

مقارنة بين الإجراءات العلاجية المتبعة في علاج الشق الشرجي المزمن

* الدكتور فؤاد حاج قاسم

** الدكتور محمود دبرها

أيهم سعيد ***

(تاريخ الإيداع 10 / 7 / 2008. قُبِلَ للنشر في 27 / 8 / 2008)

□ الملخص □

شملت هذه الدراسة 118 مريضاً قبلوا وعولجوا في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، 76 أنثى (64.4%) و42 ذكراً (35.6%). توزعت الشقوق في الأماكن التالية: خلفي 106 مرضى (89.8%)، أمامي 11 مريضاً (9.3%)، وفي المكانين معاً 1 مريض (0.8%). تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: الأولى: عولجت جراحياً وضمت 68 مريضاً، والثانية: عولجت بحقن الـ BOTOX وضمت 50 مريضاً. كما تم تقسيم المجموعة الثانية إلى قسمين: الأول عولج بحقن 10 وحدات دولية وشمل 30 مريضاً، والثاني: عولج بحقن 20 وحدة دولية وشمل 20 مريضاً. كان هدف هذه الدراسة المقارنة بين طرق علاج الشق الشرجي المزمن من أجل انتقاء العلاج الأكثر فعالية والأقل من حيث الخطورة والمضاعفات.

الكلمات المفتاحية: الشق الشرجي المزمن، البوتوكس.

* أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ مساعد - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

A Comparison of the Strategies in the Treatment of Chronic Anal Fissure

Dr. Fouad Haj Kassem *

Dr. Mahmoud Dabrha **

Ayham Sa'id ***

(Received 10 / 7 / 2008. Accepted 27/8/2008)

□ ABSTRACT □

This study included 118 patients admitted and treated in the Department of Surgery in Al-assad University Hospital in Lattakia, 76 females (64.4%) and 42 males (35.6%). These fissures were located posteriorly in 106 cases (89.8%), anteriorly in 11 cases (9.8%), and in the tow places in 1 case (0.8%). Patients chosen were divided into two groups. The first was treated surgically, and it included 68 patients. The second was treated by injecting the BOTOX, and it included 50 patients. Furthermore, we divided the second group into two subgroups: the first included 30 patients who received 10 IU of the BOTOX and the second included 20 patients who received 20 IU of the BOTOX.

The objective of this study was to choose the most effective strategies of treating chronic anal fissures with minimum complications and risk.

Key words: Chronic anal fissure, BOTOX.

* Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

*** Postgraduate student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تعريف الشق الشرجي: هو انشطار أو شرخ أو قرحة طولانية في مخاطية الشرج على المحور الطولاني لأسفل قناة الشرج تحت الخط المسنن ويكون إما أمامياً بنسبة 10% أو خلفياً بنسبة 89% أو في المكانين معاً بنسبة 1% [1,2,4].

يعتقد أن سبب حدوث الشقوق الشرجية يكمن في الرضح الموضعي وخاصة الذي يحدثه مرور كتلة برازية قاسية على القناة الشرجية، أو كنتيجة للاستعمال الخاطيء للمراهم الشرجية في معالجة البواسير أو بعد مداخلة جراحية على الشرج. ويمكن إثبات وجود زيادة في ضغط المصرة الشرجية على قياسات الضغوط الشرجية (المانومتري) عند مرضى الشقوق الشرجية، ولكن لم يلاحظ وجود خطر حدوث الشق الشرجي عند الأشخاص من عامة الناس الذين يثبت وجود زيادة في ضغط المصرة الشرجية لديهم. [3,4]

قد تحدث الشقوق بسبب الإقفار الدموي وذلك لأن التدفق الدموي لجلد الشرج على الخط الناصف الخلفي أقل منه في بقية أقسام القناة الشرجية ويتداخل ازدياد الضغط الشرجي مع انخفاض التدفق الدموي في هذه المنطقة ليزيد من تشنج المصرة. [4]

