

Research Paper

Surgical Results of Ulcerative Colitis-in Mofid Children Hospital, Tehran City, Iran



*Leily Mohajerzadeh¹ Ahmad khaleghnejad Tabari¹ Amirreza Moshari¹ Mehdi Sarafi¹ Amirhossein Hosseini¹

1. Pediatric Surgery Research Center, Research Institute for Children Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Mohajerzadeh L, khaleghnejad Tabari A, Moshari A, Sarafi, M, Hosseini A. Surgical Results of ULCERATIVE COLITIS in Mofid Children Hospital. Jundishapur Journal of Medical Sciences. 2022; 20(SpecialIssue):628-639. <https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.2165>

<https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.2165>



Received: 01 Aug 2020

Accepted: 09 Oct 2020

Available Online: 01 Feb 2022

ABSTRACT

Background and Objectives In many patients with ulcerative colitis, control of the disease is possible through pharmacological therapies, but in some cases, surgery is indicated. So far, no comprehensive study has been published in Iran on the consequences of surgery in children with ulcerative colitis. The present study was conducted to explore this topic.

Subjects and Methods In a 10-year period, we investigated all children with ulcerative colitis who were admitted to Mofid Children Hospital, Tehran City, Iran, with the indication for surgery. We evaluated the children's information on demographic characteristics, surgical indications, duration of medical treatment, type of surgical procedure, and complications of surgery.

Results A total of 21 patients underwent surgery during these years. The mean age of the patients was 11.12 ± 5.65 (Mean \pm SD) years. About 42.9% were male. In terms of surgical indications, we observed anemia in 100% of the patients, intestinal bleeding in 33.3%, failure to thrive (FTT) in 14.3%, recurrent defecation in 9.5%, and severe colic abdominal pain in 14.3%. In terms of early surgical complications, intestinal perforation was seen in 4.8% of the patients, peritonitis in 4.8%, wound infection in 23.8%, pelvic abscesses in 14.3%, deep vein thrombosis in 4.8%, intestinal obstruction in 9.5%, pouchitis in 9.5% and anal fissure in 4.8%. Also, 23.8% of patients underwent redo laparotomy to improve surgical complications. The mean follow-up period of patients in terms of surgical outcomes was 6.79 ± 4.24 (\pm SD) years. During this period, improvement in gastrointestinal function was reported in 100% of patients. Long-term surgery complications included delayed fistulas in 23.8%-of cases and fecal incontinence in 4.8% of cases. The free survival rates 5 and 10 years after surgery were estimated to be 92.3% and 56.4%, respectively.

Conclusion Surgical treatment in children with ulcerative colitis, who are candidates for surgery, accompanies by favorable outcomes and correctable short- and long-term complications.

Keywords:

Inflammatory bowel disease, Children, Ulcerative colitis

*** Corresponding Author:**

Leily Mohajerzadeh, PhD.

Address: Pediatric Surgery Research Center, Research Institute for Children Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 8142394

E-Mail: mohajerzadehl@yahoo.com

مقاله پژوهشی

نتایج جراحی کولیت اولسرو در کودکان بستری در بیمارستان مفید

* لیلی مهاجرزاده^۱، احمد خالق نژاد^۲، امیررضا مشاری^۱، مهدی صرافی^۱، امیر حسین حسینی^۱

۱. مرکز تحقیقات جراحی کودکان، پژوهشکده سلامت کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در بسیاری از بیماران مبتلا به کولیت اولسرو، کنترل بیماری از طریق روش‌های طبی امکان‌پذیر است، اما در برخی موارد درمان از طریق جراحی اندیکاسیون انجام می‌شود. تاکنون، مطالعه‌ای جامع در مورد پیامدهای ناشی از جراحی در کودکان مبتلا به کولیت اولسرو در ایران منتشر نشده است و مطالعه حاضر با این هدف انجام شده است.

روش بررسی: کلیه کودکان مبتلا به بیماری کولیت اولسرو با اندیکاسیون جراحی بستری در بیمارستان مفید طی ده سال وارد مطالعه شدند. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اندیکاسیون‌های جراحی، طول مدت درمان طبی، نوع پروسیجر جراحی و عوارض ناشی از جراحی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۲۱ بیمار که طی این سال‌ها تحت جراحی قرار گرفتند وارد مطالعه شدند. میانگین سنی بیماران برابر با $11/12 \pm 5/5$ سال بود. ۴۲/۹ درصد مذکر بودند. از نظر اندیکاسیون‌های جراحی، آمی در ۱۰۰ درصد خونریزی روده‌ای $32/3$ درصد، اختلال رشد کودکان در $14/3$ درصد، دفع مکرر در $9/5$ درصد و دردهای شدید کولیکی شکم $14/3$ درصد تعیین شد. از نظر عوارض زودرس جراحی، پرفوراسیون روده در $4/8$ درصد، پریتونیت در $4/8$ درصد، عفونت زخم $22/8$ درصد، آسپه‌های لگنی $14/3$ درصد، ترومبوز ورید عمقی $4/8$ درصد، انسداد روده $9/5$ درصد، پانکراتیت $9/5$ درصد و فیشر آنال $4/8$ درصد گزارش شد. موارد نیاز به لاپاروتومی مجدد برای بهبود عوارض جراحی اولیه $22/8$ درصد ثبت شد. میانگین مدت پیگیری بیماران از لحاظ پیامدهای جراحی برابر با $6/79 \pm 4/24$ سال بود. طی این مدت، بهبودی وضعیت عملکردی گوارشی در 100 درصد بیماران گزارش شد. عوارض بلند مدت جراحی، $22/8$ درصد با عارضه تأخیری فیستول مواجه شدند. بی‌اختیاری مدفوعی، $4/8$ درصد گزارش شد. بقای عاری از عوارض بلند مدت جراحی طی ۵ و ۱۰ سال بعد از جراحی به ترتیب برابر با $92/3$ و $56/4$ درصد برآورد شد.

نتیجه‌گیری: درمان جراحی در کودکان مبتلا به کولیت اولسرو کاندید جراحی با پیامد مطلوب و عوارض کوتاه و بلند مدت قابل اصلاح همراه است.

تاریخ دریافت: ۱۱ مرداد ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۱۸ مهر ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۲ بهمن ۱۴۰۰

کلیدواژه‌ها:

بیماری التهابی روده کودکان، کولیت اولسرو

مقدمه

قابل ظهور است. بروز بیماری در کودکان حدود ۵ در صد هزار مورد در سال تخمین زده می‌شود که در دو سوم موارد، می‌توان ظهور بیماری کرون در کودکان را مشاهده کرد. میانگین سنی بروز بیماری در کودکان ۱۲ سال و تنها ۵ درصد موارد در زیر پنج سال قابل مشاهده است [۱].

در مورد درمان بیماری کولیت اولسراتیو، عمدتاً سعی در کنترل بیماری و رفع علائم آن از طریق استفاده از روش‌های دارویی و طبی است، اما در برخی موارد نیز از قبیل تشدید درد، بررسی علل خونریزی رکتال و درد آنال نیز ارجاع بیمار به سانتر جراحی ضروری می‌شود. با این حال، در نظر داشتن عوارض و پیامدهای نامطلوب جراحی به‌ویژه در گروه سنی کودکان باید مدنظر باشد، زیرا چنین عوارضی در دوران کودکی می‌تواند بر کیفیت زندگی

بیماری التهابی روده^۱ شامل دو بیماری مجزا و در عین حال مرتبط با زمینه اختلالات التهابی مزمن و عودکننده در سیستم گوارش شامل بیماری کرون^۲ و کولیت اولسراتیو^۳ است. بیماری کرون با التهابات ترانس مورال پچی شکل با درگیری روده باریک و همچنین روده بزرگ با تظاهرات بالینی متفاوت و متنوع شناسایی می‌شود. کولیت اولسراتیو به‌طور کلاسیک با التهاب موکوزال رکتوسیگموئید ظاهر می‌شود. در حدود یک چهارم موارد، بیماری التهابی روده در دوران کودکی و سنین نوجوانی

1. Inflammatory bowel disease (IBD)
2. Crohn's Disease (CD)
3. Ulcerative Colitis (UC)

* نویسنده مسئول:

