

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

التهابات الكولون والأمعاء

غالباً ما تكون هذه الإلتهابات مجهولة السبب، وهناك العديد من الاقتراحات حولها أكثر قبولاً هو السبب المناعي الذاتي، الوراثية سبب غير مثبت إلى الآن.

وتتضمن:

(١) داء كرون chron's disease واختصاراً [CD].

(٢) التهاب الكولون القرصي Ulcerative colitis واختصاراً [UC].

يوضع كل من داء كرون والتهاب الكولون القرصي تحت عنوان واحد هو IBD Inflammatory Bowel Disease: أي الداء المعوي الالتهابي.

يجب التفريق بين الـ IBD والـ IBS حيث أن هذا الأخير هو (التهاب أمعاء تشنجي

Irritable Bowel Syndrome).

ملاحظة

يوجد التهاب كولون لانوعي، حيث يعاني فيه الشخص من إصابة قسم من مخاطية الأمعاء او الكولون بداء كرون والقسم الآخر بالتهاب الكولون القرصي.



انتشاره:

ينتشر هذا المرض في البلدان المتقدمة أكثر من النامية وفي المناطق الباردة أكثر من الحارة، ويُعتبر مرض الشباب حيث يصاب به الأشخاص بعمر ٢٥ سنة وفئة (٤٠_٦٠) سنة، حيث أنه قسم من هؤلاء المرضى يراجع بقصة إمساك



فقط وبالتشخيص والفحص تكون لديه إحدى التهابات الأمعاء المذكورة، وقسم آخر يراجع بقصة إمساك وبالتنظير يُلاحظ وجود ورم (تحول المرض من IBD إلى سرطان مستقيم). لا تهملوا صحتكم أصدقائي 😊.

من المعروف أنه يوجد ذروتان لحدوثه بعمر بين (١٥-٢٥ سنة) للأسف 😞، والأخرى بعمر (٤٠-٦٠ سنة).

بعض المتلازمات التي تترافق مع IBD (داء كرون أو التهاب الكولون التقرحي):

(١) **متلازمة تورنر**: تصيب هذه المتلازمة الإناث فقط وتتميز برحم طفلي ومبيضين ضامرين، قامة قصيرة، عقم.

مثلاً:

جاء مريض يعاني من إحدى تلك المتلازمات ونتيجة التحاليل والإجراءات والتنظير تبين أنه يعاني من IBD.

(٢) **متلازمة هيرمانسكي بودلاك**: مهق عيني جلدي مع التهابات رئوية متكررة وتصبغات جلدية.

(٣) **أدواء خزن الغليكوجين**: ويشخص المرض في هذه الحالات بالعكس.

المهق: مرض جهازى يصيب كامل الجسم ويوصف بأنه مرض جلدي عيني يترافق بتصبغات جلدية [بالعامية (البرص)].

البهاق: بقع بيضاء على الجسم.

ملاحظة سعيدة 😊: المهق تعرفوا أسماء الأمراض المتداخلة وليس الشرح كاملاً. ^_^

النظام الغذائي:

يجب أن يتعد مرضى الـ IBD عن التوابل والبهار والطعام الحار والمنبهات بشكل عام.

الحمل:

تكون الخصوبة طبيعية عند مرضى **IBD غير الفعّال** (لا يوجد هجمة UC أو CD).

تنخفض نسبة الخصوبة في **IBD فعّال** (وجود هجمة) وتعود الخصوبة طبيعية بعد العلاج. "العلاج سواءً للمرأة أو الرجل".





- الـ **Metotrexate** مضاد استقلاب خلال الحمل (يجب إيقاف العلاج قبل الحمل بثلاثة أشهر أو أكثر). وهو مضاد انقسام فعند أخذه أثناء الحمل تتوقف المشيمة عن الانقسام الخلوي مما يؤدي إلى موت الجنين.
- السلفاسالازين **sulfasalazine**: يسبب عقمًا عكوساً عند الرجال نتيجة الشذوذ بتشكّل النطاف وانخفاض حركيّة النطفة.

