الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
قسم الأمراض الباطنة

معدل انتشار التهاب الفقار المقسط عند العاملين في بعض مشافي التعليم العالي في جامعة دمشق

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير) في أمراض الجهاز الحركي

برئاسة الأستاذ الدكتور: حسام الدين الشبلي
إشراف الأستاذة الدكتورة: ريما السيد حسن
مشرف مشارك الدكتورة :عبير قدسي

إعداد طالبة الدراسات العليا
الدكتورة رشا بلال

2012م

الفهرس

ملخص البحث ٢

المقدمة النظرية:

١- المقدمة ٤

وبائيات التهاب الفقار المقسط ٤

اللوحة السريرية في التهاب الفقار المقسط ١٦

الأسباب والوراثيات والإمراضية في التهاب الفقار المقسط ١٩

٢- تدبير التهاب الفقار المقسط ٢٣

القسم العملي:

١- هدف البحث ٢٨

٢- خلفية البحث وأهميته ٢٨

٣- مواد وطرق ومكان الدراسة ٢٨

٤- النتائج ٣٠

المناقشة ٥٨

الاستنتاج والتوصيات ٦١

٥- الجداول ٦٢

٦- المراجع ٧١

ملخص البحث

هدف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة معدل انتشار التهاب الفقار المقسط عند العاملين في بعض مستشفيات التعليم العالي في جامعة دمشق (مستشفى الأسد الجامعي _ مستشفى المواساة الجامعي) وعائلاتهم من الدرجة الأولى من خلال إجراء دراسة وبائية ميدانية تقوم على أساس استبيان (الـ COPCORD).

خلفية البحث وأهميته :

سنحاول في هذه الدراسة معرفة معدل انتشار التهاب الفقار المقسط عند عينة محددة من المجتمع السوري وهي العاملين في مستشفيي الأسد و المواساة الجامعيين في مدينة دمشق وعائلاتهم من الدرجة الأولى. وستكون هذه الدراسة الأولى في سوريا التي تتناول معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ، ولكنها ستجرى في بيئة محصورة نظراً لعدم إمكانية إجراء المسح السكاني الكامل.

إن الأمراض الروماتيزمية هي من بين القضايا الصحية الأكثر أهميةً على مستوى العالم وذلك للعبء المرضي الذي يترتب عنها، إضافة إلى تكاليفها الاجتماعية والاقتصادية المتزايدة، وبالتالي فإن الدراسات الوبائية مطلوبة على مستوى العالم لتحديد نتائج الأمراض الروماتيزمية ولوضع السياسات الصحية العامة المصممة خصيصاً لتلبية متطلبات كل بلد على حدة.

وتأتي أهمية هذه الدراسة من حيث أن ذروة الإصابة بالتهاب الفقار المقسط تكون في العقد الثالث من الحياة، ويؤدي هذا المرض الى زيادة العبء على الدولة والأفراد مع الحاجة لاستخدام أدوية مكلفة اقتصاديا تؤخر تطور المرض، بالإضافة إلى أنه يترافق عموما مع العجز الوظيفي الذي يتظاهر أشده في المراحل المتقدمة من إصابة الهيكل المحوري والمفاصل المحيطية.

مواد وطرق ومكان الدراسة :

تصميم الدراسة: دراسة رقابية مقطعية عرضية. (Observational ,Cross-sectional study)

مكان الدراسة: مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي في مدينة دمشق .

مجموعة الدراسة: مجموع العاملين في مستشفيي الأسد الجامعي والمواساة الجامعي في مدينة دمشق وعائلاتهم من الدرجة الأولى.

طريقة أخذ العينة: نظرا لكون معدل الانتشار المتوقع لالتهاب الفقار المقسط يتراوح ما بين ٠.٤٩ % [41] و ٠.١ % [٦] فقد تمّ تقرير حجم العينة وفق طريقة العينة الملائمة (Convenient sample) بحيث تشمل جميع أفراد الجمهرة في البيئة المدروسة وهي جميع العاملين في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي في مدينة دمشق وعائلاتهم من الدرجة الأولى من الذين يقبلون المشاركة في الدراسة.

النتائج: أجريت هذه الدراسة في الفترة الواقعة مابين ٢٠١١/٢/٢٦ وحتَى ٦/١٤/ ٢٠١٢، وقد بلغ عدد الأشخاص المشاركين فيها ٤٠٢٥ شخصاً من أصل ٥٠٠٠ شخصاً كانوا مستهدفين في هذه الدراسة، وذلك بمعدَل استجابة قدره ٨٠.٥%.

وقد بلغ عدد الأشخاص الذين لديهم ألم أسفل الظهر٤١٨ شخصاً أي بمعدَل انتشار قدره ١٠.٣٩%، منهم ٤١١ شخصاً لديهم ألم أسفل الظهر ميكانيكي الطبيعة وذلك بمعدَل انتشار١٠.٢١%حيث بيّنت هذه الدراسة أنّه من الأسباب المحتملة له طبيعة العمل الشاقة ومدّة العمل الأطول، في حين بلغ عدد الأشخاص الذين لديهم ألم أسفل الظهر التهابي الطبيعة ٧ أشخاص بمعدل انتشار قدره ٠.١٧% وهؤلاء الأشخاص السبعة أُعطي لهم تشخيص التهاب الفقار المقسط في الفترة الواقعة ماقبل الدراسة وتمَ التأكد من التشخيص من قبلنا اعتماداً على معايير نيويورك المعدَلة، وبذلك فإنَ معدَل انتشار التهاب الفقار المقسط لدى العاملين في مستشفيي المواساة والأسد الجامعيين وعائلاتهم من الدرجة الأولى بلغ٠.١٧%.

الاستنتاج: معدّل انتشار التهاب الفقار المقسط في دراستنا هذه يقع ضمن مجال معدّلات الانتشار العالمية ونحن في سوريا بحاجة إلى دراسات وبائية على مستوىً أعلى لوضع السياسات الصحية العامة المصمّمة خصيصاً للتعامل مع الأمراض الروماتيزمية عموماً والتهاب الفقار المقسط خصوصاً.

المقدمة النظرية

المقدمة: التهاب الفقار المقسط هو النمط الأكثر شيوعا من اعتلالات المفاصل والفقار والتي تتضمن أيضا: التهاب المفاصل الصدافي- التهاب المفاصل الارتكاسي- اعتلالات المفاصل المرافقة لأمراض الأمعاء الالتهابية (داء كرون- التهاب الكولون القرحي) واعتلالات المفاصل والفقار غير المميزة [١].

إن التهاب الفقار المقسط هو مرض التهابي روماتزمي مزمن مجهول السبب يصيب الهيكل المحوري والمفصلين العجزيين الحرقفيين، ويتظاهر بألم التهابي الطبيعة ويبوسة في العمود الفقري، كما يترافق غالبا بإصابة المفاصل المحيطية وبوجود تظاهرات خارج مفصلية مثل التهاب العنبة الامامي الحاد، قصور الأبهر، تليف الفصوص العلوية من الرئتين، الإصابة العصبية وإصابة الكلية بالنشواني الثانوي [٢,٣].

وبائيات التهاب الفقار المقسط:

إن ذروة الإصابة بالتهاب الفقار المقسط تكون في العقد الثالث من الحياة [٤]، ويترافق التهاب الفقار المقسط بعبء على المريض وعلى المجتمع، يزداد بزيادة مدة المرض وبالتالي فإن التشخيص والعلاج المبكر ضروريان لمنع أو تقليل العجز الوظيفي ولتحسين نتيجة المريض [٢].

ومن المتعارف عليه أن التهاب الفقار المقسط يصيب الذكور بشكل مسيطر، وإن أرجحية إصابة الذكور إلى الإناث تتراوح ما بين ٢:١ و ٩:١ ، وعلى ما يبدو فإن هذه النسبة تتناقص مع الزمن، وذلك نتيجة لتحسين الإحاطة بتشخيص المرض عند النساء إضافة إلى التقدم في التشخيص المبكر لالتهاب الفقار المقسط حول العالم [٥].

ويعد التهاب الفقار المقسط أكثر شيوعا عند أقارب الدرجة الأولى لمرضى التهاب المقسط وذلك في حال إيجابية الـ HLA-B27 عند كليهما، حيث وجد أن ١٠-٣٠% من هؤلاء الأقارب لديهم علامات أو أعراض لالتهاب الفقار المقسط، وبالتالي فإن القصة العائلية الإيجابية لالتهاب الفقار المقسط هي عامل خطورة قوي للإصابة بهذا المرض [٢].

يحدث التهاب الفقار المقسط في كل أنحاء العالم، ولكن توجد اختلافات عرقية في معدل الانتشار، وهذا ما قد يعكس الاختلافات في توزع الـ HLA-B27 بين العروق، حيث أن ما يقارب ٩٠% من مرضى التهاب الفقار المقسط البيض يمتلكون HLA-B27، في حين أن التهاب الفقار المقسط

والـــ HAL-B27 تقريباً غائبين عند الأفارقة السود واليابانيين (معدل انتشار B27 < ١%)، أما عند الأمريكيين الأفارقة ونتيجة للمزيج العرقي فإن ٢% يمتلكون B27 ولكن ٥٠% فقط من مرضى التهاب الفقار المقسط السود يمتلكون B27 [٦].

يتراوح معدل انتشار التهاب الفقار المقسط عالمياً عند البيض حسب معايير نيويورك المعدلة جدول (١) ما بين ٦٧.٦ لكل ١٠٠.٠٠٠ في هولندا[٤]، لتصل إلى ١٩٧ لكل ١٠٠.٠٠٠ في الولايات المتحدة الأمريكية [٦].

ولقد تمت العديد من الدراسات في القارة الأوربية تناولت انتشار التهاب الفقار المقسط، وقد تفاوت معدل الانتشار ما بين شمال القارة وجنوبها المطلّ على البحر الأبيض المتوسط، ففي ألمانيا أجريت دراسة في برلين على ٣٤٨ متبرع بالدم، كان لدى نصفهم المستضدHLA-B27 إيجابياً، وقد تم تحري التهاب الفقار المقسط لديهم وفق معايير نيويورك المعدلة (الجدول ١)، بالإضافة إلى تحري اعتلالات المفاصل والفقار بشكل عام وفق معايير المجموعة الأوربية لدراسة اعتلالات المفاصل والفقار وهو ما يرمز له اختصاراً بال ESSG (الجدول ٢). ونتج عن هذه الدراسة أن معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار لدى السكان البالغين في برلين والذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦٥-١٨ عاماً بلغ ١.٩%، في حين وصل معدل انتشار التهاب الفقار المقسط إلى ٠.٨٦%، وذلك مع العلم أن تواتر الـــ HLA-B27 لدى سكان برلين عامة يبلغ ٩.٥% [٤].

وفي هنغاريا أجريت دراسة سكانية على حجم عينة قدره ٦٤٦٩ مشارك لمعرفة معدل انتشار التهاب الفقار المقسط، حيث تم التشخيص وفقاً لمعايير نيويورك المعدلة (الجدول ١)، نتج عنها معدل انتشار٠.٢٣%(بلغ ٠.٤%عند الذكور مقابل٠.٠٨%عند الإناث)، مع العلم أن ١٣% من سكان هنغاريا لديهم إيجابية في المستضد HLA-B27 [٤].

وفي شمال النرويج كان معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ١.٨%عند اللابيين، وهؤلاء لديهم معدل انتشار عالي للـــ HLA-B27 يبلغ ٢٤%، في حين أن معدل انتشار التهاب الفقار المقسط عند القوقازيين في شمال النرويج يتراوح ما بين ١.١ و١.٤% (بلغ ٢.٢-١.٩%عند الذكور مقابل ٠.٦-٠.٣%عند الإناث) مع العلم أن معدل انتشار الـــ HLA-B27 لديهم يبلغ ١٦% [٤].

ونبقى في نفس المنطقة من النرويج مع دراسة أخرى ونتائج مختلفة حيث كان معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ٠.٣١%، مع العلم أن هذه الدراسة اشتملت حصراً على مرضى التهاب الفقار المقسط المشخصين ضمن قسم أمراض الروماتيزم التابع للمشفى الجامعي المخدم لتلك المنطقة، وغالباً هذا ما أدى إلى التقليل من معدل الانتشار الحقيقي [٤].

وفي فنلندا أجريت دراسة لمعرفة معدل انتشار التهاب الفقار المقسط وذلك على عينة من السكان الفنلنديين تبلغ ٧٢١٧ شخصا (وجميعهم أعمارهم < = ٣٠ عاما)، نتج عنها معدل انتشار يبلغ ٠.١٥%(بلغ ٠.٢٢%عند الذكور مقابل ٠.٠٨%عند الإناث) [٧] .

وقد أجريت دراسة شاملة في أرجاء أيسلندا تمّ فيها فحص سجلات المشافي والمراكز المختصة بأمراض الروماتيزم للبحث عن حالات التهاب الفقار المقسط، وقد أعطي هؤلاء المرضى استبياناً لملئه وأجريت معهم مقابلة وفحص سريري، فكان عدد المرضى المشخصين وفق معايير نيويورك المعدلة (الجدول ١) ٢٥٦ مريضاً (١٦٩ ذكراً، ٨٧ أنثى) شارك منهم ٢٢٣ مريضاً في الدراسة، وتبين فيها أن معدل انتشار التهاب الفقار المقسط يبلغ ٠.١٣% ، كما تبين أن ٨٦% من هؤلاء المرضى كان لديهم HLA– B27 إيجابياً مقارنة مع ١٥% من السكان. وبذلك فإن التهاب الفقار المقسط عند سكان أيسلندا أقل شيوعاً مما هو عليه الأمر عند سكان قوقازيين في دول مختلفة مع معدلات متشابهة بالنسبة للـ HLA–B27 [٨].

ولقد أجريت دراسة سويدية في الإقليم الجنوبي على جميع المقيمين البالغة أعمارهم ١٥عاما أو أكثر(١.٢مليون مواطن), وذلك من خلال تحديد الحالات المشخصة بأي من اعتلالات المفاصل والفقار بين عامي ٢٠٠٣–٢٠٠٧, مع العلم أنه يتم توثيق جميع المرضى المقيمين في المشافي والمرضى الخارجيين من خلال منظمة الصحة السويدية, وقد نتج عن هذه الدراسة أن معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار يبلغ ٠.٤٥%، وفي نفس الدراسة احتل التهاب الفقار المقسط المرتبة الثانية بعد التهاب المفاصل الصدافي من حيث معدل الانتشار والذي بلغ ٠.١٢% وكان أكثر انتشاراً عند الذكور منه عند الإناث. [٩].

وفي جمهورية التشيك أجريت دراسة سكانية في منطقتين من الجمهورية يبلغ تعداد سكانهما الإجمالي ١٨٦٠٠٠مواطن , وذلك بين عامي ٢٠٠٢–٢٠٠٣, وتم فيها حساب معدل انتشار التهاب الفقار المقسط من خلال تحديد جميع الحالات المشخصة قبل عام ٢٠٠٢ والتي لا تزال على قيد الحياة في سجلات أطباء الروماتيزم المشاركين في الدراسة, و قد أظهرت هذه الدراسة معدل انتشار لالتهاب الفقار المقسط يبلغ ٩٤.٢ لكل ١٠٠.٠٠٠ من السكان [١٠].

وبالانتقال للدول الأوروبية المطلة على البحر الأبيض المتوسط فقد أجريت دراسة فرنسية عام ٢٠٠١ لمعرفة معدلات انتشار اعتلالات المفاصل والفقار، وهي دراسة متعددة المراحل ضمت ٢٠ إقليم في جميع أنحاء فرنسا، و تم فيها جمع البيانات من قبل مجموعات مدربة وباستخدام استبيان هاتفي مصادق عليه، ولقد تم اختيار أرقام الهواتف بشكل عشوائي من سجلات المناطق

المشاركة في الدراسة، ثم وفي حال إيجابية الاستبيان يتم التأكد من تشخيص أحد اعتلالات المفاصل والفقار إما من قبل طبيب الروماتيزم المتابع للمريض أو في أحد المراكز الروماتيزمية المختصة المشاركة في الدراسة. ومن بين ال ١٥٢١٩ رقم هاتفي منتقى بشكل عشوائي شارك في الدراسة ٩٣٩٥ شخصاً، وكان معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار بشكل عام ٠.٣٠%، مع معدل انتشار ٠.٠٨% لالتهاب الفقار المقسط، مع معدل انتشار متشابه بين الرجال و النساء. [١].

نبقى في فرنسا ففي دراسة أجريت في مقاطعة بريتاني، وضمت ٣١٨٩ شخصاً قام المشاركون في الدراسة بملء استبيان عبر الهاتف وفي حال الشك بوجود أحد اعتلالات المفاصل والفقار عند المشارك يتم تأكيد التشخيص من قبل الطبيب العام أو طبيب الروماتيزم المتابع له أو من خلال فحصه من قبل أحد أطباء الروماتيزم المشاركين في الدراسة، ونتج عنها معدل انتشار ٠.٤٧% لاعتلالات المفاصل والفقار بشكل عام (بلغ ٠.٤١% عند الذكور و٠.٥٣%عند الإناث) [١١].

كما أجريت دراسة سكانية هي الأولى من نوعها في وسط إيطاليا في منطقة مارش لمعرفة معدلات انتشار اعتلالات المفاصل والفقار، حيث تم انتقاء عينة عشوائية من ٣٦٦٤ شخصا من الذين تبلغ أعمارهم ١٨ عاماً فما فوق، وقد قام أطباء الروماتيزم المدربون بملء استبيانات للأشخاص المشاركين والذين بلغ عددهم ٢١٥٥ مشاركاً، ونتج عنها معدل انتشار ١.٠٦% لاعتلالات المفاصل والفقار

(١٨ذكراً و٥إناث)، وجاء فيها التهاب الفقار المقسط في المرتبة الثانية بعد التهاب المفاصل الصدافي بمعدل انتشار ٠.٣٧% [١٢].

ولقد أجريت دراسة سكانية مقطعية عرضية مستقبلية في وسط اليونان لمعرفة معدلات انتشار الأمراض الروماتيزمية، وفيها تم إرسال استبيان بريدي إلى ٣٥٢٨ بالغاً تم انتقاؤهم بشكل عشوائي من قوائم الانتخابات، ولقد شارك منهم ١٧٠٥ بالغاً وتم تأكيد التشخيص باستخدام الفحص السريري ومعايير الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم. نتج عن هذه الدراسة معدل انتشار ٠.٢٩% لالتهاب الفقار المقسط [١٣].

وفي دراسة يونانية أخرى أجريت لمعرفة معدلات انتشار اعتلالات المفاصل والفقار على مجموعة من السكان البالغين يبلغ عددهم ١٤٢٣٣ بالغاً موزعين في ٩ مناطق سكنية مختلفة، قام أطباء الروماتيزم بزيارة الأسر لملء الاستبيانات وإجراء التقييم السريري والمخبري إن لزم.

وفي هذه الدراسة بلغ معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار ٠.٤٩% (حيث بلغت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث ١:٥.٥)، في حين أن معدل انتشار التهاب الفقار المقسط كان ٠.٢٤% [١٤].

ونبقى في اليونان حيث أجريت دراسة في منطقة واقعة شمال البلاد يبلغ تعداد سكانها ٥٠٠٠٠٠ نسمة، حيث سجلت جميع حالات التهاب الفقار المقسط المشخصة في المشفى الجامعي والمشفى العام وفي العيادات الخاصة في تلك المنطقة وذلك بين عامي [١٩٨٣-٢٠٠٢] ، وبعد الرجوع إلى البيانات السكانية المأخوذة من الإحصاء الوطني للأعوام ١٩٨١-١٩٩١-٢٠٠١ كان عدد الحالات المشخصة من التهاب الفقار المقسط هو ١١٣ حالة (عدد المصابين الذكور أكثر ب ٤.٦٥ ضعفاً من الإناث) أي بمعدل انتشار ٢٩.٥ لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان، وكان مستضد ال HLA-B27 ايجابيا عند ٨٠.٥% من هؤلاء المرضى [١٥].

ونبقى في جنوب أوروبا فقد أجريت دراسة في جزيرة تيرسيرا التابعة لجزر الأزور البرتغالية بلغ فيها حجم العينة ٤٩٠ بالغا فوق عمر ال٥٠ عاماً (وذلك من أصل ٩٣٦ بالغا تمت دعوتهم للمشاركة في الدراسة) مع العلم أن اختيار العينة تم بشكل عشوائي، وقد خضع المشاركون ضمن المركز الصحي القائم بالدراسة إلى مقابلة وإجراء صور شعاعية بسيطة أمامية خلفية وجانبية للعمودين القطني والعجزي مع صورة شعاعية بسيطة للحوض، وتمت قراءة هذه الصور الشعاعية بشكل معمى من قبل اختصاصيّ الأشعة، مع إجراء تصوير طبقي محوري للمفصلين العجزيين الحرقفيين لـــ ٦٥ شخصاً لديهم التهاب مفصل عجزي حرقفي محتمل. وبعد تأكيد التهاب المفصل العجزي الحرقفي لدى المشارك تم إجراء فحص سريري مع فحص دموي مخبري للـــ HLA Class1 . وقد نتج عن هذه الدراسة ٨ حالات من اعتلالات المفاصل والفقار وفق معايير المجموعة الأوروبية لدراسة اعتلالات المفاصل والفقار (ESSG) (الجدول ٢)، وذلك بمعدل انتشار ١.٦% (بلغ ٢.٧% عند الذكور و٠.٤% عند الإناث)، وتم تشخيص التهاب الفقار المقسط عند ٣ من هؤلاء المرضى وفق معايير نيويورك المعدلة (الجدول ١)، بمعدل انتشار ٠.٦% مع إيجابية الـــ HLA-B27 عند هؤلاء المرضى الثلاثة [١٦].

