

بررسی فراوانی بیماری‌های اسید پتیک، آلودگی با انگل ژیا ردیا و گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی (Eosinophilic Gastroenteropathy)

در ۱۲۰ کودک با شکم درد مزمن

دکتر محمود حقیقت^۱، دکتر ویجیندا کومار^۲

۱ - بخش کودکان، بیمارستان نمازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲ - بخش پاتولوژی، بیمارستان نمازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نویسنده مسئول: دکتر محمود حقیقت، شیراز، بیمارستان نمازی، دفتر گروه کودکان، تلفن و فاکس ۶۲۶۵۰۲۴ E-mail: haghghm@sums.ac.ir

چکیده

مقدمه:

شکم درد مزمن جزء شایعترین مشکلات گوارشی کودکان و از علل مهم مراجعه آنان به پزشکان است. گرچه بر اساس مطالعات انجام شده در گذشته عقیده بر این است که غالب موارد شکم‌درد کودکان ناشی از عوامل غیرارگانیک (پسیکولوژیک) است ولی مطالعات انجام شده در سال‌های اخیر در کودکان نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از این بیماران مبتلا به بیماری‌های اسیدپتیک و آلوده به هلیکوباکترپیلوری هستند. از طرفی آلودگی به انگل ژیا ردیا (Giardia) و گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی (Eosinophilic Gastroenteropathy) نیز جزء علل شکم درد مزمن کودکان مطرح هستند. هدف از انجام این مطالعه تعیین فراوانی بیماری‌های اسید پتیک، آلودگی به انگل ژیا ردیا و گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی در ۱۲۰ کودک با شکم درد مزمن بوده است.

روش‌ها:

در این مطالعه تعداد ۱۲۰ کودک با سابقه شکم درد مزمن بدون علت مشخص با استفاده از اندوسکوپی و نمونه‌برداری از مخاط معده و اثنی عشر از نظر بیماری‌های اسیدپتیک، آلودگی به انگل ژیا ردیا و گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج:

از ۱۲۰ کودک مورد مطالعه، ۴۸ نفر (۴۰٪) دارای ضایعات گوارشی در نمای اندوسکوپی بودند (جدول ۱) در ۵۸ مورد (۴۸٪) از ۱۲۰ مورد هلیکوباکترپیلوری در مخاط معده مشاهده و گزارش شد. انگل ژیا ردیا تنها در یک مورد در نمونه اثنی عشر مشاهده گردیده بود. در هیچیک از نمونه‌های معده و اثنی عشر ائوزینوفیل بیش از حد نرمال مشاهده و گزارش نشد.

نتیجه‌گیری:

نتایج حاصل از این مشاهده نشان می‌دهند که: برخلاف تصورات و تئوری‌های گذشته، حداقل در منطقه ما، درصد قابل توجهی از کودکان دچار شکم درد مزمن، مبتلا به بیماری‌های اسیدپتیک (ارگانیک) هستند و از طرف دیگر برخلاف باور و عملکرد غالب همکاران در کشورمان، آلودگی به انگل ژیا ردیا می‌تواند همان طور که در منطقه ما دیده شد، از علتهای مهم در ایجاد شکم درد مزمن در کودکان نباشد. مطالعه ما نشان داد که گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی نیز علت قابل توجهی در شکم درد مزمن کودکان به شمار نمی‌آید.

کلواژگان:

شکم درد مزمن، کودکان، بیماری‌های اسیدپتیک، ژیا ردیا، گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی

مقدمه

هستند^(۱،۳) ولی بر اساس مطالعات انجام شده در سال‌های اخیر با استفاده از امکانات تشخیصی پیشرفته، از جمله اندوسکوپی و نمونه‌برداری از مخاط معده و روده‌ها به نظر می‌رسد که برخلاف تصورات و نظریات گذشته درصد قابل توجهی از این کودکان مبتلا به بیماری‌های ارگانیک به ویژه بیماری‌های اسیدپتیک باشند^(۴،۱۷). از طرفی در کشورهای درحال توسعه و از جمله کشور ایران، به دلیل آلودگی نسبتاً

