

التظاهرات السريرية خارج معوية عند مرضى التهاب الكولون القرصي

الدكتور نضال اسكيف*

الدكتور ميلاد انطانيوس**

شهبان شهوان***

(تاريخ الإيداع 16 / 6 / 2009. قُبِلَ للنشر في 7 / 10 / 2009)

□ ملخص □

التهاب الكولون القرصي (UC) هو مرض التهابي مزمن مجهول السبب ومقتصر على الكولون. يتظاهر سريريًا بكثرة حدوث النزف المستقيمي، الزحير، المعص البطني. تهدف هذه الدراسة إلى الكشف الباكر عن اختلاطات التهاب الكولون القرصي. تضمنت الدراسة 50 مريضاً مصاباً بالتهاب الكولون القرصي (27 ذكراً و 23 أنثى)، تراوحت أعمارهم بالنسبة للذكور من 15-75 سنة، للإناث من 20-60 سنة، خلال مراجعتهم لمشفى الأسد الجامعي باللاذقية في الفترة الممتدة بين 2008/8/1 و لغاية 2009/5/15. تم تصنيف المرضى تبعاً لوجود تظاهرات خارج معوية أو غيابها. كانت التظاهرات خارج معوية الأكثر شيوعاً التي تم تحليلها هي: (مفصلية - جلدية - عينية). وجدت هذه التظاهرات عند 11 مريضاً (22%) (7 ذكور و 4 إناث، تراوحت أعمارهم بين 25-75 سنة). كان التهاب المفاصل المحيطي التظاهر الأكثر شيوعاً، حيث وجد عند 7 مرضى (63.3%). تم تشخيص التهاب الفقار اللاصق في حالة واحدة 9%. أظهرت دراستنا أن التهاب المفصل الحرقفي العجزي تظاهر مترافقاً مع تظاهرات خارج معوية أخرى إذ تم تشخيص حالتين 18%. تم تشخيص حمى عقدية عند مريضين 18%. كما تم تشخيص التهاب القرصية في 3 مرضى (27.2%). يكون المرض أشد وأكثر امتداداً عند المرضى المصابين بالتهاب الكولون القرصي مع تظاهرات خارج معوية.

الكلمات المفتاحية: التهاب الكولون القرصي - التظاهرات خارج معوية - فعالية المرض.

* أستاذ - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** مدرس - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Clinical Extra Intestinal Manifestations of Ulcerative Colitis

Dr. Nidal Skef*

Dr. Milad Intanious**

Chahwan Chahwan***

(Received 16 / 6 / 2009. Accepted 7 / 10 / 2009)

□ ABSTRACT □

Ulcerative colitis (UC) is an idiopathic chronic inflammatory disorder limited to the colon; the clinical manifestations of UC are rectal bleeding, tenesmus, and abdominal cramps. The aim of this study is to early detect the complications of UC. This study includes 50 patients, 27 males and 23 females, with ulcerative colitis. During their admission to Al Assad University Hospital in Lattakia between 1/8/2008 and 15/5/2009, their range of age is: male (15-75) years, female (20-60) years, The patients are grouped according to the presence or absence of extra intestinal manifestations. The most common extra intestinal manifestations (EM) (arthropathy, skin, ocular) has been analyzed. These manifestations are found in 11 (22%) patients (7 males and 4 females, aged 25-75 years). Peripheral arthritis is the most common EM; it is found in 7 (63.6%) patients. Kylosing spondylitis is diagnosed in one patient (9%). Our study shows that sarcolitis is detected in two patients 18%, accompanied by other EM. Erythema nodosum is diagnosed in two patients (18%). Iritis is diagnosed in 3 patients (27.2%). On average, patients with EM have had more extensive and more active UC than others.

Keywords: ulcerative colitis, extra intestinal manifestations, index activity.

* Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

*** Postgraduate Student, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

التهاب الكولون القرصي (U.C) هو مرض التهابي مزمن مجهول السبب ومقتصر على الكولون، وهو داء يستمر طيلة حياة المريض وذو أثر اجتماعي وعاطفي عميق على المرضى المصابين به [1]. يصاب المستقيم في أكثر من 95% إلا أن بعض الباحثين يعتقد بإصابة المستقيم دوماً في المرضى غير المعالجين. يتظاهر سريرياً بكثر حدوث النزف المستقيمي مع أو بدون مخاط، (الزحير)، المعص البطنني، وفقدان الوزن في الحالات الشديدة [2].

تاريخياً:

وصف لأول مرة من قبل Wilks و Moxon عام 1875، وقد تأخر اكتشافه بسبب الميل تعدد كل إسهال مزمن على أنه خمج زحاري [3].

وبسبب أهمية الاختلاطات الناتجة عن المرض فقد كان من الضروري دراسة التظاهرات خارج معوية عند المرضى المصابين بالـ U.C وتشخيصها بصورة مبكرة مما يحسن الإنذار ونوعية الحياة. وتشمل التظاهرات خارج المعوية التي تمت دراستها التظاهرات العظمية المفصالية وتضم:

- التهاب المفاصل المحيطي يحدث بنسبة (5-20)% ويصنف إلى قليل المفاصل (> 5 مفاصل) ويصيب عادة المفاصل الكبيرة (الركبتين، المرفقين الكاحلين)، وكثير (المفاصل < 5) مفاصل يصيب عادة المفاصل الصغيرة (المفاصل السنية السلامية والمفاصل بين السلاميات الدانية لأصابع القدمين، المعصم [4].

