

I. انسداد الأمعاء الدقيقة:

□ السبب:

الالتصاقات (٦٠%) عند المرضى الذين أجري لهم جراحات بطنية سابقة.
الفتوق (١٥%).

الأورام (١٥%).

□ كما يترافق مع:

الداء الليفي الكيسي.

متلازمة الشريان المساريقي العلوي SMA.

البنكرياس الحلقى.

انفتال الأمعاء.

الآفات الالتهابية: داء كرون، التهاب الأمعاء/ التضيق الناجم عن التسعيع.

الانسداد داخل المعدة: العلوص بحصيات المرارة، الانغلاف، الجسم الأجنبي (البازهر Bezoars،

الباريوم، النيدان).

□ التظاهرات السريرية:

١. الانسداد غير المختنق: قريب أو متوسط أو بعيد.

□ الانسداد القريب:

إقياء شديد باكراً (غالباً صفراوي)، التجفاف.

ألم بطني ماغص.

تمدد بطني خفيف.

□ الانسداد المتوسط:

إقياء معتدل الشدة بعد بداية الألم.

تمدد البطن.

ألم ماغص متقطع.

الإمساك الشديد.

□ الانسداد البعيد:

إقياء برازي متأخر.

تمدد بطني واضح مع دفعات من الحركات الحوية.

الإمساك الشديد، ألم متغير.

٢. الاختناق حالة جراحية إسعافية:

نقص التروية الدموية مما يؤدي للنخر.

الصدمة الباكرة.

الحمى مع ارتفاع تعداد الكريات البيض.

ألم ماعص يتحول إلى ألم مستمر.

إقياء مع دم عياني أو خفي.

إيلام بطني أو صلابة.

التظاهرات الشعاعية:

صورة الصدر الشعاعية، صورة البطن الشعاعية (٣ وضعيات).

عرى متوسعة ومتوذمة من الأمعاء الدقيقة (نموذج السلم، الشبة الحلقية).

مستويات سائلة – غازية.

الكولون خال عادة من الغازات إلا إذا كان الانسداد جزئياً.

الفحوص المخبرية:

تكون طبيعية في البداية.

التكثف الدموي.

ارتفاع الكريات البيض (يكون الارتفاع واضحاً في حالة الاختناق).

ارتفاع الأميلاز.

القلاء الاستقلابي ← انسداد الأمعاء الدقيقة القريب.

الحماض الاستقلابي ← احتشاء الأمعاء.

المعالجة:

١. أنبوب أنفي معدي للتخلص من الإقياء والتمدد البطني.

٢. العمل على استقرار العلامات الحيوية، الإنعاش بالسوائل والكهارل.

٣. في حالة انسداد الأمعاء الدقيقة الجزئي (أي إذا كان هناك مرور للغازات والبراز) ← معالجة محافظة.

٤. إذا كان الانسداد تاماً (إمساك شديد) ← الجراحة (لا يمكن نفي الاختناق).

٥. تجربة التدبير الطبي قد تكون مستطبة في داء كرون وانسداد الأمعاء الدقيقة المتكرر وداء

الكارسينوما.

الإنذار:

الوفيات: الانسداد دون وجود اختناق ٢%، مع الاختناق ٨% (٢٥% إذا استمر أكثر من ٣٦

ساعة).

الاختلاطات:

الانتقاب المفتوح.

إنتان الدم.

نقص الحجم النموي.

الجنود ٤ : انسداد الأمعاء الدقيقة مقابل العوص النسبي.		
العلوص الشللي	انسداد الأمعاء الدقيقة	
+	+	الغثيان والإقياء.
+	+	التمدد البطني.
+	+	الإمساك الشديد.
خفيف أو غائب.	ماعص.	الألم البطني .
غائبة أو ناقصة.	طبيعية، مزدادة.	أصوات الأمعاء.
الغازات موجودة في	نموذج السلم، مستويات سائلة	صورة البطن
كامل الأمعاء الدقيقة	غازية، لا يوجد غاز في	الشعاعية.
والغليظة.	الكولون.	

II. انسداد الأمعاء الغليظة:

□ الأسباب:

كارسينوما الكولون ٦٠%.

التهاب الرتوج ٢٠%.

الانفتال ٥%.

□ أسباب أخرى لانسداد الأمعاء الغليظة:

الداء المعوي الالتهابي.

الأورام السليمة.

انحشار البراز/ الجسم الأجنبي.

الالتصاقات.

الفتق (خاصة الفتق المنزلق).

الانغلاف (الأطفال).

الانتباز البطني الرحمي.

□ التظاهرات السريرية:

البداية أبطأ والألم أقل والإقياء ذو بدء متأخر أكثر واضطراب السوائل والكهارل أقل مقارنة مع

انسداد الأمعاء الدقيقة.

الألم البطني الماعص Crampy في الترسوف.

الألم البطني الشديد المستمر في حالة الإقفار والتهاب الصفاق.

تمدد البطن والإمساك والإمساك المعت Obstipation والقمة.

الغثيان والإقياء البرازي المتأخر.

الأصوات المعوية غائبة أو عالية النغمة (قراقر Borborygmi).

قد تكون الموجات الحوية مرئية.

العروة المفتوحة (مأمون): ١٠-٢٠%.

قصور الدسام الأعوري الدقاقي مما يسمح بالتخلص من الضغط الكولوني لأن المحتويات ترجع إلى الدقاق.

العروة المغلقة (خطر): ٨٠-٩٠%.

الدهام الأعوري الدقاقي سليم مما يسمح بارتفاع الضغوط الكولونية إلى مستوى خطير.

ضعف الدوران اللفاوي والوريدي والشرياني ← الاحتشاء.

الأعور معرض لأعلى خطورة لحدوث الانتقاب بسبب قانون لابلاس (الضغط = توتر الجدار / القطر).

خطر عالٍ للانتقاب إذا تجاوز قطر الأعور ١٢ سم على صورة البطن الشعاعية.

