ความพิการแต่กำเนิดของทวารหนักชนิด perineal canal

วิเชษฐ์ ฉัตรวิริยะเจริญ*

Chatwiriyacharoen W. Perineal canal. Chula Med J 2000 Jul; 44(7): 547 - 52

Two girls with perineal canal were admitted at Surin Hostipal . They presented due to passage of stool through her vulvas since birth despite of normally formed anus. Anovestibular fistula was identified during general anesthesia and excised by fistulotomy technique . The wound healed by secondary intention . This technique was simple , no recurrence and achieved good continence.

Key words : *Perineal canal, Anovestibular fistula, Fistulotomy.*

Reprint request : Chatwiriyacharoen W, Surin Hospital, Surin province 32000 Thailand.

Received for publication. May 10, 2000.

*นายแพทย์ 8 ว.ว. กุมารศัลยศาสตร์ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

วิเชษฐ์ ฉัตรวิริยะเจริญ. ความพิการแต่กำเนิดของทวารหนัก ชนิด perineal canal Perineal Canal. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** 2543 ก.ค; 44(7): 547 - 52

รายงานผู้ป่วยเด็ก perineal canal 2 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ เด็กหญิงทั้ง 2 ราย มีรูก้นและขับถ่ายได้ปรกติ แต่มีอุจจาระออกทางช่องคลอดด้วยตั้งแต่แรกเกิดวินิจฉัยตำแหน่งและขนาดของ anovestibular fistula ขณะดมยาสลบ ทำการผ่าตัดด้วยวิธี Fistulotomy ทำแผลจนหายสนิทโดยไม่เย็บปิด ข้อดีของเทคนิคนี้ คือ ทำผ่าตัดง่าย ไม่มีการกลับเป็นอีก ผลการผ่าตัด สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ดี

Perineal canal เป็นความพิการของทวารหนักในเพศหญิง โดยมีทั้ง anovestibular fistula และรูก้นมีอุจจาระออกทั้ง 2 ทาง perineal canal พบได้น้อย [1] จัดอยู่ในกลุ่ม low H-type anorectal fistula[2] มีเทคนิคการผ่าตัดหลายแบบ [3-6] ได้รายงานผู้ป่วย perineal canal 2 ราย ผ่าตัดโดยวิธี fistulotomy ซึ่งทำได้ง่ายและได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

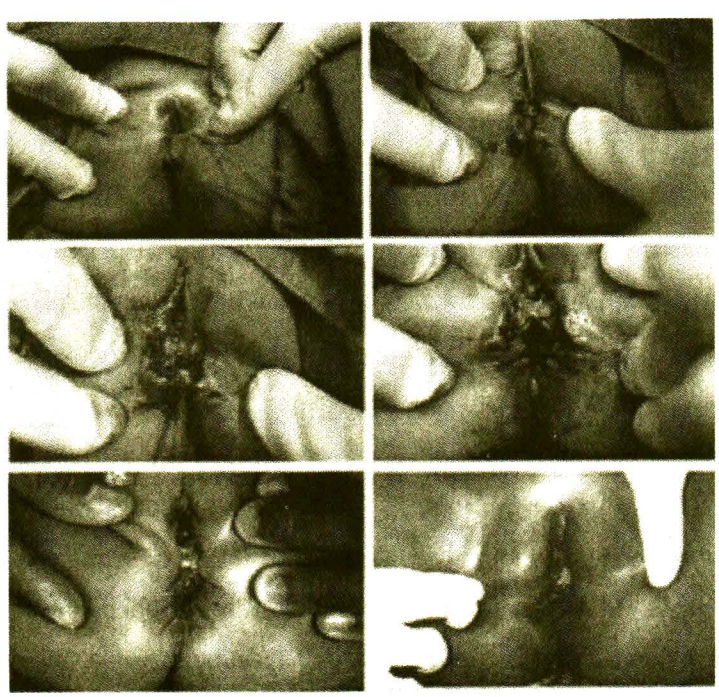
รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 เดือน บ้านอยู่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ HN 56750/39 AN 2052/40 มารดาสังเกตเห็นอุจจาระออกมาทางช่องคลอดตั้งแต่แรกเกิด ทั้งที่เด็กมีรูก้นและถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

