

در درمان جراحی پولیپوز فامیلی (FAP) آیا هنوز جایی برای عمل کولکتومی با آناستوموز ایلئورکتال وجود دارد؟

دکتر رسول عزیزی *

* جراح گوارش و کولورکتال، مرکز پزشکی فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده:

هدف: هدف از نگارش این مقاله بررسی اعمال جراحی مختلف برای درمان پولیپوز فامیلی و انتخاب عمل جراحی مناسب برای هر فرد مبتلا به توجه به شرایط بیمار و گستردگی آن و در نتیجه کاهش عوارض احتمالی بعد از عمل است. این مقاله بیان تجربه ما روی هشت بیمار و تجزیه و تحلیل اعمال انجام شده و نیز پرداخت به بررسی تجربیات منابع مختلف در این زمینه می‌باشد.

روش مطالعه: از ۹ بیمار مبتلا به پولیپوز آدنوماتوز فامیلی که به ما مراجعه کرده و مورد بررسی و درمان قرار گرفته‌اند، یک مورد به علت ابتلا به سرطان و پیشرفت بیماری و متاستاز به دور دست در سن ۳۹ سالگی قابل درمان جراحی تشخیص داده نشده، از مطالعه حذف شد. هشت بیمار دیگر که از سال ۱۳۷۶ تا اردیبهشت ۱۳۸۰ به علت پولیپوز فامیلی به ما مراجعه کرده بودند، تحت درمان جراحی و بررسی قرار گرفتند. سن بیماران بین ۱۷ تا ۳۸ سال بوده است. دو نفر زن و بقیه مرد بودند. در پنج بیمار عمل پروکتوکولکتومی و ایجاد کیسه از ایلئوم و آناستوموز به مجرای آنوس با استاپلر انجام شده است. یک مورد از این موارد مرد ۳۸ ساله‌ای بوده است که به علت انسداد در شهرستان تحت عمل جراحی قرار گرفته و کانسر در زمینه پولیپوز تشخیص داده شده بود، که بعد از عمل نهائی و جراحی پروکتوکولکتومی و ایجاد کیسه ایلئوم و آناستوموز به کانال آنال را بر روی او انجام دادیم. در سه بیمار توتال کولکتومی و آناستوموز ایلئوم به رکتوم انجام گرفت. در دو بیمار به علت عاری بودن رکتوم از پولیپ این روش انتخاب شد، ولی یک مورد به علت اندومتریوز و چسبندگی شدید لگن از نظر تکنیکی مشکل بود، لذا رکتوم را اجباراً حفظ کردیم، که پی‌گیری بر روی او صورت می‌گیرد و در صورت دیده شدن پولیپ در رکتوم پولیپ‌ها با کولونوسکپی و الکتروکوتر برداشته می‌شود.

نتیجه اعمال انجام شده: از هشت بیمار بر روی پنج مورد عمل پروکتوکولکتومی و ایجاد کیسه ایلئوم و آناستوموز به مجرای آنال با استاپلر خطی و حلقوی انجام شده است، پی‌گیری بیماران از شش ماه تا چهار سال بوده است و عمل جراحی عارضه‌ای نداشته و تا این زمان که پی‌گیری صورت گرفته مشکلی نداشته‌اند. اکثر بیماران در ابتدا تعداد دفعات دفع بین هشت تا ده مرتبه در روز داشتند که تا آخر سه ماه بعد از عمل به سه تا چهار بار در روز رسید. در تمامی بیمارانی که پاچ (pouch) گذاشته شد اجابت مزاج شبانه تا سه مرتبه وجود داشت ولی در پی‌گیری‌های بعدی به طور کامل از بین رفت. بیماران عمل شده نشستی (soiling) در دو سه ماه اول بعد از عمل داشتند ولی این امر با کاهش تعداد دفعات مدفوع از بین رفت. هیچ مورد بی‌اختیاری (incontinance) نداشتیم. از سه بیمار که در آنها توتال کولکتومی و آناستوموز ایلئوم به رکتوم انجام شده بودند در دو مورد بعد از شش ماه رکتوسیگموئیدوسکپی صورت گرفت اما این بیماران بعد از آن به طور مرتب مراجعه نکردند. اما مورد سوم که در رکتوم نیز پولیپ داشته است، مرتب تحت نظر بوده و هر شش یا هشت ماه بررسی صورت گرفته و تا حالا سه بار پولیپ‌ها با کولونوسکپی و کوتر برداشته شده است.

