



الرابة السورية للأطباء النفسيين  
Syrian Association of Psychiatrists

# موجز اضطرابات الإفراف

## Synopsis of Elimination Disorders

د . حسين موسى

2020

**إعداد:**

**د. حسين موسى**

طبيب باقتصاص الطب النفسي

مشفى ابن رشد - دمشق

مراجعة وتدقيق علمي:

**د. هازن حيدر**

اختصاصي بالطب النفسي

رئيس الرابطة السورية لأطباء النفسيين

## مقدمة

إن رعاية الطفل أمر يبلغ من الحساسية ما يجعل كثيراً من المشكلات التي يواجهها الطفل بمثابة أزمات أسرية، وهو جس تشغل مقدمي الرعاية. إحدى تلك المشكلات هي كون الطفل يتبول أو يتغوط بشكل متكرر في مواضع غير ملائمة، وقد يلجأ مقدمو الرعاية إلى أطباء من اختصاصات مختلفة متجاهلين الجانب النفسي للمشكلة حتى نفي الأسباب العضوية لها.

لذلك تتجلى أهمية المشورة النفسية والتدخل النفسي لهذا النوع من المشكلات التي يمكن تشخيصها ضمن اضطرابات الإفراغ، لا سيما بكون العوامل النفسية والاجتماعية داخل الأسرة وخارجها تساهم في انبثاقها، ولأن هذا النوع من الاضطرابات لا يقتصر علاجه على الجانب الدوائي، بل إن كثيراً من الحالات يساهم في تحسينها التدخلات النفسية والتنقيفية التي يقدمها المختصون بذلك.

## اضطرابات الإفراغ Elimination Disorders

تشمل اضطرابات الإفراغ كل إفراغ غير ملائم للبول أو البراز، وأكثر ما يتم تشخيصها عند الأطفال واليافعين. تتضمن هذه المجموعة كل من السلس البولي **enuresis** والسلس البرازي **encopresis**. قد يترافق اضطرابي الإفراغ مع بعضهما، لكن غالباً ما يتواجدان بشكل منفصل.

### تطور الإفراغ عند الأطفال :Elimination development

- يتطور عادة ضبط التغوط والتبول في مرحلة الدارج (2-4 سنوات). يحدث ذلك بشكل طبيعي وفق متتالية يتطور فيها الاستمساك البرازي الليلي أولاً، ثم الاستمساك البرازي النهاري، فالاستمساك البولي النهاري، وأخيراً الاستمساك البولي الليلي.
- تتطلب القدرة على ضبط التغوط والتبول نضج الأجهزة العصبية.
- حالما يبلغ الطفل مرحلة الدارج تبدأ سعة المثانة بالازدياد، وتتطور السبل القشرية الذي يتيح للطفل التحكم الإرادي بعضلات المثانة المتواسط بالمنعكسات(2).
- تتأثر عادات التغوط والتبول بعدة عوامل منها: القدرات العقلية، النضج الاجتماعي، المحددات الثقافية الاجتماعية، والآثار النفسية للعلاقة بين الطفل والأبوين.
- قد يعاني الأطفال صعوبات في النوم مرتبطة بالخوف من الظلام. هذه الصعوبات قد تؤثر على وظيفة ضبط الإفراغ ليلاً، وعادة ما يتم التعامل معها بإبقاء نور خفيف يخفف من ذلك الخوف.

### تحديات والدية Parental challenges

- تتجلى مهمة الوالدين في مرحلة الدارج بالموازنة بين الحزم تجاه حدود السلوك المقبول، وتشجيع الطفل على الاستقلالية. ينبغي السماح للطفل في هذه المرحلة

بمحاولة إدارة بعض شؤونه والتعلم من أخطائه، كما ينبغي حمايته ومساندته في التحديات التي يواجهها الطفل حيال قدراته.

- يشكل التدريب على التغوط والتبول نموذجاً للممارسات الأسرية تجاه الطفل، فالوالدان الشديدان في تدريب الطفل على التغوط والتبول، عادة ما يكونان معاقبين ومتحفظين في جوانب أخرى.
- يجب أن يدرك الوالدان حاجة الطفل في هذه المرحلة للطمأنة قبيل ذهابه للنوم، وأهمية دعمه وتشجيعه لتحقيق السلوك المقبول.

## السلس البولوي Enuresis

- إفراغ متكرر بشكل إرادي أو غير إرادي للبول في الثياب أو الفراش.