وبناء على ذلك استخدم الغليسيريل تريترات لعلاج الشق الشرجي بآلية تحسين التروية الدموية في منطقة الشق. [6,7]

تترافق الشقوق الشرجية مع أمراض أخرى أحياناً كداء كرون، السل، وبيضاض الدم. [1,2,3,4]

الذيفان الوشيقي هو عديد ببتيد يتكون من جزيئات بروتينية تزن 150 كيلو دالتون. تقسم كل جزيئة بروتينية إلى سلسلتين سلسلة ثقيلة H وتزن 100 كيلو دالتون، وأخرى خفيفة L وتزن 50 كيلو دالتون. ترتبط هذه السلاسل مع بعضها بعضاً بروابط ثنائية الكبريت وهي روابط هشة وغير مقاومة للحرارة. [5]

يسبب الذيفان الوشيقي شللاً عضلياً عبر حصر الأستيل كولين ومنع تحرره إلى اللوحة المحركة العضلية العصبية وبالتالي يمنع السيالة العصبية من المرور عبر المشبك والوصول إلى اللوحة المحركة. [5]

أهمية البحث وأهدافه:

تكمن أهمية البحث في علاج إحدى أكثر آفات الشرج شيوعاً وإزعاجاً للمريض، حيث يراجع المريض بشكوى نزف سفلي مؤلم وغالباً ما يلتبس تشخيصه على أنه بواسير. لا يزال العلاج الجراحي للشق الشرجي المزمّن بأيدي غير خبيرة يحمل العديد من المخاطر من حيث التخدير والنزف وعدم الاستمساك. ومن هنا كانت أهداف البحث:

1. اختيار طريقة آمنة وفعالة تتجنب باستخدامها مخاطر الجراحة والتخدير.
2. اختيار طريقة تكون أكثر قبولاً وتحملاً للمريض.

طرائق البحث ومواده:

تمت دراسة 118 مريضاً قبلوا وعولجوا في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللانقية بتشخيص شق شرجي مزمّن وذلك في الفترة ما بين 2006/5/1 و 2008/5/1. استنتج من الدراسة جميع المرضى الذين لديهم مشاكل شرجية مرافقة للشق الشرجي أو جهازية تسبب شقوق شرجية غير نموذجية والمرضى المصابين بشق شرجي

حاد. واعتمد تصنيف الشق على أنه حاد أو مزمن بناءً على الفحص السريري ومدة وجود الأعراض فخلال 4 أسابيع من بدء الأعراض يعتبر الشق حاداً ، أما وجود الشق بعد 4 أسابيع من بدء الأعراض على الرغم من العلاج المحافظ فيعتبر الشق مزماً.

وتمت الدراسة كما يأتي:

1. القصة السريرية.
2. الفحص السريري والمعاينة.
3. العلاج: تم تقسيم المرضى لمجموعتين:
الأولى: أجري لهم علاج جراحي للشق المزمن.
الثانية: أجري لهم حقن لمادة البوتوكس ضمن المصرة الباطنة.

النتائج والمناقشة:

تمت دراسة 118 مريضاً تم قبولهم في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بتشخيص شق شرجي مزمن. استنتج من الدراسة جميع المرضى الذين لديهم مشاكل شرجية مرافقة للشق الشرجي أو جهازية تسبب شقوق شرجية غير نموذجية والمرضى المصابين بشق شرجي حاد.

1. توزع مرضى الدراسة وفقاً للجنس :

الجدول رقم (1): يبين توزع المرضى حسب الجنس.

