



Ladan Goshayeshi; MD
E-mail: goshayeshi@mums.ac.ir

بیماری التهابی روده

Inflammatory Bowel Disease

دکتر لادن گشایشی

فوق تخصصی گوارش و کبد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان امام رضا (ع)، مشهد، ایران

مقدمه

در برخی بررسی‌ها مصرف داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی، مصرف داروهای خوراکی ضدبارداری و HRT تاثیرگذار هستند. همچنین در برخی بررسی‌ها، استرس و محرومیت از خواب نیز به عنوان عوامل مطرح گردیده است که نیاز به بررسی بیشتر دارد.

بر مبنای آمار، IBD در نژاد یهود شایع تر و همچنین در نژاد سفید از سیاه بیشتر بوده است. بیشترین بروز IBD در دو بازه سنی ۴۰-۱۵ سال و ۸۰-۵۰ می‌باشد. شیوع کرون در زنان و UC در مردان بیشتر است و ۲۵-۱۰ درصد بیماران دارای فامیل درجه یک مبتلا به این بیماری هستند. مصرف سیگار با افزایش ریسک کرون همراه است. برخی آنتی‌ژنهای غذایی باعث شعله‌ور شدن سیستم ایمنی می‌گردند که می‌توانند منجر به بروز IBD شوند. هر چند هنوز آنتی ژنهای پاتوژن اختصاصی یافت نشده است، لکن نتایج بعضی مطالعه‌ها نشان دادند که رژیم غذایی غربی شامل غذاهای پروسس شده، سرخ کرده و شکر، با افزایش بروز کرون و به میزان کمتر با UC همراه بوده است. حساسیت به پروتئین شیر گاو در کودکانی با UC و مصرف شکر با کرون مرتبط بود. همچنین مصرف طولانی مدت فیبر به ویژه میوه با کاهش بروز CD مشخص شد. بعلاوه، افزایش مصرف چربی، اسید چرب اشباع و پروتئین شیر با افزایش IBD و حتی شعله‌ور شدن بیماری همراه بوده است.

علائم و نشانه‌های بیماری

تظاهرات بالینی IBD مرتبط با منطقه درگیری دستگاه گوارش می‌باشد و ممکن است برای این بیماری اختصاصی نباشد. کرامپ شکمی، اجابت مزاج غیرمعمول، موکوس، خون، از مدفوع، کاهش وزن، تب، تعریق، بی‌حالی و ضعف عمومی، آرتراژی، کاهش رشد در اطفال، بیماری پری‌آنال مانند آبسه و فیستول، و علائم خارج گوارشی از جمله آرتریت، یووئیت، بیماری کبدی و پوستی برخی از نشانه‌های بیماری می‌باشند. علائم بیماری کرون متغیر است و ممکن است بیمار سالها قبل از تشخیص، علائم را داشته باشد. اسهال طولانی‌مدت با درد شکم یا بدون خونریزی واضح به همراه ضعف، بی‌حالی و کاهش وزن علائم مشخص کرون هستند. ولی بیماران می‌توانند با علائم مربوط به درگیری ترنس‌مورال مانند فیستول و آبسه و همچنین درگیری پری‌آنال مراجعه نمایند. در بیماری کولیت اولسرو، بیماران اغلب با اسهال خونی مراجعه می‌کنند. علائم همراه از جمله درد کولیکی شکم و تنسوس اغلب وجود

بیماری التهابی روده (IBD) شامل دو اختلال کولیت اولسراتیو (UC) و کرون (CD) است. کولیت اولسراتیو اغلب کولون را درگیر می‌کند و باعث التهاب لایه مخاطی می‌شود ولی کرون هر قسمتی از سیستم گوارش از دهان تا آنوس را درگیر می‌کند و با التهاب ترنس‌مورال همه لایه‌ها همراه است. این دو بیماری خصوصیات پاتولوژیک و بالینی متمایزی دارند، هر چند پاتوژنز آنها هنوز به طور کامل شناخته نشده است. در بیماری UC درگیری معمولاً محدود به مخاط است و اغلب رکتوم را درگیر می‌کند، هر چند می‌تواند به سرتاسر کولون به صورت پیوسته گسترش یابد. در مقابل، بیماری کرون، التهاب ترانس‌مورال است و درگیری روده به صورت ناپیوسته می‌باشد و بیشتر باعث فیبروز، تنگی‌های متعدد و ایجاد فیستول می‌شود که در کولیت اولسراتیو معمول نیست. شایعترین محل درگیری بیماری کرون نواحی ایلئوم و پروگزیمال کولون است.