التأثيرات البيئية:

يعد التهاب الكولون القرصي مرض غير المدخنين، بينما يعتبر داء كرون مرض المدخنين. ركزوا على المعلومة 😊

فمثلاً عند قدوم مريض يعاني من أمراض معينة وكان مدخن نتجه نحو داء كرون مباشرة.



NOTE

يمكن أن يعاني المريض من داء مختلط، أي يكون لديه UC و CD حيث تكون مناطق من مخاطية الأمعاء المصابة بـ CD ومناطق أخرى من المخاطية مصابة بـ UC ويسمى هذا النوع بالتهاب الكولون اللانوعي.

ملاحظة

التظاهرات السريرية:

١. (UC):

رباعي عرضي: ألم بطني ماغص، ترفع حروري، زحير (الشعور بالرغبة في الخروج وعدم القدرة)، إسهال مدمى.

يكون الألم البطني حسب موقع المرض (حفرة حرقفية اليمنى، المنطقة الشرسوفية، ...)، "غير موجه".

الإسهال المدمى هو العرض المميز للإصابة بالـ UC، وغالباً هو سبب مراجعة المريض للمشفى أو الطبيب، لأنه ممكن أن يصل لـ ٢٠ مرة في اليوم أي كل ساعة.

الزحير عرض، أما الزحار مرض. مثلاً: الزحار يسبب زحير. (لا تخطوا بين).

والإسهالات في هذه الامراض غالباً تحصل بعد تناول وجبة الطعام.

ملاحظة





في حال كانت الإصابة في المستقيم فقط: قد تظهر أعراض إمساك (٥٠٪ من الأشخاص ممكن أن يصابوا بالإمساك)

الإصابة عند الأطفال تتظاهر بسلس برازي، نقص وزن عائد لنقص الشوارد ← حدوث فشل في النمو.

أما عند الكبار فيحصل ضعف عام.

٢. (CD):

حسب مكان الإصابة تظهر الأعراض:

تتصف هذه الأعراض بكل من الCD والUC بكونها مزمنة.

فم، مري، بلعوم: ألم صدري، عسرة بلع.

معدة: ألم شرسوفي حارق، غثيان، إقياء.

أمعاء دقيقة: ألم في الدقاق الأعوري (نهاية الأمعاء الدقيقة وبداية الأمعاء الغليظة).

كولونات: ألم بطني، إسهال، وإمساك في حال إصابة محدودة في المستقيم.

تنويه: غالباً الإسهال هنا غير مدمى، لأن داء كرون يسبب تئب في المخاطية و ليس تخريش. 😊

أحياناً يتم التشخيص بورم كولون يتحول من CD إلى ورم، وأحياناً تبقى الإصابة لسنوات عديدة دون الدراية بها لأن الأعراض تكون خفيفة.



ملاحظة هامة جداً:

CD: مرض التهابي مزمن ممكن أن يصيب أي مكان من أنبوب الهضم من الفم وحتى الشرج.

UC: يصيب الكولون والمستقيم (كولون صاعد، كولون معترض، ونسبة قليلة الكولون النازل والدقاق النهائي)، غير ممكن أن يصيب المعدة أبداً، أي في حال إجراء تنظير ورؤية تحببات في المعدة نستبعد التهاب الكولون القرصي.



الفحص السريري:

- ألم بطني (الـUC خاصة عند الجس فوق الكولون السيني أما في الـCD خاصة في أسفل البطن).
- شحوب، فقر دم ناتج عن سوء الامتصاص للحديد وvit B12.
- تجفاف ناتج عن نقص الشوارد.

تشخيص المرض: 😊

مخبري، شعاعي، تنظيري، تشريح مرضي.

مخبري:

- إسهال وبالتالي نقص شوارد (طرح K)، طرح بيكربونات مما يؤدي إلى انخفاض نسبة البيكربونات في الدم وبالتالي حدوث حمض استقلابي.
- ارتفاع ESR (سرعة التثفل): أي ارتفاع عمود البلازما.
- ارتفاع CRP.

