

دراسة في أشكال تطور التصلب العديدي في سورية لدى عينة من المرضى في سورية

محمد شحاده آغا*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يتطور التصلب اللويحي بأشكال مختلفة. وهي تتوزع بين الشكل الراجع الناكس والمترقى الثانوي والمترقى البدئي والمترقى الناكس. وقد اهتمت دراستنا هذه بدراسة الأشكال المختلفة في منطقتنا. مواد البحث وطرائقه: دراسة حشد مقطعية Cross-Sectional Cohort Study: عينة الدراسة جرت على المرضى المراجعين للعيادة العصبية وقسم الأمراض العصبية في مشفى المواساة الجامعي في دمشق (سورية) كلهم الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لـ McDonald المحدثة من عام 2001 حتى 2006 وبلغ عددهم 185 حالة. ثم جرى تصنيف المرضى حسب العمر والجنس وتطور المرض خلال السنوات التي تلت. ومقارنة النتائج في دراستنا بالنتائج العالمية.

النتائج: يتضح من الدراسة أن نسبة الإصابة في سورية بالنمط الراجع الناكس والنمط المترقى الثانوي تبلغ نحو 92% وهي تماثل النسب العالمية، أمّا في الشكلين المترقى البدئي والمترقى الناكس فتبلغ 8% وهي أقل بقليل من مثيلاتها في العالم. وقد بلغت نسبة الإصابة عند الإناث أعلى منها عند الذكور بمقدار 1-2 في النمط الراجع الناكس والنمط المترقى الثانوي، أمّا نسبة الإصابة عند الذكور فكانت هي المسيطرة في الشكلين المترقى البدئي والمترقى الناكس، وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية.

الاستنتاج: مما سبق نستخلص أن أشكال تطور الإصابة في التصلب اللويحي في سورية تماثل ما هو معروف عالمياً، أمّا الأشكال المتبقية فتعدّ أقل نسبياً في سورية. أمّا بالنسبة إلى التوزيع الجنسي فهناك تطابق تام مع النسب العالمية. كلمات مفتاحية: تصلب لويحي_أشكال تطور المرض_ التوزيع الجنسي.

* مدرس - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

A Study About Patterns of Progression of Multiple Sclerosis in Syria

Mohamad Shehadeh Agha*

Abstract

Background & Objective: Multiple sclerosis progress in different patterns. It is divided to relapsing remitting, secondary progressive, primary progressive and progressive with relapses types. Our study concentrates on studying these different patterns in our area.

Materials & Methods: Cross-sectional cohort study of the patients attending the outpatient or the inpatient in the neurological department at the Mouassat Teaching Hospital in Damascus, Syria. We collected 185 cases meet the revised McDonald diagnostic criteria between 2001 and 2006. Then all the patients were classified according to their age and sex and all were followed for several years to monitor their progression. Our results were compared with the international results.

Results: Our study has shown that the percentage of involvement in the relapsing remitting and secondary progressive types was 92% which is similar to the international studies. While the progressive types account for 8% which is slightly less than the finding in the international studies. Female: male ratio was 2:1 in the relapsing remitting and secondary progressive types while in the progressive types, male dominance was clear. These findings were compatible with the international results

Conclusion: We conclude that the patterns of progression of multiple sclerosis in Syria are similar to the international studies except the progressive types which were relatively less in Syria. Sex distribution was identical to the international studies.

Keywords: multiple sclerosis-patterns of progression-sex distribution.

* Tutor at the Medical College-Damascus Damascus University .

مقدمة:

الموضوعة في العصب البصري والنخاع الشوكي والدماع وميله لإصابة الشباب هو ينكس بدرجات متفاوتة، وقد يشفى لسنوات عديدة ثم يعاود⁸.

ولكن ما يخشى منه هو تطوره إلى الشكل المترقي، وهو ما يحدث في غالبية الحالات، وهذا يعني دخوله في طور التنكسي وهو يتطور دون هواده ويتراكم العجز في هذه الأحوال⁹.

أمّا الشكل التنكسي فلا يمر عادة بهجمات واضحة ويميل للتطور بشكل مستمر من البدء، ويزداد العجز مع تطور المرض^{10,11}.

إن التظاهرات السريرية متباينة وتتحد بحسب موقع البؤرة المزيلة للنخاعين وامتدادها. في الأحوال جميعها فإن الآفات لها ميل لأجزاء محددة من الجهاز العصبي المركزي فهي تتبع السبيل البصري وتؤدي إلى مجموعة من الأعراض والعلامات والمظاهر السريرية التي غالباً ما تكون مميزة ووصفية للمرض.

