الفصل الثامن والعشرون

ضيق فتحة صمام المعدة البابي

Pyloric Stenosis

يعتبر ضيق فتحة صمام المعدة البابي الضخامي الطفلي من الأسباب (Causes) الرئيسية في حدوث القيء في فترة الرضاعة بمعدل حدوث يتراوح من ٢ إلى ٣ في كل ١٠٠٠ ولادة حية. هذا ويعتبر الذكور أكثر عرضة للإصابة من الإناث حيث يوجد تهيؤ وراثي، كما يعتبر الذكور البكر أكثر تعرضاً للإصابة.

- يحدث بسبب تضخم عضلة الفتحة البوابية.
- يتجلى هذا المرض بحدوث القيء.
- القيء خالٍ من الصفراء بدون أي صعوبة ويعتبر هذا القيء قيئاً قذفياً.
- عادة ما يتجلى المرض في فترة تتراوح من ثلاثة إلى ثمانية أسابيع.
- نظرة الطفل خائفة.
- وبشكلٍ عام، يكون الطفل نشيطاً ويقظاً ولكنه يعاني من نقص الوزن والشعور بالجوع عقب التقيؤ.
- يحدث الجفاف بشكل شائع.

obeikandl.com

- قد يكون البواب محسوساً (بحجم الزيتونة) بالإضافة إلى تجلي التمعج المعدي.
- يحدث القلاء الاستقلابي بنقص بوتاسيوم الدم ونقص كلوريد الدم نتيجة لتقيؤ المحتويات المعدية (الغنية بالهيدروجين والكلوريد) ونقص البوتاسيوم للحفاظ على توازن الأملاح.
- من الممكن أن يتجلى فرط بيليروبين الدم اللامقترن الطفيف.
- تعمل الموجات فوق الصوتية على تأكيد التشخيص (Diagnosis) الذي يظهر ثخانة الجدار البوابي. وقد تعمل أشعة الباريوم بالإيجاب في الحالات الصعبة وإظهار علامة الوتر.
- تتم المعالجة (Treatment) من خلال الجراحه عن طريق بضع عضل البواب عملية رمستيد عقب الإمهاء (Rehydration) مع تعديل اضطراب الأملاح وقاعدة الحمض.
- يجب أن تكون السوائل السابقة للجراحة عبارة عن ١٢٠– ١٥٠ ميلي / كجم من ٠,٤٥٪ من محلول الملح، ٥٪ من الغلوكوز مع إضافة البوتاسيوم. يجب تعديل الجفاف إذا ما كان شديداً مع جرعة السوائل. يجب أن تتم الاستعاضة عن الخسائر المستمرة بـ ٠,٩٪ من محلول الملح مع إضافة البوتاسيوم. يجب مراقبة الأملاح وتعديل استعاضة النظم الغذائية وفقاً لذلك.
- عادة ما يتم شفاء الأطفال بشكل سريع ويتم إطعامهم بعد ٦ – ١٢ ساعة من إجراء الجراحة.
- نادراً ما تحدث مضاعفات.
- يشمل التشخيص التفريقي (Differential diagnosis) أي سبب آخر لحدوث القيء في مرحلة الرضاعة. يجب استثناء التهاب الجهاز البولي بينما يجب اعتبار الارتجاع المعدي المريئي. يشمل التشخيص التفريقي للمخرج البوابي أو انسداد الاثنا عشر وترة الاثنا عشر، تضيق الاثنا عشر، انقلاب الأمعاء.

obeikandl.com

الفصل التاسع والعشرون

تعذر ارتخاء عضلة نهاية المريء وانقلاب الأمعاء

Achalasia and Malrotation

عبارة عن اضطراب حركي يتسم بحدوث تمعج في المريء بالإضافة إلى فشل مصرة المريء السفلية في تخفيف الحدة من عملية البلع مما يؤدي إلى تأخر الطعام في المريء. تظهر أعراض هذا المرض في مرحلة الطفولة والبلوغ (Puberty) كما يبلغ معدل الانتشار بنسبة ١ / ١٠٠٠.

تشتمل السمات السريرية على عسر البلع، القلس، السعال، آلام الصدر، وانخفاض الوزن. يتضمن التشخيص التفريقي (Differential diagnosis) الجزر المعدي المريئي، الفتق الحجابي، التهاب المريء اليوزيني (Eosinophilic oesophagitis)، والمسببات الوظيفية (اللقمة الهستيرية).

يحدث الفحص من خلال ابتلاع الباريوم مع التنظير الداخلي (Endoscopy) للمريء العينة في حالة الاشتباه في حدوث آفة مخاطية مثل التهاب المريء (Oesophagitis). يلعب مقياس ضغط المرئ دوراً كبيراً في هذا الفحص إذا ما كان متوفراً. والمنظر في أشعة باريم هو مستوى سوائل وضيق في المرئ السفلي وشكل ذئب الفأر، تشتمل المشكلات الثانوية على التهاب المريء الارتجاعي، استنشاق الأكل،

obeikandl.com

والزيادة الضئيلة في الوزن. من الممكن أن يحدث تعذر الارتخاء (Achalasia) كأحد مضاعفات الجراحة المضادة للارتجاع. تشتمل خيارات المعالجة على توسيع مصرة المريء السفلي بالبالون مما يعطي انفراجة مؤقتة. يتم استخدام شف العضلة بطريقة هلز، سم بوتولينيق استخدم في مرحلة الكبر. هذا ويوجد خطر متزايد من حدوث سرطان المريء في تعذر الارتخاء الذي لا يمكن معالجته.

داء شاغاس

عبارة عن عدوى تصيب الأطفال تحدث في وسط وجنوب أمريكا والتي قد تماثل تغيرات تعذر الارتخاء. يتم التشخيص من خلال السيرولوجيا (علم الأمصال)

انقلاب الأمعاء والانفتال

يحدث انقلاب الأمعاء المعي بسبب اضطراب حركة المعي المحيط بالشريان المساريقي العلوي أثناء التخلق. يتم تحديد التشريح الدقيق من خلال مرحلة التخليق المنقطعة. وبوجهٍ عام، يظل المصران الأعور في الجزء العلوية اليمنى مع وجود الاثنا عشر و الصائمي في الجانب الأيمن وليس الأيسر من الجزء العلوية. هذا ومن المحتمل أن توجد مضاعفات خطيرة ومميتة.

توجد احتمالية لوجود عرضين من الأعراض السريرية:

- انسداد الاثنا عشر (Duodenal obstruction) بسبب الضغط الخارجي لأربطة لاد
- الانفتال المعوي المتوسط للمعي المحيط بالمساريق الضيقة والذي قد يحدث بشكلٍ حاد مما يتسبب في حدوث انسداد كلي أو في حدوث نوائب الانسداد الجزئي أو الكلي بشكلٍ متقطع. تتضمن العوارض المصاحبة للانفتال المعوي المتوسط والمزمن القيء، الإمساك، الإسهال، سوء الامتصاص مع وجود آلام في البطن.

يرتبط انقلاب الأمعاء المعي برتق وتضيق الاثنا عشري، الفتق السري، انشقاق البطن الخلقي والفتق الحجابي.

- من الممكن أن يظهر إنقلاب الأمعاء المعي كعارضة وعديمة الأعراض من خلال أشعة الباريوم.
- أغلب الحالات التي تتجلي في الطفل الرضيع تتجلي في الأسابيع القليلة الأولي من العمر.
- يعتبر انقلاب الأمعاء المعي المرتبطة بانسداد الإثنا عشر جزءاً من التشخيص التفريقي للقيء الدوري خاصة إذا ما تجلى القيء باللون الأصفر.
- من الممكن أن يتسبب سوء استدارة المعي المرتبطة بالانفتال في حدوث انسداد شديد مع قلة الدم، الانثقاب، والتهاب الصفاق (Peritonitis).
- من الممكن أن يكون القيء الصفراوي أخضر، أصفر أو بني اللون وقد يكون القيء متقطع بانفتال أو عدم انفتال الأمعاء.

عادة ما يحدث تشخيص انقلاب الأمعاء المعي من خلال وجبة الباريوم لتحديد موضع موصل الاثنا عشر الصائمي. تتجلى الاستدارة الطبيعية في حالة عبور عروة الاثنا عشر (C) خط المنتصف ووضع موصل الاثنا عشر الصائمي على يسار العمود الفقري عند مستوى يعلو أو يساوي فتحة البواب. هذا وقد يشار إلى استخدام حقنة تباينية (حقنة الباريوم) لتوضيح موضع المصران الأعور، في حالة عدم قيام وجبة الباريوم بتأكيد تجلي أو عدم تجلي انقلاب الأمعاء المعي.

- من الممكن أن يتجلي انقلاب الأمعاء المعي المرتبطة بالانفتال على شكل ألم حاد بالبطن مع لون قيء أصفر يمكن أن يكون المريض ليس حسناً وهذا يتطلب طرق تشخيص سريعة استقصاء فغر البطن التشخيصي.

يحدث التدبير العلاجي من خلال التصحيح الجراحي لانقلاب الأمعاء المعي. يتم التدخل الجراحي الطارئ، في حالة الاشتباه في حدوث انسداد الاثنا عشر الحاد أو انقلاب الأمعاء المعي المصحوبة بالانفتال.

تشير عملية لاد إلى الحد من الانفتال، تقسيم الأربطة المساريقية، وضع الأمعاء الدقيقة على الجانب الأيمن والأمعاء الغليظة على الجانب الأيسر من البطن، بالإضافة إلى استئصال الزائدة.

التشخيص التفريقي للانسداد الاثنا عشر (Differential diagnosis)

- رتق الاثنا عشر.
- تضيق الاثنا عشر.
- وترة الاثنا عشر.
- انقلاب الأمعاء.
- البنكرياس الحلقي (Annular pancreas).
- متلازمة الشريان المساريقي العلوي (superior mesenteric artery syndrome).

متلازمة الشريان المساريقي العلوي (superior mesenteric artery syndrome)

تشير هذه المتلازمة إلى انسداد الاثنا عشري الذي يحدث من خلال انضغاط الطرف الثالث للاثنا عشر على الأبهر بواسطة الشريان المساريقي العلوي. تظهر هذه المتلازمة عقب الانخفاض الحاد في الوزن مثل القهم العصابي (Anorexia nervosa) ، الإنتان الحاد، عدم الحركة. التصوير الإشعاعي مميز في تشخيص المرض.

عادة ما تتطلب الحالة المصابة تعويضاً غذائياً فضلاً عن التدخل الجراحي وقد يكون الإطعام الأنفي الصائمي أكثر نفعاً.

الفصل الثلاثون

النزف الهضمي

Gastrointestinal Bleeding

من الممكن أن يحدث النزف الهضمي الصريح كجزء من أحد الأمراض الحادة أو سمة من سمات أحد الأمراض المزمنة. قد لا تتم تغطية النزف الهضمي الغامض في استقصاء فقر الدم.

يعتبر النزيف بمثابة ذعر للوالدين. يتطلب التقييم (Assessment) توازناً بين الإلحاح عندما يكون ضرورياً وبين الاطمئنان عندما يكون السبب المحتمل أقل خطورة.

تعتبر أولويات التقييم هي تحديد حدة النزيف، درجة الاضطراب المجموعي، الموقع، والسبب.

- بالنسبة للأطفال، فقد ينشأ النزيف الشرجي ذو اللون الأحمر الساطع من الجهاز الهضمي العلوي أو السفلي.
- يعتبر السبب الرئيسي للنزيف الشرجي في مرحلة الطفولة هو حدوث انشقاق شرجي نتيجة للإمساك.

obeikandl.com

التعريفات

(Definitions)

- النزف الهضمي العلوي:

  - قيء الدم (Hematemesis) ـ تقيؤ دم صريح أو مادة سوداء مثل القيء الشبيه بثفل القهوة وجزيئات التربة. لا بد من تمييز هذا عن كحة الدم (Hemoptysis) (جدول ٣٠.١، ص ٢٩٤).

- النزيف الشرجي

  - تغوط أسود (Melena)- عبارة عن غائط قطراني أسود كريه.

  - تغوط مدمي ـ عبارة عن دم أحمر داكن أو ساطع من المستقيم.

- النزف الهضمي الغامض عبارة عن نزف ناشئ عن مصدر هضمي مفترض حينما تكون الفحوصات المبدئية طبيعية مثل تنظير المعدة والمريء والاثنا عشر وتنظير القولون.

التقييم الأولي

(Assessment)

الإنعاش في حالة نشاط النزيف

- تقييم المسلك الهوائي.
- تقييم التنفس.
- تقييم الدورة الدموية في وجود علامات.
- مجرى بالوريد مع مجرى كبير الحجم.
- تحديد فصيلة الدم/ حضر واحفظ الدم.

obeikandi.com

- تجديد السائل بإضافة ٢٠ ملم / كجم ٠,٩٪ محلول ملح.
- إعادة التقييم.
- إضافة ٢٠ ملم / كجم ٠,٩٪ محلول ملح.
- إعادة التقييم.
- ٢٠ ملم / كجم من الدم إذا ما كان ضرورياً.

التاريخ المناسب

- لون الدم المفقود.
- كمية الدم المفقود.
- هل هو دمٌ بالتأكيد؟
- استثناء النزيف من المصادر غير الهضمية: التهاب اللوزتين النزفي، الرعاف، مداواة الأسنان، كحة الدم، إذا ما كان هناك نزف خلال الإرضاع بالثدي من حلمة مشقوقة.
- مراعاة الاضطراب النزفي وقلة الصفيحات.
- الاستفسار عن العوارض الهضمية الأخرى بما في ذلك الإسهال، الألم الشرسوفي، الآلام أو التقلصات الباطنية، الإمساك، التقيؤ، التشخيص السابق لمتلازمة القولون المتهيج، انخفاض الوزن، والإسهال الدهني.
- مراعاة العوارض اللاهضمية بما في ذلك الإغماء، ضيق التنفس، الدوار، النوام، الخفقان، الحمى، والطفح الجلدي.
- مراعاة التاريخ المناسب للسن مثل الإرضاع من الثدي أو القارورة، وهل تم إعطاء الطفل الرضيع فيتامين k ؟
- السؤال عن السفر الحديث للخارج أو الاختلاط المعدي.
- الاستفسار عن تاريخ الرضوح.

obeikandl.com

- الاستفسار عن الأدوية التي يتم تناولها (Drugs involved) حالياً مثل الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهاب (NSAIDS)، الوارفارين (دواء مانع لتخثر الدم)، الأدوية المحتملة السامة للكبد.
- مراعاة السجل الطبي الماضي للمريض بما في ذلك وجود داء الكبد، الاضطرابات الهضمية ، والاضطرابات النزفية.
- مراجعة السجل الطبي للعائلة مثل داء الأمعاء الالتهابي، داء السلائل المعوي والاضطراب النزفي.

