



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک وضعیت فهرست نویسی یادداشت موضوع	زینال پور قطار، عادل، ۱۳۶۵ - مرور سریع در مینگات: ترجمه و تلخیص: عادل زینال پور قطار، امیرحسین عقیلی؛ تهران: کاردیا، ۱۴۰۳. ۶۵۶ ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول (رنگی). 978-622-5560-64-2 ریال ۸۳۰۰۰۰۰ فیبا کتاب حاضر ترجمه و تلخیص فصل‌هایی از کتاب "Maingot's abdominal operations, 13th. ed, c2019" تالیف مایکل ج زینر، استنلی دلبیو اشلی، او. جو هاینز است. جراحی - Surgery / شکم - جراحی -- Abdomen -- Surgery جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها - , Examinations, Surgery -- questions, etc. شکم -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Abdomen -- Surgery -- Examinations, questions, etc. عقیلی، امیرحسین، ۱۳۵۴ - زینر، مایکل ج Zinner, Michael J اشلی، استنلی دلبیو Ashly, Stanley W هاینز، او. جو Hines, O. Joe RD۳۱ ۶۱۷ ۹۱۸۰۸۲۲ فیبا
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: مرور سریع در مینگات خلاصه درس " Maingot's Abdominal Operations, 13e 2019 " ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور قطار دکتر امیرحسین عقیلی ناشر: انتشارات کاردیا صفحه‌آرا: منیرالسادات حسینی - رزیدنت یار طراح و گرافیکست: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۶۴-۲ بهاء: ۸۳۰۰۰۰ تومان
---	---

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱

[www.residenttvar.com](http://www.residenttvar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# مرور سریع در مینگات

خلاصه درس

Maingot's Abdominal Operations, 13e 2019

ترجمه و تلخیص

**دکتر عادل زینال پور قطار**

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رتبه دوم کشوری در آزمون بوردا تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷

**دکتر امیر حسین عقیلی**

بوردا تخصصی جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



فصل ۵- آندوسکوپی و مداخلات آندوسکوپیک .....	۱۳
فصل ۶- اصول لاپاروسکوپی .....	۱۲۰
فصل ۲۹- بیماری‌های خوش خیم معده .....	۱۵۱
فصل ۳۵- روش‌های جراحی معده و دئودنوم .....	۲۱۱
فصل ۳۸- انسداد روده باریک .....	۲۹۳
فصل ۴۱- آپاندیس و دیورتیکول روده باریک .....	۳۴۵
فصل ۵۲- بیماری‌های خوش خیم آنورکتوم (کف لگن، فیشر، هموروئید، فیستول) ۳۹۵	
فصل ۵۴- کنسر رکتوم .....	۴۶۰
فصل ۵۵- کنسر آنال (کنسر مقعد) .....	۵۳۷
فصل ۵۶- آپسدها و کیسه‌های کبدی .....	۵۵۹
فصل ۵۹- درمان متاستازهای کبدی .....	۶۲۷



# آندوسکوپی و مداخلات آندوسکوپیک

## فصل ۵

Maingot's: Section 5

در طی چند دهه گذشته، آندوسکوپی انعطاف‌پذیر، مدیریت بسیاری از بیماری‌های دستگاه گوارش را از جراح به آندوسکوپیست منتقل کرده است. آنچه به عنوان یک رشته تشخیصی آغاز شده بود، اکنون به یکی از پتانسیل‌های درمانی پیشرفته تبدیل شده است. مفهوم انجام جراحی آندوسکوپی با پیشرفت در درمان‌های اندولومینال برای نئوپلازی، ریفلاکس معده به دستگاه گوارش (GE)، اختلالات حرکتی مانند آشالازی و گاستروپارزی و چاقی به واقعیت تبدیل شده است. با استفاده از ابزارهای پیشرفته آندوسکوپی که در اختیار ما است، درمان‌های آندوسکوپی به طور فزاینده‌ای به عنوان درمان‌های نجات بخش نیز به ویژه پس از مداخلات جراحی فورگات استفاده می‌شوند. در این فصل به نشانه‌ها و تکنیک‌های مربوط به آندوسکوپی انعطاف‌پذیر فوقانی و تحتانی و همچنین پیشرفت‌های اخیر در آندوسکوپی مداخله‌ای می‌پردازیم.

