

بررسی نتایج عمل جراحی ۶۰ مورد آنورکتوپلاستی به روش ساژیتال خلفی

دکتر نصراله استادیان*

خلاصه:

ناهنجاری‌های آنورکتال یکی از بیماریهای مادرزادی با شیوع ۳-۵ در هزار تولد زنده و با طیف وسیعی از اشکال بالینی است که از جابجائی مقعد به طرف قدام تا فرم بسیار شدید آنومالی کلوآک که یک مجرای مشترک در پرینه برای ادرار، مدفوع و واژن متغیر می‌باشد. ما طی ۵ سال به روش گذشته نگر ۶۰ بیمار که با روش ساژیتال خلفی (پنا) مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند. و مراجعه مرتب داشته‌اند مورد بررسی قرار دادیم. تمام بیماران توسط یک جراح عمل شده‌اند و با توجه به عدم انتخاب در بیماران می‌توان نتایج درمان را بخصوص در رابطه با کنترل مدفوع که حدود ۹۰٪ بوده است با روش‌های قبلی (ابدومینوساکرال) مقایسه کرد که البته امروزه این روش انجام نمی‌شود ولی بیمارانی که قبلاً عمل شده‌اند اغلب از بی‌اختیاری مدفوع رنج می‌برند. نشت مدفوع ۸٪ بوده، تنگی با توجه به برنامه کامل دیلاتاسیون وجود نداشته است و عوارض کلی اعمال جراحی مانند تب و عفونت زخم حذف شده است.

واژه‌های کلیدی: مقعد بسته، ناهنجاری‌های آنورکتال، آنورکتوپلاستی ساژیتال خلفی

مقدمه:

در پرینه تا فرم بسیار پیچیده وجود یک مجرای مشترک در پرینه برای خروج ادرار و مدفوع و واژن متغیر است (۸). از مشکلات اصلی این بیماران بعد از عمل جراحی، یبوست با درجات مختلف و بی‌اختیاری مدفوع است که درجات مختلف داشته و زندگی بیمار را می‌تواند برای همیشه یا مدت طولانی دچار اختلال کند (۱۰). درمان جراحی این بیماران با روش سابق (ابدومینوساکرال) (۶، ۱۰ و ۸) همراه با عوارض زیاد، بخصوص بی‌اختیاری مدفوع در حدود ۵۰٪ بیماران است (۶ و ۱۰). که البته امروزه این روش

مقاله جهت ارزیابی نتایج روش آنورکتوپلاستی با توجه به امکانات موجود و همچنین پیگیری و ادامه درمان بیماران با ناهنجاری‌های آنورکتال می‌باشد.

ناهنجاری‌های آنورکتال یکی از بیماریهای مادرزادی شایع است (۶). که هر دو جنس دختر و پسر را مبتلا می‌کند شیوع ۳-۵ در هزار تولد زنده است (۶ و ۷) و طیف وسیعی از اشکال بالینی دارد که از فرم ساده تنگی مقعد و فیستول

* استادیار گروه جراحی (فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان) دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز (بیمارستان امام خمینی(ره))

مراجعات ضمن معاینه محل عمل، کنترل مدفوع در حالت جامد و مایع بررسی شده است که در کودکان بالای ۲ سال که قادر به صحبت کردن بوده‌اند با سوال کردن از آنها و والدین بوده و در زیر دو سال با وجود یک یا چند بار دفع مدفوع طبیعی و خشک بودن ناحیه پرینه در بین دفعات مدفوع بوده است. بیماران از هر دو جنس بعد از بررسی ناهنجاری همراه رادیوگرافی‌های لازم از سینه و ستون مهره‌ها و سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری مورد عمل جراحی قرار گرفتند که طرح درمان دو نوع بوده است.

۱- بیماران زیر در یک مرحله مورد عمل جراحی آنورکتوپلاستی قرار گرفته‌اند (عمل مینی پناه) الف) بیمارانی که فیستول در پرینه دارند و مکنونوم از آنجا خارج می‌شود.

ب) بیمارانی که فیستول در پرینه ندارند ولی در رادیوگرافی نیم رخ فاصله گازرکتوم تا پوست کمتر از ۱ سانتیمتر است.