يجب أن يساعد الفحص البدني في تقييم حالة الاستقرار السريرية للطفل وقد يقدم دلائل تتعلق بأسباب النزيف.

- من الهام البحث عن علامات فقر الدم الحاد: الشحوب، تسرع ضربات القلب، نظم الخبب، فرط أو نقص ضغط الدم وفقر الدم المزمن: الشحوب، النمو الضعيف والنوام.
- تقييم ما إذا كان الطفل يعاني من نقص حجم الدم أو علامات انهيار المعاوضة القلبية الوعائية.
- البحث عن علامات مرض الكبد المزمن (Chronic liver disease) أو الاعتلال الخثري (Coagulopathy).

المواد التي قد تعطي للغائط مظهراً دموياً

- المضادات الحيوية.
- الحديد.
- عرق السوس (Liquorice).
- الشوكولاتا.

obeikandi.com

الفحص
(Examination)

الفحص الجلدي

- الشحوب.
- اليرقان.
- الكدمات.
- الطفح الجلدي.

فحص الأذن والأنف والحنجرة

- التهاب اللوزتين.
- علامات النزف.

الفحص القلبي الوعائي

- تسرع ضربات القلب.
- نقص ضغط الدم / الموضعي
- الزمن المطول لعود امتلاء الشعيرات.

فحص البطن

- ألم جدار البطن (المضض).
- ضخامة الكبد والطحال.

الفحص المحيط بالشرج (Perianal Examination)

- الشقاق.
- التسحج أو الألم / طفح الحفاظ الكريه.
- داء البواسير الخارجي.
- النواسير أو الخراج السابق: مراعاة داء كرون (Crohn's disease).

obeikandi.com

الاستقصاء

(Investigation)

يجب أن يؤدي فحص السجل الطبي للمريض والفحص البدني إلى الاستقصاءات (Investigations) المناسبة (جداول ٣٠,٢ و ٣٠,٣). في النزف الحاد، يجب تفسير نتائج الدم بحذرٍ تام حيث قد يؤدي نقص حجم الدم إلى تركز الدم وقد تكون قيم الهيموجلوبين مرتفعة على نحوٍ زائف.في حالة فقدان الطفل منتصف حجم الدورة الدموية، يستغرق تركيز الهيموجلوبين للكميات المتبقية بعض الوقت لتخفيف المحلول لإعطاء الانعكاس الحقيقي لفقدان الدم. يجب إعادة العد الدموي بالكامل عقب تجديد السائل. يجب أيضاً إجراء اختبارات فصيلة الدم واليوريا والأملاح ووظيفة الكبد بما في ذلك اختبارات التخثر. يلعب اختبار وظيفة الكلى دوراً هاماً في تقييم درجة الجفاف. يمكن أن تكون اليوريا عالية نتيجة لامتصاص الدم (تركيز بروتين عالٍ) من الأمعاء.

التصوير

- إذا ما كانت هناك احتمالية من أن مصدر النزف هو البلعوم الأنفي أو التجويف الأنفي، فيجب مراعاة التفرس المقطعي المحوسب.
- قد يكون من الصعب التفريق بين قيء الدم (Hematemesis) ونفث الدم (Hemoptysis). من المحتمل أن يكون من النفع في هذه الحالات القيام بالتصوير الإشعاعي البسيط للصدر.
- قد تكون دراسة أشعة التباين الهضمي العلوي مفيدة في الحالات التي تعاني من صعوبات في عملية البلع أو وجود ألم شرسر وفي مثل ما يحدث في تشخيص التضيقات المريئية.
- سوف يعمل فحص بيرتكنيتات التكنيشيوم m٩٩ (فحص ميكل) على

استكشاف الغشاء المخاطي المعدي الوظيفي في أحد المواضع المنتبذة مثل رتج ميكل والكيسة المصحوبة بالمضاعفات. لا يقوم فحص ميكل السلبي باستثناء رتج ميكل.

- يجب إجراء الأشعة فوق الصوتية على البطن بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضخامة الكبد والطحال وداء الكبد المزمن (Chronic liver disease) للبحث عن دليل على فرط ضغط الدم البابي والدوالي (Portal hypertension)
- قد تكون الأشعة فوق الصوتية على البطن مفيدة في استقصاء كثافة جدار المعدة والتي توحي بوجود التهاب ضمني.
- يلعب كلٌّ من تصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي / فحص خلايا الدم الحمراء المميزة بالتكنيشيوم m٩٩ دوراً فعالاً في حالة عدم تحديد سبب فقدان الدم.

التنظير الداخلي

- تتم الإشارة إلى تنظير المعدة والمريء والاثنا عشر في الأطفال الذين يعانون من قيء الدم (Hematemesis) أو تغوط أسود (Melena) لتعيين التشخيص وموضع النزف. نادراً ما تكون هناك ضرورة لإجراء التنظير الداخلي التشخيصي عندما يتجلى الطفل أولاً. ترتكز درجة الإلحاح على السبب الأكثر احتمالاً لحدوث النزف وعلى ضرورة بدء العلاج. يعمل التنظير الداخلي الملح على السماح التشخيص السريع ولكنه يحمل خطورة من انهيار المعاوضة والإظهار الرديء للغشاء المخاطي. يتم تنفيذه فقط في حالة عدم استقرار المرضى والزميل الجراح يجب أن يساهم.
- يجب إجراء تنظير القولون والتنظير اللفائفي في الأطفال الذين يعانون من فقدان الدم بالمستقيم والذين ليس لديهم دليل حول التهاب القولون (Colitis) المعدي

obeikandl.com

أو الإمساك (Constipation) أو الشق الشرجي (Anal fissure) . من الهام جداً أن يكون لدى المرضى استعداد كامل قبل إجراء تنظير القولون، وإلا فإن المعلومات التي يتم الحصول عليها تكون محدودة للغاية.

- يجب مراعاة تنظير الأمعاء أو تنظير البطن أوفتح البطن في حالة عدم اتضاح سبب النزف.
- يوجد استخدام متزايد لتنظير المحفظة اللاسلكي في النزف الهضمي المجهول مع إمكانية جيدة لإظهار الغشاء المخاطي المعوي الدقيق على نحوٍ مباشر.

الجدول رقم (٣٠,١). الفرق بين نفث الدم (Hemoptysis) وقيء الدم (Hematemesis).

	كحه مصحوبه بدم (Hemoptysis)	**قيء الدم (Hematemesis)**
اللون	أحمر ساطع ورغوي	أحمر داكن أو بني
الباهاء	قلوي	حمضي
الاتساق	ممزوج بالبلغم	ممزوج بالطعام
العوارض	القرقرة والسعال	الدوار والتقيؤ

*يمكن قياس الأميليز باللعاب لتوضيح أن اللعاب مخلوط بالدم.

obeikandl.com

الجدول رقم (٣٠,٢). النزف الهضمي العلوي: أسباب المرض والاستقصاء (Investigation)

العمر	أسباب المرض الشائعة	الفحوصات التي قد تكون ملائمة
فترة	ابتلاع دم الأم	اختبار آبت لهيموجلوبين الأم
الرضاعة	التهاب المريء (Oesophagitis) أو التهاب المعدة	صورة دم كاملة (FBC)، اليوريا والكهارل (U&E)، اختبارات وظيفة الكبد (LFT)، فحص التخثر، تنظير المعدة
	عوز فيتامين (K) (Vitamin K deficiency)	العد الدموي للأم بالكامل
	الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهاب والتي تتناولها الأم	أشعة سينية على الصدر
	مجهول السبب الأمومي	
	نقص الصفائح	
	داء هيموسيديريني الرئوي	
	نزف مصطنع	
مرحلة الطفولة	متلازمة مالوري ــ وايس	صورة دم كاملة (FBC)، اليوريا والكهارل (U&E)، اختبارات وظيفة الكبد (LFT)، فحص التخثر
	التهاب اللوزتين الترفي	تنظير المعدة
	التهاب المريء (Oesophagitis) / التهاب المعدة / داء القرحة الهضمية	تنظير المعدة / الأشعة فوق الصوتية على البطن
	الدوالي المريئية / الدوالي المعدية	أشعة سينية على الصدر
	داء هيموسيديريني الرئوي	
	نزف مصطنع	
مرحلة البلوغ (Puberty)	متلازمة مالوري ــ وايس	صورة دم كاملة (FBC)، اليوريا والأملاح (U&E)، اختبارات وظيفة الكبد (LFT)، فحص التخثر، تنظير المعدة
	التهاب اللوزتين الترفي	
	التهاب المريء (Oesophagitis) / التهاب المعدة / داء القرحة الهضمية	تنظير المعدة / الأشعة فوق الصوتية على البطن
	الدوالي المريئية / الدوالي المعدية	
	اضطراب مفتعل	

obeikandl.com

الجدول رقم (٣٠,٣). الترف الهضمي السفلي: أسباب المرض والاستقصاء (Investigation).

العمر	أسباب المرض الشائعة	الفحوصات التي قد تكون ملائمة
فترة الرضاعة	ابتلاع دم الأم شق شرجي / الإمساك (Constipation) التهاب القولون (Colitis) الأرجي / الأرجية من بروتين حليب البقر الالتهاب المعوي القولوني الناخر داء هيرشسبرونغ (القولون بدون تغذية عصبية) التهاب القولون (Colitis) المعدي الانغلاف (Intussusception) نقص الصفائح الغير معرفة السبب رتج ميكل التشوه الوعائي نزف مصطنع	اختبار آبت لهيموجلوبين الأم صورة دم كاملة (FBC)، اليوريا الأملاح (U&E)، اختبارات وظيفة الكبد (LFT)، فحص التخثر اختبار الوخز الجلدي، اختبارالممتزج الأرجي الشعاعي للحليب التفاعل المحوري، والبروتين المتفاعل اختزاع المستقيم عينة الغائط للمجهر والمزرعة، المطثية العسيرة (Clostridium difficile) الأشعة فوق الصوتية للبطن صورة دم كاملة (FBC) فحص ميكل تباين التصوير المقطعي المحوسب والتصوير بالرنين المغناطيسي السجل الطبي / التشخيص الاستبعادي
مرحلة الطفولة أو البلوغ (Puberty)	شق شرجي / الإمساك (Constipation) ديدان التهاب القولون (Colitis) المعدي لحميات زائدة داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease) الانغلاف (Intussusception) رتج ميكل متلازمة انحلال الدم– اليوريمية فرفرية هينوخشونلاين التشوه الوعائي نزف مصطنع	كما هو موضح أعلى فحص العجان / اختبار الشريحة الشفافة واللزجة كما هو موضح أعلى التنظير الداخلي التنظير الداخلي كما هو موضح أعلى كما هو موضح أعلى غشاء الدم، والغميسة البولية كما هو موضح أعلى

obeikandl.com

التشخيص التفريقي

(Differential diagnosis)

النزف الهضمي العلوي (جدول ٣٠,٢)

المواليد والأطفال الرضع

- نادراً ما يحدث قيء الدم (Hematemesis) أو التغوط الأسود في الأطفال الرضع.
- قد يقوم المواليد بابتلاع دم الأم عند الولادة أو السائل السلوي الذي يحتوي على الدم. قد يقوم الرضع (Infants) الذين يعتمدون على الإرضاع من الثدي بابتلاع الدم من حلمات الثدي المجروحة المتشققة.
- قد يظهر لدى الولدان المرضى قرح الكرب في الأيام الأولى من الحياة؛ من الممكن أن يتجلى هذا مع النزف الهضمي الحاد الذي يحدث نتيجة لالتهاب المعدة التآكلي أو القرح المعدية.
- قد يحدث النزف المخاطي نتيجة للاعتلال الخثري الذي يحدث نتيجة لعوز فيتامين K فرفرية قلة الصفيحات المجهولة السبب للأمهات أو استخدام الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهاب (NSAIDS)، الناعور، أو داء فونفيليبراند (الأهبة النزفية الخلقية).نادراً ما يتجلى النزف الهضمي مع عوز فيتامين K (deficiency Vitamin K) أو عوز الصفيحات ولكن يتجلى النزف المخاطي بشكل شائع ونسبي مع داء فونفيلي براند.

قد يحدث قيء الدم الحاد غير الهضمي من مسببات الأنف والأذن والحنجرة. نادراً ما يحدث هذا منفرداً في هذه الفئة من العمر، ولكنه قد يحدث مقترناً بالاعتلال الخثري (Coagulopathy). كثيراً ما يتجلى نفث الدم (Hemoptysis) مع داء هيموسيديريني الرئوي. يحدث هذا نتيجة للنزف الدوري (Recurrent) داخل الفراغات

السنخية والنسيج الرئوي الخلالي. تُظهر الصورة الإشعاعية للصدر رشائح سنخية وبلاعيم حديدية على غسل القصبات والأسناخ.

الأطفال الأكبر سناً

بالنسبة للمرضى الذين يعانون من تهوع سابق ثم من تقيؤ الدم، تعتبر متلازمة مالوري ـ وايس المصحوبة بوجود نزف من الموصل المعدي المريئي (Oesophageal) أو المريء الداني هي السبب الرئيسي.

- من الممكن أن يتجلى التهاب اللوزتين النزفي والمعدي بكميات صغيرة من قيء الدم (قيء دم مبلوع).
- كما هو الحال بالنسبة للرضع، نادراً ما تحدث القرح الهضمية الأولية ولكنها قد تحدث نتيجة للإصابة بداء متعدد الأجهزة مثل الرضح الرأسي أو الإنتان الدموي المصحوب بصدمة أو نتيجة للمعالجة الدوائية.
- قد يتسبب التهاب المعدة نتيجة للملوية البوابية في الإصابة بقيء الدم الحاد.
- نادراً ما يحدث النزف الدوالي المنشأ ولكنه سببٌ رئيسيٌّ لقيء الدم (Hematemesis) الحاد لدى مختلف الأعمار. يجب الفحص عن علامات اختلال الكبد المزمن.

البالغون

- كما هو موضح أعلى.
- قد تحدث متلازمة مالوري ـ وايس عقب القيء الناتج عن تناول الكحول.
- تتجلى القرح الهضمية الأولية بشكل كبير في هذه الفئة من العمر.
- يؤدي الاستخدام المتزايد للأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهاب (NSAIDS) في هذه الفئة من العمر إلى تجلٍّ كبير لالتهاب المعدة كإحدى المضاعفات.

obeikandl.com

يجب مراعاة النزف المحدث أو المصطنع بالنسبة لكافة الفئات العمرية. تشير متلازمة مالوري ـ وايس إلى النزف من جرح الغشاء المخاطي في المنطقة مابين المريء والمعدة عادة ما يحدث نتيجة للتهوع الشديد، السعال والقيء.

