

أفضل
معاً

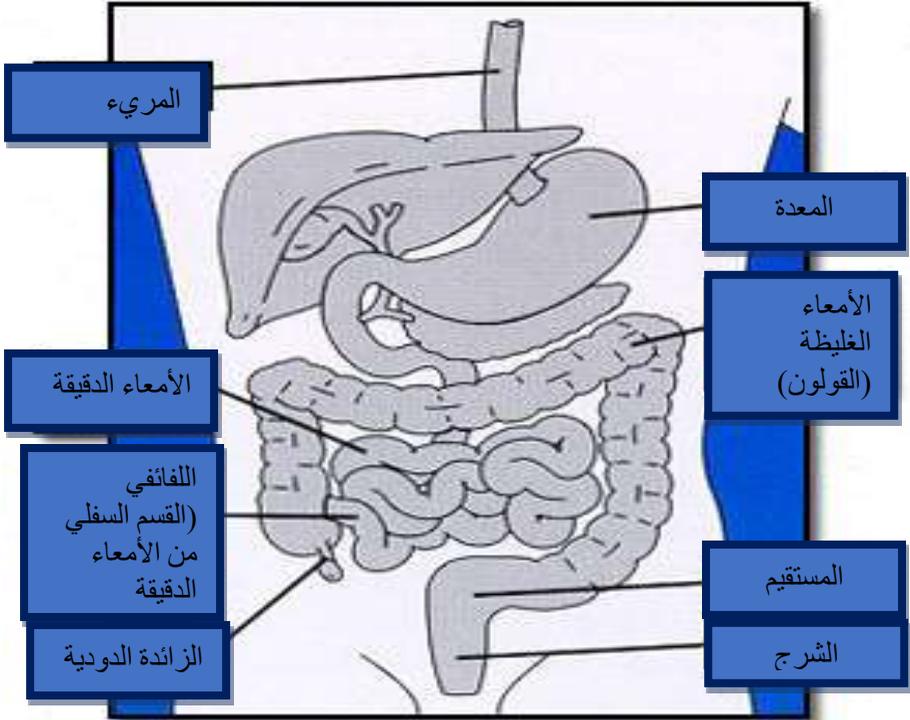
معلومات المريض
مرض الأمعاء الالتهابي ومرض كرون
فريق العناية بأمراض الجهاز الهضمي

PIF 020 /V7

لقد كُتبت صحيفة الحقائق هذه بتأنّ على قدر من التفصيل وتوفّر معلومات نزيهة دون "حاشية" كاذبة تدعو للتفاؤل. قد توفر معلومات أكثر مما سيطلبه بعض المرضى ومن المهم الإشارة إلى أنه لا تحل بأي حال من الأحوال محل نقاشات أو استعلامات إضافية، في العيادة أو مع ممرض متخصص.

ما هو مرض الأمعاء الالتهابي؟

هذا مصطلح يستخدمه الأطباء للإشارة إلى حالتين: التهاب القولون التقرحي ومرض كرون. ترتبط كلاهما بالتهاب القولون أو الأمعاء ولا ترتبطان بشكل واضح بالعدوى مثل بكتيريا السلمونيلا أو العطيفة. على الرغم من وجود بعض التداخل بين التهاب القولون التقرحي ومرض كرون، نظرًا لأعراض صحيفة الحقائق هذه، سننظر فيهما بشكل منفصل.



هل مرض الأمعاء الالتهابي شكل من أشكال السرطان؟

لا. إن السرطان ناجم عن سلسلة من التغييرات (الطفرات) في الحمض النووي لخلايا جسمك. ينتج التهاب القولون التقرحي ومرض كرون عن الالتهاب المستمر. إحصائيًا، هناك خطر متزايد في الإصابة بالسرطان، ولهذا السبب من المرجح أن يتم إجراء فحوصات القولون بالمنظار بانتظام إذا كنت تعاني من مرض قولوني منذ أكثر من 10 سنوات.

كيف تختلف أعراض التهاب الأمعاء عن متلازمة القولون العصبي (IBS)؟

أعراض متلازمة القولون العصبي هي مزيج من:

- آلام مخصية في المعدة
- انتفاخ (تورم)
- تغيير في عادة الأمعاء
- إمساك وإسهال متناوبان.

على الرغم من أن أسبابه غير مفهومة جيدًا، إلا أنها عادةً ما ترتبط بالإجهاد ولا ترتبط في معظم الحالات بأي التهاب في القولون أو الأمعاء.

عادةً ما يرتبط التهاب القولون التقرحي بالإسهال المستمر، وغالبًا ما يصاحبه الدم، ويسهل تمييزه إلى حد ما عن الإسهال الناجم عن متلازمة القولون العصبي، والذي يكون دائمًا متقطعًا ولا يصاحبه الدم.

ورغم ذلك، فإن أعراض مرض كرون تحاكي بشكل دقيق أعراض مرضى متلازمة القولون العصبي. غالبًا ما يؤدي ذلك إلى تأخير التشخيص لأن مرض متلازمة القولون العصبي يصيب واحدًا من كل ثلاثة من السكان في بعض الأحيان بينما يصيب مرض كرون واحدًا فقط من بين كل ألف شخص.

يرتبط التهاب القولون التقرحي ومرض كرون على السواء بميل زائد إلى الإصابة بمتلازمة القولون العصبي، والتي غالبًا ما تسبب أعراض مستمرة لبضعة أشهر بعد معالجة نوبة مرض الأمعاء الالتهابي. من الممكن أيضًا الإصابة بمرض الأمعاء الالتهابي (IBD) (التهاب القولون التقرحي أو مرض كرون) و متلازمة القولون العصبي في الوقت نفسه.

