مجله علمی نظام پزشکی

سال۲، شماره ۱ـ۲، صفحه ۲۸، ۱۳۵۰

# روش جاری در نگهداری و تشخیص و درمان مبتلایان به بیماری هیرشپرونگ

دکتر ابوالقاسم پیرامون مقدم*

**مقدمه** . مقصود از نوشتن این مقاله معرفی آخرین روشهای صحیح در تشخیص و درمان بیماران مبتلا باین بیماری میباشد چون بعلت نادر بودن این بیماری و کمی تجربه جراحان عمومی ، درمان این بیماری چنانکه باید ومیتواند در دست یك جراح آشنا به بیماریهای اطفال انجام گیرد انجام نمی‌یابد ودر نتیجه عوارض ومرگ ومیر زیادتر ازانتظار ممکنست بوجود آید .

**تعریف:** بیماری هیرشپرونك یامگاکولون مادرزادی یا Agangli-onosis یامگاکولون اگانگلیونی یك نوع انسداد مکانیکی کولون است که در نتیجه انقباض قسمت بدون گانگلیون کولون ایجاد ودرصورت عدم درمان صحیح منجر بمرگ میشود .

**تاریخچه :** Frederic Ryuschil طبیب آلمانی اول کسی بود که در سال ۱۶۹۱ دراتوپسی متوجه اتساع فوق‌العاده کولون دختر بچه ۵ ساله‌ای شد، بدون اینکه بعلت آن پی ببرد. تقریباً دوقرن بعد درسال ۱۸۸۶ Harold Hirshprung مقاله مفصلی درباره این بیماری نوشت وقسمت متسع شده کولون را مسئول بیماری دانست. درسالهای ۱۹۰۰ تا ۱۹۴۰ محققین مختلف متوجه بدون گانگلیون بودن کولون در بعضی بیماران شدند بالاخره درسال ۱۹۴۰ Tiffin و Chandler و Faber شرح مبسوطی دراتیولوژی بیماری نوشته علت انسداد را مربوط به فقدان امواج پریستالتیس قسمت بدون گانگلیون دانستند واتساع وضخامت کولون را درنتیجه انقباضات کولون قبل ازانسداد برای دفع مواد وهمچنین جمع شدن مواد مدفوع دراین قسمت کولون دانستند .

**پاتواوژی** . در روده طبیعی دو شبکه عصبی موجود است یکی دربین رشته‌های عضلات صاف روده بنام شبکه ائروباخ Auerbach و دیگری شبکه عصبی زیرمخاطی بنام میسنر Meissner. فقدان سلولهای گانگلیونی دراین دوشبکه، ضایعه پاتولوژیك این بیماری است که بطورمادر زادی وشاید فامیلی درمبتلایان موجود است .

علت این اختلال مادرزادی هنوز معلوم نیست .

مطالعات جنین شناسی نشان داده است که شبکه عضلانی آئروباخ ازسلولهای نوروبلاستی تشکیل میشود که بتدریج ازقسمت پروکسیمال لوله گوارشی بطرف قسمت دیستال روده میرود و شبکه زیر مخاطی میسنر از سلولهای نوروبلاستی است که از شبکه قبلی سرچشمه گرفته وبه‌طرف زیر مخاط میرود ، این تغییرات عصبی معمولاً درهفته‌های ۵ تا ۶ جنینی اتفاق میافتد و وقفه در این پیشرفت عصبی از پروکسیمال بدیستال، سبب این بیماری است وطول قسمت بدون گانگلیون هم‌بستگی بزمان توقف این پیشرفت عصبی دارد .

از نظر پاتولوژی، محلیکه بیشتر گرفتار است رکتوسیگموئید است، معهذا قسمتهای طویلتری ازکولون ممکن است گرفتار باشد وحتی امکان دارد که تمام کولون و یاکولون وقسمتی از ایلیوم وحتی تمام لوله گوارشی بدون سلولهای گانگلیونی باشد . ولی یك نکته علمی مهم را باید ذکر کرد که گرچه موارد بسیار نادری ذکر شده که قسمتی ازکولون سالم بین دوقسمت مبتلا موجود باشد ولی عملاً باید درنظر داشت که این بیماری همیشه از آخرین قسمت رکتوم شروع میشود و بسته به مورد، طول کمتر ویابیشتری ازکولون را فرا میگیرد وحد پروکسیمال آنرا فقط باید بابیوپسی بطور تحقیق مشخص کرد .

برای مثال آمار مربوط به ۱۴۰ مورد که از بیمارستان کودکان پیتسبورك بدست آمده است میتوان ذکر کرد .

* دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه اصفهان.

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11 ]

| | | |
|---|---|---|
| Low Segment | قسمت پائین رکتوم | ۱۷ مریض |
| | رکتوم وسیگموئید | = ۹۳ |
| | | ۱۱۰ = ۷۸/۵% |
| Long Segment | رکتوم + کولون نزولی | ۱۵ |
| | رکتوم تاکولون عرضی | ۴ |
| | تمام‌کولون | ۵ |
| | تمام‌کولون + ترمینال ایلیوم | ۴ |
| | تمام‌کولون + ایلیوم تاژژنوم | ۱ |
| | Skip area | ۱ |
| | | ۳۰ = ٪ ۲۱/۵ |

**فیزیوپاتولوژی.**

اندازه گیری فشار درونی کولون دراین بیماران نشان داده است که‌قسمت متسع‌دارای پریستالسیس‌طبیعی وقسمت بدون گانگلیون فاقد پریستالسیس میباشد .

