

النواسير جنب المستقيم عند الأطفال

الدكتور محمد علي ناصر*

□ ملخص □

شملت الدراسة الأطفال المرضى بالنواسير جنب المستقيم الذين دخلوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية من عام 1992 وحتى 1994 .
وقد كان عدد هؤلاء المرضى 18 مريضاً بالنواسير جنب المستقيم وتمت معالجتهم جراحياً وذلك باستئصال النواسير كاملاً، وقد تبين أن كل هذه النواسير كانت مستقيمة (غير متعرجة)، وثنائية الجانب في ثلاث حالات، وكان كل الأطفال نكوراً، كما أن التوضع الأمامي للنواسير جنب المستقيم كان مطوماً أما التوضع خلف المستقيم فشاهد في حالتين فقط.
المضاعفات بعد الجراحة نادرة شوهدت حالة نكس واحدة فقط، حيث أمكن علاجها بإجراء الجراحة مرة ثانية وبلا نكس.
لم تكن هناك وفيات.

* مدرس في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Pararectal Fistula in Children

Dr. M. A. NASSER*

□ ABSTRACT □

Pararectal fistula in children. A 3- years period (1992-1994) of surgical management of pararectal fistula in children is reviewed in the Al-Assad University Hospital in Lattakia. A total of 18 patients children were operated. All fistulas were rectilinear, bilateral was in 3 patients and all of the patients were male.

In the interior side of the rectum was no fistula, in the posterior side were in two patients only.

After operation we have one recidivism, and no lethal outcome.

* Lecturer at Surgery Departement, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

إن النواسير جنيب المستقيم نادرة جداً وتعتبر ولادية المنشأ، حيث تشاهد عند الأطفال في سن مبكرة (في الأشهر الأولى من حياة الطفل) ويعتبرها البعض مكتسبة، تتشكل هذه النواسير نتيجة الالتهابات المزمنة للنسيج الشحمي المحيط بالشرج والمستقيم كما أن وجود قوامة داخلية للناسور متصلة مع لمعة المستقيم تؤدي لحدوث أخماج مستمرة. كما أن الخصائص التشريحية لهذه المنطقة لها علاقة وثيقة بتشكيل هذه النواسير على عكس باقي مناطق الجسم الأخرى.

وقد اعتمدنا في دراستنا هذه على التصنيف التالي للنواسير جنيب المستقيم [1] بتقسيمها إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي:

I- نواسير تامة (كاملة): تتصل من جهة بلمعة المستقيم ومن جهة أخرى بجلد العجان.

II- نواسير غير تامة خارجية: تتصل بالوسط الخارجي بجلد العجان فقط وتنتهي تحت النسيج الشحمي بنهاية عوراء.

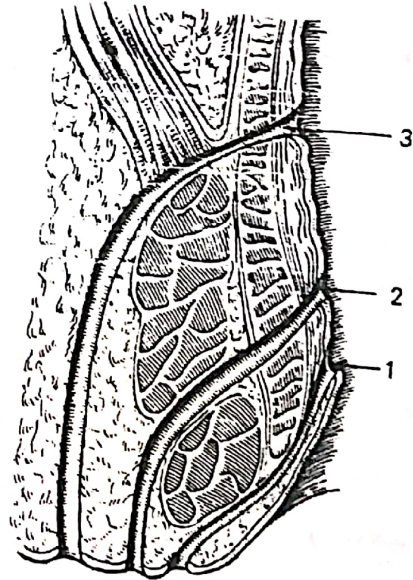
III- نواسير غير تامة داخلية: تتصل بلمعة المستقيم من جهة واحدة ولا توجد لها فتحة على الجلد.

تتوضع هذه النواسير على الشكل التالي الشكل (1).

1. نواسير سطحية: وهي أكثر الأشكال شيوعاً عند الأطفال، وفيها يكون الناسور سطحياً تحت الجلد.

2. نواسير عبر المصررة الشرجية.

3. نواسير خارج المصررة الشرجية - وهي نادرة.



شكل (1): 1- ناسور سطحي، 2- ناسور عبر المصررة، 3- ناسور خارج المصررة.

طريقة الدراسة والبحث:

لقد شملت الدراسة جميع الأطفال المرضى بالنواسير جنب المستقيم الذين دخلوا مشفى الأسد الجامعي باللانقية بين عام 1992 وحتى 1994، وقد بلغ عددهم 18 مريضاً.

وقد قسمنا المرضى حسب العمر إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي:

ما دون الستة أشهر من العمر : طفلان

من 6 أشهر ولغاية السنة : 6 أطفال

ما فوق السنة من العمر : 10 أطفال

من ذلك نستنتج أن النواسير في سن مبكرة لم تشخص عند كل الأطفال وذلك لعدم تشكلها بشكل كامل.

