

13

S.P

120

24

B

آفات الأمعاء الالتهابية

30/11/2019

د. يوسف جراد

02

RB Medicine

الباطنة الهضمية | Gastroenterology

السلام عليكم

تتابع معكم أصدقائي الجزء الثالث من المحاضرة 13 والتي نتحدث عن التهابات

الأمعاء والكولون .. نتمنى لكم دراسة ممتعة ☺

مخطط المحاضرة

الصفحة	الموضوع
2	تصنيف التهابات الأمعاء والكولون
3	داء كرون
10	التهاب الكولون التقرحي
15	التهاب الكولون الكولاجيني
15	سل الأمعاء
17	التهاب الكولون بالزحار الأميبي
18	داء المليينات
19	التهاب الكولون المترافق مع الصادات
21	التهابات الأمعاء والكولون الشعاعية
22	التهابات بنقص التروية
23	التهاب الرتوج الكولونية
24	التهاب رتوج السين



التهابات الأمعاء والكولون

تقسم التهابات الأمعاء و الكولون إلى عدة أنواع:

1. **التهابات البدئية primary**: مجهولة السبب غالباً و غالباً يكون سببها مناعي ذاتي، وهي:

- داء كرون.
- التهاب الكولون القرصي.
- التهاب الكولون الكولاجيني.

2. **التهابات الإنتانية infectious**: و تميز فيها:

الجرثومية: 🖐️

- إصابات حادة: الشيغيلا- السالمونيلا- البروسيلا- الكوليرا- المكورات العنقودية المذهبة (في اللحوم المجمدة). وعلاجها يكون بتعويض السوائل و الشوارد فقط لأنها تسبب إسهالات حادة.
- إصابات مزمنة: اليرسينية (الطاعون)- السل.
- الفيروسية. 🖐️

الطفيلية: المتحول الزحاري- البلهارسيا. 🖐️

3. **الدوائية**: الملينات- الصادات الحيوية.

4. **الشعاعية**.

5. **نقص التروية**.

6. **الرتوج الكولونية**: (التهاب الرتوج).



استعدوا ... و لنبدأ 😊

التهابات الكولون البدئية

غالباً مجهولة السبب Idiopathic، و هناك العديد من الاقتراحات أكثرها قبولاً هو السبب المناعي الذاتي و مع ذلك يبقى السبب الحقيقي مجهولاً. و تتضمن:

- داء كرون.
- التهاب الكولون القرصي.
- التهاب الكولون الكولاجيني.

يوضع كل من داء كرون و التهاب الكولون القرصي تحت عنوان واحد و هو (Inflammatory Bowel Disease) IDB أي الداء المعوي الالتهابي (أدواء الأمعاء الالتهابية).

داء كرون (داء الأمعاء المنطقي) Crohn's Disease

- مرض التهابي مزمن يمكن أن يصيب أي مكان من أنبوب الهضم من الفم وحتى الشرج، ولكن أكثر المناطق المفضلة له هي نهاية الدقاق.
- قمة الإصابة تأتي بين سن (20-40) سنة و هذا لا يعني أنها لا تأتي قبل ال20 أو بعد ال40 و لكن عادة قمة الإصابة بين هذين العمرين.
- بالدرجة الثانية يمكن أن يصيب الكولون و هنا تحدث الإصابة خاصة بعد سن ال50.

تذكر 🖐️: أصبح لدينا ثلاثة أمراض تصيب نهاية الدقاق و هي:

داء كرون.

السل .

اللمفوما (و خاصة النمط الغربي Non IPSID Lymphoma).

7. الأسباب:

- ← هذا المرض مجهول السبب و قد يكون له أسباب إنتانية و قد تكون هناك بعض العوامل الوراثية المتهممة.
- ← و لكن غالباً السبب هو مناعي ذاتي و خاصة مع وجود (بتحريض من) إصابة جرثومية مزمنة (مثل المتفطرات نظيرة السليلة (Mycobacterium Paratuberculosis)
- ← و الدليل على السبب المناعي الذاتي في إحدائه:
- 👉 تحسن على الستيروئيدات.
- 👉 وجود إصابات و تظاهرات خارج الجهاز الهضمي.

2. التشريح المرضي:

عيانياً (بالتنظير):

❖ تقرحات كبيرة تبدأ دائرية، تصيب المخاطية و خاصة نهاية الدقاق و الكولون:

هذه التقرحات تمتد للعمق ثم تتناول بشكل خطوط و تتوسع و تتقاطع (تلتقي مع بعضها) لتعطي المخاطية منظرًا مميزاً هو الCobble Stone أي منظر حجارة الرصيف مشكلة مناطق بارزة من الإصابة تحصر بينها مسافات ضيقة (أخاديد) سليمة و هذا المنظر وصفي لداء كرون (هام)

❖ إرتشاح لمفاوي شديد:

هذا الارتشاح يكون على كامل سماكة جدار الأمعاء أي يمتد من المخاطية و حتى المصلية.
هذا الارتشاح الشديد سيؤدي إلى تسمك جدار الأمعاء و بالتالي حدوث تضيقات بالأمعاء.

إذًا: عيانياً سيكون هناك سماكة بالجدار كع تضيقات + منظر حجارة الرصيف

❖ **وجود مناطق سليمة بين المناطق المصابة:**

و هذا مميز جداً لداء كرون حيث تتميز الإصابة بأنها قطعية أو منطقية و لذلك كان يسمى التهاب الأمعاء المنطقي.

فمثلاً يمكن أن يصاب السين و نهاية الدقاق و بينهما مناطق سليمة، أو نهاية الدقاق و المعدة و الباقي سليم. و هذا كما سنرى على عكس التهاب الكولون القرصي الذي تكون فيه الإصابة ممتدة (لا يوجد مناطق سليمة بين المناطق المصابة) و المكان الذي تتوقف فيه الإصابة تصبح المخاطية بعده سليمة عياناً.

مجهرياً:

تفاعل (التهابي): ارتشاح التهابي لمفاوي بكامل جدار الأمعاء المصاب و قد يصل حتى المساريقا و العقد اللمفاوية المحيطة.

و هناك شيء مميز و هو وجود ورم حبيبي غير متجبن Non Caseatine Granuloma :

-حيث نلاحظ وجود خلايا عملاقة للانغرهانس محاطة بخلايا بلازمية و لمفاوية.

-هذا الورم الحبيبي غير المتجبن مشخص 100% لداء كرون إلا أنه لا يشاهد إلا في 60% من الحالات (و السبب في ذلك أن الخزعة لا تأتي دائماً عند ال Granuloma)

-و لذلك فإن وجوده يثبت الداء، إلا أن غيابه لا ينفيه (من الشائع أن تأتي نتيجة التشريح المرضي ب: ارتشاحات لمفاوية تتماشى مع كرون حيث لا يظهر التجبن)



إجراء الخزعة الجراحية في حال الشك بكرون إجراء خاطئ ← تشكل نواسير.

3. الأشكال السريرية:■ **الشكل الجراحي (مثل التهاب الزائدة):**

✓ قد تكون المنطقة المصابة في نهاية الدقاق أو الأعور و هنا يأتي المريض بألم مُعَض جداً مع آلام شديدة بالجس في الحفرة الحرقفية اليمنى مع غثيان و إقياء و ارتفاع حرارة و ارتفاع كريات بيض و تخريش بريتنواني.
✓ و هذه حالة سريرية مشابهة تماماً لالتهاب الزائدة الدودية، لذلك يقوم الجراح باستئصال الزائدة إلا أن المريض سينكس بعد فترة ← لا يلتئم الجرح و تتشكل نواسير.