وبالانتقال إلى روسيا وتحديداً في ولاية تشوكوتكا فقد أجريت دراسة مقطعية عرضية في منطقتين واقعتين شرق الولاية ضمت ٣٥٥ شخصاً من السكان الأصليين خضعوا لمقابلة وفحص سريري، نتج عنها ٩ حالات من اعتلالات المفاصل والفقار بمعدل انتشار ٢.٥ %، ومن هذه الحالات ٤ مرضى كان لديهم التهاب فقار مقسط، وفي نفس الدراسة وجد الباحثون معدلاً مرتفعاً للـــ HLA-B27 عند السكان، وذلك بمعدل انتشار يبلغ ٣٤% عند سكان تشوكوتكا الأصليين و٢٥% عند العرق المختلط [١٧].

وفي دراسة روسية أخرى أجريت على عينة ضمت ١٣١٢ شخصا أعمارهم تزيد عن ١٤ عام من شعب الموردوفيا وشعب الماري، كان معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار على الترتيب ٠.٧% و ٠.٢%، مع كون التهاب الفقار المقسط هو الأكثر تواترا من بين اعتلالات المفاصل والفقار[١٨].

وفي ليتوانيا أجريت دراسة لمعرفة معدلات انتشار اعتلالات المفاصل والفقار في مدينتين لتوانيتين، وكان حجم العينة المستهدف ٦٥٤٢ شخصاً تم انتقاؤهم بشكل عشوائي من خلال دليل الهاتف ومن ثم التواصل معهم عبر استبيان هاتفي ، وتم تأكيد التشخيص من قبل طبيب الروماتيزم إما عبر الهاتف أو في حال اقتضت الضرورة عبر الفحص السريري، وقد نتج عن هذه الدراسة معدل انتشار ٠.٦٤% لاعتلالات المفاصل والفقار [١٩].

وبالانتقال إلى الولايات المتحدة الأمريكية فإن معدل انتشار التهاب الفقار المقسط فيها يتراوح ما بين ٠.٢% و٠.٥% [٢٠]، ففي دراسة أمريكية قديمة أجريت في ولاية روشستر (مينيسوتا) عام ١٩٧٩ كان معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ١٢٩ لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان القوقازيين ، كما أظهرت دراسات إحصائية أخرى أن التهاب الفقار المقسط أقل حدوثا عند الأمريكيين الأفارقة منه عند الأمريكيين السود [٢١]. مع العلم أن معدل انتشار الـ HLA-B27 عند الأمريكيين بلغ ٦.١%

وذلك حسب دراسة أمريكية حديثة أجريت عبر فحص استطلاع الصحة والتغذية الوطنية (NHANES) على عينة ممثلة للسكان ضمت ٢٣٢٠ بالغاً أمريكياً تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠-٦٩ عاماً [٢٢].

ولقد سجلت معدلات انتشار عالية للـ HLA-B27 ولالتهاب الفقار المقسط عند السكان الأصليين للمناطق القطبية الشمالية وشبه القطبية في أوراسيا وأمريكا الشمالية وكان أعلاها تلك المسجلة لدى هنود الهايدا المقيمين في جزر الملكة شارلوت في كندا، حيث يصل معدل انتشار الـ HLA-B27 إلى ٥٠% من السكان، مع تشخيص مؤكد لالتهاب الفقار المقسط عند ١٠% من سكان الهايدا الذكور البالغين [٤].

أما في ولاية ألاسكا الأمريكية وعلى الرغم من وجود معدل عالي للـ HLA-B27 عند السكان يتراوح ما بين٢٥-٤٠%، فلم يكن معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار عالياً كما هو الحال لدى هنود الهايدا، حيث بلغ ٢.٥% فقط واحتل فيها التهاب الفقار المقسط المرتبة الثالثة بعد اعتلال المفاصل والفقار غير المميز والتهاب المفاصل الإرتكاسي. وفي هذه الدراسة قام الباحثون

بمراجعة السجلات المؤتمتة للمرضى في منطقتي الدراسة في ولاية ألاسكا للبحث عن أي تشخيص مؤكد أو محتمل لأي من اعتلالات المفاصل والفقار، ومن ثم استدعاء هؤلاء المرضى إلى العيادة لإجراء المقابلة والفحص السريري مع التصوير الشعاعي للحوض والفحوص المخبرية اللازمة لوضع التشخيص [٢٣].

ولقد أتت نتائج هذه الدراسة مشابهة لما أسفرت عنه دراسة سابقة في نفس المنطقة من الولايات المتحدة الأمريكية حيث بلغ فيها معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ٠.٢% وهو أقل بكثير من المتوقع لسكان لديهم معدل عالي لانتشار الـــ HLA-B27 كسكان ألاسكا، وبالتالي فإن معدل انتشار التهاب الفقار المقسط لا يرتبط دائما بتواتر الانتشار العالي للـــ HLA-B27 [٢٤].

وإذا انتقلنا جنوباً إلى المكسيك فإن معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار بلغ ٠.٦% مع معدل انتشار ٠.٠٩% لالتهاب الفقار المقسط [٢٥].

أما في القارة الآسيوية، فقد أجريت في تايوان دراسة سكانية تم فيها انتقاء عينة عشوائية ضمت ٩٠٠٠ شخصاً فوق عمر الـــ ٢٠عاماً من ثلاث مناطق تايوانية مختلفة، حيث قام بعض العاملين بالمجال الصحي بتوزيع استبيان لمعرفة معدلات انتشار بعض الأمراض الروماتيزمية عند المشاركين في الدراسة، وفي حال إيجابية الاستبيان يتم فحص المشارك من قبل طبيب الروماتيزم الذي يضع التشخيص النهائي اعتماداً على المعايير المعترف بها. ولقد نتج عن هذه الدراسة معدل انتشار لالتهاب الفقار المقسط عند سكان المناطق الريفية وفي الضواحي وفي المدن بلغ على الترتيب:٠.٥٤%،٠.١٩%،٠.٤% [٢٦].

ونبقى في آسيا حيث سُجل معدل انتشار منخفض لالتهاب الفقار المقسط عند اليابانيين بلغ ٠.٠٠٧%، وهذه النتيجة ليست مفاجئة مع العلم أن ٠.٥% فقط من اليابانيين لديهم HLA-B27 إيجابي [٤].

وفي دراسة يابانية أخرى تم تقسيم اليابان إلى ٩ مناطق مع تعيين مشرف على البحث في كل منطقة على أن يقوم هذا المشرف بتحديد حالات اعتلالات المفاصل والفقار المشخصة في عيادات ومشافي تلك المنطقة وفق معايير موحدة . ولقد أجريت الدراسة على مرحلتين بين عامي ١٩٨٥-١٩٩٦ ، ونتج عنها ٩٩٠ حالة من اعتلالات المفاصل والفقار بمعدل انتشار ٩.٥ لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان واحتل التهاب الفقار المقسط المرتبة الأولى بين اعتلالات المفاصل والفقار [٢٧].

أمّا في الصين فقد أجريت دراسة في مقاطعة شنغهاي ضمت ٣١٧٥٧٥ مشاركاً لمعرفة معدل انتشار التهاب الفقار المقسط، و قد اعتمدت الدراسة على سؤال وحيد للمشارك عن وجود ألم مفصلي استمر لأكثر من ٦ أسابيع خلال الـــ ٦ أشهر الماضية، مع وضع التشخيص النهائي اعتماداً على معايير نيويورك المعدلة جدول [١]، و قد نتج عن هذه الدراسة معدل انتشار ٠.٤١% لالتهاب الفقار المقسط [٢٨].

أما في القارة الإفريقية فيعتبر التهاب الفقار المقسط مرض نادر حيث أن معظم السكان لديهم HLA-B27 سلبي، وحتى عند بعض الشعوب الافريقية التي لديها HLA-B27 ايجابي (كما في غامبيا والسنغال حيث تتراوح ايجابية ال HLA-B27 ما بين ٣-٦ % من السكان) فإن المرض يعتبر نادراً أيضا [٢٩]. وهذا ما أكدته دراسة أجريت في غامبيا وضمت ١١١٥ شخصاً لتحري التهاب الفقار المقسط عند هؤلاء عبر الفحص السريري والاستقصاءات الشعاعية إن اقتضت الضرورة، ولم يتم العثور على أي حالة التهاب فقار مقسط عند هذه العينة مع معدل انتشار ٦% للـــ HLA-B27 عند السكان [٣٠].

وبالانتقال إلى دول الجوار، فقد أُجريت دراسة حديثة في غرب تركيا في مدينة هافسا التي يبلغ تعداد سكانها ١٨٧٧١ لمعرفة معدلات انتشار بعض الأمراض الروماتيزمية، شارك منهم ١٧٨٣٥ شخصاً، حيث قام الأطباء المشاركون في الدراسة بزيارة كل الأسر في تلك المنطقة مع إعطاء كل مشارك استبيان حول أعراض بعض الأمراض الروماتيزمية ، وفي حال إيجابية الاستبيان يتم فحص المشارك في أقرب مركز صحي، أمّا في حال تعذر وضع التشخيص في العيادات يتم تحويل المريض إلى المستشفى للمزيد من التقييم. ولقد نتج عن هذه الدراسة معدل انتشار لالتهاب الفقار المقسط يقدر بـــ ٠.١٢%[٣١].

ونبقى في تركيا فلقد أُجريت دراسة في منطقة أزمير على مجموعة من السكان البالغين الحضريين لمعرفة معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار بشكل عام وتحديداً التهاب الفقار المقسط، وقد بلغ حجم العينة المستهدف ٢٨٨٧ شخصاً تبلغ أعمارهم ٢٠ عاماً أو أكثر تم انتقاؤهم بطريقة الاعتيان العنقودي وشارك منهم ٢٨٣٥ شخصاً في الدراسة، وفي حال إيجابية الأسئلة المطروحة على المشارك في التقييم المبدئي يتم التواصل معه بداية عبر الهاتف ومن ثم تتم دعوته للحضور إلى المستشفى لتقييمه بشكل مفصل من قبل أطباء الروماتيزم ووضع تشخيص اعتلالات المفاصل والفقار وفق معايير المجموعة الأوروبية لدراسة اعتلالات المفاصل والفقار (ESSG) (الجدول ٢)، ووضع تشخيص التهاب الفقار المقسط وفق معايير نيويورك المعدلة (الجدول ١).

وقد نتج عن هذه الدراسة معدل انتشار ١.٠٥% لاعتلالات المفاصل والفقار (بلغ ٠.٨٨عند الذكور و١.٢٢% عند الإناث) مع معدل انتشار ٠.٤٩% لالتهاب الفقار المقسط (بلغ ٠.٥٤% عند الذكور٠.٤٤% عند الإناث) [٣٢].

وفي دراسة تركية أخرى أُجريت على مجندين ذكور في الجيش التركي يبلغ عددهم ١٤٣٦ مجنداً تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٢٢عاماً)، كان معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ٠.١٤%، مع العلم أن تشخيص التهاب الفقار المقسط فيها وُضع بناءً على موجودات سريرية إضافة إلى دليل شعاعي على التهاب في المفصل العُجزيين الحرقفيين[٤].

أما في العالم العربي فقد سُجل معدل انتشار٠.٠٧% لالتهاب الفقار المقسط في العراق [٤].

وفي تونس أجريت دراسة (حالة- شاهد) لمعرفة معدل انتشار الـ HLA-B27 عند مرضى التهاب الفقار المقسط، حيث ضمت الدراسة ١٠٠ مريض التهاب فقار مقسط مشخص وفق معايير نيويورك المعدلة جدول [١] بالإضافة إلى ١٠٠ شاهد، كان فيها توزع الـ HLA-B27 عند مرضى التهاب الفقار المقسط ٦٢% مقارنة بـ ٣% عند مجموعة الشاهد [٣٣].

أما في سوريا فقد أجريت دراسة مشابهة للدراسة التونسية ضمت ٥٠ مريض مصاب بالتهاب الفقار المقسط من المراجعين للعيادات الخارجية في مستشفى الأسد الجامعي بالإضافة إلى ٢١٧ شاهد، فكان توزع الـ HLA-B27عند المرضى ٦٠% مقارنة بـ ١.٤% من مجموعة الشاهد [٣٤].

وبعد هذه المراجعة لبعض الدراسات العالمية المُجراة وفق طرق مختلفة سننتقل للحديث عن الدراسات العالمية المُجراة وفق البرنامج الموجه نحو المجتمع من أجل السيطرة على الأمراض الروماتيزمية وهو الذي سيستخدم في دراستنا هذه.

ففي عام ١٩٨١ قامت الرابطة الدولية لجمعيات أمراض الروماتيزم بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بإنشاء البرنامج الموجه نحو المجتمع من أجل السيطرة على الأمراض الروماتيزمية(Community Oriented Programme For Control Of Rheumatic Diseases) وهو ما رُمز له اختصاراً بالـ COPCORD، وكان الهدف من إنشاء هذا البرنامج هو التعرف والوقاية والسيطرة على الأمراض الروماتيزمية في البلدان النامية [٣٥].

ويتضمن برنامج الـ COPCORD ثلاث مراحل: في المرحلة الأولى يتم جمع البيانات الوبائية للأمراض الروماتيزمية، وفي المرحلة الثانية يتم تدريب مختصي الرعاية الصحية الأولية على

التدبير العلاجي للأمراض الروماتيزمية الأكثر شيوعاً، وفي المرحلة الثالثة يتحقق تحسين الرعاية الصحية [٣٦].

لقد قامت عدة دول باستخدام استبيان الـــ COPCORD لتحديد معدلات انتشار الأمراض الروماتيزمية في مجتمعاتها، ولقد بلغ عدد هذه الدراسات حوالي ٢٥ دراسة موزعة في مختلف أنحاء العالم (٩ منها في الصين لوحدها) وفيما يلي سنستعرض بعضاً منها.

ففي المكسيك أجريت دراسة حديثة في مقاطعة يوكاتان جنوب شرق البلاد والتي يبلغ تعداد سكانها ١٨١٨٩٤٨ شخصاً وهؤلاء يتوزعون بين المناطق الحضرية والريفية، وقد تم حساب حجم العينة المطلوبة للدراسة بـــ ٣٩٠٠ شخصاً اعتماداً على دراسة ارتيادية ظرفية مع الأخذ بالاعتبار نتائج دراسات الـــ COPCORD السابقة حول معدل انتشار الأمراض العضلية الهيكلية، وقد تم توزيع استبيان الـــ COPCORD بنسخته المصادق عليها على المشاركين في منازلهم ، وفي حال وجود أي ألم عضلي هيكلي يخضع المشارك لفحص سريري في نفس اليوم من قبل طبيب الرعاية الأولية المدرب خصيصاً لهذه الدراسة، وإن لم يتم التأكد من التشخيص يتم فحص المشارك من قبل طبيب الروماتيزم خلال ٢٤ ساعة ووضع التشخيص النهائي لالتهاب الفقار المقسط اعتماداً على معايير نيويورك المعدلة جدول [١] . و قد وصل عدد المشاركين في الدراسة إلى ٣١٩٥ شخصا ، و نتج عنها حالة واحدة من التهاب الفقار المقسط أي بمعدل انتشار ٠.٠٢% [٣٧].

وننتقل للقارة الآسيوية ففي دراسة صغيرة أجريت في الفيليبين شارك ٩٥٠ شخصاً بملء استبيان الـــ COPCORD لتحري الأمراض الروماتيزمية، وفي حال إيجابية الاستبيان يتم فحص المشارك سريرياً، و لم يتم العثور في هذه الدراسة على أي حالة التهاب فقار مقسط بمعدل انتشار ٠% [٣٨].

أما في تايوان فقد أجريت دراسة وفق ال COPCORD ضمت ٣٩١٥ شخصاً، ونتج عنها معدل انتشار٠.٢٠% لالتهاب الفقار المقسط (بلغت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث١:٠.٦)، مع معدل انتشار ٠.٨٩% لاعتلالات المفاصل والفقار[٢٨].

وفي الصين أجريت العديد من الدراسات اعتماداً على الـــ COPCORD في مناطق مختلفة من البلاد ، ففي العاصمة بيجين بلغ معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ٠.٣٠% (حيث بلغت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث١:٠.٢) وسجلت اعتلالات المفاصل والفقار معدل انتشار١.٦١% (بلغت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث ١:٠.٦)، وفي منطقة شانتاو كان معدل انتشار التهاب الفقار

المقسط ٠.٢٦ %، في حين سجل معدل انتشار ٠.٢٤% في منطقة هيلونغ جيانغ (بلغت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث١:٠). وفي منطقة شاندونغ الريفية بلغ معدل الانتشار ٠.٢٢% (بلغت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث ١:٠.٥٨)، وقد تراوح حجم العينة في هذه الدراسات ما بين ٤١٩٢-٩٠٩٥ [٢٨].

وفي دراسة مقطعية عرضية أجريت في مقاطعة شنغهاي الصينية لمعرفة معدلات انتشار بعض الأمراض الروماتيزمية، تم انتقاء ٧٦٠٣ شخصاً بشكل عشوائي للمشاركة في الدراسة وكلهم تفوق أعمارهم الـــ ١٥ عاماً وهم من سكان المناطق الحضرية، وتمت مقابلة هؤلاء من قبل أطباء مدربين وباستخدام استبيان الـــ COPCORD، مع إجراء الفحوص السريرية والمخبرية والشعاعية عند الضرورة لوضع التشخيص النهائي وذلك اعتماداً على معايير نيويورك المعدلة (الجدول ١)، بالنسبة لالتهاب الفقار المقسط. ولقد بلغ عدد المشاركين في الدراسة ٦٥٨٤ شخصاً، ونتج عنها معدل انتشار ٠.١١% بالنسبة لالتهاب الفقار المقسط [٣٩].

ونبقى في الصين حيث أجريت دراسة COPCORD أخرى مشابهة على ٢١٧٥٠ مجنداً من الجيش الصيني لمعرفة معدلات انتشار اعتلالات المفاصل والفقار، نتج عنها ١٠٦ حالة من اعتلالات المفاصل والفقار أي بمعدل انتشار ٤.٨٧ بالألف، ومن بين هؤلاء تم تشخيص ٤٦ حالة التهاب فقار مقسط بمعدل انتشار ٢.١١ بالألف، وبذلك تكون معدلات انتشار اعتلالات المفاصل والفقار عند الجيش الصيني مشابهة لتلك الموجودة عند المدنيين الصينيين [٤٠].

وننتقل إلى دراسات الـــ COPCORD العالمية التي أجريت في المناطق الريفية، ففي أستراليا وتايوان كان معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ٠.٥%، في حين بلغ ٠.١٢% في تايلاند، وسجل معدل انتشار ٠.١% في الهند، وفي هذه الدراسات كان حجم العينة يتراوح ما بين ٨٤٧-٤١٠٠ [٤١].

وبالانتقال إلى دراسات الـــ COPCORD التي أجريت في المناطق الحضرية والتي يتراوح حجم العينة فيها ما بين ١٩٦٥ -٨١٤٥ شخصاً، فقد سجل التهاب الفقار المقسط معدل انتشار ٠.٤% في كل من تايوان والبيرو، وفي باكستان والهند وفيتنام كان معدل انتشار التهاب الفقار المقسط على الترتيب :٠.١%-٠.٠٦%-٠.٢٨%.[٤١].

وفي مدينة طهران الإيرانية أجريت دراسة لمعرفة معدلات انتشار الشكايات الهيكلية العضلية والأمراض الروماتيزمية باستخدام الـــ COPCORD، حيث تم انتقاء المشاركين بشكل عشوائي من ٢٢ مقاطعة في مدينة طهران وقد ضمت هذه الدراسة ٤٠٦٩ أسرة قام الأطباء المشاركون

في الدراسة بزيارتهم وإجراء مقابلة مع ١٠٢٩١ فرداً منهم وقد نتج عنها معدل انتشار ٠.٢٣% لاعتلالات المفاصل والفقار بشكل عام مع معدل انتشار ٠.١٢%لالتهاب الفقار المقسط [٤٢].

ونبقى في إيران ولكن هذه المرة في المناطق الريفية شمال غرب إيران حيث أجريت دراسة COPCORD أخرى قام بها نفس الباحثون الذين أجروا الدراسة السابقة، و تم انتقاء العينة عشوائياً من ٥ قرى في إقليم تويسيركان، و ضمت العينة ٦١٤ أسرة شارك منهم ١٥٦٥ شخصاً بعمر ١٥ عاما فما فوق، حيث قام الأطباء المشرفون على الدراسة بمقابلة هؤلاء المشاركين إما في المركز الصحي التابع للقرية أو في منازلهم عند الضرورة لملء استبيان الـــ COPCORD، وفي حال إيجابية الاستبيان يخضع المشارك لفحص سريري من قبل طبيب الروماتيزم مع إجراء التحاليل المخبرية والصور الشعاعية اللازمة للتشخيص، ويتم وضع التشخيص النهائي من قبل أحد الأساتذة الجامعيين المختصين بأمراض الروماتيزم وذلك اعتماداً على معايير منظمة الصحة العالمية. و قد نتج عنها معدل انتشار ١.١% لاعتلالات المفاصل والفقار وهو بذلك أكثر تواتراً في المناطق الحضرية منه في المناطق الريفية وذلك مقارنة بالدراسة السابقة [٣٥].

وفي مصر أجريت دراسة COPCORD ضمت ٥١٢٠ شخصاً في المناطق الريفية، نتج عنها معدل انتشار ٠.١٥% لاعتلالات المفاصل والفقار [٣٥]، في حين كان معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ٠.٠٩% [٤١].

