

Analytical Study of Portal Vein Thrombosis: Risk Factors and Clinical Characteristics

Dr. Hassan Zaizafon^{*}
Dr. Houssam Kinjo^{**}
Essa Mouawad^{***}

(Received 3 / 3 / 2024. Accepted 2 / 4 / 2024)

□ ABSTRACT □

Background: Portal vein thrombosis (PVT) is an important and poorly studied condition with a poorly defined natural history.

The diagnosis of portal vein thrombosis has increased in recent years due to the availability of modern imaging techniques.

The main aim of this study was to determine the risk factors, symptoms, and clinical signs of PVT.

Methods: The study included 30 patients diagnosed with portal vein thrombosis by Doppler ultrasound or CT scan from patients attending Tishreen University Hospital from January 2023 to January 2024.

Results: A single risk factor for portal vein thrombosis was found in 70% of patients, two factors were present in 10%, and PVT was idiopathic in 20%.

Abdominal malignancies were the most common risk factor (36.6%) and abdominal pain was the most common manifestation (53.3%).

The percentage of acute thrombosis was 63.3% and chronic thrombosis was 36.7%.

Splenomegaly, gastrointestinal haemorrhage, and esophageal and gastric varices were more common by a statistically significant difference in patients with chronic thrombosis.

Ascites was more common in patients with cirrhosis or cancer compared to patients without cirrhosis and cancer.

Death occurred in 9 patients, 7 of whom were cancer patients.

Conclusion: Portal vein thrombosis is an important condition that has become considered an separate clinical entity, the possible causes and risk factors must be investigated and treated if possible because the prognosis is primarily depended on the underlying cause rather than on the thrombosis and its complications.

Keywords: Thrombosis, Portal Vein.

^{*} Professor – Department of Internal Medicine (Gastroenterology) – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria .

^{**} Assistant Professor – Department of Surgery (Vascular Surgery) – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria .

^{***} Postgraduate student – Department of Internal Medicine (Gastroenterology) – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria. essa.mouawad@tishreen.edu

دراسة تحليلية لختار وريد الباب: عوامل الخطورة والخصائص السريرية

د. حسان زيزفون*

د. حسام كنجو**

عيسى معوض***

(تاريخ الإيداع 3 / 3 / 2024. قبل للنشر في 2 / 4 / 2024)

□ ملخص □

الخلفية: يعد ختار وريد الباب من الحالات المهمة غير المدروسة بشكل واسع ذات التطور السريري غير المحدد بدقة. ازدادت حالات تشخيص ختار وريد الباب في السنوات الأخيرة نظراً لتوافر تقنيات التصوير الحديثة.

يهدف هذا البحث بشكل رئيسي إلى تحديد عوامل الخطورة والأعراض والعلامات السريرية لحالات ختار وريد الباب.

الطرائق: شملت الدراسة 30 مريضاً شخّص له ختار وريد الباب بالإيكو دوبلر أو عبر الطبقي المحوري من المرضى مراجعي مشفى تشرين الجامعي في الفترة الممتدة بين كانون الثاني 2023م حتى كانون الثاني 2024م.

النتائج: وجد عامل خطر وحيد لختار وريد الباب عند 70% من المرضى واشترك عاملان عند 10% وكانت نسبة الختار مجهول السبب 20%.

كانت الخباثات البطنية هي عامل الخطورة الأشيع بنسبة 36.6%، والألم البطني هو التظاهر الأكثر شيوعاً بنسبة 53.3%.

كانت نسبة الختار الحاد 63.3% والختار المزمن 36.7%.

الضخامة الطحالية والنزف الهضمي ودوالي المري والمعدة كانت موجودات أكثر شيوعاً بفارق مهم احصائياً عند مرضى الختار المزمن.

كان الحبن أكثر شيوعاً عند مرضى التشمع أو السرطان بفارق مهم احصائياً مقارنةً بالمرضى بدون تشمع وسرطان.

حدثت الوفاة عند 9 مرضى منهم 7 مرضى سرطان.

الخلاصة: ختار وريد الباب من الحالات المهمة التي أصبحت تعتبر كياناً سريرياً مستقلاً، يجب البحث عن الأسباب وعوامل الخطورة ومعالجتها إن أمكن ذلك لأن إنذار المرض متعلق بشكل أساسي بالسبب أكثر مما هو بالختار واختلاطاته.

الكلمات المفتاحية: ختار، وريد الباب.



