

الأمعاء والكولون ٤

د يوسف جرّاد

موضوعنا اليوم هو التهابات الأمعاء والكولون 😊

مقدمة:

□ عندما تكلمنا سابقاً عن تهيج الكولون قلنا أنه من المستبعد جداً أن نجد كولون "معضب" وأمعاء "رايقة" ..

□ وكذلك في الالتهابات التي سنتحدث عنها اليوم غالباً ما تأتي التهابات الأمعاء والكولون معاً .. وكثيراً ما ترافقها التهابات المعدة أيضاً (التهاب معدة وأمعاء بتسمم غذائي مثلاً) .

تقسم التهابات الأمعاء والكولون إلى عدة أنواع :

(1) الالتهابات البدئية primary : (بدئية ← مجهولة السبب غالباً، وغالباً ما تعود لعوامل مناعية ذاتية)

⊙ داء كرون ⊙ التهاب الكولون القرصي ⊙ التهاب الكولون الكولاجيني

(2) الالتهابات الإنتانية Infectious :

⊙ الجرثومية :

⊙ **إصابات حادة** : الشيغيلا - السالمونيلا - البروسيلا - الكوليرا - المكورات

العنقودية المذهبة (في اللحوم المجمدة) ، **وعلاجها** : تعويض الشوارد والسوائل

فقط لأنها تسبب إسهالات حادة.

⊙ **إصابات مزمنة** : اليرسنية (الطاعون) - السل .

⊙ الفيروسية .

⊙ **الطفيلية** : المتحول الزحاري - البلهارسيا¹ .

(3) الدوائية : المليات - الصادات الحيوية .

(4) الشعاعية .

(5) نقص التروية .

(6) الرتوج الكولونية (التهاب الرتوج) .

التهابات الكولون والأمعاء البدئية

✗ غالباً مجهولة السبب *Idiopathic* ، وهناك العديد من الاقتراحات أكثرها قبولاً هو السبب المناعي الذاتي ، ومع ذلك يبقى السبب الحقيقي مجهولاً .

✗ تتضمن :

Ⓒ داء كرون .

Ⓒ التهاب الكولون القرصي .

Ⓒ التهاب الكولون الكولاجيني .

✗ يوضع كل من داء كرون والتهاب الكولون القرصي تحت عنوان واحد هو IBD :

Inflammatory Bowel Disease : أي الداء المعوي الالتهابي (أدواء الأمعاء الالتهابية).

داء كرون Crohn's Disease ((داء الأمعاء المنطقي))

التعريف :

- مرض التهابي مزمن يمكن أن يصيب أي مكان من أنبوب الهضم من الفم وحتى الشرج .
- ولكن أكثر المناطق المفضلة له هي : نهاية الدقاق .
- قمة الإصابة تأتي بين سن (20-40) سنة ، وهذا لا يعني أنها لا تأتي قبل الـ 20 أو بعد الـ 40 ولكن عادة قمة الإصابة بين (20-40) سنة.
- بالدرجة الثانية يمكن أن يصيب الكولون ، وهنا تحدث الإصابة خاصة بعد سن الـ 50 .

ملاحظة هامة:

أصبح لدينا ثلاثة أمراض تحب أن تصيب نهاية الدقاق وهي :

⊗ السل .

⊗ داء كرون .

⊗ اللمفوما (وخاصة النمط الغريبي **(Non IPSID Lymphoma)** .

الأسباب :

➤ هذا المرض مجهول السبب ، وقد يكون له أسباب إنتانية وقد تكون هناك بعض العوامل الوراثية المتهمة² .

➤ ولكن غالباً السبب هو مناعي ذاتي وخاصة مع وجود (بتحريض هـ) إصابة جرثومية مزمنة (مثل المتفطرات نظيرة السلية *Mycobacterium Paratuberculosis*) .

➤ والدليل على السبب المناعي الذاتي في إحداثه:

- 1- تحسن المريض على الستيروئيدات.
- 2- وجود إصابات وتظاهرات خارج الجهاز الهضمي (كما سيمر معنا بعد قليل) .

A. عياناً (بالنظر) :

◀ **تقرحات كبيرة** تبدأ دائرية ، تصيب المخاطية وخاصة في نهاية الدقاق والكولون :



✓ هذه التقرحات تمتد للعمق ، ثم تتطاول بشكل خطوط وتتوسع وتتقاطع (تلتقي مع بعضها) لتعطي المخاطية منظراً مميزاً هو الـ **Cobble Stone** أي فنظر حجارة الرصيف مشكلة مناطق بارزة من الإصابة تحصر بينها مسافات

ضيقة {أخاديد} سليمة (أشبه بحجارة شوارع دمشق القديمة)، وهو منظر وصفي لداء كرون (هأم) .

◀ **ارتشاح طفاوي شديد :**

✓ هذا الارتشاح يكون على كامل سماكة جدار الأمعاء أي يمتد من الطبقة المخاطية وحتى الطبقة المصلية .

✓ هذا الارتشاح الشديد سيؤدي إلى **تسمك جدار الأمعاء** وبالتالي حدوث تضيقات بالأمعاء.

✓ إذا : عيانياً : سيكون هناك سماكة بالجدار مع تضيقات + منظر حجارة الرصيف.

◀ وجود مناطق سليمة بين المناطق المصابة :

✓ وهذا أمر مميز جداً لداء كرون، حيث تتميز الإصابة بأنها قطعية أو منطقتية Zonal، ولذلك كان يسمى التهاب الأمعاء المنطقي .

✓ فمثلاً يمكن أن يصاب السين ونهاية الدقاق وبينهما مناطق سليمة ، أو نهاية الدقاق والمعدة والباقي سليم .

✓ وهذا كما نلحظ على عكس التهاب الكولون القرصي الذي تكون فيه الإصابة ممتدة (لا يوجد مناطق سليمة بين المناطق المصابة) والمكان الذي تتوقف فيه الإصابة تصبح المخاطية بعده سليمة عيانياً .