و في دولة الكويت تمَّ استخدام النسخة العربية المصادق عليها من استبيان الـــ COPCORD في دراسة أجريت على ٢٥٠٠ أسرة كويتية موزعة في المحافظات الكويتية الخمسة تم انتقاؤها بشكل عشوائي على أن تبلغ أعمار المشاركين ١٥ عاما فما فوق، حيث قام ٢٤ موظف مدرب بزيارة الأسر و تقديم استبيان الـــ COPCORD للمشاركين في الدراسة لملئه، و في حال إيجابية الاستبيان (أي وجود ألم عضلي هيكلي خلال الأسبوع الفائت أو خلال أي فترة زمنية سابقة) يعطى المشارك موعدا لمقابلة أحد أطباء الروماتيزم المدربين وذلك لإجراء فحص سريري دون الاطلاع على نتائج الاستبيان، مع إجراء فحوص مخبرية في حال عدم كفاية الموجودات السريرية لوضع التشخيص النهائي. و قد شارك في الدراسة ٧٦٧٠ شخصاً، مع العلم أن ١١% فقط من الذين لديهم ألم عضلي هيكلي قد استجابوا للمرحلة الثانية وخضعوا للفحص السريري. و قد نتج عن هذه الدراسة حالة واحدة من التهاب الفقار المقسط أي بمعدل انتشار ٠.٤% [٣٦].

و في الجارة لبنان، وفي دراسة نشرت حديثاً، تم استخدام استبيان الـــ COPCORD لمعرفة معدلات انتشار الأمراض الروماتيزمية، وقد شارك في الدراسة ٣٥٣٠ شخصا تبلغ أعمارهم ١٥

عاماً فما فوق تم اختيارهم بشكل عشوائي من المحافظات اللبنانية الستة، وفي حال إيجابية الاستبيان يتم تقييم المشارك من قبل أحد أطباء الروماتيزم ووضع التشخيص النهائي باستخدام المعايير التصنيفية للكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم. و قد نتج عن هذه الدراسة معدل انتشار ٠.٣% لاعتلالات المفاصل والفقار[٤٣].

اللوحة السريرية في التهاب الفقار المقسط:

إن التهاب الفقار المقسط هو مرض التهابي مزمن يصيب الهيكل المحوري ويتظاهر بألم ظهري مع يبوسة مترقية للعمود الفقري عند البالغين الشباب خاصة، وهو أحد اعتلالات المفاصل والفقار التي يحدث فيها التهاب حول المرتكزات والتي لها علاقة بمستضد الكريات البيض البشري HLA–B27 [٤٤]. تتضمن اعتلالات المفاصل والفقار إضافة لالتهاب الفقار المقسط: التهاب المفاصل الارتكاسي، التهاب المفاصل الصدافي، اعتلالات المفاصل المرافقة لأمراض الأمعاء الالتهابية واعتلالات المفاصل والفقار غير المميزة. ويعتبر التهاب الفقار المقسط الأكثر شيوعاً بين اعتلالات المفاصل والفقار[٢].

إصابة الهيكل المحوري: إن ألم الظهر الالتهابي هو التظاهرة السريرية الأولى لدى ٧٥% من المرضى، ولا بد من التمييز بينه وبين ألم الظهر الميكانيكي ، حيث أنه يتحسن بالتمرين وليس بالراحة، كما أنه قد يوقظ المريض من نومه ويترافق بيبوسة صباحية لأكثر من ٣٠ دقيقة وبألم إلية متناوب، كما أن البدء يكون قبل الأربعين من العمر وهذا البدء يكون مخاتلاً [٤٤].

وقد يشير ألم الإلية إلى إصابة المفصل العجزي الحرقفي وفي هذه الحالة يكون الألم عادة غير موضعٍ وقد ينتشر إلى الجزء الخلفي من الفخذ [٤٤].

ومع تقدم المرض تظهر التشوهات الفقرية لدى المريض، حيث يزداد الانحناء الرقبي والحدب الظهري إضافة إلى غياب القعس القطني الطبيعي [٤٤].

التهاب المرتكزات: وينتج عنها إيلام في الأماكن خارج الفقرية ومنها: الوصل الضلعي القصي– النواتئ الشوكية– العرف الحرقفي– المدورين الكبيرين– الحدبة الإسكية– حدبة الظنبوب– والعقبين (التهاب وتر آشيل والتهاب اللفافة الأخمصية) [٢].

المفاصل المحيطية: إن أكثر المفاصل خارج المحورية إصابة في التهاب الفقار المقسط هي الكتفين والوركين، ويعتبر الألم في هذه المفاصل العرض البدئي عند ١٥% من المرضى، وقد

تسبب إصابة هذه المفاصل وخاصة الوركين إعاقة وظيفية مهمة، وتعتبر إصابة مفصل الورك أكثر شيوعاً في الجزائر والهند والمكسيك، كما أنها شائعة نسبياً كتظاهرة بدئية للمرض عند الأطفال المصابين بالتهاب الفقار المقسط . ومن الممكن أن يصاب مفصل الركبة عند مرضى التهاب الفقار المقسط وذلك على شكل انصباب متقطع ، وفي ١٠% من المرضى يصاب المفصل الفكي الصدغي [٢].

التظاهرات خارج المفصلية: تحدث الأعراض البنيوية غالباً وتتضمن التعب ونقص الوزن [٢]، أما الحمى فهو عرض غير شائع لدى مرضى التهاب الفقار المقسط [٤٤].

الإصابة العينية: يعتبر التهاب العنبة الأمامي الحاد التظاهرة خارج المفصلية الأكثر شيوعاً لدى مرضى التهاب الفقار المقسط ، فهو يحدث لدى ٢٥-٣٠% من المرضى ، ولا توجد علاقة واضحة بينه وبين فعالية المرض المفصلي . ويكون البدء عادة حاداً وأحادي الجانب ، وفي حال عدم العلاج أو التأخر في البدء بالعلاج قد يتطور لدى المريض التصاق في القزحية وزرق. وفي حال البدء الباكر بالعلاج فإن معظم الهجمات تختفي دون عقابيل خلال ٤-٨ أسابيع. ويعتبر التهاب العنبة الحاد أكثر شيوعاً لدى مرضى التهاب الفقار المقسط إيجابيي الـ HLA-B27 منهم لدى المرضى سلبيي الـ HLA-B27 [٢].

الإصابة القلبية الوعائية: قد تكون الإصابة القلبية صامتة سريرياً أو قد تسبب مشاكل هامة، وهي تتضمن : التهاب الأبهر الصاعد، قصور الصمام الأبهري، شذوذات التوصيل، الضخامة القلبية، والتهاب التامور. وقد لوحظ وجود قصور الأبهر وشذوذات التوصيل القلبي عند ١٠% و٨٥% على الترتيب من المرضى بعد مرور ٣٠ عاماً على بدء المرض ، وكلاهما يحدث بمقدار الضعف لدى مرضى التهاب الفقار المقسط مع إصابة المفاصل المحيطية [٢].

الإصابة الرئوية: وهي تظاهرة نادرة ومتأخرة لدى مرضى التهاب الفقار المقسط ، وتتميز بحدوث تليف مترقي ببطء في الفصوص العلوية بالرئتين وهو ما يظهر بعد عقدين من بدء التهاب الفقار المقسط. وقد يشكو المرضى من: السعال، الزلة التنفسية، وأحياناً نفث الدم. وهذه الإصابة يمكن تحريها بواسطة الطبقي المحوري عالي الدقة عند المرضى الذين لديهم صورة صدر بسيطة طبيعية، وقد يحدث تناقص معتدل في السعة الحيوية والسعة الكلية للرئة كنتيجة لتحدد حركات جدار الصدر، مع زيادة غالباً في الحجم المتبقي والسعة الوظيفية المتبقية [٢].

الإصابة العصبية: تأتي المضاعفات العصبية عند مرضى التهاب الفقار المقسط نتيجة للكسور، أو عدم الثبات أو الانضغاط أو الالتهاب. فقد تسبب حوادث المرور أو الرضوض الصغيرة كسوراً فقرية، وأشيع المواقع إصابةً هي بين الفقرات الرقبية الخامسة والسادسة، والسادسة والسابعة [٢].
كما قد يعاني هؤلاء المرضى من تحت خلع فهقي محوري أو تحت خلع فهقي قفوي أو من تحت خلع محوري للأعلى كنتيجة لعدم الثبات الناجم عن العملية الالتهابية. أما الإصابة العصبية الناجمة عن الانضغاط فتتضمن: تعظم الرباط الطولاني الخلفي وما قد ينجم عنه من اعتلال نخاع انضغاطي، الآفات القرصية بين الفقرية المخرِّبة، والتضيق الفقري[٢].
أما متلازمة ذيل الفرس فهي متلازمة نادرة ولكن خطيرة عند مرضى التهاب الفقار المقسط طويل الأمد، وهي تصيب الجذور العصبية القطنية العجزية وتتميز ببدء تدريجي لعدم استمساك بولي غائطي، عنانة، خدر سرجي، وأحياناً فقد منعكسات [٢].
الإصابة الكلوية: قد يحدث اعتلال كلية بالـــ IgA عند مرضى التهاب الفقار المقسط ، ويكون لدى هؤلاء ارتفاع في مستوى الـــ IgA (٩٣%) مع خلل في وظيفة الكلية (٢٧%) عند البدء . ويعتبر الداء النشواني اختلاطاً نادراً في سياق التهاب الفقار القسط [٢].
يشاهد تخلخل العظام في المراحل المبكرة من التهاب الفقار المقسط، وهو يزيد من خطر الكسور الفقرية والمضاعفات العصبية. وقد تسبب النواتئ العظمية الرباطية لدى المرضى إعاقة في الحصول على تقييم حقيقي لكثافة العظم وهذا ما يمكن تجنبه باستخدام الطبقي المحوري الكمي [٢].

الأسباب والوراثيات والإمراضية في التهاب الفقار المقسط:

إن السبب الدقيق لالتهاب الفقار المقسط لايزال غير واضحٍ ، فلقد برزت عدة مسائل مسيطرة أولها المساهمة الوراثية ، فعلى الرغم من أنه قد ثبت أن الـــ HLA–B27 مرتبط بشكل مباشر في إمراضية التهاب الفقار المقسط إلا أن دوره في الآلية الإمراضية غير واضحٍ، إضافةً إلى أن مورثات لا علاقة لها بمعقد التوافق النسيجي الأعظم تشارك في خطورة الإصابة بالمرض[٢].

وثانيها أن الغضروف هو النسيج الهدفي الأساسي للاستجابة المناعية الشاذة، وثالثها عدم الانتظام في السيتوكينات، ورابعاً أن هناك دلائل متزايدة عن دور بروتينات العظم المخلَقة في الآلية الإمراضية لالتهاب الفقار المقسط[٢].

المساهمة الوراثية: إنّ الدور الأساسي للعوامل الوراثية تبرز أهميته من خلال البيانات التي توضح تواؤم المرض عند ٧٥% من التوائم أحادية الزيجوت مقارنةً بـــ ١٣% من التوائم غير المتطابقة . ولقد تبين أنّ الـــ HLA– B27 يساهم فقط بـــ ١٦% من الخطر المورّثي للإصابة بالتهاب الفقار المقسط [٢]، ولقد تم تحديد ٤٩ نميط على الأقل من الـــ HLA–B27 [٤٥]، وإن النميط الأكثر شيوعاً لدى القوقازيين هو B*2705 يليه B*2702 وكلاهما مرتبط بالمرض، أما النميط المرتبط بالمرض والأكثر شيوعاً لدى الصينيين واليابانيين فهو B*2704، ويعتبر الـــ B*2706 النميط الأكثر شيوعاً لدى غيرهم من الآسيويين ولكنه يرتبط بشكل ضعيف مع حدوث المرض كما يلاحظ الـــ B*2709 عند المرضى في جنوب إيطاليا ولا يرتبط بالإصابة المحورية [٢].

وتعتمد النظرية الأساسية في الفيزيولوجيا المرضية لالتهاب الفقار المقسط على دور الـــ B27 وتركز على بعض جوانب وظيفته الرئيسية والتي هي تقديم الببتيدات للخلايا التائية +CD8، إضافة إلى خصائصه الأقل تقليدية مثل قابليته للتجمع وقابليته للتعبير كثنائيات من السلاسل الثقيلة على سطح الخلية. وتفترض النظرية الأولى أن التفاعلية الذاتية للخلايا التائية +CD8 تجاه خلايا الذات من النسيج المفصلي ناتجة عن التفاعلية المتصالبة مع ببتيدات جرثومية تمتلك تشابه جزيئي مع ببتيدات الذات تلك، وبالتالي فإن كلا النوعين من الببتيدات يتم تقديمه من قبل الـــ B27 في سياق الدفاع المتواسط بالخلايا التائية ضد العدوى الجرثومية. وأما النظرية الثانية فتعتمد على أنَ الـــ B27 أكثر قابلية للتجمع مقارنة بجزيئات الـــ HLA–class1 الأخرى، وهذا قد يكون ناجماً عن ارتباطه الضعيف بالببتيدات في النسيج الشبكي البطاني، ويبدو أنَ هذه الخاصية تعتمد على

الخواص البنيوية الفريدة للجيب الرابط للببتيد في الــ B27 وإنَ تراكم الــ B27 المتجمع في الخلية يفعّل استجابة البروتينات غير المتجمعة والتي تتضمن تفعيل عوامل الإنتساخ الطليعة للالتهاب (مثل NFKB) والسيتوكينات (مثل TNF-alpha وَ IL1). وتفترض نظرية ثالثة أنّ الــ B27 يشكّل ثنائيات متشابهة من السلاسل الثقيلة على سطح الخلية من خلال تشكيل روابط ثنائية السلفيد تربط ثمالات السيستين في الموقع٦٧، ويبدو أنّ قابلية تشكل الثنائيات ترجع إلى خاصية الــ B27 في التجمع [٢].

ولقد بينت الدراسات أن كامل موقع الــ HLA مسؤول عن حوالي نصف الخطر الوراثي للإصابة بالتهاب الفقار المقسط مما يعني أن هناك جينات HLA أخرى غير الــ B27، فقد بينت دراسات سكانية وعائلية دوراً للــ HLA-B60 عند العرق الأبيض القوقازي إيجابيي الــ B2، كما تبين أن بعض الألائل مثل الــ B39 لديه ثلم رابط للببتيد يشابه ذلك الموجود على B27، كما أظهرت عدة دراسات ارتباط المرض بــ HLA-DRB1*01,07,08 وهي مستقلة عن الــ B27 [٢].

الغضروف: لقد أظهرت الدراسات تفضيل المرض لإصابة المواقع الغنية بالغضروف وخاصة الغضروف الليفي، وهذه تتضمن مواقع مفصلية مثل المفصلين العجزيين الحرقفيين، الأقراص بين الفقرات، ومفاصل الوجيهات إضافةً إلى مرتكزات معينة مثل وتر آشيل، ولقد بيّنت الدراسات المناعية النسيجية الكيماوية وفرة الأغريكان والكولّاجين نمطII في الغضروف الليفي للمرتكزات، ويمتد وجود الغضروف الليفي إلى مواقع خارج هيكلية مثل العنبية الأمامية وجذر وجدار الأبهر. و يدلّ ماسبق بقوّة على أنّ الغضروف قد يكون هو الهدف الأساسي للإستجابة المناعية كحدث بدئي في هذا المرض[٢].

السيتوكينات: إن الاستجابة الدراماتيكية عند مرضى التهاب الفقار المقسط للعلاج بحاصرات TNF-alpha يدل على أن للــ TNF-alpha دوراً كبيراً في الآلية الإمراضية، وكون هذه الاستجابة تكون في بعض الأحيان غير كاملة فإن هناك دوراً محتملاً لسيتوكينات أخرى. ولقد تم تحديد ثلاث جينات لالتهاب الفقار المقسط عبر الدراسات الواسعة المتعلقة بالمجين وهي ذات صلة بالسيتوكينات وهي :ERAP1,IL23R,IL-1R2 [٤٥].

العدوى: لقد أجريت العديد من الدراسات لمعرفة مساهمة العدوى في الآلية الإمراضية لالتهاب الفقار المقسط إلا أنّ البيانات المتوفرة حتى الآن لم تظهر بشكلٍ واضحٍ دوراً للعدوى كمسبب للمرض، فعلى سبيل المثال تمت دراسة العدوى بالكليبسيلا الرئوية فوُجد ارتفاع في المستوى المصلي لأضداد الكليبسيلا عند مرضى التهاب الفقار المقسط مقارنةً بمجموعة الشاهد. إلَّا أنّه من

الصعب حتى الآن القبول بأنّ الكليبسيلا الرئوية أو غيرها من العوامل المعدية لها دور مسبب لالتهاب الفقار المقسط [٤٥] .

القسط: إنّ تطور القسط قد يكون نتيجة لالتهاب سابق ولكنّ هذا الأمر بحاجة إلى إثبات، فلقد بيّن نموذج حيواني لالتهاب مرتكزات مقسط دليلاً على عدم التقارن بين الالتهاب والقسط. ويتمّ تنظيم القسط من قبل بروتينات العظم المخلّقة وهي جزء من طائفة عوامل النمو المحوِّلة بيتّا التي تتحكم في طيف واسع من العمليات الخلوية مثل التكاثر والتمايز والحركيـــة. ولقـــد تـــمّ رصـــد هـــذه البروتينات المخلقة في مرتكزات مرضى التهاب الفقار المقسط[٢].

وقد كان John Ball هو أول من بيّن أنّ الآليّة الإمراضيّة لالتهاب الفقار المقسط تتميّز عن الدّاء الرثياني من خلال إصابته للمرتكزات بشكلٍ أساسيّ وليس الزليل. وتتوضع المرتكزات حيث ترتبط الأربطة والأوتار والمحفظة المفصلية مع العظم، أمّا في الفقرة فتتوضع المرتكزات في الحلقة الليفية. ولقد تمّ رصد عمليّتان: الأولى هي هدم العظم والثانية هي بناء العظم الجديد وتشكيل النّاتئ العظمي الرباطي، وعند تشكل النواتئ العظمية الرباطية وربطها بين جميع الفقرات ينتج لدينا منظر عمود الخيزران الوصفي لالتهاب الفقار المقسط على الصورة الشعاعية البسيطة للعمود الفقري[٤٥].

ولقد بيّنت الدراسات المناعية الكيماوية وجود الـــ Cathepsin-K المخـــرّب للعظـــم والـــ Metalloproteinase1 في كاسرات العظم الموجودة في مواقع التهاب المرتكزات في الفقرات، كما أظهرت الدراسات المناعية النسيجية خلايا تائية وبائية وبالعات نقي العظم وخلايـــا أخـــرى مكتنفة في تكوين الأوعية الجديدة [٤٥].

ويصيب التهاب المرتكزات الأطراف أيضاً والموقع الكلاسيكي لذلك هو وتر آشيل حيث تتشابك الأربطة والأوتار داخل العظم الإسفنجي من خلال الروابط الغضروفية الليفية، ويتعرّض وتر آشيل إلى أذيّات وإصلاحات متكرّرة حتّى عند الأشخاص العاديّين ولكن هذه العمليّة تصبح ذات أهميّة سريريّة عند مرضى التهاب الفقار المقسط [٤٥].

تشخيص التهاب الفقار المقسط:

لقد اعتمد تشخيص التهاب الفقار المقسط في معظم الدراسات التي أجريت خلال العقود الثلاثة الماضية على معايير نيويورك المعدلة لعام١٩٨٤ (الجدول١) [٤٦].

وقد قامت الجمعية العالمية لالتهاب المفاصل والفقار بنشر مجموعتين حديثتين من المعايير التصنيفية لاعتلالات المفاصل والفقار إحداها تتعلق باعتلالات المفاصل والفقار المحورية

والأخرى باعتلالات المفاصل والفقار المحيطية، ويندرج التهاب الفقار المقسط ضمن المجموعة الأولى من هذه المعايير (الجدول ٣)، ولهذه المعايير الحديثة دور مفيد في التشخيص المبكر لالتهاب الفقار المقسط عند المرضى الذين لديهم صور بسيطة طبيعية للمفصلين العجزيين الحرقفيين[٤٦].

تقييم المريض:

لقد تمَّ تطوير خمسة مناسب لتقييم شدة وفعالية التهاب الفقار المقسط وهي:

١- مشعر الـــ Bath لفعالية التهاب الفقار المقسط (BASDAI): ويتضمن ستة سلالم بصرية لا رقمية تتعلق بالتعب وألم العمود الفقري والألم والتورم في المفاصل المحيطية إضافة إلى مدة وشدة اليبوسة الصباحية، وهي الطريقة الأكثر فائدة في تقييم فعالية المرض[٤٧].

٢- مشعر فعالية التهاب الفقار المقسط (ASDAS): ويختلف عن سابقه باحتوائه على تقارير المريض عن نتائجه بالإضافة إلى مشعرات الطور الحاد [٤٧].

٣- مشعر الـــ Bath الوظيفي لالتهاب الفقار المقسط (BASFI) : ويتضمن سلالم بصرية لا رقمية تتعلق بالنشاطات اليومية [٤٧].

٤- مشعر Dougados الوظيفي (DFI): ويتضمن ٢٠ بنداً لتقييم القدرة على القيام بالنشاطات اليومية المختلفة [٤٧].

٥- استبيان التقييم الصحي لالتهاب الفقار المقسط (HAQ-S) : ويتضمن سلم بصري لا رقمي حول إدراك المريض لصحته ومرضه [٤٧].

ولقد تمّ وضع قائمة عالمية لمجموعة من البنود الأساسية للمساعدة في تقييم فعالية التهاب الفقار المقسط (الجدول ٤) [٤٧].

كما تمّ تطوير معايير لتقييم الاستجابة على العلاج عند المريض تسمّى معايير ASAS-20 للتحسن وهي التي تستخدم عادة في الدراسات السريرية، بالإضافة إلى معايير أخرى أكثر صرامةً وهي معايير ASAS-40 وASAS-5/6 ، ومعايير أخرى للهجوع الجزئي (الجدول ٥) [٢].

