

## بررسی مقایسه‌ای درمان جراحی فیشر مزمن آنال با دو روش اسفنکتروتومی باز و اسفنکتروتومی بسته

دکتر امیر درخشان فر\*، امین نیایش\*\*، دکتر پیمان کاظمی\*\*\*

### چکیده:

زمینه و هدف: فیشر آنال یک بیماری شایع آنورکتال است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه درمان جراحی فیشر مزمن آنال با دو روش اسفنکتروتومی باز و اسفنکتروتومی بسته انجام شد.

مواد و روش‌ها: ۶۰ بیمار مبتلا به فیشر مزمن مقعد که برای درمان جراحی به بیمارستان اکباتان همدان ارجاع شده بودند، بطور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره (گروه A: بیماران با جراحی باز و گروه B: بیماران با جراحی بسته) مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از انجام عمل جراحی، داده‌های مورد نظر از زبان بیمار و طبق گفته او و نیز در مواردی با معاینه پزشک، جمع‌آوری شده و در پرسشنامه مورد نظر به ثبت رسید که در واقع جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی که بیمار تحت بستری در بیمارستان بود، در حضور بیمار انجام گرفت و پس از مرخص شدن از بیمارستان به منظور پیگیری بیشتر و طولانی‌تر یا به صورت تلفنی یا با مراجعه به محل سکونت بیمار و یا با مراجعه بیمار به درمانگاه یا مطب طبق زمان‌های تعیین شده انجام شده و در پرسشنامه به ثبت رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد. برای بررسی معنی‌داری آماری از آزمون‌های کای اسکور و تی تست استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین مدت زمان بهبودی پس از عمل در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه باز،  $21/53 \pm 3/55$  روز و در گروه بسته،  $7/7 \pm 2/1$  روز می‌باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ). میانگین مدت زمان بازگشت به کار در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه باز،  $4/39 \pm 0/8$  روز و در گروه بسته  $3/27 \pm 1$  روز می‌باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ). میانگین مدت زمان احساس درد در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه باز  $2/73 \pm 1/9$  روز و در گروه بسته  $1/73 \pm 1/33$  روز بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P = 0/02$ ).

نتیجه‌گیری: بطور کلی با توجه به در نظر گرفتن وضعیت بهبودی، زمان بازگشت به فعالیت‌های عادی و درد بعد از عمل، در این مطالعه ما به این نتیجه رسیدیم که روش جراحی اسفنکتروتومی بسته بطور معنی‌داری بهتر از روش اسفنکتروتومی باز در درمان فیشر مزمن مقعد می‌باشد.

### واژه‌های کلیدی: اسفنکتروتومی باز، اسفنکتروتومی بسته، فیشر مزمن آنال

نویسنده پاسخگو: دکتر امیر درخشان فر

تلفن: ۰۸۱۱-۲۵۲۱۷۶۰

Email: dr\_derakshanfar\_a@Yahoo.com

\* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، بیمارستان بعثت، بخش جراحی عمومی

\*\* دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

\*\*\* پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، بیمارستان اکباتان

تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۰۸/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۱/۰۵

## زمینه و هدف

جراح و ابراز رضایت آنان از وارد شدن به این طرح، به صورت تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره تقسیم شدند. یک گروه بیماران تحت عمل جراحی اسفنکتروتومی باز و یک گروه بیماران تحت عمل جراحی اسفنکتروتومی بسته قرار گرفتند.

### اسفنکتروتومی بسته

این روش معمولاً تحت بیهوشی عمومی صورت می‌گیرد اما می‌تواند به صورت بی‌حسی موضعی و سرپائی انجام گیرد.<sup>۵۳</sup> در این روش یک اسپکولوم دو لبه مناسب بعد از قرارگیری در داخل کانال باز می‌شود تا آنوس را قدری گشاد کند. در این موقع اسفنکتر داخلی مانند یک بند محکم اطراف تیغه‌های اسپکولوم حس می‌شود.

لبه پائینی به راحتی لمس می‌شود و با فشار آرام یک جفت فورسپس به سمت بالا داخل شیار اسفنکتر، لبه داخلی و ضخامت اسفنکتر داخلی هم تشخیص داده می‌شود.<sup>۵۳و۴</sup> بی‌حسی موضعی در داخل فضای داخلی اسفنکتر و زیر موکوس آنودرم تزریق می‌شود. بعد از تشخیص لبه‌های اسفنکتر داخلی یک اسکالپل از سمت لترال وارد پوست مقعد می‌شود (از ساعت ۳ یا ۹ وقتی بیمار در وضعیت لیتوتومی قرار دارد).