الاشتباه بالانتقاب الوشيك في حالة وجود إيلام فوق الأعور.

إذا كان الانسداد عند الدسام الدقاقي الأعوري ← أعراض انسداد الأمعاء الدقيقة.

التشخيص:

الصورة الشعاعية: مظهر (إطار الصورة).

الحقنة الشرجية بالـ Hypaque (مادة ظليلة ذوابة بالماء).

لا تستخدم المواد الظليلة - قد تصبح متخنة وتحول الانسداد الجزئي إلى انسداد تام في الأمعاء الغليظة.

المعالجة:

الهدف: تخفيف الانضغاط لمنع الانتقاب.

إصلاح اضطرابات السوائل والكهارل.

الإصلاح الجراحي للانسداد (يحتاج عادة إلى فغر الكولون Colostomy المؤقت).

الانفتال Volvulus: تخفيف الانضغاط عن طريق منظار السين

أو بالحقنة الباريومية يليها إجراء الرد الجراحي إذا فشلت المحاولة.

الإنذار:

يعتمد على العمر والحالة الطبية العامة وضعف التوعية المعوية والانتقاب ومدى سرعة التدبير

الجراحي.

الوفيات:

الإجمالي: ٢٠%.

انتقاب الأعور: ٤٠%.

متلازمة أوغيلفي Syndrome Ogilvie's: انسداد كاذب مع توسع الكولون دون وجود انسداد

ميكانيكي.

المرافقات: الإنهاك Debilitation طویل الأمد، المرض المزمن، عدم الحركة، استخدام المخدرات، الإفراط النوائي، جراحة عظمية حديثة، بعد الولادة.

التشخيص: توسع الأعور على صورة البطن الشعاعية، إذا تجاوز قطر الأعور ۱۲ سم فهذا يدل على زيادة خطر الانتقاب بشكل كبير.

المعالجة: تخفيف الضغط بالحقنة، وإذا فشل ذلك يتم تخفيف الضغط بواسطة منظار الكولون والأنبوب الأنفي المعدي والأنبوب الشرجي. في حال وجود الانتقاب أو الإقفار يتم الجوء للجراحة.

I. أورام الأمعاء الدقيقة:

- ☐ نادرة جداً (١-٥% من أورام الجهاز الهضمي).
- ☐ تتظاهر عادة بالنزف والانسداد غالباً بسبب الانغلاف.

١. الأورام السليمة:

- ☐ لاعرضية عادة.
- ☐ أشيع بـ ١٠ مرات من الأورام الخبيثة.
- ☐ أشيع الأماكن: الدقاق الانتهائي، القسم القريب من الصائم.
- ☐ الأنماط:

السليلات:

الغدومية، الزغابية – نادرة.

داء السليلات الغدومية العائلي:

سليلات معوية متعددة مترافقة مع الأورام الريباطية Desmoid Tumours أو الأورام العظمية في القحف أو الفك السفلي، كيسات زهمية.
التنكس الخبيث في السليلات شائع.
السليلات الغابية Hamartomatous – نمو زائد مع ترتيب شاذ للخلايا الطبيعية.
تترافق مع متلازمة بوتز – جيجرز.

أورام عابية سليلية الشكل متعددة مع تصنع مخاطي جلدي (حول الفم، كذلك في الراحتين وأخص القدمين).

نادراً ما تكون خبيثة.

الوراثية جسدية سائدة.

المعالجة جراحية.

السليلات الشبابية:

أنماط أخرى (مثل الأورام العضلية الملساء، الأورام الشحمية، الأورام الغدية، الأورام الوعائية ... الخ).

٢. الأورام الخبيثة:

الأنماط:

الكارسينوما الغدية ٤٠%.

الكارسينوما ٥٠%.

اللمفوما ٢٠%.

أخرى (مثل الساركوما، الانتقالات).

الكارسينوما الغدية (أشيع ورم بدني في الأمعاء الدقيقة):

٤٠-٥٠% في الفعج، تنقص نسبة حدوث كلما اتجهنا باتجاه الأقسام البعيدة من الأمعاء.

خطورة عالية في داء كرون.

وجود الانتقالات وقت التشخيص في ٨٠% من الحالات.

نسبة البقاء لـ ٥ سنوات ٢٥%.

غالباً لا عرضية، قد تسبب انسداد الأمعاء الدقيقة.

التشخيص: إجراء الحقنة المعوية (حقن الباريوم إلى الأمعاء مباشرة عبر الأنبوب الأنفي المعدي).

الكارسينويد:

النشأ خلية معوية محبة للكروم (APUDoma: قبط طلائع الأمين ونزع الكربوكسيل)، قد ترافق مع

MENI و MENII.

بطيئة النمو غالباً.

المواقع (الإنذار مرتبط مع الحجم).

الزائدة ٤٦%.

الدقاق البعيد ٢٨%.

المستقيم ١٧%.

الرئة، الثدي.

التظاهرات السريرية:

ألم بطني ماغص، النزف، الانسداد.

متلازمة الكارسينويد (أقل من ١٠%): تحتاج إلى إصابة الكبد مع أو دون الانتقالات إلى القصابات والمبيضين والخصيتين، مفرزة للسيروتونين والكينين والبيبتيدات الفعالة الوعائية مباشرة إلى الدوران الجهازى (في الحالة الطبيعية يتم تعطيلها بواسطة الكبد).

تؤدي إلى التبيغات الساخنة (الهبات الساخنة Hot Flashes) والإسهال والتقبض القسبي (الوزيز) وهبوط ضغط الدم (الوهط الوعائي) وقصور الدسام مثلث الشرف و/ أو الرئوي (ترسب الكولاجين). التشخيص: يعثر على معظمها أثناء الجراحة المجرة من أجل انسداد الأمعاء أو استئصال الزائدة،

ارتفاع ٥- HIAA (المنتج الناجم عن تهدم السيروتونين) في البول أو زيادة الـ ٥-HT في الدم. المعالجة: استئصال الورم والانتقالات مع أو دون المعالجة الكيماوية، معالجة متلازمة الكارسينويد (السيرويدات، الهستامين، الأوكريوتيد).

