

## أسئلة وأجوبة... حول

# التهاب القولون التقرحي

### 1 ما هو التهاب القولون التقرحي؟

التهاب القولون التقرحي هو مرض التهاب المعى المزمن يمكن أن يصيب المستقيم والقولون، ولا يصيب قطع الأنبوب الهضمي الأخرى (المعى الدقيق على الخصوص). وهو مرض مزمن يتضمن فترات نشيطة (أو "نوبات")، متفاوته الشدة يحدث فيها تناوب مع فترات هدأة تامة. ويصل الالتهاب أثناء فترات المرض النشيطة إلى الغشاء المخاطي (Muqueuse)، أي الجزء الداخلي من الجدار المعوي، فيحمر هذا الغشاء ويصبح هشاً ومتقرحاً. يصيب هذا المرض منطقة المستقيم دائماً، ويمكن أن يصعد إلى القولون بأكمله دون أن يسلم منه جزء واحد من الغشاء المخاطي. يمكن أن يغير بشكل ميسط، وحسب اتساع رقعة القروح على مستوى القولون، بين ثلاثة أنواع من التهاب القولون التقرحي: 60% التهابات المستقيم والقولون السيني القصية (Distales)، التي تصيب المستقيم (يتعلق الأمر عند ذلك بما يسمى التهاب المستقيم، فاللاحقة ite تعني التهاب). كما تصيب المستقيم و السيني (Sigmoide) وهو و ما يسمى التهاب المستقيم و القولون السيني (Rectosigmoidite).

15% التهابات القولون التقرحي الشاملة وتصيب المستقيم والقولون كله. (Pancoliques)

25% أشكال مرضية بسيطة ما بين الأشكال القصية والشاملة .

### 2 ماهي الفوارق مع مرض كرون

مرض كرون هو أيضا مرض المعى المزمن يتطور من خلال النوبات. و قد تكون المظاهر السريرية قريبة من تلك الخاصة بالتهاب القولون التقرحي، و يصعب أحيانا خلال المظاهر السريرية الأولى معرفة أيا من المرضين اللذين نواجههما و مع ذلك يوجد فوارق أساسية : مرض كرون يمكن أن يصيب أي جزء من القناة الهضمية ابتداءا من الفم حتى فتحة الشرج، و غالبا بشكل متقطع. و يصيب الإلتهاب كامل سمك جدار الأمعاء.

### 3 ما هي أسباب الإصابة بالتهاب القولون التقرحي؟

سبب هذا المرض لا يزال مجهولا لحد الآن. هناك عوامل متعددة تسبب في حدوث هذا المرض .

1- عامل خلقي (جيني) : يكون التأهب لمرض التهاب القولون التقرحي خلقيا. ويكثر عند الأقرباء من الدرجة الأولى منه عند الأشخاص الآخرين على العموم .

2- العوامل البيئية : التهاب القولون التقرحي (RCH) هو أقل شيوعا عند المدخنين و نادرا جدا لدى الأشخاص الذين خضعوا لعملية جراحية للزائدة الدودية، و كان التبغ واستئصال الزائدة الدودية يحميان من التهاب القولون التقرحي(RCH).

العوامل الجرثومية المرتبطة بالنباتات البكتيرية المقيمة تلعب ربما دورا بالاشتراك مع العوامل المناعية على استعداد وراثي.

3- عوامل مناعية : ثم رصد تشوهات في الجهاز المناعي خلال المرض. ويسود الاعتقاد حاليا بأن مختلف هذه العوامل هي عوامل متشابهة بعضها مع البعض الآخر وغير واضحة المعالم.

إنه ليس مرضا نفسيا و بدنيا. لا يعتبر مرض التهاب القولون التقرحي مرضا معديا، بحيث لا يحدث انتقال مباشر من شخص إلى آخر.