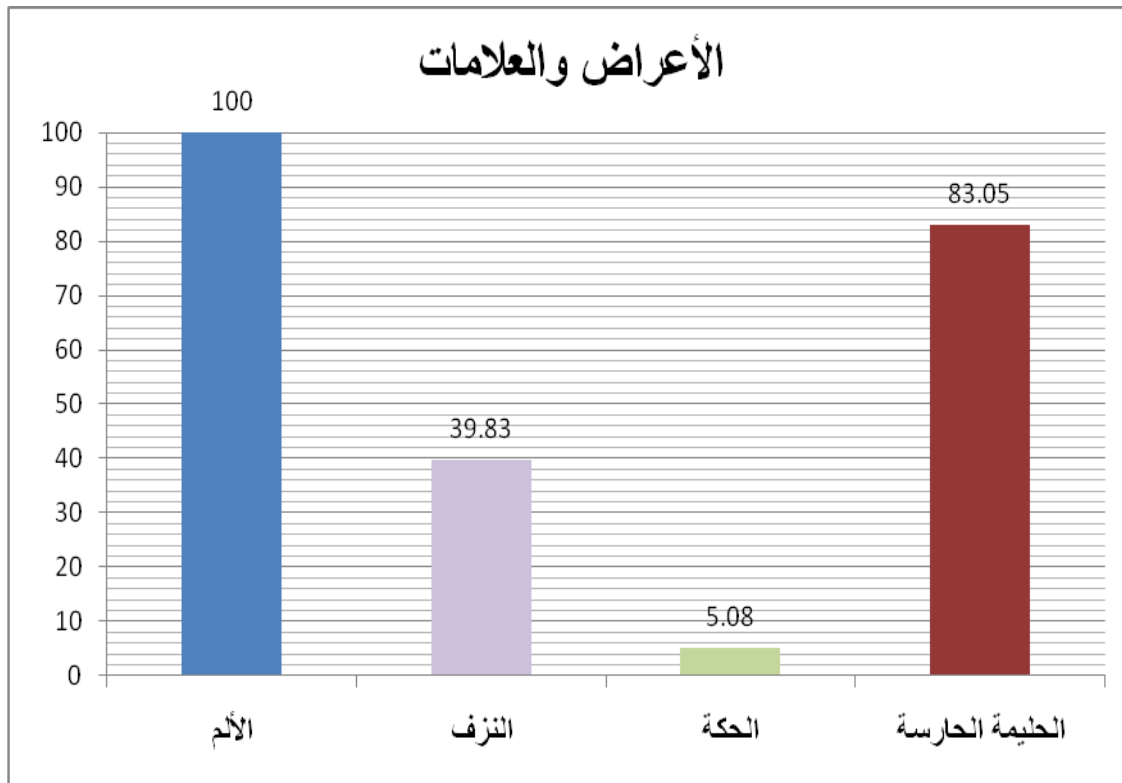
الجنس	ذكور	إناث	المجموع
عدد المرضى	42	76	118
النسبة المئوية	35.6	64.4	100

يبين الجدول أن نسبة إصابة الإناث أعلى من نسبة إصابة الذكور وهي تقارب النسب العالمية. [1]

2. توزع مرضى الدراسة وفقاً للأعراض والعلامات :

الجدول رقم (2): يبين نسب توزع الأعراض والعلامات.

الأعراض	الألم أو عدم الارتياح	النزف	الحكة	الحليمة الحارسة
عدد المرضى	118	47	6	98
النسبة المئوية	100	39.83	5.08	83.05



المخطط رقم (1): يبين نسب توزع الأعراض والعلامات.

نلاحظ من المخطط السابق أن الألم أو عدم ارتياح المريض وخاصة بعد التغوط مباشرة يحتل المرتبة الأولى بين الأعراض، حيث إنه كان موجوداً لدى جميع مرضى الدراسة من دون استثناء. يليه وجود الحليمة الحارسة ثم النزف بدرجة أقل، وشكلت الحكّة الشرجية نسبة ضئيلة بين الأعراض.

