

To Study the Effect of Reconstructive Surgery of Myelomeningocele on the Prognosis of Patients

Ali Nazemi¹, Mahdieh Sadat Ghafari^{2*}, Mohsen Dalvandi¹

1- Assistant Professor, Department of Neurosurgery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

2- MSc, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Received: 4 Nov 2015, Accepted: 3 Jan 2016

Abstract

Background: Myelomeningocele is one of the common congenital malformation in childhood that has association with many disorders. In addition to routine management of associated disorders surgical repair of myelomeningocele has been considered in many cases. The aim of this study is to evaluate the role of myelomeningocele surgical repair in prognosis of children with myelomeningocele

Materials and Methods: This is a case-control study from 2001 to 2013 in 60 infants with myelomeningocele in two department of neurosurgery in Arak and Ilam cities (Vali Asr and Imam Khomeini hospitals, respectively). Infants were divided into two groups according to operable and inoperable cases (each group includes 30 cases). The prognosis of two groups was investigated with respect to mortality, and Stark and Drummond disability rating scale. Data were analyzed with SPSS 18 software.

Results: Case group had better prognoses compared to control with respect to handicap ($p=0.003$), urinary tract disorders ($p=0.006$), IQ ($p=0.001$), global disability ($p=0.006$) and mortality rate, but there was no difference between two groups with respect to hydrocephalus ($p=0.3$).

Conclusion: According to the results, mortality, disability and prognosis of infants with myelomeningocele that underwent operation were better. In conclusion, early myelomeningocele repair is advised for infants, because it affects the improvement of prognosis and the quality of patients' life.

Keywords: Myelomeningocele, Childhood

*Corresponding Author:

Address: Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Email: ghafari@arak mu.ac.ir

بررسی تأثیر جراحی میلو مننگوسل بر پیش آگهی بیماران

علی ناظمی^۱، مهدیه السادات غفاری^{۲*}، محسن دالوندی^۱

۱- استادیار، گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: میلو مننگوسل یکی از نقایص شایع مادرزادی در کودکان است. علاوه بر درمان‌های معمول این بیماری و اختلالات آن، جراحی ترمیمی میلو مننگوسل نیز در بسیاری از موارد انجام می‌شود. هدف از مطالعه حاضر، بررسی نقش جراحی ترمیمی میلو مننگوسل در پیش آگهی کودکان مبتلا به میلو مننگوسل بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مورد - شاهدهی در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ بر روی ۶۰ کودک مبتلا به میلو مننگوسل در بخش جراحی مغز و اعصاب دو بیمارستان ولی عصر (عج) و امام خمینی (ره) شهرهای اراک و ایلام انجام گرفت. کودکان براساس قابل انجام بودن یا نبودن جراحی ترمیمی میلو مننگوسل، به ترتیب در دو گروه ۳۰ نفره قرار گرفتند. پیش آگهی بیماران با استفاده از میزان مرگ و میر و معیار رتبه‌بندی معلولیت و ناتوانی استارک و دراموند مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: درجات بالاتر معلولیت فیزیکی ($p=0/003$)، اختلالات سیستم ادراکی ($p=0/006$)، اختلال وضعیت هوشی ($p=0/001$)، ناتوانی کلی ($p=0/006$) و میزان مرگ و میر، به شکل معنی‌داری در گروه کنترل نسبت به گروه مورد بیشتر بود و بین موارد مبتلا به هیدروسفالی نیازمند به درمان ($p=0/3$)، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

نتیجه گیری: براساس نتایج مطالعه حاضر، مرگ و میر، ناتوانی کلی و پیش‌آگهی کودکانی که تحت جراحی میلو مننگوسل قرار نگرفته‌اند، بدتر از کودکانی است که این جراحی در آن‌ها انجام شده است. در نتیجه، عمل جراحی زود هنگام میلو مننگوسل در کودکان مبتلا به علت تأثیر آن در بهبود پیش‌آگهی و کیفیت زندگی بیماران توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: میلو مننگوسل، کودکان

