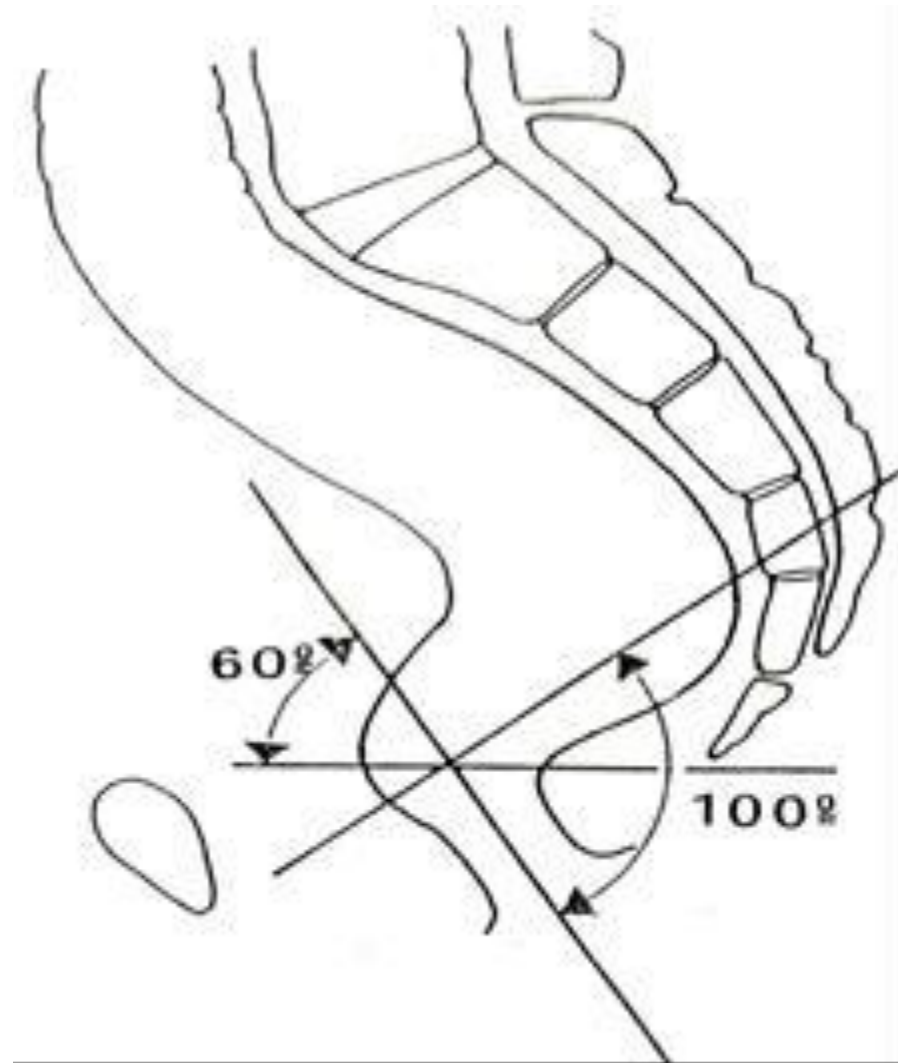
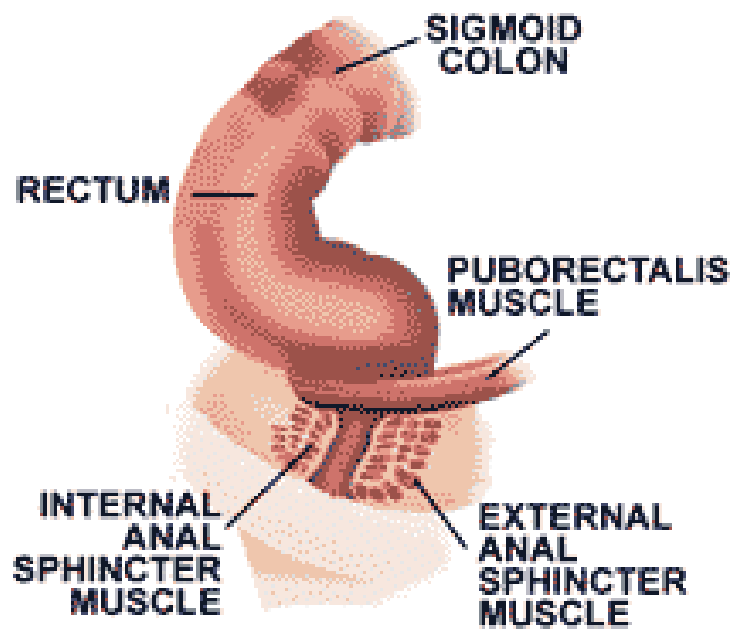


آفات الشرج

لمحة تشريحية:

القناة الشرجية هي القسم النهائي من الأنبوب الهضمي يبلغ طولها 4سم تميل نحو الخلف مشكلة زاوية مقدارها 60 درجة مئوية عن المستوى الأفقي, تبدأ حيث ينتهي المستقيم حيث تشكل معه من الخلف زاوية يبلغ مقدارها 100 درجة, وتساهم هذه الزاوية باستمسك البراز, كما تشكل الألياف العانية المستقيمة من العضلة الرافعة للشرج وشاحا يرتكز في الأمام على عظمي العانة ويسير حول الموصل بين المستقيم والقناة الشرجية ويسحبهما نحو الأمام مشكلا الزاوية الحادة (60 درجة) المذكورة أعلاه.

Anatomy of the Rectum and Anal Canal



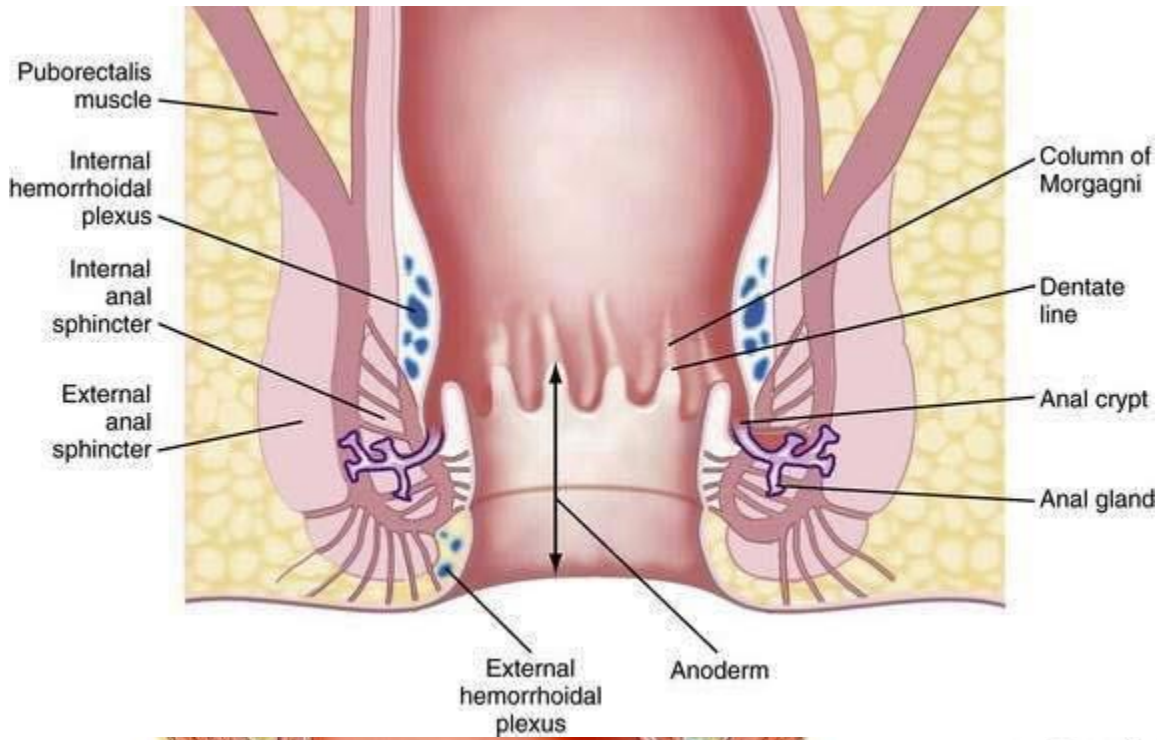
:

بنية القناة الشرجية:

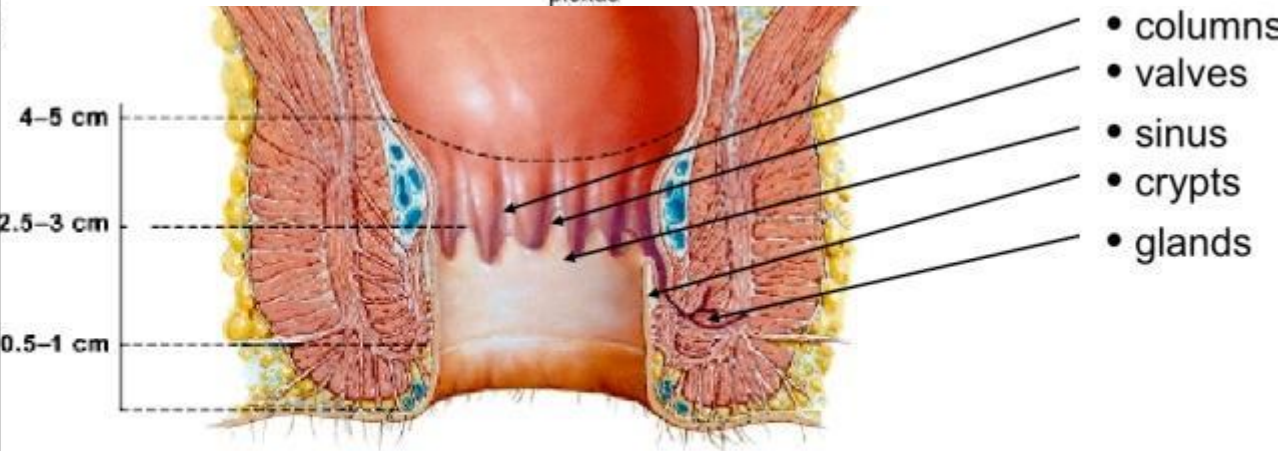
تتألف القناة الشرجية من طبقتين داخلية (غشاء مخاطي) وخارجية عضلية.

الغشاء المخاطي:

يُبطّن النصف العلوي للقناة الشرجية بظهارة أسطوانية هي استمرار لظهارة المستقيم, تتثنى ("تتزمزم") هذه الظهارة الى طيات عمودية عددها 8-12 عمودا تدعى الأعمدة الشرجية تحصر بينها في الأسفل جيوب تتلاقى فيما بينها عند نهاياتها السفلية بواسطة طيات هلالية تدعى دسامات valve الشرج وهي بقايا غشاء الشرج الأولي, يشكل تتالي الدسامات حلقة متواصلة تدعى بالخط المسنن dentate line.



في قعر كل دسام حفرة تدعى
 خبيئة crypt يفتح فيها قنوات
 لغدد ضامرة يبلغ عددها بين 4-
 8 تدعى بالغدد الشرجية والتي
 يتوضع جسمها ضمن المصرة
 الباطنة أو بين المصرتين, تفرز
 مخاطا يساعد في تسهيل التغوط



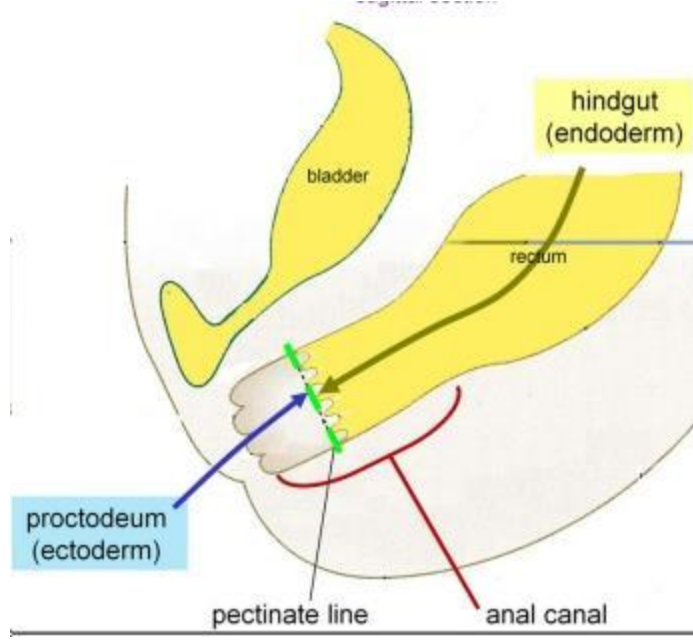
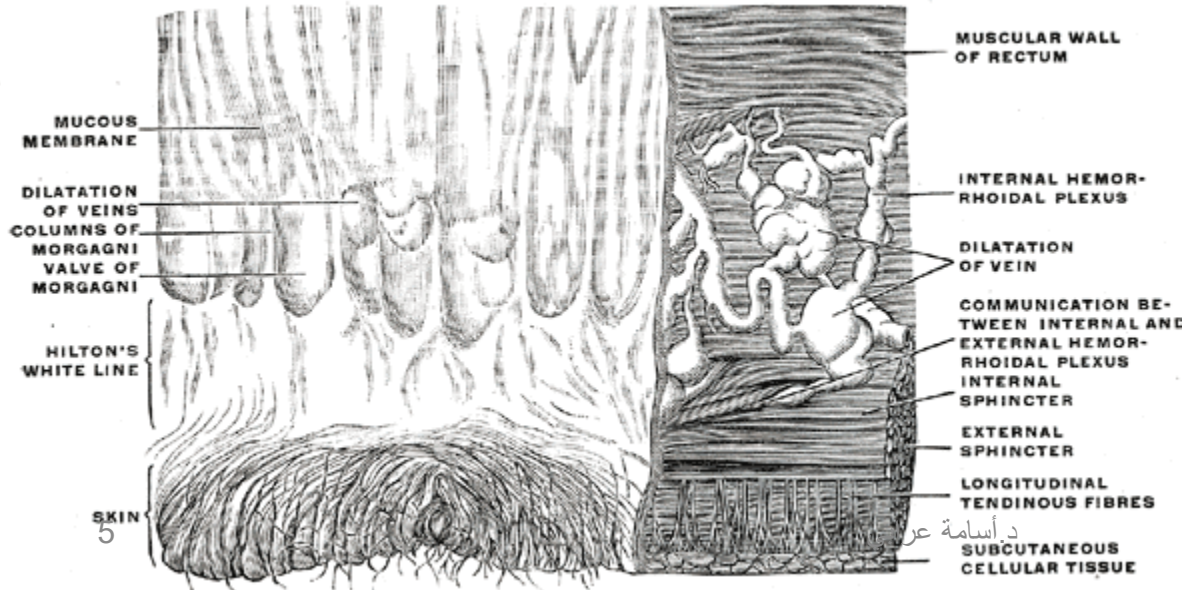
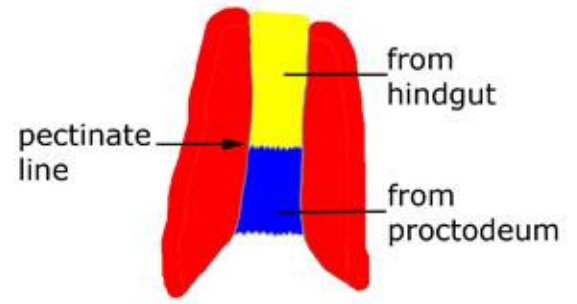
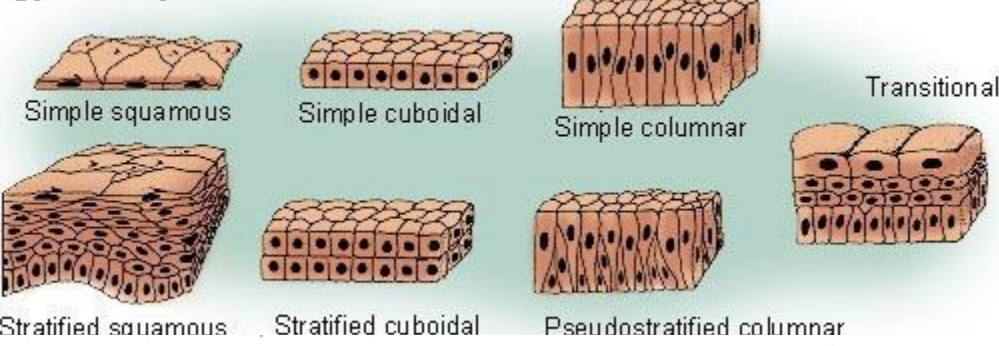
Mucosa of the Anal Canal

Structure

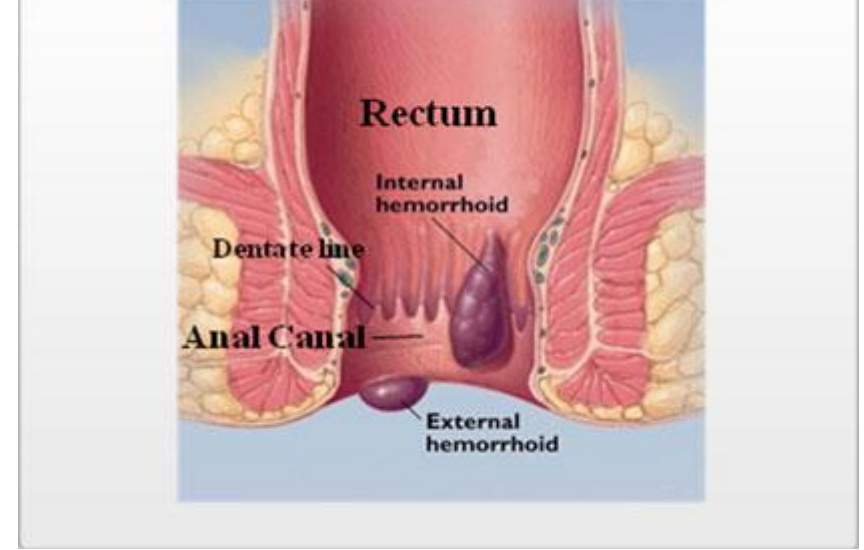
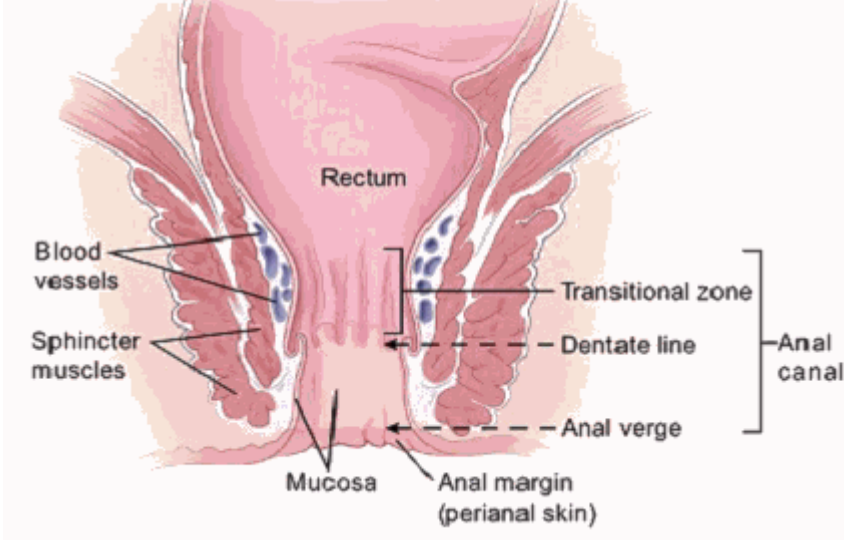
The mucous membrane of the upper half of the anal canal is derived from hindgut endoderm .It has the following important anatomic features:

It is lined by columnar epithelium.