۲- بیماران زیر در طی ۳ مرحله عمل شده‌اند.

الف) بیماران بسا فیستول رکتووزیکال و رکتوواژینال و رکتوستیولار

ب) بیماران بدون فیستول که فاصله رکتوم تا پوست در عکس بیشتر از ۱ سانتیمتر است.

ج) بیماران با ناهنجاری کلوآک

این بیماران ابتدا در بدو تولد کلتومی شده‌اند و در مرحله بعد آنورکتوپلاستی شده و ۳ هفته بعد از عمل مورد دیلاتاسیون با بوزی هگار توسط والدین برای مدت ۱-۲ ماه قرار گرفته و در مرحله سوم مورد عمل ترمیم کلتومی قرار

انجام نمی‌شود ولی بیمارانی که قبلاً با این تکنیک عمل شده‌اند از اختلال و عدم کنترل مدفوع رنج می‌برند و از زندگی عادی در بیشتر اوقات محروم هستند که ممکن است نیاز به جراحی مجدد آنورکتوپلاستی داشته باشد (۱۰). اما روش جدید آقای پنا که بر اساس تشریح ناحیه پرینه و عضلات اسفنکتری در حیوانات و جنین‌های فوت شده متعدد بوده است (۵). ایجاد تحول در ادامه درمان کرده و نتایج رضایت بخشی در کنترل مدفوع داشته است (۱ و ۵). به این ترتیب که بیماران بسا فیستول در پرینه یا تنگی مقعد یا پوشانده بودن مقعد توسط یک پرده در یک مرحله عمل جراحی آنورکتوپلاستی شده‌اند و سایر بیماران اعم از فیستول رکتووزیکال یا رکتوواژینال و یا بیماران بدون فیستول و ناهنجاری کلوآک و آترزی رکتوم در سه مرحله عمل جراحی شده‌اند یعنی در ابتدا کلوستومی انجام شده و در مرحله بعد یک تا شش ماهگی آنورکتوپلاستی و بعد از چهار تا هشت هفته ترمیم کلوستومی انجام شده است. گزارش اخیر ۶۰ بیمار از یک روزه تا ۱۶ ساله را در طی مدت ۵ سال بررسی کرده است.

روش کار:

روش کار گذشته‌نگر و توصیفی است که ۶۰ بیمار که در طی ۵ سال (۱۳۷۵-۱۳۸۰) در بیمارستانهای اهواز (ابوذر، امام خمینی (ره)) مورد عمل آنورکتوپلاستی قرار گرفتند و بر اساس پرونده‌ها، رادیوگرافی و پیگیری ۵ ساله بیماران است که نتایج همگی در پرونده ثبت شده است، مراجعه ۶ ماه اول هر دو ماه یکبار و بعد هر ۶ ماه یکبار برای دو سال و بعد سالانه بوده است در این

گرفتند (کلیه اعمال آنورکتوبلاستی با کمک دستگاه محرک عضلانی^۱ انجام شده است).

نتایج:

بیماران در طی ۵ سال بررسی شدند که سن بیماران (از یک روز تا ۱۶ سال بوده است) ۲۳ بیمار (۳۸٪) مذکر و ۳۷ بیمار (۶۲٪) مونث بودند. ناهنجاری همراه در ۸ مورد (۱۳٪) بود که شدیدترین آنها تترالوژی فالوت یک بیمار (۲٪) بود و بقیه اختلال دستگاه ادراری و عدم نزول بیضه و هیپوسپادیس و یک مورد همی ورتبرا و نداشتن استخوان رادیوس بود.

در ۲۲ بیمار (۳۶٪) عمل مینی پنا انجام شد که ۱۳ بیمار (۲۱٪) مونث و ۹ مورد (۱۵٪) مذکر بوده است. آنان که فیستول در پرینه داشتند و یا فاصله رکتوم تا پوست ناحیه مقعد کمتر از یک سانتیمتر بود.