نتیجه‌گیری نهائی: پولیپوز فامیلی بیماری است که پتانسیل تبدیل به کانسر در آن حتمی است، بیماران باید به موقع شناسائی و جراحی شوند. انتخاب عمل جراحی بر حسب مورد باید انتخاب شود. در صورت سالم بودن رکتوم و آگاهی بیمار از نوع بیماری و قول همکاری، می‌توان رکتوم را حفظ کرده، ایلئوم را به آن آناستوموز داد و بعد مرتب رکتوم باقی‌مانده را پی‌گیری و تحت نظر گرفت، ولی در شرایطی که رکتوم نیز پولیپ داشته باشد یا احتمال همکاری بیمار کم باشد، (که در تجربه ما بیمارانی که رکتوم را بر نداشته بودیم و توتال کولکتومی و آناستوموز ایلئوم به رکتوم انجام شده بود، بجز یک مورد بیماران دیگر مراجعه نکردند) بهتر است عمل پروکتوکولکتومی انجام شود و با توجه به تکنیک‌های جدید که نیاز به استوما را منتفی می‌کند، این عمل بسیار ارزنده بوده، بیمار را از ابتلا به سرطان نجات می‌دهد.

کل واژگان: پولیپوز فامیلی - پاچ - استاپلر

مقدمه:

با مشاهدات Lockhart-Mummery ثبت پرونده بیماران در انستیتو St. Mark لندن شروع شد. بزرگترین گزارش در مورد این بیماری از انستیتو St. Mark روی سیصد بیمار مبتلا به پولیپوز فامیلی توسط Bussy داده شده است. Bussy در مطالعه خود تأکید بر افتراق پولیپوز فامیلی و آدنوم متعدد داشته است. به اعتقاد او در پولیپوز فامیلی تعداد پولیپ‌ها به هزار عدد می‌رسد در حالی که در آدنوم متعدد کمتر از ۱۰۰

پولیپوز فامیلی یک بیماری ارثی غالب است که به طور اجتناب‌ناپذیر منجر به کانسر کولورکتال می‌شود. طبق آمارهای مختلف از هر هفت تا ده هزار تولد یک مورد مبتلا به پولیپوز فامیلی می‌شود. هندفورد (handford) در سال ۱۸۹۰ همراهی این بیماری را با سرطان شرح داد.

Abstract

Should the patients with FAP be treated with colectomy and ileo-rectal anastomosis?

Rasoul Azizi, M.D.

Colo-rectal surgeon, Firozgar General Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Purpose: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of different surgical techniques in Familial Adenomatous Polyposis (FAP). We assessed our own experience in 8 FAP cases and studied literature in this field.

Method: From the nine cases of FAP admitted to our institute, one was excluded from the study because of advanced cancer. We operated 8 patients with FAP (age range 17-38 years; 2 females) from 1997 to 2001. Five cases procto-colectomy, ileal pouch and anastomosis (IPA) with stapling technique were undertaken. One 38-year-old male has operated for intestinal obstruction caused by a tumoral lesion in the sigmoid colon; segmental resection was done and he was then referred to us for definitive treatment of FAP. Colectomy and ileo-rectal anastomosis were performed, to protect the rectum, in 3 patients, two of whom were free of rectal polyps: The third patient had endometriosis, in when. Resection had risk of perforation. Postoperative regular follow-up, colonoscopy and polyps fulguration were done in 6-8 months interval.

Results: From the 8 patients studied, procto-colectomy and IPA with stapling device was performed for 5 cases. Duration of follow up was between 6 months and 4 years. All operations were without early complications. Three cases of total colectomy and ileo-rectal anastomosis, were evaluate, 6 months after operation and the rectum was intact on recto-sigmoidoscopy, but they did not return for follow up. The third case had rectal polyps but we could not resect it technically. She was regularly followed up and the polyps were resected with electrocauter, three times.

