

Axial and Peripheral Articular Manifestations in Inflammatory Bowel Disease Patients in Tishreen University Hospital in Latakia-Syria

Rasha mohammad Haj Ebraheem

Abd Alrazak Hassan

Maher Madi

Faculty of Medicine || Tishreen University || Syria

Abstract: The objective is to study the axial and peripheral articular manifestations in inflammatory bowel disease patients and to study the pattern of the manifestations and its relationship with the extent of the intestinal disease.

Materials and Methods: The study began in March 2020 and ended in April 2021, in GI Unit and clinic in Tishreen University Hospital-Latakia. 61 IBD patients were recruited, a full medical history was taken and a full physical examination of the musculoskeletal system was performed, a pelvis x-ray was done when needed.

Results: 61 IBD patients were studied, 34(55.7%) with Crohn's disease and 27(44.3%) with ulcerative colitis. articular manifestations of any type were present in 45.9 % (28 of 61 patients), 53.5 % (15 with Crohn's disease) and 46.4 % (13 with ulcerative colitis). Peripheral manifestations were present in 25.8 % (14.7% with CD and 11.1% with UC. Axial manifestations were present in 22.9 % (11.8% with CD and 11.1%with UC). Both axial and peripheral disease were present in 43.5%. Among those with peripheral manifestations, (45.7%) had type 1 arthritis (pauciarticular) (23.3% with CD and 22.2% with UC) and (13.3%) had type 2 arthritis (polyarticular) (5.9% with CD and 7.4% with UC). 36.6% had enthesitis (14.7% with CD and 22.2% with UC), 12.5% had Dactylitis (8.8% with CD and 3.7% with UC). 7.4% had AS (ankylosing spondylitis) (two patients with UC).

Conclusions: the results of our study of articular manifestations in patients with IBD are close to the results of other studies in the region and to the global ones. Peripheral manifestations were more prevalent than axial. And Ankylosing spondylitis was not that common.

Keywords: Inflammatory bowel disease, spondyloarthritis, Extra-intestinal manifestations, peripheral spondyloarthritis, axial spondyloarthritis.

التظاهرات المفصالية المحورية والمحيطية عند مرضى الداء المعوي الالتهابي في مشفى تشرين الجامعي اللاذقية-سوريا

رشا محمد حاج إبراهيم

عبد الرزاق حسن

ماهر ماضي

كلية الطب البشري || جامعة تشرين || سوريا

المستخلص: هدفت الدراسة إلى دراسة التظاهرات المفصليّة المحورية والمحيطية عند مرضى الداء المعوي الالتهابي ومعرفة أنماط الإصابة المفصليّة وعلاقتها بامتداد الإصابة الهضمية.

طرق الدراسة والمريض: بدأت الدراسة في آذار 2020 وانتهت في نيسان 2021 في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية - العيادة والشعبة الهضمية. شملت الدراسة 61 مريض مشخص لهم داء معوي التهابي بشكل مثبت بناء على (السريريات والتنظير الهضبي والتشريح المرضي) تم أخذ قصة مرضية مفصليّة وإجراء استجواب كامل للمريض، وإجراء فحص سريري شامل لمفاصل الجسم، وإجراء صورة شعاعية بسيطة للحوض عند المرضى العرضيين.

النتائج: اشتملت الدراسة على 61 مريض داء معوي التهابي، 34 مريض داء كرون (55.7%)، 27 مريض التهاب الكولون القرصي (44.3%). العمر الوسطي 37 سنة. حيث أظهرت النتائج أن 28 مريض IBD لديهم إصابة مفصليّة بنسبة 45.9% أيًا كان نوعها منهم: 15 مريض داء كرون بنسبة 53.5%، 13 مريض التهاب الكولون قرصي بنسبة 46.4%.

نسبة انتشار الإصابة المحيطية كانت 25.8% (14.7% عند مرضى داء كرون و11.1% عند مرضى التهاب الكولون القرصي). نسبة انتشار الإصابة المحورية كانت 22.9% (11.8% عند مرضى داء كرون و11.1% عند مرضى التهاب الكولون القرصي)، في 43.5% كانت الإصابة مشتركة (محيطية + محورية).

نسبة انتشار النمط الأول من التهاب المفاصل المحيطي كانت 45.7% (23.3% عند مرضى كرون و22.2% عند مرضى التهاب الكولون القرصي)، نسبة اعتلال الركائز 36.6% (14.7% عند مرضى داء كرون و22.2% عند مرضى التهاب الكولون القرصي). نسبة التهاب الأصابع 12.5% (8.8% عند مرضى داء كرون، 3.7% عند مرضى التهاب الكولون القرصي). نسبة انتشار التهاب الفقار المقسط كانت 7.4% عند مرضيين التهاب الكولون قرصي، نسبة انتشار الإصابة المفصليّة عند مرضى داء كرون الذين أصابهم في اللدائي كانت أعلى، بينما لم يلاحظ علاقة بين إصابة الكولون الشامل في التهاب الكولون القرصي ووجود إصابة مفصليّة.

