



Everything you need to know about

Anal Fissure

For more information or an Appointment
Please call 1826666 Ext. 2446



 @NewMowasatHospital

 New Mowasat Hospital

 @NMOWASAT



مستشفى المواساة الجديد
NEW MOWASAT HOSPITAL

نرعى الأجيال
CARING FOR GENERATIONS

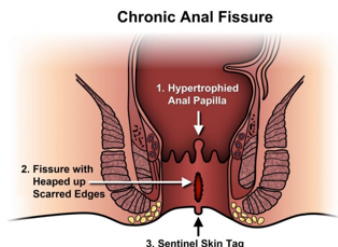
 (965) 1 82 6666

 New Mowasat Hospital

 www.newmowasat.com

WHAT IS AN ANAL FISSURE?

An anal fissure (fissure-in-ano) is a small, oval shaped tear in skin that lines the opening of the anus. Fissures typically cause severe pain and bleeding with bowel movements. Fissures are quite common in the general population, but are often confused with other causes of pain and bleeding, such as hemorrhoids.



Anal fissures can occur at any age and have equal gender distribution. Most (90-85%) fissures occur in the posterior (back) midline of the anus with about 15-10% occurring in the anterior (front) midline. A small number of patients may actually have fissures in both the front and the back locations. Fissures located elsewhere (off to the side) should raise suspicion for other diseases (see below) and will need to be examined further.

WHAT ARE THE SYMPTOMS OF AN ANAL FISSURE?

The typical symptoms of an anal fissure include pain and bleeding with bowel movements. Patients note severe pain during, and especially after a bowel movement, lasting from several minutes to a few hours. Patients often notice bright red blood from the anus that can be seen on the toilet paper or on the stool. Between bowel movements, patients with anal fissures are often relatively symptom-free. Many patients are fearful of having a bowel movement and may try to avoid defecation secondary to the pain.

WHAT CAUSES AN ANAL FISSURE?

Fissures are usually caused by trauma to the inner lining of the anus. A hard, dry bowel movement is typically responsible, but loose stools and diarrhea can also be the cause. The inciting trauma to the anus produces severe anal pain, resulting in anal sphincter spasm and a subsequent increase in anal sphincter muscle pressure. The increase in anal sphincter muscle pressure results in a decrease in blood flow to the site of the injury, thus impairing healing of the wound. Ensuing bowel movements result in more pain, more anal spasm, diminished blood flow to the area, and the cycle is propagated. Treatment strategies are aimed at interrupting this cycle to promote healing of the fissure. Anal fissures may be acute (recent onset) or chronic (typically lasting more than 12-8 weeks). Acute fissures may have the appearance of a simple tear in the anus, whereas chronic fissures may have swelling and scar tissue present. Chronic fissures may be more difficult to treat and may also have an external lump associated with the tear, called a sentinel pile or skin tag, as well as extra tissue just inside the anal canal, referred to as a hypertrophied papilla. Quite commonly, anal fissures are misdiagnosed as hemorrhoids by the patient or the primary care physician due to some similar symptoms between the two. This delay in diagnosis may lead to an acute fissure becoming a chronic one and, thus, more difficult to treat. Misdiagnosis of an anal fissure may also allow other conditions to go undetected and untreated, such as serious infections or even cancer. These less common causes of fissures include inflammatory conditions and certain anal infections or tumors, such as Crohn's disease, ulcerative colitis, syphilis, tuberculosis, leukemia, HIV/AIDS, or anal cancer. These

diseases cause atypical fissures that are located off the midline, are multiple, painless, or non-healing after proper treatment.

WHAT IS THE TREATMENT OF ANAL FISSURES?

The majority of anal fissures do not require surgery. The most common treatment for an acute anal fissure consists of making one's stool more formed and bulky with a diet high in fiber as well as utilizing over-the-counter fiber supplementation (totaling 35-25 grams of fiber/day). Stool softeners and increasing water intake may be necessary to promote soft bowel movements and aid in the healing process. Topical anesthetics, such as lidocaine, can be used for anal pain and warm tub baths (sitz baths) for -10 20 minutes several times a day (especially after bowel movements) are soothing and promote relaxation of the anal muscles, helping the healing process. Narcotic pain medications are not recommended for anal fissures, as they promote constipation. These non-operative measures will help achieve resolution of pain and bleeding and, potentially, heal greater than half of acute fissures with virtually no side effects.

