

## بررسی ضرورت اکسپلوراسیون دوطرفه در کودکان با فتق مغبنی یک طرفه

دکتر سعید طرلان\*      دکتر بهرام خیاطی\*\*

### Evaluation of the necessity of bilateral inguinal exploration in unilateral inguinal hernia among preschool age group

S.Tarlan\*      B.Khayati

#### \*Abstract

**Background:** Uncertainty exists regarding the surgical approach to the contralateral side in children who have unilateral inguinal hernia.

**Objective:** To evaluate the necessity of bilateral inguinal exploration in unilateral inguinal hernia among preschool age group.

**Methods:** In present study 84 children (78 boys & 6 girls) were investigated during 6 months in 2005. Routinely, all preschool age children were subjected to contralateral exploration when a unilateral hernia was present. All operations were carried out by a qualified pediatric surgeon. Preoperative and postoperative diagnoses, along with descriptive surgical findings were tabulated and analyzed using  $X^2$  test.

**Finding:** Thirty eight children (42.5%) had bilateral inguinal hernia. It was noted that children with left inguinal hernia were more likely to have a positive result (63.3% vs. 35.2%).

**Conclusion:** Based on data found in our study, a bilateral exploration is necessary when a unilateral inguinal hernia is present.

**Keywords:** Hernia Inguinal, Processus Vaginalis, Exploration, Pediatrics, Surgery

#### \* چکیده

**زمینه:** در مورد اکسپلوراسیون دو طرفه در کودکان مبتلا به فتق مغبنی یک طرفه همواره اختلاف نظر وجود دارد.

**هدف:** مطالعه به منظور تعیین ضرورت اکسپلوراسیون دوطرفه در کودکان مبتلا به فتق مغبنی یک طرفه در سن قبل از مدرسه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه ۸۴ کودک طی ۶ ماه (آذر ۱۳۸۳ تا خرداد ۱۳۸۴) بررسی شدند. تمام کودکان مبتلا به فتق مغبنی یک طرفه توسط یک جراح کودکان در بیمارستان قدس قزوین اکسپلوراسیون دو طرفه شدند. داده‌ها با آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** از ۸۴ کودک مورد مطالعه، ۷۸ نفر پسر و ۶ نفر دختر بودند. ۳۸ کودک (۴۵/۲٪) فتق مغبنی دوطرفه داشتند. در افراد با تشخیص اولیه فتق مغبنی چپ احتمال دوطرفه بودن فتق بیش‌تر بود (۶۳/۳٪ در مقابل ۳۵/۳٪) که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد در افراد با فتق مغبنی یک طرفه در سن زیر مدرسه اکسپلوراسیون دوطرفه ضرورت داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** فتق اینگوینال، پروسسوس واژینالیس، اکسپلوراسیون، کودکان، جراحی

\* استادیار جراحی کودکان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

\*\* متخصص جراحی عمومی

آدرس مکاتبه: قزوین، کمربندی شهید بهشتی، بیمارستان قدس، تلفن ۰۱۰-۳۳۳۴۸۰۷

✉Email: drsaeidtarlan@yahoo.com

**\* مقدمه :**

یک‌طرفه در بیمارستان قدس قزوین بستری شدند، انجام شد.

تمام اعمال جراحی و بررسی آناتومی از نظر بازبودن پروسسوس واژینالیس توسط جراح کودکان شاغل در همین مرکز انجام شد.

به طور معمول تمام کودکان زیر ۶ سال که با فتق مغبنی یک‌طرفه مراجعه کرده بودند به طور دوطرفه جراحی شدند و سپس تشخیص قبل و بعد از عمل همراه شرح عمل ثبت و با آزمون مجذورکای تجزیه و تحلیل شد.

**\* یافته‌ها :**

از ۸۴ کودک مورد مطالعه، ۷۸ نفر پسر و ۶ نفر دختر بودند. ۳۸ کودک (۴۵/۳ درصد) فتق مغبنی دوطرفه داشتند (جدول شماره ۱).