### آندوسکوپ انعطاف‌پذیر

#### تصویربرداری

باندل فایبروپتیک از ۲ تا ۳ میلی‌متر عرض دارد و از ۲۰,۰۰۰ تا ۴۰,۰۰۰ فیبر شیشه‌ای ریز جداگانه تشکیل شده است که هر کدام تقریباً ۱۰ میکرون قطر دارند. هنگام استفاده از آندوسکوپ فایبروپتیک، آندوسکوپیست تصویر را از طریق چشمی در سر ابزار مشاهده می‌کند، یا به صورت متناوب، برای انتقال تصویر به یک مانیتور ویدئویی، می‌توان یک دوربین فیلمبرداری را به روی



عدسی میکروسکوپ چسباند. امروزه اکثر آندوسکوپ‌های مورد استفاده، دارای (ویدئو اسکوپ هستند، با این حال در بسیاری از نقاط جهان، سیستم‌های فایبروپتیک هنوز استاندارد هستند. در این سیستم‌های ویدئوسکوپ، تصویر تجسمی از بازتاب‌ها بر روی دستگاه توام با بار (CCD) charge coupled device می‌باشد، که یک میکروتراشه است که در انتهای آندوسکوپ نصب شده است، نه از طریق باندل فایبروپتیک. میکروتراشه CCD دارای هزاران پیکسل (نقاط حساس به نور) است که به طور مستقیم وضوح تصویر را افزایش می‌دهد. در آندوسکوپی تصویربرداری باند باریک (NBI)، از نور فیلتر شده برای اینپنانس انتخابی سطح مخاط، به ویژه شبکه مویرگ‌های سطحی استفاده می‌شود. NBI اغلب با آندوسکوپی بزرگنمایی ترکیب می‌شود. هر دو آندوما و کارسینوما دارای شبکه‌ای غنی از مویرگ‌های زیرین هستند و بر روی NBI تقویت می‌شوند، در نتیجه به رنگ قهوه‌ای تیره در برابر پس زمینه مخاطی آبی - سبز ظاهر می‌شوند. استفاده از نور سفید و همچنین NBI به آندوسکوپیست‌ها امکان داده است تا ارزیابی فوری از ضایعات روده بزرگ را بدون ارزیابی هیستوپاتولوژیک ارائه دهند. ناهنجاری‌های مخاط معده نیز توسط NBI با و بدون آندوسکوپی بزرگنمایی متمایز می‌شود. NBI همچنین می‌تواند اپیتلیوم سنگفرشی از غیرسنگفرشی را برای کمک به شناسایی مری بارت، متمایز کند.

### ساختار آندوسکوپ

بطور معمول دستگیره‌ها برای کنترل دستکاری نوک اسکوپ در سمت راست نوک اسکوپ قرار دارند، این کار با دستگیره داخلی بزرگتر برای انحراف رو به بالا و پایین و یک دکمه کوچکتر خارجی برای دستکاری نوک به سمت چپ و راست انجام می‌شود. قفل همراه هر گیره برای حفظ انحنا در زمانی که مورد نیاز است استفاده می‌شود و طیف انحناي آندوسکوپ بطرف بالا نسبت به طرف

اقدامات قبل عمل:

### انتخاب بیمار:

در هر نوع جراحی انتخاب درست نوع عمل، قدم اول است. چون جراحی لاپاروسکوپي شکم نیازمند بیهوشی عمومی است. بنابراین توانایی تحمل بیهوشی توسط بیمار ضروری است. بیماران با تست ورزش مختل یا شرح حالی از کوتاهی تنفس، نیازمند مشاوره قبل عمل با کاردیولوژی و متخصص ریه است. در بیماران با احتباس شدید  $CO_2$  مدیریت عمل مشکل است. و ایجاد پنوموپریتون باعث تشدید شرایط می شود. با افزایش تهویه دقیقه‌ای و کاهش پنوموپریتون  $CO_2$  از ۱۵ به ۸ تا ۱۰ میلی‌متر جیوه می توان اسیدوز متابولیک را کنترل کرد. در موارد نادر که اقدامات کنترل هیپرکاری غیر مؤثر باشد از  $N_2O$  برای پر کردن پریتون استفاده می شود.

قدرت اشتعال  $N_2O$  بیشتر از هوا نیست و برای استفاده در لاپاروسکوپي ایمن است. در صورت استفاده از  $N_2O$  درد بعد از عمل در مقایسه با  $CO_2$  کمتر است. اگر جراحی لاپاروسکوپي بسیار بیشتر از جراحی باز طول بکشد یا خیلی پرخطر باشد، انجام لاپاروسکوپي مناسب نیست.

سابقه جراحی باز قبلی یا جراحی متعدد باز می تواند دسترسی به شکم را دچار مشکل کند. چسبندگی و اسکار در فیلد جراحی قبلی می تواند جراحی



لاپاروسکوپی را بسیار مشکل کند و نیازمند استفاده زیاد از وسایل جدید دایسکتور و کوآگوله‌کننده است.

جراحی در بیماران با چاقی مفرط شدید مخصوصاً چرخش پورت‌های جدار شکم به خستگی جراح و کاهش مهارت او منجر می‌شود. به علاوه فاصله زیاد جدار شکم باد شده با ارگان‌های داخلی شکم، جراحی لاپاروسکوپی را دوررس می‌کند (far reach). پورت‌ها و وسایل بلند برای رفع این مشکل وجود دارد.

اگر فضای کافی درون پریتون ایجاد نشود امکان لاپاروسکوپی نیست مثلاً در شرایط انسداد روده. لاپاروسکوپی برای رفع باندهای چسبیده در موارد انسداد دیستال روده مناسب نیست. در برخی بیماران با آپاندیسیت که لوپ‌های روده باریک دیلاته است دسترسی لاپاروسکوپیک به حفره ایلیاک راست ممکن نیست. بسیاری از پروسیجرهای لاپاروسکوپیک را می‌توان در فضای اکستراپریتون هم انجام داد.

