

## گزارشی از پوسترهای ارائه شده در Digestive Disease Week در سال ۲۰۱۵

ترجمه و تلخیص: ناصر ابراهیمی دریانی، صنم جاوید آنباردان، زهرا عزیزی

روده.

**مواد و روش ها:** داده های مربوط به ۱۷۰۷۷۶ زن که برای ۲۶ سال پیگیری شدند، مورد استفاده قرار گرفت. مصرف روی با استفاده از پرسشنامه نیمه کمی بسامد خوراک هر ۴ سال مورد بررسی قرار گرفت. بروز CD و UC با بررسی پرونده های پزشکی توسط دو متخصص دستگاه گوارش تعیین شد. **نتایج:** از بیش از ۳۳۱۷۵۵۰ نفر در سال (PY) پیگیری، ۲۶۹ مورد CD و ۳۳۸ مورد UC شناسایی شد. میزان مصرف روی در بازه زمانی فوق از متوسط ۹mg/day در پایین ترین صدک تا ۲۷mg/day در بالاترین صدک گزارش شد. **نتیجه گیری:** در دو مطالعه آینده نگر بر روی زنان، مصرف روی ارتباط معکوس با خطر بروز CD و نه UC داشت.

CD اما نه UC. این ارتباط به ویژه برای غذایی روی، قوی بود و با مصرف روی در دراز مدت ادامه داشت. بیشتر مطالعات بر نقش روی در واسطه فعالیت بیماری و نتایج ضروری می باشد.

**اثر محیط روستایی / محیط زیست شهری در خطر ابتلا به بیماری التهابی روده در کانادا:**

**مطالعه کوهورت جمعیت و تولد انجام شده توسط کنسرسیون اپیدمیولوژی معده و روده کانادا**

**هدف:** کانادا دارای یکی از بالاترین میزان های بروز بیماری های التهابی روده (IBD) در جهان است. یک مطالعه ازمائیتوبا، کانادا، خطر بیشتر را در ساکنان شهری یافته در که در کبک تکرار نشده است. تعیین نقش محیط زندگی روستایی/شهری و خطر بیماری التهابی روده، به خصوص با توجه گرفتن در معرض اوایل زندگی، می تواند به درک ما از نقش محیط زیست در پاتوژنز IBD کمک کند.

**مواد و روشها:** در این مطالعه از اطلاعات بهداشتی مبتنی بر جمعیت برای ایجاد کوهورت همه ساکنان انتاریو (ON) و مانیتوبا (MB) متشکل از ۱۴ میلیون نفر استفاده می کنیم.

ساکنان روستایی / شهری براساس موقعیت در زمان تشخیص طبقه بندی شدند و در صورت جابجایی در سال قبل از تشخیص، از مطالعه می شدند.

**یافته ها:** ۴۸۹۳ مورد IBD در مناطق روستایی و ۳۰۰۶۴ در ساکنان شهری تشخیص داده شدند. اقامت روستایی در مانیتوبا محافظ بود، اما در انتاریو نبود. این همراهی به سن شروع بیماری ارتباط دارد اثر حفاظتی اقامت روستایی در بیماری های التهابی که در دوران کودکی شروع شده اند، در هر دو استان دیده شد. در کوهورت تولد، زندگی در یک خانواده روستایی برای سال اول زندگی به عنوان عامل حفاظت کننده از ابتلا IBD شناخته شد.

اقامت طولانی و مستمر در یک خانواده روستایی پس از تولد منجر به افزایش اثر حفاظتی در مقابل IBD می شود.

**نتیجه گیری:** احتمال بروز IBD با محیط روستایی / شهری در دو استان کانادا متفاوت است. احتمال بروز در میان ساکنان شهری مانیتوبا بالا بود ولی در انتاریو بالا نیست.

با این حال، سن شروع IBD ارتباط در هر دو استان را تحت تاثیر قرار میدهد. زندگی روستایی با کاهش خطر در کودکان همراه بود، و اثر ضعیف تری در بزرگسالان داشت.

Digestive Disease Week در سال ۲۰۱۵ روزهای ۱۷ تا ۱۹ ماه May

برگزار شد. سالانه آخرین پیشرفت های مرتبط با حوزه های گوارش، بیماری های کبدی، آندوسکوپی و جراحی های گوارش ارائه می شود. از آنجا که این جانب در این دوره شرکت داشتم بر آن شدم که برای آگاهی هر چه بیشتر همکاران متخصص گوارش منتخبی از پوسترهای ارائه شده در این دوره را به صورت خلاصه ارائه کنم:

**شش غذایی رفع رژیم غذایی حذف شش غذایی و یا موضعی استروئید به عنوان خط اول درمان ازوفازیت ائوزینوفیلیک: آنالیز از نظرمقرون به صرفه بودن.**

هر دو درمان کورتیکواستروئیدهای موضعی (TCS) یا رژیم غذایی حذف شش غذایی (SFED) می توانند درمان خط اول برای ازوفازیت ائوزینوفیلیک (EOE) باشند، اما مقرون به صرفه از این درمان ها شناخته شده نیست. در حالی که استروئیدها گران قیمت هستند، SFED نیاز endoscopies متوالی برای تعیین پاسخ و شناسایی محرک هستند.

**هدف:** تعیین اینکه کدام یک از TCS یا SFED برای درمان EOE مقرون به صرفه تر هستند. ما تجزیه و تحلیل تصمیم گیری برای انتخاب بین TCS و SFED به عنوان درمان خط اول برای EOE برای ۵ سال از زمان تشخیص انجام دادیم. در مدل ما، بیماران دریافت کننده TCS به درمان پاسخ دادند و یا نه و به طور بالقوه می تواند به کاندیدای مری ایجاد می شود. بیماران در TCS، هزینه ها را برای انجام آندوسکوپی (برای ارزیابی پاسخ به درمان)، دو ماه درمان با "دوز القاء" TCS (فلوتیکازون ۱۷۶۰ میکروگرم / روز یا بودزونید ۲ میلی گرم / روز)، درمان مداوم با نصف دوز TCS برای بیمارانی که پاسخ به درمان داشته اند، شده است. بیماران دریافت کننده رژیم غذایی به دو گروه با پاسخ به درمان و بدون پاسخ به درمان تقسیم شدند.

پاسخ دهندگان به درمان ۷ بار آندوسکوپی شدند. (یکی برای ارزیابی اولیه، و ۶ بار برای بررسی تاثیر شروع مجدد مواد غذایی) بیمارانی که به درمان اولیه پاسخ ندادند، تحت درمان با روش های درمانی جایگزین با کاهش ۵۰٪ اثرمورد انتظار قرار گرفتند.

**نتایج:** در طول یک سال پس از شروع درمان، در گروه TCS ۹۰،۲۹۸،۷۸ دلار هزینه کلی محاسبه شد و در گروه بیماران در بازوی رژیم غذایی ۷۰،۹۷۸،۲۷ دلار هزینه کلی محاسبه شده بود که حدود ۲،۶۴۴،۵۹۳،۴۴ دلار مقرون به صرفه تر بوده و منجر به تمایل بیشتر به پرداخت می شود.

**نتیجه گیری:** در مقایسه با رژیم درمانی استفاده از کورتیکواستروئید موضعی در درمان EOE مقرون به صرفه نیست و رژیم درمانی بر درمان با استروئیدها در هر بازه زمانی غالب است.

**مصرف روی و خطر ابتلا به بیماری کولیت اولسراتیو و کرون: یک مطالعه کوهورت آینده نگر**

**هدف:** رژیم غذایی نقش مهمی در پاتوژنز بیماری کرون (CD) و کولیت اولسراتیو (UC) ایفا می کند. با این حال، مطالعات محدودی در زمینه نقش عناصر کم مصرف در پاتوژنز بیماری وجود دارد.

عناصر روی، عامل خطر بالقوه برای ابتلا به بیماری التهابی روده (IBD) از طریق اثر بر روی autophagy، ایمنی ذاتی و تطبیقی و اثر گذاری روی سد

قرار گرفتن طولانی و مستمر در معرض محیط زیست روستایی پس از تولد با کاهش خطر ابتلا به IBD در مراحل بعدی زندگی همراه بود. این نشان می دهد که تفاوت در معرض قرار گرفتن در اوایل زندگی بین ساکنان شهری و روستایی بر توسعه IBD تاثیر می گذارد.

### نقش استاتین ها در کاهش خطر شروع جدید IBD

مطالعات نشان می دهد که قرار گرفتن در معرض دارو ممکن است با شروع بیماری التهابی روده جدید مرتبط باشد. هدف از این مطالعه تعیین اثر داروی کلاس خاص در شروع IBD جدید در پایگاه داده های بهداشتی ایالات متحده است.

بیماران با سن بیشتر از ۱۸ سال و مبتلا به کرون یا کولیت زخمی در این مطالعه case-control شرکت داده شدند.

این مطالعه برای اولین بار نشان داد که استاتین ها در برابر شروع IBD جدید اثر حفاظتی دارد. همچنین یافته های مطالعات قبلی مبنی بر اینکه که اکثر آنتی بیوتیک ها و استروژن با ایجاد IBD جدید ارتباط دارد. داروهای ضد آکنه حاوی ایزوترتینوئین خطر IBD افزایش نمی دهد. هر چند این یافته ها باید در مطالعات آینده تایید کرد.

