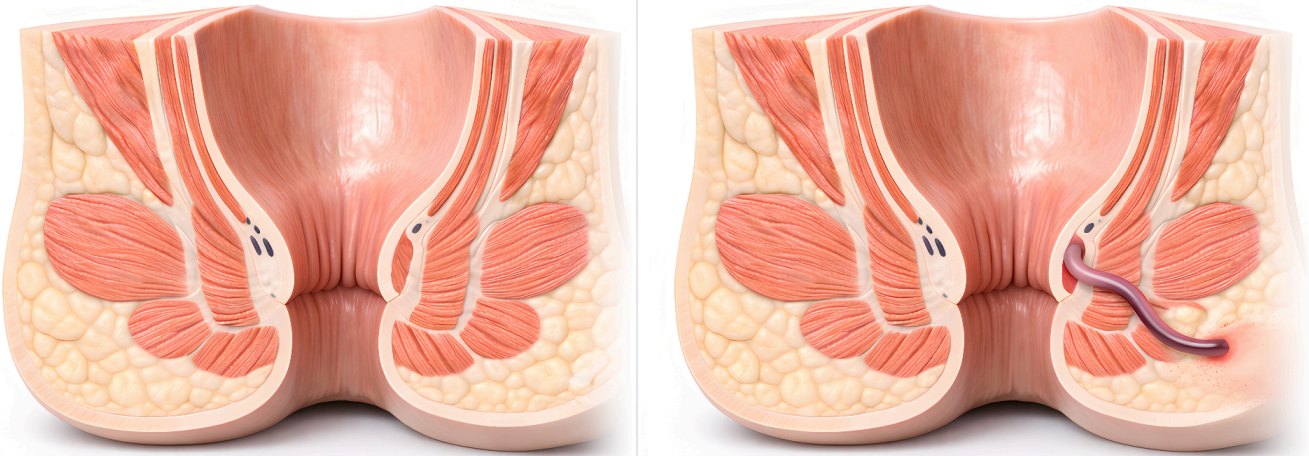


الناصور الشرجي والخراج الشرجي: عندما يصبح الخراج مزمنًا



يُعد الخراج حول الشرج (دمل بجوار فتحة الشرج) أحد أكثر الحالات الحادة إيلاماً في منطقة الشرج - ولدى ما يصل إلى 30-50% من المرضى، يتطور لاحقاً إلى ناصور شرجي، وهو قناة مزمنة صغيرة بين المستقيم والجِلْد [1,2]. العلاج المبكر والصحيح ضروري لتجنب المضاعفات والحفاظ على وظيفة العضلة العاصرة.

ما هو الخراج الشرجي؟

ينشأ الخراج الشرجي عندما تنسد إحدى الغدد الصغيرة في المستقيم (غدد هيرمان وديسفوس) وتصاب بالعدوى. يتجمع الصديد (القيح) ويشق طريقه عبر الأنسجة المحيطة [3]. والنتيجة هي ألم حاد ومفاجئ نابض في منطقة الشرج، وغالباً ما يكون مصحوباً بـ:

- تورم أحمر ومؤلم ومرئي عند فتحة الشرج
- حمى وشعور عام بالضيق
- ألم يزداد سوءاً عند الجلوس أو السعال أو التبرز

كقاعدة عامة، يجب **تصريف الخراج جراحياً بشكل عاجل** - فالمضادات الحيوية وحدها لا تكفي [4]. يتم الإجراء تحت تخدير موضعي أو تخدير عام قصير، ويوفر راحة شبه فورية من الألم.

متى يتحول الخراج إلى ناسور؟

حتى بعد التصريف الناجح، لا تلتئم القناة دائماً. إذا استمر الاتصال بين الغدة الشرجية والجلد، يتكون **الناسور الشرجي**. العلامات النموذجية هي:

- إفرازات مستمرة أو متكررة من الصديد/الدم من جانب فتحة الشرج
- فتحة صغيرة في الجلد (فوهة الناسور) يخرج منها "سائل"
- خراجات متكررة في نفس المكان

يتم تصنيف النواسير حسب مسارها بالنسبة للعضلة العاصرة (تصنيف باركس: بين العضلتين العاصرتين (intersphincteric)، وعبر العضلة العاصرة (transsphincteric)، وفوق العضلة العاصرة (suprasphincteric)، وخارج العضلة العاصرة (extrasphincteric) [5]. هذا التصنيف حاسم في اختيار العلاج.