بعلاوه آزمایشهای مانومتریك درمحل اسفنکتر این‌بیماران، یك انقباض دائم‌را نشان داده‌است. مدتها این انقباض دائمی‌رامربوط به‌فعالیت‌بیشترسمپاتیك‌بعلت‌قطع‌پاراسمپاتیك میدانستندولی‌اخیراً مطالعات‌Ehrenpreis ثابت کرده‌است که‌عمل‌سمپاتیك‌وپاراسمپاتیك هردو در محل سلولهای گانگلیونی‌است ولذا انقباض دائم قسمت بدون گانگلیون‌نمیتواند درنتیجه افزایش فعالیت سمپاتیك باشد. این انقبـاض دائم « قسمت بدون گانگلیون» را امروزه تـوسط قـانون کانون Cannon توجیه میکنند که عضو بـدون عصب تحریك پذیری بیشتر در مقابل تحریکات دارد .

**علائم بیماری.**

باید دانست‌که این بیماری خیلی زود وازهمان اوان تولدتظاهر می کند یااینکه تظاهرات‌آن درسنین‌بعداست. لذا بایداین‌بیماری را در دو دوره نوزادی ودوره‌کودکی شرح داد. در دوره نوزادی این بیماری ممکن‌است عیناً مانند انسداد روده نوزاد خودنمائی کند این نوزادان دارای سه‌علائم مشخص میباشند، اتساع شکم ، تأخیر یاعدم دفع مکونیوم واستفراغ. درعکسبرداری ساده شکم که باید هرچه زودتر دراین نوزادان انجام شود منظره مشخص انسداد روده را بدون علت آن نشان میدهد. درتمام این بیماران عکسبرداری با تنقیه باریم و عکسبرداری از کولون انجام شود خیلی باعث تأسف است‌که بسیاری از پزشکان وجراحان ازانجام این امر امتناع دارند .

اصولا تنقیه باریم درتمام‌موارد انسداد روده اطفال پیشنهادمیشود بعلل زیر :

۱ ـ عکس برداری از کولون میتواند تشخیص مـالروتـاسیون ( Malrotation ) یکی دیگر ازعلل انسداد روده نـوزادان را مسجل کند .

۲ـ وجودمیکروکولونMicrocolon یاکولونی که ازآن‌استفاده نشده (Non-used colon) مشخص انسداد در محلی بالاتـر از کولون است.

۳ـ در موارد آترزی روده‌های باریك (عامل شایع انسداد روده نوزادان) امکان‌آترزی کولون‌را رد میکند چه مواردی پیش‌آمده است که آترزی روده‌های باریك همراه آترزی کولون بوده‌است وباوجود عمل جراحی و اصلاح روده‌ها، بعداز عمل‌آترزی روده بزرگ سبب باقی ماندن انسداد ومرگ نوزاد شده است .

۴ـ رادیوگرافی کولون باماده حـاجب میتواند تشخیص مسجل هیرشپرونگ را ثابت کند و امروزه در بسیاری از کلینیك‌های اطفال‌بااین امتحان تشخیص بیماری‌داده شده واحتیاج به‌بیوپسی رکتوم را رفع کرده است . برای تشخیص صحیح روش کار باید صحیح بوده وحتی‌الامکان توسط رادیولوژیست‌آشنا به‌رادیولوژی اطفال صورت گیرد .

بطور خلاصه تنقیه با ریوم باید در حین رادیوسکوپی انجام شود وهدف از این کار پیداکردن حد واسطهٔ بین‌کولون باریك بدون گانگلیون پـائین و کولون متسع بالاست Transtional zone برای‌اینکه این‌آزمایش‌باموفقیت صورت گیرد نکات زیر بایدرعایت شود اول مقدار متوسط باریم مصرف شود و بمحض مشاهدهٔ قطعه واسطه‌ای‌ادامه تنقیه‌قطع‌شودتا مقدار زیادی باریم دربالای انسداد جمع نشود. دوم تنقیه تخلیه‌ای قبلاً نباید انجام شود سوم‌ـ کاتتر یاسند، نباید زیاد دررکتوم فرورود وفقط درکانال انال‌قرارگیرد چهارم ـ ازبکار بردن فولیکاتتر باید خودداری‌کرد .

این‌آزمایش‌نشان‌میدهد که‌آمپول‌رکتوم که‌معمولاً حجیمترین‌نقطه کولون‌است‌باریك‌است ولی‌دربالادرجائیکه قسمت‌بدون گانگلیون تمام میشود اتساع شدیدکولون دیده میشود بعضی‌ادعا میکنند که تنقیه باریم نمیتواند مشخص بیماری باشد چون بعلت اینکه‌نوزاد

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11 ]

هنوز تغذیه نکرده کولون بعلت عدم وجود مدفوع متسع نیست ولی باید دانست که کولون نوزادان در چهارماه آخر حـاملگی عمل فیزیولوژیك خود را که تجمع مواد مکونیوم است انجام میدهد و دارای موجهـای پریستالتیك میباشد . مقایسه کولون سالم در یك نوزاد با کولونیکه بعلت انسداد بصورت میکروکولون باقی مانده و همچنین عکسهـای کولون نوزادان مبتلا، خود دلیل این مدعاست . علامت دیگر رادیولوژیك، تأخیر در دفع بـاریم است بطوریکه یك عکس ساده شکم، ۲۴ ساعت بعداز تنقیه باریم، نشان میدهد که باریم هنوز در روده باقی است وباموادمدفوع مخلوط شده درحالیکه درانسدادهای دیگر در این مدت کولون از باریم تخلیه میشود .