### نتیجه ضعیف درمان با کورتیکواستروئید برای بیماران مبتلا به بیماری کولیت زخمی با شروع در سنین بالا: یک مطالعه جمعیتی

در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو با شروع در سنین بالا، شدت و گسترش بیماری ملایم است و به ندرت نیاز به درمان با داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی و داروهای ضد TNF وجود دارد. هر چند برخی از بیماران پاسخ درمانی ضعیفی دارند و نیاز به جراحی پیدا می کنند. همچنین تاثیر دریافت کورتیکواستروئید در درمان کولیت اولسروز با شروع دیر هنگام بررسی نشده است. در پایگاه اطلاعاتی مربوط به یک کوهورت انجام شده در فرانسه از سال ۱۹۸۸ تا ۲۰۰۶، ۴۷۳ مورد کولیت اولسروز در میان افراد با سن بالای ۶۰ سال شد.

نتیجه بالینی افرادی که کورتیکواستروئید دریافت کرده بودند با افرادی که کورتیکواستروئید دریافت نکرده بودند پس از تطابق از نظر دریافت داروهای سرکوب کننده ایمنی از نظر موقعیت و مدت زمان بیماری مقایسه شد. از میان ۴۷۳ بیمار بررسی شده، ۱۵۷ مورد حداقل یک نوبت کورتیکواستروئید دریافت کرده بودند. احتمال تجمعی دریافت کورتیکواستروئید در سال اول ۲۱٪، ۳۹٪ در سال پنجم و ۴۵٪ در سال دهم برآورده شد. جنس، میانگین سنی و وجود تظاهرات خارج روده ای در هنگام تشخیص بین دو گروه متفاوت نبود. در گروهی که کورتیکواستروئید دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل پروکتیت و پان کولیت به ترتیب شیوع کمتر و بیشتری داشتند. میزان کولکتومی در بیماران دریافت کننده کورتیکواستروئید در مقایسه با گروه کنترل بالاتر بوده و نیز تعداد عود و بستری در بیمارستان در این گروه بالاتر از گروه کنترل بوده است.

در گروه بیماران دریافت کننده کورتیکواستروئید، ۲۰٪ وابستگی به کورتیکواستروئید، ۹٪ مقاومت به کورتیکواستروئید و ۱۰٪ عدم تحمل دارو را نشان دادند.

نتیجه گیری: در کولیت اولسروز با شروع در سن بالا، دریافت کورتیکواستروئید با میزان عود، بستری و جراحی بالاتری همراه است. هم چنین درصد قابل توجهی از بیماران دچار عدم تحمل کورتیکواستروئید شدند و یک سوم آنها دچار دیابت شدند.

### شیوع بالاتر تظاهرات خارج روده ای بیماری های التهابی روده در میان نژاد آفریقایی آمریکایی در مقایسه با سفیدپوستان

بیماری های التهابی روده ای تظاهرات خارج روده ای زیادی را دارند. یک مطالعه مقطعی با استفاده از داده های فنوتیپی بر روی نژاد آفریقایی-آمریکایی و سفیدپوست انجام شد. تمامی بیماران از کلینیک های سرپایی دانشگاه جانز هاپکینز جمع آوری شدند و اطلاعات دموگرافیک و کلینیکال بیماران جمع آوری شدند. تنها بیماران با تظاهرات خارج روده ای ثبت شده قابل قبول شامل آرتروپاتی مفاصل کوچک و بزرگ، ساکروایلیت، اسپوندیلیت انکلوژان، یوویت اپی اسکلیت، پیودرما گانگرنوزوم، اریتم نودوزوم، کلانژیت اسکروزان وارد مطالعه شدند. مقایسات به وسیله chi-square انجام شد. Multivariate logistic regression برای کنترل موقعیت و جنسیت انجام شد. ۱۹۶ بیمار آفریقایی آمریکایی و ۳۴۲ بیمار سفید پوست با تشخیص تایید شده بیماری کرون و کولیت اولسراتیومورد بررسی قرار گرفتند. به طور کلی ۳۴۶ بیمار کرون و ۱۹۲ بیمار کولیت اولسروز وارد مطالعه شدند. نژاد آفریقایی آمریکایی در مقایسه با سفیدپوستان درصد بالاتری برای درگیری خارج روده ای داشتند. شایع ترین تظاهر خارج روده ای در میان هر دو گروه درگیری مفاصل بزرگ بود. پس از کنترل تاثیر درگیری کولون و جنسیت، در میان تظاهرات خارج روده ای، uveitis به طور قابل توجهی در میان بیماران با نژاد آفریقایی آمریکایی بیشتر از سفیدپوستان بود. همراهی این تظاهر خارج روده ای در نژاد آفریقایی آمریکایی نیازمند مطالعات بیشتر و ارجاع سریع این افراد جهت غربالگری uveitis است.

### وضعیت طولی مارکر های سرولوژیک فنوتیپ بیماری کرون را قبل از تشخیص پیش بینی میکند: مطالعه "PREDICTS"

سیر طبیعی بیماری کرون متشکل از عود و فروکش های متعدد می باشد. التهاب دائمی منجر به آسیب جدار کولون می شود و به صورت تنگی، فیستول و آسبه تظاهر میکند. حدود ۲۰٪ بیماران از قبل از تشخیص دچار عارضه شده بودند. دو مطالعه، حضور آنتی بادی های مرتبط با بیماری کرون را در فاصله زمانی زیاد قبل از بروز علائم بالینی در بدن بیماران گزارش کردند. مارکر های سرولوژیک می توانند به عنوان سنسورهای برای تشخیص بیماری در فاز قبل از بروز علائم بالینی و پیش بینی بروز عوارض استفاده شوند.

این مطالعه به بررسی ارتباط بین وجود مارکرهای سرولوژیک قبل از بروز بیماری و ایجاد عوارض در سیر بیماری پرداخته است. خون ۱۰۰ سرباز ارتش آمریکایی که بعد ها دچار بیماری کرون شده بودند، مورد ارزیابی قرار گرفت. ۴ نمونه برای هر فرد مورد بررسی قرار گرفت. (۲سال، ۴سال و ۶سال قبل از تشخیص بیماری) همه نمونه ها از نظر ۶ مارکر مورد بررسی قرار گرفتند ASCA-IgA, ASCA-IgG, anti-OmpC, anti-CBir1, anti-A4-Fla2, and anti-FlaX همراهی این مارکر ها با بروز عوارض در بیماری کرون مورد بررسی قرار گرفت. بیماری کرون عارضه دار به صورت internal stricturing (S)، penetrating (IP) و intestinal resection تعریف شده است. ۲۴٪ بیماران IP و S داشتند و ۵٪ مورد resection قرار گرفته بودند. طی بررسی ها مشخص شد که با افزایش میزان مارکر های سرمی میزان متوسط بقا کاهش می یابد.

نتیجه گیری: وجود مارکر های سرولوژیک قابل شناسایی در خون بیماران قبل از تشخیص بالینی بیماری کرون پیش بینی کننده بروز عوارض می باشد، دارد.

### ریسک بستری و جراحی در بیماران مبتلا به بیماری کرون در عرصه بیولوژیک - نتایج حاصل از یک مطالعه جمعیتی آلمانی

بسیاری از بیماران مبتلا به کرون برای مدیریت موارد التهابی مقاوم به درمان و عوارض ناشی از بیماری نیاز به بستری و جراحی دارند. با معرفی داروهای بیولوژیک، درمان های تهاجمی برای بهبود نتیجه در بیماران با پیش آگهی ضعیف تجویز می شود. در مورد تاثیر این داروها بر روی پیش آگهی بیماران به دلیل کمبود اطلاعات داده ای در دسترس نیست. در این مطالعه

### استفاده از فاکتورهای بیولوژیک-مطالعه ای با استفاده از LeMann score:

بیماری کرون یک بیماری التهابی مزمن همراه با دوره های عود و خامشی است که حتی در زمان خاموشی بیماری نیز التهاب میکروسکوپی وجود دارد که نشان دهنده سیر تخریبی آن در آینده است. تخریب روده نهایتاً منجر به resection روده میشود. در سال های اخیر با استفاده از سیستم امتیاز بندی LeMann، میزان تجمعی تخریب جدار روده در بیماران مختلف مبتلا به کرون را بررسی میکنند. اطلاعات کمی پیرامون اثربخشی استفاده از این سیستم امتیاز دهی برای بررسی تاثیر روش های درمانی مختلف در دسترس است. مطالعه حاضر به بررسی تاثیر روش های مختلف درمانی مورد استفاده برای درمان بیماری کرون (گروه A: درمان بیولوژیک، گروه B: درمان با آزاتیوپورین، گروه C: درمان با melamine) بر پیشرفت التهاب با استفاده از سیستم امتیاز دهی LeMann می پردازد.