دکتر لیلی مهاجرزاده

نشانی: مرکز تحقیقات جراحی کودکان، پژوهشکده سلامت کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تلفن: ۸۱۴۲۳۹۴ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: mohajerzadehl@yahoo.com

پروسیجر جراحی، عوارض ناشی از جراحی و روش‌های بهبود و کنترل این عوارض و همچنین پیامدهای یک‌ساله درمان جراحی در این بیماران از پرونده‌ها استخراج و مورد ارزیابی نهایی قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

نتایج حاصله برای متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف استاندارد و برای متغیرهای کیفی طبقه‌ای به صورت درصد بیان شد. برای مقایسه متغیرهای کمی از تی‌تست و برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای‌دو استفاده شد. برای ارزیابی بقای عاری از عوارض جراحی و میزان موفقیت جراحی از رسم و تحلیل نمودار بقا (کاپلان-مایر)^۶ استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نسخه ۱۷ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های زمینه‌ای بیماران

طی ده سال مطالعه، ۲۱ مورد تحت جراحی قرار گرفتند. تحلیل آماری داده‌ها براساس ۲۱ بیمار تحت جراحی متمرکز شد. میانگین سنی بیماران برابر $11/12 \pm 5/65$ سال در محدوده ۳ تا ۲۰ سال بود. از لحاظ توزیع جنسی، ۹ مورد (۴۲/۹ درصد) مذکر و ۱۲ مورد (۵۷/۱ درصد) مؤنث بودند. میانگین زمان تحت درمان با روش‌های دارویی برابر با $4/45 \pm 1/80$ سال ارزیابی شد. از نظر اندیکاسیون‌های انجام جراحی، آمی در ۲۱ مورد (۱۰۰ درصد)، خونریزی روده‌ای در ۷ مورد (۳۳/۳ درصد)، اختلال رشد کودکان^۷ در ۳ مورد (۱۴/۳ درصد)، دفع‌های مکرر در ۲ مورد (۹/۵ درصد) و دردهای شدید کولیکی شکم نیز در ۳ مورد (۱۴/۳ درصد) تعیین شد. در کل، ۲ بیمار (۹/۵ درصد) سابقه پیوند کبد را ذکر کرده بودند و ۱۹ مورد (۹۰/۵ درصد) تحت جراحی استاندارد توتال کولو پروکتکتومی همراه با آناستوموز اندورکتال جی پیج ایلئوآنال همراه با لوپ ایلئوستومی^۸ قرار گرفته بودند که ایلئوستومی ۲ سال بعد از جراحی بسته شده بود. در ۲ بیمار باقیمانده (۹/۵ درصد)، پروسیجر به توتال کولکتومی، هارتمان^۹ و ایلئوستومی انتهائی محدود شد. از لحاظ عوارض زودرس جراحی، پرفوراسیون روده در ۱ مورد (۴/۸ درصد)، پریتونیت در ۱ مورد (۴/۸ درصد)، عفونت زخم در ۵ مورد (۲۳/۸ درصد)، آبسه‌های لگنی در ۳ مورد (۱۴/۳ درصد)، ترومبوز ورید عمقی در ۱ مورد (۴/۸ درصد)، انسداد روده در ۲ مورد (۹/۵ درصد)، پانچیت در ۲ مورد (۹/۵ درصد) و فیشر آنال در ۱ مورد (۴/۸ درصد) گزارش

آنان و همچنین جنبه‌های روان‌شناختی آنان تأثیر بسزائی داشته باشد. با وجود اینکه در بسیاری از بیماران به‌ویژه کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو، کنترل بیماری از طریق روش‌های طبی امکان‌پذیر است و با پیامد درمانی قابل قبولی نیز همراه است، اما در برخی موارد به‌ویژه در زمینه بروز آمی، خونریزی‌های گوارشی و یا تظاهرات شدید غیر قابل کنترل نیاز به جراحی اندیکاسیون دارد. تکنیک‌های گوناگونی از قبیل توتال کولو پروکتکتومی^۴ همراه با آناستوموز اندورکتال جی پیج ایلئوآنال همراه با لوپ ایلئوستومی^۵ به‌طور متداول مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲]. تاکنون، مطالعه‌ای جامع در مورد پیامدهای ناشی از جراحی در کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو در ایران منتشر نشده است و مطالعه حاضر با همین هدف انجام شده است. تمامی موارد فوق و همچنین فقدان مطالعات کافی بومی در این مورد، لزوم وجود یک مطالعه در مورد بررسی اندیکاسیون‌ها، نتایج اعمال جراحی و مورالتی‌ها و عوارض ناشی از آن را در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو در گروه سنی اطفال تأیید می‌کند.

هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی نتایج و پیامدهای جراحی در کودکان مبتلا به بیماری التهابی روده می‌باشد تا با ارزیابی پیامدهای یک‌ساله جراحی در این بیماران در مورد تعیین اندیکاسیون‌های الزامی جراحی و مدیریت کنترل عوارض جراحی، مدیریت صحیح مدنظر قرار گیرد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی گذشته‌نگر بود.

جامعه مورد مطالعه

کلیه کودکان مبتلا به بیماری کولیت اولسراتیو با اندیکاسیون جراحی بستری در بیمارستان مفید تهران طی ده سال گذشته که اطلاعات آن‌ها در پرونده بایگانی بیمارستان موجود و کامل بود.

معیارهای خروج از مطالعه

بیماران با داده‌های ناکامل در پرونده به‌ویژه عدم وجود اطلاعات مربوط به پیگیری یک‌ساله در مورد پیامدهای جراحی وارد مطالعه نشدند.

روش اجرا

بعد از طراحی فهرست مطالعه، مروری کامل بر پرونده کودکان مبتلا به بیماری کولیت اولسراتیو با اندیکاسیون جراحی بستری در بیمارستان مفید تهران طی ده سال گذشته انجام و اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (جنس و سن)، اندیکاسیون‌های جراحی، طول مدت درمان طبی و دارویی، نوع

6. Kaplan-Meier

7. Failure to Thrive (FTT)

8. Loop ileostomy

9. Hartman

4. Total proctocolectomy

5. Loop ileostomy

جدول ۱. ویژگی‌های اولیه بیماران کولیت اولسراتیو

تعداد (درصد) / میانگین \pm انحراف معیار	ویژگی‌های بیماران
۱۱/۱۲ \pm ۵/۶۵	سن (سال)
۹(۴۲/۹)	مذکر
۱۲(۵۷/۱)	مؤنث
۴/۴۵ \pm ۱/۸۰	میانگین زمان تحت درمان دارویی (سال)
۲۱(۱۰۰)	آئمی
۷(۳۳/۳)	خونریزی روده‌ای
۳(۱۴/۳)	اختلال رشد کودکان
۲(۹/۵)	مدفوع‌های مکرر
۳(۱۴/۳)	دردهای شدید کولیکی شکم
۲(۹/۵)	سابقه پیوند کبد
۱۹(۹۰/۵)	پروکتوکولکتومی، جی پاچ ایلئوآنال، ایلئوستومی
۲(۹/۵)	کولکتومی، هارتمان، ایلئوستومی

جندی شاپور

پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت جراحی در طول پیگیری

میانگین مدت پیگیری بیماران از لحاظ پیامدهای جراحی برابر با $۶/۷۹ \pm ۴/۲۴$ سال در محدوده ۲ تا ۱۵ سال بود. طی این مدت، بهبودی وضعیت عملکردی گوارشی در ۱۰۰ درصد بیماران گزارش شده بود. با این حال، از نظر عوارض بلندمدت جراحی، ۵ مورد (۲۳/۸ درصد) با عارضه تأخیری فیستول مواجه شده بودند. همچنین، بی‌اختیاری مدفوع نیز در ۱ مورد (۴/۸ درصد) گزارش شده بود.

شد. بر این اساس، ریت عوارض زودرس بعد از جراحی در کل برابر با ۱۰ مورد (۴۷/۶ درصد) بود. موارد نیاز به لاپاروتومی مجدد برای بهبود عوارض جراحی اولیه نیز در ۵ مورد (۲۳/۸ درصد) ثبت شده بود. **جدول شماره ۱**، کلیه ویژگی‌های اولیه بیماران و توزیع فراوانی اندیکاسیون‌های جراحی در کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو را نشان می‌دهد.