تدبير التهاب الفقار المقسط:

العلاج الفيزيائي والتمرين:

تعتبر التمارين والعلاجات الدوائية حجر الأساس في علاج التهاب الفقار المقسط ، حيث تبين أن التمارين سواءً كانت في المنزل أو تحت إشراف المعالج الفيزيائي تلعب دوراً في الحفاظ على الفعالية الوظيفية وتخفيف الأعراض، لذلك فإنه من الأمثل أن يكون التقييم والتمرين من قبل المعالج الفيزيائي جزءاً من التدبير العلاجي للمريض، وتتضمن التدريبات: تمارين الوضعة، الشدّ في مجال الحركية، الأنشطة الترفيهية، وأحياناً المعالجة المائية، كما أنه يمكن إعطاء محاولة لتدابير تخفيف الألم كالحرارة أو البرودة الموضعية. وعلى أقل تقدير فإنّ مريض التهاب الفقار المقسط يجب أن يكون مشاركاً في برامج تمارين منزلية بدون إشراف، كما أنّ المشاركة في مجموعات الدعم والتثقيف يشكل حافزاً لدى المريض للمضي قدماً في هذه البرامج [٤٧].

العلاجات الدوائية:

- المسكنات : لها تأثيرات جانبية قليلة ولكنها نادراً ما تكون فعالة في التهاب الفقار المقسط [٤٧].
- مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية : لقد نتج عن هذه الأدوية راحةٌ حقيقيةٌ لدى ٧٠-٨٠% من مرضى التهاب الفقار المقسط ، ففي حال عدم وجود أي مضاد استطباب لمضادات الالتهلب اللاستيروئيدية فإنها يجب أن تكون الخط الأول في علاج مرضى التهاب الفقار المقسط العرضيين . وقد بينت الدراسات أن لمثبطات الـــ Cox-2 الانتقائية نفس فعالية مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية التقليدية، ويفضل حصر استخدام مثبطات الـــ Cox-2 الانتقائية لدى المرضى الذين لديهم خطر نزف معدي معوي وذلك نتيجةً لتأثيراتها القلبية الوعائية المحتملة. وقد بينت دراسة واحدة أن الاستخدام المستمر لمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية قد يؤدي إلى تثبيط ترقي الإصابة الشعاعية لدى المرضى، الّا أن الاعتماد على هذه الدراسة يبدو مبكراً ولا بد من إجراء المزيد من الدراسات [٤٧].
- أضداد الـــ TNF-alpha: تتوفر عدة مركبات تجارية منها: (Etanercept-Infliximab-Adalimumab-Golimumab-Certolizumab pegol). ولقد تمت المصادقة على استخدام الأدوية الأربعة الأولى منها في كلٍ من أوروبا وأمريكا لعلاج

مرضى التهاب الفقار المقسط، ولا داعي لاستخدام الأدوية المعدلة المناعية مع هذه الأدوية مثل الـ Methotrexate [٤٧].

ولقد أظهرت دراسة كبيرة، الفائدة من استبدال الـ Etanercept أو الـ Infliximab بالـ Adalimumab وذلك في حال عدم الفعالية أو ظهور تأثيرات جانبية، كما بينت الدراسات أن غالبية المرضى سوف ينكسون قريباً بعد إيقاف العلاج بأضداد الـ TNF[٤٧].

ومن التأثيرات الجانبية الهامة لهذه الأدوية زيادة خطر تفعيل السل الكامن وحدوث أمراض مزيلة للنخاعين. وحتى الآن وبالمقارنة مع الدراسات السابقة لاكتشاف أضداد الـ TNF–alpha فإنه لا يوجد دليل مقنع على أن أضداد الـ TNF–alpha تستطيع أن توقف ترقي الإصابة الشعاعية لدى مرضى التهاب الفقار المقسط [٤٧].

إنّ الكلفة العالية جدّاً للعلاج بأضداد الـ TNF تشكل عائقاً رئيسياً أمام استخدامها الواسع، فباستثناء مضادّات الاستطباب المعروفة للعلاج بأضداد الـ TNF لا توجد أي استطبابات مقنعة ومعتمدة على الدليل لاستبعاد أي مريض بالتهاب الفقار المقسط من العلاج.

ولقد قامت مجموعة العمل العالمية لتقييم التهاب الفقار المقسط (وهي منظمة يرمز لها بالـ ASAS) بوضع مجموعة من الدلائل الإرشادية لاستخدام أضداد الـ TNF عند مرضى التهاب الفقار المقسط، تلا ذلك قيام أخصائيين أمريكيين تابعين لمجموعة بحث الولايات المتحدة الأمريكية لالتهاب الفقار المقسط (يرمز لها SPARTAN) بتعديل هذه الدلائل الإرشادية بما يتلاءم مع الاستخدام في الولايات المتحدة الأمريكية [٤٨]، وسنستعرضها فيما يلي:

<u>اختيار المريض:</u> يتمّ تشخيص التهاب الفقار المقسط وفق معايير نيويورك المعدلة (الجدول ١)، وفي حال سلبية الصورة البسيطة للمفصلين العجزيين الحرقفيين يتمّ اعتماد المعايير التصنيفية للجمعية العالمية لالتهاب المفاصل والفقار لاعتلالات المفاصل والفقار المحورية (الجدول ٣) [٤٨].

<u>فعالية المرض:</u> يتمّ تحديدها وفقاً لمشعر الـ Bath لفعالية التهاب الفقار المقسط (BASDAI) إضافةً إلى التقييم الشامل للمريض. فأمّا مشعر الـ BASDAI فيجب أن يكون أكبر أو يساوي٤ حتّى يعتبر المرض فعّالاً، وأمّا بالنسبة للتقييم الشامل للمريض فإنّ قيمة ٢ فما فوق على سلّم Likert (٠=خفيف،٢=معتدل،٣=شديد،٤=شديد جدّاً) تعبّر عن مرض فعّال (وهذا ما يختلف عن الدلائل الإرشادية لل ASAS التي تعتبر فيها فعالية المرض إمّا موجودة أو غائبة اعتماداً على تقييم الطبيب)[٤٨].

فشل العلاج بالـــ DMARD: يعتبر فشل المعالجات التقليدية بالأدوية المضادّة للروماتيزم المعدّلة للمرض(DMARD) معياراً للعلاج بأضداد الـــ TNF عند مرضى التهاب الفقار المقسط الذين لديهم التهاب مفاصل محيطية مسيطر، ويقتضي ذلك فشل المعالجة بواحد على الأقل من الـــ (DMARD) ويفضل أن يكون السلفاسالازين [٤٨].

فشل العلاج بمضادّات الالتهاب اللاستيروئيدية: يعتبر فشل الاستجابة لدوائين مختلفين على الأقل من هذه المجموعة خلال ٤ أسابيع من العلاج أو عدم تحمّل الدواء معياراً للعلاج بأضداد الـــ TNF مع العلم أنّه يجب استخدام الجرعة القصوى المحتملة من كل دواء [٤٨].

فشل الحقن بالستيروئيدات: هناك دلائل غير كافية على فعالية حقن المرتكزات لدعم تأخير العلاج بأضداد الـــ TNF ريثما تظهر فعالية الحقن، وبالمقابل فإنّ الحقن الموضعي بالستيروئيدات لمفصل عرضي أو أكثر مطلوب قبل بدء العلاج بأضداد الـــ TNF [٤٨].

مضادّات الاستطباب: وتتضمّن: العدوى الفعّالة – السلّ الكامن غير المعالج – الآفات المزيلة للنخاعين (مثل التصلّب اللويحي والتهاب العصب البصري) – قصور القلب – الحمل والإرضاع.

الجرعة:

- جرعة الـــ Etanercept لالتهاب الفقار المقسط هي ٥٠mg تحت الجلد مرّة أسبوعياً
- الجرعة القصوى للـــ Infliximab هي ٥mg لكل kg وريديّاً كل ٦ أسابيع
- جرعة الـــ Adalimumab هي ٤٠mg تحت الجلد كل أسبوعين
- جرعة الـــ Golimumab هي ٥٠mg تحت الجلد كل٤ أسابيع [٤٨].

تقييم الاستجابة: لا يستجيب كل مرضى التهاب الفقار المقسط للعلاج بأضداد الـــ TNF، وبالتالي يجب إجراء إعادة تقييم دوري لإيقاف العلاج في حال عدم فعاليته. ويجرى التقييم المبدئي عادةً بعد ١٢ أسبوع على الأقل من البدء بالعلاج بأضداد الـــ TNF، ويوصى باستخدام أدوات التقييم التالية في الممارسة السريرية وهي الـــ BASDAI ومعايير التحسن لمجموعة العمل العالمية لتقييم التهاب الفقار المقسط (الجدول ٥)، ويعرّف التحسّن إمّا بتحسّن ٥٠% في مشعر الـــ BASDAI أو بتغيّر مؤكّد درجتين فما فوق على سلّم من ٠ إلى ١٠ مع رأي خبير أنّ المريض قد تحسّن [٤٨].

مدّة العلاج بأضداد الـــ TNF: يجب إيقاف العلاج بأضداد ال TNF في حال عدم تحقيق معايير الاستجابة أو في حال حدوث تأثيرات جانبية تمنع الاستخدام، وفي هذه الحالة يمكن استخدام ضدّ

آخر من أضداد الـــ TNF. وفي حال إيقاف العلاج بأضداد الـــ TNF بعد تحقيق هجوع المرض، فإنّ غالبية المرضى سوف ينكسون خلال أسابيع [٤٨].

السلفاسالازين: على الرغم من الفائدة المسجلة لهذا الدواء في علاج التهاب المفاصل المحيطية في سياق التهاب الفقار المقسط الا أنّ هذه الفائدة تعتبر بسيطة، كما أنه لا يملك أي تأثير على الإصابة المحورية [٤٧].

كان السلفاسالازين الدواء الوحيد المثبتة فعاليته في التهاب الفقار المقسط كدواء معدل لسير المرض وذلك قبل اكتشاف فعالية العلاج بأضداد ال TNF، ولقد استنتجت دراسة تحليلية أجريت عام ٢٠٠٦(ضمّت ١١ دراسة سريرية عشوائية) أنّ السلفاسالازين كان أكثر فعالية من الدواء الغفل في إنقاص اليبوسة الصباحية وفي إنقاص سرعة التثفل ولكن دون أي فرق واضح بينهما في باقي القياسات والتي تشمل: تقييم الذّات من حيث الفعالية الوظيفية- الألم – التقييم الشامل للمريض – حركية العمود الفقري – وتقييم الطبيب الشامل لفعالية المرض[٤٧].

كما أجريت دراستان سريريتان كبيرتان نتج عنهما أنّ السلفاسالازين كان أكثر فائدة عند مرضى التهاب الفقار المقسط مع التهاب مفاصل محيطية، وبالتالي يوصي معظم الخبراء في علاج اعتلالات المفاصل والفقار باستخدام السلفاسالازين عند مرضى التهاب الفقار المقسط مع التهاب مفاصل محيطية (اللذين يُرغب بعلاجهم بأدوية غير أضداد الـــ TNF) وفي هذه الحالة يُفضّل استخدامه على الميثوتركسات[٤٧].

وأمّا عن الجرعة الوصفية المستخدمة لدى مرضى التهاب الفقار المقسط فهي حبّة واحدة يوميّاًعيار(٥٠٠mg) لمدّة أسبوع ثمّ تتم زيادة الجرعة بمعدّل حبّة واحدة أسبوعياً حتّى الوصول إلى الجرعة الكليّة وهي(٤-٦حبّات يوميّاً) مقسّمة على دفعتين، وفي حال عدم تحمّل جرعة الـــ ٦ حبّات تخفّض الجرعة إلى ٤ حبّات. ويوقف استخدام السلفاسالازين في حال عدم حدوث تحسّن بعد ٤ أشهر من العلاج أو في حال حدوث هجوع تام لدى المريض مع إمكانية إعادته في حال حدوث نكس، ولايوصي الخبراء باستخدامه لدى مرضى التهاب الفقار المقسط مع أعراض وعلامات لإصابة محورية فقط [٤٧].

ولقد سجّل قرابة ٦٠% من مرضى التهاب الفقار المقسط المستخدمين للسلفاسالازين تأثيرات جانبية كانت جميعها عكوسة بعد إيقاف الدواء وأشيعها: الغثيان – الدوار – الصداع – الطفح. ومن الممكن أن يتطوّر لدى المرضى المعالجين بالسلفاسالازين نقص بيض ونقص عدلات بشكلٍ

مفاجئٍ مع معدّل وقوع يتراوح مابين ١-٥%، لذلك يوصي الخبراء بمراقبة تعداد الدم على الأقل كل ٣ أشهر وبشكل أكثر تواتراً خلال الفترة البدئيّة من العلاج [٤٧].

العلاج الجراحي:

يستطب استبدال مفصل الورك عند مرضى التهاب الفقار المقسط في حال وجود ألم ورك شديد ومستمر أو تحدد شديد في حركة الورك ، ويعتبر هذا العمل الجراحي أكثر شيوعاً عند المرضى ذوو البدء الباكر للمرض [٤٧].

أمّا بالنسبة لجراحات العمود الفقري فتستطب جراحة الدمج الرقبي لعدد قليل جداً من المرضى الذين يعانون من تحت خلع فهقي محوري مع خلل في الوظيفة العصبية، وتدبير هذه الحالة مشابه لماهو عليه الأمر في الداء الرثياني، كما يستطب قطع العظم الإسفيني في حال وجود تشوهات شديدة بوضعية العطف تعيق النظر إلى الأمام [٤٧].

القسم العملي

هدف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة معدل انتشار التهاب الفقار المقسط عند العاملين في بعض مستشفيات التعليم العالي في جامعة دمشق (مستشفى الأسد الجامعي _ مستشفى المواساة الجامعي) وعائلاتهم من الدرجة الأولى من خلال إجراء دراسة وبائية ميدانية تقوم على أساس استبيان (الـــ COPCORD).

هدف ثانوي للبحث: دراسة معدل انتشار ألم أسفل الظهر.

خلفية البحث وأهميته :

سنحاول في هذه الدراسة معرفة معدل انتشار التهاب الفقار المقسط عند عينة محددة من المجتمع السوري وهي العاملين في مستشفيي الأسد و المواساة الجامعيين في مدينة دمشق وعائلاتهم من الدرجة الأولى. وستكون هذه الدراسة الأولى في سوريا التي تتناول معدل انتشار التهاب الفقار المقسط ، ولكنها ستجرى في بيئة محصورة نظراً لعدم إمكانية إجراء المسح السكاني الكامل.

إن الأمراض الروماتيزمية هي من بين القضايا الصحية الأكثر أهميةً على مستوى العالم وذلك للعبء المرضي الذي يترتب عنها، إضافة إلى تكاليفها الاجتماعية والاقتصادية المتزايدة، وبالتالي فإن الدراسات الوبائية مطلوبة على مستوى العالم لتحديد نتائج الأمراض الروماتيزمية ولوضع السياسات الصحية العامة المصممة خصيصاً لتلبية متطلبات كل بلد على حدة [٣٧].

وتأتي أهمية هذه الدراسة من حيث أن ذروة الإصابة بالتهاب الفقار المقسط تكون في العقد الثالث من الحياة [١]، ويؤدي هذا المرض الى زيادة العبء على الدولة والأفراد مع الحاجة لاستخدام أدوية مكلفة اقتصاديا تؤخر تطور المرض، بالإضافة إلى أنه يترافق عموما مع العجز الوظيفي الذي يتظاهر أشده في المراحل المتقدمة من إصابة الهيكل المحوري والمفاصل المحيطية.

مواد وطرق ومكان الدراسة :

تصميم الدراسة: دراسة رقابية مقطعية عرضية. (Observational ,Cross-sectional study)

مكان الدراسة: مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي في مدينة دمشق .

زمان الدراسة: أجريت هذه الدراسة في الفترة الواقعة مابين ٢٠١١/٢/٢٦ وَ ٢٠١٢/٦/١٤.

مجموعة الدراسة: مجموع العاملين في مستشفيي الأسد الجامعي والمواساة الجامعي في مدينة دمشق وعائلاتهم من الدرجة الأولى.

طريقة أخذ العينة: نظرا لكون معدل الانتشار المتوقع لالتهاب الفقار المقسط يتراوح ما بين ٠.٤٩ % [41] و ٠.١ % [٦] فقد تمّ تقرير حجم العينة وفق طريقة العينة الملائمة (Convenient sample) بحيث تشمل جميع أفراد الجمهرة في البيئة المدروسة وهي جميع العاملين في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي في مدينة دمشق وعائلاتهم من الدرجة الأولى الذين يقبلون المشاركة في الدراسة.

معايير الاشتمال: جميع العاملين في مستشفيي الأسد والمواساة الجامعيين وعائلاتهم من الدرجة الأولى واللذين تبلغ أعمارهم ١٨عاماً فما فوق واللذين يقبلون المشاركة في الدراسة .

معايير الإستبعاد : يستبعد الشخص المشارك في حال عدم التمكن من الحصول على المعلومات.

مواد وطرق الدراسة: لقد تمَ استخدام الاستبيان المصمم وفق بروتوكـــول الـــــ COPCORD كأساس لدراستنا هذه وهو الذي قد سبق ذكره في المقدمة النظرية (البرنامج الموجه نحو المجتمع من أجل السيطرة على الأمراض الروماتيزمية)، وهو البرنامج المعتمد لإجراء الدراسات الوبائية لانتشار الأمراض الروماتيزمية في العديد من دول العالم، ولقد استخدمنا تحديداً النسخة العربيـــة من الاستبيان المصادق عليها[٤٩] والمأخوذة من دراسة الجامعة الأمريكية في بيروت لانتشـــار الأمراض الروماتزمية وهي مرفقة في الدراسة العملية .

لقد تمَ توزيع الاستبيان الخاص بالدراسة على أفراد العينة مع إجراء مقابلة شخصية مع كل فرد منهم من قبل أحد أطباء الدراسات العليا المفصلية. وقد تضمَن الاستبيان بدايةً معلومات ديموغرافية مع أسئلة عن العمر والجنس ومكان الولادة والحالة الزوجية والنشاط البدني وطبيعة عمل المشارك ودخل الأسرة، ومن ثمَ تمَ السؤال عن وجود أي ألم مفصلي أو هيكلي خلال الأسبوع الفائت أو خلال أيَ فترة زمنية سابقة، وعند الإجابة بنعم تمَ ملء كامل استبيان الCOPCORD بنسخته العربية والذي يتضمَن أسئلة عن موقع الألم، ترافقه مع تورَم أو يبوسة صباحية ومدَتها، وجود سوابق رضَية وطبيعتها، بالإضافة إلى شدَة الألم والتي تمَ تدريجها كخفيفة أو متوسطة أو شديدة أو شديدة جدَاً وتمَ قياسها باستخدام سلَم بصري لارقمي من(٠-١٠cm) حيث أنَ (٠) يعني عدم وجود ألم و (١٠) تعني وجود ألم شديد جدَاً. وكتتمَة قام المشارك بملأ أقسام الاستبيان التي تتعلَق بالعجز الوظيفي وصعوبة إجراء حركات معيَنة والتكيَف مع الألم

والعلاج والتشخيص الذي أعطي له، إضافةً إلى سؤاله عن وجود أمراض روماتيزميَة عند أحد أفراد عائلته وعن اسم المرض ودرجة القرابة إن وُجد.

التشخيص: لقد اعتبر المشارك إيجابياً (أي لديه شكَ التهاب فقَار مقسَط) في حال وجود ألم التهابي الطبيعة في العمود الفقري لمدَة لاتقلَ عن ٣ أشهر، وتلا ذلك إخضاعه لفحص سريري مفصلي شامل وذلك في العيادة المفصلية التخصصية في مستشفى المواساة الجامعي أو في مستشفى الأسد الجامعي، مع إجراء صورة شعاعية بسيطة للمفصلين العجزيين الحرقفيين ووضع تشخيص التهاب الفقَار المقسَط اعتماداً على معايير نيويورك التصنيفيَة المعدلة (عام ١٩٨٤) لالتهاب الفقَار المقسَط جدول[١]، أمَا في حال استمرار الشكَ السريري وكانت الصورة الشعاعية البسيطة طبيعية فقد كان من المقرر إجراء تصوير رنين مغناطيسي للمفصلين العجزيين الحرقفيين ووضع التشخيص اعتماداً على المعايير التصنيفيَة للجمعية العالمية لالتهاب المفاصل والفقار لاعتلالات المفاصل والفقَار المحوريَة(ASAS) جدول[٣]، وذلك بعد التأكد من الموجودات وتوثيقها من قبل أحد أساتذة أمراض الروماتيزم في مستشفيي المواساة والأسد الجامعيين [٤٦] .

تحليل البيانات: لقد تمَ إدخال المعلومات الرئيسية عن كل استبيان في برنامج Exel (الإصدار رقم ١٠) بعد أن أعطي كل مشارك رمزاً، ومن ثمّ تدقيق الإدخال من قبل الباحث ومساعد بحثي للتوثق من صحتها وغياب الأخطاء . واُستخدم برنامج SPSS (الإصدار الثامن عشر) لإجراء الاختبارات الإحصائية الوصفية للمتغيرات الديموغرافية وجميع المتغيرات المدروسة وفي نهاية الدراسة تمَ تحليل النتائج وحساب معدّل انتشار التهاب الفقَار المقسَط بالمعادلة التالية: جميع مرضى التهاب الفقار المقسط (المشخصين قبل الدراسة + المشخصين من خلال الدراسة)/ كامل حجم العينة.

النتائج:

بلغ عدد الأشخاص المشاركين في هذه الدراسة ٤٠٢٥ شخصاً من أصل ٥٠٠٠ شخصاً كانوا مستهدفين في هذه الدراسة، وذلك بمعدّل استجابة قدره ٨٠.٥%.

