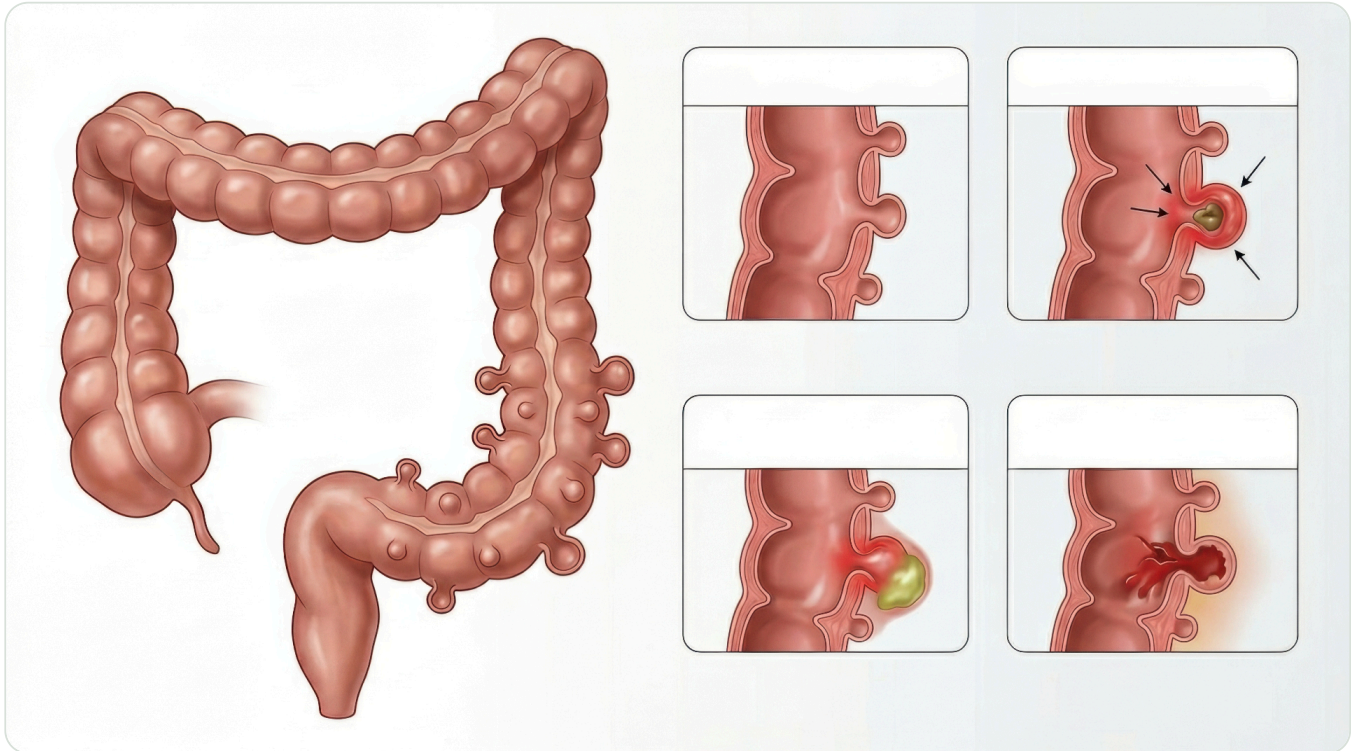


التهاب الرتوج مقابل داء الرتوج: ما الفرق، ومتى يكون خطيراً؟



يخلط الكثيرون بين **داء الرتوج** و**التهاب الرتوج** - ولكن الفرق بينهما جوهري. فالحالة الأولى هي حالة شائعة وغير ضارة في معظم الأحيان. أما الثانية فهي التهاب حاد قد يتطلب الدخول إلى المستشفى أو إجراء عملية جراحية.

داء الرتوج: جيوب صغيرة في القولون

الرتوج هي جيوب صغيرة (عادةً بحجم 5-10 مم) في جدار الأمعاء، تتشكل في نقاط ضعيفة حيث تخترق الأوعية الدموية الطبقة العضلية. وتظهر بشكل أساسي في القولون السيني (الجزء الذي يشبه حرف S من الأمعاء الغليظة).

يزداد انتشارها بشكل ملحوظ مع التقدم في العمر: أقل من 10% لدى من هم دون سن 40 عاماً، ولكنها تصيب 50-70% من جميع الأشخاص فوق سن 70 عاماً [1]. تُكتشف معظم الحالات بالصدفة أثناء تنظير القولون أو التصوير المقطعي المحوسب.

تشمل عوامل الخطر ما يلي:

- نظام غذائي منخفض الألياف ونظام غذائي غربي [2]
- زيادة الوزن وقلة النشاط البدني [3]

- التدخين واستخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) [4]
- الاستعداد الوراثي (مكون وراثي بنسبة 40-50%) [5]

اقرأ أيضاً مقالنا عن [داء الرتوج](#).

التهاب الرتوج: عندما يلتهب أحد الجيوب

حوالي 4-15% من الأشخاص المصابين بداء الرتوج يُصابون خلال حياتهم **بالتهاب الرتوج** - وهو التهاب حاد أو انشقاب دقيق لأحد الرتوج [6]. تُقسم الحالة إلى:

- **التهاب الرتوج غير المصحوب بمضاعفات** (~80%): التهاب موضعي بدون خراج أو انشقاب أو ناسور.
- **التهاب الرتوج المصحوب بمضاعفات** (~20%): خراج، أو انشقاب حر، أو انسداد، أو ناسور.

