

شایع‌ترین علایم بیماری پرولاپس داخلی رکتوم در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان مریم کرج: طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۹

تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۶/۱۱؛ تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱

چکیده

زمینه: پرولاپس داخلی رکتوم یکی از بیماری‌های مولتی فاکتوریال و تقریباً با منبع نامشخص می‌باشد که اغلب گروه‌های سنی را مبتلا می‌کند. از آنجایی که یبوست شایع‌ترین علامت در بین این بیماران است، اغلب خانواده‌ها و برخی متخصصین گوارش با استفاده از داروهای مسهل سعی در کنترل و تخفیف علایم بیماری دارند. بدلیل ناآگاهی از وجود این بیماری چند چهره بخصوص در کودکان بخاطر ناتوانی در ابراز علایم و تشخیص نادرست متأسفانه بیماری سالها به طول خواهد کشید و در مراحل نهایی و پیشرفته اغلب درمان خواهند شد.

مواد و روش‌ها: طی سالهای ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۹ تعداد ۱۵۳ کودک کمتر از ۱۵ سال با شکایت از بخش انتهایی دستگاه گوارش به بیمارستان مریم مراجعه نمودند. داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز مطالعه در یک بررسی توصیفی و با رویکرد گذشته‌نگر از پرونده‌های بیماران مبتلا به پرولاپس داخلی رکتوم استخراج شد.

یافته‌ها: در مجموع ۲۷ علامت شایع در بین کودکان مبتلا به پرولاپس داخلی رکتوم شناسایی شد که شایع‌ترین علایم به ترتیب نسبت فراوانی عبارتند از: یبوست (۹۷/۳۹/۱۴۹)، دفع مدفوع سخت (۹۶/۰۸/۱۴۸)، دفع مدفوع دردناک (۹۱/۵۰/۱۴۰)، قرمزی و سرخی صورت هنگام دفع (۸۴/۹۶/۱۳۰)، خروج مدفوع تکه تکه و گلوله مانند (۶۸/۶۳/۱۰۵). **نتیجه‌گیری:** تشخیص دیر هنگام پرولاپس داخلی رکتوم در اطفال علاوه بر اینکه کیفیت نامطلوب زندگی آنها را در پی خواهد داشت، باعث تحمیل هزینه‌های گزاف درمان بر خانواده‌ها خواهد شد. با توجه به اینکه مطالعات بسیار کمی در خصوص علایم این بیماری در کودکان انجام شده است مطالعه حاضر می‌تواند نقش بسیار کلیدی در تشخیص و شناسایی بیماری داشته باشد.

کلمات کلیدی: پرولاپس داخلی رکتوم، یبوست، دفع مدفوع سخت، خروج مدفوع تکه تکه

*نویسنده مسئول:

واحد تحقیقات و فناوری، بیمارستان مریم، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۰۲۶۳۳۵۱۲۴۶۲

E-mail: piri.naser1989@maryamhospital.ir

مقدمه

مدفوع، یبوست یا سرفه مزمن می‌شوند عواملی هستند که به نفع شروع بیماری IRP هستند.

تشخیص افتراقی

طیف تظاهرات بالینی پرولاپس داخلی رکتوم می‌تواند از بی‌علامت تا انسداد کامل لوله گوارش باشد. علایم ویژه این بیماری یبوست مقاوم به درمان، سختی همراه با درد هنگام دفع مدفوع و گاه بی اختیاری مدفوعی (Fecal Incontinence) ناشی از تجمع توده‌های مدفوع در رکتوم است.^{۷،۸} به همین دلیل با بسیاری از انواع یبوست‌ها اشتباه می‌شود.^۹

تشخیص‌های افتراقی مهم این بیماری یبوست پاتوفیزیولوژیک بعلت حرکت آهسته دستگاه گوارش (Constipation Slow-transit) که با فواصل زیاد میان دفعات دفع، اغلب یک تا سه بار در هفته مشخص می‌شود و نوع دیگر یبوست تقریباً همیشه (Habitual Constipation) می‌باشد.^۹ دفع انسدادی مدفوع علاوه بر پرولاپس داخلی رکتوم در رکتوسل و آنیسموس نیز دیده می‌شود.^{۱۰،۱۱}

به طور کلی تشخیص پرولاپس داخلی رکتوم می‌تواند بسیار گمراه کننده باشد زیرا تظاهرات بالینی مشترکی با بسیاری از بیماری‌های گوارشی از جمله بیماری هیرشپرونک (Hirschsprung Disease) دارد.^{۱۲} هیرشپرونک نوعی بیماری مادرزادی است که روده بزرگ را تحت تاثیر قرار داده و منجر به مشکل در مسیر حرکت غذای هضم شده و دفع مدفوع کودکان و نوزادان می‌گردد.^{۱۳} در اطفال نیز به دلیل مشکلات اخذ شرح حال تشخیص بیماری گمراه کننده تر است. در کنار علایم بالینی برای تشخیص بیماری وجود علامت رادیولوژیک به تشخیص بیماری کمک شایانی می‌کند.^۳

طیف وسیع اختلالات مربوط به ناحیه کف لگن و قسمت انتهایی دستگاه گوارش تشخیص واقعی بیماری را دشوار کرده است. روش طلایی و استاندارد برای تشخیص و افتراق این بیماری در اکثر کشورها بخصوص در کشورهای اروپایی استفاده از روش پروکتوگرافی (Proctography) می‌باشد.^۵ در این روش از اشعه ایکس برای مشاهده حرکات کف لگن هنگام فعالیت روده استفاده می‌شود.