جدول ۲. عوارض زودرس و دیررس جراحی کولیت اولسراتیو

تعداد (درصد)	عوارض	نوع عوارض
۱(۴/۸)	پرفوراسیون روده	عوارض زودرس
۱(۴/۸)	پریتونیت	
۵(۲۳/۸)	عفونت زخم	
۳(۱۴/۳)	آبسه‌های لگنی	
۱(۴/۸)	ترومبوز ورید عمقی	
۲(۹/۵)	انسداد روده	
۲(۹/۰)	پاوپیت	
۱(۴/۸)	فیشر آنال	عوارض دیررس
۵(۲۳/۸)	فیستول	
۱(۴/۸)	بی‌اختیاری مدفوع	

جندی شاپور

جدول ۳. فاکتورهای مرتبط با عوارض بلندمدت جراحی کولیت اولسراتیو

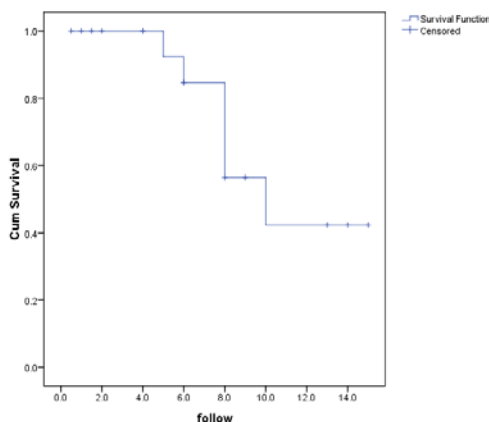
P	تعداد (درصد) / میانگین \pm انحراف معیار		فاکتور
	بدون عوارض	با عوارض	
۳۳۹/۰	۱۱/۹۰ \pm ۵/۹۵	۹/۱۶ \pm ۴/۶۶	میانگین سنی
۶۷۶/۰	۶(۴۰/۰)	۳(۵۰/۰)	مذکر
	۹(۶۰/۰)	۳(۵۰/۰)	مؤنث
۰/۰۵۰	۴/۹۳ \pm ۱/۶۳	۳/۲۵ \pm ۱/۷۵	میانگین زمان تحت درمان دارویی
۱/۰۰۰	۱۵(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	انمی
۰/۰۴۰	۳(۲۰/۰)	۴(۶۶/۷)	خونریزی روده‌ای
۰/۱۱۵	۱(۶/۷)	۲(۳۳/۳)	اختلال رشد کودکان
۰/۹۹۹	۲(۱۳/۳)	۰(۰/۰)	مدفوع‌های مکرر
۰/۵۲۶	۳(۲۰/۰)	۰(۰/۰)	دردهای شدید کولیکی شکم
۰/۹۹۹	۲(۱۳/۳)	۰(۰/۰)	سابقه پیوند کبد
۰/۹۹۹	۱۳(۸۶/۷)	۶(۱۰۰)	پروکتوکولکتومی، جی بیچ ایلئوآنال، ایلئوستومی
	۲(۱۳/۳)	۰(۰/۰)	کولکتومی، هارتمان، ایلئوستومی

مجله علمی پزشکی

جندی شاپور

فاکتورهای پیش‌بینی‌کننده عوارض تأخیری جراحی

در بیماران با و بدون عوارض بلندمدت جراحی، میانگین سنی بیماران به ترتیب برابر با $9/16 \pm 4/66$ سال و $11/90 \pm 5/95$ سال بود که تفاوت معناداری نشان نداد (ارزش P برابر با $0/339$). از نظر توزیع جنسی در دو گروه با و بدون عوارض بلندمدت جراحی به ترتیب ۳ مورد (۵۰/۰ درصد) و ۶ مورد (۴۰/۰ درصد) مذکر و ۳ مورد (۵۰/۰ درصد) و ۹ مورد (۶۰/۰ درصد) مؤنث بودند که

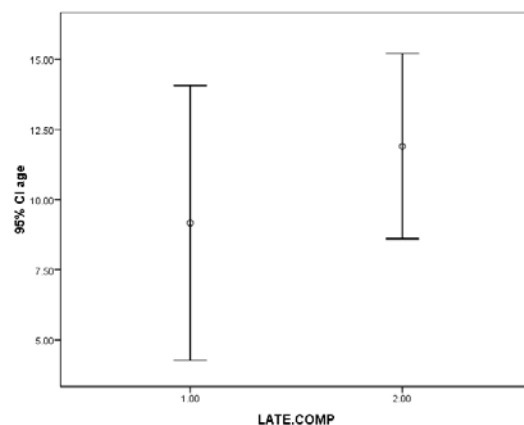


مجله علمی پزشکی

جندی شاپور

تصویر ۴. نمودار بقای عاری از عوارض بلندمدت جراحی در کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو

همچنین، ریت وقوع عوارض تأخیری طی دوره پیگیری بیماران نیز برابر با ۶ مورد (۲۸/۶ درصد) برآورد شد. بر این اساس، بقای عاری از عوارض بلندمدت جراحی طی ۵ و ۱۰ سال بعد از جراحی به ترتیب برابر با $92/3$ و $56/4$ درصد برآورد شد. جدول شماره ۲، عوارض زودرس و دیررس بعد از جراحی در کودکان مبتلا به بیماری التهابی روده را مشخص کرده است.



مجله علمی پزشکی

جندی شاپور

تصویر ۱. میانگین سنی در کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو با و بدون عوارض دیررس جراحی

است [۶]. بعضی از گزارش‌ها نشان می‌دهد بروز سالانه بیماری کرون همچنان در حال افزایش است و میزان آن در حال پیشی گرفتن از میزان بروز سالانه کولیت اولسراتیو است [۷]. مراقبت از بیمار در کولیت اولسراتیو با وجود مجموعه‌ای از گزینه‌های درمانی ایجاد شده و درمان‌های جدید، همچنان چالش برانگیز است. مدیریت درمانی کولیت اولسراتیو باید با میزان آندوسکوپی التهاب، شدت بیماری و عوامل پیش‌آگهی نتیجه ضعیف هدایت شود. بهبودی کامل به‌عنوان بهبودی علامت‌دار و آندوسکوپی با دوام بدون درمان با کورتون هدف درمانی مورد نظر است [۸، ۹]. حدود ۲ درصد از بیماران مبتلا به مبتلا به بیماری التهابی قبل از سن ۱۰ سالگی وجود دارد، اما ۳۰ درصد بین سن ۱۰ و ۱۹ سالگی به وجود می‌آید [۱۰].

بیماری کرون در کودکان کمتر از بزرگسالان رخ می‌دهد. به‌طور طبیعی، زمان بیماری در کودکان محدودتر از بزرگسالان است و بیشتر مواجهه جراحی برای بیماری کرون کودک رزکسیون خواهد بود [۱۱-۱۶]. در این بین اعمال جراحی لاپاروسکوپی^{۱۱} جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است. از آنجایی که اغلب بیماران کرون در طول زندگی بیشتر از یک بار نیازمند عمل‌های رزکشن می‌شوند، انجام جراحی‌های لاپاروسکوپی احتمال بروز چسبندگی‌های پس از جراحی را کاهش می‌دهد [۱۷]. کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو حدود ۲۲ درصد از همه کودکان مبتلا به مبتلا به بیماری التهابی را تشکیل می‌دهند [۱۳]. بهینه‌سازی درمان دارویی و جراحی در این جمعیت بسیار مهم است، زیرا کودکان با کولیت اولسراتیو ممکن است بیش از ۷۰ سال با بیماری خود زندگی کنند. پیشرفت‌های قابل توجهی در درمان دارویی کولیت اولسراتیو صورت گرفته است. حدود ۲۴ درصد از کودکان به پروکتوکولکتومی ترمیمی در کودکی برای کنترل بیماری به‌صورت قطعی نیاز دارند [۱۸].