لبه صاف اسکالپل از جهت سر آن بین اسفنکتر و آنودرم به داخل برده می‌شود تا به پشت لبه دندان‌های برسد.<sup>۳و۲</sup> وقتی برش اسفنکتر داخلی کامل شد، مقاومت در برای اسکالپل کاهش می‌یابد و در این زمان اسکالپل بیرون آورده می‌شود. معمولاً یک ترشح خونی جزئی از زخم کوچک خارجی وجود دارد، اما خیلی زود متوقف می‌شود.<sup>۳و۲</sup> زخم خارجی که معمولاً کمتر از ۳/۰ سانتیمتر طول دارد بدون بخیه گذاشته می‌شود تا درناژ خون از زخم زیرجلدی انجام می‌شود.<sup>۴-۲</sup> هیچ پوششی در داخل کانال قرار نمی‌گیرد و فقط یک گاز ساده روی پرینه قرار داده می‌شود تا ترشحات خونی را جذب نماید. بیمار همان روز می‌تواند از بیمارستان مرخص شود و به او توصیه نمود که اجابت مزاج را بدون نگرانی انجام دهد و تأکید شود که درد هنگام اجابت مزاج بسیار کمتر از قبل از عمل خواهد بود.<sup>۴-۲</sup>

اکثر بیماران وقتی فعالیت‌های عادی زندگیشان را طی حداکثر ۴۸ ساعت از سر می‌گیرند.<sup>۴و۳و۵و۶</sup>

فیشر آنال یک بیماری شایع آنورکتال است و عبارت از برش یا شکافی در کانال یا لبه آن است که می‌تواند از اتصال موکوکوتانئوس تا خط دندان‌های وسعت داشته باشد.<sup>۱</sup>

فیشر آنال با یک شکاف سطحی در اپیدرمی که از دیستال کانال آنال تا خط دندان‌های کشیده شده است، شروع می‌شود. کف زخم فیشر حاد با فیبرهای عمودی که در عضلات طولی کشیده شده از اسفنکتر داخلی تا آنودرم امتداد می‌یابند مشخص می‌شود، اما کف زخم فیشر مزمن شامل بافت گرانولیشن و فیبرهای عضلانی سفید، مدور و مورب اسفنکتر داخلی است. اکثر فیشرهای حاد آنال با موفقیت به درمان‌های حمایتی جلوگیری کننده از یبوست پاسخ می‌دهند، اما چنانچه درمان‌های مدیکال با شکست مواجه شد یا علائم بیمار به سمت یک فیشر مزمن، عمیق همراه با زائده پوستی و هیپرتروفی پاپیلای آنال پیش رفت، درمان جراحی برای بیمار پیشنهاد می‌شود.<sup>۵۳و۴</sup> اسفنکتروتومی کناری عضلات اسفنکتر داخلی در حال حاضر با توجه به عوارض پایین و بهبودی سریعتر نسبت به سایر روش‌ها، در بسیاری از مطالعات به عنوان انتخاب اصلی در درمان جراحی فیشر شناخته می‌شود. درمان جراحی فیشر، به دو صورت اسفنکتروتومی بسته و اسفنکتروتومی باز قابل انجام است.<sup>۶-۲</sup>

روش بسته، اولین خط درمان در فیشر مزمن مقعد می‌باشد و مؤثرترین شیوه در درمان فیشر در کودکان نیز هست.<sup>۵و۲</sup> با این روش شکایات بعد از عمل بسیار کم بوده و فقط ممکن است اکیموز جزئی پری آنال در محل زخم ایجاد شود. عفونت ناحیه آنال به ندرت رخ می‌دهد ولی ممکن است به سمت فیستول پیش رود که آن هم به راحتی برطرف خواهد شد. عمل جراحی احتمال خونریزی پس از عمل را پایین می‌آورد.<sup>۵و۳و۶</sup> مطالعه حاضر با هدف مقایسه درمان جراحی فیشر مزمن آنال با دو روش اسفنکتروتومی باز و اسفنکتروتومی بسته انجام شد.

