

## النَّاسور الشرجي

الدكتور سجيح مسعود \*

الدكتور ماجد علي \*\*

هيثم مصطفى رشو \*\*\*

(تاريخ الإيداع 21 / 10 / 2009. قُبِلَ للنشر في 21 / 12 / 2009)

### □ ملخص □

شملت هذه الدراسة 61 مريضاً بنواسير شرجية، قبلوا وعولجوا في قسم الجراحة بمشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الفترة بين عام 2003 حتى 31/8/2009، منهم 55 ذكراً (90.16%)، و6 إناث (9.84%). تمّ تصنيف النواسير حسب باركس إلى: نواسير بين المصرّتين عند (46) مريضاً (75.41%)، نواسير عبر المصرّتين عند (12) مريضاً (19.67%)، نواسير ما فوق المصرّتين عند مريضين (3.28%)، ونواسير خارج المصرّتين عند مريض واحد (1.64%).

كانت الأسباب المرضية لحدوثها هي الخزّجات الشرجية المستقيمّة المهملة، أمّا أهمّ المظاهر السريرية فكانت خروج القيح عبر الشرج (85.25%)، وأكثر طرائق التشخيص إتباعاً هي زرق أزرق الميثيلين (88.52%). تمّ إتباع تقنيتين جراحيتين هما: تقنيّة فتح الموقع (75.41%)، وتقنيّة وضع الخزامة (24.59%). بلغت نسبة المضاعفات القريبة (26.23%)، ونسبة المضاعفات البعيدة في تقنيّة فتح الموقع (17.39%)، وفي تقنيّة وضع الخزامة (66.66%).

الكلمات المفتاحية: النَّاسور الشرجي، الخزامة.

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

\*\* مدرّس - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

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

## Fistula-In-Ano

Dr. Sajeeh Masoud\*  
Dr. Majed Ali\*\*  
Heysem Resho \*\*\*

(Received 21 / 10 / 2009. Accepted 21 / 12 / 2009)

### □ ABSTRACT □

This study included 61 patients (55 males (90.16%) and 6 females (9.84%) with anal fistulas, admitted and treated in the Department of Surgery at Al-Assad University Hospital in Lattakia from 2003 to 31/8/2009. According to Parks, Fistulas were classified into: intersphincteric fistulas (46) patients (75.41%), transsphincteric fistulas (12) patients (19.67%), suprasphincteric fistulas (2) patients (3.28%), and extrasphincteric fistulas (1) patient (1.64%). The causes of these fistulas were neglected anorectal abscesses. The most important clinical features were draining pus from anus (85.25%). Injection of methylene blue was the most executed investigating method (88.52%). Two surgical techniques were performed: Lay-open technique (75.41%) and seton placement (24.59%). Incidence of early complications accounted for (26.23%), while later complications accounted for (17.39%) with lay-open technique and (66.66%) with seton placement.

**Keywords:** Fistula-in-ano, seton.

---

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

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

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

## مقدمة:

النَّاسور الشرجي (Fistula-in-ano): هو مسار أو جوف شاذّ يتَّصل مع المستقيم أو القناة الشرجية بفتحة باطنة محدّدة. يُعتقد أن معظم النَّواسير تنشأ كنتيجة لخمج الغدد الخفية (Cryptoglandular). [1]

تُصنّف النَّواسير الشرجية حسب باركس إلى: [2]

- النَّاسور الشرجي ما بين المصرّتين: ويشكّل 70% منها.

- النَّاسور الشرجي عبر المصرّتين: ويشكّل 23% منها.

- النَّاسور الشرجي ما فوق المصرّتين: ويشكّل 5% منها.

- النَّاسور الشرجي خارج المصرّتين: ويشكّل 2% منها.

تشكّل الخراجات الشرجية المستقيمية المهملّة أو المعالجة بشكل خاطئ السبب الرئيس لنشئها، وتتراوح المظاهر السريرية بين خروج القيح عبر الشرج أو عبر فتحة حول الشرج، أو الألم في أثناء التغطوط أو التورّم أو النزف أو الإسهال.

أما الإجراءات الجراحية فتتضمّن:

- تقنية فتح الموقع (Lay-open Technique).

- وضع الخزامة (Seton).

- السديلة التقديمية المستقيمية الشرجية (Anorectal Advancement Flap).

- غراء الفيبرين (Fibrin Glue).

- البدائل الحيوية السادة للنَّاسور (Bioprosthetic Fistula Plug).

تشكّل الرّجعة واضطرابات الاستمساك أهمّ المضاعفات البعيدة، ممّا يتطلّب بذل العناية الكافية في أثناء تشخيص ومعالجة النَّواسير الشرجية.

## أهمية البحث وأهدافه:

تكمن أهمية البحث من كون النَّواسير الشرجية من الآفات المرضية الشائعة، إذ تشكّل حوالي 30-40% من حالات أمراض المستقيم، التي تختلف عن غيرها من الأمراض لما تحدثه من قلق وخوف واضطراب في نفسية المريض، إضافة إلى ما يعانيه من أعراض موضعية مركّبة. كما أنّها تُعدّ من أكثر الجراحات التي تترافق بنسبة رجعة عالية وذات مضاعفات وخيمة. من هنا جاءت الحاجة لإجراء هذه الدراسة الإحصائية لحالات النَّواسير الشرجية التي راجعت مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الفترة ما بين بداية عام 2003 حتّى نهاية شهر آب لعام 2009، بهدف الوصول إلى أفضل النتائج العلاجية.

يتضمّن هدف البحث:

- تصنيف الحالات المرضية التي راجعت المشفى منذ بداية عام 2003 حتّى 31/8/2009، وتقويمها من حيث طرائق المعالجة التي طبقت عليها ومدى صحتها.
- دراسة الأسباب المرضية التي أدت لتشكّل النَّواسير الشرجية.
- طرائق التشخيص ومصادقيتها.