خطر الانتقالات ٢% إذا كان الحجم أقل من ١ سم، ٩٠% إذا كان الحجم أكثر من ٢ سم.

البقاء لـ ٥ سنوات: ٧٠% إلا إذا وجدت انتقالات كبدية (٢٠%).

الملفوما:

الصائم القريب عند المرضى المصابين بالداء الزلاقي.
الدقاق البعيد عادة.

سريريا: الانتقاب التالي للانسداد أو النزف.
تتظاهر بالحمى، سوء الامتصاص، الألم البطني.
المعالجة:

الدرجة المنخفضة: المعالجة الكيماوية بالسكلوفوسفاميد.

الدرجة العالية: الاستئصال الجراحي، الإشعاع.

الملاحظة: السوماتوستاتين، الدوكسوروبيسين.

الإنذار: ٦٥-٨٠% الإنذار الإجمالي، وإذا كانت موضوعة فالنسبة ترتفع إلى ٩٥%.
البقاء لمدة ٥ سنوات ٤٠%.

II. رتج ميكيل MECKEL'S DIVERTICULUM:

- استمرار وجود بقايا من القناة المحية على الحافة مقابل المساريقية للدقاق، وقد يحتوي على مخاطية معنية أو كولونية أو بنكرياسية أو مخاطية أمعاء دقيقة.
- أشيع رتج في الجهاز الهضمي.
- قاعدة الـ ٢: ٢٠% من السكان، عرضي في ٢% من الحالات، يوجد ضمن مسافة ٢ قدم (١٠-٩٠ سم) من الدسام الأعوري الدقافي.
- التظاهرات السريرية: النزف، الانسداد، الالتهاب (يقك التهاب الزائدة)، الانغلاف، الانتقاب.
- نزف غير مؤلم ناجم عن القرحة الهضمية في المخاطية المعنية الموجودة ضمن رتج ميكيل (٥٠%) من المرضى دون عمر السنتين).
- الاستقصاءات:
- يمكن للتغنييوم Tc99 أن يحدد مكان نزف المخاطية المعنية الهاجرة.
- المعالجة: إعاضة السوائل والكهارل، الاستئصال الجراحي إذا كان عرضياً.

I. التهاب الزائدة:

□ الوبانيات:

٦% من السكان.

٨٠% بين عمر ٥-٣٥ سنة.

تظاهرات غير نموذجية عند الأطفال الصغار جداً والأشخاص الكبار جداً.

□ الأمراض:

انسداد لمعة الزائدة.

الأطفال والبالغون الشباب: فرط تنسج الجريبات اللفافوية تحت المخاطية.

البالغون: الحصاة البرازية.

بشكل أندر: الورم، التضيق، الجسم الأجنبي.

الانسداد ← فرط النمو الجرثومي ← الالتهاب/ التورم ← الإقفار ← التمثت/ الانتقاب.

□ التظاهرات السريرية:

إن المظهر الموثوق فقط هو ترقى الأعراض والعلامات.

الحمى الخفيفة.

انزعاج مبهم في منتصف البطن أو ألم ماعص.

القمة والغثيان والإقياء بعد بدء الألم.

هجرة الألم إلى الربع السفلي الأيمن (موضع).

إيلام في نقطة ماك بورني، وفي الربع السفلي الأيمن بالفحص الشرجي.

إيجابية علامة روفسينغ، الإيلام المرتد، علامة البسواس، علامة العضلة المسددة Obturator sign.

□ التشخيص:

ارتفاع خفيف في الكريات البيض مع انزياح الصيغة للأيسر إلا إذا وجد الانتقاب.

الصور الشعاعية: غير نوعية عادة، الهواء الحر في حالة وجود الانتقاب، البحث عن الحصيات.

التفكير بالـ CT-Scan.

التفكير بفحص الحوض بفائق الصوت أو تنظير البطن عند الإناث.

□ المعالجة:

الجراحة (من الممكن عن طريق تنظير البطن).

إن قرار الجراحة مقبول حتى لو وجد التهاب زائدة حقيقي في ٧٠-٨٠% من الحالات فقط.

يجب أن تكون المعالجة هجومية خاصة عند الإناث الشابات لأن الانتقاب قد يسبب العقم بسبب

الأذية البوقية.

المرضاة/ الوفيات ٠.٦% (غير مختلطة)، ٥% (في حالة الانتقاب).

الاحتلاطات:

الانتقاب:

٢٥-٣٠%.

أشيع في الأعمار المتقدمة.

زيادة الألم مع ارتفاع الحمى.

التهاب الصفاق: موضع (إذا تمت إحاطته بواسطة الشرب) أو معمم.

الخراج الزاندي (الفلغمون Phlegmon).

يتظاهر على شكل التهاب زائدة إضافة إلى كتلة في الربع السفلي الأيمن.

يتم تشخيصه بواسطة فائق الصوت أو الـ CT.

الفصل الزمني قبل استئصال الزائدة (٦ أسابيع) حسب الضرورة بعد التحضير المثالي (الرشف، المضادات الحيوية).

II. أورام الزائدة (نادرة):

الأورام السليمة:

هي أشيع نمط.

عادة ما تكون موجودة عرضية (تكشف صدفة).

الأورام الخبيثة:

أورام الكارسينويد:

الزائدة هي أشيع مكان.

قد تؤدي إلى متلازمة الكارسينويد مع الانتقالات الكبدية.

المعالجة: استئصال الزائدة إذا كان الورم دون ٢ سم مع عدم امتداده للمصلىة، واستئصال الكولون

الأيمن الجزئي إذا كان الورم أكبر من ٢ سم أو لوحظ إصابة العقد أو قاعدة الزائدة.