### 4 كيف يظهر المرض أثناء النوبة؟

ترتبط المظاهر السريرية باتساع رقعة المرض. و الأعراض الرئيسية هي معوية. ويعتبر خروج الدم الأحمر من الشرج أو نزيف المستقيم، أمران ثابتان. وتوجد في حالات هذا المرض القصبية متزامنة زحارية (أي تزامن المرض مع الإسهال)، تجمع بين خروج البلغم Glaire (إفرازات بيضاء لزجة) و بين الدم، و بين شعور خاطئ بالحاجة إلى التبرز، و بين آلام مستقيمية غير مصحوبة بإسهال. ويحدث إسهال في الحالات التي تصعد فيها الإصابة بالمرض إلى ما فوق الزاوية اليسرى. ويمكن بالإضافة إلى هذا، وحسب شدة النوبة، أن تكون مصحوبة بالآلام بطنية وحمى وهزال. أحيانا تكون بعض النوبات مصحوبة بمظاهر خارجة عن الأمعاء : مفصلية، جلدية، عينية (بصرية) وكبدية.

### 5 كيف يتم تشخيص التهاب القولون التقرحي؟

يعتمد في تشخيصه على مجموعة من الأدلة السريرية و نظيرة السريرية (فحوص تكميلية). وفي الواقع لا يمكن لأي واحد في هذه العناصر ولأي روز إذا اعتمد عليه بمفرده أن يثبت التشخيص. وفحص القولون هو المهم. ويتم عن طريق تصوير شعاعي (حقنة شرجية بالباريت مضاعفة التباين) والتباين: (الضوئيات) تعني مادة غير منفذة للإشعاعات أو من الأفضل عن طريق فحص بالتنظير الداخلي : تنظير المستقيم (Rectoscopie) تنظير القولون (Coloscopie) و يسمح تنظير المستقيم إذا ما تم بواسطة أنبوب صلب، دوغما حاجة إلى مستحضر، بتصوير وإظهار المستقيم. أما تنظير القولون الذي يتم بواسطة جهاز مرن يحتوي على ألياف بصرية، فيسمح بالفحص المباشر لجدار المستقيم والقولون وللتستمرات الأخيرة من المعى الدقيق. ويستلزم هذا الفحص تسهيئا للقولون يتم عن طريق الفم. كما يتم في نفس الوقت أخذ عينات من الغشاء المخاطي: اختزاع (Biopsie) و في بعض الحالات لا يمكن أن يتأكد وينتج التشخيص، على الرغم من إجراء فحوصات تكميلية، ويبقى تطور الداء كفيل وحده بالجزم في مسألة التشخيص.

### 6 هل تتكرر النوبات؟

من المستحيل التنبؤ بتعدد النوبات. ولا يمكن التمييز بين مرضى تراودهم النوبات عبر أوقات متباعدة، و بين مرضى تحدث لهم نوبات بصفة متقاربة، إلا بعد مرور فترة زمنية على المرض. وفي أغلب الحالات يتم تحقيق هدأة بواسطة العلاج. وتوجد مع ذلك أشكال مرضية دون الحادة أو المزمنة ضئيلة جدا دوغما تأثير على حيوية الشخص المصاب لكنها تكون أحيانا مصدر مضايقة وظيفية.

### 7 هل توجد مضاعفات مرتبطة بالمرض؟

يمكن أن تحدث فجأة مضاعفات أثناء المرض : نوبة شديدة الخطورة تستدعي استشفاء المريض، وإمساكه عن الأكل، ومعالجته عن طريق التورية (الحقن المتواصل) لبضعة أيام. ويمكن أن تؤدي النوبة إلى تضيق قطعة معوية، و نادرا ما تؤدي إلى ثقب معوي.

### 8 هل يزيد إتهاب القولون التقرحي من خطر التعرض لسرطان

#### القولون؟

وجود زيادة في خطر التعرض لسرطان القولون، فقط عند المرضى المصابين بالتهاب القولون التقرحي الشامل المتطور منذ أكثر من عشر سنوات، وترتكز الوقاية من السرطان لدى المصابين بهذا الشكل من التهاب القولون التقرحي على تنظير القولون مع اختراعات متدرجة ما بعد عشر سنوات من تطور المرض والاستمرار المنتظم في العلاج بـ (5-ASA) أو معدل مناعي (Immunomodulateur)

### 9 ما هو العلاج الطبي لإلتهاب القولون التقرحي؟

بما أن سبب إتهاب القولون التقرحي يظل لحد الآن مجهولا فإن العلاج الطبي لا يوجد للقضاء عليه نهائيا. لكن العلاج من النوبة يرتكز على ما يلي :

السالازوبرين المكون من (سلفاميد القريب من الأسبرين، 5-ASA) و مشتقاته لا تحتوي إلا على (5-ASA) (بنزاز، روازا، بنتازين، ميلازا، روفازين، سالازا) عن طريق الفم أو محلي (تحميلات ، حقنات شرجية). القشرانيات (Corticothérapie) عن طريق الفم (كورتنوسيل ، سولوبريد، بريكورتيل) أو استعمال محلي مثل (بيتينزول، كولوفوام). ( الإختيار بين المجموعتين يقتصر على شدة النوبة و المسافة الممتدة في المعى.

