

پیگیری طولانی مدت کودکان مبتلا به هیرشپرونک که تحت عمل جراحی پولترو در مرکز پزشکی کودکان مفید در طی سالهای 85 تا 90 قرار گرفته‌اند.

مجری:

دکتر لیلی مهاجرزاده

چکیده:

سابقه و هدف: تعداد زیادی از بیمارانی که تحت عمل پولترو به علت هیرشپرونک قرار گرفته‌اند تحت فالوآپ مناسبی نبوده و از مشکلات متعددی مثل یبوست، انتروکولیت مکرر، مدفوع ایمپکت، FTT و بی‌اختیاری مدفوعی رنج می‌برند. اگرچه بعضی از این مشکلات با گذشت زمان بهتر می‌شوند ولی این کودکان نیاز به یک پروتکل جهت ارزیابی‌های بعدی دارند تا آنهایی که مشکلات آناتومیک یا پاتولوژیک دارند شناسایی شوند.

مواد و روشها: این مطالعه گذشته‌نگر مقطعی می‌باشد که کلیه کودکان مبتلا به هیرشپرونک که در بیمارستان مفید بین سال‌های 1385 تا آخر 1390 تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند مورد بررسی قرار می‌گیرند. در این طرح کودکان مبتلا به هیرشپرونک که تحت عمل جراحی پولترو مرکز پزشکی کودکان مفید در طی سالهای 85 تا 90 قرار گرفته‌اند را مجدداً فراخوان نموده تا پرسشنامه تنظیم شده را پر نمایند. همه را معاینه کرده و بر حسب نیاز باریم انما و معاینه زیر بیهوشی و بیوپسی رکتوم می‌کنیم.

یافته‌ها: این مطالعه در بین سال‌های 1385 لغایت 1391 انجام شد 193 بیمار با هیرشپرونک به صورت اولیه مورد جراحی قرار گرفتند. بیمارانی که یکی از مراحل جراحی در مرکز دیگر بوده از این مطالعه حذف شدند. 145 بیمار پسر بودند (75%). متوسط سنی عمل پولترو در 20 ماهگی بود. کمترین سن پولترو 18 روزه‌گی و بیشترین 17 سالگی بوده است. میانگین سنی بیماران 28 ± 20 بود. متوسط زمان بستری جهت عمل پولترو 16 روز بوده که بین 2 روز تا حداکثر 54 روز متغیر بوده است. 49.7% بیماران با علایم انسدادی حاد مراجعه نموده ولی 36.3% بیماران سابقه یبوست مزمن بیشتر از یک سال را داشته‌اند.

تعداد 15 (8%) بیمار آنومالی کانژیتال همراه داشتند که شایعترین آن تریزومی 21 در 10 بیمار بود. شایعترین میزان درگیری روده در سگمان رکتوسیگموئید در 139 بیمار (74.3%) موارد بود بعد از آن کولون عرضی 17 مورد (9.1%)، نوع اولتراشورت در 11 (5.9%)، کولون نزولی 8 مورد (4.3%)، توتال کولونیک 8 مورد (4.3%)، کولون صعودی و ژژنوم هرکدام یک مورد (0.5%) و دو مورد در ایلئوم (1.1%) مشاهده گردید.

شایعترین فرم جراحی بکار رفته در مبتلایان به هیرشپرونک در این مدت پولتروی ترانس آنال در 83 بیمار (44.4%)، سون سون ترنس ایدومینو آنال در 59 بیمار (31.6%)، سواوه در 32 (17.1%)، دوهامل مارتین با استاپلر در 6 بیمار (3.2%)، استیت 5 مورد (2.7%) و مایمکتومی در 2 مورد (1.1%) بوده است.

شایعترین نوع انسزیون به کار رفته جهت عمل پولترو هاکی استیک در 92.8% و بعد از آن ترنسورس بوده است. شایعترین اقدام تشخیصی قبل از عمل به کار رفته در این بیماران کنتراست انما با باریم یا گاستروگرافین بوده است که در مورد 82.2% آنها اجرا شده است.