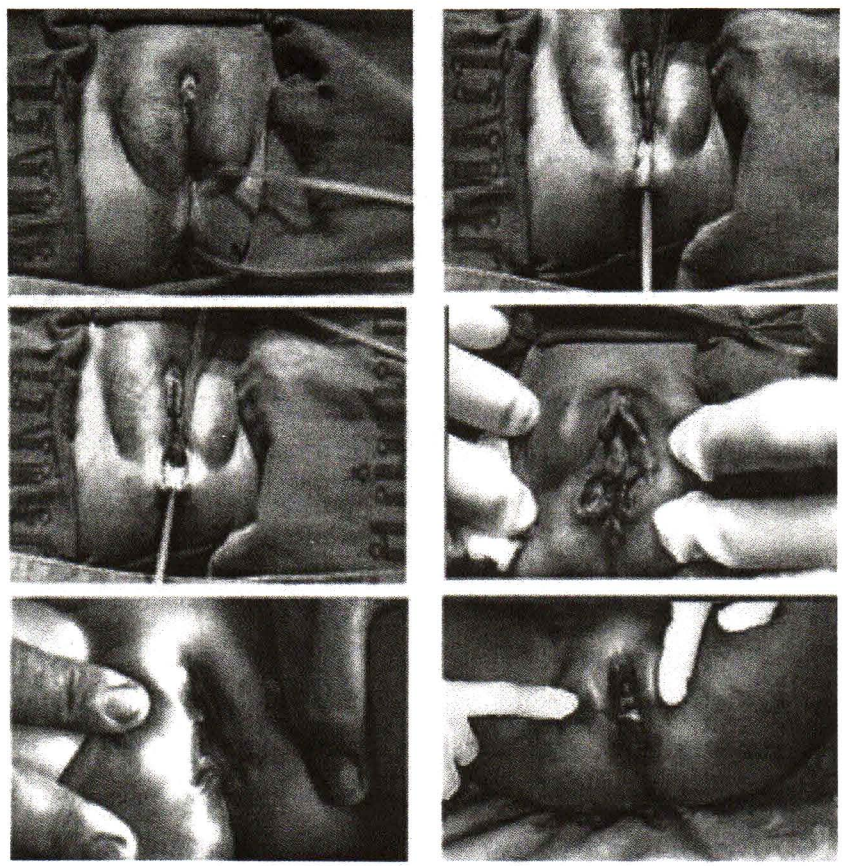
ตรวจร่างกายพบรูก้นอยู่ในตำแหน่งปกติ กล้ามเนื้อหูรูดปกติ ผิวหนังบริเวณ labia majora แดงเล็กน้อย ให้การวินิจฉัยว่า anorectovaginal fistula with normal anus ได้ส่งเอ็กซเรย์ barium enema และ vaginogram แต่ไม่สามารถระบุตำแหน่งและขนาดของ fistula ได้ เนื่องจากผิวหนังรอบ fistula แดง จึงให้ยารับประทานและยาทาผิวหนัง นัดมาตรวจเพิ่มเติมภายหลัง

อายุ 3 เดือน ทำการตรวจผู้ป่วยขณะดมยาสลบ โดยสวนก้นให้สะอาด ใช้สาย nasogastric tube (NG) เบอร์ 5 ซึ่งมีความอ่อนนุ่มช่วยในการหาตำแหน่งของ fistula โดยสอดผ่านทางผนังภายในรูก้นด้านหน้า (anterior anorectal wall) ทะลุผนังด้านหลังของช่องคลอด (posterior vaginal wall) มาออกบริเวณ vestibule (รูปที่ 1 A) พบ fistula อยู่สูงจากรูก้น 5 มิลลิเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร ให้การวินิจฉัยว่า perineal canal หรือ low H-type anorectal malformation

ทำการผ่าตัดด้วยวิธี fistulotomy (รูปที่ 1B, 1C) โดยผ่าตัดเปิด fistulous tract ทางด้านหน้าออกทั้งหมดตั้งแต่รูก้นด้านหน้า ทะลุ vestibule ทางด้านหลัง (รูปที่ 1D) ทำแผลให้แผลหายเองโดยไม่เย็บปิด หลังผ่าตัดให้ทานนมได้ แนะนำมารดาทำแผลวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระด้วยสำลีชุบน้ำเกลือล้างแผลให้ลึกถึงก้นแผล แผลค่อย ๆ ตื้นขึ้นมาเป็น granulation tissue (รูปที่ 1E) ระยะ 2 สัปดาห์แรกจะถ่ายอุจจาระบ่อย ผิวหนังรอบแผลจะแดงเป็นผื่น (skin excoriation) ได้ใช้ prednisolone cream ทาบาง ๆ ประมาณ 2 เดือน แผลหายสนิท โดย second intention healing (รูปที่ 1F) การขับถ่ายอุจจาระ วันละ 2-3 ครั้ง ควบคุมการขับถ่ายได้ดี ไม่มี soiling



