دراسة توصيفية عن مرضى متلازمة غيلان باريه في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق بعام 2016

ياسر أحمد صالح*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: تعدُّ متلازمة غيلان باريه أهم سبب لاعتلال الأعصاب الشللي الحاد، وتشمل المتلازمة أنماطاً سريريةً وتشريحيةً مرضية (باثولوجية) مميزة. تحدث المتلازمة نتيجة رد فعل مناعي، ويتطلب تدبيرها مراقبة لصيقة للمريض بسبب خطورة تطور المرض، واحتمال حدوث إصابة في الجملة العصبية الذاتية، أو حصول القصور التنفسي.

هدف البحث إلى بيان عدد المصابين والمميزات السريرية والتخطيطية للإصابة لدينا، ومدى الاستجابة الملاحظة على العلاجات المطبقة.

مواد البحث وطرائقه: شملت الدراسة المرضى المقبولين في شعب الإسعاف، أو الشعبة الداخلية العصبية، أو العناية المشددة في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق خلال عام 2016، المشخص لهم مرض اعتلال الجذور والأعصاب الالتهابي الحاد (غيلان باريه) وذلك بالرجوع إلى السجلات الطبية وجمع المعلومات عن عمر المريض وجنسه ومكان إقامته ومدة تطور الأعراض لديهم مع معرفة نمط الإصابة تخطيطياً، ونوع العلاج ونسبة التحسن والوفيات المسجلة. حُلِّلَتِ البيانات كلّها باستخدام التطبيق الإحصائي SPSS .

النتائج: بلغ عدد المرضى 56 مريض منهم 57.9% ذكوراً، و42.1% إناثاً وكانت ذروة الحدوث في العقدين الثالث والرابع، ولوحظ ميل لزيادة الحدوث خلال فصلي الخريف والربيع. بلغت نسبة الإصابة من النمط المحوري 61.4% ، والمزيل للنخاعين 38.6% . لوحظ وجود إنتان تنفسي سابق للإصابة عند 42.11%، والإنتان الهضمي عند 24.6% من المرضى، وبلغت نسبة الوفيات لديهم 5.3%.

الاستنتاج: كان لدينا زيادة في معدل حدوث متلازمة غيلان باريه خلال فصلي الخريف والربيع، كما شكل النمط المحوري النمط الأكثر شيوعاً من الحالات المشخصة هذا العام.

*مدرس الأمراض العصبية في جامعة دمشق

A Descriptive Study of Guillain Barre Syndrome Patients at Al-Assad University Hospital of Damascus in 2016

Yaser Ahmad Saleh*

Abstract

Background: Guillain barre syndrome is the most common cause of acute flaccid paralysis. There are a few distinctive clinical and pathological subtypes of this syndrome. GBS is believed to happens as a result of autoimmunity disturbance and the management consists of close observation and monitoring because of the risk of respiratory failure and autonomic nervous system involvement.

Objective: to know the number of patients with GBS and to demonstrate the distinctive clinical and electrophysiological subtypes in addition to the response for provided treatment.

Material & Methods: the study included all admitted patients with the diagnosis of GBS to the neurology, emergency wards and the ICU at Alassa hospital within 2016, the medical records of these patients were revised and the information about the age, sex, place of residency, the period of symptoms, the electrophysiological subtype, the treatment, the recovery and the mortality rate were collected. All available data were analyzed with SPSS statistical program.

Results: the results of the study were as follows: 56 patients with the diagnosis of GBS were admitted within the year of 2016, 57.9% of them were males, 42.1% were females. and the peak of incidence was in the 3rd and 4th decades with a tendency of the incidence to raise in fall and spring.61.4% of patients have an axonal type of syndrome and 38.6% have the demyelinating type, previous respiratory infection symptoms were recorded in 42.1% of patients and gastrointestinal infection symptoms in 24.6%, the mortality rate was 5.3%. Conclusion: there is an increase of the incidence of GBS in fall and spring Seasons. The Axonal subtype of the syndrome is the dominant subtype.

* Lecturer of neurology in Damascus university

المقدمة:

تحتل متلازمة غيلان باريه السبب الأول لاعتلال الأعصاب الشللي الحاد، وهي الأكثر خطورة بسبب حدوث القصور التنفسي. تشمل المتلازمة أنماطاً سريريةً وتشريحيةً مرضيةً (باثولوجية) مميزة وعديدة.