برای مثال در جراحی لاپاروسکوپیک هرنی، جراحی در فضای پره پریتون قدامی رتزیوس انجام می‌شود. برای این کار نیاز به بالون دایسکت‌کننده برای ایجاد فضای مناسب است. در این روش ممکن است CO<sub>2</sub> به صورت وسیع در بافت نرم نفوذ کرده و باعث آمفیزم زیرجلدی شود.

### پوزیشن بیمار:

برای کشش محتویات شکم برای اکسپوژر کافی به کمک جاذبه نیازمندیم. گاهی این حالت نیازمند پوزیشن شیب‌دار است و باید دقت شود تا از عوارض عصبی و نوروپاتی بعد جراحی لاپاروسکوپیک پرهیز شود.

بیمار باید در شروع عمل در پوزیشن مناسب قرار گیرد و اطمینان حاصل شود که در زیر تمام نقاط تحت فشار Pad گذاشته شود.



## عفونت H - Pylori

مهمترین ریسک فاکتور زخم پپتیک و آدنوکارسینوم معده می‌باشد. عفونت هلیکوباکتر همچنین با MALT (Mucosa - associated Lymphoid Tissue)، دیس‌پپسی و پولیپ‌های هیپرپلاستیک معده مرتبط است. میزان عفونت با H - Pylori، با شرایط اقتصادی و اجتماعی رابطه عکس دارد. گاستریت ناشی از H - Pylori، ۹۰-۸۰٪ کل گاستریت‌ها را شامل می‌شود و علت اصلی گاستریت فعال مزمن در دنیا می‌باشد. پاسخ التهابی به H - Pylori بصورت التهاب غیراروزیو مخاط معده مشخص می‌شود و موجب گاستریت آنتر معده می‌شود.

هیپرگاسترینمی پس از غذا و افزایش میزان ترشح پایه اسید شایع است. پس از تهاجم مخاط آنتر، در بولب دئودنوم متاپلازی معدی (Gastric Metaplasia) رخ می‌دهد. ثابت شده است که عفونت H - Pylori، به تنهایی علت زخم پپتیک نمی‌باشد و عوامل پاتوژنیک دیگری نیز در ایجاد زخم نقش دارند. در مطالعات انجام شده، نزدیک به نیمی از بیماران بررسی شده با شکایت دیس‌پپسی، شواهد هیستولوژیک عفونت هلیکوباکتر را بدون شواهدی از زخم، داشته‌اند، و یا حدود یک پنجم داوطلبان سالم، حامل باکتری بوده‌اند.

میزان هجوم باکتری، با افزایش سن بیشتر می‌شود. استفاده طولانی مدت از مهارکننده‌های پمپ پروتون (PPI) به‌مراه هلیکوباکتر فعال، باعث Corpus



Predominant Gastritis و به دنبال آن، گاستریت آتروفیک و نهایتاً کنسر معده می‌شود.

### \* تست‌های تشخیصی عفونت H - Pylori:

۱. تست تنفسی اوره (UBT): نشاندهنده عفونت فعال می‌باشد که حساسیت و اختصاصیت حدود ۹۰٪ دارد و هم برای تشخیص اولیه و هم برای پیگیری پس از ریشه‌کنی میکروب مفید است.
  ۲. تست آنتی‌ژن مدفوع (SAT): نشاندهنده عفونت فعال می‌باشد. بعلت تفاوت ژنتیکی H - Pylori نسبت به منطقه جغرافیایی، توصیه می‌شود از تست معتبر متناسب با منطقه جغرافیایی استفاده شود.
  ۳. تست سرولوژی: مفید است ولی به اندازه تست‌های قبلی قابل اعتماد نمی‌باشد زیرا پس از ریشه‌کنی میکروب نیز مثبت باقی می‌ماند.
  ۴. بیوپسی معده و تست سریع اوره آز (RUT).
- \* پس از تشخیص عفونت هلیکوباکتر، بیمار باید تحت درمان آنتی‌بیوتیکی با هدف ریشه‌کنی میکروب قرار بگیرد. هرچند احتمالاً افراد علامتدار با تست منفی نیز باید تحت درمان قرار بگیرند.

### درمان آنتی‌بیوتیکی H - Pylori به ۳ صورت می‌باشد:

۱. درمان سه دارویی (همگی BD بمدت ۱۴-۱۰ روز):  
Amoxicillin 1gr + PPI یا Clarithromycin 500mg + Metronidazole 500mg
۲. درمان چهار دارویی option 1 (در صورت شکست درمان سه دارویی یا مقاومت به کلاریترومایسین به مدت ۱۴ روز):  
Metronidazole 250mg QID + Bismuth QID + PPI BD

## واگوتومی:

با وجود بیشتر شدن درمان دارویی برای مهار ترشح اسید معدده مثل مهارکننده‌های پمپ پروتون، جراحی‌های ضدترشچی در موارد عود زخم بعد حداکثر درمان دارویی و در برخی موارد زخم‌های پرفوره یا خونریزی دهنده معدده به کار می‌روند.