- وضع الاستطباب المناسب وطريقة التَّقنية الجراحية النوعية، مع تحديد نوع الإصابة بشكل دقيق بعد إجراء الدراسة الشاملة لمرضى الدراسة الاستقبالية، بهدف تحسين النتائج وتقليل نسبة المضاعفات.
- تحليل النتائج القريبة والبعيدة بعد إجراء الجراحة ومقارنتها مع النتائج الأخرى.

#### مكان البحث:

مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية.

#### طرائق البحث ومواده:

- شملت الدراسة 61 مريضاً بنواسير شرجية، راجعوا مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الفترة بين بداية عام 2003 حتى 31/8/2009. تضمّنت الدراسة كلاً من: العمر، الجنس، طرائق التشخيص، التصنيف، تقنية العمل الجراحي، ومضاعفاته القريبة والبعيدة.
- تمّ استسقاء المعلومات من المصادر الآتية:
- دراسة أضايبير المرضى الذين راجعوا المشفى منذ بداية عام 2003 حتّى نهاية عام 2007، حيث تمثّل هذه الفترة الدراسة الاسترجاعية.
  - متابعة مباشرة للمرضى الذين راجعوا المشفى منذ بداية عام 2008 ولنهاية شهر آب لعام 2009، وهذه الفترة تمثّل الدراسة الاستقبالية.

#### النتائج والمناقشة:

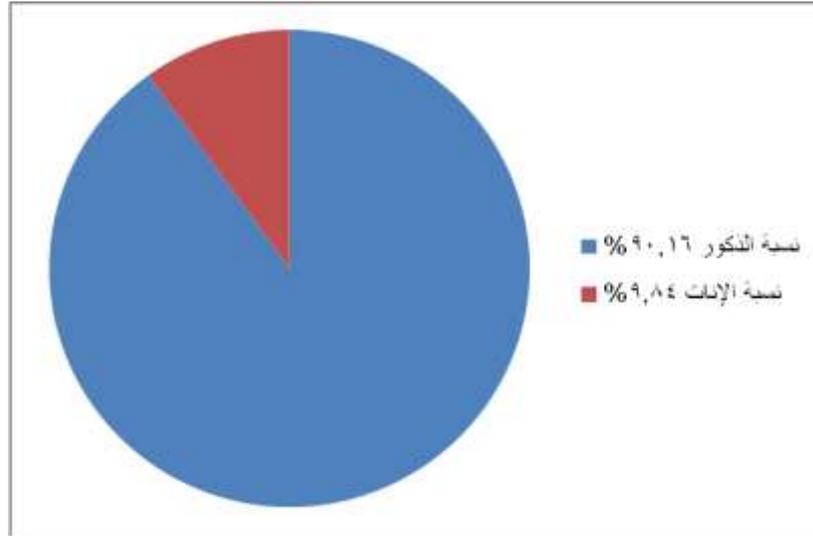
تمّت مناقشة نتائج دراستنا مع الدراسات المقارنة المحلية والعالمية الآتية:

- 1- دراسة READ و ABCARIAN، وهي مجرة على 474 مريضاً في قسم الجراحة لمدرسة إبراهيم لنكلان الطبية بولاية شيكاغو في الولايات المتحدة، وهي منشورة عام 1979. [2]
- 2- دراسة PEDRO وآخرين، وهي مجرة على 189 مريضاً في مركز أمراض الشرج والمستقيم بالمجمع الطبي الخيري بولاية أوهايو في الولايات المتحدة، وهي منشورة عام 1985. [3]
- 3- دراسة KLEINUBING وآخرين، وهي مجرة على 43 مريضاً في قسم أمراض المستقيم والقولون لمشفى São José البلدي في البرازيل، وهي منشورة عام 2007. [4]
- 4- دراسة SANGWAN وآخرين، وهي مجرة على 523 مريضاً في قسم جراحة المستقيم والقولون بمشفى Lehigh Valley بولاية بنسلفانيا في الولايات المتحدة، وهي منشورة عام 1994. [5]
- 5- دراسة معلوف وآخرين، وهي مجرة على 98 مريضاً في مشفى سانت مارك بالمملكة المتحدة، وهي منشورة عام 2002. [6]
- 6- دراسة WILLIAMS وآخرين، وهي مجرة على 24 مريضاً في قسم جراحة المستقيم والقولون في جامعة مينيسوتا في الولايات المتحدة، وهي منشورة عام 1991. [7]
- 7- دراسة HASEGAWA وآخرين، وهي مجرة على 32 مريضاً في القسم الجامعي لمشفى الملكة إليزابيث الجراحي في برمنغهام في المملكة المتحدة، وهي منشورة عام 2000. [8]

8-دراسة د. أحمد محمد السويد، وهي مجراة على 210 مريضى فى مشافى جامعة دمشق، فى الفترة بىن 2001-2006 [9].

#### توزع المرضى حسب الجنس:

بلغ عدد المرضى فى الدراسة 61 مريضاً، منهم 6 مريضات (9.84%) و 55 مريضاً (90.16%)، فتكون نسبة الذكور إلى الإناث 1:10، بينما فى دراسة PEDRO وآخرىن، بلغت النسبة المئوية للذكور (60%) وللإناث (40%) لتصبح نسبة الذكور إلى الإناث 1:2.5.



المخطط رقم (1) بىبىن النسبة المئوية للمرضى حسب الجنس.

#### توزع المرضى حسب العمر:

تراوحت أعمار المرضى بىن 2.5 سنة و 78 سنة، بعمر وسطى 35.73 سنة، وهذا يعنى انتشار الإصابة فى كل الفئات العمرية.