بالاخره باید دانست که تنقیه باریم درنوزادانی کـه بعلت انسداد روده تحت عمل جراحی قرار میگیرند این امتیـاز را هم دارد که جراح را از تفتیش کولون در موقع عمل جراحی بی‌نیـاز میکند .

تمام نوزادان مبتلا، با وضع بالاتظاهر نمیکنند ، بلکه بعدازیك دوره تـأخیر در دفع مکونیوم، نوزاد ممکن است مکونیوم دفع کرده بعداً دچار حالت انسداد تحت حاد یاسوب اکلوزیون شود وگهگاه دچار اتساع شکم و احیاناً استفراغ گردد ولی بعد دو مرتبه شکم کارکرده وکودك راحت شود. گاهی‌هم اسهـال شدید همراه بانفخ شکم وحالت اضطراب وسستی ایجاد میشود که‌علامت سوم آنتروکولیت و یك عارضهٔ مهم بیمـاری است کـه ممکن است منجر بمرگ گردد . امتحان رکتوم دراین نوزادان تنگی حلقه اسفنکتر، خـالی بودن رکتوم ویك تنگی ظاهری در محل رکتوم وسیگموئید، یعنی‌درمحل پرمونتوارساکروم، دیده‌میشود که شبیه امتحان رکتوم نوزادان باروده طبیعی است غیر ازاینکه رکتوم محتوی مکونیوم نیست وپس‌ازبیرون‌آوردن انگشت مواد مکونیومی‌وگازبافشارزیادخالی‌میشود که‌مشخص‌این‌بیماری‌است. تظاهر بیماری دراطفـال بزرگتر بصورت یبوست طولانی وپیش رونده است واغلب‌این یبوست وبزرگی شکم‌واحیاناً علائم‌متناوب انسداد روده است که سبب آوردن طفل بـه‌طبیب میشود. دقت در تاریخچه این اطفال نشان میدهد که اغلب ازهمان اوان نوزادی علائمی داشته‌اند منتهی دربعضی موارد این اختلال دفع مکونیوم وبعد اختلال‌دفع مدفوع برطرف میشود ولذا والدین طفل‌موضوع اختلال دفعی‌را فراموش‌میکنند تااینکه این‌یبوست مداوم وپیش‌رونده تظاهر میکندگاه باتنقیه یاملین‌روده‌ها خالی‌شده ومدفوع حجیم و متعفن بیرون آمده و شکم طفل را کـوچکتر میکند .

آزمایش روده‌های بزرگ باماده حاجب بطریقی که گفته‌شد کلید تشخیص این بیماری از یبوست غیرعضوی است .

آزمایش رکتوم نشـان میدهدکه اسفنکتر تنگ وآمپول رکتوم خالی است ودربالا درصورتیکه طول‌قسمت بدون گانگلیون کوتاه باشد مواد مدفوع به‌نوك انگشت میخورد که مشخص این عارضه دراین کودکان است .

امتحان روده‌ها باماده حاجب، قسمت‌تنگ‌را پائین‌وقسمت متسع‌را بالاوقسمت واسطه‌ائی Transitional zone را بطورمشخص‌نشان میدهد ودیدن این علائم درکودکان بـزرگتر خیلی آسـانتر از نوزادان است . درصورتیکه طول قسمت بدون گانگلیون کوتـاه باشد و دقت زیاد در تنقیه باریم‌نشود علائم مشخص هیرشپرونگ ممکن است پوشیده بماند .

دقت‌وتکنیك‌صحیح‌درعکسبرداری کودکان‌مبتلا، اغلب‌سبب تشخیص ضایعه میشود. درآمار Kottmeier و Clatworthy از بیمارستان کودکـان کولمبوس ۸۱/۵٪ موارد بـا عکسبرداری از کولون تشخیص داده شده ودر ۱۴/۶٪ تشخیص نامطمئن وفقط در ۴/۹٪ تشخیص رادیولوژیست غلط بوده است .

**بیوپسی رکتوم**ـ مقصود ازبیوپسی بدست‌آوردن قسمتی از طبقه عضلانی رکتوم است تا وجود یاعدم گانگلیون‌های عصبی در بین رشته‌های آن بررسی شود لذا چنین بیوپسی اگر ازداخل‌رکتوم و پس از دیلاتاسیون آنوس انجام میشود باید شامل تمام طبقات جدار رکتوم و باندازه کافی باشد تا پاتولوژیست بتواند نظریه قاطعی روی آن بدهد .

**درمان .**

مقصود از درمان عبـارت از برطرف کردن هرچه زودتر عامل انسداد است .

درمان غیر جراحی ـ باتوجه به پاتوژنی بیمـاری (فقدان عمل پاراسمپاتیك) بنظرمیرسدکه داروهای‌محرك پریستالتیس روده‌ها به‌ویژه مکولیل Mecolyl که‌یك استیل‌کلین سنتتیك است مؤثر باشد. این دارو گرچه ممکن است دربعضی موارد موقتاً انسدادرا برطرف کند ولی‌بطورکلی‌امروزه بدون اثرتلقی‌شده‌است ودرمان اصلی‌عبارت‌است ازجراحی که طبق برنامه زیر صورت میگیرد.

