

فتق اینگوئینال یکطرفه در اطفال زیر ۳ سال: ضرورت اکسیلوراسیون سمت مقابل

دکتر حیدرعلی داوری^۱، دکتر بهروز انتشاری

چکیده مقاله

مقدمه. عمل فتق اینگوئینال یکی از شایعترین اعمال جراحی اطفال می باشد و به علت شیوع بالای فتق‌های دو طرفه، بسیاری به عنوان یک قاعده توصیه به اکسیلوراسیون سمت مقابل نموده‌اند. هدف مطالعه حاضر تعیین فراوانی نسبی فتق‌های دو طرفه در اطفال زیر ۳ سال برحسب سن، جنس و سمت مبتلا می باشد.

روشها. در این مطالعه مقطعی در مدت یک سال و نیم (فروردین ۷۶ تا پاییز ۷۷) تعداد ۳۳۶ نفر در مراکز آموزشی درمانی اصفهان بررسی شدند. ابتدا سمت مبتلا در بیماران مورد عمل جراحی واقع شد و سپس سمت مقابل اکسیلوراسیون گردید.

نتایج. ۴۴/۳ درصد بیماران زیر یک سال و ۵۵/۷ درصد سنین بین یک تا ۳ سال داشتند. ۶۲/۲ درصد فتق‌ها در طرف راست و ۳۲/۸ درصد در طرف چپ بود. ۷۶ درصد از ۹۹ دختر و ۶۲ درصد از ۲۳۷ پسر که عمل شدند اکسیلوراسیون مثبت بودند. در گروه زیر یک سال، ۷۷ درصد و در گروه بین ۱ تا ۳ سال ۵۷ درصد موارد اکسیلوراسیون مثبت بود. رابطه بین سن و وجود فتق سمت مقابل، بین جنس و ایجاد فتق در سمت مقابل وجود داشت ($P < 0/05$). بین سمت مبتلا و اکسیلوراسیون مثبت سمت مقابل رابطه‌ای یافت نشد ($P > 0/05$).

بحث. هرچه سن پایین تر باشد احتمال مثبت شدن اکسیلوراسیون سمت مقابل بیشتر است. سمت ایجاد فتق در نتیجه اکسیلوراسیون سمت مقابل ارزش نداشته هرچند در دخترانی که با فتق سمت چپ مراجعه می کنند شانس ایجاد فتق در سمت راست بیشتر است. شانس ایجاد فتق سمت مقابل در دختران بیش از پسران می باشد.

● واژه‌های کلیدی. فتق اینگوئینال، درمان جراحی، فتق، جراحی کودکان

مقدمه

فتق اینگوئینال به علت باز ماندن پروسس واژینالیس ایجاد شده و اگر به موقع درمان نشود باعث گیر افتادن احتسای داخل شکم و عوارضی مثل سوراخ شدن روده، از دست دادن تخمدان و بیضه می شود. اولین بار Rotaenbery در سال ۱۹۵۵ توصیه به اکسیلوراسیون روتین کرد (۱). در گزارش Given شانس ایجاد فتق سمت مقابل ۵/۶ درصد گزارش شد که براساس آن اکسیلوراسیون سمت مقابل به عنوان یک قاعده زیر سؤال رفت (۲). با توجه به این اختلاف نظر هر روش سود و زیانی خواهد داشت. کشف فتق واقعی

در سمت مقابل که در معاینه بالینی تشخیص داده نشده است، کاهش خطر ایجاد ترومای روانی به کودک و کاهش ریسک بیهوشی و انجام یک عمل جراحی دیگر، مصونیت والدین از نظر اضطراب در مورد جراحی مجدد و کاهش نگرانی در مورد احتمال گیر کردن فتق سمت مقابل و بالاخره کاهش هزینه برای بیمار از مزایای اکسیلوراسیون سمت مقابل است (۱). تحمیل جراحی‌های غیر لازم به بیماران، احتمال آسیب واژ یا بیضه، عدم هماهنگی بین شیوع پروسس واژینالیس باز نسبت به شیوع فتق و نهایتاً افزایش طول مدت عمل جراحی از معایب این روش شمرده شده است.