الخلاصة: نسبة التظاهرات المفصليّة عند مرضى الداء المعوي الالتهابي متقاربة مع نسب الدراسات المشابهة، حيث تبين أن نسبة انتشار الإصابة المحيطية أعلى من الإصابة المحورية وان نسبة التهاب الفقار المقسط هي الأقل.

الكلمات المفتاحية: الداء المعوي الالتهابي، تظاهرات خارج معوية، التهاب مفاصل وفقرار، التهاب مفاصل محيطي، التهاب مفاصل محوري.

مقدمة.

الداء المعوي الالتهابي هو استجابة التهابية مزمنة مجهولة السبب تتداخل فيها عوامل مناعية وبيئية ووراثية تصيب بشكل أساسي الأنبوب الهضبي وتتصف بحدوث هجمات من المرض يتلوها فترات هجوع.

ويشير المصطلح لمرضين هما داء كرون Crohn's disease والتهاب الكولون القرصي ulcerative colitis فيما يتبقى 10% من الحالات غير محددة بين النوعين السابقين وتقع تحت مصطلح indeterminate.

يعتمد التشخيص النهائي للداء المعوي الالتهابي IBD على الربط بين المعطيات السريرية والمخبرية والتنظيرية والنسجية.^[1]

التظاهرات خارج المعوية عند مرضى الداء المعوي الالتهابي [EIMs] in inflammatory bowel disease patients

الداء المعوي الالتهابي مرض مزمن يصيب حوالي 0.5% من السكان. تحدث التظاهرات خارج المعوية بشكل كبير في الداء المعوي الالتهابي، حيث تصيب أعضاء مختلفة كالجلد والعين والمفاصل. ويعد اعتلال المفاصل التظاهرة خارج المعوية الأكثر حدوثاً. التي تندرج تحت مجموعة التهاب المفاصل والفقار

يطور 20-40% من مرضى الداء المعوي الالتهابي مظاهر هيكلية أو رثوية الطبيعة.^[2]

اعتلالات المفاصل والفقار The Spondyloarthritides (SpA) هي مجموعة من الاضطرابات التي تتشارك

بتظاهرات سريرية وجينية. هذه الاضطرابات تشمل:

التهاب الفقار المقسط، التهاب المفاصل الارتكاسي، التهاب المفاصل والفقار الصدافي، التهاب المفاصل والفقار المرافق لأدواء الأمعاء الالتهابية، التهاب المفاصل والفقار الشبائي، والتهاب الفقار غير المتميز. التهاب المفاصل والفقار يتصف بالتهاب في الهيكل المحوري (التهاب المفصل الحرقفي العجزي، التهاب الفقار والمفاصل المحيطة والمركزات).^[3]

يمكن تصنيف الاعتلالات المفصالية المرافقة للداء المعوي الالتهابي إلى مجموعتين رئيسيتين: محيطية: تتضمن التهاب مفاصل محيطي نمط 1 (قليل المفاصل) ونمط 2 (عديد المفاصل)، التهاب المراكز، التهاب الأصابع.

محورية: تشمل التهاب المفصل الحرقفي العجزي المعزول، ألم أسفل الظهر الالتهابي، والتهاب الفقار المقسط.

هذه التظاهرات قد تسبق، ترافق أو تتلو تشخيص الداء المعوي الالتهابي.^[4] يتظاهر النمط الأول من التهاب المفاصل المحيطي بشكل قليل المفاصل، غير متناظر، يشمل المفاصل الكبيرة والصغيرة، بشكل أكثر مفاصل الطرفين السفليين، متضمنة الركبتين، الكاحلين. ويكون أقل شدة من النمط عديد المفاصل وغالباً محد لذاته مؤقت ويتراجع عفويًا وتكرار الإصابة شائع. الإصابة المخربة نادرة. النمط عديد المفاصل أو النمط 2 يتظاهر سريريًا بالتهاب مفاصل عديد متناظر في المفاصل الصغيرة، بشكل أشيع في المفاصل المشطية السلامية. هذا النمط شبيه بالداء الرثياني وقد يكون مخرب، وهو غير محد لذاته ويتطلب عادة علاج بمثبطات المناعة.^[2]

ترافق فعالية التهاب المفاصل المحيطي بشكل عام مع فعالية الداء المعوي خاصة عند مرضى التهاب الكولون القرصي، حيث أن استئصال الكولون الذي قد يجرى للسيطرة على التهاب الكولون القرصي يمكن أن يؤدي إلى هجوع تام لالتهاب المفاصل، على خلاف داء كرون حيث أن التداخل الجراحي لا يؤثر على التهاب المفاصل المرافق. الشكل المحوري من التهاب المفاصل والفقار المرافق للداء المعوي الالتهابي غير مميز سريريًا وشعاعياً عن التهاب الفقار المقسط البدئي كما أنه لا يوازي فعالية الداء المعوي ويمكن أن يسبقه. والعلاج الجراحي لالتهاب الكولون القرصي وداء كرون ليس له تأثير على التهاب الفقار المرافق.^[4]

مشكلة البحث:

يمكن تحديد مشكلة البحث في السؤالين الآتيين:

- 1- ما التظاهرات المفصالية المحورية والمحيطية عند مرضى الداء المعوي الالتهابي؟
- 2- ما أنماط الإصابة المفصالية وعلاقتها بامتداد الإصابة الهضمية؟

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى التعرف على:

1. التظاهرات المفصالية المحورية والمحيطية عند مرضى الداء المعوي الالتهابي.
2. أنماط الإصابة المفصالية وعلاقتها بامتداد الإصابة الهضمية.