- ✓ لذلك في حال استئصال الزائدة من المهم جداً إرسالها إلى (التشريح المرضي) فممكّن أن تكون مصابة بكارسينويد أو سل أو كرون.
- ✓ ما يميز داء كرون الشكل الجراحي عن التهاب الزائدة هو انخفاض الخضاب و ارتفاع MCV في سياق كرون و بالتالي عند وجود هذه القيم المخبرية يدخل داء كرون بالتشخيص التفريقي لالتهاب الزائدة الدودية.

■ الشكل الطبي (النموذجي):

- ✓ و هو الشكل النموذجي، الذي نجد فيه حسب مكان الإصابة (تضييق بنهاية الدقاق أو إصابة الكولون):
- ✓ ألم معوي (إذا كانت الإصابة بالأمعاء) أو كولوني (إذا كانت الإصابة بالكولون).
- ✓ إسهال معوي مزمن (بزيادة تكاثر جرثومي لتضييق اللمعة) أو كولوني (بإصابة الكولون)
- ✓ ارتفاع حرارة
- ✓ سوء حالة عامة و نقص وزن.

■ اختلاطات:

غالباً ما يأتي المريض بعد حدوث الاختلاطات، و أهمها:

- ✓ شقوق شرجية: إن الشقوق الشرجية المهمة و الشائعة هي الناتجة عن حالات الإمساك و توضعها بالنسبة للشرج غالباً عند الساعة 12 و الساعة 6، أما إذا وجدناها بغير هذه الأماكن كالساعة 2 أو 4 أو 9 في الشرج (أماكن غير نظامية) فتوجهنا لاحتمال وجود داء كرون، و لا ننفي إمكانية أنها ناتجة عن الإمساك.
- ✓ انسداد أمعاء (بسبب التضيقات).
- ✓ نزف شديد.
- ✓ خراجات (ناكسة).
- ✓ نواسير: حيث تمتد الخراجات عميقاً و تنفتح لتشكل نواسير بين الأمعاء الدقيقة و الأمعاء الدقيقة المجاورة (نواسير معوية-معوية) أو بين الأمعاء الدقيقة و الكولون (نواسير معوية-كولونية) أو بين الكولون و حول الشرج (نواسير حول الشرج أو (نواسير معوية جلدية) تشكل هذه النواسير خاصة الجلدية) يجعلنا نبتعد قدر الإمكان عن الجراحة.

■ أعراض و إصابات خارج هضمية (هامّة جداً):

- ✓ سببها مناعي غالباً، وجودها يدل غالباً على IBD (أي داء كرون أو التهاب كولون قرحي) و تميزه عن السل، و يمكن أن يأتي IBD بأعراض خارج هضمية فقط.
- ✓ و تتضمن الأعراض خارج هضمية:



- أعراض مفصلية: ألم أسفل الظهر- التهاب مفصل حرقفي عجزى- آلام بالمفاصل المحيطية الكبيرة- التهاب فقار مقسط.
- إصابات جلدية: حمامى عقدة بالساق- قرحات الساق الوحيدة- تقيح (التهب) الجلد المواتي- قلاعات بالضم.
- إصابات عينية: التهاب عنبة العين- التهاب ظاهر الصلبة- التهاب قزحية.
- إصابة كبدية: التهاب طرق صفراوية مصلب بدئي- تشحم كبد- أورام حبيومية بالكبد- تليف حول الطرق الصفراوية- تشمع صفراوي بدئي.

✓ و كما ذكرنا التظاهرات خارج الهضمية تترافق مع داء كرون أو التهاب الكولون القرحي و لذلك عند وجود مريض لديه ألم (معوي أو كولوني) و إسهال و حرارة مع وجود إحدى التظاهرات خارج الهضمية السابقة فهذا يوجهنا نحو ال IBD.

4. التطور و الاختلاطات:

يمكن أن يتطور المرض نحو إحدى الاختلاطات التالية:

- ✘ **انسداد:** نتيجة تسمك الجدار و التضيقات الناجمة عن الارتشاح الشديد بالجدار.
- ✘ **نواسير:** معوية معوية أو معوية معدية أو معوية كولونية أو كولونية حول الشرج أو معوية جلدية، ونواسير معوية مثانية.
- ✘ **شقوق شرجية.**
- ✘ **انثقاب:** نتيجة الخراجات العميقة و يتجلى الأمر عندها بحالة بطن جراحي حاد.
- ✘ **تسرطن:** (يزداد عن الطبيعي نسبياً) و هنا نلجأ للجراحة.

ملاحظات:

- 👉 لئلا شفاء في داء كرون، فداء كرون لا يشفى (إلا بمشيئة إلهية!) حتى لو استأصلنا كل المناطق المصابة.
- 👉 ففي داء كرون هناك دائماً هجمات، عندما تأتي إلينا نعالجها، ثم يليها هجوع ثم هجمات و هكذا...
- 👉 فالنكس هو القاعدة بداء كرون، و يحدث النكس بنسبة 50% خلال 10 سنوات أو خلال شهر.
- 👉 إضافة لذلك لا يوجد بداء كرون أي وسيلة لتخفيف النكس أو الوقاية منه (و ذلك عكس التهاب الكولون القرحي الذي نستطيع أن نعطي فيه أدوية تمنع النكس).
- 👉 بسبب النكس المتكرر لداء كرون يجب أن يكون التداخل الجراحي على الحد الأدنى لأن المرض سينكس غالباً يعني الاستطباب الجراحي بكرون لا نفكر به إلا عند حدوث الاختلاطات الخطيرة المهددة للحياة (خراج أو انثقاب أمعاء أو تسرطن) أما أن نلجأ إلى الجراحة بقصد شفاء المرض فهذا أمر لا فائدة منه لأن النتيجة الحتمية هي النكس.

غالباً لا يصاب الكولون في سياق داء كرون و هذا ما يميزه عن التهاب الكولون القرصي الذي يصاب فيه الكولون حتماً.

5. التشخيص:

- ✓ **مخبرياً:** ارتفاع البيض- ارتفاع ال CRP (مشعر الفعالية الالتهابية) و سرعة التثفل ESR.
- ✓ **شعاعياً:** نادراً، إذا كانت الإصابة معوية ستظهر تضيقات واضحة بنهاية الدقاق و يمكن أن يظهر منظر حجارة الرصيف.

✓ في بعض الحالات يظهر **الإيكو** تسمك في نهاية الدقاق الوصفي لداء كرون.

✓ **التنظير:** و هو الأشيع و الأفضل لكرون حيث:

- نرى مناطق متضيقة متمسكة مع تحزز المخاطية على شكل حجارة الرصيف Cobble Stone.
- كما نأخذ خزعات بالتنظير و ذلك لتأكيد التشخيص (التنظير مشخص و الخزعة مؤكدة).
- إصابة نهاية الدقاق و لو كان الكولون كله مصاباً و شككنا بالتهاب الكولون القرصي فهو داء كرون لأن التهاب الكولون القرصي يصيب فقط الكولون و المستقيم و يعف عن نهاية الدقاق (هاااا).

ملاحظات ذهبية:

* داء كرون بالأعمار (20-40) سنة غالباً يصيب نهاية الدقاق بينما فوق ال 50 سنة غالباً يصيب الكولون

* مريض عنده إصابات مفصالية و تظاهرات سريرية تتماشى مع كرون و لو لم تؤكد الخزعة المرض 100% و لا سوابق سل في العائلة ← لا مشكلة من نفي السل أو اللمفوما و تتماشى مع الشكل العام للمرض.