وقد بلغ عدد الأشخاص الذين لديهم ألم أسفل الظهر لمدة تزيد عن ١٥ يوماً ٤١٨ شخصاً أي بمعدّل انتشار قدره ١٠.٣٩%، منهم ٤١١ شخصاً لديهم ألم أسفل الظهر ميكانيكي الطبيعة وذلك بمعدّل انتشار١٠.٢١%حيث بيّنت هذه الدراسة أنّه من الأسباب المحتملة له طبيعة العمل الشاقة ومدّة العمل الأطول، في حين بلغ عدد الأشخاص الذين لديهم ألم أسفل الظهر التهابي الطبيعة ٧ أشخاص بمعدل انتشار قدره ٠.١٧% وهؤلاء الأشخاص السبعة أُعطي لهم تشخيص التهاب الفقار

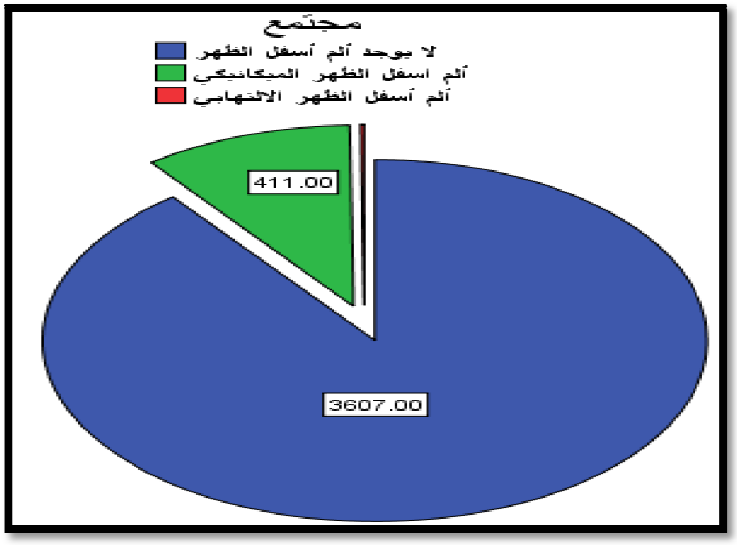
المقسط في الفترة الواقعة ماقبل الدراسة وتمَ التأكد من التشخيص من قبلنا اعتماداً على معايير نيويورك المعدَلة جدول [١]، وبذلك فإنَ معدَل انتشار التهاب الفقار المقسط لدى العاملين في مستشفيي المواساة والأسد الجامعيين وعائلاتهم من الدرجة الأولى بلغ٠.١٧%.

المتغيرات الديموغرافية والسريرية لمرضى التهاب الفقار المقسط السبعة

	المريض١	المريض٢	المريض٣	المريض٤	المريض٥	المريض٦	المريض٧
الجنس	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	أنثى
العمر	٣٠عام	٣٢عام	٤٠عام	٤٣عام	٣٩عام	٣٧عام	٣٦عام
العمر عند بدء الأعراض	٢٦عام	٢٥عام	٢٩عام	٢٣عام	١٩عام	٢٥عام	١٨عام
العمر عند التشخيص	٢٦عام	٢٥عام	٣٣عام	٢٣عام	١٩عام	٢٧عام	٢٦عام
صورة المفصلين العجوزيين الحرقفيين	درجة ٣ ثنائي الجانب	درجة ٤ ثنائي الجانب	درجة ٤ ثنائي الجانب	درجة ٤ ثنائي الجانب	درجة ٣ ثنائي الجانب	درجة ٣ ثنائي الجانب	درجة ٤ ثنائي الجانب
إصابة المفاصل المحيطية	لا يوجد	مفصل الورك	لايوجد	مفصل الركبة	مفصل الورك	لايوجد	لايوجد
أعراض خارج مفصلية	لايوجد	لايوجد	لايوجد	لايوجد	لايوجد	التهاب تامور	لايوجد
محافظة المنشأ والسكن	إدلب	إدلب	دمشق	دمشق	طرطوس	دمشق	دمشق

جنسية الأشخاص المشاركين في الدراسة:

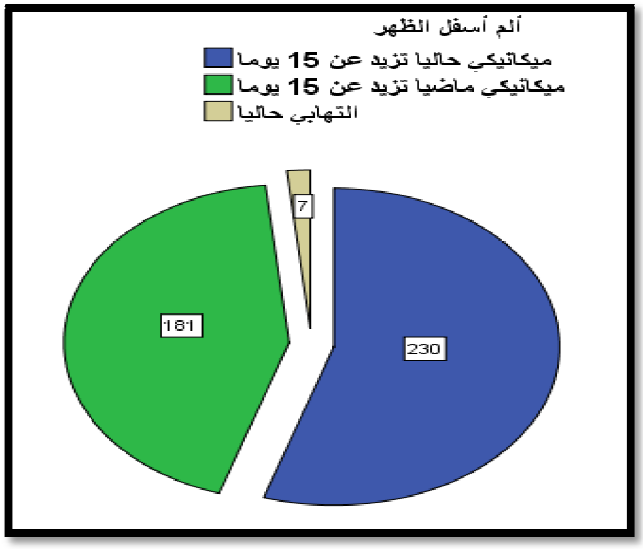
الجنسية	النسبة
السورية	%٩٣.١١٤
الفلسطينية	%٥.٩
اللبنانية	%٠.٥٧
الإيرانية	%٠.١٧
اليمنية	%٠.٠٩٩
الأردنية	%٠.٠٩٩
العراقية	%٠.٠٢٤
المغربية	%٠.٠٢٤



الشكل(١) توزع ألم أسفل الظهر الميكانيكي والالتهابي بالنسبة لكامل العينة

أما بالنسبة للأشخاص الذين لديهم ألم أسفل الظهر فيتوزعون كما يظهر في الجدول التالي:

	ألم أسفل الظهر	العدد	%
Valid	ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	230	55.0
	ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	181	43.3
	التهابي حاليا	7	1.7
	Total	418	100.0



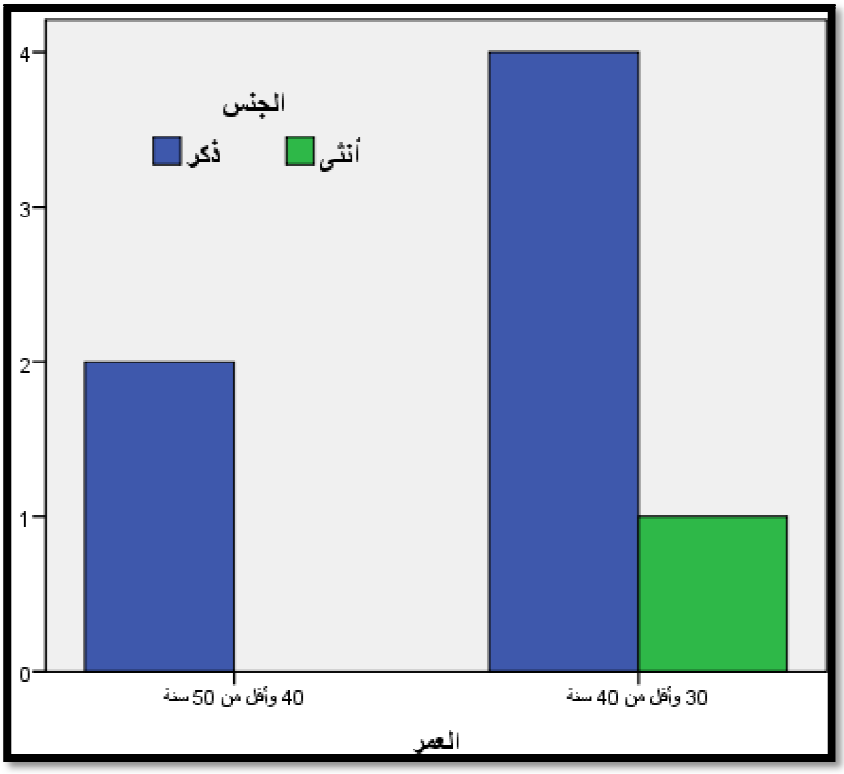
الشكل(٢) توزع الأشخاص الذين لديهم ألم أسفل الظهر

وفي ما يلي نتائج الوصف التحليلي للدراسة:

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمتغيري العمر والجنس.

الجنس * العمر * ألم أسفل الظهر الالتهابي					
Total	العمر		ألم أسفل الظهرالالتهابي		
	٣٠ وأقل من ٤٠ سنة	٤٠ وأقل من ٥٠ سنة			
6	*4*	*2*	Count	ذكر	الجنس
85.7%	*57.1%*	*28.6%*	% of Total		
1	*1*	*0*	Count	أنثى	
14.3%	*14.3%*	*.0%*	% of Total		
7	*5*	*2*	Count	Total	
100.0%	*71.4%*	*28.6%*	% of Total		

ويتبين لنا من الجدول أنّ الذكور يشكلون ٦حالات من أصل ٧ حالات من ألم أسفل الظهر الالتهابي وتتوزع الحالات السبعة بين العقدين الرابع والخامس من العمر

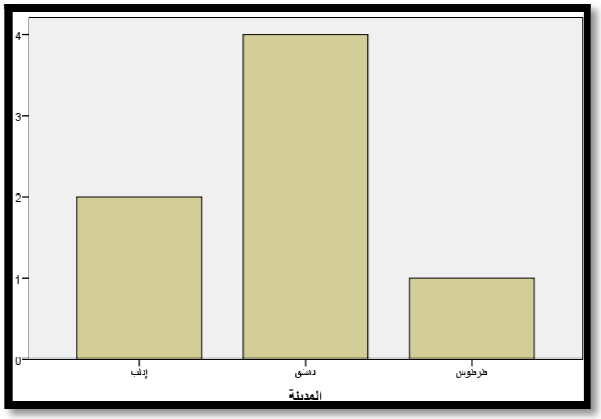


الشكل(٣) معدل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي بالنسبة لمتغيري العمر والجنس

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمتغيري العمل والمدينة.

		ألم أسفل الظهر الالتهابي	العمل	Total
			أعمل حاليا بأجر	
المدينة	إدلب	Count	2	2
		% of Total	28.6%	28.6%
	دمشق	Count	4	4
		% of Total	57.1%	57.1%
	طرطوس	Count	1	1
		% of Total	14.3%	14.3%
Total		Count	7	7
		% of Total	100.0%	100.0%

يوضح لنا الجدول أنّ الحالات السبعة لألم أسفل الظهر الالتهابي تعمل حالياً وبأجر وتتوزع جغرافياً بين ثلاث مدن هي إدلب ودمشق وطرطوس ولايوجد مبرر للمقارنة مع باقي العينة نظراً للعدد القليل للمرضى

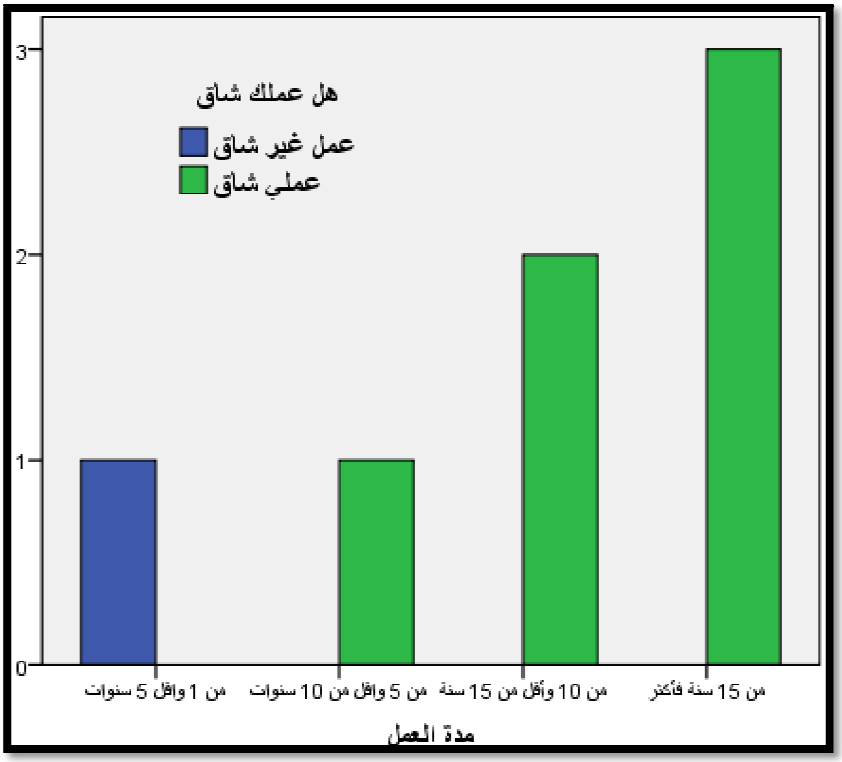


الشكل (٤) معدل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً للتوزع الجغرافي

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمتغيري جهد العمل ومدة العمل.

ألم أسفل الظهر الالتهابي		هل عملك شاق		Total
		عمل غير شاق	عملي شاق	
مدة العمل	من ١ واقل ٥ سنوات	14.3%		14.3%
	من ٥ واقل من ١٠ سنوات		14.3%	14.3%
	من ١٠ وأقل من ١٥ سنة		28.6%	28.6%
	من ١٥ سنة فأكثر		42.9%	42.9%
Total		14.3%	85.7%	100.0%

يبيّن لنا الجدول أنّ معظم حالات ألم أسفل الظهر الالتهابي لديهم طبيعة عمل شاقة كما يبيّن لنا الفترات الزمنية التي قضوها في عملهم

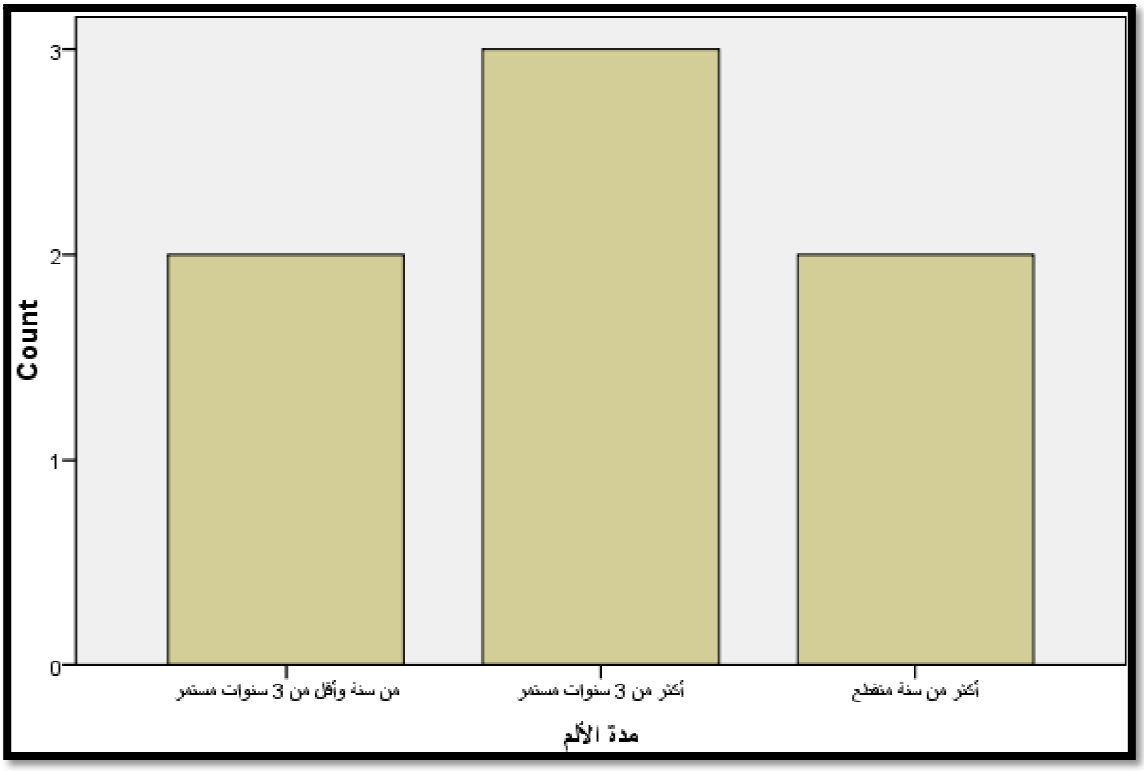


الشكل (٥) معدّل انتشارألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمدَة وجهد العمل

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمتغيري مدة اليبوسة الصباحية ومدة الألم.

ألم أسفل الظهر الالتهابي		هل هناك تيبس أكثر من ٣٠ دقيقة	Total
مدة الألم	من سنة وأقل من ٣ سنوات مستمر	28.6%	28.6%
	أكثر من ٣ سنوات مستمر	42.9%	42.9%
	أكثر من سنة متقطع	28.6%	28.6%
Total		100.0%	100.0%

يوضح لنا الجدول أنّ الحالات السبعة لألم أسفل الظهر الالتهابي لديهم يبوسة صباحية أكثر من ٣٠ دقيقة كما يبيّن لنا الفترة الزمنية التي عانوا منها من الألم

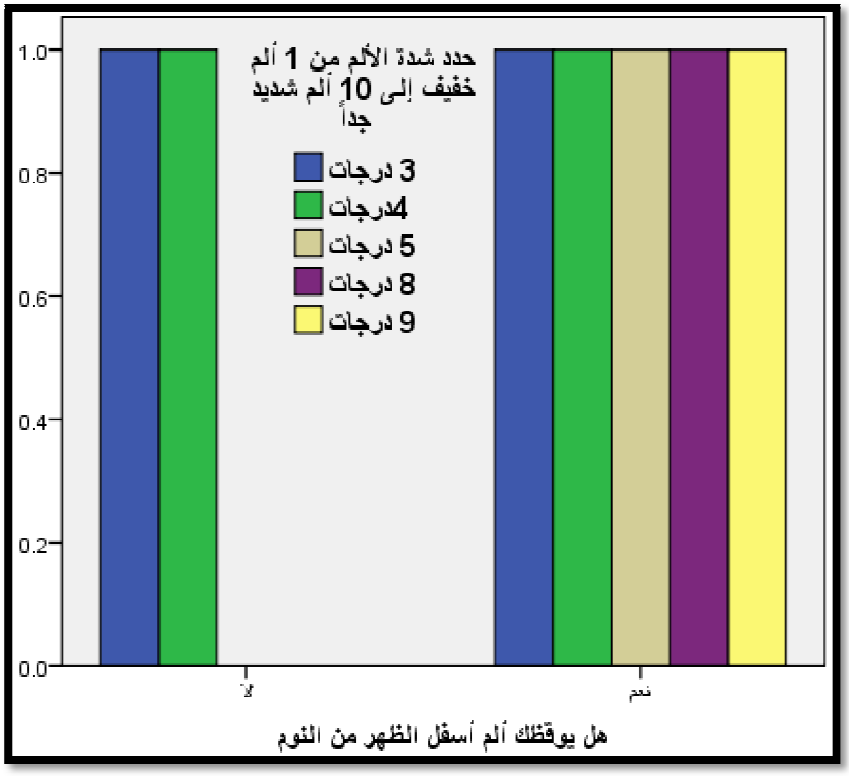


الشكل (٦) معدّل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمدَة الألم

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمتغيري شدة الألم والإيقاظ من النوم.

ألم أسفل الظهر الالتهابي		حدد شدة الألم من ١ ألم خفيف إلى ١٠ ألم شديد جداً					Total
		٣ درجات	٤درجات	٥ درجات	٨ درجات	٩ درجات	
هل يوقظك ألم أسفل الظهر من النوم	لا	14.3%	14.3%				28.6%
	نعم	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	71.4%
Total		28.6%	28.6%	14.3%	14.3%	14.3%	100.0%

يبيّن لنا الجدول أنّ معظم حالات ألم أسفل الظهر الالتهابي يحدث لديهم إيقاظ من النوم بسبب الألم، وتتراوح لديهم درجة الألم مابين ٣حتى ٩ درجات على مقياس من ١ إلى ١٠

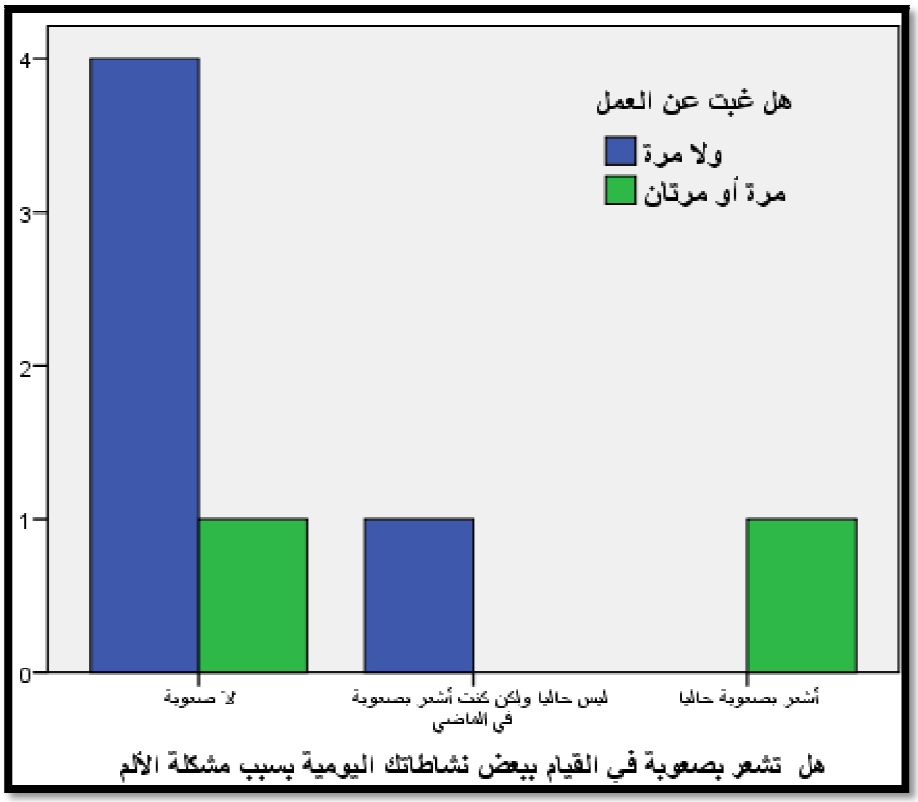


الشكل (٧) معدَل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمتغيري شدَة الألم والإيقاظ من النوم

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي تبعاً لمتغيري الصعوبة في أداء العمل والغياب عن العمل.