در این مطالعه گذشته نگر، بیماران مراجعه کننده به کلینیک IBD مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی بیماران هر سه ماه یکبار تحت بررسی بالینی و ررسی وضعیت بیماری با استفاده از index HBI، کولونوسکوپی و MRI قرار گرفتند و LeMann score برای بیماران در شروع و پایان مطالعه محاسبه شد. تعداد ۸۸ بیمار به مدت ۲۶ (به طور میانگین) مورد بررسی قرار گرفتند. در شروع این مطالعه مشاهده ای، میانگین LS برای بیماران گروه A، B، C به ترتیب ۴.۲، ۴.۱، ۷.۰۵ بود. مقایسه LS در شروع و پایان مطالعه نشانگر این بود که اختلاف بین گروه A با گروه B و C معنا دار بود ولی تفاوت معناداری بین گروه B و C معنی دار نبود.

نتیجه این مطالعه بیانگر ای بود که اثر بخشی داروهای بیولوژیک در کاهش التهاب تجمعی روده و پیشگیری از تخریب جدار بیشتر از آزاتیوپورین و Melamine است.

### نقش سیتولوژی CEA، EUS-FNA و آمیلاز در تشخیص نیوپلاسم های Intraductal papillary mucinous

میزان تشخیص Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) پانکراس در حال افزایش است. با توجه به پتانسیل بدخیمی این ضایعات تصمیم گیری در مورد روش های درمانی (resection یا periodic surveillance) چالش برانگیز بوده است. بررسی سیتولوژیک مایع درون کیست با استفاده از EUS-FNA شایع ترین روش توصیه شده برای بررسی ماهیت این ضایعات است و دقت محدودی دارد. هدف از این مطالعه بررسی دقت CEA، EUS-FNA و آمیلاز است.

اطلاعات ۱۱۷۶ بیمار از پایگاه اطلاعاتی ثبت موارد تشخیص داده شده IPMNs مورد مطالعه قرار گرفتند. ۲۳۷ بیمار مورد جراحی قرار گرفتند و ۱۸۰ بیمار تحت بررسی با EUS و FNA در حین جراحی قرار گرفتند. ویژگی ۸۸٪ و حساسیت ۳۹٪، ارزش اخباری مثبت ۷۶٪، ارزش اخباری منفی ۶۰٪ و دقت ۶۴٪ برای بررسی سیتولوژیک در افتراق موارد بدخیم از خوش خیم گزارش شده است. میانگین میزان CEA در IPMN، ۵۲۵.۵ ng/ml و برای کیست های غیر موسینی ۹.۷ ng/ml بود. میزان cut-off ایده آل برای افتراق این دو ضایعه ۱۲۹ ng/ml با حساسیت ۷۶.۹٪، ویژگی ۸۳.۳٪، ارزش اخباری مثبت ۹۵.۹٪، ارزش اخباری منفی ۴۱.۹٪ می باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر این بود که EUS-FNA به دلیل عدم وجود حساسیت، نقش محدودی در تشخیص IPMN دارد. CEA دارای اثربخشی متوسط برای افتراق نوع موسینی و غیر موسینی است. هر چند، CEA دقت محدودی برای تشخیص grade بدخیمی ضایعات مشکوک IPMN دارد. برعکس آمیلاز مصرفی برای تشخیص IPMN، افتراق MCAs و IPMNs، تشخیص بدخیمی ندارد.

ما تصمیم گرفتیم نتیجه درمانی بیماران مبتلا به بیماری کرون تشخیص داده شده در دوره قبل از معرفی داروهای بیولوژیک و دوره بعد از معرفی دارو های بیولوژیک مقایسه کنیم.

۳۴۲ بیمار مربوط به دوران قبل از معرفی دارو های بیولوژیک با میانگین پیگیری ۴ سال و ۸۲۰ بیمار مربوط به دوران بعد از معرفی داروهای بیولوژیک با میانگین پیگیری ۶/۴ سال در این مطالعه شرکت داده شدند.

در این مطالعه جمعیتی، ریسک بستری به میزان ۱/۵ برابر و ریسک جراحی به میزان ۲/۵ برابر با معرفی داروهای بیولوژیک کاهش یافته است که نشانگر بهبود outcome بیماران پس از معرفی داروهای بیولوژیک است.

### سیر طبیعی بیماری کولیت اولسروز با شروع در دوران پیری در چین: یک مطالعه جمعیتی

بروز بیماری کولیت اولسراتیو در اسیا در حال افزایش است ولی اطلاعات دقیقی در مورد سیر بیماری در بیماران مسن وجود ندارد. در این مطالعه، سیر و تظاهرات بالینی بیماری کولیت اولسروز با شروع در سن پیری در جمعیت مسن چینی مورد بررسی قرار گرفته است. ۱۱۱۷ بیمار مبتلا به کولیت اولسروز از ۱۲ بیمارستان جمع آوری شدند. تظاهرات بالینی بیماری در ۱۴۵ بیمار با شروع بیماری در سن بالای ۶۰ سال با ۹۷۲ بیمار مبتلا با شروع بیماری در سن زیر ۶۰ سال مقایسه شدند. کولیت شدید با دفع مدفوع اسهالی بیش از ۶بار در روز، ضربان قلب بالاتر ۹۰ ضربه در دقیقه یا دمای بالاتر از ۳۷.۸ درجه یا هموگلوبین کمتر ۱۰/۵ یا ESR > ۳۰ یا CRP > ۳۰ تعریف شده است. بیماری UC با شروع در سن بالا در حال افزایش است. درصد بیشتری از این بیماران دچار فرم شدید، عفونت با کلتسریدیوم دیفیسیل، عفونت سایتومگالی ویروس و بستری در بیمارستان و مرگ و میر می شوند. شیوع dysplasia در این بیماران بدون در نظر طول دوره بیماران، مشابه سایرین است. بیماران مبتلا به UC در سنین بالاتر، می بایستی زودتر تحت کولونوسکوپی قرار بگیرند.

### تاثیر استفاده زودرس از تعدیل کننده های ایمنی بر روی نتایج درمان در افراد استفاده کننده از دارو های anti TNF: یک مطالعه جمعیتی

در گاید لاین های کنونی با توجه به بهبود اثربخشی گزارش شده در کار آزامایی های بالینی، توصیه به مصرف همزمان Immuinomodulator (IM) ها در بیماران تحت درمان با anti TNF شده است. هر چند اثربخشی این روش در مطالعات جمعیتی بررسی نشده است. در این مطالعه، اطلاعات University of Manitoba IBD Epidemiology Database مورد استفاده قرار گرفت. استفاده همزمان از IM به صورت استفاده از 6-MP، azathioprine، MTX هر زمانی در فاصله زمانی ۳ هفته از استفاده از Anti TNF (ADA، IFX) تعریف شده است. در صورتیکه بیماران دوز ۴م IFX را در طی ۱۲ هفته از induction دوز ۸م ADA را در هفته ۸م درمان دریافت کرده باشند، درمان induction موفقیت آمیز محسوب حساب شده است. بیماران از زمان شروع اولین دوز Anti TNF تا زمان بروز علائم شکست درمان شامل قطع دارو، بستری در بیمارستان، جراحی مرتبط با بیماری التهابی روده و شروع درمان سیستمیک با کورتیکواستروئید مورد پیگیری قرار گرفتند. برای مقایسه درمان همزمان با anti TNF و immunomodulator با درمان تنها با anti TNF، Kaplan Meier curves طبقه بندی شده براساس سن، جنس، استفاده قبلی از IM و نوع بیماری التهابی طراحی شد.

براساس نتایج حاصله در این مطالعه، درمان همزمان IM و anti TNF برتری نسبت به مونوتراپی ندارد. بررسی های بیشتر برای بررسی علت عدم تطابق نتایج حاصل از کارآزمایی های بالینی و مطالعات جمعیتی لازم است.

تغییر سیر بیماری کرون و پیشگیری از عوارض طولانی مدت آن با

پیش بینی ریسک بیماری کرونری بر اساس fibrosis score در بیماران مبتلا به کبد چرب غیر الکلی (NAFLD) در بیمارانی که تحت کاتتریزاسیون الکتریکی قلبی قرار میگیرند.

NAFLD همراه با سندروم متابولیک به عنوان عامل خطر بیماری عروق کرونر شناخته میشود. NAFLD fibrosis score یک وسیله غیر تهاجمی برای تشخیص میزان فیروز کبدی با ارزش اخباری مثبت ۹۰٪ در cut-off value بالا و ارزش اخباری منفی ۹۳٪ در cut-off value پایین است و نشانگر NAFLD پیشرفته است. با توجه به اینکه NAFLD-FS پیش بینی کننده NAFLD پیشرفته است، می تواند پیش بینی کننده مناسبی برای بیماری های عروق کرونر باشد.

در این بررسی گذشته نگر، افرادی که به صورت الکتریکی تحت کاتتریزاسیون عروق کرونر قرار گرفتند و دچار سندروم حاد کرونری نبودند، مورد بررسی قرار گرفتند. افراد مبتلا به کبد الکلی و هیپاتیت ویروسی از مطالعه خارج شدند. اطلاعات مربوط به آنژیوگرافی از پایگاه اطلاعاتی استخراج شدند و بیماری کرونری به صورت تنگی < ۳۰٪ تعریف شد.

