

« الأمعاء الغليظة » القولون COLON

(أ) نظرة تاريخية .

(ب) تشريح القولون .

(ج) وظائف القولون .

(د) أمراض الأمعاء الغليظة .

1- إلتهاب القولون المتقرح .

2 - ردب القولون وإلتهابها .

3 - إلتهاب القولون الأميبي .

4- إلتهاب القولون شبه الغشائي .

5- إلتهاب القولون الاسكيمي .

6- إنتشاء القولون .

7- إنفجار الأمعاء الغليظة .

8- القولون المتضخم .

9- الإنحسار وارتصاص البراز .

10- أورام القولون .

(أ) السلائل المخاطية .

1 - سلائل الأحداث .

2 - السلائل الغدية .

3 - السلائل الزغبية .

4 - السلائل العائلية .

5 - متلازمة قاردرنر .

(ب) سرطان القولون والمستقيم .

(ج) الأورام اللمفية الحميدة والسرطانية .

(د) بطانة الرحم القولونية .

(أ) نظرة تاريخية

فى القرن الثامن عشر كان لىتر Littré ، بيلور Pillore ، ودورث Duret ، من أوائل من قاموا بإجراء عمليات جراحية منها عمل نواصير خارجية بالجهاز الهضمى كنفوه القولون الخارجى Colostomy ، و نفوه الأعور Coecostomy ، و نفوه التعريجة الأسيه بالقولون Sigmoidstomy ، وذلك للإصابات الانسدادية بالقولون ، ولكن صاحب ذلك نسبة عالية من الوفيات . وبعد ذلك بخمسين سنة بدأ كل من لىسفرانك Lisfranc ، كراسكى Crasky ، وريبارد Reybard ، بإجراء عمليات جراحية على أورام القولون ، وقام ريبارد سنة 1844م بإعلان إجراءه لعملية استئصال ورم بالقولون وعمل تغمم بين نهايتى القولون ، وهذا يعتبر عمل عظيم باعتبار أنه كان قبل اكتشاف التخدير العام .

ويرجع الفضل لبيلروث والذى كان سابقا لإجراء كثير من عمليات الجهاز الهضمى ، فى إجراء عملية استئصال للتعريجة الأسيه بالقولون سنة 1879م وعمل نفوه خارجى بنهاية القولون النازل . وعمل تغمم بين نهايتى القولون والتي تعتبر اليوم من انعمليات الأكثر قبولا فى أورام القولون وتتطلب المحافظة على الدم المغذى للجزء المتبقى من القولون واستخدام الغرز الدقيقة . وكل هذه الأمور لم تكن موجودة بالقرن التاسع عشر ، وعليه فقد صاحبت عمليات التغمم نتائج وخيمة ، وكان ذلك سببا لتطور استئصال الأورام الانسدادية بالقولون ، الذى بدأه بلوخ Bloch 1892 م ، وباول Paul 1895 م ، وتم نشره وتهذيبه عن طريق ميكولكز Mikulicz ، فى الفترة من 1895 حتى 1905 م ، وبهذه الطريقة يتم استخراج الجزء المصاب من القولون ، عادة ورم ، خارج التجويف البطنى كلية ويتم فتحه بالحرق بعد يوم من إجراء العملية الأصلية وذلك لعمل نفوهين خارجيين للقولون ، وبذلك يمكن التأكد من انسداد التجويف الصفاقى قبل فتح القولون المصاب مما يمنع تلوث التجويف البطنى ولكن هذه العملية رغم قبولها الكبير إلا أنها لاتعالج المرض الرئيسى إذا كان ذلك ورما سرطانيا بالقولون ، حيث أن إخراج القولون خارج تجويف البطن وإبقاءه يتطلب المحافظة على الأوعية الدموية المغذية له وما يحيطها من غدد وأوعية لمفية والتي يتطلب علاج السرطان إزالتها جميعا .

أما الاستئصال الكامل لسرطان المستقيم فيرجع الفضل فيه لادخال الاستئصال المشترك البطني العجاني عن طريق مايل Mile سنة 1926 م .

بعد ذلك تطور الاستئصال الكامل للقولون الصاعد أو الاستئصال الكامل للقولون النازل مع المحافظة على استمرارية الجهاز الهضمي بعمل التقمّم اللازم .

(ب) تشريح القولون

يبلغ طول الأمعاء الغليظة حوالي متر ونصف المتر بدءاً بالصمام اللفائفي الأعورى وحتى فتحة الشرج مما يساوى حوالي خمس طول الجهاز الهضمي ، ويتناقص قطر تجويف الأمعاء الغليظة تدريجياً من بدايتها حيث يبلغ 7.5 - 8.5 سم حتى التعريجة الأسية بالقولون عندما يبلغ القطر حوالي 2.5 سم ، وهذا القطر الصغير وبالنظر لمحتويات التعريجة الأسية بالقولون والتي عادة ماتكون أكثر صلابة يوضح لماذا قد تسبب الاصابات البسيطة انسداد معوى ذو أهمية كبرى بينما لاتسبب مثل هذه الاصابات البسيطة بالأعور الأكثر اتساعاً والذي يحوى مواد أكثر سيولة أعراضاً على الاطلاق يمكن اكتشافها عن طريق المصاب وحتى الطبيب أحياناً . ولكن هذا الاتساع بالأعور هو السبب فى كثرة حدوث انفجار القولون به دون غيره من أجزاء القولون عند وجود انسداد بالقولون حسب المعادلة التى تقول بأن الشد أو الجهد = الضغط × نصف القطر ، أى أن الشد داخل أى وعاء يتناسب طردياً مع نصف قطره .. ويميز القولون عن غيره من الأمعاء مايلى :

1- ثلاثة من الأحزمة العضلية الطولية الموزعة حول محيط القولون تسمى بالأشرطة القولونية ، وعليه فإن الطبقة العضلية الطولية بجدار الأمعاء غير مكتملة بالقولون ، وهذه الأشرطة الثلاثة تتقابل عند الزائدة الدودية مما يسهل فى بعض الحالات الصعبة الاستدلال على مكان الزائدة الدودية .

2- التجاويف الكيسية على طول القولون والتي تحدث لكى يتلاءم طول القولون مع طول الأشرطة القولونية العضلية . ويفصل هذه التجاويف الكيسية ثنايا هلالية من جدار القولون والتي تعطى القولون مظهره الخاص عند تصويره بالأشعة وهو مملوء بالباريوم أو الهواء .

3- الثبات النسبي فى موقع القولون وذلك كون القولون الصاعد والنازل يقعان تحت الغشاء الصفاقي ، أما القولون المستعرض فإنه حر الحركة داخل التجويف الصفاقي ولكن ثبات نهايتيه ، كذلك ارتباطه بالثرب يقيه من الانثناء ، والانثناء كثيرا ما يحدث بالتعريجة الأسيه بالقولون ، وقد يحدث بالأعور كذلك .

4- الزوائد الشحمية على طول القولون والتي لا وظيفة لها سوى حماية الغرز التي قد تعمل لاختاطة القولون أو سد ثقب به . وبعد أن تدخل التعريجة الأسيه بالقولون داخل الثنايا الصفاقية وغطاء الحوض يبدأ المستقيم وهو خارج الغشاء الصفاقي ولا توجد طبقة مصلية تغطيه .

الأوعية الدموية المغذية للقولون :

يغذى القولون الصاعد والثنية القولونية الكبدية والنصف الأيمن للقولون المستعرض عن طريق الشرايين اللفائفى القولونى ، القولون الأيمن ، والقولون الأوسط . وهى أفرغ من الشريان المساريقى العلوى . أما القولون النازل والجزء العلوى من المستقيم فيغذيها الشريان المساريقى السفلى عن طريق أفرعه الآتية . القولونى الأيسر ، شريان التعريجة الأسيه والشريان البواسيرى العلوى ، وعادة ماتوجد اتصالات دموية كافية بين الشرايين الدموية المتجاورة وذلك عن طريق التقوسات الشريانية الموازية والمجانبة للقولون . أما الدم الوريدي فيتبع توزع الأوعية الشريانية وكذلك تتضافر الأوعية اللمفية مع الأوعية الدموية الشريانية والوريدية .

(ج) وظائف القولون

تتلخص وظائف القولون فى ثلاثة وظائف ، هى :

- 1- إمتصاص الماء وبعض العناصر المتأينة كهربائيا .
- 2- مخزن مؤقت للبراز .
- 3 - كذلك يعمل كعضو إخراجى فاعل .

ويفصل القولون عن الأمعاء الدقيقة الصمام اللفائفى الأعورى الذى يمنع دخول محتويات اللفائفى للقولون قبل استكمال هضمها وكذلك يعمل كمصد لمنع ارتجاع

محتويات القولون ، ووجود هذا الصمام والنقص النسبي في حركية محتويات القولون يشرح الفرق الكبير بين الأمعاء الدقيقة والقولون كبيبة بكتيرية حتى وأن ذلك لا يزال محل نقاش ، فبينما لا يزيد عدد البكتيريا الموجودة بالأمعاء الدقيقة عن 10^5 لكل ملليمتر فإن عدد البكتيريا يزيد في القولون عن 10^{10} لكل ملليمتر .

