

بررسی یافته های کلینیکی و پاراکلینیکی و نتایج درمانی ۴۰ بیمار مبتلا به استنوز هیپرتروفیک پیلور

نصراله استادیان^{۱*}، شهنام عسکرپور*

چکیده

هدف: استنوز هیپرتروفیک پیلور^۱ علائم انسداد خروجی معده اغلب در اواخر دوره نوزادی و اوایل شیرخوارگی با استفراغ غیر صفراوی جهنده بروز می کند. که در صورت عدم درمان می تواند منجر به کاهش وزن و حتی مرگ بیمار منتهی گردد. روش بررسی: در این مطالعه مقطعی توصیفی ۴۰ بیمار سن ۳ تا ۵ ماهه که در طی سال های ۱۳۷۳-۱۳۷۹ در بیمارستان امام خمینی (ره) و ابوذرا هواز تحت عمل جراحی پیلورومیوتومی قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار گرفتند. با کمک یافته های حاصله از پرونده های بیماران علائم بیماری قبل و بعد از عمل گردآوری گردیده اند.

یافته ها: شروع علائم اکثراً در ۳ هفته اول بعد از تولد بوده که اکثریت بیماران در هفته اول تا پنجم بعد از تولد در بخش بستری شده بودند. شایع ترین علامت بیماری استفراغ غیر صفراوی جهنده در کلیه موارد بود. کاهش وزن در ۱۵ درصد، یبوست در ۲۰ درصد، علائم ربوی در ۱۵ درصد، دهیدراتاسیون ۳۵ موارد بود. میزان ۴۰ درصد بیماران اختلال الکترولیتی و اسید و باز داشتند. حساسیت تشخیصی بیماری در سونوگرافی و بررسی رادیوگرافی با ماده حاجب در این بیماران حدود ۱۰۰ درصد بود. اغلب بیماران بین ۲-۱ روز قبل از عمل و حدود ۳ روز بعد از عمل جراحی مرخص شده بودند. شایع ترین عارضه بیماران استفراغ بود (۳۰ درصد). تمام بیماران با حال عمومی خوب مرخص شدند.

نتیجه گیری: استنوز هیپرتروفیک پیلور در صورت تشخیص صحیح و استفاده مناسب از سونوگرافی تشخیصی و آمادگی های لازم قبل از عمل و سپس عمل جراحی پیلورومیوتومی باعث بهبودی بدون عارضه مهم در بیماران می شود.

واژه های کلیدی: استنوز هیپرتروفیک پیلور، استفراغ غیر صفراوی جهنده، پیلورومیوتومی.

مقدمه

بروز استنوز هیپرتروفیک پیلور بیشتر بوده است. مواردی نیز استنوز هیپرتروفیک پیلور با سونوگرافی در دوران جنینی تشخیصی داده شده است (۳) که نشان می دهد در بعضی موارد شروع این مشکل از قبل از تولد می باشد. علامت اصلی این بیماری بصورت استفراغ غیر صفراوی و جهنده می باشد که اغلب در ۶-۳ هفتگی اتفاق می افتد (۴). در معاینه لمس زیتون^۲ در قسمت فوقانی و راست شکم جنبه تشخیصی دارد (۱). برای تشخیص قطعی اغلب از

ضایعات انسدادی معده در اطفال علل مختلفی دارد، ولی از علل نسبتاً شایع در سن نوزادی و ابتدای شیرخواری « استنوز هیپرتروفیک پیلور » می باشد که در پسران شایع تر می باشد. علت دقیق آن مشخص نشده است، عده ای کاهش تعداد گانگلیون ها را عامل آن می دانند (۱) و گروهی دیگر عواملی چون بالا رفتن سطح گاسترین نیز مطرح نموده اند (۲). در نوزادانی که به عللی اریترومایسین مصرف کرده اند

* فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان، عضو هیئت علمی گروه جراحی عمومی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بیمارستان امام خمینی (ره)