إثراء لمعلوماتك عزيزي القارئ:

الإرتفاع الكبير حوالي الـ100 يوجّه للشكّ بالخبثات، أما بحدود الـ50 نشكّ بالتهابات الأمعاء.

فكرة

○ أصدادّ موجهة للتشخيص:

PANCA: مميّز للإصابة بالـUC حيث يكون مرتفع بالـUC أكثر من الـCD.

ASCA: مميّز للإصابة بالـCD حيث يكون مرتفع بالـUC أكثر من الـCD.

لكن من الممكن أن ترتفع بأمراض مناعية ذاتية أخرى لذلك هي موجهة فقط 😞.

شعاعي:

طبقي محوري، رنين مغناطيسي، أشعة...

جميع ما سبق ذكره هو تشخيص موجه وليس مؤكّد.

أما التشخيص المؤكّد هو إجراء تنظير هضمي سفلي مع أخذ خزعات.



- لا يمكن إجراء تنظير هضمي علوي في حال الإصابة بالUC لأن امتداده من الكولون إلى المستقيم بينما يمكن إجراؤه في حال الإصابة بالCD، لذلك يفضل أن نبدأ بالتنظير من الاسفل.

معلومات



CD: يتميز بوجود مناطق سليمة بين المناطق المصابة مما يعطي مظهر الرصيف على عكس الUC حيث تكون الإصابة ممتدة (مناطق سليمة بين المناطق المصابة).

UC: تقرّحات سطحية نازفة في الغشاء المخاطي الكولوني.

أعراض الإصابة بال CD في منطقة الشرج ونهاية المستقيم تتمثل بظهور خراجات حول الشرج، نواسير، بواسير.

العلاج:

يوصف العلاج نفسه لكلا المرضين ويكون الاختلاف في التداخلات العلاجية.

الخط العلاجي الأول: الأمينوساليسيلات (سلفاسالازين، بنسيلامين) تخفف الهجمة وتحدث تباعد بين النوبات.

الخط العلاجي الثاني: الستيروئيدات، مثبّطات المناعة (سيكلوسبورين)، مضادّات النخر الورمي.

الستيروئيدات علاج أساسي للهجمة (الحادة) وهي تعطى بجرعات فموية (٤٠-٦٠) ملغ/اليوم، وتخفض الجرعة بمقدار ٥ ملغ كل أسبوع حتى انتهاء العلاج (أي سحب تدريجي)، تعمل على تثبيط وتخفيف الهجمة لكن لا تباعد بين فترات حدوثها، لذلك لا تستخدم في حال الالتهاب المزمن.



إعطائها بجرعات أكثر من ٦٠ ملغ يؤدي إلى نتائج طفيفة أفضل وفي نفس الوقت آثار جانبية أكثر مثل: ارتفاع ضغط الدم، تقرحات معوية، بدانة جذعية، ارتفاع سكر الدم (أعراض متلازمة كوشينغ).

- يعتبر Predenisolone من أشهر الستيروئيدات المستخدمة ويعطى فمويًا أو وريديًا.
- تؤخذ الصادات في حالات البكتريا المرافقة لل IBD، أو في حال وجود نواسير وخراجات متوزمة في المستقيم.

وجه الاختلاف	CD	UC
إصابة الكولون	ليس بالضرورة أن يصاب.	إصابته أساسية.
إصابة نهاية الدقاق	يصبها غالباً.	لا يصبها أبداً.
التدخين	يصب المدخين	يصب غير المدخين
مظهر المخاطية	تتميز بوجود مناطق سليمة وأخرى مصابة.	تتميز بعدم وجود مناطق سليمة (إصابة ممتدة).
امتداد الإصابة	على كامل الأنبوب الهضمي.	تمتد الإصابة من الكولون وحتى المستقيم.
نوع التنظير المستخدم	تنظير هضمي: علوي وسفلي .	تنظير هضمي سفلي فقط.
فائدة الجراحة	لا تشفى أبداً.	مفيدة وخاصةً عند استئصال الكولون.
	ASCA+	+PANCA

ملحوظة 😊: التشخيص الدقيق يكون بالتنظير و بأخذ خزعة.