النزف الهضمي السفلي (جدول٣٠,٣)

الولدان والأطفال الرضع (Infants)

- يعتبر الإمساك (Constipation) الذي يتسبب في حدوث التشقق الشرجي والدم الأحمر الساطع بالمستقيم السبب الأكثر شيوعاً لحدوث النزف الهضمي السفلي. ليس من الممكن دائماً رؤية التشقق بوضوح ولكن دائماً ما يوحى إليه بشكل كبير ويتوقف النزف عن طريق استخدام العلاج المناسب للإمساك الضمني.
- يعتبر التهاب المستقيم اليوزيني نتيجة للأرجية الغذائية مثل الأرجية الغذائية (Food allergy) لبروتين حليب البقر السبب الرئيسي لحدوث النزف بالمستقيم. يلعب كلٌّ من اختبار الأرجية واتباع أحد النظم الغذائية الاستثنائية الملائمة دوراً حيوياً في إجراء التشخيص وتوقف النزف.
- يعتبر الالتهاب المعوي القولوني الناخر (Necrotizing enterocolitis) من أحد الأسباب الرئيسية في حدوث الغائط النزفي في المواليد. دائماً ما تعمل كلٌّ من السمات السريرية والتجليات الإشعاعية التقليدية للغاز داخل الجدار أو الثقب على إقامة التشخيص. هذا وقد تتجلى بعض المسببات الأخرى للانسداد المعوي الوليدي (مثل الانفتال) مصحوبة بوجود نزف بالمستقيم.
- قد يتجلى داء هيرشسبرونغ (ضخامة القولون الخلقية) مع الالتهاب المعوي القولوني.

- نادراً ما يحدث التهاب القولون المعدي في هذه الفئة من العمر ولكنه قد يكون سبباً للإسهال الدموي.
- دائماً ما يتجلى الانغلاف (Intussusception) مع النزق المتقطع، الشحوب، الصدمة، والغائط الشبيه بهلام الجلي الأحمر.
- يعتبر رتج ميكل البقية الجنينية للقناة المحية المعوية ويقال إنه يتجلى في ٢٪ من السكان. وقد يتجلى رتج ميكل مصحوباً بكميات كبيرة من النزف الشرجي غير المؤلم.
- يجب مراعاة داء الزوائد اللحمية. يتم التشخيص (Diagnosis) من خلال التنظير الداخلي. يعتبر النوع الأكثر احتمالية هو داء اللحميات اليفعية. تميل الزوائد اللحميه إلى التسبب في حدوث نزف دموي ساطع.

الأطفال الأكبر سناً (Older children)/ البالغون

- قد يتجلى النزف الهضمي السفلى لدى الأطفال من خلال نفس المسببات كما في الرضع.
- يجب البحث عن السبب الرئيسي في الطفل الأكبر سناً الذي يعاني من الانغلاف (Intussusception).
- المرضى الذين يعانون من متلازمات داء اللحميات مثل داء السلائل القولوني الورمي الغدي العائلي (FAP) الذي يتجلى في الأطفال الأكبر سناً بشكلٍ نموذجي. يتم التشخيص من خلال التنظير الداخلي بينما يرتكز التدبير العلاجي على المتلازمة الضمنية.
- دائماً ما يتجلي داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease) مصحوباً بالإسهال الدموي خاصةً في حالة وجود التهاب قولوني. يجب مراعاة المسببات

الأخرى لالتهاب القولون.

- يجب مراعاة العدوى مثل السّلمونيلة، الشيغيلا، الإشريكية القولونية، والمطثية العسيرة.
- يجب مراعاة الرضح الموضعي مثل التشقق، التدلي، البواسير، متلازمة القرحة المنفردة بالمستقيم والعنف الجنسي.
- يجب مراعاة النزف المحدث أو المصطنع بالنسبة لكافة الفئات العمرية.

التدبير العلاجي
(Treatment)

- يتطلب التدبير العلاجي للنزف الهضمي القيام بعمل تشخيص دقيق وفوري بالإضافة إلى معالجة الحالة الضمنية.

obeikandl.com

obeikandl.com

الفصل الحادي والثلاثون

الزوائد اللحمية في الجهاز الهضمي

Gastrointestinal Polyposis

عادةً ما تتجلى السلائل بنزف بالمستقيم غير مؤلم أو خلال الفحص الجيني للعائلة المصابة بمتلازمات الزوائد اللحمية. يوجد العديد من أنواع السلائل كما هو موضح في الجدول ٣١,١.

الجدول رقم (٣١,١). تصنيف السلائل.

	الزوائد اللحمية اليفعية
	الزوائد اللحمية اليفعية (المتعددة) (Juvenile polyposis)
الورم الدموي	متلازمة بويتزجغهرز
	داء كاودن (متلازمة الورم الدموي المتعدد)
	متلازمة بنيان ريلي روفالكاب
	الزوائد اللحمية القولوني الورمي الغدي العائلي (Familial adenomatous polyposis coli)
الورم الغدي (Adenomas)	متلازمة غاردنر (ورم عظمي قولوني مثاني)
	متلازمة تركو (سلائل قولونية غدية)
الزوائد اللحمية المفرط للتنسج	
الزوائد اللحمية الالتهابي	

obeikandl.com

تعتبر السلائل اليفعية (الورم الدموي) أكثر المتلازمات انتشاراً وعادة ما تكون حميدة. يتطلب الفحص القيام بالتنظير الداخلي الهضمي العلوي والسفلي. يجب إجراء أشعة الباريوم أو تنظير الأمعاء في حالة الاشتباه بسلائل الأمعاء الدقيقة.

الورم الدموي
(Hamartomas)

السلائل اليفعية

- أكثر من ٩٠٪ من الزوائد اللحمية التي تتجلي في مرحلة الطفولة عبارة عن زوائد لحمية يفعية. هذه الزوائد اللحمية عبارة عن أورام عابية بسويقة. عادة ما يتم التعرف على هذه السلائل بسهولة من خلال تنظير القولون وتتجلى هذه الزوائد اللحمية في الفترة العمرية التي تتراوح بين سن الثانية حتى سن السادسة مع وجود نزف غير مؤلم بالمستقيم.
- معظم هذه السلائل هي سلائل منعزلة وتقع خلال ٣٠ سم من الشرج.
- قد تتراجع ولكنها تظهر في مرحلة البلوغ .
- غير محتملة التسرطن.

الزوائد اللحمية اليفعية (Juvenile polyposis)

- تشير الزوائد اللحمية اليفعية (نادرة)(Juvenile polyposis) إلى الزوائد اللحمية اليفعية المتعددة (<٦) سوائل يفعية.
- قد تتجلى السلائل خلال الجهاز الهضمي وقد تكون وراثية.
- يرتبط النوع العائلي بالوراثة السائدة الصبغية الجسدية مع الانتفاذ المتنوع.
- محتمل التسرطن.
- يجب مراعاة استئصال القولون الاتقائي.

obeikandi.com

متلازمة بويتز جيغهرز

- نادراً ما تحدث متلازمة بويتز جيغهرز (١ /١٢٠٠٠٠) وترتبط بالوراثة السائدة الصبغية الجسدية.
- ترتبط الزوائد اللحمية المتعلقة بالورم الدموي خلال الجهاز الهضمي بالنمش وفرط تصبغ الغشاء المخاطي الشدقي والشفاه.
- تميل الزوائد اللحمية لأن تكون كبيرة ومسوقة.
- من الممكن أن تتجلى زوائد لحمية الأمعاء الدقيقة (Intussusceptions) كالانغلاق المعوي.
- محتملة التسرطن.
- يجب إجراء المتابعة على المدى الطويل مع الفحص التنظيري المنتظم. يوجد خطر متزايد من أورام البنكرياس ، المبيض، الثدي، العنق، والخصية.

داء كاودن

- متلازمة الورم الدموي المتعدد مع الداء العابي الجلدي الفموي، الداء الكيسي الليفي في الثدي. يوجد خطر متزايد من سرطان الثدي، تشوهات الغدة الدرقية، زوائد لحمية الورم الدموي داخل الأمعاء. تحدث تشوهات جين PTEN في ما يزيد عن ٥٠٪ (يعمل جين PTEN بتوفير معلومات حول تكوين البروتين الذي يتواجد تقريباً في جميع أنسجة الجسد ويعمل كجين كابت للورم).

متلازمة بنيان رايلي روفالكاب

- الورم الدموي الهضمي، ضخامة الرأس، القضيب المبقع، تأخر نمائي، وتشوهات جين PTEN في ما يزيد عن ٥٠٪.

obeikandl.com

الورم الغدي

(Adenomas)

الزوائد اللحمية القولوني الورمي الغدي العائلي (Familial adenomatous polyposis coli)

- داء موروث مثل الخلة السائدة الصبغية الجسدية يحدث بنسبة ١ / ١٠٠٠٠. عادةً ما تتجلى الزوائد اللحمية المتعددة (أكثر من مائة) في العقد الثاني.
- عادة ما تكون الزوائد اللحمية محتملة التسرطن مع وجود خطر مدى الحياة من تكون الورم القولوني.
- دائماً ما تكون هذه الزوائد غير مصحوبة بالأعراض وتتجلى مع الورم السرطاني.
- يتوفر الاختبار الوراثي للفحص العائلي. يقع الجين على الذراع الأطول للكرموسوم الخامس.
- يجب بدء الرصد بالتنظير الداخلي عند الفئة العمرية التي تتراوح بين ١٠ – ١٢ عام. يتم التأكد من الرصد من خلال الاختزاع. حينما يتم تعيين التشخيص، تتم الإشارة إلى استئصال القولون الاتقائي. دائماً ما يحدث هذا الاستئصال في مرحلة متأخرة من البلوغ.
- تتجلى الزوائد اللحمية المعدية والاثنا عشري في ما يزيد عن ٥٠٪. ينصح بالقيام بالفحص المنتظم. يوجد خطر متزايد من الإصابة بأورام الكبد والغدة الدرقية.

متلازمة غاردنر

- تختلف عن الزوائد اللحمية الورمي الغدي العائلي وتضمن أورام الجلد والخلايا العظمية، الأورام الرباطية، الورم السرطاني للمنطقة المحيطة بالأمبولة للإثنا عشر والغدة الدرقية.

obeikandi.com

متلازمة تركو

- عبارة عن ارتباط الورم الغددي (Adenomas) القولوني بأورام الجهاز العصبي المركزي.

الزوائد اللحمية المفرط للتنسج
(Hyperplastic polyps)

- عبارة عن زوائد لحمية منفردة دائماً ما تحدث في الغار أو الاثنا عشري مما قد يتسبب في حدوث ألم باطني. يعتبر هذا الداء من الأمراض الحميدة.

الزوائد اللحمية الالتهابي
(Inflammatory polyps)

- قد تكون متعددة، وتحدث بشكل شائع في داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease). من الممكن رؤيتها عقب الأذية الالتهابية الأخرى مثل التالي للعدوى، والإقفاري.

التشخيص التفريقي للترف غير المؤلم بالمستقيم (Differential diagnosis)

- التهاب القولون (Colitis) المعدي.
- التهاب القولون (Colitis) الأرجي.
- رتج ميكل.
- التشوهات الوعائية.
- داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease).
- التشقق الشرجي.

obeikandl.com

obeikandl.com

الفصل الثاني والثلاثون

الإسهال المزمن

Chronic Diarrhoea

- إن الإسهال عبارة عن مرور السوائل بإفراط أو حدوث التغوط بشكل متكرر مع زيادة المحتوى المائي.
- يشير الإسهال المزمن إلى الإسهال الذي يستمر لمدة تزيد عن أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع.
- يحتاج المرضى الذين يعانون من الإسهال المزمن وتباين النمو إلى مزيد من الفحص حيث قد يكون السبب الضمني هو سوء الامتصاص.
- يتطلب التقييم وجود تاريخ دقيق بالماضي الطبي يتضمن الفحص الجسمي تقييم النمو والفحوصات الأساسية.
- ضرورة فحص الغائط.

obeikandl.com

التشخيص التفريقي

(Differential diagnosis)

تشتمل الأسباب (Causes) الرئيسية على:

- الأمراض المعدية بما في ذلك المتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Post enteritis syndrome).
- السلياك.
- عدم المقدرة على تحمل الطعام مثل الاعتلال المعوي من بروتين حليب البقر الأرجي والاعتلال المعوي من بروتين فول الصويا، عدم المقدرة على تحمل اللاكتوز، الالتهاب الهضمي اليوزيني.
- فرط النمو الجرثومي (Bacterial overgrowth).
- متلازمة الأمعاء القصيرة (Short-bowel syndrome).
- قصور البنكرياس (Pancreatic insufficiency) مثل التليف الكيسي (Cystic fibrosis).
- نقص المناعة.
- داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease).
- الأدوية المحدثة مثل المضادات الحيوية والمسهلات (Laxatives).

تشتمل الأسباب النادرة على:

- فقد البيتا بروتين الشحمي بالدم.
- توسع الأوعية اللمفية المعوية.
- ضمور الزغيبات الخلقي.
- تلمم الاعتلال المعوي (Tufting enteropathy).
- سوء امتصاص الغلوكوز والغالاكتوز.

obeikandl.com

- إسهال سوء امتصاص الكلور (Congenital chloride diarrhoea).
- الاعتلال المعوي بالمناعة الذاتية (Autoimmune enteropathy).

لقد تم الإشارة إلى القارئ بنصوص كبيرة متعلقة بطب الجهاز الهضمي للأطفال للحصول على تشخيص تفريقي شامل. (انظر المراجع والمصادر).

بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الإسهال المزمن (Chronic diarrhoea) وهم في حالة نماء، يجب مراعاة التشخيص البديل مثل الإمساك (Constipation) المصحوب بالتدفق، عدم المقدرة على تحمل الكربوهيدرات (Carbohydrate intolerance)، وإسهال الطفل النامي (إسهال الأطفال المزمن غير الخاص).

يعتبر الإمساك (Constipation) المزمن من الأسباب الرئيسية الذي يتجلى في صورة إسهال واضح وهو في الحقيقة عبارة عن سوائل فائضة. يحدث هذا نتيجة للتسرب الغائطي في وجود توسع المستقيم أو التفريغ الناقص للمستقيم.

