مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (31) العدد (1) 2009
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (31) No. (1) 2009

هل من دور للطفيليات المعوية في اضطرابات جهاز الهضم الوظيفية؟

الدكتورة دعد دغمان*

(تاريخ الإيداع 1 / 12 / 2008. قُبِل للنشر في 2 / 2 / 2009)

□ الملخّص □

تشكل الاضطرابات الهضمية الوظيفية FGD أكثر من 50% من مراجعي العيادات الهضمية، ويحاول عدد من الأطباء الممارسين تطبيق المعالجات المضادة للطفيليات كجزء من تدبير هذه الاضطرابات، وذلك نظراً لشيوع انتشار الطفيليات في بلدنا، ولهذا فقد هدف هذا البحث إلى التفتيش عن العلاقة السببية مابين الـ FGD وهذه الطفيليات، وذلك لتطبيق التدبير المناسب.

شملت الدراسة 386 مريضاً من مراجعي العيادة الهضمية (Out Patients) قسموا إلى عينتين: عينة A وشملت 282 مريضاً يشتكون من أعراض FGD والعينة B وشملت 104 مرضى ليست لديهم أي FGD.

بلغت نسبة التطفل بالعينة الأولى (A) 39.27% بينما كانت بالعينة الثانية (B) 39.26% (P>0.05) مع إيجابية متساوية لأكياس المتحول الحال للنسج (23.4% عينة A) و(25% عينة B) بالعينتين (P>0.05). إن انعدام وجود أي فرق بين العينتين يدل على عدم وجود أي دور للطفيليات المعوية في الاضطرابات الهضمية الوظيفية.

الكلمات المفتاحية: اضطرابات هضمية وظيفية– طفيليات.

* مدرس تعليم عالي – قسم الأمراض الداخلية – كلية الطب البشري – جامعة تشرين – اللاذقية– سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (31) العدد (1) 2009
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (31) No. (1) 2009

Is There any Role for Intestinal Parasites in Functional Gastrointestinal Disorders?

Dr. Daad Daghman*

(Received 1 / 12 / 2008. Accepted 2/2/2009)

□ ABSTRACT □

More than 50% of out patients suffer from functional gastrointestinal disorders (FGD), and many of the physicians try to apply anti-parasites treatment as part of management of this FGD, because of the high prevalence of parasites in our country. This study aimed to look for the possibility of causal relation between the FGD and the intestinal parasites in order to apply the suitable treatment.

This study includes 386 patients (out patients) divided into two groups: A = 282 patients with FGD, and group B = 104 patients without any FGD. The percentage of the parasitosis in the first group (A) was 39.27%, while it was 39.26% in the second group (B). There was ($P > 0.05$) semi equal positivity for entamoeba histolytica (23.4% group A) and (25% group B) in both groups ($P > 0.05$). The fact that there was no difference between the two groups indicates that there is no role for intestinal parasites in FGD.

Keywords: Functional gastrointestinal disorders, Parasites.

* **Assistant Professor of High Education, Department of Internal Disease, Faculty of Medicine, Tishreen University.**

مقدمـة:

تشكل الاضطرابات الهضمية الوظيفية الجزء الأكبر من الممارسة اليومية في العيادات الهضمية [1,2,3,4,5]، ومن الشائع ربط هذه الشكايات بوجود الطفيليات المعوية، مما قد يستدعي إعطاء عدة أشواط علاجية من الأدوية المضادة للطفيليات، ونرى أحياناً تكرار هذه المعالجة عدة مرات دون جدوى، أي مايعني استمرار وجود إيجابية الأكياس الزحارية بالبراز. فهل هناك من علاقة مابين الاضطرابات الهضمية الوظيفية بصورة عامة والطفيليات؟!

سؤال يتردد في أذهان الأطباء الممارسين، وهو موضوع هذا البحث الذي يسلط الضوء على الاضطرابات الهضمية الوظيفية الشائعة الانتشار من جهة، وعلى البحث عن علاقة بينها وبين الطفيليات من جهة أخرى.

في عام 1830 نشر مقال تحت عنوان "ملاحظات عملية حول تشنج الكولون المعتبر كسبب نادر للامساك" ولفت الانتباه نحو الاضطرابات الوظيفية المعوية.و في عام 1922 أشار Hurst في بريطانيا إلى أن تعبير التهاب الكولون ليس مناسباً، في عام 1947 اقترح Almy و Tulin تعبير Irritable Colon ، وفي عام 1962 نشر Truelove و Chamdary أول دراسة سريرية معمقة حول تناذر تشنج الكولون.

يشكل تناذر الأمعاء الهيوجة IBS (Irritable Bomle Syndrome) الجزء الأهم من اضطرابات جهاز الهضم الوظيفية، إذ أنه الاضطراب الهضمي الأكثر شيوعاً حيث تصل نسبة الاصابة به في أمريكا الشمالية بين 10–15% من السكان وفي أوروبا 11.5%. وهذا الانتشار يختلف بحسب البلدان [1,2,3]. ويشكل IBS حوالي 25–50% من مراجعي العيادات الهضمية [1,2,3,4]، ويشكو مرضى IBS من مجموعة من **الأعراض الهضمية وخارج الهضمية:**

– **يشكل الألم البطني** المزمن خاصة في أسفل البطن وفي الجهة اليسرى العرض الرئيسي، ولكن قد يختلف توضعه وصفاته وشدته، وقد يتأثر بعوامل عدة كالشدة والطعام بينما قد يخف بالتغوط.

– **تغير عادات التغوط:** حيث يشتكي مرضى IBS من وجود الاسهال، الامساك، تناوب الاسهال مع الامساك أو من وجود تغوط طبيعي يتناوب مع نوب من الاسهال أو الامساك.