درمان جراحی برای کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو به‌طور معمول شامل برداشتن کولون و رکتوم همراه با ایجاد یک پاوچ ایلیئال متصل شونده به آنوس است (آناستوموز ایلیئوآنال)^{۱۲} [۱۹]. روش‌های جراحی تک مرحله‌ای گزارش شده است [۲۰، ۲۱]. اما روش‌های ۲ و ۳ مرحله‌ای جراحی اغلب به علت نگرانی در مورد ترمیم ناکامل پاوچ ناشی از درمان ایمونوساپرسیوها بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمان جراحی علاوه بر مدیریت و بهبود علائم بیماری، ابتلا به بدخیمی را نیز کاهش می‌دهد. همچنین به بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت فرد کمک فراوانی می‌کند [۲۲].

درمان جراحی بیماری التهابی روده با توجه به عوارض عفونی و التهابی مانند فیستول و آسه است و چسبندگی‌های ناشی از جراحی‌های باز گذشته اقدام پُرچالشی است. بیماران مبتلا به بیماری کرون و کولیت اولسراتیو همچنین بار بیماری مزمن خود را با کم خون، سوء تغذیه و سرکوب ایمنی که

باز تفاوت مربوطه معنادار نبود (ارزش P برابر با ۰/۶۷۶). میانگین سال‌های درمان دارویی در دو گروه با و بدون عوارض بلندمدت جراحی به ترتیب برابر با ۳/۲۵±۱/۷۵ سال و ۴/۹۳±۱/۶۳ سال بود که بیانگر کوتاه‌تر بودن دوره درمان طبی در بیماران با عوارض ناشی از جراحی بود (ارزش P برابر با ۰/۰۵۰). از نظر اندیکاسیون‌های جراحی به ترتیب فراوانی آنمی در دو گروه برابر با ۶ مورد (۱۰۰ درصد) و ۱۵ مورد (۱۰۰ درصد)، فراوانی خونریزی برابر با ۴ مورد (۶۶/۷ درصد) و ۳ مورد (۲۰/۰ درصد) (ارزش P برابر با ۰/۰۴۰)، فراوانی اختلال رشد کودکان برابر با ۲ مورد (۳۳/۳ درصد) و ۱ مورد (۶/۷ درصد) (ارزش P برابر با ۰/۱۱۵)، فراوانی مدفوع مکرر برابر با ۰ مورد (۰/۰ درصد) و ۲ مورد (۱۳/۳ درصد) (ارزش P برابر با ۰/۹۹۹) و فراوانی دردهای کولیکی شدید نیز برابر با ۰ مورد (۰/۰ درصد) و ۳ مورد (۲۰/۰ درصد) (ارزش P برابر با ۰/۵۲۶) بود که تنها بیانگر شیوع بیشتر سابقه خونریزی در بیماران با عوارض جراحی بود. سابقه قبلی پیوند کبد در دو گروه به ترتیب در ۰ مورد (۰/۰ درصد) و ۲ مورد (۱۳/۳ درصد) گزارش شد که تفاوتی بین دو گروه نداشت (ارزش P برابر با ۰/۹۹۹). بنابراین از بین ویژگی‌های اولیه، عدم سابقه درمان دارویی اولیه و وجود خونریزی به‌عنوان اندیکاسیون انجام جراحی دو عامل پیش‌بینی‌کننده عوارض بلندمدت جراحی بودند. **جدول شماره ۳**، فاکتورهای مرتبط با عوارض بلندمدت جراحی را نشان داده است. در **تصویر شماره ۱**، میانگین سنی در کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو با و بدون عوارض دیررس جراحی ترسیم شده است. در **تصویر شماره ۲**، نمودار بقای عاری از عوارض بلندمدت جراحی در کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو مشخص شده است.

بحث

مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد بروز التهاب بیماری روده در حال افزایش است. شیوع واقعی التهاب بیماری روده در کودکان در سراسر جهان ناشناخته است [۳]. میزان بروز سالانه از ۸/۵-۰/۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ عدد در بیماری کرون و ۴/۳-۰/۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ عدد در کولیت اولسراتیو گزارش شده است [۴، ۵]. کولیت اولسراتیو یک بیماری التهابی مزمن روده است که با اتیولوژی ناشناخته‌ای بر روده بزرگ و راست روده تأثیر می‌گذارد. چندین فاکتور مانند زمینه ژنتیکی، عوامل محیطی و مجاری و عدم تنظیم سیستم ایمنی مخاط برای کمک به پاتوژنز UC پیشنهاد شده است. کولیت اولسراتیو با توجه به بروز زیاد آن در کشورهای پیشرفته و افزایش قابل توجه بروز در کشورهای در حال توسعه به یک بار جهانی تبدیل شده است. درک بهتر از مکانیسم‌های اساسی کولیت اولسراتیو منجر به ظهور درمان‌های جدید شده است. از اوایل سال ۲۰۰۰، درمان فاکتور نکروز ضدتومور^{۱۰} به‌طور قابل توجهی نتایج درمان را بهبود بخشیده

11. Laparoscopic

12. Ileoanal Anastomosis

10. Tumor necrosis factor (TNF)

بودند که البته اکثریت موارد با درمان طبی کنترل شدند و دو مورد نیاز به جراحی مجدد داشتند. در مطالعه کلی-کوون در سال ۲۰۱۲ نشان داده شد ۴۹ درصد از کودکان دچار عوارض پس از عمل شده‌اند که ۳۹ درصد عوارض مربوط به عفونت‌های پس از جراحی بوده است [۲۴]. در مطالعه مذکور از نظر عوارض زودرس و بیمارستانی بیماران، شایع‌ترین عارضه شامل عفونت زخم در ۸/۲۳ درصد بیماران و سپس آبسه‌های لگنی در ۳/۱۴ درصد بیماران گزارش شد، اما بروز انسداد روده، پانچیت، پرفوراسیون روده، پریتونیت، ترومبوز ورید عمقی و فیشر آنال کمتر شایع بود. در مطالعه لایتوری و همکاران از ۵ بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفتند، ۳ مورد برای انسداد/تنگی و ۲ مورد برای پرفوراسیون انجام شده بود که البته ۳ بیمار دچار عوارض بعد از عمل شده بودند [۱۶]. در مطالعه ناد و همکاران، بیماران پس از عمل جراحی با کاهش معناداری در میزان تکرر دفع مدفوع مواجه شده بودند [۲۵]، در حالی که در این مطالعه بی‌اختیاری مدفوع تنها در ۱ مورد (۸/۴ درصد) گزارش شده بود. در مطالعه آلسیو پینی و همکاران، اندیکاسیون‌های جراحی عبارت بود از: کولیت هموراژیک، عدم پاسخ‌دهی به درمان دارویی و تنگی/انسداد روده باریک که کنترل کلیه عوارض به‌طور مطلوبی با جراحی میسر شده بود [۲۶]. در مطالعه حاضر از نظر اندیکاسیون‌های انجام جراحی، تقریباً آئمی به‌عنوان مهم‌ترین اندیکاسیون در تمام بیماران مورد ارزیابی گزارش شد، در حالی که سایر اندیکاسیون‌ها شامل خونریزی، اختلال رشد کودکان، دفع‌های مکرر و دردهای کولیکی شدید به ترتیب برابر با ۳/۳۳، ۳/۱۴، ۵/۹، ۳/۱۴ درصد گزارش شد.

دلایل و همکاران مطالعه‌ای مشابه مورد مذکور از نظر کیفیت زندگی بر روی ۱۶ فرد که در سن زیر ۲۰ سال تحت عمل جراحی به علت کولیت اولسرو قرار گرفتند، انجام دادند. در این مطالعه، کودکانی که بیماری آن‌ها در سنین زیر ۱۲ سال تشخیص داده شده بود از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند ($P=0/072$). همچنین بیمارانی که در سنین پایین‌تر تحت عمل کولکتومی قرار گرفتند، کیفیت زندگی بهتری داشتند. همچنین براساس پاسخ‌های بیماران به پرسش‌نامه بیشترین رضایت در افرادی بود که توانایی شرکت در کلاس‌های درسی را پس از عمل جراحی داشتند. همچنین وجود پوچیت ۱۳ به‌عنوان عوارض سال‌های پس از عمل گریبان‌گیر دو نفر از بیماران بوده است [۲۷]. در این مطالعه پوچیت در ۲ مورد (۵/۹ درصد) با عوارض زودرس همراه بود و در درازمدت بهبود یافت.

