

بررسی اپیدمیولوژیک بیماران مراجعه کننده با کولیت میکروسکوپیک به یک مرکز درمانی دانشگاهی

دکتر فرید آزموده اردلان^{۱*}، دکتر ناصر ابراهیمی دریانی^۲، دکتر بابک حق پناه^۳، دکتر محمد بشاشتی^۲،

دکتر علی اسد هسترودی^۳، دکتر علیرضا معیری^۳

^۱ استادیار، بخش پاتولوژی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استاد، بخش گوارش، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ پژوهشگر، بخش گوارش، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

مقدمه

کولیت میکروسکوپیک شامل دو بیماری التهابی روده با منشاء ناشناخته می‌باشد: کولیت لنفوسیتیک و کولیت کلاژنی. با توجه به طبیعی بودن نمای ظاهری کولون در این بیماران، شک بالینی و نمونه‌برداری از بافت روده حین کولونوسکوپی جهت تشخیص این بیماری ضروری است.

مواد و روشها

در این مطالعه گذشته‌نگر، به بررسی توصیفی خصوصیات اپیدمیولوژیک، بالینی و پاراکلینیکی بیماران مبتلا به کولیت میکروسکوپیک در یک مرکز دانشگاهی واقع در شهر تهران، که از ابتدای سال ۱۳۸۱ تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۸۲ مراجعه کرده بودند، پرداخته شد.

نتایج

در این مقطع ۱۲ بیمار مبتلا به کولیت میکروسکوپیک (۳ نفر کولیت کلاژنی، و ۹ نفر کولیت لنفوسیتیک) در این مرکز تشخیص داده شدند. اکثریت این بیماران مؤنث بودند (۱۱ نفر- ۹۲٪). میانگین سنی بیماران حین تشخیص بیماری $47/6 \pm 18/1$ سال بود. میانگین زمان بروز علائم تا تشخیص بیماری ۸ سال (۲ ماه تا ۲۷ سال) به دست آمد. شایعترین شکایت اسهال بود که در تمامی بیماران وجود داشت. تظاهرات بالینی اکثر بیماران به صورت مزمن متناوب بود (۶ نفر- ۵۰٪). از لحاظ وجود بیماریهای همراه، یک مورد بیمار مبتلا به هیپرتیروئیدی، یک مورد مبتلا به گاستریت آتروفیک و یک مورد مبتلا به دیابت نوع ۱ مشاهده شد. در پیگیری به عمل آمده در طول دو سال پس از شروع درمان، هیچ‌گونه علائمی به نفع عود بیماری مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری

این بیماری اکثراً توسط پزشکان به فراموشی سپرده می‌شود و گاهی بیمار با تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر تحت مداوا قرار می‌گیرد. بنابراین تشخیص آن محتاج ضریب بالای شک بالینی پزشک در زمینه اسهال آبکی مزمن و نمای ماکروسکوپیک طبیعی در کولونوسکوپی است. گوارش، ۱۳۸۳؛ سال نهم: ۹۵-۱۰۰

واژه‌های کلیدی: کولیت میکروسکوپیک، اسهال مزمن، بیماری التهابی روده

مقدمه

کولیت میکروسکوپیک از شایعترین تشخیص‌های افتراقی اسهال آبکی مزمن در مراکز فوق تخصصی است، که بالغ بر ۱۵ درصد موارد