Other medications may be prescribed, when a patient has a more chronic-type fissure, that promote relaxation of the anal sphincter muscles. Your surgeon will go over benefits and side-effects of each of these with you. Chronic fissures are generally more difficult to treat, and your surgeon may advise surgical treatment either as an initial treatment or following attempts at medical management.

MEDICATIONS THAT MAY BE PRESCRIBED TO TREAT ANAL FISSURES:

Nitroglycerin Ointment

Nitroglycerin is a commonly prescribed medication that is compounded with petroleum ointment to help treat both acute and chronic anal fissures. Nitroglycerin works by chemically relaxing the internal anal sphincter muscle, which decreases sphincter pressure and subsequently increases blood flow to the injury site, resulting in healing of the fissure. Healing occurs in at least %50 of chronic fissures and the ointment can be used with the above mentioned non-operative measures, such as increasing fiber and water intake. The major side effect of nitroglycerin is headaches, which is reported in at least %30-20 of patients. Patients must also be cautioned that a drop in their blood pressure may occur, especially if other anti-hypertensive medications are being taken. Nitroglycerin can be used for variable lengths of time and can be utilized again if sustained healing is not achieved. Recurrence rates are higher with nitroglycerin than with surgery, but side effects are fewer.

Calcium Channel Blockers

These medications include diltiazam and nifedipine. Both work in a fashion similar to nitroglycerin ointment and have been associated with healing of chronic anal fissures in %65 to %95 of patients. Side effects are similar to nitroglycerin in regards to dropping of one's blood pressure, but headaches are reported to be less, with up to %25 of patients affected. Oral forms of calcium channel blockers are also available, but these generally result in less fissure healing and more side effects than topical treatment.

WILL THE PROBLEM RETURN?

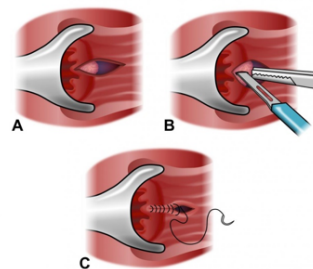
Fissures can recur easily, and it is quite common for a fully healed fissure to recur after a hard bowel movement or other trauma. Even when the pain and bleeding have subsided, it is very important to continue good bowel habits and a diet high in fiber as a lifestyle change. If the problem returns without an obvious cause, further assessment may be warranted.

WHAT CAN BE DONE IF THE FISSURE DOES NOT HEAL?

A fissure that fails to respond to conservative measures should be re-examined. Persistent hard or loose bowel movements, scarring, or spasm of the internal anal muscle all contribute to delayed healing. Other medical problems such as inflammatory bowel disease (Crohn's disease), infections, or anal tumors can cause symptoms similar to anal fissures. Patients suffering from persistent anal pain should be examined to exclude these diseases. This may include a colonoscopy and an exam in the operating room under anesthesia with biopsies and tissue cultures.

WHAT DOES SURGERY FOR ANAL FISSURE INVOLVE?

Surgical options for treating anal fissure include Botulinum toxin (Botox®) injection into the anal sphincter and surgical division of a portion of the internal anal sphincter (lateral internal sphincterotomy). The goal of these surgical options is to promote relaxation of the anal sphincter, thereby decreasing anal pain and spasm, allowing the fissure to heal. If a sentinel pile is present, it may be removed to promote healing of the fissure.



All surgical procedures carry some risk and both Botox® injection and sphincterotomy can rarely interfere with one's ability to control gas and stool. Your colon and rectal surgeon will discuss these risks with you to determine the appropriate treatment for your particular situation.

Special consideration is given to patients with established anal incontinence, known anal sphincter muscle injury (such as after obstetric injury) or diarrheal conditions (i.e., Crohn's disease). In these select patients, surgical sphincterotomy must be considered carefully. A thorough discussion with your surgeon will identify any of these risk factors so the most appropriate treatment can be provided. Some patients may benefit from an alternative surgery called an anal advancement flap (anoplasty). Your surgeon will discuss this with you if this option is indicated.

BOTULINUM TOXIN (BOTOX®) INJECTION

Botulinum toxin is injected directly into the internal anal sphincter muscle to promote anal sphincter relaxation and subsequent healing. This injection results in full healing in approximately %80-50 of patients. Injections are performed as an outpatient, same-day surgery procedure. Recurrences may occur in up to %40 of patients, but patients may be re-injected with good rates of fissure healing. Patients in whom Botulinum toxin injection fails are often recommended for traditional surgical sphincterotomy.