وقد تتوضع الفوهة الخارجية للنواسير جنب المستقيم إلى جانبي فتحة الشرج في معظم الحالات أي على الساعة 3.. و9.. وفي حالتين فقط توضعت على الساعة 6.. أي خلف المستقيم، وفي ثلاث حالات كانت هناك نواسير مزدوجة (أي وجود ناسورين).

العلامات السريرية:

يبدأ الناسور جنب المستقيم على شكل خراج بسيط في أعمة مورغاني Crypt of Morgagni ويتمتد إلى السطح تدريجياً وذلك في الأشهر الأولى من عمر الطفل [2].

ومن أهم العلامات السريرية هي الألم أثناء التبرز وأثناء المشي مع انتباج

موضعي في منطقة تواضع الناسور (الخراج) إلى الخارج وخروج القيح منه، ثم يندمل بعد ذلك لفترة قصيرة ويعود ثانية للظهور وهكذا.

الفحص السريري:

يتم فحص الأطفال الصغار بوضع الطفل على ظهره مع ثني ركبته وفخذه إلى بطنه، ثم يتم التحري عن وجود فوهة الناسور الداخلية وذلك بتبعيد الاليتين وتنظير المستقيم، ثم نجس المنطقة المحيطة بالشرج فنشعر بوجود ارتشاح تحت الجلد على شكل كتلة قاسية نوعاً ما. ثم يتم إدخال مادة ملونة (أزرق الميتيلين عادة) عبر فوهة الناسور الخارجية ونلاحظ خروجها من لمعة المستقيم أم لا.

أما الأطفال الأكبر سناً فيكون تشكل الناسور لديهم بعد عدة التهابات متكررة أو نتيجة العلاج المتأخر أو الخاطئ للإلتهاب الحاد للنسيج الشحمي جنب المستقيم.

المعالجة:

تكون المعالجة في البداية محافظة وذلك عند الأطفال الصغار (ما دون السنة) لأن الناسور في هذا السن لم يتشكل بعد، وتكون المعالجة على شكل مغاطس بمحلول مطهر (2-3 مرات يومياً) كمحلول برمنغنات البوتاسيوم، كما يجب تطهير المنطقة العجائية بعد كل تغوط،

وتستمر هذه المعالجة حتى سن 10-12 شهراً، حيث يتشكل الناسور ويصبح نسيجه قاسياً نتيجة تشكل نسيج ندبي حوله، كما أن منطقة العجان تصبح أكثر اتساعاً لإجراء الجراحة عليها.

أما الأطفال الذي راجعوا المشفى بعد سن 10-12 شهراً فقد تم إجراء الجراحة لهم بعد تأكيد التشخيص.

التحضير للعملية الجراحية:

يتم التحضير للعملية الجراحية عند الأطفال الأكبر سناً قبل 3-5 أيام قبل الجراحة وذلك بإجراء مغاطس بمحاليل مطهرة مرتين يومياً مع اتباع وجبة غذائية معينة (اللبن، الحليب...)، أما قبل الجراحة بيوم واحد فيتم إجراء حقنة شرجية منقطة لـ لقلولن بمحلول ملحي سوي التوتر، ويتناول الطفل اللبن فقط عند العشاء. وفي يوم العملية الجراحية وقبل العملية بساعتين تجرى حقنة شرجية ثانية مع وضع قنطرة شرجية بعد الحقنة لمدة ثلاثون دقيقة لكي يخرج ما تبقى من الحقنة من القولون [3].