حقوق النشر: مجلة جامعة تشرين - سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص CC BY-NC-SA 04

* أستاذ - قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز الهضمي) - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ مساعد - قسم الجراحة (جراحة الأوعية) - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

*** طالب دراسات عليا - قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز الهضمي) - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

مقدمة:

يعتبر خثار وريد الباب حدثاً نادراً فيما سبق بناءً على التقارير والحالات المذكورة في الأدب الطبي. (1) ذكرت أول حالة لختار وريد الباب في الأدب الطبي عام 1868 م من قبل بالفور وستيوارت لمريض تظاهر بحين وضخامة طحالية. (2) حالياً ومع توافر تقنيات التصوير بشكل واسع يبدو أن انتشار خثار وريد الباب أكبر مما هو متوقع. قدرت إحدى الدراسات التي أجريت في السويد نسبة انتشار خثار وريد الباب بين عموم السكان بحوالي 1%. (1) تتراوح نسبة انتشار خثار وريد الباب بين مرضى تشمع الكبد من 4.4% حتى 15% وبشكل أكثر شيوعاً عند المرضى المرشحين لزراعة الكبد. (4) يشاهد خثار وريد الباب عند حوالي 35% من مرضى تشمع الكبد المختلط بسرطان الخلية الكبدية. يعتبر خثار وريد الباب مسؤولاً عن حوالي 5% إلى 10% من حالات ارتفاع توتر وريد الباب بالمجمل. (4)

أهمية البحث وأهدافه**أهمية البحث:**

يعد خثار وريد الباب من الحالات المهمة غير المدروسة بشكل واسع ذات التطور السريري غير المحدد بدقة. ازدادت حالات تشخيص خثار وريد الباب في السنوات الأخيرة نظراً لتوافر تقنيات التصوير الحديثة غير الغازية مثل الإيكو دوبلر والطبقي المحوري وبشكل خاص عند مرضى تشمع الكبد حيث أصبح خثار وريد الباب يعتبر كياناً سريرياً مستقلاً. نظراً للاختلاطات المهمة وبعضها المهدد للحياة الناتجة عن خثار وريد الباب، لابد من معرفة عوامل الخطورة المرتبطة بحدوثه والأعراض والعلامات السريرية التي تفيد في التوجه لتشخيصه.

أهداف البحث:**الهدف الرئيسي:**

تحديد عوامل الخطورة والأعراض والعلامات السريرية لحالات خثار وريد الباب.

الأهداف الثانوية:

دراسة الموجودات التنظيرية والشعاعية لحالات خثار وريد الباب.

عينة المرضى وطرق الدراسة:

- تصميم الدراسة: دراسة تحليلية رقابية استقبالية Prospective Observational Analytical Study
- مدة الدراسة: عام واحد كانون الثاني 2023 م / كانون الثاني 2024 م
- مكان الإجراء: مستشفى تشرين الجامعي

معايير الاشتمال:

المرضى البالغون المشخص لديهم خثار وريد الباب بالإيكو دوبلر أو عبر الطبقي المحوري.

معايير الاستبعاد:

المرضى تحت 18 سنة.

تنظيم ومتابعة المرضى:

- تم أخذ قصة مرضية وإجراء فحص سريري وتسجيل الأعراض والعلامات السريرية.
- تم تسجيل عوامل الخطورة (تشمع كبد / سرطان / التهابات او إنتانات بطنية / تداخل جراحي على البطن / حمل/ مناعيات حمل فموية).
- تم إجراء تحاليل فرط الخثار الوراثية في حال عدم تحديد عامل خطورة مما سبق .
- تم تسجيل موجودات الايكو دوبلر أو الطبقي المحوري (مكان الخثار - امتداده - وجود الروادف و الكافيرنوما- وجود حبن).
- تم اعتبار الخثار مزمناً في حال وجود الورم الوعائي الكفهي البابي أو إثبات وجود الخثار لفترة أكثر من 6 أشهر وعدا ذلك تم اعتبار الخثار حاداً.
- تم تسجيل موجودات التنظير الهضمي العلوي (وجود دوالي المري ودرجتها حسب تصنيف Paquet المعدل - وجود دوالي المعدة وتصنيفها حسب تصنيف SARIN - وجود اعتلال معدة بفرط توتر وريد الباب ودرجته حسب تصنيف Baveno).
- تمت متابعة المرضى خلال فترة الدراسة وتسجيل الاختلاطات الحاصلة (نزف هضمي / حبن / اقفار معوي/اعتلال الطرق الصفراوية البابي) والوفيات.

الدراسة الإحصائية:

- تم استخدام قوانين الإحصاء الوصفي Description Statistical على المتغيرات المدروسة :
- تم استخدام مقاييس النزعة المركزية للمتغيرات الكمية .
 - تم استخدام النسب المئوية ومجالات الثقة للمتغيرات الكيفية .
- قوانين الإحصاء الاستدلالي Inferential Statistical لدراسة العلاقات بين المتغيرات المدروسة :
- اختبار Independent t student لدراسة الفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين .
 - اختبار chi-square for trend لدراسة العلاقة بين المتغيرات الكيفية .
- تعتبر النتائج مهمة إحصائياً مع $p\text{-value} < 0.05$.
- تم اعتماد البرنامج الإحصائي IBM SPSS statistics(V25) لحساب المعاملات الإحصائية وتحليل النتائج .

