

التدبير الجراحي لأذيات المعصرة الشرجية

الدكتور حمود حامد*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: دراسة نتائج عمليات إصلاح أذيات المعصرة الشرجية التالية لرضوض القناة الشرجية بسبب الولادات العسيرة والرضوض المباشرة على منطقة العجان، والعمليات الجراحية الرضاة على القناة الشرجية، وتحديد الزمن الأفضل، والعمل الجراحي الأفضل لإصلاح تلك الأذيات.

مواد البحث وطرائقه: أجريت الدراسة في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بدمشق بين عامي 2001 و2008 بالطريق الراجع، وقد شملت 21 مريضاً مصاباً بأذيات في القناة الشرجية. دُرِسَتْ أسباب الأذيات، زمن مراجعة المريض، والأعراض السريرية، ودرجة السلس البرازي، والدراسة التي خضع لها المريض. كما حُدِّدَت التداخلات الجراحية التي خضع لها المريض ونسبة نجاح هذه العمليات خلال مدة المتابعة سواء بشكل كامل أم جزئي.

النتائج: بلغ عدد المرضى الإجمالي 21 وقد بلغ العمر الوسطي للمرضى 23 سنة مع توزع أعظمي عند النساء (86%). تفاوتت أسباب الأذيات حيث شملت الأذيات التالية للولادة الطبيعية (43%)، والتدخلات الجراحية على القناة الشرجية (14%)، والرضوض العجانوية المختلفة (43%). راجعت حالتان من الرضوض مباشرة وتم العلاج مباشرة في المرحلة الحادة. أمَّا باقي الحالات فقد راجعت بعد مدة من حدوث الأذية حيث خضعت لمجموعة من الاستقصاءات. كان معظم المرضى يعانون من أذيات في الدرجة 3a و3b و4. أُصْلِحَت الأذية في 19 حالة فقط (90%) واستُثْبِتت حالتان (10%) بسبب التهتك الشديد في القناة الشرجية. كانت التحسن كاملاً في 15 مريضاً (71%)، جزئياً في 3 مرضى (14%)، ولم ينجح الإصلاح في مريض واحد (5%).

الاستنتاج: إن أذيات المعصرة الشرجية هي من الآفات ذات التأثير المدمر لنفسية المريض ولحالته الاجتماعية. وتتطلب أولاً الوقاية من حدوثها وخاصة في أثناء الولادة، وعدم إجراء مناورات راضة في أثناء الولادة. وفي حال حدوثها يجب إجراء التقييم الفوري والإصلاح الفوري للأذية بيد خبيرة. والعمل الجراحي المختار هو الإصلاح المباشر في المرضى الذين يراجعون بشكل فوري وبفضل الخياطة بطريقة -نهائية نهائية- والإصلاح بطريقة التراكم في حالات المراجعة المتأخرة، على أن يتم ذلك بيد خبيرة مع عدم التردد في إجراء تقييم الكولون عند الضرورة، وخاصة في الأذيات الشديدة المتقدمة.

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة - الشعبة العامة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق

Surgical Management of Anal Sphincter Injuries

Dr. Hamoud Hamed*

Abstract

Background: Evaluating the results of surgical repair of anal sphincter injuries after anal trauma resulting from difficult vaginal childbirth, direct perineal trauma, and anal surgical interventions, and determining the best time and the best operative technique to manage these injuries.

Methods: The study was performed retrospectively in Al Assad University Hospital and Al Mouassat University Hospital in Damascus between 2001 and 2008. Twenty-one patients were included in the study. We determined the causes, timing of patient referral, clinical complaints, degree of fecal incontinence, and the diagnostic studies. We searched the surgical interventions which were performed in these patients and evaluated the success rate of these operations.

Results: The study included 21 patients with median age of 23; most patients (86%) were females. The causes of anal sphincter injuries varied between vaginal deliveries (43%), surgical interventions on the anal canal (14%), and perineal trauma (43%). Two cases presented directly after the injury, and direct repair was possible. All other cases presented some time after the occurrence of the injury and they were investigated accordingly. Most patients had advanced injuries (stages 3a, 3b, and 4). The injury was repaired only in 19 patients (90%), and two injuries (10%) could not be operated on due to excessive injury in the area. Recovery was complete in 15 patients (71%), partial in 3 patients (14%), and unsuccessful in one patient (5%).

Conclusion: Anal sphincter injuries are among the most devastating injuries to the patients, both psychologically and socially. Prevention is of utmost importance by avoiding traumatic interventions during vaginal deliveries. When they occur they should be assessed and repaired promptly with experienced hands. The surgical technique of choice is end-to-end repair in acute cases and overlapping sphincteroplasty in patients referred chronically, provided that the repair is performed by experienced hands with the advent of colostomy whenever necessary, especially in advanced injuries.

