

بیماری التهابی روده در ساری: گزارش ۳۰۲ مورد

دکتر حافظ فاخری

دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

چکیده

زمینه و هدف

با توجه به ناشناخته بودن علت بیماری التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease-IBD)، ارزیابیهای اپیدمیولوژیک ممکن است سرخهایی از علت این بیماری در اختیار ما قرار دهد. با در نظر گرفتن تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز این بیماری و اینکه ایران کشوری با جغرافیای متنوع و دربرگیرنده نژادهای مختلف است، هدف ما نشان دادن ویژگیهای زمینه‌ای و بالینی این بیماری در شهرستان ساری است.

روش بررسی

تمامی بیمارانی که طی سالهای ۱۳۷۹ تا شهریور ۱۳۸۶ به یک درمانگاه گوارش مراجعه کرده یا از این درمانگاه به بیمارستان دانشگاهی امام خمینی (ره) ساری ارجاع داده شده بودند و تشخیص IBD در آنها به اثبات رسیده بود، وارد مطالعه شدند. در این مطالعه سن شروع بیماری، جنس، تحصیلات، محیط زندگی، وسعت ابتلا به بیماری، تظاهرات خارج گوارشی، نیاز به جراحی و همراهی با بیماریهای دیگر مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

از ۳۰۲ بیمار مبتلا به IBD، کولیت اولسرو در ۲۶۵ نفر (۸۷/۷٪) و بیماری کرون در ۳۵ نفر (۱۱/۵٪) شناسایی شد. در زمان تشخیص، بیماران مبتلا به بیماری کرون به‌وضوح جوانتر از بیماران مبتلا به بیماری کولیت اولسرو بودند و از نظر جنسیت تفاوت محسوسی در ابتلا به IBD وجود نداشت. اکثر بیماران در محدوده سنی ۲۰-۴۰ سال قرار داشتند و افزایشی در گروه سنی بیش از ۵۰ سال مشاهده نشد. شایعترین شکل کولیت اولسرو، کولیت سمت چپ بود (۴۸/۳٪). سابقه خانوادگی ابتلا به بیماریهای التهابی روده در کولیت اولسرو ۳/۴٪ و در بیماری کرون صفر بود. ۲۶ نفر (۸/۷٪) از بیماران مبتلا به IBD حداقل یکی از تظاهرات خارج گوارشی اصلی را نشان دادند.

نتیجه‌گیری

خصوصیات زمینه‌ای و بالینی IBD کم و بیش مشابه سایر کشورهای در حال توسعه است. اگرچه نمای واقعی اپیدمیولوژیک IBD در ساری هنوز ناشناخته است، آن چنان که قبلاً فکر می‌شد نادر نیست و به نظر می‌رسد با غربی شدن سبک زندگی، با روند رو به تزاید بروز این بیماری مواجه خواهیم شد.

کلید واژه: بیماری التهابی روده، کولیت اولسرو، بیماری کرون، اپیدمیولوژی، ساری

گوارش / دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶، ۱۵۵-۱۶۰

تاریخ پذیرش: ۸۶/۹/۴

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۶/۹/۴

تاریخ دریافت: ۸۶/۷/۲۹

زمینه و هدف

پیدایش بیماری التهابی روده (IBD)، تحت تأثیر استعداد ژنتیکی و عوامل محیطی است. این دو عامل باعث تحریک و فعالیت بیش از حد سیستم ایمنی و آسیب می‌شوند. این بیماری اساساً باعث التهاب در روده بزرگ و روده باریک می‌شود. شایعترین شکل‌های IBD شامل کولیت اولسرو (UC) و بیماری کرون (CD) است. UC بر مبنای وسعت ابتلای روده بزرگ و CD بر مبنای سن شروع، محل درگیری و رفتار بیماری طبقه‌بندی می‌شوند. هر دو شکل IBD ممکن است دارای

نویسنده مسئول: ساری، بیمارستان امام خمینی (ره) - بخش داخلی

تظاهرات خارج گوارشی شامل بیماریهای چشمی، آرتریت، ضایعات پوستی و کلانژیت اسکروزان باشند.

مطالعات متعددی در خصوص اپیدمیولوژی IBD انجام شده است. بروز IBD به طور قابل ملاحظه‌ای در مناطق جغرافیایی مختلف فرق دارد. بالاترین میزان بروز در آمریکای شمالی و اروپای شمالی و غربی گزارش شده است. در حالی که میزانهای پایین‌تر در آسیا، چین، آفریقا و آمریکای جنوبی می‌باشند. (۱)، یافته‌های اخیر از جنوب اروپا (۲) و شرق اروپا (۳) و آسیا (۴) نشانگر افزایش در بروز IBD و در برخی از مناطق، در حد قابل قیاس با میزانهای گزارش شده از آمریکای شمالی و شمال اروپا است. به عبارت دیگر فاصله بین مناطق با بروز بالا و مناطق با بروز

* Ulcerative Colitis

** Crohn's Disease

کریبت و آبه‌های کریپتی.

