بررسی جراحی پرولاپس رکتوم طی سالهای ۱۳۷۳-۱۳۶۸ در مرکز کودکان مفید

دکتر علیرضا میرشمیرانی*
دکتر محمدحسین عمید**

چکیده

در این مطالعه پرونده‌های ۵۰ بیمار مبتلا به پرولاپس رکتوم که طی سالهای ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۳ به مرکز کودکان مفید مراجعه کرده‌اند بصورت توصیفی مورد بررسی قرار گرفته است. از این تعداد ۳۰ نفر مذکر و ۲۰ نفر مؤنث بوده‌اند (نسبت پسر به دختر $\frac{3}{2}$). متوسط سن مراجعه ۳ سالگی بوده و شایعترین نوع پرولاپس در این بیماران فرم کامل آن بوده‌است (۷۰ درصد). علائم بالینی بیماران در موقع مراجعه به ترتیب زیر بوده‌است: خروج توده از مقعد (۹۶ درصد)، خونریزی رکتوم (۴۶ درصد)، و یبوست و اسهال (۱۶ درصد).

از ۵۰ بیمار بستری شده که به درمان طبی سرپائی پاسخ نداده‌اند، ۴۸ بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند که در ۳۹ بیمار جراحی به روش *Ekhorn* و در ۹ مورد به روش *Lockhart-Mummery* بوده‌است. ۲ مورد با دستورات طبی و غیرجراحی در ضمن بستری بهبود یافته و مرخص شده‌اند (فرم ناکامل).

در بین عمل‌شده‌ها دو مورد عود وجود داشته است (۴ درصد)، دو مورد فوق با روش *Ekhorn* عمل شده‌بودند که مجدداً تحت عمل جراحی با روشهای مذکور قرار گرفته و پس از بهبود کامل مرخص شده‌اند.

تست عرق در ۳۰ بیمار انجام شده، که بجز در یک مورد بقیه منفی بوده‌است.

کلید واژه‌ها: ۱- درمان طبی پرولاپس رکتوم کودکان ۲- درمان جراحی پرولاپس رکتوم کودکان ۳- روش جراحی *Ekhorn* ۴- روش جراحی *Lockhart Mummery*

مقدمه

پرولاپس رکتوم یکی از بیماریهای کودکان است که معمولاً بطور ناگهانی اتفاق افتاده و موجب اضطراب و وحشت والدین می‌گردد. شیوع این بیماری در ۵۰ سال قبل بیشتر بوده‌است.[۱۰]

ضایعه عبارتست از بیرون‌زدگی رکتوم از مقعد. دو نوع پرولاپس رکتوم وجود دارد:

۱- نوع نسبی (ناکامل) که فقط مخاط رکتوم بیرون‌زدگی دارد و اکثراً از این نوع بوده و در اغلب موارد با درمان طبی بهبود رضایت بخش دارد.[۱۱و۱۰]

۲- نوع کامل (*Procidentia*) که عبارتست از خروج تمام لایه‌های رکتوم و حتی بالاتر، که معمولاً بین سنین ۵-۱ سال شایع می‌باشد.[۱۰و۴،۳،۱] اصول تشخیص نیز شامل موارد زیر می‌باشد: خروج توده از مقعد، بی‌اختیاری ناقص یا کامل مدفوع و ترشح یا خونریزی از مقعد[۸].

از تشخیص‌های افتراقی قابل ذکر باید پولیپ رکتوم و انواژیناسیون را نام برد که در پولیپ رکتوم توده‌ای غیرطبیعی از قسمتی از مقعد در موقع اجابت مزاج خارج و سپس به درون برمی‌گردد و خروج توده فوق دورتادور مقعد را فرا

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی - گروه جراحی کودکان - مرکز کودکان مفید

** استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی - گروه اطفال - مرکز کودکان مفید

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:05 IRDT on Monday July 16th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