يمكن تقسيم التصلب العديد حسب نمط التظاهرات السريرية وسير المرض إلى أربعة أنماط رئيسة¹² (انظر الشكل رقم 1):

النمط الناكس الراجع (RR) Relapsing-Remitting

النمط المترقي الثانوي (RP) Secondary Progressive

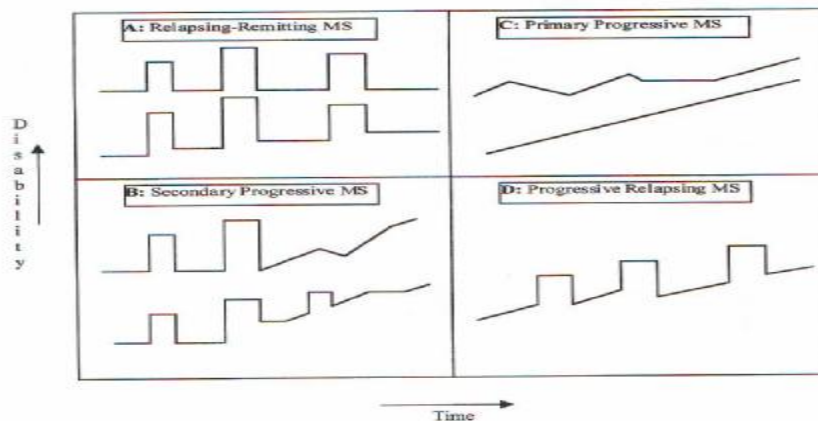
النمط المترقي البدئي (PP) Primary Progressive

النمط المترقي الناكس (PR) Progressive with relapses

التصلب العديد هو مرض التهابي مزمن يتظاهر باضطراب عصبي مترق أو ناكس. وهو ينجم عن بؤر التهابية حول الأوردة في المادة البيضاء من الجهاز العصبي المركزي. تعطي الهجمات المتلاحقة منظرًا وصفيًا للويحات أو آفات مصلبة ومزيلة للنخاعين منتشرة في الدماغ والعصب البصري والنخاع الشوكي في الأشخاص المصابين. وهو مرض دينمي يؤدي إلى تشكل مستمر للآفات وتطور نحو الطور المترقي والعجز¹.

وتبلغ نسبة الانتشار في بعض المناطق من كندا (217/100,000) وتصل في الشمال الأقصى من السويد إلى (253/100,000)، وهي نسبة انتشار مرتفعة، في حين يندر وجوده في اليابان (2/100,000) والصين (هونغ كونغ 1/100,000)². أمّا في الدول القريبة من سورية فقد أظهرت الدراسات القليلة المتوافرة أن نسبة الانتشار في إيران والعراق³ والأردن⁴ (7/100,000) والسعودية⁵ (8/100,000) وليبيا (6) (6/100,000)، أمّا في اليونان فكانت (47/100,000) وفي تركيا (46/100,000) وقد بلغت في قبرص (45/100,000)⁽⁷⁾.

يتصرف المرض عادة بأحد شكلين إما الشكل الالتهابي أو الشكل التنكسي. في الشكل الالتهابي تعد الآلية المناعية الآلية الإمراضية الرئيسية للمرض. وهنا يكون المرض مزمنًا ويتظاهر سريريًا بهجمات من الاضطرابات



الشكل رقم 1 : أنماط تطور التصلب اللويحي العديد

عددهم 185 حالة. جرى استجواب وفحص الـ185 حالة وجرى متابعتهم ومراجعة الصور والتحليل والاختبارات التشخيصية كلّها. ثم صنف المرضى حسب العمر والجنس وتطور المرض خلال السنوات التي تلت. كما جرى التثبت من الاختبارات التشخيصية والتأكد من تطابقها مع المعايير المذكورة.

- زمن الدراسة: المرضى المراجعون من عام 2001 حتى 2006.

- شروط الاشتمال: المرضى كلّهم الذين يوضع لديهم تشخيص مرجح للتصلب اللويحي، وذلك عندما يتوافر سريريًا ومخبريًا تعدد في الزمان والمكان، وحاليًا تستخدم المعايير التشخيصية المعدلة الموضوعية من قبل McDonald (16) (الملحق ب) وهي التي حلت مكان المعايير القديمة ل Poser (17) ومن قبله Schumacher (18) وقد جرت مراجعتها من قبل Polman (19) في نهاية 2005 (انظر إلى المعايير في النهاية (الملحق ب)). كما قيم المرضى باستخدام السلم الموسع لحالات العجز Kurtzke extended disability status scale (EDSS) (15) (الملحق أ). واستبعدت الحالات المشكوك بها أو غير النموذجية.

درس المرضى الذين لديهم أعراض مماثلة وفحص المرضى الذين تبدأ أعراضهم قبل 20 سنة أو بعد 40 سنة. أو وجود بدء مفاجئ أو ترقٍ مستمر (غير النمط المترقي البدئي) أو وجود أعراض وحيدة. كما أن الأعراض غير الوصفية (كالصداع أو نقص السمع) أو الأعراض العامة درست بدقة لنفي أسباب أخرى للأعراض.

بعد جمع العينات أدخلت النتائج إلى البرنامج الإحصائي Excel وأجريت الدراسة الإحصائية.