* Professor Associate – Department of Surgery- Faculty of Medicine- Damascus University

المقدمة (Introduction)

يشكل السلس البرازي أو عدم الاستمساك الغائطي (fecal incontinence) إحدى المشاكل التي تمتلك تأثيراً كبيراً في نوعية الحياة لدى المرضى. وتتجم هذه الحالة عن عدة أسباب، منها ما هو ناجم عن الآفات الخلقية، ومنها ما يحدث بسبب أذية عصبية. ولكن لعل أهم هذه الحالات هي تلك الناجمة عن أذيات المعصرة الشرجية، وذلك لأن من الممكن الوقاية منها ومعالجتها باكراً في حال حدوثها^[1].

وللسلس البرازي دور مدمر من الناحية النفسية للمرضى، وهذا التأثير أكبر بكثير من السلس البولي رغم أنه يتعلق بدرجة السلس. ويقسم السلس البرازي من الناحية السريرية إلى أربع درجات^[2]:

• الدرجة IV: السلس البرازي الحقيقي الكامل (true fecal incontinence).

• الدرجة III: السلس البرازي الإلحاحي (urge incontinence).

• الدرجة II: عدم القدرة على إغلاق القناة الشرجية بشكل كامل مما يؤدي إلى التسريب البرازي (fecal soiling).

• الدرجة I: السلس الغائطي بالإفاضة (overflow incontinence).

تمثل الرضوض التوليدية خلال الولادة المهبلية أكثر أسباب أذيات المعصرة الشرجية شيوعاً، مما يفسر انتشار السلس البرازي بين النساء أكثر من الرجال. ويقدر أن نسبة حدوث أذية المعصرة في أثناء الولادة تتراوح بين 3-10% بحسب العديد من الدراسات^[3]، والاختلاف في هذه النسبة ناجم عن طريقة إجراء خزع

الفرج (episiotomy) خلال الولادة الطبيعية، حيث يترافق الخزع الخلفي مع أذية عضلات المعصرة بنسبة أكبر من الخزع المائل^[4]. ويظهر الشكل (1) الدرجات المختلفة لهذه الأذيات بعد الرضوض التوليدية^[3]:

• الدرجة الأولى: تمزق مخاطية المهبل أو الجلد فقط.

• الدرجة الثانية: تمزق يصل إلى عضلات العجان دون أذية المعصرات.

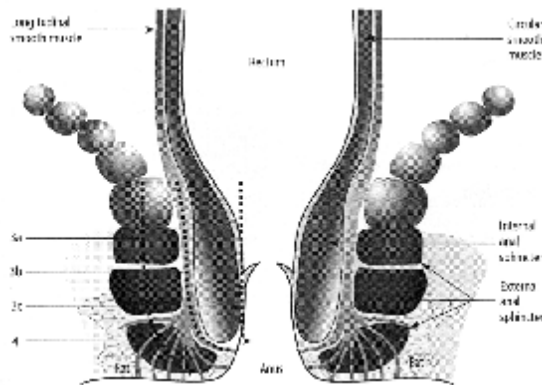
• الدرجة الثالثة: تمزق يصيب المعصرات الشرجية ويقسم إلى المجموعات الآتية:

- 3a: يصيب أقل من 50% من المعصرة الظاهرة.

- 3b: يصيب أكثر من 50% من المعصرة الظاهرة.

- 3c: يصيب المعصرة الظاهرة والباطنة.

• الدرجة الرابعة: يصيب كامل المعصرات ويصل حتى الغشاء المخاطي للمستقيم.

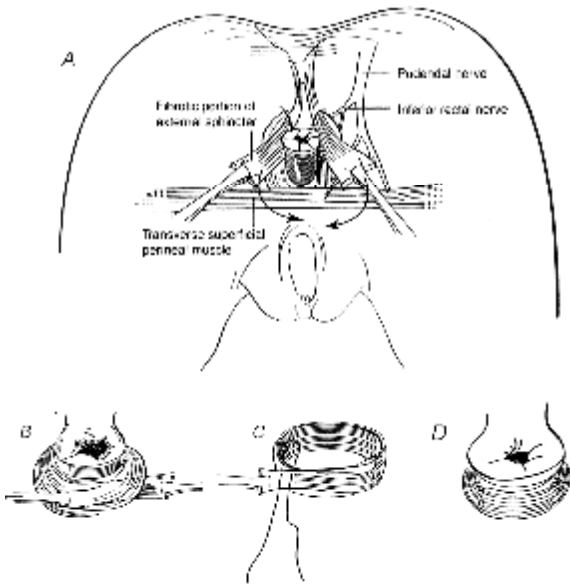


الشكل (1): تصنيف أذيات المعصرة الشرجية الناجمة عن الرضوض الولادية.