Conclusion: FAP patients are at risk of developing colorectal cancer. Therefore, prophylactic surgery to reduce or eliminate the potential for developing cancer is mandatory. One reason for the popularity of IPA in FAP is that most surgeons believe it results in a significantly lower risk of colorectal cancer than ileo-rectal anastomosis. Although this is likely to be true, the long-term risk of pouch and anal transitional zone cancer is unknown. On the other hand ileo-rectal anastomosis, without pelvic dissection, has a risk and possibility of nerve damage. We believe that surgeons should select and choose a surgical technique, individualize, if rectal polyps are present procto-colectomy and IPA are the preferred operations and in those in whom the rectum is free of polyps, the surgeon can protect the rectum. Personally, I prefer to use IPA for Iranian FAP patients because patients usually fail to return for regular postoperative visits and evaluation of the remnant rectum.

Key words: FAP, pouch, stapler

در زمان مناسب قبل از تبدیل به کانسر منطقی به نظر می‌رسد. کارسینوم در کنار آمپول واتر پانکراس در مبتلایان به سندروم گاردنر پاتولوژی شناخته شده‌ای است. ۱۲ در صد بیماران در انستیتو St.Mark که پنج سال بعد از کولکتومی زنده مانده‌اند، دچار سرطان دئودنوم، آمپول واتر یا پانکراس شده‌اند. تومور دسموئید یک فیروماتوز خوش خیم است که در پولیپوز فامیلی ممکن است دیده شود، همراه بودن تومور دسموئید با ضایعات استخوانی معمولاً در جمجمه و فک با کیست درموئید و پولیپوز فامیلی بنام سندروم گاردنر شناخته می‌شود. گاهی تومور دسموئید تبدیل به فیبرو سارکوم می‌شود. در این حالت نیز متاستاز رخ نمی‌دهد و معمولاً عود موضعی بعد از برداشتن شایع است. این توده تومورال در مزاتر، در خلف صفاق، و در محل برش‌های جراحی پدیدار می‌شود. همراهی کیست سیاسه یا اپیدرموئید با پولیپوز فامیلی به نام سندروم Oldfield گفته می‌شود. از آنجائی که وجود کیست سیاسه قبل از سن بلوغ شایع نیست، در صورت یافتن آن در بیمار با سن کم ممکن است مجوزی برای تجسس کولون و رکتوم برای پزشک باشد. آنومالی‌های دندانی مثل دندان‌های نهفته یا دندان‌های متعدد و کیست‌های دندانی گاهی با بیماری پولیپوز فامیلی دیده می‌شوند. کارسینوم تیروئید نیز با پولیپوز فامیلی گزارش شده است. هم‌چنین پانکراتیت و هیپوتوبلاستوما همراه با پولیپوز فامیلی گزارش شده است. کارسینوئید روده کوچک، آدنوم کانسر آدرنال، پیگمانتاسیون‌های پوستی نیز همراه با پولیپوز فامیلی گزارش شده است. بالاخره باید از سندروم

پولیپ است. با پیشنهاد این مؤلف عدد صد، حد مرزی افتراق پولیپوز فامیلی با آدنوم متعدد قرار گرفته است.

مطالعات اخیر نشان داده است که یک ژن در کروموزوم 5q21 مسئول انتقال پولیپوز فامیلی است و در پیشرفت سرطان بااهمیت است. آزمایش DNA بیماران پولیپوزی و اعضای خانواده آنها؛ حتی در نوزادان قبل از تولد تشخیص بیماری را میسر می‌سازد. در آینده ژن درمانی سلول‌های سوماتیک برای درمان غیرجراحی بیماری پولیپوز فامیلی می‌تواند نویدبخش باشد. قبل از مرتب این که علائم بیماری ظاهر شود پولیپ در روده پدید می‌آید. طبق نظر Bussy حداقل ده سال قبل از بروز علائم بیماری، پولیپ در روده به وجود می‌آید. به ترتیب شیوع علائم بیماری عبارتند از خونریزی؛ اسهال، درد شکم و دفع مدفوع بلغمی. در صورت بروز سرطان علائمی مانند: آمی، کاهش وزن نیز اضافه می‌شود. البته در تبدیل بیماری به کانسر احتمال بروز انسداد روده نیز وجود خواهد داشت. علاوه بر علائم ذکر شده که مربوط به وجود پولیپ در کولون و رکتوم است، یک سری علائم مربوط به همراهی ضایعاتی در خارج از روده بزرگ نیز ممکن است پدید آید.

