در مجاور رکتوم بریده و تمامی قسمتی از روده را که قرار است ببریم از طریق شکاف عرضی کوچکی در ناحیه زیر شکم خارج کرده و نهایتاً برش قسمت ابتدایی را در خارج از شکم روی روده داده و دستگاه مربوط به استاپلر حلقوی را در سر روده باقیمانده تعبیه می کنیم و به داخل شکم هدایت می کنیم.



● با وارد کردن دسته اصلی استاپلر از راه مقعد و به کمک وسیله ای که خودمان در سر روده تعبیه نموده بودیم؛ براحتی آناستوموز را انجام می دهیم.

● در مقایسه با روش باز که طول برشی حدود ۴۰ الی ۵۰ سانتیمتر ممکن است روی شکم ایجاد شود؛ در روش لاپاروسکوپی برش های ایجاد شده دو عدد ۵ میلیمتری؛ یک عدد ۱۰ میلیمتری؛ یک عدد ۱۲ میلیمتری و یک برش عرضی ۵ الی ۷ سانتیمتری می باشد.

● با تکمیل تجهیزات مورد نیاز در اتاق عمل و افزایش مهارت جراحان؛ این عمل مدت زمانی تقریباً مشابه با روش باز را می گیرد.

۱۴) پرو لاپس رکتوم

● از جمله بیماریهای شایع و مهم بخصوص در سنین میانسالی و پیری می باشد.

● عمدتاً حاصل یبوست طولانی؛ طول سیگموئید بلند؛ عدم تطابق حرکات انقباضی راست روده موقع اجابت مزاج و نهایتاً عادت های نامناسب تغذیه ای می باشد.

● بعلت کشیده شدن راست روده به سمت پائین؛ عملاً افتادگی راست روده از مقعد به بیرون رخ داده و در فرم های طول کشیده؛ حتی منجر به اختلال در کنترل گاز و مدفوع نیز ممکن است بشود.



● تغییراتی که در این بیماران دیده می شود؛ شلی اتصالات راست روده به اطراف می باشد بگونه ای که حتی گودی انتهای لگن در فضای شکم (پاچ دوگلاس) بسیار عمیق و رها شده است . در عمل راست روده که باید در مسیر مستقیم قرار داشته باشد حالت خمیده و قوس دار یافته و اجابت مزاج را نیز با سختی همراه می سازد.

● طول بلند سیگموئید از جمله عوامل تشدید این بیماری می باشد.

● اگر چه در موارد اولیه بیماری درمان اصلی اصلاح رژیم غذایی؛ عادت اجابت مزاج و فعالیت های ورزشی مناسب می باشد ولی در فرم های پیشرفته چاره ای جز اقدام به جراحی نیست.

● اگر چه جراحی می تواند شامل قسمت های متعددی نظیر بریدن طول زیادی سیگموئید؛ آزاد سازی کامل راست روده و قرار دادن آن در محل اولیه خود بصورت مستقیم بکمک مش و یا صرفا با دوختن با نخ باشد؛ ولی مهمترین جزئی که در عمل باید اجرا شود برگرداندن راست روده به محل اولیه خود و راست قرار گرفتن آن است.

● از آنجا که عمل در عمق لگن انجام می شود و دقت در حفظ شبکه عصبی کف لگن حائز اهمیت بسیار است؛ لذا روش لاپاروسکوپی که معمولا با بزرگنمایی محل عمل همراه است؛ بهترین راه در اجرای درست و زیر دید مستقیم عمل می باشد.

● در روش لاپاروسکوپی؛ بعد از آزاد سازی کامل رکتوم از اطراف و خلف تا نزدیک اسفنکتر و آزاد سازی نسبی آن در قدام؛ رکتوم را کاملا به سمت بالا کشیده و در شرایطی که قوس دوگلاس کاملا جابجا شده باشد به کمک مش پرولن به استخوان لگن فیکس می شود و شکل اولیه خود را مجددا به دست می آورد.

● حاصل اینکار تطابق انقباضات عضلات راست روده و اسفنکتر و اصلاح نحوه اجابت مزاج می باشد.

