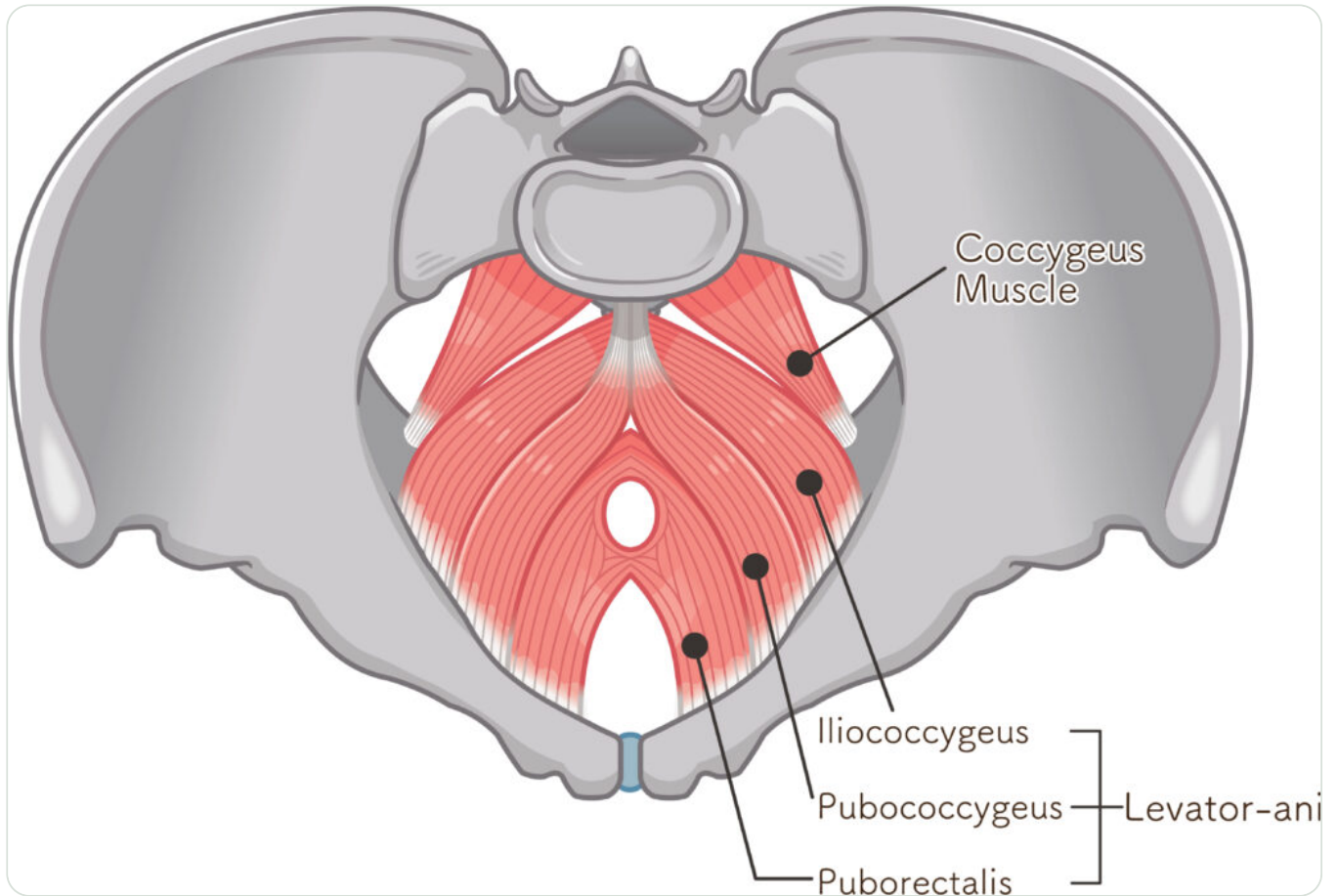


محتوى من /blog/levator-ani-syndrom/

متلازمة العضلة الرافعة للشرح: عندما تسبب عضلات قاع الحوض الألم



ألم مزمن عند الشرج

هل تشعر بشعور دائم بالثقل أو ألم خامل ومزعج في قاع الحوض؟ تعتبر **متلازمة العضلة الرافعة للشرح (Levator Ani Syndrom)** سبباً شائعاً لـ **الآلام المزمنة عند المستقيم**، ولكن نظرًا لأن الأعراض قد تتشابه مع حالات أخرى، فإن التشخيص الدقيق و**فحص الأمعاء** الشامل أمران بالغي الأهمية.

