

/Content from /ar/blog/divertikler

رتوج الأمعاء (Divertikler): ما هي، ومتى تصبح خطيرة، وكيف يتم تقييمها؟



الرتوج (أو "جيوب في الأمعاء") هي أكياس صغيرة في جدار الأمعاء تبرز للخارج عبر نقاط ضعف - عادة في الجانب الأيسر من القولون (القولون السيني). يزداد انتشارها بشكل ملحوظ مع التقدم في العمر: **أقل من 10%** تحت سن 40، **أكثر من 50%** فوق 60، و**حتى 70%** فوق 80 في الدول الغربية [1]. معظم من لديهم رتوج لا يعلمون بذلك - تكون الحالة بدون أعراض وتسمى داء الرتوج (divertikulose). أما عندما يُلتهب الرتج فنُتحدث عن التهاب الرتوج (divertikulitis).

ثلاث مراحل - تمييز مهم

المرحلة	الوصف	الأعراض	العلاج
داء الارتوج	وجود رتوج دون التهاب	لا شيء، أو انتفاخ خفيف	غذاء غني بالألياف
مرض رتوج عرضي غير معقد (SUDD)	أعراض دون التهاب موضعي	ألم في الربع السفلي الأيسر، تغير في عادات التغوط	حمية، ميسالازين، ريفاكسيمين
التهاب الارتوج	التهاب حاد في رتج واحد أو أكثر	ألم، حمى، إيلام، ارتفاع CRP	مضادات حيوية، وربما جراحة

لماذا تتشكل الارتوج؟

النظرية الكلاسيكية: **انخفاض تناول الألياف** → براز صلب → ارتفاع الضغط داخل التجويف → بروز عبر نقاط ضعيفة حيث تخترق الأوعية الدموية الطبقة العضلية. تشير أبحاث حديثة أيضًا إلى:

- **الجينات:** 40-50 % من الخطر وراثي (دراسات التوائم) [2].
- **اختلال الميكروبيوم:** تغير الفلورا حول الارتوج.
- **ضعف النسيج الضام:** أكثر شيوعًا في Marfan g Ehlers-Danlos.
- **الأدوية:** NSAID والمواد الأفيونية تزيد خطر المضاعفات.

الأعراض

داء الارتوج غير المعقد لا يسبب أعراضًا في الغالب. عند ظهور الأعراض:

- **ألم البطن** - عادة في الربع السفلي الأيسر، متقطع، يتفاقم بعد الوجبات ويخف بالتغوط.
- **تغير عادات التغوط** - تناوب بين الإمساك والإسهال.
- **انتفاخ** وغازات.
- **دم في البراز** - مفاجئ، غير مؤلم، دم أحمر (نزيف رتجي).

علامات إنذار تستدعي تقييمًا عاجلاً:

- حمى مستمرة فوق 38.5 °C
- ألم بطن شديد ومتصاعد

- بطن صلب كاللوح (التهاب صفاق نتيجة ثقب)
- نزيف مستقيمي كبير
- توقف مفاجئ في خروج الغاز والبراز (اشتباه بانسداد)

التشخيص

1. التاريخ والفحص السريري - الجس، الفحص الشرجي، الحرارة.
2. فحوصات الدم - كريات بيضاء، CRP، الهيموجلوبين.
3. **تنظير القولون** - المعيار الذهبي للرؤية المباشرة. **يُتجنب في التهاب الرتوج الحاد** (خطر الثقب)؛ يُجرى بعد 6-8 أسابيع من انتهاء النوبة لاستبعاد **سرطان القولون** [3].
4. **CT بطن بتباين** - التصوير الأولي عند الاشتباه بالتهاب رتوج حاد. يقيّم المضاعفات (خراج، ناسور، ثقب).
5. **تنظير السيني** - بديل لأعراض سينية محدودة.

العلاج

داء الرتوج بدون أعراض:

- لا علاج نشط.
- **غذاء غني بالألياف** (25-35 غ/يوم) يقلل خطر المضاعفات المستقبلية.
- شرب كافٍ للسوائل ونشاط بدني منتظم.

عرضي بدون التهاب (SUDD):

- تعديل غذائي - ألياف، تقليل اللحوم الحمراء.
- **ميسالازين** (ASA-5) يُعتبر للأعراض المستمرة.
- **ريفاكسيمين** 400 مغ مرتين يوميًا لمدة 7 أيام شهريًا - تخفيف أعراض موثق [4].

التهاب رتوج حاد:

- **غير معقد** (Hinchey 0-Ia): المضادات الحيوية **لم تعد توصية روتينية** للحالات الخفيفة عند المرضى ذوي مناعة سليمة - علاج عرضي، سوائل صافية، مراقبة دقيقة [5].
- **معقد** (خراج > 4 سم، ثقب، التهاب صفاق): مضادات حيوية وريدية، تصريف أو جراحة طارئة.

الجراحة تُعتبر عند:

- نوبات متكررة مع تأثير كبير على جودة الحياة
- مضاعفات (ناسور، تضيق، خراج مزمن)
- الاشتباه بورم خبيث

الوقاية من الانتكاس

- تناول الألياف - حبوب كاملة، خضروات، بقوليات؛ الهدف 25-35 غ يوميًا.
- الإقلاع عن التدخين - التدخين يضاعف خطر المضاعفات.
- فقدان الوزن عند BMI >30.
- تقليل اللحوم الحمراء - زيادة الخطر عند <50 غ/يوم.
- تجنب NSAID عند وجود مضاعفات سابقة.
- المكسرات والبذور غير ممنوعة - تم التخلي عن المنع الغذائي القديم علميًا [6].

العلاج في Kirurgen.dk

نقدم تنظير القولون وتنظير السيني لتقييم مرض الرتوج، المتابعة بعد التهاب رتوج وللاستبعاد السرطان. اقرأ أيضًا: داء الرتوج، التهاب الرتوج، دم في البراز، سرطان الأمعاء.

المراجع

1. Strate LL, Morris AM. *Epidemiology, pathophysiology, and treatment of diverticulitis*. Gastroenterology 2019;156(5):1282-98.
2. Granlund J, Svensson T, Olén O, et al. *The genetic influence on diverticular disease - a twin study*. Aliment Pharmacol Ther 2012;35(9):1103-7.
3. Stollman N, Smalley W, Hirano I. *AGA institute guideline on the management of acute diverticulitis*. Gastroenterology 2015;149(7):1944-9.
4. Bianchi M, Festa V, Moretti A, et al. *Meta-analysis: long-term therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease*. Aliment Pharmacol Ther 2011;33(8):902-10.
5. Daniels L, Ünlü Ç, de Korte N, et al. *Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis*. Br J Surg 2017;104(1):52-61.

Strate LL, Liu YL, Syngal S, Aldoori WH, Giovannucci EL. *Nut, corn, and popcorn consumption .6
and the incidence of diverticular disease.* JAMA 2008;300(8):907-14