الاسهال: تكرار خروج رخو الحجم قليل إلى متوسط، ويحدث خاصة في النهار، وغالباً في الصباح أو بعد الوجبات، ويحدث بعد الحاجة الملحة، ويترافق مع الاحساس بإفراغ غير كامل، ويترافق نصف حالات IBS **بإطراح المخاط مع الغائط.**

الإمساك: وقد يستمر من أيام إلى أشهر بالتناوب مع الإسهال أو الخروج الطبيعي، وقد يكون الخروج قاسياً أو يوصف بالبعر (Pellet Sheped) وقد يترافق مع الإحساس بوجود إفراغ غير كامل حتى مع وجود مستقيم فارغ، وهذا ما يقود إلى الشد مع التغوط وتطاول زمن التغوط، مع استعمال غير مناسب للحقن والمسهلات. يشتكي مرضى IBS من **انتفاخ بالبطن** مع ازدياد تشكل الغازات بشكل **نفخة.**

أعراض هضمية أخرى: مثل القلس المعدي، عسرة البلع، عسرة الهضم المتقطعة، الغثيان والألم الصدري اللاقلبي.

أعراض خارج هضمية:

وتشمل طيفاً واسعاً من الأعراض، منها: سوء الوظيفة الجنسية، اضطراب الطمث، ازدياد التبول، وتناذر روماتيزمي يشمل الألم الليفي العضلي Fibromyalgia .

معايير التشخيص:

قاد استعمال الأعراض كمعايير للتشخيص إلى اقتراح معايير مانينغ Manning عام 1978.

معايير Manning 1978	معايير روما I 1992
تناقص شدة الألم البطني مع التغوط	ألم بطني أو إزعاج بطني لمدة أكثر من 3 أشهر مستمرة أو معاودة
ازدياد عدد مرات التغوط في بداية الألم	يخف بالتغوط و/أو يترافق مع تغير بتواتر وقوام البراز
خروج رخو مع بداية الألم	اضطراب بالتغوط (أكثر من 2 ممايلي):
وجود انتفاخ واضح بالبطن	تغير بتواتر البراز
خروج المخاط	تغير قوام البراز (قاسٍ أو رخو/مائي)
الإحساس بوجود إفراغ غير كامل	تغير بطريقة التغوط (شد، ملح، إحساس بعدم الإفراغ الكامل)
	خروج مخاط
	نفخة أو إحساس بتمدد البطن

في سنة 1999 تم تغيير معايير تصنيف IBS ليصار إلى اعتماد **معايير روما II** [1,2,3] وهي:

إزعاج بطني أو ألم بطني يستمر لمدة أسبوعين غير متتاليين خلال 12 شهراً الأخيرة يخف بالتغوط، ويتصف بـ 2 من الـ 3 أعراض هي:

- يخف التغوط
- يترافق بداية مع تغير بتواتر البراز
- يترافق بداية مع تغير بشكل البراز

الأعراض التي تدعم التشخيص بشكل تراكمي:

1- تواتر غير طبيعي للبراز (أي أكثر من 3 مرات في اليوم أو أقل من 3 مرات في الأسبوع)

2- قوام غير طبيعي للبراز (قاسٍ أو رخو/مائي)

3- طرح غير طبيعي للبراز (شد، إلحاح، شعور بعدم الإفراغ الكامل)

4- خروج المخاط

5- النفخة والإحساس بامتلاء البطن

* إن تشخيص اضطرابات الأمعاء الوظيفية يستوجب نفي أي تفسير بنيوي أو كيميائي حيوي للأعراض، ويشمل ذلك التقييم أيضاً: الفحص السريري الكامل مع تنظير المستقيم وفحص البراز مع الدم الخفي والمسهلات بالبراز، سرعة التثفل والفحص الكيميائي للدم، وفي بعض الحالات الدراسات التصويرية (تصوير أنبوب الهضم) تنظير كولون [1,2,3,4,5].

تشكل **عسرة الهضم** جزءاً مهماً من الاضطرابات الهضمية الوظيفية، وتصيب أكثر من ربع الناس، وأكثر من نصف المصابين لديهم أعراض مزمنة متقطعة يراجعون من أجلها الطبيب، وتقدر نسبة عسرة الهضم بحوالي 30% من مراجعي العيادات الهضمية، ولها تأثير اقتصادي وفي نوعية الحياة مع تكاليف زائدة سواء كانت تكاليف المعالجة والاستقصاء أو التغيب عن العمل. تشمل عسرة الهضم مجموعة من الأعراض التي تختلف من شخص إلى آخر،

وتنشأ من أوضاع مختلفة، وتتصف عادة: بالألم أو الإزعاج في أعلى البطن، النفخة، الشبع الباكر، حس الامتلاء بعد الطعام، الغثيان، نقص الشهية، حرقة وارتداد الطعام مع جشاءات [1,2,3,4,5]؛ وعادة ما يشتكي المريض من عدة أعراض، وهناك الكثير من الأطباء الذين لا يستعملون تعبير dyspepsia ويفضلون بدلاً من ذلك التركيز على نوعية وتوضع عرض المريض.

عمل الباحثون على وضع معايير لتصنيف هذا الاضطراب الوظيفي عرفت باسم **معايير روما II** [1,3,4]، التي تعرف عسرة الهضم بـ:

ألم أو إزعاج مركز في أعلى البطن وقد يترافق الإزعاج بامتلاء في أعلى البطن، شبع باكر، نفخة أو غثيان. وبحسب معايير روما II فإن **الحرقة** عندما تكون مسيطرة تعد مرضاً مستقلاً هو القلس المعدي المريئي GERD حتى لو كانت الأعراض الأخرى لعسرة الهضم موجودة.

وبسبب **انتشار الطفيليات** الشائع في بلدنا حيث قدرت نسبته بـ 60% في شمالي سوريا وفي حلب [6] وبنسبة 80% في منطقة دمشق [7] وبنسبة 67% في منطقة ريف دمشق [8]؛ فقد هدف هذا البحث إلى إمكانية وجود علاقة سببية بين هذه الطفيليات والاضطرابات الهضمية الوظيفية ليصار إلى معالجة السبب والتخفيف من هذه الأمراض إن أمكن ذلك، في حالة إيجابية هذه العلاقة، وبصورة خاصة كان التركيز على معرفة وجود دور للمتحول الحال للنسج وهو الطفيلي الأكثر شيوعاً في الممارسة اليومية ... (إذ لا يزال الأطباء الممارسون يصرون على إزالته اعتقاداً بمسؤوليته عن الاضطرابات المعوية الوظيفية).

