

الاضطرابات المعدية-العفجية عند مرضى القصور الكلوي الحاد والمزمن بنتائج التنظير الهضمي العلوي بالمنظار الليفي الضوئي

الدكتور اسماعيل حماد*

(قبل للنشر في 2003/1/9)

□ الملخص □

هدفنا من هذه الدراسة معرفة التبدلات المرضية بالتنظير الهضمي العلوي لمرضى كل من القصور الكلوي الحاد والمزمن ومقارنة هذه التبدلات في الحالتين، إضافة لدراسة أسباب النزف الهضمي العلوي عند المرضى. قمنا بدراسة عشرين مريضاً بقصور كلوي حاد وخمسين مريضاً بقصور كلوي مزمن من المراجعين لقسم الأمراض الباطنة في مشفى الأسد الجامعي خلال الفترة 1997-2001م، أجري لجميع المرضى الفحوص الروتينية والخاصة. وقد قسموا إلى مجموعات حسب شدة القصور الكلوي تبعاً لقيم الكرياتينين في المصل وحسب العمر والجنس وشدة الأعراض السريرية، إضافة لقدم الإصابة بالنسبة لمرضى القصور الكلوي المزمن. أجري لجميع تنظير هضمي علوي بالمنظار الليفي الضوئي من نوع Olympus، كما أخذت الخزعات من المعدة والعفج للدراسة النسيجية.

أكدت النتائج وجود التبدلات المرضية في 70% و 72% على التوالي عند مرضى الـARF والـCRF أما في العفج فكانت 80% و 72%.

بيّنت الدراسة وجود علاقة طردية بين التبدلات المرضية في المعدة والعفج وشدة القصور الكلوي في الـARF والـCRF ولم يتبين وجود أية علاقة بين التبدلات المرضية والجنس. في حين ظهرت العلاقة واضحة بالعمر ومدّة الإصابة في مجموعة القصور الكلوي المزمن.

لم تظهر النتائج أية خصوصية معينة للتوزع الطبوغرافي للتبدلات المرضية في مخاطية المعدة والعفج في عينة الدراسة.

إن أكثر أسباب النزف الهضمي العلوي شيوفاً في القصور الكلوي المزمن والحاد كانت الالتهابات التآكلية في المعدة والعفج، إضافة للقرحات البصلية في العفج.

أظهرت الدراسة تماثلاً في التبدلات المرضية في المعدة عند مرضى الـARF والـCRF، مع ارتفاع نسبتها في العفج في مرضى الـARF.

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

Endoscopic Gastroduodenal Changes on Patients with Acute and Chronic Renal Failure

Dr. Issmael Hammad*

(Accepted 9/1/2003)

□ ABSTRACT □

This study was designed to identify the pathological changes in stomach and duodenum in acute or chronic renal failure patients. Using fibroptic endoscopy and biopsy also to recognize the etiology of upper G I Bleeding.

20 patients with acute renal failure and 50 patients with chronic renal failure were studied during the period from 1997–2001. Patients were investigated and followed up at al-assad university hospital in lattakia.

All patients had routine investigations and endoscopy with gastric and duodenal biopsies.

Stomach pathological changes were noticed in 70% and 72% of ARF and CRF patients consecutively.

Duodenal changes were found in 80% and 72%.

Linear correlation was found between gastric and duodenal pathologies and the degree and duration of Renal Failure.

Obvious relation with age was found – No relation with sex.

Histology revealed pathological changes in 95% of acute renal failure.

Upper G I Bleeding was caused by erosive gastroduodenitis and by duodenal ulcer.

*Associate Prof at Department of Internal Diseases in Faculty of Medicine of Tishreen University- Lattakia, Syria.

يعتبر القصور الكلوي الحادّ والمزمن من المشاكل الطبيّة التي يزداد معدّل حدوثها. والجدير ذكره أنّ الأعراض الهضميّة تشكّل حيناً مهماً بين الأعراض السريرية في هذه الحالات. إذ يبدي 75% من مرضى القصور الكلوي الحادّ والمزمن [6,2] أعراضاً معديّة. وأهمّ الأعراض الهضميّة الأكثر مصادفةً في تلك الحالتين هي: الغثيان، الإقياء (74%، 68%) على التوالي وكذلك الانتفاخ ... الخ [5]، إلا أنّ بعض هذه الشكاوى قد تكون عائدة إلى إجراءات التّحال في القصور الكلوي المزمن أو إلى أسباب القصور الكلوي الحادّ بحدّ ذاته في مرضى القصور الكلوي الحادّ [3]. كما هو معروف أنّ القصور الكلوي المزمن ينجم عن عدد من الأفات الكلوية وأهمّها الأمراض الولاديّة الوراثيّة (الكلية عديدة الكيسات، متلازمة ألبرت)، الداء السكّري، فرط التوتر الشرياني، التهاب الكبد والكلية، التهاب الحويضة والكلية، الاعتلال الكلوي الانسدادي، الأفات الخالية ... الخ. أما القصور الكلوي الحادّ فينتج عن:

1. أسباب قبل كلويّة:

- نقص حجم الدم الجائل: النزف، اختلاطات الحمل، النزف الهضمي، فقدان البلاسما - كما في الحروق والآفات الهارسة الرضيّة.
- نضوب الماء والصّوديوم:

1- من جهاز الهضم: بسبب الإقياءات الغزيرة، الإسهالات، الانسداد المعوي الحادّ، خزل الأمعاء، التهاب البنكرياس الحادّ والنواسير.