شکم درد مزمن (درد به مدت بیش از ۳ ماه) جزء شایعترین ناراحتی‌های گوارشی کودکان و از علل مهم مراجعه به پزشکان به ویژه متخصصان گوارش است. گرچه بر اساس مطالعات انجام شده در گذشته و تصورات موجود، عقیده بر این است که غالب موارد (بیش از ۹۰٪) شکم درد مزمن کودکان ناشی از عوامل غیرارگانیک (پسیکولوژیک)

لذا آشنائی از وضعیت رفتاری این کودکان با هر یک از عوامل فوق الذکر از نظر نحوه برخورد با این بیماران و انجام اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. هدف از انجام مطالعه حاضر این بوده که در کودکان با سابقه شکم درد مزمن مراجعه کننده به درمانگاه فوق تخصصی گوارش، که هیچگونه علتی از نظر توجیه شکم درد آنها وجود نداشت از نظر تعیین میزان رفتاری با بیماری‌های اسیدپپتیک، آلودگی با انگل ژیا ردیا و گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی با استفاده از اندوسکوپی و نمونه برداری مورد بررسی قرار گیرند.

روش اجرا:

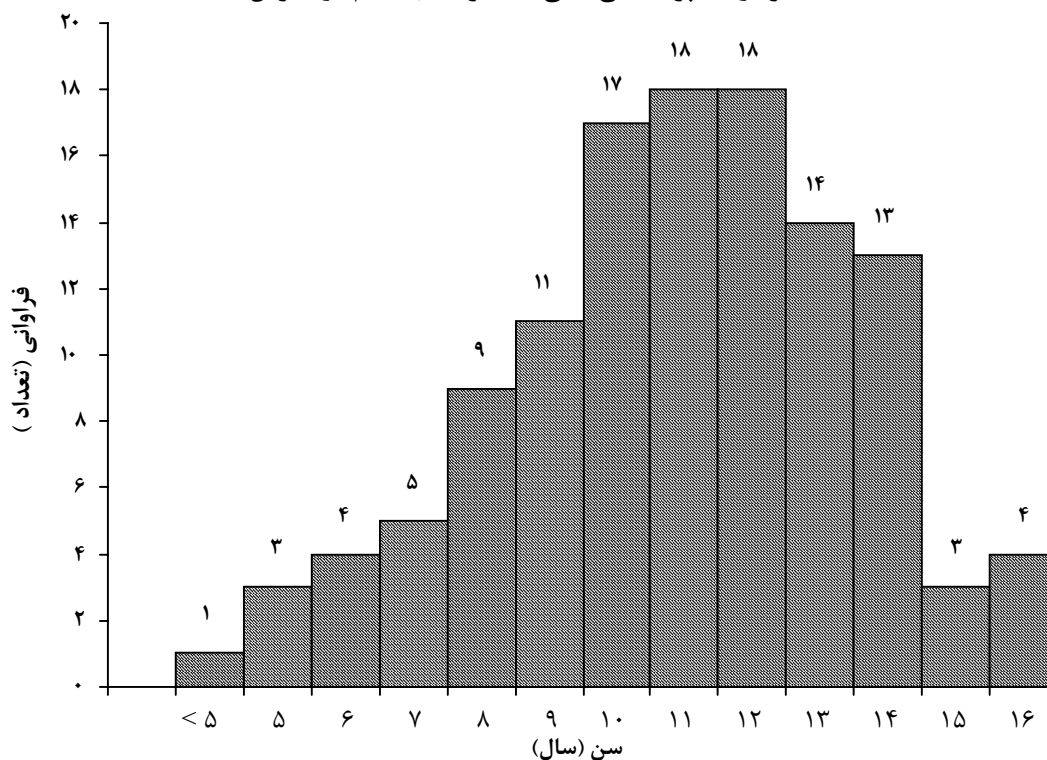
در طی مدت ۱۰ ماه (از اردیبهشت ۱۳۸۱ تا اسفند ۱۳۸۱) تعداد ۱۲۰ کودک، ۷۲ نفر دختر (۶۰٪) و ۴۸ پسر (۴۰٪)، با پراکندگی سنی ۳ تا ۱۶ سال و میانگین ۱۱ سال (نمودار یک)، که با سابقه شکم درد مزمن بدون علت مشخص به کلینیک فوق تخصصی گوارش کودکان مراجعه کرده بودند، از نظر میزان درگیری دستگاه گوارش با بیماری‌های اسید پپتیک، آلودگی با انگل ژیا ردیا و گاستروپاتی ائوزینوفیلی و با استفاده از اندوسکوپی و نمونه برداری مورد مطالعه قرار گرفتند. تمام بیمارانی که بر اساس یافته‌های بالینی یا آزمایشگاهی علتی برای توجیه شکم درد آنها به دست می‌آمد و همچنین کلیه بیمارانی که در طی ۲ ماه قبل از انجام مطالعه از داروهای ضدانگل ژیا ردیا، ضد