پس از رد کردن کولیت عفونی، کولیت ایسکمیک، کولیت ناشی از اشعه، زخم منفرد رکتوم، یافته‌های منطبق بر بیماری کرون، تشخیص کولیت اولسرو برای بیمار گذاشته شد.

تشخیص بیماری کرون بر مبنای وجود حداقل ۲ تا از معیارهای به‌کاررفته توسط لفتوس* و همکاران (۱۴) و گلپ** و همکاران (۱۵) صورت گرفت. این معیارها عبارت بودند از:

- (۱) شرح حال درد شکم، کاهش وزن، ضعف، اسهال و یا خونریزی رکتال.
 - (۲) شواهد آندوسکوپییک نمای سنگفرشی مخاط، زخم خطی، نواحی سالم بینابینی یا بیماری پری آنال
 - (۳) شواهد رادیولوژییک تنگی، فیستول، نمای سنگفرشی مخاط یا زخم.
- عفونتها مخصوصاً توپرکلوز و لنفوم اولیه روده بر مبنای شواهد بالینی و هیستولوژی شناسایی و رد شدند.

اطلاعاتی که براساس پرسشنامه از بیماران به دست آمد، دربرگیرنده نوع بیماری التهابی، سن شروع بیماری، جنس، محیط زندگی، تحصیلات، سابقه خانوادگی بیماری التهابی روده، مصرف سیگار، سابقه آپاندکتومی، شکایت بیماران، یافته‌های جسمانی، وسعت درگیری کولون در کولیت اولسرو، فنوتیپ بیماری کرون، نیاز به جراحی، تظاهرات خارج گوارشی، بیماریهای همزمان، فاصله شروع بیماری تا تشخیص و نهایتاً موارد مرگ‌ومیر در سیر بیماری بوده است.

تقسیم‌بندی گروههای سنی بیماران بر مبنای هر دهه سنی به این صورت انجام گرفت: ۱۹-۱۰ سال، ۲۹-۲۰ سال، ۳۹-۳۰ سال، ۴۹-۴۰ سال، ۵۹-۵۰ سال، ۶۹-۶۰ سال، ۷۹-۷۰ سال و ۸۹-۸۰ سال.

کولیت اولسرو بر مبنای وسعت درگیری ماکروسکوپییک روده بزرگ طبقه‌بندی شد: پروکتیت: درگیری رکتوم، کولیت سمت چپ: درگیری کولون تا زاویه طحالی و کولیت وسیع: گسترش التهاب کولون به جلوتر از زاویه طحالی کولون. بیماری کرون بر مبنای طبقه‌بندی اصلاح شده Vienna با در نظر گرفتن سن شروع بیماری (زیر ۴۰ سال، مساوی یا بالای ۴۰ سال)، محل درگیری (ایلئوم ترمینال، کولون، ایلئوکولون و دستگاه گوارش فوقانی) و رفتار بیماری (stricturing, penetrating, inflammatory) (۱۶) به زیر گروههای مختلف تقسیم‌بندی شد.

مبنای گزارش تظاهرات خارج گوارشی، بررسی و اظهار نظر متخصصین مربوط بوده است. این تظاهرات شامل اریتم ندوزوم، پایودرما گانگرونوزوم، آفت دهانی، اووئیت، آرتریت، ساکروایلئیت، کلانژیت اسکروزان و ترومبوز وریدهای عمقی بوده است.

با توجه به اینکه تمامی بیماران در درمانگاه یا در بیمارستان دانشگاهی توسط فوق تخصص گوارش معاینه و پیگیری شدند،

* Loftus

** Gollop

پایین در حال کاهش است. علاوه بر تأثیر عوامل محیطی در بروز IBD، ممکن است بروز آن بین گروههای نژادی مختلف که در همان منطقه جغرافیایی زندگی می‌کنند، بر مبنای زمینه ژنتیکی فرق کند. (۵،۴)

با توجه به ناشناخته بودن علت بیماری التهابی روده، در سالهای اخیر تمرکز بیشتری روی این موضوع شده است. برای رسیدن به این هدف باید ارزیابیهای اپیدمیولوژیک به طور مداوم صورت گیرند، چون تغییر در بروز بیماری و تظاهرات آن ممکن است سرخهایی از علت بیماری التهابی روده در اختیار ما قرار دهد. متأسفانه در مقایسه با کشورهای غربی، در ایران مطالعات اندکی روی بیماری التهابی روده صورت گرفته است که عبارتند از: مرور ۱۱۲ مورد کولیت اولسرو در تهران ۲۲ سال قبل (۶) و طی سالهای اخیر گزارش ۱۰۸ مورد IBD از اراک (۷)، گزارش ۱۴۰ مورد بیماری کرون از ایران (۸)، گزارش ۲۰۰ مورد کولیت اولسرو از بیمارستان امام خمینی (ره) تهران (۹) و اخیراً گزارش ۴۵۷ مورد IBD از ایران (۱۰) و گزارش ۱۷۶ مورد بیماری التهابی روده از خوزستان (۱۱)، این مطالعات اندک ایرانی روی IBD ممکن است ناشی از فقدان سیستم ثبت کشوری و این ایده که بیماری التهابی روده در ایران نادر است، باشد.