من هذه الأنماط الأربعة فإن النمطين الناكس الراجع و المترقي الثانوي يعدان أكثر الأشكال شيوعاً. أمّا المترقي البدئي فيحدث بنسبة لا تتجاوز 15% من مرضى التصلب العنيد كلّهم، في حين لا تتجاوز نسبة النمط المترقي الناكس 5% من الحالات¹³.

ينظر حالياً إلى الأشكال الأربعة كآلاتي: يعدّ الشكل الراجع الناكس نمطاً لم ينضج بعد لعدم مرور الوقت الكافي. أمّا المترقي الثانوي فهو الشكل الراجع الناكس المتقدم بالسن. في حين تعدّ الأشكال البدئية المترقية أشكالاً مبتورة لأنها لم تمر بالطور الراجع الناكس¹⁴. ومما تجدر الإشارة إليه أن الشكل الراجع الناكس يصيب الشباب، في حين تصيب الأشكال المترقية المرضى الأكبر سناً. كما أن درجة العجز EDSS تصل إلى أربعة في النمط الراجع الناكس، أمّا في الأنماط المترقية فتكون الدرجة فوق الأربعة (السلم الموسع لحالات العجز Kurtzke extended disability status scale (EDSS)¹⁵ وهو يعتمد على النواحي الوظيفية في قسمه الأول وعلى القدرة على الحركة في قسمه الأخير، ويدرج السلم من 0 إلى 10 (الملحق أ).

هدف البحث: هدفت الدراسة إلى تعرف تظاهرات هذا المرض في الجمهورية العربية السورية، من حيث أشكال هذا المرض، ودراسة تطور المرض ومعرفة هل هناك أي اختلاف بين الجنسين من حيث الأشكال أو أي تظاهرات غير مألوفة ومقارنة ذلك بالدراسات العالمية.

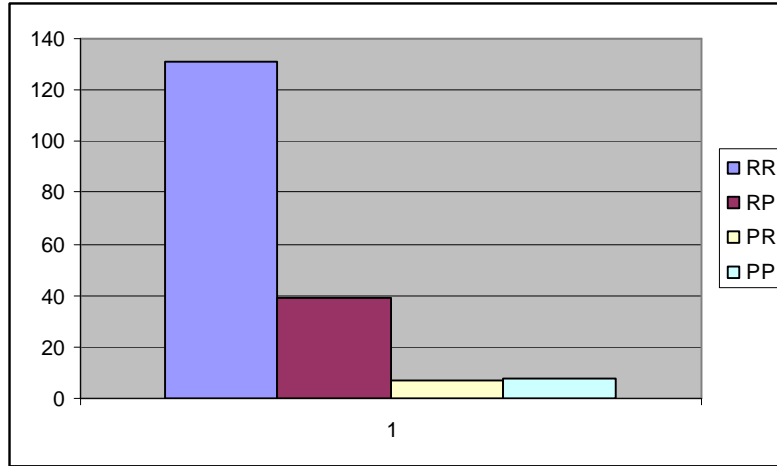
المواد والطرائق:

نوع الدراسة: إن دراستنا هي من نمط الحشد المقطعي

CROSS-SECTIONAL COHORT STUDY.

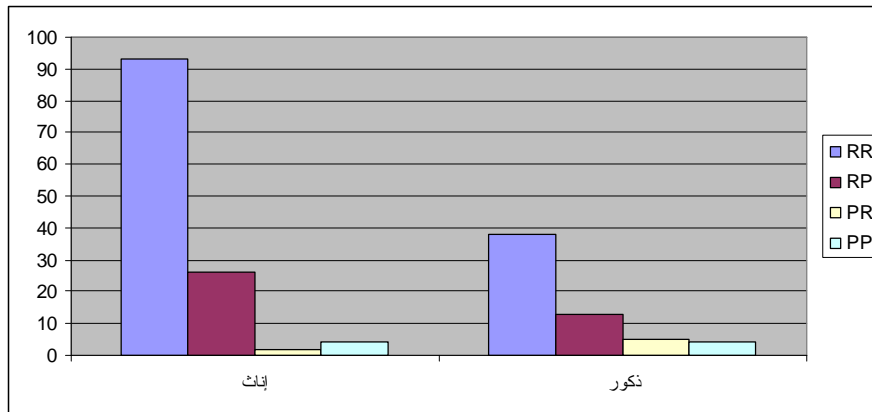
- **الاعتيان sampling:** عينة الدراسة جرت على المرضى المراجعين للعيادة العصبية وقسم الأمراض العصبية في مشفى المواساة الجامعي كلّهم الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لـ McDonald المحدثة (الملحق ب) وبلغ

- النتائج: يبين الشكل 2 أنماط التصلب العديد .
- النمط المتلقي البدئي Primary Progressive (PP)
 - النمط المتلقي الناكس Progressive with relapses (PR)
 - النمط الناكس الراجع Relapsing-Remitting (RR)
 - النمط المتلقي الثانوي Secondary Progressive (RP)