نگرفته‌است. در انواژیناسیون هم خروج احشاء را از مقعد داریم، که با معاینه انگشت براحتی توده انواژینه شده قابل تفکیک می‌باشد، چون معاینه‌کننده براحتی بین لایه‌های رکتوم و روده خارج شده را بدون لمس بن‌بست احساس می‌کند. در صورتی که در پرولاپس رکتوم انگشت در همان حالت بن‌بست را لمس می‌کند. (۱،۳،۴،۱۰،۱۱)

پرولاپس رکتوم معمولاً در زمینه یبوست مزمن، اسهال حاد، بیماری هیرشپرونگ، کولیت اولسروز، سندرم اهلرداتلس، مننگومیلوسل، آتروفی مثانه، بیماری فیبروکیستیک (CF)، سیاه سرفه و بدنبال اعمال جراحی آنورکتال دیده می‌شود.(۳و۴) بطور کلی اتیولوژی ناشناخته است ولی بیماریهای ناتوان کننده، سوءتغذیه و آلودگی‌های انگلی مساعد کنندهٔ زمینه بروز بیماری می‌باشد. در تمام موارد پرولاپس رکتوم تست عرق بایستی اندازه‌گیری شود.(۱۰و۱۱)

در ۲۰ درصد بیماران مبتلا به CF پرولاپس رکتوم اتفاق می‌افتد و در بسیاری از این بیماران شروع علائم با رخداد پرولاپس رکتوم می‌باشد، در مبتلایان به CF معمولاً پرولاپس در سالهای اول زندگی عارض شده اما با توصیه‌های درمانی و درمان آنزیمی پانکراس بهبود پیدا می‌کند، به همین دلیل مسئله وجود CF در کودکان مبتلا به پرولاپس حائز اهمیت بوده و باید با تست عرق مشخص گردد. قابل ذکر است که پرولاپس رکتوم در ۴ درصد بیماران مبتلا به CF با پانکراس سالم نیز اتفاق می‌افتد و سرفه مزمن هم می‌تواند این عارضه را شدت بخشد.(۱۲)

اندیکاسیونهای انجام تست عرق عبارتست از ۱- ضایعات ریوی مثل سرفه مزمن، پنومونی راجعه و برونشیولیت راجعه ۲- ضایعات گوارشی مانند ایلئوس مکونیال، سندرم مکونیوم پلاگ، استئاتوره، سوءجذب، پرولاپس رکتوم، سیروزصفراوی و .... ۳- سایر موارد مثل سابقه CF و FTT*، پولیپ بینی و Pansinusitis.

درمان پرولاپس رکتوم اکثراً طبی و غیرجراحی بوده و شامل رژیم مناسب جهت نرم‌کردن مدفوع و رفع یبوست، تعلیم روش مناسب اجابت مزاج که کودک مبتلا از صندلی بالغین جهت اجابت مزاج استفاده می‌نماید در این مورد پاها از زمین بالاتر بوده و زانوها بالا نمی‌باشد تا براحتی مدفوع از مقعد خارج شود،(۱۰) و رفع بیماری زمینه‌ای مثل آلودگیهای پارازیتی، اسهال و پولیپ رکتوم می‌باشد.

بطور کلی با رعایت اصول فوق بندرت نیاز به جراحی پیدا می‌شود.(۱۱و۱۰،۹،۸) گاهی قبل از جراحی برخی از پزشکان مبادرت به تزریق مواد اسکلروزان در ناحیه زیر مخاطی می‌کنند.(۱۰ و ۷) این مواد عبارتند از : Quinine، سالین ۳۰ درصد، Sodium morrhuate، فنول ۵ درصد در روغن بادام، اولئات و اتانولامین. (۱۰) بهرحال تزریق باید دورتادور و در چهارنقطه ناحیه و به میزان کافی (کمتر از ۲ میلی‌گرم) و تحت بیهوشی عمومی صورت گیرد.(۱۰)

نکته قابل ذکر آن که همگان با انجام این کار توافق ندارند. (۸و۳،۲) برخی منابع استفاده آن را توأم با ریسک دانسته و صدمه عصب و عفونت را از عوارض آن می‌دانند.(۳)