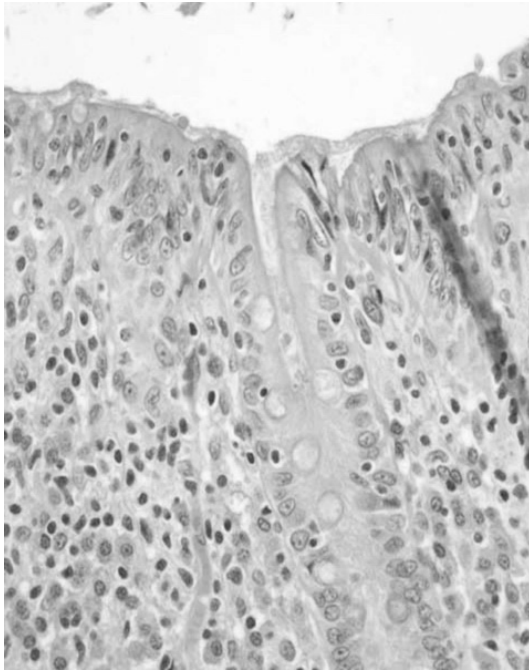
* نویسنده مسئول: دکتر فرید آزموده اردلان- تهران، بلوار کشاورز،

بیمارستان امام خمینی، بخش پاتولوژی

تلفن: ۹۱۹۲۴۰۳ نامبر: ۸۷۹۹۸۴۰

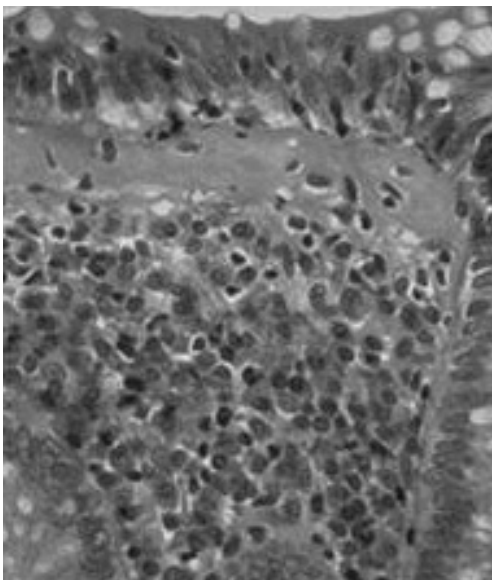
E-mail: azmoudeh@sina.tums.ac.ir

اسهال مزمن را به خود اختصاص می‌دهد^(۱). اولین بار Lindstorm در سال ۱۹۷۶ از نام کولیت کلاژنی برای توصیف بیماری یک خانم ۴۸ ساله با سابقه اسهال مزمن، نمای ماکروسکوپیک طبیعی در کولونوسکوپی و نمای میکروسکوپیک نشان‌دهنده افزایش غیرطبیعی باندهای کلاژنی در زیرمخاط ضخیم شده استفاده کرد^(۲). از آن زمان تاکنون صدها مورد از این بیماری گزارش شده است. واژه کولیت لنفوسیتیک نیز در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر Lazenby و همکاران معرفی شد^(۳). آنها بیمارانی را توصیف کردند که با وجود تظاهرات



شکل ۱: نمای پاتولوژی کولیت لنفوسیتی (رنگ آمیزی H & E)

گذاشته شدند. جهت توصیف داده‌های کمی و کیفی به ترتیب از میانگین/انحراف معیار و فراوانی (درصد فراوانی) استفاده شد. با توجه به پایین بودن تعداد نمونه‌ها از آزمون آماری خاصی در این مطالعه استفاده نشد.



شکل ۲: نمای پاتولوژی کولیت کلاژنی (رنگ آمیزی H & E)

بالینی مشابه با کولیت کلاژنی، در نمای میکروسکوپی، افزایش ارتشاح لنفوسیتی در مخاط بدون افزایش کلاژن را نشان می‌دادند. این سندرم ایدیوپاتیک با تریاد ۱- اسهال آبکی مزمن، ۲- نمای طبیعی آندوسکوپی کولون، و ۳- نمای پاتولوژیک ارتشاح لنفوسیتی یا کلاژنی در نمونه به دست آمده از مخاط کولون تظاهر می‌یابد.^(۵)