وتحتل الأذيات علاجية المنشأ (iatrogenic) المرتبة الثانية، إذ يمكن لأي تدخل جراحي على القناة الشرجية

الشرجية الاصطناعية (artificial anal sphincter) التي تتألف من كم قابل للنفخ يقوم المريض بتنفيسه يدوياً لفتح القناة الشرجية ثم ينتفخ عفويًا بواسطة مضخة ليغلق القناة الشرجية من جديد [8].

سنقوم في هذا البحث بدراسة 21 حالة لمرضى يعانون من أذيات في القناة الشرجية، إذ سنتطرق إلى الأسباب، طرائق التشخيص وتحديد مكان الأذية، طرائق المعالجة، ونتائج العلاج.



الشكل (2): تصنيع المعصرة الشرجية بطريقة التراكب

الطرائق (methods)

أجريت الدراسة بالطريق الراجع (retrospective) في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بدمشق بين عامي 2001 و2008 بالطريقة التراجعية. تضمنت الدراسة 21 مريضاً مصابين بأذيات في المعصرة الشرجية مع عدم استمساك غائطي. نُجمعت المعلومات عن هؤلاء المرضى من خلال ملفاتهم.

حُدِّدَ السبب الذي أدى لحدوث الأذية في المعصرة الشرجية في كل واحد من مرضى الدراسة. تمت معالجة

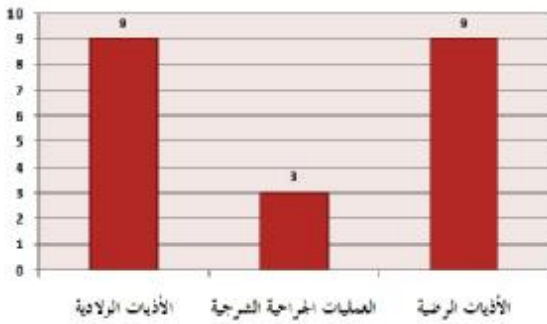
أن يؤدي إلى أذية المعصرة، مثل استئصال البواسير الشرجية، وخزاع المعصرة الشرجية في علاج الشق الشرجي، وتفجير الخراجات حول الشرج، أو فتح النواسير حول الشرج [1]. قد تتأذى المعصرة الشرجية كذلك في الرضوض النافذة أو الكليلة للناحية العجانية، كما في الرضوض المباشرة وحوادث السير [1].

يحتاج تقييم المريض الذي يعاني من أذية في المعصرة الشرجية إلى دراسة واسعة. وتبدأ هذه الدراسة بالفحص السريري وتقييم مقوية المعصرة الشرجية، وتمتد إلى الاستقصاءات المتممة التي تشمل التصوير عبر الشرج بالأشعة فوق الصوتية، وقياس ضغوط المعصرة الشرجية، وتصوير الناحية الشرجية بالرنين المغناطيسي في بعض الأحيان [1].

تحتاج معظم الأذيات المهمة في المعصرة الشرجية إلى الإصلاح الجراحي. يمكن إصلاح الأذيات البسيطة بشكل مباشر بالخياطة النهائية النهائية (end-to-end repair) بشرط غسل القطعة البعيدة للمستقيم بشكل جيد وإجراء تقميم الكولون (colostomy) لحماية مكان الخياطة. ولكن معظم الأذيات تحتاج إلى تصنيع المعصرة بطريقة التراكب (overlapping sphincteroplasty)، وهي أكثر العمليات التي تجرى لإصلاح أذيات المعصرة الشرجية شيوعاً (الشكل 2) [5].

أما في الحالات المعقدة (أي حدوث النكس بعد إصلاح سابق للمعصرة) أو غير القابلة للإصلاح الجراحي (كما عند وجود ضياع مادي كبير في المعصرة الشرجية) فيمكن اللجوء إلى الطرائق المعقدة مثل التواسط بالعضلة الرشيقة (gracilis muscle transposition)، وفيه يتم لف طعم من العضلة الرشيقة حول المعصرة الشرجية [6]. وقد ذكرت بعض الدراسات كذلك استخدام العضلة الإليوية الكبرى (gluteus maximus) في تصنيع المعصرة الشرجية [7]. ويمكن كذلك زرع المعصرة

حالات (43%)، وهذه الحالات التسع راجعت بعد مدة امتدت بين ستة أشهر و5 سنوات من حدوث الأذية. وهناك ثلاث حالات (14%) حدثت الأذية فيها بسبب عمل جراحي على القناة الشرجية، حيث شوهدت هذه الحالات بعد عمليات شرجية مختلفة (الجدول 1). ونخص بالذكر الحالة التي حدثت بعد عملية Delorme التي أجريت بشكل خاطئ لمعالجة هبوط المستقيم، وهذا السبب غير مذكور سابقاً في الأدب الطبي. وقد أجري العلاج في هذه الحالات بعد بضعة أشهر من حدوث الأذية. أمّا المجموعة الثالثة فهي الأذيات الناجمة عن رضوض الناحية العجانية، وهي شملت تسع حالات (43%) نجمت أمّا عن الرضوض المباشرة على العجان أو عن حوادث السير أو السقوط أو عن الإصابة بالأعيرة النارية.