أهمية البحث:

الداء المعوي الالتهابي مرض مزمن يترافق مع العديد من التظاهرات خارج المعوية، وتشكل الإصابة المفصالية التظاهرة خارج الهضمية الأكثر شيوعاً، وبدون الكشف عن هذه الإصابات واتخاذ العلاج المناسب يمكن أن تحدث

تشوهات في المفاصل المحيطية والعمود الفقري، مما يؤثر على نوعية الحياة ويؤدي إلى العجز عن القيام بالأعمال الاعتيادية، وزيادة العبء على المرضى والمجتمع بأن معاً. وهذا ما يبرز أهمية الكشف المبكر عن هذه الإصابات واتخاذ التدابير المناسبة، مما يمكن من منع هذه الاختلاطات ويساهم في تحسين نوعية الحياة.

2- المواد والطرائق Material and Methods:

شملت الدراسة 61 مريض مشخص لهم داء معوي التهابي بشكل مثبت بناء على (السريريات والتنظير الهضمي والتشريح المرضي) المراجعين للعيادة والشعبة الهضمية في مشفى تشرين الجامعي المشخصين المعالجين أو غير المعالجين اما بقصد مراجعة روتينية دورية أو خلال هجمة المرض. بين عامي 2020-2021. وقسموا إلى قسمين:

1- مرضى داء كرون.

2- مرضى التهاب الكولون القرصي.

وتم تقسيم مرضى كرون إلى تحت مجموعتين:

1- مع إصابة كولونية.

2- دون إصابة كولونية.

كما تم تقسيم مرضى التهاب الكولون القرصي إلى تحت مجموعتين:

1- مرضى لديهم إصابة كولونية شاملة.

2- مرضى لديهم إصابة كولون أيسر أو مستقيم فقط (غير شاملة).

واعتمد هذا التقسيم حسب تصنيف مونتريال وذلك لدراسة العلاقة بين امتداد الإصابة الهضمية الكولونية والمفصالية أن وجدت.

تم أخذ قصة مرضية مفصالية وإجراء استجواب كامل للمريض متضمن الاسم، العمر، الجنس، التشخيص، مدة الإصابة، امتداد الإصابة الهضمية تشريحياً، وجود قصة عائلية، نوع العلاج المتبع، التدخين، وجود قصة سابقة أو حالية لالتهاب مفاصل محيطي، التهاب أصابع، التهاب ركائز، ألم الظهر التهابي الطبيعة.

تم إجراء فحص سريري شامل لمفاصل الجسم متضمن فحص الحركة الفاعلة والمنفصلة للمفاصل، وتحري وجود التهاب مفاصل محيطي وتحديد مكان وعدد المفاصل المصابة، وتحري علامات الالتهاب الموضعية من سخونة وتورم واحمرار وتحدد بالحركة، مع تحري وجود التهاب أصابع سواء في اليدين أو القدمين (الأصابع النفاقية)، والتهاب المراكز سواء التهاب مرتكز وترأشيل أو بقية المراكز في الجسم أو وجود التهاب لفافة أخمصية.

تم السؤال عن ألم أسفل الظهر وصفاته ووضع تشخيص ألم الظهر الالتهابي وفق callin criteria.

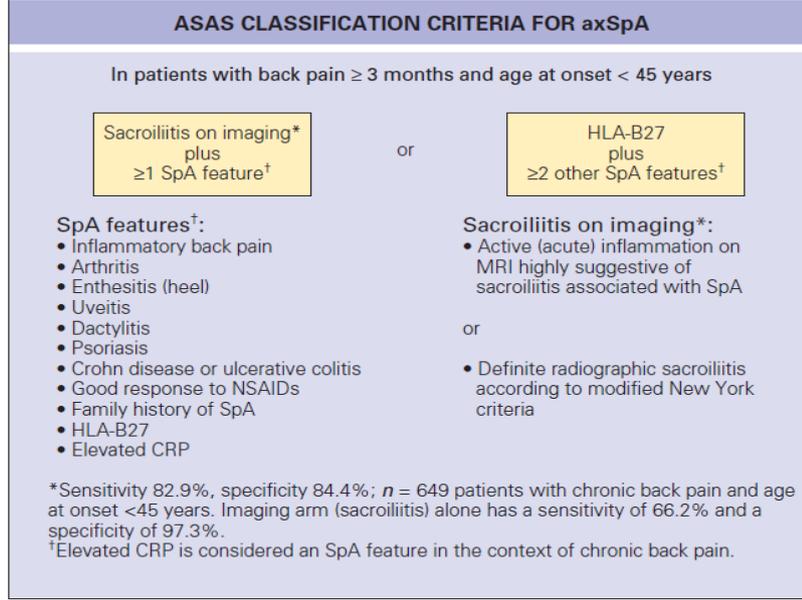
Criteria for inflammatory back pain (IBP)