### مواد و روش‌ها

کلیه مردان و زنانی که دچار علائم فیشر مزمن مقعد بودند و جهت انجام عمل جراحی به بیمارستان اکباتان همدان مراجعه کرده بودند (۶۰ بیمار مبتلا)، پس از بستری به دستور پزشک

## اسفنکترتومی باز

در این روش یک انسزیون شعاعی روی پوست، درست زیر لبه تحتانی اسفنکتر داخلی ایجاد می‌شود تا لبه تحتانی آن مشخص گردد.<sup>۲</sup>

سپس لبه تحتانی اسفنکتر با فورسپس گرفته می‌شود و یک برش درست بالای خط دندان‌های ایجاد می‌شود. آنگاه اسفنکتر داخلی با یک اسکالپل بریده می‌شود.<sup>۲</sup>

زخم همانند روش اسفنکترتومی بسته، باز گذاشته شده و بخیه نمی‌شود تا درناژ انجام گیرد اما در عمل جراحی با این روش احتمال خونریزی بعد از عمل بالا بوده و ممکن است بخیه زدن لازم باشد.<sup>۲-۴</sup>

پس از انجام عمل جراحی داده‌های مورد نظر از زبان بیمار و طبق گفته او و نیز در مواردی با معاینه پزشکی، جمع‌آوری شده و در پرسشنامه مورد نظر به ثبت رسید که در واقع جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی که بیمار تحت بستری در بیمارستان بود، در حضور بیمار انجام گرفت و پس از مرخص شدن از بیمارستان به منظور پیگیری بیشتر و طولانی‌تر یا به صورت تلفنی یا با مراجعه به محل سکونت بیمار و یا با مراجعه بیمار به درمانگاه یا مطب طبق زمان‌های تعیین شده انجام شده و در پرسشنامه به ثبت رسید.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد. برای بررسی معنی‌داری آماری از آزمون‌های کای اسکور و تی تست استفاده شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۶۰ بیمار مبتلا به فیشر مزمن مقعد در دو گروه ۳۰ نفره مورد مطالعه قرار گرفتند. ۳۳ نفر (۵۵٪) از این افراد مرد بودند.

۶۰٪ از بیماران مورد مطالعه در گروه اسفنکترتومی باز و ۵۰٪ از بیماران گروه اسفنکترتومی بسته مرد بودند. میانگین سنی بیماران در گروه باز:  $40/43 \pm 14/23$  سال و در گروه بسته:  $41/27 \pm 16/19$  سال و میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری فیشر مزمن مقعد در بیماران پیش از عمل، در گروه اسفنکترتومی باز  $21/4$  ماه و در گروه اسفنکترتومی بسته  $21/9$  ماه بود. اختلاف آماری معنی‌داری از لحاظ جنس ( $P=0/302$ ) و سن ( $P=0/83$ ) بیماران مورد مطالعه و همین طور مدت زمان ابتلا به بیماری ( $P=0/95$ )، بین دو گروه باز و بسته وجود نداشت.

میانگین مدت زمان بهبودی پس از عمل در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه باز،  $21/53 \pm 3/55$  روز و در گروه

بسته،  $7/7 \pm 2/1$  روز می‌باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ).

میانگین مدت زمان بازگشت به کار در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه باز  $4/39 \pm 0/8$  روز و میانگین مدت زمان بازگشت به کار در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه بسته  $3/27 \pm 1$  روز می‌باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P<0/001$ ).

میانگین مدت زمان احساس درد در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه باز  $2/73 \pm 1/9$  روز و میانگین مدت زمان احساس درد در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه بسته  $1/73 \pm 1/33$  روز بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P=0/02$ ).

در هیچیک از بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در دو گروه باز و بسته، هماتوم بعد از عمل اتفاق نیفتاد و خونریزی بعد از عمل در همه این بیماران در ۴۸ ساعت اول بعد از عمل متوقف شد.

## بحث و نتیجه‌گیری

میانگین سنی بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در مطالعه حاضر  $40/85$  سال بود که این میزان در محدوده گزارش شده در مطالعات دیگر که میانگین سنی بیماران در آنان دارای محدوده‌ای بین ۳۵ تا ۴۵ سال بود، می‌باشد.<sup>۱۱-۷۵</sup>

۵۵٪ از بیماران در مطالعه حاضر مرد بودند که این نتیجه مشابه برخی مطالعات مشابه<sup>۱۱۹</sup> می‌باشد که مردها  $55/2$ ٪ بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد را تشکیل می‌دادند، در حالیکه در مطالعات دیگر  $84$ ٪ بیماران مرد بودند.<sup>۷۵</sup>