۱- نویسنده مسؤول

1-Hypertrophic pyloric stenosis HPS

2- Olive

اعلام قبولی: ۱۳۸۴/۳/۱

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۴/۲/۲۷

دریافت مقاله: ۱۳۸۱/۱۱/۱۶

نقص‌های خود را در زمینه تاخیر تشخیص و درمان بیابیم و مورد تاکید قرار دهیم.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی توصیفی بیماران بستری شده در بخش جراحی بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و ابوذر اهواز مبتلا به استنوز هیپرتروفیک پیلور طی سالهای ۱۳۷۳-۱۳۷۹ مورد بررسی قرار گرفتند. در مجموع تعداد ۴۰ بیمار که به علت استنوز هیپرتروفیک پیلور در بخش جراحی بستری شده بودند بررسی شدند. در مطالعه پرونده این بیماران متعددی از جمله بررسی شیوع سن، جنس، علائم و اقدامات تشخیصی، مدت بستری و عوارض مورد نظر ثبت گردید. بیماران مدت یکسال بعد از عمل از طریق مراجعه به پزشک معالج پیگیری گردیدند. پس از بررسی اطلاعات ناشی از معاینه و در صورت لزوم سونوگرافی، نتایج مطالعه صورت گرفت.

نتایج

در این مطالعه از ۴۰ نفر بررسی شده ۳۰ بیمار پسر (۷۵ درصد) و ۱۰ بیمار دختر (۲۵ درصد) بودند. در بررسی سن بیماران مشخص شد که بیماران بین هفته سوم تا هفته بیستم بعد از تولد بستری شده بودند که ۲۸ بیمار (۷۰ درصد) بین هفته ۵-۳ و ۸ بیمار (۲۰ درصد) در هفته ۸-۲، ۲ بیمار (۵ درصد) هفته ۱۴-۱۲ و یک بیمار (۳ درصد) در هفته ۱۸-۲۰ بوده است و یک بیمار نیز در سن ۴ ماهگی با تشخیص احتمالی دیافراگم پیلور مورد عمل قرار گرفته بود. هیچ کدام از بیماران بین هفته‌های ۹-۱۱ و هفته‌های ۱۵-۱۷ قرار نداشتند. سن شروع بروز علائم در این بیماران از بدو تولد تا هفته هشتم بعد از تولد بود که ۸ بیمار در هفته اول بعد از تولد، و ۱۶ بیمار در هفته دوم، و ۸ بیمار در هفته سوم، یک بیمار در هفته چهارم، و یک بیمار در هفته ششم و ۲

سونوگرافی استفاده می‌شود (۵).

در گذشته رادیوگرافی همراه با کنتراست باریوم بیشتر بکار می‌رفت (۲) اما امروز اغلب اندازه پیلور با سونوگرافی محاسبه می‌شود که طول پیلور بیش از ۱۴ میلی متر و ضخامت عضلانی بیش از ۴ میلی متر جنبه تشخیصی دارد (۲).

درمان این بیماری با جراحی پیلور میوتومی رامشتد می‌باشد (۴). امروزه روش درمان‌طبی با استفاده از سولفات آتروپین بعنوان روش ارزان و مفید نیز توسط عده ای مطرح شده است (۶). و همچنین روش جراحی لاپاراسکوپی نیز پیشنهاد شده است اما لاپاراسکوپی با افزایش میزان عوارض و افزایش هزینه بیمار همراه بوده است (۷). بعد از جراحی مناسب اغلب ۸ ساعت بعد از هوشیاری تغذیه ابتدا با آب قند و بتدریج شیر نیم غلظت و سپس شیر تمام غلظت با افزایش حجم تا میزان لازم ادامه می‌یابد البته روش‌های جدید تغذیه‌ای نیز عنوان گردیده است (۲). شیر تمام غلظت را بعد از هوشیاری کامل بیمار شروع می‌کنند؛ به این شکل مدت بستری بیمار و در نتیجه هزینه‌های بیمار کاهش می‌یابد (۸).

