پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال سيزدهم, شماره ۱ , پي در پي۶۱ ، صفحات ۴۷ تا ۵۲
فروردين و ارديبهشت ۱۳۸۷

تاريخ دريافت مقاله ۸۶/۵/۱۷
تاريخ پذيرش مقاله ۸۶/۹/۲۰

درمان يبوست مزمن ايديوپاتيک اطفال با ميكتومي آنوركتال

دكتر محسن روزرخ[۱] *، دكتر احمد خالق نژاد طبري[۲]، دكتر آزيتا توسلي[۳]، دكتر بابک ايزدي[۴]، فاطمه عبداله گرجي[۵]

چكيده

سابقه و هدف: *يبوست مقاوم به درمان كودكان يک بـيماري ناتوان كننده اسـت، كه جهت درمـان به روش هاي مختلف شامل تغييرات رژيم غذايي، مواد ملين، بيوفيدبک، روان درماني، رفتار درماني و نهايتاً مداخله جراحي نياز دارد. ميكتومي ركتوم يكي از روش هاي جراحي است كه در درمان اين بيماري به كار مي رود.*

مواد و روش ها: *۵۴۰ كودک ۲ تا ۱۲ ساله از هر دو جنس با يبوست مزمن كه به درمان رايج متخصصين اطفال پاسخ نداده اند در بيمارستان كودكان مفيد تهران و بيمارستان طالقاني كرمانشاه طي سال هاي ۸۶-۷۸ مورد بررسي قرار گرفته اند. يبوست با علل نـــورولوژيک، هورموني، دارويي و رژيم غذايي، متابوليک و آناتوميک در اين كودكان رد شده است و درتمام بيماران مورد مطالعه گرافي باريم انما و در۵۰% افراد ارزيابي آنوركتال مانومتري انجام پذيرفت. تعداد دفعـات دفع بين ۱۵-۳ روز يک بار متغير بوده است. ۶۵ بيمار با علايم باليني واضح بيماري هيرشپرونگ كه تأييد شده با بيوپسي ركتوم از مطالعه حذف شدند، ميكتومي خلف ركتوم (طول ۳ سانتي متر و پهناي ۱ سانتي متر) در ۴۷۵ بيمار انجام گرفت و از اين تعداد ۷۵ بيمار با گزارش پاتولوژي مبني بـر هيرشپرونگ و ديسپلازي عصبي روده اي (IND) كنار گذاشته شدند و ۴۰۰ كودک باقي مانده تحت پي گيري ۶-۳ ماه قرار گرفتند.*

يافته ها: *يبوست در ۶۵% موارد (۲۶۰ بيمار) با استفاده متناوب از ملين ها و يا بدون استفاده از آن ها بهبود يافتند و دفعات اجابت مزاج به ۸ بار يا بيش تر طي ۱۵ روز افزايش پيدا كرد. در ۳۵% كودكان تغييري در الگوي دفع حاصل نشد و كانديد درمان هاي ديگر از جمله تنقيه روزانه و بيوفيدبک و تخليه مدفوع با دست، رزكسيون كولون و تنقيه آنته گريد كولون به روش Melon و روان درماني شدند.*

نتيجه گيري: *اطفال با يبوست مزمن مقاوم به درمان هاي رايج ممكن است تا حدود ۶۵% از آنوركتال ميكتومي سود ببرند و در اين روش عارضه مهمي مشاهده نشد.*

واژگان كليدي: *يبوست مزمن ايديوپاتيک ، بيماري هيرشپرونگ ، ميكتومي آنوركتال ، **Encopresis** ، **Soiling***

مقدمه

اشكال و تأخير در دفع به مدت ۲ هفته يا بيش تر كه منجر به ناراحتي واضح بيمار گردد و عدم توانايي در تخليه كامل ركتوم يكي از تعاريف يبوست مي باشد (۱و۲). به تعداد اجابت مزاج كم تر از ۳ بـار در هفته كه همراه با مدفوع خشـک و سخت و گـاهي دردناک نيز، يبوست گفته مي شود (۳). دفع مدفوع ۳ بار در روز تا هفته اي ۳ بار حالت نرمال محسوب مي گردد و با افزايش سن از نوزادي به بعد با تكامل فيزيولوژي تعداد دفعات دفع كاهش مي يابد (۴).