Types of Epithelium

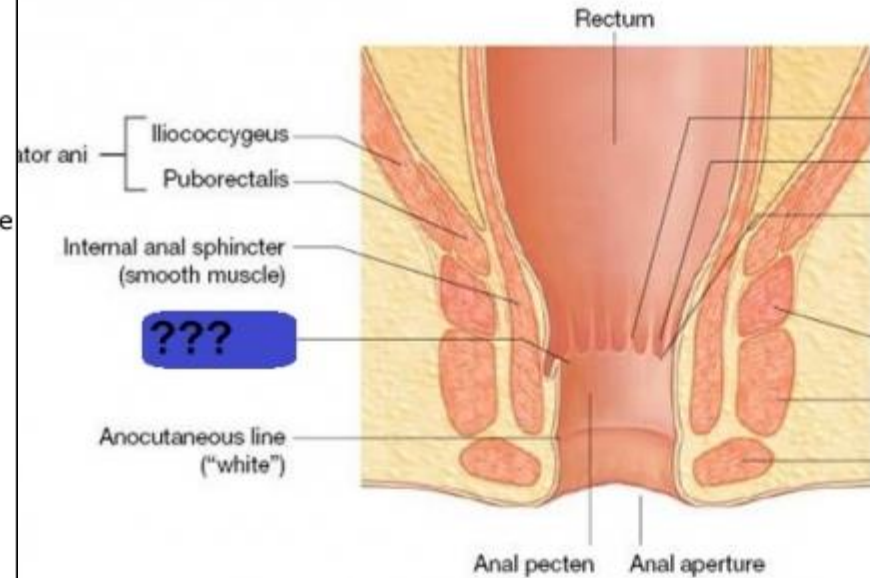
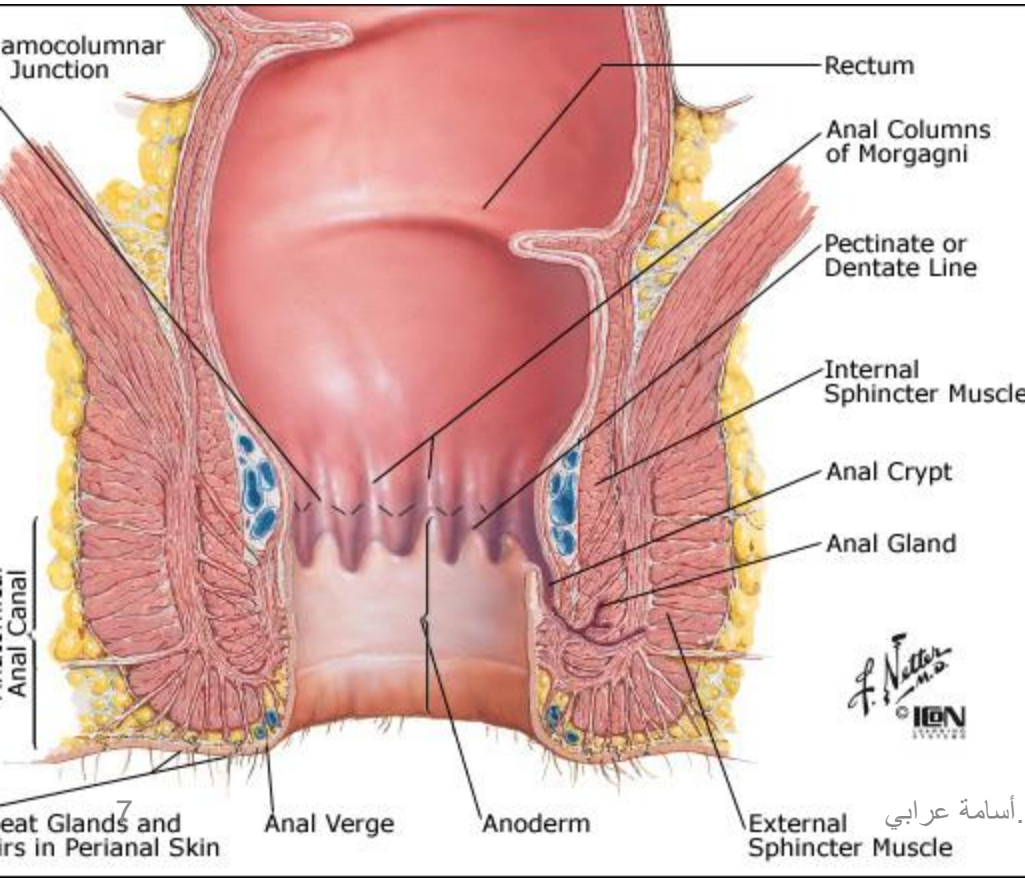


د أسامة عن



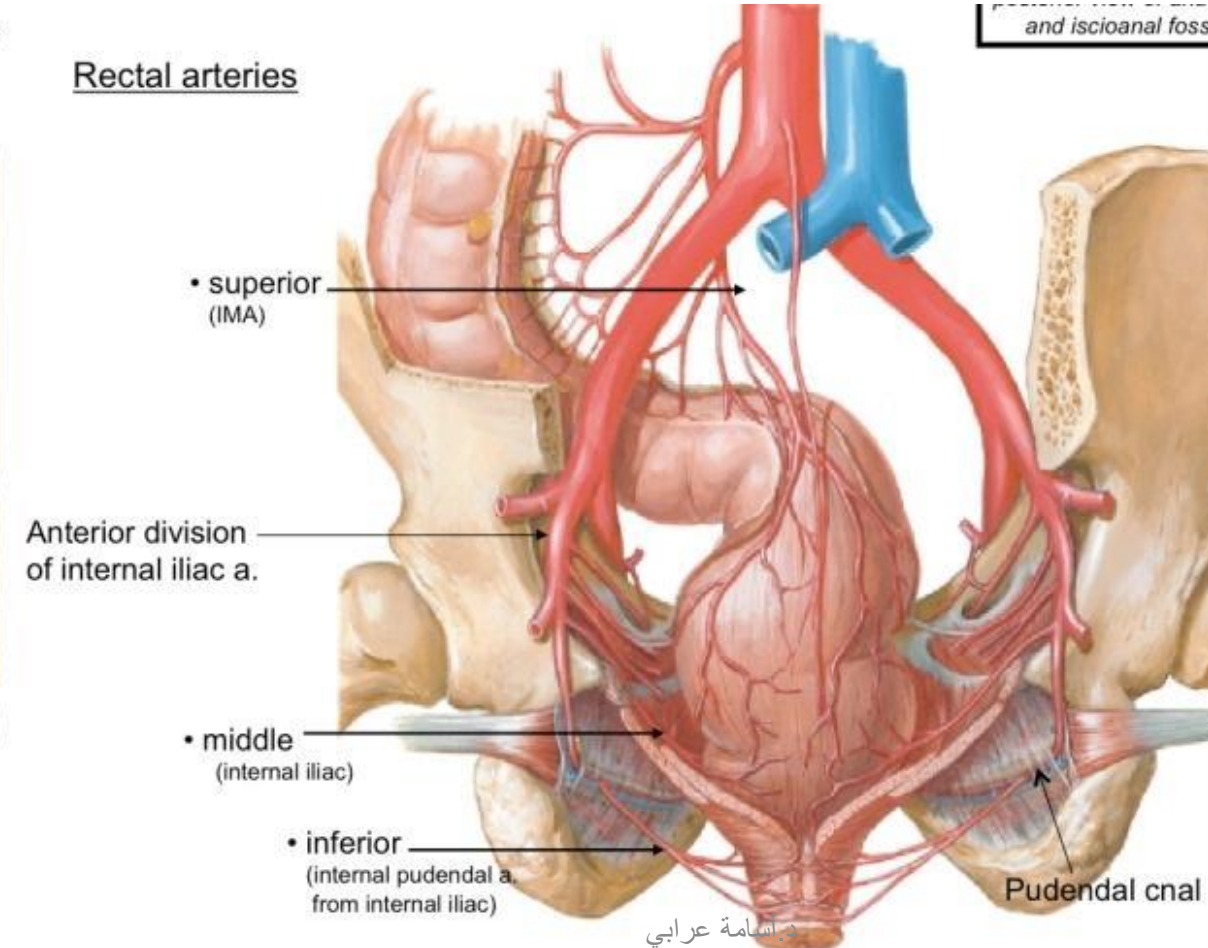
- الخَطُّ المُمَشَّطُ (الخَطُّ الشَّرْجِيُّ الجِلْدِيُّ) أو الخَطُّ المُسَنَّ: هو الخط الذي يفصل بين النصف العلوي والسفلي يقع على مستوى الدسامات الشرجية فاصلا بين الظهارتين الإسطوانية والحرشفية

تحت الخط المسنن يوجد في الغشاء المبطن للقناة الشرجية خط يدعى الخط الأبيض لهيكتون , في المنطقة أعلى ذلك الخط تبطن القناة الشرجية بنسيج ظهاري حرشفي مطبق غير متقرن ولايحتوي ملحقات جلدية, أما تحته فنسيج ظهاري حرشفي مطبق متقرن حاوي على ملحقات جلدية ويندمج مع جلد الشرج.

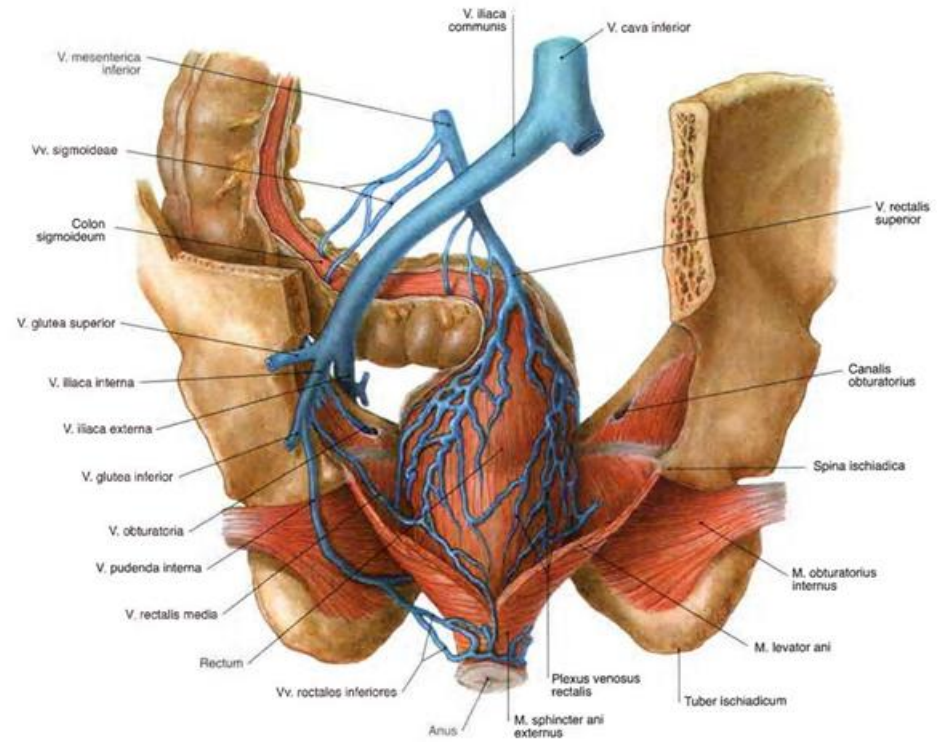
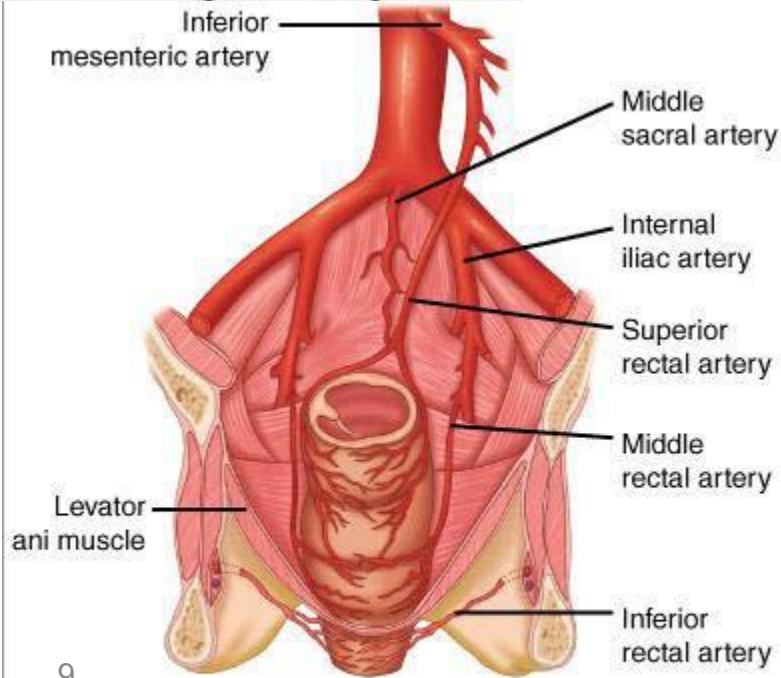
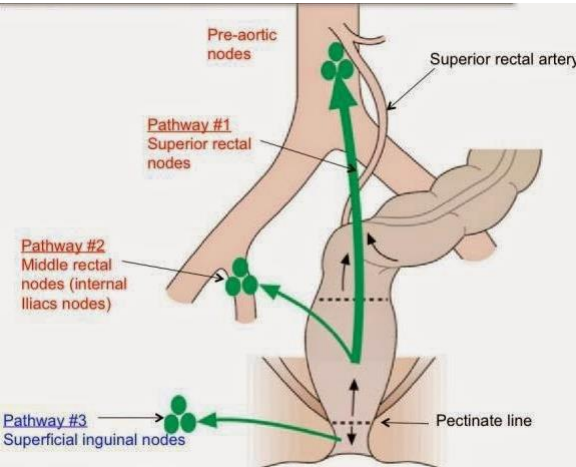


تروية وتعصيب الغشاء المخاطي:

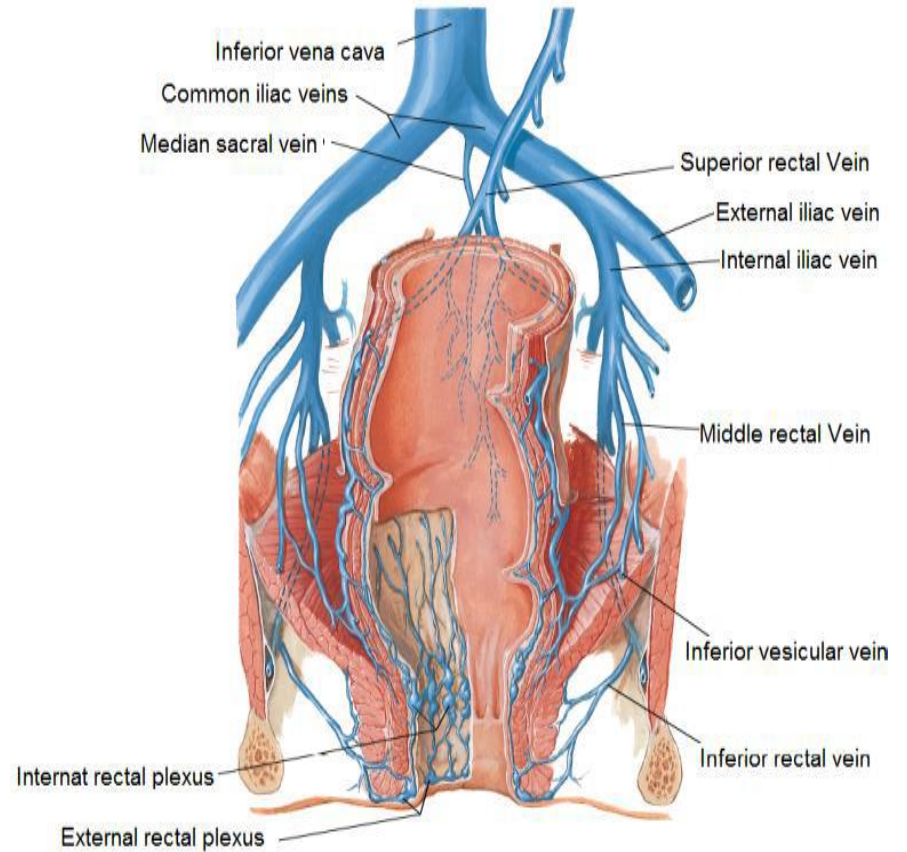
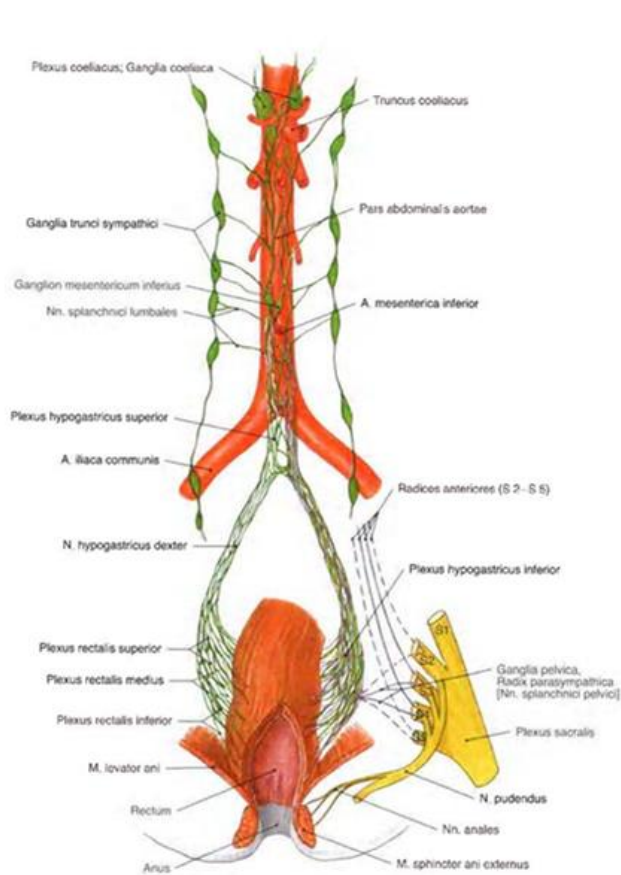
- فوق الخط المسنن بشكل رئيس من الشريان المستقيمي العلوي شعبة المساريقي السفلي.
- . النزح الوريدي يصب في المستقيمي العلوي حيث يشكل في البداية تحت المخاطية الصفائر الوريدية الباطنة .
- اما النزح اللمفي فيصب في العقد جنب المستقيم التي تصب في النهاية في العقد المساريقية السفلية.
- أما التعصيب فيشتق من الضفيرة الختلية السفلية, وهو تعصيب مستقل يجعله حساسا للتمطط فقط.