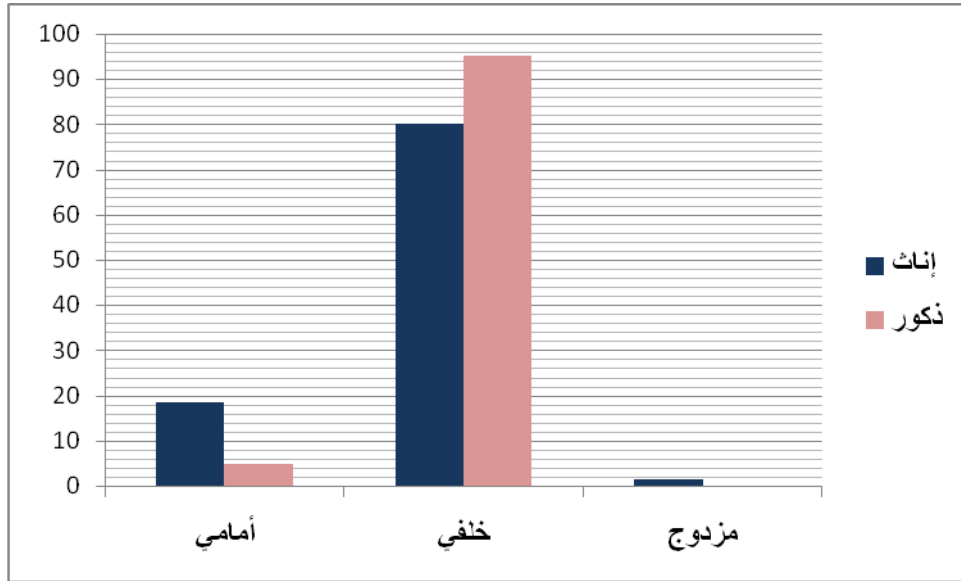
3. مكان حدوث الشق:

الجدول رقم (3): يبين نسبة توزع مكان الشقوق عند الإناث.

مزدوج	خلفي	أمامي	مكان الشق
1	61	14	عدد الإناث
1.32	80.26	18.42	النسبة المئوية

الجدول رقم (4): يبين نسبة توزع مكان الشق عند الذكور.

مزدوج	خلفي	أمامي	مكان الشق
0	40	2	عدد الذكور
0	95.24	4.76	النسبة المئوية



المخطط رقم (2) يبين علاقة جنس المريض مع مكان حدوث الشق.

من المخطط السابق نلاحظ أن التوضع الخلفي للشق هو الأكثر شيوعاً عند الجنسين مع رجحان أعلى عند الذكور. أما التوضع الأمامي فهو أقل شيوعاً ولكنه أشيع عند النساء منه عند الذكور. ويبقى التوضع المزدوج هو الأكثر ندرة. هذه النتائج تقارب كثيراً نتائج الدراسات العالمية. [1]

4. العلاج:

استخدمنا في هذه الدراسة طريقتين من طرق علاج الشق الشرجي لمقارنة النتائج وهو موضوع دراستنا. الأولى هي العلاج الجراحي وتضمن فقط توسيع المصرة الشرجية لدرجة تسمح بدخول 3-4 أصابع. الثانية هي العلاج بحقن البوتوكس حيث تم الحقن ضمن ألياف المصرة الباطنة في مكانين متقابلين بموضع الساعة 3-9. والجدول التالي يبين توزع المرضى وفقاً للعلاج المستخدم:

الجدول رقم (5): يبين توزع المرضى حسب الإجراء العلاجي المستخدم.

الإجراء	خزع المعصرة	حقن البوتوكس 10 UI	حقن البوتوكس 20 UI
عدد المرضى	68	30	20
النسبة المئوية	57.63	25.42	16.95

1.4. العلاج الجراحي:

الجدول رقم (6): يبين نتائج التداخل الجراحي لعلاج الشق الشرجي.