شکایت‌های مربوط به دفع مدفوع یکی از علل اصلی مراجعه به پزشکان گوارش و متخصصین جراحی اطفال و نوزادان می‌باشد. دلایل ساختاری و عملکردی متعددی در ناحیه رکتال و قسمت کف لگن (Pelvic Floor) موجب دفع مدفوع غیرطبیعی می‌شود.^۳ یکی از علل مهم و بسیار کلیدی این اختلالات بیماری پرولاپس رکتوم می‌باشد.

تعاریف، علایم و ریسک فاکتورها

بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها ورژن ده (ICD-2020) 10-CM/PCS کد k62.3 برای تشخیص بیماری پرولاپس رکتوم در نظر گرفته شده است. طبقه‌بندی دیگر از انواع پرولاپس رکتوم مربوط به آکسفورد می‌باشد که از لحاظ ناحیه درگیر و تشخیص رادیولوژیکی، این بیماری را به دو نوع داخلی و خارجی تقسیم می‌کند. در نوع پرولاپس خارجی رکتوم (External Rectal Prolapse) که مورد بحث ما نیست قسمت انتهایی روده در هنگام دفع مدفوع از ناحیه مقعد بیرون می‌زند. پرولاپس داخلی رکتوم (Internal Rectal Prolapse) یک تا شدگی مخروطی شکل لایه داخلی دیواره ناحیه رکتوم (Intussusception) در زمان دفع مدفوع می‌باشد که عموماً از ناحیه آنوس خارج نمی‌شود و در طی دفع مدفوع سبب انسداد همراه با درد شدید می‌گردد.

پرولاپس داخلی رکتوم در مراحل پیشرفته‌تر می‌تواند نزول کرده و خود را به ناحیه آنوس برساند.^{۴،۵} بیماری پرولاپس داخلی رکتوم براساس طبقه بندی آکسفورد به چهار نوع تقسیم می‌شود. نوع اول و دوم ناحیه رکتورکتال و نوع سوم و چهارم ناحیه آنورکتال را درگیر خواهد کرد.^{۳،۵} (ضمیمه شماره یک)

در پرولاپس داخلی رکتوم دیواره داخلی رکتوم چسبندگی کافی به عضله را نداشته و در هنگام دفع مدفوع، مخاط چین پیدا می‌کند که موجب برآمدگی و انسداد مسیر خروجی رکتوم می‌شود. این انسداد با درد شدید در هنگام دفع مدفوع همراه است.^{۳،۶} سابقه بیماری‌های بافت همبند سیستمیک از عوامل خطر در بیماری پرولاپس داخلی رکتوم شناخته شده است. تمام حالاتی که باعث افزایش فشار داخل شکمی مانند زور زدن و فشار در هنگام دفع

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی با رویکرد گذشته‌نگر می‌باشد که در بیمارستان مریم شهر کرج واقع در استان البرز انجام شده است. روش آماری برآورد حجم نمونه شامل نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. حجم نمونه شامل تعداد ۱۵۳ کودک کمتر از ۱۵ سال مراجعه کننده از سراسر ایران طی سالهای ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۹ به بیمارستان مریم می‌باشد. تمامی افراد دارای سیستمیک فیبروزیس (Cystic Fibrosis)، پولیپ رکتوم، با زمینه نوروپاتی (میلومنگوسل) و پرولاپس حاد با مدت کمتر از ۴ هفته از مطالعه خارج شدند. تعریف ما از واژه بیوست در این مطالعه دفع مدفوع کمتر از سه بار در هفته می‌باشد.

معیارهای خروج

- ۱) کودک به بیماری‌های مزمن نظیر سرطان‌ها و بیماری‌های خونی، بیماری‌های غدد، بیماری‌های روماتولوژیک، بیماری‌های ژنتیکی و سایر بیماری‌های گوارشی از جمله هیرشپرونک مبتلا نباشد.
- ۲) کودک مبتلا به بیماری‌های کلاژن و سکولار نباشد.
- ۳) در زمان بستری تب بالای ۳۸ درجه یا شواهد مبنی بر عفونت در کودک مشاهده نشده باشد.
- ۴) بیهوشی برای بیمار کمتر اندیکه نباشد.
- ۵) سن بالاتر از ۱۵ سال (بیشتر از ۱۵ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز)

معیارهای ورود

کلیه کودکان با تشخیص نهایی پرولاپس داخلی رکتوم بستری در بیمارستان مریم، بین سالهای ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۹

روش آنالیز داده‌ها

جهت توصیف خصوصیات پایه در این مطالعه برای متغیرهای کمی، میانگین با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و همچنین انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از تعداد فراوانی مطلق (درصد) استفاده شد. در تحلیل‌های آماری سطح معناداری (P.value) ۰.۰۵ در نظر گرفته شده است. از نرم افزار آماری STATA, V.14 جهت تجزیه و

در حال حاضر بیماری پرولاپس داخلی رکتوم در اطفال به علت عدم تشخیص به موقع و درست، متأسفانه در اکثر موارد درمان مناسب و قطعی دریافت نمی‌شود.^{۱۴}

مهارت پزشک نقش بسزایی در تفسیر علائم بالینی و معاینه زیر بیهوشی دارد. در این معاینه تا اطلاعات قابل توجهی در اختیار پزشک قرار داده نشود امکان طبقه بندی بیماران بر اساس شدت بیماری را فراهم نمی‌سازد و موجب می‌شود تشخیص در بسیاری از بیماران تنها از طریق جراحی یا دیدن روده صورت پذیرد.^{۱۵،۱۶}

تشخیص و درمان بیماری‌های کولورکتال شامل تشخیص اختلالات بسیاری در قسمت روده و مقعد می‌باشد. به منظور ارزیابی و تشخیص نوع بیماری از روش‌های گوناگونی از جمله مانومتری (Manometry)، لاپاراسکوپ (laparoscopy)، دفکوگرافی یا پروکتوگرافی (Defectography or Proctography)،