أهمية البحث وأهدافه:

تشكل الاضطرابات الهضمية الوظيفية بأنواعها المختلفة جزءاً هاماً من عملنا اليومي، وهناك الكثير من الممارسات التي تركز على الطفيليات كسبب مسؤول عن هذه الاضطرابات، ولهذا نجد الكثير من الوصفات الطبية، وغير الطبية، والذاتية وتناول الأدوية لهذا الغرض، لذلك هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن وجود علاقة ما بين الطفيليات التي نصادفها بكثرة بفحص البراز والاضطرابات الهضمية الوظيفية، ومعالجتها، أما في حال السلبية وفي حال عدم وجود مثل هذه العلاقة، فالعمل على التقليل من استعمال الأدوية (Metronidazole و Diloxanide وغيرها...) التي تستعمل دون إثبات علمي واضح.

طريقة البحث ومواده:

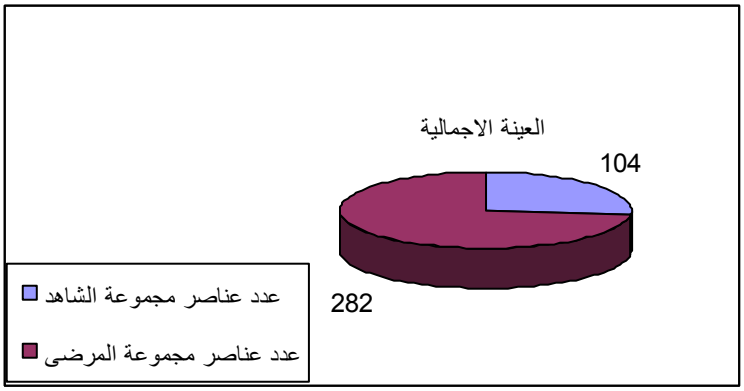
شمل البحث 386 مريضاً من مراجعي العيادة الهضمية (Out Patients) في مدينة اللاذقية بين عامي 2007-2008 تتراوح أعمارهم بين 2-95 سنة.

قسم هؤلاء المرضى إلى المجموعة الأولى (A) وهي عينة المرضى العرضيين والذين يشكون من اضطرابات هضمية وظيفية FGD (تناذر الأمعاء الهيوجة IBS ،عسرة الهضم dyspepsia منذ أكثر من سنة) وعددهم 282 مريض.

المجموعة (B) وهي المجموعة التي اعتبرت كشاهد وشملت 104 مرضى من مراجعي العيادة الهضمية الذين لديهم شكايات عضوية تشمل الكبد، الطرق الصفراوية، الأورام، والذين لا توجد لديهم أعراض هضمية وظيفية. (جدول 1 + مخطط A).

الجدول 1: توزع عينة الدراسة

عدد عناصر مجموعة الشاهد	104
عدد عناصر مجموعة المرضى	282
العينة الإجمالية	386



المخطط A: توزع عينة الدراسة

المعلومات المسجلة لهؤلاء المرضى شملت: العمر، الجنس، المهنة، السكن ...

الأعراض السريرية التي تم التركيز عليها والتي دخلت الدراسة:

الألم البطني أو الإزعاج البطني الذي يترافق بالتغوط، النفخة، الغازات، الإمساك، الإسهال، تناوب الإسهال مع الإمساك.

تم استثناء المرضى ذوي الأعراض والأمراض العضوية الأخرى.

طريقة فحص العينات:

طلب فحص براز واحد لكل مريض من 386 مريضاً أدخلوا في هذا البحث، وطلب منهم أن تكون العينة طرية ما أمكن (أي أن تصل إلى المخبر خلال ساعة).

تم البحث عن الطفيليات بطريقتين:

- التمديد بالمصل الفيزيولوجي مع الفحص المباشر تحت المجهر.
- طريقة التلوين بمحلول اليود مع الفحص المجهري وذلك بحثاً عن الأكياس والبيوض.

أجريت أغلب التحاليل في مخابر محددة اعتمدت هذه الطريقة بعد الاتصال بها.

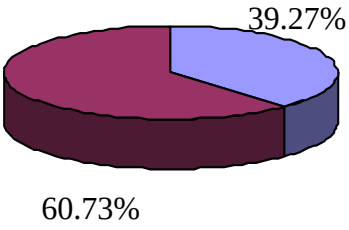
النتائج والمناقشة:

النتائج:

أظهرت نتائج هذا البحث وجود نسبة تطفل عالية ومتساوية في كلتا العينتين (A و B) أي عند مجموعة المرضى العرضيين والشاهد، إذ بلغت 39.27% عند المرضى (282/111) (جدول 2 + مخطط B).

الجدول 2: نسبة التطفل في العينة (A)

عدد الحالات	عدد الحالات إيجابية التطفل	نسبة التطفل
282	111	%39.27

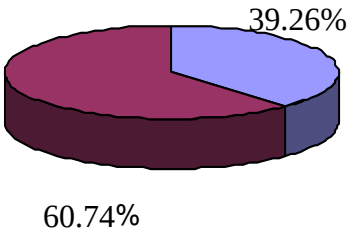


مخطط B: نسبة التطفل في عينة المرضى (A)

و39.26% عند الشاهد (41 حالة من 104) (جدول 3 + مخطط C).

