

معالجة الشق الشرجي المزمن بالحقن الموضعي لذيّفان المطثيات الوشيقيّة

الدكتور رائد أبو حرب*

الملخص

الشق الشرجي هو تفرّح مثلثي الشكل في القسم النهائي للقناة الشرجية، ويأتي في الترتيب الثاني للاستشارة بسبب شكوى شرجية بعد البواسير. يعد حدوث تشنج المصرة الشرجية الباطنة من أهم أسباب استمرار الشق الشرجي وإزماته، لذلك فإنّ الخزع الجراحي لهذه المصرة لإزالة تشنجها هو العلاج الشائع حتى الآن لشفاء الشق الشرجي، لكن هذا العلاج الجراحي يمكن أن يؤدي لتشوه منطقة الشرج مما يسبب حدوث عدم استمساك مزمن في نسبة تصل حتى ٩% من الحالات.

إنّ الحقن الموضعي لذيّفان المطثيات الوشيقيّة يزيل هذا التشنج بصورة مؤقتة، مما يسمح للشق الشرجي بالتندب والشفاء.

أجريت الدراسة على ٨٧ مريضاً من الرجال والنساء، بمقارنة نتائج حقن ذيّفان مع نتائج حقن محلول ملحي بتركيز ٠,٩%، لدى مرضى مصابين بشق شرجي مزمن. تلقى جميع المرضى الجرعة المستخدمة في خمسة مواضع وبحجم كلي ٠,٥ مل في المصرة الشرجية الباطنة.

لم يشاهد نكس للشق الشرجي خلال فترة متابعة للمرضى بلغت ٢١ شهراً. النتيجة: إنّ الحقن الموضعي لذيّفان المطثيات الوشيقيّة ضمن المصرة الشرجية الباطنة هو علاج فعال وبسيط لشفاء الشق الشرجي المزمن.

* قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

تلقت زمرة المعالجة (٤٤ مريضاً) ٢٥ وحدة من الذيفان الوشيكي A ، وتلقت الزمرة الشاهدة (٤٣ مريضاً) محلول NaCl ٠,٩ %، وحدد الشفاء التام (استجابة تامة) بزوال الأعراض تماماً وتندب كامل للشق الشرجي. بعد ٣ أشهر شوهد الشفاء التام لدى ٣٧ مريضاً من زمرة المعالجة مقابل ٥ مرضى فقط من الزمرة الشاهدة ($p < ٠,٠٠٠٠٠$) ، وفضل ٤ مرضى من الزمرة الشاهدة إجراء عمل جراحي في حين تلقى ٢٩ مريضاً منهم حقنة لاحقة من الذيفان، وقد حدث الشفاء لدى ٢٥ مريضاً منهم بعد ٣ أشهر. أعطي ٤ مرضى من زمرة المعالجة حقنة ثانية بالجرعة الأولى نفسها فحدث شفاء تام لدى ٣ مرضى منهم بعد ٣ أشهر، أما المريض الرابع فلم يعد للمتابعة. حدث عدم استمساك للغازات أو للبراز بصورة عابرة لمدة ١٥ يوماً عند ٧ مرضى من زمرة العلاج بالذيفان، وتراجعت هذه الأعراض عندهم تلقائياً بصورة تامة .

Traitement de la fissure anale chronique par l'injection locale De la toxine botulique A

Raed. Abou. Harb *

Résumé

La fissure anale est une ulcération triangulaire à base externe.de la partie inférieure du canal anal.Elle constitue le ٧^{me} motif de consultation proctologique après la maladie hémorroïdaire.Elle s'accompagne d'une contracture sphincterienne qui joue un role majeur dans le maintien de la fissure.

L'objectif de réduire l'hypertonie sphincterienne par une action chirurgicale directe sur le muscle(la sphinctérotomie interne) est l'intervention généralement adopté j'usqu'à présent pour le traitement de la fissure anale, mais les troubles de la continence poste opératoire atteint ٩% .