الکترومیوگرافی (Electromyography) (EMG) یا نوار عصب و عضله استفاده می‌کنند. در تست مانومتری آنورکتال فشار اسفنجگر مقعدی، حس‌های مقعد و رفلکس عصبی که برای اجابت مزاج طبیعی مورد نیاز است، بررسی می‌گردد.^{۱۷} لاپاراسکوپ یک ابزار بلند و باریک است که از طریق یک برش کوچک وارد بدن می‌شود. متخصص گوارش با استفاده از دوربین ارگان‌های داخل شکم و لگن را روی صفحه مانیتور مشاهده می‌کند. از لاپاراسکوپ می‌توان برای درمان بیماری‌های مربوط به ناحیه کف لگن از جمله پرولاپس داخل لگن استفاده نمود. جراحی لاپاراسکوپ معمولاً تحت بیهوشی جنرال انجام می‌شود.^{۱۸} در روش دفکوگرافی یا پروکتوگرافی با کمک اشعه ایکس حرکات کف لگن هنگام فعالیت روده استفاده می‌شود.^{۱۹،۲۰} روش الکترومیوگرافی برای بررسی عملکرد اعصاب عضلات مقعد استفاده می‌شود که با کمک قرار دادن الکترودهایی در عضلات اطراف قسمت مقعد، ضایعه یا آسیب عصبی را شناسایی می‌کند.

با توجه به مطالعات اندک انجام شده در خصوص بیماری پرولاپس داخلی رکتوم در کودکان هدف از انجام این مطالعه تکمیل خلاء تحقیقاتی و معرفی، ارزیابی و شناسایی شایعترین علائم بالینی در کودکان مبتلا به پرولاپس داخلی رکتوم می‌باشد.

تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابتلا و شیوع (Prevalence and Morbidity)

شیوع و ابتلا به پرولاپس داخلی رکتوم در اطفال مشخص نیست و شکاف مطالعاتی عمیقی در این خصوص مشاهده می‌شود^{۲۱}. در کشور ما نیز اطلاعاتی از میزان بروز و شیوع این بیماری در دسترس نیست و نیازمند توجه ویژه متولین امر سلامت بخصوص در راس همه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

نتایج

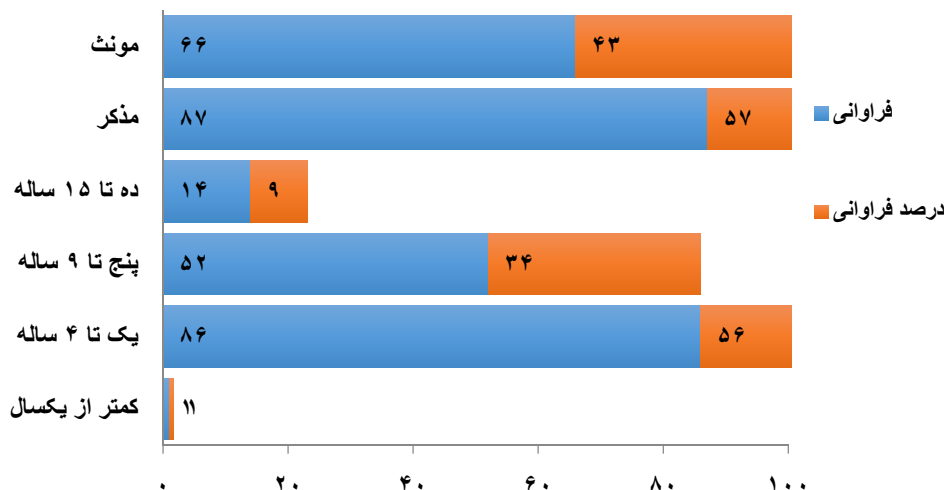
بین سالهای ۲۰۱۵ تا اوایل ژوئن سال ۲۰۲۰، تعداد ۱۵۳ کودک کمتر از ۱۵ سال با علایم گوارشی و شکایت از دردهای قسمت انتهایی دستگاه گوارش و کف لگنی به بیمارستان مریم مراجعه کردند. از این تعداد ۶۶ کودک جنس مونث (۴۳/۱۴٪) و ۸۷ کودک شامل جنس مذکر بود (۵۷٪). (نمودار ۱)

با توجه به بررسی سوابق پژوهشی بیماری پرولاپس داخلی رکتوم، مطالعه حاضر اولین مطالعه در کشور است که به بررسی دقیق و همچنین شناسایی و معرفی شایع‌ترین علایم این بیماری در کودکان پرداخته است.

تشخیص اولیه پرولاپس داخلی رکتوم با استفاده از اخذ شرح حال دقیق از والدین بیمار توسط فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان انجام شده بود. اقدامات تکمیلی بعدی برای کودک شامل بستری در بیمارستان، معاینه و تشخیص زیر بیهوشی بوده است. جهت پیگیری متغیر وضعیت بهبودی، شماره تلفن والدین از پرونده‌های کودکان مبتلا به پرولاپس داخلی رکتوم متناسب با سال‌های تحت مطالعه استخراج شد و در خصوص وضعیت بهبودی علایمی که منجر به بستری در بیمارستان و تشخیص پرولاپس داخلی رکتوم شده بود سوال می‌شد. نهایتاً در سه گروه بهبودی کامل، بهبودی نسبی و عدم بهبودی طبقه بندی شدند.

محدودیت‌های مطالعه

در زمان پیگیری وضعیت بهبودی متاسفانه شماره تلفن تعدادی از بیماران خاموش بود و علیرغم تماس در روزهای مکرر متاسفانه موفقیت حاصل نشد و منجر به از دست رفتن حجم کمی از داده‌های وضعیت بهبودی بیماران شد.