جدول ۱ - ضایعات گوارشی در نمای اندوسکوپی در ۱۲۰ کودک با شکم درد مزمن

نوع ضایعه	تعداد	درصد
گاستریت	۲۲	۴۶٪
دئودنیت	۸	۱۶/۶٪
گاستروئودنیت	۱۲	۲۵٪
زخم اثنی عشر	۶	۱۲/۴٪
تعداد کل و درصد	۴۸	۱۰۰٪

بالای کودکان با انگل ژیا ردیا، همواره این انگل به عنوان یک علت مهم در ایجاد ناراحتی‌های گوارشی به ویژه شکم درد مزمن کودکان مطرح بوده و هست (۲۵ تا ۱۸). بسیاری از پزشکان این مناطق آزمایش‌های مکرر مدفوع از نظر یافتن انگل ژیا ردیا را توصیه می‌کنند و غالباً این بیماران یک بار یا در بعضی موارد چندین بار تحت درمان با داروهای ضدانگل نیز قرار می‌گیرند. در برخی از مطالعات موجود، گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی نیز جزء علل شکم درد مزمن کودکان مطرح شده است (۳۹ تا ۲۶).

نمودار ۱ - پراکندگی سنی ۱۲۰ کودک با شکم درد مزمن



درد مزمن کودکان ناشی از عوامل غیرارگانیک (پسیکولوژیک) است. تأیید نمی‌کند بلکه برعکس، یافته‌های اندوسکوپی و هیستولوژی مطالعات امروزی قویاً بیانگر و تأییدکننده شیوع نسبتاً بالا و قابل توجه ضایعات گوارشی و آلودگی به هلیکوباکترپیلوری در این کودکان هستند^(۱۷۶۴).

در کشور ما و سایر کشورهای مشابه، انگل ژیا ردیا همواره به عنوان یک علت مهم در ایجاد شکم درد مزمن در تمام سنین به ویژه در کودکان مطرح بوده است^(۲۴۶۱۸).

در بررسی مخاط اثنی عشر بیماران این مطالعه، تنها در یک مورد از ۱۲۰ مورد انگل ژیا ردیا مشاهده و گزارش شده است. بر اساس این یافته، برخلاف تصورات و عملکرد متداول همکاران در مورد انگل ژیا ردیا، حداقل در منطقه ما به نظر نمی‌رسد که انگل ژیا ردیا عامل مهمی در ایجاد شکم درد مزمن کودکان باشد. لذا با توجه به اهمیت موضوع انجام مطالعات بیشتر در این مورد ضروری به نظر می‌رسد. از زمان معرفی گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی توسط کایجر (Kaijer) در سال ۱۹۳۷ تاکنون علائم گوارشی مختلفی از این بیماری گزارش شده است^(۳۹ تا ۲۵).

در تعدادی از بررسی‌ها، شکم درد مزمن به عنوان یک علامت شایع و مهم از این بیماری در کودکان مطرح شده است. با توجه به این که این بیماری با مشاهده تعداد قابل توجه سلول‌های ائوزینوفیل در مخاط دستگاه گوارش تأیید می‌شود و این که در مخاط دستگاه گوارش هیچیک از بیماران مطالعه حاضر سلول‌های ائوزینوفیلی به تعداد قابل توجه و بیش از حد نرمال مشاهده و گزارش نشده است به نظر نمی‌رسد که گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی علت مهمی در ایجاد شکم درد مزمن کودکان این منطقه باشد.

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان گفت :

- ۱ - درصد قابل توجهی از کودکان با شکم درد مزمن مبتلا به بیماری‌های اسید پپتیک و آلوده به هلیکوباکترپیلوری هستند.
- ۲ - انگل ژیا ردیا و همچنین گاستروانتروپاتی ائوزینوفیلی علل مهمی در ایجاد شکم درد مزمن کودکان این منطقه به شمار نمی‌آیند.