بدراسة توزع المرضى حسب العمر كان لدينا الجدول الآتى:

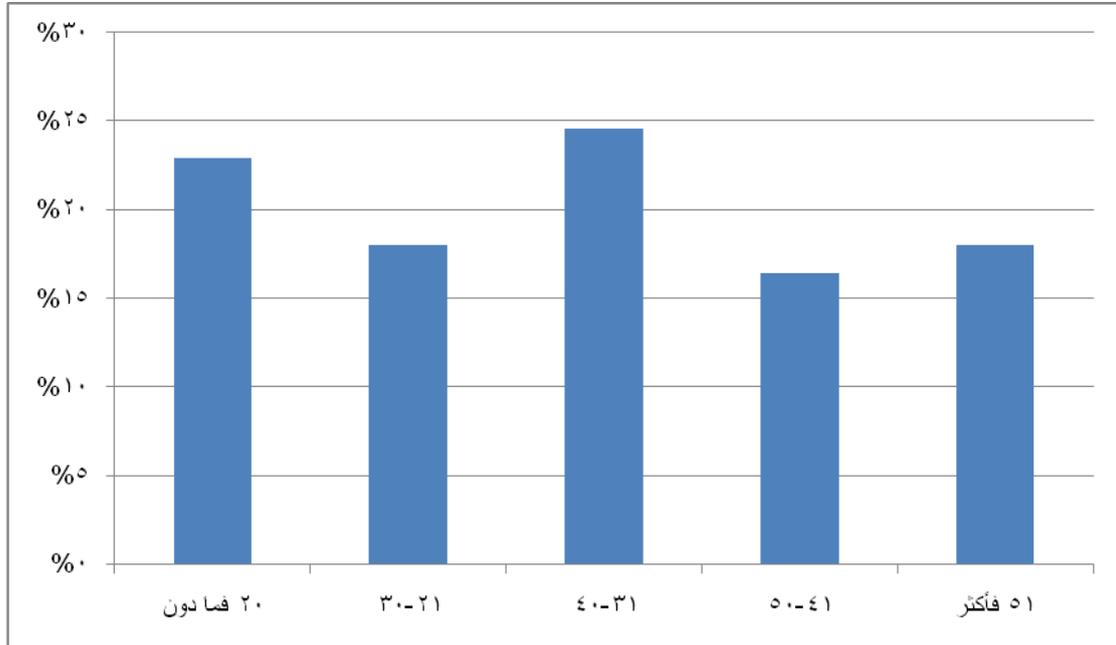
الجدول رقم (1) بىبىن توزع المرضى حسب الفئات العمرية.

النسبة المئوية (%)	عدد المرضى	الفئات العمرية
22,95	14	أصغر من 20 سنة
18,03	11	21-30
24,59	15	31-40
16,39	10	41-50
18,03	11	51 فما فوق

نلاحظ من الجدول السابق أنّ أكثر مرضى النواسير الشرجية يقعون فى الفئة العمرية 31-40 سنة، حيث يشكّلون حوالى ربع المرضى، ويتوافق ذلك مع دراسة د. السويد، حيث بلغت النسبة (30%)، وببىن ذلك أهمية هذه الإصابات، وما تسببه من اضطرابات نفسية وجسدية وتعطيل عن العمل ينعكس على حالة المريض ووضعه

الاجتماعي. كما يُلاحظ وجود نسبة عالية من المرضى في الفئة العمرية تحت العشرين سنة (22.95%)، وهي أعلى من النسبة المشاهدة لدى د. السويد التي بلغت (10%).

المخطَّط الآتي يبيِّن توزُّع الحالات حسب العمر:



المخطَّط رقم (2) يبيِّن توزُّع المرضى حسب الفئات العمرية.

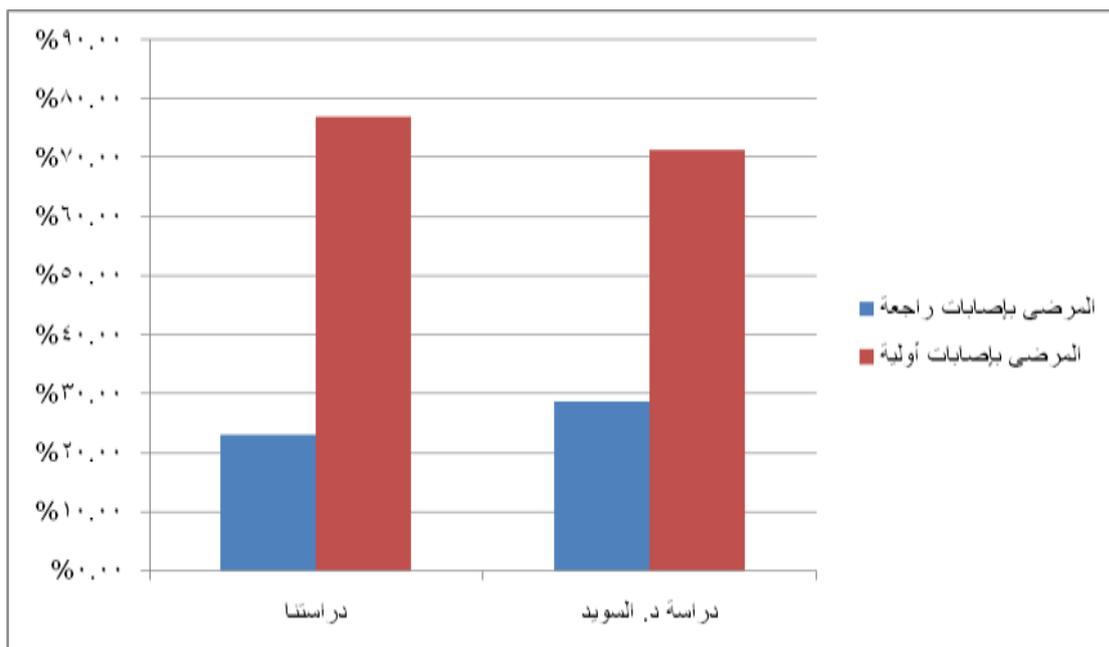
راجعنا 14 مريضاً بقصّة ناسور راجع لمرة واحدة أو أكثر، وبنسبة تبلغ (22.95%)، بينما بلغت النسبة في دراسة د. السويد (28.57%). تراوح عدد مرات الرّجعة بين مرة واحدة و4 مرات. كان عدد المرضى الذكور 12 مريضاً ومريضتين.