Pour eviter cette hypertonie aux malades et par conséquence la cicatrisation de la fissure ,l'injection locale de la toxine botulique a été réalisé.

L'étude a été réalisé d'une façon prospective,randomiséé,portant sur ٨٧ patients ,homme et femme ,durant ٧ années,en comparant les résultats du traitement par la toxine botulique avec le serum salé à ٠,٩%. Chez les patients atteints d'une fissure anale chronique,tous les patients ont reçu ٥ injections locales dans le sphincter anal interne de ٠,٥ ml.

Le groupe des patients traités (٤٤ patients)ont été injecté localement chacun par ٧٥ unité de la toxine botulique A.Le groupe des temoins (٤٣ patients) ,ont reçu chacun ٥ injections de NaCl a ٠,٩% (placébo).

La guérison a été défini par la disparition totale de la lésion fissuraire.

* Depart. De Medecine Interne Fac. De Medecine Univ.DE Damas.

Les résultats après ٣ mois du traitement montre que la guérison a été constatée chez ٣٧ patients du groupe traité par le médicament contre ٥ patients du groupe placebo.(p=٠,٠٠٠٠), ٤ patients du groupe placebo ont préféré subir une opération chirurgicale, ٢٩ patients du groupe placebo ont été traité par des injections ultérieures par la toxine botulique, et parmi ces derniers une guérison de la fissuration a été constatée après ٣ mois chez ٢٥ patients. Chez les ٤ patients non répondeurs du groupe traité initialement par la toxine, une seconde injection a été réalisé après ٣ mois dans les memes conditions. La guérison a été constaté chez ٣ patients et le ٤^{me} n'est pas revenu.

Les complications constatées à la suite de cette étude étaient une incontinence passagère au gaz et au excrément, chez ٧ patients du groupe traité par la toxine. Ces complications ont regressé complètement et spontanément durant les ١٥ jours suivants le traitement.

Il n'a pas été constaté de récidence fissuraire durant une période de ٢١ mois chez aucun des patients traités

En conclusion , l'injection dans le sphincter anal interne de la toxine botulique est une technique thérapeutique simple et efficace dans le traitement de la fissure anale chronique

البواسير الشرجية Hémorroides [٦]،
[٣].

تقسم الشقوق الشرجية إلى
نوعين

مقدمة
تعد الشكوى من الشق الشرجي fissure
(Fa) anale السبب الثاني للاستشارة
الطبية للمرضى الذين يعانون من آفة
تتعلق بمنطقة الشرج عند البالغين بعد

الحالات عند الإناث و٧% فقط عند الذكور. يكون الشق الشرجي البدئي عادة وحيد التوضع ولكن بنسبة ٢-١٠% من الحالات يكون ثنائي التوضع خلفياً وأمامياً عند النساء على الخصوص .

تكون الآلية الإمراضية لحدوث الشق الشرجي البدئي في أغلب الحالات متعددة العوامل

أ- الأسباب الميكانيكية : يُحدث البراز القاسي أو حالات الإسهالات رضاً على المخاطية الشرجية، فخلال التغوط يكون القطب الخلفي للقناة الشرجية أكثر هشاشة من باقي أقسامها بسبب قلة دعمه بتأثير استرخاء المصرة الشرجية الخارجية إضافة إلى تعرضه لضغط مرتفع بسبب الكتلة الغائطية. عند الإناث توجد منطقة ضعف ثنائية أمامية بين المهبل والمركز اللفي للعجان ، وهذا يفسر زيادة نسبة مشاهدة الشق الشرجي الأمامي لديهن [٦]

ب- الأسباب الوعائية : إن الجملة الوعائية الدموية vascularisation للخلف للقناة الشرجية تكون قليلة نسبياً عند أكثر من ٨٥% من الأشخاص الطبيعيين ، ومما يفاقم هذا النقص التشريحى بالتروية الدموية حدوث تشنج في المصرة الشرجية الداخلية ، فبحسب هذه الفرضية يحدث الشق الشرجي بسبب نقص التوعية والتروية الشريانية مما يؤدي لحدوث التقرح [٧]، [٨].