شیوع فتق مغبنی دوطرفه در افرادی که با تشخیص اولیه فتق مغبنی چپ جراحی شدند، بیش‌تر از افرادی بود که با تشخیص فتق مغبنی راست مراجعه کرده بودند. (۶۳/۳ درصد در مقابل ۳۵/۳ درصد) که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0.05$ ). در ضمن فراوانی فتق مغبنی دوطرفه در سن زیر یک‌سال (۵۳ درصد) نسبت به سایر گروه‌های سنی بیش‌تر بود.

**جدول ۱- توزیع فراوانی وضعیت فتق دو طرفه در بین بیماران مراجعه کننده با تشخیص اولیه فتق یک‌طرفه**

بعد از عمل	چپ تعداد (درصد)	راست تعداد (درصد)	دو طرفه تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
چپ	۱۱ (۳۶/۷)	۰	۱۹ (۶۳/۳)	۳۰ (۳۵/۷)
راست	۰	۳۵ (۶۴/۸)	۱۹ (۳۵/۲)	۵۴ (۶۴/۳)
جمع	۱۱ (۱۳/۱)	۳۵ (۴۱/۶)	۳۸ (۴۵/۳)	۸۴ (۱۰۰)

$p < 0.05$

فتق مغبنی شایع‌ترین بیماری جراحی است که روزانه در سراسر جهان تشخیص داده و ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد فتق‌ها را شامل می‌شود.<sup>(۱)</sup> این بیماری شایع‌ترین بیماری جراحی در سن قبل از مدرسه است که در ۶۰ درصد موارد در طرف راست، ۳۰ درصد در طرف چپ و ۱۰ درصد به طور دوطرفه دیده می‌شود.<sup>(۲)</sup> فتق مغبنی غیرمستقیم بیش‌تر دیده می‌شود و در افراد مذکر شایع‌تر از افراد مؤنث است (نسبت ۱۰ به ۱). اهمیت فتق مغبنی به دلیل احتمال مختنق شدن آن و ایجاد عوارض جدی مثل گانگرن روده است و بعد از تشخیص باید در اولین فرصت جراحی شود.<sup>(۳)</sup>

تنها راه درمان فتق مغبنی جراحی است که به صورت بستن (high Ligation) ساک فتق در سطح حلقه عمقی اینگوینال انجام می‌شود.<sup>(۴)</sup> این عمل جراحی در مقایسه با بزرگسالان ساده‌تر و با عوارض و احتمال عود کمتری همراه است.<sup>(۵)</sup>

بازبودن پروسسوس واژینالیس (Patent Processus Vaginalis) به عنوان پتانسیل فتق مغبنی در نظر گرفته می‌شود و چون در افراد مراجعه‌کننده که با فتق مغبنی یک طرفه احتمال بازبودن پروسسوس واژینالیس زیاد است، برای از بین بردن این احتمال عده زیادی این بیماران را به طور دوطرفه جراحی می‌کنند.<sup>(۶)</sup> در آمارهای قبلی در اطفال زیر ۲ سال، ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد فتق مغبنی دوطرفه ذکر شده است.<sup>(۲)</sup>

لذا برای تعیین روش بهتر در برخورد با بیماران مراجعه‌کننده با فتق مغبنی یک طرفه، این مطالعه با هدف تعیین ضرورت اکسپلوراسیون دوطرفه در مبتلایان به فتق مغبنی یک‌طرفه در کودکان زیر سن مدرسه انجام شد.

**\* مواد و روش‌ها :**

این مطالعه بر روی ۸۴ کودک سن زیر مدرسه که از آذر ۱۳۸۳ تا آخر اردیبهشت ۱۳۸۴ با فتق مغبنی

**\* بحث و نتیجه‌گیری :**

این مطالعه نشان داد که ۴۵/۲ درصد از کودکانی که در ظاهر فتق مغبنی یک‌طرفه داشتند، در اکسپلوراسیون انجام شده دارای فتق مغبنی طرف مقابل نیز بودند و این میزان در فتق مغبنی طرف چپ بیش‌تر بود.

