

## شقاق مقعد<sup>۱</sup>

۱- شقاق مقعد، زخمی در آنودرم حساس است که در انتهای کانال مقعد قرار دارد. این وضعیت بسیار شایع ممکن است به دنبال حرکت روده‌ای زیاد و سخت رخ دهد؛ یا به طور معکوس، ممکن است همراه با وقوع اسهال باشد. اکثر شقاقها حاد هستند و طی چند روز بهبود می‌یابند، و هرگز به درمان طبی نمی‌رسند. افزایش فشار در حال استراحت مقعد و اسپاسم اسفنکتر داخلی، ممکن است منجر به شقاق مقعد مزمن شود. این وضعیت بطور شایع توسط بیماران و پزشکان مراقبت اولیه به هموروئید نسبت داده می‌شود. علامت بارز درد حین و پس از دفع مدفوع است. ممکن است درد در شقاق حاد چند دقیقه یا در شقاق مزمن چند ساعت طول بکشد، که منجر به اجتناب از دفع مدفوع می‌گردد. خونریزی مقعدی شایع است و معمولاً با مقادیر کمی از خون قرمز روی مدفوع همراه است.

۲- بیمار معمولاً فرد جوانی است. هر دو جنس بطور یکسان درگیر می‌شوند. شرح حال تشخیص را مطرح می‌کند، که با معاینه فیزیکی تایید می‌گردد. کلید معاینه موفق کشیدن آرام و نرم پوست اطراف مقعد به دو سمت توسط شست است. اکثریت شقاقها در خط وسط و خلف قرار دارند (۲۵٪ زنان در مقایسه با ۸٪ مردان شقاق قدامی دارند، و ۳٪ بیماران شقاق قدامی و خلف دارند). زائده پوستی در سوراخ مقعد به تشخیص کمک می‌کند. زمانی که شقاق دیده می‌شود، از وسیله گذاری باید اجتناب گردد زیرا هر تلاشی بصورت معاینه انگشتی یا اندوسکوپی دردناک است و بخوبی تحمل نمی‌شود. آزمایشهای بعدی، نظیر کولونوسکوپی جهت ارزیابی خونریزی، باید تا زمانی که علائم بهبود یابند، به تاخیر انداخته

شوند. زمانی که تشخیص مورد شک و تردید است، معاینه تحت بیهوشی آبسه مخفی اطراف مقعد را رد خواهد کرد.

معاینه آندوسکوپی در شقاق لازم است ولی باید حدود ۶-۴ هفته به تاخیر بیافتد تا زمانی که درد بیمار بهتر شود یا درمان جراحی برای بیماران مقاوم به درمان انجام شود. (سایستون)

۳- شقاق مقعد حاد بمدت کمتر از یک ماه تظاهر یافته و ظاهر آن پارگی ساده در انتهای آنودرم است. شقاق حاد معمولاً با درمانهای محافظه کارانه استاندارد بهبود می‌یابند.

۴- شقاق مقعد مزمن با برجسته شدن لبه‌های شقاق، بافت جوشگاهی، و ظاهر شدن ایلف عضله اسفنکتر داخلی مقعد مشخص می‌شود. یک زائده پوستی اغلب در انتهای شقاق وجود دارد، و ممکن است در پروگزیمال شقاق، منطقه هیپرتروفی و پاپی دیده شود.

۵- شقاقهایی که دور از خط وسط هستند، متعدد یا بدون درد هستند و آنهایی که بهبود نمی‌یابند نیاز به ارزیابی بعدی دارند. این موارد باید تحت بیهوشی مورد معاینه قرار گیرند و از آنجایی که این تظاهر ممکن است همراه با بیماری کرون، سرطان مقعد، لنفوم، HIV یا ایدز، سل، سیفلیس، یا ملانوم باشد، نمونه‌برداری و کشت به عمل آید.

۶- اکثر شقاق‌های حاد بدون مداخله‌ای بهبود می‌یابند یا به افزایش مصرف خوراکی مایعات، مکملهای فیبر دار، نرم کننده‌های مدفوع، لگن آب بتادین و مسکنهای موضعی پاسخ می‌دهند. لگن آب - بتادین همراه مکملهای سبوس، یا استفاده از ۲٪ هیدروکورتیزون، منجر به بهبود تقریباً ۸۵٪ شقاق‌های حاد می‌گردد.

۷- مداخله دارویی با هدف کاهش تون اسفنکتری بدون اختلال عملکرد داریم که می‌تواند از رویکردهای جراحی منتج شود، صورت می‌گیرد.