2- في البول: بسبب استعمال المدرّات المديد والكبير، الحماض السكّري.

3- من خلال الجلد: بسبب التعرّق الغزير.

4- إلى النسيج الرّخوة أو أجواف الجسم.

- نقص الناتج القلبي: استرخاء القلب، صدمة قلبية، صدمة سمّيّة.

- انحلال داخل الأوعية أو انحلال العضلات (تحطّم الجهاز العضلي) بسبب الآثار السميّة على الكلية من الغلوبولينات المتحرّرة.

- أمراض الأوعية الكلوية الكبيرة والتي تسبّب نقص توعية الكلية مثل: خثرات الشرايين، الصمّات السادة للأنبهر أو الشرايين الكلوية (أمّهات الدّم الأبهرية).

2. أسباب كلويّة:

- أمراض الشريينات، النخر الأنبوبي الحادّ بسبب السّموم أو نقص التروية، انسداد داخل لمعة الأنابيب (ترسّب البّلورات أو البروتين)

- التهاب كلية خلالي حادّ بسبب الإنتان أو التّفاعلات الدوائيّة.

3. أسباب بعد كلويّة:

- انسداد الطريق البولي في أيّ نقطة من مجراه [1، 3].

ويفسّر [6] ظهور الاضطرابات الهضميّة (المعديّة-العفجية خاصّة) بتأثير البولة المباشر على المخاطيّة في لمعة الأنبوب الهضمي. وعلى كلّ حال فإنّ البولة لوحدها تؤدّي إلى أعراض بسيطة، أمّا تأثير المركبات الأخرى المحتبسة فيؤدّي إلى الأعراض الشائعة [8].

وأهمّ نواتج الاحتباس اليوريميائي الرئيسيّة هي: الغوانيدات، الهيپورات والأورات، فينولات، أوكسيد النتريك، ... الخ.

مع أنّ متلازمة ارتفاع البولة Uremic Syndrom، تعتبر مشتركة بين الـ ARF والـ CRF، إلا أنه يوجد بين هاتين الحديتين المرضيتين فوارق جدّ مهمّة [3] منها أنه في القصور الكلوي الحادّ نشاهد ارتفاعاً مفاجئاً للبولة واضطراب الشوارد على قاعدة شحّ بولي وغيره من العوامل (إنتانات، انسمامات، ... الخ) إضافةً إلى أنّ هناك مسائل تشخيصية وعلاجية كثيرة مازالت غير محلولة وخاصّةً مايتعلّق بالاختلاطات الخطيرة من جهة الأنبوب الهضمي (المعدة والعفج بشكلٍ خاصّ) لدى مرضى القصور الكلوي الحادّ والمزمن وخاصّةً النزف الهضمي العلوي الحادّ وكذلك التقرّحات المعدية العفجية، إضافةً إلى أنّ المشاكل الهضمية عند مرضى القصور الكلوي المزمن (CRF) تعتبر سبباً هاماً للمراضة والوفيات [2]، والأعراض الهضمية شائعة جدّاً وتزداد نسبة مصادفتها، مما يتطلّب كشفها بإجراء التنظير الهضمي العلوي.

أهداف البحث:

1. دراسة التبدلات المخاطية المعدية العفجية بالتنظير الهضمي العلوي بالمنظار الليفّي الضوئي عند مرضى القصور الكلوي الحادّ والمزمن بأسبابها المختلفة.
2. دراسة أسباب النزف الهضمي العلوي عند المرضى بالقصور الكلوي الحادّ والمزمن.
3. مقارنة التبدلات في المعدة والعفج بالتنظير الهضمي العلوي في القصور الكلوي الحادّ والمزمن.
4. إعطاء المقترحات المناسبة في التشخيص والتدبير.

مادة وطرائق البحث:

شملت الدراسة خمسين مريضاً بالقصور الكلوي المزمن وعشرين مريضاً بالقصور الكلوي الحادّ من المراجعين لمشفى الأسد الجامعي خلال الفترة ما بين 1997-2001م والذين أبدوا أم لم يبدوا شكاوى هضمية، وممن عولجوا بشكلٍ محافظ أو خضعوا للتّحال بالنسبة للقصور الكلوي المزمن.