تفاعل التهابي: ارتشاح لمفاوي بكامل جدار الأمعاء المصاب، وقد يصل حتى المساريقا والعقد اللمفاوية المحيطة .

وهناك شيء مميز وهو وجود **ورم حبيبي غير متجبن** ³ **Non-Caseating Granuloma**

✱ حيث نلاحظ وجود خلايا عملاقة للانغرهانس محاطة بخلايا بلازمية ولمفاوية .
✱ هذا الورم الحبيبي غير المتجبن مشخص 100% لداء كرون ، إلا أنه لا يشاهد **إلا في 60%** **من الحالات** (والسبب في ذلك أن الخزعة لا تأتي دائماً عند الـ Granuloma) .

✱ ولذلك فإن وجوده يثبت الداء، إلا أن غيابه لا ينفيه (من الشائع أن تأتي نتيجة التشريح المرضي بـ: ارتشاحات لمفاوية تتماشى مع كرون حيث لا يظهر التجبن).

على الهمامش: إجراء الخزعة الجراحية في حال الشك بكرون إجراء خاطئ < تشكل نواسير

³ عكس الورم الحبيبي في السل الذي يكون متجنباً، ولكن في كثير من الأحيان يصعب التفريق بينها وبين سل الأمعاء (الذي يجب أيضاً نهاية الدقاق)، فقد تتشابه أعراضهما حتى مع المفوما، وسير هذه الثلاثة وعلاجها مختلف تماماً، وهذا الموضوع هو غاية في الأهمية خاصة أن علاج داء كرون من الممكن أن يؤدي إلى استيقاظ إصابة سلية هاجعة (غالبية أدوية داء كرون هي من مثبطات المناعة).
*السل يعالج بـ 6 شهور وخالصين، كرون لا بد من متابعته مدى الحياة، والمفوما لا بد من علاجها بشكل سريع حتى لا يموت المريض ☹

أ. الشكل الجراحي (مثل التهاب الزائدة) :

✕ قد تكون المنطقة المصابة هي نهاية الدقاق أو الأعور، وهنا يأتي المريض بألم مُمض جداً مع آلام شديدة بالجس في الحفرة الحرقفية اليمنى ، مع غثيان وإقياء وارتفاع حرارة وارتفاع كريات بيض وتخريش بريوانج.

✕ وهذه حالة سريرية مشابهة تماماً لالتهاب الزائدة الدودية، لذلك قد يقوم الجراح باستئصال الزائدة ، إلا أن المريض سينكس بعد فترة < لا يلتئم الجرح وتتشكل نواسير.

✕ لذلك في حال استئصال الزائدة من **المهم جداً** إرسالها إلى التشريح المرضي **فيمكن** أن تكون مصابة بكارسينويد أو سل أو داء كرون .

ب. الشكل الطبي (النموذجي) :

وهو الشكل النموذجي ، ونجد فيه حسب مكان الإصابة (تضيق بنهاية الدقاق أو إصابة الكولون) :

✎ ألم معوي (إذا كانت الإصابة بالأمعاء) أو كولوني (إذا كانت الإصابة بالكولون) .

✎ إسهال مزمن معوي (زيادة تآثر جرثومي لتضيق اللمعة)، أو كولوني (بإصابة الكولون)

✎ ارتفاع حرارة .

✎ سوء حالة عامة ونقص وزن .

ت. اختلاطات :

فغالباً ما يأتي المريض بعد حدوث الاختلاطات وأهمها :

a. شقوق شرجية :

(أرشف: إنّ الشقوق الشرجية المهمة والشائعة هي الناتجة عن حالات الإمساك وتوضعها بالنسبة للشرح غالباً في الساعة 12 والساعة 6 ، أما إن وجدناها في غير هذه الأماكن كالساعة 2 والساعة 4 و 9 في الشرح (أماكن غير نظامية) فتوجهنا لاحتمال وجود داء كرون، ولا ننفي إمكانية أنها ناتجة عن امساك) .

b. انسداد أمعاء (بسبب التضيقات).

c. نزف شديد.

d. خراجات : (ناكسة)

e. نواسير : حيث تمتد الخراجات عميقاً وتنفّث لتشكل نواسير بين الأمعاء الدقيقة والأمعاء الدقيقة المجاورة (نواسير معوية – معوية) أو بين الأمعاء الدقيقة والكولون (نواسير معوية – كولونية) أو بين الكولون وحول الشرج (نواسير حول الشرج) أو (نواسير معوية جلدية).

تشكل هذه النواسير (خاصة الجلدية) يجعلنا نبتعد قدر الإمكان عن الجراحة .

ث. أعراض وإصابات خارج الهضمية (هام جداً) :

a) سببها مناعي غالباً ، وجودها يدل غالباً على IBD (أي داء كرون أو التهاب كولون قرحي) وتميزه عن السل ، ويمكن أن يأتي IBD بأعراض خارج هضمية فقط .
b) تتضمن الأعراض خارج الهضمية :

i. أعراض مفصليّة⁴ : ألم أسفل الظهر ، التهاب مفصل حرقفي عجزى ، آلام بالمفاصل المحيطية الكبيرة ، التهاب فقار مقسط (لاصق) .

ii. إصابات جلدية : حمامى عقدة بالساق ، قرحات الساق الوحيدة ، تقيح (التهاب) الجلد المواتي ، قلاعات بالفم .

iii. إصابات عينية : التهاب عنبة العين ، التهاب ظاهر الصلبة ، التهاب قزحية .

iv. إصابة كبدية : التهاب طرق صفراوية مصلب بدئي ، تشحم كبد ، أورام

حبيبية بالكبد ، تليف حول الطرق الصفراوية، تشمع صفراوي بدئي.

(c) وكما ذكرنا التظاهرات خارج الهضمية تترافق مع داء كرون أو التهاب الكولون القرحي ، ولذلك عند وجود مريض لديه ألم (معوي أو كولوني) وإسهال وحرارة مع وجود إحدى التظاهرات خارج الهضمية السابقة فهذا يوجهننا نحو ال IBD .

