



## بررسی میزان اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر

محمد کاظم امیربیگی تفتی<sup>۱</sup>، مهدیه امیربیگی تفتی<sup>۲\*</sup>، حسن سلمان روغنی<sup>۳</sup>

۱-۳- استادیار گروه داخلی، فوق تخصص گوارش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران  
 ۲- متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۳

### چکیده

مقدمه: سندروم روده تحریک پذیر یکی از شایع ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که از تظاهرات آن درد مزمن شکم همراه با تغییر در اجابت مزاج در غیاب اختلالات ساختاری است، لذا تمامی تعاریف بیماری بر اساس تظاهرات بالینی است. در این مطالعه میزان اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بررسی گردید. روش بررسی: در این مطالعه مقطعی ۳۱۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به درمانگاه های گوارش استان یزد در طی سال های ۹۱-۱۳۸۸ به عنوان گروه مورد و ۳۱۹ بیمار بدون سندروم روده تحریک پذیر به عنوان گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند و میزان اعمال جراحی شکم و لگن در آنها بررسی گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون آماری Chi-Square تجزیه و تحلیل شد. نتایج: ۴۶/۸٪ از افراد مورد مطالعه مرد و ۵۳/۲٪ آنها زن بودند. میانگین سنی آنها ۳۷ سال بود که در دو گروه مورد و کنترل تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. میزان کله سیستکتومی در گروه مورد بیش از ۳ برابر گروه کنترل (۵/۴٪ در مقابل ۱/۶٪) و اپاندکتومی حدود ۳ برابر (۱۱٪ در مقابل ۳/۸٪) و فتق اینگوینال ۲/۵٪ در مقابل ۰/۳٪ بود. نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالاتر اعمال جراحی شکم و لگن به خصوص کله سیستکتومی و اپاندکتومی در بیماران سندروم روده تحریک پذیر لزوم دقت و تأمل بیشتر برای تصمیم گیری جهت عمل جراحی پیشنهاد می شود.

واژه های کلیدی: سندروم روده تحریک پذیر، جراحی شکم، جراحی لگن

## مقدمه

سندروم روده تحریک‌پذیر یک اختلال شایع گوارشی است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی می‌باشد (۱). سندروم روده تحریک‌پذیر بعد از سرماخوردگی شایع‌ترین علت غیبت از محل کار می‌باشد که هزینه‌های زیادی به دلیل مراجعه به پزشک و مصرف دارو و اقدامات پاراکلینیک انجام شده و غیبت از محل کار دارد و این بیماران به دلیل بیماری‌های غیرگوارشی نیز ۳ برابر افراد دیگر جامعه به پزشک مراجعه می‌کنند (۲). سندروم روده تحریک‌پذیر بیماری مربوط به افراد جوان است. زنان ۸۰٪ بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر شدید را زنان تشکیل می‌دهند (۳). هیچ شاخص تشخیصی قطعی برای سندروم روده تحریک‌پذیر وجود ندارد و لذا تمامی تعاریف بیماری بر اساس تظاهرات بالینی است که از معیارهای تشخیصی معیار رم ۲ است

سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS: Irritable Bowel Syndrome) نوعی اختلال فانکشنال روده‌ای است که شیوع بالایی در کلیه کشورهای دنیا از جمله ایران دارد با توجه به عدم وجود درمان مؤثر و مزمن بودن بیماری، درصد قابل توجهی از بیماران با علائم خاص مجبور به انجام اعمال جراحی شکم و لگن می‌شوند. تشخیص دقیق سندروم روده تحریک‌پذیر و بیماری‌هایی که در زمینه سندروم روده تحریک‌پذیر ایجاد می‌شود، ضرورت دارد تا از تشخیص بیش از حد موارد جراحی شکم و لگن و اعمال جراحی غیرضروری به علت اشتباه با علائم سندروم روده تحریک‌پذیر پیشگیری شود و تا حد امکان از هزینه‌ها و مشکلات اضافی بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کاسته شود. در این مطالعه میزان شیوع اعمال جراحی شکم و لگن را در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بررسی می‌گردد تا بتوان از ایجاد مشکلات اضافی به دلیل عمل جراحی برای بیمار جلوگیری شود.