وظيفة الامتصاص بالقولون تسبب تجفيف البراز ، فاللفائف يمرر حوالي 500 - 600 ملل من الماء للأعور يوميا ولا يتم اخراج سوى 180 ملل من الماء بالبراز ، ومعظم امتصاص الماء يتم بالأعور والقولون الصاعد ، أما حركة الأمعاء الغليظة فتتميز بوجود نوعين من الحركة :

1- حركة قطعية انقباضية تقوم بخلط البراز وعجنه أوليا بالقولون الصاعد والمستعرض وهذه الحركة تساعد في امتصاص الماء .

2- حركة عامة وهى تساعد في تحريك البراز للأسفل ، وهذه الحركة ليست تعجبية حقيقية وبها يتم إفراغ القولون الصاعد والمستعرض ليمر البراز للتعريجة الأسية بالقولون والمستقيم .

أما الغازات الموجودة بالقولون فمصدرها الغازات التى يبتلعها الإنسان ومعظمها نيتروجين حيث أن الأكسجين وثانى أكسيد الكربون سريعا ما يتم امتصاصهما ويوجد الميثان والهيدروجين بكميات بسيطة وتنتج عن التخمر البكتيرى . ولعل إخراج الغازات هو أول دلالة على استرداد الأمعاء لوظائفها بعد إجراء العمليات الجراحية .

(د) أمراض القولون

1- إلتهاب القولون المتقرح ULCERATIVE COLITIS :

إلتهاب القولون المتقرح مرض غير معروف السبب ، وهو مرض غير واسع الانتشار ، يصيب بداية الطبقة المخاطية وتحت المخاطية بجدار القولون ، وقد يكون الإلتهاب حادا أو مزمنا ، ونتيجة للتشابه الكبير بينه وبين مرض كرون فحتى عام 1959م لم تكن الميزات التى تفرق أحدهما من الآخر مكتشفة بوضوح ولكن بعد 1959م أمكن معرفة مرض كرون بالقولون وأصبح بالإمكان تمييزه كمرض مميز ، إلا أن الآن ازداد الميل إلى تسمية كلا المرضين معا بالأمراض الإلتهابية للأمعاء .

ويصيب المرض اليهود ثلاثة أمثال غيرهم ، كذلك يصيب الرجال أكثر من النساء ، ويوجد أكثر في البيض من السود ، ويصيب كل الأعمار ، ولو أن وجوده يكثر بالعد الثالث والرابع من العمر ، وهو غير وراثي ولو أن حدوثه بين الأقارب أكثر ولكن يعزى ذلك للظروف البيئية المحيطة بالعائلة ، وسيرة المرض ليست واضحة تماما ولا يمكن التنبؤ بها ، ويصاحب أحيانا فترات من الشفاء الذاتي وغير معروف السبب .

ولا يصيب هذا المرض أى من الأحياء الأخرى ولم يتم التوصل إلى احداثه حتى تجريبيا فى أى من حيوانات التجربة . وقد يكون السبب بعض أنواع الفيروسات ولو أن ذلك غير ثابت كما أن بعض الحالات تتبع إلتهابات القولون الأخرى كالإلتها ب الأميبي ، ونتيجة للتأثير الفعال للستيرويد القشرى للغدة الجاركلوية على سير المرض أدى إلى افتراض الحساسية كعامل قد يلعب دورا فى حدوث المرض ، كذلك نتيجة للشفاء المؤقت بعد الامتناع عن شرب لبن البقر لمدة أسبوعين أدى إلى افتراض أن إرضاع حديثى انولادة قبل بلوغ أربعة عشر يوما من العمر أى قبل نضج جهاز المناعة لديهم ، لبن البقر قد يكون سببا فى إصابتهم خصوصا بعد اكتشاف أجسام مضادة لحليب البقر بدم المصابين ، ولو أن هذه الأجسام المضادة قد يتم وجودها حتى فى أشخاص سليمين .

وقد يكون السبب نتيجة تفاعلات مناعية ذاتية ، ولكن نتائج كل البحوث لم تؤدى إلى الفهم الكامل لسبب وكيفية حدوث المرض وسيرته .

ويعتقد البعض أيضا بأن الاضطرابات النفسية والكتابة قد تكون سببا غير أن حدوثها مع المرض قد تكون نتيجة وليست سببا .

والقولون أكثر أجزاء الجهاز الهضمى إصابة بالتهاب القولون المقترح غير معروف انسبب ، وإذا حدث انتشار فى الأمعاء الدقيقة فإن المكان الأصلى عادة مايكون بالقولون ، وقد يكون المرض بالقولون فقط ، وعادة مايكون كل القولون مصابا ، وحال كون القولون ليس مصابا كله فإن المرض عادة مايكون مستمرا فى أى جزء من القولون مقارنة بمرض كرون الذى قد يصيب قطعة ثم يترك أخرى ويصيب تالثة أى أن مرض كرون قطعى وغير مستمر .

وعادة مايصيب القولون النازل ونادرا مايصيب القولون الصاعد فقط . وبداية تكون الطبقة المخاطية طبيعية ، ولكن عندما يكون المرض متقدما فإن القولون يكون

قصيرا ويكون القولون الصاعد والنازل أكثر مركزية ، أما المساريقا فتكون منقبضة وبها استسقاء ومتغلظة ولكن بدرجة أقل من مرض كرون ، ولا يوجد أى تضخم بالغدد اللمفية ويكون الجدار المعوى متغلظا ومتصلبا . ويوجد بها ثقبوب قرب المساريقا مع تكون خراج خاصة بالأماكن المتضيقة من القولون ، أما النواصير فعدا تلك قرب الشرجية تعتبر نادرة ويكون كل جدار الأمعاء داميا وهش وبه مناطق من التكرزة .

وفى الحالات المتقدمة جدا من المرض تكون الطبقة المخاطية مغطاة بالقيح الدامى وتشابه السطح الممزق المثقوب مع قرح خفية غير منتظمة وسطحية وقد تكون مستمرة أو تتبادل مع طبقة مخاطية منتفخة تشبه السلائل المخاطية الكاذبة .. ويأخذ عينة من الجزء المصاب يمكن فحصها مجهريا والاستدلال على وجود المرض ودرجته ومرحلته .

أعراض وسمات المرض :

ينقسم الإلتهاب القولونى المتقترح إلى ثلاثة أشكال : حاد ، مزمن مستمر ، ومزمن

عائد .

ويبدأ المرض حادا فى حوالى ثلث المصابين إلا أنه يستمر كذلك فى 10% فقط من المصابين ، وقد يتغير فجأة إلى إلتهاب حاد عند المصابين بالإلتهاب المزمن ويظهر على شكل إسهال مستمر ليل نهار مسبق بالآلام بطنية وقد يكون مصحوبا بصعوبة فى التحكم بالبراز ، والبراز قليل الكمية ولكن قد يزيد عن 30 - 40 مرة يوميا . وتتكون من قيح ، دم ، ومخاط ، ومواد برازية مائية مع أعراض جسمية تسمية تسمى وحى تزيد عن 39 م ، ونتيجة للإسهال يصاب المريض بالجفاف ، ونقص البوتاسيوم ، وفقر الدم ، ونقص البروتينات ، ونقص شديد بالوزن ، وقد يودى إلى نزيف شديد ، أو انثقاب بالقولون أو تضخم القولون التسمى .

أما الحالات المزمنة العائدة فهى أكثر حدوثا ، ويميزه فترات من المرض وأخرى من الشفاء التام دون معرفة السبب ، وقد يتصاحب الرجوع المرضى بالضغط النفسى أو التعب والاعياء الشديد ، وبعض الأمراض الأخرى كالاتهابات بالجهاز التنفسى أو بالحمل والعادة الشهرية عند النساء . وأكثر الأعراض حدوثا هو الإسهال الدامى ، وألم بأسفل البطن ، ولكن عندما تتغلظ الأمعاء وتقتصر فإن الألم يقل حدوثة . ويعقب الألم شعور بالتبرز مع خروج كمية قليلة من البراز المائى المؤلم مكون من مخاط ودم وقيح وماء ،

وفي الحالات الشديدة لا يوجد ألم وكثرة الإسهال يصاحبها نقص شديد بالوزن وهزال جسمي .

تشخيص المرض :

يعتبر منظار القولون ومنظار التعريجة الأسيية وإمكانية أخذ عينة أكثر الطرق فعالية في الوصول إلى التشخيص ، والشكل الخارجى للغشاء المخاطى المصاب ولو أنه مميز إلا أنه ليس علامة تشخيصية ، وعليه فإن الفحص البكتيرى والمجهري للعينة أمر ضرورى ، ويناية يكون الغشاء المخاطى أحمر اللون هش ، سهل الأدماء وبه قرح متعددة وصغيرة ولكنها تكبر وتتصل بغيرها لتكون قرح أكبر والتي عادة ما يغطيها قيح ودم ، وبعد فترة من الاصابة والشفاء يكون الغشاء المخاطى ذا مظهر محبب ، والشفاء قد يمكن الاستدلال عليه بتليف الطبقة التحت مخاطية ، أما فى الحالات المتقدمة فإن مناطق من التقرح تكون محاطة بمناطق من السلائل المخاطية الكاذبة ، مع إمكانية وجود نواصير بجانب الشرج وكذلك خراج وتضيق شرجى .