### معايير التشخيص (3) :Diagnostic criteria

- أ- إفراغ متكرر للبول في الفراش أو الثياب، سواء أكان لاإرادياً أو عمدًا.
- ب- السلوك ذو أهمية سريرية تتجلى بتكراره مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل، أو بوجود انزعاج ملحوظ سريرياً، أو تدهور في الأداء الاجتماعي أو الدراسي (المهني)، أو في مجالات أخرى ذات أهمية.
- ج- العمر 5 سنوات على الأقل (أو ما يعادله في المستوى التطوري).
- د- لا ينجم هذا السلوك عن تأثير فيزيولوجي لمادة ما (مثل المدرّات)، أو عن حالة طبية عامة (مثل السكري، النخاع المشقوق، اضطراب اختلاجي).

### التصنيف السريري :Clinical classification

- يوجد نمطان رئيسيان من السلس البولوي هما: السلس البولوي الأولي **primary**، والسلس البولوي الثانوي **secondary**. يكون السلس البولوي أولياً عندما يستمر منذ مرحلة الرضاعة دون حدوث ضبط للتبول لمدة لا تقل عن ستة أشهر متتالية، ويكون ثانوياً عندما يحدث السلس البولوي بعد حدوث ضبط للتبول لمدة لا تقل عن ستة أشهر متتالية.
- توجد أيضاً أنماط فرعية ذات أهمية سريرية(4):

أ- السلس البولوي الليلي nocturnal enuresis: يحدث فيه السلس البولوي خلال النوم في الليل.

قد يكون أحادي العرض **monosymptomatic**، أي دون ترافقه بأعراض بولية خلال النهار. وقد يكون غير أحادي العرض **non-monsymptomatic**، وفي هذه الحالة يرافقه أعراض كالإلحاح البولوي، خلل التناسق الإفراغي أو التأجيل الإفراغي، لكن دون حدوث سلس بولي نهارى.

ب- السلس البولي النهاري diurnal enuresis: يحدث فيه السلس البولي خلال النهار أثناء الصحو **waking time**.

يتضمن السلس البولي النهاري عدة نماذج سريرية:

- 1- السلس الإلحاحي **urge incontinence**: يحدث فيه تبول لكميات قليلة من البول مترافق مع إلحاح بولي، ويتكرر أكثر من 7 مرات خلال اليوم.
- 2- تأجيل الإفراغ **voiding postponement**: تبول بتواتر غير منتظم لأقل من 5 مرات خلال اليوم.
- 3- خلل تناسق الدافعة والمعصرة **detrusor-sphincter dyscoordination**: يحدث فيه بذل جهد لبدء التبول واستمراره، ويكون إفراغ البول متقطعاً.
- 4- السلس الجهدى **stress incontinence**: يحدث فيه إفراغ بولي لكميات قليلة من البول خلال السعال أو العطاس.
- 5- سلس القهقهة **giggle incontinence**: يحدث فيه إفراغ لكميات كبيرة من البول خلال الضحك.
- 6- متلازمة المثانة الكسولة **lazy-bladder syndrome**: في هذه الحالة يصعب التبول دون بذل جهد شديد، ويكون الإفراغ البولي متقطعاً.

ج- السلس البولي الليلي والنهاري nocturnal and diurnal enuresis: حدوث السلس البولي ليلاً ونهاراً، فهو مزيج من النمطين الفرعيين السابقين.

### الانتشار Prevalence:

- تقدر معدلات الانتشار حسب الأعمار كالتالي<sup>(5)</sup>:
  - في عمر 5 سنوات: 7% عند الذكور و3% عند الإناث
  - في عمر 10 سنوات: 3% عند الذكور و2% عند الإناث
  - بعد البلوغ: 1% عند الذكور و نادر جداً عند الإناث
- السلس البولي الليلي أشيع من النمطين الآخرين، والسلس البولي الليلي الأولي **PNE** أشيع بمرتين من السلس البولي الليلي الثانوي **SNE**<sup>(3)</sup>.
- لوحظت ندرة انتشار السلس الجهدى، سلس القهقهة ومتلازمة المثانة الكسولة<sup>(4)</sup>.