تمّ تقسيم المرضى حسب شدّة القصور الكلوي المزمن بناءً على المعدّل الوسطي لمستويات الكرياتينين في المصل، إضافةً إلى التصنيف السببي بالنسبة لمرضى القصور الكلوي الحادّ:

- قصور كلوي خفيف الشدّة: كرياتينين المصل > 500 ميكرومول / ل
- قصور كلوي متوسّط الشدّة: كرياتينين المصل 500 - 800 ميكرومول / ل
- قصور كلوي شديد: كرياتينين المصل < 800 ميكرومول / ل

كما صنّف مرضى القصور الكلوي المزمن حسب شدّة الأعراض الهضمية، حيث درست الأعراض التّالية: قه، غثيان، إقياء، إنزعاج، ألم شرسوفي، عسرة هضم، وقيمت هذه الأعراض من ناحية الشدّة عند كلّ مريض وفق سلّم علامات محدد كما يلي:

(0)- العرض غير موجود.

(1)- العرض خفيف يذكره المريض عند السّؤال عنه.

(2)- يشكو المريض بشدّة لكنّه لا يتداخل مع حياته اليومية.

(3)- يتداخل مع حياة المريض اليومية.

وبذلك يحصل كلّ مريض على علامة (0-12) ويصنّف حسب شدّة الأعراض على التّحو التّالي:

0- لا عرضي.

1-4- أعراض بسيطة.

5-8- أعراض معتدلة.

< 8- أعراض شديدة.

أما بالنسبة لمرضى القصور الكلوي الحادّ فجميعهم أبدوا أعراضاً من المتوسطة - الشديدة. أجريت الدراسة السببية للنزف الهضمي العلوي عند سبعة مرضى بقصور كلوي حادّ وعشرين مريضاً بقصور كلوي مزمن ممن راجعوا بشكوى قيء مدمّى و/أو تغيّط زفتي مع انخفاض معتبر في قيم الهيماتوكريت أجري لجميع المرضى تنظير هضمي علوي بواسطة المنظار الليفي الضوئي من نوع Olympus.

النتائج والمناقشة

أولاً - مرضى القصور الكلوي الحادّ ARF

ضمّت هذه المجموعة عشرين مريضاً - 13 رجلاً و7 نساء- تراوحت أعمارهم بين 16-60 عاماً. قسموا إلى مجموعات حسب أسباب القصور الكلوي الحادّ، حسب الجدول رقم 1

جدول 1 يبيّن توزّع مرضى الـ ARF حسب الأسباب

الأسباب	N	%
1. أسباب قبل كلويّة (إسهالات، إقياءات، ... (نضوب الماء والصوديوم)	7	35
2. أسباب بعد كلويّة (حصىّات، ضخامة بروتينات)	8	40
3. أسباب كلويّة (سميّة، دوائية، ...)	3	15
4. أسباب أخرى مجهولة	2	10

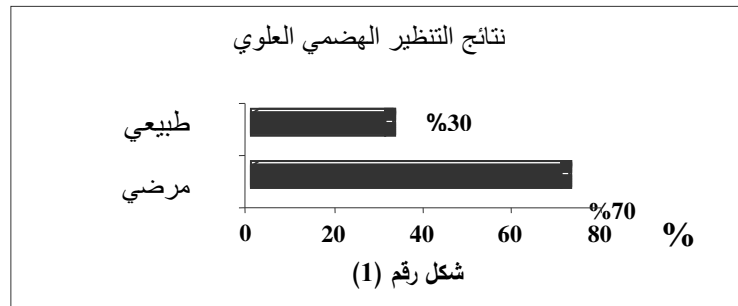
من الجدول رقم (1) يظهر أنّ الأسباب الرئيسة للـ ARF في مرضانا كانت بعد كلوية (انسداد الطريق البولي)، حيث شكّلت 40% من الحالات، يلي ذلك الإسهالات والإقياءات... (نضوب الماء والصوديوم) في 35%، ثمّ الأسباب السميّة والدوائية 15% وفي حالتين كانت الأسباب متعدّدة وغير واضحة.