کولیت میکروسکوپی یک اصطلاح کلی است که شامل دو بیماری التهابی روده با منشأ ناشناخته می‌باشد: کولیت لنفوسیتی و کولیت کلاژنی. این بیماری اکثراً توسط پزشکان به فراموشی سپرده می‌شود و گاه بیمار با تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر تحت درمان قرار می‌گیرد. تشخیص این بیماری محتاج ضریب بالای شک بالینی پزشک در زمینه اسهال آبکی مزمن و نمای ماکروسکوپی طبیعی در کولونوسکوپی است. انجام بیوپسی‌های متعدد از مخاط طبیعی کولون و بررسی نمونه توسط یک پاتولوژیست مجرب، کلید تشخیصی این سندرم در افراد مبتلا به اسهال مزمن می‌باشد.^(۶)

مواد و روشها

در این مطالعه به صورت گذشته‌نگر به بررسی توصیفی خصوصیات اپیدمیولوژیک، بالینی و پاراکلینیکی بیماران مبتلا به کولیت میکروسکوپی در یک مرکز دانشگاهی واقع در شهر تهران، که از ابتدای سال ۱۳۸۱ تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۸۲ مراجعه کرده بودند، پرداخته شد. تشخیص کولیت میکروسکوپی بر اساس یافته‌های بالینی و آسیب‌شناسی نمونه‌های به دست آمده حین کولونوسکوپی بنا نهاده شد. از نظر بالینی معیار ورود به مطالعه، وجود اسهال آبکی حداقل به مدت سه هفته و معیارهای آزمایشگاهی ذیل بود:

تشخیص کولیت لنفوسیتی بر اساس افزایش نسبت لنفوسیت‌های ساب اپیتلیال به سلول‌های اپیتلیال سطحی به میزان بزرگتر یا مساوی ۲۰ درصد، آسیب اپیتلیالی شامل کاهش ضخامت و موکوس، التهاب لامینا پروپریا توسط سلول‌های منونوکلئر و ضخامت کمتر از ۱۰ میکرومتر در لایه کلاژنی ساب اپیتلیال تعریف گردید. جهت تشخیص کولیت میکروسکوپی از رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین-انوزین (شکل ۱) و در صورت نیاز از رنگ‌آمیزی Van Gieson استفاده شد. کولیت کلاژنی شامل مواردی بود که دچار افزایش ضخامت لایه کلاژنی ساب اپیتلیال بیشتر یا مساوی ۱۰ میکرومتر، آسیب اپیتلیال شامل کاهش ضخامت و جداشدگی اپیتلیوم، التهاب در لایه لامینا پروپریا با توزیع غالب سلول‌های منونوکلئر و افزایش احتمالی لنفوسیت‌های ساب اپیتلیال شده بودند (شکل ۲). همچنین بیمارانی که آزمایش مدفوع آنها شواهدی به نفع عفونتهای انگلی داشت، کنار

نتایج

در طول مدت مطالعه تعداد ۱۲ بیمار مبتلا به کولیت میکروسکوپی در این مرکز تشخیص داده شدند. از این تعداد ۳ بیمار مبتلا به کولیت کلاژنی (هر سه مؤنث) و ۹ بیمار مبتلا به کولیت لنفوسیتیک (۸ مورد مؤنث و ۱ مورد مذکر) بودند. میانگین سنی بیماران حین تشخیص بیماری ۴۷/۶ سال (انحراف معیار ۱۸/۱ سال) بود. میانگین زمان بروز علائم تا تشخیص بیماری ۸ سال (۲ ماه تا ۲۷ سال) به دست آمد. هیچ یک از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه ما شواهدی به نفع سابقه مثبت خانوادگی از بیماریهای التهابی روده نداشتند.

توزیع علائم بیماران در جدول ۱ فهرست شده است.

در ۴ بیمار علائم به صورت مزمن ممتد (۳۳ درصد)، در ۶ بیمار به صورت مزمن متناوب (۵۰ درصد) و در ۲ بیمار به صورت حمله ای (۱۷ درصد) بودند.