۱ * . نويسنده مسؤول: استاديار، مركز تحقيقات جراحي كودكان، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي، تلفن: ۲۲۹۰۸۴۸۴-۰۲۱ ، دورنما: ۲۲۲۲۰۲۵۴- ۰۲۱ ،
پست الكترونيک: **mohsen_rouzrokh@yahoo.com**
۲ . استاد، مركز تحقيقات جراحي كودكان، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۳ . استاديار، گروه اعصاب كودكان، دانشگاه علوم پزشكي ايران
۴ . استاديار، گروه آسيب شناسي، دانشگاه علوم پزشكي كرمانشاه
۵ . كارشناس ارشد، مركز توسعه پژوهش های باليني، بيمارستان كودكان مفيد ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

يبوست يکي از علل شايع مراجعه به پزشکان عمومي و متخصصين مربوطه مي باشد. اساس تشخيص يبوست مزمن ايديوپاتيک بر پايه رد علل ارگانيک، متابوليک، هورموني، نورولوژيک، دارويي، غذايي و آناتوميک يبوست مي باشد (۵و۶). بي اختـياري مختـصر مدفوع در محـل و زمـان نا به جا (Encopresis)، بي اختياري مدفوع آبکي موجود در لباس زير (Soiling)، درد و خونريزي موقع دفع، فيشر و کاهش رشد مي تواند از علايم اين بيماري باشد (۷). مطالعه ي ترانزيت روده، عدم تخليه کامل رکتوم بعد از ۷۲ ساعت را نشان مي دهد. در مطالعه باريم انما، مگاکولون، گشادي رکتوم و تأخير تخليه مشاهده مي گردد. مانومتري آنورکتال به صورت اختصاصي نقشي جهت تشخيص ندارد (۲). درمان يبوست مزمن ايديوپاتيک شامل روش هاي مختلف از جمله تغييرات رژيم غذايي، استفاده از داروها، تنقيه از مقعد، بيوفيدبک، روان درماني، رفتار درماني و در نهايت جراحي مي باشد(۱۱-۸). روش هاي جراحي که کم تر مورد استفاده قرار مي گيرد شامل ديلاتاسيون اسفنکتر داخلي، تزريق سم بوتوليسم، رزکسيون کولون، آنته گريد انما به روش ملون (MACE) با استفاده از آپانديس يا کولون مي باشد (۴). ميکتومي آنورکتال يکي از روش هاي جراحي که هم جنبه تشخيصي و هم درماني داشته که طي اين روش قسمتي از عضله صاف جدار رکتوم (اسفنکتر داخلي) برداشته و باعث کاهش تون عضله و در نتيجه تسهيل در دفع خواهد شد. در اين مطالعه ما نتيجه اين اقدامات را روي کودکان ۲ تا ۱۲ ساله با يبوست مزمن بررسي مي کنيم.

مواد و روش ها

اين مطالعه با بررسي ۵۴۰ کودک ۲ تا ۱۲ ساله از هر دو جنس (۲۹۸ پسر و ۲۴۲ دختر) با يبوست مزمن مقاوم به درمان هاي معمول ارجاعي از طرف پزشکان عمومي و متخصصـين اطفـال در بيـمارسـتان طالـقاني کـرمـانشـاه و بيمارستان کودکان مفيد تهران در سال هاي ۸۶ -۷۹ انجام گرفت و در ابتدا تعداد ۶۵ کودک با علايم باليني مشخص بيـماري هيرشـپرونگ (مگاکـولـون مادرزادي) که توسط بيوپسي رکتوم تأييد شدند از مطالعه حذف گرديدند.