ما هي متلازمة العضلة الرافعة للشرح؟

العضلة الرافعة للشرح هي مجموعة عضلية كبيرة تشكل قاعدة الحوض. في هذه المتلازمة، يحدث توتر مزمن أو تشنجات في العضلات، مما يؤدي إلى آلام توصف غالباً بأنها:

- شعور بوجود "كرة جولف" في المستقيم.
- ألم خامل يزداد سوءاً عند الجلوس لفترات طويلة.
- آلام قد تستمر لساعات أو أيام.

التشخيص التفريقي: ماذا يمكن أن يكون أيضاً؟

عندما نفحص المرضى في Kirurgen.dk، فإن مهمتنا الأكثر أهمية هي التمييز بين متلازمة العضلة الرافعة للشرج والحالات الأخرى. نقوم بذلك من خلال النظر في طبيعة الألم ومدته.

1. ألم المستقيم العابر (تقلصات قصيرة المدى)

بينما تكون آلام العضلة الرافعة للشرج طويلة الأمد، يتميز **ألم المستقيم العابر (Proctalgia Fugax)** بنوبات تشنج مفاجئة وشديدة.

- **طبيعة الألم:** وخزات حادة وسريعة جداً.
- **المدة:** تستمر من بضع ثوانٍ إلى 30 دقيقة كحد أقصى.
- **التمييز:** إذا اختفى الألم تماماً بين النوبات وكان يظهر عادةً في الليل، فمن المرجح أن تكون الحالة هي ألم المستقيم العابر.

2. ألم العصب الفرجي (آلام الأعصاب)

هنا ينجم الألم عن تهيج في **العصب الفرجي (nervus pudendus)** بدلاً من العضلة نفسها.

- **طبيعة الألم:** ألم حارق، كهربائي أو طاعن، غالباً ما يمتد نحو الأعضاء التناسلية.
- **التمييز:** الألم الناتج عن التهاب العصب الفرجي يختفي دائماً تقريباً عند الجلوس على مقعد المرحاض (لأن الضغط على العصب يخف)، بينما تظل آلام العضلة الرافعة للشرج غالباً دون تغيير أو تزداد سوءاً في هذه الوضعية.

3. سرطان المستقيم (أسباب خطيرة)

يخشى العديد من المرضى بحق من أن تكون الآلام في هذه المنطقة ناتجة عن **سرطان المستقيم**.

- **التمييز:** نادراً ما يسبب سرطان المستقيم الألم كعرض وحيد. نحن نبحث هنا عن "علامات حمراء" مثل وجود دم في البراز، فقدان الوزن غير المبرر أو تغير عادات التبرز. لاستبعاد ذلك بيقين 100%، نوصي غالباً بإجراء **تنظير القولون**.

كيف نميز سريراً بين التشخيصات؟

لتقديم أفضل خطة علاجية لك، نقوم بإجراء سلسلة من الفحوصات:

1. **الجبس بالإصبع (الفحص الرقمي):** هذا هو الاختبار الأهم لمتلازمة العضلة الرافعة للشرح. إذا شعر الطبيب بعضلة مشدودة ومؤلمة (غالباً في الجانب الأيسر)، والتي تثير الألم المعروف لديك عند الضغط عليها، فإن ذلك يؤكد التشخيص.
2. **الفحص بالمنظار (تنظير الشرج/تنظير المستقيم):** نبحث عن أسباب موضعية مثل الشقوق الشرجية أو اليواسير التي قد تحفز تشنجات العضلات.
3. **تنظير القولون:** إذا كان هناك أدنى شك في وجود تغيرات هيكلية أو **سرطان المستقيم**، نقوم بإجراء **تنظير القولون**. إنه **فحص الأمعاء** الأكثر أماناً لفحص القولون بأكمله وضمان راحة البال.

جدول للتمييز السريع

التشخيص	مدة الألم	طبيعة الألم	العلامات النموذجية
متلازمة العضلة الرافعة للشرح	ساعات/أيام	خامل، مزعج	ألم عند الضغط على عضلة قاع الحوض
ألم المستقيم العابر	ثوانٍ/دقائق	تشنجي، حاد	يختفي بسرعة من تلقاء نفسه
ألم العصب الفرجي	مستمر (عند الجلوس)	حارق، كهربائي	يخف عند الوقوف أو الجلوس على المرحاض
أمراض خطيرة	متزايد	متغير	يتطلب تنظير القولون للاستبعاد

إليك مقارنة بين ألم العصب الفرجي ومتلازمة العضلة الرافعة للشرح بناءً على الإرشادات السريرية.