در صورتی که چندبار از تزریق استفاده شد و موفقیتی وجود نداشت با استفاده از نخ‌های غیرقابل جذب مونوفیلامان (Monofilament) مثل تیرش (Thiersch) با روش سیرکلاژ (Cerclage) استفاده شده یا از روش گذاشتن مش پلی‌گالاکتین در ناحیه پره ساکرال که متداول است (طبق روش (Lockhart-Mummery) استفاده می‌شود که با این روش معمولاً نتیجه خوب و موفقیت‌آمیز می‌باشد.(۹)

در مواردی که پرولاپس پس از اعمال جراحی ناحیه آنورکتال باشد بایستی به روش جراحی آن را ترمیم نمود. موارد و متدهای سایر روشهای جراحی عبارتند از، کوتریزاسیون خطی رکتوم، رکتوپکسی Ivalon - Sponge، رکتوپکسی Wells، رکتوپکسی ترانس ساکرال، رکتوسیگموئیدکتومی، رزکسیون قدامی (Ant.Resection)، Stripping، Plication و روش Ekhorn و چندروش غیرشایع دیگر.(۱۰ و ۵)

* Failure to thrive

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:05 IRDT on Monday July 16th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

روش جراحی *Lockhart-Mummery* عبارتست از گذاشتن مش ساده یا آغشته به مواد تحریکی مثل پودر تالک بین رکتوم و استخوان ساکروکوکسیژیال، در این روش ابتدا شکافی عرضی بین نوک استخوان کوکسیس و مقعد داده شده و دو قسمت رکتوم و استخوان دکوله می‌گردد، سپس مش در آن ناحیه گذاشته می‌شود. روش جراحی *Ekhorn* عبارتست از ثابت کردن مخاط رکتوم و استخوانهای ذکرشده بوسیله نخ جراحی که معمولاً از سیلک صفر یا نایلون سوزن بلند با انحنا استفاده می‌گردد و روش بدین صورت است که پس از فروبردن انگشت در رکتوم و بدرون فرستادن کامل لایه‌های پرولابه شده سوزن را بنحوی بر قرار می‌کنیم که دو سر نخ در ناحیه ساکروکوکسیژیال قرار داشته و بصورت *U* در خارج گره بخورد. در هر دو روش ذکر شده راکسیون مواد و نوع عمل سبب راکسیون نسجی شده و تولید چسبندگی می‌نماید.

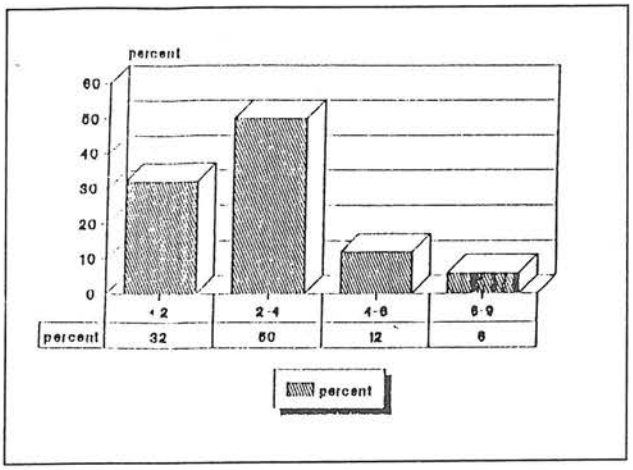
روش بررسی

بین سالهای ۱۳۶۸ لغایت ۱۳۷۳ پرونده‌های کودکان بستری شده بعلت پرولاپس رکتوم در مرکز کودکان مفید مورد بررسی قرار گرفته‌اند. تعداد بستری‌شدگان ۵۰ مورد بوده (کسانی که بطور سرپائی با درمان طبی و غیرجراحی نتیجه نگرفته‌اند). پرونده آنها بطور گذشته‌نگر *(Retrospective)* بررسی شده و تحت پی‌گیری مرتب قرار گرفته‌اند و همگی از نظر سن، جنس، تظاهرات بالینی، بیماریهای همراه، یافته‌های آزمایشگاهی، روشهای تشخیصی و درمانی بررسی شده و همچنین نتایج دو روش جراحی انجام شده مقایسه گردیده است. دو روش جراحی بکار برده شده عبارتند از روش جراحی *Lockhart-Mummery* و روش جراحی *Ekhorn* که در روش اول از مش ساده استفاده شده‌است.