مرض كرون

ما هو مرض كرون؟

بالتشابه مع التهاب القولون التقرحي، هو التهاب منتكس في الأمعاء حيث لا يمكن فيه العثور على بكتيريا "التسمم الغذائي" المسببة للعدوى والذي، بالاختلاف مع التهاب القولون التقرحي يمكن أن يؤثر على أي جزء من الأمعاء من الفم حتى الشرج. كان اسمه الآخر هو "التهاب الأمعاء الناحي"، لكنه كان مرتبط بالفم (وفي بعض الحالات تشخيصه غير دقيق) لذلك سُمي على اسم المؤلف الأول المذكور في أول بحث أمريكي لوصف المرض. في الواقع قد وصفه شخص يُدعى سكوت ولقبه دالزيل في وقت سابق ولكن فشل الأميركيين في ملاحظة ذلك!

أعراض مرض كرون:

آلام بطنية موجودة في 85% من المرضى الذين يعانون من المرض النشط
إسهال 62%

فقدان الوزن	50%
قيء	48%
حمى	41%
تعرق	14%
نزف	13%

إرهاق – هذا العرض غير المحدد شائع جدًا لدى أي شخص مصاب بمرض كرون النشط أو غير النشط

ما هي أسباب مرض كرون؟

يبدو أنه ناتج عن مجموعة من العوامل الوراثية والبيئية. إذا كان لديك توأمين متطابقان مصابان بمرض كرون، فإن خطر الإصابة بالمرض هي واحد من كل اثنين، وتكون العوامل الوراثية أقوى في هذا المرض من التهاب القولون التقرحي.

تم تحديد أحد العوامل الوراثية مؤخرًا. إنه تغيير في جين يُسمى **Nod2**، والذي يصنع بروتينًا موجودًا في نوع من خلايا الدم البيضاء يُسمى البلعم. ويتدخل في تنظيم استجابة الالتهاب للبكتيريا. يعاني حوالي 29% من مرضى كرون من هذا الجين المتغير مقارنةً بـ 7% فقط من عامة السكان.

من المهم أن نلاحظ أن مرض كرون يصيب واحدًا فقط من كل ألف شخص من عامة السكان، لذلك يجب أن تكون العوامل البيئية أو الوراثية الأخرى مهمة في تحديد ما إذا كان هناك شخص مصاب بجين **Nod2** المتغير يصاب بمرض كرون أم لا. هناك العديد من الجينات الأخرى التي تنظم الجهاز المناعي والتي تصاب أيضًا بمرض كرون (مثل بلعمة الالتهام الذاتي)

أصبح مرض كرون أكثر شيوعًا على مدار القرن العشرين، لذلك من المنطقي افتراض أن العوامل البيئية ذات الصلة هي أيضًا عوامل كانت أكثر شيوعًا خلال تلك الفترة. العامل البيئي الوحيد الذي تم تحديده بوضوح هو التدخين. يدخن حوالي ثلثي مرضى كرون، مقارنةً بنحو ثلث عامة السكان.

المرضى الذين يدخنون هم أكثر عرضة بنسبة 40% للانتكاس بعد إجراء الجراحة للمرض وأكثر عرضة للإصابة ببعض المضاعفات البغيضة مثل تكوين الخراج أو الناسور (انظر لاحقًا). إذا كنت تدخن حاليًا، فليس من المبالغ قول أن التوقف عن التدخين على الأرجح أن يكون على الأقل مفيدًا لصحتك مثل أي دواء متوفر.

ماذا بخصوص الحصبة وتطعيم الحصبة والنكاف والحميراء (MMR)؟

اقترح مجموعة من الباحثين في مستشفى **Royal Free** في لندن أن التطعيم، خاصةً فيما يتعلق بمزيج لقاح الحصبة والنكاف والحميراء (MMR) يرتبط بخطر متزايد للإصابة بمرض كرون أو التوحد.

تعذر على الباحثين في العديد من المراكز الأخرى تأكيد هذا إما على أساس العثور على الحصبة أو فيروس اللقاح ضمن عينات نسيج مرض كرون أو على أساس دراسات المتابعة للأشخاص الذين تم تطعيمهم. نعتقد أن الارتباط غير مرجح إلى أبعد حد.

ماذا بخصوص المتفطرات في اللبن؟

يحظى هذا السيناريو بدعم أكبر قليلاً حيث أن مرض كرون يشبه إلى حد بعيد مرض سل الأمعاء ومن الممكن العثور على أعداد صغيرة من أنواع الفطريات المسماة المتفطرة نظيرة السلية (*Mycobacterium paratuberculosis*) في اللبن.

ورغم ذلك، يأتي الدليل الإيجابي مجدداً بشكل رئيسي من أحد المراكز في لندن حيث يوجد قدر كبير من الأدلة السلبية الصادرة من العديد من المراكز الأخرى حيث فشلت الدراسات الدقيقة باستخدام أحدث تقنيات الحمض النووي وكذلك التقنيات المجهرية التقليدية العثور على البكتيريا الموجودة في نسيج مرض كرون. في الوقت الحالي، يبدو من غير المرجح أن يكون لهذه البكتيريا دور رئيسي - إن وجد - في مرض كرون.