الجدول 3: نسبة التطفل في العينة (B)

عدد الحالات	عدد الحالات إيجابية التطفل	نسبة التطفل
104	41	%39.26



مخطط C: نسبة التطفل عند عينة الشاهد (B)

كان الطفيلي المسيطر في العينة (A) هو المتحول الحال للنسج/dispar حيث شكل وحده نسبة 23.4% (282/66) حالة إيجابية، تلاه الجياردیا بنسبة 2.8% (وجدت في 8 حالات) ثم المتحول الكولوني بنسبة 2.4% (7 حالات)، شوهدت حالة واحدة إيجابية المتبرعمة البشرية 0.35% وحالة واحدة لشفوية السياط المنيلية 0.35% (جدول 4 + مخطط D).

الجدول 4: نسبة التطفل في كلتا العينتين (A , B)

		عينة المرضى	النسبة	عينة الشاهد	النسبة
البيوض	اسكاريس	21	7.45%	6	5.77%
	حرقص	4	1.42%	0	0.00%
	المحرشفة	2	0.71%	0	0.00%
	الشريطية	1	0.35%	1	0.96%
المتبرعمة البشرية		1	0.35%	0	0.00%
شفوية السياط		1	0.35%	0	0.00%
اكياس زحارية		66	23.4%	26	25%
جيارديا		8	2.84%	3	2.88%
E. coli		7	2.48%	5	4.8%

مخطط D: نسبة التطفل في كلتا العينتين (A , B)

أما بالنسبة للديدان في العينة (A) فكانت الأسكاريس هي المسيطرة مع نسبة 7.4% إذ وجدت في 21 حالة، تلاها الحرقص الذي كان إيجابياً في 4 حالات أي نسبته 1.4% من إجمالي العينة (A)، وشوهدت حالتان إيجابيتان لمحرشفة الغشاء القزمة أي 0.71% وحالة واحدة إيجابية للشريطية العزلاء أي 0.35% (جدول 4 + مخطط D).

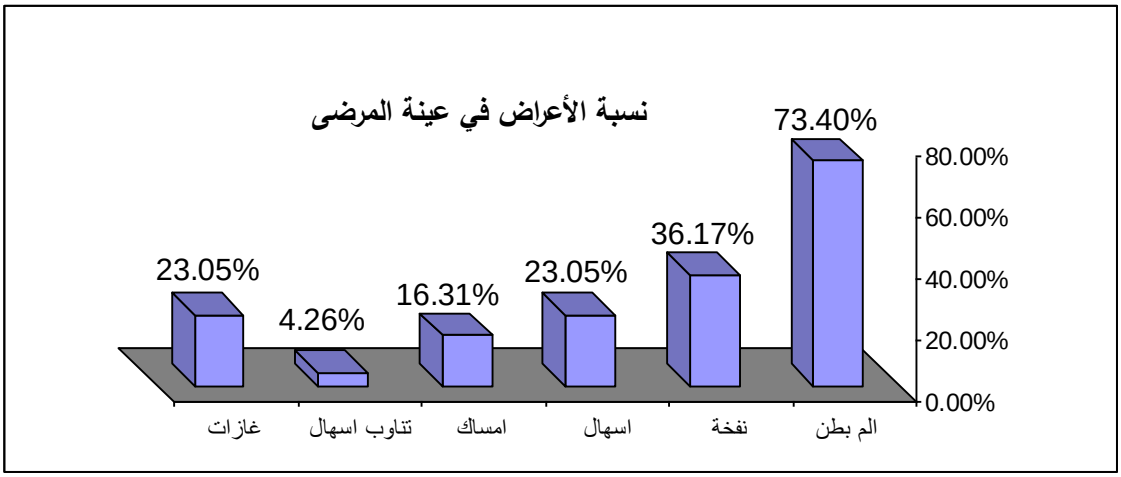
مقابل ذلك وبتحليل نتائج عينة الشاهد (B) فقد بلغت نسبة التطفل 39.26% (أي 41 حالة إيجابية) مع سيطرة للمتحول الحال للنسج/dispar الذي كان إيجابياً في 26 حالة أي ما يعادل 25%، تلاه المتحول الكولوني الذي كان إيجابياً في 5 حالات أي ما يشكل 4.8% من إجمالي العينة (B) ثم الجيارديا التي وجدت في ثلاث حالات إيجابية أي ما يعادل 2.8% من إجمالي العينة (B) (جدول 4 + مخطط D).

أما بالنسبة للديدان فقد كانت الأسكاريس إيجابية في 6 حالات أي ما يعادل 5.7% من إجمالي العينة (B) (104 حالة) مع حالة واحدة إيجابية للشريطية العزلاء أي 0.9% .

بدراسة الأعراض عند العينة (A) (282 حالة) فقد كان الألم البطني هو العرض المسيطر إذ شكل وحده 73.4% من الأعراض، تلاه النفخة بنسبة 36.1% ثم الإسهال بنسبة 23% (65 حالة) والغازات بنسبة 23% (65 حالة). وشكل الإمساك 16% (46 حالة) وتناوب الإسهال مع الإمساك 4% (12 حالة) (جدول 5 + مخطط E).

الجدول 5: نسبة الأعراض في العينة (A)

	عينة المرضى	النسبة
ألم بطن	207	73.40%
نفخة	102	36.17%
إسهال	65	23.05%
إمساك	46	16.31%
تناوب إسهال مع إمساك	12	4.26%
غازات	65	23.05%