รูปที่ 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 สาย NG tube สอดผ่าน anovestibular fistula (A), ผ่าตัดด้วยวิธี Fistulotomy (B, C, D) แผลค่อย ๆ ตื้นขึ้นจนหายสนิท (E, F)



รูปที่ 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 Perineal canal (A), ผ่าตัดวิธี Fistulotomy (B,C,D) ทำแผลทุกวันจนแผลหาย (E,F)

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

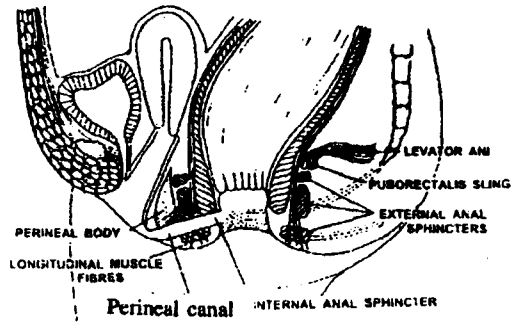
ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 1 เดือน บ้านอยู่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ HN 11846/20 AN 5227/40 มีอุจจาระออกทางช่องคลอดตั้งแต่แรกเกิด โดยที่มีรูก้นและถ่ายอุจจาระได้ปกติ ได้เอ็กซเรย์ barium enema แต่ไม่สามารถระบุตำแหน่งของ fistula ได้

ตรวจร่างกายผู้ป่วยขณะดมยาสลบ ใช้สาย NG tube เบอร์ 5 สอดผ่านทางรูก้นทะลุออกมาทาง vestibule (รูปที่ 2A) พบ fistula อยู่สูงจากรูก้น 6 มิลลิเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร วินิจฉัยว่า perineal canel ทำการผ่าตัด วิธี fistulotomy (รูปที่ 2B, 2C, 2D) ทำแผลจนหายโดยไม่เย็บปิด (รูปที่ 2 E) นัดมาตรวจทุก 2 สัปดาห์ จนแผลหายสนิท ประมาณ 2 เดือน (รูปที่ 2 F) การถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง กลั้นอุจจาระได้ปกติ

วิจารณ์

ความพิการแต่กำเนิดของทวารหนักที่พบมีรูทวารในตำแหน่งปกติ แต่มีรูเปิด (fistula) ต่อกับ genital tract เป็นความผิดปกติที่พบได้น้อย มีชื่อเรียกหลายชื่อ อาทิ H - type anorectal fistula[2], Double termination of alimentary tract [3-4], Perineal canal[5-6], H-type anorectal malformation[7,8]

Kulshrestha และคณะ [2] ได้แบ่งความผิดปกตินี้เป็น 3 ระดับ ตามตำแหน่งของ fistula ได้แก่ ระดับสูง กลาง ต่ำ โดยระดับต่ำพบได้บ่อยที่สุด และมักพบในเพศหญิง [8] มีชื่อเรียกว่า Perineal canal หรือ เรียกตามตำแหน่งรูเปิดว่า anovestibular fistula with normal anus พบความผิดปกตินี้ได้บ่อยกว่าในชาวเอเชีย [9] อาการแสดงคือมีอุจจาระออกทั้งทางทวารหนัก และทางช่องคลอด



รูปที่ 3. ตำแหน่งของ perineal canal อยู่ต่ำกว่ากล้ามเนื้อ Puborectalis sling.

จากรายงานผู้ป่วยที่มีความพิการแต่กำเนิดของทวารหนักในโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 35 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง 2537 ไม่พบความผิดปกติชนิด perineal canal [11] เมื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมถึงปี พ.ศ. 2540 พบผู้ป่วยเด็กหญิง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของผู้ป่วยเพศหญิงที่มีความพิการแต่กำเนิดของทวารหนัก (2 ราย จาก 21 ราย) ใกล้เคียงกับรายงานของ Chatterjee และคณะ [3] (ร้อยละ 8.6) Wakhlu และคณะ [10] (ร้อยละ 7.3) ส่วน kulshrestha[2] พบร้อยละ 4.4

มีรายงานการใช้ Barium enema และ vaginogram เพื่อช่วยในการระบุตำแหน่ง และขนาดของ fistula[4,7] แต่จากรายงานนี้ไม่สามารถบอกตำแหน่งได้