روشها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به صورت مقطعی بر روی ۳۳۶ کودک زیر ۳ سال که با فتق اینگوئینال یک طرفه از فروردین سال ۱۳۷۶ تا مهرماه ۱۳۷۷ به مدت یک و نیم سال که به بیمارستانهای آموزشی شهر اصفهان مراجعه نموده‌اند انجام شد.

پس از بستری شدن آزمایشهای CBC، کامل ادرار، گروه خون Rh و گرافی قفسه سینه به عمل آمد. شب قبل از عمل ویزیت بیهوشی انجام می شد. از ساعت ۱۲ شب کودک شیر و غذا نمی خورد و سرم همراه الکتروولیت دریافت می کرد و صبح جراحی می شد.

روش کار در اطلاق عمل به این ترتیب بود که بعد از انجام پرپ، در ابتدا سمتی که فتق داشت عمل می شد. بعد از باز کردن لایه‌های سطحی و مشخص شدن ساک فتق با نخ سیلک به روش High ligation ترمیم می شد. برحسب نظر متخصص جراحی اطفال مربوط ترمیم کف کانال یا صورت می گرفت یا تنها به تکنیک High ligation اکتفا می شد. سپس ترمیم فاشیا اکسترن و زیر جلد و پوست انجام می شد. فاشیا اکسترن و زیر جلد با نخ کرومیک و پوست با نایلون ترمیم می شد. در مرحله بعدی اقدام به اکسیلوراسیون سمت مقابل که در ظاهر فتق نداشت می شد. این اقدام از طریق یک آنسیزیون پوستی در شیار تحتانی شکم به طول حدود ۱ Cm و از طریق

۱ - گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان، اصفهان.

جدول ۱. مقایسه و توزیع فراوانی دختران زیر سه سال برحسب سن، سمت مبتلا و نتیجه اکسپلور سمت مقابل

| سن (سال) | سمت مبتلا | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |
|----------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| ۰-۱ | راست | ۴۵ (۲/۴۵) | ۳۵ (۷۸/۷۸) | ۱۰ (۲۲/۲۲) |
| ۰-۱ | چپ | ۱۹ (۱۹/۱۹) | ۱۵ (۷۹/۷۹) | ۴ (۲۱/۲۱) |
| ۱-۲ | راست | ۲۹ (۲۹/۲۹) | ۱۹ (۶۵/۶۵) | ۱۰ (۳۵/۳۵) |
| ۱-۲ | چپ | ۶ (۶/۶) | ۵ (۸۲/۸۲) | ۱ (۱۷/۱۷) |

جدول ۲. مقایسه و توزیع فراوانی پسران زیر سه سال مبتلا به فتق برحسب سن، سمت مبتلا و نتیجه اکسپلور سمت مقابل

| سن (سال) | سمت مبتلا | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |
|----------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| ۰-۱ | راست | ۵۹ (۲۵/۲۵) | ۴۲ (۷۴/۷۴) | ۱۵ (۲۶/۲۶) |
| ۰-۱ | چپ | ۲۶ (۱۱/۱۱) | ۲۰ (۷۶/۷۶) | ۶ (۲۴/۲۴) |
| ۱-۲ | راست | ۷۶ (۳۲/۳۲) | ۳۸ (۵۰/۵۰) | ۳۸ (۵۰/۵۰) |
| ۱-۲ | چپ | ۷۶ (۳۲/۳۲) | ۴۵ (۶۰/۶۰) | ۳۱ (۴۰/۴۰) |

