

**العلاقة ما بين سرطانات الدرق الحليمية والتهاب الدرق اللمفاوي المزمن:  
دراسة مقارنة لـ 670 حالة جراحية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية  
(1987 - 1998)**

الدكتور أكثم قنجرأوي\*  
الدكتور زهير الشهابي\*\*

(قبل للنشر في 1999/12/23)

□ الملخص □

مقدمة: إن ترافق سرطانات الدرق الحليمية مع التهاباتها اللمفاوية لا يزال حتى الآن موضع جدال، ولتأكيد هذه العلاقة قمنا بدراسة إحصائية مقارنة في قسمي الجراحة والتشريح المرضي لـ 670 حالة درق مستأصله بسبب وجود آفة ورمية أو سلعة درقية في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الفترة الممتدة ما بين 1987 - 1998.

مواد وطرق البحث: تمت دراسة تشريحية مرضيه لـ 670 عينة درقية مستأصله بسبب آفة ورمية (سرطان، غنوم جريبي)، أو سلعة درقيه عقيديه. لونت المحضرات النسيجية بطريقه الهيماتوكسيلين-أيوزين. النتائج: تبين أن معدل انتشار التهاب الدرق اللمفاوي المزمن، يشاهد بنسبه أكبر عند مرضي سرطان الدرق الحليمي (2، 68%) منه عند مرضي الآفات الدرقية الأخرى (السلعه الدرقية 3:39%، الغنوم الجريبي 5، 28%)  $p < 0.01$ .

الخلاصة: إن وجود علاقته ترافق بين سرطان الدرق الحليمي، والتهاب الدرق اللمفاوي المزمن، قد توجه احتمال كون التحريض المناعي المسبب عن الارتشاح اللمفاوي في نسيج الدرق، هو أحد العوامل المؤهبة لتطور سرطان درق من النموذج الحليمي.

\* مدرس في قسم الجراحة كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقيه - سورية.

\*\* أستاذ مساعد في قسم التشريح المرضي كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقيه - سورية.

## The Relationship between Papillary Thyroid Carcinoma and Chronic Lymphocytic Thyroiditis: A comparative Study of 670 Surgical Thyroid Cases at Al-Assad University Hospital in Lattakia (1987-1998)

Dr. A. KANJARAWI\*

Dr. Z. AL-SHEHABI\*\*

(Accepted 23/12/1999)

### □ ABSTRACT □

**Background:** The relationship between chronic lymphocytic thyroiditis and papillary thyroid carcinoma is still controversial. To determine a definite statistical correlation, a histopathological study was performed on specimens from the department of surgery and pathology at Al-Assad University Hospital in Lattakia from the period 1987-1998.

**Material & Methods:** The prevalence and severity of thyroiditis combined with papillary carcinoma, adenomatous goiter and follicular adenoma were defined by histological examination of surgically resected thyroid specimens using H&E staining method.

**Results:** The prevalence of chronic lymphocytic thyroiditis was significantly higher in patients with papillary carcinoma (68.2 %) than in patients with adenomatous goiter (39.3 %) or follicular adenoma (28.5 %).

**Conclusion:** An association between chronic lymphocytic thyroiditis and papillary carcinoma was confirmed in our study. The possibility of autoimmune thyroiditis as a predisposing factor for papillary thyroid carcinoma, is suggested.

---

\* Lecturer at the Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\* Associate Professor at the Department of pathology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة:

لا تزال الآلية الامراضية لنشوء سرطان الدرق الحليمي غير واضحة حتى الآن، فهناك العديد من العوامل المتهمه في إحدائه، منها التعرض للأشعة في الطفولة (1)، العوامل الوراثية (2،3)، تناول اليود (4)، فرط نشاط الدرق، الحمل واضطراب الوظيفة الهرمونية (5).

وتشير بعض الدراسات إلى ترافق التهاب الدرق للمفاوي مع سرطان الدرق الحليمي (6)، ولكن البعض الآخر يؤكد على دور الارتشاح للمفاوي الالتهابي في تطور لمفومات خبيثة نموذج لاهودجكن في النسيج الدرقي.

بالإضافة لذلك. فمن غير الواضح فيما اذا كان التهاب الدرق للمفاوي، هو ثانوي لسرطان الحليمي كاليه متوسطه مناعيه ضد الورم الغريب. كما تشير بعض الدراسات (7)، أو أن الالتهاب الدرقي مؤهب لنشوء سرطان حليمي، لذلك فإن دراسته إحصائيه مقارنة تعتبر ضروريه لإثبات، أو نفي هذه العلاقة.

## مواد وطرق البحث:

تمت هذه الدراسة على المرضى الذين استؤصلت لديهم الغدة الدرقيه في مشفى الاسد الجامعي في اللاذقية، خلال الفترة ما بين 1987 - 1998، وهذا يشمل جميع حالات السلعات الدرقيه، الغدومات الجريبية والسرطانات الحليميه وقد تم استبعاد حالات داء غريف (7 حالات)، وباقي أنواع السرطانات الدرقيه: الجريبية (4 حالات) اللبي (حاله واحده) والغير مميز (حاله واحده) حتى لا تؤثر على النتائج الاحصائيه للدراسة.

تمت دراسة 670 سلعة درقيه مستأصلة في قسم الجراحه، تراوح عمر المرضى بين 19 - 60 سنه، 628 حاله اناث - 42 حاله ذكور. تم وزن الغدة الدرقيه، ثم أجريت عليه التثبيت بمحلول الفورمالين 10 % لمدته 24 ساعه، أخذت عينات متعدده للدراسة النسيجه تقيس 1 x 1 سم من الورم، من النسيج الدرقي المجاور، وكذلك من الفص الدرقي غير المشتمل بالعقيد الورميه. أجريت مقاطع مجهرية بسماكه 5 ميكرون، لونت المحضرات بطريقه الهيماتوكسيلين ايوزين، تم اجراء القياسات المجهرية باستخدام مقياس عيني مجهري Ocular Micrometer.