الكارسينوما الغدية:

تتظاهر في ٥٠% من الحالات على شكل التهاب زائدة حاد.

تنتشر بسرعة إلى العقد اللمفية والمبيضين والسطوح الصفاقية.

المعالجة: استئصال الكولون الأيمن الجزئي.

الكارسينوما الغدية الكيسية المخاطية الخبيثة:

تتظاهر عادة على شكل تمدد بطني مع الألم.

المعالجة: استئصال الزائدة.

الإنذار: النكس الموضعي أمر محتوم، الوفيات ٥٠% خلال ٥ سنوات.

I. داء كرون: (راجع قسم الأمراض المعدية المعوية).

التدبير الجراحي:

- المداخلة ضرورية عند ٧٠-٧٥% من المرضى عند حدوث الاختلاطات.
- هدف الجراحة هو الحفاظ على الأمعاء – يتم استئصال أقل قدر ممكن.
- الاستطبابات:
- انسداد الأمعاء الدقيقة الناجم عن التضيق والالتهاب استطباب في ٥٠% من الحالات الجراحية.
- النواسير: المعوية الكولونية، الحشوية، المهبلية، الخراج الجلدي.
- استطبابات أقل شيوعاً ← الانتفاخ، النزف، المرض الشديد (توسع الكولون السمي)، فشل النمو (خاصة الأطفال)، الإصابة حول الشرج.
- الإجراءات:
- ملطفة، غير شافية.
- الاستئصال الأعوري الدقائي مع استئصال الزائدة (إلا إذا كانت قاعدة الزائدة مصابة).
- رأب التضيقات Strictureplasty – توسيع اللمعة في الأمعاء المتندبة بشكل مزمن.
- مجازة الاستبعاد Exclusion Bypass، تجاوز الكتلة الالتهابية غير القابلة للاستئصال لكن يوجد خطر لاحق لتطور السرطان في القطعة المستتة.
- الاختلاطات:
- متلازمة المعى القصير (الإسهال، الإسهال الدهني، سوء التغذية).
- النواسير.
- الحصيات الصفراوية (ناجمة عن نقص امتصاص الأملاح الصفراوية مما يؤدي إلى زيادة ترسب الكولسترول).
- الحصيات الكلوية (الناجمة عن ضياع الكالسيوم في الإسهال مما يؤدي إلى زيادة امتصاص الأوكسالات وفرط أوكسالات البول ← تشكل الحصيات).
- الإنذار:
- معدل النكس خلال ١٠ سنوات: الدقائي الأعوري (٥٠%)، الأمعاء الدقيقة (٥٠%)، الكولوني (٤٠-٥٠%).
- إن ٨٠-٨٥% من المرضى الذين احتاجوا للجراحة يعيشون حياة طبيعية.
- الوفيات ١٥% خلال ٣٠ عاماً.
- العمل الجراحي مرة ثانية خلال ٥ سنوات: الاستئصال الأولي (٢٠%) المجازة (٥٠%).

II. التهاب الكولون القرحي: (راجع قسم الأمراض المعدية المعوية)

التدبير الجراحي:

□ الاستطابات:

الإسعافية:

النزف.

الانسداد.

الانتقاب.

توسع الكولون السمي – السبب الرئيس للموت في التهاب الكولون القرحي، ٤٠% من الحالات مميتة.

الانتقائية:

السيطرة الضعيفة على المرض، عدم القدرة على تخفيض الستيرويدات.

خطر السرطان.

فشل النمو عند الأطفال.

□ الإجراءات:

في الحالة الإسعافية: استئصال الكولون الكامل مع فغر الفانفي (الدقاق) والمحافظة على المستقيم.

استئصال الكولون والمستقيم مع المفاغرة الدقاقية الشرجية (العملية المختارة).

استئصال الكولون والمستقيم مع فغر الفانفي الدائم عند المرضى غير المرشحين لإجراء المفاغرة

الدقاقية الشرجية.

□ الإنذار:

الوفيات ٥% خلال ١٠ سنوات.

الوفيات ٢% في الجراحة الانتقائية.

الوفيات ٨-١٥% في الجراحة الإسعافية.

□ إن استئصال الكولون والمستقيم الكامل سوف يلغي تماماً خطر السرطان.

I. داء الرتوج DIVERTICULAR DISEASE:

□ تعاريف:

الرتج: هو جيب أو كيس غير طبيعي يبرز من جدار عضو مجوف.
داء الرتوج: وجود الرتوج.

□ الوبائيات:

٣٥-٥٠% من عامة السكان (الذكور = الإناث).
٩٥% في الكولون السيني.
غالبيتها لاعرضية (حوالي ٨٠%).
نسبة حدوث مرتفعة في الدول الغربية بسبب القوت الفقير بالألياف.

□ الأمراض:

تتجم عن ارتفاع الضغط داخل اللمعة ووجود عيوب في جدار الكولون.
القوت الفقير بالألياف - زيادة زمن المرور المعوي مما يؤدي إلى ضخامة عضلات الجدار التي تسد لمعة الجهاز المعدي المعوي وتسبب زيادة الضغط.
ضعف الجدار العضلي الناجم عن المرض والتقدم بالعمر.
تحدث الرتوج في أضعف منطقة وأشيع المناطق هي أماكن الأوعية ولهذا يزداد خطر النزف.
الرتوج في الجانب الأيسر (الكاذبة)، تحتوي على الطبقتين المخاطية وتحت المخاطية فقط (مكتسبة).

الرتوج في الجانب الأيمن (الحقيقية)، تحتوي على كل الطبقات (خلقية).

□ التظاهرات السريرية:

لاعرضية (٨٠%)، ألم بطني متكرر (عادة الربع السفلي الأيسر)، الإمساك، الإسهال، أو تناوب عادات التغوط.

النزف: يشكل ثلثي حالات النزف الهضمي السفلي الشديد.

التهاب الرتوج.