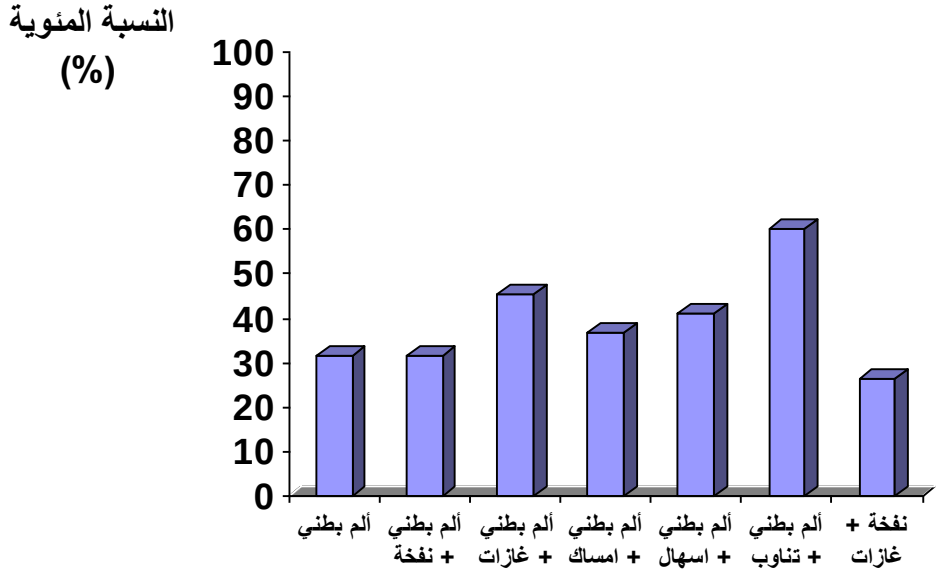


مخطط E: نسبة الأعراض في عينة المرضى

وبدراسة علاقة الأعراض بالتطفل في العينة A (مجموعة المرضى 282 حالة) فقد وجدنا نسباً متقاربة لهذا التطفل تراوحت مابين 26% حتى 45.5% ماعدا حالة الألم البطني المترافق بتناوب الإسهال والإمساك فقد ارتفعت هذه النسبة لتصل إلى 60% (عينة صغيرة 5 حالات فقط) (جدول 6 + مخطط F).

الجدول 6: توزع التطفل بحسب الأعراض

	المرضى		البيوض				الأوالي					نسبة التطفل الإجمالي
	العدد	النسبة	اسكاريس	حرقص	المحرشفة	الشريطية	شفوية السياط	المتدرعمة البشرية	جيارديا	E. coli	مجموع الإكياس الزحارية	
ألم بطني	89	31.5%	5	2	0	0	0	0	0	3	19	31.5%
ألم بطني + نفخة	63	22.3%	3	2	1		1		2		13	31.7%
ألم بطني + غازات	42	14.8%	3					1	3		12	45.5%
ألم بطني + إمساك	22	7.8%	2						2		4	36.6%
ألم بطني + إسهال	39	13.8%	3	2						1	10	41%
ألم بطني + تناوب	5	1.7%				1					2	60%
نفخة + غازات	34	12%	3		1				2		3	26.4%



المخطط F: توزع التطفل الإجمالي بحسب الأعراض

وعند التركيز على دور المتحول الحال للنسج/dispar كطفيلي واسع الانتشار، فقد شكل وحده أكثر الحالات إيجابية 23.4% أي ما يعادل 66 حالة إيجابية في العينة (A)، وكانت هذه الإيجابية مماثلة عند العينة (B) 25% (جدول 7).

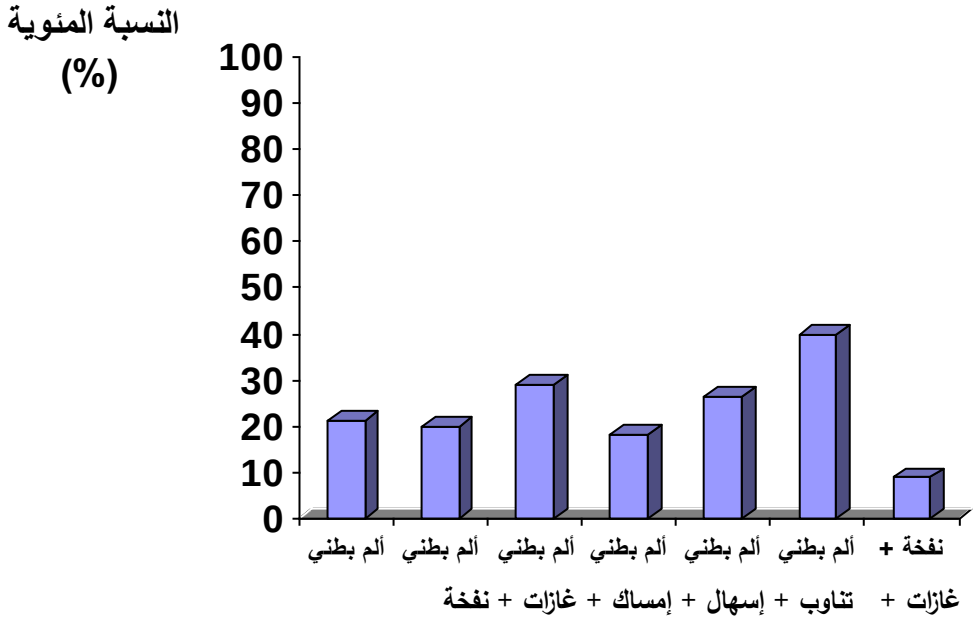
الجدول 7: نسبة إيجابية الأوالي في كلتا العينتين

	حجم العينة	اكياس زحارية	النسبة	جيارديا	النسبة	E. coli	النسبة
عينة المرضى	282	66	23.4%	8	2.84%	7	2.48%
عينة الشاهد	104	26	25%	3	2.88%	5	4.8%

وعند البحث عن العلاقة بين الأعراض وإيجابية المتحول الحال للنسج فقد كانت نسب هذه الإيجابية متقاربة (جدول 8) وتتراوح مابين 8.8% للنفخة والغازات إلى 28.5% ألم بطني مع غازات، ماعدا حالة الألم البطني المترافق بتناوب الإسهال والإمساك فقد بلغت 40% (عينة صغيرة 5 حالات فقط).(جدول 8 + مخطط G).

