Solitary rectal ulcer syndrome

Mostafa Farouk Ali Ragab

التبرز هو عملية إخراج الفضلات الصلبة و شبه الصلبة من الجهاز الهضمي عبر الشرج . يبلغ طول المستقيم 15 سم و يبصل بالقولون المنحني عند الانحناء الواصل بينهما و ينتهي عند القناة الشرجية التي يبلغ طولها من 1.5 – 3 سم.المستقيم هو منطقة تخزين الفضلات الصلبة لإخراجها من الجسم ، و تفتح القناة الشرجية و فتحة الشرج فقط عند التبرز و تبقي مغلقة في غير ذلك بواسطة العضلات الشرجية القابضة الداخلية و الخارجية ، و تكون العضلة الداخلية تحت سيطرة الجهاز العصبي التلقائي اللاإرادي بينما تكون العضلة الخارجية تحت سيطرة الجهاز العصبي الإرادي.تهدف المقالة الحالية إلى التعرف على أسباب و تشخيص و علاج قرحة المستقيم المنفردة مع التركيز على الجديد في هذا الأمر الهام.يبدو مصطلح متلازمة قرحة المستقيم المنفردة خاطئاً حيث توجد القرح في 40 % فقط من المرضى بينما يكون لدى 20 % من المرضى قرح منفردة ، كما أن هناك تصورات بأن المرض يصيب القولون المنحني.السبب الكامن وراء هذا التقرح هو نقص التغذية الدموية لجدار القولون الذي قد ينتج عن حالات عديدة مثل إنغلاف المستقيم و السقوط الشرجي المترتب عليه و حالات انسداد المخرج الحوضي و كذلك الإصابة الموضعية للمستقيم .التغيرات النسيجية تشمل الانسداد الليفي للنسيج الضام و تشوه الطبقة العضلية و التغيرات التجديدية.حوالى 26 % من المرضى لا يعانون من أعراض و يكتشف المرض عرضياً أثناء فحوص أخرى ، و تتفاوت مدة ظهور الأعراض من 3 شهور إلى 30 سنة.المرض يصيب عادة البالغين الشباب في العقد الثالث من العمر في الرجال و الرابع في النساء إلا أنه يوجد في الأطفال و الشيوخ ، و يصاب الرجال و النساء بدرجة متساوية مع زيادة طفيفة في النساء.يشكو المرضى عادة من الإخراج الشرجي للمخاط و الدم عند التبرز ، و تتفاوت كمية الدم من كمية بسيطة إلى نزيف شديد يتطلب نقل الدم ، و من الشكاوى الأخرى مثل الزحار و الإجهاد و تغير عادات التبرز و الانفلات الشرجي و الإحساس بعدم الإفراغ الكامل ، و قد تبرز زائدة عبر الشرج.في الأطفال أوضحت دراسة حديثة أن النزيف كان موجوداً في كل الحالات كما وجد إخراج المخاط و الإمساك و الزحار و السقوط الشرجي في نسب متفاوتة من الحالات.قد يكشف منظار البطن عن احمرار الغشاء المخاطي إلى قرح صغيرة أو كبيرة إلى زوائد متفاوتة الحجم و العدد ، ظاهرياً تبدو القرحة منخفضة مع احمرار الطبقة المخاطية المحيطة ، و توجد عادة في الجدار الأمامي من المستقيم على مسافة من 5-10 سم من فتحة الشرج و يتفاوت حجم القرحة من 0.5 إلى 4 سم.و بالنظر إلى هذا التفاوت الواسع يجب التأكد من التشخيص عن طريق العينة النسيجية لاستبعاد الأمراض الأخرى ومنها السرطان ، تصوير الإخراج مفيد جداً للتعرف على السقوط الشرجي و الإنغلاف الشرجي .أشعة الباريوم الشرجية قد تظهر تضيق الشرج أو تحبب الطبقة المخاطية أو تسمك ثنايا المستقيم ، الموجات الصوتية على المستقيم قد تميز المرض من غيره من الحالات.قياس الضغط الشرجي لا يبدو ذا قيمة في إضافة معلومات مفيدة عن المرض.علاج المرض يعتمد على شدة الأعراض و على وجود السقوط الشرجي من عدمه ، عند غياب الأعراض يكتفى بتعديل السلوك ، و يجب الالتفات إلى ان الهدف من العلاج التخفيف من الأعراض ، و من خيارات العلاج الأخرى تعليم المرضى و الأدوية الموضعية مثل الكورتيزون و السلفا و هناك أيضاً التغذية الحيوية المرتدة.كما تم استخدام تجلط البلازما بواسطة الأرجون لعلاج النزيف الناتج عن القرحة و يبقى العلاج الجراحي حلاً نهائياً في الحالات الشديدة أو التي لا تستجيب للعلاجات السابقة.