کاترینا دیکلسکا و همکاران در مطالعه‌ای دیگر به بررسی نتایج کوتاه مدت عمل جراحی آناستوموز انستیتوی (موسسه مدیریت دولتی استرالیا^{۱۴}) بر روی کودکان مبتلا به UC در

معمولاً به‌عنوان عوامل خطر ساز برای افزایش بروز عوارض و موربیدیته‌های جراحی در این جمعیت پر خطر هستند، به‌طور مستمر به همراه دارند [۲۳].

نتایج حاصله از مطالعه ما بدین قرار است: اولاً، ابتلا به بیماری کولیت اولسراتیو در کودکان با اندیکاسیون جراحی در پسرها و دخترها به یک نسبت گزارش شد و میانگین سنی بیماران برابر با $12/11 \pm 6/5$ سال بود. از نظر اندیکاسیون‌های انجام جراحی، تقریباً آئمی به‌عنوان مهم‌ترین اندیکاسیون در تمام بیماران مورد ارزیابی گزارش شد، در حالی که سایر اندیکاسیون‌ها شامل خونریزی، اختلال رشد کودکان، دفع‌های مکرر و دردهای کولیکی شدید به ترتیب در ۳/۳۳، ۳/۱۴، ۵/۹ و ۳/۱۴ درصد گزارش شد. تکنیک جراحی غالب بیماران شامل توتال کولوپروکتکتومی همراه با آناستوموز اندورکتال جی پیچ ایلئوآنال همراه با لوپ ایلئوستومی بوده است و در تعداد معدودی از پروسیجر به توتال کولکتومی، هارتمان و ایلئوستومی انتهائی بهره‌برداری شد.

از نظر عوارض زودرس و بیمارستانی بیماران، شایع‌ترین عارضه شامل عفونت زخم در ۸/۲۳ درصد بیماران و سپس آبسه‌های لگنی در ۳/۱۴ درصد بیماران گزارش شد، اما بروز انسداد روده، پانچیت، پرفوراسیون روده، پریتونیت، ترومبوز ورید عمقی و فیشر آنال کمتر شایع بود. نکته جالب توجه این است که در ۸/۲۳ درصد بیماران برای کنترل عوارض جراحی اولیه، لاپاروتومی اندیکاسیون داشت. در پیگیری بلندمدت بیماران نیز با اینکه بهبودی در علائم بیماری تقریباً در کلیه بیماران تحت درمان جراحی حاصل شده بود، اما عوارض بلندمدت جراحی نیز (شامل فیستول و یا بی‌اختیاری مدفوع) در ۶/۲۸ درصد بیماران گزارش شده بود که دو فاکتور زمینه‌ای عدم بهره‌گیری از درمان دارویی اولیه و خونریزی روده به‌عنوان اندیکاسیون جراحی، پیش‌بینی‌کننده بروز عوارض مذکور بودند. در نهایت، بقای عاری از عوارض بلندمدت جراحی طی ۵ و ۱۰ سال بعد از جراحی به ترتیب برابر با ۳/۹۲ درصد و ۴/۵۶ درصد برآورد شد. در واقع، بخش اعظم عوارض تأخیری پس از گذشت ۵ سال از درمان جراحی اولیه به وقوع می‌پیوندد. چنین به نظر می‌رسد درمان جراحی کولیت اولسراتیو در کودکان کاندید برای چنین مداخله‌ای با میزان موفقیت بسیاری همراه است. وقوع عوارض کوتاه و بلندمدت در حدود یک چهارم بیماران نیز قابل پیش‌بینی است که با تدابیر مناسب قابل بهبودی و کنترل خواهد بود. به نظر می‌رسد نتایج حاصله از این مطالعه از نظر پیامدهای درمانی جراحی کولیت اولسراتیو با مطالعات قبلی همسو است.

در مطالعه ال-بابا و همکاران در امریکا، اندیکاسیون‌های جراحی شامل شکست در درمان طبی، انسداد کامل یا نسبی روده، تأخیر در رشد، پرفوراسیون روده و وقوع آبسه یا فیستول بوده است. در ۴۷ درصد بیماران، رفع کامل علائم در پیگیری یک‌ساله مشاهده شده است، اما ۲۲ درصد بیماران با عود مجدد بیماری مواجه شده

13. Pouchitis

14. Ileal-Pouch Institute Of Public Administration Australia (Ipa) Anastomosis

زود هنگام داشتند (در زمان بستری اولیه)، ۷ نفر (۳۷ درصد) نیاز به جراحی مجدد داشتند. ۶ نفر (۳۲ درصد) دچار عوارض دیررس شده بودند که ۵ مورد نیاز به لاپاروتومی داشتند. هیچ بیمار دچار عوارض زودرس و دیررس به‌صورت همزمان نشده بود [۲۹].

میکو پی پاکارینن و همکاران (۲۰۰۹) نتایج طولانی‌مدت عمل جراحی پروکتوکولکتومی را در کولیت اولسراتیو اطفال بررسی کرده‌اند که توسط پرسش‌نامه از خانواده و خود بیمار تهیه شده بود که در آن ۵۸ نفر (۶۶ درصد) از بیماران و ۱۱۷ نفر (۳۷ درصد) از گروه کنترل در این مطالعه شرکت کردند. پس از پیگیری متوسط ۱۰ ساله در ۳۹ نفر از بیماران (۷۵ درصد) حداقل ۱ عارضه جراحی و ۲۸ مورد (۵۴ درصد) تحت عمل مجدد قرار گرفتند. تنها ۱ شکست جراحی آناستوموز ایلئو-آنال رخ داد. تشخیص کولیت اولسراتیو به بیماری کرون در ۶ (۱۲ درصد) بیمار تغییر یافت. در مطالعه حاضر چنین اتفاقی نیفتاد. پوچیت در ۳۷ (۷۳ درصد) بیماران رخ داده است. میزان پوچیت بسیار کمتر بوده است و همگی زودگذر بوده است. تعداد اجابت مزاج در روز ۵ بار و ۱ بار در شب بود، اما ۴۶ درصد از آن‌ها برای کنترل دفعات دفع از داروها استفاده می‌کردند. میانگین نمره کیفیت کلی زندگی، میانگین شاخص توده بدنی^{۱۵} (۲۲ کیلوگرم بر متر مربع برای هر دو) و تعداد افراد بالای ۲۰ سال که فرزندآوری داشته‌اند (۱۴ درصد در مقابل ۱۵ درصد) مشابه گروه کنترل بود [۳۰].

دکتر دانا پاتون و همکاران در تحقیق دیگری به نتایج جراحی بر روی کودکان مبتلا به بیماری التهابی روده از نوع کولیت اولسراتیو پرداختند که در آن پرونده پزشکی کامل برای ۳۱ بیمار (بین ۱۹-۶ سال) در دسترس بود که تحت کولکتومی قرار گرفتند. تعداد متوسط عوارض اولیه پس از عمل ۰/۱ بود. ۴ مورد برای درمان عوارض نیازمند جراحی مجدد شد. شایع‌ترین عوارض زودرس انسداد روده کوچک در ۶ مورد (۱۹ درصد) و عفونت زخم در ۴ مورد (۱۳ درصد) بود، اما در مطالعه موردنظر شایع‌ترین عارضه زودرس عفونت زخم بوده است. در مطالعه مرکز مفید، شایع‌ترین عارضه شامل عفونت زخم در ۸/۲۳ درصد بیماران و سپس آبسه‌های لگنی در ۳/۱۴ درصد بیماران گزارش شد اما بروز انسداد روده، پانچیت، پرفوراسیون روده، پریتونیت، ترومبوز ورید عمقی و فیشر آنال کمتر شایع بود. دکتر دانا پاتون و همکاران گزارش کردند داروهای تجویزی شامل کورتیکواستروئیدها در ۲۵ مورد (۸۱ درصد)، ۶-موراپوپورین/آزاتیوپرین^{۱۶} در ۱۰ مورد (۳۲ درصد) و ۵-آمینوسالیسیلات^{۱۷} در ۱۹ مورد (۶۱ درصد) بوده است. قرار گرفتن در معرض دارو با عوارض بعد از عمل ارتباط نداشت. عوارض دیررس پس از جراحی عبارت بودند از پوشیت در ۱۲ مورد (۳۹ درصد)، تنگی‌های آناستوموز و یا رکتال در ۵ مورد (۱۶ درصد)، فیستول در ۵ مورد (۱۶ درصد)، ۱ مورد نیز (۳

