

الشق الشرجي

الدكتور ناظم ابراهيم رنجوس*

(تاريخ الإيداع 28 / 7 / 2018. قُبِلَ للنشر في 2 / 9 / 2018)

□ ملخص □

- شملت هذه الدراسة الاسترجاعية 158 مريضاً ومريضة لديهم شق شرجي راجعوا مستشفى الأسد وتشرين الجامعيين باللاذقية بين عامي 2013-2018 أي خمس سنوات.
- يعتبر الشق الشرجي من الآفات المهمة التي تصيب المستقيم. وهو عبارة عن تمزق على المحور الطولاني لأسفل قناة الشرج تحت الخط المسنن. وغالباً يكون على الوجه الخلفي للشرح بمعدل 79.11% من الحالات.
- الأعمار الأكثر عرضة للمرض (30-40) سنة. والإناث أكثر عرضة للمرض من الذكور بمعدل 1/2.
- من أهم أسباب تشكل الشق الشرجي الإمساك المزمن - الحمل والولادات - العمليات الجراحية على منطقة الشرج - استخدام التحاميل والحقن الشرجية.
- العلاج الجراحي هو الخيار الشافي للشق الشرجي ويمكن ذلك بإجراء توسيع المصرة الشرجية أو خزع جانبي للمصرة الشرجية أو استئصال الشق مع الخزع الجانبي ولكن بالدراسة تبين أن أفضل إجراء جراحي هو استئصال الشق مع خزع المصرة.

الكلمات المفتاحية: الشق الشرجي - خزع المصرة - استئصال الشق.

* دكتوراه جراحة عامة - قسم الجراحة - مستشفى تشرين الجامعي باللاذقية.

ANAL FISSURE

Dr. NAZEM RANJOUS *

(Received 28 / 7 / 2018. Accepted 2 / 9 / 2018)

□ ABSTRACT □

- A retro spective stady of 158 cases of anal fissure visited Al Assad and Tishreen University hospitals of Latakia between 2013-2018 (five years).
- Anal Fissure is one of the most common diseases in anus. It is a longitudinal tear of the distal anal canal mucosa below the dentate line,generally it lies on the posterior aspect in 79.11% of cases.
- The most common age of incidence is between (30-40)years. the ratio of female to male is about 2/1.
- The most common cases are:chronic constipation, pregnancy and deliveries, surgical procedures on anus,suppository and rectal enema using.
- The treatment of choice is surgery,options are either dilatation of anal sphincter,or lateral sphincterotomy, or fissurectomy and lateral sphincterotomy .In our study it has been found that the best option of treatment is fissurectomy and lateral sphincterotomy.

Key words: ANAL Fissur – Sphincterotomy – Fissurectomy.

*MD- PHD- Department of surgery- Tishreen University Hospital in LATAKIA.

مقدمة:

يعتبر الشق الشرجي من الآفات المهمة التي تصيب المستقيم وقد أصبح اختصاصاً مستقلاً بحد ذاته وذلك لأهميته وكثرة تواتره. وهو عبارة عن تمزق أو شرخ على المحور الطولاني لأسفل قناة الشرج تحت الخط المسنن للقناة الشرجية. [1]

ويتشكل الشق الشرجي بسبب عبور براز قاسي أو اسهال مزمن مما يسبب تشقق في قناة الشرج مترافقاً بالآلام حادة وتشنج المصرة الشرجية ونقص بالتروية الدموية. هذه الحلقة من الألم والتشنج ونقص التروية تعيق شفاء الشق الشرجي وتحوله إلى مزمن. [1-2]

إن معظم الشقوق تقع على الوجه الخلفي للشرج على الخط المنتصف في الجهة الخلفية. ونسبة أقل أي 10% تقع على الوجه الأمامي للشرج وهناك نسبة ضئيلة 1% في مناطق أخرى. [1-3] كما لوحظ أن نسبة إصابة النساء مقارنةً مع الرجال بهذا المرض هي 1/2. [3]

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية البحث من أن الشق الشرجي يحتل المرتبة الثالثة من بين الآفات التي تصيب المستقيم والهدف من البحث هو:

- 1- إلقاء الضوء على أهم أسباب الشق الشرجي.
- 2- أهمية التشخيص الصحيح بناءً على القصة المرضية والعلامات السريرية والفحص السريري.
- 3- طرق العلاج وتقويم هذه الطرق من حيث المضاعفات والنتائج.