قابل ذکر است که در مرکز ما فقط از این دو روش جراحی استفاده شده و توافقی هم با استفاده از مواد اسکلروزان وجود ندارد.

نتایج

از ۵۰ بیمار، ۳۰ مورد مذکر (۶۰ درصد) و ۲۰ مورد مؤنث (۴۰ درصد) بوده‌اند که نسبت پسر به دختر ۳/۲ بوده‌است. کوچکترین بیمار ۳ ماهه و بزرگترین ۹ ساله بوده‌است. متوسط سن ابتلا در این بررسی ۳ سالگی بوده‌است. متوسط سن در موقع درمان جراحی بدون در نظر گرفتن جنسیت بیماران ۴ سال و ۴ ماهگی بوده‌است. (نمودار شماره ۱)



نمودار ۱- پراکندگی سنی بیماران مبتلا به پرولاپس رکتوم

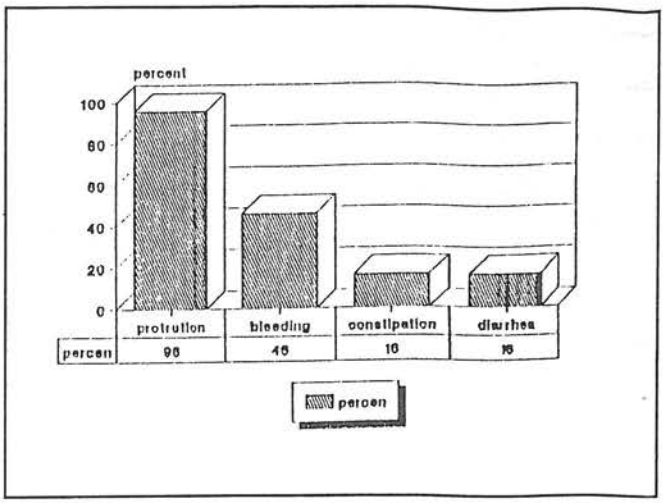
از تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به پرولاپس ۷۰ درصد (۳۵ بیمار) از نوع کامل و ۳۰ درصد (۱۵ بیمار) از فرم غیرکامل (نسبی) بوده‌اند.

آزمایش مدفوع از نظر پارازیت در تمامی بیماران منفی بوده‌است. تست عرق در ۳۰ بیمار انجام شده که فقط در یک مورد مثبت بوده‌است. مورد مثبت تست عرق با تشخیص *CF* تحت درمان قرار گرفته و قابل ذکر است که در همین بیمار بعلت سهل‌انگاری در مصرف داروها عود بیماری پس از ۱۰ ماه عارض شده که مجدداً تحت عمل قرار گرفته و فعلاً تحت کنترل می‌باشد.

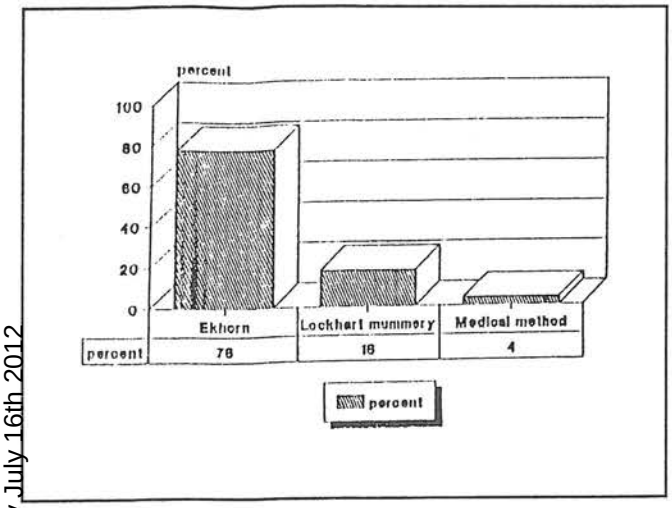
بررسی آزمایشگاهی همگی از نظر خون و ادرار طبیعی بوده‌است. هیچیک از بیماران سابقه بیماریهای تغذیه‌ای و ناتوان‌کننده را نداشته‌اند.