أجري لجميع المرضى تنظير مري-معدة-عفج بالمنظار الليفي الضوئي وكانت النتائج كمايلي:

جدول 2 يبيّن النتائج العامة لتنظير المعدة

تنظير هضمي علوي طبيعي		تنظير هضمي علوي مرضي	
%	N	%	N
30	6	70	14

كما يبدو من الجدول رقم (2) نرى أنّ نسبة التبدّلات المرضية بالتنظير الهضمي العلوي كانت في 70% من الحالات، وفي 30% لم يظهر التنظير الهضمي أية تبدّلات في مخاطية المعدة والشكل رقم 1 يوضح ذلك:



قمنا بدراسة علاقة الموجودات التنظيرية بأسباب الـ ARF: جدول رقم 3

جدول 3 يبيّن الموجودات بالتنظير حسب أسباب الـ ARF

المجموع	قرحة		تقرحات سطحية		احمرار في المخاطية		نزوف في المخاطية		المجموعة حسب سبب الـ ARF
	N	%	N	%	N	%	N	%	
7	28.56	2	-	-	14.28	1	14.28	1	1. أسباب قبل كلوية (إقياءات، إسهالات)
8	12.5	1	12.5	1	25	2	25	2	2. أسباب بعد كلوية (بروستات، حصيات، ...)
3	-	-	33.33	1	33.33	1	33.33	1	3. أسباب كلوية سمية، دوائية، ...
2	-	-	-	-	50	1	-	-	4. أسباب مجهولة

من الجدول رقم 3 نرى أنّ التبدلات في المعدة بالتنظير كانت في جميع حالات مجموعة الأسباب الكلوية (سميّة، دوائية) موزعة بشكل متماثل بين احمرار في المخاطية والتقرح. تراوحت نسبة التبدلات المعدية في المجموعات الأخرى بين 56.56% في مجموعة الأسباب قبل كلوية و75% في مجموعة الأسباب بعد كلوية. حيث النسبة الأعلى للتبدلات النزفية والتأكلية. للحصول على علاقة أكثر دقة قمنا بدراسة نتائج التنظير الهضمي العلوي حسب شدة القصور الكلوي الحاد تبعاً لقيم الكرياتينين في المصل جدول رقم (4)

جدول 4 يبيّن علاقة التبدلات في المعدة حسب شدة الـ ARF

المجموع	تنظير طبيعي		تنظير مرضي		شدة الـ ARF
	%	N	%	N	
5	80	4	20	1	1. خفيف، كرياتينين المصل > 500 ميكرومول / ل
10	10	1	90	9	2. متوسط الشدة، كرياتينين المصل 500-800 ميكرومول / ل
5	-	-	100	5	3. شديد، كرياتينين المصل < 800 ميكرومول / ل

من الجدول رقم 4 نلاحظ أنّ تواتر الأذية المعدية يزداد بازدياد شدة القصور الكلوي. تتفق نتائجنا مع [7] و[9]، حيث تفسر هذه التبدلات المعدية كنتيجة لتأثير البولة مع المركبات الأخرى المحتبسة، والتي تحدث أذية وعائية شعريّة في المخاطية إضافةً إلى تأثير العامل المنشط للصفائح (PAF) والذي يساهم في ظهور الاحتقان الوعائي الشديد، كما يزيد من تأثر المخاطية بحمض كلور الماء [1]. من ناحية أخرى فإنّ الدفاع الخلوي غير المناسب كإعادة التوضع السريعة للخلايا الظهارية كشكل من أشكال الإصلاح الباكر [2] والتكاثر غير الكافي للخلايا يعتبران من عوامل الأذية المخاطية. ويعتبر [8] أنّ التبدلات المرضية ابتداءً من النزوفات الدقيقة في المخاطية حتى القرحة، طوراً عملية إمرضية واحدة.

تمت دراسة التبدلات في العفج لدى مرضى الـ ARF وكانت النتائج التالية:

جدول 5 يبيّن الموجودات بالتنظير الهضمي العلوي في العفج عند مرضى الـ ARF

تنظير عفج طبيعي		تنظير عفج مرضي	
%	N	%	N
20	4	80	16

كما يبيّن الجدول رقم (5) نلاحظ أنّ 80% من مرضى الـARF كانت التبدّلات العفجيّة لديهم واضحة بالتنظير الهضمي العلوي.

درس توزّع التبدّلات في العفج بالتنظير الليفي حسب سبب الـARF وكانت النتائج، جدول رقم(6)

جدول 6 يبيّن توزّع التبدّلات بالتنظير حسب سبب الـARF

المجموعة	نزف سطحي	التهاب احمراري	تقرّحات	قرحة
1. قبل كلوية	1	1	-	3
2. بعد كلوية	1	2	-	2
3. كلوية-سميّة-دوائية	1	1	1	
4. أسباب مجهولة	-	-	1	

من الجدول رقم (6) يتّضح أنّ جميع مرضى الـARF بأسباب كلوية أظهر التنظير العلوي للعفج تبدّلات مرضيّة موزّعة بشكل متماثل بين النزوفات في المخاطيّة والتقرّح السطحي والقرحة. أمّا المجموعة الثانية فتوزّعت الإصابة بين احمرار المخاطيّة ... والقرحة، والمجموعة الأولى كان نصيب القرحة يزيد عن نصف حالات المجموعة.