۶۲/۲ درصد بیماران با فتق سمت راست و ۳۷/۸ درصد بیماران با فتق سمت چپ مراجعه کردند. محل اولیه ایجاد فتق با جنس بیماران رابطه داشت ($P < 0/01$). پسران زیر یک سال ۷۰ درصد فتق سمت راست داشته و پسران بین یک تا سه سال ۵۰ درصد فتق سمت راست داشتند. دختران زیر یک سال ۷۰ درصد با فتق سمت راست مراجعه کردند و دختران بین یک تا سه سال ۸۲ درصد با فتق سمت راست مراجعه نمودند. در صورتی که به تفکیک سن دو گروه مقایسه شود در گروه کمتر از یک سال ارتباط معنی داری از نظر آماری موجود نبود ولی در گروه سنی ۱ تا ۳ سال ارتباط ملاحظه شد ($P < 0/01$). در این مطالعه فتق‌های سمت راستی که عمل شدند و مشخص شد که سمت مقابل هم واقعاً فتق دارد ۶۵ درصد بود و فتق‌های سمت چپی که عمل شد و مشخص شد سمت راست واقعاً فتق دارد ۶۴ درصد بود. رابطه معنی داری بین محل اولیه فتق و وجود فتق در سمت مقابل یافت نشد ($P > 0/05$). در آنالیز آماری رابطه معنی داری بین جنس و ایجاد فتق در سمت مقابل وجود دارد ($P < 0/03$) (جدول ۱ و ۲).

بحث

فتق اینگوئینال در اطفال که در اثر باز ماندن پروسس واژینالیس بعد از تولد ایجاد می‌شود یکی از شایعترین اعمال جراحی اطفال می‌باشد. وجود احتمال فتق نهفته همزمان طرف مقابل و نیاز به اقدام همزمان برای اینگونه فتق‌ها یکی از مسائلی بوده که در نیم قرن اخیر مورد بحث و بعضاً اختلاف نظر بین متخصصین جراحی اطفال بوده است. اقدام جراحی همزمان روی طرف مقابل در کودکانی که با فتق اینگوئینال یک طرفه آمده‌اند برای کشف و

رینگ خارجی و بدون باز کردن فاشیای خارجی انجام می‌شود. در صورتی که ساک واضح یا پروسس واژینالیس باز وجود داشت به عنوان اکسپلور مثبت تلقی می‌شد و در صورتی که ساک واضح یا پروسس بطوری که واژینالیس باز نبود به عنوان اکسپلور منفی تلقی می‌شد. سپس با توجه به توضیحات که در بالا آمد برحسب مورد ترمیم انجام می‌شد.

پس از به هوش آمدن بیمار و خروج لوله تراشه کودک به ریکاوری منتقل و در صورتی که مشکل بیهوشی نداشت به بخش جراحی اطفال منتقل می‌گردید. در صورت عدم مشکل و هوشیاری کامل کودک از عصر رژیم مایعات شروع می‌شد. پس از آن شیر مادر و در صورت تحمل رژیم غذایی باکستر maintenance قطع می‌شد و روز بعد از عمل در صورتی که زخم و محل عمل مشکل نداشت بیمار مرخص می‌شد. اکثراً یک هفته تا ده روز بعد از عمل بخیه پوست برداشته می‌شد.

کودکانی که با فتق دوطرفه به این مراکز مراجعه نمودند ۳۲ نفر بودند و با توجه به این که مطالعه شامل حال آنان نمی‌شد از مطالعه حذف گردیدند. شرح حال اکثراً از مادر بیماران به دست آمد و به شکل مصاحبه حضوری با آنان بود و چک‌لیست مربوط تکمیل شد.

در طی انجام این مطالعه هیچگونه عارضه جراحی زودرس دیده نشد. در مورد بیهوشی هم بجز یک مورد مشکل وجود نداشت. مورد اشکال نوزاد ۲۱ روزهای بود که گذاشتن لوله تراشه آن توسط اساتید بیهوشی امکان‌پذیر نشد و با ماسک بیهوشی Inhalation بیمار بیهوش شد.

نتایج با استفاده از شاخصهای آماری توصیفی آرایه و تحلیل نتایج با کمک آزمون T-student، T-paired و مجذور کای در نرم‌افزار SPSS انجام گردید.