التقييم

(Assessment)

- هل ينمو الطفل بشكلٍ جيد؟
- هل هذا إسهالٌ حقيقي؟
- هل الإسهال وظيفي أو نتيجة لسوء الامتصاص أو التهابي؟

الطفل الذي يعاني من الإسهال المزمن وتباين النمو (Flakering growth) & (Chronic diarrhoea)

يعتبر الجزء الأكثر أهمية من تقييم الطفل الذي يعاني من الإسهال المزمن هو السجل الطبي الدقيق للمريض والفحوصات السريرية بما في ذلك التقييم الدقيق للزيادة في الوزن والنمو الطولي.

Oberkandl.com

يتضمن السجل الطبي للمريض سمات الغائط (مائي، دهني، دموي، مخاطي، فيضي)، تكرار التغوط (مثل التغوط الليلي)، تجلي العوارض المصاحبة (مثل الشعور بالألم، الإلحاح، ظهور الدم، انخفاض الوزن)، المراجعة الدقيقة للتاريخ الطبي الغذائي، تقييم الصحة العامة، مراجعة عوامل الاختطار (Risk factors) (مثل الداء المزمن، التدخل الجراحي الأسبق، استخدام المضادات الحيوية)، مراجعة التاريخ الطبي العائلي (مثل التليف الكيسي (Cystic fibrosis) والداء البطني ومراجعة التاريخ الاجتماعي. يجب وضع الطول (Length) والوزن (Weight) بالإضافة إلى القياسات السابقة على خريطة النمو وتفسيرهما في سياق بيانات النمو للعائلة. يجب تقييم سن البلوغ في الأطفال الأكبر سناً.

هذا وسوف تعاني الغالبية العظمى من الأطفال المصابين بالإسهال الحاد والفشل في اكتساب النمو الناتج عن اعتلال هضمي من نقص الوزن بالنسبة للطول. يجب تفسير طول القامة في سياق الأطوال السابقة، متوسط طول الأبوين، وحالة البلوغ، يجب عمل فحص من الرأس إلى أصبع القدم. وبشكلٍ خاص، يجب أن يشتمل هذا على تقييم الحالة الغذائية (Nutritional status) من خلال تقييم حجم الدهون تحت الجلد وحجم العضلات. يجب رؤية المنطقة المحيطة بالشرج لاستثناء بعض العوامل مثل التقشير المحيط بالشرج (Perianal) من الغائط الحمضي، تدلي المستقيم (Rectal prolapse)، وجود الغائط حول فتحة الشرج أو علامات داء كرون (Crohn's disease) المحيطة بالشرج. يجب مراعاة فحص المستقيم.

- ليس هناك تعريف دقيق للإسهال.
- قد يكون الإسهال تناضحياً أو مُفرزاً أو عبارة عن الاثنين سوياً.
- يحدث الإسهال التناضحي نتيجة لعدم امتصاص الذوائب المهضومة (مثل عدم

المقدرة على تحمل اللاكتوز) وسوف يتوقف إذا منع الطفل من الغذاء بالفم.

- يتضمن الإسهال المُفرز زيادة الإفراز على الامتصاص (مثل التهاب القولون).
- بالنسبة للطفل الذي يعاني من الإسهال المزمن مجهول السبب والذي تكون فيه الفحوصات الأساسية طبيعية، يجب مراعاة الإسهال المفتعل (مثل سوء استخدام المسهلات، إضافة (البول أو الماء إلى الغائط) كأحد الأسباب المحتملة.

الإسهال المزمن: الأعلام الحمراء (Red flags)(Chronic diarrhea)

تتضمن الأعلام الحمراء (Red flags) في السجل الطبي والفحص الطبي لمزيد من الاستقصاءات:

- الإسهال المتواصل.
- التغوط الليلي.
- الغائط الحمضي.
- الغائط الدموي والمخاطي.
- تباين النمو (Growth).
- الأعراض المصاحبة التي توحي إلى الإصابة بمرض عضوي ـ الحمى، الطفح الجلدي والتهاب المفاصل.

الفحص
(Investigation)

- يعتمد الفحص الدقيق للإسهال المزمن بشكل كبير على الحالة السريرة الحالية.

فحص الغائط

- يجب تجميع ورؤية الغائط بشكل روتيني للحصول على تقييم أفضل لتكرار الحدوث، الاستمرارية، تجلي الدم / القيح / المخاط أو الدهن وغير ذلك.

obeikandl.com

- يجب إرسال الغائط إلى الفحص المجهري والاستنبات، دراسة الفيروسات، كيسات البييضات، الطفيليات، وسم المطثية العسيرة (Clostridium difficile) في حالة الاشتباه.

تشتمل فحوصات الغائط الأخرى المحتملة على:

- الغائط للكريات البيضاء أو للدم الخفي.
- الفحص المجهري للدهون / تجمع الدهن الغائطي (يعتبر النوع الأخير غير محبب في المعامل).
- المواد المختزلة للغائط بفحص كلنتيست(<٠,٢٥٪ غير طبيعي) بالإضافة إلى الكروماتوغرافيا التي تعمل على استكشاف السكريات المختزلة وغير المختزلة وتحديد السكريات المتجلية.
- أحياناً ما تتم الإشارة إلى التركيب الكيميائي (تحليل الأملاح) للغائط في حالة الاشتباه في فقدان عالٍ لأملاح الغائط أو تجلي الإسهال في صورة فرط فقدان الفغرات.
- كلبركتين في الغائط وهو عبارة عن بروتين خلايا بيضاء مستقرة إذا تجلى بالغائط هو علامة غير خاصة لالتهاب الأمعاء.
- إيلاستاز الغائط، عبارة عن إنزيم محدد للبنكرياس مستقر في الغائط ومؤشر موثوق بشكل غير مباشر على وظيفة البنكرياس قيمته قليلة في قصر الأمعاء والفرط البكتيري بالأمعاء.
- مضاد التريبسبين ألفا١، عبارة عن بروتين المصل الذي لا يتجلى في النظام الغذائي ذى الوزن الجزيئي نفسه مثل الألبومين. تعكس مستويات الغائط فقدان البروتين المعدي مثل الاعتلال المعوي الفاقد للبروتين.

obeikandl.com

الثغرة التناضحية للغائط

- الثغرة التناضحية للغائط = أسمولالية الغائط – ٢ (بوتاسيوم + صوديوم الغائط)
- تشير الثغرة الهامة إلى الإسهال التناضحي مع الثغرة التي تعكس العامل الهضمي الامتصاصي.
- يتضمن عدم وجود الثغرة ضعف انتقال الأملاح (الإسهال الإفرازي).
- تشير أسمولالية الغائط المنخفضة إلى تلوث الغائط بالماء أو البول أو فرط السائل المهضوم ناقص التوتر.

فحص الدم

- يجب أن يشتمل فحص الدم الروتيني على العد الدموي الكلي (بما في ذلك فلم الدم)، الكيمياء الحيوية الأساسية بما في ذلك العلامات الالتهابية، حالة الحديد، الفولات (ملح حمض الفوليك)، الغلوبين المناعي المصلي والفحص الداء البطنى.
- يجب فحص الفيتامينات الذوابة بالدهن في حالة الاشتباه في سوء امتصاص الدهون (Fat malabsorption).
- قد يكون الإسهال المزمن (Chronic diarrhoea) من العوارض الهامة لنقص المناعة. قد تتراوح هذه بدءاً من الاضطرابات البسيطة والحميدة نسبياً مثل عوز الغلوبين المناعي A إلى اضطرابات نقص المناعة الرئيسية التي قد تسبب الوفاة مثل العوز المناعي المشترك الوخيم (SCID). يجب القيام بإجراءات التشخيص المناعية في حالة الاشتباه في وجود أي عوز مناعي. يتم تحديد الفحوصات الدقيقة وفقاً للحالة المشتبهة.

openkandil.com

فحوصات أخرى

- يجب إرسال فحص ملين البول في حالة الاشتباه في سوء استخدام المسهلات .
- تتم الإشارة إلى اختبار العرق أو النمط الجيني للتليف الكيسي في حالة الاشتباه في التليف الكيسي (Cystic fibrosis). يعتبر إيلاستاز الغائط فحصاً مفيداً لقصور البنكرياس (Pancreatic insufficiency).
- من الممكن استخدام اختبار تنفس الهيدروجين لاختبار سوء امتصاص الهيدروجين على الرغم من وجود معدلات الإيجابية الكاذبة ومعدلات السلبية الكاذبة. يتم تحديد الكربوهيدرات الكريهة الكامنة ومراقبة تنفس الهيدروجين مع وجود ذروة من التخمر تشير إلى سوء الامتصاص.
- عادة ما يتم اختبار وظيفة البنكرياس من خلال الاختبار غير المباشر لإيلاستاز الغائط. من الممكن إجراء التقييم المباشر لوظيفة البنكرياس من خلال تنبيب الاثنا عشر، تنبيه إفراز البنكرياس وقياس الإنزيمات المفرزة.

التنظير الداخلي

تتم الإشارة إلى تنظير المعدة مع اختزاعات الاثنا عشر المتعددة في حالة الاشتباه في وجود اعتلال معوي (مثل سلياك)، الاعتلال المعوي الناتج عن الأرجية من حليب البقر، والمتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Post enteritis syndrome). تتم الإشارة إلى تنظير المعدة والقولون بالإضافة إلى أشعة الباريوم في حالة الاشتباه في داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease) أو التهاب القولون (Colitis).

بالنسبة للأطفال المصابين بالإسهال المزمن (Chronic diarrhoea) والذين لا يتضح فيهم التشخيص بسهولة، يجب إحالتهم إلى وحدة طب الجهاز الهضمي للأطفال للتقييم.

Openkandil.com

المسببات
(Causes)

انظر أيضاً الأجزاء المتعلقة بمتلازمة الأمعاء القصيرة (Short-bowel syndrome) (الفصل الثالث عشر)، سلياك (الفصل الثالث والثلاثون)، داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease) (الفصل الحادي والأربعون)، الاضطرابات اليوزينية (Eosinophilic) (الفصل الخامس والأربعون)، والتليف الكيسي (Cystic fibrosis) (الفصل الحادي والعشرون).

الإسهال غير محدود السبب (متلازمة الأطفال الصغار)

يحدث هذا بشكل شائع خاصة في الإسراع في تعليم الأطفال استخدام المراحيض. يميل الأطفال إلى إخراج غائط لين مندفع مما قد يؤدي إلى حدوث توتر إلى بعض الشيء. يتم رؤية الطعام غير المهضوم في الغائط مما يدل على المرور السريع. ليست هناك سمات إضافية مثل الشعور بالألم، وجود دم في الغائط أو حدوث التغوط الليلي. قد يكون التفريغ المستقيمي الناقص أحد العوامل. عادة ما يحدث نمو للأطفال بشكل طبيعي. توجد بعض العوامل الكامنة والمتنوعة التي تتسبب في عدم نضج الأمعاء، خلل حركة الإمعاء، النظام الغذائي (الإفراط في تناول العصائر، الإفراط في تناول الألياف) بالإضافة إلى الإجهاد العاطفي. تعتبر العصائر التي تحتوي على الفركتوز (مثل عصير التفاح) والإفراط في السوربيتول من الأسباب الشائعة في حدوث الإسهال اللانوعي. يتم التدبير العلاجي من خلال إعادة التأكيد والنصيحة العامة المتعلقة بالآثار الكامنة بما في ذلك تجنب الإفراط في تناول العصائر والألياف.

عدم المقدرة على تحمل الكربوهيدرات (Carbohydrate intolerance)

عادة ما تكون عدم المقدرة على تحمل الكربوهيدرات عبارة عن عدم المقدرة على تحمل اللاكتوز أو اكتسابه. يعتبر الإنزيم الناقص هو إنزيم الحافة الفرشاتية الذي

هو عبارة عن لاكتوز الي الغلوكوز والغالاكتوز. سوف تتجلى عدم المقدرة على التحمل في صورة غائط رخو مندفع. يتم التشخيص من خلال فحص المواد المختزلة في الغائط عقب تناول الكربوهيدرات، يمكن عمل هذا بواسطة أقراص كلنتيست (التي تكتشف المواد المختزلة في الغائط) إذا كان التركيز > ٠,٢٥٪ فهو هام. يحدث التأكد الشكلي من الكربوهيدرات الكريهة من خلال كروماتوغرافيا الغائط. من الممكن استخدام اختبار تنفس الهيدروجين للتأكد من الذروة عقب تناول اللاكتوز. يتم التدبير العلاجي باستخدام الحليب الصناعي الذي لا يحتوي على اللاكتوز في مرحلة الرضاعة والنظام الغذائي الذي يحتوي على كميات ضئيلة من اللاكتوز في مرحلة الطفولة التالية.

عقب التهاب المعدة والأمعاء، قد تكون عدم المقدرة على تحمل الكربوهيدرات إما ثنائية السكاريد وإما أحادية السكاريد. عادة ما تحدث في الأطفال المصابين بالفيروس العجلي. يعتبر عدم تحمل ثنائي أو أحادي السكاريد عرضاً سريع الزوال ويستجيب كلٌّ منهما إلى نزع الكربوهيدرات الكريهة. هذا وسوف يتسبب عدم تحمل ثنائي أو أحادي السكاريد في إيجابية المواد المختزلة للغائط.

عوز الإيزومالتاز أو السكروز

عبارة عن عوز في هضم الكربوهيدرات بالإضافة إلى عدم نقص الإنزيم الضروري في هضم السكروز والفا - دكسترين في الأمعاء الدقيقة. تتجلى عوارض الإسهال المائي و / أو الفشل في النمو عقب تقديم السكروز أو الكربوهيدرات المعقدة في الغذاء.

- قد تكون العوارض معتدلة للغاية.
- سلبية المواد المختزلة في الغائط حيث إن السكروز ليس من السكريات المختزلة.
- يتم التشخيص من خلال كروماتوغرافيا الغائط.

- يتم التدبير العلاجي من خلال إزالة السكروز والكربوهيدرات المعقدة من الغذاء.

المتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Post enteritis syndrome)

عادةً ما يتم الشفاء من التهاب المعدة والأمعاء الحاد (Acute gastroenteritis) في فترة تتراوح من ٧ – ١٠ أيام. تشير المتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Postenteritis syndrome) إلى الإسهال الذي يستمر لمدة تزيد عن ثلاثة أسابيع، خاصةً إذا ما كان مرتبطاً بالزيادة الضئيلة في الوزن أو الإنقاص الضئيل في الوزن. عادة ما يتجلى هذا الداء في الأطفال الرضع.