تمّت دراسة التبدّلات في العفج بالتنظير حسب شدة الـARF تبعاً لقيم الكرياتينين في المصل وكانت النتائج التالية:

جدول 7 يبيّن علاقة الموجودات بالتنظير بشدّة الـARF

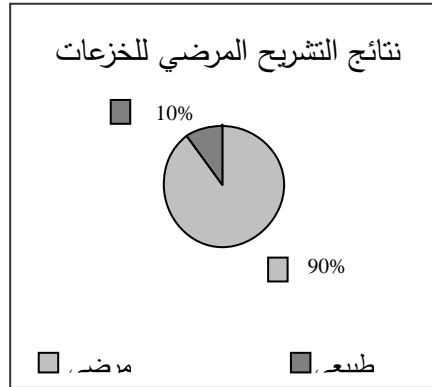
المجموع	تنظير طبيعي		تنظير مرضي		ARF
	%	N	%	N	
7	71.42	5	28.57	2	1. خفيف: كرياتينين >500 ميكرومول/ل
10	10	1	90	9	2. متوسط: كرياتينين 500-800 ميكرومول /ل
3	-	-	100	3	3. شديد: كرياتينين <800 ميكرومول /ل

من الجدول رقم (7) يلاحظ أنّ التبدّلات المرضية في العفج سجّلت في جميع حالات القصور الكلوي الحاد الشديد وفي 90% من حالات الـARF متوسط الشدة، بينما في الـARF الخفيف لم تتجاوز 28.57%. ولتوثيق التشخيص قمنا بدراسة الخزعات المأخوذة بالتنظير في مخبر التشريح المرضي وقد جاءت النتائج كما يلي: جدول رقم (8):

جدول 8 يبيّن نتائج التشريح المرضي للخزعات المأخوذة بالتنظير من المعدة والعفج

في المعدة	مصلي	2	10%
	التهاب نزفي	8	40%
	وذمي	2	10%
	تقرّحي + قرّحي	6	30%
في العفج	التهاب البصلة	13	65%
	تقرّحات + قرّحات	6	30%

من الجدول رقم (8) نلاحظ أن التشريح المرضي أثبت وجود تبدلات مرضية في المعدة في 18 حالة (90%) و 19 حالة في العفج (95%). في حالة واحدة فقط في العفج (5%) واثنين في المعدة (10%) كانت نتائج التشريح المرضي طبيعي. شكل رقم (2)



شكل رقم (2)

ثانياً - مرضى القصور الكلوي المزمن

تألّفت المجموعة من خمسين مريضاً يعاني من قصور كلوي مزمن (CRF)، منهم ثلاثون ذكراً وعشرون أنثى تراوحت أعمارهم بين 16-75 سنة، كانوا يعالجون علاجاً محافظاً وبالتّحال الدموي. توزّعت شدّة القصور الكلوي بين: الخفيف-10مرضى - (20%)، متوسط الشدّة-23مريضاً-(46%) وشديد-13مريضاً(26%).

أجري للجميع تنظير هضمي علوي بالمنظار الليفي الضوئي وكانت النتائج المبدئية كما يلي: جدول

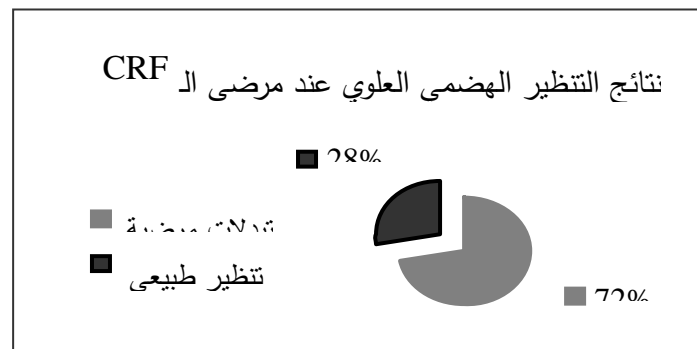
رقم (9)

جدول 9 يبيّن نتائج التنظير للمعدة والعفج عند مرضى الدراسة

ت.ه.ع. مرضي		ت.ه.ع. طبيعي	
%	N	%	N
72	36	28	14

من الجدول يتّضح أنّ 72% من مرضى الـ CRF أظهر لديهم التنظير الهضمي العلوي تبدلات مرضية

في حين أنّ التنظير كان طبيعياً عند 14مريضاً(28%) وهذا ما هو موضح في الشكل رقم (3)



شكل رقم (3)

الجدير بالذكر أنه شوهد شحوب المخاطية المعدية عند كل المرضى (100%)، الأمر الذي يفسر بفقر الدم الناجم عن الآفة الكلوية.