برای درک بهتر جزئیات تکنیکی جراحی‌های ضدترشچی معدده لازم است آناتومی اعصاب واگ و میکروواسکولر معدده، فیزیولوژی ترشح اسید، عملکرد سد مخاطی و موتیلیتی معدده فرا گرفته شود.

## تست‌های کنترل واگال در ترشح اسید:

به صورت سنتی کنترل ترشح واگال اسید با اندازه‌گیری میزان ترشح اسید در پاسخ به تحریک واگ می‌باشد.

ترشح اسید می‌تواند به صورت مستقیم با قرار دادن لوله به درون معدده و آسپیره کردن شیره معدده و اندازه‌گیری اسیدیته آن با اضافه کردن مقدار مشخصی از ۰/۱ N NaOH اندازه‌گیری شود.

output معدده در حالت پایه و سپس بعد تحریک با پنتاگاسترین یا sham feeding اندازه‌گیری می‌شود. اندازه‌گیری output ترشح اسید قبل و بعد جراحی واگوتومی می‌تواند کارایی جراحی واگوتومی را تعیین کند. همچنین



ترشح اسید می‌تواند به صورت نیمه کمی با استفاده از مواد pH - sensitive dye مثل کنگوی قرمز اندازه‌گیری شود که موکوس را می‌پوشاند و رنگ آن زمانی که ترشح اسید از غدد معده شروع شود برمی‌گردد. اگرچه روش آنالیز قبلی اجازه بررسی قابل اعتماد و کمی ظرفیت ترشح اسید معده را قبل و بعد جراحی فراهم می‌کند ولی روش اخیر یعنی روش colorimetric می‌تواند به صورت سریع‌تر در زمان عمل جراحی معده انجام شود. این تست‌ها امروزه با گسترش استفاده از داروهای PPI و استفاده خیلی کمتر از جراحی‌های الکتیو ضدترشحي معده، به ندرت استفاده می‌شوند.

#### تنظیم موتیلیتی و تخلیه معده توسط واگ:

واگ از سه طریق فعالیت حرکتی نرمال معده را کنترل می‌کند:  
اول: باعث شل شدن پذیرنده (receptive relaxation) و تطابق معده می‌شود. وقتی فشار داخل پروگزیمال معده و مری بالا برود، فوندوس معده در حضور کیموس شل می‌شود.

دوم: واگ باعث افزایش فعالیت میوالکتریکال آنترال می‌شود که نتیجه آن دیستانتاسیون بیشتر پروگزیمال معده با کیموس است.

سوم: واگ باعث هماهنگ کردن تخلیه پیلوریک با کمک فعالیت میوالکتریک آنترال در پاسخ به تغییرات فعالیت حرکتی پروگزیمال معده و شاید در پاسخ به تغییرات اجزاء و pH محتویات دئودنوم می‌شود. واگوتومی ترانکال یا سلکتیو باعث قطع عصب‌رسانی واگ به پیلور و آنتر می‌شود و نیاز به درناژ دارد.

و سه روش واگوتومی ترانکال، سلکتیو، های سلکتیو باعث از بین رفتن شل شدن پذیرنده و تطابق معده می‌شود.

### تعریف

تقسیم بندی انسداد روده بر اساس موارد زیر می‌باشد:

۱. مدت (حاد و مزمن)
۲. وسعت (کامل، نسبی)
۳. نوع (ساده و لوپ بسته)
۴. ریسک خطر (استرانگوله و اینکارسره)

### انسداد مکانیکی روده

می‌تواند علت خارج دیواره‌ای روده یا داخل دیواره‌ای روده داشته و یا بعلت محتویات داخل لومنی روده باشد (جسم خارجی و . . .). انسداد کامل می‌تواند به انواع ساده (بدون خطر اختلال عروقی)، لوپ بسته (مثل ولولوس که با خطر اختلال عروقی و ایسکمی روده همراه است) و استرانگوله (که همراه با اختلال عروقی قسمتی از روده همراه است) تقسیم شود.

### انسداد عملکردی روده یا ایلئوس

شایعترین نوع انسداد عملکردی روده، ایلئوس پس از جراحی می‌باشد. بسیاری از شرایط مدیکال و جراحی می‌توانند باعث ایلئوس عملکردی گذرا شوند. ولی در کنار همه این شرایط شایع ذکر شده، یک حالت نادر وجود دارد که انسداد



مزمین پیشرونده دستگاه گوارش را در پی دارد بنام انسداد کاذب GI که این حالت هم می‌تواند همراه با میوپاتی‌ها یا نورومیوپاتی‌های ویسرال اکتسابی و یا ارثی باشد. بطور کلی عملکرد موثر روده باریک، در خلال چند ساعت بعد از عمل جراحی شکمی و معده حدود ۲۴-۴۸ ساعت بعد از جراحی شکم و روده بزرگ حدود ۳-۵ روز بعد از جراحی شکم برمیگردد. افتراق ایلئوس و انسداد مکانیکی زودرس بعد از عمل جراحی، بسیار مهم و حیاتی می‌باشد. فعالیت پرپرستالتیک مختل بعد از جراحی شکم را می‌توان با داروی Alvimopan (آنتاگونیست رسپتور محیطی اپیوئید  $\mu$ ) بهبود بخشید.