ج- آلية فرط مقوية المصرة الشرجية الداخلية: وهذا مثبت بقياس ضغوط القناة الشرجية manométrie anale لدى هؤلاء المرضى في أثناء الراحة، حيث لوحظ

النوع الأول: وهو الأكثر شيوعاً يسمى الشق الشرجي البدئي Primitif وهو عبارة عن تقرح مظهره مثلثي الشكل أو بيضوي يمتد من الخط المسنن Ligne dentelee بالداخل حتى حافة القناة الشرجية Canal anal. تتبدل هذه الصفات في حال إزمان الشق الشرجي Fa. chronique لتصبح حافته متتخنة، ويصبح قعره بلون أبيض صدفى بسبب ظهور الألياف المعتزضة للمصرة الشرجية الداخلية Sphincter anal interne يضاعف هذا الشق الشرجي طية جلدية خارجية صغيرة عند قاعدته تعرف باسم الحليلة الحارسة Marisque وهذه الأخيرة تشاهد في ٤٢% من الحالات. وترافقه أحياناً حليلة ضخامية Papille hypertrophique ضمن القناة الشرجية تشاهد في ١٠% من الحالات [٦]. أما بالنسبة للأعراض المرضية بالشق الشرجي المزمن فهي تماثل أعراض الشق الشرجي الحاد وهي: ألم شرجي شديد يحدث في أثناء التغوط défécation أو بعده يستمر لعدة دقائق وقد يدوم لعدة ساعات. يمكن أن يترافق الألم مع نزف شرجي rectorragie على سطح البراز أو نزف شرجي بعد التغوط، ويحدث تشنج بالمصرة الشرجية الداخلية، وهذه الأعراض تستمر بصورة مستمرة أو مترددة لمدة تزيد عن الشهرين.

يكون توضع الشق الشرجي عند الملتقى الخلفي commissure postérieure للقناة الشرجية في ما يقارب ٨٠% من الحالات ، أما توضع عند الملتقى الأمامي فهو يشاهد في ما يقارب ١٣-١٨% من

الماضية الأخيرة، كبديل للعلاج الجراحي

من هذه المواد الدوائية ذيفان المطثيات الوشيكية *botulique* toxin الذي يثبط تحرر الأسيتيل كولين *acetyl choline* من النهايات العصبية في مستوى المشبك العصبي العضلي *synapse* بحقنه موضعياً حول الشق الشرجي في المصرة الشرجية الداخلية، مما يؤدي إلى ارتخاء العضلة كيميائياً لمدة مؤقتة لتعود الفعالية التقلصية للعضلة بعد مدة تقدر بثلاثة أشهر وسطياً، وهي الفترة اللازمة لنمو نهايات عصبية جديدة في منطقة المشبك العصبي العضلي [٢]، [٤].

كان الهدف من الدراسة هذه تقويم فعالية المعالجة الموضعية غير الجراحية بحقن ذيفان المطثيات الوشيكية في شفاء المرضى المصابين بشق شرجي مزمن بدني بالمقارنة مع حقن دواء *placébo*.

المرضى وطرائق الدراسة

لقد تمت هذه الدراسة المستقبلية *Prospective* على ٧٨ مريضاً بالغاً عمرهم الوسطي بين ٢٠-٦٠ عاماً، يشكون من أعراض وعلامات سريرية تتماشى مع شق شرجي مزمن، وقد راجعوا العيادة الهضمية، في الفترة بين شهر أيار ١٩٩٧ وشهر كانون الأول ٢٠٠٠.

وقد تمّ استبعاد المرضى الذين يشكون من شق شرجي حاد، وأيضاً استبعد المرضى الذين يعانون من آفة شرجية أخرى

لديهم زيادة في المقوية التي تؤدي دوراً أساسياً في إحداث الشق الشرجي، إضافة إلى تدخلها في إعاقة التئامه.