النتائج والمناقشة

النتائج:

- شملت عينة البحث (30) مريضاً من المرضى مراجعي مشفى تشرين الجامعي خلال الفترة الزمنية من كانون الثاني 2023م حتى كانون الثاني 2024م و المشخص لهم خثار وريد الباب بالإيكو دوبلر أو عبر الطبقي المحوري .
- توزعت عينة البحث المدروسة حسب متغير الجنس على النحو الآتي:

بلغ عدد الذكور (13) مريضاً بنسبة مئوية بلغت (43.3%)، وعدد الإناث (17) مريضة بنسبة مئوية بلغت (56.7%).

الجدول (1): توزع عينة البحث المدروسة حسب متغير الجنس

الجنس	العدد	النسبة
الذكور	13	43.3%
الإناث	17	56.7%
المجموع	30	100%

بلغ متوسط عمر المرضى (47.7) سنة، بانحراف معياري قدره (15.6)، وكان أقل عمر (18) سنة و أعلى عمر (75) سنة.

الجدول (2): توزع عينة البحث المدروسة حسب متغير العمر

الفئات العمرية	العدد	النسبة
18-30	4	13.3%
31-40	6	20%
41-50	9	30%
51-60	5	16.7%
61-70	2	6.7%
>70	4	13.3%
المجموع	30	100%

يلاحظ من الجدول (2) أن 30% من عينة البحث المدروسة كانت في الفئة العمرية (41-50) سنة، وأن 50% من عينة البحث كانت في الفئة العمرية الممتدة من (31 - 50) سنة. بلغ عدد المرضى الذين لديهم عامل خطر وحيد (21) مريضاً بنسبة مئوية بلغت (70%)، وعدد المرضى الذين لديهم عاملان (3) مرضى بنسبة مئوية بلغت (10%). كان الخثار مجهول السبب عند (6) مرضى بنسبة مئوية بلغت (20%).

الجدول (3): توزع عينة البحث المدروسة حسب عدد عوامل الخطر المرافقة

عدد عوامل الخطر المرافقة	العدد	النسبة
عامل واحد	21	70%
عاملان	3	10%
مجهول السبب	6	20%
المجموع	30	100%

من أصل (30) مريضاً كان لدى (21) منهم عامل خطر واحد لخثار وريد الباب وكانت عوامل الخطورة كالتالي:
(9) مرضى خباثات بطنية بنسبة (30%)، (3) مرضى التهابات بطنية بنسبة (10%)، (3) مرضى تشمع كبد بنسبة (10%)، مرضى آفات نقي تكاثرية بنسبة (6.7%)، مرضى اضطرابات خثارية بنسبة (6.7%)، وكان استخدام مانعات الحمل الفموية هو عامل الخطورة عند مريضتين بنسبة (6.7%).

كانت الخباثات البطنية في العينة السابقة كالتالي:

(4) حالات سرطان كولون ومستقيم بنسبة (13.3%)، (3) حالات سرطان بنكرياس بنسبة (10%)، حالة واحدة ساركوما خلف البريتوان بنسبة (3.3%)، وحالة واحدة نقائل كبدية مجهولة المصدر بنسبة (3.3%).

كانت الالتهابات البطنية في العينة السابقة كالتالي:

حالة واحدة داء كرون بنسبة (3.3%)، حالة واحدة التهاب بنكرياس حاد بنسبة (3.3%)، حالة واحدة التهاب بنكرياس مزمن بنسبة (3.3%).

كان سبب تشمع الكبد في العينة السابقة كالتالي:

حالتان التهاب كبد مناعي ذاتي بنسبة (6.7%)، حالة واحدة التهاب كبد فيروسي B بنسبة (3.3%).

كانت آفات النقي التكاثرية في العينة السابقة كالتالي:

حالة واحدة تليف نقي بدئي بنسبة (3.3%)، حالة واحدة فرط صفائح أساسي بنسبة (3.3%).

وكان فرط الهوموسيستئين هو الاضطراب التخثري عند مريضين بنسبة (6.7%).