نمودار ۱: توزیع سنی و جنسی بیماران پرولاپس داخلی رکتوم مراجعه کننده به بیمارستان مریم البرز طی سال‌های ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۹

جدول ۱: شایع‌ترین علایم بیماری پرولاپس داخلی رکتوم در کودکان مراجعه به بیمارستان مریم، ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۹

ردیف	علامت	فراوانی (نسبت فراوانی)		جنسیت
		مذکر	مونث	
۱	یبوست	۸۴ (۵۶/۳۸٪)	۶۵ (۴۳/۶۲٪)	
۲	دفع سخت	۸۲ (۵۵/۷۸٪)	۶۵ (۴۴/۲۲٪)	
۳	درد هنگام دفع	۷۹ (۵۶/۴۳٪)	۶۱ (۴۳/۵۷٪)	
۴	سرخی صورت	۵۷ (۴۳/۸۴٪)	۷۳ (۵۶/۱۶٪)	
۵	خروج مدفوع تکه تکه	۵۹ (۵۶/۱۹٪)	۴۶ (۴۳/۸۱٪)	
۶	ترس از توالیت	۵۶ (۵۳/۸۵٪)	۴۸ (۴۶/۱۵٪)	
۷	عرق ریزش هنگام دفع مدفوع	۵۶ (۵۷/۷۳٪)	۴۱ (۴۲/۲۷٪)	
۸	دفع مدفوع ایستاده	۴۵ (۵۲/۳۳٪)	۴۱ (۴۷/۶۷٪)	
۹	بی‌اشتهایی	۴۲ (۵۵/۲۶٪)	۳۴ (۴۴/۷۴٪)	
۱۰	خونریزی از مقعد	۲۵ (۴۷/۱۷٪)	۲۸ (۵۲/۸۳٪)	
۱۱	بی‌اختیاری مدفوعی	۱۶ (۴۷/۰۶٪)	۱۸ (۵۲/۹۴٪)	

دفع (۹۶/۰۸٪/۱۴۷، درد هنگام دفع (۹۱/۵۰٪/۱۴۰، قرمزی و سرخی صورت هنگام دفع (۸۴/۹۶٪/۱۳۰، خروج مدفوع تکه تکه و گلوله مانند (۶۸/۶۳٪/۱۰۵، ترس از توالیت (۶۷/۹۷٪/۱۰۴، عرق ریزش هنگام دفع مدفوع (۶۳/۴۰٪/۹۷، دفع مدفوع ایستاده (۵۶/۲۱٪/۸۶، بی‌اشتهایی (۴۳/۶۷٪/۷۶، خونریزی از مقعد (۳۴/۶۴٪/۵۳، بی‌اختیاری مدفوعی (۲۲/۲۲٪/۳۴ مشاهده شد.

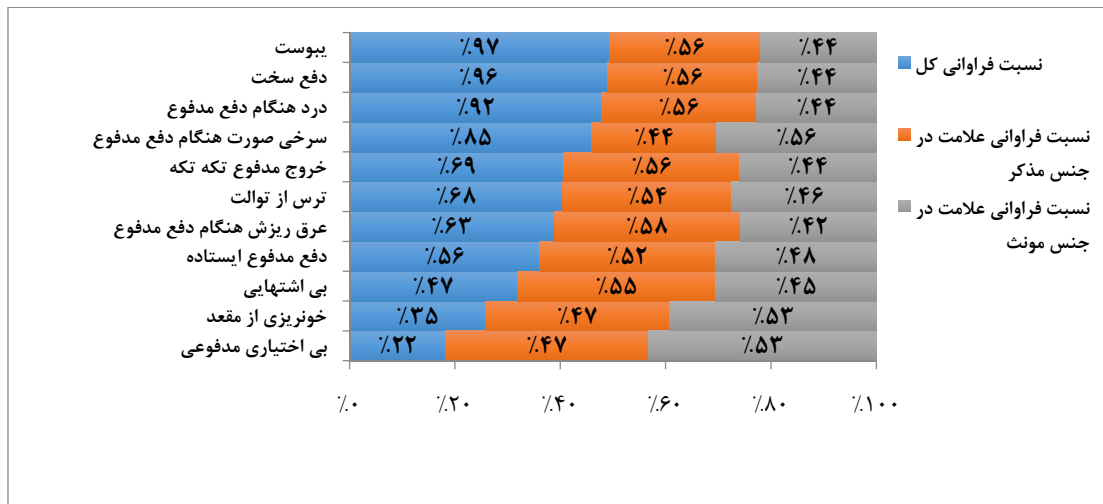
مقالات با موضوع مشابه نیز تعدادی از این علایم را گزارش کرده اند.^{۲۲} مطالعه حاضر تعدادی علایم شناسایی کرد که مختص کودکان می‌باشد و بندرت در بزرگسالان با بیماری مشابه رخ می‌دهد که در سایر مطالعات به آنها اشاره‌ای نشده بود. از جمله این علایم قرمزی و سرخی صورت هنگام دفع مدفوع، عرق ریزش هنگام دفع مدفوع، پناه بردن به کُنج اتاق یا توالیت و در نهایت دفع مدفوع به صورت ایستاده، ترس از توالیت، گریه کردن و بی‌قراری هنگام دفع مدفوع، وجود لکه‌های مدفوع در لباس زیر کودک می‌باشد.

بر اساس طبقه بندی درجه پرولاپس داخلی رکتوم آکسفورد، اکثر بیماران تحت مطالعه ما مربوط به درجه‌های ۳، ۲ و چهار بود (قسمت آنورکتال و قسمت تحتانی رکتورکتال).