أما النوع الثاني

للتشققات الشرجية فهي الشقوق الشرجية الثانوية *F a. secondaires* أي التالية لسبب عضوي محدد (كالأمراض الخمجية الموضعية المنقولة جنسياً، الأورام، الالتهابات المعوية المزمنة كداء كرون *maladie de crohn*) وهي أقل انتشاراً من الشق الشرجي البدني، ويعتمد تشخيصها على مظهرها السريري غير الوصفي إضافة إلى الفحوص المتممة المخبرية المصلية والنسجية، أما علاجها فيرتكز على علاج سببها.

لقد كان العلاج الجراحي بخزغ المصرة الشرجية الداخلية *sphinctérotomie interne* هو العلاج الوحيد الناجح المتبع لتخفيف آلام المريض ولتحقيق شفاء الشق الشرجي البدني والتئامه. ولكن هذه الطريقة الجراحية التي تحدث قطعاً جراحياً مستمراً للمصرة الشرجية قد يؤدي إلى بعض المضاعفات الدائمة كتشوه فوهة الشرج، وما يمكن أن يتلوه من عدم استمساك المريض للغازات أو للبراز أحياناً [١]، [١٠].

هناك طرق علاجية دوائية غير جراحة *non invasive* هدفها إزالة التشنج بالمصرة الشرجية الداخلية بصورة مؤقتة وعابرة بحيث تسمح للشق الشرجي بالتدب والالتئام بعد عودة توعيته وترويته الدموية لدرجة كافية، وقد أخذت هذه الطرق العلاجية مكاناً هاماً، في السنين

بواسطة إبرة ذات رأس قياس G٢٦، وتم إجراء الحقن في جانبي الشق الشرجي تماماً وفي كل ربع من أرباع محيط الشرج. وفي حال وجود شقين أمامي وخلفي كان يتم الحقن على جانبي كل شق والحقنة الخامسة في الربع الأيمن. وقد تمّ التعقيم الموضعي باستخدام محلول bethadine، وبعد استعمال مرهم موضعي Lidoaine ٥ طبق لمدة ٥ دقائق قبل الحقن، والمريض بوضعية الاستلقاء الجانبي الأيسر.

الزمرة الشاهدة: تلقى كلٌّ من أفرادها نصف ميليلتر من محلول كلور الصوديوم ٠,٠٩ % NaCl بشروط تطبيق الحقن نفسها لزمرة المعالجة.

وقد تم إدخال المرضى لزمرة المعالجة أو الزمرة الشاهدة بالتناوب التسلسلي لمراجعات المرض.

الجدول رقم ١- خصائص مرضى الدراسة عند البدء

الخصائص	زمرة المعالجة	الزمرة الشاهدة
عدد المرضى	٤٤	٤٣
فترة الأعراض (بالأشهر)	١٥ (-/+) ٨	١٢ (-/+) ٥
العمر (بالسنوات)	٣٥ (-/+) ١٥	٤٢ (-/+) ١٨
ذكور/إناث	٣٠/١٤	٢٨/١٥

شرجية قبل ربع ساعة من التغوط لفترة العشرة أيام التالية للإدخال ضمن الدراسة.

أجري لجميع المرضى فحص سريري وتقييم لتحسن أعراض المرض بعد عشرة أيام من الحقن وبعد أربعة أسابيع وبعد

مشاركة للشق الشرجي (بواسير شرجية داخلية أو خارجية، نواسير fistule، شق شرجي مضاعف بخمج، خراجات شرجية). كما تم أيضاً استبعاد جميع المرضى الذين خضعوا سابقاً لمعالجة جراحية شرجية، سواء لشق شرجي أم لبواسير أم لنواسير شرجية. وقد تم إجراء تنظير شرج ومستقيم لكل مريض للتأكد من عدم وجود آفات أخرى لديه قبل إدخاله بالدراسة.