النطور والاختلاطات :

يمكن أن يتطور المرض نحو إحدى الاختلاطات التالية :

➤ **انسداد :** نتيجة تسمك الجدار والتضيقات الناجمة عن الارتشاح الشديد بالجدار .

➤ **نواسير :** معوية معوية أو معدية معوية أو معوية كولونية أو كولونية حول الشرج

أو معوية جلدية.

⁴ في حال وجود إسهال مزمن مع ألم بطني مع حرارة مع التهاب ففقر لاصق مع آلام مفصلية محيطية، ←فكروا فوراً بكرون، خاصة في هذه الحالة لا توجد أي واسمات مفصلية تشير لوجود مرض مفصلي!

❖ شقوق شرجية .

❖ **انثقاب** : نتيجة الخراجات العميقة، ويتجلى الأمر عندها بحالة بطن جراحي حاد .

❖ **تسرطن** (يزداد عن الطبيعي نسبياً⁵) **وهنا نلجأ للجراحة** .

ملاحظات:

❖ لا شفاء بداء كرون ، فداء كرون لا يشفى⁶ (إلا بمشيئة إلهية !) حتى لو استأصلنا كل المناطق المصابة .

❖ ففي داء كرون هناك دائماً هجمات ؛ وعندما تأتي علينا أن نعالجها، ثم يليها هجوع ثم هجمات وهكذا ...

❖ فالنكس هو القاعدة بداء كرون (أي أنه سينكس غالباً) ويحدث النكس بنسبة 50% خلال 10 سنوات أو خلال أشهر .

❖ إضافة لذلك لا يوجد بداء كرون أي وسيلة لتخفيف النكس والوقاية منه (وذلك عكس التهاب الكولون القرصي الذي نستطيع أن نعطي فيه أدوية تمنع النكس) .

❖ بسبب النكس المتكرر لداء كرون يجب أن يكون التداخل الجراحي على الحد الأدنى لأن المرض سينكس غالباً، يعني الاستطباب الجراحي بكرون لا نفكر به إلا عند حدوث الاختلاطات الخطيرة المهددة للحياة (خراج أو انثقاب أمعاء أو تسرطن) أما أن نلجأ إلى الجراحة بقصد شفاء المرض فهذا الأمر لا فائدة منه لأن النتيجة الحتمية هي النكس .

التشخيص :

🔔 **مخبرياً :** ارتفاع بويض ارتفاع الـ CRP

(مشعر للفعالية الالتهابية) وسرعة التثفل ESR.

🔔 **الأشعة :** (نادراً) إذا كانت الإصابة معوية ستظهر

تضيقات واضحة بنهاية الدقاق ، ويمكن أن يظهر

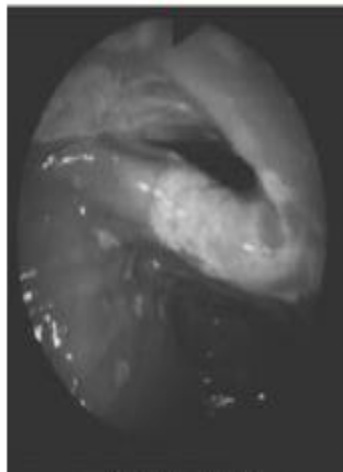
منظر حجارة الرصيف.

🔔 **التنظير :** وهو الأشيع والأفضل حيث :

• نرى مناطق متضيقة متسمة مع تحرز

المخاطية على شكل حجارة الرصيف Cobble

Stone .



صورة تنظيرية لداء كرون

(الإصابة في نهاية الدقاق)



صورة شعاعية لداء كرون

(الإصابة في نهاية الدقاق)



القاع المشاهد في داء كرون

كرون

- كما نأخذ خزعات بالتنظير وذلك لتأكيد التشخيص (التنظير مشـخص والخزعة مؤكدة).

- إصابة نهاية الدقاق، ولو كان الكولون كله مصاباً وشككنا بالتهاب الكولون القرحي فهو داء كرون لأن التهاب الكولون القرحي يصيب فقط الكولون والمستقيم ويعف عن نهاية الدقاق (هااااا).

ملاحظة:

◎ داء كرون في الأعمار (20-40) سنة غالباً يصيب نهاية الدقاق بينما فوق 50 سنة غالباً يصيب الكولون.

◎ مريض عنده إصابات مفصلية وتظاهرات سريرية تتماشى مع كرون ولو لم تؤكد الخزعة المرض 100% ولا سوابق سل في العائلة ← لا مشكلة من نفي السل أو اللمفوما ونتماشى مع الشكل العام للمرض.

أ- أحمية:

ففي حالة IBD (مريض داء كرون أو حتى التهاب الكولون القرصي) .

✍ بكل بساطة : حمية خالية من السيلوز (من الألياف)، أي حمية خالية من الفضلات⁷ .

✍ والسبب :

✍ الوقاية من حدوث انسداد أمعاء ، ففي حال كان هناك تضيق بنهاية
الدقاق يمكن أن يحدث انسداد بسبب الفضلات، مما قد يضطرنا لعمل
جراحي نحن بغنى عنه .

✍ لإراحة الكولون في حال إصابته حيث نريحه من تخريش الفضلات وخاصة أن
جداره ملتهب أصلاً .

✍ لذلك يفضل إعطاء حمية خالية من الألياف إلى أن تنتهي الهجمة الحادة.

وهي حمية معاكسة لحمية الإمساك الأولي . (كل ورم أو أي مرض قد يسبب انسداد كولون يتطلب حمية خالية من الفضلات)

ب- العلاج الطبي الدوائي :

1) الستيروئيدات (الكورتيزون) :

☞ وهي علاج أساسي للهجمة الحادة .

☞ يعطى عادة **Prednisolone** 1ملغ/كغ يومياً عن طريق الفم أو عن طريق الوريد في الحالات السيئة جداً (تناذر تحت انسداد).