طرائق البحث ومواده:

دراسة استرجاعية تحليلية أجريت على 158 مريض ومريضة راجعوا قسم الجراحة في مستشفى الأسد وتشرين الجامعيين باللاذقية خلال الفترة الواقعة بين عامي 2013-2018 أي خمس سنوات . تم تشخيص الاصابة بالشق الشرجي لكل هؤلاء المرضى عن طريق القصة السريرية - الفحص السريري. تم دراسة هذه الحالات من حيث معدل الحدوث حسب الفئات العمرية- حسب الجنس- حسب نوع الشق الشرجي- حسب الأسباب وموقع الشق. كما تم دراسة طرق التدبير الجراحي التي خضع لها المرضى.

النتائج والمناقشة:

يحتل الشق الشرجي المرتبة الثالثة من بين آفات الشرج ويلاحظ عند النساء أكثر من الرجال بنسبة 1/2 وخصوصاً عند النساء الولودات. [3] وقد اعتمدنا في دراستنا على القصة المرضية والفحص السريري لوضع التشخيص.

دراسة توزيع المرضى حسب العمر:

تراوحت أعمار المرضى بين 20-50 سنة. تم توزيع المرضى والبالغ عددهم 158 مريضاً حسب الفئة العمرية على الشكل التالي:

الجدول رقم(1): توزيع الحالات حسب الفئة العمرية:

الفئة العمرية	عدد الحالات	النسبة المئوية
20-30 سنة	49	31%
30-40 سنة	79	50%
40-50 سنة	30	19%
المجموع	158	100%

نلاحظ من هذا الجدول(1) أن الفئة العمرية 30-40 سنة هي الفئة الأكثر إصابة بالمرض بنسبة 50% تليها الفئة العمرية 20-30 سنة بنسبة 31% وأخيراً الفئة العمرية 40-50 سنة بنسبة 19%.

دراسة توزيع الحالات حسب الجنس:

تم توزيع المرضى حسب الجنس إلى ذكور وإناث وفق الجدول التالي:

الجدول رقم(2): توزيع الحالات حسب الجنس:

الجنس	عدد الحالات	النسبة المئوية
ذكور	54	34.2%
إناث	104	65.8%
المجموع	158	100%

نلاحظ من هذا الجدول (2) أنه من أصل 158 مريضاً كان عدد الإناث 104 مريضات أي بنسبة 65.8% أما الذكور فكان عددهم 54 مريضاً أي بنسبة 34.2% أي أن الإناث معرضات للمرض أكثر من الذكور بنسبة 1/2. [3-4]

أنواع الشق الشرجي:

من خلال الدراسة لاحظنا أن هناك ثلاثة أنواع للشق الشرجي:

1- الشق الشرجي الحاد: وهو شق حديث يمتد من الحافة الشرجية إلى القناة الشرجية مع قساوة ووذمة التهابية مترافق مع تشنج بالمصرة الشرجية [3-4].

2- الشق المزمن: هو الشق الشرجي الذي لا يستجيب للعلاج لمدة أكثر من شهر منذ ظهوره، ويتميز بحواف قاسية وقاعدة ندبية ويمتد للمصرة الشرجية الباطنة على شكل زورق وغالباً ما يلاحظ وجود الحلمة الحارسة أسفل الشق. [3-5]

3- الشق الناكس: وهو الشق المعالج سابقاً وعاد ظهوره من جديد. نلاحظ في هذه الحالة أنه لا يوجد شق وحيد بل أكثر من شق مع تضيق شديد في فتحة الشرج وهو يجمع بين أعراض وعلامات الشق الشرجي الحاد والمزمن غالباً. قمنا بتقسيم المرضى حسب نوع الشق الشرجي وفق الجدول التالي:

الجدول رقم(3): توزع المرضى حسب نوع الشق الشرجي:

نوع الشق الشرجي	عدد المرضى	النسبة المئوية
الشق الحاد	19	12%
الشق المزمن	111	70.3%
الشق الناكس	28	17.7%
المجموع	158	100%

نلاحظ من الجدول(3) أن نسبة المصابين بالشق الشرجي المزمن هي النسبة الأعلى وبشكل ملحوظ أي 111 من أصل 158 مريضاً وبنسبة 70.3%. وقد يكون ذلك بسبب التقاليد والعادات الاجتماعية في بلادنا والتي تجعل المريض يراجع الجراح بشكل متأخر.