*نویسنده مسئول: ایران، اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک

مقدمه

میلو مننگوسل یک نقص مادرزادی لوله عصبی است که طی آن نخاع و منژ از نقص حاصله در ستون فقرات بیرون می‌زند (۱). میلو مننگوسل به صورت یک توده بسیار نرم در قسمت تحتانی ستون فقرات نوزادان است که ممکن است به دلیل نازکی منژ مایع مغزی-نخاعی از آن به بیرون تراوش کند (۱، ۲). سالانه بین ۲۵۰۰ تا ۶۰۰۰ نوزاد در ایالات متحده با ضایعه میلو مننگوسل متولد می‌شوند (۳، ۴). این ضایعه از نارسایی اولیه نورولاسیون در روزهای ۱۸ تا ۲۷ جنینی ایجاد شده که ۸۵ درصد آن در ناحیه کودال توراکو لومبار نخاع یا کمی دورتر، ۱۰ درصد در ناحیه توراکس و ۵ درصد باقی مانده در ناحیه سرویکال طناب نخاعی قرار دارد (۵). نوزادان مبتلا به این اختلال مستعد ابتلا به منژیت و به علت به هم خوردن آناتومی منطقه درگیر، مستعد آسیب به اعصاب ناحیه درگیر و ابتلا به پاراپلژی و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع هستند (۶). به علاوه، براساس شواهد، ابتلا به اسکولیوز و اختلال یادگیری، کم تمرکزی و نقص حافظه و مشکلات شناختی نیز در بیماران مبتلا به میلو مننگوسل شایع است (۷).

میلو مننگوسل در بیماران اغلب با هیدروسفالی و مالفورماسیون کیاری II همراه است که این همراهی می‌تواند تمامی سیستم عصبی مرکزی را تحت تأثیر قرار دهد (۷). مالفوراسیون کیاری نوع II که تقریباً همیشه با میلو مننگوسل همراه است با فتق مخچه، بصل النخاع، پل مغزی و بطن چهارم از سوراخ ماگنوم همراه می‌باشد (۸-۱۱). با توجه به عوارض کوتاه مدت و بلند مدتی که میلو مننگوسل برای بیماران به همراه دارد و در مواردی به علت همراهی آن با سایر ناهنجاری‌ها که با ادامه زندگی منافات دارد، امروزه تمام نوزادان متولد شده با این ضایعه به منظور افزایش کیفیت زندگی به طور جدی تحت درمان قرار می‌گیرند (۱۱). در حال حاضر جراحی ترمیمی میلو مننگوسل (در صورت امکان در ۷۲ ساعت اول بعد از تولد) به همراه اقدامات درمانی دیگر، در صورت لزوم مانند درمان هیدروسفالی و منژیت، از اقدامات ارجح در مدیریت

بیماران مبتلا به میلو مننگوسل است (۱۲، ۱۳). با این حال، در برخی موارد به علل مختلفی مانند عدم امکانات، عدم رضایت والدین و غیره، کودکان از جراحی ترمیمی میلو مننگوسل محروم می‌شوند (۱۴، ۱۵). هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش جراحی ترمیمی میلو مننگوسل در پیش آگهی کودکان مبتلا به میلو مننگوسل بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مورد-شاهدی که بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۲ انجام گرفت، ۶۰ کودک صفر تا ۱۰ ساله که به علت میلو مننگوسل تشخیصی به بخش جراحی مغز و اعصاب دو بیمارستان ولی عصر (عج) و امام خمینی (ره) شهرهای اراک و ایلام ارجاع داده شده بودند، وارد مطالعه شدند. کودکان براساس قابل انجام بودن یا نبودن جراحی ترمیمی میلو مننگوسل، به ترتیب در دو گروه ۳۰ نفره‌ی مورد و کنترل قرار گرفتند و براساس سن و جنس همسان سازی شدند. گروه مورد از میان کودکانی که قرار بود تحت جراحی ترمیمی میلو مننگوسل قرار بگیرند انتخاب شدند و گروه کنترل از میان کودکانی که به علل مختلفی مانند عدم رضایت والدین یا قیم آن‌ها به انجام عمل جراحی ترمیمی، شرایط مدیکال و غیره مورد جراحی ترمیمی میلو مننگوسل قرار نگرفته بودند، انتخاب شدند.