☞ تعطى الستيروئيدات كما ذكرنا بالهجمة الحادة ثم نخفض جرعتها تدريجياً خوفاً من التأثيرات الجانبية (متلازمة كوشينغ) .

2) Sulfasalazine أو 5 ASA :

من مشتقات الأسبرين واسمه التجاري Salazopyrine : يعطى في الأشكال المتوسطة والخفيفة .

5 Amino Salicylic Acid = 5ASA : وهو من عائلة الأسبرين الذي يعتبر من أهم مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs.

☞ أما Sulfasalazine فهو عبارة عن جذر سلفا مرتبط مع جذر 5ASA :

🌸 وظيفة جذر السلفا هنا هو فقط واسطة نقل (نقلية) يقوم بإيصال الـ 5ASA للمنطقة المصابة (سواء الدقاق أو نهاية الكولون) حيث ينفصل هناك (بتأثير الفلورا) جذر السلفا عن الـ 5ASA والذي يتحرر ويقوم بالتأثير موضعياً على المنطقة المصابة بالالتهاب .

❁ لم يعد شائع الاستخدام لأن بعض المرضى يتحسسون للسلفا ، وبما أن السلفا هي عبارة عن تكسي فقط للـ 5ASA لذلك نستطيع أن نغير هذه التوكسي وبالتالي هناك العديد من الأشكال الصيدلانية للـ 5ASA مثلاً :

❁ 5ASA محاط براتنج صيدلاني أو كبسولات نصف نفوذة، بحيث يبدأ 5ASA بالتححرر عند وصوله للمنطقة المصابة .

❁ أو بدل أن نضع راتنج حول الـ 5ASA نربط جزيئتي 5ASA مع بعضهما بحيث يتفكك الرباط بينهما بتأثير الفلورا في المنطقة المصابة ويتحرر عندها 5ASA (اسم تجاري : *Olsalazine*) .

❁ فالفهم إذاً هو أن يصل الـ 5ASA إلى المنطقة المصابة وتقوم الفلورا بفك الرابط بين التاكسي والـ 5ASA لذلك لا تتحرر بالمعدة وبداية الامعاء الدقيقة لخلوها من الفلورا ويعالج الالتهاب ، وكما ذكرنا يوجد العديد من الأشكال الصيدلانية (التكاسي كثيرة) التي تؤمن وصوله .

❁ وطبعاً يعطى 5ASA عن طريق الفم وليس عن طريق الوريد .

8: Metronidazol (3)

⌘ يؤثر باللاهوائيات أو عند تشكل خراجات ، حيث أنه في داء كرون تحدث ركودة شديدة وتكاثر جرثومي شديد وخاصة على حساب اللاهوائيات .
⌘ وبالتالي نعطي دائماً الميترونيدازول مع الصادات الحيوية الأخرى أثناء الهجمة الحادة .

4) مثبطات المناعة مثل Azathioprine :

- نلجأ إليه عندما يصبح المريض معتمداً على الستيروئيدات *Cortico Dependent* بحيث أنه كلما حاولنا خفض جرعة الستيروئيدات لديه تعود وتحدث الهجمة الحادة لديه .
- لذلك يعطى هؤلاء المرضى *Azathioprine*⁹ (واسمه التجاري *Imuran*) بجرعة أدنى بحيث نستطيع أن نخفض عند إعطائه من كمية الستيروئيدات الموصوفة ، وهذا بالطبع أفضل من إعطاء المريض الستيروئيدات مدى الحياة وتعريضه لتناذر كوشينغ أو لتخلخل العظام.
- ولا ننسى أن تأثيره لا يبدأ إلا بعد مرور 3 أشهر.

: Adalimumab ،Infliximab (5

وهي عبارة عن Anti TNF : ولها استطبaban :

(a علاج النواسير الناتجة عن داء كرون :

✍ هذا هو الاستطباب الرئيسي له، حيث يعطى على 3 جرعات وريدية.

✍ وهو يعطي نتائج ممتازة في علاج النواسير التي تعد مأساة في داء كرون لا سيما

أن العلاج الجراحي للنواسير سيفشل غالباً .

(b علاج الهجمات الحادة لداء كرون في حال لم يتحسن المريض على

الستيروئيدات أو على Azathioprine.

نستخدم كل هذه الأدوية لعلاج الهجمة الحادة، ولا يوجد أي دواء منها يستطبع أن يمنع

النكس

التهاب الكولون القرصي Ulcerative Colitis

التعريف :

- ✓ مرض التهابي مجهول السبب ، هناك عوامل وراثية وهناك عوامل بيئية مشاركة ولكن يبقى مجهول السبب والإطار العام مناعي ذاتي .
- ✓ ولكن يلاحظ بالتهاب الكولون القرصي بشكل خاص أن العوامل النفسية والحالة النفسية Stress تلعب دوراً كبيراً جداً¹⁰ .
- ✓ يصيب الكولون والمستقيم (من اسمه):
- ✓ **يصاب المستقيم في (100) % من الحالات** ، واليوم أثبت تماماً أن إصابة المستقيم في سياق التهاب الكولون القرصي هي إصابة حتمية ، وبالتالي لا يوجد التهاب كولون قرصي دون إصابة مستقيم (وهذا الكلام مفيد في الاعتماد على التنظير المستقيمي – السهل- في تشخيص التهاب الكولون القرصي).
- ✓ تبدأ الإصابة من المستقيم وتمتد نحو الكولون (بالمقلوب).

✓ يتظاهر عيانياً بإصابة مستمرة للمستقيم وجزء من الكولون (مستقيم وسين أو مستقيم وسين وكولون نازل أو مستقيم وسين وكولون نازل ومعترض أو كامل الكولون ..).

✓ ولكن عملياً يكون الكولون بكامله مصاباً، ولذلك فإنه حتى لو كان المستقيم فقط هو المصاب عيانياً عندها :

○ استئصال المستقيم سيؤدي إلى نكس .