قد يحدث الإسهال المتواصل نتيجة للعدوى المستمرة، العدوى الإضافية ، عدم المقدرة على تحمل الكربوهيدرات (مثل عقب عدوى الفيروسة العجلية)، الاعتلال المعوي الذي يتجلى في صورة متلازمة سوء الامتصاص الشديدة التي قد تكشف النقاب عن باثولوجيا أخرى (مثل سلياك)، عدم المقدرة على تحمل البروتين، أو التليف الكيسي (Cystic fibrosis) أو يحدث نتيجة لعدوى أولية، فعلى سبيل المثال، قد تتسبب الإشريكية القولونية للإمراض المعدي (EPEC) في الإصابة باعتلال معوي شديد.

قد تكون المتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Post enteritis syndrome) شديدة وتتطلب فترة من التغذية الوريدية. بالرغم من ذلك، سوف يكون كافياً في معظم الحالات معالجة المرض الكامن و / أو استخدام النظام الغذائي الخالي من حليب البقر لفترة من الزمن واستخدام الحلامة البروتينية الخالية من اللاكتوز كأحد البدائل.

سلياك

انظر الفصل الثالث والثلاثين.

obeikandl.com

الاعتلال المعوي الأرجي لحليب البقر أو بروتين فول الصويا

يتضمن هذا الاعتلال الثانوي لحليب البقر أو بروتين فول الصويا ويتم الشفاء من هذا الاعتلال من خلال نزع حليب البقر مع استمراره لمدة أطول في بعض الحالات.

- يتجلى هذا المرض في الأطفال الرضع مصحوباً بإسهال مزمن وقيء مع حدوث سوء الامتصاص وتباين في النمو.
- يحدث بشكل أكثر شيوعاً في الأطفال الرضع الذين لديهم سمات حساسية أخرى.
- قد يتجلى في صورة المتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Postenteritis syndrome).
- التشخيص التفريقي واسع.
- يعتمد التشخيص على العينة، استثناء إيقاف وإعاده البروتين للأقل.
- تظهر العينة وجود ضمور زغابي جزئي خليط ـ تقصر زغابي خليط، تضخم خبيئي، زيادة اللمفاويات داخل الظهارية، الارتشاح اليوزيني.
- تحدث عدم المقدرة على التحمل الثانوى للاكتوز بشكلٍ شائع.
- يتم التدبير العلاجي من خلال استثناء البروتين الغذائي مع وجود بديل غذائي في ظل المراقبة الغذائية.
- لا يجب استخدام المنتجات التي تحتوي على فول الصويا لمدة تقل عن ستة أشهر.
- عادة ما يتم الشفاء من هذا الاعتلال في الفترة التي تتراوح من عام إلى عامين.

فقد البروتين المعوي

يشير هذا الاعتلال إلى فقد كميات كبيرة من البروتين من الأمعاء وقد يعكس نفاذية متبادلة أو ركوداً لمفياً أو خليطاً من الاثنين. يجب الاشتباه في الحالة في أي طفل

يعاني من إسهال مزمن ونقص بروتين الدم مجهول السبب (نقص ألبومين الدم الأكثر بروزاً). من الممكن أن يحدث في العديد من الباثولوجيات المختلفة التي تحدث في الجهاز الهضمي كأحد العوامل التي تسبب المرض مثل داء كرون (Crohn's disease)، الداء البطني، اعتلال المعدة والأمعاء الأرجي، المتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Post enteritis syndrome) ، سوء تغذية البروتين. يتم توجيه الاستقصاء بشكل رئيسي إلى السبب الضمني المحتمل بناءً على الفحص والسجل الطبي. يعتبر مضاد التريبسبين ألفا الغائطي من أحد علامات فقدان البروتين المعوي.

توسع الأوعية اللمفية المعوية

يشير هذا إلى الانسداد الوظيفي للانسياب اللمفي خلال القناة الصدرية وإلى الوريد تحت الترقوة الذي يؤدي إلى سوء امتصاص الدهون (Fat malabsorption) وإلى فقد البروتين المعوي (Protein-losing enteropathy). قد يكون أولياً (مثل الاضطراب الخلقي للجهاز اللمفي) أو ثانوياً للحالات الأخرى مثل التهاب البنكرياس (Pancreatitis)، الداء القلبي المنشأ (التهاب التأمور، وبعد عملية فونتان)، السرطان. يتجلى هذا الداء مع الإسهال المزمن (الإسهال الدهني) والاستسقاء. تحدث قلة خلايا اللمفاويات بشكل شائع. يتم التشخيص من خلال اختزاع الأمعاء الدقيقة (من مواضع متعددة حيث قد تكون الآفة متفرقة) والذي قد يظهر أوعية لمفية موسعة في غياب أمراض أخرى. يتم التدبير العلاجي من خلال سلاسل متوسطة الدهون الثلاثية يتم امتصاصها مباشرة إلى الوريد البابي.

متلازمة الأمعاء القصيرة (Short-bowel syndrome)

انظر الفصل الثالث عشر.

قصور البنكرياس (Pancreatic insufficiency)

يتجلى القصور البنكرياسي (Pancreatic insufficiency) في صورة إسهال مزمن.

وهو عبارة عن إسهال دهني (مثل الغائط الذي يحتوي على الدهون) يحدث نتيجة لسوء امتصاص الدهون (Fat malabsorption). يتم التدبير العلاجي لقصور البنكرياس من خلال استعاضة الإنزيم البنكرياسي.

تشتمل المسببات على:

- التليف الكيسي (Cystic fibrosis) (انظر الفصل الحادي والعشرين).
- متلازمة دياموند ـ شومان: وهي من الحالات المتنحية الصبغية الجسدية التي نادراً ما تحدث. يبلغ معدل الحدوث ١ : ٢٠ ـ ٢٠٠٠٠٠. تعتبر السمات الرئيسية لمتلازمة دياموند - شومان هي القصور البنكرياسي (Pancreatic insufficiency) ، قلة الخلايا البيضاء الدفاعية، والقوام القصير. تتضمن السمات الأخرى خلل التعظم الكردوسي، القصور الكبدي الطفيف، زيادة تكرار الأمراض المعدية، التشوهات الدموية الإضافية (بما في ذلك قلة الصفيحات والخطر المتزايد من ابيضاض الدم.

فقد بيتا بروتين الشحمي من الدم (Abeta lipoprotein anemia)

يتجلى فقد بيتا البروتين الشحمي من الدم (Abeta lipoprotein anemia) في المرحلة المبكرة من الرضاعة مصحوباً بفشل في النمو ، تمدد البطن، وغائط كبير ذي رائحة كريهة. تظهر عوارض عوز فيتامين E (فقد الانتظام، اعتلال الأعصاب والتهاب الشبكية الصباغي) فيما بعد. يعتبر إمراض الحالة الموروثة المتنحية الصبغية الجسدية عبارة عن تكوين الكيلومكرونات مع ضعف امتصاص الدهون طويلة السلسلة واحتباس دهني في الخلية المعوية.

يتم التشخيص من خلال كوليسترول المصل المنخفض، مستوى الدهون الثلاثية منخفض البلازما، الخلايا المهمازية الموجودة على فحص فلم الدم المحيطي، غياب بيتا

البروتين الشحمي الموجود في بلازما الدم، فيتامين E منخفض البلازما، الخلايا المعوية المليئة بالدهون إثر عينة الاثنا عشري.

يتم التدبير العلاجي من خلال استعاضة سلاسل الدهون الثلاثية المتوسطة لسلاسل ثلاثي الغليسريد الطويلة في النظام الغذائي. يتم امتصاص سلاسل الدهون الثلاثيه المتوسطة من خلال الوريد البابي فضلاً عن القناة الصدرية. بالإضافة إلى ذلك فإن هناك ضرورة لتناول الفيتامينات الذوابة بالدهون (A، D، K&E). في حالة تناول جرعات عالية من الفيتامين E في وقت مبكر، فإن معظم التشوهات العصبية تكون قابلة للبرء.

الإسهال المديد / الإسهال المقاوم للشفاء في مرحلة الطفولة

يشير هذا إلى الإسهال المتواصل الذي يبدأ في مرحلة الرضاعة ويحدث بشكل أقل شيوعاً.

داء الزغيبات الاشتمالي (ضمور الزغيبات الخلقي)

يتجلى هذا الداء في صورة إسهال مقاوم للشفاء أو العلاج أو السيطرة في مرحلة الرضاعة. يعتبر هذا الإسهال إسهالاً إفرازياً، إسهالاً مستمراً عندما لا يؤخذ شيء بالفم. هذا ويحدث إسهال تناضحي إضافي مع المتناول المعوي من الطعام. تعتبر الباثولوجيا أحد التشوهات ذات البنية المستدقة عند سطح الزغيبة. يعمل الفحص المجهري الضوئي على كشف الضمور الزغابي الجزئي. هذا وتوجد ضرورة لملون حمض بريدوك شيف. يعتبر الفحص المجهري الإلكتروني من الفحوصات التشخيصية. تم استنفاذ الزغيبات على السطح الظهاري القمي كما تظهر الاشتمالات الخلوية زغابات مكونة بشكل جيد وواضح. يعتبر الفشل المعوي (Intestinal failure) جسيماً مع الاعتماد على التغذية الكاملة بالحقن (TPN) والفشل حتى في تحمل متناول معوي

بسيط. هذا وترتفع الاحتياجات الغذائية من السوائل بسبب الإسهال المتواصل. يجب القيام بالدعم الغذائي (Nutritional support) على المدى الطويل مع التغذية الكاملة بالوريد. يحدث داء الكبد بشكلٍ واسع. نادراً ما يكون هناك بقاء على المدى الطويل. هذا وتوجد احتمالية كبيرة من الشفاء من خلال الزرع المعوي (Intestinal transplantation).

تلمم الاعتلال المعوي (Tufting enteropathy)

نادر الحدوث ويتجلى في صورة تشبه الداء الاشتمالي الزغيبي. تعتبر الباثولوجيا عبارة عن خلل التنسج الظهاري الأولي مع تجلي الخلايا الظهارية المنبثقة إثر اختزال الأمعاء الدقيقة كما يتجلى كلٌّ من الإسهال الإفرازي والتناضحي. عادة ما يتم الاعتماد على التغذية الوريدية، بالرغم من ذلك، وبخلاف الداء الاشتمالي الزغيبي، تتجلى وظيفة بعض الأمعاء مع إمكانية تحمل النسب المتطلبة من الطاقة من خلال المسلك المعوي الذي يعمل على تقليل إمكانية الإصابة بداء الكبد.

سوء امتصاص الغالاكتوز ـــ الغلوكوز ألفا ـ ألفا Glucose-galactose malabsorption

تعتبر من الحالات الموروثة الصبغية الجسدية المتنحية التي نادراً ما تحدث وتتسم بالإسهال المائي السريع منذ الولادة. يستجيب مع الامتناع عن الغلوكوز وانتكاسه عند إدخاله مرة ثانية. يتم التشخيص من خلال التشخيص السريري. هذا وسوف تكون المواد المختزلة في الغائط إيجابية كما سيكون اختزاع الأمعاء الدقيقة وتقييم ثنائي السكاريد طبيعياً. يتم التدبير العلاجي من خلال استخدام الفركتوز كالمصدر الرئيسي للكربوهيدرات. يتم امتصاص الفركتوز من خلال آلية مختلفة عن الغلوكوز والغالاكتوز.

إسهال سوء امتصاص الكلور (Congenital chloride diarrhoea)

يعتبر إسهال سوء امتصاص الكلور الخلقي من الحالات الموروثة الصبغية الجسدية المتنحية التي تتسم بالإسهال المائي الشديد (المرتبط بنقص حجم الدم) ويبدأ منذ الولادة. دائماً ما يكون هناك سجل طبي سابق للموه السّلى. يحدث هذا الإسهال نتيجة لفشل إعادة امتصاص الكلوريد (عوضاً عن البيكربونات) في المعي اللفائفي، يوجد استقلاب قلوي ومعدل مصل الملح والكلور قليل مع زيادة في PH وكلور الغائط (<٩٠ ملمول/ لتر). يتم التدبير العلاجي باستخدام المكملات الغذائية (Nutritional supplements) التي تحتوي على كلوريد الصوديوم والبوتاسيوم. يعتبر الإنذار جيداً إذا ما تم التشخيص في وقتٍ مبكر. هذا ويعتبر الخلل الجيني مجهول السبب.

قد يحدث أحد الأنماط الظاهرية المماثلة (الأقل شيوعاً) بسبب النقل المزدوج الناقص لأيون الصوديوم والهيدروجين. يعتبر أيون الصوديوم الغائطي عالياً ولكن أيون الكلوريد أقل من أيون الصوديوم والباهاء القلوي.

الاعتلال المعوي بالمناعة الذاتية (Autoimmune enteropathy)

يشير هذا الاعتلال إلى الإسهال المديد الذي يتجلى في مرحلة الرضاعة مصحوباً بتجلي المضادات الذاتية الجائلة تجاه الخلايا الظهارية المعوية. هذا ويوجد ضمور زغابي جزئي مصحوباً بارتشاح التهابي على أنسجة الأمعاء الدقيقة. يرتبط هذا الاعتلال بحالات ذاتية المناعة بما في ذلك الداء الكلوي والاعتلال الغدي الصماوي المتعدد، متلازمة IPEX وخلل المناعة الغير منظم الاعتلال الغدى الصمائى المتعدد وداء الأمعاء X- linked. يتم التدبير العلاجي من خلال الدعم الغذائي مع كبت المناعة.

المراجع والمصادر

References and resources

Thomas PD et at. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea, 2nd edition. Gut 2003;52(suppl V):v 1 —vi 5. available from www.bsg.org.uk

Walker-Smith JA, Murch SH. Diseases of the small intestine in childhood, 4th ed. ISIS Medical Media Oxford, 1999

Wyllie R, Hyams JS, Kay M. Pediatric gastrointestinal and liver disease, 3rd ed. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2006

obeikandl.com

الفصل الثالث والثلاثون

مرض السلياك

Coeliac Disease

يعتبر السلياك (Coeliac disease) من أحد الاعتلالات المعوية متوسطة المناعة المحدثة من قبل الأرجية المستديمة للغلوتين الذي يحتوي عليه كلٌّ من القمح، الشعير ونبات الجاودار. يحدث السلياك في الأطفال والبالغين المستعدين وراثياً. يتجلى المرض مصحوباً بإسهال مزمن، انتفاخ في البطن وفشل في النمو. يعمل التوفر المستديم لفحص الأضداد على تغيير المدى السريري للحالات المرئية بقدر معقول. هذا وقد جلب فحص الأطفال الذين تظهر عليهم العوارض النمطية والتنظير الإشعاعي للأطفال الذين في حالة خطر مرتفع مزيداً من الاعتراف بالتجلية المتغيرة والانتشار المتزايد لهذه الحالة الأكثر شيوعاً في الوقت الحالي.