النوبات الصعبة تستدعي العلاج في المستشفى أما العلاج الوقائي يتمثل في إستعمال سالازو بيرين و مشتقاته (السليسلات) . في الحالات المزمنة الطويلة و خصوصا المعتمدين على الكورتيكويد يمكن اللجوء إلى الإيموريل (Immunosupresseur) و الذي يستدعي عناية طبية و بيولوجية صارمة. العلاج بالأدوية المضادة لعوامل النخر (ANTI-TNF) ممكن في حالة فشل العلاجات التقليدية (العتادة)

### 10 هل تعتبر العملية الجراحية ضرورية أحيانا؟

الجراحة ضرورية في الحالات الصعبة و المعقدة التي لا تتجاوب مع الأدوية في كل الحالات القولون ينزح تماما. أما فيما يخص المستقيم فهناك نوعان من الجراحة :

إبقائه و في هذه الحالة يمكن أن تعود النوبات أو نزعه و استبداله بكيس إصطناعي و هذا يقضي نهائيا على المرض. و مع ذلك، فإنه يمكن في بعض الحالات حدوث إتهاب في هذا الخزان غالبا ما يسيطر عليه بالعلاج بالمضادات الحيوية. في كلتا الحالتين تبقى فتحة الشرج (إنعدام الجيوب) مع خروج البراز 5 مرات يوميا. الاختيار بين الحالتين يقتصر على درجة إصابة المستقيم و عمر المريض و الرغبة في الإنجاب عند النساء .

### 11 هل يمكن للمصاب ب إتهاب القولون التقرحي أن يمارس حياته المعيشية بصفة عادية؟

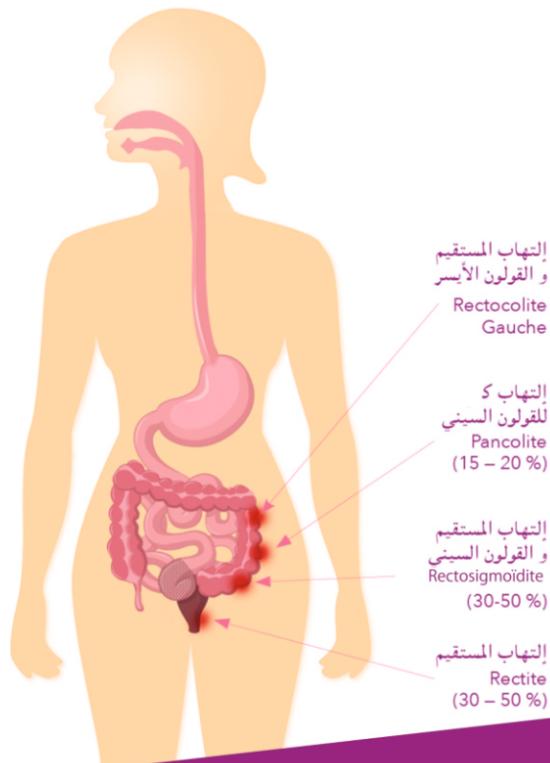
إذا كان البعض يعاني من عجز بسبب المرض في أغلب الحالات يؤثر وقع المرض على حياة المصاب الاجتماعية، بصفة ضئيلة، و خارج عن النوبات. والحمل غير محظور بالنسبة للمريضات، إلا أنه يفرض بكل بساطة تخطيطا و مراقبة طبية منتظمة.