- تحت الخط المسنن تأتي التروية الشريانية من المستقيمي السفلي فرع الفرجي الباطن فرع الحرقفي الباطن, وكذلك نزحه الوريدي نحو الوريد الفرجي الباطن بعد أن يشكل تحت مخاطية وجلد الشرج الصغيرة الوريدية الظاهرة....، أما نزحه اللمفي فيصب في المجموعة المتوسطة من العقد الأربية السطحية.



ولاننسى أن هناك مفاغرات تتم تحت مخاطية الشرج بين روافد الوريدين المستقيمين العلوي والسفلي مما يعني تفاغرا بابيا جهازيا. أما التعصيب فيأتي من المستقيمي السفلي(الشرجي السفلي) فرع الفرجي,وهو تعصيب جسدي يجعله حساسا للألم والحرارة واللمس والضغط.



الطبقة العضلية

يحيط بالقناة الشرجية نوعين من العضلات:

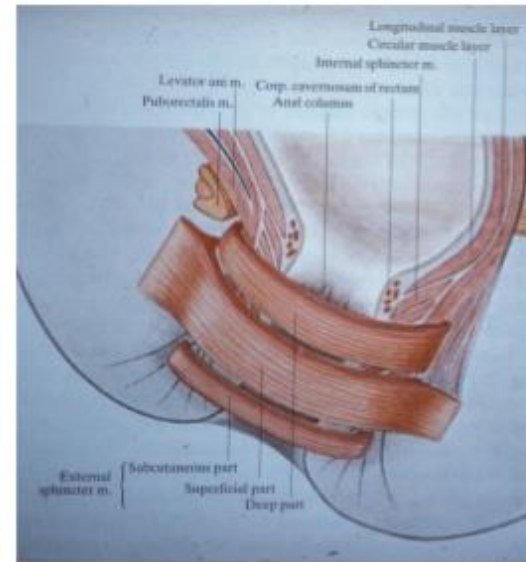
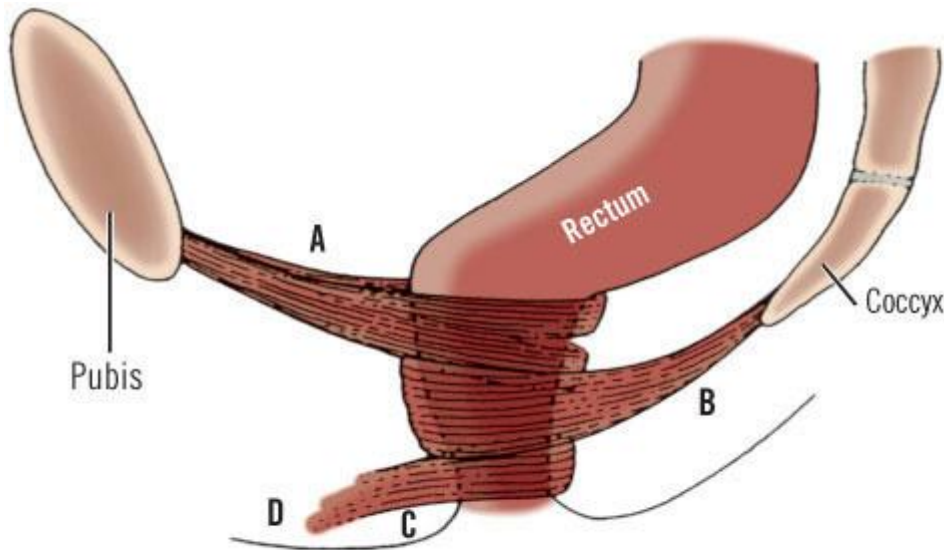
1. ألياف عضلية ملساء داخلية دائرية وخارجية طولانية وهما تمادي للطبقة العضلية للمستقيم, تتنخن الدائرية هنا لتشكل ما يدعى بالمصرة الشرجية الباطنة وهي عضلة لإرادية تتعصب من الضفيرة الختلية السفلية.

2. عضلة مخططة إرادية تحيط بالباطنة هي المعصرة الظاهرة تتعصب بالعصب المستقيمي السفلي فرع الفرجي ومن الفرع العجاني للعجزي الرابع, ولها ثلاثة أجزاء:
- تحت الجلد.

-السطحي وهو لا يحيط بها من الخلف مما يسبب ضعفا في هذه الناحية يجعلها عرضة لتوضع آفة شرجية هي الشق الشرجي كما سيمر معنا.
-العميق .

كما يشكل الإندماج بين المصرة الباطنة والجزء العميق للمصرة الظاهرة مع العانيتين المستقيميتين حلقة واضحة تدعى بالحلقة الشرجية المستقيمية التي يمكن جسها بالفحص الشرجي.

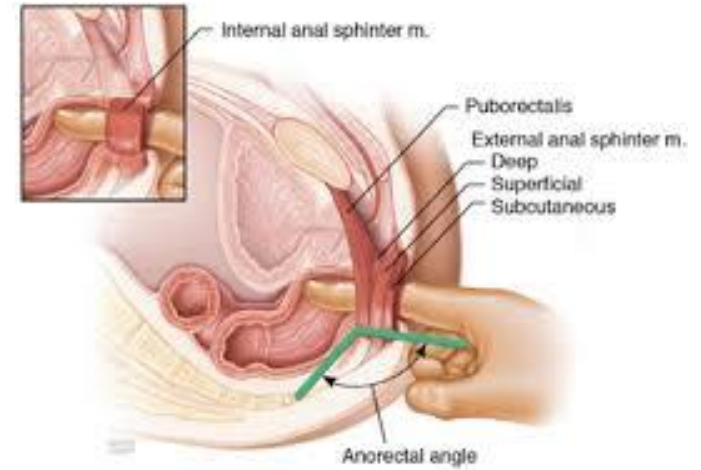
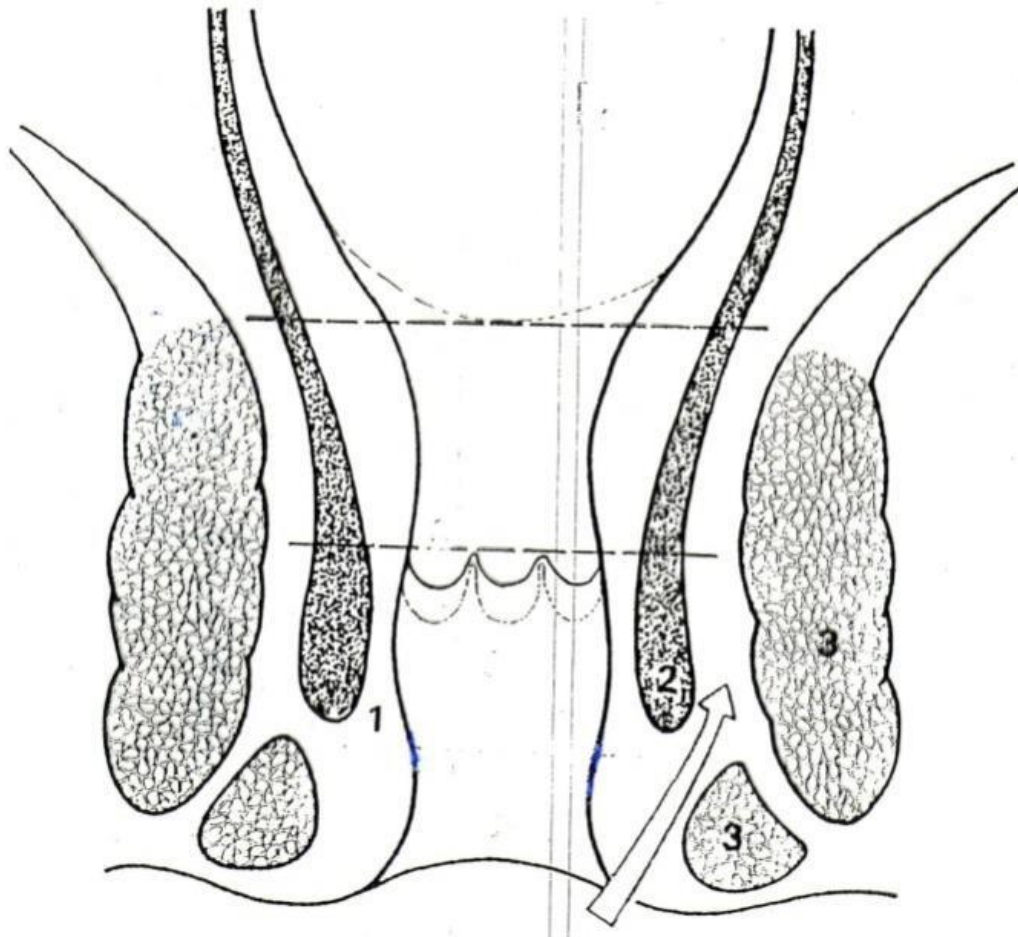
Muscles of Anal Canal

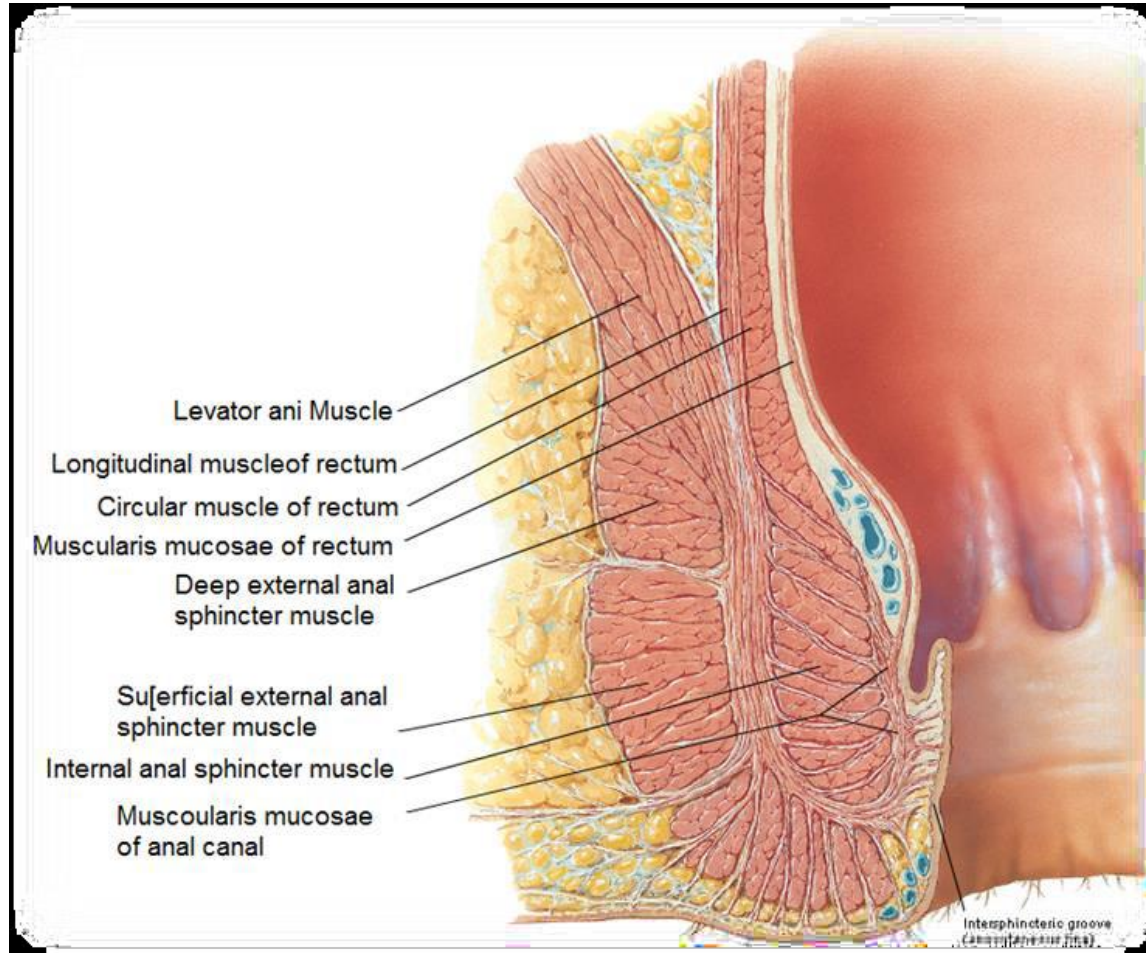


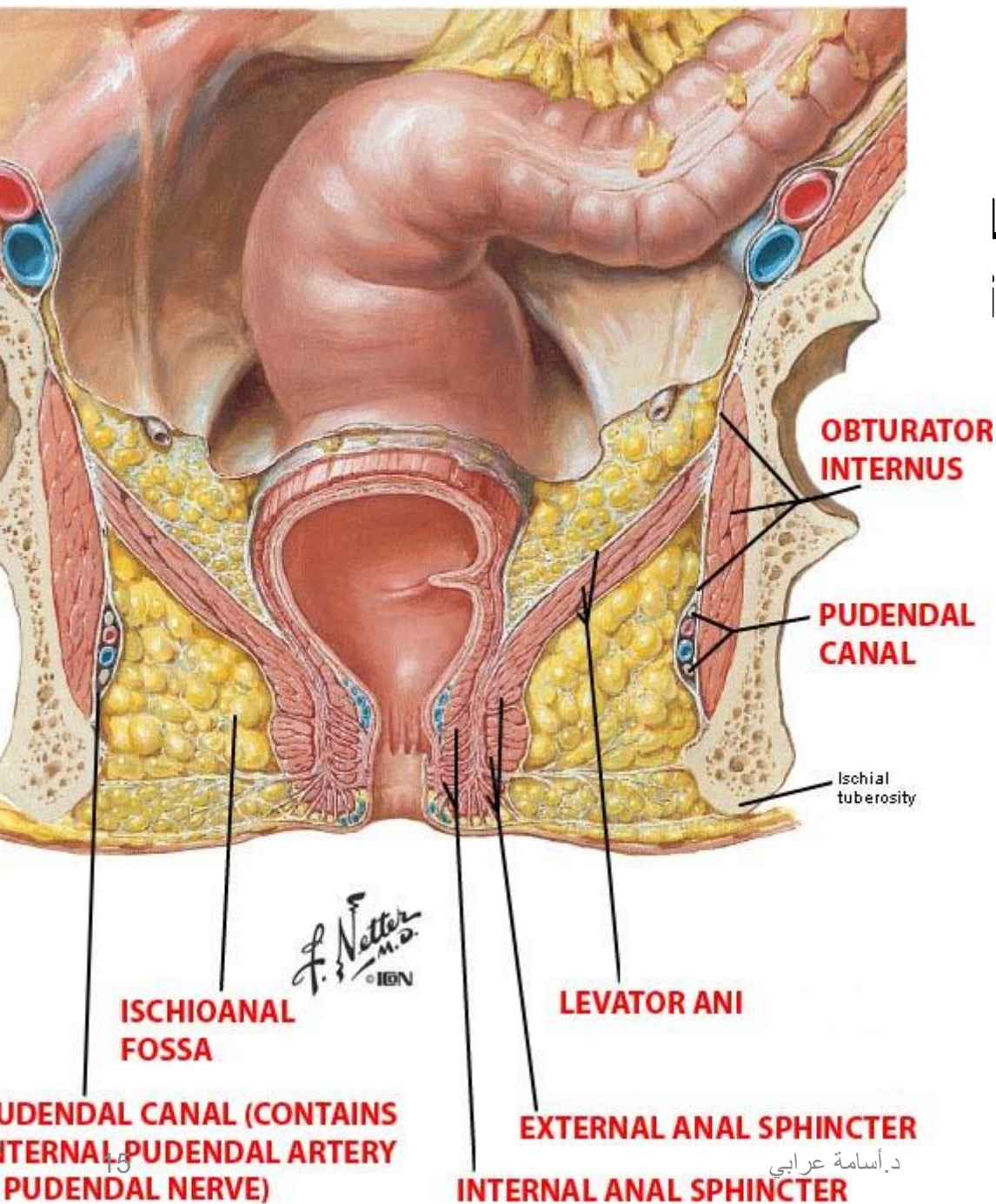
hincter

Skandalakis JE, Colborn GL, Weidman TA, et al: *Skandalakis' Surgical Anatomy*; <http://www.accesssurgery.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