پولیپ در سایر قسمت‌های دستگاه گوارش و کانسر با پولیپوز فامیلی گزارش شده است، طبق گزارش‌ها، شایع‌ترین محل دئودنوم، آمپول واتر و معده بوده است. در یک گزارش و مطالعه روی ۱۰۰ بیمار پولیپوز فامیلی، در ثلث بیماران آدنوم دئودنوم در اندوسکپی پیدا شده است، بنابراین اندوسکپی در فواصل معینی برای یافتن آدنوم و معالجه

تورکات Turcot که عبارت است از همراهی پولیپوز با تومورهای بد خیم سیستم عصبی مرکزی، نام ببریم.

بیماران و متد مطالعه:

از مجموع ۹ بیمار، هشت مورد عمل شده از سال ۱۳۷۶ تا اردیبهشت ۱۳۸۰ مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته‌اند. سن بیماران بین ۱۷ الی ۳۸ سال بوده است، دو نفر زن بودند، که در هر دو تعداد پولیپ‌های متعدد، بیش از صد پولیپ بود و در هر دو، در رکتوم نیز پولیپ وجود داشته است، یک بیمار برادرش نیز پولیپوز داشته که در بیمارستان دیگر تحت عمل جراحی قرار گرفته و طبق اظهار بیمار برادرش نیز عمل پروکتوکولکتومی شده است، در بیمار ما هم عمل پروکتوکولکتومی و هم ساختن پاچ و آناستوموز به کانال آنال صورت گرفت (Ileal pouch anal anastomosis (IPAA).

ما با تکنیک سه استاپلر عمل را انجام می‌دهیم. ابتدا بعد از رزکسیون تمامی کولون و رکتوم با گذاشتن استاپلر خطی TA30 (شرکت اتیکون) در محل اتصال رکتوم به کانال آنال (آنال جراحی) بلافاصله بالای عضله پوبورکتالیس و بستن استاپلر تمامی کولون و رکتوم برداشته می‌شود، در این زمان در حالی که استاپلر گذاشته شده، انگشت را از آنوس وارد کرده، محل بسته شده استاپلر را لمس می‌کنیم، طول آن بیش از چهار یا پنج سانتی‌متر نیست. در واقع این مانور برای این است که بدانیم چه مقدار از نسج رکتوم باقی می‌ماند. در اکثر مواقع اگر دقیق باشیم بیش از یک سانتی‌متر از رکتوم باقی نمی‌ماند. این روش در خیلی از مراکز جایگزین عمل موکوزکتومی گردیده است. به جای استاپلر خطی TA می‌توان از یک نوع استاپلر دیگر که سر آن زاویه می‌گیرد و با این زاویه تا کف لگن و انتهای رکتوم می‌توان رسید استفاده کرد، البته ما به خاطر گرانی آن و عملکرد مشابه با استاپلر TA، اکثراً از همان TA استفاده می‌کنیم. سپس با استاپلر خطی دیگر به نام GIA75 از انتهای ایلئوم کیسه یا pouch به طول ۱۵ سانتی‌متر به شکل J می‌سازیم و در انتهای عمل این پاچ را با استاپلر حلقوی از شکم و از راه پرینه به کانال آنال آناستوموز می‌دهیم. در واقع پاچ ایجاد شده رکتوم جدید خواهد بود. بعد یک ایلئوستومی لوپ جهت دفع مواد دفعی به صورت موقت ایجاد می‌کنیم که بعد از اطمینان از آناستوموز دو ماه بعد آن را می‌بندیم.

مورد دوم زن ۳۸ ساله‌ای بود که در سراسر رکتوم و کولون پولیپ داشت همچنین یک توده بزرگ در مزانتر روده کوچک و نزدیک شریان مزانتریک فوقانی او دیده می‌شد که امکان رزکسیون بدون آسیب شریان مقدور نبود، علاوه بر این به علت آندومتریوز شدید و چسبندگی لگن رزکسیون رکتوم میسر نشد، لذا توتال کولکتومی و پولیپ‌های بزرگ رکتوم با کوتر برداشته شد و بیمار بعد از عمل هر شش ماه به طور مرتب مورد رکتوسیگموئیدوسکپی قرار گرفت و پولیپ‌های بزرگ رکتوم با کوتر برداشته شد. این بیمار همچنان تحت‌نظر است. بیمار دیگر؛ مرد ۳۸ ساله‌ای بود که از بیماری خود اطلاعی نداشت، به علت انسداد روده در یکی از شهرستان‌ها عمل و کولون سیگموئید رزکسیون شده بود و در پی آن پولیپوز فامیلیال تشخیص داده شده که یکی از پولیپ‌ها تبدیل به