الجدول (4): توزيع عينة المرضى حسب وجود عامل خطر واحد

عامل الخطر	العدد	النسبة
خباثات بطنية	9	30%
التهابات بطنية	3	10%
تشمع كبد	3	10%
آفات النقي التكاثرية	2	6.7%
اضطرابات خثارية	2	6.7%
مانعات الحمل الفموية	2	6.7%

من أصل (30) مريضاً كان لدى (3) مرضى عاملاً خطراً لخثار وريد الباب وكانت عوامل الخطورة كالتالي:

- جراحة طرق صفراوية + خباثة بطنية وهي سرطان طرق صفراوية بنسبة (3.33%).
- التهاب بطني وهو داء بهجت + آفة نقي تكاثرية وهي ابيضاض نقوي مزمن بنسبة (3.33%).
- تشمع كبد بسبب التهاب كبد فيروسي B + خباثة بطنية وهي سرطان خلية كبدية بنسبة (3.33%).

الجدول (5): توزيع المرضى حسب وجود عوامل خطر مشتركة

عوامل الخطر المشتركة	العدد	النسبة
جراحة طرق صفراوية + سرطان طرق صفراوية	1	3.33%
داء بهجت + ابيضاض نقوي مزمن	1	3.33%
تشمع كبد التهاب كبد فيروسي B + سرطان خلية كبدية	1	3.33%

يلاحظ من الجداول السابقة وبعد دراسة عوامل الخطر مجتمعة أن الخباثات البطنية هي عامل الخطر الأشيع لختار وريد الباب في دراستنا بنسبة (36.6%) تليها الالتهابات البطنية وتشمع الكبد وكل منهما بنسبة (13.3%). كان الألم البطني هو الأشيع في الأعراض والعلامات السريرية المسجلة حيث كان التظاهر السريري لختار وريد الباب عند (16) مريضاً بنسبة مئوية بلغت (53.3%). وجد الحبن عند (15) مريضاً بنسبة مئوية بلغت (50%) ، والضخامة الطحالية عند (13) مريضاً بنسبة بلغت (43.3%)، والنزف الهضمي عند (9) مرضى بنسبة (30%)، وكان الترفع الحروري أقل التظاهرات شيوعاً حيث سجل عند (3) مرضى فقط بنسبة (10%).

الجدول (6): توزع عينة البحث المدروسة حسب الأعراض والعلامات السريرية

الأعراض والعلامات السريرية	العدد	النسبة
ألم بطني	16	53.3%
حبن	15	50%
ضخامة طحالية	13	43.3%
نزف هضمي	9	30%
ترفع حروري	3	10%

يبين الجدول (7) توزع عينة البحث المدروسة حسب موجودات التنظير الهضمي العلوي كالتالي:

الجدول (7): توزع عينة البحث المدروسة حسب موجودات التنظير الهضمي العلوي

موجودات التنظير الهضمي	العدد	النسبة
دوالي مري درجة I	3	10%
دوالي مري درجة II	5	16.7%
دوالي مري درجة III	11	36.7%
دوالي معدة GOV1	3	10%
دوالي معدة IGV1	6	20%
اعتلال معدة بفرط توتر وريد الباب خفيف	6	20%
اعتلال معدة بفرط توتر وريد الباب شديد	4	13.3%

يلاحظ من الجدول (7) أن دوالي المري مثلت (63.4%) من عينة البحث المدروسة، كان منها (36.7%) دوالي مري درجة ثالثة.

مثلت دوالي المعدة (30%) من عينة البحث المدروسة، كان منها دوالي قبة معدة معزولة IGV1 بنسبة (20%). كانت نسبة اعتلال المعدة بفرط توتر وريد الباب (33.3%) منها (20%) خفيف الدرجة و (13.3%) شديد الدرجة. شمل خثار وريد الباب الجذع الرئيسي لوريد الباب عند (29) مريضاً بنسبة (96.7%)، وشمل الفرع الأيمن لوريد الباب عند (6) مرضى بنسبة (20%) ، والفرع الأيسر لوريد الباب عند (5) مرضى بنسبة (16.7%)، وشمل الخثار الوريد الطحالي عند (4) بنسبة (13.3%) والوريد المساريقي العلوي عند (3) مرضى بنسبة (10%)، والوريد المساريقي السفلي عند مريضين بنسبة (6.7%).

حسب تصنيف خثار وريد الباب كان الخثار حاداً عند (19) مريضاً بنسبة (63.3%) ، ومزمن عند (11) مريضاً بنسبة (36.7%).

الجدول (8): توزع عينة البحث المدروسة حسب موجودات التصوير الشعاعي

موجودات التصوير الشعاعي	العدد	النسبة
خثار حاد	19	63.3%
خثار مزمن	11	36.7%
خثار الجذع الرئيسي	29	96.7%
خثار الفرع الأيمن	6	20%
خثار الفرع الأيسر	5	16.7%
خثار الوريد الطحالي	4	13.3%
خثار الوريد المساريقي العلوي	3	10%
خثار الوريد المساريقي السفلي	2	6.7%

يبين الجدول (9) عوامل الخطر لخثار وريد الباب وعلاقتها بالجنس.