والتصوير باستخدام الباريوم مفيد أيضا ويجب أن يعطى بحیطة خاصة فى الحالات الحادة ، ويمكن الاستدلال على المرض بوجود القرحة المتعددة وغياب التكيسات القولونية وقصر القولون وصلابته وتغلظ جداره .

العلاج :

(أ) العلاج الدوائى :

حيث أن سبب المرض غير معروف ، فإنه لاوجود لعلاج خاص بالمرض ويتكون العلاج من مضادات الإسهال ، المضادات الحيوية والكورتيكوستيرويدات ، الأكل ، الفيتامينات ، الأملاح ، والدعم العام للجسم .

ويجب استخدام مضادات الإسهال بحذر حتى لا تتسبب فى تضخم القولون التسمى ، ويستخدم لذلك اللوموتيل Lomotil ، و الكوديين Codeine ، ومسحوق كريونات الكالسيوم .

وأحسن المضادات الحيوية هى مركبات السلفا Sulfa ، والمضادات الحيوية الأخرى غير ذات فائدة إلا إذا كانت الحالة قد صاحبته مضاعفات مثل تكون خراج .

أما الستيرويدات القشرية Corticosteroids ، فهي محل جدل فالكثير من المرضى استفادوا باستخدامها ولكن مضاعفات استخدامها خاصة لفترة طويلة أيضا كثيرة ، ويستخدم البردنيسولون Prednisolone بجرعة 100 مجم يوميا لمدة 7 - 10 أيام .

ويجب محاولة علاج الحالة بالابتعاد عن الحليب وأعطى فيتامينات أ ، ج ، د ، مع الكالسيوم والبتاسيوم وفيتامين ب المركب واعطاء الحديد أيضا .

(ب) العلاج الجراحي :

من دواعى التدخل الجراحي العاجل النزيف الحاد غير المتحكم فيه ، الانسداد المعوي الكامل ، ثقب القولون مع إلتهاب الغشاء الصفاقي وتضخم القولون التسمي .. كذلك فإن فشل العلاج الدوائي يعتبر من دواعى التدخل الجراحي .

ويجب تحضير المريض جيدا قبل اجراء التدخل الجراحي ، خاصة فيما يتعلق بدعم جسم المريض عن طريق اعطاء الدم والألبومين ، تعويض الفاقد في العناصر المتأينة كهربائيا ، والفيتامينات واعطاء المضادات الحيوية اللازمة ، مع الشرح الوافي للمريض وأقاربه عن طبيعة المرض ومضاعفاته وطريقة علاجه ..

وأحسن اجراء جراحي لعلاج إلتهاب القولون المتفرح هو استئصال كل القولون والمستقيم ، وعمل تقوُّه اللفائفي الدائم . على أن يتم عمل كل العملية في مرحلة واحدة ، وتقوُّه اللفائفي يجب أن يعمل عن طريق اخراج آخر 2 - 3 سنتيمتر من اللفائفي بفتح خاص بجدار البطن وإخاطة اللفائفي ثم ارجاع الغشاء المخاطي لللفائفي وتثبيتته بالجلد لمنع أى تسرب لداخل التجويف الصفاقي ، ويجب أن تكون الفتحة في مكان مناسب لموضع الأكياس الخاصة لمنع تآكل وإلتهاب الجلد . وتسمى هذه العملية بعملية « بروك Brooke » ، .

وقام بعد ذلك « كوك Kock » بإجراء إستئصال كامل للقولون وإجراء مخزن داخلي من اللفائفي ليقوم بتخزين البراز حتى يقوم المريض بإفراغه بنفسه عن طريق التقوُّه باستخدام قسطرة خاصة .

كذلك يمكن استئصال كل القولون والطبقة المخاطية المبطنة للمستقيم وعمل تغمم بين اللفائفي وفتحة الشرج .

كذلك يمكن باستخدام الاستئصال الكامل للقولون والمستقيم وعمل تفوه لفائفى وإذا تصاحب ذلك بإسهال شديد يمكن إجراء عكسى لجزء من نهاية اللفائفى لعلاج الإسهال عن طريق إيجاد موجات تمعجية معاكسة لللفائفى تساعد على إطالة بقاء الأكل داخل الأمعاء مما يزيد من امتصاصها .

2 - رذب القولون وإلتهابها :

قد تكون رذب القولون خلقية أو مكتسبة ، وأكثر الرذب القولونية مكتسب ، ولعل حدوث الرذب خاصة بالقولون النازل أكثر مصاحبة للتقدم فى السن ، ونادرا ماتحدث هذه الرذب قبل 35 سنة وفى حوالى سن 80 سنة يكون حوالى 60% من الأحياء مصابين برذب القولون ، ورذب القولون نادرا ماتؤدى إلى أية أعراض إلا إذا التهابت . وقد تحدث هذه الرذب فى أماكن دخول شرايين القولون لجداره ، وقد يكون السبب ارتفاع الضغط داخل جزء من القولون خاصة بالتعريجة الأسية ، ولاتحدث الرذب بالأشرطة القولونية ولكن تحدث بالزوائد الدهنية بالقولون وعلى طول الحدود المساريقية . ويحدث إلتهاب الرذب عندما ينسد فم الرذب ونتيجة لإلتهاب الرذب والجزء المجاور من الأمعاء ينسد فم الرذب المجاور مما يؤدى إلى استمرار هذه العملية على طول القولون .

وأعراض إلتهاب رذب القولون تتكون من ألم بطنى ، إمساك ، أو إسهال ، نزيف شرجى ، حمى ، غثيان وقئ ووجود غازات بالبول (إذا حدث ناصور بين القولون والمثانة) .

والألم البطنى عادة مايكون بالربع السفلى الأيسر للبطن وقد يكون فى أى مكان آخر بالبطن حسب تواجد الرذب ، ويكون الألم متقطعا يبقى لمدة ساعات ثم يتوقف ويزداد الألم حتى يشابه إلتهاب الغشاء الصفاقى مع إمساك ، وقد يكون متبادلا مع الإسهال . أما القيئ والغثيان فهى أعراض الحالات الشديدة من إلتهاب رذب القولون . أما النزيف الشرجى فعادة مايكون مختفى بالبراز ، وإذا كان النزيف شديدا فهو دليلاً على تعدد الرذب دون إلتهابها .

ولتشخيص المرض فإن استخدام مناظير القولون والتصوير الإشعاعى (شكل 1/9) باستخدام الباريوم تساعد فى رؤية الرذب وقد نجد تشنج بجزء من القولون أو تضيق



(شكل 1/9)

بتجويفه ، وإذا كان أحد الرذب به ثقب يؤدي إلى خراج فإن ذلك يمكن إيضاحه عن طريق التصوير الإشعاعي ، وقد يتسبب أيضا في نواصير داخلية يمكن إيضاحها أيضا .

العلاج :

(أ) العلاج الدوائي :

وهو أكثر استعمالا ، وذلك باستخدام مضادات التشنج ، والمضادات الحيوية وتعديل الأكل ، وفي حال الشك في إلتهاب الرذب الحاد أو إلتهاب الغشاء الصفاقي فإن الأنبوب المعدى يجب إدخاله عن طريق الأنف مع إعطاء السوائل الوريدية والمضادات الحيوية .

(ب) العلاج الجراحي :

ويجب إبقاء التدخل الجراحي للحالات المصحوبة بمضاعفات أو للحالات الإلتهابية الراجعة برذب القولون والتي يفشل في التحكم فيها العلاج الدوائي . وفيها يمكن إجراء استئصال للجزء المصاب من القولون غير عاجل ، أما في الحالات العاجلة كانهجار الرذب وناصر الرذب وانسداد القولون أو نزيف الرذب . ويفضل الكثير من الجراحين إجراء

التدخل الجراحي قبل حدوث المضاعفات لأن ذلك يكون مصحوبا بأقل نسبة من الوفيات نتيجة للعمليات الجراحية .

وأكثر المضاعفات حدوثا هي انثقاب الرذب وحدث التهاب الغشاء الصفاقي وقد يقوم الثرب بتطويق الثقب ويتم حدوث خراج موضعي .

وإذا حدث ثقب الرذب الملتهب وأدى إلى التهاب صفاقي مع ألم بطني ، وألم عند الفحص ، وغياب لصوت الأمعاء مع حمى وزيادة في عدد كرات الدم البيضاء وجفاف وزيادات ضربات القلب وزيادة التنفس مع ورم بطني ، وهذا يحتاج إلى تدخل جراحي عاجل ويجب إخراج القولون المصاب خارج التجويف البطني ويجب إستئصال كل الجزء المصاب من القولون ، ويتم عمل تفوه قولوني للجزء القريب من القولون ، أما الجزء البعيد فيتم إغلاقه وترجييعه لتجويف البطن ، هذه تسمى بعملية « هارتمان Hortmann » ، ويتم إرجاع إستمرارية الجهاز الهضمي بعمل تقمم بعد فترة 2 - 4 شهور .

أما إذا تم حدوث ناصور قولوني خارجي أو قولوني مثنائي أو قولوني مهبلي ويمكن تشخيص كل من هذه النواصير عن طريق التصوير الإشعاعي باستخدام الباريوم في الناصور القولوني الخارجي ، أما الناصور القولوني المثنائي فإنه يكون مصحوب بغاز بالبول أو براز بالبول .. وبمناظر المثانة البولية يمكن رؤية الناصور وتشخيصه أو باستخدام التصوير الإشعاعي للجهاز البولي .