در مجموع تعداد ۲۷ علامت مهم اختصاصی و غیر اختصاصی بسیار کلیدی که کمک بسیار فراوانی به تشخیص اولیه و غربالگری این بیماری مولتی فاکتوریال و تقریباً با منشأ نامشخص می‌کند شناسایی شد.

علایم بیماری شامل یبوست، درد هنگام دفع مدفوع، قرمزی و سرخی صورت هنگام دفع مدفوع، عرق ریزش هنگام دفع، ترس از توالیت، دفع ایستاده مدفوع، بی‌اشتهایی، احساس نارضایتی از دفع مدفوع، احساس سنگینی در ناحیه کف لگن، سابقه استفاده از ملین‌ها و داروهای گیاهی موجود در طب سنتی جهت تخفیف علایم، بی‌اختیاری مدفوعی، تخلیه مدفوع ناقص، تخلیه مدفوع توام با فشار و زور زدن، تخلیه مدفوع با کمک انگشتان دست، احساس دفع مکرر مدفوع، مراجعه مکرر به توالیت اما ناموفق در دفع مدفوع، مشاهده لکه مدفوع در لباس زیر، ترشحات مخاطی از سوراخ آنوس، خونریزی اطراف سوراخ آنوس، درد ناحیه آنوس، شکم درد، خروج مدفوع تکه تکه و گلوله مانند، نفخ، احساس انسداد روده، خارش ناحیه پری آنال، تغییر در عادات گوارشی، هموروئید یا بواسیر. (جدول ۱، نمودار ۲، ضمیمه ۲)

تعداد یازده علامت شایع و اختصاصی‌تر بیماری به ترتیب نسبت فراوانی گزارش شده است. یبوست (۹۷/۳۹٪/۱۴۹، سختی



نمودار ۲: شایع‌ترین علایم بیماری پرولاپس داخلی رکتوم در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان مریم طی سال‌های ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۹

وضعیت بهبودی انجام شد. اطلاعات تماس و آدرس بیماران از پرونده سیستمی و کاغذی بیماران استخراج شد. تعداد ۱۲۸ کودک (۸۳/۶۶٪) بهبودی کامل پیدا کرده بودند. برای ۱۱ کودک (۷/۱۹٪) با توجه به تخفیف علایم و بهبودی تقریباً نسبی، تزریق مجدد انجام شده بود. اطلاعات برای ۱۴ کودک (۹/۱۵٪) بعثت تغییر شماره تلفن و آدرس محل سکونت قبلی در دسترس نبود. از مجموع ۱۵۳ کودک مطالعه ۲۱ مورد (۱۳/۷۲٪) سابقه بیماری زمینه‌ای ذکر کرده بودند که مهم‌ترین آنها به ترتیب فراوانی عبارت بودند از: آلرژی و حساسیت به انواع مواد غذایی و دارویی، آنوس بسته، دیابت و MS (مالتیپل اسکلروزیس).

در مجموع میانگین سنی ۴/۷ سال بود (4.7years, 95% CI: 4.24-5.15years) میانگین سنی جنس مؤنث: 4.28years, 95% CI: (3.6237-4.9444) و در جنس مذکر- (4.3982-5.01years, 95% CI: 5.6339) بود. کمترین سن مربوط به نوزاد سه ماهه و در جنس مؤنث بود. (نمودار ۱) برای ۱۴۸ کودک (۹۶/۷۳٪) تزریق ماده گلیسرین فنیکه ۵٪ به همراه تخلیه مدفوع انجام شده بود و برای ۵ کودک (۳/۲۷٪) فقط جراحی و برای ۱۱ کودک (۷/۱۹٪) به طور همزمان علاوه بر تخلیه مدفوع و تزریق، عمل جراحی نیز انجام شده بود.

نتیجه درمان (پیگیری وضعیت بهبودی)

به طور میانگین ۲/۸ سال بعد از ترخیص از بیمارستان، پیگیری

جدول ۲: میانگین و نسبت سنی کودکان مبتلا به پرولاپس داخلی رکتوم مراجعه کننده به بیمارستان مریم طی سال‌های ۹۸-۱۳۹۳

رده سنی	جنسیت		میانگین سنی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
	مؤنث	مذکر	مؤنث	مذکر
کمتر از یک سال	۱ (۱/۵۲٪)	۰ (۰٪)	۴/۲۸ (۳/۶۲-۴/۳۹) سال	۵/۱۰ (۴/۳۹-۵/۶۳) سال
۱-۴ ساله	۴۵ (۶۷/۱۸٪)	۴۱ (۴۷/۱۲٪)		
۵-۹ ساله	۱۲ (۱۸/۱۸٪)	۴۰ (۴۵/۹۸٪)		
۱۰-۱۵ ساله	۸ (۱۲/۱۲٪)	۶ (۶/۹۰٪)		
کل	۶۶ (۱۰۰٪)	۸۷ (۱۰۰٪)		

جدول ۳: سیستم درجه بندی رادیولوژیکی پرولاپس رکتوم آکسفورد

انواع پرولاپس	درجه بندی پرولاپس رکتوم	مشخصات رادیولوژیکی پرولاپس رکتوم
پرولاپس داخلی رکتوم (IRP)	پرولاپس رکتو- رکتال	پایین تر از حد پروگزیمال رکتوسل نیست تا سطح رکتوسل نزول میکند، اما بر روی کانال اسفنکتر/ مقعدی وجود ندارد
پرولاپس رکتو- آنال	درجه سوم: قسمت فوقانی آنال	به کانال اسفنکتر / مقعد نزول می کند
پرولاپس خارجی رکتوم (ERP)	پرولاپس خارجی رکتال	درجه چهارم: قسمت تحتانی آنال درجه پنجم: بیرون زدگی رکتوم وارد کانال اسفنکتر / مقعد می شود از مقعد بیرون می زند