الشكل (3): المجموعات الثلاث لأسباب أذيات المعصرة الشرجية في دراستنا مع عدد الحالات المشاهدة في كل منها.

وقد اختلفت الطريقة التي راجع بها هؤلاء المرضى. فمنهم ما راجع فور حدوث الأذية ودون أي تدبير سابق، وهما الحالتان اللتان حدثت لديهما الأذية بسبب رض مباشر على العجان (10%). ومنهم من راجع بشكل متأخر بعد مدة تتراوح من أشهر حتى سنوات من السلس الغائطي من الدرجة III أو IV، وذلك في 13 حالة (62%) منها ما كان ناجماً عن الأذيات الولادية ومنها ما

بعض المرضى قبل أن يتم تحويلهم إلى مركزنا، وبعضهم الآخر تلقى معالجة مؤقتة أو تم تحويله إلينا دون أن يتلقى المعالجة، وقد تم التطرق إلى هذه النقطة في الدراسة من خلال تحديد توقيت الأذية والمعالجات السابقة التي تعرض لها المرضى. وتم أيضاً تحديد الإجراءات التشخيصية التي تم اللجوء إليها في هؤلاء المرضى، فضلاً عن تصنيف درجة الأذية في المعصرة الشرجية.

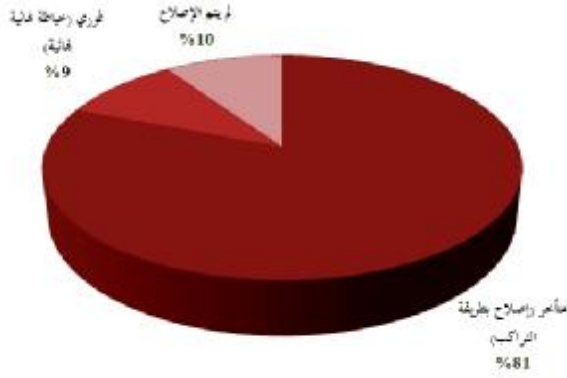
بعد ذلك انتقلنا إلى دراسة تدبير الحالات، حيث حُدّد العمل الجراحي النهائي الذي خضع له هؤلاء المرضى لمعالجة الحالة، مع العلم بأن المعالجة الجراحية لم تكن ممكنة في بعض المرضى وقد ذُكرَ ذلك أيضاً. كما درست نتائج المعالجة على المدى الطويل بالنسبة إلى التحسن الكامل، والتحسن الجزئي، أو عدم التحسن على الإطلاق، وذلك من خلال متابعة هؤلاء المرضى مدة تراوحت بين سنة واحدة وسبع سنوات.

النتائج (Results)

شملت الدراسة 21 مريضاً مصابين بأذية في المعصرت الشرجية تم تدبيرهم في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بين عامي 2001 و2008. بلغ العمر الوسطي للمصابين 23 سنة (12-40 سنة). وشوهدت الأذية لدى الرجال في ثلاث حالات (14%) ولدى النساء في 18 حالة (86%). أي إنّ الغالبية العظمى من الأذيات قد شوهدت لدى النساء.

أظهرت دراسة الأسباب أن هذه الأذيات قد نجمت عن مجموعة مختلفة من الأسباب، وقد أمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات (الشكل 3)، وتظهر الأسباب بشكل مفصل أكثر في الجدول 1. وقد تبين أن أذية المعصرت الشرجية التالية للولادة الطبيعية قد شوهدت في تسع

المعصرة لديهم بسبب وجود أذية واسعة (حالتان أو 10%) . ويعني ذلك أن الإصلاح الجراحي للمعصرة كان ممكناً في 19 حالة (91% من المرضى). وستحدث عن تدبير كل مجموعة من المرضى بالتفصيل.



الشكل (4): مخطط بياني يظهر توزيع طريقة تدبير المرضى.

أُجْرِيَ الإصلاح فور حدوث الأذية في حالتين كما ذكرنا (10%)، وكانت الأذية قد حدثت لدى هاتين الحالتين من خلال رض مباشر على العجان. لدى إجراء الفحص السريري المباشر تبين وجود انقطاع في المعصرات الشرجية. أُجْرِيَ الإصلاح بواسطة الخياطة المباشرة للأذية (end-to-end repair) بخيوط Vicryl قابلة للامتصاص قياس 2/0، وذلك بعد إخراج تقييم كولون (colostomy) على مستوى السين مع غسيل القطعة البعيدة للكولون بشكل جيد. والهدف من تقييم الكولون كان حماية مكان الخياطة نظراً إلى أن أذية المعصرة الشرجية كانت شديدة. وقد كان التحسن ممتازاً في هاتين الحالتين حيث أُجْرِيَ التقييم السريري للمعصرات بعد شهرين وكان الاستمساك طبيعياً، وتم إغلاق تقييم الكولون دون حدوث أي عقابيل. وعُدَّ الشفاء تاماً في هاتين الحالتين.

