

الشق الشرجي

الدكتور سجيح مسعود*

(قبل للنشر في 2003/3/22)

□ الملخص □

يعتبر الشق الشرجي من أكثر الآفات الشائعة منذ القدم، إذ وضع أول وصف لها منذ حوالي قرنين من الزمن. والشق عبارة عن تمزق أو شرخ أو قرحة طولانية تقع على المحور الطولاني لأسفل قناة الشرج تحت الخط المسنن عادة على الوجه الخلفي للشرج (90% من الحالات وسطيا). من أهم مسبباته الإمساك المزمن والحمل والولادات والاستئصال الجائر لمخاطية الشرج والمستقيم في حالات جراحة البواسير. كما تلعب المعالجة الخاطئة للبواسير الشرجية باستعمال الماسورة الخاصة بالمرام الشرجية الحادة المقطع والقاسية دورا في الإصابة بالشقوق الشرجية. الإناث أكثر إصابة من الذكور 1/2 تقريبا، وأكثر أشكاله مشاهدة هو الشق المزمن (65% من الحالات) وحوالي ربع الحالات تكون مترافقة بأمراض شرجية أخرى خاصة البواسير، وأهم تظاهراته الألم الحاد والنزف. عولجت هذه الحالات في مشفانا جراحيا بثلاث طرق، كانت أكثرها شيوعا طريقة استئصال الشق وخزع المصرة الخلفي مع خياطة مخاطية الشرج مع الجلد لنتائجها الجيدة وقلة مضاعفاتها.

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

Anal Fissure

Dr. Sajieh Massoud *

(Accepted 22/3/2003)

□ ABSTRACT □

Anal fissure is the most common problem in anus. It was first described two centuries ago. An anal fissure is a split in the anoderm in either the posterior or anterior midline just distal to the dentate line. 90% of our anal fissure cases occur posteriorly.

The cause of the anal fissures has been postulated to be: chronic constipation, pregnancy, extensive mucosal resection during Haemorrhoidectomies.

Also the incorrect treatment of piles – o.g using the special adopter for piles ointments application – can be considered a cause of anal fissure .The Ratio of females to males is about 2/1.

Chronic anal fissure is the most common from (65% of all cases). 25% are accompanied with the anal diseases such as piles. The typical manifestations of anal fissure are extreme pain during defecation and red blood streaking the stool.

These cases were treated surgically in 3 different methods the commonest one was the dorsal fissurectomy and posterior sphincterotomy. This method has better results and less complication.

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

مقدمة:

يحتل الشق الشرجي المرتبة الثالثة من بين جميع الآفات التي تصيب المستقيم والتي تشكل في الوقت الحاضر اختصاصا مستقلا يسمى بطب المستقيم Proctologia فهو يأتي بعد التهاب المستقيم Proctitis والبواسير الشرجية (1-2) Hemorrhoid).

تميزت هذه الآفة بأنها شائعة جدا منذ القدم ، حيث وضع أول وصف لها في عام 1829 م من قبل ري كامير Recamier (3).

الشق الشرجي عبارة عن تمزق أو شرخ أو قرحة طولانية في المحور الطولاني لأسفل قناة الشرج. يبلغ طوله وسطيا 2 سم وعرضه 2-3 ملم ومعظم الشقوق تكون تحت الخط المسنن dentate line للقناة الشرجية (1-2-3-4-5-6-.....)

يقع الشق الشرجي في معظم الحالات على الوجه الخلفي للشرج على الخط المنتصف في الجهة الخلفية عند الساعة 12 (90% من الحالات) ولا يقع سوى 8% من الحالات على الوجه الأمامي للشرج، وتشكل الحالات المشتركة بين الوجهين الأمامي والخلفي 2% من الحالات (2-3-7) وذكرت بعض المراجع أن نسبة الشقوق الخلفية وصلت لـ 95% من الحالات، ووصلت الأمامية لـ 10% عند النساء و 1% عند الرجال (-8-9).