أما الإنسداد المعوي فقليل الحدوث نتيجة للرذب ويجب إجراء تدخل جراحي سريع لتخفيف الضغط داخل القولون . والنزيف الشديد نادر الحدوث نتيجة لرذب القولون ، وتعالج أولا دوائيا باستخدام إعطاء الدم أو يتم التدخل الجراحي إذا لم يتم توقف النزيف ، وقد نحتاج لإستئصال كل القولون مع إجراء تقمم اللفائفي بالمستقيم .

3- التهاب القولون الأميبي

الإلتهاب الأميبي يحدث نتيجة للتلوث عن طريق « انتامبيا همستولتكا E.Histolytica » ، بالقولون وقد يحدث بالكبد كذلك .

الزحار الأميبي الحاد :

مرض ليس واسع الانتشار ، ويحدث في الأماكن التي بها تلوث مائي ، وحدوثها مفاجئ ، مع حمى ومغص بطني وإسهال شديد دامي ، ويمكن ملاحظة تقرح بالمستقيم باستخدام منظار المستقيم .

ويمكن بفحص براز المصاب اكتشاف الانتاميبيا أو أحد صور تطورها ، كذلك باستخدام التحاليل المصلية لإيجاد الأجسام المضادة للانتاميبيا هستولتكا . ويجب تفريقها عن مرض كرون أو التهاب القولون المتقرح لأن علاج الزحار الأميبي الحاد باستخدام الستيرويدات قد يكون قاتلا . ويعالج الزحار الأميبي باستخدام ميترونيدازول Metronidazole بجرعة 250 مجم ثلاثة مرات يوميا لمدة عشرة أيام .

وتنب القولون نادر الحدوث وصعب التشخيص ، وإذا حدث ذلك فإن إخراج الجزء المصاب من القولون خارج التجويف البطني وعمل تقوّه خارجي هو العلاج المفضل .

الزحار الأميبي المزمن :

أكثر حدوثا من الزحار الأميبي الحاد ، وبدايته بسيطة ، مع إسهال بسيط 2 - 4 مرات من البراز ذو الرائحة الكريهة قد يحوى دم ومخاط مع مغص بطني ، وفقدان بالوزن ، وحمى يتبع ذلك فترة من الشفاء ، ويجب البحث عن الأميبا في العينات المأخوذة من المستقيم ، ويمكن الاستدلال على وجود الأجسام المضادة للانتاميبيا داخل دم المصاب .. وتعالج هذه الحالات بالآتي :

دايلوكسنايد فيوروات Diloxnide Furoate 500 مجم ثلاثة مرات يوميا لمدة عشرة أيام .

أو باستخدام ميترونيدازول Metronidazole 250 مجم ثلاثة مرات يوميا لمدة 20 يوما .

وخوفا من رجوع المرض يجب فحص براز المصاب شهريا لمدة سنة على الأقل . وأهم المضاعفات هو الخراج الأميبي بالكبد .

4 - التهاب القولون شبه الغشائي

إلتهاب القولون شبه الغشائي مرض غير شائع ولكن حدوثه خطير وقد يؤدي إلى وفاة المصاب بسرعة . وسببه تلوث بكتيري ، ويختلف المرض من حالاته البسيطة التي تتكون من إسهال ومغص بطني إلى حالاته الخطيرة التي تؤدي إلى الوفاة نتيجة للإسهال الشديد ، مع صدمة نتيجة للسوائل الفاقدة كذلك فقد العناصر المتأينة كهربائياً مع ارتفاع حاد في درجة الحرارة ، ألم بطني وإنتفاخ البطن ، الغثيان ، والقئ مع حدوث أشباه أغشية بالقولون يمكن رؤيتها باستخدام مناظير القولون ، ويفحص عينات من البراز وعمل مزارع بكتيرية يمكن الكشف عن نمو المكور العنقودي Staphylococci بالبراز ، وقد يكون ذلك نتيجة لاستخدام بعض المضادات الحيوية ، إلا أنه لايعتبر من الأمور التي تمنع استخدام المضادات الحيوية بالفم وذلك لتحضير الأمعاء قبل إجراء العمليات الجراحية .

وبعد التأكد من التشخيص يجب البدء بسرعة في العلاج اللازم والذي يتكون من استخدام المضادات الحيوية للمكورات العنقودية مثل (فانكوميسين Vancomycine ، بجرعة 500 مجم أربع مرات يومياً لمدة عشرة أيام أو ميترونيدازول Metronidazole بجرعة 500 مجم أربع مرات يومياً لمدة عشرة أيام مع إيقاف أى مضاد حيوى آخر ، كذلك تعويض السوائل والأملاح والعناصر الفاقدة الأخرى .

ويجب كذلك الإبتعاد عن أى أكل أو سوائل بالفم ، وقد يحتاج لاستخدام الستيرويدات ، أما إذا حدث انتقاب بالقولون أو حدث تضخم بالقولون التسمى فإن ذلك قد يكون مدعاة لاستئصال كل القولون وعمل تفوه للفائفى .

5 - التهاب القولون الإسكيمي

إلتهاب القولون الإسكيمي ليس مرض إنتهابى أولى . ويظهر المرض فى ثلاثة صور معتمدا على مايلى :

- 1 - مدى الانسداد الوعائى الدموى .
- 2 - طول فترة الانسداد الوعائى .
- 3 - كفاءة الدم الجانبي المعوض .
- 4 - مدى التلوث البكتيرى .

أما صور هذا المرض فهي الإسكيميا المؤقتة والتي بعد انسداد الوعاء الدموي يتم بسرعة تطور وعاء دموي جانبي يعوض الدم المغذى للقولون ويحدث فيه انسلاخ للطبقة المخاطية المبطننة لذلك الجزء من القولون ، ويتم رجوعها إلى طبيعتها بعد 2 - 3 يوم ، أما الأسكيميا التي تستمر والتي تكون نتيجة انسداد شبه كامل للشريان المغذى لذلك الجزء المصاب من القولون فإن موت الطبقة المخاطية المبطننة لذاك الجزء يحدث مع نزيف وتقرح مما يسهل نفاذ بكتيريا الأمعاء للجدار المعوي ، وشفاء ذلك يتم بإحلال أنسجة متليفة بدل الأنسجة السليمة مما قد يحدث تضيق بتجويف الأمعاء ، أما الانسداد الكامل للشريان المغذى لجزء من القولون فيسبب الموت الكامل لذاك الجزء وغنغرينته ، وقد يحدث انتقاب القولون وإلتهاب الغشاء الصفاقي إذا لم يتم علاج الحالة عاجلا .

وأكثر مناطق القولون إصابة هو الانثناء الطحالي أى منطقة الوصل بين القولون المستعرض والقولون النازل حيث أن هذه المنطقة هي منطقة الفصل بين القولون الذى يغذيه الشريان المساريقي العلوى والشريان المساريقي السفلى ، كذلك يعتبر الشريان الحدى Marginal فى هذه المنطقة فى أقصى بعد له عن جدار الأمعاء . ولكن مع ذلك فإن إلتهاب القولون الإسكيمي قد يصيب أى جزء من القولون وقد يحدث انسداد بأحد الأوعية الدموية الكبيرة المغذية للقولون ومن حدوث إلتهاب إسكيمي به .

وتجريبيا لا يحدث هذا الإلتهاب الإسكيمي بربط الشرايين الرئيسية ولكن ربط الشرايين الصغيرة بين التقوسات المساريقية والأمعاء ينتج عنه إلتهاب القولون الإسكيمي . ومعظم المصابين من كبار السن فيندر حدوث هذا المرض قبل سن 45 سنة وأكثرهم من المصابين بأمراض أخرى خاصة بالجهاز الدورى والمصابين بمرض السكرى .

ويظهر المرض بشكل حاد مع ألم مغمسى بأسفل البطن ، يتبعه نزول دم بالبراز ، أما القيء فغير شائع ، أما الأعراض الأخرى فتعتمد على نوعية الإصابة ، ففي حالات الغنغارينا يزداد الألم شدة مع اعراض إلتهاب الغشاء الصفاقي .

ويتم تشخيص الحالة على أسس أكلينيكية وبمساعدة مناظير القولون ، ويجب عدم إجراء تصوير القولون باستخدام الباريوم فى هذه الحالات . وتصوير البطن قد يظهر علامات انسداد الأمعاء .

وعلاج هذه الحالات هو إجراء التدخل الجراحي العاجل بعد دعم حالة المريض وتعويض ماتم نقصه من سوائل وإملاح وعناصر أخرى ، وإذا أمكن إستئصال الجزء المصاب وعمل تفمم بين جزئي القولون فإن ذلك أفضل ، وإذا لم يكن ذلك ممكنا فإن إخراج الجزء المصاب وعمل نفوّه قولوني يكفى .

6 - إنثناء القولون VOLVULUS

ينتج إنثناء القولون عن دوران جزء منه حول محور المساريقا القولونية بدرجة تكفى لحدوث انسداد جزئى أو كامل لتجويف القولون ، مع مايتبعه من تغيرات بالأوعية الدموية المغذية للقولون ، ويحدث الانثناء عند الاجزاء الحرة من القولون والتي تكون نهايتها الثابتتين قريبتين ، وتحدث فى معظم الحالات بالتعريجة الأسيية للقولون وبأقل نسبة فى الأعور ، أما انثناء القولون المستعرض فنادر وقد يحدث كأحدى مضاعفات تضخم القولون .