وقسم المرضى زمريتين

زمرة المعالجة الدوائية: تلقى كل من أفرادها حقن نصف ميليلتر من محلول botulinium toxin A

U/ml ٥٠ (botox®) allergan أي ما يعادل ٢٥ وحدة من الذيفان موزعة على ٥ أماكن زرقت في المصرة الشرجية الداخلية بعد تحديدها بالجلس الإصبعي، بحجم متساو لكل مكان أي ٥ وحدات

المتابعة

نصح جميع المرضى بتناول نظام غذائي غني بالألياف، مع وارد يومي من السوائل لا يقل عن ليترين يومياً. ووصف لجميع المرضى وضع تحميلة glycerine

من ألم شرجي وصفي يحدث في أثناء التعوط ويستمر لفترة ساعة على الأقل بعده، بصورة هجماتٍ منذ أكثر من شهرين. كشف الفحص السريري وجود شق شرجي لدى جميع مرضى الدراسة مظهره وصفي لشق شرجي مزمن. منهم ٧١ مريضاً لديهم شق شرجي مزمن وحيد قطبي خلفي و ٩ مرضى لديهم شق شرجي مزمن وحيد قطبي أمامي و ٧ مرضى لديهم شقان شرجيان أمامي وخلفي في أن واحد. وكان بين مرضى الدراسة ٥٨ رجلاً و ٢٩ امرأة.

عولج ٤٤ مريضاً منهم بحقن ال botox (زمرة المعالجة) و ٤٣ مريضاً عولجوا بحقن ال : ٠,٠٩% NaCl (الزمرة الشاهدة).

لقد حصلنا بعد ١٠ أيام من البدء بالدراسة على استجابة جزئية لدى ٢٩ مريضاً من زمرة المعالجة و ٦ مرضى من الزمرة الشاهدة ولم تحدث أية حالة استجابة كاملة في الزمرتين، أما حالات عدم الاستجابة فكانت لدى ١٥ مريضاً من زمرة المعالجة و ٣٧ مريضاً من الزمرة الشاهدة (الجدول رقم ٢).

ثلاثة أشهر لمعرفة تحسن الأعراض الشخصية والالتئام في الشق. وقد حدد كمشعر للإستجابة الكاملة الزوال التام للأعراض السريرية وحدوث التئام تام للشق الشرجي، وحددت الاستجابة الجزئية (التحسن) بزوال الأعراض السريرية لدى المريض مع استمرار الشق الشرجي جزئياً دون التئام، أما عدم الاستجابة فحددت باستمرار الأعراض السريرية لدى المريض مع استمرار الشق الشرجي دون التئام.

لقد خضع المرضى الذين استمر الشق الشرجي لديهم بعد ثلاثة أشهر (سواء من زمرة العلاج أم من الزمرة الشاهدة) لحقنة ثانية من ال botox بجرعة ٢٥ وحدة بالطريقة المشروحة سابقاً نفسها [٥]، وقد أجري لهؤلاء المرضى تقويم جديد بحسب بمشعرات التقويم نفسها السابقة الذكر (بعد ١٠ أيام ، شهر ، ٣ أشهر)، وقد توبع المرضى سريرياً حتى نهاية شهر أيار ٢٠٠١.

النتائج

تمت دراسة حالات ال ٨٧ مريضاً وفق البرنامج أنف الذكر وكان جميعهم يعانون

الجدول رقم ٢ -- النتائج بعد ١٠ أيام من بدء الدراسة

الزمرة المعالجة	الزمرة الشاهدة	
٠	٠	إستجابة كاملة
٢٩	٦	إستجابة جزئية
١٥	٣٧	عدم إستجابة
٤٤	٤٣	المجموع

الشاهدة بإجراء عمل جراحي لعدم تحسن أعراضهم و انقطع ٣ مرضى من الزمرة الشاهدة ومرضان من زمرة المعالجة عن المراجعة و فقدوا من المتابعة

الجدول رقم ٣.

بعد ٣ أشهر من البدء كانت الاستجابة تامة لدى ٣٧ مريضاً من زمرة المعالجة مقابل ٥ مرضى فقط من الزمرة الشاهدة.