امتیاز NAFLD-FS به صورت زیر محاسبه شد:

$$-1.675 + 0.037X \text{ age (years)} + 0.094X \text{ BMI (kg/m}^2\text{)} + 1.13X \text{ IFG/diabetes (yes=1, no=0)} + 0.99X \text{ AST/ALT ratio} - 0.013X \text{ platelet count (x10}^9\text{)} - 0.66X \text{ albumin (g/dl)}$$

نتیجه دو کوهورت زیر با هم مقایسه شد:

1. NAFLD-FS < 1.455
2. NAFLD-FS < 0.676

به طور کلی ۳۳۹ بیمار در مطالعه شرکت کردند. NAFLD-FS < ۰/۶۷۶ BMI با بالا، فشارخون، دیابت، دیس لیپیدی، سطوح بالاتر AST و سطوح پایین تر پلاکت همراهی دارد.

در رگرسیون لگاریتمی، NAFLD-FS بالا با CAD همراهی داشت.

نتیجه گیری: در مطالعه کوهورت کتونی، NAFLD-FS به عنوان ابزاری غیر تهاجمی و مناسب جهت پیش بینی CAD مطرح شد.

#### اختلال جنسی در مردان مبتلا به بیماری های التهابی روده (IBD)

هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلال جنسی در میان مردان مبتلا به IBD و بررسی عوامل خطر همراهی کننده که برگشت پذیر، قابل پیش بینی، قابل درمان هستند. با توجه به اینکه پرسش نامه خاصی برای بررسی اختلال جنسی وجود ندارد، پرسش نامه های موجود از نظر وجود حیطه های مرتبط با بررسی مسایل جنسی مورد بررسی قرار دادیم و با اضافه کردن سؤالاتی اختصاصی مرتبط با بیماری IBD از جمله تاثیر علائم بیماری و داروها و جراحی بر روی عملکرد جنسی، پرسش نامه ای ۴۳ سوالی را تهیه شد. معیار جدید ما تحت عنوان new IBD Sexual Dysfunction Scale (IBDSDFS) شامل ابزار معتبر بررسی عملکرد نعوظی (International Index of Erectile Function; IIEF) و ابزار بررسی افسردگی (Patient Health Questionnaire; PHQ-9) بود.

افراد مذکر بالای ۱۸ سال مراجعه کننده به کلینیک های IBD برای شرکت در این مطالعه دعوت شدند. ۱۵۶ بیمار با میانگین سنی ۴۲ سال IBDSDFS را تکمیل کردند. ۸۷٪ شرکت کنندگان رابطه همراه با رابطه جنسی داشتند. ۲٪ در سال گذشته رابطه جنسی نداشتند و ۷۰٪ متاهل یا دارای رابطه طولانی مدت بودند. ۲۰٪ بیماران از بیماری خود به عنوان عامل بازدارنده برای شروع یک رابطه جدید نام بردند و ۷/۸٪ از بیماری خود به عنوان عامل بهم خوردن رابطه شان یاد کردند. ۳۸٪ تاثیر منفی بیماری خود را بر روی تمایل جنسی ذکر کردند. ۲۶٪ ذکر کردند که IBD آنها را داشتن رابطه جنسی باز می دارد و ۱۸٪ ایجاد مشکل به هنگام رابطه جنسی و ۲۰٪ احساس گناه در مورد رابطه جنسی

پیشرفت بدخیمی در حین پیگیری طولانی مدت کیست های پانکراس: با چه فرکانسی نیاز به تغییر استراژی درمانی وجود دارد؟

بیمارانی که ضایعات کیستیک در پانکراس در غیاب علائم بدخیمی دارند به ندرت وارد برنامه های پیگیری می شوند. هر چند هم چنان سیر ضایعات کیستیک پانکراس ابهام دارد. هدف از این مطالعه بررسی میزان جراحی و بدخیمی در بیماران مبتلا به ضایعات کیستیک پانکراس است. اطلاعات مربوط به بیماران دارای کیست با دوران پیگیری ۶ ماهه که مورد جراحی قرار نگرفته بودند و در زمان تشخیص کانسر پانکراس نداشته اند از پایگاه اطلاعاتی استخراج شدند. ۱۳۲ بیمار به طور متوسط مدت ۳۱ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند. در ۱۲۰ بیمار به طور متوسط شک به بدخیمی یا نیاز به جراحی در حین پیگیری یافت نشد. دوازده بیمار پس از دوره متوسط پیگیری به میزان ۲۶ ماه دچار تغییرات مشهودی شدند که نیاز به جراحی پیدا کردند. دو بیمار به دلیل ترجیح شخصی یا بیماری های زمینه ای شدید مورد جراحی قرار نگرفتند. یک بیمار side branch IPMN داشت که طی یک سال اندازه آن از ۲/۴cm به ۵/۴cm رسید و بیمار دیگر یک نودل جداری به اندازه ۲۶mm ایجاد شد.

به طور کلی ۱۰ بیمار برای جراحی ارجاع داده شدند. دلایل نیاز به جراحی عبارت بودند از: تغییر تشخیص، ایجاد ندول، دیلاتاسیون PD، افزایش یاز بیش از ۱۰cm کیست همراه با پانکراتیت. به هنگام بررسی پاتولوژیک ۳ مورد MTIPMN، ۱ مورد SB-IPMN، ۱ مورد NET و ۱ مورد SCN گزارش شد. هیچ موردی از high grade dysplasia یا بدخیمی گزارش نشد و تنها دو مورد با borderline dysplasia گزارش شد. هیچ موردی از مرگ و میر ناشی از جراحی گزارش نشد.

بسیاری از موارد ضایعات کیستیک پانکراس که مورد پیگیری قرار می گیرند دچار تغییر نمی شوند. در مطالعه کنونی تنها ۷٪ از بیماران به دلیل شک به تغییرات بدخیم تحت عمل جراحی قرار گرفتند و هیچ موردی از dysplasia یا بدخیمی گزارش نشد که بیانگر این مطلب است که نیاز به فاکتورهای بیشتری برای بررسی موارد مشکوک در حین پیگیری مورد نیاز است.

نتایج GLUTOX trial: یک مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور کنترل شده متقاطع با دارونما بر روی بیماران با حساسیت به گلوتن غیر از سلیاک

Non celiac gluten sensitivity (NCGS) با شروع علائم گوارشی بلافاصله پس از مصرف مواد دارای گلوتن همراه است. با وجود اینکه این بیماری در افراد مبتلا به بیماری های فانکشنال دستگاه گوارش یافت میشود، عدم وجود معیارهای تشخیصی مشخص مشکلی شایع است. هدف از این مطالعه طبقه بندی بیماران مراجعه کننده با علائم گوارشی به کلینیک گوارش در ایتالیا در گروه NCGS می باشد. در این مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور بیماران دارای مشکلات فانکشنال مراجعه کننده به کلینیک تحت درمان با رژیم فاقد گلوتن (GFD) برای ۲۱ روز قرار گرفتند. بیماران مبتلا به سلیاک یا حساسیت به گندم از مطالعه خارج شدند. شدت علائم قبل و بعد از GFD بر اساس VAS (Visual Analogical Scales) ارزیابی شد. بیمارانی که بر اساس VAS با رژیم GFD دچار بهبود شدند وارد کارآزمایی بالینی متقاطع چالش گلوتن با پلاسبو به مدت ۷ روز شدند. گلوتن به صورت کپسول ۵/۶g به صورت روزانه برای بیماران تجویز شد. مجدداً علائم با استفاده از VAS بررسی شدند. بیمارانی که دچار عود علائم با مصرف گلوتن شدند در گروه NCGS قرار گرفتند. از میان ۱۰۰ بیماری که تحت GFD قرار گرفتند، ۸۱ بیمار بهبود علائم پس از مصرف GFD را گزارش کردند که وارد مطالعه کارآزمایی بالینی شدند و ۲۵ نفر تشدید علائم را با مصرف گلوتن گزارش کردند و تحت عنوان NCGS طبقه بندی شدند. مثبت شدن چالش گلوتن با مشخصات دموگرافیک خاصی همراهی نداشت و ارتباطی بین ترتیب دریافت دارونما و گلوتن دیده نشد.

زودرس تعریف شد و فاکتورهای مختلفی از جمله میزان مرگ و میر، طول مدت بستری، septicemia، هزینه کلی بستری بیماران مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی ۱۰۳۶۴ بیمار در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفتند که ۵۸.۹٪ تحت ERCP قرار گرفتند. میزان ERCP زودرس در میان بیماران بستری شده در بیمارستان ۴۸/۶٪ بود. هر چند میزان مرگ و میر در بیماران که در حین بستری در بیمارستان مورد ERCP قرار گرفته بودند کمتر بود ولی تفاوت معنی داری بین نتایج ERCP زودرس و دیر هنگام وجود نداشت. میزان septicemia در افرادی که تحت ERCP زودرس قرار گرفته بودند، کمتر بود. جدا از نتایج بالینی، طول مدت بستری و هزینه بیمارستانی در گروهی که تحت ERCP زودرس قرار گرفته بودند به میزان قابل توجهی کمتر بود. نتایج مطالعه حاضر گایدلاین ASGE را پشتیبانی می کند.

