

COMPARISON OF TWO TREATMENT REGIMENS FOR HELICOBACTER PYLORI ERADICATION

مقارنة نظامين علاجيين لاجتثاث جرثيم الملوية البوابية

Mohanad Sarminy, MD; Bashir Badawi Mobayed, MD; Lina Ghabreau, MD

د. مهند سرميني، د. بشير بدوي مبييض، د. لينا غبرو

ABSTRACT

Objective: The importance of *Helicobacter pylori* (Hp) infection lies in its close relationship with chronic gastritis, peptic ulcer disease and stomach cancer. This research aims to determine the effectiveness of two regimens in Hp eradication, and its effect on clinical manifestations.

Methods: A prospective study in Aleppo University Hospital consisted of eligible patients who underwent upper gastrointestinal endoscopy with biopsy from the stomach to detect Hp using Giemsa staining. Hp positive patients received either sequential (group one), or levofloxacin-based triple therapy (group two), with follow-up endoscopy with biopsy after at least one month to detect Hp eradication.

Results: This research was conducted on 70 patients, Hp was positive in 67 patients (95.7%). The most common indication for endoscopy was abdominal pain (50%). The most common endoscopic finding in the first group was gastritis (70.8%), and in the second group hiatal hernia (40%). Patient's compliance in both groups was 95%. Side effects occurred in 66.6% and 15% of patients in the first and second group, respectively. Most patients reported improvement in symptoms post-treatment. Eradication rate was 0% in the first group, and 10% in the second group.

Conclusions: Although most clinical symptoms have improved in patients who have used sequential or levofloxacin-based triple therapy, but both regimens have failed to eradicate the infection, possibly because of increased bacterial resistance, which requires detailed study of the sensitivity of the antibiotics used in the treatment.

التشريح المرضي باستخدام صبغة جيمزا. تم وضع المرضى إيجابياً الملوية البوابية على أحد النظامين العلاجيين التاليين؛ العلاج التعاقبي (المجموعة الأولى)، أو العلاج الثلاثي المعتمد على levofloxacin (المجموعة الثانية). تم إجراء تنظيف هضمي علوي بعد فترة شهر على الأقل من انتهاء العلاج لتحري نجاح أو فشل العلاج.

النتائج: تم إدخال 70 مريضاً في البحث، كانت الملوية البوابية إيجابية لدى 67 مريضاً منهم (بنسبة 95.7%). كان الاستطباب الأشيع للتنظيف هو الألم البطني بنسبة 50%، أما بالنسبة للموجودات التنظيرية فكان أشيعها هو التهاب المعدة لدى مجموعة العلاج التسلسلي (بنسبة

ملخص البحث

هدف البحث: تكمن أهمية الخمج بالملوية البوابية بعلاقته الوثيقة مع التهاب المعدة المزمن، الداء القرصي الهضمي وسرطان المعدة. هدف هذا البحث إلى تحديد فعالية نظامين علاجيين لاجتثاث جرثيم الملوية البوابية، ودراسة تأثير اجتثاث الخمج على الموجودات السريرية. **طرق البحث:** أجري هذا البحث على مجموعة من المرضى مراجعي العيادة الهضمية وشعبة التنظير الهضمي في مشفى حلب الجامعي، والذين أجري لهم تنظيف هضمي علوي مع التحري عن الملوية البوابية بواسطة

*Mohanad Sarminy, PhD, Student, Internal Medicine Department, Gastroenterology Division, Aleppo University Hospital. E-mail: mndsarminy@gmail.com

*Bashir Badawi Mobayed, MD, Professor, Internal Medicine Department, Gastroenterology Division, Aleppo University Hospital. Syria.

*Lina Ghabreau, PhD, Lecturer at Pathology Department, Aleppo University Hospital, Syria.