الجدول (9): عوامل الخطر لخثار وريد الباب وعلاقتها بالجنس.

عوامل الخطر	الذكور N=13	الإناث N=17	P-value
خبثات بطنية	5(38.5%)	6(35.3%)	0.8
تشمع كبد	2(15.4%)	2(11.8%)	0.7
التهابات بطنية	4(30.8%)	0(0%)	0.01
آفات النقي التكاثرية	1(7.7%)	2(11.8%)	0.7
اضطرابات خثارية	0(0%)	2(11.8%)	0.2
مجهول السبب	3(23.1%)	3(17.6%)	0.7

يلاحظ من الجدول (12) عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين الخبثات البطنية وتشمع الكبد وآفات النقي التكاثرية والاضطرابات الخثارية مع الجنس.

بينما وجدت فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين الالتهابات البطنية والجنس حيث كانت فقط عند الذكور بنسبة (30.8%) من حالات الجنس المذكور مع $p\text{-value} = 0.01$.

يبين الجدول (10) عوامل الخطر لخثار وريد الباب وعلاقتها بالعمر.

الجدول (10): عوامل الخطر لختار وريد الباب وعلاقتها بالعمر

عوامل الخطر	18-30 N=4	31-40 N=6	41-50 N=9	51-60 N=5	61-70 N=2	>70 N=4	P-value
خبثات بطنية	1(25%)	2(33.3%)	1(11.1%)	2(40%)	2(100%)	3(75%)	0.1
تشمع كبد	0(0%)	1(16.7%)	1(11.1%)	2(40%)	0(0%)	0(0%)	0.4
التهابات بطنية	0(0%)	0(0%)	3(33.3%)	1(20%)	0(0%)	0(0%)	0.3
أفات النقي التكاثرية	0(0%)	0(0%)	3(33.3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0.1
اضطرابات ختارية	0(0%)	0(0%)	2(22.2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0.4
مجهول السبب	2(50%)	2(33.3%)	0(0%)	1(20%)	0(0%)	1(25%)	0.3

يلاحظ من الجدول (10) عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين عوامل الخطر والفئات العمرية. تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: مرضى الختار الحاد وعددهم (19) مريضاً، ومرضى الختار المزمن وعددهم (11) مريضاً والمقارنة بينهما من حيث الخصائص السريرية والموجودات التنظيرية وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (11): الأعراض والعلامات السريرية وعلاقتها بنوع الختار

الأعراض والعلامات السريرية	ختار حاد N=19	ختار مزمن N=11	P-value
ألم بطني	12(63.2%)	4(36.4%)	0.1
حبن	10(52.6%)	5(45.5%)	0.7
ضخامة طحالية	5(26.3%)	8(72.7%)	0.01
نزف هضمي	2(10.5%)	7(63.6%)	0.002
ترفع حروري	2(10.5%)	1(9.1%)	0.9

يلاحظ من الجدول (11) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين نوع الختار وكل من الضخامة الطحالية وكذلك النزف الهضمي اللذين كانا أعلى لدى مرضى الختار المزمن.

الجدول (12): موجودات التنظير الهضمي العلوي وعلاقتها بنوع الختار

موجودات التنظير الهضمي العلوي	ختار حاد N=19	ختار مزمن N=11	P-value
دوالي مري درجة I	2(10.5%)	1(9.1%)	0.9
دوالي مري درجة II	3(15.8%)	2(18.2%)	0.8
دوالي مري درجة III	3(15.8%)	8(72.7%)	0.002
دوالي معدة GOV1	0(0%)	3(27.3%)	0.01
دوالي معدة IGV1	1(5.3%)	5(45.5%)	0.008
اعتلال معدة بفرط توتر وريد الباب خفيف	3(15.8%)	3(27.3%)	0.4
اعتلال معدة بفرط توتر وريد الباب شديد	1(5.3%)	3(27.3%)	0.08

يلاحظ من الجدول (12) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين نوع الخثار وكلّ من دوالي المري درجة الثالثة ودوالي المعدة والتي كانت أعلى لدى مرضى الخثار المزمن.

نظراً لشدة الحالة وسوء الإنذار عند مرضى تشمع الكبد والسرطان، تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: مجموعة مرضى التشمع أو السرطان ومجموعة المرضى بدون تشمع وسرطان والمقارنة بينهما من حيث الخصائص السريرية والموجودات التنظيرية وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (13): الأعراض والعلامات السريرية وعلاقتها بسبب الخثار

الأعراض والعلامات السريرية	مرضى تشمع الكبد أو السرطان N=14	المرضى بدون تشمع كبد وسرطان N=16	P-value
ألم بطني	7(50%)	9(56.3%)	0.7
حبن	10(71.4%)	5(31.3%)	0.02
ضخامة طحالية	3(21.4%)	10(62.5%)	0.02
نزف هضمي	2(14.3%)	7(43.8%)	0.04
ترفع حروري	1(7.1%)	2(12.5%)	0.6

يلاحظ من الجدول (13) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين سبب الخثار وكلّ من الحبن والذي كانت نسبته أعلى لدى مجموعة مرضى التشمع أو السرطان في حين أن الضخامة الطحالية وكذلك النزف الهضمي كانا أعلى لدى مجموعة المرضى بدون تشمع وسرطان.

