

## رابطه زخم معده و اختلالات غدد داخلی

مقصود از زخم معده در این بحث زخم پپتیک میباشد که بیشتر در دوازدهه و باو فور کمتر در معده بروز میکند.

شایعترین موارد بروز زخم معده و اختلالات غدد مترشحه داخلی عبارتند از:

۱- اختلال عملی غدد فوق کلیه .

۲- اختلال غده پانکراس ( سندرم زولینگرلیسون).

۳- آدنوماتوز غدد مترشحه داخلی .

۴- هیپر پاراتیروئیدسم .

بجز چهار مورد اصلی فوق موارد دیگری هم هست که در آنها اختلال غده مترشحه داخلی و زخم معده توأم میباشد ولی با اطلاعات کنونی بنظر نمیرسد که رابطه ای بین آنها وجود داشته باشد .

بررسی هائی که در مورد زخم های معده همراه با پاراتیروئیدسم یا معلول بکار بردن استروئیدهای فوق کلیه انجام میشود یکی از طرقی است که در پناه آنها میتوان تا حدودی فیزیولوژی معده را روشن کرد و باهشیاری بیشتری مسئله زخم معده را توجیه نمود.

در زیر بشرح هر یک از چهار مورد بالا میپردازیم:

۱- اختلال عملی غدد فوق کلیه - Crean نشان داده است که استروئیدهای فوق کلیه اسید معده را بمقدار قابل ملاحظه ای زیاد کرده و همچنین باعث افزایش اسید مترشحه از معده نسبت به تحریک با هیستامین میشود . کران معتقد است که استروئیدهای فوق کلیه فعالیت سلولهای جداری معده را افزایش داده ویا اینکه بتوده سلولهای جداری میافزایند . همینطور در معده های بجزای بدون عصب هم استروئیدهای غدد فوق کلیوی موجب افزایش ترشح شده اند .

نیز نشان داده شده است که این استروئیدها نه تنها باعث ازدیاد ترشح معده میشوند بلکه موجب افزایش پاسخ معده بتحریكات : واگ ، هیستامین ، آنتر نیز میگرددند .

از طرف دیگر Dolcini نشان داده است که استروئیدهای فوق کلیه باعث تغییراتی در جریان خون معده میشوند. نیز تزریق A.C.T.H در حیوانات آزمایشگاهی که غدد فوق کلیه آنها قبلاً بتوسط عمل جراحی برداشته شده است باعث کاهش جریان خون معده میگردد. بالاخره بجز تأثیر در مقدار ترشحات معده وجود استروئیدهای فوق برای ادامه عمل استخوانی مخاط معده در مقابل اسید لازم میباشد و باعث تقویت این عمل میگردد.

استعمال استروئیدها در بیمارانیکه بمقدار کم و مدت کوتاه دارو مصرف مینموده اند باعث بروز زخم دره—۷ درصد موارد شده است ولی در بیمارانیکه مبتلی به آرتریت روماتوئید بوده اند این نسبت به ۲۱ درصد رسیده است.

گری در سال ۱۹۵۶ یک سری همت نفری بیمار مبتلی به آدیسون را مشاهده کرده است که در اثر درمان با متادیر کم و کوتاه مدت کورتیزون (روزانه ۱۲/۵ تا ۳۷/۵ میلی گرم) دچار زخم معده گردیده اند.

البته باید در نظر داشت که بیماران مبتلا به آدیسون بطور کلی استعداد بیشتری برای ابتلاء به زخم معده دارند.

از طرف دیگر استعمال استروئیدهای آنابولیزان سواردی از زخم معده را بهبود داده است. در ۶ بیمار مبتلی به زخم معده استعمال هرستهای آنابولیزان باعث بهبود ۴ مورد یعنی ۶۶/۷٪ گردیده است.

این بهبود هم در علائم بالینی وهم توسط عکس برداری معده و دوازدهه همه مشخص و ثابت شده است.

در اینجا میبایست اضافه نمود که استعمال آنابولیزان نه تنها زخم معده و دوازدهه بلکه بطور قابل قبولی در گاستریت ها تجربه شده و نتایج رضایتبخش داده است. البته عوارض ثانوی از قبیل: دیسمنوره، آکنه، خشونت صدا، دردهای پراکنده عضلانی و درد پشت هم بطور نسبتاً شایع ملاحظه گردیده است.

باید توجه داشت که وجود زخم معده در افراد معمولی ۲ تا ۶ درصد هزار میباشد. سوارد تعددی از زخم معده و آدنوم غدد فوق کلیه مشاهده شده است.

بطور کلی بنظر میرسد که استروئیدهای غدد فوق کلیه برای ادامه فعالیت طبیعی معده لازم می باشد.

در موارد استرس مسلماً غدد فوق کلیوی در بروز زخم معده دخالت ندارد و یکی از دو مکانیسم زیر ممکن است باعث بروز زخم در حالت فوق بشوند.

