مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية المجلد (22) العدد (9) 2000
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (22) No (9) 2000

# تشخيص وتدبير رتق الشرج والمستقيم عند الأطفال

الدكتور محمد علي ناصر*

(قبل للنشر في 1999/4/20)

## □ الملخّص □

تناول البحث الأطفال الذين، دخلوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، برتق الشرج، والمستقيم وذلك في الفترة ما بين 1990 – 1998، وقد بلغ عددهم 27 طفلاً (17 ذكور، 10إناث). تراوحت أعمارهم ما بين عدة ساعات وثلاثة أيام، وقد قسمنا هؤلاء الأطفال حسب مستوى الرتق إلى رتق شرج علوي: (9 حالات) ورتق شرج سفلي (18 حالة) وتمت معالجتهم جراحياً، وبشكل اسعافي . وان 22 % من الحالات ترافقت بتشوهات مثل القيلة السحائية، بجس المثانة، الاحليل التحتي، تشوهات كلوية والعنش، وحصلت وفاة عند طفلين (حديثي الولادة) نتيجة الاستنشاق الرئوي، وبلغت بذلك نسبة الوفيات 7,4 %و بدراسة النتائج البعيدة (18 حالة من البقيا 72 %) وتبين أن 88 %منهم كانت النتائج جيدة، و12 % كانت مقبولة، حيث تبين ان وظيفة المصرة الشرجية بقيت سليمة، كما لم نشاهد حالات سلس غائط، وان نسبة الاختلاطات بعد العمل الجراحي، كانت ضئيلة حيث أمكن علاجها في الوقت المناسب.

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة — كلية الطب –جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (22) العدد (9) 2000
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (22) No (9) 2000

# Congenital Anorectal Atresia, Diagnosis and Management

Dr. Nasser , MA.*

(Accepted 20/4/1999)

## ☐ ABSTRACT ☐

*27 patients (17 male , 10 female) were operated on at Al-Assad hospital University in Lattakia for anal atresia between 1990 and 1998. The age of patients was between some hours and 3 days. The level of atresia was supralevator in 9 patients and infralevator in 18 patients , 22 % of patients had associated anomalies such as extraphy of the bladder, meningocele, polydactilysm and hypospadia. The surgical complications were low and treated successfully. The mortality rate was 7.4 %. The long – term functional contenence was evaluated in 18 of the survivors (72 %) one to six years after definitive repair. The results were good in 88 % and fair in 12 %.*

* Ass. Prof, at the Department of Surgery, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia , Syria,

**المقدمـــة:**

يقصد برتق الشرج والمستقيم، غياب فوهة الشرج، والتي تحصل في المرحلة الجنينيـــة أثنـــاء تشـــكل الشرج والمستقيم، وقد ترافق مع نواسير مع الأعضاء المجاورة.

إن أغلبية الأطفال بتشوهات الشرج والمستقيم، تحتاج لعمل جراحي اسعافي في الأيام الأولـــى، وأحيانـــاً الساعات الأولى من العمر، وان وجود هذه التشوهات عند الوليد مع بداية تأقلمه مع الوسط الخارجي، حيـــث لـــم يكتمل بعد نضوجه الوظيفي، والفيزيولوجي، كما ان ترافق هذه التشوهات مع الخداج، نقص الـــوزن، الرضـــوح الولادية، الالتهابات داخل الرحم، ونقص الأكسجة تؤدي إلى نسبة عالية من الوفيات، وخاصة في الرتوق العلويـــة للشرج، والمستقيم، وهذه الأخيرة تشكل المشكلة الأساسية، والأهم في المعالجة الجراحية.

**الهدف من البحث:**

1- التشخيص الباكر لرتق الشرج والمستقيم، وذلك لتلافي حدوث الاختلاطات المهددة للحياة

2- تقييم نتائج العمل الجراحي المباشرة، والبعيدة.