**کلاستومی** ـ به محض تشخیص بایـد صورت‌گیرد ـ کلاستومی انسدادرا برطرف‌کرده وآمادگی‌بعدی را برای عمل نهائی‌ایجاد میکند. ـ عمل نهائی عبارت است از برداشتن کـولون و رکتوم بیمار وقراردادن کولون سالم بجای آن .

**نوع کلاستومی** ـ دونوع کلاستومی دراین بیماران معمول بـوده

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11 ]

است یکی کلاستومی در کولون عرضی و دیگری کلاستومی در محل منطقه واسطه‌ای T. Z. بکمك Frozen Section biopsy بنظرما نوع دوم کلاستومی بخصوص در نوزادان چند امتیاز دارد و بدین ترتیب صورت میگیرد که بمحض اینکه تشخیص قطعی با کمك رادیولوژی و یا بیوپسی داده شد برش کوچکی در طرف چپ وپائین شکم داده میشود و T. Z. نظراً معلوم میشود، بعد یك قطعه بیوپسی ازاین ناحیه یا کمی پروکسیمال گرفته میشود که بکمك Frozen Sertion وجود سلولهای گانگلیونی در آن محقق میگردد. سپس دراین ناحیه کلاستومی صورت میگیرد ـ درصورتیکه قبلا بیوپسی رکتوم بعمل نیامده باشد و صرفاً با تشخیص رادیولوژیك عمل کرده باشیم یك بیوپسی هم برای تأیید تشخیص و دانستن تشخیص پاتولوژیك از ناحیه باریك رکتوم در قسمت سروموسکلر میگیریم بدون اینکه به مخاط روده صدمه زده شود.

چنین کلاستومی حداکثر کولون را برای استفاده جذبی کودك باقی میگذارد.

با وجود بیوپسی Frozen section مطمئن میشویم که کلاستومی در محل سالم کولون قراردارد و بعدها برای پیدا کردن حد انتهائی روده سالم احتیاج به بیوپسی‌های مکرر نداریم.

امتیاز دیگر اینکه، درصورتیکه یك کلاستومی در کولون عرضی کرده باشیم گاه بعلت بالا بودن طول کولون بدون گانگلیون، قسمتی از کولون که بین کلاستومی و حد پائینی کولون سالم باقی میماند طول کافی برای عمل نهائی نداشته و ممکن است ناچار شویم که کلاستومی را برداشته و برای اناستوموز به انوس از آن استفاده کنیم، چنانچه چنین موردی اخیراً در بیمارستان دانشکده پزشکی اصفهان پیش آمد کودکی که بعلت بیماری هیرشپرونگ تحت عمل کلاستومی در کولون عرضی قرار گرفته بود در سن یکسال و نیم برای عمل نهائی بستری شد. در موقع عمل ثابت شد که قطعه کولون سالم بعد از کلاستومی دارای طول کافی برای عمل نمیباشد ولذا کلاستومی را برداشته و سرپروکسیمال آنرا برای اناستوموز بکار بردیم. چنین کودکی فقط دارای قطعه کوچکی از کولون وآنهم سکوم و قسمتی از کولون صعودی و مدتی بعداز عمل دارای مدفوع خیلی آبکی بود.

دیگر اینکه یك کلاستومی عرضی کورکورانه بدون بیوپسی، در محل کلاستومی ممکن است درموارد نادری که بیماری تا کولون عرضی ویا تمام کولون میرسد، کلاستومی را درقطعه بدون گانگلیون قرار دهد.

بالاخره بایك کلاستومی درمنطقه واسطه‌ای کودك را ازعمل سوم که دوختن کلاستومی است بی‌نیاز میکند.

اکثر جراحان اطفال امروزه عمل نهائی را بطورا ولیه ترك کرده‌اند و بخصوص بعلت مشکلات تکنیکی عمل درنوزادان، کلاستومی را حتماً لازم میدانند و عمل نهائی برحسب تکنیك و نوع عمل میتواند بین سنین یك تا دو سال انجام شود.

درکودکان بزرگتر هم که مشکلات تکنیکی موجود نیست بعلت اتساع شدید کولون سالم و اشکال در تمیز کردن کولون این کودکان، کلاستومی اولیه برای مدت کوتاهی لازم بنظرمیرسد. گرچه لازم نیست که از نظر تکنیکی نوع و طریقه جراحی نهائی به تفصیل بیان شود، مختصراً طرق نسبتاً مشهور و قبول شده جراحی دراین بیماری ذکر میشود.

تمام اعمالی که برای برداشتن قسمت بدون گانگلیون رکتوسیگموئید وقرار دادن کولون سالم بجای آن بکار میرود اصطلاحاً Pull Through نامیده میشود، این یك اصطلاح عامیانه یعنی کشیدن کولون از میان اسفنکتر است هدف نهائی ازتمام این اعمال این است که کولون بدون گانگلیون را برداشته وسعی شود که عمل اسفنکتر برای کنترل مدفوع حفظ گردد وحتی‌الامکان به اعصاب لگنی صدمه نرسد تا بعداً اختلالات مدفوع وادراری وجنسی ایجاد نشود.