يبيِّن الجدول الآتي توزُّع المرضى حسب نسبة الرّجعة والمقارنة مع دراسة د. السويد:

الجدول رقم (2) يبيِّن نسبة الرّجعة لدى المرضى المراجعين والمقارنة مع دراسة د. السويد.

النسبة المئوية (%)	عدد المرضى المراجعين بدون عمليات سابقة	النسبة المئوية (%)	عدد المرضى المراجعين بإصابات راجعة	
77.05	47	22.95	14	دراستنا
71.43	150	28.57	60	دراسة د. السويد

المخطَّط الآتي يبيِّن توزُّع المرضى حسب نسبة الرّجعة والمقارنة مع دراسة د. السويد:



المخطط رقم (3) يبين نسبة الرجعة لدى المرضى المراجعين والمقارنة مع دراسة د. السويد.

#### تصنيف النواسير الشرجية:

إنّ التصنيف الذي اعتمده هو تصنيف باركس، وهو التصنيف المعتمد عالمياً [1,2]، ويصنّف النواسير الشرجية كالآتي:

الجدول رقم (3) يبين تصنيف النواسير الشرجية حسب باركس.

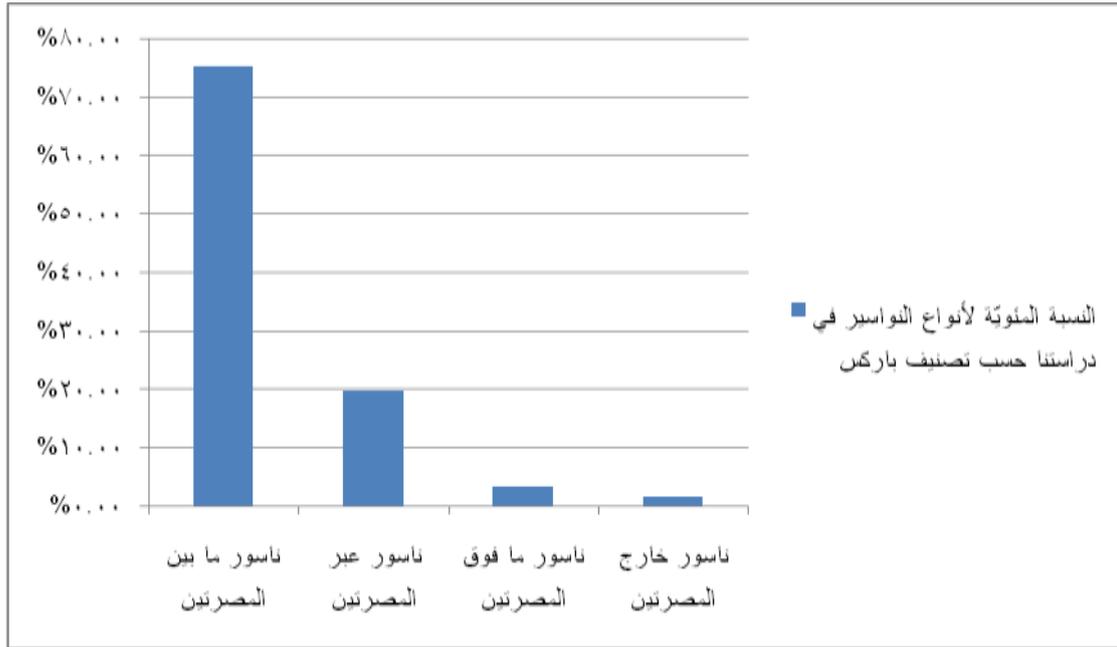
ناسور ما بين المصرّتين	ناسور عبر المصرّتين	ناسور ما فوق المصرّتين	ناسور خارج المصرّتين
70%	23%	5%	2%

كان توزّع المرضى في دراستنا حسب تصنيف باركس كما في الجدول الآتي:

الجدول رقم (4) يبين تصنيف النواسير الشرجية في دراستنا حسب باركس.

ناسور ما بين المصرّتين	ناسور عبر المصرّتين	ناسور ما فوق المصرّتين	ناسور خارج المصرّتين	عدد المرضى
46	12	2	1	61
75.41 (%)	19.67 (%)	3.28 (%)	1.64 (%)	

المخطط الآتي يبين النسبة المئوية لتوزّع الحالات في دراستنا حسب تصنيف باركس:



المخطَّط رقم (4) يبيِّن تصنيف النَّواسير الشرجية في دراستنا حسب تصنيف باركس.

#### الأسباب المرضية:

بدراسة الأسباب المرضية المؤدية لتشكّل النَّواسير الشرجية، تبين أن السبب الرئيس هو إهمال المريض للخزّاج ما حول الشرج وتركه لينبتق عفويًا، أو نزحه بشكل خاطئ (باستخدام المراهم أو الأعشاب)، أو غير كافٍ من قبله أو من قبل الطبيب.

الجدول الآتي يبيِّن توزع المرضى حسب الإجراءات التي اتبعوها لتدبير الخزّاجات ما حول الشرج:

الجدول رقم (5) يبيِّن توزع المرضى حسب الإجراءات التي اتبعوها لتدبير الخزّاجات ما حول الشرج.

النزح غير الكافي من قبل الطبيب	النزح باستخدام المراهم أو الأعشاب	النزح العفوي للخزّاج	
13	25	23	عدد المرضى
21	41	38	النسبة المئوية (%)

نلاحظ من الجدول انتشار عادة استخدام المراهم والأعشاب لتدبير الخزّاجات ما حول الشرج، مما يسهم في زيادة انتشار النَّواسير الشرجية.

#### طرق التشخيص والفحوص المتممة:

لقد اعتمدنا في التشخيص على الآتي:

- الفصّة المرضية والتظاهرات السريرية.