□ المعالجة:

الطبية: القوت الغني بالألياف، التثقيف، التطمين.
الجراحية: معالجة النزف الشديد أو نفي الكارسينوما.

الشكل ٤ : مقطع معترض في الرتج.

التهاب الرتوج Diverticulitis :

- ☐ التهاب ثانوي ناجم عن انثقاب أو خمج الرتوج.
- ☐ يصيب غالباً الكولون السيني.
- ☐ التظاهرات السريرية:
- الألم في الربع السفلي الأيسر مع الإيلام وكتلة مجسوسة في حال وجود فlegmon أو خراج.
- الإمساك أو التغوط المتكرر (شائع).
- الدم العياني أو الخفي في البراز (أقل شيوعاً).
- الحمى الخفيفة، كثرة الكريات البيض.
- يشبه التهاب الزائدة في الجهة اليسرى.
- عسر التبول إذا كان الالتهاب قريباً من المثانة.
- البيلة الغازية، البيلة البرازية إذا تشكل ناسور كولوني مثاني.

الاستقصاءات: ☐

الصور الشعاعية البسيطة:

- التهاب الرتوج الموضعي: النفاق، تسمك الجدار، انسداد الأمعاء الدقيقة، انسداد كولوني جزئي.
- الهواء الحر قد يشاهد في ٣٠% مع الانثقاب والتهاب الصفاق المعم.
- الحقنة الباريومية – مضاد استطباب خلال الهجمة الحادة.
- خطر التهاب الصفاق الكيماوي.
- قد تتداخل مع الاستقصاءات اللاحقة (تنظير الكولون) والمعالجة (المفاغرة).

يمكن استخدام Hypaque (مادة ظليلة ذوابة بالماء).

نمط أسنان المنشار (التشنج الكولوني).

خروج المادة الظليلة خارج الكولون.

أجواف الخراجات أو السيل الجيبية.

تنظير السين/ تنظير الكولون:

لا يجرى خلال الهجمة الحادة.

وذمة المخاطية، الحمامى ← لا يمكن المضي بالتنظير.

الخزعة.

تفريسة الـ CT.

المعالجة:

المعالجة المحافظة والطبية (٥٠% شفاء):

الموضعي (الثرب طوق المنطقة المصابة).

لا شيء عن طريق الفم، وريدياً، أنبوب أنفي معدي والمضادات الحيوية (كلينداميسين، ميترونيدازول).

المسكنات.

المراقبة كل ٢-٤ ساعات.

استطباب المعالجة الجراحية لالتهاب الرتوج:

الاختلاطات – الإنتان (الناجم عن الانثقاب، الخراج)، النزف، الناسور (المثاني، المهلي، الجنبي)، الانسداد (الخراج خارج اللعنة، التليف المزمن).

الالتهاب المتكرر، الألم المستمر أو الكتلة، التهاب الرتوج في الجانب الأيمن، العمر دون ٤٠ عاماً، التهور السريري خلال ٤٨ ساعة، نفي السرطان.

الإجراءات الجراحية:

الاستئصال مع فغر الكولون وإغلاق الجذعة Stump المستقيم البعيدة (إجراء هارتمان)، إعادة المفاغرة بعد ٣ شهور.

استئصال السين والمفاغرة الكولونية المستقيمة الأولية هي الإجراء البديل.

الشكل ٥: عملية هارتمان.

II. خلل التنسج الوعائي ANGIODYSPLASIA:

- ضخامة عضلية داخل الجدار ← الانسداد الوريدي تحت المخاطية ← توسع وريدي يؤدي تحت المخاطية مع التعرج.
- أشيع مشاهدة في الكولون الأيمن عند المرضى فوق عمر الستين عاماً.
- يكون النزف بشكل نموذجي متقطعاً [التغوط الأسود، فقر الدم، إيجابية اختبار الغواياك Guaiac (الدم الخفي في البراز)].
- التشخيص: تنظير الكولون (يقع كرزبة حمراء على المخاطية)، التصوير الوعائي (امتلاء بطيء/انفراغ مبكر للوريد المساريقي، حزمة Tuft وعائية)، تفرسة الكريات الحمراء الموسومة بالتغنثيوم.
- حقنة الباريوم مضاد استطباب (تشوش على الصور الشعاعية الأخرى، أي التصوير الوعائي).
- المعالجة إذا كانت الحالة عرضية:التخثير الكهربائي من خلال منظار الكولون أو استئصال نصف الكولون الأيمن مع فغر الدقاق (إذا استمر النزف أو نكس).الإصمام بالتنظير الداخلي Endoscopic Embolization (مؤقت، خطر حدوث النخر الكولوني أو الانتفاخ).

III. الانفتال VOLVULUS:

- ☐ دوران قطعة من الأمعاء حول المساريقا الخاصة بها.
- ☐ ٥٠% من المرضى فوق عمر الـ ٧٠ عاماً وغالباً ما يكونون طريحي الفراش.
- ☐ تتجم الأعراض عن انسداد الأمعاء أو إقفار الأمعاء.
- ☐ **التظاهرات السريرية:**
 - السين (٦٥%)
 - ألم ماعص متقطع، إمساك معتمد مع التمدد.
 - أعوري (٣٠%)، تشوه خلقي، يكون الأعور على المساريقا بدلاً من أن يكون خلف الصفاق.
 - تشبه تظاهرات انسداد الأمعاء الدقيقة البعيد، ألم ماعص، إقياء، إمساك معتمد + - تمدد البطن.
- ☐ **الاستقصاءات:**
 - الصور الشعاعية البسيطة:**
 - توسع العروة المعوية بشكل حبة البن "Coffee - Bean".
 - يكون تقعر الحبة إلى اليمين (بالنسبة لانفتال الأعور) وإلى اليسار (بالنسبة لانفتال السين).
 - حقنة الباريوم:**
 - مظهر أص البستوني Ace of Spade الناجم عن المعة المملوءة بالمادة الظليلة التي تستق (تنبري) عن النهاية العلوية للقطعة السفلية.
- ☐ **المعالجة:**
 - الأعور:**
 - إصلاح اضطراب السوائل والكهارل.
 - العمل الجراحي دوماً، تثبيت الأعور Cecopexy (خياطة الأمعاء إلى الصفاق الجداري) أو استئصال الكولون الأيمن مع إجراء مفاغرة بين النفاق والكولون المعترض.
 - السين:**
 - العمل الجراحي (عملية هارتمان) إذا وجد أي دليل على الاختناق أو الانتقاب.
 - في الحالات الأخرى تخفيف الضغط غير الجراحي (بواسطة منظار السين المرن أو الحقنة الباريومية وإدخال أنبوب شرجي عبر الانسداد).
 - الجراحة الانتقائية موصى بها (نسبة النكس ٥٠-٧٠%).