سنذكر الموجودات التنظيرية المرضية عند المرضى في الجدول رقم (10) حسب التوزيع المناطقي:

جدول 10 يبين توزيع الموجودات التنظيرية حسب المناطق في المعدة والعفج

التبدلات المرضية	N	%	الوژاد	القاع	جسم المعدة	غار المعدة
احمراري حمامي	17	34	-	-	5	12
تأكلي	12	24	-	-	5	7
نزوفات في المخاطية	11	22	-	-	6	5
قرحة	1	2	-	-	-	1
توسع وعائي سطحي	9	18			7	2
التهاب عفج	35	70	كلها في البصلة			
قرحة عفجية	15	30				

إضافةً لما في الجدول رقم (10) فقد شوهد القلس الصفراوي العفجي-المعدي أثناء التنظير عند عشرة مرضى (20%).

من الجدول رقم (10) يتبين أن نسبة انتشار التهاب المعدة والعفج في دراستنا تزيد عن 70%، وهو ما يتفق مع الدراسات العالمية ([9]: 83%). وكان الالتهاب الحمامي-الاحمراري أكثرها مصادفةً (34%)، يلي ذلك الالتهاب التآكلي-التقرحي فالنزفي (22,24% على التوالي).

أما بالنسبة للقرحة المعدية فشوهت في حالة واحدة (2%)، وهذا ليس مختلفاً عن انتشارها العالمي في مجموع السكان، بينما كان انتشار القرحة العفجية في مرضانا بنسبة 30%، أي أن هذه النسبة عالية بشكل واضح عن النسبة العالمية لانتشار القرحة العفجية في مجموع السكان. أما ما يخص انتشار القرحة العفجية عند مرضى القصور الكلوي فقد ذكرت نتائج مختلفة ومتباينة (0-70%) [9].

بملاحظة التوزيع المناطقي للتبدلات التنظيرية نرى أن الالتهاب الحمامي كان سائداً في الغار فالجسم أما التقرحي والنزفي فتوزع بشكل متماثل تقريباً بين الغار والجسم. بالنسبة للتوسع الوعائي فقد شوهد بشكل رئيس في جسم المعدة. وبالمقابل جميع الآفات العفجية كانت متوضعة في البصلة.

علاقة الموجودات التنظيرية بشدة الأعراض الهضمية عند مرضى الـ CRF الموضوعين على التّحال

الدموي وعند المرضى بعلاج محافظ، جدول رقم (11)

جدول 11 يبين العلاقة بين الأعراض الهضمية والموجودات التنظيرية لدى مرضى الـ CRF

شدة الأعراض	مرضى التّحال الدموي		مرضى العلاج المحافظ	
	تنظير طبيعي	تنظير مرضي	تنظير طبيعي	تنظير مرضي
	%	N	%	N
بلا أعراض	16.66	2	33.33	3
أعراض بسيطة	41.66	10	38.88	7
أعراض معتدلة	25	6	22.22	4
أعراض شديدة	16.67	4	22.22	4
المجموع		24		18

نلاحظ من الجدول رقم (11) أن 20 مريضاً (83.33%) من مرضى النّحال و18 مريضاً من مرضى العلاج المحافظ (90%) لديهم شكايات هضمية، مما يدل على أنه لآعلاقة للأعراض الهضمية العلوية المشاهدة بطريقة العلاج المتّبع. ويمكن أن تعزى هذه الأعراض إضافةً لتأثير البولة إلى خلل في توازن السوائل والشوارد وشذوذات إفراغ المعدة بالإضافة للمشاكل النفسية والعاطفية عند المرضى [1، 9، 3].

كما يلاحظ من الجدول رقم (11) أيضاً أنّ 50% من مجموعة الأعراض البسيطة في الفئتين لم يظهر التنظير الهضمي العلوي لديهم أية تبدلات على مستوى المعدة والعفج وهذا يقودنا إلى نتيجة أنه لا توجد علاقة طردية للتبدلات المعدية العفجية بالتنظير مع الأعراض السريرية المشاهدة.

وبالمقابل نرى أنّ 16.66% أيضاً من مرضى العلاج المحافظ لم يشكوا من أعراض هضمية علوية، أي أنّ لديهم تبدلات تنظيرية معدية عفجية دون تظاهرات سريرية، الأمر الذي قد يفسّر بكثرة تناولهم مضادات الحموضة من أجل السيطرة على فرط الفوسفات مما يقنع الأعراض عندهم [2، 7].

علاقة التبدلات المرضية بالتنظير الهضمي العلوي بشدّة القصور الكلوي المزمن

جدول 12 يبيّن علاقة الموجودات التنظيرية بشدّة القصور الكلوي

المجموع	نتائج تنظير طبيعي		نتائج تنظير مرضي		شدة القصور الكلوي
	%	N	%	N	
18	55.46	10	44.44	8	خفيف: كرياتينين >500 ميكرومول / ل
10	40	4	60	6	متوسط: كرياتينين 500-800 ميكرومول / ل
22	9.1	2	90.9	20	شديد: <800 ميكرومول / ل

نلاحظ من الجدول رقم (12) أنّ التبدلات المرضية بالتنظير الهضمي العلوي بشكل عام كانت في 44.44%، 60% و90.9% على التوالي حسب شدة القصور الكلوي المزمن من الخفيف إلى الشديد، أي أنّها تزداد طرداً مع زيادة شدة القصور الكلوي المزمن.