ایران کشوری با جغرافیای متنوع و دربرگیرنده نژادهای مختلف است. از این رو هدف ما نشان دادن ویژگیهای زمینه‌ای و بالینی IBD در گروه نسبتاً بزرگی از بیماران طی یک دوره ۷ ساله در ساری، که مردم آن از نژاد گیلک هستند، می‌باشد. این اطلاعات ممکن است تا حدودی اختلافات موجود در بیماران مبتلا به IBD در این منطقه را در مقایسه با بررسیهای قبلی در ایران و همچنین در قیاس با سایر کشورها مشخص کند.

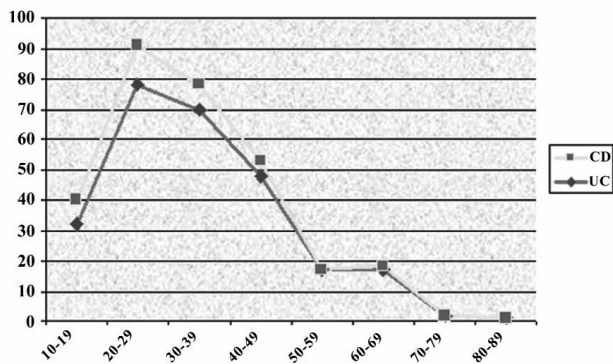
روش بررسی

اطلاعات تمامی بیمارانی که بین سالهای ۱۳۷۹ تا شهریور ۱۳۶۸ با تشخیص IBD به یک درمانگاه خصوصی گوارش مراجعه کرده یا از این درمانگاه به بیمارستان دانشگاهی امام خمینی (ره) ساری ارجاع داده شده بودند جمع‌آوری گردید. تشخیص کولیت اولسرو و بیماری کرون بر مبنای مجموعه‌ای از ویژگیهای بالینی، آندوسکوپییک یا رادیولوژیک و هیستوپاتولوژیک بوده است.

ملاک تشخیص کولیت اولسرو معیارهای اصلاح شده Mendeloff (۱۲) و نکات اساسی معیارهای Lennard-Jones (۱۳) بوده است. این معیارها شامل موارد زیر بوده‌اند:

- (۱) شرح حال اسهال یا خونریزی رکتال برای ۶ هفته یا بیشتر
- (۲) کولونوسکوپی نشانگر شکنندگی مخاط، خونریزی خودبه‌خودی و زخمهای وسیع منتشر

(۳) تغییرات میکروسکوپی منطبق بر کولیت اولسرو شامل وجود نوتروفیل‌ها در ساختمانهای اپیتلیال، التهاب کریپت، به‌هم خوردگی



شکل ۱: توزیع سنی مبتلایان به UC و CD در زمان تشخیص

جدول ۲ نشانگر شکایات اصلی و یافته‌های جسمانی بیماران IBD است. شایعترین شکایات بیماران مبتلا به UC شامل اسهال خونی در ۵۳٪، اسهال خونی بلغمی در ۲۳٪ و خونریزی رکتال در ۲۱٪ و شکایات اصلی در بیماران مبتلا به CD درد شکم در ۶۰٪ و اسهال بلغمی در ۵۴٪ بوده است.

جدول ۲: شکایات اصلی و یافته‌های جسمانی در مبتلایان به کولیت اولسرو و بیماری کرون

تعداد UC (%)	تعداد CD (%)	
۶۱ (۲۳/۰۱)	۱ (۲/۸۵)	اسهال خونی بلغمی
۱۴۱ (۵۳/۲)	۶ (۱۷/۱۴)	اسهال خونی
۲۰ (۷/۵۴)	۱۹ (۵۴/۲۸)	اسهال بلغمی
۵۷ (۲۱/۵)	۴ (۱۱/۲۸)	خونریزی رکتال
۱۹ (۷/۱۶)	۲۱ (۶۰)	درد شکم
-	۱ (۲/۸۵)	تب
۶ (۰/۲۲)	۴ (۱۱/۴۲)	کاهش وزن
-	۵ (۱۵/۳۲)	فیستول پری‌آنال
-	۴ (۱۱/۴۲)	آیسه پری‌آنال
-	۱ (۲/۸۵)	توده قابل لمس شکمی

جدول ۳ نشانگر ویژگیهای بیماران مبتلا به UC بر مبنای وسعت درگیری روده بزرگ است. پروکتیت در ۹۶ نفر (۳۶/۲٪)، کولیت سمت چپ در ۱۲۸ نفر (۴۸/۳٪) و کولیت وسیع در ۴۱ نفر (۱۵/۵٪) وجود داشت. بدین ترتیب شایعترین فرم UC کولیت سمت چپ بود. ارتباط معنی داری بین سن ابتلا، جنسیت و محیط زندگی در این بیماران با وسعت درگیری یافت نشد.