**المادة وطريقة البحث:**

يشمل البحث حديثي الولادة، الذين ادخلوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، في الفترة ما بين 1990 -1998 رتق الشرج والمستقيم، حيث بلغ عددهم 27 وليدا (17 ذكور، 10 إناث وقد تمت معالجتهم جراحيا، وقـــد قســـمنا المرضى حسب مستوى الرتق، إلى مجموعتين رئيسيتين:

I – رتق شرج ومستقيم سفلي ذكور اناث

ا – بدون نواسير : 3 حالات 5 حالات

ب – مع نواسير 5 حالات 5 حالات

(العجان حالتين، الصفن 3 حالات) (في دهليز المهبل)

II – رتق شرج ومستقيم علوي أ – بدون نواسير 4 حالات

ب – مع نواسير 5 حالات

(مع الاحليل الخلفي 4 حالات، مع المثانة – حالة واحدة)

لقد كان بين هؤلاء الأطفال خمسة خدج 18,5 %.

**التشوهات المرافقة:**

بجس المثانة Extraphia of the bladder (حالة واحدة).

قبلة سحائية (حالة واحدة)، عنش Polydatilysm (حالة واحدة)

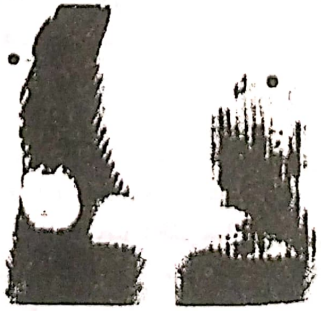
وتشوهات كلوية (حالتين)، احليل تحتاني (حالة واحدة)، وقد بلغت نسبة التشوهات

22 % وقد دخل هؤلاء الأطفال إلى قسم الحواضن،حيث تم توفير الجو الملائم من رطوبة واوكسجين، وســـوائل وريدية بالاضافة إلى معالجة الاستنشاق الرئوي الذي شوهد عند بعض الأطفال وكان السبب الأكبر في الوفيـــات، والتي شوهدت عند طفلين فقط، وبلغت نسبتها 7.4%.

**الفحص السريري:**

لقد اعتمدنا في تشخيص رتق الشرج، والمستقيم بالدرجة الأولى على الفحص السريري، حيـــث شـــاهدنا غياب كامل لفتحة الشرج، وفي بعض الحالات كانت نواسير حول مكان الشرج الغائب مع خروج كمية ضئيلة من العقي السائل، وقد لوحظ تطبل البطن مع إقياءات صفراوية في الحالات المتأخرة مع عدم خروج العقي.

بالإضافة إلى الفحص السريري، تم اجراء صورة بسيطة للبطن بوضعية المقلوب، بعد وضع علامة ظليلة مكـــان الشرج الغائب (كرة معدنية) بطريقة Wangensteen – Rice. ولمعرفة مستوى الرتق تم قيـــاس المســـافة بـــين العلامة الظليلة، وحتى القبة الغازية لنهاية القولون أو برسم الخط العاني – العصعصي، فاذا كانت المسافة أكثـــر من 2 – 2.5 سم، أو نهاية القولون فوق الخط العاني العصعصي، فهو رتق علوي، أما اذا كانت المسافة أقل مـــن 2سم أو القبة الغازية تحت الخط العاني العصعصي، فهو رتق سفلي. شكل ( 2, 1)



شكل (1) رتق شرج علوي شكل (2)

تجري الصورة الشعاعية للبطن بعد مضي 16 – 20 ساعة على ولادة الطفل، وهذه الفترة ضرورية لوصول الهواء إلى نهاية القولون.