## السببيات **Aetiology**:

- يتأثر ضبط التبول بالنمو العصبي العضلي والتطور المعرفي، العوامل الاجتماعية والعاطفية، بالإضافة للعوامل الوراثية.
- عوامل وراثية:
  - يعتبر السلس البولي الليلي **NE** وراثياً اضطراب ذو علاقة بنضج الجهاز العصبي المركزي.
  - تبين من خلال العديد من الدراسات وجود تأثير مهم للعامل الوراثي، فقد كشفت نتائج الدراسات أن **75%** من الأطفال الذين لديهم سلس بولي كان لدى أحد أقرباء الدرجة الأولى لهم سلساً بولياً، وأنّ خطر الإصابة بالسلس البولي أكثر بسبعة مرات لدى الأطفال من أب كان لديه سلس بولي<sup>(2)</sup>.
  - أشارت دراسات أخرى لدور الصبغيات، لا سيما الصبغي **(22)**، وبنفوذية مختلفة<sup>(1)</sup>.
- عوامل فيزيولوجية:
  - توجد عدة فرضيات تقترح دور عوامل فيزيولوجية معينة في السلس البولي الليلي **NE** منها : خلل في النظم اليوماوي لإفراز الهرمون المضاد للإبالة **(AVP)** **Arginine Vasopressin**، وقلة استجابته لخفض حلولية البول، أو خلل في مستقبل هرمون **AVP**<sup>(1)</sup>. فرضية أخرى تقترح وجود دور أساسي عصبي يتوسطه جذع الدماغ، فالأطفال الذي لديهم سلس بولي ليلي **NE** يعانون ضعفاً في المنعكس التثبيطي للتبول، بالإضافة إلى نقص في الصحو **arousal**، لذلك يوصف نومهم بشديد العمق بحيث لا يستطيعون الاستيقاظ عند امتلاء المثانة<sup>(2)</sup>.
  - يتميز السلس الإلحاحي **UI** بحدوث تقلصات عفوية في المثانة خلال طور امتلائها، هذه التقلصات تؤدي لإلحاح بولي رغم الامتلاء الجزئي<sup>(4)</sup>. قد يحاول الطفل مقاومة الإلحاح البولي بتقليص عضلات إرادياً (مناورات كابحة).
- عوامل نفسية واجتماعية:
  - تزيد الشدات النفسية الاجتماعية من حدوث السلس البولي عند بعض الأطفال. قد يكون السلس البولي أولياً بعد شدات ساهمت بصعوبة تطوير ضبط الإفراغ.
  - السلس البولي الثانوي **SNE** ذو علاقة مميزة مع الشدات الحياتية أو الأحداث الرضاة نفسياً التي يتعرض لها الطفل<sup>(1)</sup>، فقد يحدث السلس البولي كنكوص **regression** ساهم فيه الصراعات التي يواجهها الطفل، كولادة حديثة لطفل

في الأسرة، أو بعد بدء ذهابه للمدرسة، انفصاله عن أحد أفراد الأسرة، أو انتقال إلى بيئة جديدة.

## المظاهر السريرية **Clinical features**:

### • السلس البولي الليلي:

- يحدث في السلس البولي الليلي **NE** عادة إفراغ لكميات معتدلة من البول، لكن إفراغ كميات قليلة من البول قد يكون سببه مشكلة عضوية.
- يُفرغ البول عادة خلال النوم في مرحلة الحركة السريعة للعين **REM**<sup>(3)</sup>، فقد يشاهد الطفل خلال ذلك أحلاماً تتضمن قيامه بالتبول، ويتكرر الإفراغ البولي في معظم الحالات عدة مرات.
- إن الأطفال الذين لديهم سلس بولي ليلي لأحادي العرض يعانون أعراضاً شبيهة بالذين لديهم سلس بولي وظيفي **functional urinary incontinence**، لكن دون سلس بولي خلال النهار.

### • السلس البولي النهاري:

- قد يحدث السلس البولي النهاري بغياب أي تشوه عصبي ناجماً عن شد إرادي متكرر للمعصرة البولية الخارجية خلال الشعور بالإحاح بولي، فالأطفال الذين يعانون سلساً إباحياً **UI** يقاومون ذلك الإحاح المفاجئ بمناورات كابحة (مثل: القرفصاء، ضم الساقين، الجلوس على القدمين). يشيع حدوث الإفراغ البولي لدى هؤلاء الأطفال في المساء، ولأن الكميات المفرغة قليلة، قد لا تلاحظ بقع بول في ثيابهم.
- إن العلامة الأهم سريرياً في تأجيل الإفراغ **VP** هي قلة معدل مرات التبول عن **5** مرات خلال اليوم الواحد<sup>(4)</sup>. في هذا النموذج من السلس البولي النهاري يحدث تأجيل للتبول في مواقف معتادة، مثل: فترات التواجد في المدرسة، اللعب أو مشاهدة التلفاز. وكلما تم تأجيل التبول أكثر يزداد الإحاح أكثر فأكثر حتى حدوث السلس.