الجدول 8: نسبة إيجابية الأكياس الزحارية بحسب الأعراض

	عدد المرضى	مجموع الطفيليات	نسبة التطفل الإجمالي	مجموع الأكياس الزحارية	النسبة
ألم بطني	89	29	33.5%	19	21%
ألم بطني + نفخة	63	43	31.7%	13	20%
ألم بطني + غازات	42	7	45.5%	12	28.5%
ألم بطني + إمساك	22	5	36.6%	4	18%
الم بطني + إسهال	38	43	41%	10	26.3%
ألم بطني + تناوب إسهال وإمساك	5	35	60%	2	40%
نفخة + غازات	34	9	26.4%	3	8.8%



المخطط G: نسبة إيجابية الأكياس الزحارية بحسب الأعراض

المناقشة:

كان يظن لفترة بأنه من الممكن أن يكون هناك دور للطفيليات المعوية في الاضطرابات الهضمية الوظيفية، ولكن ظهرت في الفترة الأخيرة عدة دراسات أثبتت غياب وجود علاقة ما بين الطفيليات وأعراض الـ FGD [9,10,11,12,13]، وفي الدراسة الهندية التي نشرت بمجلة Lancet [11] لم يكن هناك أي فرق بين إيجابية المتحول الحال للنسج E.H بين المجموعة المرضية والشاهد، وهذا مايطابق ما وجدناه في هذه الدراسة:

في هذا البحث كانت نسبة التطفل متساوية في كلتا العينتين A و B 39% مع انعدام وجود فروق ذات قيمة ($P > 0.05$)، وهذا ما وجد في دراسات مقابلة [9,12].

شكل المتحول الحال للنسج/dispar الطفيلي الأكثر مشاهدة في إجمالي العينة، ولكنه توزع بشكل متساوٍ في كل من العينتين A و B 23.4% (عينة A) و25% (عينة B) ($P > 0.05$) مع زيادة طفيفة في عينة الشاهد، وهذا يدل على انعدام وجود دور إمراضي له في الاضطرابات الوظيفية الهضمية FGD، وهذا ما وجد في عدة دراسات مقابلة [9,12,15,16]، حتى أنه كان سلبياً في بعض الدراسات بفحص البراز عند مرضى FGD [9,15,16,17,18].

بلغت إيجابية المتحول الحال للنسج/dispar عند المرضى الذين يغلب عندهم الألم البطني مع الإسهال 26.3%، وهي نسبة مقابلة لما وجدناه عند زمرة الشاهد 25% ... وقد كانت هذه النسبة 16% في دراسة مشفى جامعة الأزهر [19]، وانخفضت إلى النصف بعد تطبيق طرق الكشف بالـ PCR [19].

إن انعدام وجود فرق في انتشار المتحول الحال للنسج/dispar بين العينتين A و B يدل على كون أغلب الإصابات بهذا الطفيلي تبقى لا عرضية، إذ أن 90% من الذين يطرحون هذا الطفيلي بالبراز يبقون لا عرضيين إضافة إلى أن الإصابة بالشكل غير الممرض ,dispar هي الأكثر مصادفة، إذ تشيع بنسبة عشرة أضعاف الشكل الممرض، كما أنه من الصعب التمييز بين الشكلين بفحص البراز العادي، ولابد لإجراء ذلك من PCR، وهي غير متوفرة حالياً لدينا، لذلك قد يكون أغلب الأكياس الزحارية المشاهدة بتحليل البراز هي من النوع غير الممرض dispar، وإن غياب مسؤولية المتحول الحال للنسج/dispar عن الاضطرابات الهضمية الوظيفية قد وجدت في عدة دراسات مقابلة [9,12,15,16,17,18,21] حتى أنه كان في إحدى الدراسات أكثر انتشاراً عند الأصحاء منه عند المرضى [21]. كما هو الحال في هذا البحث.

إن تساوي نسبة انتشار المتحول الحال للنسج في كلتا العينتين (المرضى والشاهد) يدل على عدم امراضيته من جهة، وعدم جدوى الإصرار على اختفائه من فحص البراز، وذلك بإعطاء عدة أشواط علاجية متكررة من المتيرتيدزول وغيرها من مضادات الأوالي من جهة أخرى.

إن تساوي نسبة الجيارديا في كلتا العينتين يدعم فكرة انعدام مسؤوليتها عن أعراض متلازمة تهيج الكولون، إذ أن أغلب الإصابات بهذا الطفيلي تبقى لاعرضية [1,2]، وقد أثبتت عدة دراسات بأنه لا دور للجيارديا في الأعراض الهضمية الوظيفية، وبأن معالجة الجيارديا بالمتيرنيدزول عند مرضى IBS لايحسن الأعراض، بينما تتحسن الأعراض بمعالجة IBS النوعية [13,22,23].

وكذلك الأمر بالنسبة للمتحول الكولوني إذ بلغت إيجابيته 4.8% عند العينة A مقابل 2.4% عند العينة B وهذا ما يدعم ما عرف بأنه طفيلي غير ممرض، فقد وجد بنسب مقابلة في عدة دراسات حيث إنه كان إيجابياً أكثر عند زمرة الشاهد في دراسة يعقوبي بالباكستان [16]، وهذا ما يؤكد غياب أي دور إمراضي له.

تعدّ المتبرعمة البشرية من الأوالي اللاهوائية، وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود دور محتمل لها في إمراضية IBS [1,2]، ولكن لا تزال هذه الآراء بحاجة إلى المزيد من الدراسات، وقد وجدنا في هذا البحث إيجابية واحدة لهذا الطفيلي في العينة A، وقد تعود هذه النسبة المتدنية لعدم تطبيق طرق التلوين الخاصة لكشف هذا الطفيلي (Gimsa) وخاصة زرع البراز الذي يزيد من حساسية هذا الكشف [16,24]، ويسمح بتسليط الضوء على دور محتمل في الاضطرابات الهضمية الوظيفية [10,14,16,24]، ولا يزال دور هذا الطفيلي موضع نقاش، ويحتاج إثبات وجود دور إمراضي له في IBS إلى دراسات أوسع.

لم نجد أية حالة إيجابية لثنائية الأميب الهشة Dientamoeba Fragilis، وهي من الأوالي غير الممرضة التي يعتقد بوجود علاقة لها بالاضطرابات الهضمية الوظيفية [1,2]، وربما بسبب عدم إجراء زرع للبراز لم نتمكن من تشخيص هذه الحالات لأن الزرع يزيد من حساسية كشفها [1,2,20].