● گاهی در افرادی که امکان عمل شکمی نیست؛ بریدن طول روده اضافی از راه مقعد انجام می شود که اگر چه خطر عود بیماری در این روش زیاد است ولی سهولت انجام آن موجب تمایل به انجام آن در این بیماران مسن و پر ریسک می باشد.

۱۵- فهرست اعمال جراحی که مولف به روش لاپاروسکوپی (Minimally Invasive) انجام می دهد:

۱) جراحی بیماری چاقی مفرط:

- پلیکاسیون معده
- بای پس معده
- بای پس روده
- گاستریک باندینگ

۲) جراحی سنگ های کیسه صفرا و مجاری صفراوی:

- کله سیستکتومی
- بای پس کیسه صفرا به ژرژنوم
- اکسپلوراسیون کلدوک و کلدوکوسکوپی و گذاشتن T-Tube

۳) جراحی مری:

- آشالازی
- دیورتیکول مری
- فوندوپلیکاسیون مری در بیماری رفلاکس
- ازوفازکتومی در سرطان مری

۴) جراحی معده:

- برداشتن پولیپ ویا تومور های خوش خیم معده
- برداشتن معده در سرطان معده بصورت گاسترکتومی پروگزیمال و یا توتال
- زخم پاره شده دوازدهه
- خونریزی معده
- تنگی خروجی معده بعلت بیماری پپتیک

۵) جراحی کبد و طحال:

- اسپلنکتومی در ITP
- کیست هیداتیک کبد
- اسفروسیتوز و تالاسمی
- بیوپسی کبد
- RF Ablation متاستازهای کبدی با سونوگرافی حین لاپاروسکوپی

۶) جراحی کولورکتال: (روده بزرگ)

- پرولاپس رکتوم
- سیگموئیدکتومی
- توتال کولکتومی
- آپاندکتومی
- همی کولکتومی راست و چپ

(۷) جراحی لوزالمعده:

- پانکراتکتومی دیستال
- آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- بای پس مجاری صفراوی و گوارشی در سرطان پیشرفته لوزالمعده

(۸) جراحی غده:

- پاراتیروئید
- ژنیکوماستی
- دیسکسیون غده لنفاوی زیر بغل در سرطان پستان
- آدرنال
- تیموس

(۹) جراحی فتق های جداره شکم:

- فتق کشاله ران
- فتق محل عمل قبلی
- فتق های داخل شکمی
- فتق نافی
- فتق هیاتال
- فتق دیافراگم

(۱۰) جراحی عروق:

- واریس پا
- سمپانکتومی کمری
- بستن وریدهای پرفوران ساق یا SEPS
- واریکوسل
- سمپانکتومی توراسیک

(۱۱) اورژانس:

- تصادفات در بیماران Stable
- پرفوراسیون زخم دوازدهه
- انسداد معده
- کله سیستیت حاد
- انسداد های ثانویه به چسبندگی
- خونریزی معده
- آپاندیسیت
- پریتونیت

(۱۲) آناستوموز با دست:

- گاستروژژنوستومی در انسداد معده
- گاستروژژنوستومی در گاستریک بای پس
- کلدوکیدئودنوستومی
- آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- کله سیستوژژنوستومی
- آنتروانتروستومی
- ایلئورکتال آناستوموز
- کولورکتال آناستوموز

(۱۳) متفرقه

- امنتال فلپ در عفونت استرنوم و یا فیستول رکتال
- هیدروسل
- غده لنفاوی کشاله ران
- اتوپسی متوفیان ترومایی و یا مبهم



دکتر محمد طالب پور در حال انجام لاپاروسکوپی و آندوسونوگرافی

مطب

خیابان ولی عصر، نرسیده به اتوبان نیایش
خیابان شهید بابک بهرامی، پلاک ۸۵ ، واحد ۶
تلفن ۸۸۶۵۳۱۶۰۱

بیمارستان لاله

شهرک غرب، خیابان فلامک جنوبی
جنب وزارت بهداشت، خیابان سیمای ایرانیان
تلفن ۸۸۳۶۹۸۷۲

Email: mtaleb7155@gmail.com
www.mohammadtalebpour.com
www.laparoscopicgastricplication.com