سنین ۶ تا ۱۸ سال پرداختند. بیماران در دو گروه عمل جراحی لاپاروسکوپی و جراحی باز قرار گرفتند. در این تحقیق نشان داده شد در کودکان دارای اضافه وزن و چاقی امکان بروز عوارض و عمل جراحی مجدد بیشتر است ($P=0/04$ ، $3/34$ Of: همچنین مصرف استروئیدها در درمان پیش از عمل جراحی در هر دو گروه باعث افزایش احتمال عمل جراحی مجدد و افزایش زمان بستری به علت عوارض است ($P=0/04$ ، $10/9$ در مقابل $22/5$ درصد) [۲۷]. در این مطالعه، میانگین سال‌های درمان دارویی در دو گروه با و بدون عوارض بلندمدت جراحی به ترتیب برابر با $3/1 \pm 25/75$ سال و $4/1 \pm 93/63$ سال بود که بیانگر کوتاه‌تر بودن دوره درمان طبی در بیماران با عوارض ناشی از جراحی بود (ارزش P برابر با $0/050$).

گونزالس و همکاران در تحقیقی در مورد عوارض جراحی موسسه مدیریت دولتی استرالیا بر روی کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو از این جراحی به‌عنوان روش استاندارد برای درمان جراحی بیماری کولیت اولسراتیو یاد کرده است. از عوارض این عمل جراحی در بیماران مطالعه شده می‌توان به عفونت محل جراحی، نشت ناحیه آناستوموز، تنگی روده، انسداد کامل روده باریک و پوچیت اشاره کرد. همچنین در مورد عوارض عملکردی فردی نیز می‌توان از بی‌اختیاری مدفوع، نازایی و آسیب کیفیت زندگی ذکر کرد. با وجود عوارض ذکر شده، اکثریت بیماران بعد از جراحی از نتیجه عمل رضایت داشته‌اند و بهبودی در شیوه زندگی داشته‌اند [۲۸]. در پیگیری بلندمدت بیماران در مطالعه مذکور نیز با اینکه بهبودی در علائم بیماری تقریباً در کلیه بیماران تحت درمان جراحی حاصل شده بود، اما عوارض بلندمدت جراحی نیز (شامل فیستول و یا بی‌اختیاری مدفوع) در $28/6$ درصد بیماران گزارش شده بود که دو فاکتور زمینه‌ای عدم بهره‌گیری از درمان دارویی اولیه و خونریزی روده به‌عنوان اندیکاسیون جراحی، پیش‌بینی‌کننده بروز عوارض مذکور بودند.

دکتر جیمز جی اشتون و همکاران مطالعه‌ای درباره اندیکاسیون‌ها، عوارض و نتایج عمل جراحی بر روی کودکان مبتلا به کولیت اولسراتیو انجام دادند. ۲۲۰ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو (تشخیص داده شده کمتر از ۱ تا ۷ سال) شناسایی شدند و ۱۹ نفر (۹ درصد) تحت کولکتومی قرار گرفتند. سن تشخیص بیماران زیر ۶ سال ($5/13$ درصد) بود و ۴۲ درصد بیماران از پسران بودند. مدت فاصله زمانی تشخیص اولیه تا زمان عمل جراحی میانگین ۲/۲ سال بود ($1/0-1/13$). همه بیماران به حداکثر درمان دارویی پاسخ نداده بودند. ۱۵ بیمار دارای برنامه‌ریزی فوری جراحی بودند و ۴ بیمار به‌صورت اورژانسی جراحی شدند که ۲ نفر آن‌ها (۱۱ درصد) کولیت شدید حاد (۱ نفر مبتلا به کولیت کلسترییدیوم دیفیسیل) و ۲ بیمار مگاکولون توکسیک داشتند. در تمامی آن‌ها روش ابتدایی جراحی کلکتومی کامل با ایلئوآستومی بود. ۹ بیمار (۴۷ درصد) عوارض

15. Body Mass Index (BMI)

16. Mercaptopurine/Azathioprine

17. Aminosalicylate

روده بزرگ داشتند و یکی از آن‌ها (یک دختر ۴ ماهه) قبل از لاپاراتومی اکسپایر شد و دیگری (پسر ۱۲ ماهه) در حالی که در شوک سپتیک بود، تحت عمل جراحی کولوستومی قرار گرفت. بیمار چهارم یک نوزاد ۲ روزه بود که با اتساع شکم و انسداد روده همراه بود. بیوپسی از رکتال آگانگلیوز را نشان داد. بنابراین، وی با تشخیص بیماری هیرشپرونک تحت عمل جراحی ترنس آنال قرار گرفت. پس از جراحی، او اسهال آبکی مکرر را تجربه کرد و مطالعات بعدی نشانگر کولیت اولسرو در بیمار بود. آخرین بیمار یک نوزاد ۳ روزه بود که در جراحی اولیه با ظن آگانگلیوز کل روده بزرگ تحت ایلئوستومی قرار گرفت و در ۲ ماهگی تحت کلکتومی ساب توتال قرار گرفت. وی در ۱/۵ سالگی به مگا کولون توکسیک در بقایای روده بزرگ دچار شد و تحت عمل جراحی کولوستومی قرار گرفت. بعد از ۳ ماه عمل جراحی نهایی انجام شد [۳۶].

درباره شناسائی فاکتورهای پیش‌بینی‌کننده عوارض جراحی، مطالعات اندکی در این مورد انجام شده است. در این مطالعه، سابقه درمان طبی و خونریزی به‌عنوان اندیکاسیون جراحی دو فاکتور پیش‌بینی‌کننده کاهش عوارض جراحی شناخته شدند. در مطالعه دیکلسکا و همکاران، اضافه وزن و چاقی و در کنار آن مصرف استروئیدها در درمان پیش از عمل جراحی، احتمال بروز عوارض جراحی را افزایش داده بودند [۲۷]. در مطالعه دیویس و همکاران، درگیری موضعی در ناحیه ایلئوسکال نسبت به سایر نواحی با بروز عوارض بعد از جراحی به مراتب بیشتر همراه بود. در مجموع، با توجه به اهمیت پیش‌بینی عوارض جراحی به‌ویژه در بلندمدت، انجام مطالعات در مورد شناسائی عوارض بعد از جراحی کاملاً ضروری است [۳۷].

برین و همکاران نتایج بعد از عمل ۵۰ بیمار که تحت آناستوموز ایلئوآنال مستقیم پس از کلکتومی و پروکتکتومی مخاطی قرار گرفتند با ۷۴ بیمار که تحت آناستوموز ایلئوآنال پاچ قرار گرفتند، مقایسه کردند. هیچ مرگی رخ نداده است. از آناستوموزهای ایلئوآنال مستقیم، ۳۲ درصد به دلیل سپسیس یا اسهال و ایلئوستومی شکمی ضروری از کار افتادند. فقط ۱/۳ درصد در گروه پاچ شکست خورد ($P < 0.05$). فراوانی مدفوع در بین بیماران به مدت ۳ ماه یا بیشتر پیگیری شد و در گروه ایلئوآنال پاچ کمتر بود. بی‌اختیاری عمده شبانه نیز در گروه ایلئوآنال پاچ کمتر از گروه ایلئوآنال مستقیم بود. آن‌ها نتیجه گرفتند آناستوموز کیسه ایلئال-آنالستوموز مقعدی منجر به اسهال کمتر، اختیار مدفوعی بهتر و کیفیت زندگی بهتر در مقایسه با آناستوموز ایلئو-آنال مستقیم می‌شود [۳۸].

نتیجه‌گیری

مدیریت جراحی کولیت اولسراتیو نیاز به درک کاملی از روش‌های بالقوه جراحی دارد. تصمیم‌گیری در مورد عمل، نیاز

درصد) پس از آن به‌عنوان بیماری کرون تشخیص داده شد [۳۱].