الأعراض

- ألم مستمر في الجزء السفلي الأيسر من البطن ("التهاب الزائدة الدودية في الجانب الأيسر")
- حمى وارتفاع مستوى البروتين التفاعلي (CRP) C
- تغير في عادات الإخراج (إمساك أو إسهال)
- غثيان، انتفاخ
- في حالة وجود مضاعفات: ألم شديد، علامات التهاب الصفاق (البريتون)، أعراض في المسالك البولية (ناسور إلى المثانة)

يتم تأكيد التشخيص عن طريق **التصوير المقطعي المحوسب (CT)** للبطن، والذي يحدد أيضاً درجة الخطورة (تصنيف هينشي - Hinchey classification) [7].

علاج التهاب الرتوج غير المصحوب بمضاعفات

في السابق، كان يتم علاج جميع الحالات تقريباً بالمضادات الحيوية ودخول المستشفى. توصي الإرشادات الدنماركية والأوروبية الحديثة الآن بما يلي:

- **علاج في العيادة الخارجية بدون مضادات حيوية** للمرضى المختارين (ذوي الكفاءة المناعية، بدون مضاعفات، مستوى CRP أقل من 140، بدون حمى) [8].
- الراحة، والبدء بالسوائل الصافية ثم التدرج إلى النظام الغذائي الطبيعي.
- مسكنات الألم (باراسيتامول؛ مع تجنب مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)).

أثبتت **دراسة AVOD** الرائدة (السويد) و**دراسة DIABOLO** الهولندية أن المضادات الحيوية لا تسرع الشفاء أو تقلل من المضاعفات في حالات التهاب الرتوج غير المصحوب بمضاعفات [9, 10].

علاج التهاب الرتوج المصحوب بمضاعفات

- **خراج أقل من 4 سم:** غالباً ما تكون المضادات الحيوية وحدها كافية.
- **خراج بحجم 4 سم أو أكبر:** تصريف عبر الجلد + مضادات حيوية.
- **انثقاب حر/التهاب الصفاق:** جراحة عاجلة، عادةً ما تكون عملية هارتمان أو استئصال مع مفاغرة أولية [11].
- **الحالات المتكررة أو المعقدة:** يتم النظر في إجراء استئصال اختياري مبرمج للقولون السيني - ولكن ليس بشكل روتيني بعد نوبتين كما كان في السابق؛ فالقرار يعتمد على كل حالة على حدة [12].

الوقاية

- **نظام غذائي غني بالألياف** (25-30 جم/يومياً): يقلل من خطر الإصابة بداء الرتوج المصحوب بأعراض [13].
- **النشاط البدني** والحفاظ على وزن طبيعي.
- **تجنب التدخين** والاستخدام المتكرر لمضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs).
- في السابق، كان يُنصح بتجنب المكسرات والبذور والفاشار - تم دحض هذا الاعتقاد الآن ولم يعد يُنصح به [14].

متى يجب عليك الاتصال بالطبيب؟

اطلب الرعاية الطبية في الحالات التالية:

- ألم مستمر في الجزء السفلي الأيسر من البطن لأكثر من 24 ساعة.
- حمى مصحوبة بألم في البطن.
- نزيف حاد من المستقيم.
- علامات التهاب الصفاق (بطن صلب، ألم شديد، تدهور الحالة العامة) → اتصل بالرقم 112.

المراجع

Peery AF, et al. *Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States*. Gastroenterology 2019;156(1):254-72.

- Aune D, et al. *Dietary fibre intake and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis*. Eur J Nutr 2020;59(2):421-32
- Strate LL, et al. *Obesity increases the risks of diverticulitis and diverticular bleeding*. Gastroenterology 2009;136(1):115-22
- Humes DJ, et al. *Smoking and the risk of diverticular disease*. Aliment Pharmacol Ther .4 2011;34(8):988-94
- Granlund J, et al. *The genetic influence on diverticular disease - a twin study*. Aliment Pharmacol .5 Ther 2012;35(9):1103-7
- Shahedi K, et al. *Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis*. Clin Gastroenterol Hepatol 2013;11(12):1609-13
- Hinchey EJ, et al. *Treatment of perforated diverticular disease of the colon*. Adv Surg .7 1978;12:85-109
- Schultz JK, et al. *European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon*. Colorectal Dis 2020;22(Suppl 2):5-28
- Chabok A, et al. *Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis (AVOD)*. Br J Surg 2012;99(4):532-9
- Daniels L, et al. *Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis (DIABOLO)*. Br J Surg 2017;104(1):52-61
- Sartelli M, et al. *2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting*. World J Emerg Surg 2020;15:32
- Hall J, et al. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis*. Dis Colon Rectum 2020;63(6):728-47
- Crowe FL, et al. *Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of EPIC*. BMJ .13 2011;343:d4131
- Strate LL, et al. *Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease*. JAMA 2008;300(8):907-14

اقرأ أيضاً

[رئوح الأمعاء - نظرة شاملة](#)