ماذا بخصوص البكتيريا الأخرى؟

هناك تسليم عام بأن مرض كرون والتهاب القولون التقرحي على السواء مرتبطان بشكل ما بـ "البكتيريا الطبيعية" التي تكون وفيرة في القولون الموجود بنا جميعاً. تقترح العديد من الدراسات التي أجريت في ليفربول أن شكلاً من أشكال الإشريكية القولونية (غير المرتبطة بـ "الحشرة الموجودة في الهامبرغر") والتي تنفقر إلى الجينات المسببة للدعوى ("الخبيثة") قد تساهم في حدوث الالتهاب.

هل سأحتاج لعملية جراحية؟

يحتاج حوالي 90٪ من مرضى كرون إلى الجراحة في مرحلة ما. على الرغم من أن الجراحة لا تضمن الشفاء، إلا أنها قد تكون فعالة للغاية، خاصةً إذا كان المرض محصوراً في امتداد قصير من الأمعاء الدقيقة (الفانفي).

بالتالي العملية التي يمكن إجراؤها هي إزالة اللانفاقي السفلي والجزء الأول من القولون (استئصال النصف الأيمن من القولون). يمكن دائماً إجراء هذا دون الحاجة إلى كيس أو فقرة مؤقتة. قد يتبعها إسهال خفيف، لكن عادةً ما يمكن علاجه بسهولة.

يمكن إجراء الجراحة في بعض الأحيان عن طريق "جراحة منظار البطن" وفي هذه الحالة توجد ندبة صغيرة مماثلة لتلك التي تلي إزالة الزائدة الدودية. بعد هذه العملية، لدى حوالي 50٪ من المرضى خمسة أعوام دون أي أعراض حتى لو لم يكن لديهم دواء.

هل سيؤدي مرض كرون إلى تقصير حياتي؟

ليس من المرجح حدوث ذلك، لكن لأن بإمكانه أن يؤثر على معدل طول الأمعاء، هناك وفيات قليلة زائدة ترتبط بشكل رئيسي بالمرض المشدّد للغاية. ولهذا السبب، من المرجح وجود بعض التأثير على التأمين على الحياة، لكن تتنوع الشركات المختلفة تنوعاً كبيراً في نهجها تجاه هذا الأمر. ننصحك بطلب المشورة من الرابطة الوطنية لالتهاب القولون ومرض كرون (العنوان في نهاية المستند) قبل التواصل مع شركة تأمين إذا أمكن ذلك.

هل سيوقفني عن العمل؟

بإمكان معظم المرضى الذين يعانون من مرض كرون العمل معظم الوقت، ولكن من المرجح وجود بعض الفترات التي لن تكون فيها لائقًا بشكل كافٍ للعمل خاصة إذا كنت بحاجة إلى الجراحة.

لأن هذا المرض غير شائع (1 لكل 1000 من السكان)، قد يكون لدى أصحاب العمل معرفة ضئيلة للغاية به. إذا كنت تواجه صعوبات مع صاحب عمل غير متعاطف، فيرجى مناقشة ذلك مع الطبيب في العيادة، حيث يمكننا في كثير من الأحيان المساعدة من خلال التوضيح لصاحب العمل التكهن السليم على المدى الطويل فيما يخص الصحة والتوظيف. تشير الدراسات المنشورة إلى أن المرضى المصابين بمرض كرون لا يميلون إلى أخذ أيام عطلة أكثر عند تدهور صحتهم عن الأشخاص الأصحاء.

هل سيمعني من إنجاب الأطفال؟

تقل الخصوبة قليلاً عند النساء المصابات بمرض كرون، لكن معظم المرضى لا يجدون صعوبة خاصة في تكون الجنين أو الحمل. يُنصح بتجنّب الحمل إلى حين يكون المرض خاضعاً للتحكم المناسب.

قد يمثل الألم أثناء الجماع مشكلة في حوالي 10% من النساء المصابات بمرض كرون بسبب الالتهاب في الأمعاء. قد تضطرين إلى الولادة القيصرية إذا أثر مرض كرون على الأنسجة المحيطة بالشرح.

هل يمكن أن تتأثر الأعضاء الأخرى بخلاف الأمعاء؟

من الشائع أن تكون المفاصل مؤلمة أو منتفخة كذلك إذا كان المرض نشطاً. يسكن هذا العرض عندما يتم التحكم في مرض كرون الكامن ولا يؤدي إلى أي ضرر طويل المدى. يُعد مرض التهاب المفاصل المزمن النادر الذي يُسمى التهاب الفقار المقسط والذي يصبح فيه العمود الفقري متيبساً أكثر شيوعاً لدى الأشخاص المصابين بمرض كرون، ولكن خطر الإصابة به منخفض للغاية.

كثرت الجلد الحمراء المؤلمة "الحمامي العقدية" شائعة جداً عندما يكون المرض نشطاً. مجدداً، تسكن هذه الأعراض مع العلاج الفعال لمرض كرون الكامن. عادةً ما يتعافون دون أي مشاكل دائمة ولكن قد يحدث تلوين بسيط للجلد مثل الكدمات.

قد تصبح العيون حمراء ومتقرحة بالاقتران مع نشاط مرض التهاب الأمعاء، لكن مجدداً لا يرتبط هذا بأي مشاكل طويلة الأجل للعيون ويُحل عندما يتم علاج مرض كرون الكامن بفعالية.