(أ) إنثناء التعريجة الأسيية للقولون :

يحدث أكثر فى الحالات التى تكون فيها التعريجة الأسيية للقولون جزء طويل من القولون ممسوك بجزء ضيق من المساريقا ، وهذا الطول فى التعريجة الأسيية يعتقد بأنه إصابة مكتسبة وليست خلقية ، أما تضخم القولون الخلقى فقد يكون موجودا فى بعض الحالات البسيطة .

ويعانى المريض من إمساك مزمن مع حدوث تمدد وإتساع وإطالة بالتعريجة الأسيية للقولون وتكثر الإصابة عند المصابين باضطرابات نفسية .

أعراض وسمات المرض :

مغص بأسفل البطن مع تمدد بطنى مستمر ، إمساك كامل ، غثيان ، وقئ ، وجفاف ، وقد يعطى بعض المصابين مايفيد إصابتهم بنفس المرض سابقا مع مرور كميات كبيرة من الغازات والبراز وزوال انتفاخ البطن بعد رجوع الإنثناء ذاتيا .

وأكثر السمات حدوثا هو انتفاخ البطن الشديد ورنينها ، مع ضيق بالتنفس وألم بطنى شديد ومستمر . وأخيرا صدمة لتعنى بدء اختناق الأوعية الدموية المغذية لذلك الجزء من القولون .

وتصوير البطن عادة ما يوضح وجود جزء من الأمعاء منتفخ بالجزء البطني السفلى الأيسر كذلك الجزء الأيمن من القولون قد يكون منتفخا بسبب الانسداد المعدي . وعادة لا يحتاج للتصوير الإشعاعي باستخدام الباريوم .

العلاج :

يتم تقييم الحالة بعد إدخال منظار التعريجة الأسيية ، وعند الشك في وجود الغنغارينا يجب إجراء التدخل الجراحي السريع ، وإذا تم وجود الغنغارينا فإن الجزء المصاب يجب استئصاله وعمل تَفْوَهَ قولوني عملية هارثمان ، أما إذا لم تكن الغنغارينا قد حدثت بعد فإن إرجاع المتعرجة الأسيية إلى سابق وضعها يكفي على أن يتم استئصال هذا الجزء في عملية أخرى بعد فترة زمنية .. أما إذا تم التأكد عن طريق المنظار بعدم وجود غنغارينا بالقولون فإن استخدام المنظار يمكن من إرجاع التعريجة الأسيية لسابق حالها دون تدخل جراحي ويمكن خفض الضغط داخل القولون بواسطة المنظار على أن يتبع ذلك إجراء استئصال جراحي لذلك الجزء المتدلى من التعريجة الأسيية بعد أسبوع إلى أسبوعين .

(ب) إنثناء الأعور :

نتيجة لعدم قوة ثبات الأعور ونهاية اللغائفي كذلك الجزء الأول من القولون الصاعد قد يحدث انثناء الأعور حول محور المساريقا الحاوي للشريان اللغائفي الأعوري مما ينتج عنه انسداد نهايتي هذا الجزء من الأمعاء مع حدوث انسداد بالأوعية الدموية المغذية لهذا الجزء أيضا ، وقد يحدث ذلك في أي سن ولكن حدوثه يكثر في سن 35 - 30 سنة .

أعراض وسمات المرض :

تشابه أعراض وسمات انسداد الأمعاء ألم بطني شديد بمنطقة الصرة ، غثيان ، وقئ متبوع بانتفاخ بطني والألم بداية مغص متقطع قد يصبح ثابتا ، يتبعه بعد فترة إمساك كامل مع انتفاخ بطني شديد وزيادة رنين البطن خاصة بالجزء البطني الأسفل الأيمن .

وتصوير البطن إشعاعيا قد يوضح اتساع بجزء من الأمعاء بيضى الشكل بوسط

البطن مع اتساع انتفاخ بالأمعاء الدقيقة ، والأمعاء الغليظة عادة ماتكون فارغة والتصوير باستخدام الباريوم عن طريق الشرج قد لاحتاجه ولو أنه سيوضح مكان الانسداد .

العلاج :

يجب إجراء التدخل الجراحي فور التمكن من تحضير المريض لذلك ، وإرجاع الأعور إلى محله الطبيعي وتثبيتته بعد التأكد من حيويته كافيًا .

أما حال عدم التأكد من حيوية الأعور فإن استئصال الأعور مع القولون الصاعد وعمل تقمم بين اللفائفي والقولون المستعرض يجب أن يعمل .

ويجب إبقاء التفوه لللفائفي للحالات الصعبة فقط وكبار السن الذين لا يستحملون انعمليات الصعبة .

7 - إنغماد الأمعاء الغليظة INTUSSUSEEPTION

الإنغماد يعنى تداخل جزء من الأمعاء داخل جزء آخر ، وهو أحد أكثر أسباب الانسداد المعوي خاصة عند الأطفال ولكنه نسبيا غير شائع بالنسبة للبالغين .

وبينما قد لا يكون هناك أى سبب عضوى لإنغماد الأمعاء فى الأطفال ، لكن فى معظم الأحيان يوجد سبب عضوى للإنغماد عند البالغين ، وللإنغماد أربعة أنواع هى :

1 - إنغماد الأمعاء الدقيقة .

2 - إنغماد اللفائفي بالأعور .

3 - إنغماد اللفائفي بالقولون .

4 - إنغماد القولون بالقولون .

والنوعين الثانى والثالث أكثر أنواع الإنغماد حدوثا ، وأكثر الأسباب المؤدية للإنغماد عند البالغين هى الأورام السرطانية فى الأمعاء الغليظة ، والأورام الحميدة فى الأمعاء الدقيقة .

وفى حديثى الولادة تكون أعراض المرض كلاسيكية مخص بطنى مفاجئ متقطع ، مع مرور مخاط مختلط بدم عن طريق الشرج ويمكن بالفحص الاستدلال على وجود ورم بطنى مصحوب بقئ .

وقد تحدث نفس الأعراض فى الأطفال الكبار أو البالغين ولكنها ليست مفاجئة مع طول الفترات بين المغص البطنى الذى قد يبلغ أياما ، ويصعب تشخيص الإنغداد عند البالغين لأنه كثيرا ما يتم رجوع الإنغداد ذاتيا تاركا خلفه سمات قليلة جدا . وإصابات القولون الإنغدادية أسهل اكتشافا ، واستخدام الأشعة السينية مفيد فى الوصول للتشخيص والعلاج عند حديثى الولادة والرضع . فيجب أن تعطى فرصة إمكانية إرجاع الجزء المنغمد من الأمعاء باستخدام الباريوم عن طريق الشرج إلا إذا تم اكتشاف حدوث مضاعفات للإنغداد ، أو إذا كان قد مضى على حدوث الإنغداد أكثر من 24 ساعة ، وتصوير البطن باستخدام الباريوم وبدونه يمكن ملاحظة ميزات تدل على حدوث الإنغداد وإنسداد الأمعاء .

العلاج :

عادة يكفى فى حالات الرضع الإرجاع الجراحى للجزء المنغمد من الأمعاء . وفى الحالات التى لا يمكن إرجاع الجزء المنغمد أو إذا حدثت غنغاريننا الأمعاء فإن إستئصال الجزء المصاب وعمل تفعم مباشر يجب القيام به .

أما فى البالغين ، فإن إستئصال الجزء المصاب وعمل تفعم مباشر عادة يكون كافيا إذا كانت الإصابة بالقولون الصاعد ، أما إذا كانت الإصابة بالقولون النازل فإن إستئصال الجزء المصاب وعمل ناصور قولونى يفضل على أى تفعم مباشر ، على أن يتم ذلك مؤخرا .

وإذا كان السبب ورم سرطانى فإن العلاج يتبع علاج الورم السرطانى .

8 - القولون المتضخم MEGACOLON

يعنى تضخم القولون اتساعه المزمن ، طوله ، وتضخم وغلظ جداره ، وقد يكون خلقيا أو مكتسبا ، وقد يكون له سبب عضوى أو غير معروف السبب ، والقاسم المشترك بين أنواع القولون المتضخم هو الانسداد الجزئى المزمن للقولون المصحوب بإمساك مزمن ، وبصفة عامة فإن درجة تضخم القولون تتناسب مع طول فترة الانسداد الجزئى .

(أ) القولون المتضخم الخلقى أو مرض هيرشزبرونق HIRSCHSPRUNG

وهو نتيجة لعدم وجود الخلايا العقدية بالصفائير العضلية العصبية بالأمعاء ، وأكثر

الأجزاء إصابة هو التعرّيجة الأسيّة بالقولون والمستقيم ولكن غياب الخلايا العقدية قد يكون أكثر من ذلك ، فقد يصيب كل القولون والاضطراب الوظيفي الذي يحدث هو عدم تمكن الجزء المصاب من الإنبساط ليسمح للموجات التمعجية بالمرور ، وبذلك يسبب انسداد جزئي مع ارتجاع وارتداد للبراز الذي يتسبب في تضخم القولون أعلى الجزء المصاب . وهذا المرض يصيب الرضع والأطفال الصغار . ولكنه قد يبقى مختلفيا ولا يظهر إلا متأخرا . ولذا ينصح بضرورة فحص عينات من القولون عند إجراء أى عمليات للقولون المتضخم أو انتشاء القولون وذلك لتحديد وجود الخلايا العقدية العصبية أو عدم وجودها .