النتائج	شفاء	عدم شفاء	نكس
عدد المرضى	61	5	2
النسبة المئوية	89.71	7.35	2.94

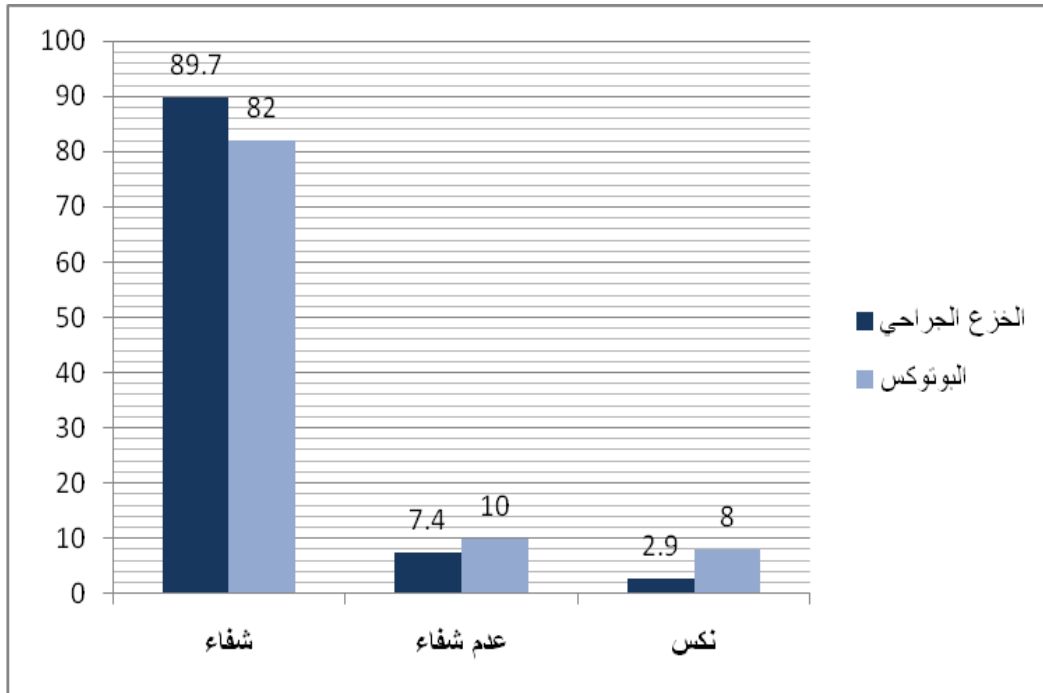
تم تسجيل النتائج بعد مرور ثلاثة أشهر على العمل الجراحي.

2.4. العلاج بحقن البوتوكس:

الجدول رقم (7): يبين نتائج حقن البوتوكس.

نتائج	شفاء	عدم شفاء	نكس
عدد المرضى	41	5	4
النسبة المئوية	82	10	8

تم تسجيل النتائج بعد مرور ثلاثة أشهر على الحقن.



المخطط رقم (3): يبين اختلاف النتائج بين الخزع الجراحي وحقن البوتوكس.

نلاحظ من المخطط رقم (3) أن نسبة الشفاء كانت مرتفعة في كلا الطريقتين مع رجحان بسيط للجراحة على الحقن. أما بالنسبة لعدم الشفاء فقد كانت النسبة أعلى باستخدام الحقن مقارنة مع الجراحة، وكانت نسبة النكس مرتفعة بالحقن أيضاً.

5. المضاعفات :

1.5. مضاعفات التداخل الجراحي:

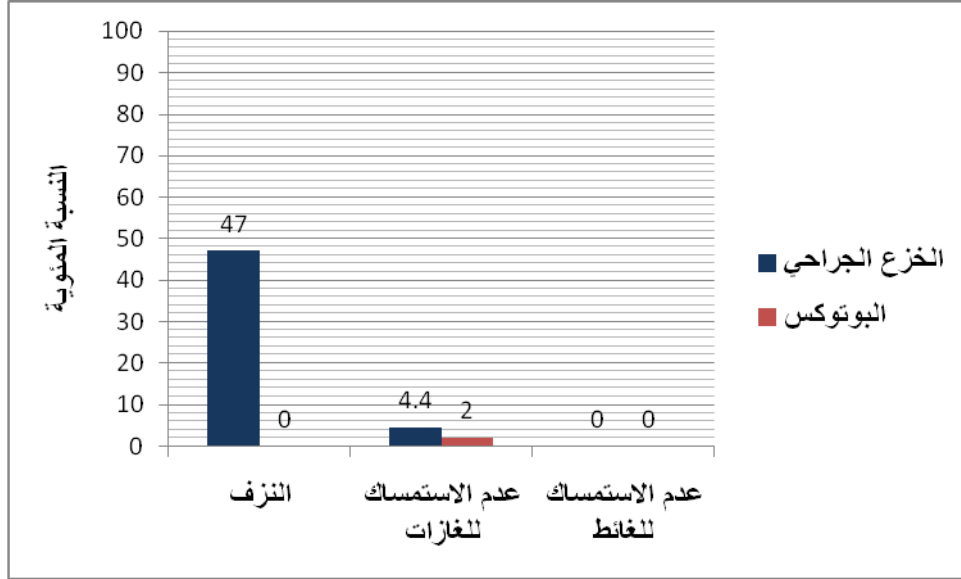
الجدول رقم (8): يبين مضاعفات التداخل الجراحي لعلاج الشق الشرجي.