## النتائج:

توزعت نتائج الفحص النسيجي للـ 670 حاله على النحو التالي - جدول (1) مع الاخذ بعين الاعتبار أن الحالات التي شخص فيها سرطان درق حليمي، أو غيره من الآفات كالغنوم الجريبية، والسلعات الدرقيه العقيدية اعتبرت للتشخيص البطني.

جدول (1) توزع الحالات المدروسة حسب الفئات العمرية

العمر	السلعة العقيدية	الغدومات الجريبية	السرطان الحليمي
20-10	11	9	3
30-21	192	13	7
40-31	212	25	20
50-41	135	18	7
60-51	12	2	4
المجموع	562	67	41

تم اعتماد المعايير النسيجية، والخلويه التي وضعها كل من William & Doniach لقياس شدة التهاب الدرق للمفاوي في النسيج الدرقي غير الورمي كالتالي:

درجة 0 - 1 بؤره / سم<sup>2</sup> من النسيج الدرقي

درجة 1 (خفيف) : من 2 - 8 بؤره / سم<sup>2</sup> "

درجة 2 (متوسط) : من 9 - 40 بؤره / سم<sup>2</sup> "

درجة 3 (شديد) : < 40 بؤره / سم<sup>2</sup> "

درجة 4 (شديد جدا) : < نصف البرانشيم الغدي مستبدل برشاحه لمفيه

وحددت البؤرة Focus بانها تجمع لمفاوي لحوالي 50 أو أكثر من الخلايا للمفاويه بجميع مراحل

تطورها بما في ذلك الخلايا المصورية والارومات المناعية.

تبين نتيجة الدراسة النسيجية أن نسبة مشاهدته التهاب الدرق للمفاوي، كانت أكثر في مرضى

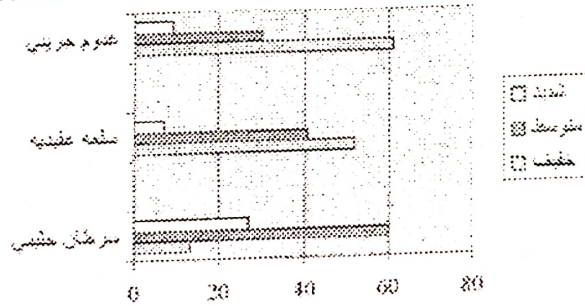
السرطانات الحليميه - 28 حاله (2، 68 %) مقارنة ومرضى السلعات العقيدية - 221 حاله (3، 39 %) (39، 3)

ومرضى الغنومات الجريبية 19 حالة (5, 28%) ( $p < 0.01$ ).  
 ويبين الشكل (1) بؤرة ارتشاح لمفاوي مزمن على مقربة من تشكيلات لسرطان حليمي في منطقه قريبه من المحفظه مع تشكل مركز نتوش في مركز الجريب للمفاوي (السهم).



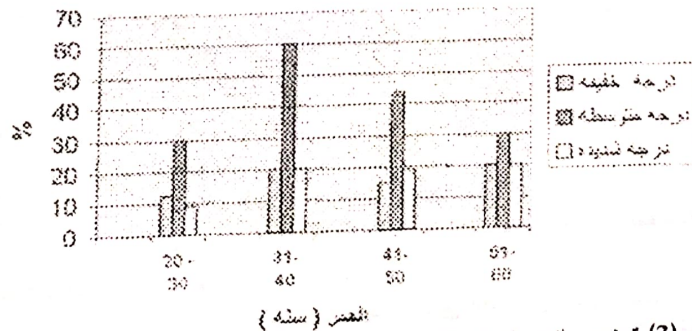
الشكل (1) بؤره ارتشاح لمفاوي قرب سرطان حليمي درقي .

لم تلاحظ أيه زياده في نسبة، وشده التهاب الدرق للمفاوي في مرضي الدراسه مع ازدياد العمر، الا أن نسبة الاشكال المتوسطه (30%) والشديده (12%)، كانت أكثر في مرضى السرطانات الحليميه منه في مرضى السلعات الدقيه (18%، 2%، والغده مات الحديده 5%، 2% الحدال 2



الجدول (2) معدل انتشار الامتاط المختلفه لالتهاب الدرق للمفاوي المزمن في مرضى السرطان الحليمي مقارنة مع الاشكال الأخرى الأفتل الدقيه.

وعند دراسه حالات سرطان الدرق الحليمي المترافقه مع الالتهاب للمفاوي موزعه حسب الفئات العمرية للمرضى (الجدول 3)، لم نلاحظ أية زياده في نسبة، ودرجة الالتهاب للمفاوي مع ازدياد عمر المرضى، وعلى العكس كان متوسط عمر مرضى السرطان الدقي الحليمي في دراستنا  $21.37 \pm 45$  سنة، و  $45 \pm 12$  بالنسبة لالتهاب الدرق للمفاوي ( $P < 0.01$ )، مقابل  $24.66 \pm 23$  سنة لمرضى السلعات العقيدية و  $29.34 \pm 98$  سنة للغده مات الحديده.