هل سأنقله لأطفالي؟

الخطر منخفض جداً. سيصاب حوالي واحد من خمسين طفلاً أو شقيق (إخوة أو أخوات) من المصابين بمرض كرون بالمرض مقارنة بحوالي واحد لكل ألف من عامة السكان.

هل مرض كرون مرتبط بأي خطر للإصابة بالسرطان؟

لا ترتبط الإصابة بمرض كرون في اللغافني (الأمعاء الدقيقة) مع أي خطر متزايد في الإصابة بسرطان القولون، ولكن ترتبط الإصابة بمرض كرون على نطاق واسع من القولون بنحو خمسة أضعاف الخطر المتزايد، والذي يصل إلى حوالي 15٪ من الخطر مدى الحياة.

لقد ثبت مؤخرًا أنه من المرجح تقليل هذا بمقدار ثلاثة أرباع عن طريق العلاج المنتظم باستخدام مستحضرات امينوساليسيلات-5 (aminosalicylate-5) مثل Asacol وهذا سبب وجيه للاستمرار في تناولها على الرغم من أنها ليست فعالة جدًا في علاج المرض.

هل يمكنني تناول حبوب منع الحمل عن طريق الفم؟

نعم، ولكن مع بعض الاحتياطات. قد لا تكون حبوب منع الحمل فعالة للغاية إذا كنتِ تعانين من المرض الشديد ولا يمكنكِ امتصاصها بشكل سليم.

هناك زيادة طفيفة ولكنها مؤكدة في خطر الإصابة بخثار الأوردة العميقة فيما يخص مرض كرون (والتهاب القولون التقرحي). هناك بعض الأدلة الضعيفة إلى حد ما على أن حبوب منع الحمل قد تجعل مرض كرون أسوأ أو ربما تسبب حالات عرضية لمرض كرون، خاصةً في القولون.

إذا كان عمرك أقل من 30 عامًا، وليس لديك تاريخ عائلي من الإصابة بخثار الأوردة العميقة وليس لديك مرض القولون العسير، فربما تكون الحبوب لا بأس بها ولكن بخلاف ذلك قد يكون من الأفضل تناول أشكال بديلة من وسائل منع الحمل إن أمكن.

ماذا بخصوص العلاج الهرموني التعويضي (HRT)؟

توجد أدلة قليلة تقترح أن العلاج الهرموني التعويضي سيئ بالنسبة إلى مرض كرون وأن ضمور العظام عرض شائع للغاية في مرض كرون. إذا لم يكن لديك تاريخ سابق أو تاريخ عائلي من الإصابة بالخثار، فقد يكون العلاج الهرموني التعويضي مفيدًا.

كيف يمكنني تجنب مرض ضمور العظام؟

ضمور العظام هو ترقق العظام ويزيد من خطر الإصابة بالكسر، نظرًا لكونه أحد الأسباب الرئيسية لكسر الورك. كما يمكن أن يؤدي إلى انهيار شديد للألم للفترات في العمود الفقري.

هناك بعض المخاطر المتزايدة للإصابة بضمور العظام المرتبط بمرض كرون إذا كان يؤثر على الأمعاء الدقيقة (اللغافني).

ورغم ذلك، فإن أكبر عامل خطر هو استخدام المنشطات، بغض النظر عن المرض الكامن. المنشطات المداومة (طويلة المدى) ليست مفيدة للغاية في مرض كرون وعادةً ما يجب تجنبها.

من المرجح أن يؤدي التعاطي الممتد المنتظم على مدى عدة أشهر لأكثر من الجرعة المناسبة من 7.5 ملغ يوميًا من دواء بريدنيزولون (Prednisolone) إلى ضمور العظام. ترتبط درجة ضمور العظام ارتباطًا وثيقًا بالجرعة الكلية من المنشطات على مدى العمر.

يرتبط مستحضر منشطات جديد، بوديسونيد (Budesonide)، بحوالي نصف مخاطر الآثار الجانبية للمنشطات ويستخدم بشكل متزايد في علاج مرض كرون.

في التهاب القولون التقرحي، يكون خطر ضمور العظام أقل كثيرًا وعادةً ما يستخدم بريدنيزولون (Prednisolone). يتعرض النساء بعد انقطاع الطمث بشكل خاص لخطر الإصابة بضمور العظام، وفي هذه الحالة غالبًا ما يكون العلاج الهرموني التعويضي (HRT) أفضل طريقة لمنع ترقق العظام. ورغم ذلك، يجب مناقشة مخاطر العلاج الهرموني التعويضي وفوائده مع طبيبك.

من المنطقي لأي شخص يعاني من مرض كرون في الأمعاء الدقيقة أو الذي خضع لعملية جراحية بسيطة في الأمعاء الدقيقة أن يتناول مكملات منتظمة من الكالسيوم وفيتامين (د). يمكن لطبيبك أن يصفها.

إذا كان مرض ضمور العظام أكثر شدة، فيمكن إيقاف ترقق العظام وعكسه في بعض الأحيان عن طريق استخدام فئة من العقاقير تسمى البيسفسونات. يتم تناولها عادةً عن طريق الفم. يتم تشخيص شدة مرض ضمور العظام وتقييمه عن طريق الأشعة السينية منخفضة الكثافة تُسمى فحص كثافة العظام (Dexascan).