للمنطقة الشرجية ميزات التي تخصصها دون باقي مناطق الجسم ، فهي تحتاج لطريقة خاصة في التعامل وأسلوب معين في مقاربة المريض المصاب ، وبما أن الشقوق الشرجية تصيب النساء أكثر من الرجال 1/2 (3-5-10) فهي تشكل مشكلة خاصة بناء على عادات وتقاليده وأعراف مجتمعنا الشرقي ، فالمريض بشكل عام لا يراجع طبيبه إلا متأخرا وبعد أن يكون قد استنفذ جميع الوسائل الذاتية لمحاولة الشفاء من مرضه مما يجعل علاجه أكثر تعقيدا ونسبة حدوث المضاعفات أكثر شيوعا . وتلعب المعرفة الجيدة لتشريح المنطقة الشرجية والبنى المجاورة لها دورا هاما في وضع التشخيص وإجراء العلاج الأمثل لهذه الآفة.

الهدف من الدراسة:

- 1- تبيان أهم أسباب الشقوق الشرجية للمرضى الذين راجعوا المشفى خلال فترة الدراسة.
- 2- إبراز أهم العلامات والتظاهرات السريرية التي راجع بها المرضى.
- 3- إلقاء الضوء على بعض الطرق العلاجية الجراحية التي أجريت لهؤلاء المرضى وتقويمهما من حيث المضاعفات والنتائج.

العينة وطريقة البحث:

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية على 215 مريضا خلال الفترة الواقعة ما بين تموز 1995- تموز 2002م.

السن والجنس:

تراوحت أعمار المرضى ما بين 22-47 سنة ، وسيطرة نسبة إصابة الإناث وخاصة الولادات منهن. ويبين الجدول التالي عدد المرضى وسنهم ونسبة إصابة الذكور إلى الإناث وفئاتهم العمرية:
الجدول رقم 1/: السن ونسبة إصابة الإناث إلى الذكور:

النسبة المئوية	المجموع	النسبة المئوية		عدد المرضى وجنسهم		السن بالسنة
		ذكور	إناث	ذكور	إناث	
33.5	72	26.4	73.6	19	53	27-22
53.9	116	37.9	62.1	44	72	35-28
12.6	27	66.5	33.5	18	9	47-36
	215			81	134	المجموع
%100	100			37.7	62.3	النسبة المئوية

نلاحظ من هذا الجدول أن نسبة الإصابة عند الإناث بلغت حوالي 62.3% من نسبة مجموع المرضى وهي كانت مسيطرة حتى سن 35 سنة ، لكنها انخفضت وغلبت عليها نسبة إصابة الذكور بعد سن 35 سنة .

نسبة إصابة الولادات إلى غير الولادات:

يبين الجدول التالي نسبة إصابة الإناث الولادات إلى غير الولادات:

الجدول رقم 2/ نسبة إصابة الولادات إلى غير الولادات

النسبة المئوية	عدد المرضى	الإناث
75.4	101	الولادات
24.6	33	غير الولادات
%100	134	المجموع

بلغت نسبة عدد الولادات اللواتي راجعن المشفى تقريبا ثلاثة أضعاف غير الولادات مما يؤكد دور الحمل في الإصابة.

مرافقة الشق الشرجي لأمراض أخرى:

كثيرا ما يترافق الشق الشرجي بأمراض شرجية أخرى (8-6-1) فحوالي ربع عدد مرضى الدراسة ترافق عندهم الشق الشرجي بأمراض شرجية أخرى كان أكثرها مشاهدة البواسير الشرجية ، وذكر بعض هؤلاء المرضى أن البواسير الشرجية هي كانت الإصابة الأولية ، ولم يحدث لديهم الشق الشرجي إلا بعد تطبيق واستعمال المعالجة المحافظة للبواسير الشرجية ، ويبين الجدول التالي عدد هؤلاء المرضى المصابين بشق شرجي فقط أو بشق شرجي مترافق مع أمراض شرجية أخرى:

الجدول 3/ عدد المرضى المصابين بشق شرجي مترافق أو غير مترافق مع بأمراض شرجية أخرى ونسبتهم المئوية :

النسبة المئوية	عدد المرضى	الإصابة
76.3	164	شق شرجي
23.7	51	شق شرجي مترافق مع أمراض شرجية أخرى
%100	210	المجموع

يبين من هذا الجدول أن حوالي 24 % من هؤلاء المرضى ترافق عندهم الشق الشرجي بأمراض شرجية أخرى ، تم تأكيد تشخيصها بتظهير الشرح والمستقيم وعيانيا وأثناء إجراء الجراحة.