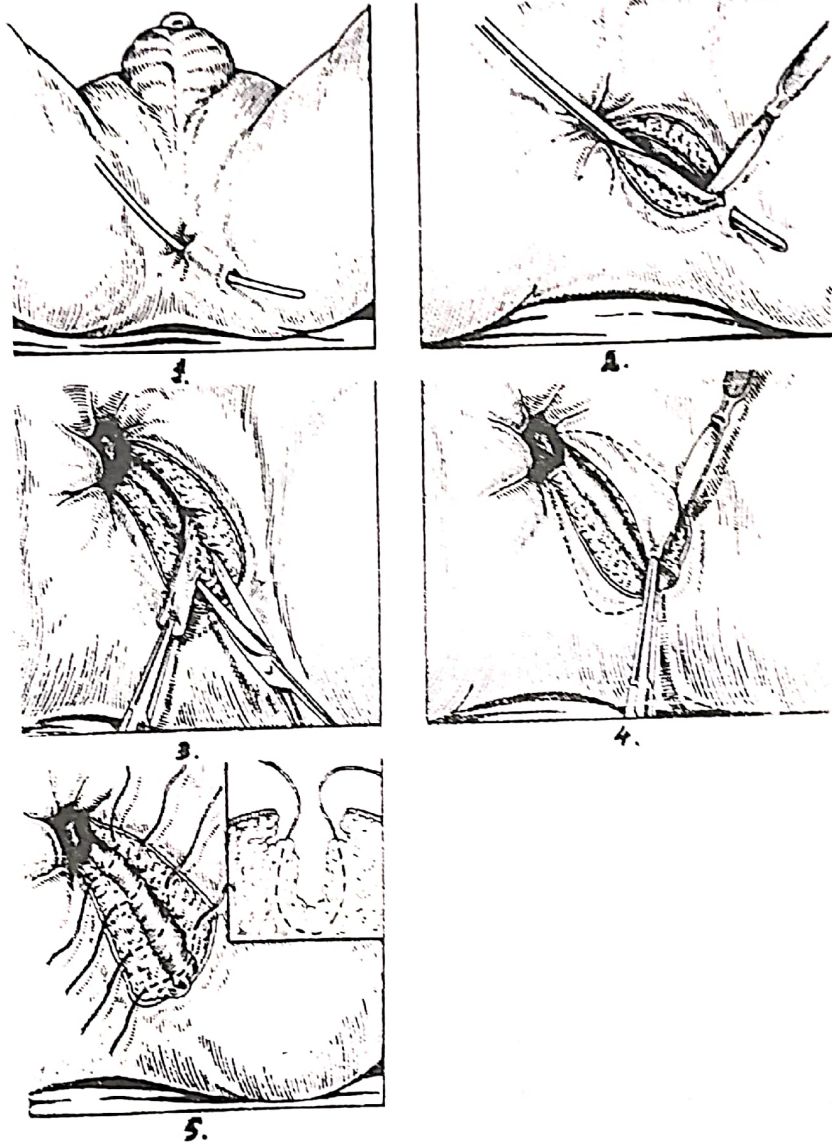
أما الأطفال الصغار فيتم التحضير عندهم لفترة أقصر (يوم واحد) قبل الجراحة وتجرى حقنة شرجية بماء فاتر (100-150 سم³).

يتم إجراء العملية الجراحية تحت التخدير العام.

طريقة العملية الجراحية:

بعد تطهير لمعة المستقيم بمحلول مطهر ثلاث مرات، وتطهير المنطقة العجانية، وقبل البدء بالعملية يتم حقن مادة ملونة (أزرق الميتيلين) من خلال الفوهة الخارجية للناسور. وتتعلق نوعية العملية الجراحية بشكل الناسور.

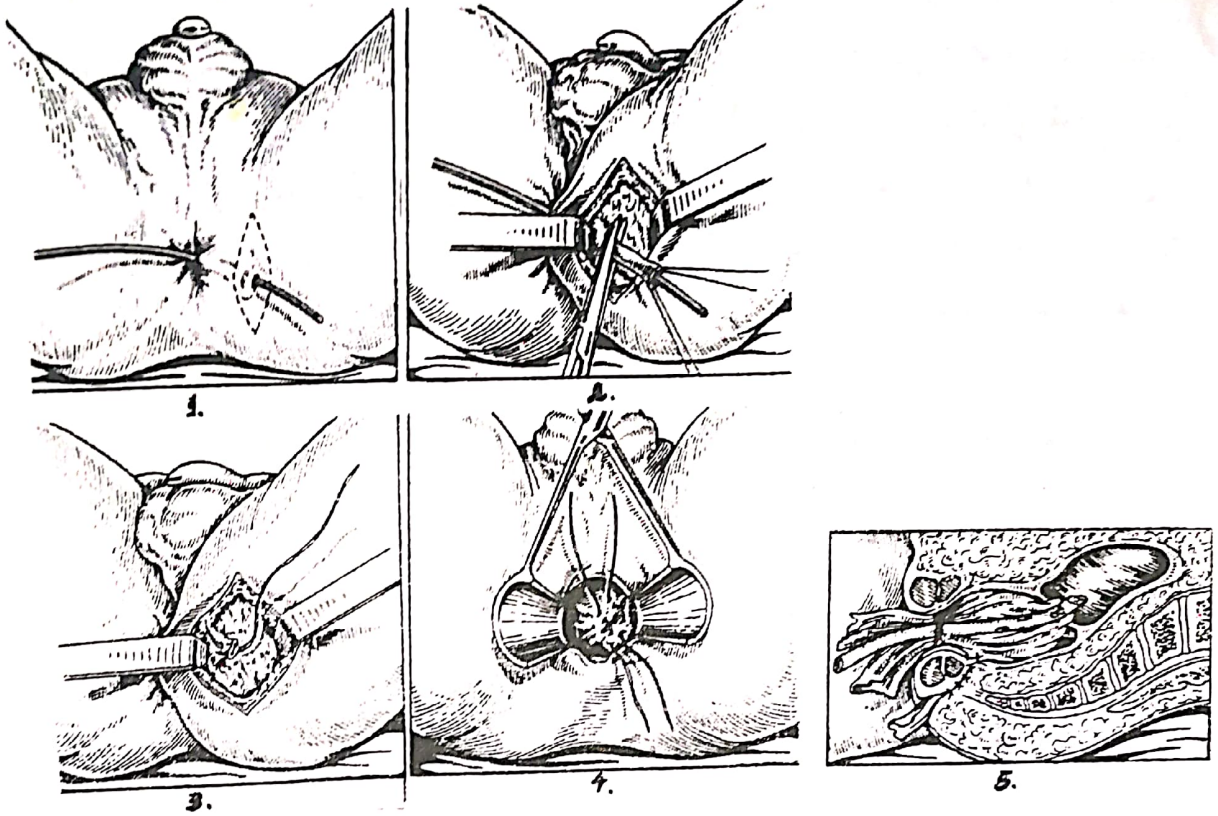
1- ففي النواسير التامة السطحية شكل رقم (2) يتم إدخال قنطار معدني رفيع عبر الفوهة الخارجية للناسور ويتم فتح الناسور على مسار القنطار وبعد ذلك يتم استئصال الجدار الخلفي للناسور ويتم خياطة الأنسجة الرخوة بعد استئصال الناسور بخيوط من الكتكوت دون خياطة الجلد ويغطي الجرح بمرهم.



