

در آخرین پنجشنبه هر ماه انجمن متخصصین بیماری‌های دستگاه گوارش و کبد ایران در سالن آمفی تئاتر بیمارستان دکتر شریعتی جلساتی برگزار می‌کند و طی آن در باره آخرین دستاوردهای علمی در رشته تخصصی بیماری‌های گوارش سخنرانی‌هایی ایراد می‌شود. در جلسه پنجشنبه ۲۵ دی‌ماه ۱۳۷۶ نیز این جلسه برگزار شد و ضمن آن آقایان دکتر رحیم آقازاده، دکتر محمدجواد احسانی، دکتر اسکندر حاجیان و دکتر محمدمهدی کریمی از بخش گوارش بیمارستان طالقانی (دانشگاه شهید بهشتی) در مورد درمان‌های جدید پانکراتیت حاد صحبت کردند. در پایان جلسه نیز سؤال‌هایی مطرح شد و مورد بحث قرار گرفت. همچنین در پنجشنبه ۳۰ بهمن ۱۳۷۶ جلسه دیگری در مورد تازه‌های درمان‌های طبی و جراحی کولیت اولسروز: کولکتومی توتال و عمل آناستوموز ایلئوآنال Pouch برگزار شد که طی آن آقایان دکتر سیدحسین میرمجلسی و دکتر کریم دربنیان در این باره مطالبی ارائه کردند و در پایان، بحث‌های مفیدی بین پزشکان حاضر در جلسه صورت گرفت. در اینجا خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در این دو جلسه را می‌آوریم.

گزارش اول:

درمان‌های جدید پانکراتیت حاد

پنجشنبه ۲۵ دی‌ماه ۱۳۷۶

سخنرانان: آقایان دکتر رحیم آقازاده، دکتر محمدجواد احسانی، دکتر اسکندر حاجیان و دکتر محمدمهدی کریمی از بخش گوارش بیمارستان طالقانی (دانشگاه شهید بهشتی)

در این جلسه سخنرانان در باره آخرین روش‌های درمان پانکراتیت حاد صحبت کردند و اعلام کردند که پیشرفت در زمینه درمان‌های جدید پانکراتیت حاد به قدری زیاد است که در کنگره مشترک انجمن‌های گوارش کشورهای اروپایی که چند ماه قبل در بیرمنگام انگلیس برگزار شد از آن به عنوان تحول یا انقلاب در درمان پانکراتیت‌های حاد یاد کردند. گزیده‌ای از مطالب عنوان شده در این جلسه را می‌آوریم:

بررسی‌های آماری نشان می‌دهد که تنها در سه سال اخیر پزشکان توانسته‌اند با استفاده از روش‌های جدید، مرگ و میر این بیماری را که در سه دهه گذشته تغییر چندانی نکرده بود به نحو قابل توجهی کاهش دهند. این امر در درجه اول بستگی به تحولی داشته که در درک پاتوژنز بیماری حاصل شده است. علت مرگ این بیماران یکی نکروز پانکراس و نسوج اطراف آن و عفونی شدن بافت نکروزه و دیگری نارسائی اعضای دیگر بدن مانند ریه، کلیه و سیستم قلبی - عروقی بوده است.

دانش ما در باره مکانیسم‌های سلولی التهاب به طور چشمگیری گسترش یافته است. نشان داده شده است که مدیاتورهای سلولی التهاب و سیتوکین‌های آزاد شده در روند پانکراتیت حاد، عامل نارسائی اعضای متعددی در بدن هستند. از طرفی نشان داده شده است که اختلال در کار حائل مخاطی (Mucosal Barrier)، پوشش لوله گوارش که در جریان پانکراتیت حاد ایجاد می‌شود باعث عبور باکتری‌ها

اندوتوکسین‌ها و مواد آنتی‌ژن از روده به داخل جریان خون سیستمیک و آزاد شدن مدیاتورهای التهاب و سیتوکین‌ها می‌گردند.

در امر تغذیه خوراکی این بیماران نشان داده شد که گذاردن لوله از مری به داخل ژژونوم (N-J Tube) و گاوژ مواد غذایی می‌تواند از اختلال کار سد مخاطی جلوگیری به عمل آورد. و در نتیجه از آزاد شدن مدیاتورهای سیستمیک التهاب و سایتوکاین‌های مختلف به داخل جریان خون و همچنین از عفونی شدن انساج نکروزه پانکراس و اطراف آن جلوگیری به عمل آورد. در این کنفرانس نشان داده شد که بر خلاف تصورات گذشته اگر از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف که به داخل نسوج مرده پانکراس نفوذ خوبی دارند مثل (Imipenem) به صورت پروفیلاکتیک در موارد شدید این بیماری استفاده شود و همچنین از آنتی‌بیوتیک‌های غیرقابل جذب مثل (Norfloxacin) به صورت گاوژ از طریق لوله (N-J) استفاده گردد میزان عفونی شدن انساج نکروزه کاهش قابل ملاحظه‌ای خواهد یافت و متعاقباً مرگ و میر کاهش پیدا خواهد کرد.

اگر علت پانکراتیت حاد سنگ صفراوی باشد و در سه روز اول ایجاد درد، علائمی از انسداد مجرای کلدوک و یا کلاتریت حاد وجود داشته باشد، انجام ERCP و اسفنکترتومی به صورت فوری و خارج کردن سنگ میزان مرگ و میر و موربیدیتی را به مقدار قابل توجهی کاهش خواهد داد. و نیز اگر Gabiscate (که یک مهارکننده پروتئاز است) به صورت وریدی به هنگام ERCP پرفوزیون گردد می‌تواند از ایجاد پانکراتیت حاد به دنبال عمل مذکور پیشگیری کند.