- الرثيات المحورية: تحصل بنسبة (3-5)% وقد تصل إلى 25% وتضم التهاب الفقار اللاصق والتهاب المفصل الحرقفي العجزي [5، 6، 7].

- تظاهرات أخرى مثل: التهاب السمحاق، تلين العظم، تخلخل العظام [8].

التظاهرات الجلدية:

تحصل بنسبة (5-10)%، وأهمها:

1- الحمامى العقدية: تحصل بنسبة 5% وهي آفات طرية حساسة للألم ذات عقيدات حمراء تظهر على السطوح الباسطة للأطراف السفلية وترتبط بنشاط الداء المعوي [9].

2- تقيح الجلد المواتي [10].

3- القلاع الفموي.

4- تظاهرات نادرة مثل: شري، أكزيما، صداف، حمامى عديدة الأشكال.

التظاهرات العينية:

تشاهد بنسبة (1.6-4.6)%. الاختلاطات الأكثر شيوعاً هو التهاب القرنية (5-10)%، حيث يعاني المريض في الطور الحاد من رؤية مشوشة، ألم عيني، رهاب الضوء [11]. من التظاهرات الأخرى: التهاب ما فوق الصلبة، التهاب الملتحمة.

التظاهرات الكبدية الصفراوية:

تضم: تظاهرات كبدية:

1- تشحم الكبد (4 - 5)%.

2- التهاب كبد مزمن فعال (1-16)%.

3- التشمع التالي للنخر (3-4)% من مرضى الـ U.C المختارين لإجراء خزعة.

4- الداء النشواني نادر جداً $> 1\%$.

التظاهرات الصفراوية:

1- التهاب ما حول الطرق الصفراوية.

2- التهاب الطرق الصفراوية المصلب (2.4%) يشخص بالمستوى المرتفعة للـ Alt و الـ Alp ويفرق عن الحصاة المرارية، والانسداد الورمي بالـ [12] M.R.C.P.

التظاهرات الدموية:

أهم التظاهرات الدموية هو فقر الدم الثانوي التالي لفقر الدم عن طريق الكولون. كما وجدت حالات نادرة من فقر الدم الإحلالي بالمناعة الذاتية، فرط الصفيحات الدموية، الداء الخثاري الصمي [13].

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

1- البحث عن اختلالات التهاب الكولون القرصي سريرياً.

2- تأكيد وجود هذه الاختلالات وتحديد شدتها بالاستقصاءات (مخبرياً - شعاعياً).

3- تحديد نسب هذه الاختلالات.

هدف البحث:

تسليط الضوء على اختلالات التهاب الكولون القرصي وتشخيصها باكراً ومعالجتها مما يحسن الإنذار ونوعية الحياة ويقلل أيام التغيب عن العمل.

عينة البحث:

شملت الدراسة 50 مريضاً من مراجعي قسم الأمراض الباطنة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، والوحدات المهنية لأمراض جهاز الهضم في الفترة الممتدة بين 2008/8/1 ولغاية 2009/5/15. تراوحت أعمارهم بالنسبة للذكور من (15-75) سنة، للإناث من (20-60) سنة. لقد تم تشخيص التهاب الكولون القرصي لدى هؤلاء المرضى بالاعتماد على تكامل المعطيات السريرية، والمخبرية، والتنظيرية والنسجية.

لقد استبعد من الدراسة

1- المرضى الذين كانت عندهم نتيجة الخزعة غير حاسمة.

2- المرضى الذين لم يتمكن من إجراء تنظيري كولوني شامل لهم.

طرائق البحث ومواده:

نُظمت استمارة خاصة بكل مريض تضمنت:

1- الجنس - العمر - العادات - السوابق المرضية - السوابق العائلية.

2- الاستجواب والأعراض السريرية المرافقة: كيف بدأت الهجمة؟ فجأة أم تدريجياً، مدة الهجمة، عامل محرض، المعص البطني، الزحير، كمية المخاط المُدمى، فقدان الوزن، الأعراض العامة: ترفع حروري، وذمات، شحوب.

3- فحص سريري شامل.

- 4-الأعراض خارج معوية: مفصليّة، عينية، جلدية، كبدية وعلاقتها مع الهجمة.
5-تقدير شدة الهجمة: خفيفة، متوسطة، شديدة، وذلك حسب معايير ترولوف كما هو موضح في الجدول الآتي:

معايير ترولوف			
شديدة	متوسطة	خفيفة	
6 <		4 >	عدد مرات التغوط
37.8 <		ط	الحرارة
90 <		ط	النبض
30 <		ط	سرعة التثقل
10.5 >		ط	الخضاب

- 6-الفحوص المخبرية: P-ANCA، سرعة، خضاب، تعداد، فوسفاتاز قلووية، ترانس اميناز، البروتين الكلي في المصل، فحص البراز.