الجدول رقم ٣- النتائج بعد شهر من بدء الدراسة

الزمرة الشاهدة	زمرة المعالجة	
٣	٢٦	استجابة كاملة
٥	١٤	استجابة جزئية
٢٨	٢	عدم استجابة
٣	٢	فقد من المتابعة
٤	٠	عولج جراحياً
٤٣	٤٤	المجموع

استجابة جزئية أو عدم استجابة، حقنة Unit ٢٥ Botox بأسلوب الحقن السابق نفسه، فحدثت استجابة تامة عند ٢٥ منهم بعد ٣ أشهر، والأربعة مرضى المتبقين لم يستفيدوا فحولوا للجراحة. كما أجريت حقنة U٢٥ botox ثانية للمرضى الأربعة من زمرة المعالجة والذين كانت استجابتهم جزئية أو كانت لديهم عدم استجابة بعد ٣ أشهر من العلاج الأول، حدثت استجابة كاملة لدى ٣ مرضى منهم بعد فترة ٣ أشهر من الجرعة الثانية

بعد شهر من البدء بالدراسة كانت الاستجابة كاملة لدى ٢٦ مريضاً من زمرة المعالجة مقابل ٣ مرضى من الزمرة الشاهدة، وكانت الاستجابة جزئية لدى ١٤ مريضاً من زمرة المعالجة مقابل ٥ مرضى من الزمرة الشاهدة. في حين كانت حالات عدم الاستجابة لدى ٢٨ مريضاً من الزمرة الشاهدة مقابل مريضين فقط من زمرة المعالجة. قام ٤ مرضى من الزمرة

وكانت الاستجابة جزئية لدى مريض واحد من زمرة المعالجة ولدى ١٢ مريضاً من الزمرة الشاهدة. أما حالات عدم الاستجابة فكانت لدى ١٧ مريضاً من الزمرة الشاهدة مقابل ٣ مرضى من زمرة المعالجة، وفقد من المتابعة ٥ مرضى من الزمرة الشاهدة و ٣ مرضى من زمرة المعالجة الجدول رقم ٤. بعد انقضاء فترة الثلاثة أشهر أجري لل ٢٩ مريضاً من الزمرة الشاهدة، الذين كانت لديهم

الجدول رقم ٤- النتائج بعد ٣ أشهر من بدء الدراسة

الزمرة الشاهدة	زمرة المعالجة	
٥	٣٧	استجابة كاملة
١٢	١	استجابة جزئية
١٧	٣	عدم استجابة
٥	٣	فقد من المتابعة
٤	٠	عولج جراحياً
٤٣	٤٤	المجموع

٩٥,١% بعد حقنة واحدة أو حقنتين متواليتين من الذيفان، مقابل نسبة شفاء تعادل ١٤,٧% فقط في الزمرة الشاهدة وفق الجدول رقم ٥.

لا يمكن إجراء الحسابات الإحصائية لعدم وجود أي استجابة تامة بعد عشرة أيام في الزمرتين. من دراسة النتائج الإحصائية بين الزمرتين يتبين أن الفارق الإحصائي في نتائج المعالجة بعد شهر وبعد ٣ أشهر له دلالة واضحة $p < 0,0000$ (أقل من ٠,٠٥). وهذه النتيجة تشجع على استخدام هذه الطريقة في المعالجة البسيطة نسبياً للشقوق الشرجية وذلك بالمقارنة بالعلاج الجراحي الذي يمكن أن يترافق بمضاعفات، على الرغم من قلتها في الآونة الأخيرة باستخدام التقانات الجراحية الدقيقة والحديثة.

متابعة المرضى

حدث عدم استمساك incontinence للغازات عند ٥ مرضى معالجين بالبوتوكس botox استمر لمدة ١٠ أيام تراجع بعدها تماماً، كما حدث أيضاً عند مريضين من زمرة المعالجة بالبوتوكس Botox عدم استمساك غائبي تراجع تلقائياً خلال ١٥ يوماً. لم تحدث مضاعفات خمجية موضعية عند مرضى الدراسة. ولم يشاهد نكس للشق الشرجي عند المرضى المعالجين خلال فترة المتابعة التي امتدت لفترة وسطية تعادل ٢١ شهراً.