وبالمقابل فقد راجع المرضى في حالتين (10%) بأذية شديدة وواسعة جداً في الناحية الشرجية تشمل المعصرة والعضلات المجاورة، وكانت الحالة الأولى ناجمة عن

هو ناجم عن الحوادث والرضوض. وراجع بقية المرضى (6 مرضى أو 29%) مع تقييم كولون أُجْرِيَ لهم في مراكز أخرى أو من قبل أطباء آخرين، وذلك كعلاج مؤقت ريثما يتم الإصلاح النهائي.

الجدول (1). أسباب حدوث أذيات المعصرة الشرجية مع عدد الحالات والنسب المئوية

آلية حدوث الأذية	العدد	النسبة المئوية
الولادات العسيرة	9	43%
الأذيات الرضية حوادث السير أو السقوط (6) الرضوض المباشرة على العجان (2) طلق ناري (1)	9	43%
الأذيات علاجية المنشأ استئصال البواسير الشرجية (1) خزغ المعصرة الشرجية (1) عملية دلورم (1)	3	14%
المجموع	21	100%

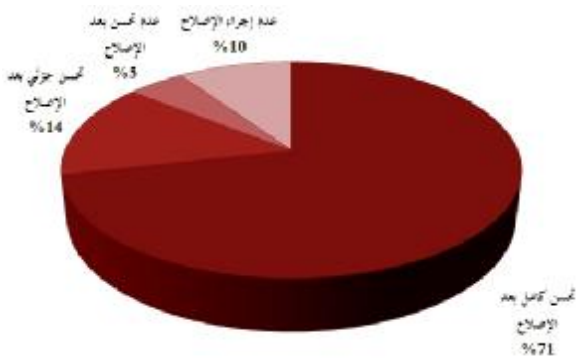
وسواء راجع المريض بشكل باكر أم متأخر أم بعد تطبيق معالجات سابقة فقد خضع المرضى جميعهم لإجراء الفحص السريري الدقيق مع إجراء الدراسة عبر الشرح بالأموح فوق الصوتية لتحديد مكان الأذية. وقد أُجْرِيَ قياس ضغوط القناة الشرجية لدى المرضى جميعهم كذلك عدا الحالتين التي أُجْرِيَ العمل الجراحي مباشرة في أثناء الحادث، حيث أظهر انخفاض ضغط الراحة مع انخفاض في ضغط الكبس لدى المرضى جميعهم. أمّا التصوير بالرنين المغناطيسي فقد أُجْرِيَ في ثلاث حالات فقط (14%) لتحديد حالة عضلات الحوض والمعصرات الشرجية.

وننتقل الآن لمناقشة التدبير حيث اختلف التدبير حسب زمن مراجعة المريض وشدة الأذية ودرجتها واتساعها والمعالجات السابقة التي خضع لها المريض. وإجمالاً يمكن تقسيم المرضى إلى 3 مجموعات رئيسية (الشكل 4): المرضى الذين عولجوا فور حدوث الأذية (حالتان أو 10%)، المرضى الذين عولجوا بشكل متأخر (17 حالة أو 81%)، والمرضى الذين لم يمكن إصلاح

هبوط الشرج من خلال عملية دلووم) فقد تم الإصلاح على ثلاث مراحل: إجراء تقييم الكولون، وإصلاح المعصرة بطريقة التراكب، ثم إغلاق التقييم بعد بضعة أسابيع. وفي هذه المجموعة كان التحسن جزئياً في حالة واحدة وكاملاً في الحالتين المتبقيتين.

أمّا في الحالات الناجمة عن الرضوض الخارجية التي راجعت بشكل متأخر وخضعت للإصلاح (5 حالات) فقد راجع المرضى جميعهم مع تقييم كولون حيث تم الإصلاح في الحالات جميعها بطريقة التراكب وشوهد التحسن الكامل لدى 3 من هذه الحالات الخمس بشكل جيد، وشوهد التحسن الجزئي في الحالة الرابعة، أمّا الحالة الخامسة فلم تتحسن بتصنيع المعصرة واحتاج المريض إلى إبقاء تقييم الكولون بشكل دائم.

فإذاً بدراسة النتائج الإجمالية لحالات الدراسة جميعها نرى أن وظيفة المعصرة الشرجية قد تحسنت بشكل كامل مع عودة الوظيفة الطبيعية في 15 مريضاً (71%)، وتحسنت بشكل جزئي في ثلاثة مرضى (14%)، لم تتحسن مع عدم نجاح التصنيع الجراحي في مريض واحد (5%) وتم الاعتماد فقط على الأعراض السريرية، ولم يمكن إجراء التداخل الجراحي في مريضين (10%). ويلخص الشكل (5) هذه النتائج.