جدول (3) توزع حالات التهاب الدرق للمفاوي حسب أعمار مرضى السرطان الحليمي

## References

## المراجع

1. DONISCH I ,WILLIAMS Ed. Biologic effects of radiation on the thyroid.in: ingbar SH ,Braverman LE, editors , werner's the thyroid 5 th ed.philadelphia: JB Lippincott , 1986 ;432 – 44
2. JUHASZ F, BALAZS G , STENSZKY V, KOSMA L, FARID NR. the relation of susceptibility to and biologic behavior of thyroid epithelial cell cancer to HLA-DR1. Cancer 1986;58;52-4
3. OKAYASU I , HARA Y ,NAKAMURA K , ROSE NR, Racial and age –related differences in incidence and severity of focal autoimmune thyroiditis. Am j. Clin pathol 1994;101: 698-702
4. WILLIAMS, DONIACHI I, BJAMASON O, MICHIE W. Thyroid cancer in iodide rich area: a histopathological study. Cancer 1977; 39: 215-22
5. HARACH HR, et al. ED.Thyroid carcinoma and thyroiditis in an endemic goiter region before and iodine prophylaxis. Acta Endocrinol 1985 ; 108: 55-60
6. OKAYASU I. et al. Association of chronic lymphocytic thyroiditis and thyroid papillary carcinoma , 1995 ; Cancer 76;11;2312-2318.
7. OTT RA , McCall AR, McHenry C, Jarosz H, Armin A, Lawrence AM, et al. the incidence of thyroid carcinoma in Hashimoto's thyroiditis. Am Surg 1987;53:442-5
8. SAMBADE C. , Sobrino-Simoes M , Implication of ultrastructural and immunohistochemical findings for the concept of mixed thyroid tumor (in french) Archives D'Anatomie et de cytologie parhologiques 1989 , 37 ; 1-2 ; 15-18.
9. KAMMA H, Fuji K,Ogata T Lymphocytic infiltration in juvenile thyroid carcinoma. cancer 1988; 62: 1988- 93
10. PEDERSON R. , Pedersen N. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the thyroid gland: a population based study. 1996 ; Histopathology , 28,1, 25-32.
11. ABDUL-RAHMAN Z. et al.T-cell lymphoma in Hashimoto's thyroiditis. 1996 , Histopathology , 29 ; 5 ; 455-459.

## دراسة تحليلية لـ 380 تنظيراً هضماً علوياً تشخيصياً

الدكتور حسان زيزفون\*

(قبل للنشر في 2000/2/20)

### □ الملخص □

خلال الفترة الممتدة بين نيسان 1995، وشباط 1999 قمنا بإجراء 380 تنظيراً هضماً علوياً تشخيصياً (204 ذكور و 176 إناث)، وتم توزيع المرضى في مجموعتين، الأولى تضم 267 مريضاً، أجري لهم التنظير بعد تخدير البلعوم بالليدوكائين، وإعطاء الديازيبام وريدياً. في حين ضمت المجموعة الثانية 113 مريضاً، أجري لهم التنظير دون إعطاء الديازيبام. إن تحمل التنظير كان أفضل بكثير في المجموعة الأولى إذ إن 76% من المرضى الذين أجرينا لهم التنظير بعد الديازيبام، قالوا بأنهم سيوافقون مستقبلاً على إعادة إجراء التنظير في ظروف مشابهة. في حين لم تصل هذه النسبة في مرضى المجموعة التي لم تعط الديازيبام إلا إلى 27% فقط.

لدى 291 مريضاً (76.5%)، كان استطباب التنظير، هو الألم الشرسوفي أو القلس المعدي المريئي، أو الإقياء. وقد شخصنا التهاب المعدة لدى 87 (22.8%) مريضاً، التهاب الاثنى عشري لدى 56 (14.7%) مريضاً، القرحة الاثنى عشرية لدى 45 (11.8%) مريضاً، والقرحة المعدية لدى 17 (4.4%) مريضاً.

وقد تم تحديد مصدر النزف الهضمي لدى 25 مريضاً من أصل 32 (78.1%) وقد كان التهاب الغشاء المخاطي التآكلي للمعدة، هو سبب النزف لدى عشرة مرضى، والقرحة الهضمية لدى ثمانية مرضى. من بين 16 مريضاً لديهم عسرة بلع، تبين لنا وجود التهاب مري هضمي مقترح لدى 7 (43.7%) مرضى وسرطان المري لدى 3 (18.7%) مرضى.

وقد أظهرت الخزع المأخوذة من الأمعاء الدقيقة وجود داء زلاقي لدى ستة مرضى. وقد كانت الموجودات التنظيرية طبيعية لدى 82 (21.5%) مريضاً.

\* مدرس في قسم الأمراض الباطنة بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## An Analytic Study of 380 diagnostic upper Gastro - intestinal Endoscopy

Dr. Hassan ZEZAFOUN\*

(Accepted 20/2/2000)

### □ ABSTRACT □

*During the period from April 1995 to February 1999. We performed 380 diagnostic upper Gastro - intestinal endoscopy. 204 males and 176 females.*

*We divided our patients into two groups. In the first group which consist of 267 patients, we performed the endoscopy after pharyngeal anesthesia by lidocaine sprays and intravenous boluses of Diazepam. While the second group which consist of 112 patients underwent the endoscopy without Diazepam. The tolerance of endoscopic procedure was much better in first group. Most patients (76%) who have undergone endoscopy with Diazepam say they would submit themselves to further endoscopy in the same conditions against. Only 27% of patients without Dizepam.*

*Epigastric pain or heartburn and vomiting were the indications in 291 (76.5%) patients. Gastritis was diagnosed in 87 (22.8%) patients, duodenitis in 58 (15.2%) patients, esophagitis in 56 (14.7%) patients, duodenal ulcer in 45 (11.8%) patients and gastric ulcer in 17 (4.4%) patients.*

*Bleeding sources were indentified in 25 out of 32 (78.1%) patients. Erosive gastritis was the cause of bleeding in 10 patients and peptic ulcer in 8 patients.*

*Of 16 patients with dysphagia we found esophagitis in 7 (43.7%) patients esophageal cancer in 3 (18.7%) patients. The small bowel biopsy reveales celiac disease in six patients. The endoscopic findings were normal in 82 (21.5%) patients.*

---

\* Lecturer at the Department of internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia - Syria.

## مقدمة:

منذ اكتشاف Hirshowitz للمنظار الليفي عام 1958، تسارعت التطورات التقنية، وسمحت بالوصول إلى منظار قادر على دراسة كاملة للمري، والمعدة، والاثني عشري بدون مناطق عمياء. كما سمحت هذه التطورات المتسارعة القيام بعدة إجراءات علاجية وتشخيصية. واليوم يحتل التنظير الهضمي العلوي "ت. هـ. ع" المكان الأول في الاستقصاءات المتممة للقسم العلوي للأنبوب الهضمي. فالتنظير يتفوق على التصوير الظليل فهو أكثر حساسية، ونوعية من التصوير، وأكثر دقة في تدبير المرضى (Dooley, et.al., 1984). إذ يسمح التنظير برؤية مباشرة لمخاطية الأنبوب الهضمي، ويمكن أيضاً من خلال قناة خاصة في المنظار الحصول على الخزع اللازمة للدراسة النسيجية.