Calin criteria²⁰

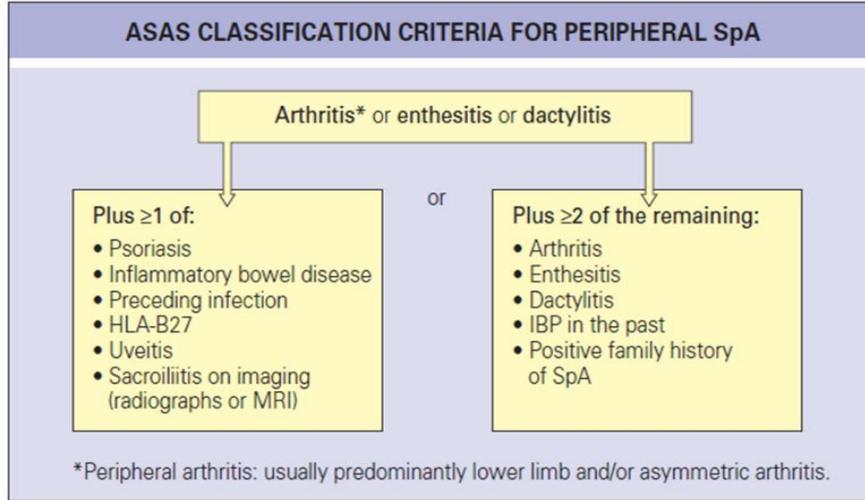
Age at onset <40 yr
Duration of back pain >3 mo
Insidious onset
Morning stiffness
Improvement with exercise
(at least four of five present)

الشكل (1) تصنيف callin لألم الظهر الالتهابي

تم إجراء فحص للمفاصل الحرقفية العجزية وتحري وجود ألم ومضض مع إجراء اختبار شوبر المعدل، وتحديد مدة اليبوسة الصباحية أن وجدت، وتم إجراء صورة بسيطة أمامية خلفية للحوض عند المرضى العرضيين، تم تقسيم الإصابة المفصالية إلى إصابة محيطية ومحورية ومشاركة، واعتمدنا على معايير ASAS لتصنيف الإصابة المحورية والمحيطية ل SpA.



الشكل (2) تصنيف ASAS للإصابة المحورية في SpA



الشكل (3) تصنيف ASAS للإصابة المحيطية في SpA

معايير الاشتمال: جميع مرضى الداء المعوي الالتهابي.

معايير الاستبعاد: لا يوجد.

الدراسة الإحصائية Statistical Study

تصميم الدراسة: (Observational Descriptive Study (Cross Sectional)

1- إحصاء وصفي Description Statistical

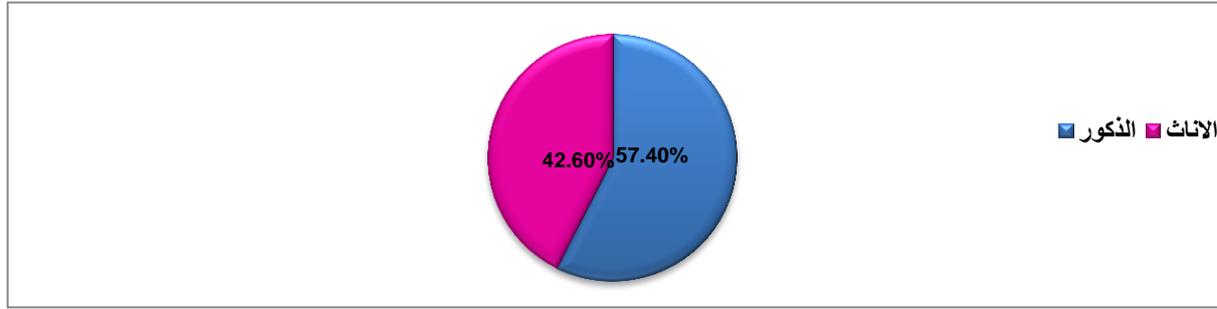
- متغيرات كمية quantitative بمقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت.

- متغيرات نوعية qualitative بالتكرارات والنسب المئوية.

- 2- إحصاء استدلالي Inferential Statistical بالاعتماد على قوانين الإحصاء:
- اختبار Independent T student للمقارنة بين متوسطي مجموعتين مستقلتين.
- اختبار Chi-square Or Fisher exact لدراسة العلاقة بين المتغيرات الكيفية.
- تعتبر النتائج هامة احصائياً مع $p\text{-value} < 5\%$
- اعتماد البرنامج IBM SPSS statistics لحساب المعاملات الاحصائية وتحليل النتائج

3- النتائج Results:

شملت عينة البحث 61 مريضاً (35 ذكر، 26 أنثى) من مرضى الداء المعوي الالتهابي مراجعي العيادة والشعبة الهضمية في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021 والمحققين معايير الاشتغال في البحث. تراوحت أعمار مرضى عينة البحث بين 18 الى 72 وبلغ وسطي العمر 37 سنة. تراوحت مدة الإصابة بين إصابة مكتشفة حديثاً خلال الفحص إلى 35 سنة وبلغ وسطي مدة الإصابة 3 سنة. التدخين وجد عند 37 مريضاً بنسبة 60.7% من عينة البحث المدروسة.