کانسر شده، انسداد ایجاد کرده بود. در این بیمار، ما پس از بررسی‌های لازم توتال پروکتوکولکتومی کردیم و مطابق عمل قبلی که شرح داده شد پاچ از ایلئوم ساخته، ایلئوستومی موقت را نیز به موقع بستیم. در دو سالی که بیمار تحت نظر بوده، با مشکلی مواجه نشده است. در سه مورد دیگر نیز عمل پروکتوکولکتومی انجام شد و همانند تکنیک شرح داده شده، پاچ گذاشته شد. جوانترین مورد این عمل‌ها جوان ۱۷ ساله‌ای بود که پدرش نیز مبتلا به پولیپوز بوده است و برای پدر نیز توتال کولکتومی و آناستوموز ایلئوم به رکتوم انجام شده بود. دو بیمار دیگر که توتال کولکتومی با حفظ رکتوم و آناستوموز ایلئوم به رکتوم در آنها صورت گرفته بود و رکتوم فاقد پولیپ بود توصیه شد بعد از عمل جهت بررسی رکتوم مرتب مراجعه کنند. به طور خلاصه از هشت بیمار، در پنج مورد عمل پروکتوکولکتومی و آناستوموز پاچ به کانال آنال انجام شد و در سه مورد توتال کولکتومی و آناستوموز ایلئوم به رکتوم صورت گرفت.

شرح اعمال جراحی:

برای درمان پولیپوز فامیلی می‌توان از چهار روش جراحی استفاده کرد که عبارتند از:

- ۱- عمل پروکتوکولکتومی و ایلئوستومی دائم
- ۲- کولکتومی توتال و آناستوموز ایلئوم به کانال آنال
- ۳- پروکتوکولکتومی توتال و آناستوموز ایلئوم به کانال آنال
- ۴- پروکتوکولکتومی توتال و ایجاد پاچ از ایلئوم و آناستوموز آن به کانال آنال

عمل اول و سوم در حال حاضر نمی‌تواند طرفدار و جذابیت داشته باشد. عمل پروکتوکولکتومی و ایجاد ایلئوستومی دائمی در گذشته انجام می‌شد ولی با توجه به پیشرفت تکنولوژی و تکنیک جراحی نه بیمار حاضر است یک استومای دائمی را بپذیرد و نه جراح این عمل را برای بیمارش انتخاب می‌کند. نگهداری یک استوما به صورت ایلئوستومی وقتی که جایگزین‌های متناسب با زندگی طبیعی انسان وجود دارد عاقلانه به نظر نمی‌رسد. عمل سوم هم در واقع یک ایلئوستومی در پرینه است که نگهداری آن بسیار مشکل و برای بیمار طاقت‌فرسا است و آناستوموز ایلئوم به آنوس بدون ایجاد یک پاچ، باعث ناتوان کردن بیمار خواهد شد. بنابراین دو عمل، یکی پروکتوکولکتومی و ایجاد پاچ و آناستوموز آن به کانال آنال و دیگری عمل کولکتومی توتال و آناستوموز ایلئوم به رکتوم، در محافل علمی جای بحث و گفتگو دارد.

در عمل ایجاد پاچ و آناستوموز به کانال آنال دغدغه و نگرانی باقی ماندن رکتوم که پتانسیل بدخیمی دارد وجود ندارد. البته چند مورد پیدایش پولیپ در پاچ و حتی بدخیم شدن آن نیز گزارش شده است که البته در حد چند گزارش است و شیوع زیادی ندارد. در مقابل در عمل آناستوموز ایلئوم به رکتوم دیسکسیون لگن انجام نمی‌شود لذا اشکالات عصبی ناشی از آن ایجاد نخواهد شد و در نتیجه مسئله اشکالات جنسی و احتمال آمپوتانس کم خواهد بود. در عمل پاچ ممکن است دفعات دفع بیشتر باشد و عوارضی مثل زخم پرینه و Soiling بیش از عمل دوم باشد. عمل پاچ معمولاً احتیاج به یک ایلئوستومی موقت دارد که در نتیجه بیمار باید عمل دیگر را برای بستن آن بپذیرد که