يقدر عدد المصابين حول العالم سنوياً بـ 100000 مصاب، مع حدوث القصور التنفسي عند نحو 20% من المصابين، ومعدل وفيات يقارب5-3%.

تحدث المتلازمة نتيجة رد فعل مناعي لإنتان هضمي، أو تنفسي سابق وقد لانستطيع كشف الانتان بالقصة أو بالاستقصاءات حيث تقوم الأضداد بمهاجمة مستضدات الغانغليوزيد الموجودة في الميلانين المغلف للألياف العصبية أو المحاور وتسبب تلفها.

يتطلب تدبير المتلازمة مراقبة لصيقة بسبب خطورة تطور المرض، وحدوث إصابة في الجملة الذاتية وما ينتج عنها من اضطراب في نظم القلب والتوتر الشرياني.

يعتمد علاج متلازمة غيلان باريه على فصل البلازما أو إعطاء الغلوبيولينات المناعية وريدياً. ولا دليل على فائدة الستيروئيدات أو مثبطات المناعة الأخرى في التدبير حتى الآن.

خلفية البحث:

لوحظ خلال عام 2016 زيادة مهمة في عدد مرضى غيلان باريه في سوريا.

هَدَفَتْ هذه الدراسة إلى بيان عدد المصابين، والمميزات السريرية والتخطيطية للإصابة، ومدى الاستجابة على العلاج المتوافر في سورية، ومن أجل استكمال البحث لاحقاً لكشف العامل المسبب واتخاذ إجراءات وقائية لمنع انتشار أي جائحة لغيلان باريه.

مواد البحث وطرائقه:

هذه الدراسة هي دراسة قهقرية retrospective، تشمل المرضى المقبولين في الإسعاف أو الشعبة الداخلية العصبية أو العناية المشددة جميعهم في مشفى الأسد الجامعي بدمشق خلال عام 2016، الذين تم تشخيصهم اعتلال جذور وأعصاب التهابي حاد (غيلان باريه) من قبل طبيب عصبية، بناءً على القصة السريرية والفحص السريري ودراسة الناقلية العصبية وبزل السائل الدماغي الشوكي، إذْ تم الرجوع إلى السجلات الطبية وجمع المعلومات عن عمر المريض/ة وجنسه، ومكان الإقامة، ومدة تطور الأعراض، ونمط الإصابة تخطيطاً، ونوع العلاج المقدم، ونسبة التحسن على العلاج، ونسبة الوفيات.

النتائج:

الجدول (1): تصنيف الحالات حسب الجنس المصاب/ة

الجنس	ذكر	أنثى
عدد الحالات	33	24
النسبة	%57.9	%42.1

بلغ عدد المقبولين في مشفى الأسد الجامعي بدمشق والمشخص لهم غيلان باريه 56 مريضاً/ةً، عدد الذكور 33(57.9%)، وعدد الإناث 24(42.1%).

ذروة حدوث المرض في العقدين الثالث والرابع الجدول(2)، وذروة حدوثه خلال الشهرين الخامس والعاشر (أي يوجد ميل للحدوث خلال فصلي الربيع والخريف). من حيث نمط الإصابة تخطيطياً، بلغ عدد المرضى مع إصابة منكسة للمحاور 35 (61,4%)، في حين 22 مريضاً (38,6%) مزيل للنخاعين. الجدول (3).

الجدول (2): تصنيف المرضى حسب الفئات العمرية

العمر	10 – 29	30–49	50–69	فوق 70
عدد الحالات	16	20	17	3
النسبة	%28.54	%35.71	%30.3	%5.3

الجدول (3): تصنيف الحالات حسب نمط الإصابة تخطيطياً

نمط الإصابة	منكس للمحاوير	مزيل للنخاعين
عدد الحالات	35	22
النسبة	%61.4	%38.6

وصلت الأعراض إلى الذروة قبل البدء بالعلاج خلال أول خمسة أيام عند 28 (49.12%)، وخلال 6–10 أيام عند 16 (28.57%)، وعند 12 (21.42%) استغرقت الأعراض أكثر من 10 أيام. الجدول (4)

الجدول (4): تصنيف المرضى حسب مدة تطور الأعراض قبل البدء بالعلاج

المدة / يوم	1 – 5	6 – 10	أكثر من 10
عدد الحالات	28	16	12
النسبة	%49.3	%28.57	%21.42

من حيث الإنتان السابق للإصابة كان تنفسياً عند 24 (42.1%) وهضمياً عند 14 (24.6%)، ولا توجد قصة إنتان عند 19 (33.3%).