نتایج

کل بیماران ۳۳۶ نفر (۹۹ نفر دختر و ۲۳۷ نفر پسر) بودند. از ۹۹ دخترتری که مورد عمل جراحی قرار گرفتند، ۶۵ درصد زیر یک سال و ۳۵ درصد بین یک تا سه سال سن داشتند و ۷۵ درصد اکسپلور مثبت و ۲۵ درصد اکسپلور منفی داشتند. در گروه پسران ۳۶ درصد زیر یک سال، ۶۴ درصد بین ۱ تا ۳ سال سن داشتند. ۱۳۵ نفر (۵۷ درصد) با فتق سمت راست و ۱۰۲ نفر (۴۳ درصد) با فتق سمت چپ مراجعه کردند. ۶۲ درصد پسران اکسپلور مثبت سمت مقابل و ۳۸ درصد اکسپلور منفی سمت مقابل داشتند. پسر بچه‌های زیر یک سال با فتق یک طرفه ۷۵ درصد اکسپلور مثبت و سن ۱ تا ۳ سال ۵۵ درصد اکسپلور مثبت داشتند. دختر بچه‌های زیر یک سال ۷۸ درصد فتق سمت مقابل و بین ۱ تا ۳ سال ۷۴ درصد اکسپلور مثبت بود. در مقایسه دو گروه پسر و دختر رابطه معنی دار آماری یافت نشد.

مثبت سمت مقابل در دختران نسبت به پسران بیشتر است. شاید علت اختلاف بین این مطالعه و گزارش قبلی (۴) به این دلیل باشد که اولاً تعداد دختران مورد مطالعه ما کمتر از یک سوم تعداد پسران بود. ثانیاً ۶۵ درصد دختران زیر یک سال سن داشته‌اند در صورتی که ۳۶ درصد پسران زیر یک سال سن داشته‌اند. با توجه به این که در زیر یک سالگی میزان اکسپلور مثبت بیشتر می‌باشد، پس دور از ذهن نیست که اکسپلور مثبت در دختران بیش از پسران بوده است.

بطور معمول دختری که با فتق سمت چپ در سن زیر سه سالگی مراجعه کند احتمال اکسپلور مثبت سمت راست ۸۱ درصد و دختری که با فتق سمت راست مراجعه کند احتمال اکسپلور مثبت سمت چپ ۷۱ درصد است. در مقاله Demicran عنوان شده که در دختران زیر ۲ سال احتمال ایجاد فتق در سمت راست که با فتق سمت چپ مراجعه می‌کند ۲۴ درصد بود و توصیه به اکسپلور روتین نموده است که با نتیجه همخوانی داشت ولی میزان مثبت بودن در این تحقیق بسیار بیشتر می‌باشد (۸).

در ارتباط با سمت مبتلا و ضرورت اکسپلور سمت مقابل در این مطالعه تمام فتق‌های دوطرفه از مطالعه حذف شدند. ۶۲/۲ درصد بیماران با فتق سمت راست مراجعه کردند که ۶۵ درصد این افراد فتق اینگوئینال سمت چپ داشتند و ۳۷/۸ درصد با فتق سمت چپ مراجعه کردند که ۶۷ درصد فتق همزمان سمت راست داشتند.

براساس گزارش‌های مختلف اختلاف کمی بین انسیدانس پیروسیس واژینالیس باز سمت مقابل با توجه به سمت ایجاد فتق می‌باشد که با آماری که به دست آورده شد همخوانی دارد (۵، ۶).

در کل می‌توان این طور نتیجه‌گیری کرد که هرچه سن پایین‌تر باشد احتمال مثبت شدن اکسپلور سمت مقابل بیشتر می‌باشد، هرچند در سنین بالاتر هم میزان مثبت بودن بالا می‌باشد. سمت ایجاد فتق در نتیجه اکسپلور سمت مقابل ارزش نداشته هرچند در دخترانی که با فتق سمت چپ مراجعه می‌کنند شانس ایجاد فتق در سمت راست بیشتر است. شانس ایجاد فتق سمت مقابل در دختران بیش از پسران می‌باشد.