Total	هل غبت عن العمل		ألم أسفل الظهر الالتهابي		
	مرة أو مرتان	ولا مرة			
5	1	4	Count	لا صعوبة	هل تشعر بصعوبة في القيام ببعض نشاطاتك اليومية بسبب مشكلة الألم
71.4%	14.3%	57.1%	% of Total		
1	0	1	Count	ليس حاليا ولكن كنت أشعر بصعوبة في الماضي	
14.3%	.0%	14.3%	% of Total		
1	1	0	Count	أشعر بصعوبة حاليا	
14.3%	14.3%	.0%	% of Total		
7	2	5	Count	Total	
100.0%	28.6%	71.4%	% of Total		

يبيّن لنا الجدول أنّ معظم حالات ألم أسفل الظهر الالتهابي ليس لديهم صعوبة في أداء العمل باستثناء حالة واحدة لديها صعوبة حالية وأخرى لديها صعوبة سابقة، كماأنّ غالبيتهم ليس لديهم غياب عن العمل بسبب الألم باستثناء حالتين أيضاً

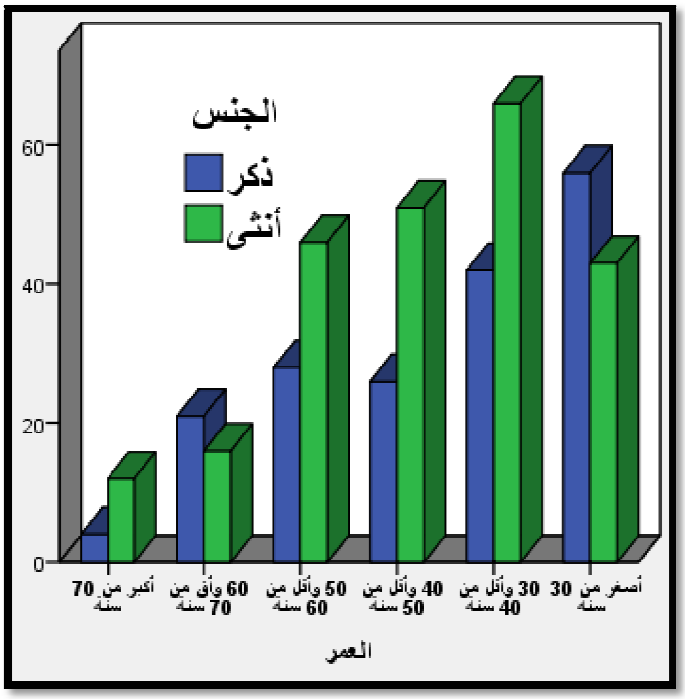


الشكل (٨) معدّل انتشار ألم أسفل الظهر الالتهابي بالنسبة لمتغيري الصعوبة في أداء العمل والغياب عن العمل

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري العمر والجنس.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			الجنس		الكل	مستوى الدلالة
			ذكر	أنثى		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	العمر	أكبر من ٧٠ سنة	.4%	1.3%	1.7%	0.112
		٦٠ وأق من ٧٠ سنة	3.9%	2.2%	6.1%	
		٥٠ وأقل من ٦٠ سنة	7.0%	11.3%	18.3%	
		٤٠ وأقل من ٥٠ سنة	8.3%	12.2%	20.4%	
		٣٠ وأقل من ٤٠ سنة	13.9%	11.7%	25.7%	
		أصغر من ٣٠ سنة	16.5%	11.3%	27.8%	
	Total		50.0%	50.0%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	العمر	أكبر من ٧٠ سنة	1.7%	5.0%	6.6%	0. 140
		٦٠ وأق من ٧٠ سنة	6.6%	6.1%	12.7%	
		٥٠ وأقل من ٦٠ سنة	6.6%	11.0%	17.7%	
		٤٠ وأقل من ٥٠ سنة	3.9%	12.7%	16.6%	
		٣٠ وأقل من ٤٠ سنة	5.5%	21.5%	27.1%	
		أصغر من ٣٠ سنة	9.9%	9.4%	19.3%	
	Total		34.3%	65.7%	100.0%	

يلاحظ من الجدول أن مستوى الدلالة أكبر من ٠.٠٥ وبالتالي فإنَ ألم أسفل الظهر الميكانيكي ينتشر في جميع الفئات العمرية للعينة، وتتساوى نسبة الذكور إلى الإناث عند الذين يعانون من الألم حالياً في حين تبلغ نسبة الإناث حوالي ضعف نسبة الذكور عند الذين كانوا يعانون من الألم سابقاً.

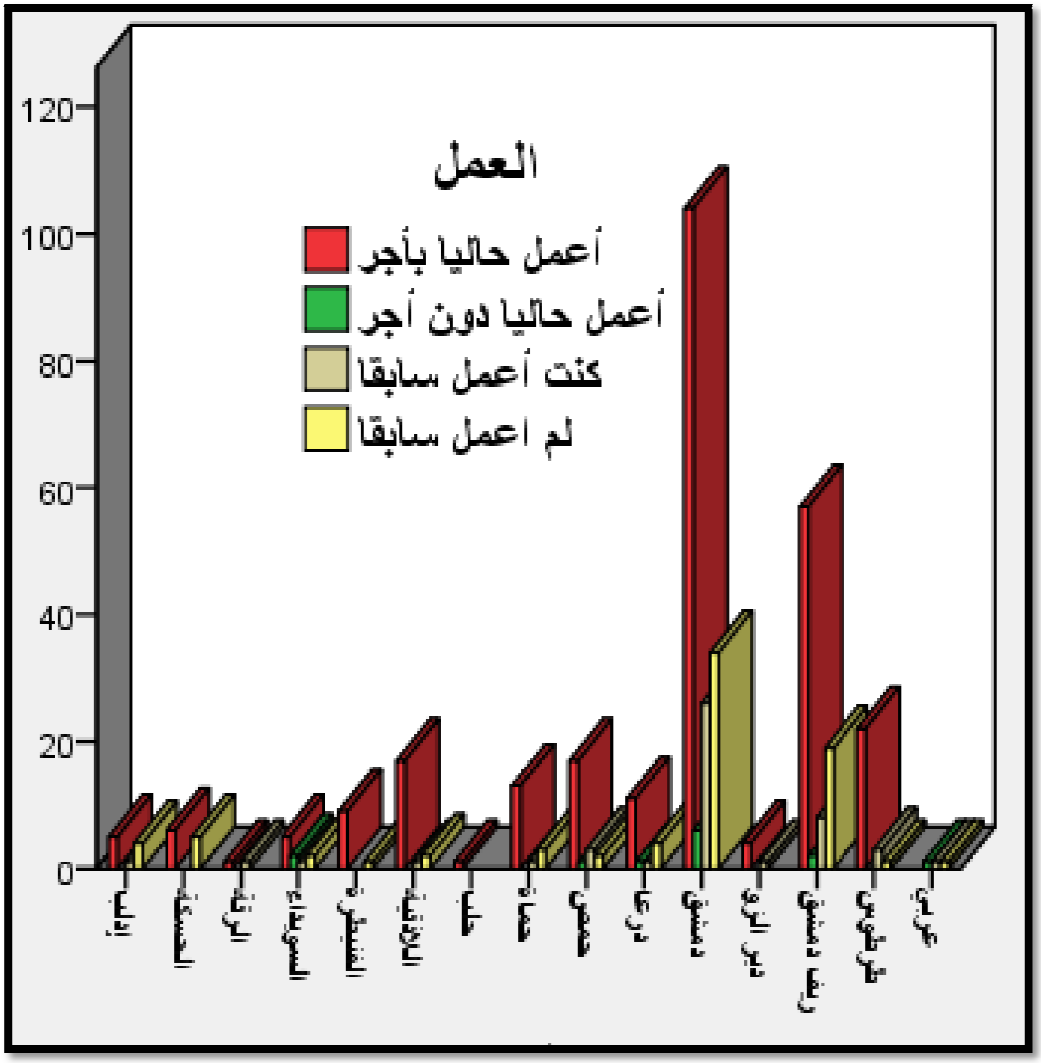


الشكل (٩) معدَل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري العمر والجنس

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري العمل والمدينة.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			العمل				Total	مستوى الدلالة
			أعمل حاليا بأجر	أعمل حاليا دون أجر	كنت أعمل سابقا	لم اعمل سابقا		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	المدينة	إدلب	1.7%			.4%	2.2%	0.441
		الحسكة	2.2%			.4%	2.6%	
		الرقة	.4%				.4%	
		السويداء	2.2%	.4%		.4%	3.0%	
		الفنيطرة	2.2%				2.2%	
		اللاذقية	4.3%				4.3%	
		حماة	3.0%			.9%	3.9%	
		حمص	3.5%	.4%	.4%	.4%	4.8%	
		درعا	3.5%	.4%		.9%	4.8%	
		دمشق	30.9%	1.7%	3.9%	4.3%	40.9%	
		درعا	1.3%				1.3%	
		ريف دمشق	16.1%	.4%	1.7%	3.0%	21.3%	
		طرطوس	7.4%				7.4%	
		عربي		.4%	.4%		.9%	
	Total		78.7%	3.9%	6.5%	10.9%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	المدينة	إدلب	.6%		.6%	1.7%	2.8%	0.432
		الحسكة	.6%			2.2%	2.8%	
		الرقة			.6%		.6%	
		السويداء		.6%	.6%	.6%	1.7%	
		الفنيطرة	2.2%			.6%	2.8%	
		اللاذقية	3.9%		.6%	1.1%	5.5%	
		حلب	.6%				.6%	
		حماة	3.3%		.6%	.6%	4.4%	
		حمص	5.0%		1.1%	.6%	6.6%	
		درعا	1.7%		.6%	1.1%	3.3%	
		دمشق	18.2%	1.1%	9.4%	13.3%	42.0%	
		درعا	.6%		.6%		1.1%	
		ريف دمشق	11.0%	.6%	2.2%	6.6%	20.4%	
		طرطوس	2.8%		1.7%	.6%	5.0%	
		عربي				.6%	.6%	
	Total		50.3%	2.2%	18.2%	29.3%	100.0%	

يبيّن لنا الجدول السابق أنّه لا يوجد توزع جغرافي معيّن لألم أسفل الظهر الميكانيكي، إضافة إلى وضع العمل لدى هؤلاء المرضى.

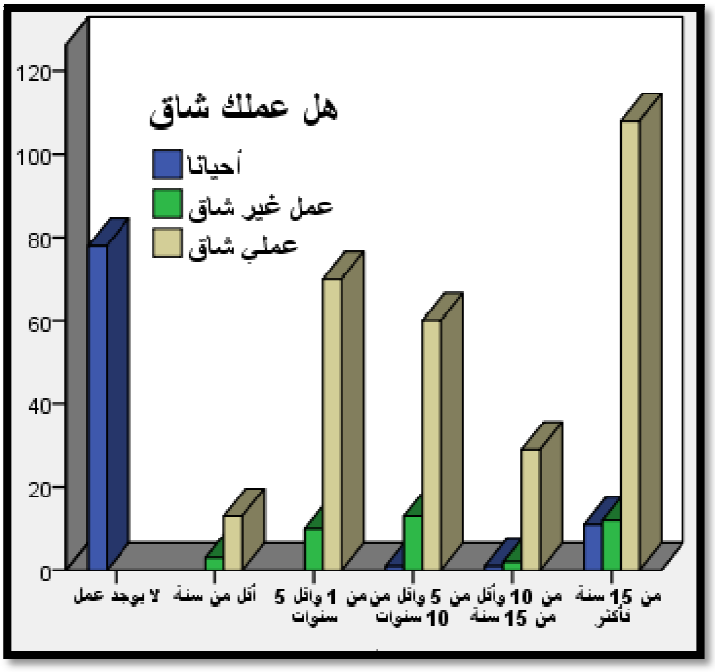


الشكل (١٠) معدّل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري العمل والمدينة

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري مدة العمل وجهد العمل.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			هل عملك شاق			Total	مستوى الدلالة
			أحيانا	عمل غير شاق	عملي شاق		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	مدة العمل	لا يوجد عمل	10.9%			10.9%	0.000
		أقل من سنة		1.3%	4.3%	5.7%	
		من ١ واقل ٥ سنوات		3.9%	20.4%	24.3%	
		من ٥ واقل من ١٠ سنوات		1.7%	8.3%	10.0%	
		من ١٠ وأقل من ١٥ سنة		.9%	12.6%	13.5%	
		من ١٥ سنة فأكثر	.9%	3.0%	31.7%	35.7%	
	Total		11.7%	10.9%	77.4%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	مدة العمل	لا يوجد عمل	29.3%			29.3%	0.000
		أقل من سنة			1.7%	1.7%	
		من ١ واقل ٥ سنوات		.6%	12.7%	13.3%	
		من ٥ واقل من ١٠ سنوات	.6%	5.0%	22.7%	28.2%	
		من ١٠ وأقل من ١٥ سنة	.6%			.6%	
		من ١٥ سنة فأكثر	5.0%	2.8%	19.3%	27.1%	
	Total		35.4%	8.3%	56.4%	100.0%	

يلاحظ من الجدول ان هناك فروق في انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي والفروق لصالح مدة العمل الأطول، إضافة إلى أنّ النسبة الأكبر من هؤلاء المرضى يقومون بعملٍ شاق.

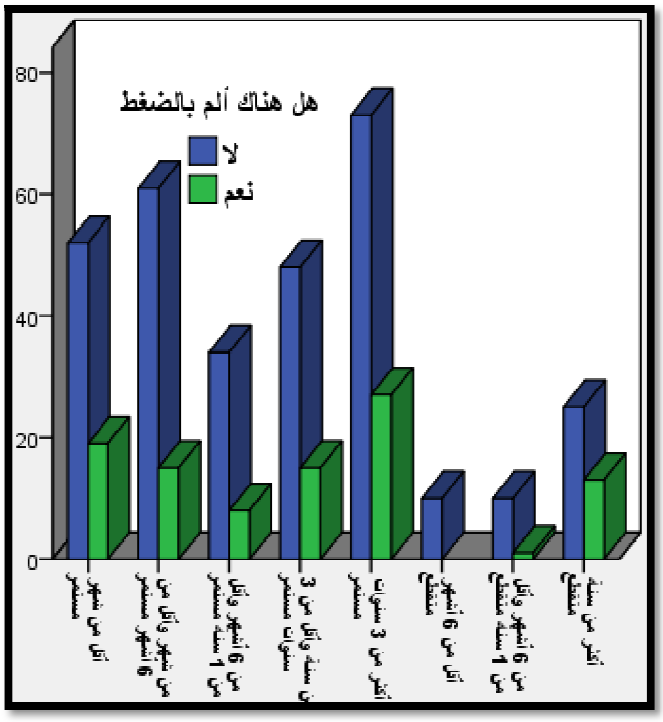


الشكل (١١) معدَل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري مدَة العمل وجهد العمل

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري مدة الألم و الألم بالضغط.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			هل هناك ألم بالضغط		Total	مستوى الدلالة
			لا	نعم		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	مدة الألم	أقل من شهر مستمر	16.1%	5.7%	21.7%	0.462
		من شهر وأقل من ٦ أشهر مستمر	18.7%	3.5%	22.2%	
		من ٦ أشهر وأقل من ١ سنة مستمر	9.1%	2.2%	11.3%	
		من سنة وأقل من ٣ سنوات مستمر	9.6%	2.6%	12.2%	
		أكثر من ٣ سنوات مستمر	16.5%	3.9%	20.4%	
		أقل من ٦ أشهر متقطع	3.0%		3.0%	
		من ٦ أشهر وأقل من ١ سنة متقطع	2.2%		2.2%	
		أكثر من سنة متقطع	6.5%	.4%	7.0%	
	Total		81.7%	18.3%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	مدة الألم	أقل من شهر مستمر	8.3%	3.3%	11.6%	0.213
		من شهر وأقل من ٦ أشهر مستمر	9.9%	3.9%	13.8%	
		من ٦ أشهر وأقل من ١ سنة مستمر	7.2%	1.7%	8.8%	
		من سنة وأقل من ٣ سنوات مستمر	14.4%	5.0%	19.3%	
		أكثر من ٣ سنوات مستمر	19.3%	9.9%	29.3%	
		أقل من ٦ أشهر متقطع	1.7%		1.7%	
		من ٦ أشهر وأقل من ١ سنة متقطع	2.8%	.6%	3.3%	
		أكثر من سنة متقطع	5.5%	6.6%	12.2%	
	Total		69.1%	30.9%	100.0%	

يبيّن لنا الجدول أنّ غالبية مرضى ألم أسفل الظهر الميكانيكي ليس لديهم ألم بالضغط، كمايبيّن عدم وجود فرق في انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمدة الألم.

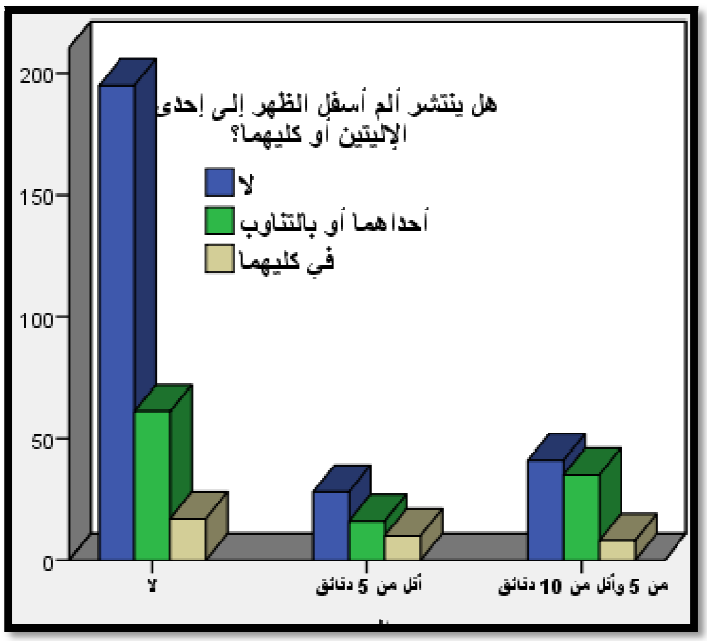


الشكل (١٢) معدَل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري مدَة الألم والألم بالضغط

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري مدة اليبوسة الصباحية وألم الإلية.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			هل ينتشر ألم أسفل الظهر إلى إحدى الإليتين أو كليهما؟			Total	مستوى الدلالة
			لا	أحداهما أو بالتناوب	في كليهما		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	هل هناك تيبس	لا	50.4%	16.5%	2.2%	69.1%	0.000
		أقل من ٥ دقائق	5.7%	3.5%	2.2%	11.3%	
		من ٥ وأقل من ١٠ دقائق	8.7%	8.7%	2.2%	19.6%	
	Total		64.8%	28.7%	6.5%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	هل هناك تيبس	لا	43.6%	12.7%	6.6%	63.0%	0.128
		أقل من ٥ دقائق	8.3%	4.4%	2.8%	15.5%	
		من ٥ وأقل من ١٠ دقائق	11.6%	8.3%	1.7%	21.5%	
	Total		63.5%	25.4%	11.0%	100.0%	

يتّضح من الجدول وجود فروق في انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي حاليا الذي يزيد عن ١٥ يوماً لصالح عدم وجود يبوسة صباحية ولا يوجد هذا الفرق في ألم أسفل الظهر الميكانيكي ماضياً الذي يزيد عن ١٥ يوماً.

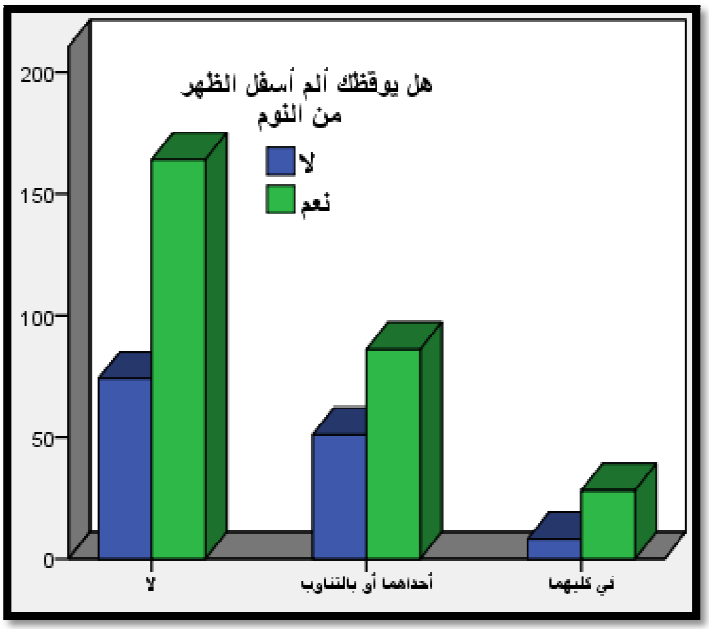


الشكل (١٣) معدَل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري مدَة اليبوسة الصباحية وألم الإلية

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري انتشار ألم أسفل الظهر والإيقاظ من النوم.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			هل يوقظك ألم أسفل الظهر من النوم		Total	مستوى الدلالة
			لا	نعم		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	هل ينتشر ألم أسفل الظهر إلى كامل الطرف السفلي أحدهما أو كليهما؟	لا	17.8%	42.6%	60.4%	0.207
		أحداهما أو بالتناوب	12.2%	20.0%	32.2%	
		في كليهما	1.3%	6.1%	7.4%	
	Total		31.3%	68.7%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	هل ينتشر ألم أسفل الظهر إلى كامل الطرف السفلي أحدهما أو كليهما؟	لا	18.2%	36.5%	54.7%	0.708
		أحداهما أو بالتناوب	12.7%	22.1%	34.8%	
		في كليهما	2.8%	7.7%	10.5%	
	Total		33.7%	66.3%	100.0%	

يبيّن لنا الجدول أنّ النسبة الأكبر من مرضى ألم أسفل الظهر الميكانيكي ليس لديهم انتشار للألم إلى أحد الطرفين السفليين أو كليهما، كما أنّ النسبة الأكبر من هؤلاء المرضى يتسبب لهم ألم أسفل الظهر بالإيقاظ من النوم.