- الفحص السريري: خاصة التأمل والجسّ والمسّ الشرجي، حيث يمكن جسّ الفتحة الباطنة ومسار النَّاسور.

- الفحوص المتممة والاستقصاءات: أهمها تنظير الشرج والمستقيم، الذي يفيد بشكل أساسي في معرفة وجود فتحة باطنة للناسور وتحديد موقعها، كما يفيد في فحص مخاطية المستقيم بهدف تحديد وجود التهاب مستقيم وقولون خفي، وكذلك حقن محلول أزرق الميثيلين في الفتحة الظاهرة ومراقبة بزوغه من الفتحة الباطنة. من الاستقصاءات المتممة الأخرى نذكر: تصوير مجرى الناسور، والتصوير المقطعي المحوسب للحوض مع الحقن.

الجدول الآتي يبيّن توزّع المرضى حسب الفحوص والاستقصاءات المتممة التي خضعوا لها:

الجدول رقم (6) يبيّن توزّع الحالات حسب الاستقصاءات التشخيصية المجرىة.

التصوير المقطعي المحوسب مع الحقن	زرق أزرق الميثيلين	التصوير الظليل للناسور	تنظير الشرج والمستقيم	عدد المرضى
3	54	6	12	
4.92	88.52	9.84	19.67	النسبة المئوية (%)

نلاحظ من الجدول أن غالبية المرضى خضعوا لزرق أزرق الميثيلين، بينما خضع الباقون لتنظير الشرج والمستقيم أو التصوير الظليل للناسور أو التصوير المقطعي المحوسب، وكان غالبية هؤلاء المرضى يعانون من ناسور راجع. أما أفضل الاستقصاءات فهي الأمواج الفانقة عبر الشرج، التي تُظهر مسار الناسور والفتحة الباطنة في أكثر من (90%) من الحالات كما في دراسة KLEINUBING [4] وآخرين، لكنّها لم تجرّ في دراستنا بسبب عدم توفر المسبار عبر الشرج.

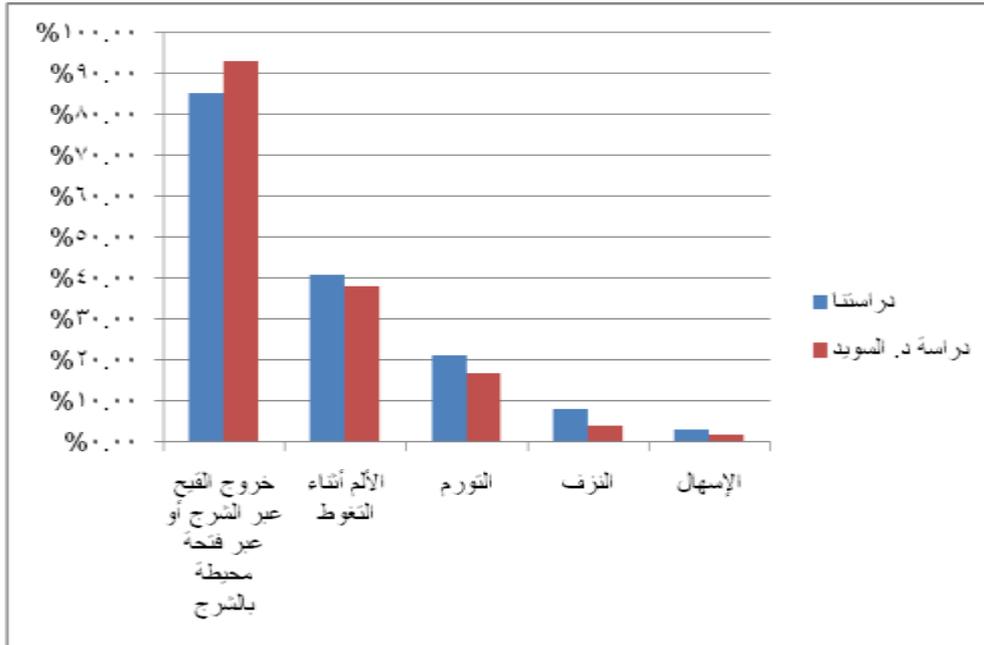
#### التظاهرات السريرية:

راجع معظم المرضى بشكوى خروج القيح عبر الشرج أو عبر فتحة حول الشرج، في حين اشتكى آخرون من الألم في أثناء التعلّوط أو التورّم أو النزف أو الإسهال. يبيّن الجدول الآتي توزّع المرضى حسب الأعراض والعلامات والنسبة المئوية لهم ومقارنة ذلك مع دراسة د. السويد:

الجدول رقم (7) يبيّن توزّع الحالات حسب التظاهرات السريرية والمقارنة مع دراسة د. السويد.

الإسهال	النزف	التورّم	الألم أثناء التعلّوط	خروج القيح عبر الشرج أو عبر فتحة حول الشرج	الأعراض والعلامات	عدد المرضى
2	5	13	25	52	دراستنا	
3.28	8.20	21.31	40.98	85.25	النسبة المئوية (%)	
2	4	17	38	93	النسبة المئوية في دراسة د. السويد (%)	

يبيّن المخطّط الآتي النسبة المئوية لتوزّع المرضى حسب الأعراض والعلامات والمقارنة مع دراسة د. السويد:



المخطط رقم (5) يبيّن توزّع الحالات حسب التظاهرات السريرية والمقارنة مع دراسة د. السويد.