اقدامات تشخیصی و درمانی کلیه بیماران به شرح زیر انجام گرفت:

۱) دریافت آنتی‌بیوتیک در صورت ابتلا به منژیت، عفونت‌های ادراری و سایر عفونت‌ها، ۲) بررسی ایجاد هیدروسفالی با به کارگیری منظم و نتریکولوگرام و اندازه‌گیری دور سر و درمان مناسب مدیکال و جراحی (شنت و تریکولوپریوتن) در صورت ابتلا به هیدروسفالی نیازمند به درمان، ۳) بررسی نورولوژیک برای تعیین سطح ضایعه با استفاده از روشی مشابه روش توصیف شده توسط استارک (۴، ۱۰، ۱۱)، ۴) فیزیوتراپی و مداخلات ارتوپدی به منظور پیش‌گیری از کوتراکتور و دفرمیتی در بیماران مبتلا به نقایص اسکلتی، ۵) مطالعات تصویربرداری و

آزمایشگاهی جهت بررسی شواهد درگیری سایر ارگان‌های بدن، مانند سیستم قلبی-عروقی، سیستم تنفسی، سیستم ادراری و غیره بر حسب شرایط هر بیمار و مداخله درمانی لازم، ۶ پی‌گیری و ویزیت منظم بیماران به منظور انجام کشت ادرار ماهیانه، بررسی ماهیانه از نظر هیدروسفالی و عملکرد شنت، آزمایشات بالینی نورولوژیکی، بررسی روند رشدی-تکاملی و سایر بررسی‌های لازم.

پس از کسب رضایت آگاهانه از والدین یا قیم کودکان، بیماران وارد مطالعه شدند و اطلاعات جمعیت شناختی آن‌ها شامل سن و جنسیت ثبت شد. بیماران از لحاظ سن در یکی از سه گروه سنی، صفر تا ۱ سال، ۲ تا ۵ سال و ۶ تا ۱۰ سال قرار گرفتند. پیش آگهی بیماران با استفاده از میزان مرگ و میر و معیار رتبه‌بندی معلولیت و ناتوانی استارک و دراموند مورد بررسی قرار گرفت. مطابق این

سیستم طبقه‌بندی، ۴ فاکتور شامل معلولیت فیزیکی، اختلالات سیستم ادراری، اختلال وضعیت هوشی و هیدروسفالی به صورت جداگانه امتیازبندی می‌شوند و علاوه بر این، بیماران براساس ناتوانی کلی (معلولیت جسمی و ذهنی) در ۵ گروه قرار می‌گیرند که بیماران قرار گرفته در گروه ۱ و ۵ به ترتیب دارای بهترین و بدترین پیش آگهی می‌باشند (۶، ۱۰، ۱۱، ۱۵) (جدول ۱، ۲).

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند. در عین حال، جهت تجزیه و تحلیل متغیرهای کمی از آزمون تی و برای متغیرهای کیفی از آزمون کای مربع استفاده گردید. در کلیه مراحل طرح، ملاحظات اخلاقی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک و نیز محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده رعایت گردید.