أشكال الشق الشرجي:

لم تكن الإصابة بالشق الشرجي واحدة عند جميع مرضى الدراسة ، بل قسمت لثلاثة أنواع: الشق الحاد والشق المزمن والشق الناكس وهو الشق الذي ظهرت أعراضه وعلاماته ثانية بعد إجراء المعالجة بنوعيتها المحافظ والجراحي:

الشق الحاد: تميز بوجود تمزق عميق خلال جلد الحافة الشرجية الممتد إلى القناة الشرجية بالإضافة لوجود قساوة أو وذمة التهابية خفيفة في حوافه يرافقها تشنج المصرة الشرجية (3-4-6) .

الشق المزمن: هو الذي لا يشفى خلال سنة أسابيع من بدء ظهوره (11) ويتميز بحواف ذات قساوة التهابية وقاعدة مؤلفة من نسيج ندبي يمتد من الحافة السفلية للمصرة الشرجية الباطنة ، حيث يأخذ شكل الزورق Canoe-shaped ، ويوجد غالبا في الطرف السفلي لهذا الشق سدلية جلدية عادة متوذمة تعرف بالحليمة الحارسة (3-4-6-10) Sentinel pile

الشق الناكس: جمعت أعراضه وعلاماته ما بين الشق الحاد والمزمن، لكنه كان أميل بذلك إلى المزمن ، ووجد أكثر من شق وحيد عند غالبية هؤلاء المرضى مع تضيق شديد في فتحة الشرج.

ويبين الجدول التالي نوع الشق الشرجي وعدد المرضى ونسبتهم المئوية

أشكال الشق الشرجي	عدد المرضى	النسبة المئوية
الحاد	22	10.2
المزمن	138	46.2
الناكس	55	25.6
المجموع	215	%100

بلغت نسبة الإصابة بالشق الشرجي المزمن أكثر من ثلثين عدد المرضى مما يدل على أن المريض

لم يراجع طبيبه إلا بشكل متأخر

السبببات: **Aetiologia**

اعتبرت المجموعات التالية هي السبب الرئيسي للإصابة بالشق الشرجي:

- 1- الميكانيكية أو الآلية (كروضوح وجراحات الشرج ...)
- 2- الخمجية (انتان الغدد الشرجية ...)
- 3- العصبية: كنتيجة لمتعكس عصبي كما في حالات التهاب العصب Neuritis.
- 4- الوعائية: كنتيجة لتقبض الشريانات وحدوث الإقفار الدموي ، لكون التدفق الدموي لجلد الشرج على الخط الناصف الخلفي أقل منه في بقية أقسام القناة الشرجية.

يعتقد أن سبب حدوث الشق الشرجي يكمن في حركات التغطوط القاسية أو الإسهال الطويل الأمد مع حدوث تمطط في القناة الشرجية مؤديا لانشطار في الجلد الشرجي (...-5-4-3-1) وفيما يلي جدولا يبين أهم أسباب الشقوق الشرجية عند مرضى الدراسة ، أخذت بالاعتماد على القصة المرضية ، ولم يأخذ إلا السبب الرئيسي الذي ذكره المريض ودعمه الفحص السريري ، رغم وجود عدد من المرضى كان لديهم أكثر من سبب.

الجدول رقم 5/ أسباب الشقوق الشرجية وعدد المرضى.