مترجم من مطوية AFA



## UN MALADE MIEUX INFORMÉ POURRA MIEUX LUTTER CONTRE SA MALADIE

### L'appareil digestif الجهاز الهضمي



### ASSOCIATION EL-CHIFFA

SIÈGE SOCIAL :21, RUE BAADID KADDOUR  
CITÉ CUVELIER - ORAN - ALGÉRIE  
TÉL. : 00 213 41 25 78 64  
E-MAIL: EL\_CHIFFA@YAHOO.FR  
CB : APMICI « EL\_CHIFFA » ASSOCIATION  
N° : 006002023110019006-05  
BANQUE AL BARAKA D'ALGÉRIE - AGENCE D'ORAN '202'  
32, RUE DES FRÈRES NIATI, PLATEAUX- ORAN

### 1 Qu'est-ce que la recto-colite hémorragique (RCH) ?

La RCH est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin pouvant atteindre le rectum et le côlon. Les autres segments du tube digestif (intestin grêle en particulier) ne sont jamais concernés par l'inflammation. C'est une maladie chronique comportant des phases d'activité (ou «poussées») d'intensité variable alternant avec des phases de rémission complète. Lors des phases d'activité, l'inflammation atteint la muqueuse, c'est-à-dire la partie interne de la paroi intestinale, qui devient rouge, fragile, ulcérée. La maladie intéresse toujours le rectum et peut «remonter» sur le côlon, d'un seul tenant sans laisser d'intervalle de muqueuse saine. Selon l'étendue des lésions au niveau du côlon, on distingue schématiquement trois types de RCH :

- Les RCH distales (60 %) atteignant le rectum (il s'agit alors d'une rectite, le suffixe ite désignant une inflammation) et le sigmoïde (rectosigmoidite).
- Les RCH pancoliques (15 %) atteignant le rectum et la totalité du côlon.
- Les formes intermédiaires (25 %) entre les formes distales et pancoliques.

### 2 Quelles sont les différences avec la maladie de Crohn ?

La maladie de Crohn est également une maladie inflammatoire intestinale chronique évoluant par poussées. Les signes cliniques peuvent être proches de ceux de la RCH, et il est parfois difficile lors des premières manifestations cliniques de savoir à laquelle des deux maladies on est confronté. Il existe cependant des différences fondamentales : la maladie de Crohn peut atteindre n'importe quel segment du tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, souvent de façon discontinue. L'inflammation intéresse toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

### 3 Quelle est la cause de la RCH ?

Elle reste actuellement inconnue. Plusieurs facteurs sont impliqués dans la survenue de la maladie :

- Un facteur génétique : il existe une prédisposition génétique à la RCH. La maladie est plus fréquente chez les parents du premier degré d'un malade que dans la population générale.

- Des facteurs d'environnement : la RCH est moins fréquente chez les fumeurs et très rare chez les sujets ayant été opérés de l'appendice comme si tabac et appendicectomie protégeaient de la RCH.

Des facteurs bactériens liés à la flore bactérienne résidente jouent probablement un rôle en liaison avec les facteurs immunologiques sur un terrain génétique prédisposé.

- Des facteurs immunologiques : des anomalies du système immunitaire ont été décrites au cours de la RCH. On pense actuellement que ces différents facteurs sont intriqués. Il ne s'agit pas d'une maladie psychosomatique.

La RCH n'est pas contagieuse. Il n'y a pas de transmission directe d'un individu à l'autre.

### 4 Comment se manifeste la maladie lors d'une poussée ?

Les manifestations cliniques dépendent de l'étendue de la maladie. Les principaux symptômes sont intestinaux Les émissions de sang rouge par l'anus ou rectorragies sont constantes. Dans les formes distales, il existe un syndrome dysentérique associant des émissions de glaire et de sang, des faux besoins et des douleurs rectales sans diarrhée. Selon la sévérité de la poussée, peuvent s'y associer des douleurs abdominales, de la fièvre, un amaigrissement. Parfois certaines poussées s'accompagnent de manifestations extra-intestinales : articulaires, cutanées, oculaires, hépatiques...

### 5 Comment fait-on le diagnostic de RCH?

Le diagnostic de RCH repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques (examens complémentaires). En effet, aucun test ne permet à lui seul d'affirmer le diagnostic. L'examen du côlon est réalisé par un examen endoscopique : rectoscopie, coloscopie. La rectoscopie, réalisée avec un tube rigide permet, sans préparation, de visualiser le rectum. La coloscopie réalisée avec un appareil souple, contenant des fibres optiques, permet d'examiner directement la muqueuse du rectum et du côlon ainsi que les derniers centimètres de l'intestin grêle. Cet examen nécessite une préparation du côlon réalisée par voie orale. Dans le même temps des prélèvements de la muqueuse (biopsies) sont effectués. Dans certains cas, malgré la pratique d'examens complémentaires, le diagnostic ne peut être porté avec certitude lors de la première poussée. C'est l'évolution qui permet alors de trancher.