الجدول (14): موجودات التنظير الهضمي العلوي وعلاقتها بسبب الخثار

موجودات التنظير الهضمي العلوي	مرضى تشمع الكبد أو السرطان N=14	المرضى بدون تشمع كبد وسرطان N=16	P-value
دوالي مري درجة I	2(14.3%)	1(6.3%)	0.4
دوالي مري درجة II	3(21.4%)	2(12.5%)	0.5
دوالي مري درجة III	3(21.4%)	8(50%)	0.1
دوالي معدة GOV1	0(0%)	3(18.8%)	0.08
دوالي معدة IGV1	1(7.1%)	5(31.3%)	0.1
اعتلال معدة بفرط توتر وريد الباب خفيف	3(21.4%)	3(18.8%)	0.8
اعتلال معدة بفرط توتر وريد الباب شديد	2(14.3%)	2(12.5%)	0.8

يلاحظ من الجدول (14) عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية حسب موجودات التنظير الهضمي العلوي ما بين المجموعتين.

بمتابعة المرضى خلال فترة الدراسة لتحري الاختلاطات والوفيات وجدنا مايلي:

حدثت الوفاة عند (9) مرضى وكانت الأسباب: (7) حالات بسبب السرطان، حالة بسبب نزف هضمي صاعق، وحالة بسبب قصور تنفسي حاد ناجم عن صمة رئوية. حدث تكرار للنزف الهضمي عند (4) مرضى.

حدث لدى مريضين نوب من اليرقان المتردد ووضع تشخيص اعتلال الطرق الصفراوية البابي بناءً على معطيات التصوير بالـ MRCP.

المناقشة:

شملت دراستنا (30) مريضاً شخّص له خثار وريد الباب بالإيكو دوبلر أو الطبقي المحوري من المرضى مراجعي مشفى تشرين الجامعي خلال الفترة الزمنية كانون الثاني 2023م حتى كانون الثاني 2024م. تراوحت أعمار المرضى من (18) سنة حتى (75) سنة بمتوسط (47.7) سنة وانحراف معياري قدره (15.6). كانت نسبة الإناث في دراستنا أعلى من الذكور (56.7%) مقابل (43.3%). وجد عامل خطر وحيد لختار وريد الباب عند (70%) من المرضى، واشترك عاملان عند (10%) من المرضى، في حين كان الخثار مجهول السبب عند (6) مرضى بنسبة (20%). كانت الخباثات البطنية هي عامل الخطورة الأشيع بنسبة (36.6%) تليها الالتهابات البطنية وتشمع الكبد بنسبة (13.3%) لكل منهما. الألم البطني هو التظاهر الأكثر شيوعاً في عينة البحث المدروسة بنسبة (53.3%)، في حين أن الترفع الحروري أقل التظاهرات شيوعاً بنسبة (10%). كان خثار وريد الباب حاداً عند (63.3%) من المرضى، ومزماً عند (36.7%) من المرضى. الألم البطني هو التظاهر الأكثر شيوعاً عند مرضى الخثار الحاد، بينما الضخامة الطحالية هي الأكثر شيوعاً عند مرضى الخثار المزمن. دوالي المري ودوالي المعدة موجودات أكثر شيوعاً بفارق مهم إحصائياً عند مرضى الخثار المزمن مقارنة بمرضى الخثار الحاد ويشير ذلك إلى أن تطور الدوالي في حالة خثار وريد الباب هو عملية مرتبطة بالزمن. نسبة الحبن عند مرضى الخثار الحاد (52.6%) وهي أعلى من مرضى الخثار المزمن (45.5%) لكن بدون دلالة إحصائية. خثار وريد الباب بحد ذاته كمسبب للحبن عند هؤلاء المرضى آليته تعزى غالباً إلى الاحتقان الوريدي المعوي الحاصل لأن الآليات الحاصلة على مستوى الجيوب الوريدية الكبدية كما في تشمع الكبد غير موجودة هنا. كان الحبن أكثر شيوعاً عند مجموعة مرضى التشمع أو السرطان مقارنة بمجموعة المرضى بدون تشمع وسرطان بفارق مهم إحصائياً. كانت الضخامة الطحالية والنزف الهضمي أكثر شيوعاً في مجموعة المرضى بدون تشمع وسرطان مقارنة بمجموعة مرضى التشمع أو السرطان وذلك يعود غالباً لأن معظم مرضى السرطان كان الخثار لديهم حاداً والنسبة القليلة لمرضى التشمع في دراستنا (13.3%). لم تجد دراستنا فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعتين من حيث الموجودات التنظيرية على الرغم من وجود فروقات سريرية حيث كانت دوالي المري درجة ثالثة ودوالي المعدة أكثر شيوعاً عند مجموعة المرضى بدون تشمع كبد وسرطان .

