

بیماری‌های التهابی روده (IBD) در مرکز ایران، استان قم، سال ۱۳۸۶-۱۳۹۰

محمدرضا قدیر^{۱*}، محمد مهدی فرضی نژادی زاده^۲، سید سعید سرکشیکیان^۳، سعید یزدانی^۴، اسماعیل اسماعیلی بهبهانی^۵

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های التهابی روده (IBD)، یک عارضه مزمن وابسته به ایمنی در روده است که به دو نوع اصلی کولیت اولسر و بیماری کرون تقسیم می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین اپیدمیولوژی بیماری IBD در استان قم از سال ۱۳۸۶-۱۳۹۰ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - مقطعی روی ۲۳۶ بیمار که از ابتدای سال ۱۳۸۶ تا اواخر سال ۱۳۹۰ با تشخیص IBD (U.C & C.D) به کلینیک‌های گوارش استان قم مراجعه کرده بودند انجام شد. اطلاعات بیماران با مصاحبه مستقیم یا تماس با بیماران جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، شاخص‌های آمار مرکزی، آزمون‌های تی مستقل، کای اسکور، آزمون دقیق فیشر و من ویتنی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی برای U.C، ۳۵/۳۹ سال و برای C.D، ۳۳/۰۳ سال بود. نسبت مرد به زن برای U.C، ۱:۱ و برای C.D، ۱:۱/۲۸ بود. درصد بیماران غیرسیگاری در U.C و C.D به ترتیب ۸۷/۳٪ و ۸۷/۵٪ گزارش شد. در بیماران U.C، شایع‌ترین شکایت خونریزی از مقعد و در بیماران C.D شایع‌ترین شکایت درد شکم بود. در بیماران U.C شایع‌ترین میزان درگیری Proctitis، ۴۷٪ و در بیماران C.D شایع‌ترین درگیری Terminal Ileum، ۷۲٪ گزارش شد. میانگین شروع علائم تا هنگام تشخیص بیماری به ترتیب در U.C و C.D برحسب ماه ۱۳/۸ و ۲۰/۵۶ بود. از نظر سابقه خانوادگی مثبت در بیماران IBD در بیماران U.C، ۱۴/۲٪ از اقوام درجه یک و ۲٪ از اقوام درجه ۲ و در بیماران C.D، ۳/۱٪ از اقوام درجه یک و ۶/۲٪ از اقوام درجه ۲ بودند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه تصویر روشن‌تری از بیماری IBD را در استان قم نشان داد، ولی برای مشخص کردن وضعیت دقیق اپیدمیولوژی این بیماری انجام مطالعات وسیع‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: بیماری التهابی روده؛ بیماری کرون؛ اپیدمیولوژی؛ کولیت اولسر.

^۱دانشیار بیماری‌های گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران.

^۳استادیار بیماری‌های گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴استادیار بیماری‌های گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

محمدرضا قدیر، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

ghadir@muq.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۲۶

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Ghadir MR, Farzi Nezhadizadeh MM, Sarkishikyan SS, Yazdani S, Ismaeili Behbahani I. Inflammatory bowel diseases in center of Iran, Qom province, 2007-2011.
Qom Univ Med Sci J 2014;8(3):41-48. [Full Text in Persian]