جدول ۱: علائم بالینی در ۱۲ بیمار مراجعه کننده با کولیت میکروسکوپی به یک مرکز درمانی دانشگاهی از ابتدای سال ۱۳۸۱ تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۸۲

علائم بالینی	فراوانی (درصد)
اسهال	۱۲ (۱۰۰٪)
درد شکم	۶ (۵۰٪)
کاهش وزن	۱۰ (۸۳/۳٪)
خستگی و ضعف	۵ (۴۱/۷٪)
نفخ شکم	۲ (۱۶/۷٪)
اسهال شبانه	۷ (۵۸/۳٪)
تب	-
تهوع و استفراغ	-
بی اختیاری مدفوع	-

میانگین کاهش وزن در بیماران مراجعه کننده حدود $6 \pm 1/2$ kg به دست آمد. بیشترین کاهش وزن در خانم ۴۷ ساله با تشخیص کولیت لنفوسیتیک بود که میان شروع علائم و تشخیص بیماری وی ۱۰ سال فاصله بود.

در آزمایشهای به عمل آمده ۸ نفر ESR بالاتر از حد طبیعی داشتند. در ۷ نفر از بیماران نیز لکوسیت در مدفوع وجود داشت.

از نظر همراهی با سایر بیماریهای التهابی و بیماریهای خودایمن، یک مورد بیمار مبتلا به هیپرتیروئیدی، یک مورد مبتلا به گاستریت

آتروفیک و یک مورد مبتلا به دیابت نوع ۱ وجود داشت. مورد دیگری از همراهی با این بیماریها مشاهده نشد.

در کولونوسکوپی به عمل آمده در تمامی بیماران نمای ظاهری طبیعی بود، اما بر اساس بررسیهای پاتولوژی (شکل ۱ و ۲) تشخیص بیماری مسجل گردید.

از نظر مصرف داروهای مؤثر در پاتوژنز کولیت میکروسکوپی، ۲ بیمار سابقه مصرف NSAIDs داشتند.

در خصوص پاسخ به درمان، ۶ بیمار (۵۰ درصد) به درمان با داروهای ضد اسهال (لوپرامید) پاسخ دادند و ۲ بیمار (۱۷ درصد) به طور همزمان با لوپرامید به اضافه بیسموت کنترل شدند. در مورد ۴ بیمار دیگر (۳۳ درصد)، بیماری به این درمانها پاسخ نداد؛ اما با تجویز پردنیزولون خوراکی بیماری آنها مهار شد. از بیمارانی که تحت درمان با پردنیزولون بودند، ۲ بیمار تحت درمان نگهدارنده با سولفاسالازین قرار گرفتند. در پیگیری به عمل آمده در طول دو سال، هیچ گونه علائمی به نفع عود بیماری مشاهده نشد.

بحث

اسهال آبکی (ترشعی) بدون خونریزی از مشخصات بیماری کولیت میکروسکوپی است. در بیماران مبتلا به کولیت میکروسکوپی نمای آندوسکوپی و تنقیه باریم معمولاً طبیعی است، و تنها در بررسی میکروسکوپی از نمونههای برداشته شده از مخاط کولون، نمای التهابی مشاهده می شود.

دو شکل کلی از این بیماری تاکنون مورد توجه قرار گرفته اند^(۳،۴): کولیت لنفوسیتیک و کولیت کلاژنی با یا بدون ارتشاح لنفوسیتی در اپیتلیوم سطحی.

در بررسی بیماران مبتلا به اسهال مزمن، کولیت میکروسکوپی بالغ بر ۱۳-۴ درصد موارد را تشکیل می دهد^(۴-۲). میزان شیوع نوع لنفوسیتیک و کلاژنی در جوامع اروپایی به ترتیب ۱۵/۷-۱۰ درصد هزار نفر و ۱۴/۴ درصد هزار نفر گزارش شده است^(۵)، ولی آمار منتشر شده ای در این مورد در کشور ما وجود ندارد. با بررسی مقالات منتشر شده از سال ۱۹۹۴ تفاوت بارزی بین دو گروه جنسی از نظر میزان درگیری مشاهده نشده است^(۴). در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه ما اکثریت موارد مؤنث بودند، هر چند این یافته نمی تواند بیانگر توزیع جنسی این بیماری در جامعه ما باشد.