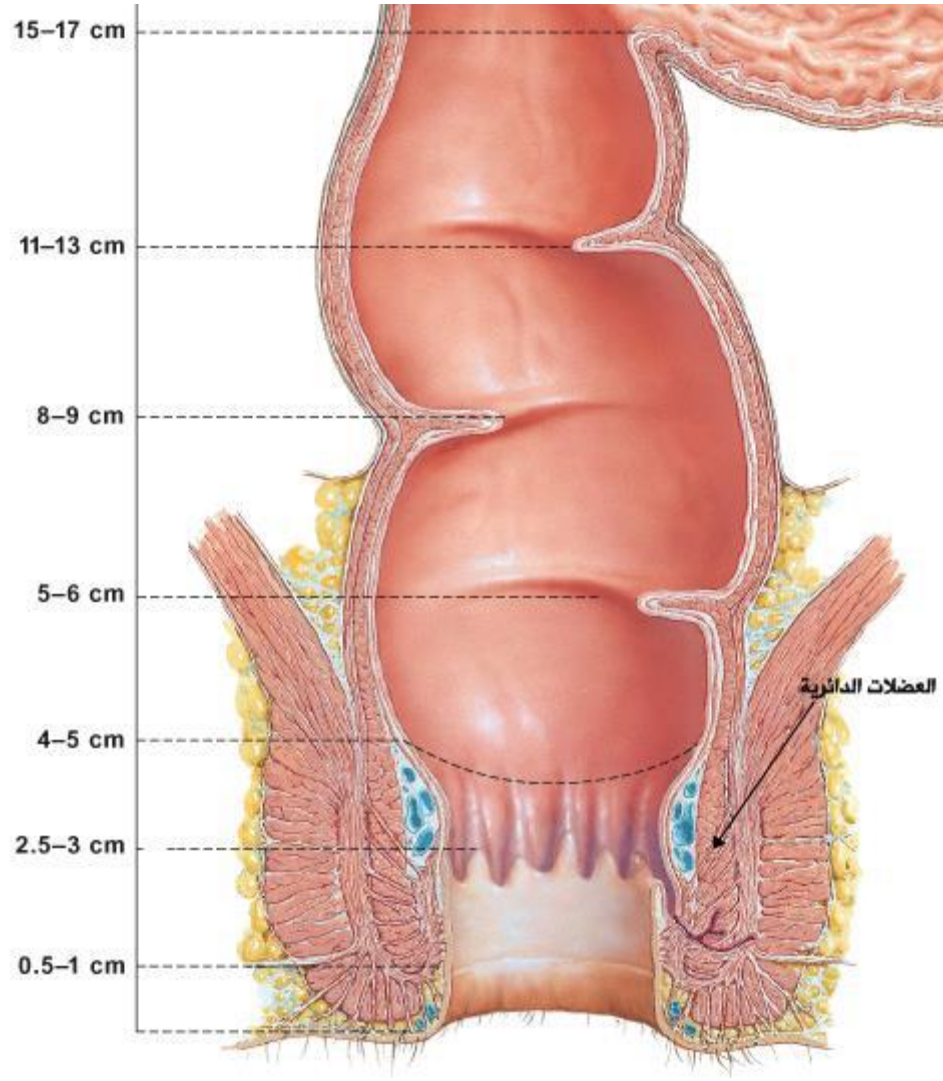




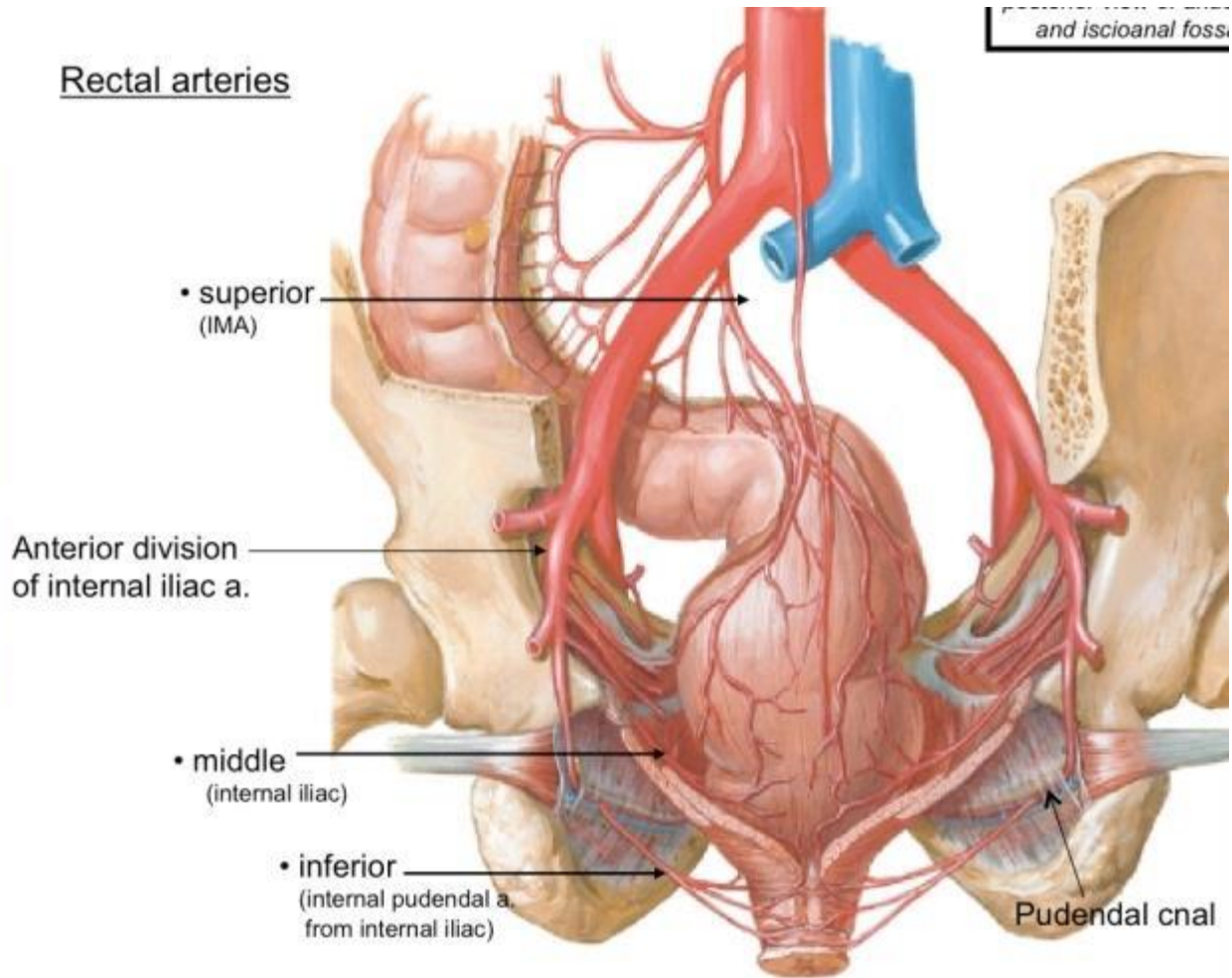


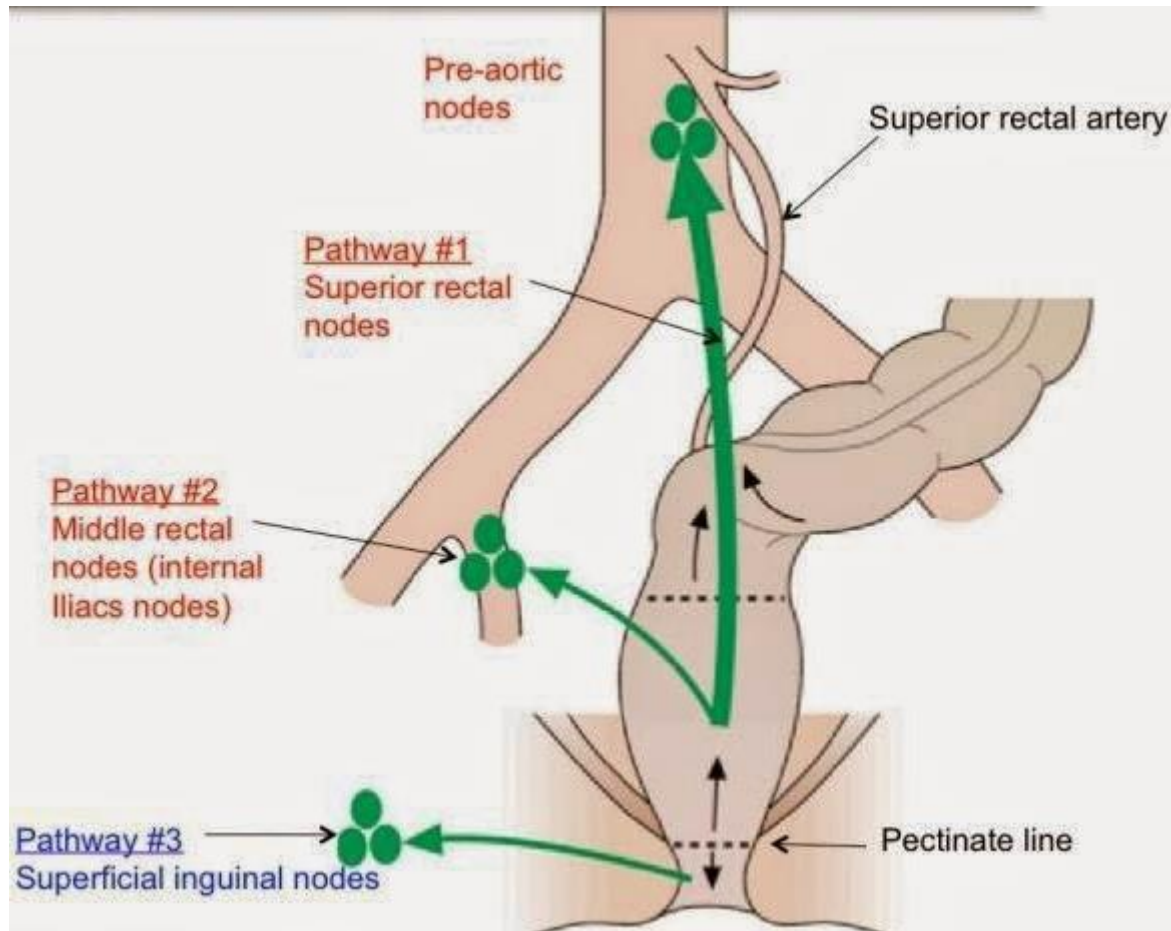
Laterally: The fat-filled ischioanal fossae .

الحفرتان الإسكيتان
 المستقيمتان: هما حيزان ذواتا
 شكل إسفيني يتوضع الواحدة
 منهما على أحد جانبي القناة
 الشرجية، تحوي شحما وبعض
 الأوعية والأعصاب، وتكون مقرا
 لتوضع خراجات.



Rectal arteries





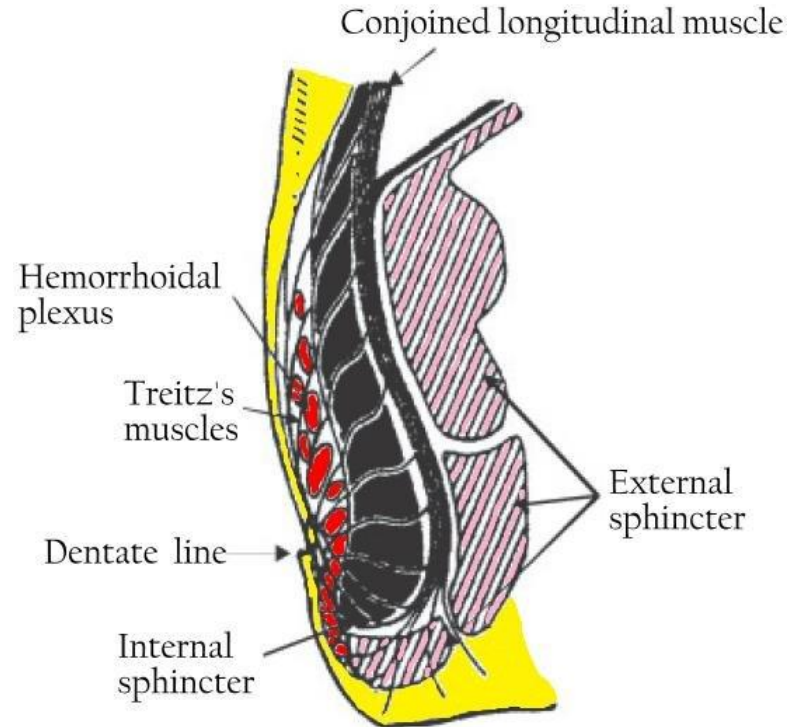
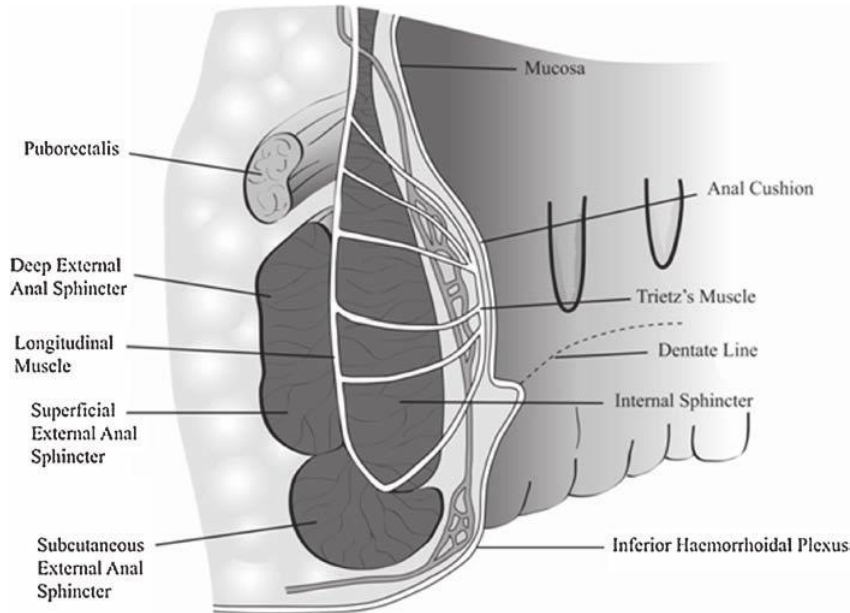
– يعمل المستقيم كخزان يتسع لحوالي 650-1200 مل ، بينما يكون ناتج البراز اليومي 250-750 مل .

– تتحكم مصرة الشرج بتمرير البراز (التغوط) أو منع خروجه (ضبط البراز أو الاستمساك) ، تعتبر المصرة الباطنة (غير إرادية) مسؤولة عن حوالي 80% من ضغط الراحة ، في حين أن المصرة الظاهرة (إرادية) تكون مسؤولة عن 20% من ضغط الراحة و 100% من ضغط الشد (العصر) ، تسترخي المصرة الشرجية الباطنة بشكل دوري للمحتويات البرازية البسيطة لكنها تتقلص أثناء الراحة ، وتتقلص العضلة العانية المستقيمة أثناء الراحة وتسترخي فقط أثناء التغوط ، أما المصرة الشرجية الظاهرة فتتقلص استجابة للتحريض الناجم عن وجود البراز في المستقيم وتسترخي خلال التغوط .

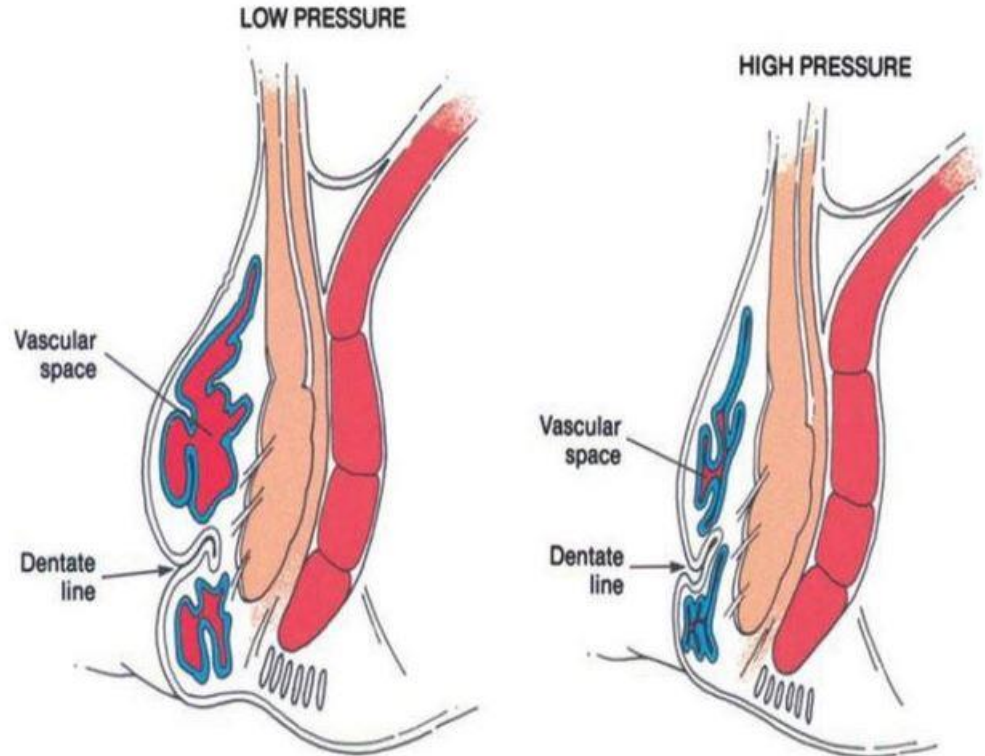
– يتم التغوط على أربع مراحل : (1) تحرك كتلي للبراز نحو مجل المستقيم , (2) زوال منعكس التثبيط الشرجي المستقيمي حيث أن تمدد المستقيم يسبب **استرخاء لا إرادي في المصرة الباطنة** (3) زيادة الضغط داخل البطن (4) استرخاء إرادي في المصرة الظاهرة والعضلة العانية المستقيمة .

- **الاستمساك**: يحتاج إلى وجود سعة طبيعية وإحساس طبيعي عند المنطقة الانتقالية فوق الخط المسنن مع سلامة الوظيفة العانية المستقيمة، ووظيفة المصرة الظاهرة و الباطنة, تقوم العضلة العانية المستقيمة بالمحافظة على الزاوية الشرجية المستقيمة ويؤدي تقلصها إلى منع مرور البراز الصلب . كما أن هناك آلية أخرى دقيقة تساعد على الاستمساك تتم بواسطة ما يدعى بـ **”الوسائد الشرجية“** وهي: كتل سميكة شديدة التوعية تتوضع حول الحلقة الشرجية تحوي:

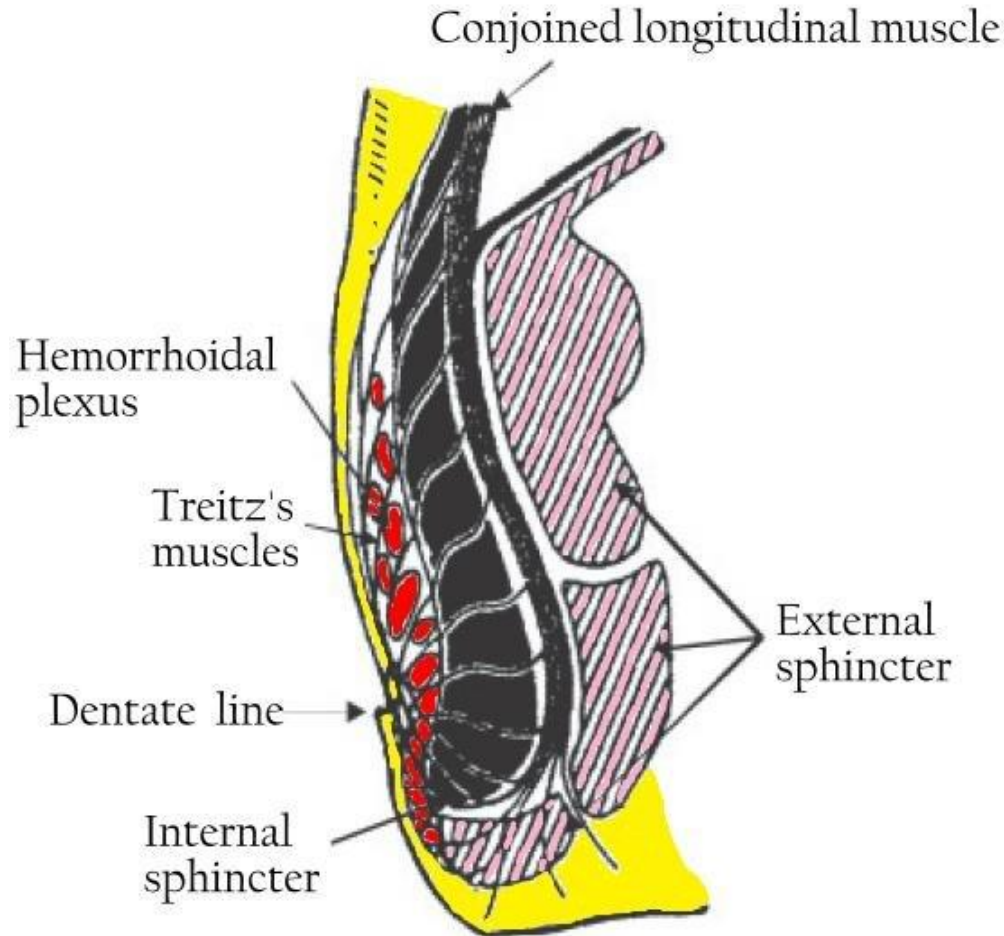
- **الضفائر الوريدية العميقة** السالفة الذكر. هذه الوسائد ليست متواصلة بل تجزؤها أعمدة مورغانى إلى ثلاثة (أو أقل) يسرى وأيمنتين: خلفية وأمامية, وبعبارة أخرى تتوضع في الساعة: 3,7,11 بالوضعية العجانية (استخراج الحصة lithotomy) وذلك بشكل مكافئ لتوضع الفروع الإنتهائية للشريان المستقيمي العلوي. دون شعريات مما يفسر النزف القاني للبواسير.