دیابت ریسک هپاتوسلولار کارسینوما (HCC) را در بیماران مبتلا به non alcoholic Steatohepatitis و alcoholic cirrhosis در بیماران افزایش می دهد.

در بیماران مبتلا به بیماری های کبد چرب احتمال بروز HCC کمتر از بیماری های کبدی ویرال هست. بیماری دیابت عامل خطر برای بسیاری از بدخیمی ها از جمله HCC است ولی اطلاعاتی در مورد تاثیر دیابت بر روی میزان HCC در بیماران مبتلا به alcoholic cirrhosis و non alcoholic Steatohepatitis وجود ندارد.

مطالعه کنونی میزان بروز HCC در بیماران مبتلا به NASH را با میزان بروز HCC در بیماران مبتلا به کبد چرب الکلی (ALD) مقایسه می کند. بروز MELD score، HCC و وجود عوامل خطر متابولیک همچون دیابت و نمایه بدنی مقایسه شد. در این مطالعه، بانک اطلاعاتی بیمارانی که از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۳ تحت عمل پیوند کبد قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۶۶۸۶ بیمار مبتلا به NASH و ۲۷۵۸۱ بیمار مبتلا به ALD تحت پیوند کبد قرار گرفته بودند. بیماران مبتلا به NASH در مقایسه با ALD سن بالاتری داشتند. شیوع چاقی و دیابت در میان بیماران مبتلا به NASH بیشتر از ALD بود. همچنین میزان بروز HCC در بیماران مبتلا به NASH بیشتر از ALD بود. در بین بیماران دیابتی، شیوع HCC در بیماران مبتلا به ALD بیشتر از NASH بود.

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این مطلب است که دیابت ریسک HCC را در بیماران مبتلا به NASH و ALD افزایش می دهد. شیوع HCC در بیماران مبتلا به NASH بیشتر از ALD بود. هر چند اتیولوژی بیماری کبدی در بیماران مورد پیوند قرار گرفته به عنوان فاکتور مستقلی برای ایجاد HCC دزر بیمارانی که تحت پیوند کبد قرار گرفته بودند، نشان داده نشد. دیابت به عنوان یک فاکتور مستقل در بیماران مبتلا به NASH برای ایجاد HCC نشان داده شد. نقش دیابت در ایجاد HCC در بیماران مبتلا به ALD و NASH نیاز به بررسی بیشتر دارد.

**تعیین معیار تشخیصی برای تنگی های نامعلوم مجاری صفراوی با استفاده از video cholangioscopy:** سیستم طبقه بندی Monaco دقت ۸۸٪ باری تشخیص تنگی مجاری صفراوی برای cholangioscopy تعریف شده است. هر چند تصاویر حاصل از cholangioscopy اعتبارسنجی نشده اند و استفاده از معیارهای مورد قبول کنونی در مطالعات اخیر interob-server agreement ضعیفی در حد ۴۵٪ را برای این مسیله را مطرح کرده است.

با توجه به معرفی انواع جدید با رزولوشن، نیاز به بررسی بیشتر برای ایجاد معیارهای تشخیصی جدید وجود دارد.

هدف از این مطالعه دو فاز، تعیین ترمینولوژی برای تشخیص بصری تنگی های صفراوی با استفاده از cholangioscopy است. در فاز اول (شناسایی)

را ذکر کردند. بیمارانی که افسردگی متوسط یا شدید داشتند ( $PHQ-9 > 10$ ) رضایت جنسی کمتر و مشکل بیشتر در حفظ نعوذ داشتند. بیماران دارای استومی، میانگین PHQ-9 بالاتر و مشکلات بیشتر در ایجاد و حفظ نعوذ و کیفیت پایین تر نعوذ را در مقایسه با بیماران بدون سابقه جراحی را گزارش کردند. بیماران دارای بیماری مقعدی میزان بیشتری از انزال زودرس را گزارش کردند. بیماران مبتلا به بیکاری کرون با  $HBI > 5$  رضایت جنسی کمتر، مشکلات بیشتر در ایجاد و حفظ نعوذ داشتند. بیماران مبتلا به UC با  $SCCAI score > 4$ ، PHQ-9 scores بالاتری داشتند ولی تفاوتی در امتیاز عملکرد جنسی نداشتند. بیماران مسن تر از ۵۰ سال، رضایت جنسی کمتر، مشکلات بیشتر در ایجاد و حفظ نعوذ گزارش کردند.

سن بالاتر از ۵۰ سال، بیماری کرون فعال، وجود استومی، افسردگی زمینه ای منجر به اختلال عملکرد جنسی اندازه گیری شده توسط IBDSDS می شود. در نتیجه می بایستی تلاشش برای کنترل کردن بیماری و غربالگری از نظر وجود اختلال افسردگی زمینه ای انجام شود.

### تغییر فلور میکروبی در بیماران مبتلا به کلانژیت اسکروزان اولیه (pri-mary sclerosing cholangitis):

Primary Sclerosing Cholangitis (PSC) یک بیماری انسدادی کبدی است که همراهی زیادی با بیماری های التهابی روده (IBD) دارند. فلور باکتریال روده در ایجاد PSC نقش مهمی دارند. با توجه به اینکه در بیماران مبتلا به IBD، فلور میکروبی روده دچار dysbiosis می شود، به نظر می رسد که این تغییرات میکروبی در پاتوژن بیماری PSC موثر هستند. نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر این بود که تنوع میکروبی فلور نرمال روده در تمامی بیماران مبتلا به (PSC)، PSC+UC، PSC+CD، PSC+UC، متر از افراد سالم گزارش شد. در میان گونه های مختلف، ۵ گونه زیرشیوع بیشتری در میان بیماران مبتلا به PSC داشتند:

- Enterococcus
- Fusobacterium
- Lactobacillus
- Veillonella
- Morganella

**نتیجه گیری:** فلور میکروبی روده در بیماران مبتلا به PSC حتی در غیاب التهاب روده به طور واضحی با افراد سالم متفاوت است. پنج گونه میکروبی در بیماران مبتلا به PSC بدون در نظر گرفتن بیماری های التهابی روده، بیشتر یافت می شوند. در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده همزمان با PSC تغییرات میکروبی مرتبط با IBD نیز همراه با تغییرات مرتبط با PSC یافت می شود. یافته های مطالعه حاضر بیانگر این مطلب است که تغییرات میکروبی فلور روده نقش مهمی در پاتوژن PSC دارند.

### فواید ERCP زودرس در بیماران مبتلا به پانکراتیت ناشی از سنگ صفراوی در حضور انسداد صفراوی در غیاب کلانژیت:

گایدلاین های کنونی ASGE توصیه به بررسی اندوسکوپی بیماران مبتلا به پانکراتیت ناشی از سنگ صفراوی در حضور انسداد صفراوی در غیاب کلانژیت از طریق ERCP میکند. هر چند این گایدلاین نیاز به بررسی بیشتری دارد. هدف از مطالعه کنونی بررسی و مقایسه نتایج ERCP زودرس و دیر هنگام در بیماران فوق الذکر است.

بانک اطلاعاتی مربوط به بیماران بستری شده تحت عنوان پانکراتیت صفراوی همراه با انسداد صفراوی در غیاب کلانژیت مورد بررسی قرار گرفت و ERCP زودرس به صورت انجام ERCP در روز اول بستری به عنوان ERCP

**یک مطالعه nested case-control روی نظامیان آمریکایی**

استاتین ها ممکن است نقش محافظتی در برابر ابتلا به آدنوکارسینوم مری در بیماران مبتلا به (BE)، Barrett's esophagus داشته باشند. هرچند اطلاعات در این زمینه محدود هستند. در این مطالعه، سربازان ارتش که در فاصله زمانی بین ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ مورد تشخیص BE قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند. موارد جدید در طول دوره پیگیری تا سال ۲۰۱۱ از طریق بررسی نتایج اندوسکوپی و بافت شناسی تشخیص داده شدند. در این مطالعه ۳۱۱ بیمار مبتلا به EA به عنوان case و ۸۵۶ بیمار مبتلا به BE به عنوان کنترل مورد مقایسه قرار گرفتند. تفاوتی بین نژاد و میانگین سنی دو گروه وجود نداشت. case ها نسبت به control ها به میزان بیشتری دچار چاقی، وزن بالا و سیگار کشیدن بودند. استفاده از PPI و H2RA در میان case ها کمتر از control ها بوده است. افراد مبتلا به EA در مقایسه با BE به میزان کمتری statin استفاده می کردند. بیشترین statin مورد استفاده Simvastatin بود که میانگین دوز روزانه مصرفی در case ها کمتر از control ها بود.

بر اساس این مطالعه مصرف statin ها در افراد مبتلا به BE می تواند منجر به کاهش ریسک EA شود. این اثر به ویژه در پیشگیری از late onset EA و در دوز های بالاتر استاتین و دوره طولانی تر استفاده چشم گیرتر بود.