المضاعفات	النزف	عدم الاستمساك للغازات
عدد المرضى	32	3
النسبة المئوية	47	4.4

تمت متابعة حدوث المضاعفات خلال الأسبوع الأول من العمل الجراحي بالنسبة للنزف وشهر بالنسبة لعدم الاستمساك، ولم تسجل أية حالة من عدم الاستمساك للغائط.

2.5. مضاعفات حقن البوتوكس:

لم تلاحظ أية حالة نزف أو عدم استمساك للغائط بينما لوحظ حدوث عدم استمساك للغازات عند مريض واحد.



المخطط رقم(4): يبين اختلاف نسب المضاعفات بين الخزع الجراحي وحقن البوتوكس.

نلاحظ من المخطط رقم (4) أن المضاعفات كانت مرتفعة بشكل واضح باستخدام العلاج الجراحي مقارنة مع حقن البوتوكس.

1. مقارنة نتائج حقن كميتين مختلفتين من البوتوكس:

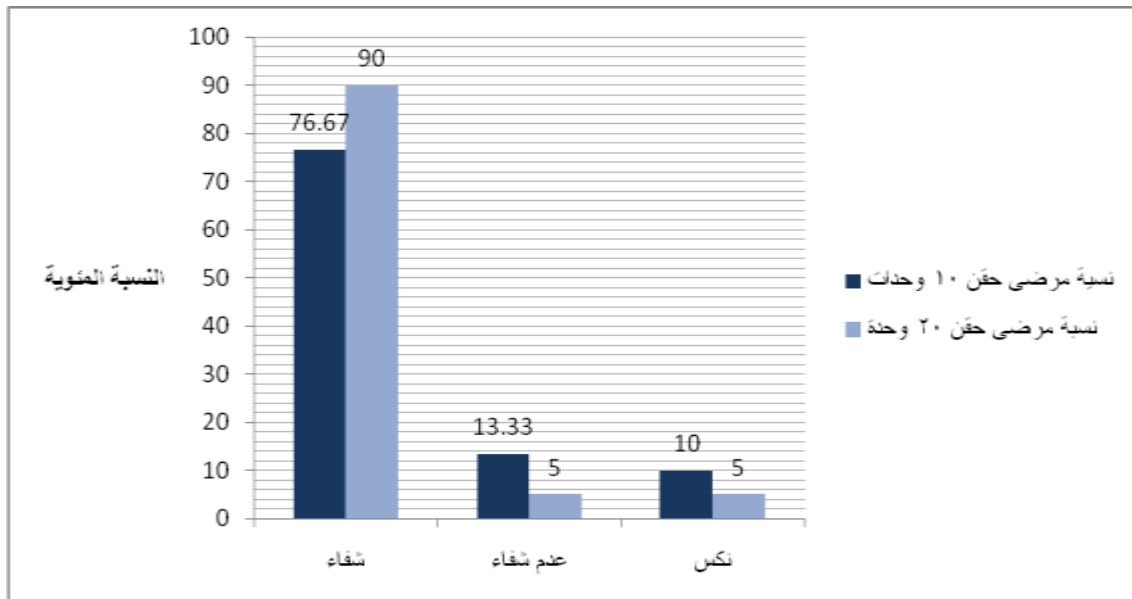
تمت متابعة المرضى بعد الحقن لمدة ثلاثة أشهر، وقد تم التأكيد على المرضى بعدم استخدام أي علاج بعد الحقن.