جدول ۴ نشانگر فنوتیپ CD است. بیشترین ابتلا به CD در کولون ۱۳ نفر (۳۲٪)، پری‌آنال ۱۲ نفر (۳۴٪)، ایلئوکولیک ۱۱ نفر (۳۱٪) بوده است. بیماری پری‌آنال به صورت آیسه پری‌آنال در ۴ مورد، فیستول پری‌آنال در ۵ مورد، زخم کانال آنال ۱ مورد و تنگی آنال در ۲ مورد بوده است.

اطلاعات مورد نظر به تدریج جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ انجام شد. نتایج سنجشها بر مبنای متوسط \pm انحراف معیار نشان داده شدند. اهمیت اختلافات بین گروههای مطالعه توسط آزمون t و χ^2 مشخص شد. $p < 0.05$ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بین سالهای ۱۳۷۹ تا شهریور ۱۳۸۶ جمعاً ۳۰۲ بیمار مبتلا به IBD شناسایی شدند. در ۹۰٪ بیماران کلونوسکوپی کامل و مشاهده سکوم امکان پذیر شد.

جدول ۱ نشانگر ویژگیهای زمینه‌ای بیماران مبتلا به IBD است. ۲۶۵ نفر (۸۷/۷٪) مبتلا به کولیت اولسرو و ۳۵ نفر (۱۱/۵٪) مبتلا به بیماری کرون و ۲ نفر مبتلا به Indeterminate Colitis بودند. بنابراین نسبت UC به CD ۷/۵ به ۱ به دست آمد. بیماران مبتلا به CD، در زمان تشخیص به وضوح جوانتر از بیماران مبتلا به UC بودند (۲۸/۴ \pm ۱۱/۸) مقابل ۳۴/۵ \pm ۱۴ (p=۰/۰۰۰).

جدول ۱: ویژگیهای زمینه‌ای بیماران مبتلا به کولیت اولسرو و بیماری کرون

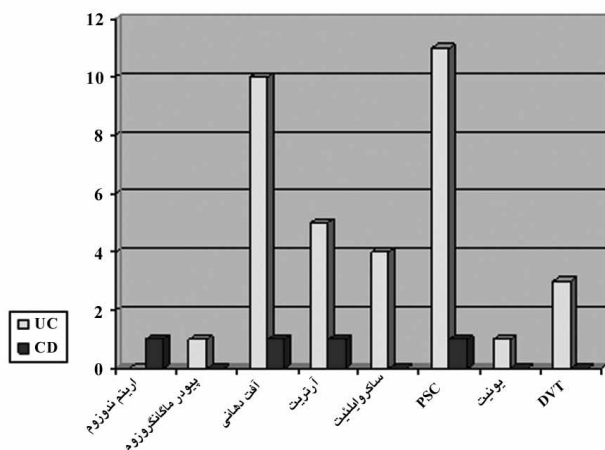
CD (n=۳۵)		UC (n=۲۶۵)	
۲۸/۴ \pm ۱۱*		۳۴/۵ \pm ۱۴	
سن ابتلا (سال)			
۱۶ (۴۵/۷)		۱۲۳ (۴۶/۴)	
۱۹ (۵۴/۳)		۱۴۲ (۵۳/۶)	
۲۷ (۷۷/۱)		۲۰۵ (۷۷/۴)	
۸ (۲۲/۹)		۶۰ (۲۲/۶)	
۱۰ (۲۸/۶)		۶۷ (۲۵/۳)	
۲۵ (۷۱/۴)		۱۹۸ (۷۴/۷)	

*p<۰/۰۰۱

از نظر جنسیت تفاوت محسوسی بین دو گروه وجود نداشت. وقتی محیط زندگی و تحصیلات مورد توجه قرار گرفت، اختلاف قابل توجهی بین UC و CD مشاهده نشد.

سابقه خانوادگی مثبت در گروه بیماران UC در ۹ مورد (۳/۴٪) وجود داشت؛ در حالی که این سابقه در گروه CD وجود نداشت. شرح حال مصرف سیگار در بیماران UC در ۶ مورد (۲/۳٪) ذکر شد و در بیماران گروه CD چنین سابقه‌ای وجود نداشت. سابقه آپاندکتومی در بیماران UC در یک مورد و در بیماران CD در ۵ مورد (۱۴٪) وجود داشت.

شکل ۱ نشانگر توزیع سنی بیماران مبتلا به IBD در زمان تشخیص است. اکثر بیماران مبتلا به UC در محدوده سنی ۲۰-۴۰ سال به این بیماری مبتلا شده‌اند.



شکل ۲: تظاهرات خارج گوارشی در مبتلایان به کولیت اولسرو و بیماری کرون

است. از تظاهرات نادر می‌توان به این موارد اشاره کرد: آسم ۲ مورد، پانکراتیت حاد ۱ مورد و پریکاردیت ۱ مورد.