۴۷۵ بيـمار با علايم يبـوست مـزمن ايديوپاتيک که علل هورمونال، دارويي، غذايي، آناتوميک، متابوليک و نورولوژيک يبوست در آن ها رد شده بود، مورد بررسي قرار گرفتند. مطالعه گرافي باريم انما در تمام بيماران گشادي شديد رکتوم و کولون و تأخير تخليه کولون طي ۷۲-۴۸ ساعت اول را نشان داد. در نيمي از بيماران مطالعه آنورکتال مانومتري صورت گرفت که يافته واضحي يافت نشد.۳۰% کودکان داراي بي اختياري مختصر مدفوع (Encopresis) و Soiling بودند. در اين بيماران بيوپسي به شکل ساکشن مخاط رکتوم و رنگ آميزي استيل کولين استراز که روش کم تر تهاجمي جهت تشخيص بيماري هيرشپرونگ بوده به دليل محدوديت هاي خاص انجام نشده است. اطفال مبتلا تحت عمل ميکتومي خلفي رکتوم قرار گرفتند. بدين منظور زير بيهوشي عمومي از طريق مقعد شکافي در يک سانتي متري بالاي خط دندانه اي روي مخاط و عضله صاف اسفنگتر داخلي داده شد و نسجي به طول ۳ سانتي متر و پهناي ۱ سانتي متر جهت تشخيص و درمان برداشته و مورد مطالعه پاتولوژيک قرار گرفت. از اين تعداد، ۷۵ مورد مبتلا به بيماري هيرشپرونگ (کولون آگانگليونيک مادرزادي) و ديسپلازي عصبي روده (IND) بودند که از مطالعه کنار گذاشته شدند. بيماران بعد از هوشياري کامل از بيمارستان ترخيص و نحوه دفع آنان۶-۳ ماه مورد ارزيابي قـرار گـرفت. تجـزيه و تحليـل داده ها با استـفاده از آزمون مربع کاي انجام شد و سطح معني داري اختلاف ها روي $P < ۰/۰۵$ قرار داده شد.

يافته ها

طي دوره ۶-۳ ماه روي ۴۰۰ کودک (۱۸۸ دختر و ۲۱۲ پسر) که تحت عمـل ميکتومي رکتـوم قرار گرفتنـد، مطالعـه

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

انجام شد. توزيع درصد فراواني گروه هاي سني و جنسي اين بيماران درجدول ۱ خلاصه شده است. اختلاف توزيع جنسي بيماران در گروه هاي سني معني دار نبود.

والدين در ۶۵% بيماران بدون اطلاع از بيماري و به صورت سرخود از ملين هاي گياهي و داروهاي شيميايي قبل از مراجعه به پزشک استفاده کرده بودند. در۳۰% کودکان، محيط و شرايط روحي پيرامون آنان داراي تغييراتي مانند درگذشت عزيزان، آمدن فرزند تازه، کم توجهي، مشاجرات خانوادگي شده بود.

يافته ها نشان دادند که در۲۶۰ کودک (۶۵% موارد) نياز به ملين و تنقيه به طورکامل مرتفع و يا به حداقل رسيد. تعداد اجابت مزاج به ۸ بار يا بيش تر طي ۱۵ روز افزايش يافت و قوام مدفوع از حالت خشک و سخت و دفع دردناک برطرف گرديد. در ۳۵% از بيماران تغييري در وضعيت دفع حاصل نشد و اين گروه کانديداي ساير اقدامات درماني از جمله کولکتومي ناقص و استفاده از آنته گريد انما به روش ملون (MACE) ، روان درماني شديد، تخليه مکرر رکتوم با دست، رفتار درماني، استفاده از داروهاي ملين گوناگون و بيوفيدبک شدند.