اپیدمیولوژی

تاکنون، شیوع دقیق بیماری در ایران مشخص نشده است و عمده بررسی‌ها بر روی جمعیت‌های خاص صورت پذیرفته است. در ایران در سه دهه اخیر میزان بروز و تشخیص IBD فزونی یافته است که یکی از عوامل افزایش تشخیص موارد بیماری، در دسترس بودن پزشکان و بهبود امکانات (اقدامات آندوسکوپی) می‌باشد.

پاتوژنز

هر چند پاتوژنز بیماری به طور کامل شناخته شده نمی‌باشد ولی عوامل ژنتیک، ایمونولوژیک و میکروبیال در این بیماری نقش دارند. مطالعه‌های صورت گرفته بر روی انسان و حیوان نشان دادند که استعداد به IBD با فاکتورهای ژنتیکی ارتباط دارد و تأثیر فاکتور مذکور در کرون از UC بارزتر است. همچنین، میزان ریسک بروز بیماری در فامیل درجه یک بیماران، ۲۰-۳ برابر بیشتر از افراد معمولی است. پاسخ نادرست سیستم ایمنی ذاتی و اکتسابی به باکتری‌های لومن روده و یا محصولات آنها نیز در پاتوژنز بیماری مؤثر می‌باشند. بعلاوه، نقش فلور روده در ایجاد و ادامه بیماری در مطالعات اخیر مشخص شده است.

عوامل مؤثر در بروز بیماری التهابی روده

هر چند پاتوژنز IBD هنوز نامشخص است، فاکتورهای متعددی از جمله؛ سن، جنس، نژاد، استعداد ژنتیکی، مصرف سیگار، نوع رژیم غذایی، فعالیت‌های فیزیکی، چاقی، برخی عفونت‌ها، مصرف آنتی‌بیوتیک،

دارد، هرچند ممکن است علل مراجعه تب، ضعف و کاهش وزن باشد. در بیمارانی که با اسهال مزمن بیشتر از چهار هفته مواجهه هستند باید به UC شک نمود.

تشخیص

تشخیص بیماری بر اساس یافته‌های آندوسکوپی و رادیولوژیک منطبق بر علائم بالینی معین می‌گردد. به منظور تشخیص بیماری تست‌های آزمایشگاهی اختصاصی وجود ندارد؛ لکن از مجموع آزمایش‌های CBC, ESR, CRP, Fecal Calprotectin, P-ANCA, ASCA بررسی نمونه مدفوع و میزان سوء تغذیه جهت تشخیص و فالوآپ بیماران استفاده می‌شود. در زمینه تصویربرداری؛ ترانزیت روده باریک، CT انتروگرافی و MR انتروگرافی از جمله روش‌های مورد استفاده در تشخیص بیماری روده باریک می‌باشند. از مهمترین روش‌های تشخیصی، آندوسکوپی، بیوپسی و همچنین کولونوسکوپی به همراه دیدن ترمینال ایلئوم هستند. همچنین با روش‌های دقیق‌تر بررسی روده باریک مانند کپسول آندوسکوپی و دابل بالون، انتروسکوپی نیز می‌توان کل روده باریک را در موارد مشکوک کرون، بررسی و بیوپسی نمود.