در ۱۹۴۸ Swenson عمل مشهورخودرا برای این بیماری انجام داد که هنوز در بسیاری از کلینیك‌ها باموفقیت‌های زیاد انجام میشود دراین عمل تمام کولون بدون گانگلیون را بانضمام رکتوم داخل شکم آزاد کرده و سعی میشود حتی الامکان دیسکسیون در روی جدار رکتوم صورت گیرد که صدمه‌ای به اعضای درون لگن بخصوص اعصاب نرسد و بعد اناستوموز بین کولون سالم وانوس در خارج ازلگن واز راه پرینه انجام میگیرد وبعد ازکامل شدن اناستوموز کولون بیرون کشیده ازانوس بداخل برمیگردد بطوریکه بعد از اتمام عمل خط اناستوموز دوسانتی متر درجلو ویك سانتی‌متر درعقب، از خط پوستی مخاطی فاصله دارد.

عوارض این عمل Leak درمحل اناستوموز وامکان پریتونیت و انتروکولیت کشنده است که البته خود Swenson علت آنرا انسداد در محل اسفنکتر دانسته و اسفنکتروتومی را بعمل خود اضافه میکند. نتایج خوب در بیمارانی است که بعد از عمل هیچگونه ناراحتی نداشته باشند واجابت مزاج بطورطبیعی انجام گیرد، کودك یبوست واتساع شکم و اسهال وغیره ندارد وحملات انتروکولیت بعمل تنگی ناحیه اناستوموز ایجاد نشود (عارضه انتروکولیت که در تمام موارد قبل و بعد از درمان ممکن است ایجاد شود عارضه ایست کشنده که فوراً باید تحت درمان شدید قرار

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11 ]

گیرد. از بین بردن انسداد بهترین اقدام درمانی است) در عمل سونسن گرچه خود ایشان ۹۲/۵ در صد نتایج خوب گزارش میکنند ولی این آمار در کلینیک‌های دیگر گزارش نشده است ودر عمل فوق تغییرات متعدد داده شده‌است.

۲ عمل Duhamel

دراین‌عمل بجای دیسکسیون زیادلگن برای برداشتن رکتوم، این عضو رکتوم باقی گذاشته‌میشود و کولون سالم را به‌پشت رکتوم آورده و با گذاردن کلامپ مخصوص روی دو دیواره کولون و رکتوم (جدار قدامی کولون سالم وجدارخلفی رکتوم سبب نکروز وازبین‌رفتن خودبخود این‌قسمت میشود و آمپول رکتوم که در آن‌ه‌دراین‌ناحیه باقی‌میماند تشکیل‌میشود: مرگ ومیر بعدازعمل بطور قابل‌ملاحظه کم و Leak درمحل اناستوموز خیلی کم و رویهمرفته عمل خوبی بنظر میرسد ولی تنگی‌ویا باقیماندن سپتوم بین‌دو کولون که‌منجر به باقیماندن و سخت‌شدن مدفوع در رکتوم میشود بزرگترین عارضهٔ این عمل است بهمین علت این عمل نیز دستخوش‌تغییرات متعدد شده است.

۳ـ عمل Soave

در ۱۹۶۱ Soave ایتالیائی روشی کاملا متفاوت پیشنهاد کرد. که گرچه هنوز امتحان کامل خودرا نداده است ولی بنظرمیرسد که درکم کردن مرگ و عوارض دو عمل دیگر نقش مؤثری داشته‌باشد. دراین‌عمل بجای رزکسیون رکتوم طبقه سروموسکولر قسمت پائین سیکموئید و رکتوم را باقی گذاشته وفقط مخاط آنرا با دیسکسیون زیرمخاطی برمیدارند وبعد کولون سالم را ازتوی این‌قسمت سروموسکولر عبور میدهند.

امتیازات این‌عمل.

نبودن نیاز به دیسکسیون درون لگن ولذا هیچگونه صدمه‌ای به اعصاب لگن وارد نمیشود.

۲ـ امکان Leak درمحل اناستوموز موجود نیست.

تنهاعارضه‌ای که‌ممکن‌است پیش‌آید اینکه‌اگر کولون قبلاً کاملاً تمیز نشده‌باشد عفونت بین‌دولایه کولون سالم و کیسه‌سروموسکلر رکتوم‌ایجاد شده ولذا بعضی، پیشنهاد گذاردن درن دراین ناحیه میکنند دیگر اینکه دربعضی موارد نادر جداکردن سروموسکلر ازقسمت زیرمخاطی مشکل‌بنظرمیرسد.

این‌تکنیك بنظرشاید بهترین طریقه درمان تا این‌زمان میباشد.

خلاصه: بیماری هیرشپرونگ بخصوص پاتولوژی و پاتوژنی آن شرح‌داده شده‌است ـ تأکید زیاد روی دوموضوع انجام شده یکی احتیاج به‌تنقیه باریم در انسداد روده نوزادان و تشخیص بیماری هیرشپرونگ ازاین راه دیگر کلاستومی درمحل منطقه واسطه‌ای Transitional zone. بعدازتشخیص بیماری طرق درمانی‌مختلف باختصار بیان شده وعمل Soave بنظر اینجانب عمل انتخابی تا این‌زمان است.

REFERENES


1- Benson, C.D., & Lloyd, J.R.: An evaluation of the surgical treatment of Hirschsprung's disease, Surgical Clinic North America 44 : 1494, 1964.

2- Berdon, W.E., & Baker, D.H., : The roentgenographic diagnosis of Hirschsprung's disease in ifnancy, Am.J. Roentgenology 93: 432, 1965.

3- Boley, S.J. Lafer, D.J. Kleinhaus, B.D., Mestel, A.L.& Kottmeier,P.K.: Endorectal pull-throug procedure for Hirschsprung's disease with and without anastomosis. J.Pediatric Surgery 3: 258, 1968.