## روش بررسی

این بررسی به صورت مورد - شاهدی انجام شد و نمونه از

بیماران مراجعه کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان شهید صدوقی و کلینیک خاتم الانبیاء یزد و کلینیک گوارش بخش خصوصی که با معیارهای رم ۲ سندروم روده تحریک‌پذیر تشخیص داده شدند (حداقل ۱۲ هفته ناراحتی یا درد شکم در یک سال اخیر همراه با دو مورد از سه تظاهر زیر باشد ۱- بهبودی با اجابت مزاج ۲- شروع علائم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج ۳- شروع علائم همراه با تغییر در شکل مدفوع) (۱) و سن بالای ۱۸ سال داشتند به عنوان مورد و بیماران غیر از سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به سایر درمانگاه‌ها و کلینیک‌های خصوصی به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت سرشماری بود. تعداد نمونه بر اساس مطالعات قبلی و فرمول آماری تعیین شد (۱۰). ۳۱۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به درمانگاه‌های گوارش استان یزد در طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۸ به عنوان گروه مورد و ۳۱۹ بیمار بدون سندروم روده تحریک‌پذیر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌ای برای هر دو گروه مورد و شاهد تکمیل شد که سن، جنس، شغل، تحصیلات و نوع عمل جراحی (کله سیستکتومی، اپاندکتومی، فتق اینگوینال، هیستریکتومی، افراکتومی، سزارین، واریکوسل، پروستاتکتومی، هموروئیدکتومی و اعمال جراحی دیگر در آن درج گردید. اطلاعات مورد نیاز این پژوهش از طریق پرسشنامه‌ای که شامل متغیرهای لازم بود از بیماران مورد مطالعه اخذ و در نهایت داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و آزمون آماری Chi-Square تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## نتایج

در این مطالعه میزان اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مورد ارزیابی قرار گرفت.

از ۳۱۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، ۱۶۷ نفر زن (۵۳/۲٪) و ۱۴۷ نفر مرد (۴۶/۸٪) بودند که کل بیماران از

گروه کنترل اختلاف معنی‌داری داشت (۵/۴٪ در مقابل ۱/۶) OR=۵/۷. میزان عمل جراحی اپاندکتومی نیز در بیماران IBS نسبت به NON IBS ۱۱٪ در مقابل ۳/۸ بود OR=۳/۲ که از نظر آماری معنی‌دار شد ( $p < 0.05$ ). همچنین فتق اینگوینال با میزان ۲/۵٪ در مقابل ۰/۳٪ در بیماران IBS بیشتر بود اما اعمال جراحی زنان نظیر هیستریکتومی، افرکتومی، سزارین و اعمال جراحی مردان نظیر واریکوسل، پروستانکتومی بین دو گروه IBS و NON IBS اختلاف معنی‌داری نداشت همچنین هموروئیدکتومی با میزان ۵/۱٪ در مقابل ۳/۱٪ معنی‌دار نشد.

نظر توزیع سنی به ۵ دسته طبقه‌بندی شدند که بیشترین تعداد بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال ۹۹ نفر (۳۱/۵٪) و زیر ۲۹ سال ۹۶ نفر (۳۰/۶٪) بودند. میانگین سنی کل بیماران (SD:۱۱) ۳۷ سال بود. گروه کنترل از بیماران NON IBS مراجعه کننده به درمانگاه و کلینیک‌های خصوصی غیرگوارش بودند که از ۳۱۹ نفر آنها ۱۵۴ نفر (۴۸/۴٪) زن و ۱۶۵ نفر (۵۱/۶٪) مرد بودند و میانگین سنی (SD:۱۳) ۳۸ سال داشتند. در این مطالعه میزان عمل جراحی کله سیستکتومی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نسبت به