کولیت میکروسکوپی به طور معمول در دهه های ششم تا هفتم زندگی ظاهر می شود، اگرچه بر اساس مطالعات به عمل آمده بروز این بیماری محدود به گروه سنی خاصی نیست^(۵-۳). اکثریت بیماران

جدول ۲- اختلالات همراه با کولیت میکروسکوپی

آرتريت
هيپرتيروئيدى
ديابت قندى
هيپاتيت‌هاى مزمن
سيروز صفراوى اوليه
گاستريت آتروفىک
اسکلرودرمى
فيروز ريوى
آدنوما
تومور کارسینوئيد
لنفوم هيستيوستىک
بیماری سلپاک

الف- سلول‌های التهابی عمدتاً از نوع لنفوسیت و پلاسماسل در لامینا پروپریا افزایش می‌یابند. به خصوص وجود تعداد قابل ملاحظه این سلولها در قسمت‌های بازال لامینا پروپریا ارزشمندست.

ب- ساختار کریپت‌ها طبیعی است، بدین معنی که کریپت‌ها به فاصله‌های مساوی و با نمای توبولر از سطح مخاط تا موسکولاریس موکوزا کشیده می‌شوند و معمولاً اتساع، ایجاد شاخه‌های جانبی یا کوتاه شدن کریپت‌ها وجود ندارد.

در کولیت لنفوسیتی تعداد لنفوسیت‌ها در لابه‌لای اپیتلیوم سطحی مخاط کولون (لنفوسیت‌های داخل اپیتلیال) افزایش می‌یابد (شکل ۱). مشاهده حداقل ۲۰ لنفوسیت داخل اپیتلیال به ازای ۱۰۰ سلول اپیتلیال، جهت تشخیص کولیت لنفوسیتی پیشنهاد شده است.

مشخصه اصلی کولیت کلاژنی وجود باندل نسبتاً ضخیمی از کلاژن (به ضخامت حداقل ۱۰ میکرون) در زیر غشای پایه پوشش سطحی مخاط می‌باشد (شکل ۲). در کولیت کلاژنی ممکن است افزایش لنفوسیت‌های داخل اپیتلیال در حد کولیت لنفوسیتی نیز دیده شود^(۷).

تغییرات مورفولوژیک در کولیت‌های میکروسکوپی (به‌خصوص کولیت کلاژنی) به‌صورت وصله‌ای (Patchy) است و احتمال دیده شدن تغییرات در بیوپسی‌های به عمل آمده از بخش‌های ابتدایی‌تر کولون بیشتر است^(۷).

در بررسی‌های آزمایشگاهی بعضی بیماران کم‌خونی خفیف، افزایش خفیف ESR و یا آنتی‌بادی ضد هسته‌ای (ANA) یا سایر مارکرهای خودایمن (آنتی‌بادی ضد میتوکندریال، فاکتور روماتوئید و آنتی‌بادی

مراجعه‌کننده به درمانگاه ما در محدوده سنی دهه پنجم تا هفتم زندگی قرار داشتند. بنابراین، در بررسی جامعه توزیع سنی احتمالاً در محدوده مشابه مطالعات کشورهای دیگر است.

مصرف برخی داروها مانند داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) با بروز کولیت کلاژنی مرتبط دانسته شده‌اند^(۶). در مطالعه ما نیز دو مورد سابقه مصرف NSAIDs وجود داشت.