7-تنظير هضمي سفلي: تم إجراء التنظير الهضمي السفلي بجهاز من نوع FUJINON بعد تحضير المريض بشكل جيد بالكولوكلين Colo Clean حيث تم إجراء تنظير كولوني شامل للبحث عن تقرحات سطحية، هشاشة، بوليبيات كاذبة، امتداد الإصابة، مفرزات مخاطية. وكانت موجودات الإصابة الفعالة:

- 1- مخاطية هشة، محتقنة، متوذمة، حمراء اللون، نازفة.
- 2- منظر لمخاطية حبيبية تنزف لأي تماس ويغطي المخاطية نتحة مخاطية قيحية.
- 3- تقرحات.

8-الخزعة: تم اعتماد نتيجة الخزعة الكولونية من قبل مشرح مرضي واحد. حيث تم إجراء من (5-8) خزع حسب امتداد الإصابة، وتم اعتماد فعالية الإصابة نسيجياً من خلال:
1- وجود خراجات خبيثة في الغدد المخاطية 2- غياب تدريجي للخلايا الكأسية المخاطية. 3- ارتشاح التهابي في المخاطية يتكون من لمفاويات، مصورات، حامضات. 4- وذمة في المخاطية. 5- احتقان الشعيرات الدموية في الطبقة المخاطية وتحت المخاطية.

9- صور شعاعية حسب التوجه السريري للإصابة المفصليّة: صورة صدر أمامية خلفية، صورة للحوض أمامية خلفية، صورة للمفصل الحرقفي العجزي، صورة للعمود الفقري الظهرى والقطني بالوضعين، وصورة للركبتين بالوضعين، صور مختلفة لأمشاط اليدين، والقدمين والمعصم، والمرفق. حيث تم تصوير المفاصل باستخدام جهاز X-Ray ماركة SHIMADZU وذلك حسب عوامل شعاعية وتكنيك خاص لكل مفصل، وحسب عمر المريض وحجمه، وباستخدام الكاسيتات الخاصة ذات السرعات المتعددة، وتقانة CR وهي الطباعة الليزرية أو بالتحميم الآلي التقليدي.

10- طبقي محوري للمفاصل المصابة عند اللزوم.

11- إيكو بطن.

12- استشارة عينية اختصاصية عند وجود تظاهرات عينية.

13- استشارة جلدية اختصاصية عند وجود تظاهرات جلدية.

14- استشارة مفصلية للمفاصل المصابة.

النتائج والمناقشة:

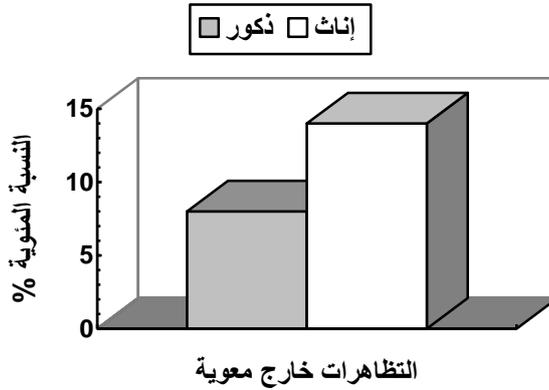
النتائج:

تضمنت الدراسة 50 مريضاً بينهم 27 ذكراً و 23 أنثى. تراوحت أعمارهم بين (15-75) سنة للذكور و (20-60) سنة للإناث.

I - تم تصنيف المرضى تبعاً لوجود تظاهرات خارج معوية أو غيابها. يُظهر الجدول رقم (1) مرضى الـ UC مع وبدون تظاهرات خارج معوية.

الجدول (1): يوضح مرضى الـ UC مع وبدون تظاهرات خارج المعوية.

مرض الـ UC مع التظاهرات خارج معوية	مرض الـ UC بدون التظاهرات خارج معوية	
ذكور 4 (8%)	23 ذكور (46%)	عدد المرضى
إناث 7 (14%)	16 إناث (32%)	
4.5 سنة	3 سنوات	فترة المرض



مخطط رقم (1) يوضح النسبة المئوية لمرضى الـ UC مع وبدون تظاهرات خارج معوية.

يلاحظ من خلال الجدول السابق: أن نسبة التظاهرات خارج معوية هي 22% من مجموع المرضى، وهي عند الإناث أكثر من الذكور.

كانت فترة المرض أطول عند المرضى الذين وجدت عندهم تظاهرات خارج معوية.

II - الإصابة المفصلية:

لقد وجدت التظاهرات المفصلية عند 10 مرضى من الذكور والإناث مترافقة مع تظاهرات أخرى، وكانت التظاهرات السريرية المفصلية الأكثر شيوعاً هي: آلام فقيرة قطنية التهابية، ييوسية قطنية صباحية، آلام حرقفية عجزية، آلام مفصلية محيطية على مستوى الركبتين والكاحلين ترافقت أحياناً مع علامات موضعية من سخونة وتورم.