از بیماریهای همزمان، تعدادی از بیماریهای اتوایمیون شناسایی شدند. این موارد در بیماری کولیت اولسرو شامل پرکاری تیروئید ۴ نفر (۱/۴٪)، کم‌کاری تیروئید ۲ نفر (۰/۷۵٪) و اسکولیت بهجت ۲ نفر (۰/۷۵٪)، واسکولیت هونخ شونلین ۱ نفر (۰/۳٪)، گلوومرولونفریت ممبرانو ۱ نفر (۰/۳٪)، لیکن پلان ۱ نفر (۰/۳٪) و در گروه CD شامل ۱ مورد واسکولیت بهجت بود. سایر بیماریهایی که همزمان با بیماری کولیت اولسرو شناسایی شدند، عبارت بودند از: هموروئید در ۳۰ نفر (۱۱/۳٪)، کیست آمیب هیستولیتیکا در ۱۴ نفر (۵/۲٪)، فیشر آنال در ۵ نفر (۱/۹٪)، سنگ صفرای ۳ نفر (۰/۹٪)، COPD و برونشکتازی هر کدام در ۱ نفر (۰/۳٪) و هیپاتیت مزمن C در ۱ نفر (۰/۳٪).

متوسط فاصله شروع بیماری تا تشخیص در UC، $۸/۰۲ \pm ۹/۷۴$ ماه و در CD، $۱۲/۵۷ \pm ۱۵/۹۴$ ماه بوده است. در بیماران مبتلا به UC، ۳ مورد مرگ به علت کلانژیت اسکروزان و عارضه هیپرتانسیون پورت ناشی از آن و در یک مورد مرگ پس از عمل جراحی IPAA وجود داشت. در بیماران مبتلا به CD فقط یک مورد مرگ به علت سپتیمی وجود داشت.

بحث

در این مطالعه به وضوح UC شایعتر از CD بود (۷/۵ برابر). این یافته با گزارشهای کشورهای آسیایی همچون چین (۱۷)، سنگاپور (۱۸)، کره جنوبی (۱۹) و اغلب کشورهای اروپایی به جز استثنائاتی از انگلیس (۲۰)، فرانسه (۲۱) و آلمان (۲۲) مطابقت داشت. در این مطالعه همچون اغلب گزارشها اختلاف چشمگیری در بروز IBD بر مبنای جنسیت وجود نداشت. (۲۳ و ۲۴)

جدول ۳: ویژگیهای بیماران مبتلا به کولیت اولسرو

پروکتیت (n=۹۶)		کولون چپ (n=۱۲۸)		وسیع (n=۴۱)	
سن ابتلا (سال)		۳۳/۸±۱۱/۷	۳۵/۶±۱۴/۹۴	۳۲/۹±۱۶/۱۹	
جنس	مرد	۴۱ (۴۲/۷)	۶۲ (۵۱/۶)	۲۰ (۴۸/۸)	
	زن	۵۵ (۵۷/۳)	۶۶ (۵۱/۶)	۲۱ (۵۱/۲)	
محیط زندگی	شهر	۷۸ (۸۱/۳)	۹۵ (۷۴/۲)	۳۲ (۷۸)	
	روستا	۱۸ (۱۸/۸)	۳۳ (۲۵/۸)	۹ (۲۲)	
درمان	طبی	۹۶ (۱۰۰)	۱۲۶ (۹۸/۴)	۳۸ (۹۲/۷)	
	جراحی	-	۲ (۱/۶)	۳ (۷/۳)	

p-value در هیچ‌کدام از موارد معنی دار نبود.

جدول ۴: فنوتیپ مبتلایان به بیماری کرون

الگوی بیماری	تعداد (%)	محل ابتلا	تعداد (%)
التهابی	۲۷ (۷۷/۱)	ایلئوم	۸ (۲۲/۸)
		ایلئوکولیک	۱۱ (۳۱/۴)
شکل انسدادی*	۶ (۱۷/۱)	روده باریک	۶ (۱۱/۷)
		کولون	۱۳ (۳۷/۱)
نفوذ به داخل بافت**	۲ (۵/۷)	گوارش فوقانی	۰
		پری آنال	۱۲ (۳۴/۲)

* Stricturing
** Penetrating

شایعترین الگوی رفتاری CD شکل التهابی آن در ۲۷ نفر (۷۷٪) بوده است.

فقط ۵ نفر (۲٪) از بیماران مبتلا به UC به علت بیماری مقاوم مزمن، تحت عمل جراحی* (IPAA) قرار گرفتند، در حالی که جراحی به دلیل CD شکمی در ۵ نفر (۱۴/۲۸٪) و به دلیل بیماری پری آنال در ۳ نفر (۸/۵۷٪) صورت گرفت. موردی از سرطان کولورکتال دیده نشد. در سیر بیماری UC در کل بیماران فقط ۳ مورد کولیت فولمینات مشاهده شد که همگی به درمان طبی پاسخ دادند. فقط ۱ بیمار مبتلا به UC و PSC به علت عارضه سیروز و هیپرتانسیون پورت تحت پیوند کبد قرار گرفتند.