مهمترین علامت این بیماری اسهال آبکی (ترشچی) و غیرخونی است. طیف شدت اسهال از خفیف و خودمحدود شونده تا شدید (حتی ۲۰ بار در شبانه‌روز) و مقاوم به درمان، متغیر است. حجم اسهال در این بیماران می‌تواند به ۲ لیتر در شبانه‌روز نیز برسد. در ۸۵٪ موارد اسهال در طولانی مدت به حالت متناوب و عودکننده دیده می‌شود. در ۱۳٪ موارد اسهال حالت مزمن و ممتد دارد. کاهش وزن در این بیماری به ندرت و معمولاً به‌صورت خفیف مشاهده می‌شود، اما در موارد نادر می‌تواند تا حدود ۲۰ کیلوگرم نیز وجود داشته باشد^{(۱) و (۳)}. در بیماران ما از ۱۲ مورد، ۱۰ مورد کاهش وزن حدود ۱/۲ تا ۶٪ داشتند. این یافته می‌تواند به علت عدم تشخیص به موقع بیماری در آنها باشد. وجود اسهال شبانه وجه افتراق این بیماری از سندرم روده تحریک‌پذیر است، اگرچه در ۵ نفر از بیماران ما سابقه اسهال شبانه وجود نداشت. بنابراین می‌توان به این نکته اذعان داشت که نبود اسهال شبانه ردکننده تشخیص کولیت میکروسکوپی نیست.

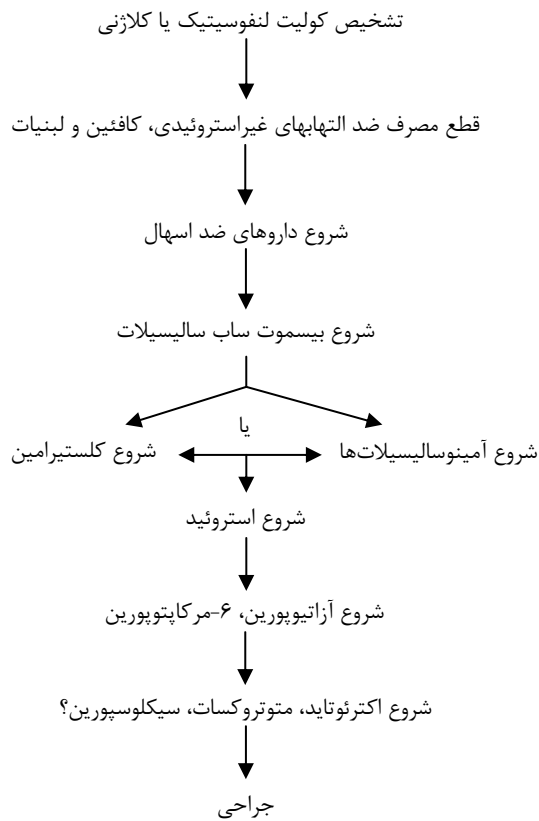
در مورد سیر بیماری مطالعات نشان داده‌اند که ۸۵ درصد موارد به‌صورت مزمن متناوب، ۱۳ درصد به‌صورت مزمن ممتد و ۲ درصد موارد به‌صورت حمله‌ای هستند^{(۱) و (۳)}. در بیماران ما نیز اکثریت بیماران دارای سیر مزمن متناوب بودند.

از جمله اختلالات همراه می‌توان به اختلالات تیروئیدی، دیابت قندی و آرتريت روماتوئید اشاره کرد (جدول ۲).

در بیماران ما یک مورد بیمار مبتلا به هیپرتیروئیدی، یک مورد مبتلا به گاستریت آتروفیک و یک مورد مبتلا به دیابت نوع ۱ وجود داشت که می‌تواند تأیید کننده همراهی این بیماریها با کولیت میکروسکوپی باشد.

نمای کولونوسکوپی در اکثریت مبتلایان به کولیت میکروسکوپی طبیعی است. اما گاه مواردی از ادم، اریتم و شکنندگی مخاطی مشاهده می‌شود^(۱). در بیماران ما نیز همه موارد در کولونوسکوپی به عمل آمده طبیعی بودند.