**المعالجة الجراحية:**

تحت التخدير العام، وبوضعية الاستلقاء الظهري بعد ثني الطرفين السفليين إلى البطن، وتثبيتهما إلى حامل معدني، ثم توضع تحت الحوض رفادة قماشية، وتتم قثطرة المثانة. ففي الرتق السفلي يتم تحديد مكان الشرج الغائب، إما بطريقة التنبيه الكهربائي لألياف المصرة الخارجية، أو بطريقة Gross برسم خط عمودي، يمر من منتصف العجان، وخط أفقي يمر بالحدبتين الاسكيتين (الوركيتين)، ويتم إجراء الشق الجراحي مكان تقاطع هذين الخطين على شكل صليب 1 x 1 سم، ثم ندخل عبر ألياف المصرة الخارجية بفتحة 0.7 سم ومن خلالها يتم تسليخ النهاية العوراء للمستقيم في البداية من الخلف، وبعدها من الجانبين وأخيراً من الأمام. ولتسهيل التسليخ، يتم حقن الأنسجة حول النهاية العوراء بمحلول ملحي مع ليدوكائين 0.5 %، ويتم التسليخ حتى بروز النهاية العوراء للمستقيم إلى مسافة 1.5 سم خارج جلد العجان، وهي كافية للتثبيت إلى جلد العجان، وبعدها يتم فتح النهاية العوراء، وافراغها من العقي، ثم تخاط حواف المعي إلى الجلد.

أما في الرتوق العلوية، فيتم اجراء شرج مضاد للطبيعة، "Anus Preternaturalis" على القولون المعترض، أو النازل كمرحلة أولى من المعالجة الجراحية، ثم نبدأ بالمرحلة الثانية بتصنيع الشرج عن طريق البطن، والعجان بطريقة Mac leod – Roads وذلك بعد مضي 8 – 12 شهراً على ولادة الطفل. نبدأ في البداية بفتح البطن باجراء شق حول المستقيمة البطنية من اليسار، ويفتح الصفاق الحوضي، ويتم تسليخ المستقيم حتى النهاية العوراء، ويتم ربط النواسير المرافقة، أو ربط مكان تثبيتها إلى المثانة أو الاحليل، ثم يجري شق جراحي على جلد العجان، كما في الرتوق السفلية بطول 1 – 1.5 سم على الخط المتوسط للعجان ندخل من خلالها عبر ألياف المصرة الخارجية، ونشكل بالتالي نفق يتصل بالبطن حيث يتم انزال المستقيم من خلاله خارجاً إلى العجان، ويثبت بغرز من الكروميك أو الفيكريل إلى عضلات الحوض، والى جلد العجان، ثم يغلق البطن بعد خياطة الصفاق الحوضي،.وفي الآونة الأخيرة تستخدم طريقة حديثة (1، 2، 3,) وذلك بإجراء شق سهمي (طريقة Pena) في الرتوق العالية بعد أن يتم قثطرة المثانة ثم يوضع المريض على بطنه مع رفع الحوض قليلاً، يجرى الشق على الخط الخلفي المتوسط للعجان ابتداءً من العصعص، ويتم تنبيه عضلات العجان لكي يسهل فصلها، وهذا الشق يسمح بفصل ألياف المصرة الخارجية بشكل متناظر، حيث لم يسجل وجود ألياف عصبية، أو أوعية تعبر الخط المتوسط في هذه المنطقة.

و يتم فصل الألياف جنيب الخط السهمي للمصرة الخارجية، والحزم العضلية إلى الأنسي من هذه الألياف، التي تمر بشكل عمودي عليها، وهي تابعة للعضلة رافعة الشرج، ويتم الكشف عن النهاية العوراء للمستقيم، ويتم فصل الناسور ان وجد مع الجهاز البولي، ثم يتم تسليخ العروة المعوية ما أمكن، ووضعها في موضعها الجديد، ومن ثم خياطة ألياف المصرة الخارجية، وألياف العضلة الرافعة للشرج فوقها. ان هذه الطريقة تسمح لنا بالمحافظة على ألياف المصرات دون أذيتها كما تسمح بربط النواسير بشكل جيد، وهي طريقة أقل رضاً من الطرق الأخرى.

**اختلاطات العمل الجراحي:**

- انسدال الغشاء المخاطي للشرج 4 حالات
- تضيق الشرج حالتين
- انتان الجرح حالتين
- تشكل نواسير مستقيمية – بولية حالة واحدة

وقد تمت معالجة هذه الاختلاطات في الوقت المناسب.