- الأطفال الذين لديهم خلل تناسق المعصرة والدافعة **DSD** يعانون من صعوبة في بدء واستمرار التبول(4)، ذلك بسبب التقلص المتناقض للمعصرة البولية بدلاً من الاسترخاء آنذاك.
- تكون المثانة ممتلئة بشكل مفرط في متلازمة المثانة الكسولة في حين تكون العضلة الدافعة عاجزة عن أداء وظيفتها بشكل تام(4).

### السير والإنذار **Course and prognosis**:

- إن السلس البولي اضطراب محدد لذاته، وقد يحدث تحسن عفوي يؤدي لضبط التبول تقدر نسبته بـ **5-10%** سنوياً(3)، لكن النكس قد يحدث عند من تحسنوا عفويًا ومن عولجوا.
- الأطفال الذين لديهم سلس بولي قد يواجهون صعوبات نفسية واجتماعية تتضمن نقص تقدير الذات، تضيق وإزعاج اجتماعيين من الأطفال الآخرين، وصراعات داخل الأسرة ناجمة عن ذلك.

### التشخيص التفريقي **Differential diagnosis**:

- ينبغي نفي وجود أمراض عضوية مرتبطة بالسلس البولي، لا سيما في حالات السلس البولي النهاري.
- إن أكثر الأسباب العضوية شيوعاً هو إنتان المجاري البولية، وأقلها شيوعاً الداء السكري (الحقيقي والكاذب) (4).
- قد يرتبط السلس البولي باختلالات الوعي والنوم، مثل النوب الاختلاجية، التسمم بالمنومات، أو اضطراب المشي أثناء النوم **sleepwalking disorder**، والتي يحدث الإفراغ البولي خلالها(2).

### الاضطرابات النفسية المرافقة **Psychiatric comorbidity**:

- إن معظم الأطفال الذين لديهم سلس بولي لا يعانون اضطرابات نفسية مرافقة، لكن السلس يزيد من احتمال تفاقم اضطرابات نفسية أخرى. ذلك قد يعزى للمعاناة النفسية والاجتماعية التي يواجهها الأطفال الذين لديهم سلس بولي، كعدم قدرتهم على النوم بوجود الأصدقاء، سخرية أقرانهم منهم، الشعور بالعزلة ونقص تقدير الذات. هذه المعاناة غالباً ما تنخفض بعدما تتم معالجة السلس البولي لديهم.
- إن نسبة **20-40%** من الأطفال الذين لديهم سلس بولي يعانون اضطرابات نفسية مرافقة<sup>(4)</sup>. تكون العلاقة متبادلة بين السلس البولي والاضطراب النفسي المرافق، فالسلس البولي قد يساهم بتفاقم الأعراض النفسية، وبدوره الاضطراب النفسي المرافق قد يزيد من احتمال حدوث نكسات في السلس البولي الثانوي **SNE**.
- قد يترافق السلس البولي مع تأخر تطوري في المقدرات أو المهارات العقلية<sup>(2)</sup>، وهنا تتجلى العلاقة المعقدة للسلس البولي مع ذلك التأخر التي تحمل الأسرة أعباء إضافية وتتطلب جهداً علاجياً أكبر وأكثر شمولية.
- لوحظ ترافق مميز للسلس البولي الأولي **PNE** مع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه **ADHD**، وتأجيل الإفراغ **VP** مع اضطرابات المسلك **conduct disorders**<sup>(1)</sup>.

## العلاج **Treatment**:

- إن وجود معدل تحسن عفوي للسلس البولي لا يعني إمكانية الاستغناء عن العلاج، وتبرز أهمية العلاج من كون السلس البولي يؤدي لتدهور سريري ملحوظ وصعوبات نفسية واجتماعية يعاني منها الطفل.
- ينبغي تدبير السلس البرازي **encopresis** والإمساك أولاً إن كانا مرافقين للسلس البولي<sup>(4)</sup>.
- إذا كان السلس البولي من النمط المختلط (الليلي والنهاري)، تعالج أعراض السلس البولي النهاري أولاً<sup>(4)</sup>.
- التثقيف النفسي والدعم العاطفي يفيدان في زيادة دافعية الطفل للسيطرة على المشكلة وتخفيف القلق الذي قد يعاني منه.

- ينصح بتجنب لوم الطفل أو تهديده أو تعنيفه أو إهانته من قبل مقدمي الرعاية.
- يفيد العلاج النفسي في التعامل مع المشكلات النفسية المرافقة والصعوبات الأسرية التي تطيل السلس البولي وتزيد من احتمال نكسه.
- السلس البولي الليلي:

### - العلاج السلوكي **Behavioral treatment**:

يمكن تطبيق بعض التقنيات السلوكية البسيطة، كتقليل كمية الماء المتناولة، لا سيما فيمساءً. كما يمكن تطبيق برنامج إيقاظ من خلال إيقاظ الطفل للتبول في المرحاض ليلاً، والإنقاص التدريجي للوقت الفاصل بين بدء النوم والإيقاظ بعد كل ليلة جافة، بالإضافة إلى التأكد من صحو الطفل عند إيقاظه لزيادة إدراكه إحساس المثانة الممتلئة مرتبطاً بالإيقاظ(6).