4. Duhamel, B. Retrorectal and transanal pull-throug procedure for the treatment of Hirschsprung's disease: Dis. Col. Rectum, 7: 455, 1967.

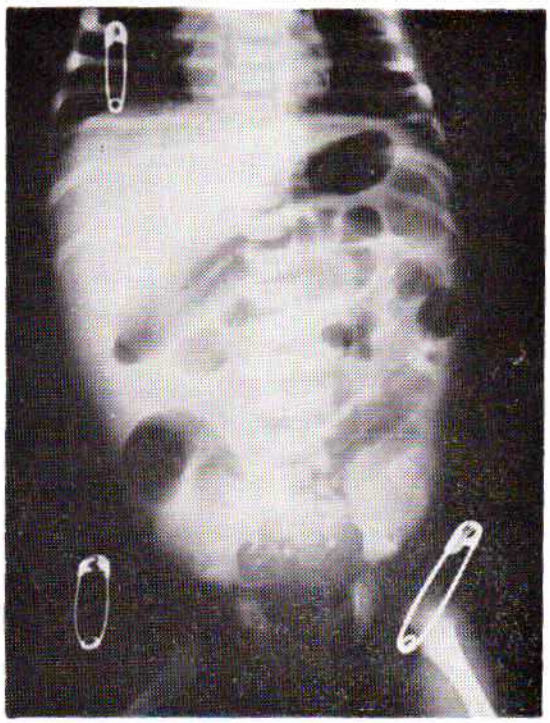
5- Ehrenpreis, T., Norberg, K.A.& Wirsen.C. : Sympathetic innervation of the colon in Hischsprung's disease A historical Study. J. Pediatric Surgery 3: 43, 1968.

6- Leenders, E. Sieber, W.& Kiesewetter, W.: Surg. Clinic North America 50: 907, 1970.

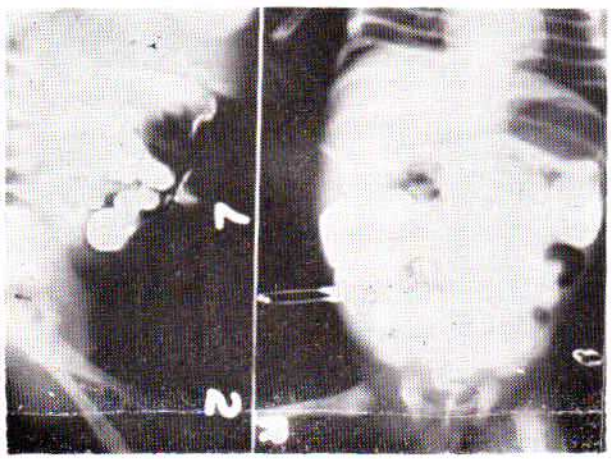
7- Mustard, W,T., Ravitch, M.M., Snyder, W.H., Welch, K.Y.& Benson, C.D.: Peditric Surgery, Vo1.2 second edition 1969.

8- Swenson, O.: Congenital megacolon, Ped. Clinic North America: 11: 187, 1967.

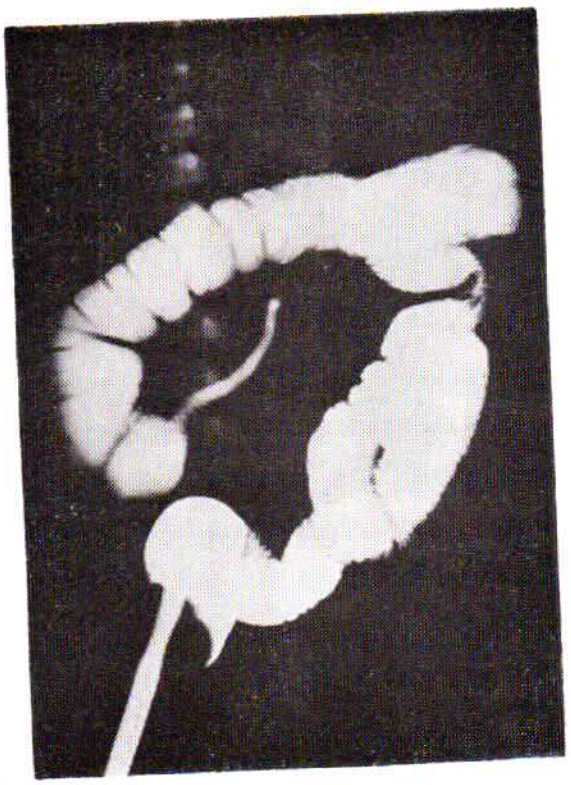

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11 ]