مقدمه

بیماری‌های التهابی روده (Irritable Bowel Diseases, IBD) التهاب نهانزاد و مزمن روده هستند که به ۲ نوع اصلی کولیت اولسر (Ulcerative Colitis) و بیماری کرون (Disease Crohns) تقسیم می‌شوند و در حال حاضر نیز از علل شایع درگیری‌های دستگاه گوارش در کشورهای توسعه‌یافته می‌باشند. میزان بروز U.C بین ۱۱-۲ و میزان بروز C.D بین ۷-۱ در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است. تظاهرات U.C و C.D بیش از همه در دو گروه سنی ۳۰-۱۵ ساله و ۸۰-۶۰ ساله مشاهده شده است. همچنین نسبت ابتلا مرد به زن برای U.C، ۱:۱ و برای C.D، ۱:۱/۸-۱/۱ بوده است (۱). در کشورهای توسعه‌یافته میزان بروز بیماری کرون از اواسط دهه ۱۹۵۰ تا اوایل دهه ۱۹۷۰، افزایش بارزی داشته و بعد از آن نیز به شکل ثابت باقی مانده است (۲). گزارش‌های متعدد بیانگر آن است که بروز بیماری کرون در کشورهای آسیایی طی سالهای اخیر رو به افزایش بوده است (۳). مطابق مطالعات انجام‌شده درخصوص وضعیت بیماری‌های التهابی روده، این بیماری تا سال ۱۹۸۵ در ایران نادر بوده و پس از آن افزایش یافته است (۴، ۵). گرچه مرگ به‌علت بیماری‌های التهابی روده در حال حاضر شایع نیست، ولی این بیماری همچنان باعث از کارافتادگی و موربیدیتی، به‌خصوص در بالغین جوان می‌شود و بر انجام فعالیت‌های روزانه بیماران، (۶) که پتانسیل رشد، تحصیل و اشتغال دارند تأثیر می‌گذارد. همچنین این مسئله باعث تحمیل بار اجتماعی و اقتصادی زیادی می‌گردد. به‌نظر می‌رسد بیماری التهابی روده ناشی از عملکرد نامتناسب باکتری‌های طبیعی روده باشد. این تناسب افزایش‌یافته توسط اختلال در عملکرد سدهای اپی‌تلیال روده و سیستم ایمنی مخاطی ایجاد می‌شود. همچنین عوامل محیطی و خصوصیات ژنتیکی میزبان می‌تواند در حساسیت و استعداد ابتلا به بیماری و چگونگی رفتار بیماری و پاسخ به درمان مؤثر باشد. یکی از مهم‌ترین مباحث مورد بررسی در تحقیقات مربوط به بیماری‌های التهابی روده؛ تداخل خصوصیات ژنتیکی بیمار و عوامل محیطی است که تحقیقات متعدد اپیدمیولوژیک و مطالعات بر روی مدل‌های حیوانی التهاب روده نیز اثر عوامل ژنتیکی را تأیید کرده‌اند (۷). از دهه آخر قرن بیستم مطالعات متعددی جهت فهم پایه‌های پاتوژنز بیماری‌های التهابی

روده و ساختارهای جدید صورت گرفته است. تشخیص بیماری U.C معمولاً با شرح حال مربوطه، نمای کولونوسکوپی مخاط روده بزرگ و تأیید پاتولوژی صورت می‌گیرد (۸). تظاهرات بالینی بیماری کرون در مقایسه با کولیت اولسر خیلی متنوع است، چون در این بیماری التهاب تمام جداری بوده و وسعت درگیری بیشتر است (از دهان تا رکتوم) (۹). بیماران ممکن است سالها علائمی بدون تشخیص داشته باشند و نشانه‌های غیراختصاصی شبیه بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر سالها قبل از تشخیص این بیماری وجود داشته باشد. تشخیص بیماری کرون معمولاً با یافته‌های آندوسکوپی در بیمار با تظاهرات بالینی مربوطه داده می‌شود (۱۰).

در ایران هنوز اپیدمیولوژی IBD و شیوع دقیق این بیماری مشخص نشده و تنها مطالعاتی بر روی جمعیتی از بیماران صورت گرفته است که بیشتر به دلیل عدم وجود یک سیستم ملی ثبت بیماری و تصور نادر بودن C.D به‌ویژه در ایران است. طبق گزارش‌های موجود، این بیماری‌ها در ایران نادر نبوده و به‌همین دلیل دقت در تشخیص، سبب یافتن موارد بیشتر بیماری به‌خصوص C.D شده است (۱۱). ماهیت بیماری، شدت و عود مکرر علائم، به‌ویژه علائم خارج روده‌ای، تأثیرات درمان‌های دارویی، جراحی و عوارض جانبی آنها، نگرانی از امکان ابتلا به سرطان و نیاز به جراحی و سایر خصوصیات IBD؛ زندگی روزمره بیماران را تحت تأثیر قرار داده و باعث کاهش قابل‌توجه کیفیت زندگی می‌شود (۱۲). این مطالعه با هدف تعیین اپیدمیولوژی بیماری IBD در استان قم طی سالهای ۱۳۹۰-۱۳۸۶ انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - مقطعی تمامی بیمارانی که (۲۳۶ نفر) طی سالهای ۱۳۹۰-۱۳۸۶ با تشخیص IBD (U.C & C.D) به کلینیک‌های گوارش استان قم مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات بیماران شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، سطح درآمد، وضعیت اقامت، مصرف OCP، عمل جراحی آپاندکتومی، عمل جراحی تونسیلکتومی، عوارض خارج روده‌ای، سابقه خانوادگی IBD، مصرف سیگار، مصرف