جدول ۱: توزیع فراوانی عمل جراحی کله سیستکتومی بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

| P-Value* | NON IBS |        | IBS   |        | گروه کله سیستکتومی |
|----------|---------|--------|-------|--------|--------------------|
|          | تعداد   | (درصد) | تعداد | (درصد) |                    |
|          | ۵       | (۱/۶)  | ۱۷    | (۵/۴)  | جراحی شده          |
|          | ۳۱۵     | (۹۸/۴) | ۲۹۷   | (۹۴/۶) | جراحی نشده         |
| ۰/۰۰۸    | ۳۱۹     | (۱۰۰)  | ۳۱۴   | (۱۰۰)  | جمع کل             |

آزمون Chi-Square

جدول ۲: توزیع فراوانی عمل جراحی اپاندکتومی بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

| P-Value* | NON IBS |        | IBS   |        | گروه اپاندکتومی |
|----------|---------|--------|-------|--------|-----------------|
|          | تعداد   | (درصد) | تعداد | (درصد) |                 |
|          | ۱۲      | (۳/۸)  | ۳۵    | (۱۱)   | جراحی شده       |
|          | ۳۰۸     | (۹۶/۲) | ۲۷۹   | (۸۸/۹) | جراحی نشده      |
| ۰/۰۰۰    | ۳۱۹     | (۱۰۰)  | ۳۱۴   | (۱۰۰)  | جمع کل          |

\*آزمون Chi-Square

جدول ۳: توزیع فراوانی عمل جراحی فتق اینگوینال بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

| P-Value* | NON IBS |        | IBS   |        | گروه فتق اینگوینال |
|----------|---------|--------|-------|--------|--------------------|
|          | تعداد   | (درصد) | تعداد | (درصد) |                    |
|          | ۱       | (۰/۳)  | ۸     | (۲/۵)  | جراحی شده          |
|          | ۳۱۹     | (۹۹/۷) | ۳۰۶   | (۹۷/۵) | جراحی نشده         |
| ۰/۰۱۷    | ۳۲۰     | (۱۰۰)  | ۳۱۴   | (۱۰۰)  | جمع کل             |

\*آزمون Chi-Square

جدول ۴: توزیع فراوانی عمل جراحی زنان بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

| P-Value* | NON IBS |        | IBS   |        | گروه نوع عمل جراحی |             |
|----------|---------|--------|-------|--------|--------------------|-------------|
|          | تعداد   | (درصد) | تعداد | (درصد) |                    |             |
| ۰/۲۱۷    | ۱۲      | (۷/۷)  | ۱۹    | (۱۱)   | جراحی شده          | هیستریکتومی |
|          | ۱۴۳     | (۹۲/۳) | ۱۴۸   | (۸۹)   | جراحی نشده         |             |
| ۰/۷۵     | ۵       | (۳/۱)  | ۴     | (۲/۴)  | جراحی شده          | الفرکتومی   |
|          | ۱۵۰     | (۹۶/۶) | ۱۶۳   | (۹۷/۶) | جراحی نشده         |             |
| ۰/۴۳     | ۳۸      | (۲۴)   | ۳۲    | (۱۸)   | جراحی شده          | سزارین      |
|          | ۱۱۷     | (۷۶)   | ۱۳۵   | (۸۲)   | جراحی نشده         |             |
|          | ۱۵۵     | (۱۰۰)  | ۱۶۷   | (۱۰۰)  | جمع                |             |

\* آزمون Chi-Square

جدول ۵: توزیع فراوانی عمل جراحی مردان بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

| P-Value* | NON IBS |        | IBS   |         | گروه نوع عمل جراحی |              |
|----------|---------|--------|-------|---------|--------------------|--------------|
|          | تعداد   | (درصد) | تعداد | (درصد)  |                    |              |
| ۰/۹۸     | ۳       | (۱/۸)  | ۳     | (۲/۰۴)  | جراحی شده          | واریکوسل     |
|          | ۱۶۲     | (۹۸/۲) | ۱۴۴   | (۹۷/۹۶) | جراحی نشده         |              |
| ۰/۳۲     | ۱       | (۰/۶)  | ۰     | (۰)     | جراحی شده          | پروستانکتومی |
|          | ۱۶۴     | (۹۹/۴) | ۱۴۷   | (۱۰۰)   | جراحی نشده         |              |
|          | ۱۶۵     | (۱۰۰)  | ۱۴۷   | (۱۰۰)   | جمع کل             |              |