إن العلاج الأكثر فعالية هو العلاج بواسطة جهاز الإنذار **alarm treatment**. أشارت العديد من التجارب السريرية المعشاة **RCTs** إلى أن حوالي **50-60%** من الأطفال المعالجين بواسطة جهاز الإنذار حققوا ضبطاً للتبول مدة طويلة(4). يطبق هذا العلاج لمدة أقصاها **16** أسبوعاً، وخلالها ينبغي على الأهل التأكد من أن الطفل قد صحا، وتبول في المرحاض، ثم بدل ثيابه، وأعاد وصل الجهاز(6). يمكن تعزيز الفعالية العلاجية بتقنيات سلوكية إجرائية من خلال مكافآت رمزية.

### - العلاج الدوائي **Pharmacotherapy**:

فعالية العلاج الدوائي أقل من العلاج السلوكي(4). يوصف العلاج الدوائي عندما يكون المطلوب ضبط مؤقت للتبول (كالخروج في رحلة مع الأصدقاء)، أو في حال عدم إمكانية تطبيق العلاج بواسطة جهاز الإنذار، أو في الحالات المعقدة على العلاج السلوكي (لا سيما عند اليافعين)(4). يوجد اثنان من الأدوية تمت الموافقة على استخدامهما لعلاج السلس البولي(2) هما: **desmopressin (DDAVP)** والإيمبيرامين (مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقة).

يمكن استخدام المحلول الأنفي من الديسموبريسين بجرعة **20-40** ميكرو غرام يومياً، ويوازيها من الحبوب الفموية جرعة **0.2-0.4** ملغ يومياً(4). يعطى بجرعة وحيدة مساءً، ويوصى بعدم شرب الماء بعد تناوله.

تراجع استخدام الإيمبيرامين (توفرانيل) في علاج السلس البولوي نظراً لأعراضه الجانبية الوخيمة<sup>(4)</sup> (مثل: خفض عتبة النوب الاختلاجية، اللانظميات القلبية، انخفاض التوتر الشرياني)، لكن معدل نجوع العلاج باستخدامه يماثل العلاج بالديسموبريسين. يمكن استخدامه بجرعة **10-40** ملغ مساء كل يوم.

#### ● السلس البولوي النهاري:

- ينبغي معالجة المشكلات العضوية المرتبطة بالسلس البولوي أولاً، مثل إنتانات المجاري البولية.
- الخط الأول في علاج السلس الإلحاحي **UI** هو العلاج المعرفي السلوكي **cognitive behavioral therapy**<sup>(4)</sup>، حيث يتم تعليم الطفل الذهاب للمرحاض حالما يشعر بالإلحاح بولي، ويتم توثيق ما إذا كانت ثيابه قد تبللت برمز (الغيمة)، وإن كانت ثيابه جافة دون بول برمز (الشمس)<sup>(6)</sup>.
- عند حوالي ثلثي الأطفال لا يكفي العلاج المعرفي السلوكي، ويتطلب إضافة دواء مضاد كوليني **anticholinergic**<sup>(4)</sup>. الدواء الموصى باستخدامه هو أوكسيبوتينين **oxybutinin** بجرعة **0.3-0.6** ملغ/كغ مقسمة لثلاث جرعات في اليوم.
- إن علاج تأجيل الإفراغ **VP** بشكل رئيسي هو العلاج المعرفي السلوكي، والذي يركز على زيادة عدد مرات التبول أكثر من **7** مرات في اليوم، وتجنب مناورات الإحكام التي يمارسها الطفل لتأجيل التبول. يمكن استخدام ساعة يد فيها جهاز إنذار للتذكير بمواعيد التبول.
- يعالج خلل تناسق المعصرة والدافعة **DSD** بتقنية الارتجاع الحيوي **biofeedback** السمعي أو البصري.
- النماذج النادرة الباقية يتطلب علاجها إشرافاً متعدد الاختصاصات، بما في ذلك استشارة اختصاصي الأمراض البولية عند الأطفال.

## السلس البرازي Encopresis

- إفراغ متكرر للبراز عمداً أو لإرادياً في مواضع غير مناسبة.
- قد يرافقه إمساك أو يحدث بدون إمساك.