الکل، اولین علامت در هنگام مراجعه، طول دوره تشخیص بیماری و نمای کولونوسکوپی با مصاحبه مستقیم با بیماران و در صورت لزوم مطالعه پرونده بیماران توسط چک‌لیست گردآوری شد. در ارائه نهایی طرح به هیچ‌وجه نامی از بیمار برده نشد و درج نام و نام خانوادگی در پرسشنامه لزومی نداشت، اطلاعات شخصی بیماران و نوع بیماری آنها نیز در اختیار ارگان و شخص قرار نگرفت. کسب اطلاعات در بیماران کاملاً براساس رضایت شخصی ایشان بوده و هیچ اجباری جهت تکمیل پرسشنامه اعمال نشد. پرسشنامه‌ها به صورت محرمانه تکمیل شد تا از نظر اخلاقی مشکلی ایجاد نشود. اطلاعات به دست آمده از بیماران با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، شاخص‌های آمار مرکزی، آزمون‌های تی مستقل، کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر و من‌ویتنی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۲۳۶ بیمار، ۲۰۴ نفر به U.C و ۳۲ نفر به C.D مبتلا بودند و موردی از Indeterminate Colitis وجود نداشت. میانگین سن مبتلایان به U.C، $35/39 \pm 12/21$ سال (حداقل ۱۶ و حداکثر ۸۶ سال) و مبتلایان به C.D، $33/03 \pm 10/08$ سال (حداقل ۱۴ و حداکثر ۵۸ سال) بود. اختلاف سن بیماران دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود. در بیماری U.C در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۸۵ بیمار (۴۱/۷٪) و در گروه سنی ۳۰-۶۰ سال، ۱۱۳ بیمار (۵۵/۴٪) و در گروه سنی بیشتر از ۶۰ سال، ۶ بیمار (۲/۹٪) وجود داشت. در بیماری C.D در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۱۲ بیمار (۳۷/۵٪) و در گروه سنی ۳۰-۶۰ سال، ۲۰ بیمار

(۶۲/۵٪) و بالای ۶۰ سال موردی یافت نشد. در بیماری U.C از ۲۰۴ نفر، ۱۰۰ بیمار (۴۹٪) مرد و ۱۰۴ بیمار (۵۱٪) زن (نسبت مرد به زن ۱:۱) و در بیماری C.D از ۳۲ بیمار، ۱۸ بیمار (۵۶/۲٪) مرد و ۱۴ بیمار (۴۳/۷٪) زن بودند (نسبت مرد به زن ۱:۱/۲۸). در بیماری U.C، ۴۵ بیمار (۲۲/۱٪) مجرد و ۱۵۹ بیمار (۷۷/۹٪) متأهل و در C.D، ۷ بیمار (۲۱/۹٪) مجرد و ۲۵ بیمار (۷۸/۱٪) متأهل بودند. در بیماری U.C و C.D به ترتیب ۷۰٪ افراد سطح تحصیلات دیپلم و زیردیپلم داشتند ($p < 0/049$). در U.C، سطح درآمد ۹۳٪ از افراد و در C.D ۹۴٪، زیر یک میلیون بود.

از نظر وضعیت اقامت در U.C، ۱۹۸ بیمار (۹۷/۱٪) شهری و ۶ بیمار (۲/۹٪) روستایی بودند. در C.D نیز ۲۹ بیمار (۹۰/۶٪) شهری و ۳ بیمار (۹/۴٪) روستایی بودند. اختلاف دو گروه از نظر محل سکونت معنی‌دار نبود. همچنین از نظر مصرف OCP زنانی که بیماری U.C داشتند از ۱۰۴ نفر مبتلا به U.C، ۵۵ بیمار (۵۲/۸٪) و از ۱۴ زن مبتلا به C.D، ۵ بیمار سابقه مصرف OCP را ذکر کردند.

اختلاف دو گروه از این نظر نیز معنی‌دار نبود. از نظر عمل جراحی آپاندکتومی در بیماران U.C، ۱۷۹ بیمار (۸۷/۷٪) عمل جراحی نداشتند و ۲۵ بیمار جراحی کرده بودند که از نظر سنی ۱۷ بیمار (۸/۳٪) زیر ۲۰ سال و ۸ بیمار (۳/۹٪) بالای ۲۰ سال بودند. در بیماران C.D، ۲۹ بیمار (۹۰/۹٪) عمل جراحی نداشتند و ۳ بیمار عمل جراحی کرده بودند که از نظر سنی ۲ بیمار (۶/۲٪) زیر ۲۰ سال و یک بیمار (۳/۱٪) بالای ۲۰ سال بود. همچنین در بیماران U.C، ۱۱ بیمار (۵/۴٪) و در بیماران C.D، ۳ بیمار (۹/۴٪) عمل تونسیلکتومی داشتند (جدول شماره ۱) ($p > 0/05$).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی وضعیت سابقه جراحی در بیماران مورد مطالعه برحسب IBD*

