

تعتبر فتحات الكلوستومى (فتحة الاخراج من البطن) وهو تحويل مسار الفضلات الى جدار البطن من الوسائل التى قل استخدامها فى العقد الاخير وهذه الطريقة كانت شائعة الأستخدام ومازالت فى بعض المراكز الطبية مجالات استئصال الاورام الشرجية وحالات الناصور الشرجى المرتفع. اما بالنسبة لحالات الاورام الشرجية المنخفضة فكانت الصعوبة فى توصيل القولون بالقناة الشرجية بعد استئصال الورم، اما الآن فقد اصبحت هذه الوصلات بسيطة باستخدام الدباسات الجراحية التى يمكن عن طريقها اىصال الامعاء بالقناة الشرجية مع الحفاظ على العضلات القابضة للشرج فيتمكن المريض من الاخراج بالصورة الطبيعية والتحكم فى عملية الاخراج. اما بالنسبة للناصر الشرجى المرتفع فقط ثبت علميا بأن تحويل مجرى الاخراج الى البطن لا يغلق الناصور تلقائيا ولكن معرفة اتجاه الناصور والصفة التشريحية للعضلات عن طريق الوسائل الحديثة للتشخيص مثل اشعة الرنين المغناطيسى والسونار الشرجى ثلاثى الابعاد امكن تحديد خريطة الناصور الشرجى واستئصاله كليا ادى الى تحسين حالات الشفاء وبدون تحويل مجرى البراز الى البطن.

عدم التحكم فى الاخراج مازالت من المشاكل المزمنة للأطباء ولكن تتعدد الاسباب وتتنوع بين عدم التحكم ناتج عن قطع بعضلات الشرج (نتيجة اصابة سابقة) او شلل بعضلات الشرج (ناتج عن مرض باسف العمود الفقرى) او تضخم القولون المزمن الناتج عن شلل جزئى فى القولون يؤدى زيادة التخزين داخل القولون مما يترتب عليه الامساك المزمن ثم ينتهى بعدم التحكم فى الاخراج ويصيب الاطفال من سن 3 سنوات حتى 18 سنة.

القولون والشرج – التخصص القديم والجديد

يعتبر تخصص القولون والشرج من التخصصات القديمة فى مجال الطب، فجمعية القولون الشرج البرازيلية انشأت فى بداية القرن الماضى عام 1901 وجمعية القولون والشرج الامريكية فى الخمسينات من القرن الماضى اما الجمعية الدولية لأساندة القولون والشرج فأنشأت عام 1969 ، مما يدل على قدم هذا التخصص ولكن الجديد هو ما استحدث فيه من وسائل تشخيصية وعلاجية ادت الى طفرة فى هذا التخصص مما ادى الى اعادة تكوينه واقبال الكثير من الاطباء حول العالم للدخول فيه مثل التخصصات الأخرى كالاعوية الدموية والتجميل.

تختلف الوسائل العلاجية بناء على تشخيص السبب ومعرفة الاصابة بعضلات الشرج هل هى اصابة بالعضلة ام بالعصب المغذى للعضلة ام بالقولون، وبناء على التشخيص يتم تحديد اسلوب العلاج.

الإصلاح العضلي لحالات قطع العضلات وعادةً تكون ناتجة عن قطع العضلة ناتج عن جراحة بواسير أو شرج شرجى سابق أو بعد الولادة الطبيعية وخصوصاً التي تتم في المنازل والمراكز البدائية فتكون رأس الطفل كبيرة فتحدث تهنك بفتحة المهبل وعضلات الشرج مالم يتعامل معها طبيب النساء والولادة جراحياً بعمل توسيع جراحة بفتحة المهبل ثم غلقه مرة أخرى.

هذه الشريحة من المرضى كانت تعاني من التسبب وعدم التحكم في المخرجات وكانت الجراحات الإصلاحية السابقة لا تأتي بنتائج مرضية وذلك لعدم معرفة الصفة التشريحية للعضلات القابضة الشرجية. في ظل الأبحاث الطبية في العقدين الماضيين قم التوصل الى الصفة التشريحية والوظيفية لمنطقة الحوض والشرج مما ادى الى رفع كفاءة جراحات اصلاح العضلات الى ما بين 80 - 90%.

اما بالنسبة لأصابة العصب المغذى للعضلة، فيمكن الآن عمل بعض الجراحات الاستعاضية للتغلب على عدم التحكم بناء على درجة شلل العصب وضمور العضلة. في بعض الحالات يوضع جهاز يحفز نابض كهربى تحت الجلد ليؤدى دور العصب ويمكن زرع عضلات مأخوذة من الساق لأداء وظيفة العضلات الضامرة أو زرع صمام صناعى حول القناة الشرجية ولكن هذا الجهاز له شروط خاصة بالنسبة للمريض. تصل نسب تجاه هذه الحالات من 70 - 80%.

اما حالات الشلل القولونى أو تضخم القولون المزمن الى يصيب الاطفال، فله عدة طرق للعلاج بدءاً من اجراء جراحة بسيطة بالشرج الى استئصال جزء من القولون وتتم هذه الجراحة الآن اما من خلال القناة الشرجية بطريقة سحب القولون من الشرج بدون فتح البطن او عن طريق المنظار الجراحى يتم عمل فتحات صغيرة بجدار البطن.