هلیکوباکترپیلوری، آنتی‌هیستامین‌ها، داروهای مهارکننده ترشح اسید یا خنثی‌کننده اسید معده و نیز استروئید استفاده کرده بودند از مطالعه حذف شدند. پس از بحث و تبادل نظر با والدین بیماران یا خود آنها در رابطه با احتمال وجود مشکلات مورد نظر و رابطه آنها با علائم بالینی بیماران و توجه آنها از اهمیت انجام مطالعه، و جلب نظر و رضایت آنان، مورد اندوسکوپی قرار می‌گرفتند. در تمام بیماران اندوسکوپی به صورت سرپایی و توسط یک نفر فوق تخصص گوارش کودکان (نویسنده مقاله) انجام می‌گرفت و یافته‌های اندوسکوپی در فرم‌های مخصوص ثبت و گزارش می‌شد. هنگام انجام اندوسکوپی، ۳ نمونه از مخاط معده (۲ نمونه از تنه و یک نمونه از آنتر) و ۲ نمونه از قسمت‌های دوم یا سوم اثنی عشر گرفته می‌شد. نمونه‌های معده از نظر تغییرات هیستولوژیک، وجود ائوزینوفیل و هلیکوباکترپیلوری و نمونه‌های اثنی عشر از نظر وجود ائوزینوفیل و انگل ژیا ردیا مورد بررسی قرار می‌گرفتند. تمام نمونه‌ها توسط یک نفر آسیب‌شناس خبره (همکار مطالعه) مورد مطالعه قرار می‌گرفت. در این مطالعه مشاهده حداقل ۱۰ عدد ائوزینوفیل یا یک عدد انگل ژیا ردیا در هر شان میکروسکوپ مثبت تلقی می‌شد.

نتایج :

از ۱۲۰ کودک مورد مطالعه ۴۸ نفر (۴۰٪) دارای ضایعات مخاطی در نمای اندوسکوپی بودند (جدول یک) و ۷۸ بیمار (۶۶٪) دارای هیستولوژی غیرطبیعی مخاط معده بودند که از این عده در ۷۳ بیمار (۹۳٪) گاستریت مزمن و بقیه گاستریت حاد و مزمن (acute and chronic gastritis) گزارش شد. در این ۱۲۰ بیمار، در ۵۸ نفر (۴۸٪) هلیکوباکترپیلوری در مخاط معده مشاهده و گزارش شده بود که از این عده ۵۳ نفر (۹۱٪) دارای ضایعات مخاطی بودند. انگل ژیا ردیا تنها در نمونه اثنی عشر یک نفر مشاهده و گزارش شده بود. در هیچیک از نمونه‌های معده و اثنی عشر ائوزینوفیل به تعداد قابل توجه و به میزان غیرطبیعی مشاهده و گزارش نشد.

بحث :

پراکندگی سنی، جنسی و علائم بالینی و یافته‌های اندوسکوپی و هیستولوژی در بیماران این مطالعه تقریباً مشابه و قابل مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در کودکان دچار شکم درد مزمن در سایر کشورها است. در یک مطالعه در ۳۹ کودک با شکم درد مزمن ماندر میر (Mander Mear) و همکارانش دئودنیت را در ۷۲٪ و هلیکوباکترپیلوری را در ۳۶٪ بیماران مشاهده و گزارش کرده‌اند^(۲۵). در مطالعه دیگری در کودکان با شکم درد مزمن، مارومیکالیس (Mauromichalis) و همکارانش در ۶۶٪ بیماران ضایعات مخاطی در معده و اثنی عشر را مشاهده و گزارش کرده‌اند^(۴). نتایج اندوسکوپی و هیستولوژی بیماران مطالعه حاضر و مطالعات مشابه در کودکان با شکم درد مزمن، تئوری‌های گذشته و تصورات کنونی را مبنی بر این که غالب موارد شکم

Abstract:

The prevalence of acid peptic diseases, giardiasis and eosinophilic gastroenteropathy in 120 children with chronic abdominal pain

Haghighat M¹, Kumar V²

1 - Pediatric department, Nemazee Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2 - pathology department, Nemazee Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Corresponding author's address: Mahmoud Haghighat MD, Pediatric department, Nemazee Hospital, Shiraz, Iran