در مورد شیوع عوارض ناشی از جراحی بیماری التهابی روده در کودکان، نتایج متفاوتی گزارش شده است و حتی در برخی گزارش‌ها، عدد ذکر شده با عوارض جراحی در کانسر کولون نیز برابری می‌کند. در برخی مطالعات انجام شده، ریت عوارض بعد از جراحی کولون برابر با ۱۸ درصد و ریت نیاز به جراحی مجدد برابر با ۷/۳ درصد عنوان شده است [۳۲]. در مجموع، در بین کودکان تحت جراحی، ریت عود مجدد بیماری طی ۱، ۵ و ۱۰ سال به ترتیب برابر با ۵۰، ۷۳ و ۷۷ درصد عنوان شده است [۳۳]. بنابراین، به نظر می‌رسد مرکز ما در درمان جراحی و کنترل عوارض ناشی از آن تا حد زیادی موفق عمل کرده است و با بهبودی کامل بیماران همراه بوده است. هرچند عوارض کوتاه و بلندمدت که البته قابل کنترل بوده است نیز داشته است.

در مورد جنبه‌های اپیدمیولوژیکی بیماری کولیت اولسراتیو در بین کودکان، کودکان مبتلا در محدوده توصیف شده جنسی، سنی و تظاهرات بالینی نسبت به سایر جوامع و گزارش‌ها قرار دارد. اولاً در گزارشات بین‌المللی، ۲۵ درصد موارد کولیت اولسراتیو قبل از سن ۲۰ سال رخ می‌دهد که در بین کودکان مبتلا به بیماری التهابی روده، ۴ درصد موارد زیر سن ۵ سالگی و ۱۸ درصد زیر سن ۱۰ سالگی رخ می‌دهد و بنابراین عمده درگیری مربوط به نوجوانان و اوایل سنین جوانی خواهد بود [۳۴]. در مطالعه حاضر نیز ۱۳/۶ درصد بیماران سنین زیر ۵ سال و ۴۵/۵ درصد نیز سنین زیر ۱۰ سال داشتند. از لحاظ تظاهرات بالینی، عمده تظاهرات قابل مشاهده شامل آنمی، اختلال رشد، بیماری‌های پری آنال و برخی عوارض خارج گوارشی از قبیل اختلالات درماتولوژیک^{۱۸}، آرتریته‌ها، استئوپنی، هیپاتیت اتوایمیون، عوارض چشمی، نفرولیتیاژ، پانکراتیت و ترومبوآمبولی وریدی است [۳۵] که در مقایسه با مطالعه ما نیز آنمی و اختلال رشد در صدر نشانه‌های بیماری توصیف شده است.

در مطالعه‌ای دیگر در بیمارستان کودکان مفید توسط دکتر مهاجرزاده و همکاران، ۵ بیمار مبتلا با تشخیص کولیت اولسرو-در سال اول زندگی شناسایی شد؛ ۴ پسر و ۱ دختر. میانگین سنی شروع بیماری ۳۵ روز بود (محدوده ۳-۶۰). میانگین سنی بیماران در زمان مشاوره جراحی ۷ ماه بود. این بیماری در ۳ بیمار مبتلا به صورت اسهال آبکی آغاز شد. سابقه خانوادگی فقط در یکی از موارد مثبت بود. وی بدون هیچ‌گونه پاسخی به درمان پزشکی، اختلال رشد کودکان شدیدی داشت که اندیکاسیونی برای عمل جراحی بود و تحت عمل کامل پروکتوکلئوتومی، آناستوموز ایلئوآنال و ایلئوستومی لوپ قرار گرفت که به درمان اولیه جراحی پاسخ نداد و ۳ روز بعد از عمل اول، ایلئوستومی انتهایی انجام شد. ۲ مورد به دنبال کولونوسکوپی، سوراخ

به بررسی دقیق بیمار توسط فوق تخصص گوارش و جراح دارد. انتخاب عمل با توجه به شرایط خاص هر بیمار تعیین می‌شود. جراحی هم به دلیل ماهیت بدخیم بیماری و هم به دلیل عدم موفقیت دوره‌ای مدیریت پزشکی نقش مهمی در مدیریت کولیت اولسراتیو دارد. به‌عنوان نتیجه‌گیری نهائی، انجام جراحی استاندارد در درمان کولیت اولسراتیو در کودکان با اندیکاسیون جراحی با پیامد مطلوب همراه است. هرچند، وقوع عوارض کوتاه و بلندمدت ناشی از جراحی نیز قابل پیش‌بینی است که البته این عوارض به روش‌های طبی و گاهی از طریق جراحی قابل کنترل است. در مجموع، بقای عاری از عوارض بلندمدت جراحی طی ۵ و ۱۰ سال بعد از جراحی به ترتیب برابر با ۹۲/۳ و ۵۶/۴ درصد برآورد می‌شود.

محدودیت بالقوه این مطالعه شامل تعداد اندک بیماران مورد بررسی بود که به کاهش قابل توجه قدرت مطالعه منجر شده بود. همچنین امکان بهره‌وری از مدل‌های آماری رگرسیون چند متغیره برای تعیین فاکتورهای مؤثر بر پیامد جراحی را سلب کرده بود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این طرح دارای کد اخلاق IR.SBMU.RICH.REC.1399.043 از پژوهشکده سلامت دانشگاه شهید بهشتی است. تمام بیماران قبل از عمل جراحی رضایت از والدین داشته‌اند. پژوهشگران در تمامی مراحل تحقیق، خود را متعهد به عهدنامه هلسینکی می‌دانستند و اطلاعات شرکت‌کنندگان بدون آشکار شدن هویت آنان مورد استفاده قرار می‌گرفت. داده‌های افراد کدگذاری شد تا از نام آن‌ها استفاده نشود. کلیه موارد تحقیق تحت نظارت و تأیید دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرار گرفت.