وقد كان للاستقصاءات الشعاعية دوراً هاماً جداً في تأكيد التوجه السريري، حيث أجري للمريض صور شعاعية متنوعة: صورة صدر خلفية أمامية، صورة للعمود القطني بالوضعين، صورة للمفصل الحرقفي العجزي، صورة حوض أمامية خلفية، وصور مختلفة للمفاصل المصابة حسب التوجه السريري.

لقد تم تقسيم التظاهرات المفصليّة إلى :

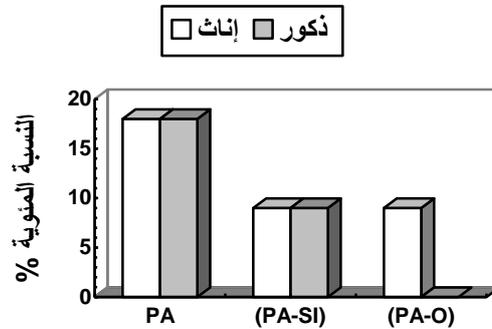
- التهاب مفاصل محيطي.
- التهاب فقار لاصق.
- التهاب مفصل حرقفي عجزي.

* التهاب المفاصل المحيطي:

يُظهر الجدول رقم (2) نسبة حدوث التهاب المفاصل المحيطي عند مرضى التهاب الكولون القرصي:

الجدول (2): يوضح نسبة حدوث التهاب المفاصل المحيطي عند مرضى التهاب الكولون القرصي.

إناث	ذكور	
2 (18.1%)	2 (18.1%)	التهاب المفاصل المحيطي
1 (9%)	1 (9%)	التهاب المفاصل المحيطي - التهاب المفصل الحرقفي العجزي
1 (9%)	-	التهاب المفاصل المحيطي - تظاهرات عينية
4 (36.3%)	3 (27.2%)	
7 مرضى (63.3%)		العدد الكلي



مخطط رقم (2): PA: هو التهاب مفاصل محيطي، SI: التهاب مفصلي حرقفي عجزي، O: تظاهرات عينية.

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن نسبة حدوث التهاب المفاصل المحيطي بوصفها ظاهرة مستقلة كانت متساوية بين الذكور والإناث: 18% ذكور، 18% إناث.

أما وجود تظاهرين أو أكثر فقد وُجدت حالتين اجتماع (التهاب مفاصل محيطي + إصابة مفصل حرقفي عجزي). وبالنتيجة فإن نسبة وجود التهاب مفاصل محيطي في دراستنا كانت عند 7 مرضى (63.3%)، وقد أظهرت الصور الشعاعية التي أجريت للمفاصل المحيطية المصابة (الركبتين - الكاحلين - المرفقين - المعصمين - أمشاط

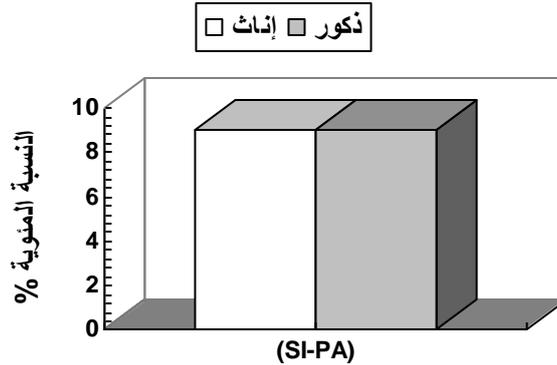
اليدن والقدمين) تبدلات مفصليّة هامة: عدم انتظام الحواف المفصليّة، ائتكالات عظمية، انقراصات مفصليّة، نابتات عظمية.

* التهاب المفصل الحرقفي العجزي:

يُظهر الجدول رقم (3) نسبة حدوث التهاب المفصل الحرقفي العجزي عند مرضى التهاب الكولون القرصي.

الجدول (3): يوضح نسبة حدوث التهاب المفصل الحرقفي العجزي عند مرضى التهاب الكولون بالمشاركة مع تظاهرات أخرى.

إناث	ذكور	
1 (9%)	1 (9%)	التهاب المفصل الحرقفي العجزي - التهاب المفاصل المحيطي
-	-	تظاهرات عينية - التهاب المفصل الحرقفي العجزي حمّامى عقدة
1 (9%)	1 (9%)	
2 مرضى (18%)		العدد الكلي



مخطط رقم (3) يوضح النسبة المئوية لحدوث التهاب المفصل الحرقفي العجزي عند مرضى الـ UC بالمشاركة مع تظاهرات أخرى