Tel & Fax: (0098 711) 6265024 E-mail: haghighm@sums.ac.ir

Background and aim: Chronic abdominal pain (CAP) is one of the most commonly encountered symptoms in children. For several years, it was believed that most of the children with CAP have psychologic or functional disorders. Recent prospective studies in these children have shown that a significant number of these cases have acid peptic disorders (APD) and H.pylori colonization. Giardia lamblia infestation and eosinophilic gastroenteropathy also considered as causes of chronic abdominal pain in children. The aim of this prospective study was to investigate the prevalence of APD, giardia lamblia infestation and eosinophilic gastroenteropathy in 120 consecutive children with chronic abdominal pain of unknown etiology.

Materials and Methods: 120 consecutive children with chronic abdominal pain (pain for more than 3 months) of unknown etiology attending our center were evaluated for prevalence of APD, giardia tissue involvement and eosinophilic gastroenteropathy, by upper endoscopy and tissue biopsy.

Results: Of the 120 studied children, 48 cases (40%) had grossly significant gastroduodenal mucosal abnormalities (APD), of these 58 cases (48%) had H.pyloric in gastric mucosa. Only one case had giardia lamblia in duodenal mucosa and non had significant, abnormal eosinophilic cells in gastroduodenal mucosa.

Conclusion: We conclude that a significant number of children with CAP suffering from APD. Also, giardia lamblia infestation is an unusual cause of abdominal pain in children in this area. Additionally eosinophilic gastroenteropathy is rare or not present in children with CAP in this area.

Keywords:

Chronic abdominal pain, Children, Acid peptic disease, Giardia, Eosinophilic gastroenteropathy

مراجع:

- 1) Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain, a field survey of 1000 school children. Arch Dis Child 1958; 33: 165-70.
- 2) Walker LS, Lipani TA, Greene JW, et al. Recurrent abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004; 38: 187-91.
- 3) Skorochozki J, Oldak E, Taraszkiwicz F, et al. Frequency of giardiasis in children with chronic abdominal pain. Przegł Epidemiol. 1998; 52: 309-15.
- 4) Mauromichalis I, Zamboukas T, Richman PI. Recurrent abdominal pain of gastrointestinal origin. Eur J pediatr 1992; 151: 560-3 .
- 5) De Giagomo C. Helicobacter pylori infection and chronic gastritis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1990; 11: 310-6.
- 6) Haghighat M, Oboudi B, Sotoodeh M, et al. Helicobacter pylori infection in children with chronic abdominal pain. Iranian Journal of Medical Sciences 1994; 19: 7-11.
- 7) Gryboski JD. Peptic ulcer disease in children. Med Clin North Am 1991; 75: 899-902.
- 8) Maaroos HI. Helicobacter pylori and gastritis in children with abdominal complaints. Scand J Gastroenterol Suppl 1991; 186: 95-9.
- 9) Satti MB. Helicobacter associated upper gastrointestinal disease in Saudi Arabia. Am J Gastroenterol 1990;85: 527-34.
- 10) Szonyi L. Studying the role of Helicobacter pylori infection in recurrent abdominal pain in children. Orv Hetli 1992; 133: 1371-3.
- 11) Tovar-Calderon S. Peptic acid disease associated with Helicobacter pylori in children. Rev Gastroenterol Med 1992; 57: 37-40.
- 12) The Gastrointestinal physiology working group. Helicobacter pylori and gastritis in Peruvian patients. Am J Gastroenterol 1990; 85: 819-23.
- 13) Sippen P. Epidemiology and natural history of chronic gastritis. J Gastroenterol Hepatol 1991; 6: 244-51.