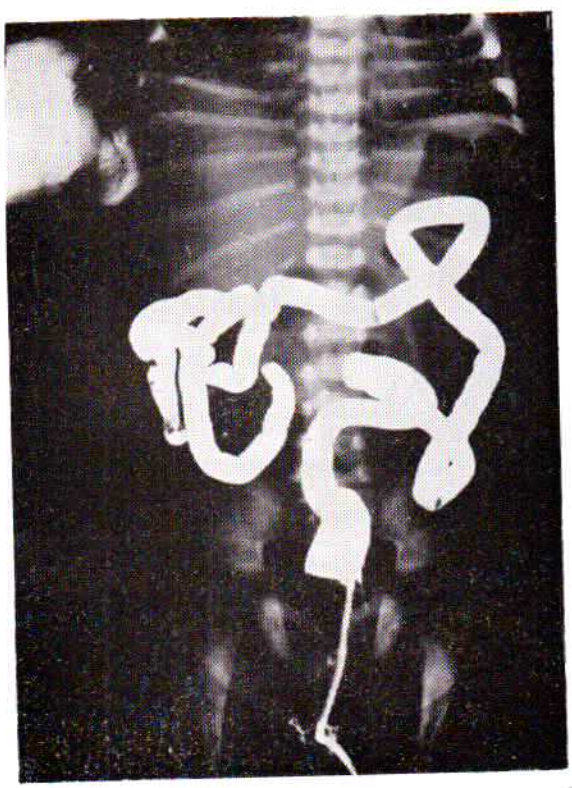


شکل ۱ ــ این‌عکس‌ساده شکم‌نوزاددو روزه‌است‌که دارای‌علائم‌کلینیکی انسداد روده میباشد (اتساع شکم ــ استفراغ ـ عدم دفع مکونیوم) این تصویر فقط اتساع روده‌ها را نشان میدهد



شکل ۲- تنقیه باریوم درهمان نوزاد ،علائم مشخصه هیرشپرونگ را نشان میدهد با این‌عکس تشخیص‌معجل‌است‌واحتیاج به بیوپسی‌رکتوم نیست . عکس نیمرخ بخصوص باریکی کانال‌رکتوم‌واتساع بالای‌آنرا نشان‌میدهد.

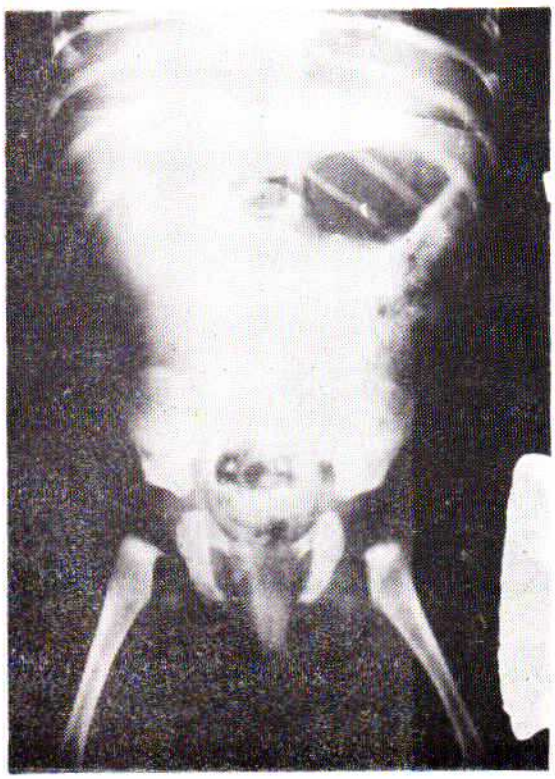




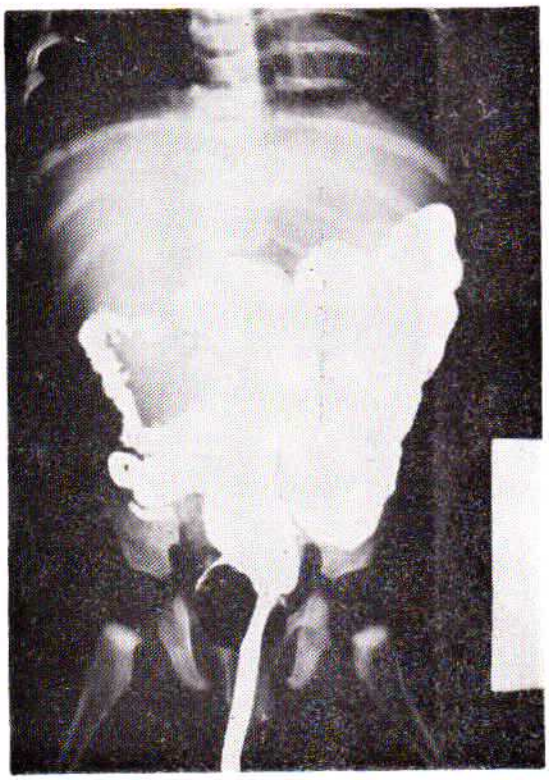
شکل ۳ و ۴

این دو تصویرمربوط به تنقیه باریوم از در نوزاد است ــ در یك تصویر کولون طبیعی را در نوزادی که ضایعه انسدادی دستگاه هاضمه ندارد نشان میدهد. درتصویر دیگر قطر کولون خیلی باریك تر از طبیعی است . این حالت‌که به میکروکون یا کولون استعمال نشده Non used colon معروفست مشخص انسداد مادرزادی روده‌های باریك است ــ خود کولون دراین حالت ضایعه‌ای ندارد.