۳۸ بیمار (۶۴٪) مورد عمل سه مرحله‌ای یعنی کلتومی اولیه، آنورکتوبلاستی بعدی (۶-۳ ماه بعد) و سپس ترمیم کلتومی قرار گرفته‌اند که از اینها ۸ بیمار (۱۳٪) بدون فیستول، ۱۰ بیمار (۱۶٪) فیستول رکتوستیولار ۵ بیمار (۸٪)، فیستول رکتویورتسرال ۵ مورد (۸٪)، فیستول رکتوزیکال و ۴ بیمار، رکتوپروستاتیک پورترا و کلواک و آترزی رکتوم یک مورد بوده است.

۴ بیمار (۶٪) در سن بعد از نوزادی مراجعه کردند و یا قبلاً در مراکز دیگر عمل شدند و با بی‌اختیاری مدفوع مراجعه کردند که اینها نیز ابتدا

کلتومی شدند و سپس آنورکتوبلاستی و بعد ترمیم کلتومی شدند.

یک بیمار که آنومالی کلواک داشت بی‌اختیاری مدفوع نسبی که بخصوص در موقع دفع دچار مدفوع بخش مایع آن بیشتر است. ۵ بیمار (۸٪) که رکتوزیکال فیستول داشتند از نشت مدفوع مایع^۲ با درجات مختلف هنگام دفع شکایت داشتند.

بیمارانی که فیستول در پرینه داشتند و عمل مینی پنا برای آنها انجام شد از یبوست با درجات مختلف شکایت داشتند که به درمان با ملین‌های خوراکی پاسخ دادند.

بقیه بیماران کنترل مدفوع نرمال داشتند که در حال حاضر با حضور در مهدکودک و مدرسه زندگی عادی دارند. بزرگترین بیمار ما دختر ۱۶ ساله‌ای بود که با فیستول رکتوستیولار و با شکایت بی‌اختیاری مدفوع برای اولین بار مراجعه کرد بر اساس برنامه درمانی مانند سایر بیماران مورد عمل جراحی سه مرحله‌ای قرار گرفت و فعلاً بعد از چهار سال از عمل هیچ مشکلی ندارد.

بحث:

ناهنجاری آنورکتال یکی از بیماری‌های شایع مادرزادی است که ۳-۵ در هزار تولد زنده است در هندوستان شیوع بیشتر و تا ۱ در ۱۸۰۰ تولد زنده است (۶). بیماری در جنس مذکر بیشتر است ولی در بیماران ما ۶۲٪ مونث و ۳۸٪ مذکر بوده‌اند و در حالیکه در آمارها انواع ساده بیماری مثل فیستول پرینه و تنگی آنوس که در یک مرحله

بدست آوردن کنترل مدفوع نسبت به قبل تغییرات وسیعی داشت که میزان کنترل مدفوع بطور کامل در همه حالات بالای ۵۰٪ و نشت مختصر مدفوع مایع یک بار در هفته ۸۰٪ بوده است (درجه ۲ کنترل مدفوع) (۱) ولی شکایت از نشت مدفوع در بیماران ما ۸٪ بود اما این نشت همیشگی است (درجه ۴ کنترل مدفوع) (۱).

بروز یبوست شدید در فرم‌های ساده بیماری (مانند فیستول پرینه و تنگی آنوس) در هر دو جنس شایع است و علت مراجعه اکثر این بیماران بعد از عمل است که بسبب اتساع رکتوم است (۱) در بررسی غربی‌ها نیز یبوست شدید و مقاوم شکایت عمده این بیماران است (۱ و ۱۰) در یک بررسی یبوست در موارد شدید بیماری که مورد عمل جراحی آنورکتوپلاستی شدند، تا دوران بلوغ ادامه داشت است و منجر به تجمع مدفوع در رکتوم و نشت مدفوع شد اما با افزایش سن شدت یبوست بتدریج کمتر شد و کیفیت کنترل مدفوع بهتر شد (۱). اما کنترل مدفوع در بیماران با ناهنجاری آنورکتال نیازمند به وجود عضلات اسفنکتر و شبکه عصبی سالم و ارتباط و هماهنگی کامل این دو است (۲). ولی وجود اینرمالیتهی در سیستم عصبی اسفنکتر خارجی یکی از مهم ترین علل اختلال در کار اسفنکترها است که بخصوص در انواع شدید بیماری مانند فیستول رکتورزیکیال و رکتواژینال دیده می‌شود (۹). اما در بیمارانی که به روش ابدومینوساکرال قبلاً عمل شده‌اند و دچار بی‌اختیاری یا یبوست بوده ولی اشکال عصبی ندارند در یک بررسی مورد عمل جراحی مجدد به روش پنا قرار گرفته‌اند که تا ۷۰٪ توانائی کنترل مدفوع را بدست آورده‌اند.