درمان فتق نهفته آن طرف می‌باشد. هر چند تاکنون مطالعات محدودی در این رابطه انجام شده است ولی در ایران این بررسی انجام نشده است. هدف اصلی این مطالعه آن بود که تعیین شود که آیا در عمل جراحی فتق اینگوئینال اطفال ضروری است که با توجه به سن، جنس و سمت مبتلا طرف مقابل اکسپلور شود یا خیر.

با توجه به مطالعه حاضر در اطفال زیر یک سال، ۷۷ درصد اکسپلور مثبت سمت مقابل و در اطفال بین یک تا سه سال ۵۷ درصد اکسپلور مثبت سمت مقابل وجود داشت. آنالیز آماری رابطه معنی‌داری بین سن و وجود فتق در سمت مقابل نشان داد ($P < 0.001$).

در گزارش آقای Kiesewetter عنوان شد که ۴۲ درصد از بیماران که زیر یک سال عمل شده‌اند و ۳۵ درصد آنهایی که بین سن یک تا دو سالگی مورد عمل جراحی فتق قرار گرفتند در نهایت مبتلا به فتق سمت مقابل هم شدند (۳). در گزارش دیگری ارتباطی بین سن و احتمال ایجاد فتق در سمت مقابل یافت نشده است (۲).

با توجه به نتیجه به دست آمده و نظرات قبلی می‌توان گفت هرچه سن پایین‌تر باشد ضرورت اکسپلور سمت مقابل بیشتر احساس می‌شود. در آماری که به دست آمد مودی از عمل جراحی فتق در نوزاد نارس نداشتیم و حتی شرح حالی هم از پره‌ماجوریتی در کل بیماران به دست نیامد. در یک گزارش عنوان شد که بروز فتق در نوزاد نارس از ۱۶ تا ۲۵ درصد کل موارد فتق را تشکیل می‌دهد است (۷). شاید علت این اختلاف نیاز به نگهداری خاصی که این نوزادان برای زنده ماندن احتیاج داشته‌اند بوده که باعث شده کمتر به سن عمل جراحی برسند.

در ارتباط با جنس و وجود فتق سمت مقابل، ۷۶ درصد دختران و ۶۲ درصد پسران اکسپلور مثبت سمت مقابل داشتند که رابطه معنی‌داری بین جنس و ایجاد فتق سمت مقابل وجود دارد ($P < 0.03$). در یک گزارش میزان مثبت بودن اکسپلور سمت مقابل دختران از ۴۰ تا ۵۷ درصد متغیر بوده است و آماری از میزان مثبت بودن در پسران موجود نمی‌باشد (۴). با عنایت به مطالب فوق می‌توان گفت در مطالعه ما فراوانی اکسپلور

منابع

- 1- Rothenberg RE. Bilateral herniotomy. *Infants & Children Surgery*. 1955; 949.
- 2- Given JP, Kubin SZ. Occurance of contralateral inguinal hernia following ipsilateral repair in the pediatric hospital. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 963.
- 3- Kiese Wetter WB, Parenzan L. When should hernia in the infant be treated bilaterally? *JAMA* 1959; 171: 287.
- 4- Holder TM, Ashcroft KW. *Textbook of pediatric surgery*. 4th Ed. WB Surgers Co. Philadelphia 1980.
- 5- Fischer JR, Mumenthaier A. Ist bilateral herniotomy bei sauglinmgen unde kleinkindern unit einseitiger leistenhernice angezeigt *helrenchir. Act* 1951; 4: 436.
- 6- Bock JE, Sobyte JV. Frequency of contralateral inguinal hernia in children. *Acta Chil Scand* 1970; 136: 707.
- 7- Walsh St. The incidance of external hernia in premature infants. *Acta Pediatr* 1962; 51: 161.
- 8- Demicron L. Unilateral inguinal hernia in girls is routin controlateral exploration justified. *J Ped Surg* 1995; 30: 1684.