\* آزمون Chi-Square

## بحث

در سندروم روده تحریک‌پذیر نادر است. اختلالات خواب نادر است زیرا درد شکمی تقریباً در تمامی بیماران فقط در ساعات بیداری وجود دارد با این حال بیماران دچار سندروم روده تحریک‌پذیر شدید غالباً به طور مکرر از خواب بیدار می‌شوند. درد با مصرف غذا یا استرس عاطفی تشدید و با دفع گاز یا مدفوع برطرف می‌شود (۱). بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اغلب از اتساع شکم و اروغ زدن و نفخ شکایت دارند که برخی واقعاً دچار افزایش گاز شکم هستند و اکثر بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر حتی با تولید گاز ناچیز دچار علائم می‌شوند که نشان می‌دهد اساس شکایت آنها کاهش تحمل نسبت به اتساع است نه مقدار غیرطبیعی گاز شکم (۴).

مکانیسم آسیب‌زایی سندروم روده تحریک‌پذیر به درستی شناخته نشده است و عوامل ارثی و محیطی در آن نقش

سندروم روده تحریک‌پذیر یک اختلال گوارشی است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی می‌باشد. سندروم روده تحریک‌پذیر ۱۲٪ بیماران مراجعه کننده به پزشک عمومی و ۲۸٪ بیماران مراجعه کننده به متخصص گوارش را تشکیل می‌دهد (۲). سندروم روده تحریک‌پذیر یک بیماری مربوط به افراد جوان است و اغلب موارد جدید آن قبل از ۴۵ سالگی دیده می‌شود و زنان را ۲-۳ برابر مردان گرفتار می‌کند (۳).

درد شکمی پیش نیاز تشخیص بالینی سندروم روده تحریک‌پذیر است. محل و شدت درد بسیار متنوع است. درد غالباً دوره‌ای و کرامپی است ولی ممکن است به یک درد ممتد زمینه‌ای تبدیل شود. درد می‌تواند آنقدر خفیف و قابل تحمل باشد که نادیده گرفته شود یا آنقدر شدید باشد که فعالیت‌های روزانه را مختل کند و سوء تغذیه ناشی از مصرف ناکافی کالری

دارد(۵) در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر پاسخ‌های حسی به محرک‌های احشایی تشدید یافته و باعث درد پس از صرف غذا به واسطه ورود مواد غذایی به سکوم می‌شود. در مطالعه‌ای تعداد زیادی از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تحمل کمتری به اتساع رکتوم با بالون نسبت به گروه کنترل داشتند که دال بر اختلال اعصاب اوران احشایی در سندروم روده تحریک‌پذیر است(۶). تظاهرات روانی غیرطبیعی در سندروم روده تحریک‌پذیر وجود دارد و علائم بیماری در پاسخ به اتساع احشا تشدید می‌شود و این اختلال حتی پس از رد کردن عوامل روانشناختی تداوم می‌یابد. عوامل روانشناختی بر آستانه درد در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اثر می‌گذارد و استرس آستانه درد را تغییر می‌دهد(۷). بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر ممکن است احتمال بیشتری در اعمال جراحی شکم و لگن داشته باشند که به خاطر شرایط دردشان است در یک مطالعه انگلیسی افزایش شیوع کله سیستکتومی در بیماران IBS دیده شد(۸).