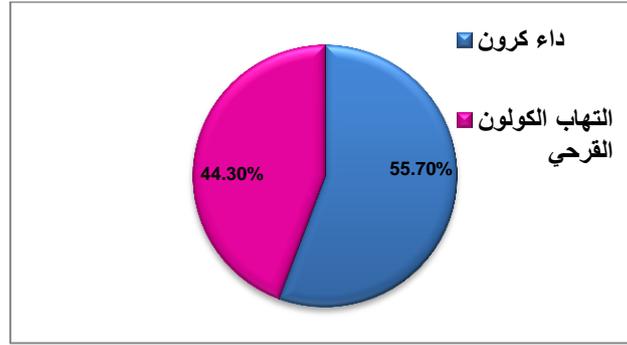


الشكل (4) توزع عينة 61 مريضاً حسب الجنس من مرضى الداء المعوي الالتهابي حيث يلاحظ أن نسبة الذكور أكثر من نسبة الإناث.

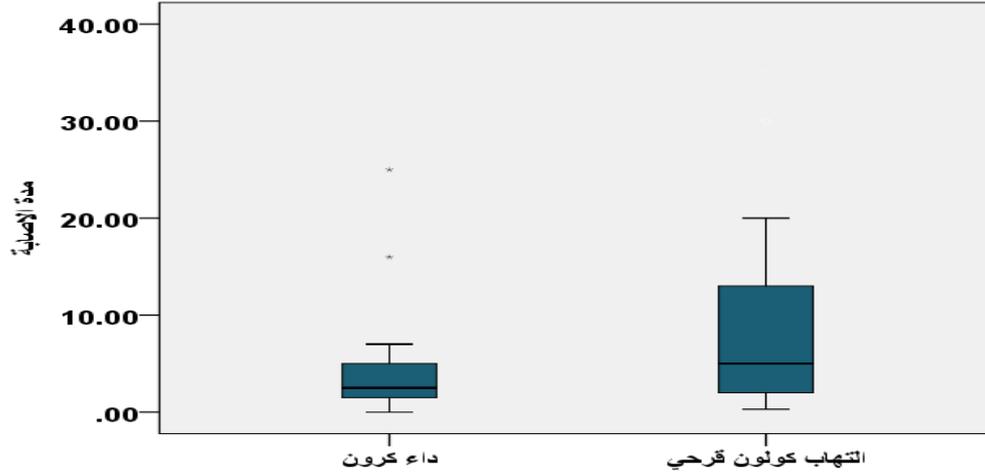
جدول (1) توزع عينة 61 مريضاً حسب الفئات العمرية من مرضى الداء المعوي الالتهابي.

الفئات العمرية	العدد	النسبة
<20	6	9.8%
20-30	10	16.4%
30-40	22	36.1%
>40	23	37.7%
المجموع	61	100%

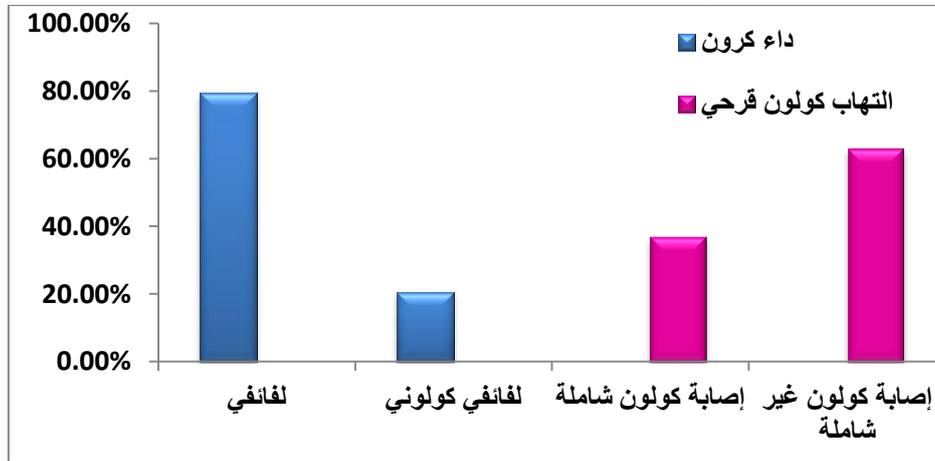
نلاحظ من الجدول السابق أن غالبية عينة البحث المدروسة كانت ضمن الفئات العمرية 30-40 سنة والفئة الأكثر من 40 سنة.



الشكل (5) توزيع عينة 61 مريضاً تبعاً لتصنيف الداء المعوي الالتهابي.



الشكل (6) القيم المتوسطة لمدة الإصابة لدى مرضى الداء المعوي الالتهابي مراجعي العيادة والشعبة الهضمية في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021.



الشكل (7) التوزيع حسب توضع الإصابة بين مجموعتي البحث.

جدول (2) فروقات التوزيع تبعاً لنوع الإصابة المفصلية.