○ بينما استئصال الكولون سيؤدي إلى شفاء كامل (بعكس داء كرون) .

✓ يوجد ذروتان لحدوث الإصابة : في عمر 30 و 50 سنة .

✓ والنساء أكثر إصابة من الرجال .

Ω التهاب كولون قرحي بدون إصابة مستقيم ← خطأ بالتشخيص

Ω التهاب كولون قرحي يصيب نهاية الدقاق ← خطأ بالتشخيص

التشريح المرضي :

A. عيانياً :

1. مخاطية تبكي دماً : بالتنظير تقرحات سطحية نازفة في الغشاء المخاطي الكولوني .
2. لا يوجد مناطق سليمة بين المناطق المصابة :

① حيث تكون الإصابة ممتدة إلى حد معين، ويعلها تصبح مخاطية الكولون سليمة عيانياً (أما في الحقيقة : كل مخاطية الكولون مصابة) .

② وكما ذكرنا الإصابة كولونية بحتة، فلا يصاب الدقاق (بعكس داء كرون) .

يمكن أن نلاحظ في التهاب الكولون القرخي ما يسمى بالبوليبات الكاذبة *Pseudopolyps* ، وهي ليست بوليبات حقيقية وإنما هي عبارة عن فتاق سليمة من اطخاطية بين التقرحات¹¹ فتظهر على شكل بوليبات كاذبة ويجب تمييزها عن الخباثات .

B. مجهرياً : بالخزعات ودراستها تحت المجهر نجد

1. تخرب الخلايا الظهارية : طبعاً نتيجة التقرحات .
2. خراجات الخبيثات Crypt abscess : وهو منظر وصفي وعلامة مميزة لالتهاب الكولون القرخي (وتذكر أنه يقابل ذلك في داء كرون ال Granuloma غير المتجينة وهي علامة مميزة لداء كرون) .

الأشكال السريرية :

1. الشكل الاعتيادي (الشائع)

- ❖ وهو الشكل الشائع والنموذجي، ويتظاهر بإسهال مزمن مع دم فقط لا غير ، بدون ألم بطني¹² وبدون حالة عامة سيئة .
- ❖ فإذا بالشكل الاعتيادي والشائع فقط : إسهال دمجي¹³ .

2. الشكل الموضع :

- يكون المستقيم فقط مصاباً (التهاب مستقيم قرحي)، وهنا قد يتظاهر الأمر بإفساك (حيث أن منعكس التغوط غير طبيعي حيث إن المستقيم المصاب لا يتمدد بالشكل المناسب لإعطاء إشارات تحريض التغوط).
- أو بنزوف (دم) أو بزحير (نتيجة إصابة وتخريش مخاطية المستقيم) .

3. الشكل الشديد السمي Pancolitis :

❖ وفيه يصاب كامل الكولون، حيث يرنخي الكولون ويتوسع بشدة ، كما يصبح رقيقاً (مثل ورقة السيجارة أو البالون) .

❖ ارتفاع حرارة- تسرع قلب - هبوط ضغط - حالة عامة سيئة -إسهال -آلام بطنية .
❖ ويعتبر المريض إسعافياً ويجب أن يحول إلى العمليات فوراً لأنه بأي لحظة من الممكن أن ينثقب الكولون ويصاب البريتوان بالإنتان بسبب جراثيم الكولون ، وقد يموت المريض .
❖ صورة البطن البسيطة تظهر توسع الكولون لأكثر من 5- 7 سم .

❖ يمكن أيضاً في الإصابة بالمتحول الزحاري أن يحصل التهاب ككولون شديد سمي زحاري (والسيناريو المقترح ☺ واحد أجنبي عزمناه على فلافل) ¹⁴ .



4. الشكل خارج الهضمي :

❖ الأشكال خارج الهضمية : اطفصلية والجلدية والعينية واللبدية التي تكلمنا عنها في داء كرون هي نفسها يمكن أن تشاهد بالتهاب الكولون القرخي .
❖ فكما ذكرنا هذه الأشكال توجهنا نحو IBD .

□ بعلاج المرض بالـ 5ASA بجرعة دائمة دأمة¹⁵ نمنع النكس في التهاب الكولون القرحي

UC ← يحدث هجوع. (أما في كرون CD فلا مهرب من النكس)

□ باستئصال كامل الكولون (مهما كان الجزء المصاب عيانياً صغيراً ، حيث يكون الكولون

مصاباً بكامله عملياً) يحدث شفاء نام (بعكس داء كرون الذي ينكس) مع حدوث

أعراض الاستئصال من عدم إمكانية تخزين الفضلات وإجراء شرح مضاد للطبيعة.

□ قد يتحول إلى الشكل السمي : حيث يظهر الكولون على صورة البطن البسيطة

بوضعية الوقوف متوسعاً لأكثر من 5- 7 سم كما ذكرنا.

□ قد يحدث النكس نتيجة عدم العلاج ، وأحياناً حتى مع العلاج بكون فعنداً (إذا لم يكن

مستمراً أو لم يلتزم المريض بعلاجه جيداً) .

□ التسرطن¹⁶ : ونسبة التسرطن هي 12 % خلال 15 سنة ، وهي نسبة عالية فالكولون

مهياً لأكثر من غيره للتسرطن ، لذلك يجب مراقبة المريض وأخذ جرعات متدرجة وإذا

وجدنا في إحداها عسرة تصنع ← بداية سرطان¹⁷

❖ في دراسة يابانية حديثة تبين أن التسرطن قد يحدث في الطبقة تحت المخاطية وبالتالي

تكون خزعات المخاطية سليمة رغم وجود التسرطن .

التشخيص :

❗ بداية يجب أن نؤكد على أن إجراء التنظير الهضمي السفلي أو صورة الكولون بالحقنة

الباريتية هو مضاد استطباب أثناء الهجمة الحادة لالتهاب الكولون القرحي؟؟؟

السبب: لأن الكولون يكون فيها هشاً كثيراً ورقيقاً (مثل ورقة السيجارة) وينثقب

لأبسط الأسباب ، أما الصورة الشعاعية البسيطة فممكنة ويمكن إجراء تنظير مستقيم

مع خزعات فقط.