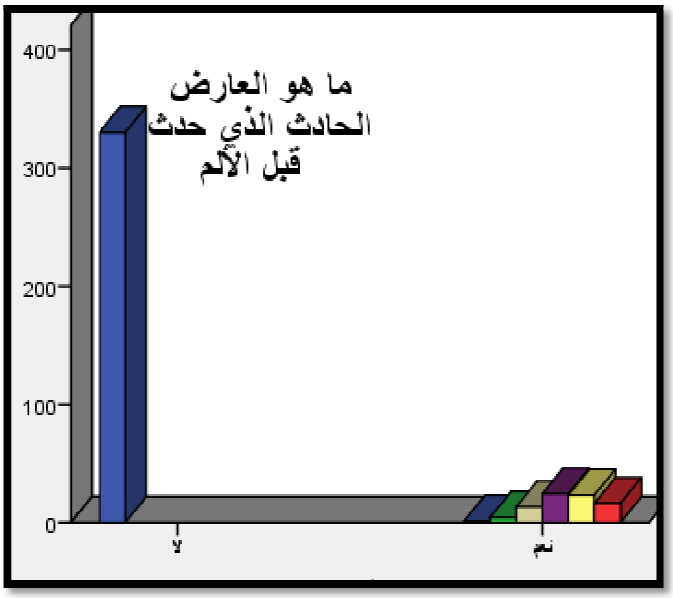


الشكل (١٤) معدَل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لانتشار ألم أسفل الظهر والإيقاظ من النوم

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري الحادث ونوعه.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			ما هو العارض الحادث الذي حدث قبل الألم						Total	مستوى الدلالة
			لا يوجد	كسر عظم	حادث سيارة	حادث سقوط	حادثة ناتجة عن دفعك أو شدك لشيء ثقيل	جهد شديد		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	هل حصلت معك أي حادث عارض قبل الألم	لا	77.0%						77.0%	0.000
		نعم		.9%	3.5%	6.1%	7.0%	5.7%	23.0%	
	Total		77.0%	.9%	3.5%	6.1%	7.0%	5.7%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	هل حصلت معك أي حادث عارض قبل الألم	لا	84.5%						84.5%	0.000
		نعم	.6%	1.1%	2.8%	5.5%	3.9%	1.7%	15.5%	
	Total		85.1%	1.1%	2.8%	5.5%	3.9%	1.7%	100.0%	

يتبيّن من هذا الجدول وجود فروق في انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي لصالح عدم وجود حادث قبل الألم، كما يبيّن لنا أنواع الحوادث ونسبها لدى مرضى ألم أسفل الظهر الميكانيكي.

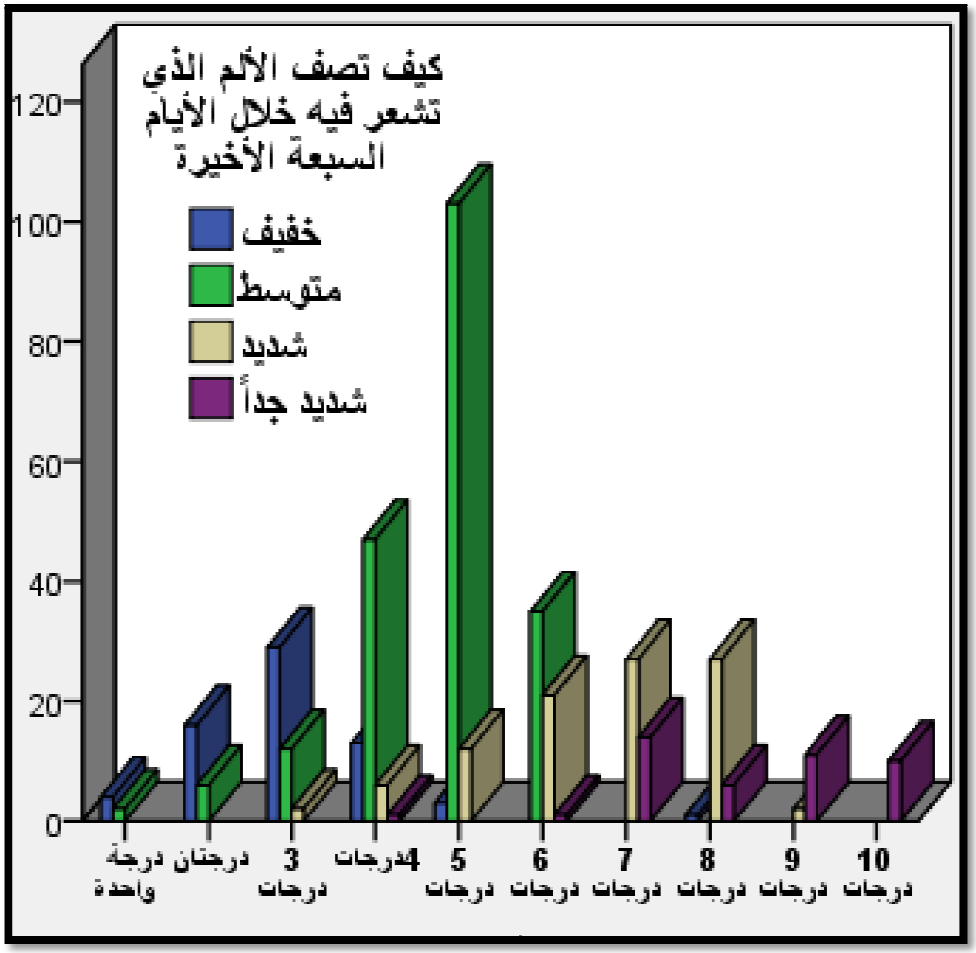


الشكل (١٥) معدَل انتشارألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لحدوث حادث قبل الألم ونوعه

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري درجة الألم وشدته.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			كيف تصف الألم الذي تشعر فيه خلال الأيام السبعة الأخيرة				Total	مستوى الدلالة
			خفيف	متوسط	شديد	شديد جداً		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	حدد شدة الألم من ١ ألم خفيف إلى ١٠ ألم شديد جداً	درجة واحدة	.4%	.4%			.9%	0.000
		درجتان	3.9%	2.2%			6.1%	
		٣ درجات	7.0%	3.5%			10.4%	
		٤درجات	2.6%	10.9%	.9%		14.3%	
		٥ درجات	.4%	22.6%	4.3%		27.4%	
		٦ درجات		8.7%	5.2%		13.9%	
		٧ درجات			7.8%	3.0%	10.9%	
		٨ درجات			8.3%	.4%	8.7%	
		٩ درجات			.9%	3.5%	4.3%	
		١٠ درجات				3.0%	3.0%	
	Total		13.9%	48.3%	27.4%	10.4%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	حدد شدة الألم من ١ ألم خفيف إلى ١٠ ألم شديد جداً	درجة واحدة	1.7%	.6%			2.2%	0.000
		درجتان	3.9%	.6%			4.4%	
		٣ درجات	7.2%	2.2%	1.1%		10.5%	
		٤درجات	4.4%	12.2%	2.2%		18.8%	
		٥ درجات	1.1%	28.2%	1.1%		30.4%	
		٦ درجات		8.3%	5.0%	.6%	13.8%	
		٧ درجات			5.0%	3.9%	8.8%	
		٨ درجات			5%	2.8%	7.7%	
		٩ درجات				1.7%	1.7%	
		١٠ درجات				1.7%	1.7%	
	Total		18.8%	51.9%	18.8%	10.5%	100.0%	

يتضح لنا من الجدول وجود فروق في انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي لصالح الدرجة الخامسة من الألم.

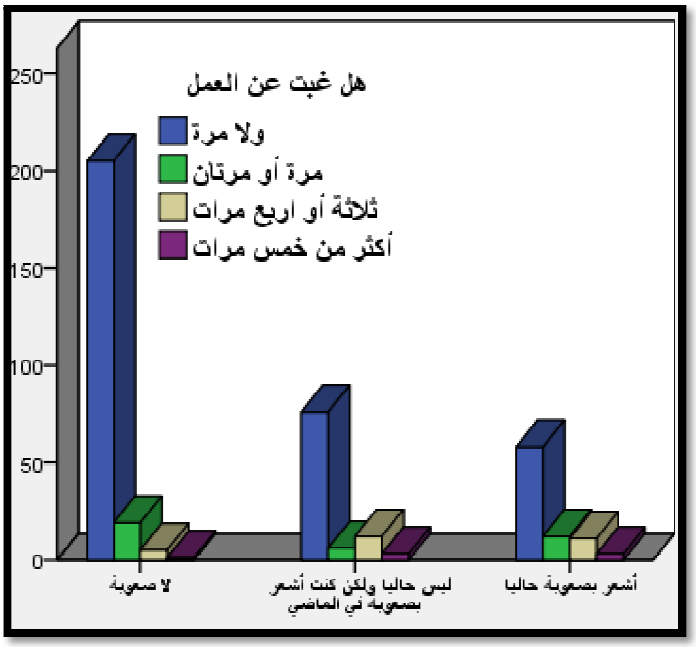


الشكل (١٦) معدّل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لدرجة الألم وشدّته

- معدل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً لمتغيري الصعوبة في أداء العمل والغياب عن العمل.

ألم أسفل الظهر الميكانيكي			هل غبت عن العمل				Total	مستوى الدلالة
			ولا مرة	مرة أو مرتان	ثلاثة أو اربع مرات	أكثر من خمس مرات		
ميكانيكي حاليا تزيد عن ١٥ يوما	هل تشعر بصعوبة في القيام ببعض نشاطاتك اليومية بسبب مشكلة الألم	لا صعوبة	56.1%	4.8%	.9%	.4%	62.2%	0.000
		ليس حاليا ولكن كنت أشعر بصعوبة في الماضي	20.0%	1.7%	3.5%	.4%	25.7%	
		أشعر بصعوبة حاليا	7.0%	2.2%	1.7%	1.3%	12.2%	
	Total		83.0%	8.7%	6.1%	2.2%	100.0%	
ميكانيكي ماضيا تزيد عن ١٥ يوما	هل تشعر بصعوبة في القيام ببعض نشاطاتك اليومية بسبب مشكلة الألم	لا صعوبة	42.0%	4.4%	1.7%		48.1%	0.035
		ليس حاليا ولكن كنت أشعر بصعوبة في الماضي	16.6%	1.1%	2.2%	1.1%	21.0%	
		أشعر بصعوبة حاليا	23.2%	3.9%	3.9%		30.9%	
	Total		81.8%	9.4%	7.7%	1.1%	100.0%	

يتضح من الجدول وجود فروق في انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي لصالح عدم وجود صعوبة في أداء العمل، كما أنّ النسبة الأكبر من هؤلاء المرضى ليس لديها غياب عن العمل بسبب الألم.



الشكل (١٧) معدّل انتشار ألم أسفل الظهر الميكانيكي تبعاً للصعوبة في أداء العمل والغياب عن العمل

المناقشة:

هذه الدراسة هي الأولى من نوعها في بلدي سوريا والمجراة باستخدام النسخة العربية المصادق عليها من استبيان ال COPCORD [٤٩] لمعرفة معدّل انتشار أحد الأمراض الروماتيزمية وهو التهاب الفقار المقسط، وقد نتج عنها معدّل انتشار قدره(٠.١٧%) وهو مشابه لمعدّلات الانتشار المسجّلة في بلدان عديدة وباستخدام نفس الأداة، ففي دراسة ال COPCORD الكويتية كان معدّل انتشار التهاب الفقار المقسط (٠.٤%) [٣٦]، أمّا في مدينة طهران الإيرانية فقد بلغ المعدّل(٠.١٢%) [٤٢]، ونجد معدّل انتشار أخفض في مصر حيث بلغ (٠.٠٩%) [٤١]، وإذا اتجهنا شرقاً وتحديداً إلى مدينة شنغهاي الصينية فإنّ معدّل انتشار التهاب الفقار المقسط يبلغ (٠.١١%) [٣٩]، ونبقى في الصين حيث سجّلت معدلات انتشار مشابهة أيضاً لدراستنا في كلٍّ من شانتاو وشاندونغ بلغت (٠.٢٦%) و(٠.٢٢%) على الترتيب[٢٨]. كما سجّلت معدّلات انتشار مشابهة أيضاً في المناطق الريفية لكلٍّ من تايوان وتايلاند والهند بلغت (٠.٥%) و(٠.١٢%) و(٠.١%) على الترتيب[٤١].

وبالانتقال إلى الدراسات المجراة في دول الجوار وفق طرق مختلفة نجد أنّ معدّل انتشار التهاب الفقار المقسط في العراق أخفض من معدّل الانتشار لدينا ويبلغ (٠.٠٧%)[٤]، في حين نجد معدلات انتشار مشابهة لدراستنا في تركيا في كلٍّ من هافسا (٠.١٢%)[٣١] وأزمير (٠.٤٩%)[٣٢] وفي الجيش التركي (٠.١٤%)[٤].

أمّا إذا انتقلنا إلى المقارنة بالدراسات العالمية المجراة وفق طرق مختلفة فنجد أنّ معدّل انتشار التهاب الفقار المقسط في دراستنا أقل ممّا هو عليه في الدراسة التي أجريت في كندا حيث سجّل معدّل انتشار وقدره (١٠%) لدى هنود الهايدا[٤]، وكذلك الأمر في النرويج حيث سجّلت معدّلات انتشار مرتفعة لدى القوقازيين (١.١ _ ١.٤%)[٤]، في حين نجد معدّلات انتشار لالتهاب الفقار المقسط مشابهة لما أسفرت عنه دراستنا في كلٍّ من فنلندا (٠.١٥%)[٧] وأيسلندا (٠.١٣%)[٨] وإيطاليا (٠.٣٧%)[١٢] واليونان (٠.٢٤%)[١٤].

أمّا معدّلات انتشار التهاب الفقار المقسط الأخفض من دراستنا فنجدها في كلٍّ من اليابان حيث بلغت (٠.٠٠٠٧%)[٤] وفي إفريقيا وتحديداً في غامبيا حيث بلغت (٠%)[٣٠].

وبالنظر إلى النتائج السابقة نجد أنّ هناك اختلافات كبيرة في معدّلات انتشار التهاب الفقار المقسط حول العالم، حيث تلعب العوامل المورثية والعرقية والبيئيّة دوراً هامّاً في انتشار المرض، فنجد أنّ المرض أقل شيوعاً لدى الأمريكيين الأفارقة منه لدى البيض، وهو نادر جدّاً عند شعوب القارة الإفريقية، كما يرتبط التهاب الفقار المقسط ارتباطاً وثيقاً بجزيئة ال HLA–B27 ويُبدي معدّل انتشار ال HLA–B27 اختلافات واضحة بين الشعوب، فعند القوقازيين يبلغ معدّل انتشار ال HLA–B27 (٧%) ليصل إلى (١٤%) عند الشعب الفنلندي، في حين أنّه موجود لدى أقلّ من (١%) من الشعب الياباني[١٥]، أمَا في سوريا فقد سجّل معدّل انتشار لل HLA–B27 وقدره (١.٤%)[٣٤]. يرتبط التهاب الفقار المقسط ارتباطاً وثيقاً بالـ HLA–B27 وهذا ينطبق على نميطات محددة من الـ B27 ، حيث أنّ هناك نميطات مثل HLA–B*2706 في شرق آسيا, والـ HLA–B*2709 في سردينيا(إيطاليا) ليس لديها ارتباط بحدوث التهاب الفقار المقسط[٦]. وذلك على عكس الـ B*2705 الأكثر تواتراً عند القوقازيين وهو مرتبط بشدة بحدوث التهاب الفقار المقسط، والـ B*2704 الأكثر تواتراً عند الصينيين ويرتبط أيضاً بحدوث المرض، أما لدى شعوب البحر الأبيض المتوسط فيعتبر النميط B*2702 هو الأكثر تواتراً والمرتبط بحدوث المرض[٤٥].

أمّا بالنسبة لألم أسفل الظهر فقد بلغ معدّل انتشاره في دراستنا هذه (١٠.٣٩%)، وإن قمنا بمقارنة هذه النتيجة مع نتائج دراسات الCOPCORD التي أجريت في المناطق الريفية نجد أنّ معدّل انتشار ألم أسفل الظهر لدينا أعلى ممّا هو عليه في كلٍّ من مصر (٤.٩%) وماليزيا (٧%) وتايلاند (٤%)، وهو مشابه لمعدّلات الانتشار في كلٍّ من الفيليبين (١١.٣%) والهند (١١.٩%)، في حين نجد معدّلات أعلى من معدّلنا في كلَ من اندونيسيا (١٥.١%) وبنغلاديش (٢٠.١%)[٤١].

أمّا إذا انتقلنا إلى دراسات الCOPCORD التي أجريت في المناطق الحضرية فنجد أنّ معدّل انتشار ألم أسفل الظهر لدينا هو أعلى ممّا هو عليه في كلٍّ من المكسيك (٦.٣%) والصين (٨%)

والهند (٧.٦%)، في حين أنّه مشابه لمعدّلات الانتشار في فيتنام (١١.٢%)، وهو أقل من المعدّلات المسجّلة في كلٍّ من اندونيسيا (٢٣.٣%) وبنغلاديش (١٨.٤%) والبيرو (٣٥%) وإيران (٢٢%)[٤١].

وهناك عوامل عديدة تفسر جزئياً معدل الانتشار المنخفض لالتهاب الفقار المقسط في منطقتنا أهمها: معدل الانتشار المنخفض لل HLA-B27 لدى الشعب السوري والذي يبلغ ١.٤%[٣٤]، وحتى الآن لم تجرَ دراسة توضح نميطات ال HLA-B27 في سوريا والتي قد تكون من النميطات الأقل ترافقاً مع التهاب الفقار المقسط.

وقد يكون للعوامل البيئية دوراً في معدل الانتشار المنخفض لدينا ومنها النظام الغذائي للبحر الأبيض المتوسط الذي قد يلعب دوراً في الحماية من حدوث المرض، إضافةً إلى المناخ المعتدل في منطقتنا والذي يختلف عما هو عليه الحال في كل من شمال أمريكا وأوروبا، وأخيراً فإن التعرض لأشعة الشمس والأشعة فوق البنفسجية قد يكون له خواص معدلة للمناعة[١٥] (وذلك قد يكون له علاقة بالدور المعدل المناعي للفيتامين D).

الاستنتاج والتوصيات:

- ✓ بيّنت هذه الدراسة أن معدل انتشار التهاب الفقار المقسط مقارب لما هو عليه في دول الجوار، وذلك متوافقاً مع توقعاتنا المسبقة.
- ✓ نظراً لحجم العينة الكبير نسبياً، والذي شمل أفراد من بيئات مختلفة جغرافياً واجتماعياً، ربما يمكننا تعميم نتائج هذه الدراسة على مختلف بيئات المجتمع السوري.
- ✓ ألم أسفل الظهر مشكلة صحيّة شائعة لدى العاملين في مستشفيي المواساة والأسد الجامعيين وعائلاتهم من الدرجة الأولى وهي بحاجة لمزيد من المتابعة وخصوصاً فيما يتعلّق بالتوعية بأسباب هذه المشكلة وعلاجاتها والوقاية منها.
- ✓ الحاجة إلى دراسات وبائية مسحية شاملة على مستوى القطر لدراسة الأمراض الروماتيزمية الشائعة وذات العبء الاقتصادي الكبير، وذلك لوضع السياسات الصحيّة المصمّمة خصّيصاً للتعامل مع مثل هذه الأمراض.

الجداول:

جدول [1] معايير نيويورك التصنيفية المعدلة (١٩٨٤) لالتهاب الفقار المقسط [٤].

أ–معايير سريرية.

– ألم أسفل الظهر مع يبوسة لمدة ٣ أشهر على الأقل ، يتحسن بالتمرين ولا يزول بالراحة .

– تحدد حركة العمود القطني بالمستويين السهمي (الجانبي) والجبهي (إلى الأمام وإلى الخلف).

– تناقص الاتساع الصدري بالنسبة للقيم الطبيعية المصححة للعمر والجنس .

ب– معايير شعاعية .

– التهاب مفصل عجزي حرقفي ثنائي الجانب درجة ٢–٤ أو

– التهاب مفصل عجزي حرقفي وحيد الجانب درجة ٣ أو ٤ .

يعتبر أن لدى المريض التهاب فقار مقسط مؤكد إذا ترافق معيار شعاعي واحد مع معيار سريري واحد على الأقل . ويعتبر أن لدى المريض التهاب فقار مقسط محتمل إذا تواجدت لديه ثلاثة معايير سريرية أو إذا تواجد لديه معيار شعاعي واحد فقط بدون أي معيار سريري .