جدول ۴: معانی فارسی لغات انگلیسی در خصوص علائم شناسایی شده و شایع بیماری پرولاپس داخلی رکتوم در کودکان

معنی	لغت	شماره	معنی	لغت	شماره
Laxative Use	استفاده از داروی مسهل	۱۳	Faecal Incontinence	بی اختیاری مدفوعی	۱
Un-satisfaction of defecation	احساس نارضایتی از دفع مدفوع	۱۴	Sweating During defecation	عرق ریزش هنگام دفع مدفوع	۲
Felling of Obstruction	احساس انسداد	۱۵	Straining	فشار/زور زدن حین مدفوع	۳
Bloating	احساس نفخ	۱۶	Digital Assistance	تخلیه با کمک انگشت	۴
Incomplete Evacuation	احساس تخلیه ناقص	۱۷	Repetitive toilet Visit	مراجعه مکرر به توالت	۵
Change in Bowel Habits	تغییرات گوارشی	۱۸	Unsuccessful Attempts	تلاش ناموفق جهت دفع	۶
Constipation	یبوست	۱۹	Mucus Discharge	ترشحات مخاطی از آنوس	۷
Difficulty in Defecation	سختی دفع مدفوع	۲۰	Peri-anal blood loss	خونریزی اطراف مقعد	۸
Painful Defecation	دفع دردناک	۲۱	Pebble-shape dropping	مدفوع خروج مدفوع تکه تکه	۹
Redness of Face	قرمزی و سرخی صورت	۲۲	Soiling	مشاهده مدفوع در لباس زیر	۱۰
Hemorrhoids	هموروئید	۲۳	Peri-anal Itch	خارش اطراف مقعد	۱۱
Anal Pain	درد مقعد	۲۴	Abdominal Paine	شکم درد	۱۲

(نمودار ۱)

تعداد ۸۷ نفر (۵۶/۸۶٪) از طریق دوستان و آشنایان، اینترنت، تلویزیون و سایر رسانه‌های اجتماعی و تعداد ۶۶ نفر (۴۳/۱۴٪) باقیمانده از سایر مطب‌های سراسر کشور ارجاع شده بودند. عارضه قابل توجهی بعد از تزریق یا جراحی مشاهده نشد اما در ۸ کودک (۵/۲۳٪) استفراغ و حالت تهوع گذرا گزارش شده بود.

بحث

بیماری پرولاپس داخلی رکتوم برای اولین بار در سال ۱۹۵۷ میلادی توسط Asman شرح داده شد^{۳۳}. با توجه به مطالعه ایشان این بیماری در ۵ درصد بیماران مبتلا به اختلالات کولورکتال،

میانگین مدت زمان علائم ذکر شده تا قبل از مراجعه به بیمارستان مریم جهت تشخیص و بستری ۱/۶۸ سال بود (1.68 years, 95% CI: (1.4826-1.8775), SD: 0.0999). تعداد ۳۰ کودک (۱۹/۶۱٪) سابقه علائم کمتر از یک سال، ۹۸ کودک (۶۴/۰۵٪) بین یک تا ۳ سال، ۲۱ کودک (۱۳/۷۳٪) سه تا ۴ سال و ۴ کودک (۲/۶۱٪) ۵ تا ۸ سال، یعنی بیشترین مدت زمان سابقه علائم را عنوان کرده بودند. به تعبیر دیگر به طور متوسط ۹۷/۳۹ درصد از مجموع کودکان تحت مطالعه، سابقه علائم ذکر شده را تا ۵ سال گزارش کرده اند. (نمودار ۱)

میانگین مدت زمان بستری برای جمعیت تحت مطالعه ۱/۴۵ روز (1.45 day, 95%CI: (1.2588-1.6430), SD:0.0972).

موثری جهت پیشگیری از این بیماری چندچهره و مولتی فاکتوریال مطرح می‌شود. از جمله این راهکارها پیشنهاد پیشگیری از وضعیت یبوست همیشگی اطفال با رعایت رژیم غذایی سرشار از فیبر از قبیل میوه‌ها، سبزیجات و غلات سبوسدار، داشتن فعالیت فیزیکی کافی و متناسب با سن افراد، اطمینان از نوشیدن آب کودک و سایر مایعات به مقدار کافی در روز، اجتناب از عادات غلط اطفال مثل فشار و زور زدن غیر ضروری در توالیت و عدم انتخاب پوزیشن‌های نامناسب که در درازمدت منجر به تضعیف عضلات کف لگن خواهد شد.

همچنین مصرف رژیم غذایی حاوی پروتئین، غربالگری کم‌کاری تیروئید مادرزادی نوزادان، شناسایی اختلالات نورولوژیک (اختلال در عملکرد مغز، نخاع و سلول‌های عصبی) نقش بسزایی خواهند داشت.