#### المعالجة:

تمّ تطبيق التقنيتين الآتيتين في تدبير النواسير الشرجية:

1. تقنية فتح الموقع (Lay-open technique): طبّقت على حالات النَّاسور بين المصرتين (حسب تصنيف باركس) ذات الفتحات الباطنة تحت مستوى الحلقة المستقيمّة الشرجية.
  2. وضع الخزامة (Seton): تمّ فيها وضع خزامة ضمن مسار النَّاسور، ثمّ خزعه في مرحلة لاحقة. طبّقت هذه التقنية على الأنواع الأخرى للنواسير حسب تصنيف باركس، والنواسير بين المصرتين ذات الفتحات الباطنة ما فوق الحلقة المستقيمّة الشرجية.
- الجدول الآتي يبيّن توزّع المرضى حسب طرائق المعالجة والنسبة المئوية لهم والمقارنة مع دراسة د.السويد:

الجدول رقم (8) يبيّن توزّع الحالات حسب الإجراءات الجراحية المجراة والمقارنة مع دراسة د. السويد.

تقييم القولون	وضع الخزامة	تقنية فتح الموقع	عدد المرضى	دراستنا
-	15	46		
-	24.59	75.41		النسبة المئوية (%)
1.9	5.7	92.4		النسبة المئوية في دراسة د. السويد (%)

#### المضاعفات:

تمّت متابعة المرضى بعد تخريجهم من المشفى في العيادة الجراحية.

تم تقسيم المضاعفات إلى:

-قريبة: تضمنت كلاً من الألم والنزف وتأخر الالتئام.

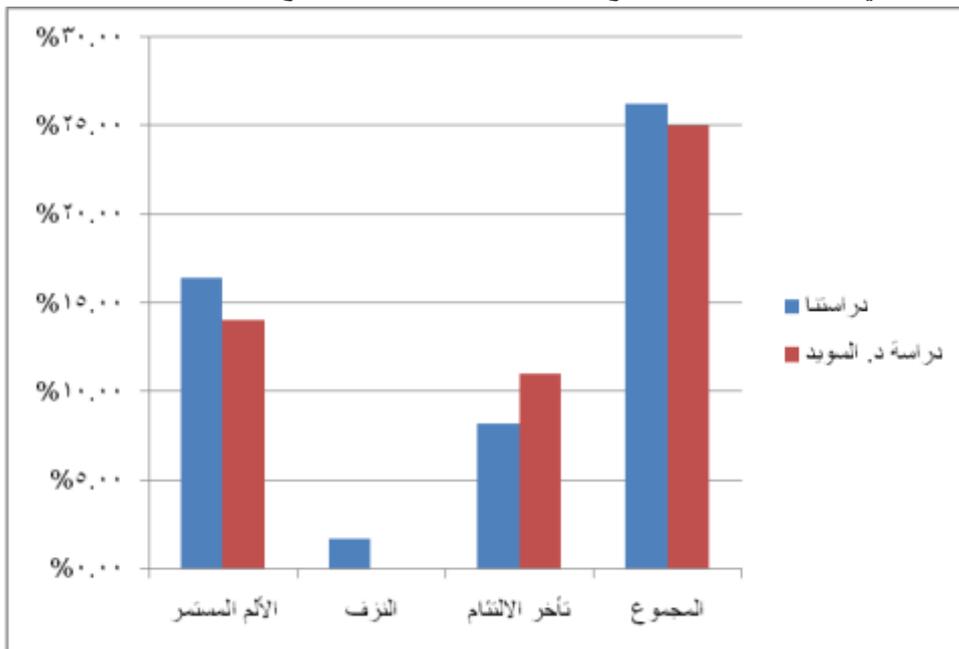
-بعيدة: تضمنت كلاً من الرجعة واضطرابات الاستمساك.

الجدول الآتي يبيّن توزّع المرضى حسب المضاعفات القريبة ومقارنة النتائج مع نتائج دراسة د. السويد:

الجدول رقم (9) يبيّن توزّع الحالات حسب المضاعفات القريبة المصادفة والمقارنة مع دراسة د. السويد.

المجموع	تأخر الالتئام	النزف بعد الجراحة	الألم	عدد المرضى	دراستنا
16	5	1	10	عدد المرضى	
26.23	8.20	1.64	16.39	النسبة المئوية (%)	
52	23	-	29	عدد المرضى	دراسة د.
25	11	-	14	النسبة المئوية (%)	السويد

المخطّط الآتي يبيّن النسبة المئوية لتوزّع المضاعفات القريبة والمقارنة مع دراسة د. السويد:



المخطّط رقم (6) يبيّن توزّع الحالات حسب المضاعفات القريبة المصادفة والمقارنة مع دراسة د. السويد.

أما فيما يخصّ المضاعفات البعيدة، فقد قمنا بتصنيف الحالات حسب التقنية الجراحية المتبعة (تقنية فتح الموقع 46 حالة، وضع الخزامة 15 حالة).

الجدول الآتي يبيّن نسبة المضاعفات البعيدة بعد تقنية فتح الموقع، ومقارنة النتائج مع دراسة كل من

SANGWAN [5] ومعلوف [6]:

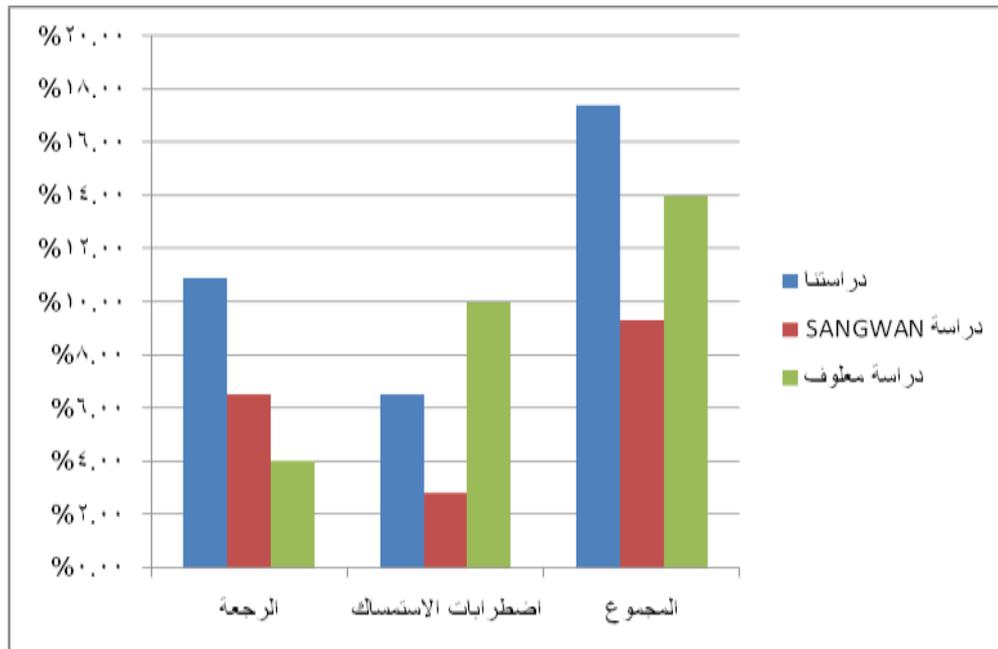
الجدول رقم (10) يبيّن توزّع الحالات حسب المضاعفات البعيدة المصادفة بعد تقنية فتح الموقع