أسباب الشق الشرجي:

من أهم أسباب الشق الشرجي:

- 1- الإمساك المزمن أو الإسهالات الشديدة [1-5-6]
 - 2- قلة الحركة والمشى مايسبب ضعف في حركية الأمعاء وبالتالي الإمساك المزمن. [2-4]
 - 3- الحمل والولادات المتكررة. [2-4-6]
 - 4- جراحات سابقة على منطقة الشرج كالبواسير مثلاً. [5-6]
 - 5- استخدام التحاميل الشرجية أو الحقن الشرجية أو تنظيف الشرج والمستقيم أحياناً. [2-5]
 - 6- داء كرون. [2-3-5-8]
- ونبين ذلك بالجدول التالي:

الجدول رقم(4) الأسباب وتوزع المرضى:

الأسباب	عدد المرضى	النسبة المئوية
الإمساك المزمن	62	39.24%
الإسهالات الشديدة	9	5.69%
الحمل والولادات	40	25.31%
جراحات سابقة على منطقة الشرج	28	17.72%
استخدام تحاميل أو حقن أو تنظيف شرج ومستقيم	16	10.12%
داء كرون	3	1.89%
المجموع	158	100%

نلاحظ من هذا الجدول (4) بأن الإمساك شكّل النسبة الكبرى من الأسباب المؤدية للشق الشرجي بنسبة 39% بينما الحمل والولادات المتكررة كانت بالدرجة الثانية أي بنسبة 25.31% يلي ذلك الجراحات السابقة كالبواسير الشرجية بنسبة 17.72%. أما استخدام الحقن كعلاج للإمساك فكانت نسبتها 10.12% والإسهالات الشديدة كانت بنسبة 5.69% وأخيراً داء كرون لم تتجاوز الثلاثة حالات من أصل 158 حالة أي بنسبة 1.89%.

الأعراض والعلامات السريرية:

- تتوزع الأعراض والسريريات عند المريض الذي يعاني من الشق الشرجي على الشكل التالي:
- 1- الألم: وهو من أهم الأعراض السريرية حيث يشكو المريض من ألم شديد أثناء التغوط وقد يستمر لساعة أو أكثر بعد التغوط ليعود ويتكرر عند التغوط الثاني. [1-3-5-6]
 - 2- النزف: يترافق النزف عادةً مع البراز ويكون إما على شكل مسحة على البراز أو قد تتساقط قطرات من الدم أحياناً. أو يلاحظ على ورق محارم التواليت. [1-3-5-6]
 - 3- الحكّة الشرجية [2-6]
 - 4- الإمساك المزمن ويكون ذلك في معظم الأحيان بسبب أن المريض يتجنب التغوط بسبب الألم الشديد.
 - 5- المفززات: قليلة، ترافق بعض الحالات المزمنة. [5-6]

الفحص السريري:

يكون الفحص السريري بوضعية السجود أو الإستلقاء جانباً مع ثني الطرف السفلي إلى البطن وترك الطرف الآخر ممدود. بعد إبعاد حواف الشرج بلطف يلاحظ وجود شرح ضيق ومشدود لدى غالبية المرضى. بمحاولة الفحص اللطيف يمكن ملاحظة حلمة حارسة يليها شق شرجي واضح. المس الشرجي مؤلم جداً حتى بعد تطبيق مخدر موضعي ولكنه ضروري إن أمكن ذلك. أما تنظيف الشرج والمستقيم فقد يكون هاماً عند بعض المرضى وذلك لنفي أمراض هامة أخرى. [1-3-5-6]

في دراستنا إجري الفحص السريري لجميع المرضى وتم تحديد موقع الشق الشرجي ونبين ذلك بالجدول التالي:

جدول (5) يبين موقع الشق الشرجي وعدد المرضى:

موقع الشق	عدد المرضى	النسبة المئوية
خلفي على الخط المنتصف	125	79.11%
أمامي على الخط المنتصف	15	9.49%
جانبي	5	3.16%
عدة شقوق	13	8.22%
المجموع	158	100%

حسب دراستنا نلاحظ بأن الشق الخلفي هو النسبة الأعلى فقد وجد عند 125 مريضاً من أصل 158 مريضاً أي بنسبة 79.11% [1-3]. أما الشق الأمامي فقد كان عند 15 مريضاً من أصل 158 مريضاً أي بنسبة 9.49% يلي ذلك الشقوق المتعددة أي أكثر من شق وكان بنسبة 8.22%. أما الشق الجانبي فقد لاحظناه عند خمسة مرضى فقط أي بنسبة 3.16% لديهم سوابق تداخلات جراحية (استئصال بواسير شرجية). بالمقارنة مع دراسة ستيفن وزميله الكسندر نلاحظ أيضاً أن التموضع الخلفي للشق أخذ النسبة الأكبر يليه التموضع الأمامي كما في دراستنا. [7]

التشخيص:

يوضع التشخيص عادةً بشكل سهل وذلك بالاعتماد على:

- 1- القصة المرضية والعلامات السريرية [5-6-8].
- 2- الفحص السريري الذي يظهر بوضوح وجود شرج واضح مع حليلة حارسة أو بدونها [5-6-8].

دراسة الطرق العلاجية:

ينقسم العلاج إلى قسمين:

1- العلاج المحافظ: ويعتمد على إزالة الأسباب المؤدية لحدوث الشق الشرجي ومعالجة الأعراض ويتلخص فيما يلي: [5-6-8-9]

- تغيير أسلوب الحياة مثل طريقة التغذية وشرب الماء وممارسة الرياضة وخصوصاً المشي.
 - استعمال المليينات.
 - تخفيف الألم باستخدام المسكنات أو المخدر الموضعي (ليدوكائين).
 - الإكثار من المغاطس الدافئة.
 - استخدام مرهم النيتروغليسرين لتحسين التوعية الدموية وبالتالي الإسراع في الشفاء.
- 2- العلاج الجراحي: هناك ثلاثة طرق للعلاج الجراحي تحت التخدير العام هي:
- توسيع المصرّة الشرجية بحيث تسمح بدخول 3-4 أصابع بسهولة. [2-5-8-9]
 - الخزع الجانبي للمصرّة الشرجية. [5-6-8-9]
 - استئصال الشق مع خزع المصرّة وسحب مخاطية الشرج وخباطتها مع حافة جلد الشرج بقطب متفرقة بعد استئصال الحلمة الحارسة إن وجدت. [1-3-5-7-8]
- في دراستنا أجريت الثلاثة طرق للمرضى ولكن بنسب مختلفة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (6) يبين نوع الجراحة وعدد المرضى مع النسب المئوية

نوع الجراحة	عدد المرضى	النسبة المئوية
توسيع المصرّة الشرجية	16	10.12%
خزع جانبي للمصرّة الشرجية	38	24%
استئصال الشق مع خزع المصرّة الشرجية الجانبي	104	65.8%
المجموع	158	100%

نلاحظ من خلال الجدول (6) أن استئصال الشق مع خزع المصرّة الشرجية الجانبي أجري لعدد 104 مريضاً من أصل 158 مريضاً أي بنسبة 65.8% وهي النسبة الأكبر. يليها خزع جانبي للمصرّة لعدد 38 مريضاً من أصل 158 مريضاً أي بنسبة 24%. من بينهم 19 حالة شق شرجي حاد لديهم تضيق بفتحة الشرج وصعوبة التغوط. أما توسيع المصرّة الشرجية فقد أجري فقط ل 16 مريضاً من أصل 158 مريضاً أي بنسبة 10.12%.