الجراحي التقليدي للمصرة.

البضع الجانبي للمصرة الشرجية الداخلية

الشق الدقيق والمنضبط للعضلة المصرية الشرجية الداخلية ذو فاعلية بالغة وهو طريقة شائعة الاستخدام لعلاج الشروخ الشرجية المزمنة والمستعصية، مع نسب نجاح تتجاوز ٩٠٪. نسب التكرار بعد بضع المصرة منخفضة بصورة بالغة عند قيام الجراح بذلك بطريقة سليمة. تجرى الجراحة كإحدى إجراءات اليوم الواحد. تتضمن المخاطر الرئيسية لبضع المصرة الداخلية درجات متفاوتة من السلس للبراز أو الغاز. في حالة وجود أي سلس بعد العملية الجراحية، فقد يخف ذلك خلال فترة قصيرة. يتمتع المرضى الخاضعون لبضع المصرة بتحسن بالغ لجودة الحياة بالمقارنة بالمرضى المصابين بالشروخ الشرجية الدائمة. سيشرح لك طبيب جراحة القولون والمستقيم الخاص بك جميع المخاطر والمنافع الواردة لبضع المصرة وسيقرر ما إذا كان هذا الإجراء مناسباً لك.

إلى متى ستستمر فترة التعافي بعد العملية الجراحية؟

من المهم الإشارة أن الالتئام التام مع كل من العلاجات الطبية والجراحية يمكن أن يستغرق مدة تقريبية تصل حوالي ٦-١٠ أسابيع. على أية حال، فعادةً ما يختفي الألم الحاد بعد بضعة أيام من العملية الجراحية. سيكون باستطاعة أغلب المرضى العودة للعمل واستئناف أنشطتهم اليومية خلال بضعة أيام من العملية الجراحية.

هل يمكن أن تؤدي الشروخ لسرطان القولون؟

لا بالتأكيد. ولكن الأعراض المستمرة قد تحتاج للتقييم الدقيق حيث أن حالات أخرى بخلاف الشرخ الشرجي يمكن أن تؤدي لأعراض شبيهة. يمكن أن يطلب منك طبيبك لجراحة القولون والمستقيم اختبارات إضافية، حتى لو التأم شرخك بنجاح. قد يتطلب الأمر تنظير القولون لاستبعاد الأسباب الأخرى لنزيف

LATERAL INTERNAL SPHINCTEROTOMY

Precise and controlled division of the internal anal sphincter muscle is a highly effective and commonly used method to treat chronic and refractory anal fissures, with success rates reported to be over 90%. Recurrence rates after sphincterotomy are exceedingly low when properly performed by a surgeon. The surgery is performed as an, same-day procedure. The main risks of internal sphincterotomy are variable degrees of stool or gas incontinence. If any incontinence is present after surgery, it may resolve over a short time period. Patients undergoing sphincterotomy have much improved quality of life as compared to patients with persistent anal fissures. Your colon and rectal surgeon will go over each of the potential risks and benefits of sphincterotomy and will decide if this procedure is right for you.

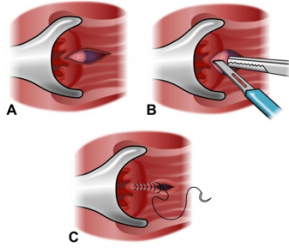
HOW LONG IS THE RECOVERY AFTER SURGERY?

It is important to note that complete healing with both medical and surgical treatments can take up to approximately 10-6 weeks. However, acute pain after surgery often disappears after a few days. Most patients will be able to return to work and resume daily activities in a few short days after the surgery.

CAN FISSURES LEAD TO COLON CANCER?

Absolutely not. Persistent symptoms, however, need careful evaluation since other conditions other than an anal fissure can cause similar symptoms. Your colon and rectal surgeon may request additional tests, even if your fissure has successfully healed. A colonoscopy may be required to exclude other causes of rectal bleeding.

هل ستتكرر المشكلة؟



تحمل جميع الإجراءات الجراحية بعض الخطورة ويمكن لكل من حقن البوتوكس وبضع المصرة أن يعوق في حالات نادرة قدرة المرء على التحكم في الفاز والبراز. سيناقش طبيب جراحة القولون والمستقيم الخاص بك تلك المخاطر معك لتحديد العلاج الملائم لحالتك الخاصة.