السمة	ألم العصب الفرجي (PN)	متلازمة العضلة الرافعة للشرح (LAS)
السبب الرئيسي	تهيج أو انضغاط العصب الفرجي.	تشنجات أو توتر مزمن في العضلة الرافعة للشرح.
طبيعة الألم	حارق، كهربائي، طاعن أو شعور بوجود "جسم غريب" (مثل كرة جولف في المستقيم).	ألم خامل، موجع أو شعور بالثقل / الضغط في الحوض.

السمعة	ألم العصب الفرجي (PN)	متلازمة العضلة الرافعة للشرح (LAS)
منطقة الألم	منطقة تغذية العصب: العجان (بين المهبل/الخصيتين والشرح)، الأعضاء التناسلية والشرح.	يتركز عادة في الشرح والجزء السفلي من المستقيم.
وضعية الجلوس	يزداد سوءاً عند الجلوس؛ ويخف غالباً عند الوقوف أو الجلوس على مقعد المرحاض (حيث لا يوجد ضغط مباشر على العصب).	قد يزداد سوءاً أيضاً عند الجلوس، ولكنه غالباً ما يكون أكثر استمراراً أو يأتي على شكل موجات بغض النظر عن الوضعية.
التشخيص	يعتمد غالباً على "معايير نانت" والتحسين عند إجراء إحصار عصبي تشخيصي.	يعتمد على "معايير روما"، بما في ذلك الألم الذي يزيد عن 30 دقيقة والألم عند جس العضلة الرافعة.

علاج متلازمة العضلة الرافعة للشرح

علاج LAS متعدد الوسائط ويهدف إلى تخفيف آلام العضلات واختلال وظائف قاع الحوض. التدخل الجراحي نادراً ما يكون ضرورياً ويُخصص عادة للحالات الشديدة والمستعصية. العلاج التحفظي هو الخيار الأول.

أ. علاج الخط الأول: العلاج التحفظي والطبيعي

يركز النهج الأكثر فعالية على إرخاء العضلة الرافعة للشرح:

1. العلاج الطبيعي وتمارين قاع الحوض

- **التغذية الراجعة البيولوجية (Biofeedback):** هذا هو حجر الزاوية في العلاج. يتم وضع مسبار في المستقيم لقياس نشاط العضلات. يتم تدريب المريض على تحديد وإرخاء العضلة الرافعة للشرح بوعي (بدلاً من قبضها). أظهرت الدراسات معدلات نجاح جيدة مع التغذية الراجعة البيولوجية.
- **التقنيات اليدوية:** يمكن لأخصائي العلاج الطبيعي المتخصصين استخدام التدليك اليدوي والإطالة (تحرير نقاط الزناد) للعضلة المشدودة لتخفيف التشنجات.

2. حمام المقعدة الدافئ (Sitz Bath)

- الجلوس في حمام دافئ لمدة 15-20 دقيقة عدة مرات يومياً يمكن أن يساعد في تقليل تشنجات العضلات وزيادة تدفق الدم في قاع الحوض.

ب. العلاج الدوائي

تستخدم الأدوية للتعامل مع الألم وتشنجات العضلات.

- **مخدرات العضلات:** يمكن تجربة الديازيبام (بجرعة منخفضة) أو السيكلوبينزابرين لتقليل تشنجات العضلات.
- **الأدوية الموضعية:** بعض المراهم، مثل النيتروجليسرين أو حاصرات قنوات الكالسيوم التي تستخدم للشقوق الشرجية، قد يكون لها تأثير من خلال زيادة تدفق الدم وإرخاء العضلات الملساء، على الرغم من أن الأدلة الخاصة بـ LAS محدودة.
- **علاجات آلام الأعصاب:** يمكن أن تكون مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (مثل الأميتريبتيلين) أو الغابابنتينويدات فعالة في علاج الآلام المزمنة التي تشمل الأعصاب.