**ارتباط سطح سرمی C5a با مارکر های فیبروز کبدی در زردی انسدادی:**

در مطالعه بر روی موش ها بین سطح سرمی C5a و ایجاد فیبروز کبدی ارتباط مشاهده شده است. هر چند شناسایی فرآیند فیبروز در بالین دشوار است. در برخی موارد فیبروز کبدی در زمینه زردی انسدادی ایجاد می شود و در این حالت فیبروز به صورت دینامیک قابل شناسایی است. هدف از این مطالعه بررسی سطح سرمی C5a و مارکرهای فیبروز کبدی در بیماران مبتلا به زردی انسدادی و یافتن رابطه بین آنهاست. حدود ۱۶۴ بیمار با زردی انسدادی که در فاصله بین ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۴ برای ERCP مشاوره شدند، از نظر سطح سرمی C5a و مارکرهای فیبروز کبدی از جمله pre-type III collagen، type IV collagen، laminin، collagen و hyaluronic acid مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاصل از مطالعه نشانگر این بود که سطح سرمی C5a در بیماری زردی انسدادی نسبت به افراد سالم بالاتر است و با مدت زمان ابتلا به انسداد ارتباط دارد. پس از رفع انسداد، سطح سرمی C5a و pre-type III collagen، type IV collagen، collagen و hyaluronic acid کاهش پیدا کرد.

در این مطالعه دیده شد که بین افزایش سطح سرمی C5a با سطح سرمی hyaluronic acid، pre-type III collagen، laminin، type IV collagen، collagen و hyaluronic acid در زمان زردی انسدادی سطح سرمی C5a، با type IV collagen، pre-type III collagen و hyaluronic acid پس از رفع انسداد، ارتباط وجود دارد.

**نتیجه گیری:** طبق مطالعه کنونی، سطح سرمی C5a با مارکرهای فیبروز کبدی در حین زردی انسدادی ارتباط دارد و این مسیر نشانگر این مسیر است که C5a با فرآیند فیبروز در حین زردی انسدادی ارتباط دارد. هرچند این نتایج می بایستی با مطالعات بیشتر مورد بررسی بیشتر قرار بگیرد.

کلیپ های اندوسکوپی توسط رادیولوژیست هایی که نسبت به تشخیص نهایی نا آگاه بودند مورد بررسی قرار گرفتند. تعاریف برای یافته های بصری تعیین شدند و کرایتیا براساس category های زیر تعیین شد:

- (۱) تعیین تنگی
- (۲) وجود ضایعات
- (۳) مشخصات ضایعات
- (۴) برجستگی های پاپیلاری
- (۵) زخم
- (۶) عروق غیر طبیعی
- (۷) اسکار
- (۸) pronounced pit

معاهده ای هم برای افتراق ضایعات خوش خیم و بدخیم تعریف شد. در حین مرحله دوم (راستی آزمایی)، رادیولوژیست های مشابه فیلم های اندوسکوپی جدید را مورد بررسی قرار دادند و براساس ۸ معیار امتیاز دادند و دستورالعمل جدیدی برای افتراق موارد بدخیم از خوش خیم تعیین شد. سیستم طبقه بندی Monaco، ۸ معیار را برای تشخیص ضایعات انسدادی صفراوی در cholangioscopy مشخص می کند. با استفاده از این سیستم تشخیصی مشخص شد که وجود زخم و برجستگی های پاپیلاری به میزان بیشتری با بدخیمی ها همراهی دارند، در حالی که وجود عروق غیرطبیعی که قبلا به عنوان معیاری برای تشخیص بدخیمی بود، در معیار جدید با بدخیمی همراهی ندارد.

یک مطالعه آینده نگر جامع برای راستی آزمایی معیار های بدخیمی به منظور ایجاد یک سیستم امتیاز دهی دقیق برای افزایش دقت cholangiography مورد نیاز است.

**همراهی بالا بودن مداوم سطوح CRP با ایجاد فیستول پری آنال در بیماران مبتلا بیماری کرون (CD):**

اطلاعات آزمایشگاهی برای بررسی وضعیت بیماران مبتلا به CD در طول زمان مورد استفاده قرار می گیرد. درمورد رابطه نتیجه این آزمایشات در طول زمانی با بروز عوارض بیماری اطلاعاتی در دسترس نیست. هدف از مطالعه کنونی بررسی ارتباط بین اطلاعات آزمایشگاهی در طول زمان و بروز فیستول پری آنال در بیماران مبتلا به CD می باشد. اطلاعات بالینی، آزمایشگاهی و ژنتیکی مربوط به بیماران با تشخیص بیماری کرون در فاصله زمانی بین ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۸ ثبت شد. بیماران با تشخیص فیستول پری آنال در ۶ ماه اخیر از مطالعه خارج شدند. همراهی بین ایجاد فیستول پری آنال و پارامترهای آزمایشگاهی همچون CRP، تعداد پلاکت، سطح آلبومین خون، کالپروتکتین مدفوع، فریتین سرم، میزان هموگلوبین و ESR مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از مطالعه کنونی نشان داد که سطوح CRP بالاتر از ۳۱ به طور مداوم به صورت مستقل با بروز فیستول پری آنال همراهی دارد.

نقش استفاده از استاتین ها در کاهش ریسک آدنوکارسینوم مری (EA):

## خلاصه مقالات منتشر شده در مجلات بین المللی گوارش و کبد

### ترجمه و تلخیص: صادق مسرت

اثر بلندمدت Tips در مقایسه با Propranolol در کاهش خونریزی از واریس مری و مرگ: یک بررسی بلندمدت کنترل شده

جراحی (Tips/Transcutan intrahepatic protosystemic shant) در ۲۰ سال پیش اولین بار به وسیله Roessle M برای جلوگیری از خونریزی واریس مری در بیماران سیروتیک انجام گرفت اثر آن به طور طولانی مدت در مقایسه با درمان دارویی در تعداد کمی از بیماران مورد بررسی قرار گرفت. حال Sauerbruch T و همکاران در یک بررسی چند مرکزی و در بیماران به صورت راندوم اثر Tips در یک گروه (A) و یا اثر درمان Propranolol گروه (B) جمعاً در ۱۸۶ بیمار مورد بررسی قرار گرفت. در بیماران گروه B، میزان دوز Propranolol آن قدر زیاد داده شد که نبض بیماران ۲۵ درصد کاهش میافت و اثر ایزوسوربیت مونونیترات (ISMN) هم با دوز دو بار ۲۰ میلی گرم با کنترل فشار داخل وریدپورت پس از ۱۴ روز درمان مقایسه شد و در صورتی که فشار وریدپورت کمتر از ۲۰ درصد فشار اولیه نبود Ligatur ورید انجام شد. ۶۵ درصد بیماران مبتلا به سیروز الکلی در گروه A، ۷۵ درصد و در گروه B، ۴۵ درصد بیماران در هر گروه مبتلا به آسیت و Meld Score در دو گروه به ترتیب ۱۰ و ۱۱ بود. در فاصله دو سال از شروع درمان میزان درصد خونریزی در گروه A و B به ترتیب ۱۰ درصد در مقابل ۲۵ درصد و بعد از ۵ سال به ترتیب ۱۰ درصد در مقابل ۳۰ درصد ( $p < 0.0009$ ) و میزان درصد Survival پس از دو سال ۸۰ درصد و پس از ۵ سال ۶۰ درصد ( $p = 0.05$  Logrank) بود. میزان انسفالوپاتی در گروه A، ۲۳ نفر در مقابل ۴ نفر در گروه B بود. ( $p = 0.05$ ) نتیجه این بررسی راندوم شده نشان می دهد که میزان درصد کسانی که خونریزی ناشی از واریس نداشتند در گروه A با Tips بسیار کمتر از گروه B که اثر Propranolol روی فشار وریدپورت کنترل شده بود، دیده شد. میزان درصد مرگ و میر در مدت ۵ ساله در دو گروه شبیه هم بود. شباهت مرگ و میر در بیماران دو گروه نشان می دهد که علت مرگ با بروز خونریزی رابطه نداشته و بستگی به عوامل دیگر داشته است و درمان Tips نمی تواند از میزان مرگ و میر جلوگیری کند.

Sauerbruch T. Z Gastroenterol 2014;52:854-5.