حامی مالی

این مقاله حامی مالی نداشته است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان به یک اندازه در نگارش مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Benchimol EI, Fortinsky KJ, Gozdyra P, Van den Heuvel M, Van Limbergen J, Griffiths AM. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: A systematic review of international trends. *Inflamm Bowel Dis*. 2011; 17(1):423-39. [DOI:10.1002/ibd.21349] [PMID]
- [2] Murch SH, Baldassano R, Buller H, Chin S, Griffiths AM, Hildebrand H, et al. Inflammatory bowel disease: Working Group report of the second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004; 39(S 2):S647-54. [DOI:10.1097/00005176-200406002-00011] [PMID]
- [3] Mamula P, Markowitz JE, Baldassano RN. Inflammatory bowel disease in early childhood and adolescence: Special considerations. *Gastroenterol Clin North Am*. 2003; 32(3):967-95. [DOI:10.1016/S0889-8553(03)00046-3]
- [4] Kim SC, Ferry GD. Inflammatory bowel diseases in pediatric and adolescent patients: Clinical, therapeutic, and psychosocial considerations. *Gastroenterology*. 2004; 126(6):1550-60. [DOI:10.1053/j.gastro.2004.03.022] [PMID]
- [5] Andres PG, Friedman LS. Epidemiology and the natural course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 1999; 28(2):255-81. [DOI:10.1016/S0889-8553(05)70056-X]
- [6] Kobayashi T, Siegmund B, Le Berre C, Wei SC, Ferrante M, Shen B, et al. Ulcerative colitis. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(1):74. [DOI:10.1038/s41572-020-0205-x] [PMID]
- [7] Kansal S, Catto-Smith AG. Pediatric Crohn's disease: Epidemiology and emerging treatment options. *Pediatric Health Med Ther*. 2014; 5:59-71. [DOI:10.2147/PHMT.S45509]
- [8] Burri E, Maillard MH, Schoepfer AM, Seibold F, Van Assche G, Rivièrè P, et al. treatment algorithm for mild and moderate-to-severe ulcerative colitis: An update. *Digestion*. 2020; 101(S 1):2-15. [DOI:10.1159/000504092] [PMID]
- [9] Ruel J, Ruane D, Mehandru S, Gower-Rousseau C, Colombel JF. IBD across the age spectrum: Is it the same disease? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014; 11(2):88-98. [DOI:10.1038/nrgastro.2013.240] [PMID]
- [10] Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012; 142(1):46-54.e42; quiz e30. [DOI:10.1053/j.gastro.2011.10.001] [PMID]
- [11] Turner D, Walsh CM, Steinhart AH, Griffiths AM. Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: A systematic review of the literature and a meta-regression. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007; 5(1):103-10. [DOI:10.1016/j.cgh.2006.09.033] [PMID]
- [12] Turner D, Griffiths AM. Acute severe ulcerative colitis in children: A systematic review. *Inflamm Bowel Dis*. 2011; 17(1):440-9. [DOI:10.1002/ibd.21383] [PMID]
- [13] Gower-Rousseau C, Dauchet L, Vernier-Massouille G, Tilloy E, Brazier F, Merle V, et al. The natural history of pediatric ulcerative colitis: A population-based cohort study. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104(8):2080-8. [DOI:10.1038/ajg.2009.177] [PMID]
- [14] Van Limbergen J, Russell RK, Drummond HE, Aldhous MC, Round NK, Nimmo ER, et al. Definition of phenotypic characteristics of childhood-onset inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2008; 135(4):1114-22. [DOI:10.1053/j.gastro.2008.06.081] [PMID]
- [15] Malaty HM, Mehta S, Abraham B, Garnett EA, Ferry GD. The natural course of inflammatory bowel disease-indeterminate from childhood to adulthood: Within a 25 year period. *Clin Exp Gastroenterol*. 2013; 6:115-21. [DOI:10.2147/CEG.S44700] [PMID] [PMCID]
- [16] Laituri CA, Fraser JD, Garey CL, Aguayo P, Sharp SW, Ostlie DJ, et al. Laparoscopic ileocectomy in pediatric patients with Crohn's disease. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2011; 21(2):193-5. [DOI:10.1089/lap.2010.0169] [PMID]
- [17] Alabaz O, Iroatulam AJ, Nessim A, Weiss EG, Noguera JJ, Wexner SD. Comparison of laparoscopic assisted and conventional ileocolic resection in Crohn's disease. *Eur J Surg*. 2000; 166(3):213-7. [DOI:10.1080/110241500750009302] [PMID]
- [18] Turunen P, Ashorn M, Auvinen A, Iltanen S, Huhtala H, Kolho KL. Long-term health outcomes in pediatric inflammatory bowel disease: A population-based study. *Inflamm Bowel Dis*. 2009; 15(1):56-62. [DOI:10.1002/ibd.20558] [PMID]
- [19] Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J*. 1978; 2(6130):85-8. [DOI:10.1136/bmj.2.6130.85] [PMID] [PMCID]
- [20] Scott Jr HW, Wimberly JE, Shull HJ, Law IV DH. Single stage proctocolectomy for severe ulcerative colitis. Comparison with less extensive surgical procedures. *Am J Surg*. 1970; 119(1):87-94. [DOI:10.1016/0002-9610(70)90017-6] [PMID]
- [21] Grucela A, Steinhagen RM. Current surgical management of ulcerative colitis. *Mt Sinai J Med*. 2009; 76(6):606-12. [DOI:10.1002/msj.20152] [PMID]
- [22] Odes S. How expensive is inflammatory bowel disease? A critical analysis. *World J Gastroenterol*. 2008; 14(43):6641-7. [DOI:10.3748/wjg.14.6641] [PMID] [PMCID]
- [23] Holder-Murray J, Marsicovetere P, Holubar SD. Minimally invasive surgery for inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2015; 21(6):1443-58. [DOI:10.1097/MIB.0000000000000316] [PMCID]
- [24] Kelley-Quon LI, Tseng CH, Jen HC, Ziring DA, Shew SB. Post-operative complications and health care use in children undergoing surgery for ulcerative colitis. *J Pediatr Surg*. 2012; 47(11):2063-70. [PMID]
- [25] Knod JL, Holder M, Cortez AR, Martinez-Leo B, Kern P, Saeed S, et al. Surgical outcomes, bowel habits and quality of life in young patients after ileoanal anastomosis for ulcerative colitis. *J Pediatr Surg*. 2016; 51(8):1246-50. [DOI:10.1016/j.jpedsurg.2016.03.002] [PMID]
- [26] Pini-Prato A, Faticato MG, Barabino A, Arrigo S, Gandullia P, Mazzola C, et al. Minimal invasive surgery for paediatric inflammatory bowel disease: Personal experience and literature review. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(40):11312-20. [DOI:10.3748/wjg.v21.i40.11312] [PMID] [PMCID]

- [27] Dukleska K, Berman L, Aka AA, Vinocur CD, Teeple EA. Short-term outcomes in children undergoing restorative proctocolectomy with ileal-pouch anal anastomosis. *J Pediatr Surg.* 2018; 53(6):1154-9. [DOI:10.1016/j.jpedsurg.2018.02.075] [PMID]
- [28] Gonzalez DO, Nwomeh BC. Complications in children with ulcerative colitis undergoing ileal pouch-anal anastomosis. *Semin Pediatr Surg.* 2017; 26(6):384-90. [DOI:10.1053/j.sempedsurg.2017.10.008] [PMID]
- [29] Ashton JJ, Versteegh HP, Batra A, Afzal NA, King A, Griffiths DM, et al. Colectomy in pediatric ulcerative colitis: A single center experience of indications, outcomes, and complications. *J Pediatr Surg.* 2016; 51(2):277-81. [DOI:10.1016/j.jpedsurg.2015.10.077] [PMID]
- [30] Pakarinen MP, Natunen J, Ashorn M, Koivusalo A, Turunen P, Rintala RJ, et al. Long-term outcomes of restorative proctocolectomy in children with ulcerative colitis. *Pediatrics.* 2009; 123(5):1377-82. [DOI:10.1542/peds.2008-2086] [PMID]
- [31] Patton D, Gupta N, Wojcicki JM, Garnett EA, Nobuhara K, Heyman MB. Postoperative outcome of colectomy for pediatric patients with ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010; 51(2):151-4. [DOI:10.1097/MPG.0b013e3181c99290] [PMID] [PMCID]
- [32] Bhakta A, Tafen M, Glotzer O, Ata A, Chismark AD, Valerian BT, et al. Increased incidence of surgical site infection in IBD patients. *Dis Colon Rectum.* 2016; 59(4):316-22. [DOI:10.1097/DCR.0000000000000550] [PMID]
- [33] Hansen LF, Jakobsen C, Paerregaard A, Qvist N, Wewer V. Surgery and postoperative recurrence in children with Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015; 60(3):347-51. [DOI:10.1097/MPG.0000000000000616] [PMID]
- [34] Baldassano RN, Piccoli DA. Inflammatory bowel disease in pediatric and adolescent patients. *Gastroenterol Clin North Am.* 1999; 28(2):445-58. [DOI:10.1016/S0889-8553(05)70064-9]
- [35] Adamiak T, Walkiewicz-Jedrzejczak D, Fish D, Brown C, Tung J, Khan K, et al. Incidence, clinical characteristics, and natural history of pediatric IBD in Wisconsin: A population-based epidemiological study. *Inflamm Bowel Dis.* 2013; 19(6):1218-23. [DOI:10.1097/MIB.0b013e318280b13e] [PMID] [PMCID]
- [36] Mohajerzadeh L, khaleghnejad Tabari A, Mirshemirani A, Sadeghian N, Rouzrokh M, Dara N. Ulcerative colitis in infancy: Our results. *Iran J Pediatr Surg.* 2016; 2(1):45-9. [DOI:10.22037/irjps.v2i1.12054]
- [37] Taylor BM, Beart RW, Dozois RR, Kelly KA, Phillips SF. Straight ileoanal anastomosis uersus pouch-anal anastomosis after colectomy and mucosal proctectomy. *Arch Surg.* 1983; 118(6):696-701. [DOI:10.1001/archsurg.1983.01390060018004] [PMID]
- [38] El-Baba M1, Lin CH, Klein M, Tolia V. Outcome after surgical intervention in children with chronic inflammatory bowel disease. *Am Surg.* 1996; 62(12):1014-7. [PMID]