المراقبة للخمج بالملوية البوابية والتي تصيب المخاطية المعدية مثل الالتهاب، الضمور، الحؤول المعوي والخباثة.¹

هناك أنظمة علاجية عديدة لاجتثاث هذا الخمج مع نسب نجاح متفاوتة، وفي ظل المقاومة الجرثومية على الصادات الحيوية خاصة في البلدان النامية التي ينتشر فيها الاستخدام العشوائي للصادات، كان لابد من اختبار فعالية بعض الأنظمة العلاجية خاصة العلاج التسلسلي الذي حقق نسب نجاح مرتفعة عالمياً، والعلاج المعتمد على levofloxacin الذي يدعى بالعلاج الإنقاذي، والذي يُستخدم عند فشل الخط الأول في العلاج (العلاج الثلاثي التقليدي، أو العلاج الرباعي المعتمد على البيزموت) أو عند وجود مقاومة جرثومية على الصادات المستخدمة.³

طرق البحث

تم إجراء دراسة مستقبلية prospective على 70 مريضاً من مراجعي العيادة الهضمية وشعبة التنظير الهضمي في مشفى حلب الجامعي، حيث خضعوا جميعاً للتنظير الهضمي العلوي. تم جمع البيانات من كل مريض وملئ استمارة خاصة بالبحث. تم تحضير المرضى من خلال التوصية بالصيام لمدة 8 ساعات على الأقل، وكانت أجهزة التنظير المستخدمة هي: OLYMPUS endoscope، وكانت أجهزة التنظير المستخدمة هي: PENTAX endoscope. تم أخذ خزعتين من غار المعدة، وقراءة جميع الخزع من قبل مُشرح مرضي واحد، وتحديد وجود الملوية البوابية باستخدام صبغة Hematoxylin-Eosin وصبغة Giemsa.

تم تقسيم المرضى إيجابياً جراثيم الملوية البوابية إلى مجموعتين، حيث تم علاج المجموعة الأولى بالعلاج التسلسلي (أموكسيسيلين 1 غ مرتين يومياً لمدة 5 أيام مع مثبط مضخة البروتون، ثم

70.8%)، والفتق الحجابي (نسبة 40%) لدى مجموعة العلاج الثلاثي. كانت مطاوعة المرضى على العلاج في المجموعتين متقاربة (95%)، فيما حدثت التأثيرات الجانبية في المجموعة الأولى لدى 6.66% من المرضى، وفي المجموعة الثانية لدى 15% من المرضى. لوحظ بعد تناول العلاج حدوث تحسن واضح في جميع الأعراض الموجودة قبل العلاج وخاصة الألم البطني. كانت نسبة اجتثاث الخمج في المجموعة الأولى 0%، وفي المجموعة الثانية 10%.

الاستنتاجات: على الرغم من تحسن معظم الأعراض السريرية لدى المرضى الذين استخدموا العلاج التسلسلي أو الثلاثي المعتمد على levofloxacin، إلا أن كلا الخطين المستخدمين في العلاج فشلا في اجتثاث الخمج، قد يكون ذلك بسبب زيادة المقاومة الجرثومية وهو أمر بحاجة لدراسة تفصيلية عن حساسية الصادات المستخدمة في العلاج.

المقدمة

يُعتبر الخمج بالملوية البوابية أشيع خمج جرثومي مزمن يصيب الإنسان. تقترح الدراسات العالمية أن أكثر من 50% من سكان العالم مصابون بالملوية البوابية، وتصل هذه النسبة إلى 70-80% في الدول النامية.¹ يكون معظم الأفراد المصابين غير عرضيين وسينطور لدى 10-15% منهم داء قرحي هضمي، سرطانة المعدة الغدية أو اللمفوما المعدية MALT.²

توجد عدة وسائل لتشخيص الخمج بالملوية البوابية بعضها يعتمد على التنظير الهضمي العلوي (اختبارات غازية)، وبعضها الآخر لا يعتمد على التنظير (اختبارات غير غازية). يُعتبر البعض الفحص النسيجي للخزعة المأخوذة من المعدة المعيار الذهبي لتشخيص الملوية البوابية. من أهم ميزات هذه الطريقة هي إمكانية تقييم التغيرات المرضية

المتغيرات	مجموعة العلاج التسلسلي (24 مريضاً)	مجموعة العلاج الثلاثي (20 مريضاً)
الجنس (ذكر/إناث)	9/15 (37.5/62.5%)	11/9 (55/45%)
المدخنين	11 (45.8%)	8 (40%)
متوسط العمر ± الانحراف المعياري	11 ± 55.2 سنة	14 ± 49 سنة
الفئة العمرية	-	2 (10%)
	8 (33.3%)	8 (40%)
	16 (66.7%)	10 (50%)
المستوى العلمي	21 (87.5%)	12 (60%)
	2 (8.3%)	4 (20%)
	1 (4.2%)	4 (20%)

الجدول 1. توزع مرضى الدراسة حسب المتغيرات السكانية.