والتنظير الهضمي العلوي "ت. هـ. ع" يمكن أن يكون تشخيصياً، أو علاجياً. إذ يمكن من خلال المنظار القيام ببعض الإجراءات العلاجية المتممة "استئصال بوليب، توسيع التضيقات، تداخلات إرقائية لإيقاف النزف، أو منع نكسه، تميم المعدة...". وقد أصبح المرضى أنفسهم يفضلون التنظير على التصوير (Hacker, et. al., 1987) و (Stevenson, et. al., 1991).

## هدف البحث:

تقديم تحليل لنتائج 380 تنظيراً هضمياً علوياً "ت. هـ. ع" تشخيصياً، أجريناها في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية مع التركيز بشكل خاص على: التحضير الدوائي والموجودات التنظيرية. العينة وطريقة البحث:

في الفترة الممتدة بين نيسان 1995، وشباط 1999، أجرينا 380 تنظيراً هضمياً علوياً تشخيصياً في قسم الكشف الوظيفي بمشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، وقد أجريت جميع هذه التنظيرات من قبل الباحث نفسه، وباستعمال جهاز تنظير نوع Olympus Q20.

أخذت المعلومات اللازمة للبحث من سجل خاص، يحفظ في القسم، ويدون الطبيب نفسه في هذا السجل: بطاقة المريض الشخصية، الاستطباب، التحضير، نتائج التنظير مع الإشارة لعدد الخزع، ومكانها إذ أجريت الخزع، وأخيراً تحمل التنظير. واعتماداً على الاستطباب، يمكن تقسيم المرضى إلى خمس مجموعات: المجموعة الأولى: الألم الشرسوفي، القلس المعدي المريئي، الإقياء. وذلك سواء ترافقت هذه الأعراض مع بعضها، أم كانت منفردة.

المجموعة الثانية: النزف الهضمي العلوي.

المجموعة الثالثة: عسرة البلع.

المجموعة الرابعة: فقر الدم، وحالات الاشتباه بسوء الامتصاص.

المجموعة الخامسة: استطبابات لأسباب أخرى.

يبين الجدول رقم 1 الاستطبابات التي دفعتنا لإجراء الـ "ت. هـ. ع" التشخيصي.

جدول رقم 1 : استطبابات التنظير الهضمي المعوي

النسبة المئوية	عدد المرضى	الاستطباب
76.5	291	الألم الشرسوفي - القلس - الإقياء
8.4	32	النزف الهضمي العلوي
4.2	16	عسرة بلع
7.1	27	فقر الدم أو الاشتباه بسوء امتصاص
1	4	البحث عن ورم بدني "مريض لديه نقائل ورمية"
0.8	3	التحضير لزرع كلية
0.5	2	كتلة في الشرسوف
0.5	2	ضخامة طحالية معزولة
0.5	2	البحث عن توضعات علوية لداء كرون
0.3	1	ابتلاع جسم أجنبي "ملقط شعر" غير قابل للكشف بالأشعة
	380 مريض	المجموع

تم إجراء التنظير لدى ثلث المرضى بدون أي تحضير دوائي ماعداً Xylocain spray لتخدير البلعوم. أما في الثلثين الباقين، فقد أعطينا المرضى الـ Diazepam وريدياً، وببطء حتى ظهور الرتة الكلامية أو الوسن.



ولنتقييم تحمل المرضى للتظهير، ودرجة تقبلهم له، اعتمدنا على مراقبة المرضى بشكل دقيق أثناء إجراءات التظهير، وتسجيل الانطباع العام الذي تكون لديهم بعد التظهير بالإضافة لسؤال المرضى عن مدى موافقتهم على إعادة إجراء التظهير في ظروف مشابهة، إذا دعت الضرورة لذلك. وقد قمنا بأخذ عدداً كافياً من الخزاع في كل مرة، وجدنا استجاباً لذلك.

#### النتائج:

أجرينا 380 ت. هـ. ع' تشخيصياً منهم 204 من الذكور (53.7%)، و 176 من الإناث (46.3%). تراوحت أعمارهم بين 14 - 85 سنة.

وسنبين فيما يلي نتائج التحضير الدوائي أولاً، ثم الموجودات التظهيرية ثانياً. أولاً - التحضير الدوائي: في المجموعة الأولى، والتي اقتصر فيها تحضيرنا على تشجيع المريض لجعله متعاوناً بالإضافة للتخدير الموضعي للبلعوم بالـ Xylocaine لدينا 113 مريضاً في هذه المجموعة سجلنا درجات متفاوتة من عدم التحمل إذ شكى 87 مريضاً أي (76.9%) من واحد، أو أكثر من الأعراض التالية: غثيان، سعال، شعور بالضيق، والاختناق في الصدر، تطبل وألم في البطن. وقد وصل عدم التحمل ذروته لدى سبعة مرضى (6.2%) بسحب المنظار بقوة خارج الفم. وكان انطباع المرضى بعد التظهير سلبياً وقد وافق 31 مريضاً (27.4%) فقط على إعادة التظهير في ظروف مشابهة في حين يرفض 82 مريضاً أي (72.5%) الإعادة في نفس الظروف وقد ذهب بعضهم للقول بأنه سيجنب جميع أقربائه، ومعارفه هذه المغامرة.