شكل (2) مراحل استئصال الناسور السطحي.

واستئصاله بعد ربطه، ثم خياطة الجرح
(شكل رقم 3).

2- أما في النواسير التامة المتوضعة
خارج المصرّة الشرجية، فيتم تسليخ
الناسور عن الأنسجة المحيطة به



شكل (3) مراحل استئصال الناسور جنيب المستقيم المتوضع خارج المصرّة الشرجية.

3- أما النواسير غير التامة الخارجية فيتم تسليخها حتى نهايتها العوراء ويتم خياطة الجرح.

لقد تمت معالجة جميع الحالات جراحياً وذلك باستئصال النواسير كما ذكرنا سابقاً، والجدول التالي يبين النتائج:

نوع الناسور	عدد الحالات	نتائج الجراحة (نكس)
نواسير غير تامة	9	-
نواسير تامة خارج المصرّة الشرجية	4	1
نواسير تامة سطحية	5	-

تدبير المرضى بعد الجراحة:

لقد أعطيت التوصيات للأهل بضرورة تطهير المنطقة العجانية بعد كل تغوط واتباع وجبات غذائية معينة، وفي اليوم السابع بعد الجراحة يتم فك الفرز ثم تجرى مغاطس دورية بمحلول مطهر حتى يتم التئدب الكامل للجرح.

النتائج:

من بين كل الحالات التي تمت معالجتها كانت حالة نكس واحدة بعد الجراحة عند طفل عمره 8 سنوات نتيجة لوجود ناسورين مع وجود بؤرة التهابية مزمنة وقد احتاج الطفل لعملية جراحية ثانية مع الشفاء التام.

الخلاصة:

- 1- إن النواسير جنيب المستقيم هي نواسير ولادية المنشأ عند الأطفال في غالبيتها.
- 2- تتميز النواسير عند الأطفال بأنها مستقيمة دائماً على عكس ما هو عند الكبار.
- 3- تتشكل النواسير بشكل كامل في نهاية السنة الأولى من العمر وهو العمر المناسب لاستئصالها.
- 4- كل الحالات التي شوهدت كانت عند الأطفال الذكور. حيث لم تشاهد هذه النواسير عند الإناث وهذا يتفق مع معطيات بعض الأبحاث العالمية.
- 5- لم تشاهد حالات وجود ناسور جنيب المستقيم متوضعاً أمام المستقيم.
- 6- النواسير الخلقية جنيب المستقيم نادرة أيضاً (حالتين فقط).

REFERENCES

المراجع

- [1]- Bairov G.A. Roshal I.M. 1990, Purulent surgery in children.
- [2]- Holder T.M., Ashcraft K.W. 1980, Pediatric surgery.
- [3]- Lenyushkin A.I. 1990, Proctology of children..