IV. السليلات الكولونية المستقيمية:

- ☐ **التظاهرات السريرية:**
 - معظمها لاعرضي.
 - النزف الشرجي، تغير عادات التغوط.
- ☐ الانتشار: ٣٠% بعمر الـ ٥٠ عاماً، ٤٠% بعمر الـ ٦٠ عاماً، ٥٠% بعمر الـ ٧٠ عاماً.
- ☐ **التشريح المرضي:**

سليلات لمفاوية سليمة.

أورام عابية Hamartoma.

السليلات الشبابية.

داء السليلات لبوترز - جيغرز.

فرط التنسج:

لا عرضية.

تكشف عرضاً بالتنظير الداخلي.

سليمة.

ورمية:

كلها محتملة الخباثة.

غالباً كارسينوما في الموضع.

بعضها لديه غزو صريح إلى العضلة.

أورام غدية.

زيادة خطر الخباثة:

كل السليلات الورمية.

الحجم أكبر من ١ سم.

الزغابية (٣٥%) مقابل الأنبوبية (٥%).

متلازمات السليلات الخبيثة: داء السليلات العائلي.

التشخيص:

٦٠% يمكن الوصول إليها بواسطة منظار السين المرن أو تنظير الكولون وإجراء الخزعة.

المعالجة:

الاستطبابات: الأعراض، الخباثة، أو خطر الخباثة.

الاستئصال الكامل بواسطة التنظير الداخلي.

الاستئصال الجراحي للسليلات التي تغزو العضلية والسليلات الكبيرة جداً التي لا يمكن استئصالها

بواسطة التنظير الداخلي.

المتابعة بالتنظير الداخلي بعد سنة ثم كل ٣-٥ سنوات.

داء السليلات الغدومية العائلي FAP: استئصال الكولون تحت التام مع المفاغرة المستقيم الدقاقية

أو استئصال الكولون والمستقيم مع أو دون إجراء جيب دقاقي أو فغر الدقاق في حال وجود العديد من

السليلات المستقيم.

سرطان الكولون والمستقيم الوراثي غير السيلي HNPCC: استئصال الكولون تحت التام

والمفاغرة الدقاقية المستقيمة.

الجنس ٥: تصنيف السليلات الغدومية.			
الزغابية	الأنبوبية الزغابية	الأنبوبية	
١٠%	٢٥%	٦٥%	% من السليلات الغدية.

المورفولوجيا.	مسوّقة	مسوّقة	لاطنة Sessile
% للكارسينوما في الموضع أو السرطان الغازي.	%١٥	%١٩	%٢٥

V. الكارسينوما المستقيمية الكولونية:

الوبائيات: □

ثالث أشيع كارسينوما (بعد الجذ والرئة).

متوسط العمر = ٧٠ عاماً.

٤% من حالات الكارسينوما الكولونية المستقيمية تكون مترافقة مع آفات أخرى لذلك يجب استقصاء

كامل الكولون.

عوامل الخطورة: □

داء السيليات الكولوني العائلي.

السيليات الغنومية.

السرطان الكولوني المستقيمي السابق.

الداء المعوي الالتهابي.

القصة العائلية لسرطان الكولون.

العمر فوق ٥٠ عاماً.

القوت (زيادة الشحوم، نقص الألياف).

الإمراض: □

الأولي: القوت (نقص الألياف، زيادة الشحوم)، وراثي.

الثاني: الداء المعوي الالتهابي (خطر السرطان ١-٢% كل سنة إذا مضى على التهاب الكولون القرحي

أكثر من ١٠ سنوات، والخطر أقل في داء كرون).

التظاهرات السريرية: انظر الجدول ٦. □

الانتشار: □

الامتداد المباشر.

العقد الناحية (الأشيع).

الانتقال الدموي: الكبد، الرئتان.

الانتشار عبر الصفاق: المبيض.

داخل الجدار.

التشخيص: □

تنظير السين: ٥٠% من الحالات يمكن الوصول لها.
تنظير الكولون/ حقنة الباريوم الظليلة مع الهواء.
إجراءات تشخيص الانتقالات: إذا لم توجد انتقالات واضحة.
الفحوص المخبرية: CBC، فحص البول، اختبارات وظائف الكبد، المستضد السرطاني الجيني CEA، صورة الصدر الشعاعية.
الدم الخفي.
المس الشرجي (١٠% من الحالات مجسوسة).
تصنيف المراحل (انظر الجدول ٧).

الجدول ٦: التظاهرات السريرية لكارسينوما المستقيمية الكولونية.			
التواتر	الكولون الأيمن	الكولون الأيسر	المستقيم
٢٥% من الحالات.	٣٥% من الحالات.	٣٠% من الحالات.	
التشريح المرضي	أفات سليلية الشكل كبيرة تميل للنزف بشكل خفي.	أفة حلقة (لب التفاح) أفة متفرحة.	
الأعراض	فقد الوزن، الضعف، ألم بطني في الجانب الأيمن، الإفازة Overflow، الانسداد نادر.	الإمساك مع أو دون الانسداد، الزحير.	
العلامات	كتلة مجسوسة في الربع السفلي الأيمن (١٠%)، فقر الدم بعوز الحديد.	كتلة مجسوسة بالفحص الشرجي، نزف مستقيمي أحمر قان.	