جدول ۱- توزيع فراواني گروههاي سني به تفکيک جنسيت بيماران مورد مطالعه

جنسيت	پسر		دختر		جمع	
گروه سني	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۳-۲	%۲۱	۴۵	%۲۱	۳۹	%۲۱	۸۴
۵-۴	%۳۵	۷۴	%۳۱	۵۹	%۳۳	۱۳۳
۷-۶	%۲۳	۴۸	%۳۰	۵۶	%۲۶	۱۰۴
۱۰-۸	%۱۴	۳۰	%۱۴	۲۶	%۱۴	۵۶
۱۲-۱۱	%۷	۱۵	%۴	۸	%۶	۲۳

يافته ها بيان گر عدم وجود تفاوت معني داري بين تعداد دفعات دفع و جنسيت بيماران بودند. (جدول ۲) بي اختياري دفع مختصر مدفوع به صورت Encopresis در چند روز اول در ۳۰% موارد مشاهده شد که به تدريج کاملاً مرتفع گرديد. در هيچ يک از اين بيماران آبسه خلف رکتوم، تنگي و درد بعد از عمل مشاهده نگرديد.

جدول ۲- توزيع فراواني تعداد دفعات دفع به تفکيک جنسيت بيماران مورد مطالعه

جنسيت	پسر		دختر		جمع	
تعداد دفعات دفع	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بيش از يک بار در روز	۲۰	%۹	۹	%۵	۲۹	%۷
روزانه يک بار	۴۹	%۲۳	۴۸	%۲۵/۵	۹۷	%۲۴
دو روز يک بار	۵۲	%۲۵	۵۱	%۲۷	۱۰۳	%۲۶
سه روز يک بار	۱۷	%۸	۱۵	%۸	۳۲	%۸
بيش از سه روز يکبار	۷۴	%۳۵	۶۵	%۳۴/۵	۱۳۹	%۳۵

بحث

دفع مدفوع سفت، سخت و گاهي دردناک کم تر از ۳ بار در هفته گاهي همراه با Soiling يبوست ناميده مي شود که ۲۵% بيماران مراجعه کننده به متخصصان گوارش اطفال را تشکيل مي دهند (۱۲).

تشخيص يبوست مزمن براساس شرح حال، معاينه فيزيکي، سابقه فاميلي، رد علل آناتوميک، هورمونال، دارويي، غذايي و متابوليک است و معمولاً از سن ۲ تا ۴ سالگي شروع مي شود. طبقه بندي Rome II توسط انجمن تغذيه و گوارش اطفال آمريکاي شمالي جهت سهولت معيارهاي تشخيصي ابداع شده است (۱۳).

اگر شروع يبوست مزمن از دوره شيرخواري بوده و به درمان معمول جواب ندهد، نيازمند انجام گرافي تنقيه باريم، مطالعه زمان ترانزيت روده و گاهي MRI نخاع مي باشد (۱۴)، در اين بيماران بيوپسي رکتوم و مانومتري آنورکتال جهت رد شکل هاي مختلف اختلال در سلول هاي گانگليون مثل بيماري هيرشپرونگ، هيپوگانگليونوزيس، ديس پلازي عصبي روده و آشالازي اسفنکتر داخلي لازم است (۱۵).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

مانومتري رکتوم در تشخيص و درمان يبوست مزمن يا يبوست فونکسيونل اهميت چنداني ندارد (۱۶)، مهم ترين اصل در درمان يبوست مزمن آموزش و آگاهي خانواده و اطلاع از زمان طولاني درمان مي باشد (۱۷). از درمان هاي مختلف نظير تغيير رژيم غذايي و نوشيدن مايعات، استفاده از ملين هاي خوراکي و شياف هاي مقعد، تنقيه و شستشوي رکتوم، بيوفيدبک (۱۸)، رفتار درماني، روان درماني و در نهايت جراحي در اصلاح يبوست مزمن استفاده مي شود (۱۱-۸).