البوابية (عن طريق خزعة من الغار)، وتحري تحسن الأعراض السريرية والموجودات التنظيرية، مع مراعاة إيقاف إعطاء مثبطات مضخة البروتون أو مضادات الهيستامين من النمط الثاني قبل أسبوعين من إجراء التنظير الهضمي، وإيقاف الصادات الحيوية قبل شهر من التنظير الهضمي.

تم اعتماد البرنامج الإحصائي (SPSS 22) لإجراء التحليل الإحصائي، فيما استُخدم اختبار Chi-square لدراسة العلاقة بين المتغيرات التثائية، وتم استخدام الاختبارات غير البارامترية (مثل اختبار McNemar) لدراسة العلاقة بين المتغيرات الفئوية قبل وبعد العلاج، واعتُبرت العلاقة بين المتغيرات ذات أهمية إحصائية عندما تكون قيمة p أقل من 0.05.

كلاريثرومايسين 500 ملغ مرتين يومياً مع ميترونيدازول بجرعة 500 ملغ مرتين يومياً لمدة 5 أيام مع مثبط مضخة البروتون)، أما المجموعة الثانية فتم علاجها بالعلاج الثلاثي المعتمد على levofloxacin (أموكسيسيلين 1 غ مرتين يومياً + ليفوفلوكساسين 500 ملغ مرة يومياً لمدة عشر أيام + أحد أدوية مثبطات مضخة البروتون). تم استخدام esomeprazole بجرعة وحيدة 40 ملغ عند معظم المرضى لمدة تتراوح بين 2-12 أسبوعاً حسب الموجودات التنظيرية والأعراض السريرية.

تمت إعادة تقييم المرضى من الناحية السريرية والتنظيرية بعد فترة لا تقل عن شهر من انتهاء العلاج للتحري عن شفاء الخمج بالمولية

مجموعة العلاج الثلاثي (20 مريضاً)			مجموعة العلاج التسلسلي (24 مريضاً)			العرض السريري
p-value	بعد العلاج	قبل العلاج	p-value	بعد العلاج	قبل العلاج	
0.002	5 (25%)	17 (85%)	0.01	7 (30.4%)	17 (70.8%)	الألم بطني
0.039	2 (10%)	9 (45%)	0.002	0%	10 (41.7%)	حس اللذع
0.2	1 (5%)	5 (25%)	0.002	1 (4.3%)	11 (45.8%)	القلس
0.9	3 (15%)	2 (10%)	0.06	1 (4.3%)	6 (25%)	عسر البلع
0.07	5 (25%)	11 (55%)	0.03	7 (30.4%)	14 (58.3%)	النفخة
0.06	1 (5%)	6 (30%)	0.6	6 (26.1%)	8 (33.3%)	نقص الشهية
0.5	2 (10%)	4 (20%)	0.1	1 (4.3%)	8 (33.3%)	غثيان وإقياء
0.03	1 (5%)	7 (35%)	0.002	4 (17.4%)	14 (58.3%)	تجشؤ
0.3	5 (25%)	8 (40%)	0.28	9 (39.1%)	18 (51.4%)	حس امتلاء بعد الطعام

الجدول 2. شيوع الأعراض السريرية لدى مجموعتي الدراسة قبل وبعد العلاج.

مجموعة العلاج الثلاثي (20 مريضاً)			مجموعة العلاج التسلسلي (24 مريضاً)			الآفات الهضمية
p-value	بعد العلاج	قبل العلاج	p-value	بعد العلاج	قبل العلاج	
-	10 (50%)	10 (50%)	0.3	5 (21.7%)	3 (12.5%)	ضمن الطبيعي
0.9	2 (10%)	3 (15%)	0.9	3 (13%)	5 (20.8%)	التهاب المريء الجزري
-	8 (40%)	8 (40%)	0.7	5 (21.7%)	7 (29.2%)	الفتق الحجابي
0.5	0%	2 (10%)	0.004	0%	9 (37.5%)	قرحة معدية
0.2	1 (5%)	0 (0%)	0.7	3 (13%)	5 (20.8%)	قرحة عفجية
0.2	2 (10%)	3 (15%)	0.2	6 (26.1%)	4 (16.7%)	التهاب بصللة
0.2	3 (15%)	7 (35%)	0.1	12 (52%)	17 (70.8%)	التهاب معدة
-	0 (0%)	0 (0%)	-	0 (0%)	0 (0%)	أفة خبيثة

الجدول 3. شيوع الآفات الهضمية المشخصة تنظيرياً عند مرضى الدراسة قبل وبعد العلاج.