إن معدل انتشار السلياك المرتكز إما على التشريح المقطعي أو الدراسات التي ترتكز على السكان في الدول المتقدمة يحتل الترتيب الذي يتراوح من ٠,٣ ـ ٢٪ مع معدل انتشار مرتفع في المجموعات التي تعاني من خطر مرتفع. بالرغم من ذلك، تظل الغالبية العظمى من الحالات غير مدركة مع إيجابية المصل في الأفراد الأصحاء بشكلٍ

obeikandl.com

واضح عند القيام بالتنظير الإشعاعي للسكان (السلياك الصامت)، وهذه تعرف عامة بقمة الجبل الثلجي لمرض السلياك.

يتم تأكيد تشخيص السلياك من خلال عينة الاثنا عشري بسمات هستولوجية نمطية وتعزيز الاستجابة لاستثناء الغلوتين (عادة أقل من أسبوعين) في الأشخاص المصحوبين بالأعراض.

الأشخاص الذين يقع عليهم الفحص
(Who to investigate)

يوجد ثلاثة أوضاع يجب فيهم مراعاة تشخيص السلياك:

- الأطفال الذين تظهر عليهم عوارض معوية صريحة.
- الأطفال الذين لا تظهر عليهم أي عوارض هضمية.
- الأفراد غير المصحوبين بالأعراض والذين ترتبط حالتهم بالسلياك.

يتجلى السلياك عقب الستة أشهر الأولى أي عقب تقديم الغلوتين في النظام الغذائي. تظهر التجلية النمطية مصحوبة بحدة الطبع، إنقاص الوزن، الشحوب، انتفاخ البطن في الأطفال الرضع. غالباً ما يتجلى لاحقاً في الأطفال العوارض الهضمية بما في ذلك فقدان الشهية، حدة الطبعة المتعممة، الإسهال، آلام في البطن، القيء، الإمساك ، فقر الدم مجهول المنشأ، انتفاخ بطني متقطع، وتباين النمو.

يعتبر كلٌّ من آلام البطن متكررة الحدوث ومتلازمة القولون المتهيج (Irritable bowel syndrome) من العوارض الأكثر شيوعاً ويجب أن يكون اختبار الأضداد للسلياك جزءاً روتينياً من إجراءات التشخيص لهذه الحالات الشائعة. هذا ولا تتضح نسبة الأطفال الذين سيتم تشخيصهم في ما بعد السلياك والذين تتجلى فيهم أي مضاعفات من هذه العوارض. بالرغم من ذلك، إذا ما كانت العوارض جلية وهناك

شبهة سريرية فمن الملائم القيام بفحص جميع الأطفال الذين تظهر عليهم عوارض معوية مزمنة. يجب مراعاة مصل السلياك في الأطفال الذين لا تظهر عليهم عوارض هضمية للداء الباطني (انظر أسفل). يعتبر قصر القامة من العلامات النوعية الهامة مع وجود ناتج تشخيصي عالٍ ونمو جيد في حالة تشخيص الحالة. يجب مراعاة عمل فحص السلياك في المصل في الأطفال الذين يعانون من خطر متزايد. هذا وهناك جدلٌ كبير حول ضرورة نشر عمل فحص السلياك في المصل للأشخاص بشكلٍ عام. في المجتمع من الصعب إنشاء الامتثال الغذائي في الأطفال الذين يعانون من خطر متزايد أو تم التعرف عليهم من خلال فحص المصل المرتكز على السكان خاصة إذا لم يكن الطفل يعاني من أعراض حيث إن هذا سوف يؤثر على قبول التشخيص والامتثال. نادراً ما تحدث أحد النوبات الباطنية كأحد مضاعفات السلياك الذي يظهر عند التجلية المتسمة بالإسهال المائي القذفي، التجفاف (المصاحب لنقص حجم الدم ونقص زلال الدم)، انتفاخ البطن، اضطراب الأملاح. تستجيب هذه النوبة للعلاج الاستيرويدي.

العوارض اللاهضمية للداء البطنى

- التهاب الجلد الهربسي الشكل (الطفح الحويصلي الحكي).
- هشاشة العظام.
- نقص تنسج الميناء السني.
- قصر القامة.
- تأخر البلوغ .
- فقر الدم الناجم عن عوز الحديد (Iron deficiency) غير المستجيب للمكملات الغذائية التي تحتوي على الحديد.
- العقم.

الحالات التي تعاني من معدل انتشار متزايد للداء الباطني

قد يتجلى لدى الأطفال الذين تم فحصهم لأي من هذه العلامات السلياك الصامت (مخاطية الأمعاء الدقيقة غير طبيعية ولكن بدون أعراض).

- السكري من النمط الأول.
- نقص الغلوبولين المناعي A.
- متلازمة داون.
- متلازمة تيرنر (نقص جزئي أوكامل لصبغي X عند الإناث).
- متلازمة ويليامز.
- الأقارب من الدرجة الأولى المصابون بالسلياك (Coeliac Disease ١٠/١).
- يعتبر الأطفال الذين لديهم قصور في الغلوبولين المناعي A يعانون من خطر متزايد من السلياك. هذا وسوف يكون الاختبار المرتكز على مضادات الغلوبولين المناعيA الحيوية سلبياً (سلبي كاذب). وهذا عبارة عن خطر تشخيصي كامن.

الفحص ذو الخطورة المرتفعة

يجب تذكر أن الأطفال الذين تم فحصهم من خلال الفحص والمنتمين إلى المجموعات عالية الخطورة قد يكون لديهم مصل سلبي أولاً ومن ثم مصل إيجابي فيما بعد. ويجب إعادة الفحص مرة ثانية خاصة إذا ما ظهر على الأطفال عوارض مفعمة بالشك. توصي المبادئ التوجيهية الخاصة بجمعية أمريكا الشمالية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد والتغذية لدى الأطفال بأنه يجب إجراء الفحص عند سن ثلاث سنوات في الأطفال غير المصحوبين بالأعراض والذين يتبعون نظاماً غذائياً مناسباً يحتوي على الغلوتين لمدة عام واحد على الأقل قبل إجراء الفحص. كما توصي المبادئ التوجيهية الخاصة بجمعية أمريكا الشمالية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد والتغذية

لدى الأطفال بإجراء الفحص على ذوي الدرجة الأولى من الأقارب في العائلات التي لديها أحد الأطفال المصابين بالداء البطنى. كما يوصي المعهد الوطني البريطاني للتميز السريري بإجراء الفحص للسكري من النمط الأول عند التشخيص ثم بعد ثلاث سنوات. يتراوح معدل انتشار السلياك في السكري من النمط الأول من ٣ إلى ٤٪.

كيفية إجراء الفحص

(How to investigate)

يوصى باستخدام قياس مضاد الغلوبولين المناعي A لإنزيم ناقلة الغلوتامين النسيجي البشري (TTG) ومصل الغلوبولين المناعي A لإجراء الفحص المبدئي للسلياك. تقترب الأرجية والنوعية إلى نسبة ١٠٠٪ بالرغم من رؤية الإيجابيات الخاطئة في بعض الأحيان. مضاد الجلوبلين المناعي A للغمد الليفى العضلي يعتمد على المشاهد وهو غالى الثمن. هذا ولا ينصح بإجراء اختبارات أضداد الغلايدين لأنها أقل دقة. يجب استثناء عوز الغلوبولين المناعي A كأحد أسباب المصل السلبي الخاطئ. في حالة الاشتباه سريرياً في السلياك في الأطفال الذين يعانون من عوز الغلوبولين المناعي A، يجب إحالتهم إلى عينة الأمعاء الدقيقة. هذا ومن المحتمل أيضاً أن يكون مصل ناقلة الغلوتامين النسيجي مفيداً حيث قد يكون أكثر إيجابية في هذه المجموعة من المرضى عن السكان بوجهٍ عام.

من الهام أن يعتمد الأطفال الذين قاموا بإجراء الفحص الباطني على نظام غذائي طبيعي يحتوي على الغلوتين قبل إجراء الفحص المناعي والهيستولوجي. وقد تكون السيرولوجيا سلبية بشكلٍ خاطئ في حالة عدم اعتماد الأطفال على نظام غذائي طبيعي يحتوي على الغلوتين. في حالة قيام الأطفال بالفعل بالاعتماد على نظام غذائي خالي الغلوتين أو تناول كميات غير كافية من الغلوتين، يجب إحالتهم إلى أخصائي

تغذية في طب الأطفال مع النصح بإعادة الاعتماد على النظام الغذائي الذي يحتوي على الغلوتين لمدة ثلاثة أشهر على الأقل (ويفضل مدة أطول) مع الفحص المناعي المتسلسل في حالة وجود اشتباه سريري عال للسلياك وعينة الأمعاء الدقيقة عقب الفحص المناعي الإيجابي. عقب فترة استثناء الغلوتين، قد تستغرق السيرولوجيا عدة أشهر لكي تتحول إلى إيجابية إذا ما تم إعادة بدء النظام الغذائي الطبيعي.

من هو بحاجة إلى اختزاع الأمعاء الدقيقة؟ Who should have asmall- bowel biopsy?

يجب أن يقوم جميع الأطفال ذوي الفحص المناعي الإيجابي بعمل التنظير الداخلي من خلال الاختزاعات المتعددة للاثنا عشر قبل بدء النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet). يتم التدبير العلاجي للداء الباطني مدى الحياة ويتطلب التأكد من التشخيص بنسبة ١٠٠٪ قبل بدء العلاج. يجب مراعاة عينة الأمعاء في الأطفال الذين يتم الاشتباه بهم سريرياً، مثل الأطفال الذين يعانون من تباين النمو والإسهال المزمن (Chronic diarrhoea)، حتى لو كان الفحص المناعي الخاص بهم سلبياً حيث قد تتواجد بعض الاعتلالات المعوية الأخرى (انظر الصفحة ٣٣٣). هذا وقد يتجلى لدى الأطفال الذين لديهم فحص مناعي إيجابي مع عينة أمعاء سليمه في الأول يمكن أن تكون العينة فيها تشوهات مخاطية فيما بعد. يشار إلى هذا بالسلياك الكامن. تتم الإشارة إلى عينة مرة ثانية في بعض الأطفال الذين لديهم استمرار إيجابية السريلوجي.

التشخيص التفريقي للضمور الجزئي الزغابي

- السلياك.
- الاعتلال المعوي لحساسية حليب البقر.
- الاعتلال المعوي لحساسية بروتين فول الصويا.
- التهاب المعدة والأمعاء اليوزيني .
- التهاب المعدة والأمعاء والمتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Postenteritis syndrome).
- داء الجيارديات.
- فرط النمو الجرثومي (Bacterial overgrowth) للأمعاء الدقيقة.
- داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease).
- نقص المناعة.
- عوارض الإسهال المقاومة للشفاء مثل الاعتلال المعوي الناجم عن المناعة الذاتية .
- العقاقير مثل العقاقير (Drugs) السامة للخلايا.
- المعالجة الإشعاعية.

obeikandl.com

نقص الغلوبولين المناعيA

يمثل الغلوبولين المناعي A 15% من الغلوبين المناعي المتداول. في حالته الإفرازية، يعتبر الغلوبين المناعي المهيمن على الأسطح التنفسية والهضمية. يعتبر عوز الغلوبولين المناعي A الانتقائي من الاضطرابات الشائعة حيث يبلغ معدل حدوثه ١ / ٦٠٠. يرتبط عوز الغلوبولين المناعي A بمعدل الحدوث المتزايد للإصابة بالعدوى ، الداء التأتبي، الاضطرابات الروماتزمية و السلياك. هذا ولا تعتبر المعالجة بالغلوبين المناعي ذات فائدة في حالة تجلي عوز الغلوبولين المناعي A المنفرد بسبب وجود كمية صغيرة من الغلوبولين المناعي A في مستحضرات الغلوبين. قد تكون المعالجة بالغلوبين المناعي ملائمة في حالة وجود عوز مشترك للغلوبولين المناعي G أو صنف ثانوي للغلوبولين المناعيG .

التشخيص

(Diagnosis)

- فحص المناعي الإيجابي.
- عينة من خلال الهيستولوجيا المميزة.
- عادة ما تتم الاستجابة للعلاج في غضون أسبوعين.

يرتكز التشخيص على عينة الأمعاء والدقيقة الذي يظهر بعض التجليات الهيستولوجية المميزة للضمور الزغابي الجزئي أو الكلي، خبايا فرط بلازما الدم، اللمفاويات داخل الظهارية، وترشيح الصفيحة المخصوصة للخلايا البلازمية في وجود فحص المناعي الإيجابي. عادة ما يتم أخذ الاختزاعات من خلال التنظير الداخلي. يجب أخذ عينات متعددة حيث قد تكون الآفة غير منتظمة. يتطلب التأكد من التشخيص وجود استجابة للعلاج.

من الممكن مراعاة تنميط HLA (مستنضدات الكريات البيض البشرية) في

الأطفال الذين لم يتضح فيهم التشخيص، لايوجد إمكانية للداء البطنى عند الأشخاص الذين لا يحملون (DQ8 أو HLA DQ2).

قد تتم الإشارة إلى (إعطاء الغلوتين مرة أخرى لمعرفة عودة الأعراض من عدمها (Gluten challenge) المنهجي خاصة في حال معرفة الفحص المناعي، تمييز العينة ووجود استجابة جيدة للعلاج. يجب مراعاته في الحالات الحرجة خاصةً في حالة وجود غموض تشخيصي، لا يوجد سرولوجي، تفادي الجلوتين بدون أخذ أو إجراء التشخيص في الطفل دون السنتين. يجب أن يقوم أخصائي تغذية الأطفال بالإشراف على التحدي حيث من الهام أن يكون المتناول الغذائي من الغلوتين ملائماً أثناء التحدي أربع شطائر من خبز الدقيق. من الممكن استخدام مسحوق الغلوتين كبديل للنظام الغذائي الطبيعي في حالة قلق العائلة من أن تتسبب فترة الاعتماد مرة ثانية على النظام الغذائي الطبيعي في حدوث مشاكل مقترنة بالامتثال للشفاء فيما بعد في حالة ثبوت التشخيص. يجب مراقبة الفحص المناعي بالتسلسل مع العينة ما إن أصبح الفحص المناعي إيجابياً. لا يوجد فترة حقيقية للبقاء على الجلوتين من الممكن أن تحدث معاودة للمرض بشكل سريع أو بعد عدة أشهر من التحدي.