* لداء كرون و التهاب الكولون القرصي ذروتا حدوث: في الأعمار الصغيرة و الأعمار الكبيرة، يعني في حالة مريض صغير مع إسهالات مزمنة هو داء كرون حتى يثبت العكس.

6. المعالجة:

أولاً: الحمية:

ففي حالة IBD (مريض كرون أو التهاب كولون قرصي) بكل بساطة → حمية خالية من السيلوز (أي حمية خالية من الألياف - من الفضلات-) و السبب :

- الوقاية من حدوث انسداد أمعاء ففي حال كان هناك تضيق بنهاية الدقاق يمكن أن يحدث انسداد بسبب الفضلات مما قد يضطرنا لعمل جراحي نحن بغنى عنه.
- لإراحة الكولون في حال إصابته حيث نريه من تخريش الفضلات و خاصة أن جداره ملتهب أصلاً.
- لذلك يفض إعطاء حمية خالية من الألياف إلى أن تنتهي الهجمة الحادة.

ثانياً: العلاج الطبي الدوائي:

■ الستيروئيدات (الكورتيزون):

- ✎ و هي علاج أساسي للهجة الحادة.
- ✎ يعطى عادة Prednisolone 1ملغ/كغ يومياً عن طريق الفم أو عن طريق الوريد في الحالات السيئة جداً (تناذر تحت أنسداد)
- ✎ تعطى الستيروئيدات كمت ذكرنا بالهجمة الحادة ثم نخفف جرعتها تدريجياً خوفاً من التأثيرات الجانبية (متلازمة كوشينغ)

■ Sulfasalazine¹ أو 5 ASA:

من مشتقات الأسبرين و اسمه التجاري salazopyrine : يعطى بالأشكال المتوسطة و الخفيفة.

✎ 5 Amino Salicylic Acid =5 ASA و هو من عائلة الاسبرين الذي يعتبر من أهم مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs .

✎ Sulfasalazine فهو عبارة عن جذر سلفا مرتبط مع جذر 5 ASA :

✎ وظيفة جذر السلفا هنا هو فقط واسطة نقل (يعني تكسي =) يقوم بإيصال ال 5 ASA للمنطقة المصابة (سواء الدقاق أو نهاية الكولون) حيث ينفصل هناك (بتأثير الفلورا) جذر السلفا عن ال 5 ASA و الذي يتحرر و يقوم بالتأثير موضعياً على المنطقة المصابة بالالتهاب.

✎ لم يعد شائع الاستخدام لأن بعض المرضى يتحسسون للسلفا و بما أن السلفا هي عبارة عن تكسي فقط لل 5ASA لذلك نستطيع أن نغير هذه التوكسي و بالتالي هناك العديد من الأشكال الصيدلانية لل 5ASA مثلاً:

5ASA- محاط براتنج صيدلاني أو كبسولات نصف نفوذة بحيث يبدأ 5ASA بالتححرر عند وصوله للمنطقة المصابة.

-أو بدل أن نضع راتنج حول ال 5ASA نربط جزيئتي 5ASA مع بعضهما بحيث يتفكك الرباط بينهما بتأثير الفلورا في المنطقة المصابة و يتحرر عندها 5ASA (اسم تجاري: Olsalazine)

✎ فالمهم إذاً هو أن يصل ال 5ASA إلى المنطقة المصابة و تقوم الفلورا بفك الرباط بين التاكسي و ال 5ASA لذلك لا تتحرر بالمعدة و بداية الأمعاء الدقيقة لخلوها من الفلورا و يعالج الالتهاب، و كما ذكرنا يوجد العديد من الأشكال الصيدلانية (التكاسي كثيرة = = =) التي تؤمن وصوله.

✎ و طبعا يعطى 5ASA عن طريق الفم و ليس عن طريق الوريد.

¹ Sulfasalazine لم يعد يستخدم بسبب بعض الآثار الجانبية له باستثناء مرضى التظاهرات المفصلية لداء كرون لأن مركب السلفا يساعد في إراحة المفاصل لدى هؤلاء المرضى.

Metronidazol

✓ يؤثر باللاهوائيات أو عند تشكل خراجات حيث أنه في داء كرون تحدث ركودة شديدة و تكاثر جرثومي شديد على حساب اللاهوائيات.

✓ و بالتالي نعطي دائماً الميترونيدازول مع الصادات الحيوية الأخرى أثناء الهجمة الحادة.

مثبطات المناعة مثل Azathioprine

✓ نلجأ إليه عندما يصبح المريض معتمداً على الستيروئيدات cortico dependent بحيث أنه كلما حاولنا خفض جرعة الستيروئيدات لديه تعود و تحدث الهجمة الحادة لديه.

✓ لذلك يعطى هؤلاء المرضى Azathioprine (اسمه التجاري Imuran) بجرعة أدنى بحيث نستطيع أن نخفض عند إعطائه من كمية الستيروئيدات الموصوفة و هذا بالطبع أفضل من إعطاء المريض الستيروئيدات مدى الحياة و تعريضه لتناذر كوشينغ أو لتخلخل العظام.

✓ و لا ننسى أن تأثيره لا يبدأ إلا بعد مرور 3 أشهر.

Adalimumab, Infliximab

و هي عبارة عن Anti TNF و لها استطبaban:

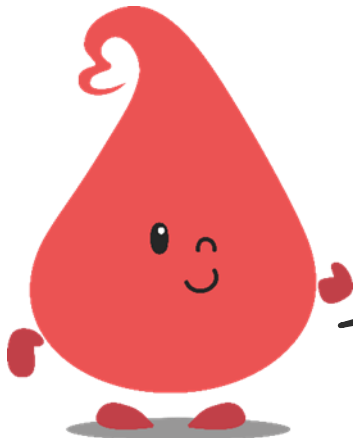
✎ علاج النواسير الناتجة عن داء كرون:

✎ هذا هو الاستطباب الرئيسي له حيث يعطى على 3 جرعات وريدية.

✎ و هو يعطى نتائج ممتازة في علاج النواسير التي تعد مأساة في داء كرون لا سيما أن العلاج الجراحي للنواسير سيفشل غالباً.

✎ علاج الهجمات الحادة لداء كرون في حال لم يتحسن المريض على الستيروئيدات و على Azathioprine.

- ✎ كل الأدوية المستخدمة لعلاج الهجمات الحادة و لا يوجد أي دواء منها يستطيع أن يمنع النكس.
- ✎ من المهم إجراء تنظير هضمي لكل شخص فوق 50 سنة من أجل الكشف عن البوليبيات في حال وجودها و استئصالها و بالتالي الوقاية من سرطان الكولون و ما يليه من استطبانات جراحية أو علاجية أخرى.



خدك بريك .. خدك كيت كات..