مجموعة العلاج الثلاثي (20 مريضاً)			مجموعة العلاج التسلسلي (24 مريضاً)			موجودات التشريح المرضي
p-value	بعد العلاج	قبل العلاج	p-value	بعد العلاج	قبل العلاج	
0.8	%90	%100	-	%100	%100	الملوية البوابية
0.7	%75	%80	0.7	%2.97	%83.3	التهاب المعدة المزمن

الجدول 4. مقارنة بين موجودات التشريح المرضي قبل وبعد العلاج.

النتائج

بالنسبة للالتزام بالعلاج حيث التزم 23 مريضاً في المجموعة الأولى (%95.8)، و19 مريضاً (%95) في المجموعة الثانية بشكل تام بالمدة المطلوبة والجرعة المناسبة للعلاج، في حين أن مريضاً واحداً فقط من كل مجموعة لم يكمل المدة الكاملة للعلاج.

أما بالنسبة للتأثيرات الجانبية فحدثت لدى 16 مريضاً من المجموعة الأولى (بنسبة %66.6)، وكان التأثير الجانبى الأشيع هو الطعم المر أو المعدني في الفم وذلك عند 8 مرضى (بنسبة %33.3)، يليه الألم البطني بنسبة %26.1، ثم الغثيان والصداع بنسبة %17.4. أما في المجموعة الثانية فكانت التأثيرات الجانبية أقل بشكل واضح حيث حدثت لدى 3 مرضى فقط (بنسبة %15) وكانت عبارة عن ألم بطني وإسهال وغثيان.

أما بالنسبة للأعراض السريرية بعد علاج الملوية البوابية فكان هناك تحسن واضح في جميع الأعراض الموجودة قبل العلاج وخاصة الألم البطني. ففي المجموعة الأولى تحسنت جميع الأعراض السريرية بعد تناول العلاج التسلسلي خاصة الألم البطني والذع والقلس والتجشؤ وعسرة البلع والنفخة، مع وجود فرق هام إحصائياً لما سبق فقط (حيث كانت قيمة p أقل من 0.05)، أما في المجموعة الثانية فقد تحسنت كذلك جميع الأعراض السريرية بعد تناول العلاج الثلاثي خاصة الألم البطني والذع والتجشؤ، مع وجود فرق هام إحصائياً لما سبق فقط (حيث كانت قيمة p أقل من 0.05)، الجدول 2.

تحسنت الموجودات التنظيرية بشكل عام بعد العلاج، مثل التهاب المريء الجزري والقرحة المعدية والتهاب المعدة دون وجود فرق هام إحصائياً لما سبق، عدا بالنسبة للقرحة المعدية لدى المجموعة الأولى حيث حدث شفاء تام للقرحة بعد العلاج عند جميع المرضى مقارنة مع موجودات التنظير قبل العلاج (p=0.004). كان هناك مريض واحد في المجموعة الثانية حدث لديه قرحة عجزية بعد العلاج لم تكن موجودة في التنظير الأول، قد يكون السبب في هذه الحالة هو استخدام المريض لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية. يظهر الجدول 3 مقارنة بين موجودات التنظير الهضمي قبل وبعد العلاج.

بلغ عدد المرضى الخاضعين للتنظير الهضمي العلوي (قبل العلاج) 70 مريضاً، وكانت الملوية البوابية إيجابية لدى 67 مريضاً (بنسبة %95.7). تم تقسيم المرضى إيجابياً الملوية البوابية بشكل عشوائي إلى مجموعتين: تم إعطاء المجموعة الأولى العلاج التسلسلي والمجموعة الثانية العلاج الثلاثي المعتمد على الليفوفلوكساسين. رفض خمسة مرضى من المجموعة الأولى إعادة التنظير بعد العلاج، ولم يتمكن من التواصل مع خمسة مرضى آخرين لتقييمهم بعد العلاج، وبالتالي أصبح عدد المرضى المستوفين لمعايير الإدخال 24 مريضاً. أما في المجموعة الثانية فقد رفض ثمانية منهم إعادة التنظير بعد العلاج ولم يتمكن من التواصل مع خمسة مرضى آخرين، وبالتالي أصبح عدد المرضى المستوفين لمعايير الإدخال 20 مريضاً.