شكلت إيجابية الديدان في كلتا العينيتين A و B نسباً متقاربة مع انعدام وجود فرق ذي قيمة ($P>0.05$)، وكما هو متوقع في بلدنا كانت الأسكاريس الطفيلي الأكثر شيوعاً في كلتا الزمرتين، وهذا ما يدل على عدم وجود أي دور إمراضي لها في الاضطرابات الهضمية الوظيفية، أثبت ذلك في دراسات مقابلة، حتى أن الديدان كانت أكثر مشاهدة لدى زمرة الشاهد [9] ولم يوجد فرق في الأعراض بين الذين لديهم ديدان أم لا [9,15]، وإن انخفاض نسبة إيجابية الحرقص في هذا البحث (4 حالات من العينة A) قد يكون ناجماً عن عدم تطبيق طريقة شريط السلوفان اللاصق لكشف هذا الطفيلي الذي غالباً لا يسبب أعراضاً معوية وظيفية ...

وجدت حالتان من محرشفة الغشاء القزمة عند العينة A وواحدة من الشريطية العزلاء في كلتا العينتين وهذا ما يدل على انعدام أي دور إمراضي لهذه الطفيليات في IBS، وقد وجد ذلك في عدة دراسات مقابلة [9,15,21].

شكل الألم البطني أو الازعاج البطني العرض الرئيسي، إذ وجد عند 73% من مجموع عينة المرضى A، تلاه النفخة والغازات 36% و 23% ثم الإسهال 23% والإمساك 16%، وشكل تناوب الإسهال مع الإمساك نسبة 4.2%، وترافق الألم البطني بنسبة تطفل إجمالية بلغت 31.5%، وترافق الألم البطني المترافق بالإسهال بنسبة تطفل إجمالي وصلت إلى 41%. وبنسبة تطفل للأكياس الزحارية وصلت إلى 26%.

مقارنة بالدراسات الأخرى نجد أن الألم البطني المترافق بإسهال يبقى من أهم أعراض الاضطرابات الهضمية الوظيفية [9,15,19] رغم عدم أهمية دور الطفيليات في IBS [9,11,12,22].

شكل الألم أو الازعاج البطني المترافق بالنفخة والغازات نسبة مهمة في هذا البحث، إذ كانت النفخة العرض الثاني بعد الألم البطني، وهي شكاية شائعة جداً في بلدنا، وقد يفسر ذلك بوجود عدة عوامل منها: نوع الطعام الشائع في منطقتنا الذي يعتمد على البقول بجزء مهم منه (الفول، الحمّص، مسبّحة، فتة، فلافل، عدس) والإكثار من أنواع من الألياف (ملفوف، فجل، زهرة، باميا، ملوخية..)

وقد يكون هناك دور للمتبرعمة البشرية لم يتم تحديده بعد في بلدنا بسبب عدم التركيز عليه بفحص البراز (استعمال تلوين خاص، إجراء زرع للبراز)، أو دور لثنائية الأميب الهشة... وكانت نسبة التطفل المرافقة لهذه الشكوى مقابلة لبقية الدراسة (31.7%) مع نسبة تطفل للأكياس الزحارية بلغت (20.6%) أي أقل بقليل من عينة الشاهد، **وهذا ما ينفي مسؤولية هذا الطفيلي عن أعراض النفخة والغازات، ويدفع إلى التقليل من تطبيق المعالجات المضادة للطفيليات كتدبير لهذه الأعراض.**

الاستنتاجات والتوصيات:

تناول هذا البحث إحدى الشكايات الهضمية الشائعة التي تشكل جزءاً هاماً من الممارسة اليومية بواقعها الحقيقي ومشاكلها الشائعة، وهي الاضطرابات الهضمية الوظيفية FGD، وحاول البحث عن وجود علاقة سببية بينها من جهة وبين الطفيليات الشائعة هي أيضاً في بلدنا من جهة أخرى، حيث إن الفكرة السائدة بالربط ما بينهما هي وراء الاستعمال الزائد والاعتباطي والمتكرر وحتى الذاتي للأدوية المضادة للطفيليات، ولاشك بأن أغلب الممارسين قد صادفوا ذلك.

إن وجود إيجابية الطفيليات بفحص البراز لا يعني مسؤوليتها عن الاضطرابات الهضمية الوظيفية المزمنة إذ لا علاقة لها بأعراض IBS مثلاً، كما أن هناك الكثير من الطفيليات الإيجابية اللاعرضية وغير الممرضة ولا تحتاج إلى العلاج.

لا يزال هناك نقص في طرق التشخيص الدقيقة التي تساعدنا على كشف بعض الطفيليات التي يشك بوجود دور إمراضي أو مسؤولية لها في اضطرابات الأمعاء الوظيفية المزمنة، كثنائية الأميب الهشة والمتبرعمة البشرية، ولتحسين شروط كشفها لابد من إجراء زرع للبراز مع استعمال طرق تلوين خاصة.ونأمل أن تطبق هذة الطرق كروتين في الممارسة العملية اليومية وذلك للارتقاء بمستوى التشخيص، إذ لا يزال يشوب تحاليل البراز التي نعتمد عليها الكثير من النقص في الدقة .

إن فشل الأشواط العلاجية المتكررة (Metronidazole وDiloxanide) واستمرار إيجابية الأكياس الزحارية في البراز قد يكون ناجماً عن عدم مسؤولية هذا الطفيلي عن الأعراض أو كونه غير ممرض، أو وجود طفيليات أخرى هي المسؤولة عن الأعراض ويجب البحث عنها.

كما لابد من إجراء الاختبارات الجزيئية PCR للتمييز ما بين المتحول الحال للنسج الممرض وdispar غير الممرض والذي ينتشر أكثر بعشرة أضعاف، وهي غير متوفرة حالياً لدينا، ونأمل بتوافرها قريباً، وذلك لمتابعة هذه الدراسات مستقبلاً بشكل أوسع وأكثر دقة.