میانگین مدت زمان بهبودی در گروه باز  $21/53$  روز و در گروه بسته  $7/7$  روز بود که این اختلاف بین دو گروه معنی‌دار بود که نشان می‌دهد بیمارانی که به روش بسته مورد جراحی قرار گرفته‌اند مدت زمان بهبودی کوتاه‌تری نسبت به بیمارانی که با روش باز تحت جراحی قرار گرفته‌اند، دارند. همچنین میانگین مدت زمان بازگشت به کار در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه باز،  $4/39$  روز در مقایسه با میانگین مدت زمان بازگشت به کار در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه جراحی بسته با  $3/27$  روز بطور معنی‌داری بالاتر بود که نشان از بازگشت سریع‌تر به کار و فعالیت‌های قبل از عمل در بیماران عمل شده به روش بسته در مقایسه با روش باز بود. میانگین مدت زمان احساس درد در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه باز  $2/73$  روز و میانگین مدت زمان

سریعتر و ناراحتی های کمتر بعد از عمل، بر روش جراحی باز برتری دارد. Pernikoff<sup>۱۷</sup> نیز میزان پایین تر عوارض در روش بسته نسبت به روش باز را گزارش کرده است.

با توجه به اینکه در هیچیک از بیماران در مطالعه حاضر، در دو گروه باز و بسته، هماتوم بعد از عمل اتفاق نیفتاد و خونریزی بعد از عمل در همه این بیماران در ۴۸ ساعت اول بعد از عمل متوقف شد از این نظر امکان مقایسه بین دو گروه از این نظر وجود نداشت.

بطور کلی با توجه به در نظر گرفتن وضعیت بهبودی، زمان بازگشت به فعالیت های عادی و درد بعد از عمل، در این مطالعه ما به این نتیجه رسیدیم که روش جراحی اسفنکترتومی بسته بطور معنی داری بهتر از روش اسفنکترتومی باز در درمان فیشر مزمن مقعد می باشد.

احساس درد در بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد در گروه بسته ۱/۷۳ روز بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود، به عبارت دیگر درد بیماران عمل شده به روش بسته در مدت زمان کوتاه تری نسبت به روش باز، بهبود می یابد.

در مطالعه ای که توسط Garcia<sup>۱۳</sup> انجام شد، بیماران مبتلا به فیشر مزمن مقعد به دو گروه جراحی باز و بسته تقسیم شدند و دو گروه از نظر جنس و سن مطابقت داده شدند. در این مطالعه، روش جراحی بسته به روش جراحی باز ارجح دانسته شده است. در مطالعه Lewis<sup>۱۴</sup> از نظر آماری در بهبودی و موربیدیتی بین این دو روش جراحی اختلاف معنی داری وجود نداشته است. Ektov<sup>۱۵</sup> معتقد است که روش جراحی باز بر روش جراحی بسته ارجحیت دارد. Kortbeek<sup>۱۶</sup> در مطالعه خود روش جراحی بسته را به علت میزان عوارض کمتر، دوره بهبودی

**Abstract:**

## Comparative Study of Closed Versus Open Lateral Internal Sphincterotomy in Chronic anal Fissure

*Derakhshanfar A. MD<sup>\*</sup>, Niayesh A. <sup>\*\*</sup>, Kazemi P. MD<sup>\*\*\*</sup>*

(Received: 29 Oct 2008

Accepted: 24 Jan 2009)

**Introduction & Objective:** Anal fissure is a common problem that causes significant morbidity in a young and otherwise healthy population. In this study we aimed at comparing the two surgical treatments: Closed lateral internal subcutaneous sphincterotomy, and Open lateral internal subcutaneous sphincterotomy.

**Materials & Methods:** 60 patients with signs and symptoms of chronic anal fissure who had referred to Ekbatan Hospital of Hamadan for surgical treatment, were included in this study. They were randomly divided into two groups of 30 patients, One group underwent Open Lateral internal subcutaneous sphincterotomy (group A), and the other group underwent close Lateral internal subcutaneous sphincterotomy (group B). Afterwards the questionnaires were filled in concerning the patients' demographic characteristics and the duration of their problem and their post surgical conditions such as: healing and back to work time and days with pain, using patients' words and the physical exam performed by the physician during the patient's stay in hospital and later on by interviewing the patients six month after the operation. The data were analyzed by SPSS 10 software and were compared by T-test and chi square tests.