همچنین از داروی جدیدی به نام Lexipafan نام برده شد که یک مهارکننده PAF (Platelet Activating Factor) است و اگر در ۴۸ ساعت اول ایجاد پانکراتیت حاد به صورت تزریقی استفاده شود نشان داده شده که می‌تواند مرگ و میر و موربیدیتی بیماری را به میزان مطلوبی تقلیل دهد.



کنفرانس‌های ماهانه انجمن متخصصین دستگاه گوارش و کبد
ایران در سال ۱۳۷۶

فروردین ۷۶/۱/۲۸	دکتر رضا ملک‌زاده و دکتر همایون واحدی	روده تحریک‌پذیر
خرداد ۷۶/۳/۲۹	دکتر رضا ملک‌زاده و دکتر صادق مسرت	تازه‌های گوارش و کبد در کنگره AGA
شهریور ۷۶/۶/۲۷	دکتر سیدحسین میرمجلسی و دکتر ناصر ابراهیمی دریانی	هیپاتیت اتوایمیون
مهر ۷۶/۷/۲۴	دکتر رحیم آقازاده، دکتر مهدی شریف‌زاده، دکتر فرامرز درخشان و دکتر محمدجواد احسانی	خونریزی‌های قسمت تحتانی دستگاه گوارش
آبان ۷۶/۸/۲۹	دکتر قدرت‌الله منتظری و دکتر جواد میکائیلی	پیشرفت‌های جدید در تشخیص و درمان بیماری‌های مری
آذر ۷۶/۹/۲۷	دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر احمد خداداد و دکتر سعید قوامی	بیماری‌های متابولیک کبد کمبود آلفا یک آنتی تریپسین
دی ۷۶/۱۰/۲۵	دکتر رحیم آقازاده، دکتر محمدجواد احسانی، دکتر اسکندر حاجیانی و دکتر محمدمهدی کریمی	درمان‌های جدید پانکراتیت حاد
بهمن ۷۶/۱۱/۳۰	دکتر سیدحسین میرمجلسی و دکتر کریم دربانیان	تازه‌های درمان‌های طبی و جراحی کولیت اولسروز

تازه‌های درمان‌های طبی و جراحی کولیت اولسروز : کولکتومی توتال و عمل آناستوموز ایلئوآنال Pouch

پنجشنبه ۳۰ بهمن ۱۳۷۶

سخنرانان: آقایان دکتر سیدحسین میرمجلسی

و دکتر کریم دربانیان

این کنفرانس با سخنران آقای دکتر سیدحسین میرمجلسی در باره درمان‌های دارویی کولیت اولسروز و موارد عدم پاسخ به درمان طبی آغاز و گفته شد :

گرچه کولیت اولسروز خوشبختانه با درمان‌های طبی قابل معالجه است ولی ۲۰ درصد از بیماران ممکن است در نهایت احتیاج به عمل جراحی پیدا کنند. درمان‌های دارویی غیر از مشتقات اسید ۵-آمینوسالیسیلیک، سولفاسالازین و کورتیکوستروئیدها که به صورت خوراکی، موضعی و در مورد کورتیکوستروئیدها، از راه تزریقی ممکن است داده شوند، شامل تعداد زیادی داروهای جدید است که در موارد مقاوم (و یا بیمارانی که دچار عوارض دارویی می‌شوند) داده می‌شود. از جمله این داروهای تازه، استروئیدهای جدیدتری هستند که با متابولیزه شدن در کبد عوارض جانبی کمتری دارند ولی تأثیرشان هم نسبت به کورتیکوستروئیدهای کلاسیک کمتر است. گروه‌های دیگر، شامل داروهای مهارکننده ایمنی هستند که از آن میان سیکلوسپورین تزریقی از راه وریدی (۴ میلی‌گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در روز) می‌تواند اثرات خوبی در موارد حاد داشته باشد. سیکلوسپورین خوراکی و از راه تنقیه در موارد محدود به رکتوم، آزوتیوپرین و ۶-مرکاپتوپورین دارای اثر کمتری هستند و تأثیر دارو ممکن است تنها چند هفته بعد از شروع درمان ظاهر شود. متوترکسات دارای اثر ثابت شده‌ای نیست.

داروهای تأثیرگذار بر سیتوکین‌ها از جمله داروهای مهارکننده لوکتیرین B4 (LB4) و عامل فعال‌کننده پلاکت (Platelet Activating Factor) PAF (:) و تثبیت‌کننده Mast cells نظیر کتوفتین و روغن‌های امگا-۳ اسید چرب مورد بررسی هستند ولی هنوز به طور فراگیر مورد استفاده قرار نگرفته‌اند. در نتیجه همیشه مواردی وجود خواهد داشت که بیماران به درمان جراحی نیاز پیدا کنند.

موارد تجویز عمل جراحی، دو گروه جراحی فوری و غیر فوری را تشکیل می‌دهند. موارد فوری شامل خونریزی‌های غیرقابل کنترل، پاره‌شدن کولون با و یا بدون همراهی با مگاکولون توکسیک و مگاکولون توکسیک می‌باشد. موارد غیر فوری شامل بیمارانی می‌شود که دچار حملات حاد یا برق‌آسای کولیت اولسروز در شروع بیماری و یا متعاقب فعال شدن و یا خاموش شدن مکرر می‌شوند. این بیماران در صورت عدم پاسخ به درمان‌های طبی در زمان‌های کوتاه و مناسب باید مورد عمل جراحی قرار گیرند. از موارد دیگر تجویز عمل جراحی، در بیماران مبتلا به دیسپلازی و یا کانسر کولون را می‌توان نام برد.