نداشتند. تمام بیماران از کیفیت زندگی با پاوچ راضی بودند و سوای جوان هفده ساله‌ای که از عملش بیش از شش ماه نگذشته بود و مسئله جنسی در او مطرح نبود، بقیه از نظر روابط زناشویی ناراضیتی نداشتند. در هر سه مورد آناستوموز ایلئوم به رکتوم نیز دفعات مدفوع بین هشت تا ده مرتبه در روز بود ولی بدون استفاده از دارو یا رعایت رژیم مناسب قوام مدفوع طبیعی و دفعات مدفوع به حدود سه چهار مرتبه در روز تقلیل یافت. یک مورد از این سه بیمار مرتب تحت نظر بود و سه مرتبه پولیپ‌ها برداشته شد (fulguration). دو مورد دیگر بعد از مراجعات اولیه بعد از عمل جراحی، برای پی‌گیری‌های مرتب مراجعه نکردند. البته اگر قبول کنیم نمودن خبر دلیل خوب بودن است می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آنها از نتیجه عمل راضی هستند و تلفنی نیز یک مرتبه همین مسئله بیان شده است، ولی شاید یکی از نکات ضعف عمل آناستوموز ایلئوم به رکتوم این باشد که ما رکتوم را که در آن پتانسیل بدخیمی پولیپ وجود دارد، در بدن بیمار باقی گذاشته‌ایم. دو مورد از بیماران عمل پاوچ، در برادر یا خواهرانشان نیز پولیپوز وجود داشته است و ما به همه هشت مورد بیماران خطر احتمالی تبدیل به سرطان و موضوع غالب بودن ژن و انتقال آن به افراد نزدیک فامیل توضیح کافی دادیم و از آنها خواستیم تا برادر یا خواهرشان را برای بررسی و یافتن بیماری به کلینیک بیاورند، ولی با کمال تعجب هیچ کدام اقدامی در این مورد انجام ندادند.

نتیجه نهایی:

پولیپوز فامیلی بیماری است که پتانسیل تبدیل به کانسر در آن حتمی است، بیماران باید به موقع شناسائی و عمل شوند. انتخاب عمل جراحی باید بسیار دقیق و با شرایط فرهنگی و اجتماعی بیمار و وضع پولیپوز و گرفتاری رکتوم متناسب باشد. خیلی از مراکز مهم و نیز صاحبان نظران، همان طور که در بحث بیماری اشاره شد، در صورت سالم بودن رکتوم و همکاری بیمار توصیه می‌کنند رکتوم حفظ شود و بعد از عمل بیمار مرتب تحت نظر باشد تا در صورت پیدایش و رشد پولیپ‌ها، پولیپکتومی صورت گیرد و بدین ترتیب از عوارض احتمالی برداشته شدن رکتوم جلوگیری به عمل می‌آورند. در کشور ما با توجه به شرایط اقتصادی و مسائل فرهنگی، چون مراجعه مرتب به پزشک انجام نمی‌شود (چنانچه در دو بیمار کولکتومی و آناستوموز ایلئوم به رکتوم بیماران ما همین اتفاق افتاد و بعد از دو سه مرتبه ویزیت پس از عمل دیگر مراجعه نکردند و عملاً از سرنوشت و آینده آنها بی‌خبر ماندیم) به نظر می‌رسد برای نجات بیمار و از بین بردن خطر ابتلا به سرطان، عمل پروکتوکولکتومی ارجحیت داشته باشد یعنی با برداشتن تمام قسمت‌های روده که پتانسیل بدخیمی دارند، خطر سرطان حذف می‌شود و با گذاشتن پاوچ نیز بیماران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار می‌شوند. ارجاع بیماران به مراکز که در جراحی کولونوپروکتولوژی کار می‌کنند، هم از نظر کنترل بعد از عمل و هم گذاشتن پاوچ و انتخاب تکنیک‌های مناسب عمل، منطقی و بااهمیت به نظر می‌آید.