**Results:** Average healing time in the two groups was  $21.53 \pm 3.55$  days in group A and  $7.7 \pm 2.1$  days in group B, which are statistically different ( $P < 0.001$ ). Patients went back to work  $4.39 \pm 0.8$  days after operation in group A, and  $3.27 \pm 1$  days after operation in group B ( $P < 0.001$ ). Also average days with pain after surgical treatment was significantly different in the two groups ( $P = 0.02$ ). Hematoma was not discovered and bleeding did not take place in the first 48 hours post surgery in any of the patients.

**Conclusions:** We suggest that open lateral internal sphincterotomy is associated with less post operative discomfort and healing times.

***Key Words: Open Sphincterotomy, Closed Sphincterotomy, Chronic anal Fissure***

\* Assistant Professor of General Surgery, Hamedan University of Medical Sciences and Health Services, Besat Hospital, Hamedan, Iran

\*\* Medical Student, Hamedan University of Medical Sciences and Health Services, Hamedan, Iran

\*\*\* General Practitioner, Hamedan University of Medical Sciences and Health Services, Ekbatan Hospital, Hamedan, Iran

## References:

1. Mark Lane Welton. Anorectum. In: Lawrence W Way, and Gerard M Doherty, editors. Current: surgical diagnosis, and treatment. 11<sup>th</sup> ed. California: Department of surgery: 2003: p. 768.
2. Notaras, M J MB, B S. Anal fissure and stenosis. Surgical clinics of North America 1998; 6: 1430-6.
3. Lockhart. John P Anal Fissure. In: Marvin L Corman, editor. Colon and Rectum Surgery. 4th ed. California: school of Medicine: 1998: p.206.
4. Robert D Fry. Benign Diseases of the Anorectum. In: Michael J Zinner, Seymour I Schwartz, and Harold Ellis, editors. Maingots: Abdominal operations. 10th ed. Harvard: Medical school: 1997: p.1444.
5. Shafiq ullah, Muhammad Naddeem. Closed versus open lateral internal sphincterotomy in chronic anal fissure: A Comparative study of postoperative Complications and Results. Pakistan J.Med. Res 2004; 43: 85-92.
6. Donald G Kim, and W Douglas Wong. Anal fissure. In: R John Nicholls, and Roger R Dozois, editors. Surgery of the Colon and Rectum. First ed. London: Department of surgery: 1997: p.233.
7. Nahas SC, Sobrado Junior CW, Araujo SE, Aisaka AA, Habar Gama A, Pinotti HW. Chronic anal fissure: results of the treatment of 220 patients. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 1997; 52: 246-9.
8. Hanaanel N, Gordon PG. Lateral internal sphincterotomy for fissure in ano. Dis Colon Rectum 1997; 40: 597-602.
9. Divino CM, Steinhagen RN. Anal fissure. 20 years experience. Dis Colon Rectum 1995; 38: 378-82.
10. Hanaanel N, Gordon PH. Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure in ano. Dis Colon Rectum 1997; 40: 229-33.
11. Melange M, Colin JF, Van Wynersch T, Van Heuverzwyn R. Anal fissure: correlation between symptoms and manometry before and after surgery. Int J Colorectal Dis 1992; 7: 108-11.
12. Pernkoff BJ, Eisenstet TE, Oliver GC, Salvati EP. Reappraisal of partial lateral internal sphincterotomy. Division of colon and rectal surgery, Muhlenberg Hospital UMDNJ Robert wood Johnson affiliated hospital, plainfield, New Jersey. Dis Colon Rectum 1994; 37: 1291-5.
13. Garcia Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Lowry AC, Madoff RD. Open vs. Closed sphincterotomy for chronic anal fissure: Long term results. Dis Colon Rectum 1996; 4: 440-3.
14. Lewis TH, Corman ML, Prager ED, Robertson WG. Long term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. Dis Colon Rectum 1998; 5: 368-71.
15. Ektov VN, Nolvkin AI, Khriachkov AA, Lakatosh KO. Selection of the most effective method of lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of fissure in ano. Vestn Khir Im II Grek 1986; 5: 37-41.
16. Kortbeek JB, Langevin JM, Khoo RE, Heine JA. Chronic fissure-in-ano: a randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. Dis Colon Rectum 1992; 35: 835-7.
17. Pernkoff BJ, Eisenstat TE, Oliver GC, Salvati EP. Reappraisal of partial lateral internal sphincterotomy. Division of colon and rectal surgery, Muhlenberg Hospital. UMDNJ Robert Wood Johnson affiliated hospital, plainfield, New Jersey. Dis Colon Rectum 1994; 37: 1291-5.