تراوحت أعمار المرضى بين 20 و78 سنة، وكانت الفئة العمرية الأشيع في المجموعتين هي الفئة بين 50 و80 سنة. بشكل عام كان معظم المرضى من الطبقة غير المتعلمة. يوضح الجدول I المتغيرات السكانية لمجموعتي الدراسة.

كان الاستطباب الأشيع لإجراء التنظير الهضمي العلوي هو الألم البطني وذلك بنسبة %50 من المرضى، يليه النزف الهضمي العلوي بنسبة %16، ثم فقر الدم بنسبة %7. أما بالنسبة للأعراض السريرية فكان أشيع عرض ملاحظ لدى مجموعتي الدراسة هو الألم البطني بنسبة تتجاوز %70. يوضح الجدول 2 التظاهرات السريرية لدى مجموعتي الدراسة قبل وبعد العلاج.

أما بالنسبة للموجودات التنظيرية فكان أشيعها التهاب المعدة لدى المجموعة الأولى بنسبة %70.8، والفتق الحجابي بنسبة %40 لدى المجموعة الثانية. يوضح الجدول 3 موجودات التنظير الهضمي العلوي لدى مجموعتي الدراسة قبل وبعد العلاج.

بعد علاج الملوية البوابية أُجري التنظير الهضمي العلوي بعد فترة لا تقل عن أربعة أسابيع من انتهاء العلاج. كانت مطاوعة المرضى جيدة

الثلاثي المعتمد على الليفوفلوكساسين لمدة عشر أيام 10%، وهذا على عكس معظم الدراسات العالمية التي تشير إلى نسب نجاح مرتفعة لهذا العلاج. ففي دراسة من نوع Meta-analysis أجري فيها الباحث Gisbert وزملاؤه مقارنة لعدة دراسات عالمية استخدمت العلاج الثلاثي المعتمد على الليفوفلوكساسين بالمشاركة مع الأموكسيسيلين بعد فشل العلاج بالخط الأول (العلاج الثلاثي التقليدي)، تراوحت مدة العلاج من 7 حتى 12 يوماً وتم استخدام الليفوفلوكساسين بجرعات متفاوتة بدءاً من 250 ملغ مرتين يومياً إلى 500 ملغ مرتين يومياً، تراوحت نسبة نجاح العلاج في هذه الدراسة من 63% حتى 91%. تراوحت نسبة التأثيرات الجانبية من 3.3% عند استخدام جرعة منخفضة من الليفوفلوكساسين، وحتى 40% عند استخدام جرعة مرتفعة، وبشكلٍ وسطي كانت النسبة 18%، وهذا مشابه للنسبة الملاحظة في دراستنا.⁸

في دراسة أخرى مشابهة أجريت في اليابان للباحث Watanabe Y وزملاؤه كانت نسبة اجتناث الملوية البوابية عند استخدام العلاج الثلاثي المعتمد على الليفوفلوكساسين 69%، ونسبة التأثيرات الجانبية 21%.⁹

إن فشل العلاج المستخدم في تحقيق الاجتناث هو أمرٌ غريبٌ نوعاً ما، وبحاجة لدراسة تفصيلية عن الأسباب المحتملة، قد يكون السبب هو ارتفاع نسبة المقاومة الجرثومية للصادات خاصة في ظل الاستخدام العشوائي الكثيف للصادات في بلدنا. ففي دراسة أجراها الباحث Jyh-Ming Liou وزملاؤه استخدموا فيها العلاج الثلاثي المعتمد على الليفوفلوكساسين ودرسوا نسبة اجتناث الملوية البوابية عند وجود مقاومة جرثومية على الليفوفلوكساسين، فبلغت نسبة نجاح العلاج 84% عند عدم وجود مقاومة جرثومية و50% في ظل وجود مقاومة جرثومية، لم يُحدد الباحثون نسبة المقاومة الجرثومية لكن نلاحظ أنه يوجد انخفاض ملحوظ في نسبة نجاح العلاج عند وجود مقاومة جرثومية.¹⁰