المسببات	عدد المرضى	النسبة المئوية
الإمساك المزمن	87	40.4
الحمل والولادات	46	21.4

9.8	21	جراحة سابقة لاستئصال بواسير شرجية
17.7	38	بعد المعالجة المحافظة لبواسير شرجية بالمرهم
10.7	23	أسباب أخرى *
%100	215	المجموع

* (الأسباب الأخرى: رضوح الشرج - الحقن الشرجية - تنظيف الشرج والمستقيم - الإسهال - داء كرون).

شكل الإمساك المزمن السبب الرئيسي لمعظم المرضى (أكثر من 40% من الحالات) فهو كان مرافقا عند بعض المرضى لحالات الحمل والبواسير. وشكلت المعالجة الخاطئة للبواسير الشرجية باستعمال المرهم ذات الماسورة الخاصة كما تسمى (البليوزة) الحادة المقطع أو المدببة والقاسية للإصابة بعدة شقوق وفي أماكن غير نموذجية.

بينما كانت الجراحات السابقة لاستئصال بواسير شرجية سببا عند حوالي 10% من المرضى ، وغالبا كان السبب هو الاستئصال الجائر لمخاطية الشرج (ذكر أحد المرضى أنه استؤصلت له 11 حلمة باسورية دفعة واحدة) وما يؤكد ذلك تضيق الشرج الشديد ، إذ لم يتمكن من إجراء التنظيف حتى بمنظار الأطفال وذكر بعض المرضى أنه من المستحيل أن يتغوطوا إلا بشكل إسهال شبه مائي. وكان الحمل المترافق أحيانا مع الإمساك المزمن أو البواسير الشرجية عند معظم المريضات سببا في الإصابة بالشق الشرجي عند حوالي 22% من مرضى الدراسة .

العلامات والتظاهرات السريرية :

شملت الأعراض والعلامات الواسمة للشق الشرجي: (1-3-5-7....)

- 1- الألم: العرض الرئيسي وقد يكون عبارة عن حس ألم التمزق أثناء التغوط أو يكون حادا، قاطعا، حارقا واخزا (حسب تعبير المريض) يبدأ أثناء التغوط ويستمر لساعة أو أكثر يتوقف بشكل مفاجئ ليرتاح المريض بعدها حتى يبدأ التغوط الثاني.
- 2- النزف: أما مع البراز أو على ورق التواليت ، وأحيانا يكون عبارة عن تساقط قطرات من الدم إلى التواليت مباشرة.

3- حكة حول الشرج أحيانا ، ولكنها كانت من الأعراض الرئيسية حسب بعض الدراسات (10-12)

4- النجيج: Discharge الطفيف عادة ، ووجود الحليمة الحارسة.

5- الإمساك سببه عادة المريض نفسه لتجنب الألم الحاد المحدث أثناء التغوط (8).

6- تشنج المصرة الشرجية لفترة تمتد لبضعة ساعات بعد التغوط.

ويبين الجدول التالي أهم العلامات والتظاهرات السريرية لهؤلاء المرضى:

الجدول رقم/6/ العلامات والتظاهرات السريرية وعدد المرضى ونسبتهم المئوية :

العلامات والتظاهرات السريرية	الألم	النزف	الحكة الشرجية والنجيج والتشنج	الحليمة الحارسة	الإمساك
عدد المرضى	205	181	46	152	69
النسبة المئوية	95.3	84.2	21.4	70.7	32.1

يتبين من هذا الجدول أن غالبية المرضى كان لديهم أكثر من علامة أو عرض سريري ، فمعظمهم شكى من نزف وألم ووجود حليلة حارسة ، وبعضهم من وجود جميع العلامات والتظاهرات السريرية المذكورة حيث شكلت نسبة الألم أكثر من 95% من مجموع المرضى بينما شكلت نسبة النزف 84% من مرضى الدراسة وشوهدت الحليلة الحارسة عند حوالي 70% من المرضى ، وبلغت نسبة المرضى الذين يعانون من الإمساك الذي سببه أما المريض لتجنب الألم أو التضيق الشديد في فتحة الشرج حوالي 32% من مجموع المرضى. وبلغت نسبة الحكمة والتشنج والنجيح والتي هي عادة مرافقة للأعراض والعلامات السابقة حوالي 21% من عدد المرضى.