❗ وهناك الكثير من الهجمات الإنتانية تأتي بصورة التهاب كولون قرحي .

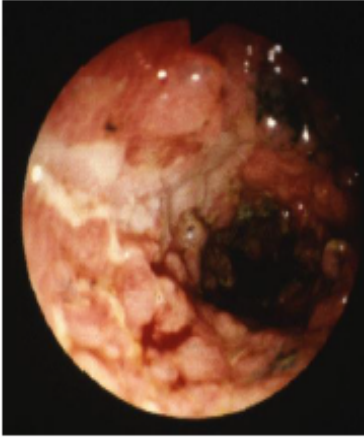
❗ أما خارج أوقات الهجمة الحادة فيمكن اللجوء إلى :

• **النظير :** وهو هام حيث تظهر مخاطية الكولون تبكي دماً .

• **الخزعة :** وهي مشخصة حيث تظهر خراجات الخبيثات وكذلك تخرب الخلايا الظهارية .

• **الأشعة:** تُظهر زوال الثنيات الكولونية ، كما يمكن أن تُظهر تقرحات المخاطية

• يمكن الاستغناء عن الأشعة، لأن التنظير والخزعة كافيان ولا بد منهما بالنهاية.



(1) الحماية الخالية من الفضلات

(2) العلاج الدوائي :

A. الستيروئيدات : بالهجمة الحادة ، ويمكن إعطاؤها كحقن شرجية موضعية مع رغوة foam (تثبتها في مكانها) عند إصابة المستقيم فقط، لتجنب الأعراض الجانبية للستيروئيدات ويمكن إعطاؤها عن طريق الفم عندما تكون الحالة العامة جيدة .
B. Sulfasalazine أو 5ASA :

- a. تعطى بجرعات عالية في الهجمات الحادة، وعند انتهاء الهجمة الحادة نخفض الجرعة ونبقي المريض على جرعة داعمة مدى الحياة، ويمكن إعطاؤها مع الستيروئيدات في الهجمات المتوسطة ويمكن إعطاؤها على شكل حقن أيضاً .
- b. حيث ثبت أن إعطاء 5ASA بشكل دائم بجرعات مخفضة داعمة يخفف كثيراً من النكس في التهاب الكولون القرحي (بعكس داء كرون حيث لا يفيد 5ASA في منع حدوث النكس وإنما يفيد فقط أثناء الهجمة الحادة) ونعطيها بالهجمات الخفيفة والمتوسطة (كل يومين وقائياً)

C. مثبطات المناعة Azathioprine :

كما ذكرنا سابقاً؛ وذلك عندما يصبح المريض Cortico-dependent يضطر لأخذ الستيروئيدات بجرعات عالية .

وإذا لم يتحسن المريض على العلاج فنلجأ للعمل الجراحي منعاً من حدوث اختلاطات وانثقاب الكولون .

D. مضادات (حالات) القلق Anxiolytic :

وذلك بسبب دور العامل النفسي في التهاب الكولون القرصي حيث يعتقد أن الشدة النفسية يمكن أن تحرض هجمة حادة لالتهاب الكولون القرصي (هزات البرد تزيد). 

نُدعي إحدى الدراسات: النيكوتين يريح التهاب الكولون القرصي،، ويجرض هجمة كرون

التهاب الكولون القرصي	داء كرون
• إصابة الكولون أساسية ومشخصة 100% • لا يصيب نهاية الدقاق أبداً فهو محصور بالكولون فقط. • الإصابة فيه تكون مستمرة وتبدأ بالمستقيم باتجاه الأور .	• ليس بالضرورة أن يصاب الكولون . • يصيب نهاية الدقاق غالباً ويفضله (يمكن أن يصيب اي جزء من الأنبوب الهضمي) . • الإصابة فيه تكون غير مستمرة (يمكن أن يصاب الدقاق والكولون السيني).
• استخدام الـ 5ASA يشفي من النكس . • الجراحة: استئصال كامل الكولون يشفي بشكل كامل . • الحالة النفسية تلعب دور أساسياً بالمرض (منخلي المريض بدخه ويأركل ونتركو يعيش على كيفو) .	• الإصابة مدى الحياة والـ 5ASA لا يشفي . • الجراحة لا تشفي أبداً فالمرض سينكس . • الحالة النفسية ليس لها دور (نمنع المريض عن التدخين) .

(3) العلاج الجراحي واستطباباته هي:

a. عند الاضطرار لإعطاء الكورتيزون بشكل دائم أي عندما يصبح المريض Cortico-dependent حتى ولو أعطي الأزاثيوبيرين .

b. حدوث الاختلاطات : وعلى رأسها :

« حدوث إصابة شديدة سمية شاملة لكل الكولون، وهنا نعالجه طبياً (خلال 24-48) ساعة ، ففي حال لم يتحسن المريض على المعالجة المحافظة فإنه يُحول فوراً وبشكل إسعافي إلى الجراحة لاستئصال الكولون خوفاً من الانثقاب.
« التسرطن .

c. النكس المتكرر رغم العلاج والتعديد على العلاج الدوائي .

d. مريضة أو مريض شاب .

◀ يوجد طريقتان للعمل الجراحي لتدبير مرضى استئصال الكولون في UC :

□ **العملية القديمة:** وهي التي تجرى في بلادنا :

يتم استئصال المستقيم والكولون لعند الأعور ، ثم يتم وضع نهاية الدقاق بالشرح مع وضع ما يشبه الجيب Pouch (بثني الدقاق مثلاً) كي لا يخرج البراز مباشرة .
هذه العملية تنجح أحياناً ، وأحياناً تكون النتيجة مأساوية .