أُجْرِيَ بزل السائل الدماغي الشوكي، ولوحظ وجود افتراق احيني خلوي عند 38 (66.7%) من المرضى.

أُجْرِيَ فصل البلازما عند 48 مريضاً، وغلوبيولينات مناعية وريدية عند 4 مرضى، وحصل تحسن عفوي عند 4 مرضى دون علاج نوعي. الجدول (5)

حصل تحسن في الأعراض عند 47 (82.5%)، مع تحسن عفوي عند 4 (7%)، وعدم تحسن عن 3 (5.3%)، والوفيات عند 3 (5.3%)، عند مريضين بسبب القصور التنفسي ومريضة بسبب اضطراب النظم القلبي. الجدول (6).

الجدول (5): نوع العلاج المطبق

نوع العلاج	فصل بلازما	غلوبيولينات مناعية وريدية	لم يطبق العلاج بسبب التحسن العفوي
عدد الحالات	48	4	4
النسبة	%85.7	%7.14	%7.14

الجدول (6): نسبة حدوث التحسن على العلاج والوفيات

الحصيلة	تحسن على العلاج	لا يوجد تحسن على العلاج	تحسن عفوي	الوفيات
عدد الحالات	47	3	4	3
النسبة	%82.5	%5.3	%7	%5.3

المناقشة:

أُجْرِيَتْ هذه الدراسة ومقارنتها بدراسات مماثلة أجريت في (الكويت، وايران، وباكستان، وتايوان، ,إنكلترا، والهند)[1,4]

كان عدد الحالات خلال عام 2016 أكبر من الحالات جميعها المقبولة في مشفى الأسد الجامعي خلال السنوات

الست السابقة (35 مريضاً من 2010 حتى نهاية 2015). وقد ذكرت تقارير عالمية من البرازيل عن جائحة لغيلان باريه في المناطق الجغرافية نفسها التي انتشر فيها فيروس زيكا [5] وتم إثبات وجود ترافق بين الإصابة بـ زيكا وحدوث غيلان باريه في عدة دول في أمريكا الجنوبية والشمالية.[6]

لوحظت زيادة واضحة في الشكل المنكس للمحاور مقارنة بالمزيل للنخاعين (60% مقابل 40%)، على نقيض ما كان ملاحظاً في السنوات السابقة في المرضى المقبولين في مشفى الأسد الجامعي، إذْ كان الشكل المزيل للنخاعين هو المسيطر، وما هو مذكور في المراجع والأدب الطبي إذْ كان النسبة العليا دوماً للشكل المزيل للنخاعين (الكويت، باكستان، الهند)[1,2,7]، وفي دراسة Hiraga A et al. دُرِسَ 131 مريضاً وجد الشكل المزيل للنخاعين لدى 41 مريض منهم والشكل المحواري الحركي (AMAN) لدى 62 مريضاً و28 مريضاً كانوا غير مصنفين، وبدراسة سير المرض وجد ترقٍ أسرع ، وكذلك الوصول لذروة الأعراض بشكل أبكر عند مرضى الشكل المحواري الحركي مقارنة بالشكل المزيل للنخاعين.[8]

لم يلاحظ من خلال الدراسة السابقة ميل الإصابة لعمر أو جنس محدد وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية.