الفحص السريري وموقع الشق الشرجي:

مكننا الفحص السريري في معظم الحالات من رؤية الحليلة الحارسة والطرف السفلي للشق بعد إبعاد حواف الشرج ، وكشف عن وجود شرج ضيق مشدود ومتجدد لدى عدد كبير من المرضى ، ولم يجر المس الشرجي إلا لعدد من الحالات بعد تطبيق مخدر موضعي سطحي عندما يكون التشخيص غير واضحا ، ولم تطبق طريقة الأرداذ باستعمال غليسريل تراينترات Glyceryl trinitrate ذات النتائج الجيدة (11). أما تنظير الشرج والمستقيم فقد أجري لبعض المرضى لنفي وجود مرض هام داخل الشرج. وتم تحديد موقع الشق الشرجي عند كل مريض من مرضى الدراسة بالاعتماد على الفحص السريري وأحيانا بعد التخدير أثناء إجراء الجراحة ، وهو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم 7/ موقع الشق الشرجي وعدد المرضى :

موقع الشق الشرجي	عدد المرضى	النسبة المئوية
خلفي على الخط المتوسط	183	84.6
أمامي على الخط المتوسط	21	9.8
شقوق متعددة	8	3.8
جانبي	3	1.8
المجموع	215	100%

بلغت نسبة الإصابة بالشق الخلفي حسب دراستنا حوالي 85% من مجموع المرضى ، وحوالي 10% بالشق الأمامي ، وشكلت الشقوق المتعددة والجانبية معا حوالي 5% من المرضى.

التشخيص :

تم وضع التشخيص بالاعتماد على:

- 1- القصة المرضية والعلامات والتظاهرات السريرية.
- 2- الفحص السريري.

ويبين الجدول التالي عدد حالات الشقوق الشرجية المترافقة أو غير المترافقة بأمراض أخرى:

جدول رقم 8/ الشقوق الشرجية المترافقة أو غير المترافقة بأمراض أخرى وعدد المرضى ونسبتهم المئوية :

الحالة المرضية	عدد المرضى	النسبة المئوية
شق شرجي	155	76.3
شق شرجي مع بواسير شرجية	27	12.6
شق شرجي + تضيق شديد في فتحة الشرج أو حكة شرجية	17	7.9

3.2	7	شق شرجي مع حلیموم *
%100	215	المجموع

* (تأكد التشخيص بالاعتماد على التشريح المرضي).

بلغت حالات الإصابة بالشق الشرجي بمفرده أكثر من 76% من مجموع عدد المرضى ، بينما بلغت نسبة الشقوق الشرجية المترافقة بأمراض أخرى كالبواسير وتضييق الشرج والحكة الشرجية والحليموم أقل من 25% من عدد المرضى.

المعالجة:

أجريت الجراحة لجميع هؤلاء المرضى تحت التخدير العام بثلاثة طرق وهي:

- I - التوسيع الواسع اللطيف للمصرة أو تمطيط ألمصرة لدرجة تسمح بدخول أربعة أصابع (12-4-3-2).
- II_ بضع المصرة الشرجية الجانبي Lateral anal sphincterotomy أو ما يسمى بطريقة الخزع الجانبي للمصرة الشرجية الباطنة (3-5-6-7)
- III_ استئصال الشق الخلفي مع خزع المصرة (Dorsal fissurerectomy shinecterotomy 2) مع سحب مخاطية الشرج في منطقة الاستئصال بعد تحريرها وخطايتها مع حافة جلد الشرج بقطب متفرقة بعد استئصال الحليلة الحارسة أو الحلیموم إن وجد لتغطية منطقة الشق ومنطقة خزع المصرة بهذه المخاطية. وتنتهي الجراحة بوضع دكة داخل القناة الشرجية (قطعة أو قطعتان من الشاش مشبعتان بالليدوكائين تلف أو تلفان حول منزح مدور) لمدة 6-12 ساعة بعد الجراحة (تميزت هذه الدكة بأنها تؤمن إرقاء جيد بضغتها المخاطية فوق منطقة العمل الجراحي والمصرة المبسووعة ، وتؤمن خروج سهل للغازات وبالتالي تخفيف الضغط داخل المستقيم والشرج).