الجدول رقم (9): يبين نتائج حقن 10 وحدات دولية.

النتائج	شفاء	عدم شفاء	نكس	المجموع
عدد مرضى حقن 10 وحدات	23	4	3	30
النسبة المئوية	76.67	13.33	10	100

الجدول رقم (10): يبين نتائج حقن 20 وحدة دولية.

النتائج	شفاء	عدم شفاء	نكس	المجموع
عدد مرضى حقن 20 وحدة	18	1	1	20
النسبة المئوية	90	5	5	100



المخطط رقم (5) يبين نتائج حقن 10 وحدات دولية مع حقن 20 وحدة دولية.

يبين المخطط رقم (5) التفاوت الكبير بين نتائج حقن 10 وحدات دولية مع حقن 20 وحدة دولية. حيث نلاحظ ارتفاع نسبة الشفاء بحقن 20 وحدة دولية وانخفاض نسبة النكس وعدم الشفاء.

2. مقارنة مضاعفات حقن كميتين مختلفتين من البوتوكس:

لم تلاحظ أية مضاعفة عند المرضى الذين تم حقنهم بـ 10 وحدات دولية من البوتوكس في المصرة الباطنة، بينما حدثت حالة عدم استمساك للغاز عند مريض واحد من المرضى الذين تم حقنهم بـ 20 وحدة دولية من البوتوكس.

الاستنتاجات والتوصيات:

1. يعتبر حقن البوتوكس طريقة آمنة وفعالة في علاج الشق الشرجي المزمن.
2. الجراحة كعلاج للشق الشرجي المزمن هي علاج فعال ولكنه يحمل خطورة عدم الاستمساك والنزف بأيدي غير خبيرة.
3. نستنتج من الدراسة أنه على الرغم من أن الجراحة أعطت نسب شفاء أعلى من حقن البوتوكس إلا أن سهولة الحقن وانخفاض نسبة المضاعفات بعد الحقن يجعل حقن البوتوكس الخط العلاجي الأول، وفي حال فشله نستخدم إحدى الطرق الجراحية المعروفة.
4. التركيز على أهمية القصة والفحص السريري لمريض الشق الشرجي، والتمييز بينه وبين آفات الشرج الأخرى بشكل دقيق لاختلاف العلاج بينها بشكل كبير.

المراجع:

1. MICHAEL, J. ; ZINNER. ; STANELEY, W. ; ASHLEY. *Maingot's Abdominal Operations*. 11th ED, 2004.
2. FICHER, M. ; JOSEF, E. *Mastery Of Surgery*. 5th ED, Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2007, 2626.
3. LAWRENCE,W. ; GERARD, W. *Current Surgical Diagnosis & Treatment*. 11th ED, Lange, Michigan, 2003, 1468.
4. SCHWARTZ; CHARLES, B. F. *Principles of sergury*. Eighth edition, 2005,715-722.
5. MORIARTY, K. C. *Botulinum Toxin in Facial Rejuvenation*. Mosby, London, 2004,153.
6. SCHOUTEN, W. R. ; BRIEL, J. W. ; AUWERDA, J. J . *Relationship between anal pressure and anodermal blood flow*. Dis Colon Rectum Netherlands, Vol.37, N°.7, 1994, 9 - 664.
7. KENNEDY, M. L. ; SOWTER, G. S. ; NGUYEN, J. H. ; LUBOWSKI, D. Z. *Glyceryl trinitrate ointment for the treatment of chronic anal fissure*. Dis Colon Rectum Australia,Vol. 42, N°. 8, 1999, 6 - 1000.