التشخيص والتقييم

يتم التشخيص عن طريق الفحص السريري، وغالباً ما يُستكمل بـ:

- **الموجات فوق الصوتية عبر الشرج** - فحص سريع ودقيق في أيدي خبير متمرس
 - **التصوير بالرنين المغناطيسي للحوض** - المعيار الذهبي للنواسير المعقدة أو المتكررة أو المرتبطة بداء كرون [6]
 - **الفحص تحت التخدير (EUA)** مع استخدام صبغة الميثيلين الأزرق أو بيروكسيد الهيدروجين
- من المهم استبعاد الأمراض الكامنة مثل داء كرون، لأن استراتيجيات العلاج تختلف في هذه الحالة [7].

العلاج الجراحي

يتم اختيار العلاج بناءً على مسار الناسور ومقدار العضلة العاصرة التي يخترقها:

- **بضع الناسور (Fistulotomy)**: الطريقة الأكثر فعالية بمعدل شفاء يتجاوز 90%، ولكن لا يمكن استخدامها إلا في النواسير السطحية التي تمس جزءاً صغيراً جداً من العضلة العاصرة [8].
- **خيوط السيتون (Seton)**: يستخدم كـ "سيتون للتصريف" في حالات العدوى النشطة أو النواسير المعقدة، ويمكن استخدامه أيضاً كـ "سيتون قاطع" بطيء المفعول.

- **إجراء ليفت (LIFT Procedure)** (ربط مسار الناسور بين العضلتين العاصرتين): خيار جيد للنواسير عبر العضلة العاصرة، بمعدل شفاء 60-75% دون التأثير على التحكم في الإخراج [9].
 - **الشريحة المتقدمة (Advancement flap)**: تغلق الفتحة الداخلية للناسور باستخدام شريحة من الغشاء المخاطي؛ تستخدم في النواسير العالية.
 - **غراء الفايبرين وسدادة الناسور**: معدل شفاء أقل (40-60%) ولكن مع خطر ضئيل جداً لحدوث سلس البراز [10].
- إن اختيار الطريقة هو موازنة بين فرصة الشفاء ومخاطر حدوث سلس البراز - ويجب أن يتم دائماً بواسطة جراح قولون ومستقيم لديه خبرة في علاج النواسير الشرجية.

ما الذي يمكنك فعله بنفسك؟

- استشر الطبيب عند وجود أي ألم مستمر أو تورم أو إفرازات صديدية من منطقة الشرج
 - تجنب العلاج المنزلي بالكمامات الدافئة عند الشك بوجود خراج - فهذا يؤخر عملية التصريف
 - قم بالمتابعة بعد تصريف الخراج، حتى يتم اكتشاف أي ناسور محتمل في وقت مبكر
- في عيادتنا، نقدم الفحص والتشخيص بالموجات فوق الصوتية والعلاج الجراحي للنواسير الشرجية - بسرية تامة وتغطية من التأمين الصحي العام.

المراجع

1. Sahnan K, et al. *Perianal abscess*. BMJ 2017;356:j475.
2. Vasilevsky CA, Gordon PH. *The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration*. Dis Colon Rectum 1984;27(2):126-30.
3. Parks AG. *Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano*. BMJ 1961;1(5224):463-9.
4. Sözen U, et al. *Does adjuvant antibiotic treatment after drainage of anorectal abscess prevent development of anal fistulas?* Dis Colon Rectum 2011;54(8):923-9.
5. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. *A classification of fistula-in-ano*. Br J Surg 1976;63(1):1-12.
6. Halligan S, Stoker J. *Imaging of fistula in ano*. Radiology 2006;239(1):18-33.
7. Schwartz DA, et al. *AGA Clinical Practice Update on the medical management of perianal Crohn's disease*. Gastroenterology 2024;166(2):278-87.
8. Göttgens KW, et al. *Long-term outcome of low perianal fistulas treated by fistulotomy*. Int J Colorectal Dis 2015;30(2):213-9.

Emile SH, et al. *A systematic review and meta-analysis of the LIFT procedure*. Int J Surg .9
2018;52:191-202

Cirocchi R, et al. *Fibrin glue in the treatment of anal fistula: a systematic review*. Ann Surg Innov .10
Res 2009;3:12