ملين پلي اتيلن گليکول ۳۳۵۰ داروي بي خطري است که در مصرف طولاني مدت توصيه مي گردد (۱۹). روش هاي جراحي شامل تزريق توکسين بوتوليسم، ديلاتاسيون کانال آنال (۲۰)، تنقيه آنتي گريد کولون به روش ملون (۲۱و۲۲)، رزکسيون کولون (۲۲و۲۳)، کولوستومي (۲۴) و ميکتومي رکتوم (۲۵) مي باشد.

ميکتومي رکتوم اولين بار توسط دوهامل در در درمان آشالازي آنورکتال در سال ۱۹۶۵ توصيف گرديد. اين روش جراحي ساده و بدون عارضه بود (۲۶).

در مطالعه مشابه در روسيه بعد از ميکتومي رکتوم در درمان يبوست ايديوپاتيک، فشار در کانال کاهش يافته و تخليه رکتوم بهبودي يافت (۲۷).

در بررسي ديگري کودکان با يبوست مزمن ايديوپاتيک همراه با مگارکتوم تحت ميکتومي رکتوم قرار گرفتند و ميزان موفقيت ۶۰% گزارش شد. که در اين مطالعه شکاف بالاي خط دندانه اي در ساعت ۶ روي مخاط و عضله اسفنگتر داخلي ايجاد مي گردد و بعد از جداسازي عضله صاف از عضله مختط، طولي معادل ۳ سانتي متر برداشته شد (۲۸).

در مطالعه اي ديگر اثر درماني ميکتومي رکتوم با کاهش فشارهاي در حال استراحت و کانال آنال در ۶۲% موفقيت آميز بوده است (۲۹).

نتيجه گيري

يبوست مزمن و مقاوم به درمان رايج (ايديوپاتيک)، يکي از معضلات درماني تيم پزشکي بوده که مدت ها بيمار و والدين را از لحاظ روحي، رواني و اجتماعي، بهداشت فردي، رشد فيزيکي و هزينه هاي درمان متأثر مي نمايد. به دليل عدم تأثير چشم گير درمان، اين افراد به پزشکان مختلف مراجعه مي نمايند. بديهي است که طول مدت درمان بسيار طولاني مي باشد. آموزش و آگاهي والدين، فراهم بودن شرايط مناسب روحي خانواده و خودداري از مصرف بي رويه ملين ها توسط والدين مي تواند از طولاني شدن يبوست و مشکلات وابسته به آن بکاهد.

در روش ميکتومي خلف رکتوم به دليل کاهش تون اسفنکتر داخلي و ديلاتاسيون هم زمان اسفنکتر در ۶۵% موارد بيماران، نتايج رضايت بخش بوده است. به دليل نبودن حس سوماتيک در ناحيه ميکتومي، درد بعد از عمل وجود ندارد. عوارض مهم و نگران کننده مانند خونريزي، آبسه خلف رکتوم و تنگي در اين روش در بين بيماران مشاهده نشد.

REFERENCES

1. Biggs WS, Dery WH. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. Am Fam Physician 2006; 73(3):469-77.
2. Abi-Hana A, Balake AM. Constipation and encopresis in childhood. Pediatr Rev 1998; 19: 23-30.
3. Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. Gastroenterology 1993; 105: 1557-64.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

4. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Croffie JM, Di Lorenzo C, Ector W, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 29(5): 612-26.

5. Felt B, Brown P, Coran A. Functional constipation and soiling in children. University of Michigan Health System guideline for clinical care 2003. Accessed online Feb 2, 2005 at: http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/peds03.pdf.

6. Rockney RM, McQuade WH, Days AL. The plain roentgenogram in management of encopresis. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149: 623-7.

7. Grosfeld Jay L, O'nill JA, Coran A: Text book of pediatric surgery, 6th ed. Mosby Elsevier, Philadelphia. 2006; PP: 1592-3.

8. Loening-Baucke V, Miele E, Staiano A. Fiber (glucomannan) is beneficial in the treatment of childhood constipation. Pediatrics 2004; 113(3pt 1): 259-64.

9. Gremse DA, Hixony J, Crutchfeild A. Comparison of polyethylene glycol 3350 and lactulose for treatment of chronic constipation in children. N Eng J Med 1998; 379: 1100-4.