مرض كرون والعلاج بالعقاقير

المنشطات

المنشطات القشرية (كورتيكوستيرويد) هي أول دواء يستخدم على نطاق واسع لأعراض مرض كرون. إنها توفر تخفيف كافي للأعراض لمدة ثلاثة أشهر أولية في حوالي ثلثي المرضى. ورغم ذلك، فإنها لا تحقق شفاء الغشاء المخاطي في الأمعاء الدقيقة المتقرحة، وقد ثبت أن ليس لها أي تأثير على التاريخ الطبيعي طويل المدى للمرض. يرتبط تناولها بخطر هائل من ترقق العظام (ضمور العظام).

النوعان الرئيسيان من أدوية المنشطات هما بريدنيزولون وبوديسونيد. عادةً ما يكون لدى بوديسونيد آثار جانبية أقل لأن معظم الدواء يتوزع تلقائيًا داخل الأمعاء.

هل يمكنني تجنب المنشطات؟

نعم، بصورة تدريجية. فوائد المنشطات أقل تأثيرًا في مرض كرون عن التهاب القولون التقرحي. على الرغم من أنها طريقة بسيطة لتخفيف الأعراض على المدى القصير (على سبيل المثال نحو ثلاثة أشهر)، فهي ليس لها أي تأثير مفيد على المدى الطويل وتنتقل بشكل متزايد إلى نماذج أخرى من العلاج. وتشمل المضادات الحيوية، أو العلاج الغذائي، أو العقاقير الكابتة للمناعة أزاثيوبرين (Azathioprine) (الذي لديه أيضًا بعض تأثيرات المضادات الحيوية) أو أخيرًا العقاقير البيولوجية مثل إنفليكسيماب (Infliximab)، أداليموماب (Adalimumab)، وفيدوليزوماب (Vedolizumab).

أزاثيوبرين ومركابتوبورين-6 (mercaptopurine-6)

لقد أثبتت هذه العقاقير ذات الصلة أنها فعالة في استمرار حالة الهجوع في مرض كرون وفي تحفيز التئام القرحات في الفانفي. لا يتحملها حوالي 20% من المرضى بسبب آثارها الجانبية، والتي تشمل:

- غثيان
- تسمم الكبد
- حمى
- التهاب البنكرياس
- كبت نقي العظم.

يُوصى بمراقبة تعداد الدم شهريًا نظرًا لخطر كبت نقي العظم. هناك بعض الأدلة على أن العلاج عبر أزوثيوبرين قد يتيح الشفاء للناسور. هناك زيادة طفيفة في خطر الإصابة بنوع معين من السرطانات مثل الأورام اللمفاوية وسرطانات الجلد اللاميلانومية. الخطر صغير بشكل بالغ.

ميثوتريكسات (Methotrexate)

تعتبر تجربة ميثوتريكسات محدودة مقارنة بتجربة أزوثيوبرين، لكن التجارب الخاضعة للتحكم التي أجريت بعناية قد أظهرت أن العلاج الأسبوعي عبر ميثوتريكسيت فعال وأصبح الآن استراتيجية مقبولة للمرضى الذين لا يمكنهم تناول أزاثيوبرين/مركابتوبورين-6. يجب تجنبه في الحمل.

أمينوساليسيلات-5

هناك بعض الأدلة على أن الجرعات الكبيرة (على الأقل 3 جم/يوم) من أمينوساليسيلات-5 مثل بنتاسا (Pentasa) قد تقلل من معدلات التكرار بعد الجراحة لمرض كرون ولكن هذه الفئة من العقاقير لها فعالية محدودة في مرض كرون. تشير المراجعات الإحصائية إلى أن أمينوساليسيلات-5 الذي يؤخذ كعلاج مداومة ربما يقلل من معدل الانتكاس بنسبة 5% تقريبًا مقارنةً بعلاج العُفُل (أي الأقراص "الوهمية").

المضادات الحيوية

هناك أدلة من التجارب الخاضعة للتحكم أن مترونيدازول (Metronidazole) فعال لمرض كرون في القولون وللوقاية من تكرار ما بعد العملية الجراحية. بخلاف ذلك، لا يوجد دليل خاضع للتحكم على فعالية المضادات الحيوية في مرض كرون.

ورغم ذلك، هناك قيمة متزايدة من الأدلة غير الخاضعة للتحكم (أي أدلة من سلسلة المرضى الذين تم علاجهم ولكن دون مقارنة مع علاج العُفُل) ويستخدم العديد من الأطباء المضادات الحيوية مثل سيبروفلوكساسين

(Ciprofloxacin) أو كلاريثروميسين (Clarithromycin) كعلاج أولي للمرضى سواء ثبت إصابتهم بتعفن الدم أم لا.

هل يمكن للمضادات الحيوية أن تساعد؟

نجري الآن تجربة خاضعة للتحكم تستهدف بكتيريا الإشرىكية القولونية باستخدام مزيج من المضادات الحيوية (سيبروفلوكساسين ودوكسيسايلين (doxycycline)) ودواء مضاد للملاريا يسمى هيدروكسي كلوروكوين (Hydroxychloroquine). وقد ثبت أن هذا المزيج يقتل الإشرىكية القولونية بشكل فعال للغاية في المختبر.

إن المضاد الحيوي مترونيدازول (Metronidazole)، الفعال ضد أنواع البكتيريا، التي تعيش في بيئات تفتقر إلى الأكسجين، هو علاج فعال لمرض كرون في القولون وللتهابات حول الشرج.

هل يمكن تناول هذه المضادات الحيوية على المدى الطويل؟

قد يلزم تناول ميترونيدازول لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر ليعطي أفضل تأثير له على مرض القولون، ويستخدم أحياناً لفترة مماثلة بعد جراحة مرض كرون.