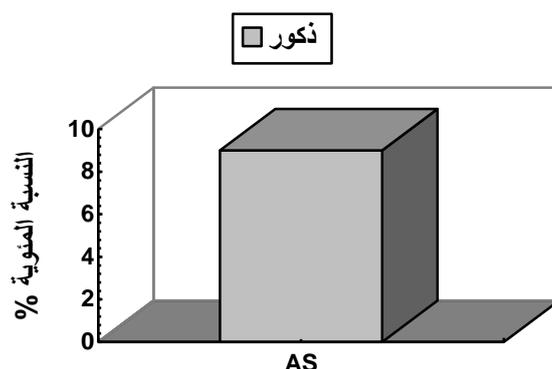
يلاحظ من خلال الجدول السابق أن التهاب المفصل الحرقفي العجزي وجد عند مريضين الأول كان ذكراً عمره 25 سنة حيث سبقت إصابة المفصل الحرقفي العجزي التظاهرات المعوية، وأظهرت الصورة الشعاعية البسيطة للمفصل الحرقفي العجزي تكثف في الحواف المفصليّة، أما المريض الثاني فكان أنثى عمرها 26 سنة، وأظهرت الصورة الشعاعية نقص تمعدن مع تآكل الحواف المفصليّة للمفصل الحرقفي العجزي. وكانت الإصابة مشاركة مع التهاب مفاصل محيطي في الحالتين، وقد تم تأكيد التشخيص من خلال إجراء طبقي محوري للمفصل الحرقفي العجزي.

* التهاب الفقار اللاصق:

يُظهر الجدول رقم (4) نسبة حدوث التهاب الفقار اللاصق عند مرضى التهاب الكولون القرصي.

الجدول (4): يوضح نسبة حدوث التهاب الفقار اللاصق عند مرضى التهاب الكولون القرصي.

إناث	ذكور	
-	1 (9%)	التهاب الفقار اللاصق
-	-	التهاب الفقار اللاصق - التهاب المفاصل المحيطي التهاب المفصل الحرقفي العجزي - تقيح الجلد الغنغريني
1 مريض (9%)		العدد الكلي



مخطط رقم (4): AS التهاب فقار لاصق.

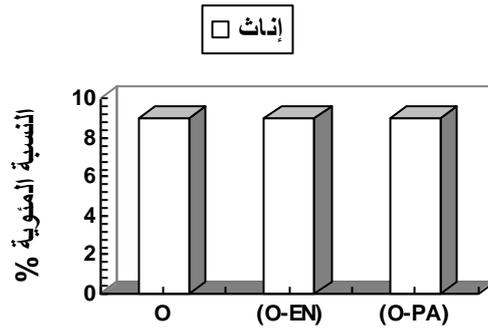
يلاحظ من خلال الجدول السابق: أن التهاب الفقار اللاصق وجد عند ذكر واحد، وكانت ظاهرة وحيدة غير مترافقة مع تظاهرات أخرى، وهي أيضاً سبقت التظاهرات المعوية، وقد أظهرت الصورة الشعاعية وجود جسور بين الأجسام الفقرية (علامة عمود الخيزران).

III - التظاهرات العينية:

يُظهر الجدول رقم (5) نسبة حدوث التظاهرات العينية عند مرضى التهاب الكولون القرصي.

الجدول (5): يوضح نسبة حدوث التظاهرات العينية.

إناث	ذكور	
1 (9%)	-	تظاهرات عينية
1 (9%)	-	تظاهرات عينية - حمامى عقدة
1 (9%)	-	تظاهرات عينية - التهاب مفاصل محيطي
-	-	تظاهرات عينية - التهاب مفصل حرقفي عجزي
3 مريض (27.3%)		العدد الكلي



مخطط رقم (5): O: تظاهرات عينية، EN: حمى عقدة، PA: التهاب مفاصل محيطي.

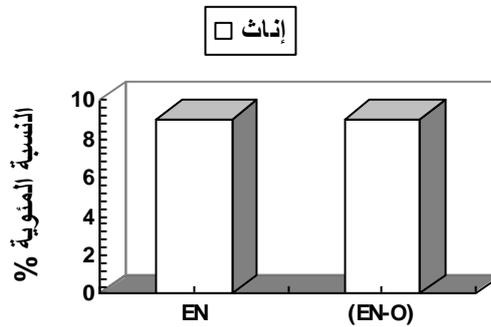
يلاحظ من خلال الجدول السابق: أن التظاهرات العينية وجدت عند 3 مرضى وكانت الإصابة عند الإناث فقط، وكانت مقتصرة على القرصية. إذ وجدت حالة واحدة التهاب قرصية بوصفها ظاهرة وحيدة غير مشاركة مع تظاهرات أخرى. كما وجدت حالتين تشاركت فيها الحالة الأولى مع حمى عقدة، والثانية مع التهاب مفاصل محيطي. أما التظاهرات العينية الأخرى (التهاب ما فوق الصلبة، التهاب الملتحمة، التهاب القرنية) فلم نشاهد أية حالة.

IV- التظاهرات الجلدية:

يُظهر الجدول رقم (6) نسبة حدوث التظاهرات الجلدية عند مرضى التهاب الكولون القرصي.

الجدول (6): يوضح نسبة حدوث التظاهرات الجلدية عند مرضى التهاب الكولون القرصي.

إناث	ذكور	التظاهرات الجلدية
1 (9%)	-	حمى عقدة
1 (9%)	-	تظاهرات عينية - حمى عقدة
2 (18.1%)		
2 (18.1%)		العدد الكلي



مخطط رقم (6) يوضح النسبة المئوية لحدوث التظاهرات الجلدية عند مرضى التهاب الكولون القرصي.