#### انسداد زودرس مکانیکی روده بعد از جراحی

انسداد زودرس مکانیکی روده بعد از جراحی بصورت انسداد طی ۶ هفته اول بعد از جراحی تعریف می‌شود. تشکیل حاد چسبندگی، علت ۹۰٪ این مسئله می‌باشد. علل دیگر شامل هرنی داخلی، هرنی فاشیال بخصوص بعد از لاپاروسکوپی، آبسه‌های داخل شکمی، هماتوم داخل لومنی و ادم و یا Leak محل آناستوموز. از آنجا که علائمی مانند تهوع و استفراغ و دیستانسیون شکم و یبوست شدید، بعد از هر عمل جراحی شکمی، شایع هستند، بنابراین، علائم بالینی نمی‌تواند برای تشخیص انسداد روده بعد از جراحی کمک‌کننده باشد. گرافی ساده شکم در ایلئوس و انسداد مشابه است.

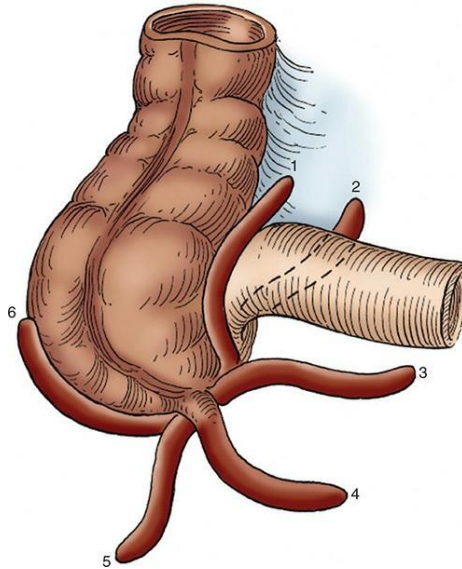
## فصل ۴۱

Maingot's: Section 41

# آپاندیس و دیورتیکول روده

آناتومی

آپاندیس در بالغین، طول متوسطی در حدود ۹ cm دارد با عرضی حدود ۳-۸ mm دارد.



1. Preileal  
5. Subcecal

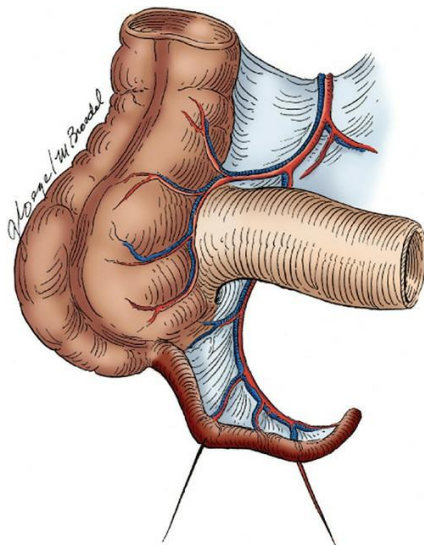
2. Postileal  
6. Paracolic یا Prececal

3. Promontoric

4. Pelvic



خون‌رسانی آپاندیس، از شریان آپاندیکولار است که از پشت ایلئوم ترمینال، از شریان ایلئوکولیک منشا گرفته و از داخل مزوی آپاندیس، بطرف نوک آپاندیس حرکت می‌کند.



### آپاندیسیت حاد

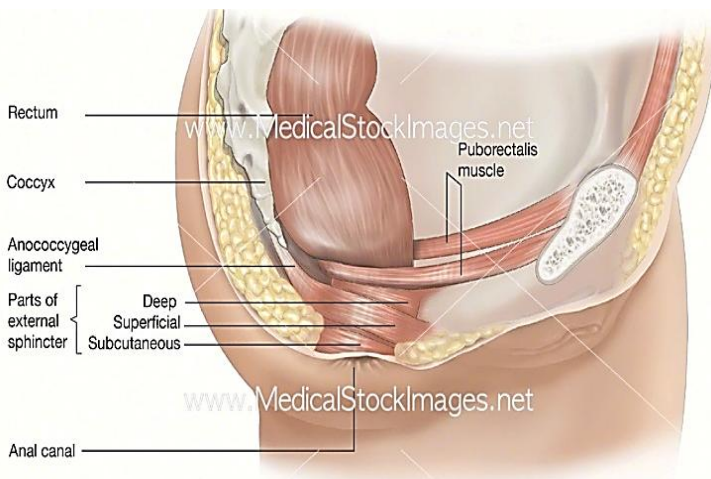
#### اپیدمیولوژی

سن جوانی یک ریسک فاکتور است بطوریکه ۷۰٪ بیماران با تشخیص آپاندیسیت حاد، زیر ۳۰ سال هستند که شایعترین سن در مردان، ۱۴-۱۰ سال و در زنان، ۱۹-۱۵ سال می‌باشد. میزان پرفوره شدن آپاندیس در بیماران زیر ۵ سال و بالای ۶۵ سال شایعتر است.