ترتبط فترات تناول الأطول بمخاطر تلف الأعصاب (وأول أعراضها هي اأخدرار الأصابع). إذا حدث هذا، يجب إيقاف العقار. إذا تم إيقافه على الفور فإن شفاء وظيفة العصب عادةً ما يكون مكتملاً.

يجب تجنب ميترونيدازول في الحمل أو إذا كان هناك خطر حدوث حمل.

تسبب المضادات الحيوية مثل دوكسيسايلين وسيبروفلوكساسين حساسية من أشعة الشمس.

عقاقير TNF (عامل نخر الورم) المضادة (إنفليكسيماب وأداليموماب)

تعد العوامل المضادة لعامل نخر الورم علاجات أحدث نسبيًا. إنها بروتينات الجسم المضاد المعدلة وراثيًا

والموجهة ضد بروتين التهابي يُسمى TNFalpha.

يمكن القول أنها العلاج الأكثر فاعلية لمرض كرون من حيث جمعها بين سرعة الاستجابة، والنسبة المنوية للاستجابة، والقدرة على شفاء تقرح الغشاء المخاطي.

كما أنها بلا شك الأعلى ثمنًا! يؤدي ضخ أحادي من إنفليكسيماب (الذي يكلف حاليًا حوالي 1500 جنيه إسترليني لشخص بالغ متوسط الحجم) إلى استجابة تستغرق عادةً حوالي ثمانية أسابيع.

ورغم ذلك، فقد بدأت العديد من الشركات المُصنّعة في الأونة الأخيرة في إنتاج نسخ من إنفليكسيماب (تُسمى

العقاقير شبه الحيوية) والتي تعد أرخص قليلًا من إنفليكسيماب. بخلاف ذلك فهي متطابقة ويمكن استبدال

إنفليكسيماب بها. يتم إعطاء إنفليكسيماب عن طريق الوريد بينما يمكن حقن أداليموماب ذاتيًا تحت الجلد تمامًا

مثل حقن الأنسولين. هناك أيضًا بعض الاختلافات البنيوية. يتكون إنفليكسيماب من 25% من بروتين الفأر بينما

أداليموماب أشبه بالبروتين البشري.

لقد ثبت أن العلاج المتكرر فعال في الحفاظ على هذه الاستجابة لكنه لا يوفر علاجًا دائمًا. في حالة تكرار العلاج بعد تأخير، تحدث استجابة للجسم المضاد ضد إينفليكسيماب والذي قد يتسبب في حدوث تفاعل حموي (عادةً ما يكون غير حاد) ولكنه قد ينفى أيضًا التأثير العلاجي للجسم المضاد. وقد تبين أن الوصف الملائم لدواء أزاثيروبرين إلى حد كبير يمنع تطور هذه الاستجابة للجسم المضاد.

يرتبط علاج إينفليكسيماب بشفاء الناسور في حوالي ثلثي المرضى، ولكن هذا مؤقت حيث تنهار معظم النواسير مجددًا بعد توقف العلاج. تكون فرصة الحصول على أجسام مضادة بعد تناول أداليموماب أقل.

تبدو السلامة على المدى القصير فائقة وتدعمها قاعدة بيانات ضخمة. وتتمثل المخاوف الرئيسية في إعادة تنشيط مرض السل وخطر الإصابة بعدوى مثل الالتهاب الرئوي.

لذلك من المهم الحصول على تشخيص واضح لأنسجة مرض كرون (ونقص الأدلة النسيجية على وجود مرض السل)، بالإضافة إلى تصوير طبيعى بالأشعة السينية للصدر، قبل بدء علاج عامل نخر الورم (TNF) المضاد.

هناك العديد من الآثار الجانبية الأخرى غير المألوفة مثل مرض الذئبة وفي بعض الأحيان مشاكل متعلقة بالأعصاب تتطوي على الجهاز العصبي المركزي (إزالة الميالين). لحسن الحظ، هذه المشاكل نادرة.

أي المرضى الذين يجب أن يتلقوا علاج عامل نخر الورم (TNF) المضاد؟

يستخدم على نطاق واسع في المرضى الذين لا يمكن علاج أعراضهم على الفور بواسطة أزاثيروبرين أو المضادات الحيوية أو الاستئصال الجراحي الأولي للأمعاء الضيقة. يشمل المرضى غير المناسبين المرضى الذين يُشتبه في إصابتهم بتسمم الدم على سبيل المثال خُراج، والمرضى المصابين بتضيق الأمعاء بشكل هائل، على سبيل المثال من لديهم تجلّي حديث أو حالي لشبه انسداد معوي حاد. تشير التقديرات إلى أنه قد يكون العلاج المناسب لحوالي 10-20٪ من المرضى الذين يعانون من مرض كرون.

عقار فيدوليزوماب (Vedolizumab):

يعمل العقار البيولوجي الذي تم اعتماده مؤخرًا والمسمى فيدوليزوماب عن طريق منع الخلايا البيضاء من دخول الأمعاء والتسبب بالتهاب. هذا العقار يتم إعطاؤه عن طريق الوريد ويعمل حصراً في الأمعاء. في الوقت الحاضر، يقتصر استخدامه على المرضى الذين لم يتجاوزوا علاج عامل نخر الورم (TNF) المضاد. تبدو أن الآثار الجانبية الرئيسية لهذا الدواء هي التهاب البلعوم الأنفي (التهاب الحلق) وربما زيادة خطر الإصابة بعدوى المعدية المعوية.