در مطالعه‌های گذشته‌نگر شیوع فتق دوطرفه در سن زیر یک سال ۷۵ درصد و در کل کودکان سن زیر مدرسه ۵۸ درصد گزارش شده است.<sup>(۸)</sup> در یک مطالعه ۱۲۶ کودک دچار فتق یک‌طرفه به مدت چند سال پی‌گیری شدند که ۱۰/۳ درصد کودکان فتق دوطرفه داشتند. در این مطالعه در ۱۰ درصد افراد عوارضی مانند آسیب به بیضه و malposition دیده شد که در نتیجه اکسپلوراسیون دوطرفه را بی‌مورد اعلام کردند. گیون و رابین نیز در پی‌گیری ۸۵۰ کودک با فتق یک‌طرفه به مدت ۲ سال، نتایج مشابهی گزارش کردند.<sup>(۸)</sup> نتایج حاصله از مطالعه‌های فوق در مورد اول به علت محدودیت افراد و در مورد دوم به علت کوتاه بودن مدت پی‌گیری می‌تواند مورد تردید باشد.

تجارب بالینی نشان داده است که اکسپلوراسیون طرف مقابل را می‌توان به طور متوسط در زمانی حدود ۱۰ دقیقه بدون هیچ‌گونه عوارض بی‌هوشی و جراحی (آسیب به بیضه و عروق آن یا malposition بیضه) انجام داد، به شرط این که توسط افراد مجرب انجام شود. لذا گمان مخالفین اکسپلوراسیون طرف مقابل و نگرانی از آسیب‌های احتمالی آن منتفی است.

در این مطالعه اگرچه تعداد بیماران دختر زیاد نبود، ولی به نظر می‌رسد شیوع بازبودن پروسسوس واژینالیس طرف مقابل در مقایسه با پسران تفاوتی نداشته باشد و تنها سن زیر یک سال و مراجعه کودک با فتق یا هیدروسل طرف چپ احتمال مثبت شدن طرف مقابل را بیش‌تر می‌کند.

با توجه به راهکارهای جدید مثل پنوموپریتونئوم یا لاپاروسکوپی به نظر می‌رسد آسان‌ترین، سریع‌ترین و ایمن‌ترین راه تأیید بازبودن پروسسوس واژینالیس طرف مقابل و احتمال ایجاد فتق، اکسپلوراسیون طرف مقابل باشد.

اکسپلوراسیون جراحی طرف مقابل اگر در موارد لازم و به دست افراد مجرب انجام شود، بدون عارضه‌ای، مؤثر و مقرون به صرفه است.

**\* مراجع :**

1. Miltenburg DM, Nuchtern JG, Jaksic T et al. Meta analysis of the risk of metachrounus hernia in infants and children. Am J Surg 1997; 174: 741-4
2. Cox JA: Inguinal hernia of childhood. Surg Clin North Am 1985; 65: 1331-42
3. Chertin B, DeCaluwe D et al. Is contralateral exploration necessary in girls with unilateral inguinal hernia?. J Pediatr Surg. 2003; 38: 756
4. Mac Fadyen Bv, Mathis. Inguinal herniorrhapy, complications and recurrence. Semin Lparoscopic Surg 1994; 1: 128
5. Nora Paul F. Operative surgery. 3<sup>rd</sup> ed, Philadelphia, W B Saunders Co, 1990; 1033-36
6. Rowe MI, Copelson LW, Clotworthy HW. The patent processus vaginalis and inguinal hernia. J Pediatr surg 1969; 4: 102-7
7. Brereton RJ. Hernia repair in children. Lancet 1980; 1: 156
8. Juda Z, Jona Milwakee, Wiskonsin. The incidence of positive contralateral inguinal exploration among preschool children. J Pediatr Surg 1996; 31(5): 656-60