از عوارض این عمل جراحی سوراخ شدن دئودنوم، سوراخ شدن معده، عفونت زخم، پیلورمیوتومی ناقص و استفراغ بعد از عمل نام برده شده است (۴). به هر حال با درمان مناسب و به موقع، اغلب بیماران بهبودی کامل و بدون عارضه می‌یابند (۲ و ۴).

در این مطالعه یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی ۴۰ بیمار استنوز هیپرتروفیک مورد بررسی قرار گرفت و با یافته‌های سایر مطالعات مقایسه گردید تا با در نظر گرفتن نتایج آن نکات اصلی در برخورد با این بیماران در شرایط بیمارستانی اهواز مورد توجه قرار گیرد همچنین روش مناسب در نحوه مراقبت و درمان این گروه بیماران با امکانات بیمارستانی ما معرفی شد. و در مجموع مشخص گردد سرعت تشخیصی و درمانی ما در مورد این بیماری چگونه است (میزان موفقیت درمانی) و بدین صورت

بیمار در هفته هشتم علائم بیماری را نشان دادند. شروع علائم بیماران هیچ کدام در هفته ۵ و ۷ نبود.

با در نظر گرفتن شیوع علائم بیماران شایع ترین علامت استفراغ جهنده غیرصفاوی بود که در کلیه موارد دیده شد. کاهش وزن در ۱۶ بیمار، بیوست در ۸ بیمار، علائم ریوی به صورت سرفه و خشونت صدا در قاعده ریه چپ و تاکی پنه در ۶ بیمار و علائم دهیدراتاسیون در ۱۴ بیمار (۸ مورد دهیدراتاسیون خفیف و ۴ مورد دهیدراتاسیون متوسط و ۲ مورد دهیدراتاسیون شدید) مشاهده شد. دیستانسیون شکمی در ۱۶ بیمار ۱۲ مورد در اپیگاستر و در ۴ مورد دیستانسیون عمومی، جنرالیزه وجود داشت. لمس توده زیتونی شکل در ۱۰ بیمار ۲۵ درصد دیده شد و با توجه به نمودار رشد این شیرخواران در ۱۰ بیمار ۲۵ درصد FTT وجود داشت. اختلالات الکترولیتی در ۱۶ بیمار به صورت هیپوکالمی و هیپوناترمی یافت شد که متاسفانه اندازه گیری کلر برای بیماران انجام نشده بود.

بررسی ABG^1 نیز برای ۲۴ بیمار انجام شد که در ۱۲ بیمار الکالوز دیده شد که از نوع متابولیک بود ۶ نفر الکالوز متابولیک خفیف و ۶ بیمار الکالوز متابولیک شدید داشتند و در بقیه موارد نکته پاتولوژیک در ABG دیده نشد.

از ۴۰ بیمار مورد بررسی سونوگرافی جهت بررسی پیلور انجام شده بود که ۳۸ مورد (۹۵ درصد) استنوز هیپرتروفیک پیلور تایید شده بود. و ۱۰ بیمار رادیوگرافی با باریم انجام شده بود که در ۹ مورد (۹۰ درصد) استنوز هیپرتروفیک پیلور تایید شده بود. تمام بیماران تحت عمل جراحی پیلورمیوتومی رامشند بدون عارضه حین عمل جراحی قرار گرفتند و مدت بستری بیماران قبل از عمل جراحی در ۲۴ بیمار ۱-۲ روز و در ۸ بیمار ۳-۴ روز و ۶ بیمار ۵-۶ روز و دو بیمار بیش از ۶ روز قبل از عمل جراحی بستری بودند. و مدت بستری بیماران بعد از عمل جراحی در ۲۰ بیمار ۲ روز ۱۸ بیمار ۳-۴ روز

و دو بیمار ۵ روز بستری بودند.