هذا واستبعد التخثير الكهربی electrocoagulation أو إجراء الخياطة لارقاء المصرة عند جميع هؤلاء المرضى تجنباً وخوفاً من العقابيل في المستقبل كالتدب والتضييق. وفيما يلي جدولاً يبين نوع الجراحة وعدد المرضى ونسبتهم المئوية.

جدول رقم /9/ نوع الجراحة وعدد المرضى ونسبتهم المئوية

نوع الجراحة	عدد المرضى	النسبة المئوية
توسيع أو تمطيط المصرة الشرجية (I)	39	80.1
الخزع الجانبي للمصرة الشرجية (II)	54	25.1
استئصال الشق وخزع المصرة الخلفي مع الخياطة (III)	122	56.8
المجموع	215	%100

أجريت طريقة استئصال الشق وخزع المصرة الخلفي مع الخياطة لأكثر من نصف المرضى (56.8%) لنتائجها الجيدة وقلة مضاعفاتها بالمقارنة مع الطريقتين I و II وخاصة طريقة توسيع أو تمطيط المصرة الشرجية.

المضاعفات:

1- المضاعفات الآنية أو العاجلة: وهي التي تحدث بعد الجراحة خلال وجود المريض في المستشفى وأهمها: الألم والنزف ، أكثر ما شوهدت هاتين المضاعفتين بعد إجراء توسيع المصرة (3-4) وأحيانا أثناء إجراء الخزع الجانبي للمصرة (3) ونادرا بعد استئصال الشق وخزع المصرة الخلفي مع الخياطة ووضع الدكة.

2- المضاعفات الآجلة (المتأخرة): المضاعفة الوحيدة التي راجع بها المرضى المشفى هي النكس (رجعة الشق الشرجي) ، وأول الحالات راجعت المشفى بعد ثلاثة أشهر من إجراء المعالجة الجراحية. والجدول التالي يبين المضاعفات الحاصلة بعد الجراحة

جدول رقم 10/ نوع المضاعفات الجراحية مع نوع الجراحة وعدد المرضى :

مجموع المرضى	نوع الجراحة وعدد المرضى			مضاعفات ما بعد الجراحة
	III	II	I	
14	2	3	9	
5	-	1	4	
8	-	2	6	المتأخرة (النكس)

لم نتمكن من كتابة النسبة المئوية لأننا لسنا متأكدين من أن جميع المرضى الذين حصلت عندهم المضاعفات قد راجعوا المستشفى ، هذا من جهة ومن جهة أخرى لوجود اختلاف بالطريقة الجراحية المجراة للمرضى لكن وبشكل عام فأقل نسبة مضاعفات سواء أكانت آنية أم آجلة كما هو ملاحظ كانت عند المرضى الذين أجري لهم استئصال الشق وخزع المصرة الخلفي مع الخياطة III.

النتائج والمناقشة:

من دراستنا لمعظم الحالات التي راجعت المشفى لإصابتها بالشق الشرجي سواء في مرحلة ما قبل الجراحة أو بعدها تبين أن:

1- الشق الشرجي أحتل المرتبة الثانية من بين أمراض الشرح والمستقيم (بعد البواسير الشرجية في محافظة اللاذقية وذروة الإصابة به وقعت ما بين سن 28-35 سنة (حوالي 54% من مرضى الدراسة) والنساء أكثر إصابة من الرجال (حوالي 1/2) وخاصة الولادات منهم 1/3.