الإصابة المفصلية	داء كرون (34)	التهاب الكولون القرصي (27)	P-value
محورية	4(11.8%)	3(11.1%)	0.8
محيطية	5(14.7%)	3(11.1%)	
محورية + محيطية	6(17.6%)	7(25.9%)	

الإصابة المفصلية	داء كرون(34)	التهاب الكولون القرصي(27)	P-value
لا يوجد إصابة مفصلية	19(55.9%)	14(51.9%)	

نلاحظ من الجدول السابق أن 28 حالة لديهم إصابات مفصلية بنسبة 45.9% من عينة البحث المدروسة
 15 مريض داء كرون بنسبة 53.5%.
 13 مريض التهاب كولون قرصي بنسبة 46.4%.

الإصابة المفصلية عند مرضى داء كرون:

5 مرضى لديهم إصابة محيطية بنسبة 14.7%.
 4 مرضى لديهم إصابة محورية بنسبة 11.8%.
 6 مرضى لديهم إصابة مشتركة (محورية + محيطية) بنسبة 17.6%

الإصابة المفصلية عند مرضى التهاب الكولون القرصي:

3 مرضى لديهم إصابة محيطية بنسبة 11.1%.
 3 مرضى لديهم إصابة محورية بنسبة 11.1%.
 7 مرضى لديهم إصابة مشتركة (محورية + محيطية) بنسبة 25.9%.

ولم نلاحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي البحث فيما يتعلق بنوع الإصابة المفصلية
 p value=0.8 وأن انتشار التظاهرات المحيطية لدى مرضى داء كرون كان أعلى من المحورية.

جدول (3) فروقات التوزيع تبعاً لنوع الإصابة المفصلية المحورية بين مجموعتي البحث.

الإصابة المفصلية المحورية	داء كرون(34)	التهاب الكولون القرصي(27)	P-value
التهاب مفصل حرقفي عجزى	9(26.5%)	6(22.2%)	0.7
التهاب فقار مقسط	0(0%)	2(7.4%)	0.1
ألم ظهر التهابي	11(32.4%)	6(22.2%)	0.3

نلاحظ من الجدول السابق

الإصابة المحورية عند مرضى داء كرون:

- 9 مرضى لديهم التهاب مفصل حرقفي عجزى بنسبة 26.5%.
 - 11 مريض لديهم ألم ظهر التهابي بنسبة 32.4%.
 - لم يشخص التهاب فقار مقسط.
- الإصابة المحورية عند مرضى التهاب الكولون القرصي:
- 6 مرضى لديهم التهاب مفصل حرقفي عجزى بنسبة 22.2%.
 - 6 مرضى لديهم ألم ظهر التهابي بنسبة 22.2%.
 - مريضين اثنين لديهم التهاب فقار مقسط بنسبة 7.4%.

ولم نلاحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي البحث فيما يتعلق بنوع الإصابة المفصلية
 المحورية. علماً أن المريض قد يتظاهر بأكثر من إصابة مفصلية محورية.

جدول (4) فروقات التوزيع تبعاً لنوع الإصابة المفصالية المحيطية بين مجموعتي البحث.

الإصابة المفصالية المحيطية	داء كرون (34)	التهاب الكولون القرصي (27)	P-value
قليل المفاصل (النمط الأول)	8(23.5%)	6(22.2%)	0.9
عديد المفاصل (النمط الثاني)	2(5.9%)	2(7.4%)	0.8
التهاب ركائز	5(14.7%)	6(22.2%)	0.4
التهاب أصابع	3(8.8%)	1(3.7%)	0.4

نلاحظ من الجدول السابق:

الإصابة المحيطية عند مرضى داء كرون:

- 8 مرضى لديهم التهاب مفاصل قليل المفاصل (النمط الأول) بنسبة 23.5%.
- مريضين لديهم التهاب مفاصل عديد المفاصل بنسبة 5.9%.
- 5 مرضى لديهم التهاب ركائز بنسبة 14.7%.
- 3 مرضى لديهم التهاب أصابع بنسبة 8.8%.

الإصابة المحيطية عند مرضى التهاب الكولون القرصي:

- 6 مرضى لديهم التهاب مفاصل قليل المفاصل (النمط الأول) بنسبة 22.2%.
- مريضين لديهم التهاب مفاصل عديد المفاصل (النمط الثاني) بنسبة 7.4%.
- 6 مرضى لديهم التهاب ركائز بنسبة 22.2%.
- مريض لديه التهاب أصابع بنسبة 3.7%.
- يلاحظ عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي البحث فيما يتعلق بنوع الإصابة المفصالية المحيطية. علماً أن المريض قد يتظاهر بأكثر من إصابة مفصالية محيطية.

جدول (5) العلاقة ما بين توزيع الإصابة ووجود إصابات مفصالية عند مجموعتي البحث.