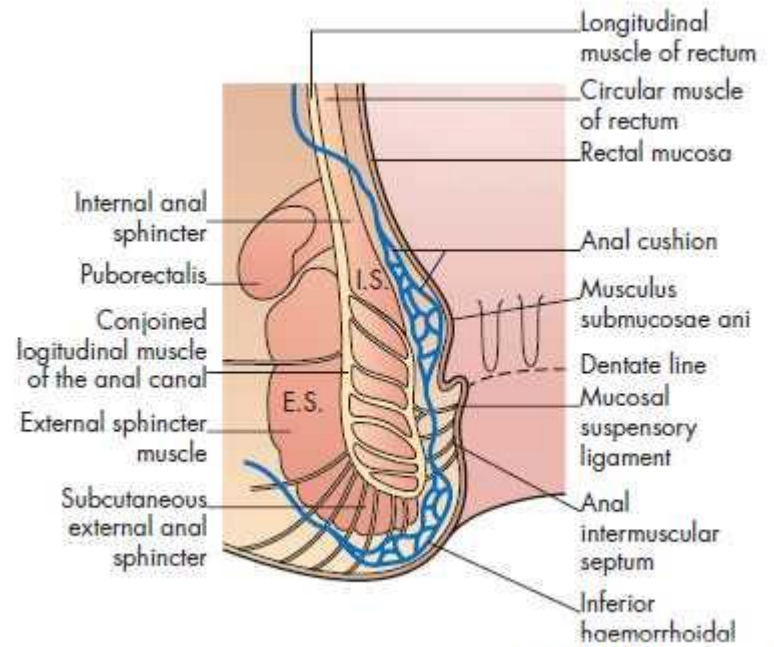
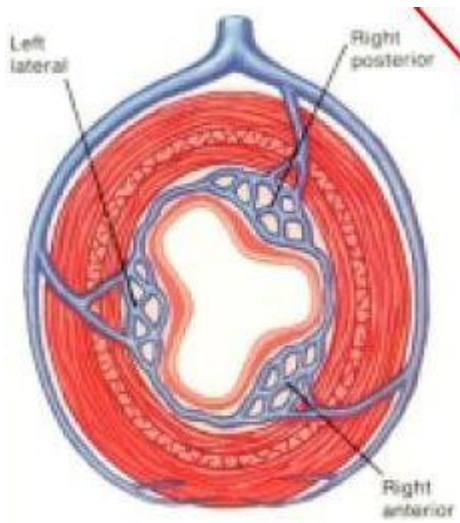


تشكل تلك الوسائد تركيبات قابلة لتعديل حجمها مما يساهم في تغيير قطر قناة الشرج فبتقاربها يُحکم إغلاق قناة الشرج. فأثناء الإستمساك تكون المصرة الباطنة متقلصة مما يقلل من إفراغ الدم من تلك الوسائد فتحتقن وتحكم إغلاق الشرج، أما أثناء التغوط فترتخي المصرة الباطنة مما يمكن تلك الوسائد من تصريف دمها ويساهم ذلك بمزيد من التوسع وبالتالي تسهيل مرور البراز. يؤدي **تدلي** الوسائد لحدوث البواسير الباطنة، أما احتقانها وتضخمها فهو أمر تال .

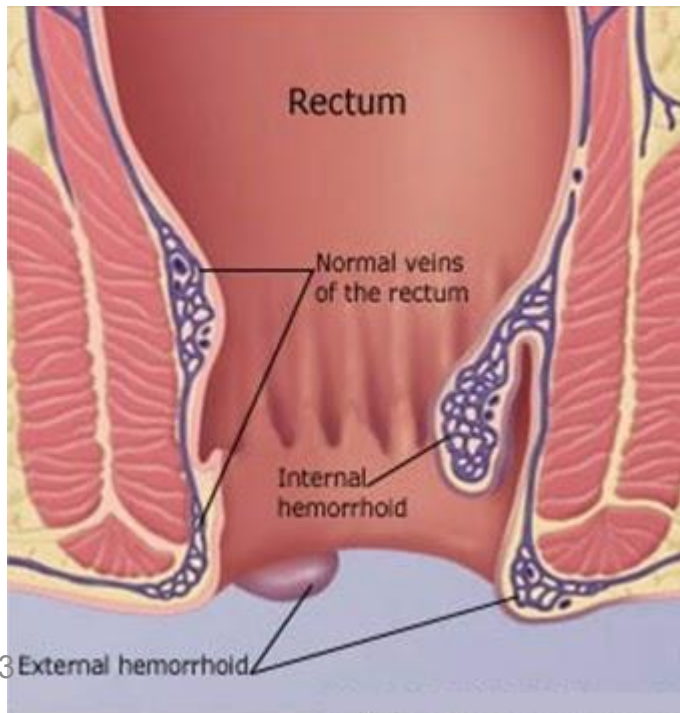


-تُدعم تلك التشكلات الوعائية بألياف مرنة وعضلات ملساء تنبثق من الوجه الباطن للمصرة الباطنة كسلسلة حزم متداخلة تلتحم لتشكل في الأسفل سقالة بشكل الوترية حول الضفيرة الوريدية المتوسعة وتثبيتها لجدار الشرج وتمنع تدليها .





muhadharaty.com



23 External hemorrhoid

د. أسامة عرابي

هي ثنية (حلمة) من الغشاء المخاطي وتحت المخاطي تحتوي على روافد وريدية متوسعة وفرع شرياني إنتهائي.

وهي آفة كثيرة الشيوخ ,ويقدر أن نصف البشر فوق الخمسين لديهم بواسير.

تصنف البواسير حسب توضعها إلى بواسير باطنة وأخرى ظاهرة:

البواسير الباطنة: تتجم كما ذكرنا سابقا عن وتدلي الوسائد الشرجية ,تتوضع فوق الخط المسنن وروافدها الوريدية تصب في الوريد المستقيمي العلوي وشريانها فرع من الشريان المستقيمي العلوي,تتوضع عادة عند الساعة 3 و7 و11 بالوضعية

العجانية(وضعية بضع المثانة lithotomy position) وتصنف سريريا إلى أربع درجات حسب شدة تدليها:

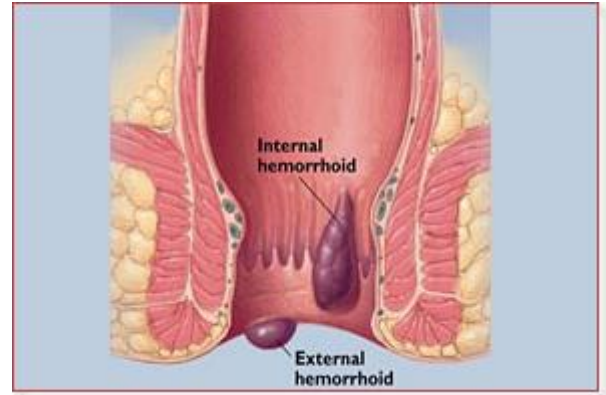
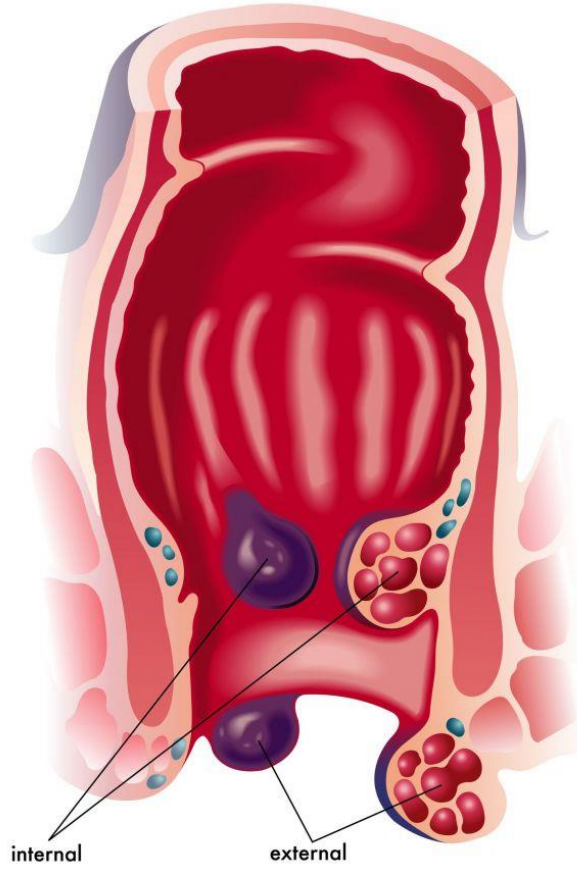
الدرجة الأولى:محصورة ضمن القناة الشرجية.

الدرجة الثانية:تتسدل خارج القناة الشرجية أثناء التغوط ثم تعود تلقائيا.

الدرجة الثالثة:تتسدل خارج القناة الشرجية أثناء التغوط ولا تعود إلا بالرد اليدوي.

الدرجة الرابعة:منسدلة دوما.

Hemorrhoids



**1st Degree: No Prolapse
Just prominent vessels**



**2nd Degree: Prolapse (come out) with strain
but spontaneously reduce (go back in)**



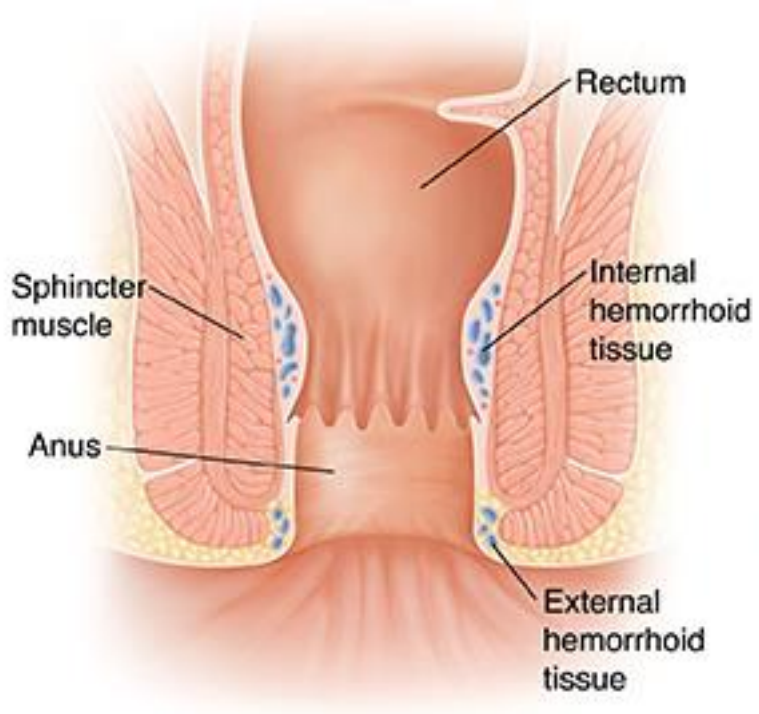
**3rd Degree: Prolapse with strain
and have to be pushed back in**



**4th Degree: Prolapsed out and
cannot be reduced or pushed back in**



البواسير الظاهرة: البواسير الظاهرة تنجم عن توسع الوريدية الوريدية الظاهرة, تتوضع تحت الخط المسنن وروافدها الوريدية تسير على حافة الشرج وتصب في الوريد المستقيمي السفلي, تتغذى بالغشاء المخاطي للنصف السفلي للقناة الشرجية أو الجلد, ومن الشائع ترافقها مع بواسير باطنة.



الأسباب: أسباب البواسير غير مؤكدة، ولكن يمكن للعوامل التالية أن تساهم في حدوثها: تغير عادات التغوط، الطعام الفقير بالألياف، الحمل والولادة، البدانة، ارتفاع الضغط داخل البطن: حبن، كتلة... الجلوس المديد، الوقوف المديد، الأطعمة الحريفة، الوراثة.

الأعراض والتشخيص
-البواسير الباطنة:

القصة السريرية: نزف، حكة.

الفحص: بروز الحلم من فوهة الشرج.

تنظير الشرج لتشخيص الدرجات الأولى والثانية والثالثة. وقد نحتاج لتنظير سين أو كولون **لنفي آفات أخرى** قد ترافق أو تكون سببا في حدوث البواسير.

-البواسير الظاهرة: جس حلم من قبل المريض، ألم، وقد تتظاهر مباشرة بأحد اختلاطاتها وهو الخثرة الباسورية.

التشخيص التفريقي:

يجب تفريق البواسير عن آفات شرجية أخرى سيتم ذكرها لاحقا وشرح ما يميزها من الشق الشرجي، هبوط المستقيم، السليلة، أورام الشرج السليمة والخبيثة، الميلانوما، الدوالي المستقيمية الشرجية الناجمة عن فرط توتر وريد الباب.

اختلاطات البواسير الباطنة:

-النزف وحدوث فقر دم.

-التقرح.

-الإختناق والتموت: إذا انسدلت الحلم خارج الشرج ولم تعد وتوذمت فتنأثر التروية الوريدية

ثم الشريانية.
• -التقيح: الذي قد يمتد لوريد الباب.



اختلاطات البواسير الظاهرة :وأهمها الخثرة الباسورية التي تنجم عن نزف "داخلي"ضمن الحلمة فيحدث ورم دموي مؤلم يتخثر لاحقاً.

Thrombosed External Hemorrhoids

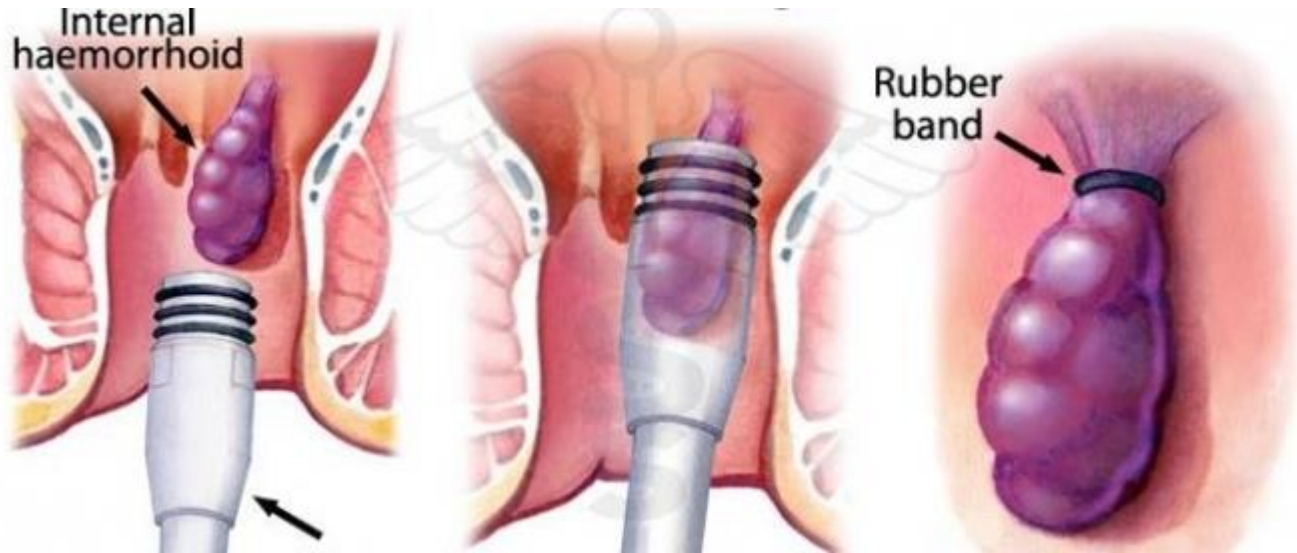


العلاج:

يجب معالجة السبب إذا كان موجودا.

أولا:العلاج المحافظ:ونلجأ له في بواسير الدرجة الأولى ومعظم بواسير الدرجة الثانية:طعام غني بالألياف,الإكثار من شرب الماء,مغاطس ماء دافئ,ملينات في حال وجود إمساك.
ثانيا:علاجات أخرى:

1.الربط بالشريط المطاطي rubber band ligation:لبواسير الدرجة الأولى والثانية وبعض حالات الدرجة الثالثة.



2.التخثير الضوئي بالأشعة تحت الحمراء Photocoagulation:لبواسير الدرجة الأولى أو الثانية الصغيرة



Infrared photocoagulation



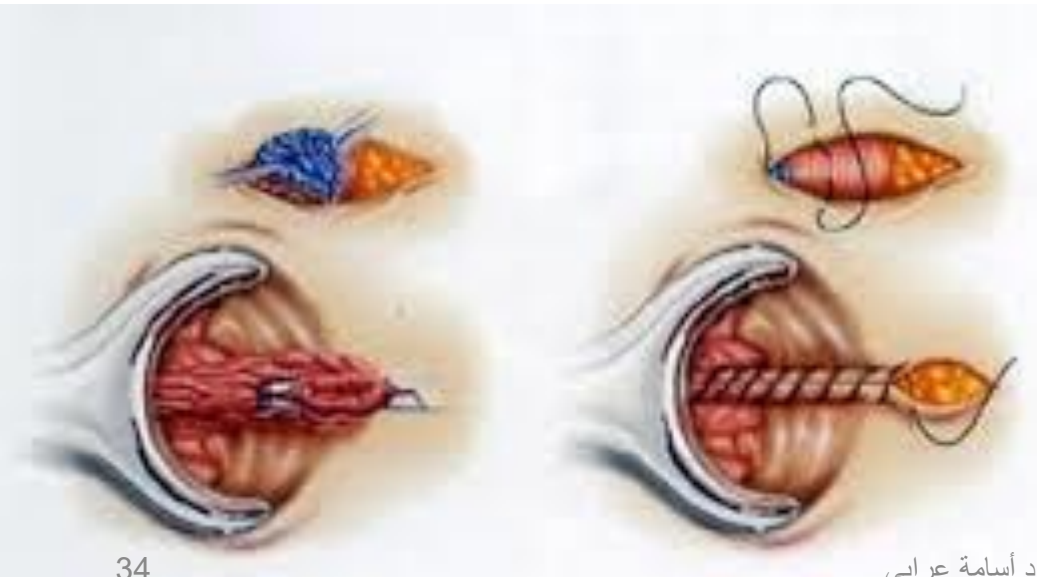
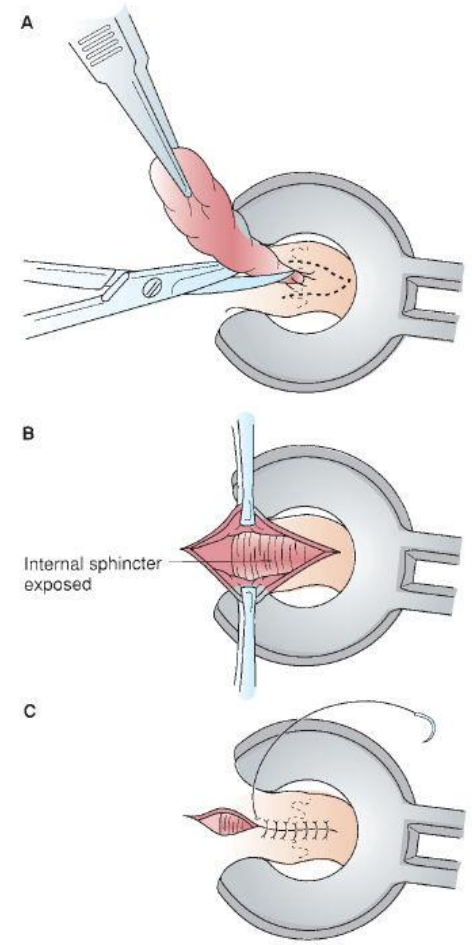
3.المُعَالَجَةُ بِالتَّصْلِيْبِ sclerotherapy للدرجة الأولى والثانية و وبعض حالات الدرجة الثالثة,وتتم بحقن حوالي 3مل من الفينول 5% تحت مخاطية كل حلمة وتركها لتتليف وتضمّر.