ج. العلاج بالحقن

إذا فشل العلاج التحفظي، يمكن النظر في الحقن:

- **حقن بوتولينوم توكسين (البوتوكس):** حقن البوتوكس مباشرة في العضلة الرافعة للشرج المشدودة هو خيار واعد ولكنه تداخلي. يعمل البوتوكس على منع إطلاق الأسيتيل كولين، مما يؤدي إلى **شلل عضلي مؤقت** وبالتالي الاسترخاء. هذا يمكن أن يمنح المريض فترة خالية من الألم حيث يمكن إعادة تأهيل قاع الحوض.

د. التحفيز الكهربائي

- **التحفيز الكهربائي الجلفاني (EGS):** يتم وضع قطب كهربائي في المستقيم وإيصال تيار منخفض الجهد. الغرض هو إجهاد العضلة (من خلال التحفيز المستمر) وبالتالي إجبارها على الاسترخاء. تشير بعض الدراسات إلى أن EGS قد يكون فعالاً بقدر التغذية الراجعة البيولوجية.

هـ. التدخل الجراحي

التحفيز العصبي عبر الجلد أو تحفيز الحبل الشوكي (SCS): في حالات نادرة جداً ومستعصية حيث يكون الألم معجزاً ولم ينجح أي علاج آخر، يمكن التفكير في طرق تحفيز عصبي أكثر تقدماً، على الرغم من أن هذا نادر للغاية ويتطلب فريقاً متعدد التخصصات.

3. خاتمة للمرضى

متلازمة العضلة الرافعة للشرج هي حالة حميدة ولكنها مزعجة. من الضروري إجراء تشخيص تفريقي شامل لدى أخصائي (جراح أو أخصائي أمراض جهاز هضمي) لاستبعاد الأسباب الأخرى للألم المستقيم. العلاج تحفظي في المقام الأول. يمثل **العلاج الطبيعي لقاع الحوض** مع التغذية الراجعة البيولوجية غالباً المسار الأكثر نجاحاً لتحقيق راحة طويلة الأمد من خلال استعادة الوظيفة الطبيعية للعضلة الرافعة للشرج.

المراجع (بناءً على Pubmed)

1. **Rao, S. S. et al. (2009).** *Biofeedback is superior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome.* **Gastroenterology**, 137(3), 869-875. [PMID: 20044997]
(يدعم التغذية الراجعة البيولوجية كأكثر علاج تحفظي فعالية، بالإضافة إلى تأثير EGS والتدليك).
2. **Heah, S. M. et al. (1997).** *Biofeedback is effective treatment for levator ani syndrome.* **Dis Colon Rectum**, 40(2), 187-189. [PMID: 9075755]
تخفيف الألم).
3. **Mishra, R. K. et al. (2014).** *Botulinum toxin A in the treatment of chronic functional anorectal pain: experiences of a tertiary referral proctology clinic.* **Int J Colorectal Dis**, 34(3), 565-570. [PMID: 30778784]
(يصف بوتولينوم توكسين أ (البوتوكس) كخيار فعال في الحالات التي لا تستجيب للعلاج التحفظي، من خلال إرخاء العضلات المشدودة).
4. **Hite, M., & Curran, T. (2021).** *Biofeedback for Pelvic Floor Disorders.* **Clin Colon Rectal Surg**, 34(1), 56-61. [PMID: 33536850]
(يقدم نظرة عامة أوسع عن دور التغذية الراجعة البيولوجية في اضطرابات قاع الحوض ومتلازمة العضلة الرافعة للشرح).
5. **Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J.** Diagnostic criteria for pudendal neuralgia (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn*. 2008;27(4):306-10. doi: 10.1002/nau.20505. PMID: 17823944
6. **Kaur J, Singh P.** Pudendal Neuralgia. [Updated 2023 Aug 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544272/> PMID: 31335043
7. **Bharucha AE, Trabuco E.** Functional Anorectal Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1431-42. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.046. PMID: 27144630
8. **Itza F, Zarza D, Serra L, Gómez-Sancha F, Salinas J, Allona-Almagro A.** Pudendal nerve entrapment as source of intractable perineal pain: diagnosis and treatment. *Actas Urol Esp*. 2010;34(6):500-6. PMID: 20113645
9. **Beco J, Seidel L, Albert A.** Pudendal nerve decompression in perineology: a case series. *BMC Surg*. 2015;15:116. doi: 10.1186/s12893-015-0099-5. PMID: 26514704
10. **Engeler DS, Baranowski AP, Borovicka J, et al.** EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol*. 2013;64(3):431-9. doi: 10.1016/j.eururo.2013.03.032. PMID: 23414954