أما المجموعة التي أعطيت الـ Diazepam فتضم 267 مريضاً، وقد سجلنا لدى 71 مريضاً أي (26.5%) درجات بسيطة من عدم التحمل كالغثيان، وحس الانزعاج. لم نصادف أي حالة تشبیه تنفسي. حصل لدى 8 مرضى (2.9%) نوم عميق أعقب التظهير مباشرة، وأدى لتأخير مغادرة المرضى الخارجين منهم للمشفى لعدة ساعات. أما عن انطباع مرضى هذه المجموعة عن التظهير فقد كان بشكل عام إيجابياً. وقد أجاب 203 منهم أي (76%) بأنهم سيوافقون على إعادة إجراء التظهير مستقبلاً في ظروف مشابهة. ثانياً - الموجودات التظهيرية: يبين الجدول رقم 2 مختلف الموجودات التظهيرية لدى جميع مرضانا بصرف النظر عن العلاقة بين الاستطباب، ونتيجة التظهير. وسنتعرض بعد ذلك نتائج التظهير لدى أهم مجموعات المرضى.

جدول رقم 2: التبدلات التظهيرية المشاهدة لدى المرضى

عدد المرضى	نوع المرض
56	التهاب المري
33	• التهاب مري هضمي بدون فتق حجابي
19	• التهاب مري هضمي مع فتق حجابي
4	• التهاب مري بالمبيضات البيض
24	فتق حجابي بدون التهاب مري
7	دوالي أسفل المري
3	تضيق مري غير قابل للعلاج
1	رتج مري
87	التهاب معدة
17	قرحة معدية
7	ورم معدي
2	انضغاط خارجي على جدران المعدة
1	جسم أجنبي "ملقط شعر بلاستيكي"
58	التهاب القطعة الأولى "البصلة" للاثني عشري
45	قرحة اثني عشرية في البصلة
8	نشوء بصلة
6	غياب كلي أو جزئي لحلقات الاثني عشري الثاني
2	تقرحات متعددة في الاثني عشري الثاني
1	ورم في المنطقة المجاورة للمبجل
27	أكثر من تبدل مرضي من التبدلات المذكورة أعلاه
82	تظهير هضمي علوي طبيعي

ضمت المجموعة الأولى 291 أي (76.5%) من مجموع المرضى. كان الألم الشرسوفي، أو القلس، أو الإقياء هي التي دفعنا لإجراء التنظير. وقد بين لنا التنظير في هذه المجموعة وجود:

66 مريضاً (22.6%)	- التهاب معدة
58 مريضاً (19.9%)	- التهاب بصلة
46 مريضاً (15.8%)	- التهاب مري
32 مريضاً (10.9%)	- قرحة بصلية
14 مريضاً (4.8%)	- قرحة معدية
6 مرضى (2%)	- ورم في المعدة

وقد اعتبر التنظير الهضمي العلوي طبيعياً لدى 69 مريضاً (23.7%).

ويبين الجدول رقم 3 نتائج التنظير لمرضى المجموعة الأولى. وقد أجرينا لدى 87 مريضاً في هذه المجموعة عدة خزع للدراسة النسيجية، أو للتحري المباشر عن وجود الملوية البوابية بطريقة Urease fast test أو Clo.test.

جدول رقم 3: نتائج تنظير المجموعة الأولى

نتيجة التنظير	عدد المرضى	النسبة المئوية
التهاب معدة	66	22.6
التهاب بصلة	58	19.9
التهاب مري	46	15.8
قرحة بصلية	32	10.9
قرحة معدية	14	4.8
ورم معدة	6	2
تنظير هضمي علوي	69	23.7
المجموع	291	100%

في المجموعة الثانية لدينا 32 ممن دخلوا المشفى بشكوى الإقياء الدموية، أو التقيؤ الزمني، أو كليهما.

قمنا بإجراء التنظير باكراً ما أمكن، وذلك بعد استقرار العلامات الحيوية، وقد أمكن تحديد مكان

النزف، وسببه بدقة لدى 25 مريضاً أي 87% من المرضى بين التنظير وجود:

- التهاب معدة حاد تآكلي أو تقرحي 10 مرضى (31.2%)

- قرحة اثني عشرية 8 مرضى (25%)

- دوالي أسفل المري 5 مرضى (15.6%)

- كما وجدنا لدى مريض واحد قرحة معدية، وكذلك مريض واحد لديه التهاب مري هضمي. بالمقابل، لم

نتمکن من تحديد سبب النزف لدى 7 مرضى أي (21.8%).

لدى مرضى المجموعة الثالثة، وعددهم 16 مريضاً شكوا من عسرة البلع. كانت نتائج التنظير كما

يلي:

- التهاب مري متفرح درجة III، و IV وفق تصنيف SAVARY MILLER المعدل

(Ollyo, et. al., 1992) لدى 7 مرضى.

- تضيق غير منتظم، وغير قابل للعبور في الثلث المتوسط للمري، أظهرت الدراسة النسيجية للخزاع المأخوذ

من القطب العلوي للتضيق وجود سرطان مري Squamous cell carcinome لدى 3 مرضى.

- تنظير هضمي علوي طبيعي لدى 6 مرضى أي (37.5%).

وفي المجموعة الرابعة نجد 27 مريضاً، أجرينا لهم التنظير في إطار دراسة سببية لفقر دم عوزي، أو

للاشتباه بوجود سوء امتصاص. وكانت النتائج التالية:

- التهاب معدة ضموري 11 مريضاً

- غياب التضاريس الداخلية للأثني عشري 'داء زلاقي' 6 مرضى

- قرحة اثني عشرية 5 مرضى

- التهاب مري هضمي متفرح مريضين

- ورم معدة مريضاً واحداً

## المناقشة:

في الوقت الذي لا ينكر فيه أحد أهمية استعمال المناظير في تشخيص، وتدبير أمراض جهاز الهضم، فإن سعة التنظير ليست حسنة عند أغلبية المرضى، ونسبة هامة منهم، تخشى هذا الاستقصاء (Cheli, et. al., 1981) و (Woloshynowich, et. al., 1996). ينجم القلق من جهل المرضى بالتنظير. كما تساهم الروايات المبالغ فيها عن أهوال التنظير في تضخيم هذا القلق. ولجعل التنظير أكثر قبولا، وأقل إزعاجا نلجأ عادة لتحضير المرضى قبل إجراءه. وإذا كان الأطباء متفقون على ضرورة تحضير مرضاهم للتنظير فهم مختلفون في كيفية إنجاز هذا التحضير (Quing & Colin, 1996) و (Rey, 1996) و (Vallot & Sirvin, 1996). فبعضهم يكتفي بشرح مراحل هذا الاستقصاء، وأهميته للمريض، وبعضهم الآخر يرى أن التنظير العلوي، وإن كان غير مؤلم، فهو مزعج، يسبب الغثيان، ويمكن أن يترك ذكريات غير مستحبة لدى بعض المرضى، ويسعون لتقليل إزعاج مرضاهم باستخدام مشتقات Benzodiazepine. في دراسة لـ (Quine, et. al., 1995) نجد أن Diazepam و Midazolam هما أكثر هذه المشتقات استعمالا في التحضير، وقد اخترنا المركب الأول لتحضير ثلثي مرضانا، وتراوحت جرعة Diazepam التي أعطيت بين 6 - 15 مغ، وفقا للوزن، والسن. وهذه الجرعة قريبة من مثيلاتها، كما في دراسة (Longstreth, et. al., 1980) فكانت النتيجة أن أصبح التنظير أقل إزعاجا، وأفضل تحملا وأكثر قبولا.

ونتفق في ذلك مع دراسات هامة، كدراسة (Thompson, et. al., 1980). لذلك فإننا ندعو لإجراء التحضير بمشتقات Diazepam لجميع المرضى، الذين سيخضعون للتنظير إلا في الحالات التي نتوقع فيها تعاوناً كافياً من المريض، وفق ماجاء في دراسة (Mahajan, et. al., 1997). ونتيجة دراستنا هذه لانتفق مع دراسة (Bramble, 1993) و (Fisher, et. al., 1998) اللتين تقللان من أهمية التحضير بمشتقات Diazepam.

يعتقد العديد من الباحثين (Joffe, et. al., 1978) و (Noach, et. al., 1993)، وآخرون غيرهم، بأن التهاب الاثني عشري، ما هو إلا جزء من طيف القرحة الاثني عشرية. وهكذا وبالعودة إلى الجدول رقم 3 نجد في مرضى المجموعة الأولى 58 حالة التهاب بصلية، و32 قرحة اثني عشرية و14 قرحة معدية. أي الداء القرحي بمغاييراته المختلفة، كان السبب الأول للألم في دراستنا، فهو يشكل (37.1%) من الأسباب 108 مرضى. وبخصوص الألم القرحي، فقد بين (Edwards & Coghill, 1968) منذ سنوات بأن الألم القرحي، يمكن أن يكون نموذجياً، أو غير نموذجي. وقد شكل الألم القرحي الوصفي، أو النموذجي ثلث المرضى في دراستنا في حين كان غير نموذجي في الثلثين الباقيين. وقد أشار (Pounder, 1989) إلى أن القرحة، قد تبقى صامتة، وتكون إحدى الاختلاطات المميّزة هي أولى التظاهرات السريرية، وهذا ماصادفناه لدى مريض واحد.

في المرتبة الثانية لأسباب الألم الشرسوفي بعد القرحة الهضمية، جاءت التهابات المعدة الحادة، والمزمنة إذ شاهدناها لدى 66 مريضاً (22.6%). أجرينا دراسة نسيجية لـ 42 مريضاً منهم، فبتبين وجود درجات متفاوتة من التهاب المعدة المزمن السطحي اللانوعي لدى 38 مريضاً أي (90.5%) من المرضى. والارتباط الوثيق بين كل من الموجودات السريرية، والتنظيرية، والتشريحية المرضية، لم نشاهد إلا لدى 15 مريضاً فقط أي (35.7%)، وقد سبق أن أشارت دراسات عديدة لضعف هذه العلاقة، كما في دراسة (Toukan, et. al., 1985) و (Johansen, et. al., 1991) والتي تشير لوجود التهاب المعدة المزمن السطحي لدى 50% من الأشخاص اللاعرضيين.

جاءت التهابات المري في المرتبة الثالثة كسبب للألم الشرسوفي 46 مريضاً أي (15.7%) من المرضى منهم أربع حالات التهاب مري بالمبيضات البيض، وجميعهم مؤهين مناعياً لذلك. في حين شاهدنا 42 مريضاً لديهم درجات متفاوتة الشدة من التهاب المري الهضمي المقترح تصنيف - SAVARY MILLER المعدل، وقد صنف 34 مريضاً منهم في الدرجة II.

وبالعودة إلى الجدول رقم 2 نجد أن 43 فتقاً حجابياً، ترافق منها بالتهاب مري 19 حالة (44.1%) أي أقل من النصف، وهذا يتماشى مع الاعتقاد السائد منذ زمن طويل بأن أغلب الذين لديهم فتق حجابي، هم لا عرضيين، وأن الأعراض لا تنجم عن الفتق بل عن التهاب المري، (Crozier & Jonasson, 1964) فالفتق الحجابي يساهم في شدة التهاب المري ولكنه ليس ضرورياً، ولا كافياً لإحداثه (Sloan, et. al.,

1992) وقد لاحظنا وجود علاقة واضحة بين شدة، أو درجة التهاب المري، وحجم الفتق الحجابي، وهو ما أكد عليه (Sloan, et. al., 1992).

لم يشكل السرطان إلا نسبة ضئيلة من أسباب الألم الشرسوفي في دراستنا، إذ نجد 6 حالات سرطان المعدة تشكل فقط (2%) من مجموع المرضى. في مرضى المجموعة الأولى، اعتبر التنظير الهضمي العلوي طبيعياً لدى ربع المرضى تقريباً 69 مريضاً (23.7%).