در 15.1% بیماران پروگزیمال استومی جهت دایورتینگ مدفوعی و حفاظت محل آناستوموز پولترو تعبیه شد. از رفته جهت عمل پولترو در این بیماران ثبت گردید. 47.3% تک مرحله‌ای 39% دو مرحله‌ای و 13.7% سه مرحله‌ای پولتروی اولیه صورت گرفت.

بررسی 37.6% بیماران دچار عوارض بعد از عمل جراحی پولترو شده اند. 10.6% بیماران دچار انتروکولیت شده 71.4% یک نوبت و 21.4% 2 بار و یک بیمار 4 نوبت انتروکولیت بعد از پولترو داشته‌اند که نیاز مند بستری در بیمارستان گردیده‌اند. آبسه‌ی لگنی در 1.5% بیماران دیده شد. عفونت زخم که نیازمند باز نمودن و ترمیم ثانویه بوده در 1% بیماران مشاهده شد. احتباس ادرای نیازمند سی‌سی در 1% بیماران، بی‌اختیاری مدفوعی در 4.3%، یبوست در 7.5%، تنگی محل آناستوموز در 13.7%، فیستول پری آنال 1%، انسداد بعد از جراحی که به درمان کانژرواتیو جواب نداده و منجر به جراحی مجدد شده در 2.6% موارد، پرولاپس کولستومی نیازمند اصلاح جراحی در 1.6% و یک مورد هماتوم محل کولستومی (0.5%) که با درمان کانژرواتیو بهبود نیافت، پریتونیت مدفوعی ناشی از لیک آناستوموز در 1.6%، آناستوموز در سگمان آگانگلیونیک در 0.5%، فیستول رکتوزیکال 0.5%، فیستول انتروکوتانوس به ساکروم 1%، فیستول انتروکوتانوس سوپرا پوبیک 0.5%، آبسه‌ی پری آنال مقاوم 0.5% و پرولاپس رکتوم 0.5% مشاهده شد. فیستول پری آنال با ستون گذاری بهبود یافت. ولی موارد آبسه‌ی پری آنال منجر به کولستومی شد.

مدت زمان جراحی بین 30 دقیقه تا 6 ساعت متغیر می‌باشد که وابسته به تکنیک جراحی و جراح مربوطه و شرایط حین عمل است. در 137 بیمار نمونه جهت فروزن سکشن ارسال شد. در بین نمونه های ارسالی تنها 9.5% اختلاف بین جواب فروزن با پرممنت از نظر وجود گانگلیون سل وجود داشت. یعنی در 90.5% موارد جواب فروزن و پرممنت هم خوانی داشته است. در 5 بیمار با همان بیوپسی رکتوم اولیه که آگانگلیونیک بود اقدام به پول ترو گردید که در یک مورد (20%) جواب فروزن با قطعی متفاوت بود. فروزن الیه آگانگلیونیک ولی پرممنت گانگلیون دار بود.

97.7% بیماران بعد از عمل پول ترو مرخص شدند و تنها 3 (1.8%) مورد فوت نمودند. آنتروکولیت بعد از عمل پولترو در 87.5% موارد با درمان کانسرواتیو بهبود یافت ولی در 12.5% نیاز به کولستومی پیدا نمود. میزان یبوست ثبت شده در پرونده ها 7.5% می‌باشد. 44.4% با توصیه های رژیم غذایی و مصرف ملین بهبودی داشته و 55.6% نیاز به لاکزیتیو داشته‌اند. استفاده از انما در بیماران سرپایی در پرونده ها ذکر نگردیده بود.

6.10% بیماران دچار آنتروکولیت شده 71.4% یک نوبت و 21.4% 2 بار و یک بیمار 4 نوبت آنتروکولیت بعد از پول ترو داشته‌اند که نیاز مند بستری در بیمارستان گردیده اند. بیشترین میزان آنتروکولیت بعد از عمل در تکنیک ترنس آنال و سپس سواوه بوده است.