توزيع الإصابة	الإصابة المفصالية				P-value	
	محورية	محيطية	محورية + محيطية	لا يوجد إصابة		
داء كرون	لфائف	3(42.9%)	4(50%)	5(38.5%)	15(45.5%)	0.8
	لфائف كولوني	1(14.3%)	1(12.5%)	1(7.7%)	4(12.1%)	
التهاب الكولون القرصي	إصابة كولون شاملة	2(28.6%)	1(12.5%)	3(23.1%)	4(12.1%)	
	إصابة كولون غير شاملة	1(14.3%)	2(25%)	4(30.8%)	10(30.3%)	

لنلاحظ من الجدول السابق أن توزيع الإصابة في اللفائف عند مرضى داء كرون ترافق مع إصابات مفصالية أكثر سواء محورية أو محيطية، أما بالنسبة لالتهاب الكولون القرصي أن الإصابة الشاملة للكولون ترافقت مع إصابة محورية أكثر بنسبة 28% مقارنة مع الإصابة المحيطية بنسبة 12%، بينما في إصابة الكولون غير الشاملة كانت الإصابة محيطية بنسبة 25% أكثر من الإصابة المحورية.

تمت دراسة العلاقة ما بين توضع الإصابة في الكولون ووجود إصابات مفصلية من خلال اختبار Fisher exact وتبين عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بتوضع الإصابة في الكولون ووجود إصابات مفصلية.

جدول (6) فروقات التوزيع تبعاً لنوع الإصابة المفصلية بين مجموعتي البحث والتدخين.

التدخين	الإصابة المفصلية				P-value
	محورية	محيطية	محورية + محيطية	لا يوجد إصابة	
موجود	5(71.4%)	6(75%)	10(76.9%)	16(48.5%)	0.02
داء كرون	2	3	5	11	
التهاب الكولون القرصي	3	3	5	5	
غير موجود	2(28.6%)	2(25%)	3(23.1%)	17(51.5%)	

من الجدول السابق نلاحظ أن 21 مريضاً بداء معوي التهابي من الذين تظاهروا بإصابة مفصلية سواء محورية أم محيطية كانوا من المدخنين بنسبة 76.9%.

حيث تمت دراسة العلاقة ما بين وجود تدخين ووجود إصابات مفصلية من خلال اختبار Fisher exact وتبين وجود فروقات ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بوجود تدخين ووجود إصابات مفصلية حيث ترافق بوجود إصابات مفصلية أكثر وكانت أعلى بالإصابات المفصلية المحورية لدى مرضى التهاب الكولون القرصي.

4- المناقشة Discussion:

لقد وصف التهاب المفاصل المحيطي عند مرضى الداء المعوي الالتهابي أول مرة في عام 1929 من قبل بعض الباحثين، الذين وصفوا أيضاً ميل التهاب المفاصل لأن ينشط مع تفاقم التهاب الكولون. ولعدة عقود، كان مرضى هذه الحالة يشخصوا بشكل خاطئ بالتهاب مفاصل رثياني. ثم في نهاية عام 1950 وصف العديد من الأطباء حالات لالتهاب المفاصل الحرقفية العجزية عند مرضى مصابين بالداء المعوي الالتهابي. وفي عام 1964 تم تصنيف التهاب المفاصل المرافق للداء المعوي الالتهابي كحالة سريرية مستقلة من قبل الرابطة الأمريكية للأمراض الرئوية. وفي عام 1976 قام Moll and Wright بتصنيف التهاب المفاصل المرافق للداء المعوي الالتهابي كجزء من مجموعة اعتلالات المفاصل والفقار. أن اعتلالات المفاصل والفقار (SpA) هي مجموعة من اعتلالات المفاصل الالتهابية مع تظاهرات سريرية مشتركة كالتهاب الفقار المحوري، التهاب المفصل الحرقفي العجزية، والتهاب المفاصل المحيطي، التهاب المراكز والتهاب الأصابع.

اعتلالات المفاصل والفقار تتضمن التهاب الفقار المقسط (AS)، التهاب المفاصل الصدافي (PsA)، التهاب المفاصل الارتكاسي (ReA) والتهاب المفاصل المرافق للداء المعوي الالتهابي.^[2]

لماذا قد يسبب الالتهاب أو تفعيل المناعة في الأمعاء، التهاباً في الغشاء الزليل أو التهاباً في المراكز؟ يوجد العديد من الآليات والفرضيات المحتملة. أولاً، ببساطة قد يوجد جينات مشتركة مع محرضات بيئية مشابهة. أن زيادة نفوذية الأمعاء تسمح بعرض مستضدات الجراثيم للخلايا المناعية المخاطية. هذا قد يؤدي إلى تجمع مستضدات الجراثيم جهازيماً، التي تحرض لاحقاً التهاب في المفاصل.

يوجد فرضية أخرى تقول بأن التنشيط المناعي يؤدي إلى انتقال الخلايا المناعية من الأمعاء إلى الغشاء الزليل. ويوجد دراسات تظهر وجود بالعات مشتركة في الأمعاء والغشاء الزليل وزيادة انجذاب الخلايا التائية المخاطية لبروتينات الغشاء الزليل. وباعتبار الغشاء الزليل يحيط بالمفاصل المحيطية أكثر من المفاصل المحورية وهو الذي

يكون موضع الإصابة لهذا السبب ربما تكون الإصابة المفصالية المحيطية المرافقة للداء المعوي الالتهابي أكثر من المحورية.