في دراسةٍ أخرى أجريت في المملكة العربية السعودية للباحث Alsohaibani وزملاؤه كانت نسبة المقاومة الجرثومية على الليفوفلوكساسين 11% وعلى الميترونيدازول 48.5% وعلى الكلازيترومايسين 23.3%.¹¹ وفي دراسةٍ أخرى كبيرة من نمط Meta-analysis درس فيها الباحث Alessia S وزملاؤه مقاومة الملوية البوابية على الصادات المختلفة، حيث كانت نسبة المقاومة على الليفوفلوكساسين بشكلٍ عام أكبر من 15%، وفي مناطق البحر الأبيض المتوسط بما فيها بعض البلدان العربية كانت النسبة 24%. وفي نفس الدراسة كانت المقاومة على الكلازيترومايسين في بلدان شرق البحر الأبيض المتوسط 29%، أما المقاومة على الميترونيدازول فكانت 61%.¹²

كانت الملوية البوابية إيجابية بالتشريح المرضي بعد العلاج لدى جميع مرضى المجموعة الأولى (100%)، وعلى الرغم من تحسن التهاب المعدة المزمن (79.2%) مقارنةً مع الحالة ما قبل العلاج، إلا أنه لم يكن لذلك التحسن أهمية إحصائية. أما في المجموعة الثانية فقد كانت الملوية البوابية إيجابية لدى 18 مريضاً (90%)، و التهاب المعدة المزمن عند 15 مريضاً (75%). وبالتالي كانت نسبة اجتناث الخمج بالملوية البوابية في المجموعة الأولى (0%)، وفي المجموعة الثانية (10%). يوضح الجدول 4 موجودات التشريح المرضي قبل وبعد العلاج لدى مجموعتي العلاج.

المناقشة

من المعروف أن الخمج بالملوية البوابية يُسبب الداء القرصي الهضمي واللفوما المعدية والسرطانة المعدية، لذلك كان لاختيار العلاج المثالي الذي يحقق أعلى نسبة لاجتناث الملوية البوابية دوراً هاماً في الوقاية أو تخفيف نكس الداء القرصي أو اللفوما المعدية.

كانت نسبة الخمج بالملوية البوابية لدى مرضى الدراسة 95.7%، وهي نسبة مقارنة لما وجدناه أيضاً في دراسات أجريت في العاملين الفائتين على مجموعة مرضى مراجعين لشعبة التنظير الهضمي في مشفى حلب الجامعي.⁴

لم يحقق العلاج التسلسلي الموصوف لمدة عشر أيام اجتناثاً للملوية البوابية، وهذا على عكس معظم الدراسات العالمية والعربية التي تشير إلى تفوق العلاج التسلسلي على العلاج الثلاثي التقليدي (أموكسيسيلين مع كلازيترومايسين). ففي دراسة كبيرة إحصائية من نوع Meta-analysis أجراها الباحث الإيطالي Gatta نُشرت في عام 2013 وضمت 5666 مريضاً لديهم خمج بالملوية البوابية وتم علاجهم بالعلاج التسلسلي، كان معدل اجتناث الخمج 84.3%.⁵ وفي دراسة سعودية أجراها الباحث Alsohaibani نُشرت في عام 2015 قارن فيها بين العلاج التسلسلي والعلاج الثلاثي التقليدي، تم التحري عن الملوية البوابية باستخدام اختبار اليورياز السريع مع الزرع، ووجد أن نسبة اجتناث الملوية البوابية عند استخدام العلاج التسلسلي لمدة عشر أيام هي 62.3%، بينما كانت هذه النسبة 67% عند استخدام العلاج الثلاثي التقليدي لمدة 14 يوماً.⁶ وفي دراسة تركية أجراها الباحث Harmandar نُشرت في عام 2016 كانت نسبة اجتناث الملوية البوابية أعلى مما سبق حيث بلغت 92.5% عند مجموعة مرضى لديهم عسر هضم بلغ عددهم أربعون مريضاً، واستخدم فيها الباحث العلاج التسلسلي لمدة عشر أيام.⁷