الشكل (2) توزيع أنواع الإصابة في سورية

أما توزيع الإصابة بين الإناث و الذكور في دراستنا فكانت كما في الشكل (3):



الشكل 3: التوزيع الجنسي في الدراسة

مقارنة دراسة Confavreux et al. (20) من فرنسا تشير إلى توزيع الأنماط المختلفة من التصلب اللويحي في 349 مريضاً كما يأتي (انظر الجدول 1)

الجدول 1: أنماط الإصابة في فرنسا

Type	No. of patients	Mean age at onset	No. of patients (%) for each class of age at onset												
R ----	202	29.2	0	1	13	25	18	17	10	9	3	2	0.5	0.5	
RP	83	31.7	1	4	6	15	17	25	12	10	5	5	1	0	
P ———	64	37.3	0	0	2	6	14	20	23	14	6	11	2	2	

يلاحظ من الجدول 1 أن نسبة النمطين الراجع الناكس والمتريقي الثانوي هو 81.7%، أمّا النمط البدئي فيشكل نسبة 18.3%.

أما في دراسة ل. Kuroiwa et al. (21) من اليابان فتبلغ نسبة الإصابة في النمط الراجع الناكس 89%.

الجدول 2: التوزيع حسب الفئات العمرية

ذكور		إناث		الحالات جميعها		العمر عند حدوث أول هجمة
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	
10%	6	24%	30	19.5%	36	10-20 سنة
40%	24	32%	40	34.6%	64	21-30 سنة
38.3%	23	30.4%	38	32.9%	61	31-40 سنة
6.7%	4	12.8%	16	10.8%	20	41-50 سنة
5%	3	0.8%	1	2.2%	4	أكثر من 50 سنة
	60		125		185	

وإذا نظرنا إلى توزيع الفئات العمرية (الجدول 2) في دراستنا يتضح أن أعلى نسبة للإصابة كانت بين 20-40 سنة من العمر، وقد بلغت 65.5% من الحالات، أمّا النسبة المتبقية فقد اتضح أن هناك ميلاً للإصابة في أعمار أكبر، وهي تماثل ما هو مشاهد في العديد من الدراسات العالمية، ففي دراسة مماثلة أجريت في المملكة المتحدة في جامعة ساوثامبتون Southampton²² عام 1991 نجد أن توزيع التصلب العنيد حسب المرحلة العمرية و الجنس هو كما يأتي (الشكل 4):

وإذا نظرنا إلى توزيع الفئات العمرية (الجدول 2) في دراستنا يتضح أن أعلى نسبة للإصابة كانت بين 20-40 سنة من العمر، وقد بلغت 65.5% من الحالات، أمّا النسبة المتبقية فقد اتضح أن هناك ميلاً للإصابة في أعمار أكبر، وهي تماثل ما هو مشاهد في العديد من الدراسات العالمية، ففي دراسة مماثلة أجريت في المملكة المتحدة في جامعة ساوثامبتون Southampton²² عام 1991 نجد أن توزيع التصلب العنيد حسب المرحلة العمرية و الجنس هو كما يأتي (الشكل 4):

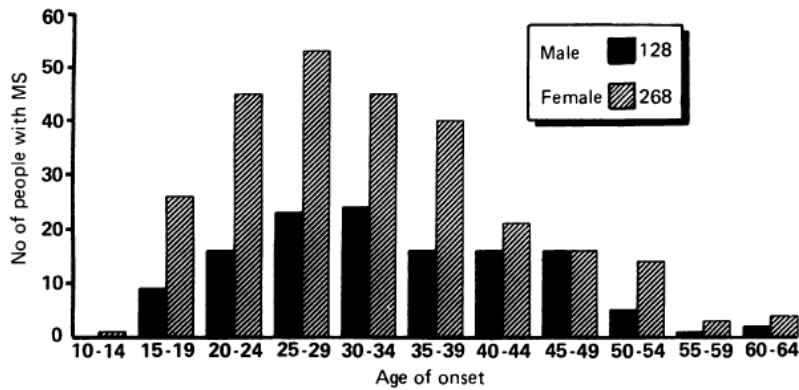


Figure 2 Age of onset by sex.

الشكل 4: سن البدء حسب الجنس في جامعة ساوثامبتون Southampton

والجدول (3) الآتي يبين توزيع الإصابة حسب الفئات العمرية في عدة دراسات علمية على مدى سنين طويلة (23,24, 25, 26, 27, 28, 29)

الجدول 3: توزيع الإصابة حسب الفئات العمرية في عدة دراسات

Age at onset of multiple sclerosis (years)	R. Müller 1951 n = 793	McAlpine and Compston 1952 n = 840	Leibowitz et al 1964a; 1964b n = 266	Panelius 1969 n = 146	Confavreux et al 1980 n = 349	S. Poser et al 1982b n = 1529	Confavreux et al 2000; 2003 n = 1844
<20	22	12	15	11	11	10	12
20-29	46	35	27	48	36	36	37
30-39	24	33	28	31	33	33	30
40-49	7	17	22	9	14	21	15
≥50	1	3	8	1	6		6

ويظهر لدينا الارتفاع الثابت في العقد الثالث مع عمر وسطي للبدء 31.9 عند الإناث و 33.9 عند الذكور.