تكون هجمات التهاب المفاصل المحيطي غالباً مترافقة مع فعالية المرض المعوي، ونكس الإصابة المفصالية والمعوية غالباً يحدث في نفس الوقت لذلك تلاحظ الإصابة المحيطية ويتم ربطها مع فعالية الداء المعوي أكثر من الإصابة المحورية التي لوحظ عدم ارتباطها بفعالية الإصابة الهضمية.

ونسبة انتشار النمط الأول أي قليل المفاصل من التهاب المفاصل المحيطي يكون أكثر من عديد المفاصل وهذا يتوافق مع جميع الأمراض في مجموعة التهابات المفاصل والفقار سلبية المصل.

في دراستنا لوحظ وجود علاقة بين التدخين عند مرضى الداء المعوي الالتهابي وتزايد حدوث الإصابة المفصالية ، وربما يعود هذا الازدياد لارتفاع نسبة المدخنين بين عموم السكان وهو ما سينعكس على عينة البحث .

بالمقارنة مع نتائج بعض الدراسات المشابهة لدراستنا نجد في دراسة كويتية نشرت عام 2012 قام بها Khaled AL-JARALLAH *et al* أن الإصابة المحيطية هي أكثر انتشاراً من الإصابة المحورية وهي نتيجة مشابهة لنتائج دراستنا كما يوجد تشابه بالعرق العربي ومتوسط السن وكذلك في أن نسبة انتشار داء كرون أكثر من التهاب الكولون القرصي.^[5] وفي دراسة قطرية نشرت عام 2018 قام بها Mohammed Hammoudeh *et al* نجد أيضاً أن نسبة الإصابة المحيطية هي أعلى من المحورية دون وجود فرق هام بين المرضين.^[6]

في دراسة هولندية نشرت عام 2017 قام بها Maren C. Karreman *et al* شملت عدة دراسات نجد أيضاً أن الإصابة المحيطية هي الأكثر انتشاراً وان نسبة حدوث التهاب المتركزات والتهاب الأصابع متقاربة مع دراستنا.^[7]

الخلاصة:

- أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الإصابة المفصالية عند مرضى الداء المعوي الالتهابي في مجتمعنا مرتفعة نسبياً ومشابهة للنسب المسجلة في الدراسات المجراة في الدول المجاورة، ويعود ذلك ربما للاشتراك الجيني والبيئي مع ما يشكله ذلك من عامل خطر لتطور التحديثات الالتهابية المزمنة.
- نسبة انتشار الإصابة المفصالية المحيطية أعلى من الإصابة المحورية.
- لا يوجد فرق هام بين نوع الداء الالتهابي وحدث الإصابة المفصالية، فكما تبين معنا ومع الدراسات المقارنة غياب الارتباط الهام وهو ما ظهر بالقيم الإحصائية غير الهامة ($p \text{ value} =$).
- يتوافق توضع الإصابة بشكل معزول في للفائفي في داء كرون مع تزايد الإصابة المفصالية.
- نسبة انتشار النمط الأول من التهاب المفاصل المحيطي (قليل المفاصل) أعلى من النمط الثاني.
- لوحظ ازدياد حدوث الإصابة المفصالية بنوعها عند مرضى الداء المعوي الالتهابي المدخنين أكثر من غير المدخنين.

5- التوصيات والمقترحات.

1. توصية أطباء الأمراض الرئوية للانتباه للأعراض الهضمية عند مرضى اعتلالات المفاصل سلبية المصل وتحويلهم لأطباء الأمراض الهضمية لكي يتم التشخيص بشكل باكر وإجراء ما يلزم لتجنب الاختلاطات.
2. توصية مرضى الداء المعوي الالتهابي بتجنب التدخين حيث لوحظ علاقته مع زيادة الإصابة المفصالية.
3. الحاجة إلى دراسات أوسع يدرس فيها مثلاً علاقة ظهور الإصابة المفصالية بمدى المرض ويستخدم فيها استقصاءات أوسع (مخبرية وشعاعية).

قائمة المراجع.

- 1- Goldman's Cecil Medicine, Volume 1, 2012, Pages 913-921.
- 2- Firestein & Kelley's Textbook of Rheumatology 2021:83:1381.
- 3- Marc C. Hochberg, Ellen M. Gravallese, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman RHEUMATOLOGY, Seventh edition, 2019
- 4- John H. Klippel, MD, John H. Stone, MD, MPH, Leslie J. Crofford, MD, Patience H. White, MD, MA. Primer on the Rheumatic Diseases THIRTEENTH EDITION, 2013.
- 5- Al-Jarallah K, Shehab D, Al-Azmi W, Al-Fadli A. Rheumatic complications of inflammatory bowel disease among Arabs: a hospital-based study in Kuwait. International Journal of Rheumatic Diseases 2012.
- 6- Mohammed Hammoudeh et al: Rheumatic manifestations of inflammatory bowel diseases: A study from the Middle East .Journal of International Medical Research, 0(0) 1–11, 2018.
- 7- Maren C. Karreman, Jolanda J. Luime, Johanna M. W. Hazes, Angelique E. A. M. Weel, The Prevalence and Incidence of Axial and Peripheral Spondyloarthritis in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis, Journal of Crohn's and Colitis, 2017, 631–642 doi:10.1093/ecco-jcc/jjw199, The Netherlands.