(ب) القولون المتضخم المكتسب :

يحدث تضخم القولون المكتسب نتيجة لأي مرض آخر قد يصيب الجهاز العصبي داخل الطبقة العضلية بجدار الأمعاء كمرض شاقز "Chagas" ، أو نتيجة للإنسداد الميكانيكي للجزء السفلي من القولون ، وأكثر أسباب ذلك التضيق التالي للعمليات الجراحية ، أو نتيجة للاضطرابات العصبية كالشلل النصفى أو شلل الأطفال ، وقد يكون نتيجة للاضطرابات النفسية وقد لانتمكن من ايجاد أى سبب له .

ويتم توجيه العلاج حسب السبب خاصة عندما يحدث إمساك شديد ، أو الارتصاص المتكرر للبراز أو الانتشاء القولوني ، ويعالج ذلك بالإستئصال شبه الكلى لقولون مع عمل تغمم بين اللفائفي والمستقيم ، أما إذا كان تضيق جزء من القولون هو السبب فإن استئصال الجزء المتضيق وعمل تغمم مباشر هو الاجراء المفضل .. وفى بعض الحالات فإن الإهتمام التمريضى والنصائح التعليمية قد تساعد فى الشفاء .

9 - الإنحسار والإرتصاص البرازى FECAL - IMPACTION

وهو تجمع وتوقف البراز فى المستقيم أو القولون ، وحيث أن القولون يقوم بتجفيف البراز عن طريق امتصاص الماء ويزداد ذلك كلما زادت فترة بقاء البراز بالقولون ، وعندما لايمكن البراز من التقدم طبيعيا فإن الكتلة البرازية تزداد كمية وجفافا . وقد يكون ذلك بعد استخدام مادة الباربيوم فى تصوير الأمعاء وإرتجاعها وإستخدام كربونات الكالسيوم لعلاج القرحة الهضمية فمع امتصاص الماء تكتسب هذه المواد صلابة الأحجار ، وقد يكون السبب بعض إصابات فتحة الشرج كشرخ الشرج ونواصيرها أو التخثر الدموى بالبواسير .

أعراض وسمات المرض :

أكثر الأعراض حدوثاً هو المرور المتعدد لكميات بسيطة من البراز الرخو ولكن بدون انتهاء الرغبة في التبرز أو الرغبة في التبرز وعدم التمكن من امرار البراز . أما في المصابين بفقدان الحساسية بمنطقة الشرج كالشلل أو المصابين باضطرابات نفسية فقد لا يتمكن من معرفة المرض حتى تحدث مضاعفاته ، وقد يظهر المرض بانسداد الأمعاء الغليظة ، وقد تسبب الكتلة البرازية الصلبة في خدش وتقرح القولون أو المستقيم مع نزيف شرجي ، وقد يحدث انثقاب القولون مع إلتهاب صفاقي حاد .

وبفحص المريض شرجياً يمكن التأكد من وجود الكتلة البرازية المرتصة السادة للقولون أو المستقيم .

وتعالج الحالة عن طريق إدخال الزيوت المعدنية عن طريق فتحة الشرج والإنتظار لمدة ليلة كاملة ، بذلك يمكن علاج معظم الحالات ، وقد تتم محاولة تكسير الكتلة البرازية بيد الفاحص ، أو إعطاء بعض قاتلات الألم لإزالة تشنج فتحة الشرج إذا كان السبب بعض إصابات فتحة الشرج .

10 - أورام القولون

(أ) السلائل المخاطية POLYPS

كتلة نسيجية تبرز من الطبقة المخاطية المبطننة للقولون إلى تجويف القولون ، وهي مصطلح تشريحي وليس مجهري أو مرضي أي أنه لايعنى مرض بعينه ولا تركيبية مجهرية بذاتها . ولكن بعد إستئصال هذه السلائل وفحصها مجهرياً فإن لها أنواع ، أهمها :

سلائل مخاطية إلتهابية حميدة لمفية وأشباه السلائل المخاطية ، كالتى تظهر مع إلتهاب القولون المتقرح وسلائل بتز جيقار Peutz Jegher ، وسلائل الأحداث ، وسلائل ورمية كالسلائل الغدية والسلائل الحلمية والسلائل التضخمية ، .

1 - سلائل الأحداث JUVENILE

وتسمى أيضا بالسلائل المخاطية أو السلائل المنحسرة ، وقد تكون سلائل إلتهابية ،

تحدث بشكل أساسي عند الأحداث وقد تحدث أيضا عند صغار البالغين ، ولا تحدث دون سن السنة الواحدة ، وأكثر حدوثا حول سن الخامسة ، وأكثر حدوثها فردية ولو أنه يمكن أن تحدث بشكل متعدد ، وللمرض أسس وراثية ورغم أن حدوثها بشكل أساسي بالقولون والمستقيم فإنها قد تصيب الأمعاء الدقيقة أو المعدة .

وعادة مايكون لهذه السلائل سيقان ونادرا ماتكون قاعدة وهي دائرية ناعمة حمراء إلى بنية اللون وعادة مايغطيها المخاط ويفحصها مجهريا نجد أن سيقانها مغطاة بنسيج مخاطي كالذى يبطن جدار القولون أما الجزء المنتفخ الدائري فيغطي بطبقة واحدة من خلايا كاسية وعادة مايكون ملتها ومتقرحا وقد توجد أنسجة محببة مع حزم من الأنسجة الليفية تبرز مع الساق وتمتد في انتفاخ السليلة المخاطية .

وأعراضها : نزيف شرجي مختلط بالبراز ، مع فقر الدم ، وقد تبرز السلائل من الشرج يصفها الوالدين كثمرة الكرز ، ويمكن التأكد من التشخيص بمناظير القولون أو باستخدام التصوير الإشعاعي ، ويجب إستئصالها عن طريق المنظار إذا كان ذلك ممكنا وفحصها مجهريا .

2 - السلائل الغدية ADENOMATUS

وتسمى كذلك بالأورام الغدية الأنبوبية ، وهي أكثر الأورام حدوثا بالقولون والمستقيم وهي ماعدا في حالات السلائل المخاطية العائلية نادرة الحدوث قبل سن العشرين وتزداد نسبة حدوثها مع التقدم في السن .

ويعتقد بحدوثها في حوالي 5% من البالغين ، وقد تحدث في أى جزء من القولون والمستقيم وعادة ماتكون لها سيقان وهي أورام صلبة وتختلف في أحجامها من 1 مم إلى عدة سنتيمترات . ويمتاز الجزء المنتفخ منها بأنه مقسم إلى فصوص غير منتظمة .

والفحص المجهري للسيقان يظهر أنها تحوى أوعية دموية وأنسجة ليفية من النسيج لضم بالوسط ويغطيها نسيج مخاطي مماثل لذلك المبطن للقولون مما يدل على أن هذه لسيقان ليست جزء من الورم وأنها عبارة عن استجابة للشد الذى تحدثه الموجات لمتعجية للسلائل المخاطية ، وقد تحوى السلائل عناصر زغبية وتركيبية غدية أو أنبوبية ، وقد تظهر الأورام الغدية تغيرات سرطانية ميكروسكوبية مما يطلق عليها سرطان موضعى ، وحال التمكن من إيجاد إختراق سرطاني تحت الطبقة العضلية المخاطية فإن الحالة تشخص على أنها سرطان حقيقى مخترق . ونادرا مايخترق الورم السرطاني ساق

السليلة أو قاعدتها ، ولا يحدث أى انتشار للسرطان قبل اختراقه للجزء العضلى بالطبقة المخاطية .

وقد تتسبب هذه السلائل فى نزيف شرجى ، بروز السليلة عن طريق الشرج ، أو إنغماد معوى ، وقد لا تكون هناك أية أعراض ، ويتم اكتشاف الحالة مصادفة أثناء إجراء المناظير أو التصوير الإشعاعى للقولون .

3 - السلائل الغدية الزغيبية VILLOUS ADENEMA

هذه السلائل المخاطية تسمى أيضا بالأورام الغدية الحلمية وذلك بسبب شكلهم الخاص المشابه للبروز الدرقي ، وهى أكثر حدوثا بالمستقيم ، وتزداد نسبة الإصابة بها فى العقد السادس من العمر ونادرة الحدوث قبل سن الخامسة والأربعين .

والسلائل ذات قواعد عريضة . وهى ناعمة ، وإذا كان بها مناطق صلبة فعادة تعنى تغير سرطانى ، ولونها باهت أو شبيه بلون الغشاء المخاطى المبطن للقولون .

وتظهر هذه السلائل الزغيبية بنزيف شرجى مختلط بالمخاط مع شعور بعدم الإفراغ الكامل للبراز ، وكثيرا مايحدث انسداد معوى جزئى مع إمساك ومغص بأسفل البطن ، وقد تكون الأعراض خروج براز كثير مخاطى مائى مع ضعف عضلى شديد ، وفقدان بالوزن ، وذلك نتيجة لفقدان سوائل وأملاح بالمخاط المفرز من الورم ، مع هبوط بمستوى البوتاسيوم بالدم وكذلك نقص بالكور والبروتين وزيادة البوليينا .