ملاحظات:

قد تتداخل الأعراض مع أمراض أخرى مثل: التهاب الكولون بالسالمونيلا، الشيغيلا، أمراض محرّضة بالأدوية، التهاب الزائدة الدودية.

مثال: قد يأتي مريض يعاني من آلام شديدة بالجس في لحفرة الحرقفية اليمنى مع غثيان وإقياء وارتفاع حرارة بالإضافة إلى ارتفاع الكريات البيض وتخريش بريتواني.





هي حالة سريريّة مشابهة للتهاب الزائدة الدوديّة، يقوم الجراحُ باستئصالها فإمّا:

١. يحدث الشفاء التام.

٢. أو يحدث ما يسمّى بالنكس وفي هذه الحالة ترسل إلى التشريح المرضي حيث من الممكن

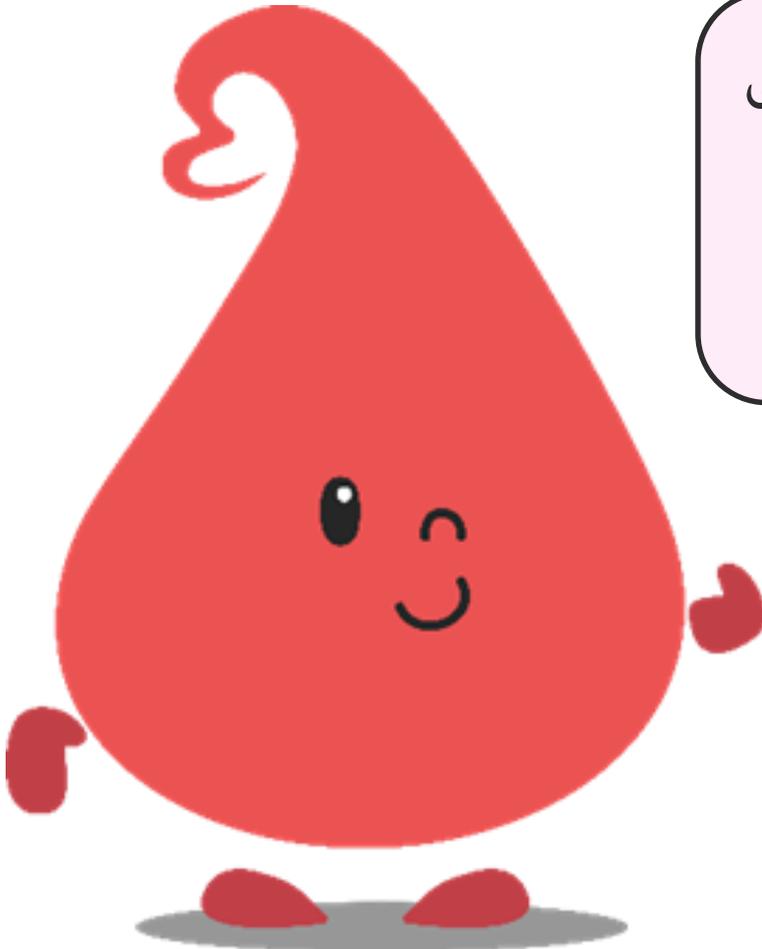
أن تكون الإصابة داء كرون.

يمكن أن نشاهد في الـ UC ما يسمّى بالبوليبيات الكاذبة وهي عبارة عن مناطق سليمة من المخاطيّة بين التقرّحات.

البوليبي: هو نتوء غير طبيعي لأنسجة من الأغشية (المخاطيّة ورم).

تقول القاعدة يا أصدقاء: أيّ بوليبي تراه في التنظير تستأصله و ترسله للتشريح المرضي.

للأسف: هذه الأمراض المناعية الذاتية لا يوجد شفاء تامّ منها. ☹️



لا تخف فقط ضع قدميك على
الطريق، واخط الخطوة
الأولى