اول - استرس شدید و ناگهانی که موجب ترشح فوق‌العاده استروئیدها میشود .  
(ضربه‌های شدید ، شوک ، سوختگیها ، نگرانی شدید) که مستقیماً روی معده اثر نموده ترشح آنرا افزایش داده و باعث نقصان فعالیت دفاعی مخاط و بروز زخم (Acute Stress Ulcer) می‌گردد .

دوم - در حالت استرس بزمن معده بمقدار ثابت و معینی از استروئیدها حساس میشود که این مقدار ثابت لازم نیست حتماً بیشتر از مقدار طبیعی باشد . بر مبنای همین نظر است که میتوان طبیعی بودن مقدار استروئیدها را در بیمارانی که مبتلا به زخم مزمن معده میباشند توجیه کرد .

۲- سندروم Zollinger - Ellison که بتوسط اختلالات زیر مشخص میشود:

الف - زخمهای منفرد یا پراکنده ناگهانی و عودکننده که ممکن است در سری، معده، دوازدهه و ژژونوم قرار داشته باشند . معمولاً محل زخم نظم و ترتیب خاصی ندارد .

ب - تومر پانکراس در قسمت سلولهای فاقد انسولین جزائرنانکرمانس همراه با آدنوم غدد (فوق کلیه - هیپوفیز - پاراتیروئید)

پ- ترشح فوق‌العاده زیاد معده (۱۲۰ تا ۱۵۰ میلی‌اکویالان اسید - ۹ تا ۱۲ لیتر ترشح کل معده و ۳۸۰۰۰ واحد اوروپسین در ۲۴ ساعت .

ت - بعد از رادیو تراپی مداوم - گاسترکتومی سوب توتال ، واگوتومی ، برداشتن تومر پانکراس بازم زخم ایجاد میشود و یا زخمهای قبلی عود میکنند .

بنظر زلینگر والیسن از تومر پانکراس ساده‌ای شبیه گاسترین ترشح میشود که مسئول افزایش ترشح معده و زخم میباشد .

۳- آدنوماتوز غدد مترشحه داخلی: آدنوما در غدد پانکراس ، پاراتیروئید، هیپوفیز و فوق کلیه وجود دارد . این بیماری از سالها پیش شناخته شده است . عده‌ای آنرا یک بیماری خانوادگی دانسته‌اند .

آدنوماها همراه با هیپرپلازی قسمت‌های غیر آدنوماتوز غدد میباشد .

اختلاف این سندروم با زلینگرالیسن اینستکه:

اولا در این سندروم محل زخم معمولاً در دوازدهه است ، ثانیاً برای بروز بیماری یک استعداد فاسیلی لازم است . ثالثاً در این بیماری قند خون باندازه طبیعی میباشد .

با تمام این اوصاف ممکن است هردو سندرم یک بیماری واحد باشند .

در میان غدد داخلی مطالعاتی که در بیماران مبتلابه هیپر تیروئیدیسم انجام گردید نشان داده است که در اینها معمولاً نقصان اسید و پپسین معده چه بطور معمولی و چه پس از تحریک ترشحات توسط هیستامین نسبت به افراد سالم وجود دارد .

۴- هیپرپاراتیروئیدیسم: گرچه در سندروم زلینگرالیسن هم این ضایعه وجود دارد ولی هیپرپاراتیروئیدیسم مجزایم چه در حیوانات آزمایشگاه و چه در انسان موجب بروز زخم میشود. وجود یک عمل پروتئولیتیک برای عصاره پاراتیروئید مسلم شده است. و نیز بنظر میرسد که رابطه ای بین مقدار کلسیم خون و وفور زخم معده وجود داشته باشد.

جدیداً نظریاتی بره بنای اختلالات ایمنونولوژیکی معلول پاراتیروئید در بیماران زخم معده پیشنهاد شده است. در چند بیمار که ATIO مصرف نموده اند پسودو هیپرپاراتیروئیدیسم و زخم معده گزارش شده است.

بررسیهای بالینی نشان داده است که وفور زخم معده در بیماران مبتلابه هیپرپاراتیروئیدیسم بیشتر از افراد دیگر میباشد و این اختلاف در سردان بارزتر است.

نکته قابل توجه اینست که در زنهای مبتلی به هیپرپاراتیروئیدیسم زخم معده در صورت وجود هیچگونه علامت بالینی نشان نمیدهد.

از طرف دیگر در بیماران مبتلی به هیپرپاراتیروئیدیسم که زخم معده دارند آدنوم پاراتیروئید و یا آدنوهای پلی آندوکراین شایع تر است.

علیرغم تمام مطالب فوق عده ای متکرر وجود رابطه صمیمی زخم معده و اختلالات غده مترشحده داخلی می باشند که عقیده صحیحی بنظر نمیرسد.

## REFERENCES

- 1- Gray, S. J Amer. J Dig. Dis, 9; 279- 248, 1964
- 2- Hiness, S. H. B. Amer, J Gasroent, 40; 417- 424, 1963
- 3- Kund - Sun, R. J. and Lynch, R. C. Amer, Surg, 29; 117-125, 1963
- 4- William M. J. and Blair, D. W. Brit. Med, J, 3588; 940 - 944, 1964.