خود این عمل می‌تواند عوارضی را ایجاد کند. Pouchitis یک عارضه دیگر است که احتمال آن در عمل پاوچ وجود دارد. عمل پاوچ اگر با استاپلر انجام شود از نظر اقتصادی هزینه بیشتری برای بیمار دارد، مخصوصاً در کشور ما که این ابزارها گران است. ولی در کلام آخر چون در عمل پاوچ تمام قسمت‌های روده که پتانسیل بدخیمی دارند برداشته می‌شود و در صورت عدم مراجعه بعدی نگرانی برای بیمار و جراح و پزشک معالج ندارد لذا در سال‌های اخیر طرفداران بیشتری پیدا کرده است و از آنجائی که کیفیت زندگی در بیماران عمل شده با روش پاوچ تقریباً مثل افراد طبیعی جامعه است، بیشتر مراکز این روش درمان را ترجیح می‌دهند. در اینجا نظرات چند مرکز مهم را بیان می‌کنیم.

مقایسه‌ای در کلینیک مایو بین ۲۱ بیمار که بر روی آنها عمل توتال کولکتومی و آناستوموز ایلئوم به رکتوم انجام شده است، با ۹۴ بیمار که عمل پاوچ بر روی آنها انجام شده، صورت گرفته است. ۶۱ در صد بیماران با تکنیک اولی احتیاج به سوزاندن پولیپ‌های رکتوم پیدا کرده‌اند، هفت در صد بیماران پاوچی دچار التهاب پاوچ شده بودند، هیچ اختلاف قابل توجهی در دفعات دفع مدفوع بین دو گروه گزارش نشده است. در حالی که در چهار درصد بیماران عمل شده با تکنیک پاوچ soiling شبانه گزارش شده است. گزارش دیگری از انستیتو سن مارک بیانگر عارضه بیشتر در بیماران عمل شده با تکنیک پاچ است. soiling شبانه در عمل پاوچ در این گزارش چهل و سه در صد بوده است. گروهی از کلینیک کلیولند نیز موافق عمل حفظ رکتوم و آناستوموز ایلئوم به آن هستند به شرطی که ریسک سرطانی شدن رکتوم به اطلاع بیمار برسد و پی‌گیری مرتب انجام شود. بررسی محققان سوئدی روی پرونده ۱۲۰ بیمار مبتلا به پولیپوز که عمل شده‌اند بیانگر این است که هنوز عمل حفظ رکتوم و آناستوموز ایلئوم به آن با در نظر گرفتن شرایط مختلف می‌تواند جایگزین مناسبی برای عمل پاوچ در بیماران مبتلا به پولیپوز فامیلی باشد.

تحلیل و بررسی اعمال جراحی:

از هشت بیمار، پنج مورد عمل پروکتوکولکتومی و ایجاد پاوچ و آناستوموز به مجرای آنال با استاپلر خطی و حلقوی انجام شد، پی‌گیری بیماران از شش ماه تا چهار سال بوده است که در این مدت بیماران مشکلی نداشتند. در هر پنج مورد ابتدا دفعات مدفوع زیاد و بین ۸-۱۲ بار در روز متغیر بوده است. در هر پنج مورد خیس کردن لباس زیر هنگام شب در ماه‌های اول وجود داشته که با دادن دیفنوکسیلات با دوز چهار تا شش قرص در روز و با رژیم پرهیز از خوردن غذاهای فیبردار و چربی و میوه، دفعات به حدود چهار تا شش مرتبه در روز کاهش یافت. دادن دارو بعد از حداکثر دو هفته قطع شد. از بیماران خواسته شده بود تعداد دفعات دفع را در دفتر یادداشت کنند و در هر ویزیت کیفیت آن بازگو شود. در همه موارد بازگشت زودرس به وضع مطلوب و مقبول روزانه پنج تا هفت مرتبه حاصل شد. از زخم ناحیه پرینه شکایتی نبود. در هیچ کدام از پنج مورد عمل پاوچ عارضه التهاب پاوچ مشاهده نشد. در مدت پی‌گیری بیماران در هیچ مورد از موارد عمل پاوچ که با استاپلر انجام شده بود مشکلی ناشی از باقی ماندن پولیپ و نیز تغییرات آن