أهمية منع استثناء الغلوتين قبل إجراء الفحص التشخيصي

يتم ثبوت التشخيص من خلال البرء الكامل من العوارض باستخدام النظام الغذائي الصارم خالي الغلوتين. يجب أن يعود فحص المناعي الإيجابي إلى السالبة على مدار الوقت باستخدام النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet). في حالة عدم وجود انحطاط في مضاد ناقلة الغلوتامين النسيجي (TTG) عقب ستة أشهر من استخدام النظام الغذائي خالي الغلوتين، يجب مراجعة الامتثال باستخدام استثناء الغلوتين. قد يرجع هذا إلى الهضم غير المتعمد أو عدم الامتثال (Non-compliance). هذا ومن الضروري القيام بالمراجعة الغذائية في بعض الحالات.

من الضروري تذكر أن هناك مسببات أخرى لاعتلال الأمعاء الدقيقة بالضمور الزغابي الجزئي بما في ذلك الاعتلال المعوي لحساسية حليب البقر، الاعتلال المعوي لحساسية بروتين فول الصويا، التهاب المعدة والأمعاء، المتلازمة التالية لالتهاب الأمعاء (Postenteritis syndrome)، داء الجيارديات والاعتلال المعوي بالمناعة الذاتية.

مخاطر تشخيص السلياك

- عوز الغلوبولين المناعي A المتسبب في الفحص المناعي السلبي الخاطئ الكاذب
- فترة استبعاد الغلوتين السابقة للعينة.
- المتناول الغذائي غير الكافي من الغلوتين أثناء العينة.
- عينة الاختزاع رديئة الجودة.

التدبير العلاجي
(Treatment)

يعتبر الاعتماد على النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet) مدى الحياة العلاج الفعال الوحيد لمعالجة السلياك (انظر الفصل الرابع والثلاثين). يجب عرض الأطفال بشكل منظم على أخصائي تغذية طب الأطفال للمساعدة على الشفاء وتقييم الحالة الغذائية مع مراعاة المتناول الغذائي من الطاقة والمغذيات زهيدة المقدار (Micronutrients). يوجد خطر متزايد من نسبة انتشار المرض ومعدل الوفيات في المرضى الذين يعانون من السلياك الذى لم تتم معالجته. يشير أحد الأدلة الجيدة إلى أن الالتزام بالنظام الغذائي القاسي الخالي من الغلوتين يعمل على تحسين النمو، تسوية العلامات الدموية والبيوكيميائية بالإضافة إلى الحد من انتشار المرض ونسبة الوفيات. يعتبر النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet) كاملاً من الناحية الغذائية كما لا توجد مضاعفات معروفة للنظام الغذائي الخالي من الغلوتين. تحصل نسبة صغيرة

من الأشخاص الذين تتسم فيهم الأعراض عند تجلية المرض (غالباً بالإسهال المائي الذي يوحي إلى عدم المقدرة على تحمل اللاكتوز) والذين فشلوا في الاعتماد على استثناء الغلوتين على الاستفادة من النظام الغذائي خالي اللاكتوز لمدة تتراوح من ٦ إلى ١٢ أسبوعاً، علماً بأن هذا المطلب نادر على المدي البعيد.

يوجد معلومات قليلة عن الأطفال الذين لديهم السلياك الذى يتجلي بدون الأعراض والذين شخصوا بفحص المصل مع أن الاعتقاد بأن نفس الاستفادة الصحية على المدى البعيد تحصل مثل الأطفال الذين لديهم الأعراض عند التشخيص والتوصية بأن يعالجوا جميع الأطفال الذين لديهم الأعراض عند التشخيص والتوصية بأن يعالجوا جميع الأطفال الذين لديهم وخزات موجبة.

يجب تقييم حالة الحديد وتقديم المكملات الغذائية التي تحتوي على الحديد في حال وجود ضرورة إلى ذلك. هذا وقد تكون هناك ضرورة لتقديم المكملات الغذائية متعددة الفيتامينات (Vitamins) والكالسيوم إلى بعض الأطفال إذا ما كان المتناول الغذائي غير كافٍ. من الممكن أن يكون تنظير أشعة كثافة العظام DEXA مفيداً في الأطفال الذين يعانون من المتناول الغذائي غير الكافي من الكالسيوم (Calcium).

بالرغم من أنه تم استعراض أن الأطفال الذين يعانون من السلياك قد يقدرون على تحمل نبات الشوفان، لا يوصى باستخدام هذا لأنه يتم تلويث الشوفان بالحبوب الأخرى أثناء التصنيع.

مخاطر عدم الالتزام بالنظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet)

- ظهور عوارض هضمية متواصلة.
- حدوث خلل تغذوي.
- هشاشة العظام.
- ضعف النمو وتطوير البلوغ .

- تقليل تمعدن العظام المؤدي إلى هشاشة العظام.
- حدوث العقم / وزن الولادة المنخفض للرضع.
- زيادة الخطر من حدوث سرطان هضمي.

دراسة بعض الحالات

- الطفل الذي يعاني من سيرولوجيا باطنية موجبة، واختزاع الاثنا عشر الطبيعي

يعاني هذا الطفل من خطر متزايد على المدى الطويل من السلياك. يفيد الاختزاع السلبي إلى أنهم لا يحققون المعيار التشخيصي عند النقطة التي تم أخذها. يجب أن تتم مراجعة الاختزاع من قبل اختصاصي الهيستوباثولوجيا الهضمية بطب الأطفال مع استمرار الطفل في الاعتماد على النظام الغذائي الطبيعي. تتم الإشارة إلى إعادة الاختزاع في حالة استمرار السيرولوجيا الموجبة.ترتكز الفترة الفاصلة بين الاختزاع الأول والثاني على الحالة السريرية ولا تقل هذه الفترة عادةً عن عام.

- الطفل الذي يعتمد على النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet) لمدة ثلاثة أشهر (عوارض معوية، إيجابية السجل الطبي العائلي، عدم وجود اختبار تشخيصي) ماذا تعمل ؟

يعتبر هذا أمراً شائعاً في العيادة. تم وضع الطفل على نظام غذائي خالي الغلوتين، بدون عمل فحوصات للتشخيص والذي قد دفع مقدمي الرعاية إلى اتخاذ هذا القرار معاناة الطفل من عوارض معوية ووجود سجل طبي إيجابي عائلي للإصابة بالسلياك. في هذه الحالة، يجب أن يتم تشجيع العائلة على وضع الطفل مرة ثانية على نظام غذائي يحتوى على الغلوتين لتأكيد التشخيص (تحدي الغلوتين (Gluten challenge)). هذا وليست هناك ضرورة للقيام بذلك على الفور. وسوف يعتمد التوقيت على الحالة السريرية، فمثلاً إذا ما كان الطفل يعتمد تماماً على نظام غذائي خالي الغلوتين، فقد يتم تأجيل التحدي.

- الطفل الذي يخضع لاختبار الغلوتين ـ ما المدة التي يجب استغراقها؟

يتطلب اختبار الغلوتين إعادة تقديم الغلوتين إلى النظام الغذائي كمسحوق مضاف إلى الأطعمة أو غذاء طبيعي. يجب أن يتم ذلك تحت إشراف غذائي للتأكد من استيعاب كميات مناسبة من الغلوتين. عادة ما تظهر العوارض خلال ثلاثة أشهر عقب التحدي وقد تمتد إلى عدة أشهر أو سنوات كما أنه متعارف جيداً معاودة المرض المتأخرة عقب تحدي الغلوتين (Gluten challenge).يجب متابعة الأطفال بالسيرولوجيا المتسلسلة ثم الاختزاع في حالة تحول السيرولوجيا إلى الإيجاب.

- حالة السلياك في النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet) مع وجود سيرولوجيا موجبة ومتواصلة . هل يوجد فرق في هذا ؟

يجب أن تعاود السيرولوجيا الموجبة المتوقفة على الغلوبولين المناعيA (ناقلة الغلوتامين النسيجية أو مضاد الغمد الليفي العضلي) إلى السلب عقب فترة تتراوح من ثلاثة إلى ستة أشهر من بدء النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet). يشير فشل حدوث هذا إلى الفشل في الامتثال لاستثناء الغلوتين. يجب مراجعة الفحص السريري أو الغذائي في هذه الحالة مع الأهل.

- السلياك (حالة دالة) ـ ماذا عن أفراد العائلة؟

يعاني أفراد العائلة من خطر متزايد مدى الحياة من الإصابة بداء بطنى. يجب استثناء السلياك من أفراد العائلة الذين لديهم عوارض معوية. يجب عمل فحص للأقارب من الدرجة الأولى ولكن هذا غير معتمد عالمياً. من الضروري تذكر أن الفحص السلبي لا يشير إلى استثناء إمكانية الإصابة فيما بعد بالسلياك.

obeikandl.com

المتابعة والدعم

(Follow-up and support)

يجب أن تتم المتابعة من خلال أخصائي أمراض الجهاز الهضمي لدى الأطفال. تتضمن متابعة حالة المريض الصحة العامة، النمو، الامتثال للنظام الغذائي الملائم، الهيموغلبين، حالة الحديد، الألبومين والكالسيوم. يجب أن تصبح السيرولوجيا سالبة وقد يتم مراقبتها كأحد علامات الامتثال في حالة وجود أي شكوك. مهم جداً دور أخصائي التغذية الإيجابي ويجب أن يكون أخصائي تغذية الأطفال لديه علاقة اتصال مع المدرسة. يجب رؤية الأطفال كل ثلاثة أشهر حتى تستقر حالتهم ثم سنوياً أو مرتين في السنة إذا ما كانوا في حالة جيدة. يجب إحالة أي طفل لديه صعوبة في التشخيص، الفحص أو التدبير العلاجي إلى مركز متخصص في طب الجهاز الهضمي للأطفال.

يجب تشجيع العائلات على الانضمام إلى أحد المؤسسات التي تقدم الدعم للآباء مثل المؤسسة البريطانية للسلياك (انظر المراجع والمصادر).

المراجع والمصادر

References and resources

The reader is referred to the comprehensive evidence-based guidelines produced by the North American Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPG HAN) and published on their website. www.naspghan.org

Hill ID, Dirks MH, Liptak GS. Colletti RB, Fasano A, Guideline S. Hoffenberg EJ. Horvath K, Murray

JA, Pivor M, Seidman EG. North American Society for Pediatric Gastroenterology. Hepatology and Nutrition. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005 jan,40(1): 1—19.

There is also guidance published on the British Society of Gastroenterology (BSG) and the British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) websites. www. bspghan.org.uk; www.bsg.org.uk

الفصل الرابع والثلاثون

المعالجة الغذائية للسلياك

Nutritional Management of Coeliac Disease

يعتبر النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet) العلاج الأولي للسلياك. يتضمن هذا الاستقصاء الكلي للقمح، نبات الجاودار، نبات الشوفان، والشعير بالرغم من أن سمية نبات الشوفان لا تزال تحت الدراسة. إذا ما تمت معالجتهم بشكلٍ صحيح، سوف يتمكن المرضى من ممارسة حياتهم بفاعلية وبشكلٍ طبيعي.

قد يصاب الآباء والمرضى بالخوف جراء استبعاد هذه الحبوب، والتي تشكل نسبة كبيرة من الغذاء الغربي. يؤثر تجنب العديد من الأطعمة اليومية على أسلوب الحياة الكلي للعائلة بالإضافة إلى المدرسة والأنشطة الاجتماعية، ومن ثم فإنه من المستحسن بشكلٍ كبير أن تتلقى العائلات الاستشارة والدعم من أخصائي التغذية المتمرس في طب الأطفال في وقتٍ مبكر عقب التأكد من التشخيص بالخزعة والدعم المتواصل الضروري خاصة في الأشهر التي تلي التشخيص.

obeikandl.com

تحدي الغلوتين

(Gluten challenge)

إذا ما تم استثناء الغلوتين من أحد المرضى قبل عمل التشخيص، فسوف تكون هناك ضرورة لتحدي مادة الغلوتين للأكل (Gluten challenge). يجب أن يشتمل هذا على ١٠ غرام من الغلوتين يومياً (أربع قطع متوسطة من الخبز) لمدة تتراوح تقريبياً من ٦ ـ ١٢ أسبوعاً (وقد تكون أطول) حتى تحقق تشخيصاً نهائياً من العينة. من الممكن استخدام ٢ غرام من الغلوتين (انظر الصندوق بأسفل). من الممكن تقديم هذه الكمية في الطعام في صورة مسحوق الغلوتين إذا ما كانت الأطعمة التي تحتوي على الغلوتين غير ملائمة أو مع وجود قلق من أن الانتقال إلى النظام الغذائي الطبيعي قد يؤدي إلى صعوبة استثناء الغلوتين في حالة تأكيد التشخيص.

الوجبات التي تحتوي على ٢ غرام من الغلوتين

- قطعة متوسطة واحدة من الخبز.
- قطعتان من البقسماط.
- واحد ويتبكس أو قمح مكسر.
- ٣ سجق صغير / ٢ سجق كبير.
- ٣ أصابع من السمك.
- ٣ أكواب شاي مع البسكويت.
- شريحة واحدة من الكيك (٣٠ غرام).
- ٣٠ غرام من الدقيق.
- ٤ ملاعق كبيرة من السباغيتي المعلب أو المطبوخ.

obeikandl.com

استشارة أخصائي التغذية
(Advice from the dietitian)

النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet)

- ضرورة استثناء كلٍّ من القمح، نبات الجاودار، نبات الشوفان، والشعير.
- ليس هناك دليل على أن نبات الشوفان مضر بحد ذاته في المدى القصير بالرغم من وجود عدد من الدراسات القليلة التي تشير إلى سلامة التعرض طويل الأجل. كما يوجد أيضاً خطر متزايد من التلوث المتعارض مع الغلوتين أثناء المعالجة ولهذا السبب لا يزال يوصى إلى هذا الوقت بتجنب نبات الشوفان.
- يستمر استثناء الغلوتين مدى الحياة.يجب تجنب تناول الأطعمة الرئيسية مثل الخبز، معظم حبوب الإفطار، الباسطة، البسكويت والكعك.
- يجب أن يرتكز النظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet) على الأطعمة الغذائية خالية الغلوتين مثل الأرز، البطاطس والذرة.
- يحتاج الآباء إلى الدعم الغذائي (Nutritional support) في توفير الأغذية المناسبة والمقبولة للطفل وإلى المتابعة الغذائية المنتظمة. ويشتمل هذا على الوجبات، الوجبات الخفيفة، دعوات تناول الطعام، والوجبات التي يتم تناولها خارج المنزل مثل المدرسة والمطاعم.
- قد يستفيد عدد صغير من الأطفال، الذين تم ثبوت المرض عليهم أثناء التشخيص أو الذين قد تتجلى فيهم زيادة ضئيلة في الوزن أو إسهال متواصل عند استثناء الغلوتين بالرغم من الاستجابة الكافية، من استثناء الألبان لفترة تتراوح من ٦ ـ ١٢ أسبوعاً.

