

شقاق مقعدی fissure Anal

شقاق مقعد یک پارگی یا زخم سطحی (tear) در ناحیه آنودرم (پوشش سلولی مقعد) است. این زخم خطی، بصورت طولی در فاصله خط دندانه ای و پوست قرار دارد و چون این ناحیه گیرنده های حسی بسیار زیادی دارد، یک وضعیت فوق المعاده دردناک ایجاد می کند.

این نوع شقاق معمولاً در ناحیه راست روده و در قسمت انتهایی آن واقع می‌گردد و در حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از موارد شقاق را تشکیل می‌دهد. این نوع شقاق معمولاً با خونریزی همراه است و در صورتی که شقاق در ناحیه چپ روده واقع شود، معمولاً با مدفوع دانه‌شکل همراه است.

علامت شاخص شقاق مقعد، درد شدید و خونریزی، موقع اجابت مزاج است. خونریزی معمولاً روشن بوده و بصورت رگه ای روی مدفوع دیده میشود. گاهی بیمار تا ساعتها بعد از اجابت مزاج از درد و اسپاسم مقعد رنج می برد. در معاینه فیزیکی، با کنار زدن دو طرف باسن ممکن است، شقاق دیده شود اما اگر دیده نشد، دلیل عدم وجود این بیماری نمی باشد. معمولاً علامت و نشانه ها

علامت شاخص شقاق مقعد، درد شدید و خونریزی، موقع اجابت مزاج است. خونریزی معمولاً روشن بوده و بصورت رگه ای روی مدفوع دیده میشود. گاهی بیمار تا ساعتها بعد از اجابت مزاج از درد و اسپاسم مقعد رنج می برد. در معاینه فیزیکی، با کنار زدن دو طرف باسن ممکن است، شقاق دیده شود اما اگر دیده نشد، دلیل عدم وجود این بیماری نمی باشد. معمولاً

درد بیمار، آنقدر شدید است که امکان معاینه انگشتی رکتوم و یا رکتوسکوپی وجود ندارد. در صورتیکه شکی در مورد تشخیص وجود دارد و یا احتمال بیماریهای دیگر مانند آبسه پری آنال وجود دارد بهتر است بیمار زیر بیهوشی معاینه شود.

شقاق حاد خود را بصورت یک زخم خطی نشان می دهد. اما شقاق مزمن زخم وسیعتری است که لبه های برجسته دارد و فیبرهای سفید عضله اسفنکتر داخلی در کف آن دیده میشود. اغلب در سمت خارجی این زخم یک منگوله پوستی (Skin tag) میشود دیده نگهبان زائده یا (sentinel pile) هیپرتروفیه مقعدی پایلای یک آن داخلی سمت در و (tag)

## درمان

جهت درمان باید سیکل درد، اسپاسم و ایسکمی شکسته شود. اولین قدم درمانی تجویز ملین هایی است که مدفوع را حجیم و شل می کنند و همراه با آن نشستن در لگن آبگرم را توصیه می کنیم. در این مرحله تجویز پماد آنتی هموروئید (حاوی مواد بیحس کننده، کورتون و مواد نرم کننده می باشد) و یا ژل لیدوکائین می تواند کمک کننده باشد. اغلب موارد شقاق حاد با چنین درمانی بهبود می یابند. در صورتیکه پاسخ درمانی کافی گرفته نشد، و یا شقاق از نوع مزمن بود، می توان از داروهای دیگری استفاده کرد.

نیتروگلیسرین با همان مکانیسمی که عضلات صاف عروق کرونر را شل می کند می تواند عضله اسفنکتر داخلی را هم شل کرده و از اسپاسم خارج کند. پماد 0.2٪ (دو دهم درصد) آن برای درمان شقاق استفاده میشود و معتقدند یک اسفنکتروتومی شیمیایی موقت ایجاد می کند علاوه بر آن خونرسانی آنودرم را نیز افزایش می دهد. از معایب آن ایجاد سر درد است و بهتر است در حالت خوابیده استفاده شود. در ایران گاهی به اشتباه به بیمار پماد 2٪ (دو درصد) داده میشود که سردرد بسیار شدیدی ایجاد میکند. پماد ایزوسورباید و یا دیلتیازم موضعی و خوراکی نیز می توانند با مکانیسم مشابه به بهبود شقاق کمک کنند و سر درد هم ایجاد نمی کنند. درمان دارویی شقاق مزمن در حدود 60٪ موارد موثر است.

تزریق موضعی سم بوتولینوم (بوتاکس) نیز با فلج موقت عضلات اسفنکتر داخلی، یک نوع اسفنکتروتومی شیمیایی موقت ایجاد می کند که می تواند باعث بهبودی شقاق شود. اما در دراز مدت تا 41٪ احتمال عود وجود دارد.

در مورد نقش لیزر در درمان فیشر آنال، تبلیغات، بیش از واقعیت است و در محافل و مقالات علمی جایگاه قابل توجهی برای آن قائل نیستند. در صورت عدم پاسخ به درمان دارویی، بهترین درمان، جراحی است، مشروط بر آنکه توسط یک جراح کار آزموده انجام شود.

درمان جراحی در مواردیکه درمان دارویی فایده ای نداشته و یا خوب شده و مجدداً عود کرده توصیه میشود. بهترین درمان جراحی اسفنکتروتومی لترال است. قبلاً از دیلاتاسیون تدریجی آنوس زیر بیهوشی استفاده می شد که تا 40٪ با عود همراه بود. در اسفنکتروتومی لترال حدود 30٪ فیبرهای عضله اسفنکتر داخلی در سمت راست یا چپ آنوس قطع میشوند.

بیش از 95٪ بیماران که اسفنکتروتومی میشوند، با این درمان با این درمان بهبود می یابند و میزان عود آن کمتر از 10٪ می باشد. با این عمل احتمال بی اختیاری نسبت به دفع گاز وجود دارد و میزان این عارضه بین 5 تا 15٪ گزارش شده است. اسفنکتروتومی نترال به دو روش باز و بسته انجام میشود. روش بسته بر اساس مقالات با عوارض کمتری همراه میباشد.