الشكل (5): النتائج النهائية لتدبير المرضى في هذه الدراسة خلال مدة المتابعة

طلق ناري والثانية عن حادث سير. ولم يمكن إجراء أي إصلاح للمعصرة نظراً إلى التهتك الواسع، واكتفينا بإجراء تقييم كولون دائم مع الاستغناء عن وظيفة المعصرة الشرجية.

أمّا الحالات الـ 17 المتبقية من إجمالي المرضى الـ 21 فقد عولجت جميعاً بشكل متأخر بعد حدوث الأذية، وقد كان الإصلاح في هؤلاء المرضى جميعهم من نمط تصنيع المعصرة بطريقة التراكب (overlapping sphincteroplasty) الذي تم من خلال تحرير حافات المعصرة الشرجية المقطوعة ثم شدها وخياطتها بحيث تكون تراكب النهايتان على بعضها بعضاً (انظر الشكل 2). وقد تم اتباع هذه الطريقة في الأذيات الولادية جميعها (9 حالات) والأذيات الناجمة عن التداخلات الجراحية الشرجية جميعها (3 حالات) فضلاً عن بعض الحالات الناجمة عن الرضوض (5 حالات).

أصلحت معظم الأذيات الناجمة عن الرضوض الولادية (6 أذيات من أصل 9 أي 66%) بطريقة التراكب دون إجراء تقييم كولون، وذلك في الأذيات الخفيفة من الدرجة 3a و 3b. ولكن المرضى احتاجوا إلى تقييم الكولون في بعض الحالات (3 أذيات من أصل 9 أي 33%) حيث كانت الأذية شديدة ومن الدرجة 3c أو 4. وقد أُغلق التقييم في هذه الحالات بعد نحو شهر ونصف. وقد تحسنت هؤلاء المريضات جميعهن بشكل كامل خلال مدة المتابعة ودون حدوث النكس أو الاختلاطات. ولكن واحدة من المريضات اللواتي خضعن لإجراء تقييم الكولون شكت من نكس السلس بعد نحو سنة واحدة، ولكن بشكل أخف مما كان عليه قبل الجراحة.

أمّا الحالات الناجمة عن التداخلات الجراحية على الشرج فقد أصلحت بطريقة التراكب دون تقييم الكولون في حالتين، أمّا في الحالة الثالثة (وهي الناجمة عن إصلاح

المناقشة (Discussion)

من المعروف عالمياً أن السبب الأول لأذيات القناة الشرجية هي الولادة المهبلية، حيث تشكل أكثر من 50% من الأسباب [3]. وفي دراستنا وجدنا أن نسبة الأذيات التالية للولادة هي أقل من 50% من أسباب الأذيات جميعها (نحو 43%)، وهذا يدل حتماً على أن هناك الكثير من الأذيات التي تحدث خلال الولادة في القناة الشرجية دون أن يقدم لها العلاج المثالي الذي يجب أن يتم من قبل الجراحين العامين، وذلك بسبب غياب التنسيق بين دور التوليد ومستشفيات الجامعة الجراحية. وتعالج معظم الأذيات مباشرة من قبل الجراحين النسائيين إذ يمكن أن يكون العلاج غير نموذجي، وذلك لأن علاج أذيات القناة الشرجية يتطلب خبرة واسعة في تشريح القناة الشرجية والتداخل عليها.

ويلاحظ أن حالات الأذيات التي راجعت بعد الولادة جميعها كانت قد راجعت بعد مدة طويلة مع المعاناة وكتم الأعراض لما لها من تأثير نفسي في المريضة وفي المحيطين بها. لذلك وبالتأكيد يوجد عدد كبير من الأذيات التي لا تراجع الأطباء لمعالجة السلس وتخفي الشكوى عن من حولها جميعهم وعن الأطباء. وما يؤكد ذلك هو ما لاحظناه من أن بعض المريضات يراجعن المشفى مع الإصرار على أن لا يعرف أحد بهذه المشكلة.

ولذلك فإن من الأفضل - بل من الضروري - التنسيق الجيد بين أطباء الجراحة النسائية وأطباء الجراحة العامة في المستشفيات الجامعية بهدف الوقاية والتشخيص والمعالجة المثالية. ففي حال كان هناك تمزق مع أذية المعصرات الشرجية من الدرجة الثالثة أو الرابعة فيفضل استدعاء أطباء الجراحة العامة ذوي الخبرة في علاج مثل هذه الحالات لخياطة العضلات المصابة بشكل صحيح. ويفضل أن يتم الإصلاح خلال الساعات الثلاث الأولى، ويفضل إجراء الإصلاح بالخياطة المباشرة دون

تقييم الكولون في هذه الحالات [5]. ولا مانع من إجراء الإصلاح من قبل أطباء التوليد مباشرة في حال كانت الأذية من الدرجتين الأولى أو الثانية. والأهم هو الوقاية من حدوث هذه الأذيات خلال الولادات الطبيعية، حيث ينصح باعتماد خزع الفرج الجانبي عوضاً عن الخزع الخلفي [9].