شکل ۲ نشانگر تظاهرات خارج گوارشی اصلی در بیماران مبتلا به IBD است. تظاهرات خارج گوارشی در ۳۳ نفر (۱۲/۴٪) از بیماران مبتلا به UC و در ۴ نفر (۱۱/۴٪) از بیماران مبتلا به CD مشاهده شد. ۵ بیمار (۱/۸٪) مبتلا به UC، همزمان چندین تظاهر خارج گوارشی داشتند. شایعترین تظاهرات خارج گوارشی در بیماران مبتلا به UC، کلانژیت اسکروزان اولیه در ۱۱ نفر (۴/۱۵٪)، آفت دهانی در ۱۰ نفر (۳/۷٪) و سپس آرتریت مفاصل محیطی یا ساکروایلئیت در ۸ نفر (۳٪) بوده

* Ileal Pouch Anal Anastomosis

کامل واقعی می‌باشند. در گزارشی از چین روی ۷۹۶۶ بیمار UC، ۷۰٪ به پروکتیت، ۲۲/۵٪ به درگیری کولون چپ و ۷/۳٪ به پان‌کولیت مبتلا بودند، در حالی که در مطالعه ماشیترین فرم، درگیری کولون چپ بوده است و این گزارش مشابه با گزارشهای غربی و گزارشهای موجود از ایران است. (۲۴)، علی‌رغم تعداد نمونه کم در مورد بیماری CD، محل ابتلا و الگوی رفتاری بیماری با آمارهای غربی مطابقت دارد. (۱۶ و ۲۴)

از کل بیماران مبتلا به UC فقط ۵ نفر (حدود ۲٪) تحت عمل جراحی IPAA، آن هم صرفاً در موارد مقاوم عودکننده یا وابسته به کورتون قرار گرفتند. یافته‌های ما در این زمینه با یافته‌های آیدا ویند* و همکاران در ایالت کپنهاگ دانمارک در سال ۲۰۰۶ مطابقت دارد (۲۴) که از ۳۲۶ مورد مبتلا به UC، ۲۰ نفر (۶٪) تحت عمل جراحی قرار گرفتند. میزان پایین جراحی در UC در مطالعه ما می‌تواند ناشی از تشخیص سریعتر، به‌کارگیری مناسبتر درمان ایمونومودولاتوری در افراد وابسته یا مقاوم به کورتون یا طبیعت ملایمتر بیمارهای التهابی روده در این منطقه از کشور باشد.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج حاصل از این بررسی، IBD در این منطقه از کشور نادر نمی‌باشد و براساس مشاهدات موجود، پزشکان با روند رو به تزاید این بیماری مواجهند. با در نظر گرفتن این واقعیت که در دنیای غرب افزایش بروز UC، ۲۰-۱۵ سال جلوتر از افزایش CD بوده است و از اواخر ۱۹۹۰، بروز UC در دنیای غرب در حد نسبتاً ثابتی باقی مانده یا افزایش جزئی داشته است، در حالی که CD در حال افزایش است، به نظر می‌رسد احتمالاً در آینده به علت توسعه صنعتی بیشتر کشور و توسعه شهرنشینی با خطر بروز بیشتر UC و سپس افزایش CD مواجه خواهیم شد. با توجه به طبیعت مزمن بیماری و صرف هزینه درمانی بالا توصیه می‌شود سیستم ثبت کشوری IBD راه‌اندازی تا بروز، شیوع و تأثیرات IBD بر اقتصاد سلامت مشخص تر شود.

سپاسگزاری

از سرکار خانم دکتر شکوهی و خانم شاه‌محمدی و خانم عباسیان از مراکز تحقیقات بالینی بیمارستانهای بوعلی و امام (ره) ساری تشکر و قدردانی می‌گردد.

* Ida Vind

IBD ممکن است در هر سنی بروز کند و در مقایسه، CD در بیماران جوانتر بروز می‌نماید. این اصل هماهنگ با مطالعه ما است. در مطالعه ما برعکس گزارشهای قبلی از کشورهای توسعه‌یافته (۱۴) و منطبق بر گزارشهای جدید از شمال اروپا (۲۴)، افزایش مجدد IBD پس از ۵۰ سالگی مشاهده نشد. این موضوع ممکن است مربوط به بهره‌مندی از تجهیزات تشخیصی بهتر، موارد کمتری از کولیت ایسکیمیک یا کولیت میکروسکوپی، که قبلاً با IBD اشتباه می‌شدند، یا بروز بیشتر IBD در سنین پایین باشد.

مطالعه ما نشانگر وقوع بالاتری در جمعیت شهری است. اکثر بیماران شهری حداقل تا سطح دیپلم و بیماران روستایی فقط در حد ابتدایی تحصیلات دارند. باید IBD را آینه‌ای از ساختار اجتماعی منطقه خود بدانیم. ممکن است مشاهده موارد بیشتری از IBD در جمعیت شهری، ناشی از دسترسی آسانتر به خدمات بهداشتی، نوع مشاغل، محیط، تغذیه و عفونتها باشد.