المناقشة:

Kuroiwa et al من اليابان (21) أن نسبة النمط الراجع الناكس عالية جداً فقد بلغت 89%، وهي تشبه إلى حد قريب - النسبة الموجودة في سورية، وعلى الرغم من أنها أقل بقليل في دراستنا. وهكذا يتضح أن النمط الراجع الناكس هو النمط المسيطر والأكثر شيوعاً في معظم دول العالم بما فيها سورية.

يتظاهر النمط المترقي البدئي بإعاقة عصبية مترقية ببطء ودون هجمات واضحة سابقة أو حالية. إن المرضى من هذا النمط قد لا يلاحظون التغيير في حالتهم من يوم إلى يوم أو من أسبوع إلى أسبوع، أو حتى من شهر إلى شهر، لكن قد يدركون التغيير بين مناسبات مميزة مثل عيد الميلاد من سنة إلى أخرى. ومع أن سير المرض بطيء ومترق فإن المريض قد يمر بفترات من الثبات، وقد يحس المريض بتحسن دون سبب واضح. أمّا النمط المترقي الناكس فهو نمط غير شائع للمرض ويتظاهر بمظهر بدئي مشابه للمترقي البدئي، لكن بوجود واحدة أو أكثر من الهجمات الحادة خلال سير المرض مع شفاء تام أو من دونه التي تظهر بعد تحدد النمط المترقي. أمّا هذه الأشكال المترقية فكثير من الدراسات العالمية لا تميز بين الشكلين المترقي البدئي والمترقي الناكس وينصويان تحت لواء واحد. وكانت نسبة هذين الشكلين مجتمعين نحو 8.1% في دراستنا، وهي نسبة ضئيلة جداً إذا ما قورنت بالنمط

يعدّ النمط الراجع الناكس أكثر أنماط التصلب العديد شيوفاً لمدى بعيد، وذلك عند بدء المرض. ويتصف بهجمات حادة من الخلل العصبي تتطور خلال أيام إلى أسابيع، لتصل إلى حد أعظمي والتي في حال تركت دون علاج تستمر أياماً أو أسابيع قبل أن يحدث الشفاء العفوي الذي قد يكون تاماً أو غير تام. إن المدة بين الهجمات قد تكون متباعدة ولكن لا يوجد ترق في المرض. أمّا النمط المترقي الثانوي فينتج دوماً عن النمط الراجع الناكس وهنا تتراكم الإعاقة العصبية مع الزمن مع هجمات حادة مفاجئة للوضع أو من دونها. يتبع الشكل المترقي الثانوي بشكل أساسي ما يشاهد في النمط الراجع الناكس حيث تنتج الحالات بعد مدة زمنية من الإصابة به، ولذلك دمجت نسبته معه. في دراستنا الحالية يتضح من الجداول السابقة أن نسبة الإصابة في سورية بالنمط الراجع الناكس تبلغ 70.8% وفي النمط المترقي الثانوي تبلغ 21.1%، أمّا إذا أخذنا النسبتين معاً فتصل إلى نحو 92%. ونظراً إلى أن الشكل الراجع الناكس يمثل النسبة الكبيرة من حالات التصلب اللويحي في الدراسات العالمية كفرنسا مثلاً (20)، التي بلغت 57.78% والنمط المترقي الثانوي 23.88% والنسبة مجتمعة 81.66% وهي نسب قريبة من النسب الموجودة في دراستنا. في حين أظهرت دراسة

بالنسبة إلى التوزع الجنسي فهناك تطابق تام مع النسب العالمية حيث تغلب نسبة الإناث في الشكلين الراجع الناكس والمترقى الثانوي، في حين تسيطر إصابة الذكور على الأشكال المترقية. وكان هناك تطابق تام بالنسبة إلى سن ظهور المرض مع الدراسات كلها التي توثق هذه الملاحظة، وتؤكد أن سن البدء هو بين 20-40 سنة من العمر.