من أجل معرفة علاقة تأثير مدّة القصور الكلوي المزمن (منذ تاريخ كشفه عند المريض) على التبدلات المعدية-العفجية بنتائج التنظير الهضمي العلوي حصلنا على النتائج التالية، جدول رقم (13)

جدول 13 يبيّن العلاقة بين مدّة القصور الكلوي المزمن والتبدلات بالتنظير

المجموع	تنظير طبيعي		تنظير مرضي		مدة CRF
	%	N	%	N	
20	50	10	50	10	حتى سنة
8	37.5	3	62.5	5	1 - 2 سنة
6	33.33	2	66.66	4	2 - 3 سنوات
7	28.6	2	71.4	5	3 - 4 سنوات
5	20	1	80	4	4 - 5 سنوات
4	-	-	100	4	أكثر من 5 سنوات

من الجدول رقم (13) نلاحظ أنّ نسبة تواتر التبدلات المعدية العفجية حسب نتائج التنظير الهضمي العلوي متقاربة في السنوات الثلاث الأولى للقصور الكلوي المزمن، تزداد حتى 80-100% بعد مضيّ 4-5 سنوات وأكثر.

قمنا بدراسة العلاقة بين العمر والتبدلات المرضية بالتنظير الهضمي العلوي بعد تقسيم المرضى إلى أربع فئات عمرية، تشمل كل فئة (20 سنة) وحصلنا على النتائج التالية:

جدول 14 يبين علاقة الموجودات بالتنظير مع العمر لدى مرضى الـ CRF

العمر	تنظير طبيعي		تنظير مرضي	
	%	N	%	N
≥ 20 سنة	60	3	40	2
21-40 سنة	33.33	5	66.66	10
41-60 سنة	23.53	4	76.47	13
< 61 سنة	15.38	2	84.61	11

من الجدول رقم (14) نلاحظ أن التبدلات المرضية تزداد مع التقدم بالعمر لتصل إلى 84.61% بعمر < 60 سنة. قد يكون إضافة لتأثير البولة علاقة للعدوى بالحلزونية البوابية ... الخ. وهكذا يمكن اعتبار السن عاملاً هاماً في نشوء آفات المعدة والعفج عند مرضى القصور الكلوي المزمن وهذا ما يتفق مع الدراسات العالمية الأخرى [4، 10].

بتحليل نتائجنا لم نجد علاقة تذكر للجنس على التبدلات المعدية العفجية عند مرضى القصور الكلوي المزمن. شوهد النزف الهضمي العلوي في دراستنا عند 14 مريضاً (28%). وقد تمكنا من تحديد السبب في 10 حالات فقط (71.42%).

جدول 15 يبين أسباب النزف الهضمي العلوي لدى مرضى الدراسة

الأسباب	العدد	النسبة المئوية
قرحة عفجية-بصلية	4	28.57%
قرحة معدية	1	7%
التهاب تقرحي نازف	7	50%
مجهول السبب	2	14.028%

من الجدول رقم (15) نلاحظ أن أكثر أسباب النزف الهضمي العلوي شيوعاً لدى مرضى القصور الكلوي المزمن كان التهاب المعدة والعفج التآكلي (50%) من حالات النزف. يلي ذلك القرحة العفجية في البصلة (28.57%). أما القرحة المعدية فكانت سبباً للنزف في حالة واحدة، في حين لم نتمكن من كشف السبب في حالتين (14.28%) من المرضى النازفين.

ثالثاً - دراسة مقارنة لنتائج التنظير الهضمي العلوي في مرضى القصور الكلوي الحاد والمزمن حصلنا على الجدول التالي:

جدول 16 يبين مقارنة نتائج التنظير الهضمي العلوي في مرضى القصور الكلوي الحاد والمزمن

CRF		ARF		
%	N	%	N	
22	11	40	8	نزوفات في المخاطية
34	17	10	2	احمرار واحتقان المخاطية

24	12	10	2	تقرحات سطحية
2	1	15	3	قرحات متتخّرة

من الجدول رقم (16) نلاحظ أنّ التّزوفات السّطحيّة أكثر مصادفةً (40%) في مجموعة مرضى القصور الكلوي الحادّ، في القصور الكلوي المزمن كانت في 22% من الحالات، أمّا التّقرّحات السطحية فشوهدت في 24% من حالات الـCRF، في حين لم تشاهد في الـARF سوى في 10% من الحالات بالنسبة للقرحة المعدية كانت في 15% من مجموعة الـARF وفي حالة واحدة 2% فقط من مجموعة الـCRF. وبشكل عامّ وبعد الرجوع إلى الجداول (2، 9) نرى أنّ التبدّلات المرضية بالتنظير الهضمي العلوي للمعدة، كانت متقاربة جداً في المجموعتين ARF وCRF، حيث أنّها 70% و72% على التوالي. أمّا فيما يتعلّق بالتبدلات المرضية في العفج حسب نتائج التنظير الهضمي العلوي فجاءت كمايلي:

جدول 17 يبيّن مقارنة نتائج التنظير للعفج عند مرضى الـARF والـCRF

CRF		ARC		التبدلات المرضية
%	N	%	N	
70	35	65	13	التهاب العفج
30	15	35	6	تقرّحات + قرحات

يبيّن الجدول رقم (17) أنّ التبدلات الالتهابية والتآكلية متماثلة تقريباً في المجموعتين.

الاستنتاجات:

1. يمكن اعتبار الأذية المخاطية المعدية-العفجية لدى مرضى القصور الكلوي الحاد متشابهة وتتّصف بتبدّلات وعائية سطحية وحدوث تفاعلات التهابية حادة تتعلّق بشدّة القصور الكلوي الحاد.
2. لا توجد خصوصية معيّنة للتوزّع الطبوغرافي للتبدلات في مخاطية المعدة، في مرضى الدراسة وخاصةً في القصور الكلوي المزمن (غار المعدة، جسم المعدة).
3. تزداد نسبة التبدلات المعدية-العفجية عند مرضى القصور الكلوي المزمن مع التقدم بالعمر وشدة القصور الكلوي المزمن ومدّته.
4. أكثر أسباب النزف الهضمي العلوي لدى مرضى القصور الكلوي شيوفاً هي الالتهاب التآكلي والقرحات العفجية.
5. تماثل التبدلات المرضية في المعدة والعفج عند مرضى القصور الكلوي المزمن والحاد.

التوصيات:

- وجوب التشخيص المبكر للقصور الكلوي الحاد وكشف الأذية المعدية-العفجية للعلاج والوقاية من النزف الهضمي العلوي.

- تقييم مرضى القصور الكلوي المزمن (سواء كانوا عرضيين أم لا) دورياً بإجراء تنظير هضمي علوي بغية الكشف المبكر للاختلالات الهضمية العلوية.
- إنّ دراسات أعمق تأخذ بعين الاعتبار دراسة نواتج الاحتباس الآزوتي ومستويات الهرمونات الهضمية المعدية والمعوية وتركيز كلور الماء في المعدة، ودور الـ *H.Pylori* كعامل إمراضي سوف تساعد في الوصول إلى فهم أكثر دقة وتحديد أكثر موثوقية للآفات المعدية-العفجية عند مرضى القصور الكلوي الحاد والمزمن.

المراجع:

.....

- 1- CHALASANI, et al.1996 - *Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with Chronic Renal Failure*. Rueil-Malmaison, France. *Journal of Vascular Medicine and Biology*, 8(1), pp. 3229-3232.
- 2- ETMAD, et al. 1998- *Gastrointestinal Complications of Renal Failure*. *Gastroenterology Clinics of North America*, 27(4), pp. 875-892.
- 3- GRINCHINSKAIA, D. A. 1990 - *Functional and Morphological Disorders in Acute and Chronic Renal Failure*. *Medical Monthly*, pp. 211-216.
- 4- JOHNY, et al. 1997 - *H. Pylori in Patients with Advanced Chronic Renal Failure*. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 8(4), pp. 414-418.
- 5- MOUSAWICH, R.F. 1993 - *Gastrointestinal Diseases*. pp. 114-120.
- 6- OLIVIERA, et al. 1992 – *Significance of Digestive Hemorrhage In Patients With Chronic Renal Insufficiency*. *Acta. Med. Port*, Feb. 5.
- 7- OLIVIERA, et al. 1995 – *Endoscopic Diagnosis of Gastritis*. *S. Clinic Gastroenterology*, 20 (2), pp. 92-93.
- 8- OPPONG, et al. 1997 - *Gastrointestinal Disorders in Chronic Renal Failure*. *Nephrology*, No 3, pp. 398-404.
- 9- RATSA, D.1995 - *Clinic Surg. Jurnal M.M.*, pp. 113-116.
- 10- REY, et al. 1982 – *Importance of Gastroscopy In Chronic Uremic Patients*, *Sem. Hosp.*, April, 58 (13), pp. 788-792.
- 11- RISS, M. R. 1991 - *Pathogenesis and Pathophysiology of Gastroduodenal Ulcer*. *Clinic Gastroenterology*, pp. 74-80.

12- Var, et al. 1996 - *The Effect of Haemodialysis on Duodenal and Gastric Mucosal Changes in Uremic Patients*, Clin. Nephrology. pp. 81-85.