يجب توجيه اهتمام خاص للمرضى الثابت إصابتهم بالسلس الشرجي، والتضرر المعروف للمصرة الشرجية (كما يحدث بعد التضرر الناتج عن الولادة) أو حالات الإسهال (كمرض كرون). في تلك المجموعة الخاصة من المرضى، يجب النظر الدقيق في البضع الجراحي للمصرة. ستؤدي المناقشة المفصلة مع جراحك للتعرف على عوامل الخطر السابق ذكرها ليتمكن تقديم العلاج الأنسب لك. قد يستفيد بعض المرضى من عملية جراحية بديلة تسمى السديلة التقديمية الشرجية (الرأب الشرجي). سيناقش جراحك هذا الأمر معك إن كان هناك داعٍ لهذا الإجراء.

حقن توكسين البوتولينوم (بوتوكس)

يحقن توكسين البوتولينوم مباشرة في العضلة المصرة الشرجية الداخلية لتحفيز ارتخاء المصرة الشرجية والتأماها لاحقاً. يؤدي هذا الحقن للالتئام التام في حوالي ٥٠-٨٠٪ من المرضى. تُجرى الحقن في العيادة الخارجية، أو كإجراء من جراحات اليوم الواحد. قد يتكرر المرض في نسبة تصل ٤٠٪ من المرضى، ولكن قد يتكرر حقن المرضى مع نسب جيدة من التئام الشرج. يوصى غالباً المرضى الذين يفشل معهم حقن توكسين البوتولينوم بالبضع

يمكن أن تتكرر الشرج بسهولة، ومن الشائع إلى حد ما تكرار الشرج بعد التئامه بصورة كاملة وذلك بعد تبرز ناشف أو أي إصابة أخرى. من المهم للغاية استمرار عادات التبرز الجيدة والحمية الغنية بالألياف كتغيير نمط الحياة، حتى مع زوال الألم والنزيف. إن عادت المشكلة دون سبب واضح، فيجب القيام بمزيد من التقييم.

ماذا يمكن القيام به في حالة عدم التئام الشرج؟

يجب أن يعاد فحص الشرج الذي يفشل في الاستجابة للإجراءات التحفظية. يسهم كل من التبرز الصلب والسائب، أو التئام، أو تشنج العضلة الشرجية الداخلية في تأخر الالتئام. يمكن أن تسبب مشكلات طبية أخرى كالمريض المعوي الالتهابي (مرض كرون)، أو العدوى، أو الأورام الشرجية، أعراضاً شبيهة بالشرخ الشرجية. يجب أن يفحص المرضى الذين يعانون من ألم شرجي دائم لاستبعاد تلك الأمراض. قد يتضمن ذلك التنظير القولوني وفحص في غرفة العمليات تحت التخدير الكلي للحصول على خزعات ومزارع نسيجية.

ما الذي تتضمنه العملية الجراحية للشرخ الشرجي؟

تتضمن الخيارات الجراحية لعلاج الشرج الشرجي حقن توكسين البوتولينوم (بوتوكس) في المصرة الشرجية والشق الجراحي لجزء من المصرة الشرجية الداخلية (البضع الجانبي للمصرة الداخلية). تهدف تلك الخيارات الجراحية لتحفيز ارتخاء المصرة الشرجية، مما يقلل ألم وتشنج الشرج، بما يسمح بالتئام الشرج. في حالة وجود باسور خافر، فقد يزال لتحفيز التئام الشرج.

التهابية وأنواع بعينها من العدوى الشرجية أو الأورام، مثل مرض كرون، والتهاب القولون التقرحي، والزهري، والدرن، واللويميا، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو سرطان الشرج. تسبب تلك الأمراض شروخاً شرجية غير اعتيادية توجد عادةً خارج الخط المنصف، وتكون متعددة، وغير مؤلمة، أو غير قابل للالتئام بعد العلاج السليم.