التهاب الكولون القرحي Ulcerative

7. التعريف:

- ✦ مرض التهابي مجهول السبب، هناك عوامل وراثية و هناك عوامل بيئية مشاركة و لكن يبقى مجهول السبب و الإطار العام مناعي ذاتي.
- ✦ و لكن يلاحظ بالتهاب الكولون القرحي بشكل خاص أن العوامل النفسية و الحالة النفسية stress تلعب دوراً كبيراً.
- ✦ يصيب الكولون و المستقيم (من اسمه).
- ✦ يصاب المستقيم في 100% من الحالات و اليوم أثبت تماماً أن إصابة المستقيم في سياق التهاب الكولون القرحي هي إصابة حتمية، و بالتالي لا يوجد التهاب كولون قرحي بدون إصابة المستقيم (و هذا الكلام مفيد جداً في الاعتماد على التنظير المستقيمي السهل في تشخيص الكولون القرحي).
- ✦ تبدأ الإصابة من المستقيم و تمتد نحو الكولون (بالمقلوب).
- ✦ يتظاهر عياناً بإصابة مستمرة للمستقيم و جزء من الكولون (مستقيم و سين أو مستقيم و سين و كولون نازل أو مستقيم و سين و كولون نازل و معترض أو كامل الكولون).
- ✦ و لذلك عملياً يكون الكولون بكامله مصاب و لذلك فإنه حتى لو كان المستقيم فقط هو المصاب عياناً عندها:
- استئصال المستقيم سيؤدي إلى نكس.
- بينما استئصال الكولون سيؤدي إلى شفاء كامل (بعكس داء كرون).
- ✦ يوجد ذروتان لحدوث الإصابة: في عمر 30 و 50 سنة.
- ✦ و النساء أكثر إصابة من الرجال.

ملاحظة هامة (سؤال امتحان):
البوليبيات الكاذبة هي اختلاط شائع
للالتهاب الكولون القرحي.

التهاب الكولون القرحي بدون إصابة مستقيم ← خطأ بالتشخيص
التهاب كولون قرحي يصيب نهاية الدقاق ← خطأ بالتشخيص

2. التشريح المرضي:

أولاً: عيانياً:

1. مخاطية تبكي دماً : بالتنظير تقرحات سطحية نازفة في الغشاء المخاطي الكولوني.
2. لا يوجد مناطق سليمة بين المناطق المصابة:

حيث تكون الإصابة ممتدة إلى حد معين و بعدها تصبح المخاطية الكولونية سليمة عياناً (أما في الحقيقة كل مخاطية الكولون مصابة).

و كما ذكرنا الإصابة كولونية بحتة فلا يصاب الدقاق (بعكس كرون).

يمكن أن نلاحظ في التهاب الكولون القرصي ما يسمى بالبوليبات الكاذبة pseudopolyps و هي ليست بوليبات حقيقية و إنما عبارة عن مناطق سليمة من المخاطية بين التقرحات فتظهر على شكل بوليبات كاذبة و يجب تمييزها عن الخبثات.

ثانياً: مجهرياً: بالزجاجات و دراستها تحت المجهر نجد:

1. تخرب الخلايا الظهارية نتيجة التقرحات.

2. خراجات الخبيثات crypt abscess و هو منظر وصفي و علامة مميزة للتهاب الكولون القرصي (و تذكر أنه يقابل ذلك في داء كرون ال Granuloma غير المتجنبة و هي علامة مميزة لداء كرون).

3. الأشكال السريرية:

الشكل الاعتيادي (الشائع):

و هو الشكل الشائع و النموذجي و يتظاهر بإسهال مزمن مع دم فقط لا غير بدون ألم بطني و بدون حالة عامة سيئة. فإذا بالشكل الاعتيادي و الشائع فقط: إسهال مدمى.

الشكل الموضع:

و يكون المستقيم فقط مصاباً (التهاب مستقيم قرصي) و هنا قد يتظاهر الأمر بإمساك (حيث أن منعكس التغوط غير طبيعي حيث أن المستقيم المصاب لا يتمدد بالشكل المناسب لإعطاء إشارات تحريض التغوط). أو بنزوف (بدم) أو بزحير (نتيجة إصابة و تخريش مخاطية المستقيم).

الشكل الشديد السمي pancolitis:

و فيه يصاب كامل الكولون حيث يرتخي الكولون و يتوسع بشدة كما يصبح رقيقاً (مثل ورقة السيجارة أو البالون) ارتفاع حرارة - تسرع قلب - هبوط ضغط - حالة عامة سيئة - إسهال - آلام بطنية. و يعتبر المريض إسعافياً و يجب أن يحول إلى العمليات فوراً لأنه بأي لحظة من الممكن أن ينثقب الكولون و يصاب البريتوان بالإنتان بسبب جراثيم الكولون و قد يموت المريض. صورة البطن البسيطة تظهر توسع الكولون لأكثر من 5-7 سم. يمكن أيضاً في الإصابة بالمتحول الزحاري أن يحصل التهاب كولون شديد سمي زحاري (و السيناريو المقترح واحد أجنبي عزمناه على فلافل 😊)



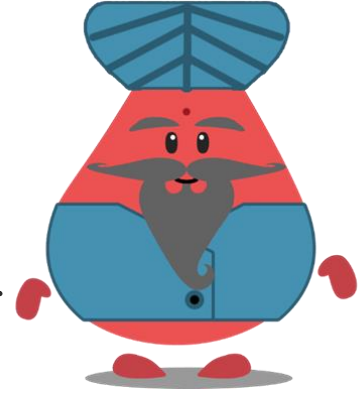
الشكل خارج الهضمي:

← الأشكال خارج الهضمية: المفصلية و الجلدية و العينية و الكبدية التي تكلمنا عنها في داء كرون هي نفسها يمكن أن نشاهدها بالتهاب الكولون القرصي، فكما ذكرنا هذا الأشكال توجهنا نحو IBD.

4. التطور و الاختلاطات:

- ✧ بعلاج المرض بالASA 5 بجرعة دائمة داعمة نمنع النكس في التهاب الكولون القرصي UC ← يحدث هجوع (أما في كرون CD فلا مهرب من النكس)
- ✧ باستئصال كامل الكولون (مهما كان الجزء المصاب عيانياً صغيراً حيث يكون الكولون مصاباً بكامله عملياً) يحدث **شفاء تام** (بعكس كرون الذي ينكس) مع حدوث أعراض الاستئصال من عدم إمكانية تخزين الفضلات و إجراء شرح مضاد للطبيعة.
- ✧ قد يتحول إلى الشكل السمي: حيث يظهر الكولون على صورة البطن البسيطة بوضعية الوقوف متوسعاً لأكثر من 5-7 سم كما ذكرنا.
- ✧ قد يحدث النكس نتيجة عدم العلاج و أحياناً حتى مع العلاج يكون معنداً (إذا لم يكن مستمراً أو لم يلتزم المريض بعلاجه جيداً)
- ✧ التسرطن: و نسبته هي 12٪ خلال 15 سنة و هي نسبة عالية فالكولون مهياً لأكثر من غيره للتسرطن لذلك يجب مراقبة المريض و أخذ جرعات متدرجة و إذا وجدنا في إحداها عسرة تصنع ← بداية سرطان.

في دراسة يابانية حديثة تبين أن التسرطن قد يحدث في الطبقة تحت المخاطية و بالتالي تكون خزعات المخاطية سليمة رغم وجود التسرطن.



5. (التشخيص:

- ☑ بداية يجب أن نؤكد على أن إجراء التنظير الهضمي السفلي أو صورة الكولون بالحقنة الباريئية هو مضاد استتباب أثناء الهجمة الحادة للتهاب الكولون القرصي و السبب: لأن الكولون يكون فيها هشاً كثيراً و رقيقاً (مثل ورقة السيجارة) و ينثقب لأبسط الأسباب أما الصورة الشعاعية البسيطة فممكنة و يمكن إجراء تنظير مستقيم مع خزعات فقط.
- ☑ و هناك الكثير من الهجمات الإبتانية تأتي بصورة التهاب كولون قرصي.
- ☑ أما خارج أوقات الهجمة الحادة فيمكن اللجوء إلى:
 - التنظير: و هو هام حيث تظهر مخاطية الكولون تبكي دماً.