با در نظر گرفتن عوارض بعد از عمل جراحی شایع ترین عارضه، استفراغ بود که در ۱۲ بیمار (۳۰ درصد) دیده شد که یک مورد استفراغ خونی بود عوارض دیگر یک مورد عفونت زخم و یک مورد تب خفیف بعد از عمل و یک مورد ادم پری اربیت چشم راست بوده است. در مجموع در ۱۰ بیمار عارضه ای یافت شد. تمام بیماران بعد از بهبودی با حال عمومی خوب و بدون مشکل از بیمارستان مرخص گردیدند و در پیگیری آنان از طریق درمانگاه در مدت یکسال عارضه ای مشاهده نگردید.

بحث

استنوز هیپرتروفیک پیلور با انسداد خروجی معده در سنین نوزادی در ابتدای شیرخواری اغلب در پسرها خود را نشان می دهد (۴). در این بررسی نیز اغلب بیماران را پسران (۷۵ درصد) تشکیل می دادند. در مطالعات قبلی شایع ترین سن مراجعه بیماران حدود ۶-۳ هفتگی بوده (۲ و ۴) در این مطالعه نیز ۶۵ درصد بیماران در این سن مراجعه کرده بودند، اما ۲۰ درصد بیماران بعد از ۳ ماهگی مراجعه کردند که تعدادی از آنان به علت عدم تشخیص صحیح، تحت درمانهای طبی کنسرواتیو^۲ به مدت نسبتاً طولانی قرار گرفته بودند؛ لذا توجه پزشکان را به استنوز هیپرتروفیک پیلور در نوزادان با استفراغ غیر صفاوی جلب می کنیم اغلب بیماران در این مطالعه (۸۵ درصد موارد) قبل از هفته چهارم دچار علائم استفراغ غیر صفاوی شدند ولی فقط ۶۵ درصد بیماران قبل از هفته پنجم به پزشک مراجعه کردند از این رو تعدادی از بیماران علیرغم وجود علائم جهت درمان مراجعه نکردند و یا در صورت مراجعه تشخیص صحیح جهت انتخاب شیوه درمانی مناسب انجام نشده است؛ لذا تاکید مجدد توجه پزشکان به استنوز هیپرتروفیک پیلور در نوزادان مفید خواهد بود شایعترین علامت تشخیصی، استفراغ

غیرصفاوی می‌باشد (۴و۲).

در این بررسی کلیه بیماران استفراغ غیرصفاوی جهنده داشتند اما بیوست و کاهش وزن نیز بعلت عدم امکان تغذیه مناسب در این بیماران در حدود ۲۰ درصد دیده شد. که با تشخیص بموقع قابل پیشگیری می‌باشد وجود علائم ریوی در ۱۵ درصد بیماران در نتیجه آسپراسیون مواد بعلت استفراغ‌های مکرر بیماران می‌باشد و همچنین دهیدراتاسیون این بیماران که ۳۵ درصد موارد نیز با توجه به عدم تغذیه و بعلت استفراغ مکرر قابل توجیه است بدیهی می‌باشد با تاخیر در مراجعه بیماران این علائم شدت بیشتری می‌یابد دیستانسیون شکمی در ۴۰ درصد موارد دیده شد که اغلب به علت آن بوده است که علیرغم استفراغ مکرر بیماران، تغذیه نوزادان توسط والدین ادامه می‌یافت لمس توده زیتونی در ۲۵ درصد موارد دیده شد. در کتب مرجع نیز نشان داده شده است که با لمس توده زیتونی نیاز به اقدام تشخیص دیگر نمی‌باشد. (۱و۲) اما بهر حال توده زیتونی فقط در یک چهارم بیماران قابل لمس بود. در ۲۵ درصد موارد FTT به علت تاخیر در مراجعه و درمان دیده شد که امیدواریم در آینده با تشخیص و درمان به موقع از میزان آن کاسته گردد. البته در کشورهای پیشرفته به دلیل تشخیص سریع تر و درمان بموقع FTT بعلت استنوز هیپرتروفیک پیلور شیوع بسیار کمی دارد (۲) در ۴۰ درصد بیماران مورد بررسی در اختلال الکترولیتی دیده شد که در مقالات چاپ شده نیز هیپوکالمی و الکلوز متابولیک به عنوان اختلالات مهم این بیماران نام برده شده است که با نتایج مطالعه ما سازگار است (۱و۲). فقط در ۶۰ درصد بیماران ABG انجام شده بود که در ۵۰ درصد این موارد اختلال دیده شد. پس با توجه به این مطلب توصیه میشود در تمام موارد ABG انجام گردد و در صورت اختلال اصلاح گردد از طرفی نیز توجه به درمان آلکالوز متابولیک این بیماران مورد تاکید قرار گرفته است (۲و۱).