ما هو علاج الشروخ الشرجية؟

لا تحتج غالبية الشروخ الشرجية لعملية جراحية. يتألف العلاج الأكثر شيوعاً للشوخ الشرجي الحاد من جعل براز المريض أكثر تكوئاً وأكبر حجماً مع حمية غنية بالألياف وكذلك استخدام مكملات الألياف التي تصرف دون وصفات طبية (بإجمالي ٢٥-٢٥ غرام من الألياف/يومياً). قد يكون من الضروري استخدام مليئات للبراز وزيادة شرب الماء لتحفيز التبرزات اللينة وللمساعدة في عملية الالتئام. يمكن استخدام المخدرات الموضعية، مثل الليدوكين، لألم الشرح والحمامات الدافئة (حمامات المقعدة) لمدة ١٠-٢٠ دقيقة عدة مرات يومياً (خاصةً بعد التبرز) تخفف الألم وتحفز ارتخاء عضلات الشرح، وهو ما يساعد في عملية الالتئام. لا يوصى باستخدام المسكنات المخدرة للشروخ الشرجية، حيث قد تسبب الإمساك. ستساعد تلك الإجراءات غير الجراحية في تخفيف الألم والنزيف، ويمكن أن تؤدي للالتئام أكثر من نصف الشروخ الشرجية وذلك دون آثار جانبية مفترضة.

يمكن وصف أدوية أخرى، عندما يكون المريض مصاباً بنوع يميل للمزمن من الشروخ الشرجية، لتحفز ارتخاء العضلات المصريّة الشرجية. سيشرح جراحك منافع كل من هذه الأدوية وآثارها الجانبية. يصعب علاج الشروخ المزمنة بصفة عامة، وقد ينصح جراحك بعلاج جراحي إما كعلاج مبدئي أو بعد محاولات من

العلاج الطبي.

الأدوية التي يمكن وصفها لعلاج الشروخ الشرجية:

مرهم نيتروغليسرين

نيتروغليسرين دواء يشيع وصفه وهو مركب مضاف إليه مرهم بترولي للمساعدة في علاج الشروخ الشرجية الحادة والمزمنة. يعمل نيتروغليسرين عن طريق الإرخاء الكيميائي للعضلة المصريّة الشرجية الداخلية، وهو ما يقلل من ضغط المصرة فيزيد بدوره من تدفق الدم إلى موضع الإصابة، فيؤدي إلى التئام الشرح. يحدث الالتئام في ٥٠٪ على الأقل من الشروخ الشرجية ويمكن أن يستخدم المرهم مع الإجراءات غير الجراحية المذكورة أعلاه، كزيادة الألياف وشرب الماء. العرّض الجانبي الأكثر شيوعاً للنيتروغليسرين هو نوبات الصداع، والتي ورد ذكرها في ٢٠-٣٠٪ على الأقل من المرضى. يجب تحذير المرضى كذلك من احتمالية تعرضهم لانخفاض ضغط الدم، وخاصةً عند تناولهم لأدوية أخرى مضادة لارتفاع ضغط الدم. يمكن استخدام نيتروغليسرين لمدد متفاوتة من الوقت ويمكن استخدامه مرة أخرى إن لم يتحقق الالتئام الدائم. معدلات التكرار أعلى مع نيتروغليسرين بالمقارنة بالجراحة، ولكن الآثار الجانبية أقل.

حاصرات قناة الكالسيوم

تتضمن تلك الأدوية ديلتيازيم ونيفيديبين. يعمل كلاهما بطريقة مشابهة لمرهم نيتروغليسرين وقد صاحبهما التئام الشروخ الشرجية المزمنة في نسبة ٦٥-٩٥٪ من المرضى. الآثار الجانبية مشابهة لنيتروغليسرين فيما يخص انخفاض ضغط دم المرء ولكن كانت التقارير الواردة بشأن نوبات الصداع أقل، مع تأثير نسبة تصل ٢٥٪ من المرضى. توجد كذلك صور فموية من حاصرات قناة الكالسيوم، ولكن تلك الأدوية تؤدي بصفة عامة للالتئام أقل للشوخ وآثار جانبية أكثر من العلاج الموضعي.

ما هو الشرح الشرجي؟

المرضى التبرز وقد يحاولون تفاذي التغوط بسبب الألم.