ومن الملاحظ أن الحالات التي كانت ناجمة عن اختلاطات التداخلات الجراحية على القناة الشرجية كانت صعبة التدبير. إن على الجراحين أن يفهموا بأن عمليات قناة الشرجية ليست بالعمليات البسيطة وأنها تحتاج إلى خبرة عالية لتفادي هذه الاختلاطات. ومن الضروري عند إجراء أي تداخل جراحي على الناحية الشرجية معرفة الحدود التشريحية للمعصرة الشرجية ومحاولة تفاديها قدر الإمكان. وفي عملية خزع المعصرة (sphincterotomy) التي يتم فيها قص ألياف المعصرة الشرجية في حالات الشق الشرجي يجب إجراء تقدير دقيق لنسبة الألياف التي يتم قطعها من المعصرة، وإذا كان هناك أي شك حول إمكانية تأثر وظيفة المعصرة الشرجية فيجب الاستغناء عن خزع المعصرة [10].

يشكل تقييم الكولون جزءاً مهماً من تدبير هؤلاء المرضى، رغم أنه ليس ضرورياً في الحالات جميعها. ويفضل معظم الجراحين إجراء التقييم في حالات معينة هي وجود أذية واسعة في الناحية العجانية تشمل الأعضاء الشرجية البولية التناسلية (كما في حوادث السير)، ووجود النواسير الشرجية المهبلية المرافقة (لم نشاهد أياً منها في دراستنا)، بعد إصلاح الأذيات الواسعة أو المعقدة في المعصرة الشرجية من الدرجة الثالثة المتقدمة أو الرابعة (لحماية مكان الإصلاح)، والمرضى المقعدين في الفراش بشكل دائم، المرضى الذين لديهم مشاكل نفسية، وطبعاً في الحالات التي سيحتاج المريض فيها إلى تقييم الكولون بشكل دائم نظراً إلى عدم إمكانية

كبيراً في الأرقام المذكورة في الأدب الطبي، حيث ذكر Gilliland في دراسته التي شملت 100 حالة أن التحسن كان تاماً في 55% فقط^[11]، وذكر Engel في دراسة شملت 28 حالة أن التحسن التام قد شوهد في 75% من الحالات^[12]، كما وصلت نسبة التحسن إلى 82% في دراسة Fang التي شملت 76 حالة^[13] وفي هذه الدراسات لم يجرِ إخراج كولوستمي إلا للحالات التي كان فيها الأذية شديدة جداً للقناة الشرجية والعجان ولم تتجاوز 10% من الحالات. ويعود هذا التفاوت في النتائج إلى الكثير من العوامل منها طبيعة الأذية التي يتم التداخل عليها، وامتداد الإصابة، وعمر المرضى (حيث تكون النتائج أسوأ في الأعمار المتقدمة التي لم تصادف كثيراً في دراستنا)^[14]، ووجود اعتلال الأعصاب كما في المرضى السكريين^[11]، خبرة الجراح، وحتى تناول المريضة للمعالجة الهرمونية المعيضة^[15]. ويلاحظ أن النتائج التي توصلنا إليها في دراستنا تقع ضمن المجال العالمي.

أمّا الحالات التي استبعدت من الإصلاح الجراحي للمعصرة (10%) فهي تشير إلى أننا بحاجة لوجود خبرات عالية في مجال تصنيع القناة الشرجية، وذلك بنقل العضلات من الفخذ أو بوضع معصرة صناعية تساعد على الاستمساك. ويمكن من خلال هذه الوسائل الاستغناء عن تقييم الكولون الدائم وما يحمل من مشاكل نفسية للمريض^[8].

الخلاصة (Conclusion)

تشكل أذيات القناة الشرجية والسلس البرازي التالي لحدوث هذه الأذيات مشكلة كبيرة نفسية وعضوية للمرضى. لذلك يجب تأكيد الوقاية من حدوث هذه الأذية وخاصة بعد الولادات الطبيعية وذلك من خلال عدم

إصلاح المعصرة الشرجية. وقد خف اللجوء إلى تقييم الكولون في السنوات الأخيرة مع تطوير الطرائق المتقدمة في إعاضة المعصرة الشرجية^[5].