**متابعة المرضى بعد المعالجة الجراحية:**

تتم متابعة المرضى بعد الخروج من المشفى، وذلك باجراء توسيع الشرج ابتداءً من اليوم العاشر من الجراحة بموسعات "Hegar "، ونبدأ بالرقم 10 – 12 حسب عمر الطفل، ولمدة شهر ونصف. أما عند الأطفال الصغار بالاضافة إلى ذلك، يتم تمرين المصرة الشرجية باجراء رشق ماء بارد بالتناوب مع الماء الساخن يومياً لفترة ربع ساعة، ولمدة اسبوعين، أو أكثر حسب الحالة. أما الشرج المضاد للطبيعة فيتم اغلاقه بعد مضي 1 – 3 أشهر على تصنيع الشرج.

لقد تمت دراسة النتائج البعيدة من بين البقيا عند 18 طفل (72 %) في فترة ما بين سنة إلى ست سنوات بعد تصنيع الشرج، وقد صنفنا النتائج كما يلي: نتائج جيدة تعني أن الطفل يتغوط بشكل طبيعي، وفي أحيان قليلة، يلطخ ثيابه الداخلية.

نتائج مقبولة – يتغوط الطفل أكثر من الطبيعي، حتى لو كان البراز قاسياً.

نتائج غير مقبولة – تعني ان الطفل غير قادر على الاستمساك ولديه سلس غائط صريح.

جدول يبين نتائج الدراسة.

| الدرجة | عدد الحالات | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| جيدة | 16 | % 88 |
| مقبولة | 2 | % 12 |
| غير مقبولة | – | – |
| المجموع | 18 | % 100 |

المناقشة:

ان رتق الشرج والمستقيم، يعتبر من أهم أسباب انسداد الأمعاء السفلي عند حديثي الولادة، ويحتاج لعمل جراحي اسعافي في الساعات الأولى من الحياة. حيث ان أغلبية أشكال هذا التشوه لا تتوافق مع الحياة، وتعتبر مميتة اذا لم يتم التداخل الجراحي في حينه، وان التأخير في تشخيص هذا التشوه، يؤدي إلى نسبة عالية من الاختلاطات، والوفيات، والتي تبقى إلى حد ما عالية 19.4 % [ 4 ] عدا ذلك فإن رتق الشرج، والمستقيم يترافق مع تشوهات قلبية، بولية – تناسلية، حركية [ 5، 6، 7، 8] مما يجعل العلاج صعباً، والإنذار سيئاً، حيث بلغت نسبة التشوهات في حالاتنا 22 %و هي عبارة عن تشوهات بولية– تناسلية بالدرجة الأولى، وتشوهات عصبية.

توجد عدة طرق جراحية لعلاج تشوهات الشرج والمستقيم، وهي تتم على مرحلة واحدة، أو على عدة مراحل حسب نوع الرتق، وحالة المريض العامة.

ففي الرتوق العلوية، يتم تصنيع الشرج عن طريق البطن، والعجان بطريقة Mac leod-Roads أو Rehbein , Romualdi [ 9 ] أو بطريق بطني – عجاني – عصعصي ([10]Stephens)ففي دراستنا هذه استخدمنا الطريقة الكلاسيكية Mac-leod-Roads نتيجة لإلمامنا بها، ولم نلاحظ اختلاطات تذكر بالنسبة للأعضاء المجاورة في الحوض أثناء تسليخ القسم النهائي للقولون، وتمكنا من انزال العروة النهائية للقولون عبر ألياف المصرة الخارجية، وان الاضطرابات التي تحصل في وظيفة الأعضاء المجاورة فسرت من قبل بعض الباحثين على انها تعود لتشوهات في السيساء، وليس نتيجة الجراحة، حيث تبين وجود اضطراب عصبي في وظيفة المثانة بنسبة 70 % في الرتوق العلوية، وحوالي 34.7 %في الرتوق السفلية [ 11 ]

و تعتبر طريقة Pena (الشق السهمي العجاني – العصعصي الخلفي) أكثر انتشاراً من حيث أنها أقل رضاً، واختلاطاتها ضئيلة بالمقارنة مع الطرق السابقة، وهي تسمح لنا بانزال المستقيم عبر ألياف المصرة الخارجية بشكل أكيد دون أذيتها، وكذلك إمكانية ربط النواسير، إن وجدت بشكل مضمون.

