

تدلي المستقيم: عندما يخرج المستقيم من مكانه

تدلي المستقيم (Rectal prolapse) هو حالة "ينقلب" فيها جدار المستقيم بأكمله أو أجزاء منه ويبرز خارج فتحة الشرج. غالبًا ما يرتبط هذا الوضع بالحرث ويتم الخلط بينه بسهولة وبين اليواسير، لكن الحالتين مختلفتان تمامًا وتتطلبان علاجًا مختلفًا.

تُشاهد هذه الحالة لدى حوالي 2.5 من كل 100,000 شخص سنويًا، وتشكل النساء فوق سن 50 عامًا ما نسبته 80-90% من المرضى [1].

ثلاثة أنواع من التدلي

1. **تدلي المستقيم الكامل (proctidentia)** - ينقلب جدار الأمعاء بالكامل للخارج، وعادة ما يتراوح طوله بين 10-4 سم.

2. **التدلي الداخلي/الخفي (intussusception)** - ينطوي المستقيم على نفسه، لكنه لا يخرج من فتحة الشرج.

3. **تدلي الغشاء المخاطي** - ينفصل الغشاء المخاطي فقط (يشبه اليواسير الكبيرة).

من المهم للغاية الحصول على تشخيص دقيق، حيث أن العلاج يختلف باختلاف نوع التدلي.

الأعراض

- بروز "كتلة" طرية عند التبرز أو عند بذل مجهود بدني.
- وجود مخاط أو دم على الملابس الداخلية.
- الشعور بعدم الإفراغ الكامل للأمعاء.
- **سلس البراز** - يُلاحظ لدى 50-75% من المرضى عند تشخيص الحالة [2].
- **الإمساك** - من المفارقات أنه عرض شائع، حيث يمكن للتدلي أن يعيق عملية الإخراج.
- الألم نادر (على عكس البواسير المتخثرة).

عوامل الخطر

- الجنس الأنثوي والعمر فوق 50 عامًا.
- الولادات المهبليّة المتعددة.

- الإمساك المزمن والضغط أثناء التبرز.
- ضعف في عضلات قاع الحوض.
- جراحات سابقة في منطقة الحوض.
- أمراض عصبية (مثل التصلب المتعدد، إصابات الحبل الشوكي).
- التليف الكيسي لدى الأطفال [3].

التشخيص

غالبًا ما يتم تشخيص الحالة عن طريق الفحص السريري، حيث يُطلب من المريض "الدفع للأسفل" أثناء الجلوس على المرحاض أو الاستلقاء على جانبه الأيسر. وقد تشمل الفحوصات التكميلية ما يلي:

- **تصوير التغوط (defaecography) (بالرنين المغناطيسي أو الأشعة السينية)** في حالات التدلي الداخلي أو عند الشك بوجود خلل في وظيفة قاع الحوض [4].
- **قياس الضغط الشرجي المستقيمي (anorectal manometry)** لتقييم وظيفة العضلة العاصرة.
- **تنظير القولون (colonoscopy)** لاستبعاد وجود ورم أو سبب آخر، خاصة لدى المرضى فوق سن 50 الذين يعانون من أعراض لأول مرة.

العلاج

العلاج التحفظي نادرًا ما يكون كافيًا في حالات التدلي الكامل، ولكنه قد يحسن الأعراض في حالات تدلي الغشاء المخاطي أو التدلي الداخلي:

- نظام غذائي غني بالألياف واستخدام اللاكتولوز (laktulose) لمكافحة الإمساك.
- تمارين قاع الحوض بإشراف أخصائي علاج طبيعي متخصص.
- تدريب الارتجاع البيولوجي (Biofeedback) في حالة وجود سلس البراز المصاحب.

الجراحة هي العلاج النهائي للتدلي الكامل وتنقسم إلى:

- **الجراحات عبر البطن** (تثبيت المستقيم الشبكي الأمامي بالمنظار على طريقة دهور - laparoscopic ventral mesh-rectopexy after D'Hoore): نتائج جيدة على المدى الطويل، ومعدل تكرار منخفض (5-10%)، وهي الأفضل للمرضى الأصغر سنًا والأكثر لياقة [5,6].
- **الجراحات عبر العجان** (عملية ألتيمير أو ديلورم - Altemeier or Delorme operation): أقل توغلاً، ووقت الجراحة أقصر، وتُستخدم عادةً للمرضى كبار السن أو ضعيفي البنية؛ معدل التكرار يتراوح بين 10-25% [7].

يتم اختيار التقنية الجراحية بشكل فردي بناءً على عمر المريض وحالته الصحية العامة ووجود سلس البراز أو الإمساك وخبرة الجراح. توصي الجمعية الأوروبية لجراحة القولون والمستقيم (ESCP) باتخاذ القرار في منتدى متعدد التخصصات لقاع الحوض [8].

المآل والمتابعة

بعد إجراء عملية جراحية ناجحة، يشعر معظم المرضى بتحسن ملحوظ في كل من التدي وسلس البراز. ومع ذلك، قد يظل الإمساك مشكلة تتطلب استمرار العلاج الغذائي وتمارين قاع الحوض. يمكن أن يعود التدي (الانتكاس) بعد سنوات من الجراحة، ويوصى بمراجعة الجراح عند ظهور أعراض جديدة [9].

متى يجب عليك استشارة الطبيب؟

- إذا شعرت "بشيء يخرج" من المستقيم.
- عند استمرار سلس البراز.
- ظهور أعراض جديدة من المستقيم بعد سن الخمسين.
- نزيف لا يمكن تفسيره بوجود [يواسير](#) أو [شق شرجي](#).

تدلي المستقيم ليس حالة مهددة للحياة ولا مدعاة للقلق، ولكن إهمال علاجه يؤدي إلى تفاقم الحالة ويؤثر بشكل كبير على جودة الحياة. الإحالة المبكرة إلى جراح القولون والمستقيم تضمن أفضل النتائج.

المراجع

1. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. *Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse*. Scand J Surg. 2005;94(3):207-10.
2. Madiba TE, et al. *Surgical management of rectal prolapse*. Arch Surg. 2005;140(1):63-73.
3. Bordeianou L, et al. *Clinical practice guidelines for the treatment of rectal prolapse*. Dis Colon Rectum. 2017;60(11):1121-31.
4. Pannu HK, et al. *MR imaging of pelvic floor dysfunction*. Radiographics. 2003;23(1):e1.
5. D'Hoore A, et al. *Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse*. Br J Surg. 2004;91(11):1500-5.
6. Consten ECJ, et al. *Long-term outcome after laparoscopic ventral mesh rectopexy: an observational study of 919 consecutive patients*. Ann Surg. 2015;262(5):742-7.

- Senapati A, et al. *PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse*. *Colorectal Dis* 2013;15(7):858-68 .7
- Mercer-Jones MA, et al. *Consensus on ventral rectopexy: report of a panel of experts*. *Colorectal Dis* 2014;16(2):82-8 .8
- Hotouras A, et al. *Recurrence of full-thickness rectal prolapse following surgical repair: a systematic review*. *Colorectal Dis* 2018;20(11):974-86 .9