جدول ۱. معیار رتبه‌بندی معلولیت و ناتوانی استارک و دراموند برای کودکان مبتلا به میلوئینگوسل

فاکتور امتیاز	معلولیت فیزیکی	اختلالات سیستم ادراری	اختلال وضعیت هوشی	هیدروسفالی ^۴
۱	ندارد	طبیعی	ضریب هوشی طبیعی: $75 <$	وجود نداشته یا در ابتدای امر متوقف شده باشد
۲	راه رفتن بدون کمک کالیپر همانند راه رفتن پیش از سن ۴ سالگی	بی اختیاری ادرار یا ایلشال لوپ بدون هیدرونفروز یا پیلونفریت	عقب افتادگی متوسط: ضریب هوشی ۶۰-۷۵	وجود داشته، تحت کنترل به وسیله ی شنت
۳	'a، 'b، 'c	هیدرونفروز یا پیلونفریت مزمن	عقب افتادگی شدید: ضریب هوشی $60 >$	

۱: راه رفتن به وسیله کالیپر + کمک، ۲: اکثر اوقات استفاده از صندلی چرخ‌دار، ۳: استفاده کامل از صندلی چرخ‌دار، ۴: فاکتور هیدروسفالی برخلاف فاکتورهای دیگر دارای امتیازهای ۱ و ۲ می‌باشد.

جدول ۲. گروه ناتوانی کلی کودکان مبتلا به میلوئینگوسل براساس معیارهای استارک و دراموند

گروه	ویژگی‌های هر گروه
۱	عدم معلولیت
۲	معلولیت متوسط
۳	معلولیت شدید فیزیکی با رشد عقلانی طبیعی
۴	معلولیت شدید فیزیکی با عقب ماندگی ذهنی متوسط
۵	معلولیت شدید فیزیکی با عقب ماندگی ذهنی شدید

یافته‌ها

در میان ۳۰ بیمار گروه مورد، ۱۷ پسر (۵۶/۶ درصد) و ۱۳ دختر (۴۳/۳ درصد) و در میان ۳۰ کودک گروه کنترل، ۱۴ پسر (۴۶/۶ درصد) و ۱۶ دختر (۵۳/۳ درصد) قرار داشتند که اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نبود ($p > 0.05$). میانگین سنی کل بیماران مورد بررسی ۶ سال بود. در گروه مورد، ۱۵ (۵۰ درصد)، ۱۰ (۳۳/۳ درصد) و ۵ (۱۶/۶ درصد) کودک به ترتیب در گروه‌های سنی صفر

گروه مورد به شکل معنی داری بیشتر از گروه کنترل می باشد. میزان مرگ و میر ($p=0/003$) به شکل معنی داری در گروه کنترل نسبت به گروه مورد بیشتر بود و بین موارد مبتلا به هیدروسفالی نیازمند به درمان (درجه ۲) ($p=0/003$)، تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. در رابطه با هیدروسفالی، از ۱۷ بیمار (۱۰۰ درصد) نیازمند به درمان در گروه مورد، ۵ بیمار (۲۹/۴ درصد) بعد از جراحی ترمیمی، مبتلا به هیدروسفالی نیازمند به درمان شدند.

در رابطه با مرگ و میر بیماران، از میان ۱۰ بیماری که در مجموع فوت کردند، ۲ نفر (۲۰ درصد) به علت ابتلا به عوارض اینترا کرانیال در سال اول زندگی، ۴ نفر (۴۰ درصد) به علت ابتلا به اختلالات و مشکلات ادراری و سیستم ادراری در ۳ تا ۵ سالگی و ۴ نفر (۴۰ درصد) دیگر نیز به علت ابتلا به عوارض تنفسی فوت کردند.

تا ۱ سال، ۲ تا ۵ سال و ۶ تا ۱۰ سال قرار داشتند و در گروه کنترل ۱۴ (۴۶/۶ درصد)، ۱۱ (۳۶/۶ درصد) و ۵ (۱۶/۶ درصد) کودک به ترتیب در گروه های سنی فوق قرار داشتند که توزیع سنی بیماران دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p>0/05$).