ان دراسة النتائج البعيدة لحالاتنا هذه دلت على ان 88 %من الحالات كانت جيدة حيث بقيت وظيفة المصرة طبيعية، أو قريبة من الطبيعي، ولا توجد حالات سلس غائط، أو تضيق في الشرج، ولم نشاهد اضطرابات في الجهاز البولي، أو غيره، وكانت مقبولة عند 12 %من الحالات، وقد شوهدت عند مريضين فقط، وكانت الشكوى عبارة عن عدم احساس بالتغوط أحياناً، وليس دائماً مع انسدال بسيط في الغشاء المخاطي للشرج، وهذه النتائج مقبولة اذا ما قورنت بالنتائج العالمية [ 4،9 ].

ان نسبة الاختلاطات في مشاهداتنا هذه، كانت ضئيلة وهي اختلاطات بسيطة، لا تؤدي إلى عاهات دائمة، وان تضيق الشرج، كان نتيجة تأخير الأهل في البدء باستعمال الموسعات، وليس نتيجة الجراحة.

لقد ظهرت في الآونة الأخيرة طريقة لتشخيص رتق الشرج، والمستقيم، وذلك باستخدام الأمواج الفائقة الصوت، وهي طريقة تسمح بتشخيص هذا التشوه في الساعات الأولى من عمر الوليد، دون اللجوء إلى الصور الشعاعية الضارة [ 12 ].

## REFERENCES المراجع


1- PENA A. 1995 – *Anorectal malformations.* Sem pediatr Surg. 4 ,pp. 35 – 47.

2- LIBERT , p. S – 1996 – *Imperforate anus and Rectal fistula* – Color Atlac of Pediattric Surgery – Philadelphia – p. 196-204

3-PAIDAS N.C., PENA, A.-1996 – *Rectum and anus*: Textbook. Surgery of infants and children. p. 1347. Philadelphia.

4 – KIESEWETTER , W. B. 1980 – *Imperforate anus.* Textbook of pediatric surgery , pp.401-417, Philadelphia.

5 – HOEKSTRA WJ. SCHOLTMEIJER , R d. MOLANDER, J,c. SCCHREEVE R H. 1983 – *Urogenital tract abnormalities associated with Congentital anorectal anomalies*
J. urol. 130 , pp. 962 – 963.

6 - Mc LORIE , GA. SHELDON , CA. FLEISHER , M. CHURCHIKK , BM – 1987 – *The genitourinary system in patients with imperforate anus.* J. pediatr , surg. 22 , pp. 1100- 1104.

7 – PARROT , TS. 1985 – *urologic implications of anorectal malformations.* Urol. clin North Am. 12, pp. 13-21.

8 – RICH, MA. BROCH , WA. PENA , A 1988 – *Spectrum of genitourinary malformations in patients with imperforate anus.* Pediatr. Surg. int 3 , p. 110.

9 – LENYUSHKIN , A. I.. 1976 – *Anorectal malformations* – Proctology of childhood pp. 178 – 226. Moscow.

10 – PENA , A. DE VRIES , PA. 1982 – J. Pediatr. Surg. 17 , pp.. 638 – 643.

11 – EMIR , H. SOYIET , Y. 1998 – *Neurovesical dysfunction in patients with anorectal malformations.* Sur. J.pediatr. 2 , pp 95 – 97

12 – WEITZELD , D. DINKEL , E. DITTRICH , M. PETER , S , H – 1984 – *peadiatrische ultraschalldiagenastik.* Springer Verlago , Berlin – Heidelberg – Newyork Tokyo.