**آناتومی**

رکتوم از خلف توسط مزورکتوم به ساکروم فیکس شده است. Recto sigmoid junction توسط شریان مزانتریک تحتانی و اتصالات پریتوئن، فیکس شده است. انقباض عضله پوبورکتالیس که شکل نعل اسبی دارد، رکتوم را بطرف جلو کشیده و باعث ایجاد یک زاویه حادتر در محل حلقه آنورکتال می‌شود. اسفنکتر خارجی ساختار عضلانی ارادی کف لگن است که انقباض آن از خروج محتویات رکتوم جلوگیری می‌کند و ادامه و از گسترش قیفی شکل آن، کانال آنال بطول ۳-۴ سانتی‌متر تشکیل می‌شود. آنورکتوم هر دو شبکه عصبی و پاراسمپاتیک را دریافت می‌کند.



اعصاب سمپاتتیک از سگمان توراکولومبار منشا می‌گیرد. آسیب به شبکه سمپاتتیک باعث retrograde ejaculation و در نتیجه ناباروری می‌شود. فیبرهای عصبی سمپاتتیک بطرف پایین حرکت کرده و اعصاب هیپوگاستریک را تشکیل می‌دهند. فیبرهای عصبی پاراسمپاتتیک از ریشه‌های عصبی S2 و S3 و S4 (Nervi erigentes) منشا گرفته و به اعصاب هیپوگاستریک می‌پیوندند و شبکه عصبی هیپوگاستریک تحتانی را تشکیل می‌دهند. آسیب به شبکه پاراسمپاتیک می‌تواند موجب احتباس ادراری یا اختلال عملکرد جنسی شود.

## شیوع و اپیدمیولوژی

بیشتر موارد کنسر رکتوم در بیماران بالای ۶۵ سال اتفاق می‌افتد. موارد کنسر رکتوم زیر ۶۵ سال، در جنس مذکر بیشتر دیده می‌شود. میزان بقای کلی در کنسر رکتوم بیشتر از کنسر کولون است و علت احتمالی این امر، تشخیص کنسرهای رکتوم در مراحل اولیه‌تر می‌باشد. تومورهای کولورکتال، در بخش دیستال کولون بیشتر از قسمت پروگزیمال کولون و رکتوم اتفاق می‌افتند. ضایعات پروگزیمال کولون بیشتر در زنان دیده می‌شود تا در مردان، و این اختلاف، با افزایش سن، بیشتر می‌شود. تشخیص کنسر رکتوم، در سنین جوان‌تر (کمتر از ۵۰ سال)، بیشتر از کنسر کولون داده می‌شود. در حقیقت یک افزایش واضح در ریسک ابتلا به کنسر رکتوم در افرادی که بعد از سال ۱۹۷۰ متولد شده‌اند وجود دارد. دلیل این افزایش کنسر رکتوم در این جمعیت جوان بدرستی شناخته شده نیست و لی به احتمال زیاد با تغییرات محیطی و تماس با عوامل خارجی و مواد موجود در غذا مثل سموم دفع آفات و افزودنی‌های خوراکی، در ارتباط است. بی‌حرکی در زندگی روزمره و چاقی نیز از دیگر عوامل موثر ذکر می‌شوند. آدنوکارسینوم رکتوم، نزدیک به ۳۰٪ کنسرهای کولورکتال را تشکیل می‌دهند.



## اتیولوژی و ریسک فاکتورها

### سابقه خانوادگی کنسر کولورکتال

در بستگان درجه اول، ریسک ابتلا به کنسر کولورکتال را حدود ۲ تا ۴ برابر بیشتر می‌کند.

### بیماری‌های التهابی روده (IBD)

**کولیت السراتیو (UC):** در ۱۰ سال اول بعد از تشخیص اولیه کولیت السراتیو (UC)، وقوع کنسر کولورکتال افزایش می‌یابد. و در گذشته اظهار میشد که باندازه ۱٪ در سال به ازای هر سال از بیماری می‌باشد. مطالعات اخیر نشاندهنده این است که در مجموع، ریسک ابتلا به کنسر کولورکتال در حدود ۲٪ تا ۷/۵٪ در طی ۲۵ تا ۳۰ سال بعد از تشخیص بیماری و حدود ۱۳/۵٪ در حدود ۴۵ سال بعد از تشخیص می‌باشد. پان کولیت در درمقایسه با کولیت چپ به تنهایی، دارای ریسک بیشتر و زمان زودتر ابتلا به کنسر کولون می‌باشد.