### معايير التشخيص (3): Diagnostic criteria

- أ- إفراغ متكرر للبراز في مواضع غير مناسبة (مثل الثياب أو أرض المنزل)، سواء أكان لإرادياً أو عمداً.
- ب- يحدث ذلك مرة في الشهر خلال ثلاثة أشهر على الأقل.
- ج- العمر 4 سنوات على الأقل (أو ما يعادله في المستوى التطوري).
- د- لا ينجم هذا السلوك عن تأثير فيزيولوجي لمادة ما (مثل المليّنات)، أو عن حالة طبية عامة باستثناء الآليات المؤدية لإمساك.

### التصنيف السريري Clinical classification

- يوجد نمطان رئيسيان من السلس البرازي هما: السلس البرازي الأولي **primary**، والسلس البرازي الثانوي **secondary**. يكون السلس البرازي أولياً عندما يستمر منذ مرحلة الرضاعة دون حدوث ضبط للتغوط لمدة لا تقل عن ستة أشهر متتالية، ويكون ثانوياً عندما يحدث السلس البرازي بعد حدوث ضبط للتغوط لمدة لا تقل عن ستة أشهر متتالية.
- هناك نمطان فرعيان هما (3):
  - السلس البرازي المترافق مع إمساك وسلس بالإفازة: هناك دليل على وجود إمساك بالفحص الجسدي أو بالقصة السريرية.
  - السلس البرازي غير المترافق مع إمساك وسلس بالإفازة: ليس هناك دليل على وجود إمساك بالفحص الجسدي أو بالقصة السريرية.

## الانتشار Prevalence:

- تقدر معدلات الانتشار وفق الأعمار كالتالي(2):
  - 2-3% في عمر 4 سنوات.
  - 1.6% في عمر 10 سنوات.
  - 0.75% في الأعمار من 10 سنوات إلى 12 سنة.
  - نادر جداً بعد البلوغ.
- يتساوى تقريباً شيوع النمطين الأولي والثانوي.
- إن السلس البرازي أشيع بـ 3-4 مرات لدى الذكور مقارنة بالإناث(4).
- يحدث السلس البرازي غالباً في النهار، ونادراً ما يحدث في الليل خلال النوم.

## السببيات Aetiology:

- تبين وجود دور للعوامل الوراثية، حيث أظهرت بعض الدراسات أن السلس البرازي أكثر حدوثاً عند التوائم أحادية البيضة مقارنة بالتوائم ثنائية البيضة(4).
- تعتبر معظم حالات السلس البرازي وظيفية. فالأطفال الذين لديهم سلس برازي عادة ما يحتسبون البراز من خلال شد العضلات الإليوية، ضم الساقين معاً، وتقبيض المصرّة الشرجية الخارجية. يحدث ذلك في بعض الحالات استجابة لحركية معوية مؤلمة ناجمة عن براز صلب، والتي تؤدي للخوف من التغوط وسلوكيات الإحكام.
- بغض النظر عن العامل المطلق، قد يؤدي الإمساك الحاد إلى حلقة مفرغة من زيادة احتباس البراز حتى الأشكال المتطرفة من ضخامة الكولون **megacolon**. في هذه الحالة، تتراكم الكتل البرازية، وتقل الحساسية المعوية والحركات التمعجية، مما يزيد احتباس البراز. وعندما يتسرب البراز اللين الأحدث بين البراز الصلب الأقدم يصل الشرج مؤدياً للتغوط (تلويث الثياب بالبراز اللين). لذلك إن مصطلح (السلس بالإفاضة **overflow incontinence**) غير دقيق، ويمكن أن يكون (السلس الاندخالي **interflow incontinence**) أكثر دقة في وصفه(4).
- قد تؤثر بعض الآليات الفيزيولوجية في تلك الحلقة المفرغة، مثل تبدلات بإفراز هرمونات الجهاز الهضمي، أو الانقباض التناقضي للمصرّة الشرجية الخارجية(4).