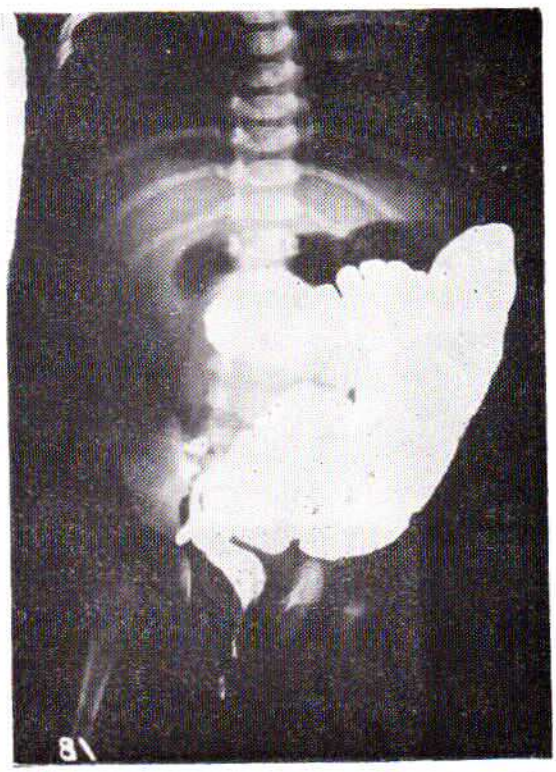
[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11 ]



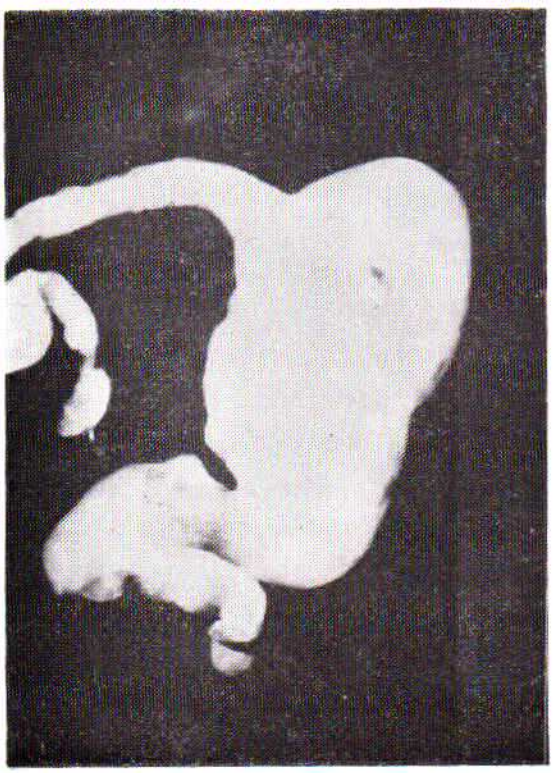
شکل ۵ ــ این تصویر مشخص‌انسداد دوازدهه در نوزاد یکروزه است.



شکل ۶ــ باریوم انما دراین نوزاد علت انسداد را که مالروتاسیون روده‌ها باشد نشان میدهد .



شکل ۷ ـ یکی دیگر از مواردی که تنقیه باریوم کمك به تشخیص اتیولوژی انسداد میکند .

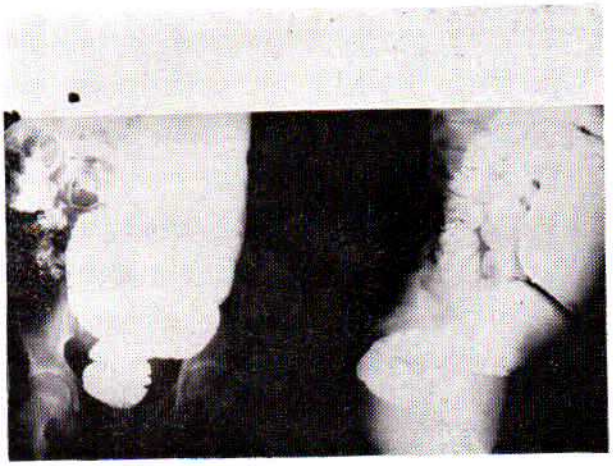


شکل ۸ ــ تنقیه باریوم‌را درکودك ۱۸ماهه نشان‌میدهدقطعه باریك رکتوم وسیگموئید واتساع بالای‌آن .

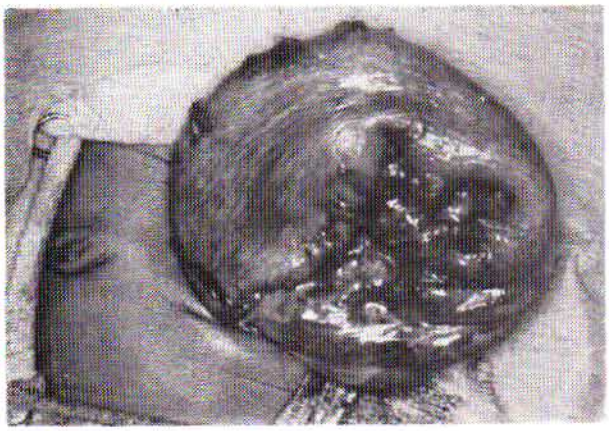
[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11 ]



شکل ۹ ـ عکس سادهٔ شکم ۲۴ ساعت بعداز تنقیه باریوم ـ تأخیردر تخلیه روده‌ها علامت مهم دیگر بیماری هیرشپرونگ است



شکل ۱۰ ــ یك مورد دیگر تشخیص هیرشپرونگ بوسیله تنقیه باریوم دردختر ۱۴ ساله



شکل ۱۱ ــ کلاستومی درنوزاد دو روزه مبتلا به هیرشپرونگ ـ شدت دیلاتاسیون‌وهیپرتروفی کولون‌قبل‌از انسدادرادقت‌فرمائیدـاین‌کلاستومی درقطعه واسطه‌ی : Tranzitional Zone انجام یافته است که درطرف چپ و پائین شکم است .

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11 ]