میزان مرگ و میر و امتیاز فاکتورهای پیش آگهی بیماران و تفاوت آنها بین دو گروه در جدول ۳ آمده است. براساس نتایج، درجات بالاتر معلولیت فیزیکی ($p=0/003$)، اختلالات سیستم ادراری ($p=0/006$)، اختلال وضعیت هوشی ($p=0/001$) و ناتوانی کلی ($p=0/006$) در گروه کنترل به شکل معنی داری بیشتر از گروه مورد بود. همچنین مشخص شد که درجات پایین تر معلولیت فیزیکی ($p=0/004$)، اختلالات سیستم ادراری ($p=0/007$)، اختلال وضعیت هوشی ($p=0/004$) و ناتوانی کلی ($p=0/003$) در

جدول ۳. میزان مرگ و میر و امتیاز فاکتورهای پیش آگهی بیماران در کودکان مبتلا به میلو مننگوسل در دو گروه مورد و کنترل

فاکتور پیش آگهی	امتیاز	تعداد بیماران (درصد ۱۰۰)	گروه مورد (تعداد: ۳۰ نفر)	گروه کنترل (تعداد: ۳۰ نفر)	p
معلولیت فیزیکی	۱	۲۹ (۱۰۰ درصد)	۱۸ (۶۲ درصد)	۱۱ (۹ درصد)	۰/۰۰۴
	۲ و ۳	۳۱ (۱۰۰ درصد)	۱۲ (۳۸/۷ درصد)	۱۹ (۶۱/۲ درصد)	۰/۰۰۳
اختلالات سیستم ادراری	۱	۳۲ (۱۰۰ درصد)	۲۰ (۶۲/۵ درصد)	۱۲ (۳۷/۵ درصد)	۰/۰۰۷
	۲ و ۳	۲۸ (۱۰۰ درصد)	۱۰ (۳۵/۷ درصد)	۱۸ (۶۴/۲ درصد)	۰/۰۰۶
اختلال وضعیت	۱	۲۹ (۱۰۰ درصد)	۱۹ (۶۵/۵ درصد)	۱۰ (۳۴/۵ درصد)	۰/۰۰۴
هوشی	۲ و ۳	۳۱ (۱۰۰ درصد)	۱۱ (۳۵/۴ درصد)	۲۰ (۶۴/۵ درصد)	۰/۰۰۱
هیدروسفالی	۱	۲۸ (۱۰۰ درصد)	۱۳ (۴۶/۴ درصد)	۱۵ (۵۳/۵ درصد)	۰/۲
	۲	۳۲ (۱۰۰ درصد)	۱۷ (۵۳/۱ درصد)	۱۵ (۴۶/۸ درصد)	۰/۳
ناتوانی کلی	گروه ۱ و ۲	۲۷ (۱۰۰ درصد)	۱۸ (۶۶/۶ درصد)	۹ (۳۳/۳ درصد)	۰/۰۰۳
	گروه ۳-۵	۳۳ (۱۰۰ درصد)	۱۲ (۳۶/۳ درصد)	۲۱ (۶۳/۶ درصد)	۰/۰۰۶
مرگ و میر		۱۰ (۱۰۰ درصد)	۳ (۳۰ درصد)	۷ (۷۰ درصد)	۰/۰۰۳

بحث

براساس نتایج ما، درجات بالاتر معلولیت فیزیکی، اختلالات سیستم ادراری، اختلال وضعیت هوشی، میزان مرگ و میر و ناتوانی کلی در کودکانی که تحت عمل جراحی میلومنگوسل قرار نگرفته بودند به شکل معنی داری بیشتر از گروه مورد بود. به عبارت دیگر، مطالعه ما نشان داد که پیش آگهی کودکان مبتلا به میلومنگوسل که تحت عمل جراحی میلومنگوسل قرار می گیرند بهتر از کودکانی است که از انجام این عمل جراحی محروم می شوند.