اگر استرس مزمن و شدید باشد در بیشتر موارد می‌تواند به فرم‌های غیرقابل درمان سندروم روده تحریک‌پذیر تبدیل شود(۹). سندروم روده تحریک‌پذیر اختلالی است که در آن هیچ یافته تشخیصی قطعی وجود ندارد. تشخیص آن بر اساس یافتن ناهای مثبت و حذف سایر بیماری‌ها استوار است. یک شرح حال و معاینه بالینی دقیق غالباً در اثبات تشخیص کمک‌کننده است. از آنجایی که نشانه‌های عمده IBS (درد شکمی، نفخ شکمی و تغییر در اجابت مزاج) شکایت‌های شایع در بسیاری از بیماری‌های گوارش است، تشخیص افتراقی زیادی دارد(۱۰). لذا می‌تواند منجر به عمل جراحی نامناسب شود. در مطالعه Cole و همکاران شیوع عمل جراحی کیسه صفرا در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر ۳ برابر جمعیت عادی بود(۱۰). در مطالعه‌ای که Longstreth و همکارانش انجام داده بودند، میزان عمل جراحی کله سیستکتومی ۱۲/۴ در گروه IBS در مقابل ۴/۱ در گروه کنترل گزارش شد(۱۱). در مطالعه دیگر که توسط Corazziari و همکاران انجام شد،

بیماران طبق شرح حال، معاینه فیزیکی و سونوگرافی به ۴ دسته تقسیم شدند ۱- سندروم روده تحریک‌پذیر ۲- بیماران با درد شکم و اجابت مزاج نرمال ۳- تغییرات اجابت مزاج بدون درد شکم ۴- بیماران بدون علامت. بر اساس تجزیه و تحلیل انجام شده شیوع سنگ کیسه صفرا در بیماران IBS که از شرایط کیسه صفرای خود آگاه نبودند با گروه کنترل تفاوتی نداشت ولی شیوع کوله سیستکتومی در بیماران IBS و گروه بیماران درد شکم با اجابت مزاج نرمال بیشتر از گروه بیماران با تغییر اجابت مزاج بدون درد شکم و گروه کنترل بود و به این نتیجه رسیدند که در IBS خطر افزایش یافته کله سیستکتومی وجود دارد که به علت افزایش سنگ کیسه صفرا نبوده بلکه به خاطر درد شکم و آگاهی از داشتن سنگ می‌باشد که منجر به اندیکاسیون جراحی غیرضروری می‌گردد(۱۲).

در مطالعاتی که بر روی میزان عمل جراحی اپاندکتومی انجام شده بود، میزان اپاندکتومی در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر ۲ برابر بیشتر بود و ۲۱/۱٪ در مقابل ۱۱/۷٪ گزارش شد و در مطالعه Burns ریت اپاندکتومی در بیماران مبتلا به IBS در مقایسه با بیماران کولیت اولسروز (U.C) ۳۴/۵٪ در مقابل ۷/۹٪ بود و ریت اپاندکتومی در این بیماران ۴ برابر بیماران مبتلا به کولیت اولسروز گزارش شد(۱۳) و در مطالعه Hasler و همکارش میزان کله سیستکتومی ۴/۶٪ در مقابل ۲/۴٪ بود(۱۴).

در مطالعه‌ای که Cole و همکاران در سال ۲۰۰۵ میلادی انجام دادند، میزان شیوع اعمال جراحی شکم و لگن با تأکید بیشتر بر روی عمل جراحی کیسه صفرا در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر بررسی شد و با جمعیت عمومی مقایسه شد. در این مطالعه به این نتیجه رسیدند که شیوع جراحی شکم و لگن به جز جراحی کیسه صفرا در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر ۷۸٪ بیشتر از جمعیت عمومی بوده و شیوع عمل جراحی کیسه صفرا در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر سه برابر جمعیت عمومی است(۱۰). در مطالعه حاضر نیز میزان عمل جراحی کله سیستکتومی ۳ برابر در بیماران IBS بیشتر بود. در مطالعه Longstreth نیز عمل جراحی کله سیستکتومی

۳ برابر بیشتر بود (۱۱).