نلاحظ أن طريقة استئصال الشق مع خزع المصرة هي الطريقة الأكثر اتباعاً لما تحقق للمريض من فرص الشفاء وخصوصاً في الشق المزمن. لأن هذه الطريقة تحقق هدفين وهما إزالة الشق المؤلم والنازف كما أنها توسع فتحة الشرح مما يسمح بخروج الغائط بدون عناء، وبالمتابعة لاحتظنا أن لهذه الطريقة نتائج أفضل بكثير من الطرق الأخرى حيث أنها تحقق الشفاء التام تقريباً. وهذا ماتوصل إليه الباحثون الأمريكيون أيضاً من خلال دراسة أجراها ديفيد وزملاؤه في الجمعية الأمريكية لجراحة الكولون والمستقيم.[9] كذلك الأمر وجدناه في دراسة ستيفن والكسندر.[7]

المضاعفات: تقسم إلى قسمين: [5-6-7-8-9]

- 1- مضاعفات عاجلة: وهي التي تحدث بعد الجراحة وبنفس اليوم وهي:
 - الألم والذي يمكن السيطرة عليه بالمسكنات.
 - النزف والذي يمكن السيطرة عليه بسهولة.
- 2- مضاعفات متأخرة: وتتخلص بالنكس الذي يحتاج لتدخل جراحي ثاني غالباً. من خلال دراستنا التي أجريناها لم نلاحظ مضاعفات تستحق الذكر والدراسة لذلك لم نذكرها.

الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- نستنتج أن الشق الشرجي مرض سببه العادات الصحية الخاطئة وعدم الالتزام بوجبات طعام صحية مع قلة الحركة اللذان يسببان الإمساك المزمن والذي بدوره يكون السبب الرئيسي لتشكيل الشق الشرجي.
- 2- الحمل والولادات المتعددة يزيد من إمكانية حدوث الشق الشرجي.
- 3- استخدام التحاميل أو الحقن الشرجية أو التنظير الهضمي السفلي قد يكون أحد اسباب تشكل الشق الشرجي.
- 4- يمكن وضع التشخيص بسهولة بناءً على القصة المرضية والفحص السريري دون الحاجة لاستقصاءات أخرى. إلا في حالة الشك بوجود أمراض مرافقة.
- 5- نوصي بأهمية التنظيف حول ضرورة اتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة لتجنب حالات الإمساك.
- 6- إن أفضل طرق علاج الشق الشرجي في حال فشل العلاج المحافظ هي الجراحة التي تكون غالباً شافية وأفضل طريقة نوصي بها هي استئصال الشق مع خزع المصرة الجانبي لما لها من نتائج إيجابية.

المراجع:

- 1- Schwartz's,F.Charles Brunicardi. *Priciples of surgery*. Ninth edition, Houston, Texas, 2009,p(1866),(1059-1060).
- 2- Burlui.D; Constantinescu.C. *Chirurgie generala*. Bucuresti,1982, P (481),(228).
- 3- Sabiston, david.C.sabiston, *Textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice* . Fourteenth edition, USA,1991,P(2208),(967-968).
- 4- Baily,love's, NORMAN S. Williams.*Short practice of surgery*. 26th edition,2013,P(1437),(1248-1250).

5- مسعود، سجيح. قنجرأوي، أكثم. دبرها، محمود. *جراحة البطن- الأمراض الجراحية /2*. جامعة

تشرين ، كلية الطب البشري،(2007-2008)،P(400)،(168-171).

- 6- Caloghera.C. *Chirurgie de Urgenta*. Timisoara, 1993, P(751), (552).
- 7- STEVEN.schlichtemeier; ALEXander.Engel, *ANAL Fissure*. Australian prescriber, volume 39: number 1: February 2016, Sydney. P(14-17). 21-07-2018 www.australianprescriber.com/index. ANAL Fissure > <
- 8- Sharon I.Dykes; Robert D.Madoff, *Text book of colon and rectal surgery. Benign Anorectal: ANAL Fissure*. Chapter(12), April 2007, P(526). (178-191). 21-07-2018 www.eknygos.ismunit.Lt/springer/526/178-191.pdf> <
- 9- David B. Stewart; Wolf Gang Gaertner; Sean Glasgow; John Migaly; Daniel Feingold; Scott R. Steele, *Clinical practice guideline for the management of ANAL fissures*. USA, American Society of Colon and Rectal Surgeons. 21-07-2018 <http://www.fascrs.org/.../cpg-for-the-management-of-ANAL-fissures...>> <