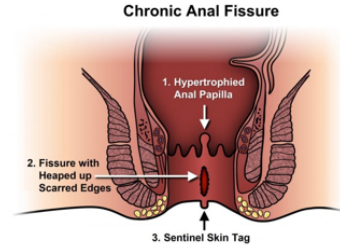
ما هي أسباب الشرح الشرجي؟

عادةً ما تحدث الشروح نتيجة لإصابة في البطانة الداخلية للشرح. عادةً ما يكون البراز الناشف، والجاف هو السبب، ولكن يمكن أن يكون السبب كذلك هو البراز السائب والإسهال. تؤدي الإصابة المهيجة بالشرح لألم شرجي شديد، وهو ما يؤدي لتشنج المصرة الشرجية وهو ما يؤدي بدوره لزيادة ضغط العضلة المصرة الشرجية. تؤدي زيادة ضغط العضلة المصرة الشرجية لنقص تدفق الدم إلى موضع التضمر، مما يعوق التئام الجرح. تؤدي التبرزات الناتجة إلى مزيد من الألم، ومزيد من التشنج الشرجي، ونقص تدفق الدم إلى المنطقة، وتمتد الدورة. تهدف استراتيجيات العلاج لكسر تلك الدائرة لتحفيز التئام الشرح.

يمكن أن تكون الشروح الشرجية حادة (حديثة المنشأ) أو مزمنة (تستمر عادةً لمدة أكثر من ٨-١٢ أسبوعاً). يمكن أن تشبه الشروح الحادة قطعاً بسيطاً بالشرح، بينما قد تتضمن الشروح المزمنة تورماً ووجود نسيج ندي. قد يكون علاج الشروح المزمنة أكثر صعوبة وقد يصاحب ذلك القطع كتلة خارجية، ويسمى ذلك بالباسور الخافر أو الزائدة الجلدية، كما قد يوجد كذلك نسيجاً زائداً داخل القناة الشرجية مباشرة، ويشار إليه كحليمة مفرطة التسج.

يشيع إلى حد ما أن يساء تشخيص الشروح الشرجية باعتبارها بواسير من طرف المريض أو طبيب الرعاية الأولية بسبب بعض الأعراض المتشابهة بينهما. قد يؤدي هذا التأخير في التشخيص لأن يتحول الشرح الحاد إلى مزمن، ويصير علاجه بالتالي أكثر صعوبة. يمكن أن تسمح إساءة تشخيص الشرح الشرجي بعدم ملاحظة حالات أخرى وعدم علاجها، كالعديوى الخطيرة وحتى السرطان. تتضمن تلك الأسباب الأقل شيوعاً للشروح حالات

الشرح الشرجي (الشرح داخل الشرج) هو قطع صغير، وبيضاوي الشكل، في الجلد المبطن لفتحة الشرج. تسبب الشروح عادةً ألماً شديداً ونزيفاً عند التبرز. الشروح شائعة إلى حد ما بين العامة، ولكن عادةً ما يختلط الأمر بينها وبين الأسباب الأخرى للنزيف، كالبواسير.



تحدث الشروح الشرجية في أي عمر وينتشر حدوثها بين الجنسين بالتساوي. تحدث أغلب الشروح (٨٥-٩٠٪) في الخط الناصف الخلفي (الظهري) للشرح بينما يحدث ١٠-١٥٪ منها في الخط الناصف الأمامي (المقدم). في الواقع فإن عدداً قليلاً من المرضى يصاب بشروح في الموضعين الأمامي والخلفي. يفترض أن الشروح في أماكن أخرى (في الجانبين) الشبهة في أمراض أخرى (انظر أدناه) وسيحتاج لمزيد من الفحص.

ما هي أعراض الشرح الشرجي؟

تتضمن الأعراض الاعتيادية للشرح الشرجي الألم والنزيف مع التبرز. يلاحظ المرضى ألماً شديداً خلال التبرز وبعده بصفة خاصة ويستمر ذلك لعدة دقائق أو لبضع ساعات. غالباً ما يلاحظ المرضى دمًا أحمرًا قانيًا من الشرح يمكن أن يرى على المناديل الورقية في دورة المياه أو على البراز. غالباً ما لا يشكو مرضى الشرح الشرجي من أعراض بين مرات التبرز. يخشى العديد من






كل ما تريد أن تعرفه عن

الشرح الشرجي

للإستفسار وحجز المواعيد
يرجى الإتصال على 182 6666 داخلي 2446



 @NewMowasatHospital
 New Mowasat Hospital
 @NMOWASAT



مستشفى المواساة الجديد
NEW MOWASAT HOSPITAL
نرعى الأجيال
CARING FOR GENERATIONS

 (965) 1 82 6666
 New Mowasat Hospital
 www.newmowasat.com