والتشخيص يتم باستخدام مناظير القولون مع أخذ عينات من الورم من أماكن مختلفة خاصة بقاعدة الورم ، وقد نحتاج للتصوير الإشعاعى باستخدام الباريوم للتشخيص .

العلاج :

يعتمد العلاج على موضع وحجم الورم وجود اختراق سرطانى من عدمه ، ويجب إستئصال الأورام الصغيرة وغير السرطانية عن طريق المناظير ، والإستئصال الجراحى عن طريق فتح التجويف البطنى للأورام الكبيرة أو التى بها دلالة على الاختراق السرطانى .

أما الإصابات التى تحدث بالمستقيم فيتم الإستئصال الموضعى للأورام الصغيرة وغير السرطانية ، أما الأورام الكبيرة أو التى بها اختراق سرطانى فإن الإستئصال البطنى

العجاني ضرورى ، ويجب إجراء المتابعة الدقيقة لأى حالة يتم إستئصال الورم بها موضعيا .

4 - السلائل الغدية العائلية FAMILIAL POLYPOSIS

مرض وراثى نادر يتميز بظهور سلائل مخاطية غدية أنبوبية متعددة بالقولون والمستقيم فى سن مبكرة ، وإذا لم تعالج فإنها قاتلة لأنها تتغير إلى أورام سرطانية ، ويصيب المرض الذكور والإناث بدرجة واحدة وكلاهما ينقل المرض ويورثه فزواج حامل للمرض مع آخر غير حامل للمرض ينتج عنه إمكانية إصابة 50% من الأطفال الذين يستطيعون توريث هذا المرض للجيل التالى . وهذه السلائل عادة مالا تكون موجودة أثناء الولادة ولكنها تبدأ فى الظهور عند سن الثالثة عشر من العمر مع زيادة الظهور حتى سن الواحد والعشرين حين يصبح كل القولون والمستقيم مغطى بمئات أو آلاف من السلائل المخاطية ، ولايصيب المرض الأمعاء الدقيقة ، ويبدأ عادة بالمستقيم والجزء السفلى من القولون ، وإذا لم تعالج الحالة أو تموت لسبب آخر فإن التحول السرطانى أكيد .

ومنطقيا فإن إصابة الأمعاء الغليظة بألف سلية مخاطية يجعل نسبة التغير السرطانى حتى وإن كانت واحد فى الألف تصيب القولون بالتغير السرطانى فمابالك إذا كانت السلائل المخاطية آلاف .

وقد لا يكون للمرض أية أعراض ، وقد تكون أعراضه مجرد ضيق بطنى متقطع وقد يكون أول الأعراض هو أعراض التغير السرطانى . وقد تظهر أعراض مثل مرور براز رخو مصبوغ بالدم وبه كمية كبيرة من المخاط مع فقدان الوزن وفقر الدم وهزال عام ، وقد تبرز أحد السلائل الكبيرة عن طريق الشرج متسببة فى انسداد الأمعاء جزئى أو كلى وقد تكون سببا فى الإنغماد المعوى .

ويتم تشخيص الحالة باستخدام المناظير القولونية أو باستخدام التصوير الإشعاعى ، ويجب أخذ عينة من الإصابة وفحصها مجهريا .

العلاج :

يجب إستئصال كل السلائل حال تشخيصها خوفا من التحول السرطانى ، ولكن أكثر الطرق أمنا هى الإستئصال الكلى للقولون أو الإستئصال الكلى للقولون والمستقيم والشرج عن طريق الفتحة البطنى العجاني مع عمل ناصور لفائفى دائم خارجى .

وأى محاولة لإبقاء جزء من القولون أو المستقيم هي عملية محفوفة بالمخاطر .

5 - متلازمة قاردنر GARDNER

أكثر ندرة من السلائل الغدية العائلية وتتميز بوجود سلائل قولونية لها خاصية التغير السرطاني وأورام عظمية حميدة أو نمو عظمي بارز غير طبيعي بعظم الفك أو الجمجمة مع أكياس أدمية أو أكياس دهنية متعددة وأورام ليفية بشكل رئيسي في الجروح البطنية . وقد تظهر كل العلامات المصاحبة قبل ظهور السلائل القولونية والسلائل القولونية أكثر عددا وانتشارا في متلازمة قاردنر أكثر منه في السلائل الغدية العائلية .

وقد تحدث السلائل في الأمعاء الدقيقة ، وقد تحدث بعد سن الثلاثين أو الأربعين ، أما احتمال التغير السرطاني فيأتي كذلك متأخرا وقد يكون لذلك السبب اعتبار التغير السرطاني أقل في متلازمة قاردنر منه في السلائل العائلية . وقد يكون المرضان واحد بحيث تظهر بأحدهما السلائل فقط وتظهر بالآخر الإصابات المصاحبة خارج القولون ، وقد تكون كذلك متلازمة ، تيركوت Turcot ، التي تحدث فيها أورام الجهاز العصبي مصاحبة للسلائل المخاطية بالقولون أحد أنواع متلازمة قاردنر .

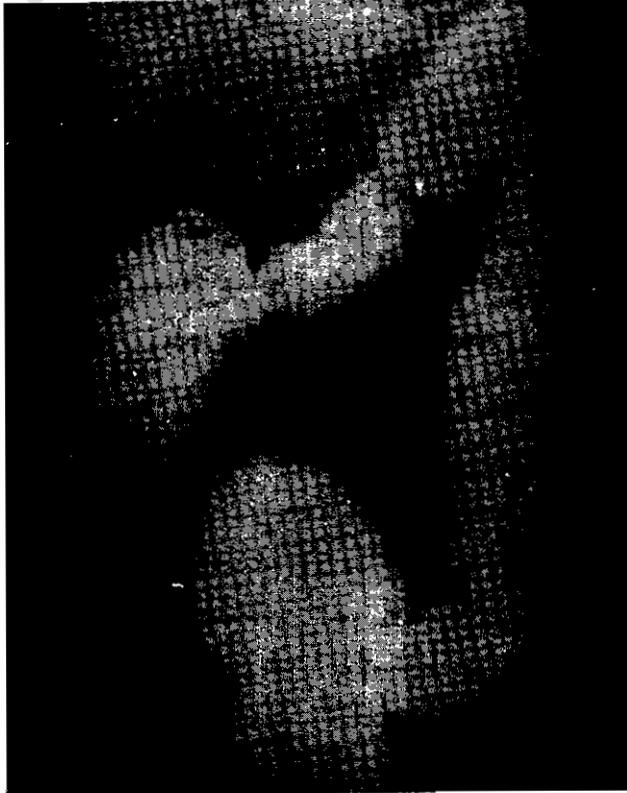
وتعالج السلائل المخاطية بمتلازمة قاردنر بنفس الطريقة التي تم شرحها لعلاج السلائل المخاطية الغدية العائلية ، أما الإصابات المصاحبة خارج القولون فتعالج بنفس الطريق الذي تعالج به إذا حدثت بنفسها أي بدون السلائل المخاطية .

(ب) سرطان القولون والمستقيم CANCER COLON

تتنافس الأمعاء الغليظة والرئتين على احتلال مكان الصدارة كمكان للإصابة بالأورام السرطانية ، وتحتل الأمعاء الغليظة ثانياً أكبر مكان يتسبب في الوفاة نتيجة الإصابة بالأورام السرطانية عامة . وسرطان القولون والمستقيم مرض يصيب كبار السن ولكنه قد يحدث في أي سن ، وتختلف الأورام السرطانية بالجزء الأيسر من القولون عن الجزء الأيمن منه . ويلاحظ زيادة نسبة الإصابة بسرطان القولون الصاعد ونقص تلك النسبة في الإصابة بسرطان القولون النازل والمستقيم ، وتأتي هذه الاختلافات لها أسس خلقية فكلا الجزئين ينشأ من مكان مختلف أثناء نمو الجنين وتخلقه ، كذلك الاختلاف في الدم المغذى لكل جزء ووظيفة ومحتويات كل جزء من القولون ونوع الإصابة السرطانية والأعراض الإكلينيكية ، طرق التشخيص ونوع العلاج .

فالإصابات السرطانية بالقولون الأيمن ضخمة ، سريعة النمو ، متقرحة ، وتبرز بتجويف القولون ، وعادة ماتتسبب في فقر الدم ، الضعف مع كتلة ورمية بالجزء السفلى الأيمن من البطن (شكل 2/9) .

أما الإصابات السرطانية بالقولون الأيسر فهي دائرية تحيط جدار القولون تتسبب في الإنسداد المعوي ، إسهال ، إمساك أو تعاقب بين إمساك وإسهال . مع وجود دم مختفى بالبراز أو نزيف شرجي واضح ، ويتميز البراز بكونه ذو قطر صغير « قلمي الشكل » ، وقد يكون الإنسداد قليلا ، متقدما ، أو كلي ، ولعل أهم الأمور التي يجب مراقبتها هي التغير في طبيعة وظائف الأمعاء ، دم مع البراز ، الألم ، فقر الدم ، ويجب أن تكون القاعدة « أن تغير في وظائف الأمعاء الغليظة يحتاج إلى فحص وتدقيق إذا كان المعنى أكبر من 40 سنة » كذلك الدراسات الإشعاعية باستخدام الباريوم ضرورية للتأكد من التشخيص (شكل 3/9) .