در مطالعه Multivariable analysis که توسط Longstreth و همکارش انجام شد، شیوع شش عمل جراحی در بیماران IBS و گروه کنترل بررسی شد، دریافتند که کوله سیستکتومی در IBS ۱۲/۴٪ در مقابل ۴/۱٪ در گروه کنترل بود و همچنین اپاندکتومی ۲۱/۱٪ در مقابل ۱۱/۷٪، هیستریکتومی ۳۲/۲٪ در مقابل ۱۷٪ و عمل جراحی کمر ۴/۴٪ در مقابل ۲/۹٪ بود که در این اعمال جراحی  $p < 0.001$  معنی دار شد و اعمال جراحی عروق کرونر ۲/۸٪ در مقابل ۲/۴٪ و عمل جراحی زخم پپتیک ۰/۵٪ در مقابل ۰/۳٪ بود که  $p > 0.05$  معنی دار نشد و به این نتیجه رسیدند که سندروم روده تحریک پذیر با کوله سیستکتومی اپاندکتومی هیستریکتومی و عمل جراحی کمر ارتباط داشته و در IBS میزان عمل جراحی کوله سیستکتومی ۳ برابر اپاندکتومی ۲ برابر و عمل جراحی کمر ۵۰٪ بیشتر از بیماران NON IBS است (۱۱). در این مطالعه از ۳۱۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر ۱۷ نفر (۵/۴٪) عمل جراحی کله سیستکتومی شده بودند که این میزان در گروه کنترل ۵ نفر (۱/۶٪) بود که از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0.05$ ).

در مطالعه دیگر که توسط Burns انجام شد، شیوع اپاندکتومی هیستریکتومی و عمل جراحی تخمدان در ۱۴۵ بیمار IBS و ۶۳ بیمار U.C مقایسه شد. میزان اپاندکتومی در بیماران IBS (۳۴/۵٪) چهار برابر بیشتر از بیماران U.C (۲/۹٪) بود و ۵۵/۲٪ از زنانی که IBS داشتند تحت عمل جراحی هیستریکتومی یا عمل جراحی تخمدان قرار گرفته بودند که این میزان در کولیت اولسراتیو ۱۸/۵٪ از زنانی بود که U.C داشتند (۱۳). در مطالعه حاضر نیز ۱۱٪ بیماران سندروم روده تحریک پذیر و ۳/۸٪ گروه کنترل عمل جراحی اپاندکتومی شدند که میزان عمل جراحی اپاندکتومی در بیماران IBS، ۳ برابر گروه کنترل بود.

در مطالعه Systematic review که توسط Hasler و همکارش روی شیوع اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران سندروم روده تحریک پذیر انجام شد، افزایش شیوع اعمال

جراحی شکم و لگن در بیماران IBS نسبت به گروه کنترل وجود داشت. کوله سیستکتومی ۴/۶٪ در مقابل ۲/۴٪ و هیستریکتومی ۱۸٪ در مقابل ۱۲٪ بود و در تجزیه و تحلیل دیگر اپاندکتومی و سایر اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران سندروم روده تحریک پذیر نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود (۱۴). در مطالعه حاضر علاوه بر عمل جراحی کله سیستکتومی و اپاندکتومی که در بیماران سندروم روده تحریک پذیر بیشتر انجام شده بود، عمل جراحی فتق اینگوینال نیز در این بیماران ۲/۵٪ و در گروه کنترل ۰/۳٪ بود که از نظر آماری معنی دار شد.

در یک مطالعه عمل جراحی هیستریکتومی در بیماران IBS نسبت به گروه کنترل ۳۳/۲٪ در مقابل ۱۷٪ و در مطالعه دیگر ۱۸٪ در مقابل ۱۲٪ بود و در مطالعه Burns شیوع عمل جراحی هیستریکتومی یا جراحی تخمدان در IBS ۵۵/۲٪ و در U.C ۱۸/۵٪ گزارش شد (۱۳). در مطالعه دیگر که Brett انجام داد، شیوع اعمال جراحی کوله سیستکتومی (OR=۲/۰۹) اپاندکتومی (OR=۱/۴۵) هیستریکتومی (OR=۱/۷۰) و عمل جراحی کمر (OR=۱/۲۲) در بیماران IBS نسبت به NON IBS بیشتر بود (۱۵) و در مطالعه حاضر میزان اعمال جراحی زنان نظیر هیستریکتومی، افراکتومی، سزارین در دو گروه تفاوت معنی داری از نظر آماری نداشت که علت تفاوت بین نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه می تواند به علت حجم نمونه کمتر در این مطالعه باشد.