4.المعالجة بالتبريد cryotherapy:بتطبيق الآزوت السائل على الحلمة وتركها تنموت وذلك لبواسير الدرجة الأولى والثانية وبعض الثالثة.

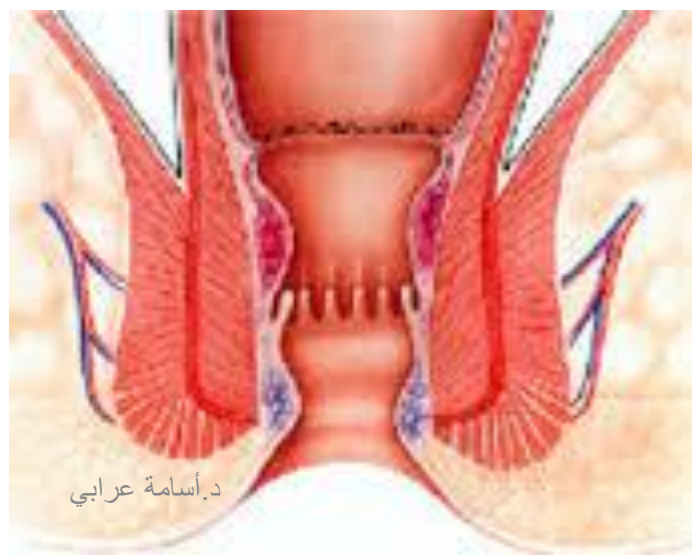
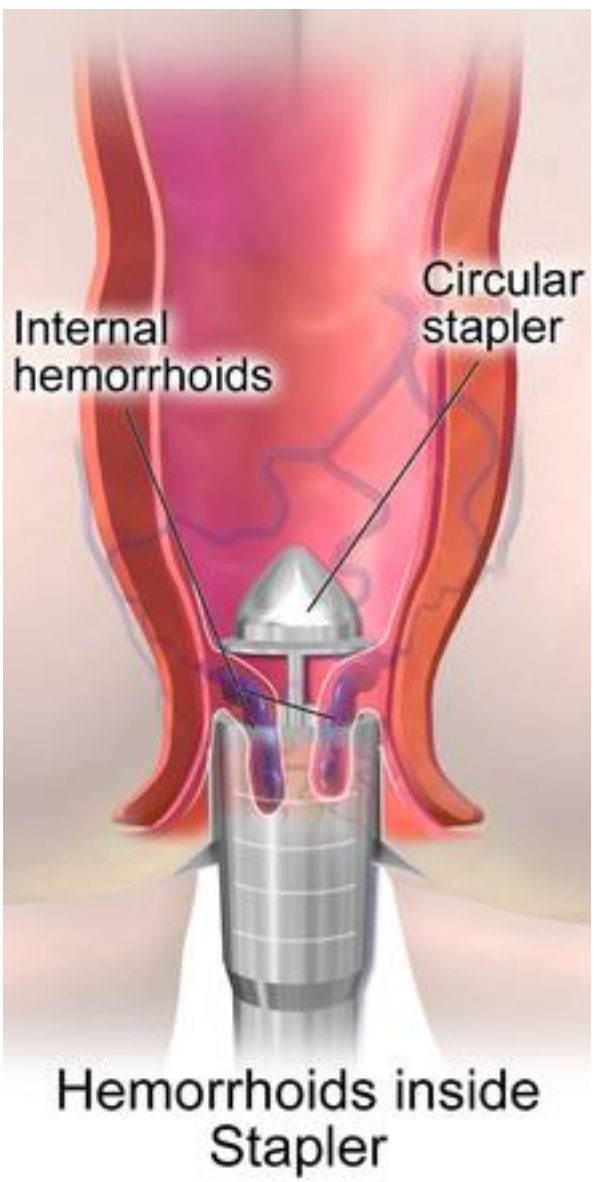
ثانيا:العلاج الجراحي:لبواسير الدرجة الرابعة ولبواسير الدرجة الثالثة الكبيرة أو التي لم تستجب للعلاج المحافظ,كما تجرى الجراحة للبواسير المختلطة كنزف غزير أو اختناق,أو خثرة(في البواسير الظاهرة),وهناك عدة وسائل:

Hemorrhoidectomy

الجراحة التقليدية.

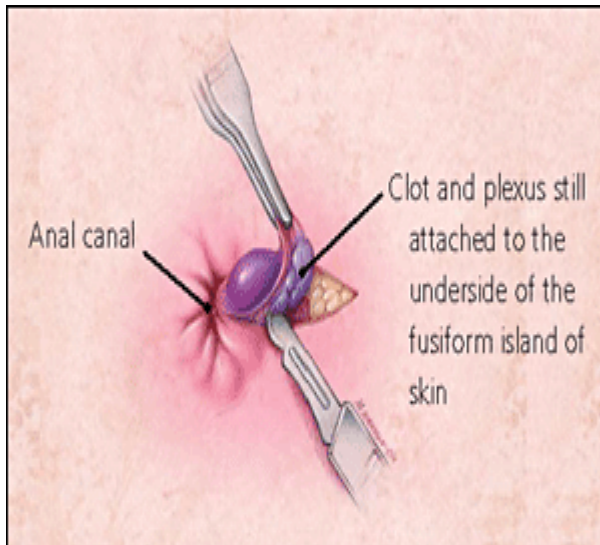


2. الجراحة بـ المُرَزِّز Stapler





3. عملية ربط الشريان الباسوري Haemorrhoidal artery ligation
(HALO) operation: حيث يتم ربط الشريان المغذي للحلمة بمساعدة الإيكو دوبلر أو
بدونه



علاج الخثرة الباسورية: استئصال جراحي:

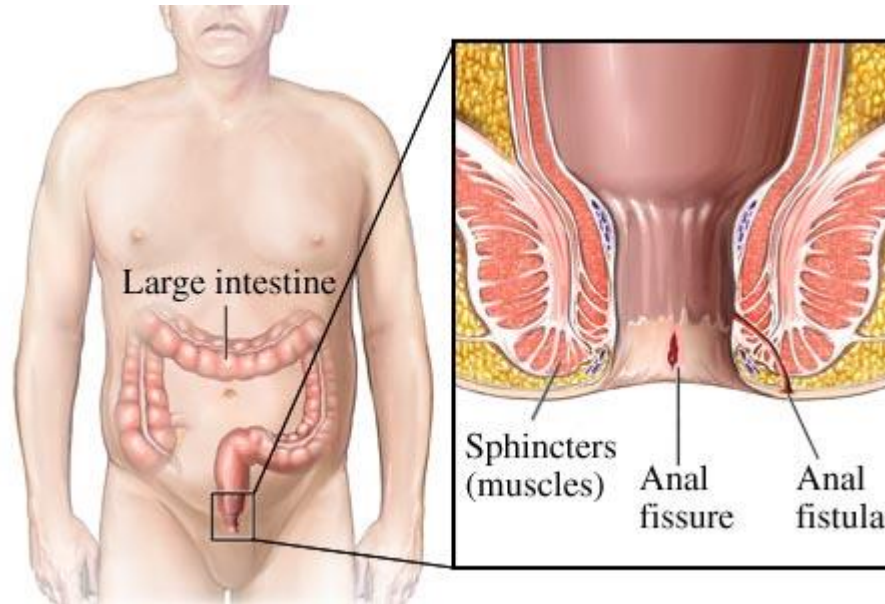
الشق الشرجي

قرحة متطاولة في الغشاء المخاطي للقناة الشرجية, غالبا ماتتوضع في الخلف في الساعة6(بالوضعية العجانية)بسبب غياب الدعم العضلي كما أسلفنا في اللمحة التشريحية.يحدث عند النساء أكثر,وخاصة اليافعات أو الولودات,بينما يشاهد في عند الرجال متوسطي الأعمار,كما يمكن مشاهدته عند الأطفال,كما أن نسبة حدوثه لدى مرضى داء كرون حوالي 30-50%

الفيزيولوجيا المرضية:

تنجم غالبا عن توسع مفرط في الشرج أثناء تغوط جهدي بسبب الإمساك مما يؤدي لتمزق المخاطية وتعري المعصرة الباطنة والذي يؤدي لتشنجها فحدوث مزيد من التمزق فمزيد من التشنج وتحدث حلقة معيبة فالتشنج يزيد التمزق والتمزق يزيد التشنج وهكذا... كما أن التشنج يؤدي لنقص تروية (إقفار)مما يعيق اندمال الشق. يسبب الشق ألما أثناء التغوط فيصاب المريض بخوف فأحجام عن التغوط مما يُراكم البراز ويزيد من **قساوته** وبالتالي حدوث مزيد من التمزق إذا تغوط المريض فيما بعد.وفي المرحلة المتقدمة(شق شرجي مزمن)يتليف قاع الشق وتقسو حوافه وتتشكل ثنية جلدية خارجية حذاءه تدعى الحلمة الحارسة sentinel pile.وكل شق مضى عليه 6-8 أسابيع دون أن يشفى يعتبر مزمنا





حلمة حارسة



أسباب الشق الشرجي:

- -الإمساك.
- -الولادة.
- -عمليات شرج سابقة: استئصال بواسير, إستئصال ناسور, وذلك لأنها تسبب تندبا ونقصا في مرونة الغشاء المخاطي.
- -الأعراض :
- ألم شديد أثناء التغوط يستمر لساعات.
- نزف أثناء التغوط غير ممزوج مع البراز.
- الفحص:
- الفحص مؤلم ولكن يجب إجراؤه لنفي آفات أخرى وذلك بمساعدة مرهم مخدر موضع (ليدوكائين), فنرى الشق والحلمة الحارسة.
- التشخيص التفريقي:
- البواسير, التدرن, أورم الشرج, الإفرنجي syphilis, داء كرون.

- العلاج:
- أولاً: العلاج المحافظ أو غير الجراحي:
- للشق الحديث (حاد) والذي لم يمضي على حدوثه شهر:
- -مغاطس فاترة, مسكنات ,مرهم ليدوكائين, معالجة الإمساك: طعام غني بالألياف.
- - علاجات أخرى:
- 1. مرهم نيتروغليسرين (0.2% Nitroglycerin يُرخي المعصرة الباطنة فتتحسن التروية مما يساعد على الإلتئام.
- 2. مرهم نيفيديبين.
- 2. حقن ذيفان المطثية الوشيكية ضمن المعصرة الباطنة مما يحدث شللاً يدوم شهوراً في المعصرة فتتحسن التروية مما يساعد على الإلتئام.
- ثانياً: العلاج الجراحي:
- للشق المزمن (مضى على حدوثه أكثر من شهر): ويتم فيه بضع جانبي للمعصرة الباطنة المتشنجة Lateral internal anal sphincterotomy

الانتانات حول الشرج

1. الخراج حول الشرج: آفة شائعة ويكثر حدوثها عند الرجال أكثر.

تنشأ إنتانات القناة الشرجية غالباً في الغدد الشرجية حيث يمكن أن تخلف ناسورا, ويمكن أن تنشأ من الجلد حول الشرج. يتطور الإنتان إلى خراج له توضعات عديدة: تحت الجلد, تحت المخاطية, بين المصبرات الشرجية, فوق المصبرات, في الحفرة الإسكية المستقيمية.
الجراثيم المسببة:

- لاهوائية: العصوانية الهشة *Bacteroides fragilis*

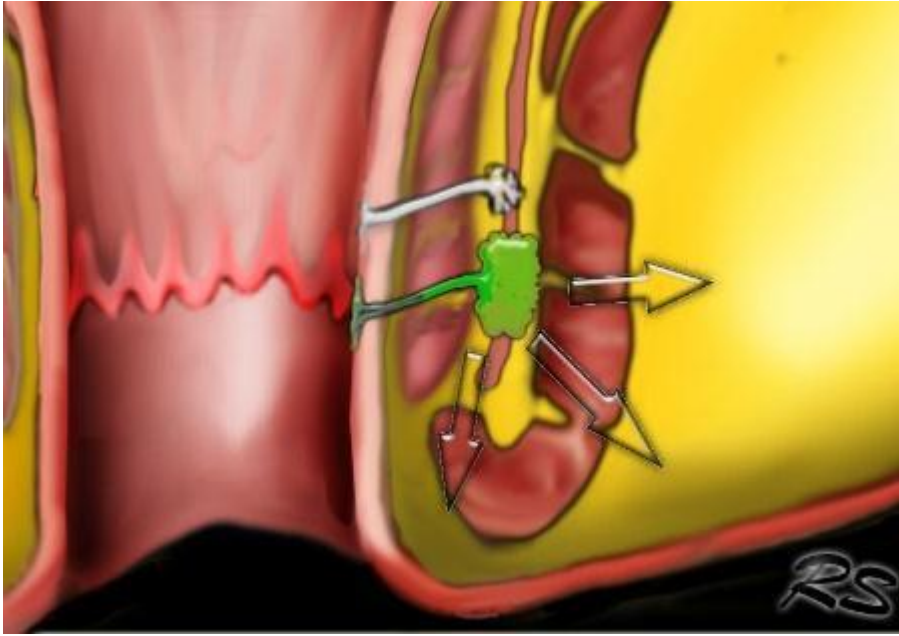
peptostreptococcus الهضمونية العديدة, المطثيات

- هوائية: العنقوديات المذهبة, الإشريكية القولونية *Esch. Coli*

الأعراض والعلامات: ألم, ترفع حروري, انتباج مؤلم ظاهر تحت الجلد أو عميق يجس بالمس الشرجي, ويمكن في الخراجات العالية (فوق المصبرات) أن نلجأ للتصوير المقطعي المحوسب.

الإختلاطات: التنوسر ويحصل في نصف الحالات. وإن وجود الجراثيم سلبية الغرام في القيح يشير للمنشأ من الغدد الشرجية واحتمال التنوسر, بينما يشير وجود الجراثيم الإيجابية الغرام للمنشأ الجلدي واستبعاد احتمال التنوسر .

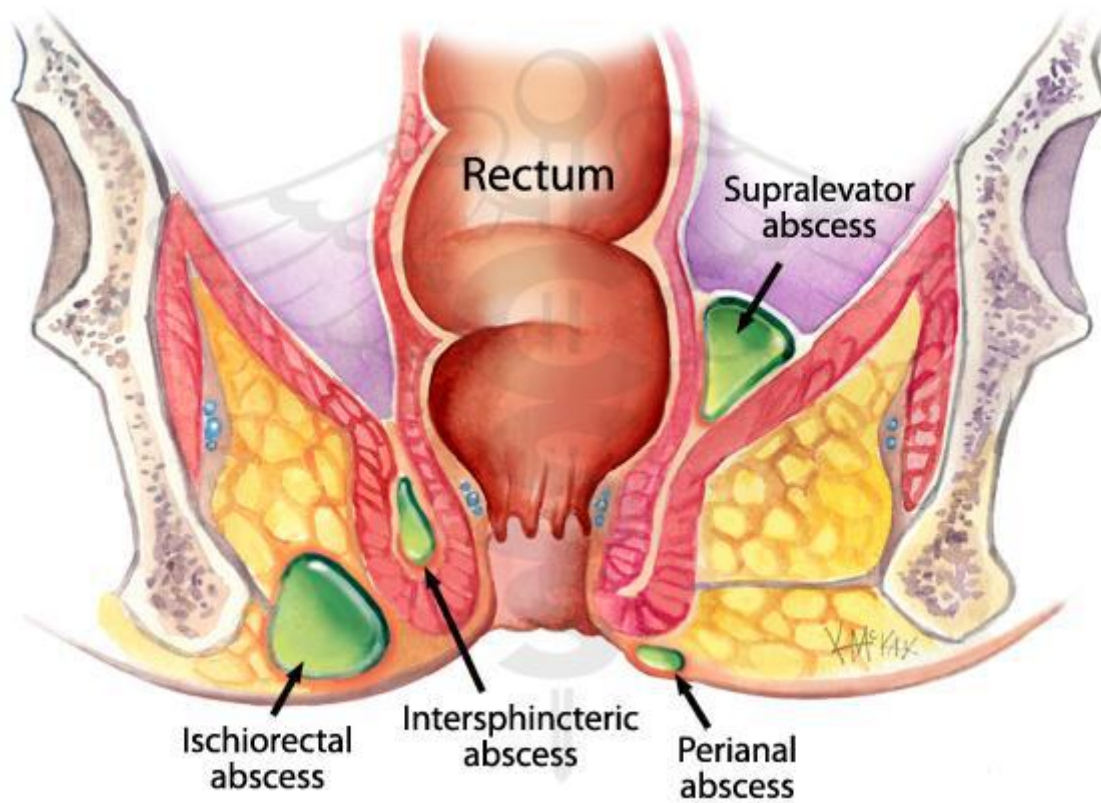
العلاج: الشق الجراحي تحت التخدير العام, بجرحين متصالبين. ويجب ألا ننتظر علامة التموج فهي غالباً علامة متأخرة هنا.



Normal
rectal gland



Abscess





شق الخراج حول الشرج



2. النواسير حول الشرج:

الناسور بشكل عام هو مجرى بين سطحين بشرويين، له فتحة بدئية حيث نشأ وفتحة ثانوية حيث يصب. الفتحة البدئية للناسور حول الشرج هي في الخبيئة ضمن الخط المسنن، أما فوهته الثانوية فهي على سطح الجلد حول الشرج ويختلف موضعها حسب مسار الناسور الذي يأخذ أشكالا مستقيمة في النواسير البسيطة أو منحنية في النواسير المعقدة، كما في الشكلين التاليين:

أسبابها:

1. الخراجات السابقة الذكر.