داروهای پایین آورنده اسید و خطر سرطان در بیماران مبتلی به مری بارت، یک مطالعه سیستماتیک

مری بارت یک خطر بسیار بالا برای ایجاد آدنوکارسینومای مری را دارد. به طوری که برداشتن این مری و دیس پلازی همراه آن از طریق اندوسکوپی توصیه می شود. جلوگیری بروز آن از اهمیت فراوان برخوردار است. در یک مطالعه متاآنالیز در بیمارانی که به علت GERD، داروهای PPI یا آنتاگومینت رستپورهیستامین (HRA) به مدت طولانی مصرف می کردند و شامل ۷ بررسی شد در مطالعات آینده نگر که بین ۵ تا ۷/۶ سال با بیش از چندصد بیمار مبتلا به مری بارت طول کشید میزان خطر بروز آدنوکارسینوم مری در ۱۷۷۵ نفری که مصرف PPI داشتند ۲۰۵ نفر و در گروه بدون مصرف PPI در ۸۸ نفر از

درمان ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری با چهار دارو به طور همزمان و یا در دو مقطع زمانی

مک نیکول و همکاران در دو گروه از بیماران (۱۷۰ بیمار در هر گروه) درمان ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری را با رژیم چهار دارویی برای ۱۰ روز (امپرازول ۲۰ میلی گرم، آموکسی سیلین یک گرم، کلاریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم و مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز در گروه A و در گروه B دو داروی امپرازول و آموکسی سیلین با همان دوز برای ۵ روز اول و دو داروی کلاریترومایسین و مترونیدازول با همان دوز برای ۵ روز دوم به شکل Sequen-tial با هم مقایسه گردید. میزان قدرت درمانی به شکل Intention to treat در گروه A و B به ترتیب ۸۷ و ۸۱ درصد و به شکل Per-protocol، ۹۱ و ۸۶ درصد بود. ( $p > 0.05$ ) میزان Compliance در دو گروه با ۸۳ و ۸۲ درصد شبیه هم بود. میزان درصد افرادی که در اثر مصرف دارو شکایات درمانی داشتند در هر دو گروه ۵۹٪ بود که اغلب قابل تحمل ذکر گردید، ۷ بیمار در گروه A و ۵ بیمار در گروه B به علت عواقب دارویی درمان را تا آخر انجام ندادند. این بررسی نشان می دهد که درمان ۵ روزه آنتی بیوتیک ها به طور Sequential می تواند موثر باشد و مصرف ۱۰ روزه و هم زمان آن با این که جواب درمانی بهتری داد به علت قیمت دو برابر مخارج درمان و احتمال ایجاد مقاومت بیشتر تامل برانگیز می باشد. این بررسی می تواند این نتیجه را داشته باشد که سوش ها حساس به درمان در مدت درمانی ۵ روزه ریشه کن می شوند و به احتمال بعضی از سوش ها به آموکسی سیلین جواب داده و ممکن است به علت مقاومت بالا به کلاریترومایسین و مترونیدازول در کشور اسپانیا که این بررسی انجام گرفته در ۵ روز اول ریشه کن شده و آن هایی که حساس به دو داروی آخر بوده در ۵ روز دوم یعنی با درمان کوتاه مدت قابل ریشه کنی هستند. تأیید این بررسی در کشورهای دیگر به علت اهمیت درمان کوتاه مدت لازم می باشد.

Nicholl A. G et al. Gut 2014;63:244-9.

لوزم غربالگری Osteoporosis در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو

در بررسی که بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو به تعداد ۵۷۳۶ نفر از نظر پوکی استخوان با روش رادیولوژی DXA انجام شد و ۹۳ درصد بیماران مرد و ۷۸ درصد از نژاد سفید بودند و اولین بار در سن ۵۵ سالگی با کورتیکو استروئید درمان و ۷/۳ سال پیگیری شدند. ۸۰ بیمار (۱/۴ درصد) مبتلا به شکستگی استخوان گردیدند که در بین آن ها خانم ها در دوره یائسگی (۴۸ درصد) و مردان در سنین بیش از ۵۰ سال (۲۰ درصد) بودند. بیمارانی که آزادانه تحت بررسی با DXA قرار گرفته بودند ۵۰ درصد کمتر از کسانی که تحت بررسی قرار نمی گرفتند دچار شکستگی استخوان شدند. ( $HR=0.5, p=0.03$ ) غربالگری با DXA می تواند ۵۰ درصد احتمال شکستگی استخوان را کاهش دهد.

Am J Gastroenterol 2014;109:572-8.

۳۲۹ نفر مشاهده شد. بنابراین ضریب خطر سرطان با  $0.27(0.12-0.63)$  در کسانی که مصرف PPI داشتند به طور چشمگیر کمتر بود. در این بررسی میزان بروز سرطان در کسانی که طول مری بارت زیادتر و چاقی بیشتر اعتیاد به سیگار و سنین بالا داشتند، بیشتر بود. اثر جلوگیری داروهای PPI بستگی به مصرف داروهای اثربخش دیگر مانند آسپرین و استاتین نداشت اثر داروهای H<sub>2</sub>Ra هنوز در این رابطه مشخص نیست.

Singh S. et al. "Acid – Suppressive medications and risk of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus: a systematic review and meta analysis". Gut 2013;10:1136 published online

هشداردهنده و یا ناراحتی و دردشکمی وجود داشته باشد باید قبل از درمان علامتی آزمایشات کامل علاوه بر اندازه گیری های آزمایشگاه های مکمل به خصوص هنگامی که بیماران به درمان علامتی جواب ندادند مانومتری آنورکتال، آزمایش رادیولوژی تخلیه پس از رکتوم و چگونگی حرکت و سرعت تخلیه از قسمت های مختلف روده بزرگ (Transit Time) به خصوص از قسمت رکتوم (Defecography) انجام گردد.

**سفارشات کلی درمانی:** مواد فیبری از هر دو نوع غیرقابل جذب و قابل جذب علائم را بهبود می بخشد. مقدار این مواد تا بیش از ۳۰ گرم در روز توصیه می شود اگر چنانچه درمان با مواد فیبردار باعث بروز ناراحتی شد بهتر است مقدار آن کاسته شود. حتماً باید بیش از ۱/۵ تا ۲ لیتر مایعات در روز مصرف شود. مصرف مایعات بیش از ۲ لیتر سفارش نمی گردد. عدم تحرک بدنی باید اجتناب گردد باید حتماً هنگام بروز حس تخلیه عمل دفع انجام گیرد و از هرگونه محدود کردن آن پرهیز گردد.

**سفارشات دارویی:** چنانچه نکات ذکر شده در بالا، نتیجه نداد و علل ارگانیکی وجود نداشت همراه با مصرف مواد فیبردار می توان از لاکتولوز (Lactulose)، بیزاکودیل (Bisacodyl)، آنتراشینون، Sorbitol، ناتریوم پیکوسولفات (Natrium Picosulphat) و PEG (Polyethylenglycol) استفاده کرد. ناتریوم پیکوسولفات و بیزاکودیل هر دو با افزایش حرکت روده مثل هم موثر می باشند. با مصرف این دو ماده ممکن است دردشکم بروز کند اما هر دو ماده قابل تحمل هستند. از Antrachinone ها (ترکیبات سنا Sennae) که هم حرکت تخلیه روده را تشدید و هم خاصیت ترشح مایع را به داخل روده دارد، می توان استفاده کرد. مگنزیوم هیدروکسید (Magnesium hydroxide) هم اثربخش است اما می تواند با مصرف دز بالا ایجاد پارالیز روده (Paralysis) و عدم حرکت آن گردد. از شیاف بیزاکودیل و مواد تنقیه حامل نمک های فسفات می توان استفاده کرد اما مواد حامل فسفات می توانند مخاطرات الکترولیتی به وجود آورند. داروهای جدیدی مانند Prucaloprid، Lubiproston، Linaclotid به بازار آمده اند که می توان از آنان همراه با درمان های دیگر همزمان استفاده کرد.

**درمان جراحی:** روش جراحی را هنگامی باید به کار برد که نتیجه از درمان های دیگر در بیماران کسب نشود. رزکسیون محدود روده بزرگ حتماً باید در موارد بسیار پیشرفته که در آن حرکت روده بزرگ بسیار کند بوده و یا مگاکولون وجود داشته باشد، انجام شود. قبل از کولکتومی محدود باید ایلئوستومی (Ileostomy) انجام گیرد که موفقیت احتمالی از رزکسیون مورد تایید قرار گیرد. ایلئوستومی هم می تواند به تنهایی روش درمانی باشد. باید در نظر داشت هنگامی عمل انجام می گیرد که از تمام امکانات درمانی دیگر مصرف فیبر، دارو و تنقیه و بیوفیدبک استفاده شده باشد.

**تحریک عصب لگن (sacral nerve stimulation):** عمل تحریک لگن می تواند در این افراد نتیجه بخش باشد در حالی که ضایعات آنورکتال علت کندی تخلیه و یبوست مزمن باشد حتماً قبل از هر عمل جراحی باید از امکانات درمانی نگهدارنده بالا استفاده شود.

**استفاده از biofeedback:** درمان با این متد هم در بیمارانی که مبتلا به یبوست ناشی از کندی حرکت کولون هستند نتیجه بخش باشد.

**تمرین تخلیه:** در این روش بالن در رکتوم گذاشته می شود و داخل بالن ۵۰ سی سی مایع وارد می شود و از بیمار خواسته می شود که بعد از پرکردن بالن با مایع سعی در تخلیه بنماید. می توان به بیمار کشش بالن را به خارج به کمک یک نخ تسهیل نمود. پروبیوتیک ها (Probiotics) می توانند تا حدودی

### راهنمای برخورد با یبوست برطبق نظر انجمن گوارش آلمان

از آن جایی که شاید یبوست یکی از شایع ترین ناراحتی هایی است که خیلی از بیماران از آن رنج می برند و همچنین یک ناراحتی مهم کسانی است که به علت وجود سندرم روده تحریک پذیر هم به پزشکان متخصص گوارش رجوع می کنند. لذا خلاصه این راهنما را که به وسیله تعداد زیادی از متخصصین آلمانی تهیه شده است در مجله گوارش می آوریم.