### غربالگری در UC

\* بیمار مبتلا به UC ← کولونوسکوپی سالانه با شروع از ۱۰ سال پس از تشخیص و بیوپسی‌های متعدد از چهار گوشه کولون و از هر ۱۰ سانتی‌متر، از سکوم تا دیستال کولون (می‌تواند پیش‌بینی‌کننده، پیشرفت بیماری به طرف کنسر کولورکتال باشد)

- اگر حتی در یکی از بیوپسی‌های گرفته شده، تغییرات دیسپلازی با هر درجه‌ای مشاهده شد ← پروکتوکولکتومی (موثرترین روش پیشگیری از کنسر کولون در بیماران مبتلا به UC).

**بیماری کرون:** بیماری کرون نیز با افزایش ریسک کنسر کولورکتال همراه است ولی اغلب توسط پزشکان مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد، چون بیماران با بیماری

# کنسر آنال

## (کنسر مقعد)

### ملاحظات:

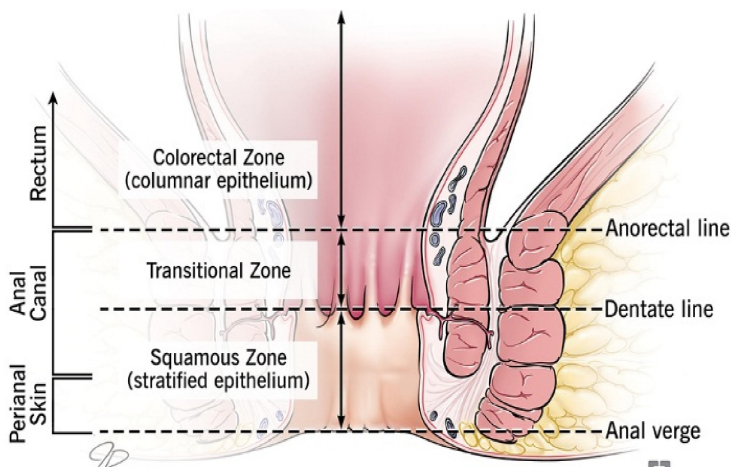
SCC (Squamous Cell Carcinoma)، شایعترین کنسر مقعد می‌باشد. سایر تومورهایی که می‌تواند باعث درگیری مقعد شود، شامل آدنوکارسینوم، ملانوم و BCC (Basal Cell Carcinoma) می‌باشد. اخیراً روش‌های درمانی چند منظوره شامل رادیوتراپی و کموتراپی، جایگزین درمان‌های تهاجمی مثل APR (AbdominoPrineal Resection) یا اکسیزیون وسیع موضعی شده‌اند، که حتی میزان بقای ۵ ساله را به حدود ۸۸٪ در کنسرهای مقعد رسانده‌اند و رزکسیون رادیکال فقط در موارد عدم پاسخ به کمورادیاسیون یا عود موضعی، محدود شده است.

### آناتومی و بافت شناسی کانال آنال:

کانال آنال آناتومی پیچیده و متناقضی دارد. کانال آنال از بالای Anorectal Ring (محل قابل لمس که از بهم رسیدن و همگرایی عضلات اسفنکتر داخلی و اسفنکتر خارجی عمقی و پوبورکتالیس تشکیل می‌شود) شروع شده و تا Anal Verge (محل اتصال کانال آنال و پوست بدون مو و کراتینیزه پرینه) ادامه دارد. تومورهای دیستال به Anal Verge، تومورهای Anal Margin یا پرینه‌آل نامیده می‌شوند.



کانال آنال بوسیله ATZ (Anal Transitional Zone) به سه بخش مجزا از نظر بافت شناسی تقسیم می‌شود. ATZ، یک نوار محیطی بافتی است که در بالا و پایین Dentate Line قرار دارد. این سه بخش بافت شناسی مجزا شامل اپیتلیوم Columnar (استوانه‌ای) مملو از موسین، اپیتلیوم ترانزیشنال خالی از موسین و مخاط اسکواموس (سنگ فرشی) تشکیل شده است. Dentate Line در ۵-۱۲mm بالای بخش انتهایی دیستال کانال آنال قرار دارد. معمولا ATZ، پهنایی حدود ۱-۲ cm دارد که تا ۳-۶ mm زیر Dentate Line کشیده شده است. در کانال آنال، بالای ATZ، سلول‌های استوانه‌ای قرار دارند، در پایین ATZ، اپیتلیوم سنگ فرشی قرار دارد و در خود ATZ، دارای هیستولوژی ترکیبی است که در آن سلول‌های مکعبی (Cuboidal) فراوان است.



تقسیم‌بندی انواع ضایعات کیستیک کبد در جدول زیر نشان داده شده است.



TABLE 56-1: CLASSIFICATION OF CYSTIC HEPATIC LESIONS

- I. Infectious hepatic cysts
  - A. Pyogenic liver abscess
  - B. Amebic liver abscess
  - C. Hydatid liver cysts
- II. Congenital hepatic cysts
  - A. Simple cysts
  - B. Polycystic liver disease
- III. Neoplastic hepatic cysts
  - A. Cystadenoma
  - B. Cystadenocarcinoma
- IV. Traumatic hepatic cysts

### آبسه پیوژنیک کبد:

در سال‌های اخیر علت اصلی آبسه‌های پیوژنیک کبد از pylephlebitis به مشکلات صفراوی و آبسه کریپتوژنیک تغییر پیدا کرده است.