- وقد يعزى السلس البولي لضغط الكتل البرازية على المثانة. لذلك يمكن أن يكون علاج الإمساك وحده كافياً لحل مشكلتي السلس البولي والسلس البرازي.
- يتضمن السلس البرازي في كثير من الأحيان تداخلاً بين العوامل الفيزيولوجية والنفسية التي تؤدي لتجنب التغوط، فعندما يحتبس الأطفال برازهم لفترة مديدة ينتهي المطاف بحدوث سلس بالإفازة. إن هذا النوع من السلوك لدى الأطفال يدعم التدبير بالعلاج السلوكي، مع التركيز على تخفيف الإمساك.
  - إن نقص أو عدم كفاية التدريب على ضبط التغوط قد يؤدي إلى سلس برازي أولي.
  - لوحظ أن حوالي **5-10%** من حالات السلس البرازي ناجمة عن أسباب مرضية جسدية<sup>(2)</sup>، مثل خلل بالتعصيب الشرجي المستقيمي، داء هيرشبرنغ **Hirschprung**، عسر تنسج عصبي معوي، أو أذية في النخاع الشوكي.
  - أشارت بعض الدراسات إلى أن السلس البرازي أكثر حدوثاً عند الأطفال الذين تعرضوا لاعتداء جنسي<sup>(2)</sup>. ذلك لا يعني أن السلس البرازي يمكن أن يكون مؤشراً لحدوث اعتداء جنسي، لكنه مؤشر إلى أن الطفل يتبع سلوكيات إحكام محاولاً تجنب تغوط مؤلم.
  - بعض الأطفال يصرون على التغوط في الحفاضات لا المرحاض (متلازمة رفض المرحاض **toilet refusing syndrome**)<sup>(4)</sup>، وبعضهم يرفض الذهاب للمرحاض بسبب خوف لديه. هؤلاء الأطفال يزداد احتمال حدوث إمساك لديهم.
  - إن السلس البرازي الثانوي قد يحصل كسلوك نكوصي بعد أحداث تؤدي لشدات نفسية لدى الطفل، مثل انفصال الوالدين، فقد عزيز، فشل دراسي، ولادة طفل جديد في الأسرة، أو انتقال إلى منزل جديد.

### المظاهر السريرية :Clinical features

- العرض الرئيسي هو إفراغ متكرر للبراز في مواضع غير مناسبة، والذي غالباً ما يكون لاإرادياً، لكنه قد يكون عمداً لدى بعض الحالات<sup>(3)</sup>. إن السلس البرازي اللاإرادي عادة ما يرتبط بالإمساك، والاحتباس البرازي المترافق مع سلس بالإفازة.

- قد يكون قوام البراز سائلاً (لا سيما لدى من يعانون من إمساك وسلس بالإفاضة)، أو طبيعياً أو قريباً من الطبيعي.
- يشعر الكثير من الأطفال بالعار، وقد يتجنبون البقاء برفقة الآخرين (كالخروج برحلة) خشية التعرض للإحراج أو السخرية.
- قد يكون السلس البرازي المتعمد مرتبطاً باضطراب التحدي المعارض أو اضطراب المسلك<sup>(3)</sup>.
- الأطفال الذين لديهم سلس برازي وإمساك غالباً ما يعانون من آلام بطنية وتغوط مؤلم ونقص شهية. تكون أحياناً الكتل البرازية مجسوسة من خلال البطن، وتستجيب للعلاج بالمينات. بينما يندر الألم عند الأطفال الذين لديهم سلس برازي دون إمساك، ولا تتأثر الشهية لديهم.
- إن تحديد النمط الفرعي ذو أهمية علاجية، ذلك لأن المينات قد تؤدي لتفاقم السلس البرازي غير المترافق بإمساك.

### السير والإنذار :Course and prognosis

- يعتمد سير وتحسن السلس البرازي على العوامل المسببة، مدة استمرار الأعراض، والمشكلات السلوكية المرافقة.
- إن السلس البرازي محدد بذاته في بعض الحالات، ونادراً ما يمتد حتى البلوغ<sup>(2)</sup>.
- تصعب معالجة السلس البرازي المرتبط بعوامل فيزيولوجية، مثل ضعف الحركة الهضمية وعجز المعصرة الشرجية عن الاسترخاء.
- تتجلى أبرز التأثيرات على حياة الطفل بنقص تقدير الذات، النبذ الاجتماعي الذي يتعرض له من الأقران، بالإضافة إلى غضب وعقاب ورفض مقدمي الرعاية له.
- يتأثر تحسن السلس البرازي بمدى انخراط الطفل بالعلاج، واستعداد الأسرة وقدرتها على المشاركة في العلاج دون الإفراط في العقاب.

## التشخيص التفريقي **Differential diagnosis**:

- ينبغي نفي وجود أمراض عضوية مسببة للسلس البرازي، كداء هيرشبرنغ، وتضيق المستقيم أو الشرج.
- يؤخذ بعين الاعتبار أن الإفراغ البرازي غير المناسب قد يكون عرضاً في سياق مشكلة أخرى. على سبيل المثال، قد يحدث السلس البرازي والسلس البولي إثر شدات نفسية تعرض لها الطفل، ويتوقف السلس بزوال الشدة النفسية.
- قد يحدث أحياناً سلس برازي لدى الأطفال الذين لديهم اندفاعية وفرط نشاط لأنهم لا يستجيبون لتنبيهات الامتلاء المستقيمي حتى وقت متأخر.