المناقشة

لقد بينت الدراسة أن استخدام ذيفان المطثيات الوشيقيّة في معالجة الشق الشرجي المزمن يؤدي إلى شفائه بنسبة

جدول رقم ٥.. يلخص نتائج الدراسة (كاملة: استجابة كاملة، جزئية: استجابة جزئية، عدم: عدم استجابة)

بعد ٣ أشهر	بعد شهر	بعد ١٠ أيام				
كاملة	جزئية	عدم	كاملة	جزئية	عدم	كاملة

٣	١						
٣٧		٢	١٤	٢٦	١٥	٢٩	٠
	١٧		٥	٣	٣٧	٦	٠
	٥	٢٨					
	$X^2=٤٣,٢١$		$X^2=٤٤,٨٤$			*	
	$p<٠,٠٠٠٠$		$p<٠,٠٠٠٠$				

الجنسين [٣]، يمكن أن يعزى هذا الفرق إلى العادات الاجتماعية في بلدنا التي تمنع بعض السيدات من الاستشارة الطبية لشكوى تتعلق بالناحية الشرجية. من دراسة النتائج الموضحة في الجدول رقمه، يتبين أنه لا يمكن إجراء دراسة إحصائية على العينة بعد عشرة أيام من البدء ذلك لأنه لا يوجد أي مريض استجابته كاملة بعد هذه الفترة ومن ثم يتعذر تطبيق المعادلات الإحصائية على النتائج.

ومن مراقبة النتائج الإحصائية بين الزمرة الشاهدة وزمرة المعالجة، نجد نتائج مشجعة تدفع بشدة لاستخدام هذه الطريقة، لأن الفارق الإحصائي ذا الدلالة الواضحة بين الزمرتين $p<٠,٠٠٠٠$ بعد شهر وثلاثة أشهر من العلاج يبرهن على نجاعة علاج الشق الشرجي المزمن بالحقن الموضعي للذيفان والـ الذي تعادل عند أعلى من الذيفان وحقنها بالأقطاب الأربعة للمصرة يؤدي لارتخاء أفضل بالمصرة الشرجية وتحسن التروية الدموية الموضعية بصورة أفضل، وهما الأليتان الهامتان في إحداث الشق الشرجي، فالسيطرة عليهما بصورة أفضل حسب الطريقة هذه يؤدي لنسبة استجابة كاملة

إلا أن نسبة عدم استمساك الغازات بصورة دائمة لا تزال تشاهد بنسبة ٨-٣٠% من الحالات [١]، [٦]، في حين لم تشاهد مضاعفات بعيدة من عدم الاستمساك عند مرضى دراستنا. وكانت الحالات الخمس من عدم استمساك الغازات وحالتها عدم استمساك الغائط عابرتين ولمدة وجيزة. وتجب الإشارة إلى أن حالتها عدم الاستمساك البرازي قد حدثت عند مريضين مصابين بالداء السكري معالجين بالأنسولين منذ فترة تزيد عن العشر سنوات، فيبدو أن اعتلال أعصاب سكري مرافق كان سبباً إضافياً في حدوث هاتين المضاعفات العابرتين. نشاهد في عينة المرضى رجحاناً واضحاً في عدد الذكور بالنسبة لعدد الإناث المصابين بشق شرجي، وهذا يتناقض مع الإحصائيات العالمية لانتشار هذه الآفة التي تشير إلى تساوي نسبة الإصابة عند اخترت استخدام جرعة ٢٥ من الذيفان وأن يتم الحقن في الأقطاب الأربعة للمصرة الشرجية، وذلك خلافاً لدراسة عالمية سابقة استخدمت جرعة ١٥ من الذيفان، وتم الحقن فيها في نقطتين مماستين للشق الشرجي [٤]، لأنني لاحظت بالممارسة أن استخدام جرعة