یافته‌های میکروسکوپی مشترک در انواع مختلف کولیت میکروسکوپی به شرح زیر می‌باشند^(۷):



نمودار ۱- درمان بیماران مبتلا به کولیت میکروسکوپی^(۹)

به دست آمده نمی‌توان به نتیجه‌ای کلی و قطعی رسید^(۱۰). در بیماران ما نیز حدود ۵۰ درصد به درمانهای اولیه پاسخ مثبت دادند، ولی این آمار قابل تعمیم نیست. با توجه به نمای طبیعی کولونوسکوپی در کولیت میکروسکوپی، این بیماری اکثراً توسط پزشکان به فراموشی سپرده می‌شود و گاه بیمار با تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر تحت مداوا قرار می‌گیرد، از این رو تشخیص آن محتاج ضریب بالای شک بالینی پزشک در زمینه اسهال آبکی مزمن و نمای ماکروسکوپی طبیعی در کولونوسکوپی است.

ضد نوتروفیلی سیتوپلاسمی دیده می‌شود. در مجموع ۱۲ بیمار ما ۸ نفر ESR بالاتر از حد طبیعی داشتند. در بیش از نیمی از بیماران لکوسیت در مدفوع وجود دارد. بررسیهای رادیولوژیک کمکی به تشخیص نمی‌کند. نمای کولونوسکوپی بیماری معمولاً طبیعی است، اما در درصد محدودی از بیماران تغییرات خفیف و پراکنده مانند اریتم، ادم و آروزبون‌های سطحی دیده می‌شود^(۸). کلید تشخیصی این بیماری بیوپسی‌های متعدد و پراکنده از سطح کولون است.

اگرچه در تعداد زیادی از موارد بیوپسی‌های گرفته شده از کولون سیگموئید برای تشخیص کفایت می‌کنند، برخی مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که شدت درگیری بافتی از قسمت ابتدای کولون به سمت انتها کاهش می‌یابد و بنابراین گرفتن نمونه از کولون راست یا عرضی را منطقی‌تر می‌دانند. از طرف دیگر گروهی از متخصصین بر این باورند که گرفتن نمونه‌های متعدد از کولون نزولی با استفاده از سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر به اندازه کافی دقت لازم را دارد و در بیشتر بیماران جهت تشخیص کافی است. در صورتی که نمونه به دست آمده از کولون نزولی غیرتشخیصی باشد، در صورت شک بالینی می‌توان از کولون صعودی نمونه‌برداری کرد^(۹). در مورد کولیت کلاژنی نیز با توجه به ضخامت بیشتر کلاژن در قسمت ساب اپیتلیالی رکتوم، توصیه می‌شود از نواحی بالاتر نمونه‌گیری شود. در هر حال نکته بسیار مهم دیگر در انجام نمونه‌برداری این است که درگیری در کولیت کلاژنی ممکن است به صورت وصله‌ای باشد و این امر لزوم انجام بیوپسی‌های متعدد را برای رسیدن به تشخیص آشکار می‌سازد^(۳).

اقدامات درمانی در این بیماران باید در سه زمینه کلی زیر صورت گیرد (نمودار ۱)^(۹ و ۱۰):

۱- قطع دارو یا داروهایی که می‌توانند عامل به وجود آورنده بیماری باشند (مانند NSAIDs).

۲- تبدیل رژیم غذایی به رژیم بدون گلوتن (در صورت همراهی با سلیاک).

۳- استفاده از داروها.

اصول درمان کولیت میکروسکوپی بر پایه مطالعات پیشینی است که از نظر آماری در حجمهای کم انجام گرفته است. بنابراین از نتایج