وقد أمكن في دراستنا الاستغناء عن تقييم الكولون في 8 مرضى من أصل 21 (38%)، أمّا بقية المرضى فقد احتاجوا إلى التقييم سواء في زمن سابق للإصلاح أو في زمن إجراء الإصلاح الجراحي نفسه، مع العلم بأن تقييم الكولون كان قد أجري مسبقاً لكثير من المرضى وقبل أن يتم تحويلهم إلينا. ويبين الجدول (2) توزيع المرضى حسب إجراء تقييم الكولون وزمن إجراء هذا التقييم.

الجدول (2): توزيع الحالات بالنسبة لإجراء تقييم الكولون وزمن إجراء التقييم

سبب الأذية	أجري التقييم قبل تحويل المريض إلينا	أجري التقييم من قبلنا كمرحلة أولى قبل الإصلاح	أجري التقييم في العمل الجراحي نفسه الذي تم فيه الإصلاح	أصلحت الأذية دون الحاجة لإجراء التقييم	أجري التقييم بشكل دائم بسبب استحالة الإصلاح
الأذيات الولادية	-	3	-	6	-
الأذيات الرضية	5	-	2	-	2
العمليات الشرجية	1	-	-	2	-
المجموع	6(28%)	3(14%)	2(10%)	8(37%)	2(10%)

كان الإصلاح الجراحي للمعصرة الشرجية ناجحاً في معظم الحالات، حيث تم الإصلاح بنجاح كامل في 15 مريضاً من أصل 21 مريضاً لديهم أذيات في المعصرة الشرجية (71%). ولكن عند حساب نجاح عملية الإصلاح من أصل العمليات الإجمالية يتبين أن الإصلاح كان ناجحاً في 79% من العمليات (15 مريضاً من أصل 19 خضعوا لإصلاح المعصرة الشرجية). وكان التحسن جزئياً أو معدوماً في الحالات الأربع المتبقية. ولدى إلقاء نظرة سريعة على النسب العالمية نجد أن هناك تفاوتاً

الخارجية للمعصرات الشرجية يجب إجراء تقييم كولون في حال وجود أذيات شديدة في القناة الشرجية ولاسيما الدرجات المتقدمة (3c أو 4) والإصلاح بيد خبيرة لمثل هذه الأذيات. وكذلك يجب زيادة خبرتنا في مستشفيات الجامعة في إصلاح أذيات القناة الشرجية الشديدة بالإصلاح بنقل العضلات أو بوضع معصرة صناعية تساعد على الاستمساك.

استعمال الملاقط الجينية التي تزيد من الأذيات، وإجراء خزع الفرج بطريقة صحيحة، وإجراء العمليات القيصرية عند الضرورة، وفي حال حدوث أذية يفضل تحويل المريض أو استدعاء أطباء ذوي خبرة عالية في علاج مثل هذه الأذيات. ويجب كذلك في أثناء إجراء العمليات على القناة الشرجية لمعالجة آفات القناة الشرجية اتباع القواعد الأساسية في العلاج وعدم الإفراط في أذية المعصرات الشرجية. وكذلك في علاج الأذيات الرضية

References

1. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36(1):77-97.
2. Wagenis J, Laurin J. Clinical symptoms after anal sphincter rupture: a retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(3):246-50.
3. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329(26): 1956-7.
4. McLennan MT, Melich CF, Clancy SL. Episiotomy and perineal repair. *J Reprod Med* 2002;47(12):1025-30.
5. Tjandra JJ, Han WR, Goh J. Direct repair vs. overlapping sphincter repair: a randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2003;46(7):937-42.
6. Sielezneff I, Malouf AH, Bartolo DC. Dynamic graciloplasty in the treatment of patients with fecal incontinence. *BrJ Surg* 1999;86:61-5.
7. Pearl RK, Prasad ML, Nelson RL. Bilateral gluteus maximus transposition for anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1991;34:478-81.
8. Wong WD, Jensen LL, Bartolo DC. Artificial anal sphincter. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1345-51.
9. Eason E, Labrecque M, Wells G. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000;95(3): 464-71.
10. Lindsey I, Jones OM, Smilgin-Humphreys MM. Fecal incontinence after anal surgery. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1643-9.
11. Gilliland R, Altomare DF, Moreira H. Pudendal neuropathy is predictive of failure following anterior overlapping sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1516-22.
12. Engel AF, Van Baal SJ, Brummelkamp WH. Late results of anterior sphincteroplasty for traumatic fecal incontinence. *Eur J Surg* 1994;160:633-6.
13. Fang DT, Nivatvongs S, Vermeulen FD. Overlapping sphincteroplasty for acquired anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1984;27:720-2.
14. Baig MK, Wexner SD. Factors predictive of outcome after surgery for fecal incontinence. *Br J Surg* 2000;87(10):1316-30.
15. Donnelly V, O'Connell PR, O'Herlihy C. The influence of oestrogen replacement on fecal incontinence in postmenopausal women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(3):311-15.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2009/1/28

تاريخ قبوله للنشر 2009/3/29