والمقارنة مع دراسة SANGWAN ومعلوف.

المجموع	اضطرابات الاستمساك	الرَّجعة	عدد المرضى	دراستنا
8/46	3/46	5/46	النسبة المئوية (%)	
17.39	6.52	10.87	النسبة المئوية في دراسة SANGWAN (%)	
9.3	2.8	6.5	النسبة المئوية في دراسة معلوف (%)	
14	10	4		

نلاحظ من الجدول السابق ارتفاع نسبة الرَّجعة بعد تَقْنِيَّة فتح الموقع في دراستنا. قد يكمن السبب في نقص الفحوص والاستقصاءات المتممة، مما يؤدي إلى أخطاء تشخيصية في تحديد مسار النَّاسور أو الفتحة الباطنة بشكل دقيق، وبالتالي عدُّ بعض النواسير المركبة، نواسيرَ بين مصرتين بسيطة.

المخطَّط الآتي يبيِّن النسبة المئوية لتوزُّع المرضى حسب المضاعفات البعيدة بعد تَقْنِيَّة فتح الموقع ومقارنة النتائج مع نتائج كلِّ من دراسة SANGWAN ومعلوف:



المخطَّط رقم (7) يبيِّن توزُّع الحالات حسب المضاعفات البعيدة المصادفة بعد تَقْنِيَّة فتح الموقع والمقارنة مع دراسة SANGWAN ومعلوف.

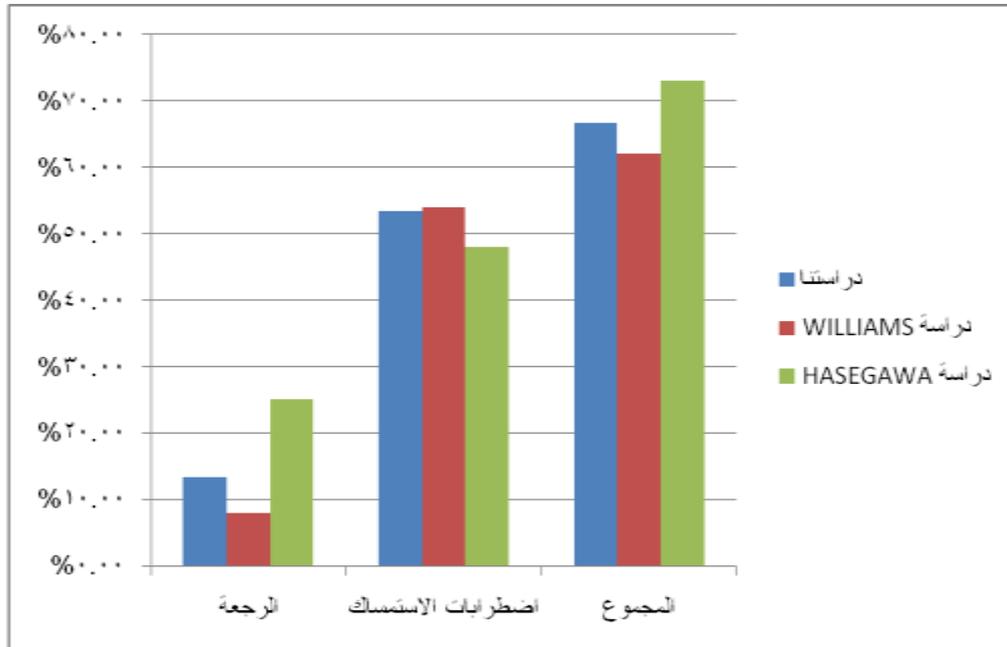
بدراسة نتائج وضع الخزامة ثم خزع النَّاسور في مرحلة لاحقة، وجدنا نتائج مشابهة للنتائج العالمية. حيث حدثت الرَّجعة في حالتين (كانتا بالأصل راجعتين). أما اضطرابات الاستمساك، فقد كانت من النوع الخفيف (طرح الغازات أو التلويث البسيط)، ولم تشاهد حالات لاضطرابات الاستمساك الكبير (للسوائل والغائط).

الجدول الآتي يبيّن نتائج وضع الخزامة، ومقارنة النتائج مع نتائج دراسة كلي من [7]WILLIAMS و [8]HASEGAWA:

الجدول رقم (11) يبيّن توزع الحالات حسب المضاعفات البعيدة المصادفة بعد تقنية وضع الخزامة، والمقارنة مع دراسة WILLIAMS و HASEGAWA.

المجموع	اضطرابات الاستمساك	الزجعة	عدد المرضى	دراستنا
7/15	8/15	2/15	النسبة المئوية (%)	
66.66	53.33	13.33	النسبة المئوية (%)	
62	54	8	النسبة المئوية (%)	دراسة WILLIAMS (%)
73	48	25	النسبة المئوية (%)	دراسة HASEGAWA (%)

المخطّط الآتي يبيّن النتائج السابقة، والمقارنة مع دراسة WILLIAMS و HASEGAWA :



المخطّط رقم (8) يبيّن توزع الحالات حسب المضاعفات البعيدة المصادفة بعد تقنية وضع الخزامة، والمقارنة مع دراسة WILLIAMS و HASEGAWA.