الجدول ٧: تصنيف مراحل الكارسينوما المستقيمية الكولونية لـ ديوك - أسير - كوير.		
المرحلة	المعايير	البقي لـ ٥ سنوات
A	الاقتصار على المخاطية.	أكثر من ٩٠%.
B1	الامتداد إلى العضلية الخاصة.	٧٠-٨٥%.
B2	الامتداد عبر العضلية الخاصة.	٥٥-٦٥%.
C1	الامتداد إلى العضلية الخاصة مع إيجابية العقد.	٤٥-٥٥%.
C2	الامتداد عبر العضلية الخاصة مع إيجابية العقد.	٢٠-٣٠%.
D	انتقالات بعيدة.	أقل من ١%.

المعالجة:

الجراحة:

لكل الحالات.

شافية: الاستئصال الواسع للآفة مع العقد والمسايقا.

ملطفة: في حال وجود انتشارات بعيدة ثم السيطرة الموضعية على النزف أو الانسداد.

٨٠% نسبة النكس خلال سنتين من الاستئصال.

تحسن البقايا إذا كانت الانتقالات مكونة من كتلة كبدية وحيدة وتم استئصالها.

المعالجة الشعاعية والمعالجة الكيماوية:

تنقص النكس فقط في كارسينوما المستقيم (ديوك C/B) وليس في كارسينوما الكولون.

المعالجة الكيماوية:

٥- فلورويوراسيل واليفاميسول أو اللوكفورين (حمض الفولنيك) يحسن البقايا في ديوك C.

التقصي:

المستضد السرطاني الجيني CEA: ليس جيداً من أجل التقصي لكنه مناسب لمراقبة النكس (يزداد

قبل التظاهرات السريرية) ولهذا السبب تتم معايرة مستوياته قبل وبعد العمل الجراحي.

المس الشرجي سنوياً.

تنظير السين كل ٣-٥ سنوات عند المرضى فوق عمر ٤٠ عاماً.

VI. فغر الدقاق Ileostomy وفغر الكولون Colostomy:

فغر الدقاق (اللفاني):

بروك Brooke: نزح مستمر، غير حصور (سلس).

كوش Koch: لا يوجد سلس (نزح غير مستمر)، زيادة الاختلاطات.

فغر الكولون:

فغر عروة الكولون: إنشاء فتحة في عروة معوية ووصلها على سطح الجذ.

فغر الكولون النهائي: يتم تقسيم الكولون وإحدى النهايات توصل على سطح الجذ.

الاختلاطات (٢٠%):

الانسداد: الفتق، التضيق (الجذ وجدار البطن).

الخراج حول فغر الدقاق والناصور.

التخريش الجلدي.

الانكماش أو التثلي Prolapse.

I. البواسير HEMORRHOIDS:

١. الأسباب:

- تصبح الوسائد الشرجية والمعدات الوعائية والنسيج الضام محتقنة مشكلة البواسير.
- العوامل المسببة المفترضة:
- زيادة الضغط داخل البطن.
- الإمساك المزمن.
- الحمل.
- السمنة.

٢. التصنيف والتدبير:

□ البواسير الداخلية:

ضفيرة الأوردة الباسورية العلوية ← الدوران البابي.

احتقان الوسائد الوعائية فوق الخط المسنن يشاهد عادة في موقع الساعة ٣، ٧، ١١ عندما يكون المريض بوضعية استخراج الحصة Lithotomy، نزف مستقيمي غير مؤلم، فقر الدم، التذلي، مفرزات مخاطية، حكة، ألم حارق.

الدرجة الأولى: تنزف ولكن لا تتدلى عبر الشرج.

القوت الغني بالآلياف، حمام المقعدة Sitz Path (تغطيس العجان والإلتيين فقط مع وضع الساقين خارج المغطس)، رهيم الستيرويدات، الربط بالشريط المطاطي Rubber Band Ligation، التخثير الضوئي، المعالجة المصلية.

الدرجة الثانية: تنزف لكن لا تتدلى إلا مع الكبس، الرجوع العفوي، الربط بالشريط المطاطي، التخثير الضوئي.

الدرجة الثالثة: تنزف وتتدلى وتحتاج إلى الإرجاع اليدوي.

كما هو الحال في الدرجة الثانية، قد تحتاج إلى استئصال البواسير المغلق.

الدرجة الرابعة: التذلي المستمر، لا يمكن إرجاعها ينوياً، النزف.

استئصال البواسير المغلق.

□ البواسير الخارجية:

ضفيرة الأوردة الباسورية السفلية ← الدوران الجهازي.

توسع الوريدات تحت الخط المسنن أو العلامات الجلدية العجائية، لاعرضية عادة إلا إذا تعرضت للخثار وفي هذه الحالة تصبح البواسير مؤلمة بشدة.

تتظاهر عادة بالألم بعد التغوط.

المعالجة الطبية: الألياف القوتية، مطريات البراز، تجنب الكبس المنيد.

البواسير المصابة بالخثار تشفى خلال أسبوعين.

استئصال البواسير عندما يراجع المريض خلال الـ ٤٨ ساعة الأولى من حدوث الخثار وما عدا ذلك

تعالج بشكل محافظ.

II. الشقوق الشرجية ANAL FISSURES:

□ تمزق الظهارة الشائكة الحساسة للقناة الشرجية تحت الخط المسنن Dentate Line.

□ ٩٠% من الحالات خلف الخط الناصف و ١٠% أمام الخط الناصف.

□ إذا كانت بعيدة عن الخط الناصف فيجب التفكير بالداء المعوي الالتهابي والأمراض المنتقلة جنسياً

والتدرن والابيضاض أو كارسينوما الشرج.