□ **العملية الحديثة:** وهي المثالية ، ولكن لا يستطيع إجرائها إلا عدد محدود من الجراحين

يتم استئصال كامل الكولون ، ثم استئصال مخاطية المستقيم فقط مع الحفاظ على عضليته (باعتبار المخاطية فقط هي المصابة) ثم استئصال عضلية الجزء النهائي للدقاق مع الحفاظ على مخاطيته ، ثم في النهاية يتم إدخال مخاطية نهاية الدقاق داخل عضلية المستقيم .

التهاب الكولون الكولاجيني Collagenous Colitis

التعريف :

⊕ إصابة مجهولة السبب (غالباً مناعية ذاتية) يحدث فيها ارتشاح الطبقة تحت المخاطية للكولون باللياف كولاجينية .

الأعراض :

- ⊕ إسهال مزمن كولوني (بسبب اليف الكولاجين المترسبة والتي تمنع امتصاص الماء) .
- ⊕ ألم بطني . وقد يحدث تجفاف بسبب الإسهال .

التشخيص :

⊕ بالتنظير واخذ خزعات متدرجة¹⁸ : بالتنظير المنظر سليم غالباً ولكن الخزعات المتدرجة تكشف ترسبات كولاجينية تحت المخاطية .

العلاج :

عرضي :

- ⊗ *Prednisolone* (ستيرويدات) (كورتيزون) : يمكن ان يفيد ولكن يجب ان يؤخذ بشكل دائم .
- ⊗ *Sulfasalazine* : يمكن ان يفيد ولكن ايضاً يجب ان بشكل دائم .
- ⊗ *Metronidazole* : مضاد للجراثيم اللاهوائية والطفيليات .
- ⊗ *Cholestramine*¹⁹ : والذي يعد خالياً قوياً للأملاح الصفراوية المخرشة وبالتالي فإنه قد يؤدي إلى حدوث إمساك²⁰ .

التهابات الأمعاء والكولون الإنتانية

1. سل الأمعاء :

- يصيب الأمعاء ويفضل نهاية الدقاق، ومن الممكن أن يصيب الكولون
- وهو مرض لا زلنا نراه في بلدنا ، وخاصة في المناطق التي ينتشر فيها السل كشمال شرق سوريا.

سريريا :

- غير وصفي ، يمكن أن يحدث :
- «إسهال معوي مزمن (بسبب إصابة نهاية الدقاق) .
- «ألم معوي .
- «ارتفاع حرارة مع تعرق ليلي (الحرارة موجودة بآرون والمفوما).
- «اضطراب حالة عامة .
- « في كثير من الأحيان يمكن أن يسبب ألم في الحفرة الحرقفية اليمنى .

1. الاستجواب :

- a. المنطقة التي يعيش فيها المريض (كشمال شرق سورية) .
b. وجود إصابة سلية سابقة غالباً رئوية (انتقلت بالبلع للأمعاء).
فعندما نقصت مناعته ظهر سل الأمعاء

2. اللقمة الباريئية :

تظهر تضيقاً شديداً بنهاية الدقاق مع انكماش بالأعور *Cecal Shrinking*

3. فحص البراز :

قد تكشف وجود عصيات كوخ السلية في البراز .

4. التنظير والخزعات: (الأساسي)

وهو التشخيص الأكيد حيث نجد الحبيبومات المتجبنّة .
ولجميع الأحوال إذا نظرنا سنأخذ خزعات



5. فتح البطن :

نلجأ له في كثير من الأحيان وذلك عندما لا نصل إلى تشخيص فنفتح البطن وخاصة عند الشك بالتهاب زائدة فنشاهد عقداً لمفاوية متضخمة ، وعند أخذ خزعات منها ستشكل نواسيراً سلية (تُستأصل وترسل إلى التشريح المرضي) .

العلاج (شفاء كامل بإذن الله)

لمدة 6 أشهر ، عبر المعالجة الرباعية :

① Isonaized 5 مغ / كغ ② Rifampicine 10 مغ / كغ .

③ Ethambutol 20 مغ / كغ ④ Pyrazinamide 30 مغ / كغ

حيث نعطي الأدوية الأربعة لمدة شهرين ، وثم نستمر بأول دوائين لمدة أربع أشهر أخرى (سواءً بسل الأمعاء أو سل البريتوان) .

() قد نضيع بالتشخيص في حالات صعبة ومعقدة بين السل وال *CD* والحل ؟!

() نلجأ للمعالجة التجريبية في هذه الحالة فقط، فإذا طبقنا علاج السل وتحسنت

الأعراض تأكدنا من السل.. لكن إذا طبقنا علاج ال *CD* بالستيروئيدات ستأخذ

العصيات السلوية مجدها وتصل في الجسم ☹

2. التهاب الكولون بالزحار الأميبي Amebic Colitis

السبب :

- « المتحولات الزحارية النشطة التي تصيب مخاطية الكولون .
- « وهنا نركز على كلمة "نشطة" ، لأن الشكل المتكيس من الزحار لا يسبب إصابة فعالة ، وبالتالي لابد من وجود المتحولات النشطة لحدوث إصابة ومرض فعال .
- « بالحقيقة كلنا نحمل الشكل المتكيس ، يعني عملياً كلنا مصابون بالزحار (وهو لا يحمل
- « ومن الصعوبة بمكان أن نجد التهاب الكولون الزحاري إلا عند مثبتي المناعة، (زرع كبد - زرع كلية) والكبار بالسن ، والقادمين من بلاد أجنبية

الأشكال السريرية :

⊙ أولاً : الشكل النموذجي الزحيري : (ليس الشكل الشائع) :

- ✱ أعراضه : ألم ، زحير tenesmus ، إسهال مخاطي مدمى .
- الشعور بالزحير يكون عند إصابة مخاطية المستقيم بالشكل النشط من الزحار ويجب التمييز بين الشعور بالزحير الناتج عن كتلة في المستقيم أو الناتج عن التهاب جدار المستقيم.

✳ **بالمحص السريري :** غالباً سليم، يمكن أن نجد إيلام بالبطن .

✳ **فحص البراز :** يجب رؤية الأشكال النشطة للمتحول الزحاري حتى نشخص الإصابة .