2- ثلاثة أرباع هؤلاء المرضى كانوا يعانون من شق شرجي بمفرده ، بينما ربعهم كان يعاني من أمراض شرجية أخرى مرافقة للشق الشرجي كالبواسير الشرجية خاصة. وأكثر أشكال الشق الشرجي تواجد ا عند هؤلاء المرضى كان الشق المزمن ، حيث بلغت نسبته حوالي 65% ، بينما لم تتجاوز نسبة الشق الحاد

11% من مجموع المرضى. لكن من الملفت للنظر أن أكثر من ربع مرضى الدراسة كانوا يعانون من شق شرجي ناكس.

3- أهم مسببات الشق الشرجي عند هؤلاء المرضى كان الإمساك المزمن والحمل والولادات (حوالي 60% من مجموع المرضى) بينما شكلت جراحة البواسير الجائزة والمعالجة المحافظة الخاطئة للبواسير باستعمال البليوزة الخاصة بالمراهم الشرجية الحادة المقطع والقاسية أكثر من 25% من مجموع المرضى. وكانت أهم العلامات والتظاهرات السريرية عند هؤلاء المرضى هي الألم والنزف حيث بلغت نسبتهما على التوالي حوالي 95% و 85% وبلغت نسبة تواجد الحليمة الحارسة عند هؤلاء المرضى حوالي 70%. وأظهر الفحص السريري أن حوالي 85% من الشقوق الشرجية تقع خلفيا على الخط المتوسط وهذا أقل من النسب العالمية بحوالي 5% بينما بلغت نسبة الشق الأمامي حوالي 10%، وبلغت نسبة الشقوق المتعددة والجانبية حوالي 5% من مجموع المرضى وهذا أعلى من النسب العالمية والسبب في ذلك بناء على معطيات القصة المرضية هو الاستعمال الخاطئ للمراهم والحقن الشرجية لمعالجة البواسير والإمساك المزمن.

4- التشخيص وضع بالاعتماد على القصة المرضية والعلامات والتظاهرات والفحص السريري بشكل عام ولم تجر الأستقصاءات المساعدة إلا لعدد قليل من المرضى ولم يلاحظ أي خطأ في التشخيص. وتضمنت المعالجة الجراحية لهؤلاء المرضى ثلاثة طرق، كان أكثرها تطبيقا استئصال الشق وخزع المصرة الخلفي مع الخياطة (III) مع وضع دكة بداخلها مفجر مدور يسمح بمرور الغازات، وسبب تطبيق هذه الطريقة على أكثر من 56% من المرضى هو نتائجها الجيدة وقلة مضاعفاتها سواء العاجلة منها أم الآجلة.

المراجع:

- 1-POSTOLV P.M 1986 – surgery disease meditsina – Moscow. pp.531 – 539.
- 2- MASLIAK V.M .. 1990 – practica of coloprocto – logia Lvov. pp. 35- 42.
- 3- SCHWARTZ.,2001-principles of surgery, U,S,A. pp 406-409.
- 4- ASCRS: Anal fissure, 2002,American society of colon and rectal surgeons 1-3
<http://www.fascrs.org/brochures/anal-fissure.html>

- 5- FEDOROV V.D 1988- Surgery clinica ,Meditsina,Moscow,pp.259-260
- 6- DROBNIS- 1983 – intestinal surgery Budapest,pp.503-506.
- 7- NORMANS.WILLIAMS, 1997- Baily and love's short practice of surgery ,twenty secondeition,pp. 1251-1261.
- 8- CRAIG F ,, MARK S. – 2001.Anal fissure, Washington, 6.11.
<http://www.ncemi.org / cse/cse 0611.htm>
- 9- BRENNER BE, SIMON RR, 1983 – Ano rectal disorders, Ann Emerg Med – Washington 12: 367-367
- 10- LIEBERMAN DA, 1984- common ano – rectal disorders, Ann Intern med Washington – 101: 837 – 847
- 11- WATSON C. 2002- Anal Fissure. [http: // www. Studenthealth. Co.uk/lets/ Anal Fissure. Htm](http:// www. Studenthealth. Co.uk/lets/ Anal Fissure. Htm)
- 12- SANAN D.D. 1998- Results of sphincter dilatation under local anesthesia in anal fissure, Reprt of 100 cases. Dis.colon rect 11.