في مجموعة مرضى النزف الهضمي المعوي أجرينا التنظير خلال 12 - 24 ساعة من قبول المريض في المشفى. وقد أمكن تحديد سبب النزف لدى 25 مريضاً من أصل 32 أي نسبة (78%)، وهذه النسبة غير بعيدة عن النسب العالمية التي تتراوح بين 80 - 90% (Zambartas, et. al., 1982). أما فيما يتعلق بسبب النزف، فإن القرحة الهضمية، لم تكن مصدراً للنزف إلا لدى ربع مرضانا تقريباً (28%) في حين ترتفع هذه النسبة إلى (50%) في دراسات عالمية عديدة (Silverstein, et. al., 1981) و (Gilbert, 1990) و (Rockall, et. al., 1995). وقد شكل التهاب مخاطية المعدة، و، أو الاثنى عشري التآكلي الحاد السبب الأول للنزف في دراستنا ثلث المرضى 10 مرضى أي (31%)، وهذه النسبة تقارب ما جاء في دراسات عالمية عديدة (Sagawa, et. al., 1973) و (Forrest, et.,al., 1974).

كانت دوالي أسفل المري مصدراً للنزف لدى 5 من مرضانا أي (15.6%)، وهذه النسبة تقارب ما جاء في الدراسات الأمريكية (Kelvin, et. al., 1997). وقد كان التهاب المري الهضمي سبباً للنزف لدى مريض واحد، فقط في دراستنا أي (3.1%) وهي نسبة أقل بكثير مما ذكره (Kelvin, et. al., 1997). ولم نجد أي تفسير لتفاوت نسب بعض أسباب النزف الهضمي العلوي المشاهدة لدينا مقارنة مع الدراسات العالمية.

في مجموعة المرضى الذين شكوا من عسرة البلع بين التنظير لدى 7 منهم وجود التهاب المري هضمي متفرج درجة III و IV وفق تصنيف SAVARY MILLER المعدل، وهي نسبة متوقعة، إذا أخذنا بعين الاعتبار ما جاء في دراسة (Palmer, 1968) و (Howden, et. al., 1995) من أن 10 - 20% من مرضى القلس المعدي - المريئي تنتهي بتضييق في المري.

كما بين التنظير لدى 3 من مرضانا وجود ورم مضيق للثلاث المتوسط من المري. ذات شكل متبرعم، ومرشح، يلتصق بالجدار بقاعدة عريضة، وقد أظهرت الدراسة النسيجية وجود Squamous cell carcinoma. والحالات الثلاث كانت في مرحلة متقدمة مع نقائل ورمية، ويؤكد هذا ما جاء في دراسة (Mc Keoman, 1986)، ودراسة (Roth & Putnam, 1994) بأن عسرة البلع عرض متأخر لسرطان المري، وأن وجودها يشير في أغلب الحالات لعدم إمكانية إجراء جراحة شافية. ومن هنا تأتي أهمية الكشف الباكر عن السرطان بالاعتماد على الأسس التي بينها كل من (Endo, et. al., 1971) و (Guanrei, et. al., 1982).

لدى 6 مرضى في هذه المجموعة، كان التنظير طبيعياً أي (37.5%)، وقد استكملت دراسة هؤلاء المرضى بدراسة لحركية المري Manometry.

تم تشخيص الداء الزلاقي لدى 6 مرضى ممن أجرينا لديهم التنظير في إطار البحث عن سوء امتصاص، أو فقر دم عوزي، وهنا نشير لأهمية التعرف على التبدلات الواسمة لمخاطية الاثنى عشري المشاهدة في مرضى الداء الزلاقي. فقد وصف كل من (Jabbari, et. al., 1988) و (Ferguson, et. al., 1993) هذه التبدلات والتي تتضمن: غياب الثنيات الدائرية للمخاطية أو نقص في ارتفاعها، أو عددها. وأن تأخذ الثنيات مظهر فسيفسائي، أو موزايكي، ويرى بعض المؤلفين (Maggazzu, et. al., 1994) بأن مشاهدة أي من هذه التبدلات يوجب إجراء عدة خزع من الاثنى عشرية سواء أكانت متلازمة سوء الامتصاص موجودة أم لا.

#### الخلاصة Conclusion:

نستخلص من بحثنا هذا الأهمية الكبيرة للتنظير الهضمي العلوي في تشخيص، وتدبير أمراض القسم العلوي للأنبوب الهضمي. في خلال دقائق قليلة، وبكلفة بسيطة جداً، يستطيع التنظير أن يعطي تشخيصاً مؤكداً. أضف إلى أنه استقصاء جيد التحمل، وخالٍ عملياً من الأخطار إذا أُجري بأيدٍ خبيرة.