تارکان و همکاران (۱) تأثیر جراحی میلومنگوسل در بین ۴۰۱ کودک مبتلا را بین سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ بررسی کردند. براساس نتایج این مطالعه، عفونت ادراری، دیلاتاسیون معجاری ادراری و ریفلاکس ادراری، قبل از عمل میلومنگوسل به ترتیب در ۴۸/۳ درصد، ۱۹ درصد و ۳۰ درصد از کودکان مبتلا وجود داشت که فراوانی این موارد بعد از جراحی میلومنگوسل به ترتیب در ۳۴ درصد، ۴۵ درصد و ۴۷ درصد از کودکان مبتلا به عفونت، دیلاتاسیون و ریفلاکس ادراری بهبود یافت. براساس این مطالعه، به طور کلی پیش آگهی کودکانی که قبل از ۷ سالگی تحت تشخیص و درمان میلومنگوسل قرار گرفته اند، بهتر از کودکان با سنین بالاتر است. وارف و همکاران (۲) فاکتورهای مرتبط با پیش آگهی کودکان مبتلا به میلومنگوسل را در میان ۱۴۰ کودک مبتلا در بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴ مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه، تمامی کودکان در روزهای ابتدایی عمر خود تحت جراحی میلومنگوسل قرار گرفته بودند. براساس این مطالعه، مورتالیتی کودکان کم تر از ۵ سال، ۳۷ درصد به دست آمد و به طور کلی ۸۱ کودک (۶۳ درصد) بیش از ۵ سال زنده ماندند. نتایج این مطالعه نشان داد که رابطه معنی داری میان بقا و سن، جراحی ترمیمی میلومنگوسل و روش این جراحی و ابتلا به هیدروسفالی وجود ندارد. با این حال نویسندگان این مطالعه خاطر نشان کردند که مداخله جراحی جهت ترمیم میلومنگوسل و بهبود هیدروسفالی به علت بقای بیماران و بهبود پیش آگهی کودکان مبتلا لازم است.

لاربر (۶) در بررسی ۵۲۴ کودک مبتلا به میلومنگوسل نشان داد که موارد مبتلا به فلج گسترده، دور سر بیش از صدک ۹۰ درصد، ابتلا به کیفوز شدید و ابتلا به سایر نقایص مادرزادی عمده در بدو تولد، نشان دهنده پیش آگهی بد در بیماران می باشند و مداخله سریع جراحی میلومنگوسل و سایر اقدامات درمانی جهت اختلالات عمده دیگر در کودکان جهت بهبود پیش آگهی بیماران لازم است.

آدزیک و همکاران (۹) تأثیر مداخله جراحی پره ناتال (گروه ۱) و پست ناتال (گروه ۲) میلومنگوسل را بر پیش آگهی دو گروه از کودکان مبتلا به میلومنگوسل مورد بررسی قرار دادند. براساس این مطالعه، به ترتیب ۴۰ درصد و ۸۲ درصد از کودکان گروه ۱ و ۲ بعد از تولد نیاز به شنت داشتند که این تفاوت بین دو گروه معنی دار بود. همچنین مشخص شد که وضعیت ذهنی و عملکرد حرکتی کودکان گروه ۱ نسبت به کودکان گروه ۲ در طی ۳۰ ماه پی گیری کودکان به شکل معنی داری بهتر است. نتایج این مطالعه نشان داد که اگرچه مداخله جراحی پره ناتال ممکن است با عوارض جنینی و مادری (مانند زایمان زودرس) همراه باشد، ولی مداخله جراحی زود هنگام میلومنگوسل تأثیر مهمی بر بهبود پیش آگهی کودکان مبتلا دارد.

براساس نتایج ما و مطالعات انجام گرفته در این زمینه (۱، ۲، ۶، ۹)، مشخص می شود که مداخله جراحی میلومنگوسل و به عبارتی مداخله جراحی زود هنگام (براساس نظر برخی نویسندگان (۹) حتی در دوران پره ناتال)، علاوه بر افزایش بقای بیماران می تواند نقش مهمی در بهبود پیش آگهی بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنها در بلند مدت داشته باشد. با توجه به این نتیجه گیری، علاوه بر درمان های روتین در کودکان مبتلا، انجام جراحی زود هنگام میلومنگوسل و برداشتن موانع عدم جراحی میلومنگوسل در کودکان مبتلا جهت بهبود پیش آگهی این کودکان توصیه می شود، چرا که براساس مطالعات، انجام این عمل می تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران در آینده داشته باشد. با این حال، به علت تفاوت

prevention of neural tube defects. *Pediatrics*. 1999; 104(2):325-7.