۸- برش جانبی اسفنکتر داخلی (LIS) با میزان بهبودی ۹۵٪ تا ۱۰۰٪ همراه است. در صورتیکه درد شدید، غیرقابل تحمل باشد یا درمان محافظه کارانه قبلی با شکست مواجه شده باشد، مناسب است مستقیماً برش جانبی اسفنکتر داخلی صورت گیرد. اسفنکتروتومی جانبی جهت اجتناب از تغییر شکل سوراخ کلید که با اسفنکتروتومی خط وسط همراه بوده و باعث بی‌اختیاری مدفوع می‌شود) انجام می‌شود. میزان گزارش شده بی‌اختیاری از ۰٪ تا ۳۸٪ است که احتمالاً منعکس کننده برش وسیعتر اسفنکتر داخل مقعد در مطالعات قدیمی‌تر به اضافه تغییرات بالینی غیرقابل توجهی است که در پرسشنامه‌ها مشخص می‌شوند. مطالعات اخیر توصیه می‌کند که گسترش اسفنکتروتومی باید با طول شقاق مطابقت داشته باشد. گشاد کردن<sup>۱</sup> مقعد توصیه نمی‌شود، تقریباً هیچ مطالعه استانداردی انجام نشده است و خطر زیادی برای ایجاد بی‌اختیاری وجود دارد.

در گذشته هنگام اسفنکتروتومی شقاق نیز برداشته می‌شد، ولی در حال حاضر برداشتن شقاق جهت تسریع بهبودی لازم نیست. (سایستون)

۹- اگرچه بسیاری از شقاق‌های حاد خودبخود بهبود می‌یابند، بعضی نیز مزمن می‌شوند. فشار سنجی‌ها، هیپرتروفی مداوم زمان استراحت همراه با دوره‌های کوتاه شل شدن خودبخودی اسفنکتر داخلی مقعد را نشان داده است. مطالعات روی اجساد کاهش عروقی را در خط وسط خلفی کانال مقعد طبیعی در ۸۵٪ افراد نشان می‌دهد. خونرسانی آنودرم بستگی به شریانچه‌هایی دارد که از اسفنکتر و داخل مقعد عبور می‌کنند، بنابراین ممکن است فشار بالای مقعدی، خونرسانی به خط وسط خلفی را کاهش دهد و از بهبودی جلوگیری کند.

۱۰- نیتریک اکساید یک پیام رسان عصبی غیر آدرنژیک، غیر کولینرژیک اولیه در اسفنکتر داخلی مقعد است و منجر به شل شدن اسفنکتر داخلی مقعد می‌شود. نیتراهای برونزاد نیتریک اکساید آزاد می‌کنند: گلیسریل تری نیترات یا نیتروگلیسرین ۰/۲٪ موضعی منجر به کاهش فشار مقعدی می‌شود. کارآزمایی‌های تصادفی شده میزان بهبودی را ۵۰٪ تا ۷۰٪ نشان می‌دهد، اما میزان عود ۲۵٪ تا ۳۳٪ است. سردرد شایع‌ترین عارضه جانبی در نیم تا دو سوم بیماران است. در کارآزمایی‌های تصادفی شده گلیسریل تری نیترات منجر به بهبود در تنها ۳۰٪ تا ۶۰٪ بیماران می‌شود در حالی که بیش از ۹۰٪ بهبودی در بیماران با استفاده از بوتولینوم یا برش جانبی اسفنکتر داخلی مشاهده می‌شود.

۱۱- افزایش سطح کلسیم سلولی در انقباض اسفنکتر داخلی مقعد نقش دارد. بنابراین مسدود کننده‌های کانال کلسیم<sup>۱</sup> تون اسفنکتر داخلی مقعد را کاهش می‌دهند. ژل نیفدیپین (۰/۲٪) و ژل دیلتیازم (۲٪) منجر به بهبود ۶۵٪ تا ۹۵٪ از شقاق‌های مزمن مقعد در کارآزمایی‌های تصادفی شده اند. نتایج درمان موضعی با مسدود کننده‌های کانال کلسیم مشابه نیتراهای موضعی اما بدون عارضه جانبی سردرد است.

۱۲- سم بوتولینوم<sup>۲</sup>، با مهار آزاد شدن استیل کولین از پایانه‌های عصبی پیش سیناپسی از پیام رسانی عصبی جلوگیری می‌کند. کارآزمایی‌های تصادفی شده ۷۵٪ تا ۹۶٪ بهبودی را در بیماران نشان می‌دهد. در یک کارآزمایی تصادفی شده، سم بوتولینوم منجر به بهبودی ۹۶٪ در برابر ۶۰٪ بهبودی در گروه تحت درمان با گلیسریل تری نیترات شده است. اکثر مطالعات از تزریق ۱۰ تا ۲۰ واحد سم بوتولینوم داخل اسفنکتر داخلی استفاده کرده اند.