الملحق 1: جدول درجة العجز EDSS

- 0- فحص عصبي طبيعي
- 1- لا يوجد عجز، علامات خفيفة في جملة وظيفية واحدة
- 1.5- لا يوجد عجز، علامات خفيفة في أكثر من جملة وظيفية واحدة
- 2- عجز خفيف في جملة وظيفية واحدة
- 2.5- عجز خفيف في جملة وظيفية واحدة أو عجز طفيف في جملتين وظيفيتين
- 3- عجز متوسط في جملة وظيفية واحدة أو عجز خفيف في ثلاث أو أربع جمل وظيفية، متحرك بشكل تام
- 3.5- متحرك بشكل تام مع عجز متوسط في جملة وظيفية واحدة و أكثر من عجز طفيف في عدة جمل أخرى
- 4- متحرك بشكل تام بدون مساعدة، مكتف ذاتياً، ويستطيع المشي مدة 12 ساعة في اليوم على الرغم من العجز الشديد نسبياً: قادر على المشي بدون مساعدة أو الراحة نحو 500 متر.
- 4.5- متحرك بشكل تام دون مساعدة يستطيع الحركة والمشى معظم اليوم ويستطيع العمل كامل اليوم، ولكن هناك تحدياً بسيطاً في النشاط الكامل وقد يحتاج بعض المساعدة البسيطة، ويتميز بعجز شديد

الناكس الراجع والمترقى الثانوي. وبالمقارنة بالدراسات العالمية فإن هذه النسبة تعد أقل مما هو مشاهد في بعض الدول ذات نسب الحدوث العالية. ففي فرنسا على سبيل المثال أظهرت دراسة ل Confavreux (20) أن نسبة الإصابة بالنمط المترقي البدئي تبلغ نحو 18.3 %، وهي أقل بنحو النصف تقريباً من النسبة الموجودة في سورية.

أمّا نسبة الاختلاف الجنسي بين الإناث والذكور فكانت في الشكلين الراجع الناكس والمترقى الثانوي في معظم الدراسات العالمية 2:1 (F:M) (30 و31)، وأعلى نسبة سجلت كانت 2.5:1 (F:M) في الدراسات من أمريكا الشمالية (32) وكذلك في نيوزيلاندا (33). ودراستنا تظهر النسبة الشائعة والمعروفة عالمياً نفسها إذ وجد أرجحية للإناث على الذكور بنسبة 2:1. أمّا في الأشكال البدئية المترقية فهناك أرجحية للذكور على الإناث معروفة من أكثر من نصف قرن (34 و35). إن سبب هذا التباين غير معروف. وقد أظهرت دراستنا الأرجحية نفسها للذكور في الأشكال المترقية. وهكذا يبدو جلياً أن الاختلاف بين الجنسين هو ذاته محلياً وعالمياً فتغلب إصابة الإناث في الشكلين الراجع الناكس والمترقى الثانوي، في حين ترجح إصابة الذكور في الأشكال المترقية.

كذلك الحال بالنسبة إلى الفئات العمرية فإن نسبة الإصابة في عمر الشباب بين عمر 20-40 سنة هي العليا حيث انه حوالي ثلثي المرضى يقعون ضمن هذا المجال. وهذا ما يتوافق مع معظم الدراسات العالمية التي سبق ذكرها (22 إلى 29)، ويؤكد اختيار المرض لهذه الفئة العمرية بالذات أكثر من غيرها في معظم دول العالم.

الخلاصة و الاستنتاجات: نستخلص أن أشكال الإصابة في سورية تماثل ما هو معروف عالمياً، حيث يسيطر الشكلان الراجع الناكس والمترقى الثانوي على الأشكال المترقية. تعد الأشكال المترقية أقل نسبياً في سورية. أمّا

- 7.5- لا يستطيع المشي أكثر من عدة خطوات: محصور في الكرسي: يحتاج إلى المساعدة في التنقل: يستطيع أن يدور العجلات ولكن لا يستطيع أن يستعمل الكراسي المتحركة الاعتيادية طوال اليوم: قد يحتاج إلى كرسي كهربائي.
- 8- محصور في السرير أو الكرسي أو يستطيع التجول بالكرسي، ولكن يمكن أن يبقى خارج السرير معظم اليوم: يمكنه القيام ببعض العناية الشخصية: وبشكل عام يستخدم اليدين استخداماً جيداً
- 8.5- محصور في السرير معظم اليوم: يمكنه القيام ببعض العناية الشخصية: وبشكل عام يستخدم اليدين استخداماً جيداً
- 9- محصور في السرير ولكن يستطيع التواصل والأكل.
- 9.5- بشكل تام محصور في السرير عاجزاً: لا يستطيع التواصل بشكل فعال أو الأكل/ أو البلع
- 10- الموت بسبب التصلب اللويحي

- نسبياً يستطيع المشي دون مساعدة أو الراحة لمسافة 300 متر
- 5- متحرك بشكل تام دون مساعدة أو الراحة نحو 200 متر: والعجز شديد لدرجة تمنع النشاطات اليومية الكاملة (يعمل يوماً كاملاً دون تحفظ)
- 5.5- متحرك بشكل تام دون مساعدة أو الراحة نحو 100 متر: والعجز من الشدة لدرجة تمنع النشاطات اليومية الكاملة.
- 6- يحتاج إلى المساعدة المستمرة بجهة واحدة أو بشكل منقطع (عصا أو عكاز أو دواعم) للمشي لمسافة 100 متر مع راحة أو من دونها.
- 6.5- يحتاج إلى المساعدة المستمرة بالجهتين (عصا أو عكاز أو دواعم) للمشي لمسافة 20 متراً مع راحة أو من دونها.
- 7- غير قادر على المشي لأكثر من 5 أمتار حتى مع المساعدة، ويحتاج إلى الكرسي المتحرك بشكل أساسي: يستطيع أن يدور العجلات في الكراسي المتحركة الاعتيادية ويستطيع التنقل بمفرده: يستطيع التنقل بالكرسي مدة 12 ساعة في اليوم