- الخزعة: و هي مشخصة حيث تظهر خراجات الخبيئات و كذلك تخرب الخلايا الظهارية.
- الأشعة: تظهر زوال التئبات الكولونية، كما يمكن أن تظهر تقرحات المخاطية.
- ☑ يمكن الاستغناء عن الأشعة لأن التنظير و الخزعة كافيان و لا بد منهما بالنهاية.

6. المعالجة:

▪ أولاً: الحمية الخالية من الألياف.

▪ ثانياً: العلاج الدوائي.

1. الستيروئيدات: بالهجمة الحادة، و يمكن إعطاؤها كحقن شرعية موضعية مع رغوة foam (تثبتها في مكانها) عند إصابة المستقيم فقط لتجنب الأعراض الجانبية للستيروئيدات، و يمك إعطاؤها عن طريق الفم عندما تكون الحالة العامة جيدة.
2. Sulfasalazine أو 5-ASA:

↪ تعطى بجرعات عالية في الهجمات الحادة و عند انتهاء الهجمة الحادة نخفض الجرعة و نبقى المريض على جرعة دامة مدى الحياة و يكن إعطاؤها مع الستيروئيدات في الهجمات المتوسطة و يمكن إعطاؤها على شكل حقن أيضاً.

↪ حيث ثبت أن إعطاء 5ASA بشكل دائم بجرعات مخفضة دامة يخفف كثيراً من النكس في التهاب الكولون القرحي (بعكس داء كرون حيث لا يفيد 5ASA في منع حدوث النكس و إنما يفيد فقط أثناء الهجمة الحادة) و نعطيها بالهجمات الخفيفة و المتوسطة (كل يومين وقائياً).

3. مثبطات المناعة Azathioprine: كما ذكرنا سابقاً و ذلك عندما يصبح المريض Cortico-dependent يضطر لأخذ الستيروئيدات بجرعات عالية. و إذا لم يتحسن المريض على العلاج فنلجأ للعمل الجراحي منعاً كم حدوث اختلاطات و انثقاب الكولون

4. مضادات (حالات القلق) Anxiolytic: و ذلك بسبب دور العامل النفسي في التهاب الكولون القرحي حيث يعتقد أن الشدة النفسية يمكن أن حرض هجمة حادة لالتهاب الكولون القرحي (هزات البدن بتزيده ☺).

تدّعي إحدى الدراسات: النيكوتين يريح التهاب الكولون القرحي و يحرض هجمة كرون.

▪ ثالثاً: العلاج الجراحي و استطبباته:

↪ عند الاضطرار لإعطاء الكورتيزون بشكل دائم أي عندما يصبح المريض CORTICO DEPENDENT حتى و لو أعطي الأزاثيوبرين.

↪ النكس المتكرر: رغم العلاج و التعنيد على العلاج الدوائي.

↪ حدوث اختلاطات: و أهمها:

حدوث إصابة شديدة سمية شاملة لكل الكولون، و هنا نعالجه طبياً (خلال 24-48 ساعة) ففي حال لم يتحسن المريض على المعالجة المحافظة فإنه يحول فوراً و يشكل إسعافي إلى الجراحة لاستئصال الكولون خوفاً من الانتقاب.

التسرطن.

مريض أو مريضة شابة.

جدول يلخص الفروقات بين UC و CD:

التهاب الكولون القرحي	داء كرون
<ul style="list-style-type: none"> إصابة الكولون أساسية و مشخصة 100% لا يصيب نهاية الدقاق أبداً فهو محصور بالكولون فقط الإصابة فيه تكون مستمرة و تبدأ بالمستقيم باتجاه الأعور. استخدام ال5ASA يشفي من النكس. الجراحة: استئصال كامل الكولون يشفي بشكل كامل. الحالة النفسية تلعب دوراً أساسياً بالمرض (منخلي المريض يدخن و يأكل و نتركو يعيش عكيفو) 	<ul style="list-style-type: none"> ليس بالضرورة أن يصاب الكولون. يصيب نهاية الدقاق غالباً و يفضلته (يمكن أن يصيب أي جزء من الأنبوب الهضمي) الإصابة فيه تكون غير مستمرة (يمكن أن يصاب الدقاق و الكولون السيني) الإصابة مدى الحياة و ال5ASA لا يشفي. الجراحة لا تشفي أبداً فالمرض سينكس. الحالة النفسية ليس لها دور (تمنع المريض عن التدخين)

أرشيف:

يوجد طريقتان للعمل الجراحي لتدبير مرضى استئصال الكولون في UC:

العملية القديمة: (و هي التي تجري في بلادنا) يتم استئصال المستقيم و الكولون لعند الأعور ثم يتم وضع نهاية الدقاق بالشرح مع وضع ما يشبه الجيب Pouch (بثني الدقاق مثلاً) كي لا يخرج البراز مباشرة. و هذه العملية تنجح أحياناً و أحياناً تكون نتيجتها مأساوية.

العملية الحديثة: و هي المثالية و لكن لا يستطيع إجراؤها إلا عدد محدد من الجراحين (معدودين عالاًصابع) على مستوى العالم و تتم كالتالي: استئصال كامل الكولون ثم استئصال مخاطية المستقيم فقط مع الحفاظ على عضليته (باعتبار المخاطية فقط هي المصابة) ثم استئصال عضلية الجزء النهائي للدقاق مع الحفاظ على مخاطيته، ثم في النهاية يتم إدخال مخاطية نهاية الدقاق داخل عضلية المستقيم.

التهاب الكولون الكولاجيني Collagenous Colitis

7. التعريف:

إصابة مجهولة السبب (غالباً مناعية ذاتية) يحدث فيها ارتشاح الطبقة تحت المخاطية للكولون بألياف كولاجينية.

2. الأعراض:

- ✓ إسهال مزمن كولوني (بسبب ألياف الكولاجين المترسبة و التي تمنع امتصاص الماء)
- ✓ ألم بطني.
- ✓ و قد يحدث تجفاف بسبب الإسهال.

3. التشخيص:

بالتظير و أخذ خزعات متدرجة: بالتنظير المنظر سليم غالباً و لكن الخزعات المتدرجة تكشف ترسبات كولاجينية تحت المخاطية.

4. العلاج:

عرضي:

- ✓ Prednisolone: (ستيروئيدات- كورتيزون) يمكن أن يفيد و لكن يجب أن يؤخذ بشكل دائم.
- ✓ Sulfasalazine: يمكن أن يفيد و لكن أيضاً يجب أن يؤخذ بشكل دائم.
- ✓ Metronidazole : مضاد للجراثيم اللاهوائية و الطفيليات.
- ✓ Cholestramine: و الذي يعد خالفاً قوياً للأملاح الصفراوية المخرشة و بالتالي فإنه قد يؤدي إلى حدوث إمساك.

التهابات الأمعاء و الكولون الإنتانية

سل الأمعاء

- يصيب الأمعاء و يفضل نهاية الدقاق و من الممكن أن يصيب الكولون.
- و هو مرض لازلنا نراه في بلدنا و خاصة في المناطق التي ينتشر فيها السل كشمال شرق سوريا.