همچنین میزان عمل جراحی مردان نظیر پروستاتکتومی، واریکوسل و هموروئیدکتومی در دو گروه IBS و NON IBS تفاوت نداشت. اعمال جراحی دیگر شکم و لگن (سینوس پیلونیدال - لاپاراتومی تشخیصی - فتق ناف - شقاق و...) در مطالعه حاضر در بیماران سندروم روده تحریک پذیر نسبت به گروه کنترل بیشتر بود (۷/۶٪ در مقابل ۴/۱٪). مشکلات اجرای طرح وجود بیماری های فانکشنال دیگر مثل Non ulcer dyspepsia در بین گروه کنترل، فراموش کردن بعضی بیماران در رابطه با اعمال جراحی قبلی خویش و عدم همکاری یا رضایت بیمار در تکمیل پرسشنامه بود. عدم

توجه و دقت بیشتر و تحت نظر گرفتن بیمار از اعمال جراحی غیرضروری در این بیماران پرهیز شود. در این مطالعه در نهایت طی مقایسه‌ای که بین سندروم روده تحریک‌پذیر و NON IBS صورت گرفت، این نتیجه حاصل شد که تفاوت معنی‌داری در میزان اعمال جراحی شکم و لگن در این دو گروه وجود دارد. این مطالعه می‌تواند شروعی برای انجام مطالعات بعدی در زمینه بررسی علل مختلف افزایش میزان اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر باشد. مطالعات بیشتر جهت بررسی پاتولوژی نمونه‌های جراحی شده در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر و مقایسه توصیه می‌شود.

دسترسی به یافته‌های آسیب شناسی کیسه صفرا و آپاندیس از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد و مطالعات بیشتر با بررسی نمونه پاتولوژی بیماران پیشنهاد می‌شود.

### نتیجه‌گیری

به طور خلاصه شیوع اعمال جراحی که علامت تشخیصی آنها درد شکم است مثل کله سیستکتومی و اپاندکتومی به طور معنی‌داری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS) شایع‌تر از NON IBS است که لازم است بررسی و دقت بیشتری در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر لحاظ گردد که آیا درد شکم مربوط به بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر است یا بیماری‌های دیگر همانند کله سیستیت یا اپاندیسیت و با

### References:

- 1- Owyang C. *Irritable bowel syndrom*. In: Fauci AS, Braunward E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. *Harison's Principles of Internal Medicin*. 17 th ed. NewYork: Mc Graw Hill; 2008.p. 1899-903 .
- 2- Talley N. *Irritable bowel syndrom*. In: Feldman M, Friedmar LS, Brandt LJ. editors. *Sleisenger and Fordtrans. Gastrointestinal and liver Disease*. 8nd ed. New York:Elisevier;2006.p.2633-2646.
- 3- William L. Hasler. *Irritable bowel syndrom*. In: Yamada T, Alpers DH, Kalloo AN, Kaplawitz N, Owyang C, Powell DW, editors. *Text book of gastroenterology*. 4nd ed. Philadelphia; AWolters Kluwer; 2003.p.1817-42.
- 4- Houghton LA, Lea R, Agrawal A, Reilly B, Whorwell PJ. *Relationship of abdominal bloating to distention in irritable bowel syndrom and effect of bowel habit*. *Gastroenterol* 2006; 131(4): 1003.
- 5- Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, Feld SI, Talley NJ, Corey LA. *Irritable bowel syndrom in twins:Hereditiy and social learning both contribute to etiolygy*. *Gastroenterol* 2001; 121(4); 799.
- 6- Bouin M, Plourde V, Boivin M, Riberdy M, Lupien F, Laganiere M, et al. *Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrom sensitivity and specificity and predictive values of sensory thresholds*. *Gastroenterol* 2002; 122(7): 1771-7.
- 7- Tornblom H, Lindberg G, Nyberg B, Veress B. *Full thickness biopsy of the jejunom reveals inflamation and enteric neuropathy in irritable bowel syndrom* , *Gastroenterol* 2002; 123(6): 1972-9.
- 8- Kennedy TM, Jones RH. *Epidemiology of cholecystectomy and irritable bowel syndrom in a UK population*. *Br J Surg* 2000; 87(12): 1658-63.
- 9- Bennett EJ, Tennant CC, Piesse C, Badcock CA, Kellow JE. *Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrom*. *Gut* 1998; 43(2): 256-61.