5. Dias M, Walker M. The embryogenesis of complex dysraphic malformations: a disorder of gastrulation? *Pediatric neurosurgery*. 1992; 18(5-6): 229-53.

6. Lorber J. Results of treatment of myelomeningocele. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1971; 13(3):279-303.

7. Winn HR. *Youmans neurological surgery*: WB Saunders Philadelphia; 2004.p. 5176-7.

8. Milhorat TH, Nishikawa M, Kula RW, Dlugacz YD. Mechanisms of cerebellar tonsil herniation in patients with Chiari malformations as guide to clinical management. *Acta neurochirurgica*. 2010; 152(7): 1117-27.

9. Adzick NS, Thom EA, Spong CY, Brock III JW, Burrows PK, Johnson MP, et al. A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. *New England Journal of Medicine*. 2011; 364(11): 993-1004.

10. Stark GD. Neonatal assessment of the child with a myelomeningocele. *Archives of disease in childhood*. 1971; 46(248): 539-40.

11. Bruner JP, Tulipan N, Paschall RL, Boehm FH, Walsh WF, Silva SR, et al. Fetal surgery for myelomeningocele and the incidence of shunt-dependent hydrocephalus. *Jama*. 1999; 282(19): 1819-25.

12. Dias MS, Partington M. Embryology of myelomeningocele and anencephaly. *Neurosurgical focus*. 2004; 16(2): 1-16.

13. Worley G, Schuster JM, Oakes WJ. Survival at 5 years of a cohort of newborn infants with myelomeningocele. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1996; 38(9): 816-22.

14. Kaufman B, Terbrock A, Winters N, Ito J, Klosterman A, Park T. Disbanding a multidisciplinary clinic: effects on the health care of myelomeningocele patients. *Pediatric neurosurgery*. 1994; 21(1): 36-44.

15. McLone DG, Czyzewski D, Raimondi AJ, Sommers RC. Central nervous system infections as a limiting factor in the intelligence of children with myelomeningocele. *Pediatrics*. 1982; 70(3): 338-42.

شیوع کودکان مبتلا به میلو مننگوسل در هر منطقه و تفاوت مراکز درمانی از نظر امکانات و سایر شرایط، مطالعات بیشتر در آینده توصیه می شود.

نتیجه گیری

براساس نتایج مطالعه حاضر، میزان مرگ و میر، ناتوانی کلی و به طور کل پیش آگهی کودکانی که تحت جراحی میلو مننگوسل قرار نگرفته اند، بدتر از کودکانی است که این جراحی در آنها انجام شده است. در نتیجه، انجام عمل جراحی زود هنگام میلو مننگوسل در کودکان مبتلا، به علت تاثیر آن در بهبود پیش آگهی و کیفیت زندگی بیماران توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک و هم چنین نمونه های پژوهش که بدون مشارکت آنها انجام این مطالعه امکان پذیر نبود، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

منابع

1. Tarcan T, Onol FF, Ilker Y, Şimek F, Özek M. Does surgical release of secondary spinal cord tethering improve the prognosis of neurogenic bladder in children with myelomeningocele? *The Journal of urology*. 2006; 176(4): 1601-6.
2. Warf BC, Wright III EJ, Kulkarni AV. Factors affecting survival of infants with myelomeningocele in southeastern Uganda: Clinical article. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. 2011; 7(2): 127-33.
3. McLone D. Care of the neonate with a myelomeningocele. *Neurosurgery clinics of North America*. 1998; 9(1): 111-20.
4. Desposito F, Cunniff C, Frias J, Panny S, Trotter T, Wappner R, et al. Folic acid for the