سريراً:

غير وصفي، و يمكن أن يحدث:

- إسهال معوي مزمن (بسبب إصابة نهاية الدقاق).
- ألم معوي.
- ارتفاع حرارة مع تعرق ليلي (الحرارة موجودة بكرون و اللمفوما).



- اضطراب حالة عامة.
- و في كثير من الأحيان يمكن أن يسبب ألم في الحفرة الحرقفية اليمنى.

التشخيص:

1. الاستجواب:

- المنطقة التي يعيش فيها المريض (كشمال شرق سوريا).
- وجود إصابة سلية سابقة غالباً رئوية (انتقلت بالبلع للأمعاء).

2. **اللقمة الباريتية:** تظهر تضيقاً شديداً بنهاية الدقاق مع انكماش بالأعور Cecal Shrinking.

3. **فحص البراز:** قد تكشف وجود عصيات كوخ السلية في البراز.

4. **التنظير و الخزعات:** (الأساسي) و هو التشخيص الأكيد حيث نجد الحبيومات المتجينة. و بجميع الأحوال إذا نظرنا سنأخذ خزعات.

5. **فتح البطن:** نلجأ له في طير من الأحيان و ذلك عندما لا نصل إلى تشخيص فنفتح البطن و خاصة عند الشك بالتهاب زائدة فنشاهد عقداً لمفاوية متضخمة و عند أخذ خزعات منها ستشكل نواسيراً سلية (تستأصل و ترسل إلى التشريح المرضي).

العلاج: (شفاء كامل بإذن الله)

بالمعالجة الرباعية لمدة 6 أشهر:

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 3. Ethambutol 20مغ/كغ | 1. Isoniazid 5مغ/كغ |
| 4. Pyrazinamide 30مغ/كغ | 2. Rifampicine 10مغ/كغ |

حيث نعطي الأدوية الأربعة لمدة شهرين و ثم نستمر بأول دوائين لمدة أربع أشهر (سواء بسل الأمعاء أو سل البريتوان).

قد نضيع بالتشخيص في حالات صعبة و معقدة بين السل و ال CD و الحل؟!!

نلجأ للمعالجة التجريبية في هذه الحالة فقط فإذا طبقنا علاج السل و تحسنت الأعراض تأكدنا من السل ... لكن إذا طبقنا علاج ال CD بالستيروئيدات ستأخذ العصيات السلية مجدها و تصول بالجسم ☺

التهاب الكولون بالزحار الأميبي

السبب:

- ✓ المتحولات الزحارية النشطة التي تصيب مخاطية الكولون.
- ✓ وهنا نركز على كلمة نشطة لأن الشكل المتكيس من الزحار لا يسبب إصابة فعالة و بالتالي لا بد من وجود المتحولات النشطة لحدوث إصابة و مرض فعال.
- ✓ بالحقيقة كلنا نحمل الشكل المتكيس، يعني عملياً كلنا مصابون بالزحار (و من لا يحمل المتكيس لا يستحق الجنسية السورية و لديه مشكلة بالانتماء ☺) أما الأشخاص القادمون من الدول الغنية فإنهم عندما يقدمون إلينا و يتناولون ما نتناوله يومياً فإنهم سيصابون بالتهاب الكولون بالزحار الأميبي.
- ✓ و من الصعوبة بمكان أن نجد التهاب الكولون الزحاري إلا عند مثبطي المناعة (زرع كبد - زرع كلية) و الكبار بالسن و القادمين من بلد أجنبية.

الأشكال السريرية:

■ أولاً: الشكل النموذجي الزحيري (ليس الشكل الشائع):

🔴 **أعراضه:** ألم، زحير tenesmus، إسهال مخاطي مدمى.

الشعور بالزحير يكون عند إصابة مخاطية المستقيم بالشكل النشط من الزحار و يجب التمييز بين الشعور بالزحير الناتج عن كتلة في المستقيم أو الناتج عن التهاب جدار المستقيم.

🔴 **بالفحص السريري:** غالباً سليم، يمكن أن نجد إيلام بالبطن.

🔴 **فحص البراز:** يجب رؤية الأشكال النشطة للمتحول الزحاري حتى نشخص الإصابة، و يجب أن يكون البراز حديثاً (تازا) أي لا يجب أن يوضع في البراد لثاني يوم.

🔴 **تنظير المستقيم:** و نرى فيه:

- تقرحات نأخذ منها خزعات تشخص الزحار.
- سابقاً تقرحات تشبه خدشة الظفر أصبحت نادرة جداً.
- خراجات زر القميص: حيث يوجد قرحة، يحدث بمنتصفها خراجة تحت المخاطية تفتح فقط بالمنتصف معطية مظهراً يشبه زر القميص في عروته و هي أيضاً نادرة.

التطور:

- بالمعالجة : شفاء.
- إذا لم يعالج: اختلاطات
- قد يحدث نكس و إزمان.



- و في حال كانت هناك نقص مناعة قد يحدث انتقالات للكبد و الرئة و الدماغ (خراجات زحارية) أحياناً.
- و قد يحدث اختلاطات مثل خراجات و انسداد و انثقاب كولون (خاصة عند مضعفي المناعة).

▪ ثانياً: الشكل الاعرضي:

و هو الشكل الشائع (خاصة إذا كانت المناعة طبيعية و المنطقة موبوءة بالزحار كمنطقتنا ☹️).

▪ ثالثاً: الشكل غير الزحيري:

و هنا لا يوجد زحير لعدم إصابة المستقيم (الإصابة في الكولون فقط).

▪ رابعاً: الشكل الشديد:

يشاهد عند ناقصي المناعة و المدنفين حيث يصاب فيه كامل الكولون مما قد يستلزم استئصاله خوفاً من الانثقاب.

▪ خامساً: الورم الأميبي :

شكل نادر يحدث خاصة في الأعور.

يشاهد عند المرضى غير المعالجين بشكل صحيح حيث يؤدي تجمع الطفيليات و إحداثها لالتهابات متكررة إلى تشكل كتلة تشبه الورم.

المعالجة:

ميترونيديازول 1,5-2 غ يومياً لمدة 10 أيام (10 أيام من كل بد و حصراً، 9 لا تكفي) 500مغ 3 مرات يومياً.

التهابات الكولون و الأمعاء الدوائية

داء المليينات Laxative Disease

تحدث بسبب إدمان المليينات و خاصة الهجومية منها مثل السنامكي (السنا). (senna).

يصيب الإناث أكثر من الذكور 1:9.

90% ممن يتناولون مليينات ينكرون أنهم يستخدمونها و لمن عند تنظير الكولون نجد منظر جلد النمر و بعد الأخذ و العطا بتعترف.

سريريا:

1. أعراض هضمية:

✓ ألم بطني

✓ تناوب إسهال مع إمساك (هناك معن إمساك مزمن أصلاً ، و إسهال بسبب المليينات).

2. أعراض نقص البوتاسيوم:

✓ عند 30% من المرضى نتيجة تناولهم المديد للملينات (بصير الكولون ينش مي و بيروخ معو بوتاسيوم).

✓ تتجلى هذه الأعراض بآلام عضلية، وهن، خفقان قلب.

3. أعراض عامة:

✓ اضطرابات نفسية.

✓ اضطرابات بالدورة الشهرية بسبب التأثير النفسي و اضطراب الشوارد.

✓ قهم و نحول.

التشخيص:

✓ مخبرياً: نقص بوتاسيوم في 30% من الحالات.

✓ بالتنظير السفلي: يظهر ال melanosis حيث في البداية يكون منظر الكولون مثل جلد النمر ثم بعد فترة يصبح أسود اللون و هذا ما يسمى بال melanosis (تملين الكولون).