در این مطالعه سابقه خانوادگی ابتلا به IBD در بیماران مبتلا به UC ۳/۴٪ و این سابقه در CD صفر بوده است. این سابقه کمتر از گزارش مسجیدی‌زاده و همکاران از خوزستان (۹٪ در IBD)، دریانی و همکاران (۲۸٪ در UC)، آقازاده و همکاران در تهران (۱۳/۴٪ در UC و ۱۲/۹٪ در CD) و ملک‌زاده و همکاران در تهران (۱۵٪ در CD) (۸-۱۱) و به مراتب کمتر از آمارهای غربی است که ۲۵-۱۰٪ بیماران مبتلا، سابقه خانوادگی مثبت IBD را ذکر می‌کنند. (۲۵)، چون مطالعه ما صرفاً روی نژاد گیلک انجام گرفته است، ممکن است این نژاد استعداد کمتری برای ابتلا به IBD نسبت به سایر نژادهای بررسی شده در تهران و خوزستان داشته باشد.

در مطالعه ما ۱۲/۴٪ بیماران UC و ۱۱/۴٪ بیماران CD حداقل یکی از تظاهرات اصلی خارج گوارشی را نشان دادند. این میزان کمتر از گزارش آقازاده و همکاران (۳۱/۴٪ در UC و ۴۰/۴٪ در CD) (۹) و کمتر از مطالعات غربی (۲۶) و مشابه با آمار ارائه شده (۶/۱٪) از چین است. (۲۷)، براساس یافته‌های ما ۴/۱۵٪ بیماران مبتلا به کولیت اولسروز مبتلا به PSC بودند که با آمار ارائه شده توسط مسجیدی‌زاده و همکاران از خوزستان (۱۱) و آمار آمریکای شمالی (۲۸) همخوانی بیشتری دارد.

عوامل متعددی باعث کاهش قابلیت اعتماد به مقایسه وسعت درگیری روده بین مطالعات مختلف می‌شوند. این عوامل شامل اختلاف در استفاده از روش تشخیصی، تعریف وسعت بیماری و انجام کولونوسکوپی