نلاحظ من خلال الجدول السابق: أن التظاهرات الجلدية وجدت عند مريضتين وكانت من نوع حمامي عقدة. عند المريضة الأولى لم تترافق الحمامي العقدة مع أي تظاهر آخر، أما المريضة الثانية فترافقت فيها الحمامي العقدة مع التهاب قزحية، أما التظاهرات الجلدية الأخرى (تقيح الجلد الغنغريني، القلاع الفموي) فلم نشاهد اية حالة.

V - علاقة فعالية التهاب الكولون القرصي مع حدوث تظاهرات خارج معوية:

يُظهر الجدول رقم (7) علاقة فعالية المرض مع حدوث تظاهرات.

الجدول (7): يوضح علاقة فعالية التهاب الكولون القرصي مع حدوث تظاهرات خارج معوية.

مرضى دون تظاهرات خارج معوية		مرضى مع تظاهرات خارج معوية		
16 أنثى (32%)	23 ذكر (46%)	7 إناث (14%)	4 ذكور (8%)	الجنس
3 سنوات		4.5 سنة		فترة الـ U.C
التهاب الجانب الأيسر من الكولون		التهاب كولون شامل		امتداد الـ U.C
خفيف		معتدل		فعالية المرض سريرياً
خفيف		معتدل		فعالية المرض تنظيرياً

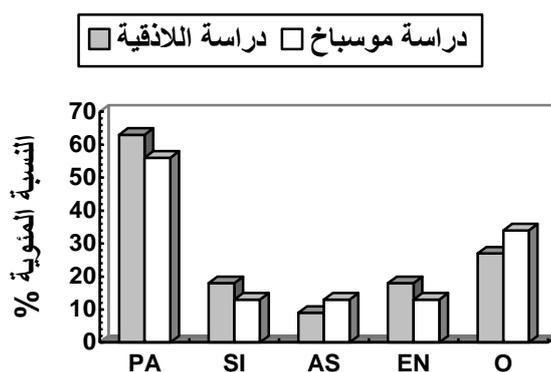
يلاحظ من خلال الجدول السابق: أن المرضى الذين تطور لديهم تظاهرات خارج معوية وهم 11 مريض (4 ذكور و 7 إناث) والذين عانوا من المرضى لمدة 4.5 سنة. إن الإصابة الكولونية لديهم كانت شاملة مع فعالية سريرية وتنظيرية معتدلة بالمقابل فإن المرضى بدون تظاهرات خارج معوية تبين لديهم التهاب الجانب الأيسر في الكولون مع نشاط سريري وتنظيري خفيف، وهم عانوا من المرض لمدة 3 سنوات فقط.

مقارنة دراستنا مع دراسة موسباخ:

وأخيراً يوضح الجدول و المخطط التالي المقارنة بين دراستنا ودراسة موسباخ.

الجدول رقم (8): مقارنة بين دراستنا ودراسة موسباخ العالمية.

دراسة موسباخ	دراسة اللاذقية	
56 %	63 %	التهاب مفاصل محيطي (PA)
13 %	9 %	التهاب فقار لاصق (AS)
13 %	18 %	التهاب مفصل حرقفي عجزي (SI)
13 %	18 %	تظاهرات جلدية (EN)
34 %	27.3 %	تظاهرات عينية (O)



مخطط رقم (8) يوضح النسب المنوية لنتائج دراستنا مقارنة مع دراسة موسباخ العالمية.

المناقشة:

لقد وجدت التظاهرات خارج معوية في دراستنا عند 11 مريضاً (22%)، وهي نسبة مقارنة جداً مع دراسة (Das KM, et. al, 2006) [14]، والتي أجريت على 107 مرضى حيث وجدت تظاهرات خارج معوية عند 23 مريضاً منهم، أي بنسبة 21%. كما أن غوماست (Gumast V, et. Al, 2007) [16] أجرى دراسة على 1274 مريض التهاب كولون قرصي إذ أثبت وجود تظاهرات خارج معوية في 21% من الحالات.

أما في أفريقيا فكانت النتائج مختلفة حيث تم إثبات وجود تظاهرات خارج معوية عند 6% من المرضى فقط، على ما يبدو أن تأثير المنطقة الجغرافية على تطور التظاهرات خارج معوية لا يزال مجهولاً.

- ومع أن عدد الذكور في دراستنا كان أكثر من عدد الإناث فقد كانت التظاهرات خارج معوية عند الإناث أكثر من الذكور إذ كان عدد الإناث 4 (36%)، وعدد الذكور 7 (63%).

- لقد تنوعت التظاهرات خارج معوية في دراستنا في تظاهرين أو أكثر في 4 مرضى (36.3%).

- وقد وجدنا أن 81% من المرضى تطورت لديهم التظاهرات خارج معوية سريرياً بعد الأعراض المعوية وهي نسبة قريبة جداً من الدراسات العالمية (80%). ولم يكن هناك علاقة هامة بين عمر المريض وعدد التظاهرات خارج معوية المتطورة، وهذا يتفق مع دراسة (Das KM, et. al, 2006) [14]، ولم يكن هناك اختلافاً هاماً في مدة المرض بين المرضى الذين لديهم تظاهر واحد وهؤلاء الذين يمتلكون تظاهرات عديدة.