ماذا بخصوص النظام الغذائي؟

نعي أنه يجب وجود رابط بين مرض كرون والنظام الغذائي لأن المرض غالبًا ما يدخل في حالة هجوع إذا تم تجنب الغذاء واستبداله بالغذاء السائل. ما زلنا لا نفهم آلية سير ذلك. أظهرت الأبحاث في ليفربول والمراكز الأخرى أن التفسير ليس بسبب تجنب السهل للبروتين الغريب. يتحقق البحث المستمر في إمكانية أن تكون إحدى الإضافات الغذائية أو أكثر ضارة. تشمل المواد المشتهبه بها صيغة بيضاء تُسمى ثاني أكسيد التيتانيوم (E171) و/أو التعرض للمنظفات أو المستحلبات المسموح بها. هناك أدلة

واضحة على أن مرض كرون قد أصبح أكثر شيوعاً في الخمسين عاماً الماضية وأن الإضافات الغذائية ستتناسب مع هذا بالتأكيد.

"التغذية المعوية"، أي أن التغذية باستخدام غذاء سائل قد تكون علاجاً فعالاً إذا كنت تعاني من انتكاس مرضك. على الرغم من أنها ليست مستساغة بشكل كبير وغير ملائمة تماماً بشكل واضح، إلا أنها على الأقل خالية من خطر حدوث آثار جانبية. إنها شكل فعال وآمن بشكل خاص من أشكال العلاج للأطفال أو المراهقين المصابين بمرض كرون حيث قد يكون فشل النمو مشكلة عند استخدام علاجات أخرى.

التغذية المعوية بالأغذية السائلة

هناك دليل على أن حوالي ثلثي المرضى المصابين بمرض كرون في الأمعاء الدقيقة يمكن أن يدخلوا إلى حالة هجوع إذا تم استبدال نظامهم الغذائي العادي بغذاء سائل. يجب أن يكون هذا إما غذاء ميني على الأحماض الأمينية أو الغذاء البوليمري (البروتين الكامل أو الميني على البيبتيد) والذي ثبت فعاليته بما أن بعض الأغذية البوليمرية غير فعالة بشكل شاذ. يجب وصف هذه الأغذية من طبيبك. تظل الية سير هذا التأثير العلاجي غير واضحة. ثبت أن التغذية المعوية تحفز التئام قرحات اللقائفي وأنها خالية من الآثار الجانبية بخلاف افتقار استساغته. يتمكن حوالي ثلثي المرضى البالغين من تقبل الأغذية السائلة بنكهة مثل نسكويك (غالباً ما يتقبلها الأطفال بشكل أفضل!).

ما الذي يكمن في خطتكم العلاجية؟

هناك العديد من العلاجات التي أظهرت وعداً أولياً وتخضع حالياً لتجارب أخرى. وتشمل هذه العلاجات عقار بيولوجي آخر يُسمى إستكينوماب (ustekinumab) (والذي يستخدم بالفعل في الصدفية) وMongersen. أثبت عقار Mongersen وعداً أولياً ويخضع الآن للاختبار في مجموعة أكبر كثيراً من المرضى المصابين بمرض كرون.

المشكلات العامة

التأمين

العمر المتوقع طبيعى في التهاب القولون التقرحي. هناك زيادة في خطر الوفاة بسبب سرطان الأمعاء، ولكن يعادل ذلك انخفاض في خطر الوفاة بسبب مرض الشريان التاجي، والذي ربما ببساطة لا يرجع إلى الارتباط المريب بين التهاب القولون وعدم التدخين. ينبغي أن يكون ترتيب التأمين على الحياة سهلاً ومباشراً نوعاً ما. ورغم ذلك، لا تعي جميع شركات التأمين بهذا بالقدر نفسه والأمر يستحق البحث عنه عبر الرابطة الوطنية لالتهاب القولون ومرض كرون (NACC) (انظر أدناه) إذا كنت تواجه أي صعوبة.

ربما يكون هناك انخفاض طفيف في متوسط العمر المتوقع في مرض كرون على الرغم من أن هذا قد تحسن بشكل كبير على مدى السنوات الثلاثين الماضية. هذا بفضل التقنيات الجراحية الأفضل، والعديد من البيانات التي تم نشرها قديمة في الوقت الحالي.

يتعلق انخفاض متوسط العمر المتوقع بشكل أساسي بأقلية صغيرة للغاية من المرضى المصابين بمرض الأمعاء الدقيقة واسع النطاق. وبالتالي يختلف الخطر بشكل هائل من مريض لآخر.

الحياة الجنسية

يمكن لأي مرض أن يقلل من الرغبة الجنسية لديك (الغريزة الجنسية) ويجب أن يهدف العلاج إلى إبقاء المرض في حالة هجوع حتى لا يحدث هذا. يمكن أن يسبب مرض كرون تكوين خراج مزعج، ونادرًا ما يحدث ندبة حول فتحة الشرج والناسور (نمو ممر خاطئ) من الأمعاء إلى المهبل. عادةً ما يمكن تقليل هذه المشكلات، هذا إن لم يتم حلها تمامًا بمزيج من العلاجات الطبية والجراحية.