شایعترین علامت بیماران در موقع مراجعه خروج توده از مقعد بوده‌است (۹۶ درصد)، علائم بعدی به ترتیب خونریزی از رکتوم (۴۶ درصد)، یبوست (۱۶ درصد) و اسهال در ۱۶ درصد موارد وجود داشته‌است. (نمودار شماره ۲)

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:05 IRDT on Monday July 16th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]



نمودار ۲- علائم اولیه در بیماران مبتلا به پرولاپس رکتوم



نمودار ۳- روشهای جراحی در ترمیم پرولاپس رکتوم

معاینه رکتوم در تمامی بیماران عاری از نکته پاتولوژیک بوده‌است. در ۴ بیمار رکتوسیگموئیدوسکپی صورت گرفته که در یک نفر پولیپ رکتوم در فاصله ۱۵ سانتی‌متری مقعد وجود داشته‌است نتیجه درمان بدین‌صورت بوده که از تعداد ۵۰ مورد در دو نفر با توصیه‌های طبی مجدد و غیرجراحی درمان صورت گرفته است (۴ درصد)، ۳۹ بیمار با روش جراحی *Ekhorn* عمل شده (۷۸ درصد) و ۹ بیمار با روش جراحی *Lockhart - Mummery* (۱۸ درصد). (نمودار شماره ۳) عود در ۲ مورد وجود داشته که هر دو پس از عمل *Ekhorn* بوده‌است که عمل مجدد یکی با روش *Ekhorn* و دیگری با روش *Lockhart - Mummery* صورت گرفته است.

قابل ذکر است که در یک مورد، بیماری که تست عرق مثبت داشته و پس از تحقیق مشخص شد که در مصرف داروها کوتاهی نموده که عود پس از ۱۰ ماه و در مورد دیگر پس از یکسال عارض شده‌است که پس از جراحی مجدد هر دو به مدت ۳ سال مورد پیگیری قرار گرفته‌اند. مدت پی‌گیری در ۴۸ بیمار عمل شده بین ۶ ماه تا ۵ سال بوده که سه ماه یکبار کنترل می‌شده‌اند. البته از آنجائی که تعداد موارد عمل شده با دو روش برابر نبوده و جراحان آن هم یکی نبوده‌اند، مقایسه نتایج دو روش فوق ناصحیح می‌باشد.

بحث

درمان پرولاپس رکتوم اکثراً به روش طبی و کنسرواتیو صورت می‌گیرد که در اغلب مواقع هم نتیجه‌بخش می‌باشد. وقتی با درمان طبی مداوا نشود اجباراً باید بار وشهای متداول جراحی ترمیم گردد. (۱۰ و ۸، ۲)

امروزه در مراکز مختلف جراحی کودکان روشهای متعددی بکار گرفته می‌شود، که با توجه به نظر جراح، سابقه و تجربه وی این روشها انتخاب می‌گردد. (۱۰ و ۸،۶،۵،۲،۱)

قابل ذکر است که روشهای کنسرواتیوی مثل تزریق مواد اسکلروزان مدتهاست تجربه شده‌است، لیکن هنوز نتوانسته اکثر جراحان اطفال را قانع و راضی نماید، (۸ و۴،۳،۲،۱) بنابراین همچنان روشهای جراحی مطرح می‌باشند. از طرفی معمولاً روشی انتخاب می‌گردد که کمترین آسیب را به ناحیه رسانده و زمان کوتاه را نیاز داشته و عاری از عارضه باشد ضمناً بهترین نتیجه را حاصل نماید. عده‌ای با روش تیرش بدلیل وجود عارضه مخالف می‌باشند، در مرکز کودکان مفید هم بدلیل همین مخالفت درمان جراحی با روشهای - *Lockhart* و *Ekhorn* *Mummery* صورت گرفته‌است. از خصائص هردو روش این است که عارضه‌ای نداشته و خیلی سریع صورت می‌گیرد، از مزایای روش *Ekhorn* اینکه خیلی سریعتر انجام گرفته و نیازی هم به برش جراحی ندارد، چه فقط با عبور سوزن منظور عملی می‌گردد. بهمین دلیل در سنوات اخیر بیشتر از روش فوق