العلاج: (مصيبة)

المشكلة في العلاج هو عدم إمكانية إيقاف المليينات و ذلك بسبب استخدامها لفترة طويلة (سنوات) فيصبح الكولون واهناً لا يعمل إلا بوجود المليينات و يكون العلاج ب:

✦ تخفيف المليينات الممرضة الخطيرة الهجومية و إعطاء المليينات البسيطة التي تكبر من حجم البراز مع المليينات المرلقة الزيتية.

تنجح عند الشباب و غالباً ما تفشل عند كبار السن الذين يستخدمون المليينات منذ فترة طويلة (أكثر من سنة) و دخلوا مرحلة الإدمان فهؤلاء لا حل لهم.

✦ تعويض الشوارد: بحال نقص البوتاسيوم.

- يوجد البوتاسيوم في كل من الشوكولا و التمر و الموز و الحبوب الكاملة و الأغذية الطازجة غير المطبوخة و الخضار و السمك و ...
- الحاجة اليومية 2-5,5 غ.
- المجال المرجعي في المصل 3,5-4,7 ممول/ل.

التهاب الكولون المترافق مع الصادات Antibiotics-Associated Colitis

الأسباب:

1. الغالب: تؤثر الصادات على الفلورا الكولونية مسببة اختلالاً في تركيبها و اضطراباً في توازنها و هذا ما يجعل جراثيم المطثيات العسيرة تستغل الفرصة و تسبب التهاب الكولون الغشائي الكاذب العميت.
2. قد يكون السبب أن الصادات تؤدي إلى اضطراب في تخمر الكربوهيدرات (و هي من وظائف الفلورا) مما يؤدي إلى إنتاج حموض معينة تسبب إسهالاً.

هل كل الصادات تسبب التهاب كولون؟!

الصادات التي تعطى عن طريق الفم: قولاً واحداً جميعها تؤدي إلى التهاب كولون و إسهالات بما فيها العلاج الذي هو صاد حيوي.

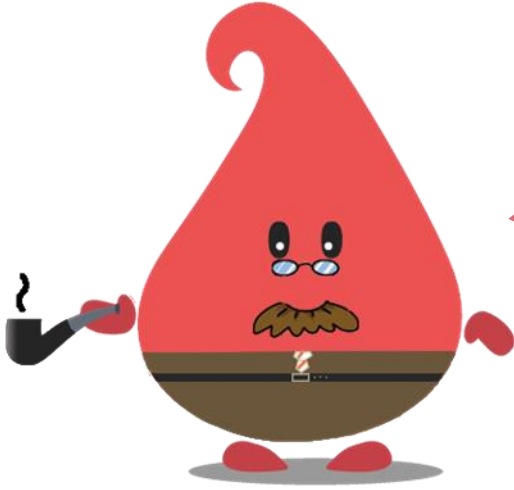
أما الصادات التي تعطى بالطريق الخلالي (عضلي أو وريدي) فإن جميع هذه الصادات يمكن أن تسبب ذلك باستثناء تلك التي لا تطرح أبداً عن طريق الصفراء (تطرح عن طريق الكلية فقط) و مثالها الأمينوغلوكوزيدات (ستربتومايسين- أميكاسين..) و التي لا تفرز نهائياً في الطرق الصفراوية (و بالتالي فإنها من المستحيل أن تصل إلى الكولون).

و قد لا تسبب نفس الصادات نفس الأعراض في كل البلاد و السبب اختلاف الفلورا المعوية الشائعة في كل منطقة على حدا.

ما هي أكثر الصادات إحداثاً لالتهاب الكولون و إسهال الصادات؟!

بكل بساطة هي أكثر الصادات استعمالاً و هو الأموكسيسيلين Amoxicillin، فصحيح أن الكليندامايسن clindamycin و اللينكوميسن قد تصل نسبة إحداثها للإسهال إلى 60-70% و أن الأموكسيسيلين نسبة إحداثه للإسهال فقط 3% و لكن :

النقطة الأهم هي أن الأموكسيسيلين هو أشيع و أكثر الصادات استعمالاً على الإطلاق (أكثر من 90%) بينما الكليندامايسن هو قليل الاستخدام جداً و بالمحصلة سيكون أكثر الصادات إحداثاً للإسهال هو أكثرها استعمالاً.



الملفت للنظر في التهاب الكولون الغشائي الكاذب أنه ليس من الضروري أن تتوافق الحالة مع تناول الصاد مباشرة فمن الممكن أن يحدث المرض بعد عدة أسابيع أو أشهر من تناول الصاد الحيوي و بالتالي يجب سؤال المريض عن سوابق تناول الصادات الحيوية.

الأشكال السريرية:

■ أولاً: الإسهالات البسيطة (أكثر من 95%):

✧ و هي أشيع الأشكال، فمريض مثلاً يعاني من التهاب أذن وسطى أو التهاب قصبات حاد أو ذات رئة فيأخذ صاد معين يسبب له إسهال دهني.

- ✧ و طبعاً العلاج بإيقاف الصاد سيوقف الإسهال أو تغييره إذا كان بحاجة لتناوله.
- ✧ و ليست كلمة سهلة تغيير الصاد فأحياناً نجد الصاد المناسب بعد بحث طويل ليؤثر بمريض في العناية المشددة مع ذلك لا بد من إيقاف الصاد و تغيير

■ ثانياً: التهاب الكولون الأيمن النزفي:

- ✧ هنا تكون الإصابة فقط بالكولون الأيمن و يتظاهر بنز دم (في هذه الحالة قد نشك بسرطان و الأمر أبسط من ذلك بكثير لذلك نؤكد ثانية على أهمية سؤال المريض عن أدويته بالاستجواب).

■ ثالثاً: التهاب الكولون الغشائي الكاذب:

- ✧ نادر و لكنه يكون التهاباً شديداً جداً و خطيراً و قد يموت المريض.
- ✧ الإنسان مهدد بالموت من صاد حيوي.
- ✧ حيث تتشكل تقرحات في كامل الكولون و تكون مغطاة بأغشية كاذبة التهابية (طبقات بيضاء).

العلاج:

- ✧ إيقاف الصاد أو تغييره (في حال وجود ضرورة تقتضي حتمية المعالجة بالصادات).
- ✧ تعويض السوائل و الشوارد التي يخسرها بسبب الإسهال.
- ✧ استخدام صادات حيوية تؤثر على المطثيات الصعبة مثل Bacitracin, Vancomycin, Metronidazole (فلاجيل) ← هذه الصادات بحد ذاتها قد تسبب إسهال و لكن هذا لا يهم لأننا نعطيها لهدف أهم هو القضاء على المطثيات الصعبة التي قد تصبح مهددة للحياة (قد تؤدي إلى تجرثم دم و بالتالي الدخول في صدمة إنتانية) و خاصة في التهاب الكولون الغشائي الكاذب.
- ✧ إعطاء معيضات الفلورا:

-يعني جراثيم الفلورا نفسها توضع في كبسولات.

-إعطاء اللبن العادي لأنه يحتوي على العصيات، أما اللبن المبستر فيكون عقيماً و العصيات فيه مقتولة.

-ليست العلاج الأساسي و لكنها مهمة بعد الهجمة بهدف تعويض الفلورا حتى يعود التوازن.