المراجع:

1. SLEISENGER & FORDTRAN. *Gastrointestinal disease*, Saunders, Eight Edition, 2006.
2. WEINSTEIN & HAWKEY & BOSCH. *Clinical Gastroenterlogy and Hepatology*, Elsevier Mosby, First Edition, 2005.
3. JACK, J; TALLEY, NJ; CAMILLERI, M; HOLTMANN, G; HU, P; MALAGELADA, JR; STANGHELLINI, V. *Functional gastro duodenal disorders*. Gastroenterology. 130,5, 2006,1466-79.
4. AYREUS, L; SVARDSUDD, K; NYREN, O; TIBBLIN, G. *Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population overlap and lack of stability over time*. Gastroenterology, 109,3, 1995,671-80.

5. BRANDT, LJ; BIORKMAN, D; FENNERTY, MB; LOCKE, GR; OLDEN, K; PETERSON, W; QÜGLEY, E; SCHOENFELD, P; SCHUSTER, M; TALLEY, N. *Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America*. Am J gastroenterol. 97,11, 2002,57-66.

6. سيد حديدي و د. زهير حلاج، كلية الطب، *العدوى بالطفيليات في المجتمع السوري*، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد 5، العدد 4، من 29–36، 1403هـ 1982م.

7. محمد اسماعيل طاهر، *أنواع الطفيليات في القطر العربي السوري*، نشرة التشخيص المخبري، المجلد 1، العدد 5، من 46–54، 1989.

8. أ.د. صلاح الدين شحادة و د. محمد خليل الدبش، *انتشار الطفيليات المعوية عند أطفال المدارس في محافظة ريف دمشق والعوامل المؤثرة فيه*، مجلة التشخيص المخبري، المجلد 4، العدد 7، 1428 هـ 2007م.

9. DE SILVA, NR; DESILVA, HJ; JAYAPANI, VP. *Intestinal parasitosis in the Kandy erea, Srilanka.* Southeat. Asian J trop med public health. 25,3, 1994, 469-73.

10. STARK, D; VANHAL, S; MARROTT, D; ELLIS, J; HARKNESS, J. *Irritable bowel syndrome, a review on the role of intestinal protzoa and importance of their detection and diagnosis.* Int J parasitol. 37,1, 2007,11-20.

11. ANAND, AC; REDDY, PS; SAIPRASAD, GS; KHER, SK. *Does non-dysenteric intestinal amoebiasis exist?* Lancet. 349,9045, 1997,89-92.

12. SINAHA, P; GHOSHAL, UC; CHOUDHURIN, G; NAIK, S; AYYAGARI, A; NAIK, SR. *Dos entamoeba histolyca cause IBS?* Indian J gastroenterol. 16,4, 1997,130-3.

13. COTTE ROCHE, C; ROCHE, H; CHAUSSA DE, S; DUPOUGCOMD, J; TULLIEZ, M; COUTURIER, D; GUERRE, J. *Role of giardiasis in non-ulcer dyspepsia*. Presse Med. 20,20, 1991,936-8.

14. GIACOMETTI, A; CIRIONI, O; FIORENTINI, A; FORTUNA, M; SCALISE, G. *Irritable bowel syndrome in patients with blastocystis hominis infection*. Eur J clin Microbiol infect DIS. 18,6, 1999, 436-9.

15. ZEDERO, M; CABRESA, G; PONCE DELEON; NOCITO, I; ECHENIQUE, C. *Parasitosis in an adult population with chronic gastrointestinal dirorders*. Acta gastroenterol latinoam. 27,2, 1997,67-73.

16. JANED YAKOOB, Y; WASIM, J; NADIM, J; RUSTAM, K; MUHAMMAD, I. ASIM *B and* VIQAR Z *irritable bowel syndrome: in search of an etiology: role of blastocystis hominis*. Am. J. Trop. Med. Hyg. 70,4, 2004,383-385.

17. TENHOVE, R, SCHUURMAN, J; KOOISTRA, M; MOLLER, L; VAN LIESHOUT, L; VERWEIJ, JJ. *Detection of diarrhea cousing protozoa in general practice patients in the Netherland by multiplex real-time-pcr*. Clin minobiol infect. 13,10, 2007,1001-7.

18. TAMER, GS; ERDOGAN, S; MILKE, A. *The frequency of the presence of intestinal parasites in student of arslanbey primary school*. Turkiye parasitol derg. 32,2, 2008, 130-3.

19. EL-KADI, HA; DORRAH, AO; SOUKRAY, NH. *Patients with intestinal complains due to enteric parasites*. Egypt soc parasitol. 36,1, 2006,53-64.

20. RAYAN, HZ; ISMAIL, OA; ELGAYAR, EK. *Prevalence and clinical features of DF infection in patients suspected to have intestinal parasitic infection*. J Egypt soc parasitol. 37,2, 2007,599-608.

21. SHERCHAND, JB; LARSSON, S; SHRESTHA, MP. *Intestinal parasites in children and adults with and without abdomind discomfort from the Kathmandu area of Nepal*. Trop gastroenteral. 17,2,1996, 15-22.
22. A'ANCHINO, M; ORLANDO, D; DEFEUDIS, L. *Giardia lambia infection become clinically evident by eliciting symptoms of irritable bowel syndrome.* J infect. 45,3, 2002,169-72.
23. GRAZIOLI, B; MATERA, G; LARATTA, C; SCHIPANI, G; GUARNIERI, G; SPINIELLO, E; IMENECO, M; AMOROSI, A; FOCA, A; LUZZA, F. *Giardia lambia infection in patients with irritable bowel syndrome and dyspepsia: a prospective study*. World J gastroenterol. 12,12, 2006, 1941-4.
24. USTÜN, S; TURGAY, N. *Blastocystis hominis and bowel diseases*. Turkiye parasitol derg. 30,1,2006, 72-6.