المقارنة مع الدراسات العالمية:

• دراسة دنماركية نشرت عام 2007م:

شملت الدراسة (67) مريضاً مشخص لهم خثار وريد الباب، وكانت الاضطرابات الخثارية هي عامل الخطورة الأشيع في حين أن نسبة الخبائث البطنية كانت فقط (11%) وهذه بخلاف دراستنا حيث كانت الخبائث البطنية هي عامل الخطورة الأشيع.

كانت نسبة الخثار مجهول السبب (13%)، وكان الألم البطني هو التظاهر الأكثر شيوعاً وهذا يتوافق مع دراستنا.

دوالي المعدة والمري واعتلال المعدة بفرط توتر وريد الباب كانت موجودات شائعة في حالة الخثار المزمن.

وجد الخثار في (97%) من الحالات في الجذع الرئيسي لوريد الباب، وشمل الوريد الطحالي عند (42%) منهم، والوريد المساريقي العلوي عند (31%) منهم. (3)

• دراسة سويدية متعددة المراكز نشرت عام 2010م:

شملت الدراسة (173) مريضاً مشخص لهم خثار وريد الباب، كان تشمع الكبد هو عامل الخطورة الأشيع بنسبة (40%)، وكانت نسبة الخبائث البطنية (21%).

كان الألم البطني شكاية شائعة في مجموعة المرضى بدون تشمع وسرطان (78%)، وفي مجموعة مرضى السرطان (70%)، وأقل شيوعاً عند مجموعة مرضى تشمع الكبد (46%).

كان الحين أكثر شيوعاً بفارق مهم احصائياً في مجموعة مرضى التشمع أو السرطان منه عند المرضى بدون تشمع وسرطان وهذا يتوافق مع دراستنا.

كانت الضخامة الطحالية أكثر شيوعاً بفارق مهم احصائياً في مجموعة مرضى التشمع أو السرطان منه عند المرضى بدون تشمع وسرطان وهذا يتعارض مع دراستنا ويعود ذلك إلى النسبة الكبيرة لمرضى تشمع الكبد في الدراسة السويدية وقلة هذه النسبة في دراستنا.

كانت نسبة الخثار الحاد (74%) والخثار المزمن (18%) وغير محدد النوع في (8%) من الحالات.

إصابة وريد الباب وحده في (59%) من الحالات وشملت الإصابة الوريد الطحالي أو المساريقي العلوي في (41%) من الحالات. (6)

• دراسة صينية نشرت عام 2014م:

شملت الدراسة (40) مريضاً من مرضى تشمع الكبد المشخص لهم خثار وريد الباب.

كان التهاب الكبد الفيروسي B هو سبب التشمع عند (34) مريضاً، والأسباب الأخرى: حالتان التهاب الكبد الفيروسي C وحالتان التهاب كبد مناعي ذاتي وحالتان تشمع مجهول السبب.

كان الألم البطني والنزف الهضمي التظاهرات الأكثر شيوعاً.

كان الجذع الرئيسي للوريد الموقع الأشيع للإصابة يليه امتداد الخثار للوريد المساريقي العلوي. (5)

• دراسة صينية نشرت عام 2021م:

شملت الدراسة (62) مريضاً من مرضى تشمع الكبد المشخص لديهم خثار وريد الباب.

كان التهاب الكبد الفيروسي B هو السبب الأشيع للتشمع.

شمل الخثار الجذع الرئيسي للوريد في 72.6% من الحالات، وشمل الفروع اليمنى و اليسرى والوريد الطحالي والوريد المساريقي العلوي بنسبة 41.9% و 40.3% و 16.1% و 19.4% من الحالات على الترتيب. (7)

التوصيات:

- (1) البحث عن الأسباب وعوامل الخطورة المحتملة أمام كل حالة خثار وريد الباب ومعالجتها إن أمكن ذلك لأن إنذار المرض متعلق بشكل أساسي بالسبب أكثر مما هو بالخثار واختلاطاته.
- (2) إجراء تنظير هضمي علوي للبحث عن دوالي المري والمعدة عند وضع التشخيص سواء خثار حاد أو مزمن مع المراقبة الدورية في حال عدم زوال الخثار.
- (3) إجراء دراسات على فترات زمنية أطول وحجم عينة أكبر لمعرفة نسب انتشار المرض.
- (4) إجراء دراسات حول العلاج المناسب للمرض وذلك لقلّة الدراسات المتعلقة بعلاجه مما أدى لعدم وجود توصيات صريحة من الجمعيات العالمية متعلقة بعلاج المرض.