- وجود الافتراق الآحيني الخلوي عند 66% من المرضى في كلا الشكلين المزيل للنخاعين والمنكس للمحاور وهذا يتوافق مع الدراسة الإيرانية [4]، دون وجود أهمية إحصائية لمعدل حدوث الافتراق بأحد الشكلين أكثر من الآخر. بينما كان وجود الافتراق مع الشكل المزيل للنخاعين أكثر في دراسة باكستان.
- لم نلاحظ في دراستنا وجود ميل لحدوث المرض خلال فصول معينة من السنة رغم وجود زيادة في عدد المرضى خلال شهري أيار وتشرين الأول لكنها غير مهمة إحصائياً، وهذا يتوافق مع دراسة إيرانية، في حين كان هناك ميل للحدوث خلال الخريف والربيع في دراسة تايوانية، وكان الحدوث أكثر في الشتاء في الكويت.
- أثبت العلاج بفصل البلازما وتطبيق الغلوبيولينات المناعية فائدة كبيرة، وقد وصلت نسبة التحسن إلى . 82%، وهذه النسبة تماثل النسب في الدراسات العالمية.9
- نسبة الوفيات 5.3% أكثر بشكل قليل مقارنة بالدراسة التايوانية[10] (3%) أو الإيرانية[4] (3.3%).
- الاستنتاجات:
- يعدُّ غيلان باريه حالياً من أشيع أسباب الشلل الرخو الحاد.
- إن معرفة نسبة الشكل المحواري الحركي منه ودراسة تظاهراته تساعد في وضع التشخيص وتركيز البحوث مستقبلاً بناء على نسبة هذا الشكل عند مرضى المتلازمة نظراً إلى اختلاف السير السريري والإنذار في هذا الشكل، وكذلك العوامل المحرضة عن الشكل المزيل للنخاعين.

التوصيات:

1. نحن بحاجة لدراسة مشابهة متعددة المراكز لإمكانية وضع نسبة انتشار غيلان باريه ومعدل حدوثه في الجمهورية العربية السورية.
2. نحن بحاجة لدراسات تتحرى أكثر عن العامل المسبب، من خلال إجراء تحاليل للمرضى جميعاً للبحث عن عامل إنتاني مسبب.

References

1. D. Gupta et al., "Electrodiagnostic and clinical aspects of Guillain-Barré syndrome: an analysis of 142 cases," J. Clin. Neuromuscul. Dis., vol. 10, no. 2, pp. 42–51, Dec. 2008.
2. V. Nagarajan and A. Al-Shubaili, "Clinical and neurophysiological pattern of Guillain-Barré syndrome in Kuwait," Med. Princ. Pract. Int. J. Kuwait Univ. Health Sci. Cent., vol. 15, no. 2, pp. 120–125, 2006.
3. J. H. Rees, R. D. Thompson, N. C. Smeeton, and R. A. Hughes, "Epidemiological study of Guillain-Barré syndrome in south east England," J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, vol. 64, no. 1, pp. 74–77, Jan. 1998.
4. S. Yadegari, N. Kazemi, and S. Nafissi, "Clinical and electrophysiological features of Guillain-Barré syndrome in Iran," J. Clin. Neurosci. Off. J. Neurosurg. Soc. Australas., vol. 21, no. 9, pp. 1554–1557, Sep. 2014.
5. L. M. Araujo, M. L. B. Ferreira, and O. J. Nascimento, "Guillain-Barré syndrome associated with the Zika virus outbreak in Brazil," Arq. Neuropsiquiatr., vol. 74, no. 3, pp. 253–255, Mar. 2016.
6. A. R. Styczynski et al., "Increased rates of Guillain-Barré syndrome associated with Zika virus outbreak in the Salvador metropolitan area, Brazil," PLoS Negl. Trop. Dis., vol. 11, no. 8, p. e0005869, Aug. 2017.
7. S. Shafqat, B. A. Khealani, F. Awan, and S. E. Abedin, "Guillain-Barré syndrome in Pakistan: similarity of demyelinating and axonal variants," Eur. J. Neurol., vol. 13, no. 6, pp. 662–665, Jun. 2006.
8. Hiraga A, Mori M, Ogawara K, Hattori T, Kuwabara S. Differences in patterns of progression in demyelinating and axonal Guillain-Barré syndromes. Neurology. 2003;61(4):471-474. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12939419. Accessed October 13, 2017.
9. P. A. van Doorn, "Diagnosis, treatment and prognosis of Guillain-Barré syndrome (GBS)," Presse Medicale Paris Fr. 1983, vol. 42, no. 6 Pt 2, pp. e193-201, Jun. 2013.
10. W.-C. Huang, C.-L. Lu, and S. C.-C. Chen, "A 15-Year Nationwide Epidemiological Analysis of Guillain-Barré Syndrome in Taiwan," Neuroepidemiology, vol. 44, no. 4, pp. 249–254, 2015.