- لقد وجدت التظاهرات المفصلية في دراستنا عند 10 مرضى من الذكور والإناث (90%) مترافقة مع تظاهرات أخرى، وهذا ما يتفق مع الدراسة التي أجراها تروم مع زملائه (Tromm, et. Al, 2008) [17]، إذ كانت نسبة التظاهرات المفصلية (80%) مترافقة مع تظاهرات أخرى. لقد وجد التهاب المفاصل المحيطي عند 4 إناث (36.3%) و 3 ذكور (27.2%)، واعتماداً على تقسيم التهاب المفاصل المحيطي إلى قليل المفاصل وكثير المفاصل فقد وجد التهاب المفاصل المحيطي قليل المفاصل (عدد المفاصل المصابة أقل من 5) عند 3 إناث وذكر واحد (4 مرضى 66.66%)، وكانت المفاصل المصابة هي الركبة - الكاحل - المرفق - الورك، أما التهاب المفاصل كثير المفاصل فقد وجد عند أنثى واحدة وذكر واحد

(مريضتين 33.33%) وكانت المفاصل المصابة هي المفاصل السنية السلامية والمفاصل بين السلاميات الدانيا لأصابع القدمين ومفصل المعصم والمرفق. وقد وجد التهاب المفاصل المحيطي (كتظاهر) وحيد في 4 مرضى (8%). - لقد أظهرت دراسة غوماست (Gumast V, et. Al, 2007) [16] وجود التهاب المفاصل المحيطي كتظاهر وحيد بنسبة (6.54%)، وهي نسبة متقاربة مع دراستنا حيث كانت النسبة 8% (4 مرضى). ويرأي (Thomas PD, et. Al, 2007) [15] أن التهاب المفاصل المحيطي هو التظاهر الأكثر شيوعاً حيث أثبت ذلك في (60.8%) من المرضى وهي نسبة متقاربة جداً من النسبة التي توصلنا إليها (63.3%). لقد أظهرت دراستنا وجود حالتي التهاب مفصل حرقفي عجزى (18%)، وهي نسبة متقاربة من الدراسة التي أجراها تروم (Tromm, et. Al, 2008) [17] حيث كانت نسبة التهاب المفصل الحرقفي العجزى (17.3%). أما التهاب الفقار اللاصق فقد تم تشخيص حالة واحدة (9%)، وكانت نسبة حدوث التهاب الفقار اللاصق في الدراسات العالمية (5-10%) حسب دراسة جامعة (Pennsylvania - أمريكا) وقد وجدت التظاهرات العينية عند 3 مرضى (27.2%) وهي نسبة منسجمة مع دراسة (Mosebachs, et. al, 2007) [18] الذي أثبت وجود التظاهرات العينية في (34.7%) من الحالات. أما التظاهرات الجلدية فقد شكلت النسبة الأقل، واقتصرت على الحمamy العقدة. فقد وجدت عند مريضتين (18.1%) وهي نسبة متقاربة مع دراسة (Mosebachs, et. al, 2007) [18] (13.1%).

لم نجد أي حالة لتقيح الجلد الغنغريني PG. كما لم نجد أي حالة لالتهاب الطرق الصفراوية المصلب PSC، ولكن وجدنا حالتي تشحم كبد: مريضين (4%). تم تشخيصهم بالإيكو: لم نتمكن من دراسة التظاهرات الكبدية بشكل تام بسبب رفض المرضى لإجراء خزعة كبد. علماً أن الدراسات العالمية تشير إلى وجود التظاهرات الكبدية سريرياً ومخبرياً بنسبة 7%، ونسجياً بنسبة قد تصل إلى 40%.

لقد أظهرت دراستنا أن الإصابة الكولونية تكون أشد وأكثر امتداداً عند وجود تظاهرات خارج معوية، وهي النتيجة ذاتها التي توصل إليها (Mosebachs, et. al, 2007) [18].

لقد كان اختبار الـ P-ANCA إيجابياً في دراستنا عند 30 مريض (60%)، وهذا مطابق للدراسات العالمية، ففي دراسة رومانية (Romanian Journal of Gastroenterology-2005) [19] والتي أجريت على 33 من المرضى وأثبتت أن الـ P-ANCA كان إيجابياً عند 12 منهم (36.4%). وفي دراسة أمريكية (American Journal of Gastroenterology-2002) [20] والتي أجريت على 32 مريض كان الـ P-ANCA إيجابياً عند (62%).

الاستنتاجات والتوصيات:

نستنتج من خلال دراستنا: أن المرضى الذين لديهم تظاهرات خارج معوية يكون المرض أشد وأكثر امتداداً قياساً إلى المرضى الذين لا يملكون مثل هذه التظاهرات وهذا ما يتفق مع الدراسات العالمية. وبالإضافة لذلك نوصي بما يأتي:

1- العمل على تشخيص التهاب الكولون القرحي باكراً ما أمكن قبل ظهور الاختلالات وتفاقم الإصابة.