□ الأسباب:

البراز القاسي كبير الكمية والبراز الإسهالي المخرش.

شد القناة الشرجية الناجم عن العصبية/ الألم.

أسباب أخرى: الولادة، الاستخدام الاعتيادي للمسهلات.

١. الشق الحاد:

□ نزف أحمر قان مؤلم بشدة خاصة بعد التغوط.

□ المعالجة محافظة: مطريات البراز، حمام المقعدة Sitz Paths.

٢. الشق المزمن:

الثلاثي المكون من الشق، العلامات Tag الجلدية الحارسة، الحليمات المتضخمة.

المعالجة = الجراحة:

الغرض هو التخلص من تشنج المصرة ← زيادة الجريان الدموي ويسمح بالشفاء.

بضع المصرة الداخلية الجانبي تحت الجذ في موقع الساعة ٣.

III. الخراج الشرجي المستقيمي ANORECTAL ABSCESS:

□ خمج جرثومي في المسافة بين المصبرات يبدأ من الغدد الشرجية التي تتفرغ في الخبايا Crypt الشرجية.

□ أشيع الجراثيم هي العصيات الكولونية والمتقلبات Proteus والعقديات والعنقوديات والعصوانيات Bacterioids واللاهوائيات.

□ قد ينتشر الخراج عمودياً للأسفل (حول الشرج) أو عمودياً للأعلى (فوق رافعة الشرج) أو أفقياً (الناحية الإسكية الشرجية).

- **المعالجة:** الشق والنزح يؤديان للشفاء في ٥٠% من الحالات، وتتطور النواسير الشرجية في ٥٠% من الحالات.

١. الخراج العجاني:

- ألم لا يهدأ، تورم جاسي.

٢. الخراج الإسكي المستقيمي:

- خراج في الحفرة الشحمية ويمكن أن ينتشر بسهولة: التهاب اللفافة النخري، تموت فورنيير Fournier's Gangrene.
- الألم والحمى وكثرة الكريات البيض قبل ظهور كتلة متموجة حمرة اللون.

٣. الخراج فوق رافعة الشرج:

- صعب التشخيص، كتلة شرجية مع تورم يتم كشفه بالفحص تحت التخدير.

IV. الناسور الشرجي: FISTULA IN ANO

- يترافق عادة مع الخراج الشرجي المستقيمي، قد يشير إلى الداء المعوي الالتهابي.
- طريق التهابي مع فوهة داخلية عند الخط المسنن وفوهة خارجية عند الجذع اعتماداً على قاعدة غود سول Good Sall's.

- مفرزات قيحية متقطعة أو ثابتة من الفوهة جانب الشرج، مع الألم.

- سييل مجسوس يشبه الحبل.

□ **المعالجة:**

كشف الفوهة الباطنة.

التعرف على طريق الناسور (تصوير الناسور Fistulography أو السبر Probing) تحت التخدير.

كشف الطريق من الفوهة الخارجية إلى الفوهة الداخلية مما يسمح بالنزح.

يمكن وضع خزامة Seton (خيوط سميكة) عبر الطريق الناسوري.

١. لتحريض النزح.

٢. تحريض التليف وإنقاص نسبة حدوث السلس.

٣. إظهار التشريح.

بعد العمل الجراحي: حمامات المقعدة Sitz-Baths، الإرواء والدك للتأكد من الشفاء الذي يتقدم من الداخل إلى الخارج.

□ **الاختلاطات:**

النكس، سلس البراز.

الشكل ٦: قاعدة غودسول.

V. الداء الشعري PILONIDAL DISEASE:

❑ خراج حاد أو جيب نازح مزمن في المنطقة العجزية العصبية، يكون لاعرضياً عادة حتى يصاب بالالتهاب الحاد.

❑ يتطور بشكل ثانوي لانسداد جريبات الشعر في هذه المنطقة مما يؤدي إلى تشكل الكيسات أو الجيوب أو الخراجات.

❑ المعالجة:

الخراج الحاد – الشق والنزح.

المرض المزمن – استئصال الكيس الشعري أو استئصال السبيل الجيبي والكيسة مع أو دون التوخيـف Marsupialization.

VI. تدلي المستقيم RECTAL PROLAPSE:

❑ تبارز كامل سماكة المستقيم عبر الشرج، يكون في البداية قابلاً للرجوع العفوي حتى يحدث التدلي المستمر، يجب تفريقه عن تدلي البواسير.

❑ زيادة نسبة حدوث في الجراحات النسائية والأمراض العصبية/ النفسية المزمنة التي تؤثر على الحركة.

❑ يحدث سلس البراز والغازات الناجم عن توسع المصرة وضعفها.

❑ يحدث في الأعمار التالية:

دون عمر ٥ سنوات: يشفى عفويًا بالمعالجة المحافظة (مطريات البراز).

فوق عمر ٤٠ عاماً: يحتاج عادة للمعالجة الجراحية، تثبت المستقيم إلى العجز (أي عملية ريبشتاين Ripstein)، استئصال المستقيم الزائد بعد عملية مفاغرة الكولون إلى القسم السفلي من المستقيم.

VII. أورام الشرج:

□ الكارسينوما البشروانية في القناة الشرجية (فوق الخط المسنن):

أشيع ورم في القناة الشرجية (٧٥%).

شائكة الخلايا أو خلايا انتقالية Transitional.

تتظاهر بالألم المستقيمي والنزف والكتلة.

المعالجة المختارة هي المعالجة الكيماوية والشعاعية مع أو دون الجراحة مع نسبة بقيا لـ ٥ سنوات

تقارب ٨٠%.

□ الورم الميلانيني الخبيث في الحواف الشرجية:

ثالث أشيع مكان بعد الجلد والعينين.

الانتقالات الشديدة والبعيدة شائعة وقت التشخيص.

الجراحة الجذرية الباكرة هي المعالجة المختارة.

البقيا لـ ٥ سنوات تعادل أقل من ١٥%.