- 10- Cole JA, Yeaw JM, Cutone JA, Kuo B, Huang Z, Earnest DL, et al. *The incidence of abdominal and pelvic surgery among patient with irritable bowel syndrom*. Dig Dis Sci 2005; 50(12): 2268-75.
- 11- Longstreth GT, Yao JF. *irritable bowel syndrom and surgery: a multivariabl analysis*. Gastroenterol 2004; 126(7): 1665-73.
- 12- Corazziari E, Attili AF, Angeletti C, De Santis A. *Gallstones, choleystectomy and irritable bowel syndrom MJCOL populatin-based study*. Dig Liver Dis 2008; 40(12): 944-50.
- 13- Burns DG. *The risk of abdominal surgery in irritable bowel syndrom*. S Afr Med J 1986; 70(2): 91.
- 14- Hasler WL, Schoenfeld P. *Systematicreview: abdominal and pelvic surgery in patoents with irritable bowel syndrom*. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17(8): 997-1005.
- 15- Brett AS. *Dose irritable bowel syndrom predispose to unnecessary abdominal surgery?* Journal Watch Psychiatry 2004; 19: 126

## *The Incidence of Abdominal and Pelvic Surgery among Patients with Irritable Bowel Syndrome*

Amirbeigy Tafti MK(MD)<sup>1</sup>, Amirbeigy Tafti M(MD)<sup>2</sup>, Salman Roghani H(MD)<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Department of Gastroenterology, Shahid Sadoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>2</sup>Department of General Surgery, Shahid Sadoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 5 Oct 2013

Accepted: 29 May 2014

### **Abstract**

**Introduction:** Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common disorders of GI tract. Irritable bowel syndrome is characterized by chronic pain associated with altered bowel function. No organic abnormalities can be demonstrated reliably in IBS and thus diagnosis rests on symptom-based criteria. In this study rates of abdominal and pelvic surgery were measured in patients with IBS.

**Methods:** In this case-control study, the case group consisted of 314 patients with IBS who referred to a clinic of gastroenterology in Yazd during the years 2009-2012. As a matter of fact, patients of case group were compared with 319 patients without IBS and the rates of abdominal and pelvic surgery were measured. The study data was analyzed via Spss software (Version 16) applying chi-square test.

**Results:** Within IBS Patients, 46.8% were males and 53.2% were females, and the mean age of patients was 37 years. Although there was no statistically significant difference between control and case group, the prevalence rates for cholecystectomy were 3 times greater (5.4% versus 1.6%), appendectomy was threefold higher (11% versus 3.8%) and inguinal hernia (2.5% versus 0.3%) was increased in IBS patients compared to those of the control group.

**Conclusions:** IBS Patients have an increased prevalence rate for abdominal and pelvic surgery such as cholecystectomy and appendectomy. Therefore, IBS patients need to be cautiously attended in regard to recommending surgeries.

**Keywords:** Abdominal and Pelvic Surgery; Irritable Bowel Syndrome

*This paper should be cited as:*

Amirbeigy Tafti MK, Amirbeigy Tafti M, Salman Roghani H. *The incidence of abdominal and pelvic surgery among patients with irritable bowel syndrome*. J Shahid Sadoghi Univ Med Sci 2014; 22(5): 1472-80.

\*Corresponding author: Tel: +98 352-6222973, Email: mahdieh39@yahoo.com