الخصوبة

عادةً ما تكون طبيعية في التهاب القولون التقرحي ولكن قد تقل بشكل بسيط في مرض كرون، خاصةً إذا كانت الجراحة ضرورية. هذا بسبب تدخل أنابيب فالوب في الالتهاب؛ وهي الممرات التي تمر عبرها البويضات (البيض) في طريقها من المبايض إلى الرحم

لا تقلل العقاقير المستخدمة في مرض الأمعاء الالتهابي من الخصوبة بذاتها باستثناء سولفاسالازين (Sulfasalazine) الذي يسبب العقم عند الذكور القابل للعلاج (ولكن هذا غير موثوق!) (انظر سابقاً).

تعمل عملية استئصال القولون بضع خطر ضئيل من التسبب في العجز الجنسي لدى الرجال (بنسبة أقل من 3%). عادةً ما تُنصح أي امرأة قد خضعت لعملية استئصال القولون والجيبية الشرجية اللغافية (جيبية Parkes) بالولادة القيصرية بسبب الحاجة إلى تجنب أي خطر تلف عضلات المصرة الغائرة للشرج.

لا ينبغي أن يسبب تشكيل فغر اللغافي أو فغر القولون أي مشاكل فعلية هائلة على الرغم من أنه قد يسبب الارتباك وبعض الصعوبات النفسية. على الرغم من ذلك، عندما يكون المريض في علاقة عاطفية طويلة الأمد ومستقرة، عادةً ما يمكن السيطرة على أي مشاكل.

الحمل والرضاعة الطبيعية

غالبًا ما تتوجه إلينا أسئلة عما إذا كان من الممكن استمرار الأدوية بأمان أثناء الحمل والرضاعة الطبيعية أم لا.

أظهرت بعض الدراسات رفيعة المستوى أنه من الآمن استخدام الأدوية مثل أزاثيروبين وعلاجات عامل نخر الورم (TNF) المضادة. توقف علاج عامل نخر الورم (TNF) المضاد بعد 24 أسبوعًا ونعيد استئنافه بعد ولادة الطفل. يمكنك مناقشة ذلك بالتفصيل مع أخصائي طب الأمومة وأخصائي مرض الأمعاء الالتهابي لديك.

إذا كنت ترغب في التحدث إلى شخص ما بسرية بشأن أي ما يتعلق بك، فيرجى التحدث إلى:

- أحد أعضاء فريق التمريض في العيادة.
- الممرض الأخصائي في طب الجهاز الهضمي.

التعليقات

تعليقاتك تهمنا وتساعدنا في التأثير في الرعاية مستقبلاً.

عقب خروجك من المستشفى أو حضور موعدك في العيادة الخارجية، سنتلقى رسالة نسألك عما إذا كنت ستوصي بخدمتنا للآخرين. يُرجى تخصيص الوقت للرد على الرسائل النصية، فلن يتم محاسبتك على الرسالة النصية ويمكنك إلغاء الاشتراك في أي مرحلة. يمثل تعاونك موضع تقدير كبير بالنسبة لنا.

لمزيد من المعلومات عن

ممرضى التهاب الأمعاء الأخصائيين

رقم الهاتف: **0151 706 2659**

رقم هاتف المراسلة النصية: **18001 0151 706 2659**

البريد الإلكتروني: IBDnurses@rlbuht.nhs.uk

موقع الويب: crohnsandcolitis.org.uk/mersey

الكاتب: فريق العناية بأمراض الجهاز الهضمي

تاريخ المراجعة: سبتمبر **2022**

تتوفر جميع المعلومات من قبل ائتمان المستشفى عند الطلب في تنسيقات بديلة، بما في ذلك
باللغات الأخرى، وطرق سهلة القراءة، وحروف الطباعة الكبيرة، والصوت، وقراءة برايل،
وطريقة مون، وإلكترونيًا.

يمكن توفير جميع المعلومات المتعلقة بالمرضى الموافق عليهم من قبل ائتمان المستشفى عند الطلب بصيغ أخرى، بما في ذلك لغات
أخرى وبطرق تسهل قراءتها وبالحروف والطباعة الكبيرة وبالصوت وبطريقة برايل للمكفوفين وبطريقة مون والإلكترونيًا.

所有經信托基金批准的患者資訊均可以其它格式提供，包括其它語言、易讀閱讀軟件、大字

體、音頻、盲文、穆恩體 (Moon) 盲文和電子格式，敬請索取。

در صورت تمایل می‌توانید کلیه اطلاعات تصویب شده توسط اتحادیه در رابطه با بیماران را به اشکال مختلف در دسترس داشته باشید،
از جمله به زبانهای دیگر، به زبان ساده، چاپ درشت، صوت، خط مخصوص کوران، مون و بصورت روی خطی موجود است.

زانیاری بیوفندیدار بهو نمخوشانهی له‌لایمن تراستهوه پسهاند کراون، نهمگر داوا بکریت له فورماتکائی تردا بریتی له
زمانهکائی تر، نیزی رید (هاسان خونندنهوه)، چاپی گهوره، شریتی دهنگ، هلی موون و نملیکترونیکي همیه.

所有經信托基金批准的患者信息均可以其它格式提供，包括其它语言、易读阅读软件、大字
体、音频、盲文、穆恩体 (Moon) 盲文和电子格式，敬请索取。

Dhammaan warbixinta bukaanleyda ee Ururka ee la oggol yahay waxaa marka la
codsado lagu heli karaa nuskhado kale, sida luqado kale, akhris fudud, far waaweyn,
dhegeysi, farta braille ee dadka indhaha la', Moon iyo nidaam eletaroonig ah.