جدول[٢] المعايير التصنيفية للمجموعة الأوروبية لدراسة اعتلالات المفاصل والفقار(ESSG)[٤]:

ألم فقري التهابي الطبيعة أو التهاب زليل (غير متناظر، بشكل مسيطر في الطرفين السفليين). مع أي واحد من الآتي:

- قصة عائلية إيجابية.
- صداف.
- مرض أمعاء التهابي.
- إسهال حاد أو التهاب حليل أو التهاب عنق رحم سابق لالتهاب المفاصل .
- ألم إلية متناوب.
- اعتلال مرتكزات.
- التهاب مفصل عجزي حرقفي شعاعي.

جدول[٣] المعايير التصنيفية للجمعية العالمية لالتهاب المفاصل والفقار لاعتلالات المفاصل والفقار المحورية(ASAS) [٤٦]:

(عند المرضى الذين لديهم ألم ظهر لأكثر من ٣ أشهر وعمر بدء أقل من ٤٥عاماً)

التهاب مفصل عجزي حرقفي بالتصوير الشعاعي بالإضافة إلى مظهر أو أكثر لاعتلالات المفاصل والفقار

****مظاهر اعتلالات المفاصل والفقار:**

- **ألم ظهر التهابي**
- **التهاب مفاصل**
- **التهاب مرتكزات(العقب)**
- **التهاب عنبة**
- **التهاب أصابع**
- **صداف**
- **داء كرون/التهاب كولون قرحي**
- **استجابة جيدة لمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية**
- **قصة عائلية لاعتلالات المفاصل والفقار**
- **HLA-B27**
- **ارتفاع ال CRP**

HLA-B27 أو بالإضافة إلى مظهرين أو أكثر لاعتلالات المفاصل والفقار

التهاب المفصل العجزي بالتصوير الشعاعي:

_ التهاب فعال على التصوير بالرنين المغناطيسي يوحي بشدة بالتهاب مفصل عجزي حرقفي مترافق مع اعتلالات المفاصل والفقار.

_ التهاب مفصل عجزي حرقفي شعاعي مؤكد وفق معايير نيويورك المعدلة.

الحســـــــاسية : ٨٢.٩%، النوعية : ٨٤.٤%

جدول[٤] تقييم تأثير المرض في التهاب الفقار المقسط في الممارسة السريرية [٤٧]:

الحقل	الأداة
الوظيفة	BASFI أو مشعر Dougados الوظيفي
الألم	السلم البصري اللارقمي خلال الأسبوع الفائت للألم الفقري الليلي المسبب بالتهاب الفقار المقسط بالإضافة لألم المفاصل المحيطية الناجم عن التهاب الفقار المقسط .
تحرك العمود الفقري	توسع الصدر_منسب Schober المعدل_مسافة القذال إلى الجدار
التقييم الشامل للمريض	السلم البصري اللارقمي خلال الأسبوع الفائت
اليبوسة	مدة اليبوسة الصباحية في العمود الفقري في الأسبوع الفائت
المفاصل المحيطية والمرتكزات	عدد المفاصل المتورمة (تعداد ٤٤ مفصل), مشعر اعتلال المرتكزات المصادق عليه
مشعرات الطور الحاد	ESR أو CRP
التعب	سلم بصري لا رقمي

السلم البصري اللارقمي (٠-١٠٠mm) ، ESR : سرعة تثفل الكريات الحمراء ،
CRP : البروتين الارتكاسي C.

جدول[٥] معايير التحسن لمجموعة العمل العالمية لتقييم التهاب الفقار المقسط (ASAS) ومعايير الهجوع الجزئي [٢] :

معايير ASAS-20 للتحسن : على الأقل تحسن ٢٠% و١٠ وحدات في ثلاثة من الميادين الأربعة التالية بدون تدهور ٢٠% و١٠ وحدات في باقي الميادين : BASFI – اليبوسة الصباحية – التقييم الكلي للمريض- الألم .

معايير ASAS-40 للتحسن : على الأقل تحسن ٤٠% و٢٠ وحدة في ثلاثة من الميادين الأربع التالية بدون أي تدهور في باقي الميادين : BASFI-اليبوسة الصباحية – التقييم الكلي للمريض – الألم .

معايير ASAS-5/6 للتحسن : على الأقل تحسن ٢٠% في خمسة من الميادين الستة التالية : BASFI-اليبوسة الصباحية – التقييم الكلي للمريض – الألم – مشعرات الطور الحاد – تحرك العمود الفقري .

معايير ASAS للهجوع الجزئي : قيمة أقل من ٢٠ وحدة في الميادين الأربعة لمعايير ASAS-20 للتحسن .

جدول[٦] بعض الدراســـات العالمية لدراسة انتشار التهاب الفقار المقسط واعتلالات المفاصل والفقار وفق طرق مختلفة.

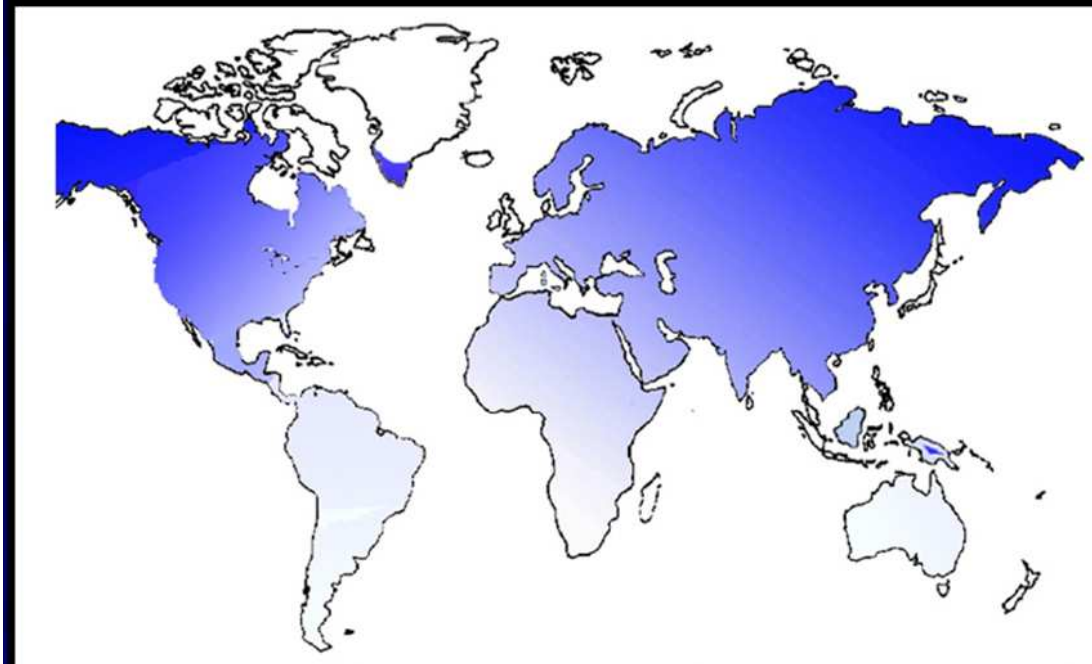
البـــلد	معدل انتشار التهاب الفقار المقسط	معدل انتشار اعتلالات المفاصل والفقار	معدل انتشار الـــ HLA-B27 عند السكان
هولندا [٤]	٧٦.٦ لكل١٠٠٠٠٠ نسمة		
ألمانيا [٤]	% ٠.٨٦	% ١.٩	% ٩.٥
هنغاريا [٤]	% ٠.٢٣		% ١٣
النرويج [٤]	% ٠.٣١		
النرويج (اللابيين)[٤]	% ١.٨		% ٢٤
النرويج(القوقازيين)[٤]	% ١.١_١.٤		% ١٦
فنلندا [٧]	% ٠.١٥		
أيسلندا [٨]	% ٠.١٣		% ١٥
السويد [٩]	% ٠.١٢	% ٠.٤٥	
التشيك [١٠]	٩٤.٢ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة		
فرنسا [١]	% ٠.٠٨	% ٠.٣٠	
فرنسا(بريتاني)[١١]		% ٠.٤٧	
إيطاليا(مارش)[١٢]	% ٠.٣٧	%١.٠٦	
اليونان [١٣]	% ٠.٢٩		
اليونان [١٤]	% ٠.٢٤	% ٠.٤٩	
اليونان [١٥]	٢٩.٥ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة		
البرتغال(جزرالأزور)[١٦]	% ٠.٦	% ١.٦	
روسيا(تشوكوتكا)[١٧]		% ٢.٥	٣٤%(السكان لأصليين)- ٢٥%(العرق المختلط)
روسيا(الشعب الموردوفي)[١٨]		% ٠.٧	
روسيا(الشعب الماري)[١٨]		% ٠.٢	
ليتوانيا [١٩]		%٠.٦٤	

أمريكا [٢٠]	٠.٢_٠.٥%		٦.١% [٢٢]
أمريكا(روشستر) [٢١]	١٢٩ لكل ١٠٠٠٠٠نسمة		٦.١% [٢٢]
أمريكا(ألاسكا) [٢٣]		٢.٥%	٢٥-٤٠%
أمريكا(ألاسكا) [٢٤]	٠.٢%		
كندا(هنودالهايدا) [٤]	١٠%		٥٠%
المكسيك [٢٥]	٠.٠٩%	٠.٦%	
تايوان(ريف-ضواحي-مدن)[٢٦]	٠.٥٤%-٠.١٩%-٠.٤% على الترتيب .		
اليابان [٤]	٠.٠٠٧%		٠.٥%
اليابان [٢٧]		٩.٥ لكل١٠٠٠٠٠ نسمة	
الصين(شنغهاي) [٢٨]	٠.٤١%		
غامبيا [٣٠]	٠%		٦%
تركيا(هافسا) [٣١]	٠.١٢%		
تركيا(أزمير) [٣٢]	٠.٤٩%	١.٠٥%	
تركيا(الجيش) [٤]	٠.١٤%		
العراق [٤]	٠.٠٧%		
تونس [٣٣]			٣%
سوريا [٣٤]			١.٤%

جدول[٧] بعض الدراسات العالمية المجراة لدراسة انتشار التهاب الفقار المقسط واعتلالات المفاصل والفقار وفق الـــ COPCORD

البلد	انتشار التهاب الفقار المقسط	انتشار اعتلالات المفاصل و الفقار
المكسيك [٣٧]	%٠.٠٢	
الفيليبين [٣٨]	%٠	
الصين(بيجين)[٢٨]	% ٠.٣٠	%١.٦١
الصين(شانتاو)[٢٨]	%٠.٢٦	
الصين(هيلونغ جيانغ)[٢٨]	%٠.١١	
الصين(شاندونغ)[٢٨]	%٠.٢٢	
الصين(شنغهاي)[٣٩]	%٠.١١	
الصين(الجيش)[٤٠]	٢.١١ بالألف	٤.٨٧ بالألف
تايوان[٢٨]	%٠.٢٠	%٠.٨٩
استراليا وتايوان(ريف)[٤١]	%٠.٥	
تايلاند(ريف)[٤١]	%٠.١٢	
الهند(ريف)[٤١]	%٠.١	
تايوان والبيرو(حضر)[٤١]	%٠.٤	
باكستان(حضر)[٤١]	%٠.١	
الهند(حضر)[٤١]	%٠.٠٦	
فيتنام(حضر)[٤١]	%٠.٢٨	
إيران(طهران)[٤٢]	%٠.١٢	%٠.٢٣
إيران(ريف)[٣٥]		%١.١
مصر(ريف)	%٠.٠٩[٤١]	%٠.١٥[٣٥]
الكويت[٣٦]	%٠.٤	
لبنان[٤٣]		%٠.٣

Figure 3115 – Schematic and Approximate Representation of HLA-B27 Frequency Distribution Among World Populations



In dark blue are represented the geographic areas where the frequency is the highest; in white, those where the allele is rare or absent.

Figure 1, Page 399, *Autoimmun Rev* . 2008;7(5)

المـــــــراجـع

1) Saraux A, Guillemin F, Guggenbubl P, et al. Prevalence.of Spondyloarthropathies in France 2001.Ann Rheum Dis 2005;64:1431_1435.(full text)

2) Van Der Linder S,Van Der Heijde D,Maksymowych W. Ankylosing Spondylitis.Kelley's Text book of Rheumatology,Eight Edition,chapter 70.

3) Bakland G, Nossent H C, Gran J T. Incidence and Prevalence of Ankylosing Spondylitis in Northern Norway. Arthritis&Rheumatism.2005;vol.53,No.6:850_855. (full text)

4) Sieper J, Rudwalit M,Khan MA,Braunn J. Concepts and epidemiology of Spondyloarthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology.2006;20:401_407.(full text)

5) Zochling J, Smith E.U.R . Seronegative spondyloarthritis. Best Practice&Research Clinical Rheumatology.2010;24:747_756.(full text)

6) Oliviri I,Tubergen A,Salvarani C, et al. Seronegative spondyloarthritids.Best Practice&research Clinical Rheumatology.2002;16:723_739.(full text)

7) Kaipiainen-Seppanen O, Aho K, Heliovaara M. Incidence and prevalence of ankylosing spondylitis in Finland. J Reumatol.1997Mar;24(3):496_9.

8) Geirsson AJ,Eyiolfsdottir H,Bjornsdottir G,et al.Prevalence and clinical characteristics of ankylosing spondylitis in Iceland_a nationwide study.Clin Exp Rheumatol.2010 May_June;28(3):333_40.

9) Haglund E,Bremander AB,Petersson IF,et al. Prevalence of spondyloarthritis and its subtypes in southern Sweden.Ann Rheum Dis.2011 Jun;70(6):943_8.

10) Hanava p,Pavelka K,Holcatova I,et al. Incidence and Prevalence of psoriatic arthritis,ankylosing spondylitis,and reactive arthritis in the first descriptive population_based study in the Czech Republic.Scand J Rheumatol.2010 Aug;39(4):310_7.

11) Saraux A, Guedes C, Allain J, et al.Prevalance of rheumatoid arthritis and spondyloarthropathy in Brittany,France. J Rheumatol.1999 Dec;26(12):2622_7.

12) De Anglis R,Salaffi F,Grassi W. Prevalence of spondyloarthropathies in an Italian population sample:a regional community_based study.Scand J Rheumatol.2007 Jan_Feb;36(1):14_21.

13) Anagnostopoulos I,Zinzaras E,Alexios I,et al. The prevalence of rheumatic diseases in central Greece: a population survey.BMC Musculoskeletal disord.2010 May 26;11:98.

14) Trontzas P,Andrianakos A,Miyakis S,et al. Seronegative spondyloarthropathies in Greece:a population_based study of prevalence,clinical pattern,and management.The ESORDIG study.Clin Rheumatol 2005 Nov,24(6):583_9.

15) Alamanos Y,Papadopoulos NG,Voulgari PV,et al.Epidemiology of ankylosing spondylitis in Northwest Greece,1983-2002.Rheumatology.2004;43:615_618.(full text)

16) Bruges_Armas J,Lima C,Peixoto M,et al. Prevalence of spondyloarthritis in Terceira,Azores:a population based study.Ann Rheum Dis.2002 June;61(6):551_553.(full text)

17) Alexeeva L,Krylov M,Vturin V,et al.Prevalence of spondyloarthropathies and HLA-B27 in the native population of Chukotka,Russia.J Rheumatol.1994 Dec;21(12):2298_300.

18) Erdes Sh,Alekseeva LI,Titov AV,et al.Spondyloarthropathies and rheumatoid arthritis in some Finno-Ugrian populations in Russia.Ter Arkh.2000;72(5):50_2.

19) Adomaviciute D,Pileckyte M,Baranauskaite A,et al.Prevalence survey of rheumatoid arthritis and spondyloarthropathy in Lithuania.Scand J Rheumatol.2008 ;37(2):113_9.

20) Reveille JD. Epidemiology of spondyloarthritis in North America.Am G Med Sci.2011 Apr;341(4):284_6.

21) Helmick CG,Felson DT,Lawrence RC,et al.Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States.ARTHRITIS&RHEUMATISM.2008;Vol.58,No.1,pp:15_25.(full text)

22) Reveille JD,Hirsch R,Dillon CF,et al.The prevalence of HLA-B27 in the United States:Data from the U.S. National Health and Nutrition Examination Survey,2009.Arthritis Rheum.2011.doi:10.1002/art.33503.

23) Boyer GS,Templin DW,Cornon-Huntley JC,et al.Prevalence of spondyloarthropathies in Alaskan Eskimos.The Journal of Rheumatology.1994;21(12):2292_7.

24) Boyer GS,Lanier AP,Templin DW.Prevalence rates of spondyloarthropathies,rheumatoid arthritis,and other rheumatic disorders in an Alaskan Inupiat Eskimo population.J Rheumatol.1988;15(4):678_83.

25) Burgos-Vargas R,Pelaez-Ballestas I. Epidemiology of spondyloarthritis in Mexico.Am J Med Sci.2011 Apr;341(4):298_300.

26) Chou CT,Pei L,Chang DM,et al. Prevalence of rheumatic diseases in Taiwan:a population study of urban,suburban,rural differences.J Rheumatol.1994 Feb;21(2):302_6.

27) Hukuda S,Minami M,Saito T,et al.Spondyloarthropathies in Japan:nationwide questionnaire survey performed by the Japan Ankylosing Spondylitis Society.J Rheumatol.2001;28(3):554_9.

28) Ng SC ,MB,B S,et al.Epidemiology of Spondyloarthritis in the People‘s Republic of China:Review of the Literature and Commentary. Semin Arthritis Rheum.2007;37:39_47.(full text)

29) Belachew DA,Sandu N,Schaller B,et al.Ankylosing Spondylitis in sub-Saharan Africa.Postgrad Med J.2009;85(1005):353_7.

30) Brown MA,Jepson A,Young A,et al.Ankylosing spondylitis in West Africans_evidence for a non-HLA-B27 protective effect.Ann Rheum Dis.1997;56:68_70.

31) Cakir N,Pamuk ON,Dervis E,et al. The prevalence of rheumatic diseases in western Turkey:Havsa study.Rheumatol Int.2011 Jan 13.

32) Onen F,Akar S,Birlik M,et al. Prevalence of ankylosing spondylitis and related spondyloarthritides in an urban area of Izmir,Turkey. J Rheumatol 2008 Feb;35(2):305_9.

33) Kchir MM,Hamdi W,Landhar L,et al. HLA-B,DR and DQ antigens polymorphism in Tunisian patients with ankylosing spondylitis(a case-control study).Rheumatol Int.2010 May;30(7):933_9.

34) Harfouch E,Al-cheikh S.HLA-B27 and its subtypes in Syrian patients with ankylosing spondylitis.Saudi Med J.2011 Apr:32(4):364_8.

35) Davatchi F,Banihashemi AT,Gholami J,et al. The prevalence of musculoskeletal complaints in a rural area in Iran:a WHO-ILAR COPCRD study (stage1,rural study) in Iran. Clin Rheumatol.2009;28:1267_1274.(full text)

36) Al-Awadhi AM,Olusi SO,Moussa M,et al. Musculoskeletal pain,disability and health-seeking behavior in adult Kuwaitis using a validated Arabic version of the WHO-ILAR COPCORD Core Questionnaire. Clinical and Experimental Rheumatology.2004;22:177_183.(full text)

37) Nemegyei JA,Ballestas IP,Sanin LH,et al.Prevalence of Musculoskeletal Pain and Rheumatic Diseases in the Southeastern Region of Mexico.A COPCORD-Based community Survey.The Journal of Rheumatology.2011;38 suppl 86;doi:10.3899.(full text)

38) Wigley R,Manahan L,Muirden KD,et al. Rheumatic disease in a Philippine village.II:a WHO-ILAR-APLAR COPCORD study,phasesII and III. Rheumatol Int.1991;11(4-5):157_61.

39) Dai SM,Han XH,Zhao DB,et al. Prevalence of rheumatic symptoms,rheumatoid arthritis,ankylosing spondylitis,and gout in Shanghai,China:a COPCORD study.J Rheumatol.2003;30(10):2245_51.

40) Wu ZB,Zhu P,Wang Hk,et al. Prevalence of seronegative sponyloarthritisim in the army force of China.Zhonghua liu Xing Bing Xue Za Zhi.2004 sep;25(9):753_5.

41) Chopra A,Abdel-Nassser A. Epidemiology of rheumatic musculoskeletal disorders in the devolping world. Best Practice&Research Clinical Rheumatology. 2008. Vol.22, No.4,PP.583_604.(full text)

42) Davatchi F,Jamshidi AR,Banihashemi AT,et al. WHO-ILAR COPCORD study(Stage1,Urban Study) in Iran. J Rheumatol 2008 Jul;35(7):1384.

43) Chaaya M,Slim ZN,Habib RR,et al.High burden of rheumatic diseases in Lebanon:a COPCORD study. International Journal of Rheumatic Diseases.2011.DOI:10.1111.

44) Yu DT,Sieper J,Romain PL. Clinical manifestations of Ankylosing spondylitis in adults.UpToDate 19.1,2011.

45) Yu DT,Sieper J,Romain PL. Pathogenesis of spondyloarthritis.UpToDate 19.1,2011

46) Yu DT,Sieper J,Romain PL. Diagnosis and differential diagnosis of ankylosing spondylitis in adults. UpToDate 19.1,2011.

47) Yu DT,Sieper J,Romain PL. Treatment and prognosis of ankylosing spondylitis in adults. UpToDate 19.1,2011.

48) Yu DT,Sieeper J,Romain PL.Guidelines for cost conscious use of anti tumer necrosis factor alpha agents in ankylosing spondylitis in the United states.UpToDate 19.1,2011

49) Al-Awadhi A,Olusi S,Moussa M,et al.Validation of the Arabic version of the WHO-ILAR COPCORD core questionnaire for community screening of rheumatic diseases in Kuwaitis.J Rheumatol.2002;29:1745_1759.(full text)