- 14) Ament ME, Rubin CE. Relation of giardiasis to abdominal intestinal structure and function in gastrointestinal immunodeficiency syndromes. *Gastroenterol* 1972; 62: 216-26.
- 15) Buch N-A, Ahmad S-M, Ahmed S-Z, et al. Recurrent abdominal pain in children. *Indian- Pediatr.* 2002; 39: 803-4.
- 16) Patwari A-K, Anand V-K, Malhotra V, et al. Brush cytology: an adjunct to diagnostic upper GI endoscopy. *Indian J Pediatr.* 2001; 68: 515-8.
- 17) Baysoy G, Ertem D, Ademoglu E, et al. Gastric histopathology, iron status and iron deficiency anemia in children with H.pylori infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004; 38: 146-151.
- 18) Gilman RH, Mararquis GS, Miranda, E et al. Rapid reinfection by Giardia Lamblia after treatment in a hyperendemic third world community. *Lancet* 1988;1: 343-5.
- 9) Knigh R. Epidemiology and transmission of giardiasis. *Trans Roy Soc Trop Mey Hyg* 1980; 74: 433-6.
- 20) Turner JA. Giardiasis and infections with Dien tamoeba fragilis. *Ped Clin N Am* 1985; 32: 879-95.
- 21) Eckmann L and Gillin F-D. Microbes and microbial Toxins. *Amer J. physiol. Gastrointest. Liver physiol.* 2001; 280: G1-6.
- 22) Alborzi A and Zerafati Z. Symptomatic Giardia infection in children in a hyperendemic area. *Iran. J. Med. Sci.* 1994; 19: 1-6.
- 23) Rivera M, Hurtado P, Magaldi L, et al. Intestinal giardiasis. *Invest Clin.* 2002; 43: 119-28.
- 24) Kori M, Gladish V, Ziv-Sokolovskaya N, et al. The significance of routine duodenal biopsies in pediatric patients undergoing upper intestinal endoscopy. *J Clin Gastroenterol.* 2003; 37: 39-41.
- 25) Harkins DL, Dellinger GW, Lyneh C, et al. Eosinophilic gastroenteritis associated with protein - losing enteropathy. *J Int. Med. Res.* 1996; 24: 155-63.
- 26) Gay SB, Shaffer HA, Patel SJ, et al. gastrointertinal case of the day, Eosinophilic gastroenteritis. *Amer. J. Roentgenol;* 1996; 167: 241-4.
- 27) Brunero M, Sorrentino G, Ramponi A, et al. Eosinophilic gastroenteritis. *Minerva - pediatri,* 1998; 50: 87-9.
- 28) Karande T, Oak SN, Trivedi A, et al. Proximal jejunal obstruction due to eosinophilic gastroenteritis. *J - postgrad - Med.* 1996; 42: 121-3.
- 29) Steffen RM, wyllie R, petras RE, et al. The spectrum of eosinophilic gastroenteritis. *Clin Pediatr,* 1991; 30: 404-11.
- 30) Strongel G, Mereer S, Sharpe D, et al. Eosinophilic gastroenteritis. *Can - J Surg,* 1984; 27: 182-30.
- 31) Wing-Harkins DL, Dellinger GW, Lynch C, et al. Eosinophilic gastroenteritis. *J. Intern. Med. Res.* 1996; 24: 155-63.
- 32) Spencer B. Gay, Hubert A, Shaffer Jr, et al. Gastrointestinal case of the day. *Amer. J.Radiol.* 1996; 167: 240-44.
- 33) Wander Meer SB, Forget PP, Arends JW. Abnormal small bowel permi ability and duodenitis in recurrent abdominal pain. *Arch Dis child* 1990; 65:1311-9.
- 34) Mc Greath PJ, Goodman JT, Firestone P, et al. Recurrent abdominal pain: a psychogenic factor? *Arch Dis child;* 1983; 58: 588-90.
- 35 – Alborzi A, Zerafati Z. Asymptomatic giardia infestation in children. *Iran. J. Med.sci,* 1994; 19: 1-6.
- 36 – Scelopia James S, Devault Kenneth, Wolte James T: Eosinophilic gastroenteritis presenting as a giant gastric ulcer. *Amer J. Gastroenterol,* 1996; 91: 804-5.
- 37 – Kay Marsha H, Wyllie Robert, Steffen Rita M. The endoscopic gastroenteritis in infancy. *Amer. J. Gastroenterol* 1995; 90: 1361-2.
- 38 – Kirschner Barbara S. Eosinophilic Gastroenteropathy. In: Walker, pediatric gastrointestinal disease, second edition, Mosby- year book Inc. 2000; 65:2-4.
- 39) Clegg-Lampthey JN, Tettey Y, Wiredu EK, et al. Eosinophilic enteritis a diagnostic dilemma. *West Afr Med.* 2002;21:258-9.