### اتیولوژی:

سلول‌های کوپفر به عنوان فیلتری برای پاکسازی میکروارگانیسم‌ها از کبد است. ارگانیسم‌ها از طریق جریان خون، درخت صفراوی و تهاجم مستقیم به کبد می‌رسند. آبه‌سه زمانی ایجاد می‌شود که مکانیسم طبیعی پاکسازی کبد مختل شود یا تشدید شود.

نکروز پارانشیم و هماتوم ثانویه تروما، پروسه‌های انسدادی صفراوی، ایسکمی و بدخیمی‌ها می‌توانند باعث تهاجم بیشتر میکروارگانیسم‌ها شوند. برای درمان مناسب آبه‌سه، کنترل منبع لازم است. ۶ گروه به عنوان منشأ احتمالی شناسایی شده است:

۱. مجاری صفراوی از طریق کلانژیت صعودی
۲. ورید پورت از طریق pylephlebitis ناشی از آپاندیسیت یا دیورتیکولیت
۳. گسترش موضعی از طریق بیماری‌های مجاور
۴. ترومای بلانت یا نافذ
۵. شریان هیپاتیک از طریق سپتی سمی
۶. کریپتوژنیک

بیماری‌های صفراوی حدود ۳۵ تا ۴۰ درصد کل آبه‌سه‌های کبدی پیوژنیک را تشکیل می‌دهند که ۴۰٪ این آبه‌سه‌ها با بدخیمی زمینه‌ای همراه است.

انسداد درخت صفراوی و کلانژیت در بیش از  $\frac{1}{3}$  این بیماران وجود دارد. سنگ‌های اینترهپاتیک و تنگی صفراوی مرتبط علت اصلی آن در کشورهای شرقی و انسداد ناشی از بدخیمی علت اصلی در جوامع غربی است.



در متاستازهای کبدی جراحی استاندارد طلایی درمان است. با این حال رزکشن اغلب به علت بار بیماری، محل تومور، تخمین باقیمانده ناکافی کبد بعد رزکشن، بیماری خارج کبدی و کوموربیدیتی‌های دیگر قابل انجام نیست. جراحی فقط برای ۲۰٪ بیماران قابل انجام است و برای بقیه بیماران باید از روش‌های درمان جایگزین استفاده کرد.

### arterial - directed therapy:

تومورهای بدخیم کبد که مناسب درمان کیوراتیو (curative) نباشند با درمان‌های لوکورژینال معالجه می‌شود. ضایعات اولیه کبد مثل HCC و کلانژیوکارسینوم داخل کبدی مثل ضایعات متاستاتیک کبد از کولورکتال، تومور نورواندوکراین، پستان، ملانوم و کلیه می‌توانند با درمان مستقیم آرتریال درمان پالیاتیو یا down - stage شوند. درمان مستقیم از طریق شریان شامل آمبولیزاسیون bland، کموآمبولیزاسیون (DEBs) drug - eluting beads و رادیوآمبولیزاسیون است. آمبولیزاسیون bland شامل ایسکمی تومور از طریق قطع شریانی است که در آن از مواد شیمی‌درمانی استفاده نمی‌شود و با قطع خونرسانی تومور نکرور می‌شود.



در سه روش دیگر مواد توکسیک از طریق سیستم شریانی خونرسانی کننده تومور تزریق می‌شود در حالی که هیپاتوسیت‌های نرمال اغلب از طریق سیستم وریدی پورتال خونرسانی می‌شوند.

### کموآمبولیزاسیون:

#### تکنیک:

کموآمبولیزاسیون از طریق کاتتر شریانی (TACE) می‌تواند برای درمان بدخیمی‌هایی مثل HCC، متاستاز تومور NE، کلانژیوکارسینوم، ملانوم و متاستاز کولورکتال به کار رود.

چون تومورهای کبدی اغلب از شریان هیپاتیک خونگیری می‌کنند. با کموآمبولیزاسیون می‌توان سلول‌های بدخیم با حفظ پارانشیم کبدی اطراف مورد هدف قرار داد.

با آمبولیزاسیون اختصاصی شریان خونرسانی کننده تومور، ماده توکسیک در بستر تومور می‌ماند و سمیت سیستمیک کمتری ایجاد می‌کند و همچنین با ایجاد ایسکمی مرگ سلول‌های تومورال را بیشتر می‌کند. با این حال حفظ جریان پروگزیمال در شریان هیپاتیک برای تکرار درمان و درمان مجدد بر اساس پاسخ تومور و برای رزرو کبد ضروری است.

پاسخ تومور به صورت کاهش اندازه و یا فقدان اینهناسمنت در CT یا MRI نشان‌دهنده نکروز می‌باشد.

بعد از ارزیابی بیمار کاتتر فمورال گذاشته شده و یک آنژیوگرافی برای مشخص کردن آناتومی شریانی محل تومور انجام می‌شود.