مراجع

1. Robert ME, Schiller LR. Microscopic colitis syndrome: lymphocytic colitis and collagenous colitis. *Semin Gastrointest Dis* 1999; **10**: 145-55.
2. Robert ME. Microscopic colitis pathologic considerations, changing Dogma. *J Clin Gastroenterol* 2004; **38**: S18-26.
3. Schiller LR. Diagnosis and management of microscopic colitis syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2004; **38**: S27-30.
4. Fine KD, Seidel RH, DO K. The prevalence, anatomic distribution and diagnosis of colonic causes of chronic diarrhea. *Gastrointest Endosc* 2000; **51**: 318-26.
5. Fernandez-Banares F, Salas A, Forne M *et al*. Incidence of collagenous colitis and lymphocytic colitis: a 5-year population-based study. *Am J Gastroenterol* 1999; **94**: 418-23.
6. Riddell RH, Tanaka M, Mazzoleni G. Non-steroidal anti-inflammatory drugs as a possible cause of collagenous colitis: a case-control study. *Gut* 1992; **33**: 683-6.
7. Carpenter HA, Talley NJ. The importance of clinicopathologic correlation in the diagnosis of inflammatory conditions of the colon: histologic patterns with clinical implications. *Am. J. Gastroenterol.* 2000; **95**: 878-96.
8. De La Riva S, Betes MT, Duque JM *et al*. Collagenous colitis and lymphocytic colitis: clinical and endoscopic findings. *Rev Esp Enferm Dig* 2000; **92**: 86-96.
9. Pardi DS, Smyrk TC, Tremaine WJ *et al*. Microscopic colitis: a review. *Am J Gastroenterol* 2002; **97**: 794-802.
10. Cruz-Correa M, Giardiello FM. Lymphocytic and collagenous colitis. *Curr Treat Opt Gastroenterol* 2000; **3**: 243-8.

Azmudeh Ardalan F

Department of Pathology,
Imam Khomeini Hospital,
Tehran University of Medical
Sciences

Ebrahimi Daryani N

Department of Gastroenterology,
Imam Khomeini Hospital,
Tehran University of Medical
Sciences

Haghpanah B

Imam Khomeini
Hospital, Tehran University of
Medical Sciences

Bashashati M

Imam Khomeini
Hospital, Tehran University of
Medical Sciences

Hashtroudi AA

Imam Khomeini
Hospital, Tehran University of
Medical Sciences

Moayeri A

Imam Khomeini
Hospital, Tehran University of
Medical Sciences

Corresponding Author:

Farid Azmudeh Ardalan MD,
Department of Pathology, Imam
Khomeini Hospital, Keshavarz
Blvd., Tehran, Iran.
Tel: +98 21 9192403
Fax: +98 21 8799840
E-mail:
azmoudeh@sina.tums.ac.ir

The Epidemiologic Study of Microscopic Colitis in a University Related Clinic

ABSTRACT

Introduction and Aims: Microscopic colitis has been generally recognized as lymphocytic colitis and collagenous colitis: two inflammatory diseases of large intestine without a definite origin. The colon appears normal by colonoscopy. So, biopsy of the colonic mucosa is mandatory for diagnosis.

Materials and Methods: As a descriptive design we assessed epidemiological, clinical and laboratory findings of patients diagnosed as microscopic colitis from 2001 to 2003, retrospectively. This study had been conducted in one of the University related clinics in Tehran.

Results: In this setting, 12 patients were diagnosed as microscopic colitis (3 collagenous colitis, and 9 lymphocytic colitis). Most of these patients were female (11 patients). The average of the patients' age at the time of the diagnosis was: 47.6 ± 18.1 years. The delay of diagnosis was distributed from 2 months to 27 years (average: 8 years). The most prominent complaint was diarrhea (100%). Most of the cases were presented as a chronic intermittent manner (6 patients- 50%). Hyperthyroidism, atrophic gastritis, and type 1 diabetes mellitus, each of them were detected in 3 separate patients. After treatment initiation, recurrence of the disease was not seen during 2 years of follow-up.

Conclusions: Most of the time, microscopic colitis is mis-diagnosed as irritable bowel syndrome. Clinical suspicion plays the main role in diagnosis of microscopic colitis cases among patients with watery diarrhea and normal colonoscopy. *Govaresh* 2004; 9: 95-100

Keywords: Microscopic colitis, Chronic diarrhea, Inflammatory bowel disease