كانت نسبة اجتناث الخمج بالملوية البوابية عند استخدام العلاج

الاستنتاجات

إنّ الخمج بالملوية البوابية شائع جداً في دراستنا. وعلى الرغم من تحسن معظم الأعراض السريرية لدى المرضى الذين استخدموا العلاج التسلسلي أو الثلاثي المعتمد على الليفوفلوكساسين، إلا أنّ كلا الخطين العلاجيين المستخدمين فشلا في اجتثاث الخمج، قد يرجع ذلك إلى زيادة المقاومة الجرثومية على الصادات المستخدمة وهو أمرٌ بحاجة لدراسةٍ تفصيلية عن حساسية الصادات المستخدمة في العلاج.

في دراسة محلية أجريت عام 2012 في كلية العلوم على مجموعة صغيرة من المرضى الذين لديهم خمج بالملوية البوابية، أُجري اختبار التحسس على الصادات قبل العلاج وكانت نسبة المقاومة على الميترونيدازول 88%، وعلى الكلاريثرومايسين 76.5% وعلى الأموكسيسيلين 58.8%.¹³ مما سبق نلاحظ أن نسب المقاومة الجرثومية المرتفعة على الصادات المستخدمة في علاج الملوية البوابية لها دورٌ أساسي في تحديد نسب اجتثاث الخمج.

REFERENCES

1. Douglas RM, Sheila EC. *Helicobacter pylori* infection. In: Feldmen M, et al. (editors). *Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease pathophysiology, diagnosis, management. 10th edition. Saunders Elsevier's; 2016. p. 856-64.*
2. Anthony AW. *Helicobacter pylori* treatment and eradication. In: Bruce ES, (editor). *Mount Sinai expert guides gastroenterology. John Wiley & Sons Ltd; 2015. p. 181-2.*
3. Gisbert JP, Pajares JM. *Helicobacter pylori* «rescue» therapy after failure of two eradication treatments. *Helicobacter* 2005 Oct;10(5):363-72.
4. Mohanad S, Bashir BM, Lina G. *The relationship between Helicobacter Pylori infection and chronic gastritis. R J Aleppo Univ* 2016;111.
5. Gata L. *Global eradication rates for Helicobacter pylori infection: systematic review and meta-analysis of sequential, 2013.*
6. Alsohaibani F, Al Ashgar H, Al Kahtani K. *Prospective trial in Saudi Arabia comparing the 14-day standard triple therapy with the 10-day sequential therapy for treatment of helicobacter pylori infection. Saudi J Gastroenterol* 2015;21:220-5.
7. Harmandar F, Ilikhan SU, Ustundag Y, et al. *The efficacy of sequential therapy in eradication of Helicobacter pylori in Turkey. Niger J Clin Pract* 2017;20:616-21.
8. Gisbert JP, Morena, F. *Systematic review and meta-analysis: levofloxacin-based rescue regimens after Helicobacter pylori treatment failure. Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:35-44.
9. Watanabe Y, Aoyama N. *Levofloxacin based triple therapy as a second-line treatment after failure of Helicobacter pylori eradication with standard triple therapy. Dig Liver Dis* 2003 Oct;35(10):711-5.
10. Liou J, Lin J, Chang C, et al. *Levofloxacin-based and clarithromycin-based triple therapies as first-line and second-line treatments for Helicobacter pylori infection: a randomised comparative trial with crossover design. Gut* 2010;59:572-8.
11. Alsohaibani F, Al Ashgar H, Al Kahtani K, et al. *Prospective trial in Saudi Arabia comparing the 14-day standard triple therapy with the 10-day sequential therapy for treatment of Helicobacter pylori infection. Saudi J Gastroenterol* 2015;21(4):220-5.
12. Alessia S, Elena C. *Prevalence of antibiotic resistance in Helicobacter pylori: A systematic review and meta-analysis in World Health Organization Regions. Gastroenterology* 2018;155:1372-82.
13. حسن حمدي، نهاد يوسف، دينا سيرايم. *التحري عن جراثيم الملوية البوابية لدى مرضى القرحة الهضمية في مشفى حلب الجامعي 2012. رسالة دكتوراة، كلية العلوم، جامعة حلب.*