#### مناقشة النتائج:

شملت الدراسة 61 مريضاً، راجعوا مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بشكاية ناسور شرجي. بلغت نسبة الذكور (90.16%) والإناث (9.84%)، فتكون النسبة 1:10 لصالح الذكور. أما النسبة العالمية فتبلغ (60%) للذكور مقابل (40%) للإناث، أي 1:2.5 لصالح الذكور. قد يكون السبب إجراء عدد كبير من عمليات النواسير الشرجية عند الإناث في مستشفيات خارج الجامعة لأسباب اجتماعية برأينا. حدثت الإصابة في مختلف الأعمار مع ذروة للإصابة بين 31 و 40 سنة.

لم نصادف حالات لعوز المناعة المكتسب (الإيدز) أو التدنن أو الفطر الشعاعي كأسباب للنواسير. حدثت المضاعفات القريبة بنسبة (26.23%) من الحالات فقط، وكان أهمها الألم.

أما المضاعفات البعيدة، فبعد تقنية فتح الموقع بلغت (17.39%)، ولوحظ فيها ارتفاع نسبة الرجعة قياساً للدراسات العالمية، وسبب ذلك برأينا يكمن في ضعف الوسائل التشخيصية، مما يؤدي إلى عدم تحديد المسار أو المسارات النَّاسورية الثانوية، وخزع جزء من المسار وترك الباقي. بلغت نسبة الرجعة في دراستنا (11.48%)، بينما كانت النسبة بين المرضى المراجعين لأول مرة (22.95%)، وهذا يعني أن الخبرة في جراحة النواسير الشرجية هي أقل بكثير في المشافي الأخرى مقارنة بمشفى الأسد.

### الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- ضرورة التشخيص المبكر للخزجات الشرجية، بتطبيق المعالجة الجراحية الملائمة وعدم تركها لتتبق عفواً.
- 2- نشر التوعية الصحية بضرورة الابتعاد عن استخدام المراهم أو الأعشاب في معالجة الخزجات الشرجية المستقيمة.
- 3- يمثل كل من زرق أزرق الميثيلين والتصوير الظليل للنَّاسور والسبر بمسبار، طرائق تشخيصية مساعدة، ويجب إجراؤها لكل المرضى. بينما تستدعي حالات النَّاسور الرَّاجع إجراء التصوير المقطعي المحوسب و/أو تنظير الشرج والمستقيم و/أو التصوير بالرنين المغناطيسي.
- 4- محاولة تحديد مسار النَّاسور والفتحة الباطنة بشكل دقيق، وهذا يساعد على اختيار التقنية الجراحية الملائمة.
- 5- يشكّل وضع الخزامة ضمن المسارات النَّاسورية المركبة طريقة آمنة لتأمين النزح المطول، ولتحويل المسارات العالية أو العميقة إلى أخرى سطحية.
- 6- تجنّب خزع المصرة الباطنة فوق مستوى الخطّ المسنّن، وكذلك الأمر بالنسبة إلى المصرة الظاهرة.
- 7- استخدام الحاسوب في أرشفة الأضابير وحفظها.

المراجع:

- 1- WOLFF, B.G.; FLESHMAN, J.W.; BECK, D.E.; PEMBERTON, J.H.; WEXNER, S.D. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. 9<sup>th</sup>.ed., Springer Science + Business Media, LLC, 233 Spring Street, New York, NY 10013, USA, 2007, 831.
- 2- READ, D.R.; ABCARIAN, H. *A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess*. Dis Colon Rectum U.S.A, Vol. 22, N°. 8, 1979, 566-569.
- 3- PEDRO, S.A.; GUSTAVO, P.; THOMAS, G.H.; RENE, F.H.; WILLIAM, R.C.S. *Mucosal advancement in the treatment of anal fistula*. Dis Colon Rectum U.S.A, Vol. 28, N°. 7, 1985, 496-498.
- 4- KLEINUBING, H.J.; JANNINI, J.F.; CAMPOS, A.C.L.; PINHO, M.; FERREIRA, L.C. *The role of transperineal ultrasonography in the assessment of the internal opening of cryptogenic anal fistula*. Techniques in Coloproctology BRAZIL, Vol. 11, N°. 4, 2007, 327-331.
- 5- SANGWAN, Y.P.; ROSEN, L.; RIETHER, R.D.; STASIK, J.J.; SHEETS, J.A.; KHUBCHANDANI, I.T. *Is simple fistula-in-ano simple?*. Dis Colon Rectum U.S.A, Vol. 37, N°. 9, 1994, 885-889.
- 6- MALOUF, A.J.; BUCHANAN, G.N.; CARAPETI, E.A.; RAO, S.; GUY, R.J.; WESTCOTT, E.; THOMSON, J.P.; COHEN, C.R. *A prospective audit of fistula-in-ano at St. Mark ' s Hospital*. Colorectal Dis U.K, Vol. 4, N°. 1, 2002, 13-19.
- 7- WILLIAMS, J.G.; MACLEOD, C.A.H.; GOLDBERG, S.M. *Seton treatment of high anal fistula*. Br J Surg UK, Vol. 78, N°. 10, 1991, 1159-1161.
- 8- HASEGAWA, H.; RADLEY, S.; KEIGHLEY, M.R. *Long term results of cutting seton fistulotomy*. Acta Chir Iugosl U.S.A, Vol. 47, N°. (4 suppl 1), 2000, 19-21.
- 9- السويد، أحمد محمّد. *النواسير حول الشرج في مشافي جامعة دمشق*، بحث علمي أُعدّ لنيل شهادة الدراسات العليا في الجراحة العامّة، جامعة دمشق، سوريا، 2007، 50-61.