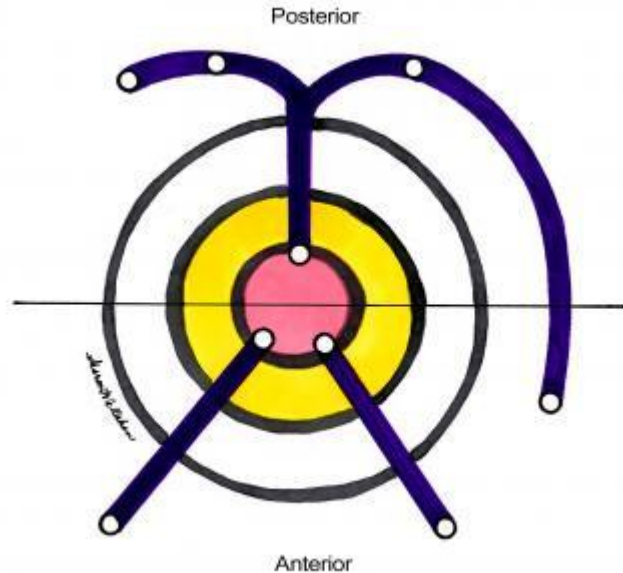
2. التدرن.

3. داء كرون.

الأعراض:

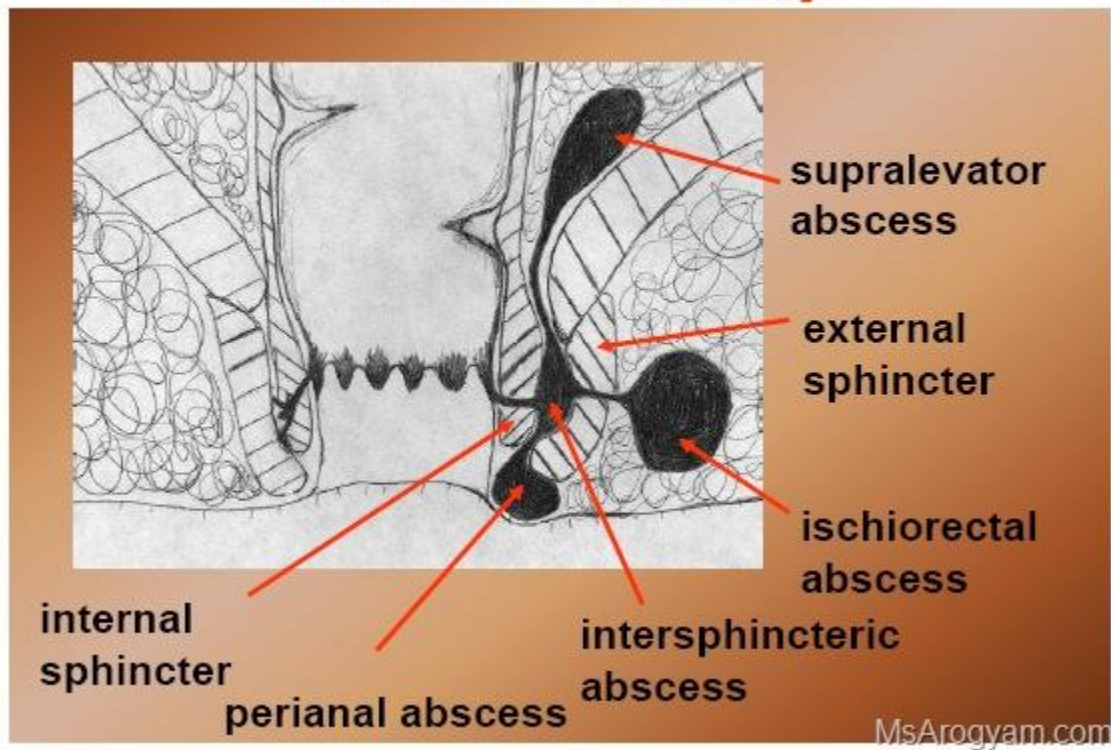
يتظاهر المرض بنز قيحي مستمر حول الشرج (من الفوهة الظاهرة)، مع حكة، وقد تنغلق الفوهة فحيتبس القيح وتحدث خراج فيشعر المريض بألم شديد.

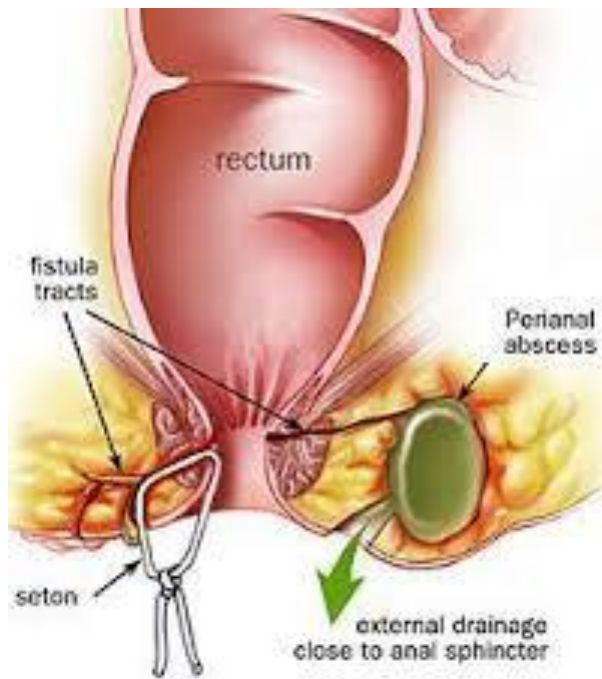
المعالجة: جراحية باستئصال الناسور مع تجريف أو تخثير النسيج الحبيبي في مسار الناسور وتركه للاندمال بالمقصد الثاني.





Abscess Anatomy

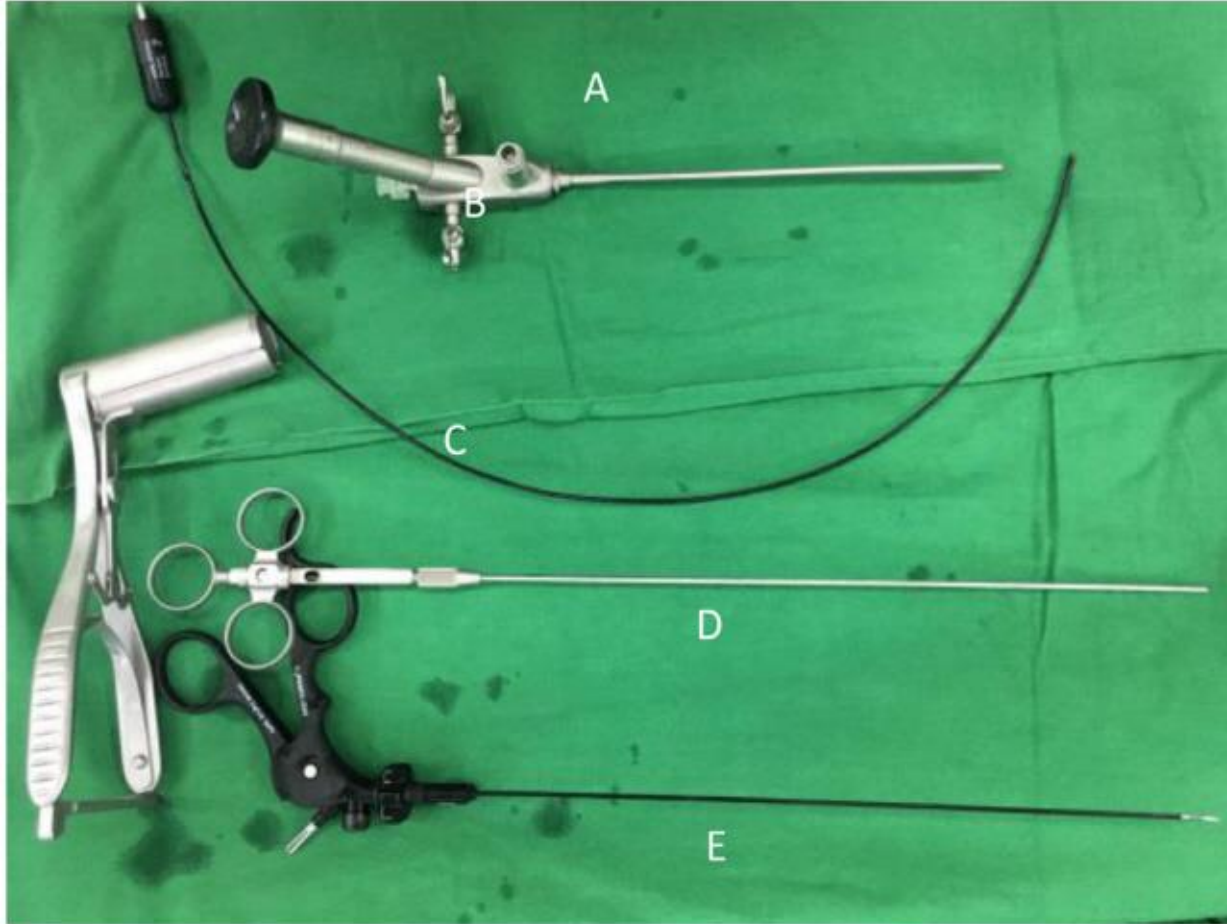




من أحدث الخيارات الجراحية: إستئصال الناسور باستخدام منظار خاص بقطر 4مم(منظار الناسور fistuloscop) وتدعى هذه الطريقة:

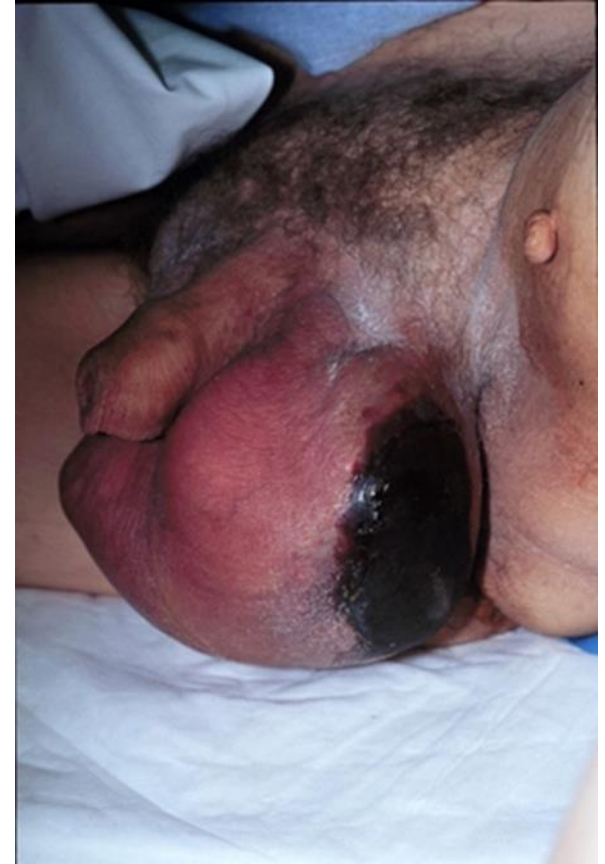
إستئصال الناسور بمساعدة الفيديو (VAAFT) video-assisted anal fistula treatment وهي طريقة قليلة الرض وأقل مراضة وأكثر حفاظا على المصرّة. كما يمكن بواسطته استئصال الناسور العصعصي أو كيس الشعر

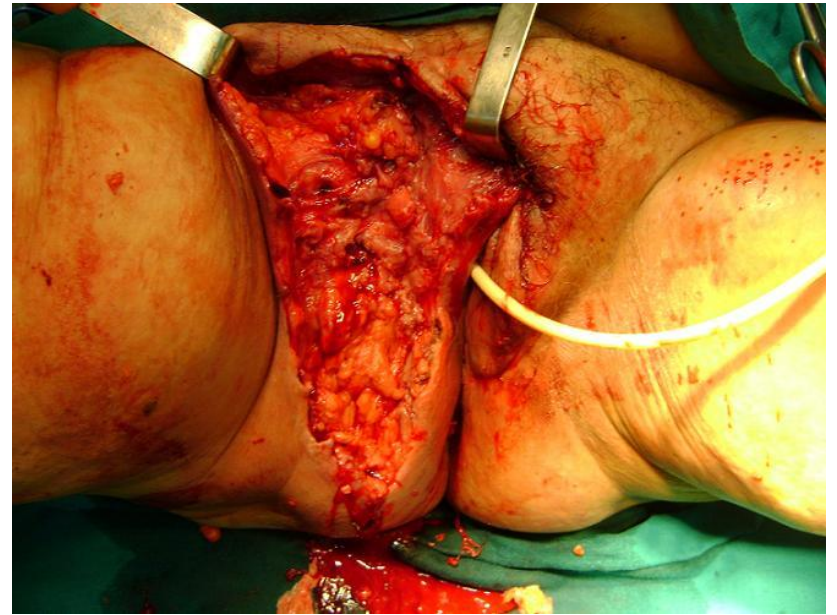
كما يمكن بواسطة هذا المنظار إغلاق النواسير الهضمية المعقدة.



3. غَنْرِيْنَة فورنيير Fournier's gangrene:

وهو التهاب لفافة ناخر عميق في الناحية حول الشرج أو العجان أو المنطقة التناسلية , غالباً مايتشارك في إحداثه جراثيم عديدة هوائية أولاهوائية (مُتَعَدِّدُ المِكْرُوبَات polymicrobial):,, وأسبابه عديدة, ويشاهد لدى السكريين وناقصي المناعة. وخاصة المسنين, وعند الرجال أكثر من النساء عشرة أضعاف, يتظاهر بتموت جلدي ونسيجي عميق, (وقد يبدو المظهر العياني للجلد سليماً وخادعاً مما يؤخر التشخيص) وألم وترفع حروري شديدين وربما صدمة إنتانية, وعلاجه التنضير الواسع للأنسجة المنتخرة مع صادات واسعة الطيف, وتبلغ نسبة الوفيات فيه حداً عالياً.





4. التهاب الغدد العرقية المقيح **Hydradenitis Suppurativa**: ويحاكي في أعراضه
الناسور حول الشرج, ويعالج بالإستئصال الجراحي الواسع للجلد المصاب.



الداء الشعري في الناحية العجزية العصصية

Sacrococcygeal pilonidal sinus

يصيب 2% من الأشخاص بين 25-35 ويندر قبل البلوغ أو بعد الأربعين.

كان يعتقد بأنه خلقي ولكن ثبت أنه كسبي ويعتقد أنه

ناجم عن تضخم الأخرجة الشعرية نتيجة للإحتكاك المتكرر فتتغرز أشعار في الثلم بين الإليتين وتصبح جسما غريبا يؤدي لتشكل جيب التهابي مزمن ناز.

وله عدة تظاهرات سريرية: جيب (أو ناسور) لا أعراض **asymptomatic sinus acute**, جيب

مزمن **chronic sinus**, خراج حاد **acute abscess**

التظاهرات :

1- اللأعراض: فتحة أو فتحات صغيرة تدعى **وهادات** على أو قرب الخط الناصف للناحية العجزية

العصصية أعلى فوهة الشرج بـ 3,5-5 سم, ويبقى لأعراضيا مالم يصب بإنتان, حينها يتطور إلى:

2- جيب مزمن يتظاهر سريريا (بالإضافة للوهادات) بألم متقطع, نز مصلي أو دموي.

أوقحي, إيلام, أو يتشكل :

3- خراج يتوضع وحشي (في الجهة اليسرى غالبا) الوهدات .

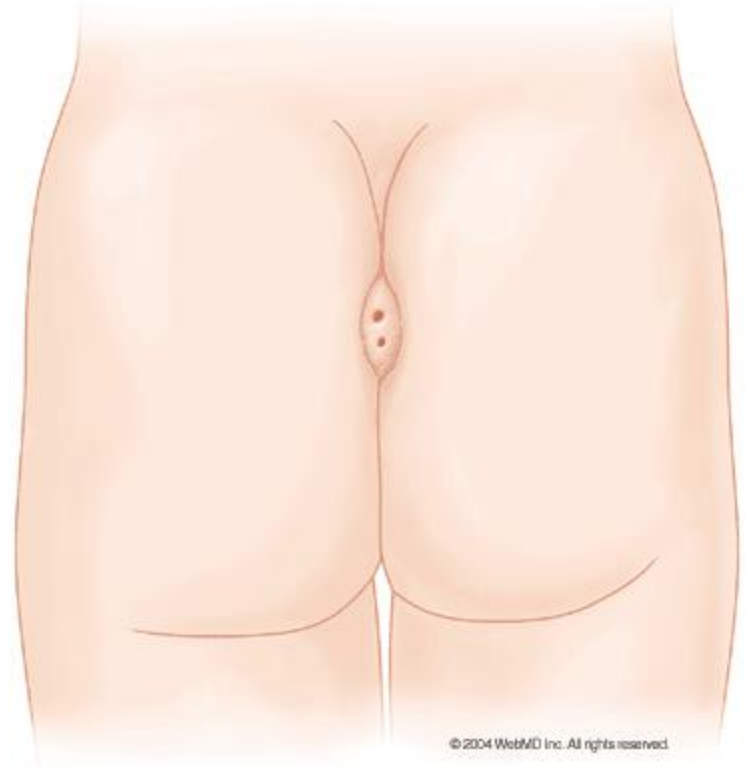
العلاج:

1. اللأ أعراض: النظافة الجيدة, حلق الأشعار حول الوهدات....

2. الخراج: يحتاج لشق جراحي, وقسم كبير منهم ينكس أو يتحول إلى جيب مزمن يتطلب علاجا جراحيا لاحقا.

3. الجيب المزمن: يعالج جراحيا بطرق عدة. كما أمكن حديثا إستئصاله باستعمال منظار الناسور.

خصلة شعر مستخرجة من كيس الشعر



الحكة الشرجية

: وهي عرض شاع مع البواسير والشق الشرجي وهبوط المستقيم وسلائله والثآليل الشرجية والسرطانة شائكة الخلايا داخل البشرة وداء باجيت Paget ،الديدان. يتم توجيه المعالجة نحو إزالة السبب ، إن الفشل في إيجاد سبب يستدعي البحث عن عوامل غذائية (مثل القهوة ، الكحول).

• قرحة المستقيم المفردة

- قرحة سطحية تتوضع في الجدار الأمامي للمستقيم فوق الحلقة الشرجية المستقيمية.
- الأسباب: غير واضحة, التهاب مزمن, رض, تدلي المستقيم, رض, قساوة البراز.
- سريريا:نزف شرجي, نز مخاطي, ألم وصعوبة تغوط.
- العلاج: علاج السبب, علاج محافظ:طعام غني بالألياف, تحاميل أو حقن شرجية بأدوية مضادة للإلتهاب, استئصال موضع في حال فشل العلاج المحافظ.