درمان

- بیماری کرون: در موارد خفیف و متوسط بیماری کرون بر مبنای فعالیت بیماری، درمان سرپایی و در صورت مشاهده علائم شدید و توکسیک، بستری توصیه می‌شود. جهت درمان بیماری کرون دو روش درمانی، step-up و step-down، وجود دارد. در روش step-up درمان با داروهای ضعیف‌تر و عوارض جانبی کمتر شروع و در صورت عدم تأثیر از داروی قوی‌تر استفاده می‌شود، ولی در روش step-down درمان با داروی قوی‌تر مانند داروهای بیولوژیک و ایمونومدولاتور آغاز و پس از بهبود به داروی ضعیف‌تر منتهی می‌گردد. بطور کلی درمورد اغلب بیماران از روش step-up استفاده می‌شود. در این روش، درمان ابتدا با داروهای 5-آمینوسالیسیک اسید (5-ASA) در موارد خفیف و متوسط بیماری شروع می‌شود. در بیماران با درگیری ایلئوم و علائم خفیف درمان با 5-ASA خوراکی مانند Pentasa (2g/24h) یا آساکول (2.4g/24h) استفاده می‌شود و تا دوز ماکزیمم بر اساس پاسخ بالینی افزایش داده می‌شود. ولی در بیماران با درگیری همزمان کولون، سولفاسالازین یا مزالامین انتخاب مناسبی می‌باشند. در صورت عدم تأثیر 5-ASA، آنتی‌بیوتیک‌هایی

مانند سیپروفلوکساسین و مترونیدازول و در صورت عدم پاسخ بالینی، پردنیزولون 40-60 میلی‌گرم پیشنهاد می‌شود. همچنین می‌توان به جای پردنیزولون از بودزوناید استفاده نمود که عوارض جانبی کمتری دارد. درمان نگهدارنده با داروهای 5-ASA است. در موارد مقاوم به درمان‌های فوق، بیماران وابسته به استروئید و فیستول‌های مقاوم، از ایمونومدولاتورها مانند آزاتیوپورین، سیکلوسپورین و داروهای بیولوژیک همچون اینفلیکسیمب استفاده می‌شود.

- بیماری کولیت اولسراتیو: در موارد خفیف و متوسط بیماری کولیت اولسراتیو، داروهای 5-ASA خوراکی و موضعی به صورت انما و شیاف بر مبنای میزان درگیری مورد استفاده قرار می‌گیرد. در صورت عدم تأثیر داروهای فوق بر بیماران پس از گذشت 4-2 هفته از بودزوناید یا پردنیزولون، و همچنین در موارد مقاوم به استروئید و یا وابسته به استروئید از ایمونومدولاتورها شامل آزاتیوپورین، 6-MP، سیکلوسپورین و داروهای بیولوژیک مانند انفلیکسیمب استفاده می‌شود. در موارد کولیت فولمینانت، خونریزی شدید، پرفوراسیون و موارد دیسپلازی جراحی صورت می‌پذیرد.

احتیاطات

واکسیناسیون بر علیه آنفلوانزا، پنوموکوک و هپاتیت B از جمله مواردی هستند که باید در بیماران مبتلا به IBD مورد توجه قرار گیرند. بیماران به سبب اینکه در معرض سرطان کولورکتال هستند، باید بر اساس مدت زمان بیماری و گسترش بیماری تحت اسکرینینگ با کولونوسکوپی و بیوپسی منظم باشند. همچنین زنان مبتلا باید از لحاظ کانسر سرویکس تحت اسکرینینگ قرار بگیرند. برای تمام بیماران استفاده از ضدآفتاب ضروری است چراکه با مصرف داروهای فوق‌الذکر ریسک ابتلا به سرطان پوست افزایش می‌یابد. بیماران تحت درمان با کورتیکوستروئید می‌بایست از مکمل ویتامین و کلسیم استفاده کنند و هر 3-2 سال دانسیته استخوانشان اندازه‌گیری شود. سوءتغذیه در بیماران مبتلا به IBD و به خصوص کرون، شایع می‌باشد. بنابراین بررسی وضعیت تغذیه توصیه می‌شود و همچنین استفاده از مولتی‌ویتامین و حذف غذای حاوی لاکتوز مانند شیر در برخی بیماران، به خصوص در مرحله حاد، پیشنهاد می‌گردد. شایان ذکر است با توجه به افزایش شیوع این بیماری در کشور توجه به علائم بیماری برای تشخیص به‌موقع و درمان مناسب آن، سهم بسزایی در کاهش موربیدیتی و مورتالیتی بیماری دارد.

لطفاً به این مقاله از 1 تا 20 امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (30007838) ارسال فرمایید.

REFERENCES

کد مقاله: 6807 نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

1. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia, USA: Saunders; 2015.
2. Kasper D, Fauci A, Hauser S, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th ed. New York, USA: McGraw-Hill Education; 2015.