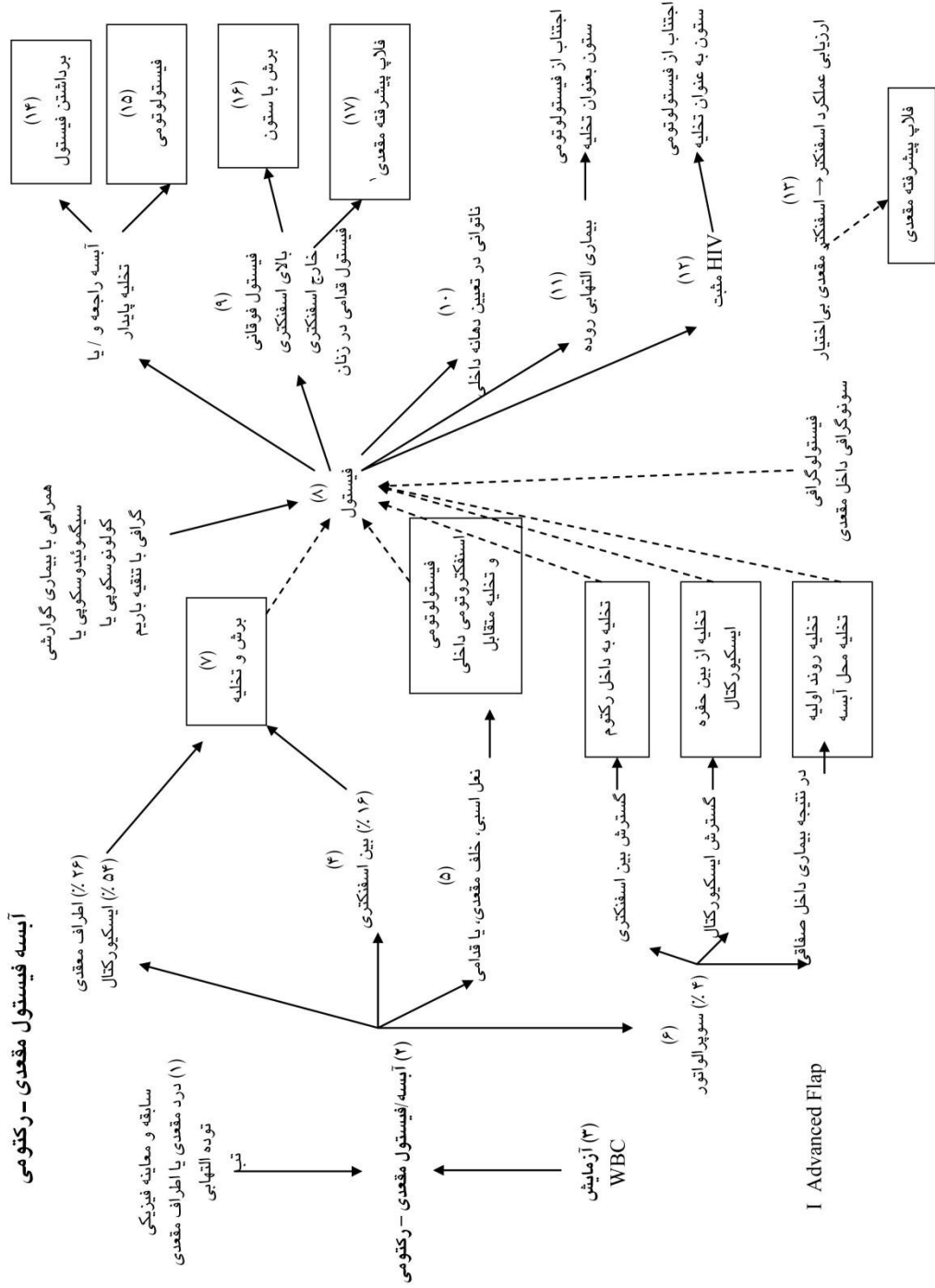
۱۳- کارآزمایی‌های تصادفی شده با گلیسریل تری نیترات، مسدود کننده کانال کلسیم و سم بوتولینوم بهبودی بعدی را در بیماران که تحت کارآزمایی تصادفی درمانی قرار گرفته اند، مطرح کرده اند. بنابراین اگر بیماران علائم خفیف تا متوسط داشته باشند و بخواهند از مداخله جراحی اجتناب کنند، درمان دارویی کمک کننده است.

۱۴- برش جانبی اسفنکتر داخلی روش انتخابی در بیمارانی است که تون اسفنکتر افزایش یافته دارند، درمان دارویی شکست خورده است، و نیز افرادی که خطر کوچک اما قابل توجه تغییر اختیار دفع پس از برش جانبی اسفنکتر داخلی را می‌پذیرند.

۱۵- در افرادی که شقاق با تون پایین اسفنکتر همراه است (مانند بیماران مسن و زنان پس از زایمان)، در صورت شکست درمان طبی، برش جانبی اسفنکتر داخلی توصیه نمی‌شود. در این موارد یک فلاپ پیشرفته مقعدی یا رکتومی می‌تواند به بهبودی کمک کند.



## آبسه فیستول مقعدی - رکتومی



I. Advanced Flap