ويجب أن يكون البراز حديثاً (تازا ☺) أي لا يجب أن يوضع في البراد لثاني يوم.

✳ **تنظير المستقيم**²¹ : ونرى فيه :

☞ تقرحات نأخذ منها **خزعات** تشخص الزحار.

☞ سابقاً تقرحات تشبه خدشة الظفر أصبحت نادرة جداً.

☞ **خراجات زر القميص :** حيث يوجد قرحة ، يحدث بهمنتصفها خراجة تحت المخاطية

تنفتح فقط بالمنتصف معطية مظهراً يشبه زر القميص في عروته، وهي أيضاً نادرة.

✳ **التطور :**

☞ **بالمعالجة :** شفاء .

☞ **إذا لم يعالج :** اختلاطات

🔔 قد يحدث نكس أو إزقان .

🔔 وفي حال كانت هناك نقص مناعة قد يحدث انتقالات للكبد والرئة والدماغ

(خراجات زحارية) أحياناً .

🔔 وقد يحدث اختلاطات مثل خراجات وانسداد وانتفاخ كولون (خاصة عند مضعفي

المناعة) .

◎ **ثانياً : الشكل اللاعرضي +++ :**

وهو الشكل الشائع (خاصة إذا كانت المناعة طبيعية والمنطقة موبوءة بالزحار كمنطقتنا).

⊙ ثالثاً : الشكل غير الزحيري :

☞ وهنا لا يوجد زحير لعدم إصابة المستقيم (الإصابة في الكولون فقط).

⊙ رابعاً : الشكل الشديد :

☞ يشاهد عند ناقصي المناعة واطلنغين ، حيث يصاب فيه كامل الكولون مما قد يستلزم

استئصاله خوفاً من الانتقاب .



⊙ خامساً الورم الأميبي: (وهذا قبل أن يباع الفلاجيد بالصيدليات منذ البونبون)

☞ شكل نادر ، يحدث خاصة بالأعور .

☞ يشاهد عند المرضى غير المعالجين بشكل صحيح حيث يؤدي تجمع الطفيليات وإحداثها

لالتهابات متكررة إلى تشكل كتلة تشبه الورم .

المعالجة :

فيترونيدازول Metronidazole 1,5 - 2 غ يومياً لمدة 10 أيام { 10 أيام من كل بد
وحصراً ، 9 لا تكفي } . (500 مغ 3 مرات يومياً)

التهابات الأمعاء والكولون الدوائية

1. داء الملينات ²²Laxative Disease

← تحدث بسبب إدمان الملينات وخاصة الهجوميّة منها مثل السنا مكّي (*Senna*).

← يصيب الإناث ²³ أكثر من الذكور 9 : 1 .

← 90% ممن يتناولن ملينات ينكرن أنهن يستخدمنها، ولكن عند تنظير الكولون نجد منظر جلد النمر، وبعد الأخذ والعطا تعترف!

سريريا :

1. أعراض هضمية :

✱ ألم بطني .

✱ تناوب إسهال مع إمساك (معهم إمساك مزمن أصلاً ، وإسهال بسبب الملينات) .

2. أعراض نقص البوتاسيوم :

✳ عند 30 % من المرضى ، نتيجة تناولهم المديد للملينات (يصير الكولون ينشئ هي ويروح مع البوتاسيوم) .

✳ تتجلى هذه الأعراض بآلام عضلية ، وهن ، خفقان قلب .

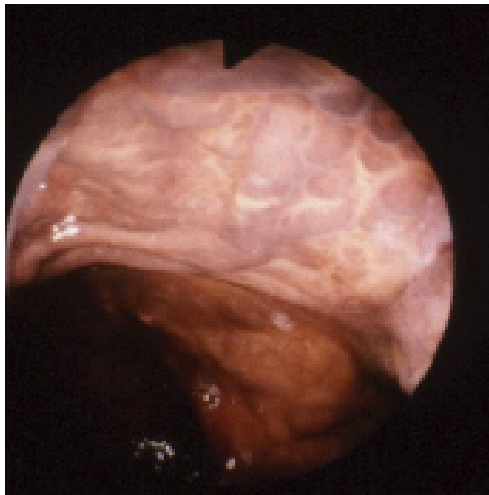
3. أعراض عامة :

✳ اضطرابات نفسية²⁴

✳ اضطرابات بالدورة الشهرية (عند الإناث) (بسبب التأثير النفسي واضطراب

الشوارد) .

✳ قهمل ونحول.



التشخيص :

✳ مخبرياً : نقص بوتاسيوم في 30% من الحالات .

✳ بالتنظير الهضمي السفلي : يظهر الـ Melanosis : حيث في

البداية يكون منظر الكولون مثل جلد النمر ثم بعد فترة يصبح أسود اللون وهذا ما يسمى

بالـ Melanosis (تلمين الكولون)

العلاج : ((مصيبة))

المشكلة في العلاج هو عدم إمكانية إيقاف المليينات وذلك بسبب استخدامها لفترة طويلة (سنوات) فيصبح الكولون واهناً لا يعمل إلا بوجود المليينات ، ويكون العلاج بـ :

➤ تخفيف المليينات المحرصة الخطيرة الهجومية وإعطاء المليينات البسيطة التي تكرر من حجم البراز مع المليينات المزلفة الزيتية

تنجح عند الشباب ، وغالباً ما تفشل عند كبار السن الذين يستخدمون المليينات منذ فترة طويلة (أكثر من سنة !) ودخلوا مرحلة الأدهان فهؤلاء لا حل لهم .

➤ تعويض الشوارد : بحال نقص البوتاسيوم

Ω يوجد البوتاسيوم في كل من : الشوكولا والتمر الموز، الحبوب الكاملة والأغذية الطازجة غني المنيوخة، والخضار والسفك..

Ω أحتاج اليومي 2-2,5 غ يومياً Ω المجال المرجعي في المصل 3,5-4,7 ممولال