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:05 IRDT on Monday July 16th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

استفاده شده و نتایج خوبی هم حاصل گردیده است. دو مورد عارضه در بین بیماران جراحی شده مرکز وجود داشته که یکی را می‌توان بعلت وجود CF در بیمار دانست. همانطور که ذکر گردید موارد عود هم با دو روش فوق‌الذکر جراحی مجدداً انجام گرفته که نتیجه رضایت بخش بوده‌است. با بررسی انجام شده روش Ekhorn بدلیل مزایای ذکر شده و پس از آن روش Lockhart - Mummery بترتیب بعنوان روشهای انتخابی و مناسب جراحی پرولاپس رکتوم توصیه می‌گردد.

REFERENCES

1) Ashcraft K.W., Holder T.M; Textbook of ped. surgery; 2nd Edition, W.B. Saunders Company, 1993; pp: 411-413

2) Ashcraft K.W, and Holder T.M: Rectal prolapse 17 years experience with the posterior repair and suspensoon, Journal of ped. surgery; Vol 25, No 9 (Sep), 1990; 992-995

3) Behrman RF, Nelson W.E: Textbook of pediatrics, 14 th . ed, W.B. Saunders, 1992; PP: 991-992

4) Behrman RF, Nelson W.E: Textbook of pediatrics, 15th. ed W.B Saunders 1996; PP: 1241-1243

5) Chwals W.J, Woolley M.M: Treatment of rectal prolapse in children, Journal of Ped. surgery; vol 25 No 7, 1990; PP: 715-718

6) Corman ML; Rectal prolapse: surgical techniques, surgical clinic of north am. 68:6 1988, PP: 1255

7) Kay Nrm, Zachary RB: Treatment of rectal prolapse in children with injection of saline solution; J. ped. Surg. No.5; 1970; P: 334-337

8) Law Rence W.Way: Current surgical diagnosis and treatment; 9th ed, a lange medical book, California 1991: PP: 692-694

9) Lockhart Mummery JP: Surgical procedures in general practice; BR. med. journal 1. 1939; 345-347

10) Waker, W.A Durie: Ped. gastrointestinal disease, Vol one, decker inc. Philadelphia, 1991; PP: 500-501 B.C

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:05 IRDT on Monday July 16th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

SURGICAL EVALUATION OF RECTAL PROLAPSE IN CHILDREN FROM 1990 TO 1995 IN MOFID CHILDREN'S HOSPITAL

A. Mirshemirani, M.D. * *M.H. Amid ,M.D.* **

ABSTRACT

From Oct.1990 to Oct. 1995 50 cases of rectal prolapse were evaluated retrospectively in Mofid Hospital.

The patients consisted of 30 male and 20 female, with a M:F ratio of $\frac{3}{2}$, mean admission age was 3 years and majority had complete form of rectal prolapse. The most common symptoms were as follows, protrution of mass in 96%, rectal bleeding in 46%, and diarrhea and constipation in 16% of cases. 48 patients were treated surgically (Ekhorn method in 39 cases and Lockhart - Mumery procedure in 9 cases), 2 cases were treated medically and discharged symptom free.

In 2 patients who were treated by Ekhorn method, symptoms recurred (4%) both were corrected surgically again (1 by Ekhron and one by L.M.Method) and discharged symptom free. Sweat test were performed in 30 patients (60%). All but one had normal results.

Key words:1)Childhood rectal prolapse 3) Ekhorn method
2) Surgical treatment 4) Lockhart - Mummery procedure

* *Assistant Professor of Pediatrics Surgery - Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*

** *Assistant Professor of Pediatrics Surgery - Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:05 IRDT on Monday July 16th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]