در این بیماران از اقدامات تشخیصی، سونوگرافی در کلیه موارد استفاده شده که جهت تائید بیماری و یا در

موارد مشکوک بوده است. استارینسکی^۱ (۹) عنوان نموده است که قبل از سونوگرافی دهیدراتاسیون بیمار اصلاح گردد؛ زیرا در این صورت اندازه‌گیری طول پیلور با دقت بیشتری انجام خواهد شد. با توجه به دقت بسیار بالایی سونوگرافی اغلب نیاز به بررسی با باریوم نمی‌باشد (۴و۲). در این مطالعه نیز در همه موارد با سونوگرافی امکان تشخیص استنوز هیپرتروفیک پیلور وجود داشته است که با آمارهای جهانی مطابقت دارد (۱) لذا توصیه می‌گردد سونوگرافی به عنوان بهترین آزمون تصویربرداری مورد تاکید قرار گیرد. بیماران در ۶۰ درصد موارد کمتر از ۲ روز قبل از عمل بستری بودند که اغلب به علت زمان مورد نیاز برای انجام آزمایشات لازم و اصلاح دهیدراتاسیون بیمار بوده است. و بعد از عمل نیز نیمه بیماران در مدت ۲ روز بعد از عمل ترخیص شدند. هر چند در مطالعات جدید با تغذیه سریع تر بعد از عمل مدت بستری بعد از عمل جراحی استنوز هیپرتروفیک پیلور تا حد یک روز کاهش پیدا کرده است (۱۰) اما احتمالاً در بیماران مورد بررسی ما - با توجه به تاخیر در مراجعه بیماران - وجود انسداد طولانی مدت شروع حرکات طبیعی معده نیز تا حدودی با تاخیر انجام شده است. شایعترین عارضه استفراغ در ۳۰ درصد بیماران بود در پژوهش فاتی^۲ (۱۱) استفراغ بدنبال پیلورمیوتومی بعلت تومور پولیپوئید در آنتر گزارش شده است مواردی از استفراغ می‌تواند بعلت پیلورمیوتومی ناقص باشد (۴) ولی مواردی از عود استنوز هیپرتروفیک پیلور بعد از پیلورمیوتومی کامل و موفق و ترخیص بیمار نیز گزارش شده است (۱۲) لذا وجود استفراغ بعد از عمل جراحی در ۳۰ درصد بیماران ما قابل قبول است، زیرا بهر حال تمامی بیماران در مدت ۱ تا ۳ روز بعد بدون استفراغ و با تحمل تغذیه خوراکی مرخص گردیدند.

عوارض دیگر مثل عفونت زخم و تب خفیف و ادم پری اریبت شیوع چندانی نداشته و با دقت بیشتر قابل

1- Starinsky

2- Fathi

استفراغ جهنده به پزشک مراجعه کنند و سپس به پزشکان در جهت و استفاده بموقع از سونوگرافی امکان تشخیص سریع وجود دارد و به دنبال آن با اصلاح شرایط فیزیولوژیک بیمار و بعد جراحی مناسب پیش آگاهی بیماری حتی با شرایط بیمارستانی ما بسیار عالی است و هرچه تشخیص بیماری و درمان آن سریع تر باشد بهبودی بیمار بعد از جراحی نیز سریع تر خواهد بود.