### 6 Les poussées sont-elles fréquentes ?

Il est impossible de prédire la fréquence des poussées. Ce n'est qu'au fil du temps que l'on peut distinguer les patients dont les poussées sont espacées de ceux dont les poussées sont plus rapprochées.

### 7 Existe-t-il des complications liées à la maladie ?

Des complications peuvent survenir au cours de la maladie : Une poussée grave par son intensité imposant l'hospitalisation, l'arrêt de l'alimentation, et un traitement par perfusion pendant quelques jours; un rétrécissement (sténose) d'un segment intestinal; très rarement une perforation intestinale.

### 8 La RCH augmente-t-elle le risque de cancer du côlon?

il existe une augmentation du risque du cancer du côlon chez les patients porteurs d'une RCH pancolique, évoluant depuis plus de 10 ans. La prévention du cancer chez les patients atteints de cette forme de RCH repose sur la coloscopie avec des biopsies étagées au-delà de la dixième année d'évolution et la poursuite régulière du traitement par le 5-ASA ou un immunomodulateur.

### 9 Quel est le traitement médical de la RCH?

La cause de la RCH demeurant inconnue, il n'existe pas de traitement médical radical permettant d'obtenir une guérison définitive.

Le traitement de la poussée repose sur :

- La Salazopyrine® (association d'un sulfamide et d'un composé proche de l'Aspirine, le 5-ASA) et ses dérivés ne comprenant que le 5-ASA (Pentasa®, Rowasa®, Pentazine®, Melaza®, Rovazine®, Salaza®) par voie orale ou locale (suppositoires, lavements).

- La corticothérapie par voie orale (Cortancyl®, Solupred®, Precortyl®) ou par voie locale (Betnésol®, Colofoam)

Le choix entre les deux groupes et la voie d'administration sont conditionnés par l'intensité de la poussée et l'étendue des lésions au niveau du côlon.

Les formes graves imposent un traitement intensif en milieu hospitalier médico-chirurgical.

Le traitement d'entretien visant à prévenir la survenue d'une poussée est basé sur la Salazopyrine® et ses dérivés (aminosalicylés)

Dans les formes chroniques continues, résistant au traitement, et en particulier corticodépendantes, on peut avoir recours à l'Imurel, un immunosuppresseur qui impose une surveillance clinique et biologique rigoureuse.

Un traitement par des anti-TNF peut être envisagé en cas d'échec des traitements conventionnels.

### 10 Une intervention chirurgicale est-elle parfois nécessaire ?

La chirurgie est nécessaire dans les formes graves et compliquées ou dans les formes chroniques, invalidantes, rebelles au traitement médical. Dans tous les cas, le côlon est enlevé en totalité. Pour ce qui concerne le rectum, il existe deux possibilités :

- La conservation du rectum (anastomose iléo-rectale) exposant aux risques de nouvelles poussées de la maladie sur le rectum,
- L'exérèse du rectum et la confection avec l'intestin grêle d'un réservoir remplaçant le rectum (anastomose iléo-anale) qui permet de supprimer définitivement la maladie .Il peut cependant dans quelques cas survenir une inflammation de ce réservoir, le plus souvent contrôlé par un traitement antibiotique.

Ces interventions conservent dans les deux cas l'anus (absence de poche) avec environ 5 selles quotidiennes. Le choix entre les deux techniques est conditionné par le degré de l'atteinte du rectum, la qualité du sphincter anal, l'âge du patient et le désir de procréation chez la femme.

### 11 Une RCH est-elle compatible avec une vie normale ?

Si certains souffrent d'une maladie invalidante, dans la très grande majorité des cas, le retentissement sur la vie sociale est mineur, en dehors des poussées.

Les grossesses ne sont pas contre-indiquées; elles imposent simplement une planification et une surveillance médicale très régulière.

Traduit du dépliant de L'AFA