نتیجه‌گیری

در صورت مشاهده یبوست در کودکان که همراه با سختی و درد شدید هنگام دفع مدفوع، سرخی صورت و عرق‌ریزش باشد و در اکثر مواقع مدفوع به صورت تکه تکه و گاه به صورت توده حجیم و بزرگ دفع شود و همچنین کودک از نشستن در توالیت اجتناب کند و به صورت ایستاده و با حالت سفت کردن کمر دفع مدفوع خود را انجام می‌دهد در این حالت باید به فکر پرولاپس داخلی رکتوم نیز بود. در پرولاپس داخلی رکتوم درمان دارویی جایگاهی ندارد و فقط به صورت موقت مدفوع را نرم و راحتی در دفع را تامین می‌کند. پرولاپس داخلی رکتوم باید به تناسب شدت آن، یا با تزریق ماده اسکروزان (ماده انحصاری استفاده شده در این مطالعه) زیرمخاط رکتوم و یا با اکسزویون مخاط پرولاپس شده درمان گردد. تشخیص دیر هنگام پرولاپس داخلی رکتوم در اطفال علاوه بر اینکه کیفیت نامطلوب زندگی آنها را در پی خواهد داشت، باعث تحمیل هزینه‌های گزاف درمان بر خانواده‌ها خواهد شد. پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت برای تمام گروه‌های سنی مستعد و بطور ویژه برای کودکان جامعه که در حقیقت سرمایه‌های اصلی و تضمین‌کننده پیشرفت آتی کشور جمهوری اسلامی ایران هستند اقدام به تهیه دستورالعمل‌ها و برنامه‌های غربالگری بیماری پرولاپس داخلی رکتوم جهت پیشگیری از موارد ذکر شده در بالا در سراسر کشور نماید.

یبوست مزمن، سندروم انسداد مدفوع و دفع ناقص و دل پیچه و تنموس رخ می‌دهد. گرچه سالهاست در مورد بیماری پرولاپس داخلی رکتوم مقالات متعددی به انتشار رسیده است اما هنوز خلاء و شکاف تحقیقاتی بسیاری در این مورد بخصوص در کودکان وجود دارد. نظریه‌های زیادی در مورد اینکه پرولاپس داخلی رکتوم در نهایت منجر به نوع پرولاپس خارجی رکتوم خواهد شد وجود دارد.^۷ با پیشرفت تکنولوژی و ورود دستگاه‌های پیشرفته تشخیصی از جمله دکوگرافی و لاپاراسکوپی، اولتراسونوگرافی و غیره سالیان درازی طول کشید که متخصصین این دو بیماری را از هم تمایز و تشخیص دهند و برای هر کدام با توجه به تشخیص رادیولوژیکی و ناحیه درگیر پرولاپس طبقه بندی مجزا برای این بیماری در نظر بگیرند.^{۱۴} مهمترین طبقه بندی مربوط به آکسفورد می‌باشد. بر این اساس بیماری به ۵ درجه یا گرید تقسیم می‌شود که نوع ۱ و ۲ ناحیه رکتورکتال (قسمت بالای رکتوم) و انواع ۳ و ۴ ناحیه آنورکتال (قسمت انتهایی رکتال و منتهی به آنوس) را درگیر خواهد کرد. درجه ۵ مربوط به پرولاپس خارجی رکتوم می‌باشد که در آن قسمت انتهایی روده بدلیل فشارهای بیش از حد و زور زدن هنگام دفع مدفوع از سوراخ آنوس خارج می‌شود. برای مشاهده طبقه بندی بیماری پرولاپس توسط آکسفورد به ضمیمه شماره یک (جدول شماره سه) مراجعه شود. در هر دو نوع پرولاپس داخلی و خارجی دو رویکرد و روش تشخیصی، درمانی پرینه آل و ترانس ایدومینال وجود دارد. در اروپا روش رایج ترانس ایدومینال و با استفاده از رکتومیسی لاپاراسکوپی انجام می‌شود. در روش پرینه آل با استفاده از رویکرد Delorme's و Stapled Trans-Anal (STARR) Rectum Resection انجام می‌شود.^{۲۴}

هدف اصلی مطالعه حاضر معرفی، ارزیابی و شناسایی شایعترین علایم این بیماری در اطفال می‌باشد. با توجه به اینکه بیماری مورد نظر جزء اختلالات گوارشی چندوجهی و چندعلیتی می‌باشد و اتیولوژی بیماری هنوز واضح و مشخص نیست، به تبع آن ریسک فاکتورهای زیادی برای آن مطرح خواهد بود. طیف دامنه ریسک فاکتورها برای این بیماری از عوامل فردی، ژنتیکی تا عوامل محیطی و وابسته به سبک زندگی افراد متغیر است.^{۱۱} برای کاستن از موارد شیوع و بروز بیماری پرولاپس داخلی رکتوم در اطفال و همچنین کاستن از بار تحمیلی مضاعف به خانواده‌ها، راه‌های پیشنهادی