الملحق (2)

بيانات إضافية مطلوبة	التظاهرات السريرية
لا يوجد: الموجودات السريرية تكفي (الأدلة الأخرى مرغوب فيها ويجب أن تتوافق مع التصلب اللويحي)	هجمتان أو أكثر (نكس) أذيتان سريريتان موضوعيتان
الانتشار في المكان موضح بالمرنان أو إيجابية س د ش مع آفتين أو أكثر على المرنان تتوافق مع التصلب اللويحي أو حدوث هجمة أخرى في مكان آخر	هجمتان أو أكثر (نكس) أذية سريرية موضوعية واحدة
الانتشار في الزمان موضح بالمرنان أو حدوث هجمة أخرى	هجمة واحدة أذيتان سريريتان موضوعيتان
الانتشار في المكان موضح بالمرنان أو إيجابية س د ش مع آفتين أو أكثر على المرنان تتوافق مع التصلب اللويحي والانتشار في الزمان موضح بالمرنان أو حدوث هجمة أخرى	هجمة واحدة أذية سريرية موضوعية واحدة (تظاهرة وحيدة CID)

<p>تطور المرض خلال سنة (محدد بشكل مسبق أو استعادي) واثنتان من الثلاث الآتية:</p> <p>1. إيجابية مرنان الدماغ (9 بقع على T2 أو 4 بقع أو أكثر على T2 مع إيجابية VEP)</p> <p>2. إيجابية آفات النخاع الرقيبي (آفتان بؤريتان على T2)</p> <p>3. إيجابية س د ش</p>	<p>تطور عصبي خفي يتناسب مع التصلب اللويحي (التصلب اللويحي البدئي المترقي)</p>
<p>المعايير لإثبات الانتشار في المكان</p>	<p>المعايير لإثبات الانتشار في الزمان</p>
<p>ثلاث من الأربع الآتية:</p> <p>أ - آفة واحدة تتوهج بالغدولينيوم أو 9 آفات مرتفعة الإشارة إذا لم يكن هناك آفات تتوهج بالغدولينيوم.</p> <p>ب - على الأقل آفة واحدة تحت الخيمة.</p> <p>ت - على الأقل آفة واحدة قريبة من القشر.</p> <p>ث - على الأقل ثلاث آفات حول البطينات.</p> <p>ملاحظة: تعادل الآفة في النخاع الشوكي الآفة تحت الخيمة: تعادل الآفة النخاعية المتوهجة بالغدولينيوم الآفة الدماغية المتوهجة، يمكن عد البؤر النخاعية مع البؤر الدماغية لتصل إلى العدد المطلوب من بؤر T2</p>	<p>هناك طريقتان لإثبات الانتشار في الزمان على المرنان:</p> <p>أ - ظهور آفة جديدة تتوهج بالغدولونيوم بعد 3 أشهر على الأقل من التظاهرة البدئية إن لم تكن مكان الإصابة الأولى.</p> <p>ب - اكتشاف بؤرة T2 جديدة إذا ظهرت في أي وقت مقارنة بالصورة المرجعية بعد 30 يوماً من ظهور الإصابة الأولى</p>

Références

- Lassmann H, Brück W, Lucchinetti CF. "The immunopathology of multiple sclerosis: an overview". Brain Pathol. 2007;17 (2): 210-8
- Kurtzke JF. MS epidemiology world wide. One view of current status. Acta Neurol Scand 1995;161 (suppl):23-33.
- Hamdi T. Multiple sclerosis in Iraq: a clinical and geomedical survey. J Postgrad Med 1975; 21: 1-9.
- Al-Din AS, El-Khateeb M, Kurdi A, Mubaidin A, Al-Shehab A, Khalil RW. Multiple sclerosis in Arabs in Jordan. J Neurol Sci. 1995; 131: 144-9.
- Yaqub BA, Daif AK. Multiple sclerosis in Saudi Arabia. Neurology. 1988; 38:621-623.
- Radhakrishnan K, Ashok PP, Sridharan R, Mousa ME. Prevalence and pattern of multiple sclerosis in Bengazi, north eastern Libya. J Neurol Sci. 1985; 70: 39-46.
- Middelton LT, Dean G. Multiple sclerosis in Cyprus. J Neurol Sci 1991May; 103(1): 29-36.
- Trapp BD, Nave KA. Multiple sclerosis: an immune or neurodegenerative disorder? Annu Rev Neurosci 2008;31:247-269.
- Pirko I, Lucchinetti CF, Sriram S, Bakshhi R. Gray matter involvement in multiple sclerosis. Neurology 2007;68:634-642.
- Kira J-I, Kanai T, Nishmura Y, et al. Western versus Asian types of multiple sclerosis: immunogenetically and clinically disorders. Ann Neurol 1996;40:569-574.
- Khaleeli Z, Ciccarelli O, Mizskiel K, Altmann D, Miller D, Thompson A. Lesion enhancement diminishes with time in primary progressive multiple sclerosis. Mult Scler 2010;16: 317-324.
- Montalban X, Sastre-Garriga J, Filippi M, Khaleeli Z, Teller N, Vallinga M, Tur C, Brochet B, Barkhof F, Rovaris M, Miller D, Polman C, Rovira A, Thompson A. Primary progressive multiple sclerosis diagnostic criteria: a reappraisal. Mult Scler 2009;15:1459-1465.
- Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. Neurology 1996;46:907-911.
- Confavreux C, Vukusic S. Natural history of multiple sclerosis : implications for counseling and therapy. Clin Opin Neuro 2002;15:257-266