- 2- ضرورة إجراء تنظيف هضمي سفلي أمام أي حالة نزف هضمي سفلي وعدم الخلط بينها وبين حالة التهاب الكولون الزحاري.
- 3- مراقبة مرضى التهاب الكولون القرصي وخاصة الذين عانوا من المرض لفترة طويلة وإجراء الاستشارات اللازمة لهم عند وجود أعراض.
- 4- بما أن التظاهرات خارج معوية يمكن أن تتطور قبل ظهور الأعراض المعوية لالتهاب الكولون القرصي فمن الضروري أن يجري هؤلاء تنظيف هضمي سفلي بغرض تشخيص التهاب الكولون القرصي في الوقت المناسب.

المراجع:

1. STENSON, W.F.; KORZENIK, J. *Inflammatory bowel disease*. In: Yamada T, éd. Textbook Of Gastroenterology. Vol 2. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003,1699-1759.
2. NGUYEN. G.; TORRES, E.A.; REGUIERO, M.; et al. *Inflammatory bowel disease characteristics Hispanics, and Non-Hispanic whites: characterization of a large North American cohort*. 101, 2006,1012-1023. [PubMed]
3. ROTHFUSS, K.S.; STANGE, E.F.; HERRINGER, K.R. *Extraintestinal manifestations and complication of diseases*. World J Gastroenterol. 12, 2006,4819-4831. [PubMed]
4. SCHUR, P.L. *Arthritis associated with gastrointestinal disease*. Up To Date. 2006.
5. ORCHAD, T.R.; WORDSWORTH, B.P.; JEWELL, D.P. *Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history*. Gut 42, 1998,387-91.
6. PALM, O.; MOUM, B.; ONGRE, A.; CRAN, J.T. *Prevalence of ankylosing spondylitis and other spondyloarthropathies among patients with inflammatory bowel disease: a population study (the IBSEN study)*. J. Rheumatol 29, 2002,511-5.
7. SHEEHAN, N.J. *The ramifications of HLA-B27*, J R Soc Med 97, 2004,10-4.
8. DE VLAM, K.; MIELANTS, H.; CUVELIER, C.; et al. *Spondyloarthropathy is underrepresented in inflammatory bowel disease: prevalence and HLA association*. J Rheumatol 27, 2000, 2860-5.
9. VELOSO, F.T. Review article: *skin complications associated with inflammatory bowel disease*. Ther. 20,Suppl 4, 2004,50-53.
10. TROST, L.B.; MCDONNELL, J.K. *Important cutaneous manifestations of inflammatory bowel disease*. 2005;81:580-585. [PubMed]
11. MINTZ, R.; FELLER, E.R.; BAHR, R.L.; SHAH, S.A. *Ocular manifestations of inflammatory bowel disease*. Dis. 10, 2004,135-139. [PubMed]
12. BERNSTEIN, C.N.; BLANCHARD, J.F.; RAWSTHONIE, P.; YU, N. *The prevalence of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: a population-based study*. Am J Gastroenterol. 20,11,96,1116-1122.
13. GONZALEZ, J.O.; WEINER, M.G.; MASTER, S. et al. *Deep venous thrombosis and pulmonary embolism in inflammatory bowel disease: Coincidence or cause?* Gastroenterology 2001,120, A452.
14. DAS, K.M.; VECCHI, M.; SAKAMAK, S. *A shared and unique epitope(s) on human colonic, small and biliary epithelium detected by a monoclonal antibody*. Gastroenterology 98, 2006,464-469.

15. THOMAS, P.D. KEAT, A.C.; FORBES, A.; CICLITIRA, P.J.; NIVHOLLS, R.J. *Espraintestinal manifestations of ulcerative colitis following restorative proetocolectomy*. Eur J Gastroenterology Hepatology 11, 2007,997-999.
16. GUMASTE, V. et al. *Coombs-positive autoimmune hemolytic anemia in ulcerative colitis*. Dig Dis Sci 34, 2007,1457.
17. TROMM, A.; MAY, D.; ALMER, E.; VORGET, E.; GREVING, I.; SCHWEGLER, U.; GRIGA, T. *Cutaneous manifestations in inflammatory bowel diceases*. Z. Gastroenterology 39, 2008,137-44.
18. MOSEBACH, S.; TROMM, A.; WITTENBORG, A.; MAY, B. *Rheumatic complaints with Morbus Crohn and ulcerative colitis dominance of non-inflammatory factors*. In *Inflammatory Bowel Disesses*. New developments and standards 85, 2007,74.
19. CARMEN MONICA, P.; SEVERINE, V.; PAUL, R.; SOPHIE, J. *Prevalence And Significance Of Perinuclear Anti-Netrophil Antibodies (pANCA) in Romanian Patients with Ulcerative colitis*. Romanian Journal of Gastoenterology. December. 14 No. 4, 2005, 357-360.
20. COHAVY, O.; BRUCKNER, D.; GORDON, L. K.; MISRA, R.; WEI, B.; ECGENA, M. E. *Colonic Bacteria Express an Ulcerative Colitis pANCA-Related Protein Epitope*. American Journal of Gastoenterology. August . 97 No. 2, 2002, 485-499.