การผ่าตัดในผู้ป่วย perineal canal สามารถทำได้หลายวิธี เช่น Anterior saggital anorectovaginoplasty หรือ Fistulotomy ซึ่งอาจทำร่วมกับ colostomy ในรายงานนี้เลือกใช้วิธี Fistulotomy โดยไม่ทำ colostomy เช่นเดียวกับ Chatterjee[3], Ismail [13], ศักดิ์ชัยและวินัยศักดิ์ [12] ซึ่งมีข้อดีคือ ทำผ่าตัดได้ง่าย ตัดเฉพาะกล้ามเนื้อ internal และ external sphincter (ภาพที่ 3) ไม่ต้องตัดกล้ามเนื้อ puborectalis [3,7] จึงไม่มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย แต่มีข้อด้อยคือ ใช้เวลานานในการทำแผลจนหายสนิท และใช้ได้กับความผิดปกติระดับต่ำเท่านั้น

ในกลุ่มที่ทำ colostomy ร่วมด้วย เชื่อว่าช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น แต่ต้องทำผ่าตัดอย่างน้อย 2 ครั้ง[5,6] และมีความยุ่งยากในการดูแล colostomy ส่วนการผ่าตัดด้วยวิธี Anterior saggital anorectovaginoplasty มีวิธีการที่ซับซ้อนกว่าการทำ Fistulotomy แต่สามารถได้ anatomic exposure ที่ดี และใช้ได้กับความผิดปกติทุกระดับ จึงอาจเป็นวิธีที่เหมาะสม

สรุป

การผ่าตัดผู้ป่วย perineal canal โดยวิธี fistulotomy ทำแผลทุกวัน แผลค่อย ๆ ตื้นจนหาย โดยไม่เย็บปิด เป็นวิธีที่ง่าย เหมาะสม และได้ผลดี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ไม่มีกุมารศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไปสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ที่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงาน และขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำในการเขียนบทความ

อ้างอิง

1. Stephens FD. Wingspread anomalies, rarities, and super rarities of the anorectum and cloaca. In : Stephens FD, Smith ED, eds. Anorectal Malformations in Children : Update 1988. New York : Alan R . Liss, 198: 581 - 5
2. Kulshrestha S, Kulshrestha M, Prakash G, Gangopadhyay AN, Sarkar B. Management of congenital and acquired H-type anorectal fistulae in girls by anterior sagittal anorectovaginoplasty. J Pediatr Surg 1998 Aug; 33(8): 1224 - 8
3. Chatterjee SK. Double termination of the alimentary tract-a second look. J Pediatr Surg 1980 Oct; 15(5): 623 - 7
4. Tsuchida Y, Saito S, Honna T, Makino S, Kaneko M, Hazama H. Double termination of the alimentary tract in females : a report of 12 cases and a literature review. J Pediatr Surg 1984 Jun; 19: 292 - 6
5. Rao KL, Choudhury SR, Samujh R, Narasimhan KL. Perineal canal - repair by a new surgical technique. Pediatr Surg Int 1993; 8: 449 - 50
6. Mirza I, Zia-ul-Miraj M. Management of perineal canal anomaly. Pediatr Surg Int 1997; 12(8): 611 - 2
7. White JJ, Haller JA Jr, Scott JR, Dorst JP, Kramer SS. N-type anorectal malformations. J Pediatr Surg 1978 Dec; 13(6 D): 631 - 7
8. Rintala RJ, Midh L, Lindahl H. H - type anorectal malformations : incidence and clinical characteristics. J Pediatr Surg 1996 Apr; 31(4): 559 - 62
9. Brem H, Guttman FM, Laberge JM, Doody D. Congenital anal fistula with normal anus. J Pediatr Surg 1989 Feb; 24(2): 183 - 5
10. Wakhlu A, Pandey A, Prasad A, Kureel SN, Tandon RK, Wakhlu AK. Perineal canal. Pediatr Surg Int 1997 Apr; 12(4): 283 - 5
11. วิเชษฐ์ ฉัตรวิริยะเจริญ. ความพิการแต่กำเนิดของทวารหนัก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2537 พ.ค.-ส.ค.; 9 (2): 135 - 46
12. Sakchai Poneprasert , Vinaisak Kattipattanapong. Anovestibular and anovulvar fistula without anorectal malformation in infant. J Med Asso Thai 1978 Jul; 61(7): 374 - 80
13. Ismail A. Perineal canal : a simple method of repair. Pediatr Surg Int 1994; 9: 603 - 4