تصنيف الأطعمة

- يتم استخدام القمح على نطاق واسع في الأطعمة المصنعة كأداة حشو، عامل

ترابطي، مادة مسببة للثخانة أو مادة منكّهة.

- ضرورة تعليم الآباء، مقدمي الرعاية والمرضى كيفية قراءة وتفسير أصناف الطعام للتعرف على الغلوتين والمشتقات الملحقة.
- يتم تغطية الأطعمة قبل تعبئتها من قبل قوانين الاتحاد الأوروبي لتصنيف الأطعمة والتي تعني الآن أنه يجب أن يتم تضمين أي مكون يحتوي على الغلوتين بغض النظر عن الكمية في قائمة المكونات. المصنعون يمكن ان يذكروا القمح الجلوتين، الجاودار والشعير.
- بالرغم من ذلك، فليس من الملزم إدراج معلومات متعلقة بالأرجية مثل إعلان ما إذا كان المنتج لا يحتوي على الغلوتين.
- يتم توجيه النصح للآباء والمرضى بأن يكونوا على حذر من تغيرات التعليب أو المنتجات الجديدة المعدلة والتي قد تشتمل أيضاً على تغير في المكونات مما يجعلها غير ملائمة. في حالة وجود أي شكوك، يجب الرجوع إلى دليل الأكل والشرب الصادر من المؤسسة البريطانية للداء البطنى أو إلى معلومات من المصنعين. في حالة عدم الحصول على المعلومات، يجب تشجيع المرضى لأن يكونوا حذرين وأن يتجنبوا تناول هذا المنتج.

المؤسسة البريطانية للسلياك (U.K coeliac)

المؤسسة البريطانية للسلياك هي إحدى المؤسسات الخيرية المستقلة للبالغين والأطفال المصابين للسلياك. يجب نصح الآباء والمرضى بفاعلية على الانضمام للحصول على معلومات حول الدعم وأسلوب الحياة. تقوم هذه المؤسسة بإصدار دليل سنوي حول المشروبات والأطعمة التي لا تحتوي على الغلوتين والذي يحتوي على قوائم الأطعمة المصنعة خالية الغلوتين ويتم تحديثها بانتظام طبقاً لتغيير المصنعين

obeikandl.com

لمنتجاتهم. هذا ويوجد موقع إلكتروني ممتاز لهذه المؤسسة (www.coeliac.co.uk) كما تقوم المؤسسة بتوزيع إحدى المجلات والنشرات التي تغطي كافة الأوجه المتعلقة بالسلياك على الأعضاء بشكل منتظم. يجب أن يكون المرضى والآباء على علم بهواتف الخدمة.

- يجب أن يقوم أخصائي التغذية بتقديم طلبات الالتحاق للعضوية في المؤسسة البريطانية للداء البطنى وأن يقوم بتقديم المساعدة للملتحقين إذا ما تطلب ذلك.

المنتجات التي لا تحتوي على الغلوتين (Gluten-free products)

- يتوفر عدد متزايد من الأطعمة التجارية التي لاتحتوي على الغلوتين والتي تضاهي الأطعمة الطبيعية التي تحتوي على الغلوتين مثل الخبز، الباسطة، أساسيات البيتزا والبسكويت. وهذه هي الأطعمة المصنعة بشكلٍ خاص والتي تتوافق مع المعايير الدولية للأطعمة خالية الغلوتين. يجب أن تحتوي مدونة نشا القمح على أقل من ٢٠٠ جزء بالمليون من الغلوتين بينما يجب أن تحتوي الأطعمة التي لا تحتوي على الغلوتين بشكل طبيعي على أقل من ٢٠٠ جزء بالمليون.
- تقوم المتاجر الكبيرة في الوقت الحاضر بتخزين مجموعة مختارة على نطاق واسع من هذه الأطعمة. يجب أن يقوم أخصائي التغذية بتوعية العائلات بهذه الأطعمة لتحسين التنوع في النظام الغذائي ولتكملة الوصفات الطبية.
- من الممكن طلب وشراء الأطعمة باهظة الثمن والتي لا تحتوي على الغلوتين من الصيدليات. من الممكن أن يعمل استخدام البدائل الغذائية التي لا تحتوي على الغلوتين للأطعمة التي تم تناولها سابقاً على تحسين عملية الامتثال.

obeikandi.com

الأطعمة الموصوفة

- تتوفر الأطعمة الغذائية الأساسية خالية الغلوتين في الوصفة الطبية ببريطانيا واستخدامها يساعد على الالتزام.
- يجب أن يقوم أخصائي التغذية بتوجيه الآباء ومقدمي الرعاية إلى الأطعمة الملائمة وكمياتها وطلب الوصفة الطبية الأولية من الممارس العام للمريض طبقاً للدلائل الإرشادية لوصف العلاج (انظر المراجع والمصادر). بعد ذلك، تستطيع العائلات استشارة الممارس العام حول تغيير الوصفة الطبية حيث أنهم مطلعون بشكل كبير على المنتجات المتوفرة.

المتابعة (Monitoring)

يجب أن يتم عرض المرضى المصابين بالداء البطنى على أخصائي التغذية أثناء التشخيص وأن يتم متابعتهم على فترات منتظمة حتى يتم معالجة ما يلي:

- ارتفاع معدل عدم الالتزام بالحمية (Non-compliance).
- الطول (Length) والوزن (Weight) المسجلين والموضوعين على خرائط النمو.
- تباين النمو / الحالة الغذائية الرديئة يمكن توجيهها.
- الامتثال لنظام الحمية خالي الغلوتين مع القيام بالمتابعة.
- السجل الطبي الحديث للمريض الذي يشتمل على عوارض الجهاز الهضمى.
- مراجعة نتائج مضاد ناقلة الغلوتامين النسيجية لتتبع الامتثال. إيجابية ناقلة الغلوتامين النسيجية المستديمة بالرغم من أن استثناء الغلوتين (لمدة تزيد عن ستة أشهر) يعتبر إحدى سمات الامتثال الرديء.
- المتناول الغذائي من الكالسيوم. من الممكن أن يتم طلب بعض المكملات

obeikandl.com

الغذائية مثل دواء ®Calcichew أو شراب ®Calcium Sandoz في حالة عدم مثالية المتناول الغذائي خاصة في الأطفال الصغار الذين يتم منعهم من منتجات الألبان.

- تقييم المتناول الغذائي من الحديد خاصة إذا ما كان يتواجد بنسبة قليلة في الدم.

إذا ما تم تقييم كافة أوجه الأنظمة الغذائية من ناحية خلوها من الغلوتين، يجب مراعاة مصادر الهضم الأخرى المحتملة:

- تناول أي أدوية أو مكملات غذائية: توجيه النصح للآباء والمرضى للحصول على الاستشارة من الصيدلاني الخاص بهم.
- استنشاق دقيق القمح أثناء الطبخ.
- التلوث أثناء إعداد الطعام، على سبيل المثال من الأوعية، أفران الخبز، الأسطح، الاستخدام الطبيعي للزبد، السمن الصناعي والمربى.
- الأطفال الذين يلعبون بعجين القولبة (البدائل التي من الممكن إعدادها باستخدام الدقيق الذي لا يحتوي على الغلوتين).

يجب أن تتم هذه المتابعة على الأقل مرة واحدة في العام أو ست مرات شهرياً على نحوٍ مثالي.هذا ومن الضروري القيام بالمتابعة الغذائية المبدئية بعد ثلاثة أشهر من إجراء التشخيص لفحص التحسن العرضي وتنفيذ النظام الغذائي خالي الغلوتين على نحوٍ كامل. هذا وقد تكون هناك ضرورة لطلب مزيد من الدعم والاستشارة من خلال الهاتف.

الامتثال

في حال وجود بعض المشاكل المتعلقة بالالتزام بالنظام الغذائي خالي الغلوتين (Gluten-free diet) ، يجب عرض المرضى على أخصائي التغذية وتقييمهم على فترات

obeikandl.com

منتظمة (كل ثلاثة أشهر) حتى يتم التأكد مرة ثانية من حدوث الامتثال.

مخاطر عدم الامتثال (Non-compliance) للنظام الغذائي خالي الغلوتين

- العوارض الهضمية المستديمة وسوء التغذية.
- ضعف النمو والتطور البلوغي.
- نقص تمعدن العظام المتسبب في حدوث هشاشة العظام.
- العقم ووزن الولادة المنخفض للرضع.
- زيادة الخطر من حدوث سرطان هضمي.

قم بمراعاة الحصول على الدعم من فريق متخصص في علم النفس والصحة النفسية والخدمات الاجتماعية والتعليمية، إذا ما كان هذا مناسباً.

الجدول رقم (٣٤,١). قيم المتناول الغذائي المرجعي (Reference nutrient intake) "RNI" للكالسيوم.

العمر	المتناول الغذائي المرجعي (Reference nutrient intake) "RNI" ميلي مول / اليوم	المتناول الغذائي المرجعي (Reference nutrient intake) "RNI" ميلي غرام / اليوم
١٢ شهراً	١٣,١	٥٢٥
١ – ٣ سنوات	٨,٨	٣٥٠
٤ – ٦ سنوات	١١,٣	٤٥٠
٧ – ١٠ سنوات	١٣,٨	٥٥٠
١١ – ١٨ سنة (ذكور)	٢٥,٠	١٠٠٠
١١ – ١٨ سنة (إناث)	٢٠,٠	٨٠٠
البالغون	١٧,٥	٧٠٠

obeikandi.com

المراجع والمصادر

References and resources

Coeliac UK, P0 Box 220 High Wycombe. Bucks HP1 1 2HY. Tel: 01494 437278, Helpline: 0870 444 8804, www.coeliac.co.uk

Gluten free foods: a prescribing guide produced by British Society of Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) in conjunction with an expert panel. These guidelines have also been approved by the British Dietetic Association (BDA). the Primary Care Society for Gastroenterology (PCSG). and Coeliac UK and are available at www.bspghan.org.uk/documentl gluten-free .foods. pdf or from Good Relations Healthcare. Suite 2, Cobb House, Oyster Lane, By fleet, Surrey. KT14 7DU

obeikandl.com

obeikandl.com

الفصل الخامس والثلاثون

فرط النمو الجرثومي

Bacterial Overgrowth

يشير فرط النمو الجرثومي (Bacterial overgrowth) إلى متلازمة ركود محتويات الأمعاء الدقيقة المتسببة في حدوث التكاثر الجرثومي وتواجد عدد متزايد من الجراثيم في الأمعاء الدقيقة طبياً أكثر بكتيريا الأمعاء متواجدة بالقولون. يعرف فرط النمو أيضاً بمتلازمة العروة المقفلة أو متلازمة العروة الراكدة.

- تشتمل العوارض على وجود ألم باطني، انتفاخ البطن، الإسهال (الإسهال الدهني وسوء امتصاص الكربوهيدرات)، إنقاص الوزن وفقر الدم.
- يعتبر كلٌّ من تكرار مجموعة الجرعات من المضادات الحيوية، سوء حركة الأمعاء والتدخل الجراحي (Surgecal intervention) الأسبق من عوامل الاختطار .
- يتسبب الركود في حدوث التكاثر الجرثومي. هذا وتتنافس الجراثيم مع العناصر الغذائية كما يتسبب كلٌّ من الجراثيم وتدرج المنتجات في تلف سطح الأمعاء الدقيقة ومن ثم القدرة على الامتصاص. يعتبر سوء امتصاص الكربوهيدرات من العوارض الشائعة.

obeikandl.com

- حدوث إزالة اقتران الأملاح الصفراء مع سوء امتصاص الدهون (Fat malabsorption) المتسبب في الإسهال الدهني كما يحدث عوز الفيتامينات الذوابة بالدهون.
- يحدث عوز B12 بشكل شائع.
- يتم التشخيص من خلال وجود مؤشر كبير من الشك خاصة في المرضى الذين يعانون من عوامل اختطار مثل تعدد مجموعات العلاج من المضادات الحيوية، حدوث تدخل جراحي هضمي سابق (خاصة عند فقد الصمام اللفائفي الأعور والذي عادة مايمنع استرجاع محتويات القولون إلي الأمعاء الدقيقة)، التضيقات، متلازمة الأمعاء القصيرة (Short-bowel syndrome)، سوء حركة الأمعاء الدقيقة، الانسداد الكاذب، استخدام مثبطات مضخة البروتون لمنع إفراز الحامض المعدي.
- يعتبر وجود أي ظرف يعمل على إنقاص حركة الأمعاء الدقيقة من أحد عوامل الاختطار.
- يعتبر استنبات عصارة الاثنا عشر من العوامل المهمة التي تعمل على عزل مسببات معينة للأمراض والإبلاغ عن الأنظمة العلاجية. يوجد احتمال لتجلي السلالات المقاومة. من الممكن أخذ عصارة الاثنا عشر أثناء التنظير الداخلي في حالة إجرائه.
- من الممكن أن يكون اختبار تنفس الهيدروجين من العوامل المفيدة مع وجود ذروة الهيدروجين مبكراً عقب ٣٠ دقيقة من استيعاب حمل الكربوهيدرات الثانوي لإنتاج الهيدروجين من جراثيم الأمعاء الدقيقة (Small bowel) (ملاحظة: تحدث ذروة الهيدروجين عندما تقوم الجراثيم باستقلاب

الكربوهيدرات التي تم امتصاصها، غالباً في القولون عند الساعة الثانية).

- فحص النفس لـ C14 جليكولين أكسيد (حمض الصفراء) مع اكتشاف C14o2 والذى يرتفع فى فرط النمو الجرثومى.
- يجب إجراء أشعة الباريوم في حالة الاشتباه في انسداد الأمعاء.
- يتضمن التدبير العلاجي المعالجة المناسبة للسبب الكامن.
- تصحيح أي نقص غذائي باستخدام مكملات المواد الغذائية والفيتامينات الذوابة بالدهون وفيتامين بـ ١٢ إذا ما تم الإشارة إلى ذلك. قد يكون استثناء اللاكتوز من العوامل المفيدة في المدى القصير.
- يتم استخدام المترونيدازول وهو عبارة عن دواء مضاد للجراثيم والأميبات يتم استخدامه من خلال الفم أو الأوردة وهو المضاد الأول الأفضل لتسوية جراثيم الأمعاء. ضرورة استخدام المترونيدازول للأطفال المصابين بمتلازمة الأمعاء القصيرة (Short-bowel syndrome) مع أدوية أخرى أو بصفة دورية. يجب طلب الاستشارة المكروبيولوجية الموضعية في الحالات الخطرة.
- يتم استخدام البكتيريا الحيمدة على نطاق واسع.

obeikandl.com