14. Kremenchutzky M, Rice G P A, Baskerville J, Wingerchulk D M, Ebers C. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study 9: Observations on the progressive phase of the disease. *Brain* 2006;129:584-594
15. Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33:1444-1453.
16. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis :guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2001; 50: 121-127.
17. Poser CM, Paty DW, Scheinberg L, McDonald WI, Davis FA, Ebers GC et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis:guidelines for research protocols. *Ann Neurol* 1983; 13: 227-231.
18. Schumacher GA, Beebe G, Kibler RF, Kurland LT, Kurtze JF, McDowell F et al. Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis: report by the panel on the evaluation of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. *Ann NY Acad Sci* 1965; 122:552-568.
19. Polman CH, et al. Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: 2005 Revisions to the 'McDonald Criteria'. *Annals of Neurology*; Published Online: November 10, 2005 (DOI: 10.1002/ana.20673).
20. Confavreux C, Aimard G, Devic M. Course and prognosis of multiple sclerosis assessed by the computerised data processing of 349 patients. *Brain* 1980;103:281-300.
21. Kuroiwa K., Igata A., Itahara K., Koshijima S., Tsubaki T., Toyokura Y., Shibasaki H. Nationwide survey of multiple sclerosis in Japan Clinical analysis of 1,085 cases. *Neurology* 1975;25: 845
22. M H Roberts, J P Martin, D L McLellan, S A McIntosh-Michaelis and A J Spackman. The prevalence of multiple sclerosis in the Southampton and South West Hampshire Health Authority. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1991;54:55-59 (Southampton)
23. Confavreux C, Vukusic S, Moreau T, Adeleine P. Relapses and progression of disability of in multiple sclerosis. *N Eng J Med* 2000; 343: 1430-1438.
24. Poser S, Raun NE, Poser W. Age of onset, initial symptomatology and the course of multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 1982b;66: 355-362.
25. Confavreux C, Aimard D, Devic M. Course and prognosis of multiple sclerosis assessed by the computerized data processing of 349 patients. *Brain* 1980;103: 281-300.
26. Panelius M. Studies on epidemiological, clinical and etiological aspects of multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 1969;45 (supp 39): 1-82.
27. Leibowitz U, Halpern I, Alter M. Clinical studies of multiple sclerosis in Israel I. A clinical analysis based on a country-wide survey. *Arch Neurol* 1964b;10: 502-512.
28. Leibowitz U, Alter M, Halpern I. Clinical studies of multiple sclerosis in Israel. III. Clinical course and prognosis related to age at onset. *Neurology* 1964a;14: 926-932.
29. Muller R. Course and prognosis of disseminated sclerosis in relation to age at onset. *Arch Neurol Psychiatry* 1951;66: 561-570.
30. AmatoMP, Ponziani G. A prospective study on the prognosis of multiple sclerosis. *Neurol Sci* 2000;21(suppl):831-838.
31. Confavreux C, Vukusic S, Adeleine P. Early clinical predictors and progression of irreversible disability in multiple sclerosis: an amnesic process. *Brain* 2003;126:770-782
32. Detels R, Clark VA, Valdiviezo NI et al. Factors associated with a rapid course of multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1982;39:337-341
33. Miller DH, Hornabrook PW, Purdie G. The natural history of multiple sclerosis: aregional study with some longitudinal data. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992a;54:683-688
34. Müller R. Studies on disseminated sclerosis with special reference to symptomatology: course and prognosis. *Acta Med Scand* 1949;222 (suppl): 1-214
35. Müller R. Course and prognosis of disseminated sclerosis in relation to age at onset. *Arch Neurol Psychiatry* 1951;66:561-570.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2009/12/27.

تاريخ قبوله للنشر 2010/6/23.