References

1. Xia B, Shivananda S, Zhang GS, Yi JY, Crusius JBA, Peka AS. Inflammatory bowel disease in Hubei province of China. *China Natl J New Gastroenterol* 1997; 3: 119-20.
2. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L, et al. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: Is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996; 39: 690-7.
3. Lakatos L, Lakatos PL. Is the incidence and prevalence of inflammatory bowel disease increasing in Eastern Europe? *Postgrad Med J* 2006; 82: 332-7.
4. Ouyang Q, Tandon R, Goh KL, Ooi CJ, Ogata H, Fiocchi C. The emergence of inflammatory bowel disease in the Asian Pacific region. *Curr Opin Gastroenterol* 2005; 21: 408-13.
5. Ling KL, Ooi CJ, Luman W, Cheong WK, Choen FS, Ng HS. Clinical characteristics of ulcerative colitis in Singapore a multiracial city-state. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35: 144-8.
6. Mir-Madjlessi SH, Forouzandeh B, Ghadimi R. Ulcerative colitis in Iran: A review of 112 cases. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 862-6.
7. فانی علی. مطالعه روی الگوی شیوع بیماری التهابی روده و تظاهرات بالینی آن در اراک. ره آورد دانش، ۱۳۸۱؛ سال هجدهم: ۲۸-۲۳.
8. Malekzade R, Varshosaz J, Merat S, Hadidchi S, Mirmajlesi SH, Vahedi H, et al. Crohn's, Disease: a review of 140 cases from Iran. *Irn J Med Sci* 2000; 25: 138-43.
9. Ebrahimi Daryani N, Mohammadi HR, Ayermalou M. Clinical and epidemiological characteristics in ulcerative colitis patients referred to Imam Hospital 1995-2000. *Tehran University Medical Journal (TUMJ)* 2001; 59: 80-5.
10. Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, Amin K, Ghahghaie F, Firouzi F. Inflammatory bowel disease in Iran: A review of 457 cases. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 20: 1691-5.
11. Masjedi Zadeh R, Hajiani E, Hashemi SJ, Azmi M, Shayesteh AK. Epidemiological features of inflammatory bowel disease in Khozestan. *Scientific Medical Journal* 2007; 6: 54-63.
12. Calkins BM, Lilienfeld AM, Garland CF, Mendeloff AI. Trends in incidence rates of ulcerative colitis and Crohn's disease. *Dig Dis Sci* 1984; 29: 913-20.
13. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1989; 170 Suppl: 2-6.
14. Loftus EV Jr, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2002; 31: 1-20.
15. Gollop JH, Phillips SF, Melton LJ III, Zinsmeister AR. Epidemiologic aspects of Crohn's disease: A population based study in Olmsted County, Minnesota, 1943-1982. *Gut* 1988; 29: 49-56.
16. Nguyen GC, Torres EA, Regueiro M, Bromfield G, Bitton A, Stempak J, et al. Inflammatory bowel disease characteristics among African Americans, Hispanic and non-Hispanic Whites: Characterization of a large North American cohort. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1012-23.
17. APDW2004 Chinese IBD Working Group. Retrospective analysis of 515 cases of Crohn's disease hospitalization in China: Nationwide study from 1990 to 2003. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 1009-15.
18. Lee YM, Fock K, See SJ, Ng TM, Khor C, Teo EK. Racial difference in the prevalence of ulcerative colitis and Crohn's disease in Singapore. *J Gastroenterol Hepatol* 2000; 15: 622-5.
19. Yang SK, Hong WS, Min YI, Yoo JY, Rhee JK, Chang DK, et al. Incidence and prevalence of ulcerative colitis in the Songpa-Kangdong District, Seoul, Korea, 1986-1997. *J Gastroenterol Hepatol* 2000; 15: 1037-42.
20. Daiss W, Sheurlen M, Malchow H. Epidemiology of inflammatory bowel disease in the county of Tübingen (West Germany). *Scand J Gastroenterol* 1989; 170: 39-43.
21. Gower-Rousseau C, Salomez JL, Dupas JL, Marti R, Nuttens MC, Votte A, et al. Incidence of inflammatory bowel disease in northern France (1988-1990). *Gut* 1994; 35: 1433-8.
22. Rubin GP, Hungin APS, Kelly PJ, Ling J. Inflammatory bowel disease: Epidemiology and management in an English general practice population. *Aliment Pharmacol Ther* 2000; 14: 1553-9.
23. Trallori G, Palli D, Saieva C, Bardazzi C, Bonamnomi AG, d'Albasio G, et al. A population-based study of inflammatory bowel disease in Florence over 15 years (1978-1992). *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 892-9.
24. Vind I, Riis L, Jess T, Kundsén E, Pedersen N, Elkjaer M, et al. Increasing incidence of inflammatory bowel disease and decreasing surgery rates in Copenhagen City and Country, 2003-2005: A population-based study from the Danish Crohn colitis database. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1274-82.
25. Orholm M, Nunkholom P, Langholz E, Neilsen OH, Sorensen IA, Binder V. Familial occurrence of inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 1991; 32: 84-8.
26. Olsson R, Danielsson A, Jernerot G, Lindstrom E, Loof L, Rdný P, et al. Prevalence of primary sclerosing cholangitis in patients with ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1991; 100: 1319-23.
27. Jaing X-L, Cui H-F. An analysis of 10 218 ulcerative colitis cases in China. *World J Gastroenterol* 2002; 8: 158-61.
28. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Nancy Yu. The prevalence of extraintestinal disease in inflammatory bowel disease: A population-based study. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1116-22.

Inflammatory Bowel Disease in Sari, Northern Iran: Review of 302 Patients

ABSTRACT

Background: Considering the unknown etiology of inflammatory bowel disease (IBD), the epidemiologic evaluation may help to identify the causative agents of the disease. Genetic (ethnic) and environmental (e.g., geographic) factors in Iran may influence the incidence of the disease. The objective of this study was to determine the demographic and clinical characteristics of the IBD in the city of Sari, northern Iran.

Materials and Methods: All patients with IBD who referred to a private clinic of gastroenterology or Department of Gastroenterology of Imam Khomeini Hospital, Sari, Iran during 2000 to 2007 were included in this study. Age of onset, gender, level of education, resident place, extension of disease, extra-intestinal manifestations, the necessary surgical interventions, and associated diseases were assessed.

Results: Out of 302 IBD patients enrolled in this study, 265 (87.7%) had ulcerative colitis (UC), and 35 (11.5%) had Crohn's disease (CD). CD patients were younger than UC patients at the diagnosis. There was no significant difference between the gender and IBD involvement. Most of the patients aged between 20 and 40 years. Left-sided UC was the most common type (48.3%). Family history was positive in 3.4% of UC patients; it was negative among CD patients. Twenty-six (8.7%) patients with IBD had at least one extra-intestinal manifestation.

Conclusion: The demographic and clinical characteristics of IBD are almost similar to other reports from developing countries. Although the true epidemiologic picture of IBD in Sari is still unknown, IBD is not as rare as was previously thought. Gradual acceptance of a Western lifestyle may be responsible for the observed continuing rise in the incidence of IBD. *Govareh/ Vol. 12, No. 3, Autumn 2007; 155-160*

Keywords: Irritable bowel disease, Ulcerative colitis, Crohn's disease, Epidemiology, Sari

Fakheri H
Mazandaran University of
Medical Sciences

Corresponding Author:
Hafez Fakheri MD,
Internal Medicine Part, Imam
Khomeini Hospital, Sari.
Telefax: 0151 2264044
E-mail:
fakher42@yahoo.com