قرحة مستقيم مفردة: منظر تنظيري



تدلي المستقيم Rectal prolaps

وهو نوعين:

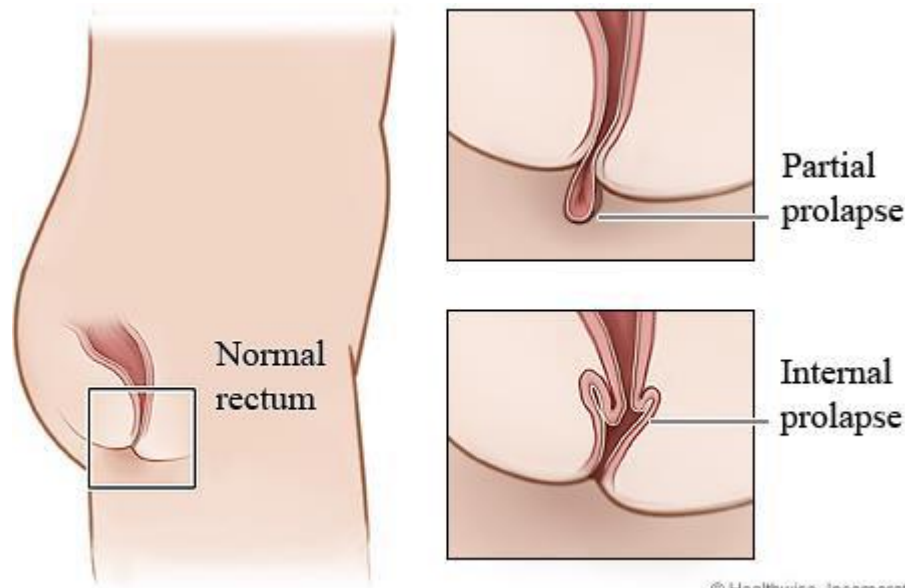
جزئي: انسدال مخاطية المستقيم فقط.

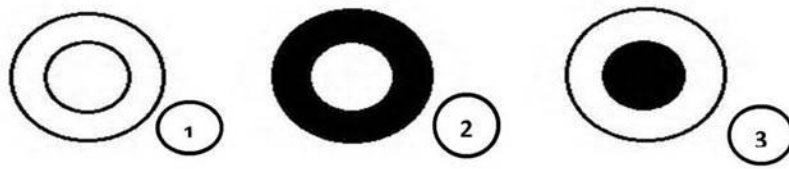
تام: انسدال كامل طبقات المستقيم (إنغلاف)

أولاً: تدلي المستقيم الجزئي: وهو أيضا نوعان:

-داخلي حيث يتدلى الغشاء المخاطي ضمن لمعة المستقيم ولا يبرز من فوهة الشرج.

-خارجي: يبرز الغشاء المخاطي من فوهة الشرج.

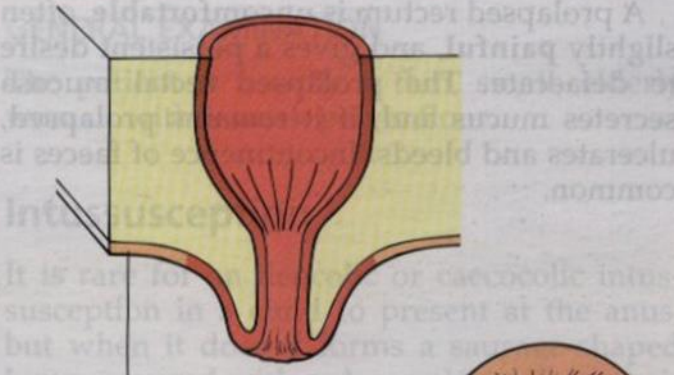




في الانسدال لا يمكن إدخال الإصبع حول الكتلة المنسدلة بل من خلالها،

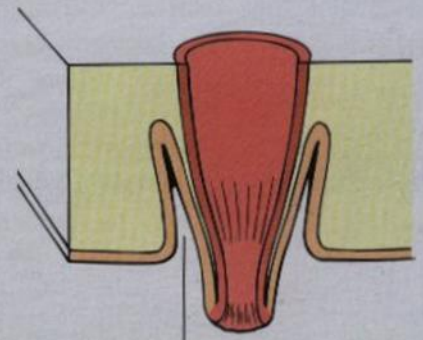
بينما في الحالات 1،3 يمكن إدخال الإصبع حول كتلة الإنسدال.

- التشخيص التفريقي :
- أ – بواسير الدرجة الرابعة :
- يتم التفريق بين انسداد الغشاء المخاطي والبواسير الداخلية من الدرجات المتقدمة كالتالي :
- البواسير الداخلية : الكتلة المتبارزة لها أخاديد شعاعية .
- الانسدال المخاطي : الكتلة المتبارزة لها أخاديد دائرية .
- ب – انسداد سلية مستقيمية وخاصة اليافعين, أو إنسدال ورم مستقيمي :
- السلية عبارة عن كتلة مصمتة وحولها مفتوح . (الشكل 3) .
- أما انسداد المستقيم فيحوي **لمعة بالمنتصف وحوله مصمت** . (الشكل 2) .
- ج – رأس انغلاف متبارز من فوهة الشرج :
- الانغلاف يحوي فتحتين هما : لمعة بالمنتصف وفتحة بالمحيط (الشكل 1) وهنا يجب الانتباه لأن الانغلاف حالة إسعافية تؤدي للوفاة إذا لم تعالج.



Skin of anus and mucosa of rectum in continuity

A



Gap between the bowel and anus, which leads to the rectum

B

The difference between a rectal prolapse (A) and an intussusception presenting through the anus (B)

الفرق بين تدلي المستقيم (A) والإنغلاف الواصل للشرج (B)

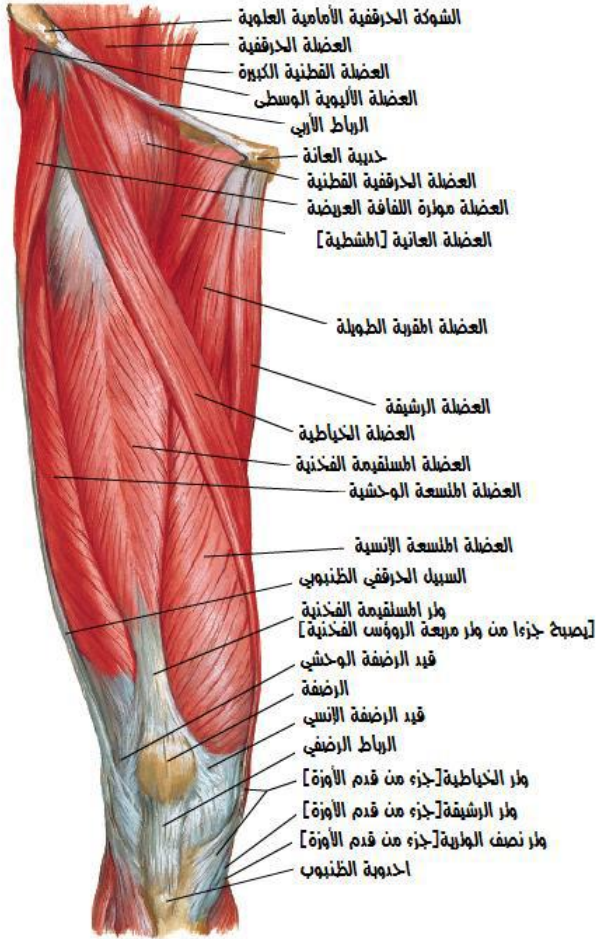
في التدلي يكون الغشاء المخاطي المنسدل متماذيا مع جلد الشرج، بينما في الإنغلاف لا يوجد مثل هذا التماذي بل نجد فراغا يقود للمعة المستقيم.

- العلاج :
- العلاج غير الجراحي :
- عادة ناجح عند الأطفال الصغار وغالباً غير فعال عند البالغين .
- يعتمد على تحاشي الأسباب المذكورة سابقاً (تحاشي السعال والإمساك أو وضع الطفل بوضعية خاطئة فترات طويلة للتغوط) .
- يجب رد الانسداد بعد كل تبرز ويدعم بشاشة أو لفة قطن ، وبعد ذلك تقرب الأليتين من بعضهما بشريط لمنع تبارز المستقيم ، ومع تقدم العمر تتحسن الحالة ويختفي الانسداد نهائياً .
- عند كبار السن :
- هناك عدة خيارات علاجية غير جراحية :
- العلاج التصليبي بالحقن : نفس مبدأ البواسير .
- الربط بحلقة مطاطية كما ذكر سابقاً في بحث البواسير .
- العلاج الجراحي : في حال فشل العلاج المحافظ

- ثانياً: تدلي المستقيم التام.
- إختلاطاته: السلس البرازي, التقرح, الإختناق والتموت.
- العلاج: جراحي دوماً.



عضلات الفخذ منظر أمامي - تشريح سطحي



• عدم الاستمساك : وهو عدم القدرة على ضبط خروج البراز .

• - الأسباب :

• آميكانية ، مثل أذية المعصرة بعد رض بسبب الولادة ، علاجي: معالجة خراج أو ناسور ، وتصلب الجلد scleroderma الذي يؤثر على المصرّة الخارجية .

• ب. عصبية ، تتضمن أذيات النخاع الشوكي ، وأذية العصب الفرجي بسبب رضوض تالية للتوليد أو تمطيط مديد ، واعتلالات الأعصاب الجهازية كما في التصلب العديد .

• ج. التهاب المستقيم الشعاعي .

• التشخيص: سريري، إيكو عبر الشرج

• العلاج: علاج السبب، في حال اذية

المعصرة الرضي أو العلاجي يمكن

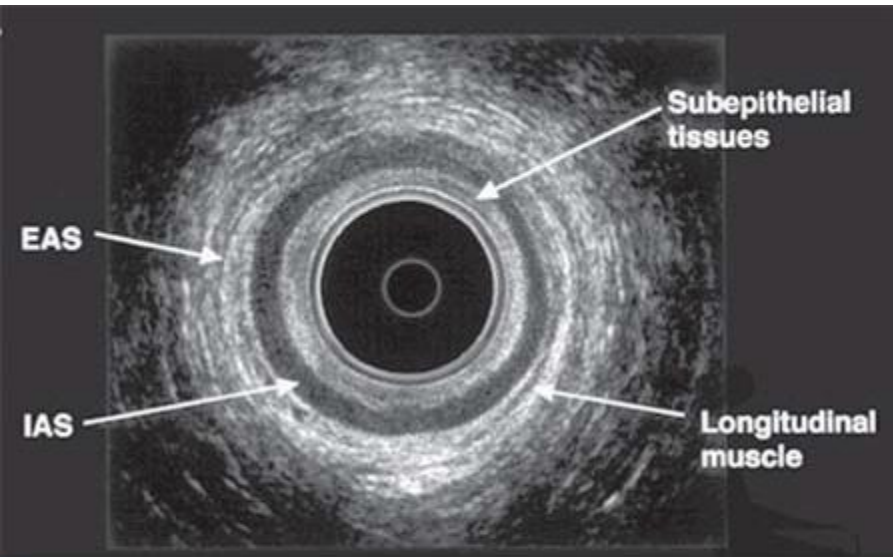
ترميم المعصرة باستعمال العضلة

الرشيقة .

إيكو عبر الشرج

A. منظر طبيعي لكامل طبقات القناة الشرجية

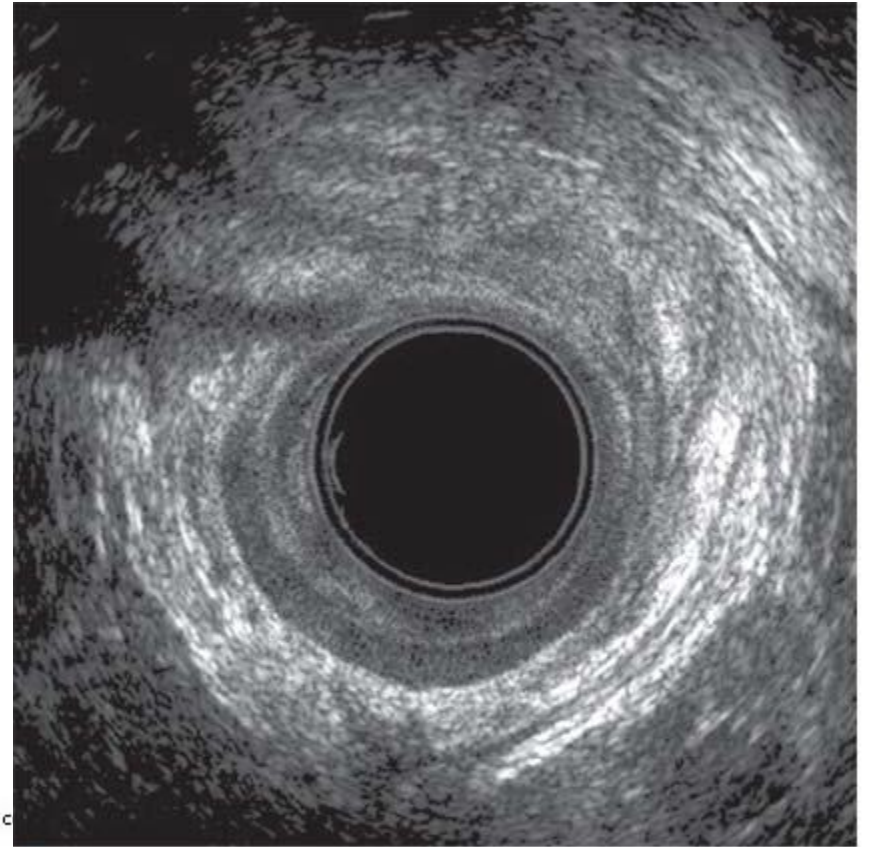
B. تمزق أمامي للمصرة الباطنة عند امرأة ناجم عن إصابة أثناء الولادة



A

Source: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery, 9th Edition*: <http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



B

Source: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery, 9th Edition*: <http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

أورام الشرج

قليلة الشيوخ وتشكل فقط 2% من أورام القولون والمستقيم, وبشكل عام فإن 85% منها سرطانية **حرفية** الخلايا و5% منها سرطانية غدية. adenoca, وهناك أنواع أخرى نادرة. تقسم اورام الشرج حسب توضعها وبناء على النزح اللمفي إلى قسمين:

1. أورام حافة الشرج وهي التي تتوضع تحت الخط المسنن.
2. أورام القناة الشرجية بالخاصة وهي التي تتوضع فوق الخط المسنن.

اولا.اورام حافة الشرج

الورم اللقْمِيّ (لقموم, الورم القنبيطي) : أوالثؤلول الشرجي المستقيمي أو البولي التناسلي anogenital wart ينجم عن الإنتان بفيروس الورم الحليمي البشري (HPV) human papilloma virus , وهناك عدة زمر من هذا الفيروس

HPV-6 و HPV-11 تسبب اوراما سليمة غالبا

بينما تكون HPV-16 و HPV-18 أكثر عدوانية وتترافق الإصابة بها بخلل تنسج وتطور نحو الخباثة وإحداث سرطانية حرشفية الخلايا ضمن البشرة والسرطانة البشرانية.

ينتقل هذا الورم غالباً بالممارسة الجنسية عبر الشرج وخاصة لدى المرضى منقوصي المناعة. ويتظاهر بتنباتات حول الشرج مع حكة ونز شرجي ونزف وألم . يجب إجراء تنظيف شرج لمعرفة امتداد الآفة. يثبت التشخيص بالفحص النسيجي العلاج: يحصل شفاء عفوي في العديد من الحالات , تتضمن المعالجات الشائعة استخدام حمض الخل ثلاثي الكلور موضعيا , تطبيق البودوفيللين podophyllin موضعيا, كريم Imiquimod أو الاستئصال بالتخثير الكهربائي تحت التخدير الموضعي , يجب تدمير الثآليل في القناة الشرجية في نفس الوقت مثل الثآليل الخارجية . تتطلب الآفات الواسعة استئصالا جراحيا, أما تلك المترافقة بخلل تنسج dysplasia فتحتاج لاستئصال جراحي واسع مع زرع جلد وفغر قولون مؤقت



- 2- السرطانة حَرْشَفِيَّةُ الخَلايا وهو أشيع سرطان *squamous cell carcinoma*: جيدة التمايز ومتقرنة ، وتعالج بالاستئصال **الموضعي** الواسع للحالات الباكرة ، مع المعالجة الكيماوية والشعاعية إذا كانت **كبيرة** .
- 3 - السرطانة قاعدية الخلايا *basal cell carcinoma* : وهي نادرة وتشاهد أكثر عند الرجال وتعالج بالاستئصال **الموضعي** .
- 4- السرطانة حرشفية الخلايا داخل الظهارة *intraepithelial squamous cell carcinoma* (سرطانة لأبدية *carcinoma in situ*): تنجم عن **HPV-16 و HPV-18** كما ذكرنا) وتعتبر نادرة الحدوث وعادة ما تكون بطيئة النمو، العلاج هو الاستئصال **الموضعي الواسع**.
- 5.داء باجيت *Extramammary Paget disease*: كارسينوما غدية داخل الظهارة *intraepidermal adenocarcinoma*. العلاج: استئصال **واسع**, أو عمل جراحي بطني عجاني (Mile) كما في أورام الثلث السفلي للمستقيم (راجع بحث سرطان القولون والمستقيم), الأشعة والعلاج الكيماوي للحالات المتقدمة **غير القابلة للإستئصال**.

ثانياً- أورام القناة الشرجية بالخاصة

- 1- السرطانة البشريّة epidermoid carcinoma (تنجم عن HPV-16 و HPV-18 كما ذكرنا) : وهي غير متقرنة وتنشأ من القناة الشرجية فوق الخط المسنن بحوالي 6-12 مم . وتشاهد أكثر عند النساء ، وتظهر عادة بكتلة مجسوسة نازفة بالفحص السريري . يتم تأكيد التشخيص بواسطة الخزعة ، وأكثر من 30-40% من هذه الآفات تتظاهر بانتقالات عند تشخيصها .
- المعالجة : شعاعية و كيميائية : الميتومايسين C و 5 فلورويوراسيل ، ويحتفظ بالعلاج الجراحي فقط للآفات المعنّدة أو الناكسة موضعياً حيث تجري البتر البطني العجاني (عملية Mile) وهو العمل الجراحي المفضل .
- 2- السرطانة الغدية adenoca. : وعادة ما تكون امتداداً لسرطان مستقيم منخفض وإنذارها سيء.
- 3- الورم الميلانيني؛ ميلانوم melanoma: وتشكل 1-3% من السرطانات الشرجية، تتضمن الأعراض كلاً من النزف والألم مع وجود كتلة ، وغالباً ما يلتبس التشخيص بخثرة باسورية ، وعند التشخيص تكون الانتقالات موجودة لدى حوالي 38% من المرضى . المعالجة تكون بالاستئصال الموضعي الواسع ، ويبلغ معدل البقاء لـ 5 سنوات أقل من 20% .

الجراحة المعتمدة على البرهان: الشق الشرجي:

How do nonoperative medical therapies (nitroglycerin, calcium

channel blockers, and botulinum toxin) compare with placebo and

lateral internal sphincterotomy in the treatment of anal fissures?

ANSWER: Nonsurgical therapies are superior to placebo but inferior to

lateral internal sphincterotomy for healing anal fissures.

النهاية