عمل می‌شوند در غرب شیوع بیشتر و تا ۶۶٪ است (۶). در بررسی ۵ ساله ما شیوع انواع ساده فقط ۳۶٪ بود و عمل مینسی‌پنا انجام شده ولی عمده بیماران (۶۴٪) فرم پیچیده بیماری را نشان دادند که تحت عمل جراحی سه مرحله‌ای شامل کولوستومی نوزادی و آنورکتوپلاستی ۳-۶ ماهگی و ترمیم کولوستومی حدود ۲ ماه بعد قرار گرفتند. این اختلاف در آمار ما با غرب بیشتر ناشی از درمان اشکال ساده بیماری و فیستول پرینه در مراکز دیگر و عدم ارجاع آنان به مرکز جراحی اطفال است.

ناهنجاریهای همراه جمعاً در ۱۳٪ بیماران ما وجود داشت بیماری مادرزادی قلب، اختلالات دستگاه ادراری تناسلی و ستون مهره‌ای شایعترین آنها بود، ولی در آمارهای غرب تا ۵۰٪ بیماران آنومالی همراه دارند (۶).

اگرچه VSD^۱ بیماری شایعی است ولی شدیدترین مشکل قلبی بیماران ما یک مورد تترالوژی فسالوت بود که شایعترین آنومالی قلبی همراه اینها است (۶).

هیپوسپادیس و عدم نزول بیضه و نداشتن یک کلیه از بیماریهای مادرزادی همراه است که معاینه دقیق بیماران و بررسی سونوگرافی دستگاه ادراری را قبل از عمل جراحی الزامی می‌نماید (۷).

آنومالی ستون مهره‌ای در دو بیمار (۴٪) وجود داشت که همی‌ورتبرا و نداشتن استخوان رادیوس یک دست در یک بیمار بوده است. ولی در آمارهای غرب بین ۱۰٪-۳۵٪ گزارش شده است (۶).

1- Venticular Septal Deffect

6-James A.O, Neil M.I .Rowe-J.L. Crosfield E. W. Fonkalsrud A.G. Coran Text book of Pediatric Surgery-fifth edition 1998 Mosbey 1425-1449 (Albertopena).

7- Panayotis-Kelalis-Lawell.king-Barry Belman et all. Clinical Pediatric Urology third edition 1992 Saunders company 920-943.

8- Alberto, P. Atlas of surgical management of anorectal malformation 1990 Sprionger Kerlag-Newyork inc.

9-Zhengwei, Y.B Neural electrophysiological studies on the external anal sphincter in children with anorectal malformation. J of ped surg 2000 july vol N 35 .No 7 pp1052-1057.

10- Chikara, T, Sugawa, K.H. Posterior sagital anorectoplasty for failed imperforate anus Surgery:lesson learned from secondry repair. J Ped Surg 2000 (Nov) 35, 11: 1652-1659.

منابع:

1- Rintala R.J, Linda H.G. Fecal continence in patient having undergone P.S.A.R.P for high anorectal malformation improve at adolescence as constipation disappears-J Ped Surg 2001-Aug . vol N 36 .num3.p 1218-1222.

2- Van Kuyk E.M, Wissink M, Multi discriptency behavioral treatment of defective problem: A controlled study in children with anorectal malformation. J Ped Surg 2001 36, 9, P 1350-1357.

3- Patevardhen-L. Spitz. Colostomy for anorectal anomalies: high incidence of complication. J Ped Surg 2001 May -vol N 36 P795-798.

4- Bass J, Walton J.M. Combined posterior sagital and three flap anoplasty in the repair of anorectal anomalies. J Ped Surg 2001 36: 711-714.

5- Alberto Pena MD: Current management of anorectal anomalies. Surgical Clinic of North America 1992, 1425-1449.