پیشگیری می‌باشد که در بررسی ماگنوسون^۱ نیز این عوارض بعنوان عارضه هر نوع عمل جراحی ذکر شده است (۲). البته مواردی از سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار بدنبال استونزه‌پیتروفیک پیلور گزارش شده است (۱۳) که خوشبختانه در بیماران ما دیده نشد.

در انتها نتیجه می‌گیریم که در مراکز ما استونزه‌پیتروفیک پیلور گاهی با تاخیر تشخیص داده می‌شود و با آموزش کافی ابتدا به والدین تا در صورت

منابع

- 1-Dillon P, Cilley.RE. Lesion Of stomach. Ashcraft K W, Murphy J P Sharp, R.J Sigalaet DL, Snyder C L. Pediatric Surgery. 3rd edition. W B.Saunders, Philadelphia. 2000: 391-394.
- 2-Magnuson.D K, Schawartz M Z. Stomach and duodenum. In: O Ldhan, KT Colombani, PM Foglia, R P. Surgery of infants and children. 1st edition, Lippincott-Raven Company, Philaladelphia, 1997: 1152-1156.
- 3- Tashigian. DB, Konefal SH. Hypertrophic pyloric stenosis in utero. Pediatric Sur Int, 2002, 18 :539-540.
- 4- Schwartz.M.Z. hypertrophic pyloric stenosis. Pediatric Surgery. In: O Ldhan, KT Colombani, PM Foglia, R P. Surgery of infants and children. 1st edition, Lippincott-Raven Company, Philaladelphia, 1997: 1111-1119.
- 5-Riccabon M, Weitzere C, Lindbichler FF, Mayr J. Sonography and color doppler sonography for monitoring conservatively treated infantile hypertrophic pyloric stenosis. J Ultrasond Med 2001, 20: 997-1002.
- 6- Sigh UK, Kumar.R. Congenital hypertrophic pyloric stenosis. Indian J Pediatr, 2002, 67: 713-715.
- 7- Campbell BT, Mclean K, Barnhart. DC, Drongowski. RA, Hirsch RB. A comparison of laparoscopic and open pyloromyotomy at a teaching hospital. Journal Ped Sur, 2002., 37: 68-1071 (and discussion 1068-1071).
- 8-Garza. JJ, Morash D, Dzakovic A, Mondschein JK, Jaksic.T .Ad libitum feeding decreases hospital stay for neonates after pyloromyotomy. J Pediatr Surg. 2002, 3: 493-5.
- 9-Starinsky R, Klin B, Siman-Tov.Y, Barr J. Does dehydration affect thickness of the pyloric muscle? An experimental study. Ultrasound Med Biol. 2002, 28: 421-3
- 10- Singh UK, Kumar R. Congenital hypertrophic pyloric stenosis. Indian J Pediatr. 2002, 69:713-5
- 11- Fathi K, Pinter A, Andras F. Emesis after pyloromyotomy in congenital hypertrophic pyloric stenosis: incomplete pyloromyotomy, recurring pyloric stenosis or gastric outlet obstruction. Ovr/Hetil. 2002, 143: 1853-4.
- 12-Ankermann T, Engler S, Poartsch. C J. Repyloromyotomy for recurrent infantile hypertrophic pyloric stenosis after successful first pyloromyotomy. J Pediatric Surg. 2002., 37: E40
- 13-Persson S, Ekbohm A, Granath. F, Nordenskjold A. Parallel incidences of sudden infant death syndrome and infantile hypertrophic pyloric stenosis a common cause?. Pediatrics, 2001, 108:E70.