## العلاج **Treatment**:

- يجب إجراء تقييم وتشخيص دقيقين قبل أي تدخل علاجي.
- يوجه العلاج بناء على الأعراض نحو غاية ضبط التغوط.
- إن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية من بقية المعالجات النفسية<sup>(4)</sup>، ويكون التدريب على ضبط التغوط هو أهم عنصر في الآليات العلاجية، ويتم ذلك من خلال:
  - سؤال الطفل فيما إذا كان يريد الذهاب للمرحاض أو يشعر بحاجة للتغوط، وذلك بمعدل ثلاث مرات في اليوم بعد تناول الوجبات الرئيسية.
  - يطلب من الطفل أن يجلس في وضعية مريحة لمدة **5-15** دقيقة، بحيث تكون القدمان متباعدتان ومتصلتان بالأرض.
- يمكن تعزيز الفعالية العلاجية بنظام مكافآت رمزية.
- قد يكون من المفيد إجراء بعض التغييرات في النظام الغذائي، كزيادة شرب السوائل، وزيادة تناول الأطعمة الغنية بالألياف.
- يستطب العلاج بالميلينات إضافة للعلاج المعرفي السلوكي في حال وجود إمساك، ويتضمن مرحلتين:

- I. تفريغ البراز بواسطة الحقن الشرجية، وتعتبر حقن الفوسفات **phosphate enemas** الأكثر استخداماً.
  - II. الاستمرار بالعلاج بالمليينات الفموية أو الشرجية، والذي قد يمتد لعدة أشهر، حتى ضمان عدم احتباس البراز وعودة المستقيم لحجمه الطبيعي.
- يمكن علاج الحالات المعنّدة بالتلقيح الراجع الحيوي **biofeedback** الذي يتم خلاله تنظيم وتدريب المعصرة الشرجية، وذلك بالاستناد إلى قياس الضغوط داخل المستقيم وتخطيط العضلات حول الشرج **perianal EMG**.

## خلاصة وتوصيات

إن الحديث عن العوامل الأسرية والاجتماعية لاضطرابات الإفراغ يضعنا أمام نموذج من المشكلات التي تتطلب مزيداً من التثقيف الأسري وإنجاز أدوار تربوية تقلل من العوامل التي تساهم في انبثاق هذه المشكلات أو تفاقمها. أيضاً في الحديث عن الأسباب قد يتم إغفال الجانب الوراثي أو تناوله باختصار، ذلك لكون الدراسات المنشورة في العوامل الوراثية المساهمة باضطرابات الإفراغ ما زالت قليلة وفقيرة بالمتغيرات والمراجعات العلمية المنهجية، لذلك يجدر العمل على إنجاز بحوث علمية أكثر في العوامل الوراثية المساهمة في اضطرابات الإفراغ.

يأخذ العلاج النفسي دوراً يتصاعد الاهتمام به وتعزيز تقنياته في علاج اضطرابات الإفراغ، ذلك لا يلغي استطببات العلاج الدوائي لبعض الحالات أو المشاركة بين العلاجين الدوائي والنفسي. لكننا على مستوى مجتمعاتنا العربية ما زلنا بعيدين عن اللحاق بتطور العلاجات المسندة بالدليل العلمي، ويتطلب ذلك منا مزيداً من بذل الجهد على صعيد الممارسة المهنية المستندة للأدلة العلمية، وأيضاً من ناحية إنجاز أبحاث علمية حول الممارسات والتقنيات الممكن تطبيقها في المجتمعات العربية.

# المراجع

- (1) Martin A, Bloch M H, Volkmar F R. (2018). Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Fifth Edition. Wolters Kluwer. New York.**
- (2) Sadock B J, Sadock V A, Ruiz P. (2015). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eleventh Edition. Wolters Kluwer. New York.**
- (3) American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Publishing. Washington DC.**
- (4) Gillberg C, Harrington R, Steinhausen H. (2005). A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge University Press. Cambridge.**
- (5) Behrman R, Kliegman R, Jenson H. (2003). Nelson Textbook of Paediatrics. Seventeenth Edition. Elsevier Health Sciences. London.**
- (6) Caldwell PHY, Nakivell G, Sureshkumar P. (2013). Simple Behavioral Interventions for Nocturnal Enuresis in Children: A systematic review. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art, No: CD003637.**