التهابات الأمعاء و الكولون الشعاعية Radiation Enteritis Colitis

- نادرة جداً.
- رغم أن الأشعة تؤثر أكثر في القسم العلوي من أنبوب الهضم إلا أن أكثر الإصابات شيوعاً هي التهاب المستقيم الشعاعي بسبب المعالجة الشعاعية لسرطان عنق الرحم عند الإناث أو سرطان البروستات عند الذكور حيث يصاب الوجه الأمامي للمستقيم، حيث تظهر بشكل حمامي متوضعة على الوجه الأمامي تقريباً فالتعرض للأشعة يكون من الأمام.
- و يكشف بالتنظير و ليس بالتشريح المرضي غالباً.

التهاب المستقيم

الشعاعي.

التهاب الكولون و الأمعاء الشعاعي:

يتظاهر بعد العلاج الشعاعي

سيرياً:

👉 حديث: نزف - زحير - انثقاب.

👉 قديم: تضيق - انسداد - تليف.

التشخيص:

👉 السوابق المرضية و الشعاعية.

👉 التنظير السفلي غير وصفي و لكن غالباً ما نشاهد على الوجه الأمامي للمستقيم منطقة مصابة.

العلاج:

👉 حماية خالية من الألياف (تخفيف تخريش المستقيم و تخفيف التقرحات).

👉 نقل دم (عند وجود نزف).

👉 حقن الستيروئيدات قد يفيد (موضعي).

الالتهابات بنقص التروية

🔥 ناتجة عن نقص التروية أو احتشاءات الشريان المساريقي العلوي أو السفلي.

🔥 مريض كبير بالعمر 60 سنة لديه سوابق مرضية قلبية (قصة عسيمة شريانية، احتشاءات و نفس تروية في القلب عدة مرات و شبكات)

🔥 جاء بألم بطني يشبه كثيراً ألم تشنج الكولون (ألم يأتي بعد الطعام مباشرة و يترافق بنفخة شديدة)

🔥 للوهلة الأولى قد نفكر بتشنج الكولون كتشخيص لهذا المريض.

🔥 و لكن في حالتنا هذه لا بد أن نضع في أعلى سلم تشخيصنا التفريقي: نقص تروية أمعاء و كولون ناتجة عن مشكلة في الشريان المساريقي العلوي أو السفلي (احتشاء مثلاً)

🔥 فالخلفية القلبية و السن المتأخر توجهنا للاحتشاء المساريقي (لأن تشنج الكولون يبدأ في العشرينات غالباً فهو مرض ذو قصة مزمنة و ليست بين يوم و ليلة).

🔥 و للأسف غالباً ما تشخص بعد فتح الجثة حتى في أحسن المراكز الطبية في العالم.

التهاب الرتوج في الأمعاء و الكولون

التهاب الرتوج الكولونية

- الرتج هو انفطار المخاطية نحو الخارج عبر الطبقة العضلية في مكان دخول الشريان للكولون و هذا ناتج عن وجود ضغط من الداخل نحو الخارج (مثل رتوج الدفع الي مرت معنا بالمري 🙋).
- معظم الرتوج تكون بالسين حيث أن 60-70٪ من رتوج الكولون توجد في السين و تكشف بتنظير المستقيم و السين و معظمها تكون في الجانب الأيسر.
- تزداد مع تقدم العمر.
- 50٪ من الرتوج تحدث بعد ال 50 سنة.
- أكثر ما تشاهد الرتوج في الدول الصناعية الغنية و ذلك لسببين:

- يعيشون لفترة أطول و كما ذكرنا الرتوج تظهر بسن متقدمة.
- كثرة تناول اللحوم و قلة تناول الخضراوات و الألياف و بالتالي قلة الألياف تؤدي إلى صغر حجم و كمية الكتلة البرازية مما يقلل من فعالية الحركات الحوية في دفعها و يستدعي ذلك ضغط داخل كولوني عالي مما يؤدي لحدوث انفطارات في المخاطية (و هذا مجرد رأي و لا قيمة علمية كبيرة له)
- الرتوج في الكولون الأيمن ← تنزف: و لذلك عند كبار السن (نزف هضمي سفلي) أما ورم (سرطان) أو رتوج كولون أيمن و هي شائعة أكثر من الأورام
- الرتوج في الكولون الأيسر ← تلتهب: و يمكن أن تحدث انسدادات، و تعطي منظر التهاب زائدة (تشخيص تفريقي) ← يكشف بالإيكو أو بالct-scan

سيرياً:

- غالباً لا عرضي، تظهر بالتنظير.
- نزف هضمي سفلي: منشؤه الكولون الأيمن ← علاج محافظ (قد نشك بالسرطان)
- لا تنظر بالهجمة الحادة فهي خطيرة و قد يحدث انثقاب.

العلاج:

- ✧ بالصادات و إلا قد نضطر للجراحة خوفاً من حدوث الخراجات
- ✧ في نزوف الكولون الأيمن التي قد تكون مهددة للحياة يتم استئصال الكولون الأيمن وقائياً.

ملاحظات حلوة *_*

أهم أسباب النزف الهضمي السفلي عند المسنين:

السرطان + رتوج الكولون الأيمن

الكولون الأيمن واسع فلا يمكن أن يحدث فيه انسداد للرتج (يؤهب بدوره الالتهاب) بعكس الكولون الأيسر الضيق.

تروية الكولون الأيمن أغزر منها في الأيسر و من هنا كان تظاهر الرتوج الكولونية في الأيمن هو النزوف.

أما الطفل المصاب بنزف سفلي:

أول ما نفكر به هو رتج ميكل و هو رتج ولادي (خلقى) يتوضع قبل نهاية الدقاق (الوصل اللفائفي الأعوري) بحوالي المتر.

و هو يشخص شعاعياً و يعالج بالاستئصال (رتج ميكل هو أشيع سبب للنزف السفلي عند الأطفال بالإضافة لانغلاف الأمعاء).

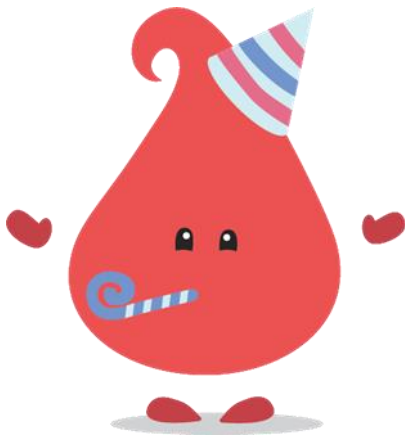
التهاب رتوج السين

■ التهاب السين:

- ✓ سريراً: ألم حفرة حرقفية يسرى - اضطراب تغوط.
- ✓ التشخيص: بعد الشفاء من الهجمة الحادة: تنظير - أشعة.
- ✓ التطور: 50% شفاء - 50% يتطور إلى قيحي.
- ✓ العلاج: مضادات التشنج - المليئات - السلفا.

■ التهاب السين القيحي:

- ✓ سريراً: ألم حفرة حرقفية يسرى + ارتفاع حرارة.
- ✓ بالفحص: بطن دفاعي - مس شرجي مؤلم (علامة لتخريش اليريتواتن)
- ✓ مخبرياً: ارتفاع الكريات البيض على حساب العدلات
- ✓ التشخيص: بعد الشفاء: تنظير - أشعة.
- ✓ التشخيص التفريقي: التهاب زائدة - سرطان سين - الالتهابات النسائية و البوابة.
- ✓ العلاج: حمية - راحة - مسكنات - طادات و الجراحة عند حدوث خراج أو انثقاب أو انسداد.



انتهت المحاضرة..