لعدم استفادتهم من العلاج مما يدفعهم لاختيار أسلوب

الخلاصة

إنّ علاج الشق الشرجي المزمن بواسطة حقن ديفان المطثيات الوشيكية في المصرّة الشرجية الباطنة، هي طريقة قابلة للتطبيق بسهولة في العيادات الاختصاصية الخارجية، عديمة الألم، وهي خالية من المضاعفات الموضعية أو الجهازية. ومقارنة مع العلاج الجراحي نجدها أبسط وأسهل على المرضى لعدم حاجتها للاستشفاء وأكثر أماناً لعدم حاجتها للتخدير العام .

تعاادل ٩٥,١% مقابل ٦٠% فقط في تلك الدراسة [٤].

نسبته ٩٥,١% من دراسة النتائج نلاحظ أيضاً أنّ أربعة مرضى من الزمرة الشاهدة حولوا لإجراء عمل جراحي لعدم تحمل أعراضهم الشديدة، في حين لم يحول أي مريض من زمرة المعالجة للعمل الجراحي.

أما بالنسبة للمفقودين من المتابعة فكان عددهم ثمانية مرضى من الزمرة الشاهدة مقابل خمسة مرضى من زمرة المعالجة، فكما نعلم أنّ العديد من المرضى يتغيّبون عن مراجعة الطبيب رغم الإصرار عليهم بضرورة المتابعة، وذلك إما بسبب تحسن علاجي آخر. أعراضهم وشفائهم وإما

المصادر

- ١-Abcarian H, Lakshmanan S ,Read DR, Roccafort P. The role of internal sphincter in chronic anal fissur.Dis colon Rectum ١٩٨٢;٢٥:٥٢٥-٨.
- ٢-Albanse A,Bentivoglio AR,Casseta E,Viggiano A,Maria G,Gui D.The use of botulinum toxine in the alimentary tract.Aliment Pharmacol Ther ١٩٩٥;٩:٥٩٩-٦٠٤.
- ٣-Hanael N ,Gordon PH .Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure-in-ano.Dis colon Rectum ١٩٩٧;٤٠:٢٢٩-٣٣.
- ٤-Jost WH.one hundred cases of anal fissure treated with botulin toxin:early and long-term results. Dis Colon Rectum ١٩٩٧;٤٠:١٠٢٩-٣٢.
- ٥-Jost WH ,Schrank B. Repeat botulin toxin injection in anal fissure :In patients with relapse and after insufficient effect of first treatment.Dig Dis Sci ١٩٩٩;٤٤:١٥٨٨.
- ٦-Katia F.Fissure et fissurations anales. La revue du praticien ٢٠٠١ ;٥١ :٣٢-٥.

٧-Klosterhalfen B,Vogel P,Rixen H,Mittermayer C.Topography of the inferior rectal artery;a possible cause of chronic,primary anal fissure.Dis ColonRectum ١٩٨٩;٣٢:٤٣-٥٢.

٨-Lund JN ,Scholefield JH .Aetiology and treatment of anal fissure.Br J Surg ١٩٩٦;٨٣:١٣٣٥-٤٤.

٩-Maria G,Casseta E, Gui D , Brisinda G ,Bentivoglio AR,AlbaneseA.A comparison of botulinum toxin and saline for the tratement of chronic anal fissure .N Engl j Med ١٩٩٨;٣٣٨:٢١٧-٢٠.

١٠-Nyam DC,Penperton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence.Dis Colon Rectum ١٩٩٩;٤٢:١٣٠٦.

١١-Pernikoff BJ,Eisenstat TE,Rubin RJ,Oliver GC,Salvati EP.Reappraisal of partial lateral internal sphincterotomy.Dis Colon Rectum ١٩٩٤;٣٧:١٢٩١-٥.

· تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠١/١٠/٢.
· تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠١/١٠/٢١.