- BRAMBLE, MG. 1993 - *Open access endoscopy a nation wide. Survey of current practice.* Gut, 33:282-285.
- CHELI R, SCHELOTTO G, MOLINARI F, et., al., 1981 - *Psychological involvement in digestive endoscopy.* Piccin medical Padoue 1.
- CROZIER, RE., JONASSON, H. 1964 - *Symptomatic esophageal hiatus hernias: study of 105 patients.* Archives of internal medicine 113:737-743.
- DOOLEY, CP., LARSON, AW., STACE, NH. et al 1984 - *Double contrast meal and upper gastrointestinal endoscopy: a comparative study.* Annals of internal medicine. 101:538-545
- EDWARDS, FC., COGHILL, NF. 1968 - *Clinical manifestations in patients with chronic atrophic gastritis, gastric ulcer, and duodenal ulcer.* Quarterly Journal of medicine. 37:337.
- ENDO, M., KOBAYSHI, S., SUZUKI, H. 1971.- *Diagnosis of early esophageal cancer.* Endoscopy. 5:61-66.
- FERGUSON, A., ARRANZ, E., O'MAHOUY, S. 1993. - *Clinical and pathological spectrum of coeliac disease. Active, Silent, Latent, Potential.* Gut. 34:150-151.
- FISHER, NC., BAILEY, S., GIBSON, JA. 1998 - *A prospective randomized controlled trial of sedation vs no sedation in out patient diagnostic upper gastro intestinal endoscopy.* Endoscopy. 30:21-4.
- FORREST, JAH., FINLAYSON, NDC., SHEARMAN, DJC. 1974 - *Endoscopy in gastro intestinal bleeding.* Lancet. 2:394-397.
- GILBERT, DA. 1990 - *Epidemiology of upper gastro intestinal bleeding.* Gastro intestinal Endoscopy 36 "supply":58-513.
- GUANREI, Y., SUNGLIANG, Q., YUMING, C. 1982. - *Endoscopic diagnosis of 115 cases of early esophageal carcinoma.* Endoscopy. 14:157-161.
- HACKER, JF., CHOBANIAN, SJ., JOHNSON, DA. et al, 1987 - *Patient acceptability of upper GI radiography versus endoscopy.* South J Med. 80:1091-1093.
- HOWDEN, CW., CASTELL, DO., COHENS, et. al., 1995 - *The rationale for continuous maintenance treatment of reflux esophagitis.* Arch in term Med. 155:1465-1471.
- JABBARI, M., WILD, G., GORESKY, CA. 1988 - *Scalloped valvulae connivents: An endoscopic marker of celiac sprue.* Gastroenterology. 95:1518-1522.
- JOHANSEN, R., BERNERSEN, B., STRAUME, B., FORDE, OH., BOSTAD, L., BURHOL, PGG., 1991 - *Prevalence of endoscopy and histological findings in patients with and without dyspepsia.* British medical journal. 302:749-752.
- JOFFE, SN., LEE, FD., BLUMGART, LH. 1978 - *Duodenitis.* clinics in gastroenterology. 7:635-650.
- KELVIN, R., PALMER PETER, G., HAYES, J., 1997 - *Diseases of gastro intestinal tract and liver,* third edition. Churchill livingstone.
- LONGSTRETH, GF., O'BRIEN, PM., YOUKELES, LF., 1980 - *Determination of the intra venous diazepam dose required for gastroscopy.* Gastro intestinal Endosco. 26:92-94.
- MAHAJAN, RJ., JOHNSON, JC., MARSHALL, HB. 1997 - *Predicrors of patient cooperation during gastro intestinal endoscopy.* J Clin Gastroenterol. 24:220-3.

- MAGGAZZU, MD., BOTHARI, M., TUCCARI, G., 1994 - *Upper gastrointestinal endoscopy can be a reliable screening tool for celiac disease.* N Engl Med. 319:741-744.
- MCKEOMAN, KC., 1986 - *Clinical presentation of carcinoma of the esophagus.* J. R. Coll. Surg. Edimb. 31:199-206.
- NOACH, LA., ROLF, TM., BOSMA, NB. et. al. 1993 - *Gastric metaplasia and Helicobacter pylor infection.* Gut. 34:1510-1514
- OLLYO, JB., FONTOLLIET, CH., BROSSAD, E., LANG, F., 1992 - *Savary's new endoscopic classification et reflux oesophagitis.* Act. endosc. 22:307-320.
- PALMER, ED., 1968 - *The hiatus hernia – esophagitis esophageal stricture complex – twenty year prospective Study.* A. J. Med. 44:566-579.
- POUNDER, R., 1989 - *Silent peptic ulceration deadly silence or golden silence?* Gastroenterology. 102:168-174.
- QUINE, MA., BELL, GD., MCCLOY, RF., et. al., 1995 - *Prospective audit of upper gastrointestinal endoscopy in two regions of England: safety, staffing and sedation methods.* Gut. 36:462-467.
- QUING, MA., Colin Jones, DG., 1996 - *Gastrointestinal endoscopy: to sedate or not to sedate?* Endoscopy. 1996; 28:306-307.
- REY, JF., 1996 - *Sedation for upper-gastrointestinal endoscopy: as much as possible or without?* Endoscopy. 28:308-9.
- ROCKALL, TA., LOGAN, RFA., DEVLIN, HB., 1995 - *Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal heamorrhage in the united kingdom.* British medical journal. 311:222-226.
- ROTH, JA., PUTNAM, JB., 1994 - *Surgery for cancer of the esophagus.* Semin oncol. 21:453-461.
- SILVERSTEIN, FE., GILBERT, DA., TEDESCO, FJ., et. al., 1981 - *The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. Clinical prognostoc factors.* Gastro intestinal endoscopy. 27:80-93.
- SLOAN, S., RADENAKER, AW., KAHRILAS, PJ., 1992 - *Determinants of gastroesophageal junction incompetence: Hiatal hernia, lower escophageal sphincter, or both?.* Annals of internal medicine. 117:977-982.
- STEVENSON, GW., NORMAN, G., FROST, R., 1991 - *Barium meal or endoscopy? A prosective randomised study of patient preference and physician decision making.* Clinical Radiology. 44:317-321.
- SAGAWA, C., WERNER, MH., HAYES, NF., et. al., 1973 - *Early endoscopy. A guide to therapy for acute hemorrhage in the upper gastro intestinal tract.* Arch. of surgery.107:133-137.
- THOMPSON, DG., LENMARD JONES, JE., EVANS, SJ., et al 1980 - *Patients appreciate premedication for endoscopy.* Lancet. ii 469-470.
- TOUKAN, AU., KAMAL, MF., AMR, SS., et. al., 1985 - *Gastro duodenal inflammation in patients with non ulcer dyspepsia. A controlled endoscopic and morphometric study.* Digestion diseases and sciences. 30:313-320.
- VALLOT, T., SERVIN, F., 1996 - *Endoscopie haute, sedation et anesthesie quels besoins? Quelles conditions?* Gastroeuterologie Clin. Biol. 20:561-3.
- WOLOSHYNOWICH M, OAKLEY DA, SAUNDERS BP, et., al., 1996 - *Psychological aspects of Gastro-intestinal Endoscopy, a review.* Endoscopy 28:763-767.
- ZAMBARTAS, C., CREGEEN, RJ., FORREST, J., 1982 - *Accuracy of early endoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding.* British medical journal. 285:7540.