**تعریف یبوست:** چنانچه دو علامت از شش شکایت مهم برای سه ماه وجود داشته باشد تشخیص یبوست باید داده می شود: فشار زیاد شکم هنگام تخلیه، مدفوع سفت، عدم تخلیه کامل، احساس انسداد در تخلیه، استفاده از مانور تخلیه با انگشت در ۱/۴ دفعات، تخلیه کمتر از سه بار در هفته.

**شیوع و کیفیت زندگی:** فراوانی یبوست در جامعه متفاوت می باشد. در اروپا باید شیوع آن حدود ۱۵٪ در جامعه باشد. در خانم ها و در سنین بالا این شیوع خیلی بالاتر است و کیفیت زندگی آن ها نسبت به افراد دیگر مطلوب نیست.

**علت و پاتوفیزیولوژی یبوست:** معمولاً یبوست همراه با غذای کم فیبر، عدم مصرف مایعات کافی، عدم حرکت روزانه و جلوگیری از انگیزه برای تخلیه و تغییر ناگهانی در روش زندگی همراه می باشد اما علت خصوصی تا به حال برای آن ثابت نشده است. مصرف داروهای مختلف از جمله مواد مخدر، ضدافسردگی، نورولپتیک (Neuroleptica)، پایین آورنده های مونوآمینواکسیداز (Monoamino-oxidases)، مواد ضدسرع، آنتی هیستامین ها، آنتی اسیدهای کلسیم دار، مواد ضداسپاسم، محرکین اعصاب سمپاتیک، داروهای مدر، کلسترامین، ضایعات روده، بیماری های مختلف سیستم مغزی و اعصاب و نوروپاتی ناشی از دیابت، قطع اعصاب ستون فقرات، بیماری های غدد مانند هیپوتیروئیدی و پرکاری پاراتیروئید، دوره آخر آبستنی، در زمان دوم سیکل ماهیانه خانم ها، بیماری های سیستمیک اسکلردرمی و آمیلوئیدوز همه می توانند یبوست را ایجاد کنند.

**نوع تشخیص یبوست:** در تشخیص یبوست باید یک سلسله سوال راجع به چگونگی تغذیه، نوع تخلیه مدفوع، شرح کامل مصرف داروها و وجود بیماری های مختلف از بیمار انجام گیرد. معاینه کامل بیمار همراه با معاینه و دیدن معقد و هم لمس با انگشت و چگونگی فشار اسفنکتر و تخلیه آن کاملاً ضروری است. اگر یبوست همراه با درد و ناراحتی های شکمی باشد باید راهنمای برخورد با بیماری کولون تحریک پذیر موردنظر قرار گیرد و اگر همراه یبوست علائم



از مخارج را در بیمارستان های کشورهای صنعتی بالا برده است و به خصوص سرطان در حالات اولیه برای معالجه قطعی بیمار از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد در سال های گذشته در بعضی از کشورها از جمله ایالات متحده انجام اندوسکوپی به صورت روتین به طور آزمایشی به وسیله خدمه غیرپزشک یعنی پرستاران در بیمارستان انجام می گیرد. بررسی های مختلف که در این قسمت انجام شد نشان می دهد که پرستاران بخش اندوسکوپی با همکاری نزدیک با متخصص اندوسکوپیست به مرور زمان قادر به تشخیص ضایعات در سیستم گوارش گردیده و تکنیک انجام کولونوسکوپی را آموخته و به خوبی می تواند خدمات اندوسکوپی را انجام دهند. در این حوزه بررسی های مختلفی وجود دارد که ثابت کرده پرستاران خود قادر به انجام این خدمات هستند. در یک بررسی که به صورت راندوم در یک گروه متخصصین گوارش پرستاران اندوسکوپیست، کولونوسکوپی را انجام دادند. پرستاران میزان بیشتری نسبت به متخصصین پلیپ آدنوما کشف کردند (۴۲٪ در مقابل ۱۷٪  $p < 0.001$ ) و بیماران رضایت بیشتری داشتند. (۱۳/۷±۵/۹ در مقابل ۱۶/۱±۸/۶  $p < 0.04$ ) باید متذکر شد که این بررسی در یک مجله پرستاری چاپ شده و از این نظر نمی تواند نشان دهنده برتری عمل پرستاران نسبت به متخصصین گوارش باشد و نتایج اغراق آمیز است.

Limoges Gonzales M et al. "Comparison of Screening Colonoscopy Performed by a Nurse Practitioner and Gastroenterologists: a Single Center randomized controlled trial" *Gastroenterol Nurs* 2011;34:210-6.

در یک بررسی دیگر دو پرستار در مقایسه با رزیدنت های سال اول بخش گوارش شروع به تمرین کولونوسکوپی کردند. در گروه پرستاران ۱۵۰ کولونوسکوپی و رزیدنت ها هم ۱۵۰ کولونوسکوپی را در سال اول تخصصشان انجام دادند. گروه پرستاران در ۲۵ نفر اول کولونوسکوپی دیدن سکوم را در ۸۰ درصد افراد و در ۲۵ نفر آخر در ۹۶ درصد رویت کردند و مدت معاینه در ۲۵ نفر آخر ۱۰ دقیقه طول کشید و همین موفقیت هم نصیب رزیدنت های اندوسکوپی شد. بیماران هم به یک اندازه اظهار رضایت از کار دو گروه داشتند.

Koornstra JJ et al. "Colonoscopy training for nurse endoscopists: a feasibility study" *Gastrointest Endosc* 2009;69:688-95.

در افراد و هنگام آبستنی در زنان موثر باشند. ماساژ ماهیچه های شکم در افراد مبتلا به یبوست مانند Multiple Sclerosis و قطع نخاع مفید و در ناراحتی بیماران اثربخش هستند. از درمان طب سوزنی نباید در بیماران مبتلا به یبوست مزمن استفاده کرد.

P. Lynen Jansen et al. "guideline of chronic constipation: pathophysiology, diagnostic and therapy". *German J. Gastroentology* 2013.

### غربالگیری سرطان روده بزرگ با تست خون مخفی در مدفوع

در راهنمای غربالگیری سرطان روده بزرگ که از طرف جامعه سرطان آمریکا منتشر شده است، گفته شده در افرادی که خطر معمولی سرطان کولون در سن بالا وجود دارد و اقوام و خویشان درجه اول افراد مبتلا به سرطان روده را شامل نمی شوند. چندین آلترناتیو وجود دارد که ساده ترین آن تست خون منفی از ۵۰ سالگی به بالا به روش Guaiac با حساسیت ۵۰ درصد و یا بهتر از آن تست ایمونوشیمی با حساسیت حداقل ۵۰ تا ۷۳ درصد می باشد که این تست باید هر سال انجام گیرد. که فقط در صورت مثبت بودن آن انجام کولونوسکوپی ضروری می گردد. آلترناتیو دیگر تست DNA در مدفوع است که از سن ۵۰ سالگی هر سال باید انجام گیرد. که در صورت مثبت بودن آن انجام کولونوسکوپی ضروری است. راه دیگر قابل قبول، انجام سیگموئیدسکوپی هر ۵ سال یک بار همراه با تست خون مخفی مدفوع هر سال می باشد و یا این که از سن ۵۰ سالگی به بالا هر ۱۰ سال یک بار باید کولونوسکوپی بدون انجام تست خون مخفی انجام گیرد. راه دیگر Double Contrast Enema در روده یا کولونوگرافی به کمک CT هر ۵ سال می تواند انجام گیرد. به تازگی به وسیله یک تست جدید دیگر که به بازار آمده است و در مدفوع علاوه بر اثبات خون به وسیله تست ایمونوشیمیایی موتاسیون ها در سلول های کولون KRAS،  $\beta$ -actin و gene methylation تشخیص داده می شود. با این تست پیشرفته در مدفوع وجود سرطان کولون با حساسیت ۹۲/۳٪ در ۶۵ نفر با سرطان کولون از میان ۹۹۸۹ نفری که همه کولونوسکوپی شده و این تست هم در مدفوع آن ها انجام شده تومور بدخیم شناسایی شده است. به نظر می رسد که تست های مکمل و چند هدفی (multitarget DNA) در مدفوع در آینده تعداد آزمایش های اندوسکوپی روتین را کم کرده و انجام آن به افراد با تست مثبت مدفوع محدود می شود. باید در نظر گرفت که آزمایش ایمونولوژی خون مخفی باید در نمونه توده خارج شده از روده حذف نمونه به دست آمده از آزمایش توش رکتال انجام گیرد.

Smith RA et al. "Canser Screening in the United States 2015" *CA Canser J Clin* 2015;65:30-54.

### به عهده گرفتن انجام عملیات تشخیصی در اندوسکوپی به وسیله پرستاران بخش اندوسکوپی

بالا رفتن مخارج تشخیصی و درمانی در پزشکی باعث شده که مدیریت بیمارستان ها که به وسیله غیر پزشکان اداره می شود به فکر کم کردن مخارج و راه های توسعه آن بیفتند. از آن جایی که هزینه اندوسکوپی قسمت عمده ای