از نظر تعریف بی‌اختیاری مدفوعی درجه یک به صورت گاهگاهی یک یا دو بار در هفته می‌باشد. درجه ی دو به صورت بی‌اختیاری گاهگاهی روزانه بدون ایجاد مشکلات اجتماعی است و درجه ی 3 به صورت بی‌اختیاری مداوم همراه با مشکلات اجتماعی می‌باشد. بی‌اختیاری مدفوعی در 4.3% مشاهده گردید. 25% بیماران گرید یک، 50% گرید 2 و 25% گرید 3 بودند. بیشترین میزان بی‌اختیاری مدفوعی بعد از عمل سون سون بوده است. جهت درمان بی‌اختیاری مدفوعی در این کودکان در 33% بیماران درمان کانسرواتیو به صورت توصیه‌هایی در مورد بوده است در 16.7% لاکزیتیو به همراه درمان کانسرواتیو استفاده شده، در 16.7% از رژیم یبوست زا Bowel anagement و در 33.3% بیماران در نهایت از مالون استفاده شده است. تنگی محل آناستوموز در 13.7% مشاهده شد. 47.4% تحت پروتکل درمانی دیلاتاسیون آنال با بوژی قرار گرفتند. 15.8% نیازمند عمل جراحی پول تروی مجدد شدند. در 15.8% تنگی با تکنیک وی وای وکات بک آنوپلاستی بر طرف شد. در 15.8% بیماران بوژیناز آنال تحت بیهوشی عمومی صورت گرفت. در 5.3% تنگی منجر به کولستومی و آنوپلاستی در مرحله بعدی شد.

واژگان کلیدی: هیرشپرونک، آگانگلیونیک، پول ترو

Results of Surgical Repair of Hirschsprung's Disease in Mofid children Hospital from 1385 to 1390

Mohajerzadeh. L; MD

Abstract:

Introduction: Considerable controversy exists regarding the optimal surgical technique for the treatment of Hirschsprung's Disease, We collected results of pull-through in last 7 years ago, to evaluate differences in surgical preferences among pediatric surgeons in our center and compare the consequences. We want to compare our results with another centers for identify our pitfalls.

Method: From 1385 until 1392 we had 193 patients with Hirschsprung's Disease that operated primary in our center. Referral patients with complication removed from our study. We provided Hirschsprung's Disease sheet and collected all information from the files. Then we called and requested them for visit.

Results: We had 193 patients with mean age 20 months (10 days-168month) for pullthrough procedure.

75% were male, 50% were identified in infancy period. 9% had associated anomalies that most common was Down syndrome (5.1%). Length of involvement was, Ultra short 11(5.7%), Rectosigmoid 139 (72%), Descending colon 8(4.1%), transverse colon 17 (8.8%), ascending colon 1(0.5%), Total colonic 8(4.1%), Ileum 2 (1%), Jejunum 1(0.5%). Type of repair was Duhamel 6 (3.1%), Soave 32 (16.6%), Swenson 58(30.6%), Transanal 83(43%), State 5(2.6%), and Myectomy Transanal 2 (1%). 85(44.1%) patients underwent single-staged repair 71 (36.8%) patients in 2 stages and 25 patients (13 %) in 3 stages. Follow up duration was between 1-8 years. Complications as early or late were seen in 75 (39%) of patients that included: Entocolitis in 20(10%), pelvic Abscess formation in 2 (1%) cases, Fecal incontinence in 8(4%), Anastomic Stricture 24(12%), Constipation 13 (6.5%), fecal peritonitis 3(1.5%), Urinary retention 3(1.5%), obstruction 4 (2%), colostomy prolapsus 4(2%), late entrocuteaneous fistula followed abscess formation 3 (1.5 %), colovesical fistula 1(0.5%), Massive perianal abscess formation and perianal fistula in 2 (0.5%) and anastomosis in aganglionic segment in 1 (0.5%). Frozen section biopsy was performed in 137 patients (71%), that frozen and permanent reports were different in 13 cases (6.7%). 3 (1.5%) patients expired. For 2 cases with entrocoulitis colostomy established. And for 2 cases with fecal soiling Malone operation was done. Rectal stricture management include: anal dilatation program in 9 patients (4.7%), redo pull through 3(1.6%), y-v Anoplasty 3 (1.6%), anal dilatation program under general anesthesiain were done for others. 2 cases with perianal abscess formation led to colostomy insersion.

Conclusion: The only way to improve results is to gain more experience, assess the complications met, and learn from other.

Keywords: Hirschsprung, aganglionic, pullthrough