10. Loening-Bauckeke V. Biofeedback training in children with functional constipation; A critical review. Dig Dis Sci 1996; 41: 65-71.

11. Mishalany H. Seven year's experience with idiopathic unremitting chronic constipation. J Peditr Surg 1998; 24(4): 360-2.

12. Loening-Baucke V. Encopresis. Curr Opin Pediatr 2002; 14(5): 570-5.

13. Voskuijl WP, Heijmans J, Heijmans HS, Taminiau JA, Benninga MA. Use of Rome II criteria in childhood defecation disorders: Applicability in clinical and research practice. J Pediatr 2004, 145(2): 213-7.

14. Rosen R, Buonomo C, Nurko S. Incidence of spinal cord lesions in patients with intractable constipation. J Pediatr 2004; 145: 409.

15. Puri P. Variant Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg 1997; 32(2): 149-57.

16. van Ginkel R, Büller HA, Boeckxstaens GE, van Der Plas RN, Taminiau JA, Benninga MA. The effect of anorectal manometry on the outcome of treatment in severe childhood constipation: a randomized, controlled trial. Pediatrics 2001; 108(1); E9.

17. Clayden G, Agnarsson U. Constipation in childhood. Oxford University press: Oxford. 1991; P: 44-56.

18. Croffie JM, Ammar MS, Pfefferkorn MD, Horn D, Klipsch A, Fitzgerald JF, et al. Assessment of the effectiveness of biofeedback in children with dyssynergic defection and recalcitrant constipation encopresis: Clin Pediatr (Phila) 2005; 44(1): 63-71.

19. Bell E, Wall G. Pediatric constipation therapy using guidelines and polyethylene glycol 3350. Ann Pharmacother 2004; 38: 686-93.

20. Keshtgar AS, Ward HC. Role of anal dilation in treatment of idiopathic constipation in children long-term follow up of a double-blind randomized controlled study. J Pediatr Surg Inter 2005; 21(2): 100-5.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

21. Youssef NN, Pensabene L, Barksdale E Jr, Di Lorenzo C. Is there a role for surgery beyond colonic aganglionosis and anorectal malformations in children with intractable constipation? J Pediatr Surg 2004; 39: 73.

22. Lee SL, DuBois JJ, Montes-Garces RG, Inglis K, Biediger W. Surgical management of chronic unremitting constipation and fecal incontinence associated with megarectum: A preliminary report. J Pediatr Surg 2002; 37(1): 76-9.

23. Sunić-Omejc M, Mihanović M, Bilić A, Jurcić D, Restek-Petrović B, Marić N, et al. Efficiency of biofeedback thrapy for chronic constipation in children. Coll Antropol 2002; 26 suppl: 93-101.

24. Woodward MN, Foley P, Eusick EL. Colostomy for treatment of functional constipation in children: A preliminary report. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 38: 75-8.

25. Kimura K, Soper RT. Posterior sagital rectal myectomy for persistent rectal achalasia after the Soave procedure for Hirschprung's disease. J Pediatr Surg 1993; 28: 1200-01.

26. Bourdelat D, Pages R, Alcheikh G, Poirat JB, Ripault J, Gross P. Ano-rectal sphincter myectomy in children. Indications and results. Chir Pediatr 1990; 31(6): 295-8.

27. Krivchenia DIu, Iurchenko NI, Almashiĭ GG, Mun VA, Soroka VP. Rectal myectomy in the treatment of chronic constipation in children. Klin Khir 1990; (6): 24-6.

28. Hata Y, Shinada Y, Sasaki F, Kameda H, Saji Y, Nishikawa M, et al. Surgical treatment of chronic constipation with megarectum in children. Nippon Geka gakkal zasshi 1986; 87(5): 531-5.

29. Yoshioka K, Keighley MR. Anorectal myectomy for outlet obstruction. Br J Surg 1987; 74(5): 373-6.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]