الملاحق

ملحق(1): تصنيف Paquet المعدّل لدوالي المري

Modified Paquet classification

Grade I	Varices extending just above the mucosal level
Grade II	Varices projecting by one-third of the luminal diameter that cannot be compressed with air insufflation
Grade III	Varices projecting up to 50% of the luminal diameter and in contact with each other

ملحق (2): تصنيف SARIN لدوالي المعدة

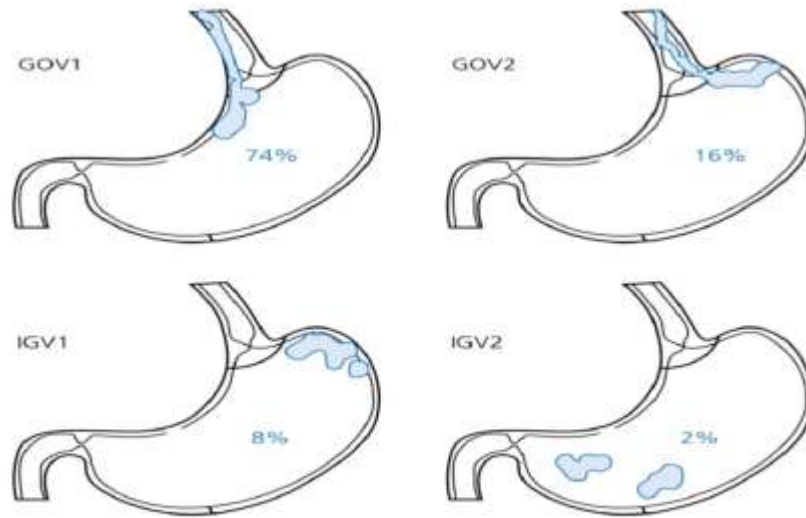


Figure 124.7 Sarin classification of gastric varices and their prevalence. GOV1, gastroesophageal varices type 1; GOV2, gastroesophageal varices type 2; IGV1, isolated gastric varices type 1; IGV2, isolated gastric varices type 2. Source: Modified from Sarin et al. 1992 [30].

ملحق (3): تصنيف Baveno لاعتلال المعدة بفرط توتر وريد الباب

TABLE 6 Baveno III classification of portal hypertensive gastropathy.

Feature	Score
Mucosal mosaic pattern	
Mild	1
Severe	2
Red markings	
Isolated	1
Confluent	2
Gastric antral vascular ectasia (GAVE)	
Absent	1
Present	2

Note: Mild PHG ≤ 3 , severe PHG ≥ 4 .

References:

- 1) Md, F. M., Md, L. F. S., & Md, L. B. J. (2020). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease- 2 Volume Set: Pathophysiology, Diagnosis, Management* (11th ed.). Elsevier
- 2) Wang, T. C., Camilleri, M., Lebowitz, B., Wang, K. K., Lok, A. S., Wu, G. D., & Sandborn, W. J. (2022). *Yamada's Textbook of Gastroenterology* (7th ed.). Wiley-Blackwell..
- 3) Sogaard, K. K., Astrup, L. B., Vilstrup, H., & Gronbaek, H. (2007). Portal vein thrombosis; risk factors, clinical presentation and treatment. *BMC Gastroenterology*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1471-230x-7-34>
- 4) Ponziani, F. R. (2010). Portal vein thrombosis: Insight into pathophysiology, diagnosis, and treatment. *World Journal of Gastroenterology*, 16(2), 143.
- 5) Chen, H., Trilok, G., Wang, F., Qi, X., Xiao, J., & Yang, C. (2014). A single hospital study on portal vein thrombosis in cirrhotic patients - clinical characteristics & risk factors. *Indian Journal of Medical Research*.
- 6) Rajani, R., Björnsson, E., Bergquist, A., Danielsson, Å., Gustavsson, A., Grip, O., Melin, T., Sangfelt, P., Wallerstedt, S., & Almer, S. (2010). The epidemiology and clinical features of portal vein thrombosis: a multicentre study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 32(9), 1154–1162.
- 7) Dong, G., Huang, X. Q., Zhu, Y. L., Ding, H., Li, F., & Chen, S. Y. (2021). Increased portal vein diameter is predictive of portal vein thrombosis development in patients with liver cirrhosis. *Annals of Translational Medicine*, 9(4), 289–289. <https://doi.org/10.21037/atm-20-4912>.