(شكل 2/9)



(شكل 3/9)

ويتم التشخيص بعد فحص المريض ، واستخدام مناظير القولون وأخذ عينات من أية إصابة يتم اكتشافها ، ويجب عدم قبول البواسير على أنها السبب الوحيد لأعراض المريض حتى يتم الفحص الكامل للأمعاء الغليظة والتأكد من عدم إصابتها بأى مرض آخر .

ويسبب سرطان القولون في انسداده في كثير من الحالات ، أما انثقاب القولون إذا حدث مع سرطان القولون فإن ذلك خطر محقق يهدد حياة المصاب . وحيث أن انثقاب القولون أكثر خطرا وأكثر عجلة حيث أنه يؤدي إلى إلتهاب صفاقي نتيجة تلوث الصفاق بالبراز ومحتوياتها ، وعليه فيجب علاج الثقب أولا ولو أن علاجهما معا إذا كان ذلك ممكن أفضل .

والإستئصال الجراحي هو العلاج الوحيد الذى يقبل كعلاج شفائي لسرطان القولون والذي يجب أن يتم فور التأكد من التشخيص وإنما كان السرطان متسببا إنسداد وحالة المريض لاتسمح بإجراء إستئصال جراحي فإن إزالة الإنسداد عن طريق عمل تفوه

انمصاب عند التمكن يجب أن يجرى حتى في حالات الانتشار البعيد للسرطان مثل إصابة الكبد مثلا .. فذلك يعنى إيقاف النزيف ، ومنع الإنسداد والانتقاب القولونى وتكون نواصير القولون والتهاباته كذلك يمنع الإفرازات الكريهة المستمرة من القولون ، بل ويجب محاولة إزالة بعض الإصابات الثانوية مثل الإصابة الأحادية بالكبد إذا كان ذلك ممكنا ، كذلك يجب محاولة إزالة كل الكتلة الورمية المحيطة بالإصابة القولونية قدر الإمكان فذلك أفضل من تركها أو ترك جزء من الإصابة القولونية .

أما العلاج بالمواد الكيماوية فلازال يفتقر للدواء المثالى ولو أن الكثيرين يستعملون فلورويوراسيل 5 Flurouracil ويتفاعل البعض باستخدامه ، ويجب عند إستئصال الأورام السرطانية بالقولون مراعاة مايلى :

- 1 - الإنتشار الجدارى للسرطان القولونى مما يتوجب إستئصال جزء كاف من القولون حتى التأكد من أن الجزء المتبقى خاليا من الإنتشار السرطانى .
- 2 - الإستئصال قدر الإمكان لكل الغدد اللمفية المجاورة والمصابة لأن ترك غدد وأوعية مصابة يقلل نسبة الحياة لمدة خمس سنوات بعد إجراء الإستئصال إلى .
- 3 - الإنتشار الوريدى حيث يكتشف أن السرطان القولونى ينتشر عن طريق الدم الوريدى خاصة عند مسك والتعامل مع الجزء المصاب أثناء العملية يجعل الاهتمام بالأوعية الدموية ضرورى أثناء إجراء العملية .
- 4 - الإنتشار المباشر عن طريق اختراق جدار القولون وإصابة الأعضاء المجاورة له ويجب إستئصال الورم حتى ولو كان منتشر موضعيا ومحاولة إستئصال مايمكن إستئصاله من إصابات مجاورة .
- 5 - الإنتشار الصفاقى ويعنى إنتشار بعامة التجويف الصفاقى ، وهذا يعنى أن الإصابة غير ممكن شفاءها .

وعملية السرطان الجيدة هى تلك التى يتم بها إستئصال الورم السرطانى مع جزء من القولون المصاب حسب الإمكان أو حسب ماينطلب وكل الأوعية الدموية واللمفية المغذية لذلك الجزء .

أما سرطان الجزء السفلى من المستقيم وفتحة الشرج فإن عملية « مايل Mile »

والتي تتكون من الإستئصال البطني العجائى هى العلاج المثالى والتي نشرها سنة 1908م وإقترح النقاط التالية لإتمام العملية :

- 1- ضرورة خلق فتحة شرج بطنية .
- 2- إستئصال كل القولون داخل الحوض لأن الأوعية الدموية واللمفية المغذية له تشارك فى الإنتشار العلوى للورم .
- 3- يجب أيضا إستئصال كل مساريقا قولون الحوض والتي تقع تحت تقاطعه مع الشريان الحرقفى الرئيسى مع جزء من الغشاء الصفاقى أيضا .
- 4- إزالة كل الغدد اللمفية حول تفرع الشريان الحرقفى الرئيسى .
- 5- الإستئصال العجائى يجب أن يكون أوسع ما يمكن لاستبعاد أى امكانية للإنتشار السفلى .

ويمكن تقسيم سرطان القولون إلى خمسة درجات حسب وجود الورم وإصابات الغدد اللمفية والإنتشار البعيد له .. فالدرجة الأولى عندما يكون الورم موضعيا بالطبقة المخاطية للقولون بدون غدد لمفية مصابة ولا إنتشار بعيد للورم . والدرجة الثانية عندما يكون لايزال الورم بمكانه بالقولون دون انتشار للغدد اللمفية أو بعيدا عنها .. أما الدرجة الثالثة فعندما يتسع الورم بالقولون دون أى إنتشار للغدد اللمفية أو بعيدا .. والدرجة الرابعة عندما ينتشر الورم للغدد اللمفية القريبة ولا ينتشر بعيدا .. أما الدرجة الخامسة فيكون فيها الورم السرطانى منتشر بالغدد اللمفية وبعيدا منها بالكبد مثلا .

(ج) الأورام اللمفية الحميدة والسرطانية :

الأورام اللمفية الحميدة تحدث بالمستقيم والقولون كتضخم بالأنسجة اللمفية بالطبقة المخاطية المبطنة لقولون مشابه للسلائل المخاطية وعادة تكون أحادية وقد تكون ثنائية أو أكثر وليس لها أى خاصية للتحويل لأورام سرطانية ، وإستئصالها علاج كاف . أما الأورام اللمفية السرطانية فقد تصيب القولون والمستقيم كجزء من إصابة جسمية عامة أو إصابة خاصة . وقد تصيب جزء فقط من القولون وقد تنتشر لتصيب كل القولون ، وأعراضها : ألم بطنى ، فقدان شديد بالوزن ، وتغير بوظائف الأمعاء الغليظة ، ويمكن إحساس ورم

بطنى عند الفحص ، والتصوير الإشعاعى وإستخدام المناظير القولونية يمكن من تشخيص الحالة بعد أخذ عينات وفحصها مجهريا .

وإذا كانت الإصابة جزء من إصابة جسمية عامة فإنه لاعلاج جراحى يمكن عمله . والإصابة القولونية تستجيب للعلاج الإشعاعى والكيمائى ، أما الإصابات التى تكون بالأمعاء الغليظة فقط فهى مدعاة للتدخل الجراحى ويجب إستئصال الجزء المصاب مع المساريقا والغدد اللمفية والأوعية الدموية واللمفية المتعلقة بالإصابة قدر الإمكان ، والجدل لازال يدور حول استخدام العلاج الإشعاعى بعد العمليات الجراحية من استخدامه مباشرة بعد العملية إلى انتظار إمكانية معاودة الورم السرطانى واستخدام الأشعة آنذاك .

(د) بطانة الرحم القولونية ENDOMETRIOSIS

حدوث أنسجة مشابهة تماما لبطانة الرحم فى جزء من القولون ، وهذه الإصابات تعمل كبطانة الرحم تماما أى أنها تقوم بالدورة الشهرية ، وحيث إنه لامخرج لهذا الدم اتنازف فإن أكياس مملوءة بالدم تتكون وإنفجار مثل هذه الأكياس وتسرب محتوياتها يسبب تليف ، وقد تتسرب بعض الخلايا لنزوع فى أماكن أخرى وتنمو وتسبب نفس الإصابة مما يسبب إنتشار عملية التليف ، وأكثر الأماكن إصابة هى الأماكن القريبة من الرحم ، وتحدث أعراض عند فترة النزيف وقد تكون أعراض دائمة ، وأكثر الأعراض حدوثا هى ألم مع العادة الشهرية مع عدم انتظامها ، وضيق شرجى أو ألم ، مع التبول . وأقل من ذلك نزيف الشرج وأعراض الانسداد المعدى الجزئى ، وقد يكون كاملا . وكثيرا ماتصاب هؤلاء النسوة بالعمم . ويمكن بالفحص الشرجى والمهبلى واستخدام مناظير القولون أو مناظير التجويف الصفاقى الإستدلال وتشخيص الحالة ، كذلك يمكن استخدام التصوير الإشعاعى للقولون وباستخدام الباريوم . وتعالج الحالة فقط إذا أدت إلى أعراض مضايقة للمصابة ، ويجب استخدام الهرمونات المانعة للحمل فهى قد تساعد على الإقلال من الإصابة . أما إذا كان ذلك غير ممكن فإن استئصال الرحم وقتائى فالوب مع المبيضين قد تكون ضرورية ، وإستئصال القولون عملية غير مطلوبة .