References

1. Kerur B, Kantekure K, Bonilla S, Orkin B, Flores AF. Management of chronic intractable constipation in children. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2014;59(6):754-757.
2. Cavallaro PM, Staller K, Savitt LR, et al. The contributions of internal intussusception, irritable bowel syndrome, and pelvic floor dyssynergia to obstructed defecation syndrome. *Diseases of the Colon & Rectum* 2019;62(1):56-62.
3. de Vergie LC, Venara A, Duchalais E, Frampas E, Lehur P. Internal rectal prolapse: Definition, assessment and management in 2016. *Journal of visceral surgery* 2017;154(1):21-28.
4. Bloemendaal A, Buchs N, Prapasrivorakul S, et al. High-grade internal rectal prolapse: Does it explain so-called "idiopathic" faecal incontinence? *International Journal of Surgery* 2016;25:118-122.
5. Wijffels N, Jones O, Cunningham C, Bemelman W, Lindsey I. What are the symptoms of internal rectal prolapse? *Colorectal Disease* 2013;15(3):368-373.
6. Festen S, Van Geloven A, D'Hoore A, Lindsey I, Gerhards M. Controversy in the treatment of symptomatic internal rectal prolapse: suspension or resection? *Surgical endoscopy* 2011;25(6):2000-2003.
7. Hawkins AT, Olariu AG, Savitt LR, et al. Impact of rising grades of internal rectal intussusception on fecal continence and symptoms of constipation. *Diseases of the Colon & Rectum* 2016;59(1):54-61.
8. Gottesman L. Internal Rectal Prolapse, Anismus, and Obstructed Defecation Reconsidered. *Diseases of the Colon & Rectum* 2019;62(6):e33-e34.
9. Dvorkin LS, Knowles CH, Scott SM, Williams NS, Lunniss PJ. Rectal intussusception: characterization of symptomatology. *Diseases of the colon & rectum* 2005;48(4):824-831.
10. Van der Schans E, Paulides T, Wijffels N, Consten E. Management of patients with rectal prolapse: the 2017 Dutch guidelines. *Techniques in coloproctology* 2018;22(8):589-596.
11. Gosselink MP, Adusumilli S, Harmston C, et al. Impact of slow transit constipation on the outcome of laparoscopic ventral rectopexy for obstructed defaecation associated with high grade internal rectal prolapse. *Colorectal Disease* 2013;15(12):e749-e756.
12. Dasgupta R, Langer JC. Evaluation and management of persistent problems after surgery for Hirschsprung disease in a child. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2008;46(1):13-19.
13. Langer JC. Hirschsprung disease. *Fundamentals of pediatric surgery*: Springer; 2011:475-484.
14. Sileri P, Franceschilli L, de Luca E, et al. Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse using biological mesh: postoperative and short-term functional results. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2012;16(3):622-628.
15. Talley NJ. How to do and interpret a rectal examination in gastroenterology. *The American journal of gastroenterology* Apr 2008;103(4):820-822.
16. Sialakas C, Vottler TP, Andersen JM. Rectal prolapse in pediatrics. *Clinical pediatrics* 1999;38(2):63-72.
17. Athanasakos E, Cleeve S, Thapar N, et al. Anorectal manometry in children with defecation disorders BSPGHAN Motility Working Group consensus statement. *Neurogastroenterology & Motility* 2020;32(6):e13797.
18. Gosselink M, Joshi H, Adusumilli S, et al. Laparoscopic ventral rectopexy for faecal incontinence: equivalent benefit is seen in internal and external rectal prolapse. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2015;19(3):558-563.
19. Jeong HY, Yang S-J, Cho DH, Park DH, Lee JK. Comparison of three-dimensional pelvic floor ultrasonography and defecography for assessment of posterior pelvic floor disorders. *Journal of the Korean Society of Coloproctology* 2020.
20. Pomerri F, Zuliani M, Mazza C, Villarejo F, Scopece A. Defecographic measurements of rectal intussusception and prolapse in patients and in asymptomatic subjects. *American Journal of Roentgenology* 2001;176(3):641-645.
21. Dench JE, Scott SM, Lunniss PJ, Dvorkin LS, Williams NS. External pelvic rectal suspension (the express procedure) for internal rectal prolapse, with or without concomitant rectocele repair: a video demonstration. *Diseases of the colon & rectum* 2006;49(12):1922-1926.
22. Gosselink MP, Joshi HM. Exploring the link between high grade internal rectal prolapse and faecal incontinence. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2017;19(8):711.
23. Sielezneff I, Malouf A, Cesari J, Brunet C, Sarles J-C, Sastre B. Selection criteria for internal rectal prolapse repair by Delorme's transrectal excision. *Diseases of the colon & rectum* 1999;42(3):367-373.
24. Bloemendaal A, De Schepper M, Mishra A, et al. Transanal endoscopic microsurgery for internal rectal prolapse. *Techniques in Coloproctology* 2016;20(2):129-133.

Salahedin Delshad^{1,2}, Naser Piri^{3*}, Zahra Mirmoghdam⁴

¹ Department of Pediatric Surgery, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Pediatric Surgery, Maryam Hospital, Alborz University of Medical Science, Karaj, Iran

³ Research and Technology Unit, Maryam Hospital, Alborz University of Medical Science, Karaj, Iran

⁴ Deputy of Health, Alborz University of Medical Science, Karaj, Iran

The Most Common Symptoms of Internal Rectal Prolapse in Children Referred to Maryam Hospital, Karaj: During 2015 to 2020

Received: 1 Sep. 2020; Accepted: 21 Dec. 2020

Abstract

Background: Internal rectal prolapse is a multifactorial disease with an almost unknown source that affects most age groups. Since constipation is the most common symptom among these patients, most families and some gastroenterologists try to control and alleviate the symptoms of the disease by using laxatives. Because of ignorance about the existence of this multifaceted disease especially in children due to the inability to express symptoms and incorrect diagnosis, unfortunately the disease will last for years and will often be treated in the final and advanced stages.

Methods: During 2015 to June 2020, 153 children less than 15 years of age referred to Maryam Hospital complaining about last part of gastrointestinal tract. Data and information required for the study were extracted from the records of patients with internal rectal prolapse in a descriptive survey and with a retrospective approach.

Results: A total of 27 common symptoms were identified among children with internal rectal prolapse, the most common of which in order of frequency ratio are: 149 constipation (97.39%), 148 difficulty in defecation (96.08%), 140 painful defecation (91.50%), 130 redness of face during the act of defaecation (84.96%), 105 excretion fragmented and bullet-like feces (Pebble-shape dropping) (68.63%).

Conclusion: Late diagnosis of internal rectal prolapse in children will not only lead to poor quality of their lives, it will impose exorbitant medical costs on families. Given that very few studies have been done on symptoms of this disease in children, the present study could play a key role in diagnosis and identification of the disease.

Keyword: Internal rectal prolapse, Constipation, Pebble-shape dropping

***Corresponding Author:**

Research and Technology Unit, Maryam Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Tel: 02633512462

E-mail: piri.naser1989@maryamhospital.ir