

فیستول مقعدی

فیستول یک ارتباط غیر طبیعی بین دو سطح اپی تلیال بدن می باشد. در مورد فیستول مقعدی (یا فیستول آنال)، دهانه خارجی این مسیر در پوست اطراف مقعد (آنوس) و دهانه داخلی آن داخل مقعد (آنوس یا رکتوم) قرار دارد. در صورتیکه مسیر فیستول از میان عضله اسفنکتر خارجی بگذرد، فیستول از نوع High می باشد ولی در صورتیکه مسیر فیستول کوتاه بوده و اسفنکتر خارجی را دربر نگیرد، فیستول از نوع low می باشد.

تذکره: این سند به صورت خودکار ایجاد شده است و ممکن است حاوی خطاهای تایپی باشد. لطفاً در صورت مشاهده هرگونه اشتباه، مراتب را به مدیریت اطلاع دهید.

علائم و نشانه ها

بیمار بدلیل ترشح چرکی مداوم از دهانه خارجی فیستول مراجعه می کند و چون ترشحات فیستول بطور مداوم تخلیه میشوند، درد نمی تواند عامل مهمی برای مراجعه بیمار این باشد ولی احساس سوزش یا خارش ناشی از ترشحات می تواند عامل مراجعه بیمار این باشد. در معاینه این بیمار معمولاً دهانه خارجی فیستول قابل مشاهده بوده و در لمس با انگشت ممکن است بتوان مسیر فیستول را که به شکل یک مجرای سفت شده (tract) می باشد لمس کرد. دهانه داخلی نیز در صورتیکه نزدیک آنوس باشد قابل لمس است و از طریق رکتوسکوپی ممکن است بتوان آنرا مشاهده نمود.

از آنجا که پیش بینی مسیر فیستول و تعیین دهانه داخلی و خارجی آن، نقش اساسی را در مورد درمان تمام انواع فیستولها دارد، آقای گودسال، قانونی در این مورد بیان کرده است که بنام خود او مشهور است. بر اساس این قانون، اگر با یک خط عرضی، آنوس را به دو قسمت خلفی و قدامی تقسیم کنیم، در صورتیکه دهانه خارجی فیستول، در سطح قدامی باشد، دهانه داخلی آن با یک مسیر کوتاه و مستقیم در دیواره قدامی آنوس قرار دارد ولی اگر دهانه خارجی در سطح خلفی باشد، فیستول یک مسیر منحنی را طی کرده و دهانه داخلی آن در خط وسط دیواره خلفی آنوس قرار خواهد داشت. (یک استثنا زمانی است که در سطح قدامی یک فیستول با فاصله بیش از 3 سانتی متر از آنوس قرار داشته باشد که در این صورت دهانه داخلی به احتمال زیاد در خط وسط دیواره خلفی آنوس قرار دارد).

فیستولهای آنال کجیستی بهتخلیصت و یا تخلیص بلسیونیکوتی (نوعی آنال) (داخلی) (مقعدی) (تاسی) (دبه) تعیین مسیر فیستول از طریق درمان

اصل مهم برای درمان فیستول آنال (فیستول مقعدی)، از بین بردن اپی تلیالمیزاسیون (لایه سلولی) داخل فیستول می باشد. فیستولهایی که از نوع low می باشند براحتی با یک فیستولوتومی که شامل باز کردن سقف فیستول و تخریب نسج اپی تلیالمیزه داخل آن با کورت یا کوتر می باشد، قابل درمان است. در این عمل مسیر فیستول تبدیل به یک زخم باز میشود که بتدریج با نسج گرانولاسیون پر میشود. فیستولکتومی به این معنی که تمام مسیر فیستول بطور کامل برداشته شود توصیه نمیشود چون به نسج سالم اطراف آسیب می زند. در مورد فیستولهای High، فیستولوتومی خطرناک است چون می تواند با قطع اسفنکتر، بیمار را دچار بی اختیاری نماید. یکی از روشهای قدیمی برای این فیستولها که هنوز نیز از آن استفاده میشود عبور دادن Seton از مسیر فیستول و باقی گذاشتن آن در این محل می باشد. Seton که می تواند نخ سیلک یا نوار پلاستیکی باشد بتدریج با ایجاد فیروز در مسیر فیستول، نسج اپی تلیال داخل آن را تخریب می کند و خودش نیز از میان نسج سالم عبور کرده و خارج میشود. برای توصیح اینکه چرا عبور Seton از نسج سالم باعث تخریب اسفنکتر نمیشود گفته میشود وقتی شما یک تکه یخ را با سیم فشار دهید سیم بتدریج یخ را قطع خواهد کرد و از طرف دیگر آن خارج میشود ولی یخ مجدداً بهم می چسبد بطوریکه اثری از عبور سیم در آن نمی ماند.

درمانهای جراحی دیگری مانند فلاپ اندوآنال و پرکردن داخل فیستول با بیومتریال (plug fistula) وجود دارد که در موارد خاص انجام میشود.

فیستول آنال (فیستول مقعدی) در صورتیکه درمان نشود علاوه بر آنکه موجب آزار و اذیت جسمی و روحی بیمار میشود ممکن است منجر به عفونتهای شدید و حتی ایجاد کارسینوما در فیستول گردد.