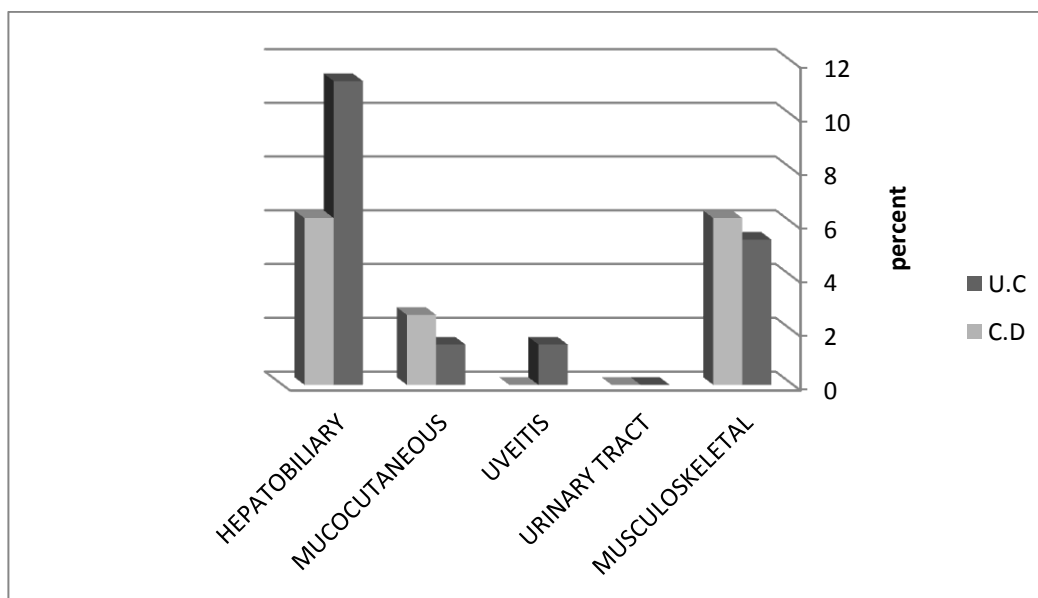
IBD	وضعیت سابقه جراحی	تعداد	درصد
کولیت اولسراتیو	فتق اینگوینال	۶	۲/۹
	هموروئید	۹	۴/۴
	کلکتومی	۲	۱
	ایلکتومی	۰	۰
	تشخیص لاپاراسکوپی	۰	۰
	سایر	۵۱	۲۵
	ندارند	۱۳۱	۶۴/۲
	فیستول پری آنال	۱	۰/۵
	آبسه پری آنال	۱	۰/۵
	فیشر	۳	۱/۵
کل		۲۰۴	۱۰۰
بیماری کرون	فتق اینگوینال	۱	۳/۱
	هموروئید	۱	۳/۱
	کلکتومی	۰	۰
	ایلکتومی	۱	۳/۱
	تشخیص لاپاراسکوپی	۱	۳/۱
	سایر	۶	۱۸/۸
	ندارند	۱۹	۵۹/۴
	فیستول پری آنال	۲	۶/۲
	آبسه پری آنال	۱	۳/۱
	فیشر	۰	۰
کل		۳۲	۱۰۰

• اختلاف دو گروه معنی‌دار نیست.

هیپاتوبیلیاری بوده است (نمودار شماره ۱).

براساس یافته‌های تحقیق، بیشترین درگیری خارج روده‌ای

در بیماران U.C (۱۱/۳٪) و C.D (۲/۸٪)، مربوط به درگیری



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی درگیری خارج روده‌ای در بیماران مورد مطالعه برحسب IBD

در بیماران U.C، ۲۹ بیمار (۱۴/۲٪) از اقوام درجه یک و ۴ بیمار (۲٪) از اقوام درجه ۲ و در بیماران C.D، یک بیمار (۳/۱٪) از اقوام درجه یک و ۲ بیمار (۶/۲٪) از اقوام درجه ۲ بودند. در بیماران U.C، ۱۷۸ بیمار (۸۷/۳٪) و در بیماران C.D، ۲۸ بیمار (۸۷/۵٪) سابقه مصرف سیگار را ذکر کردند. در بیماران U.C، ۵ بیمار (۲/۵٪) سابقه مصرف الکل داشتند و در بیماران C.D، تنها یک بیمار (۳/۱٪) سابقه مصرف الکل را ذکر کرد. میانگین شروع علائم تا هنگام تشخیص بیماری در U.C، $12/2 \pm 13/8$ ماه

در بیماران C.D، و در بیماران C.D، ۲۴/۵ $\pm 20/56$ ماه (۱۰۰-۳ ماه) بود ($p > 0/05$). همزمانی دو بیماری پیودرماگانگرونوزوم و سیروز صفراوی اولیه در U.C، یک بیمار (۰/۵٪) بود و در C.D همزمانی این دو بیماری وجود نداشت. همچنین همزمانی دو بیماری هپاتیت اتوایمیون AIH، PSC و P.G واریتم ندوزوم E.N، در U.C و C.D مشاهده نشد. اختلاف نمای کولونوسکوپی دو گروه معنی‌دار بود ($p < 0/001$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمای کولونوسکوپی در بیماران گروه هدف بر حسب IBD*

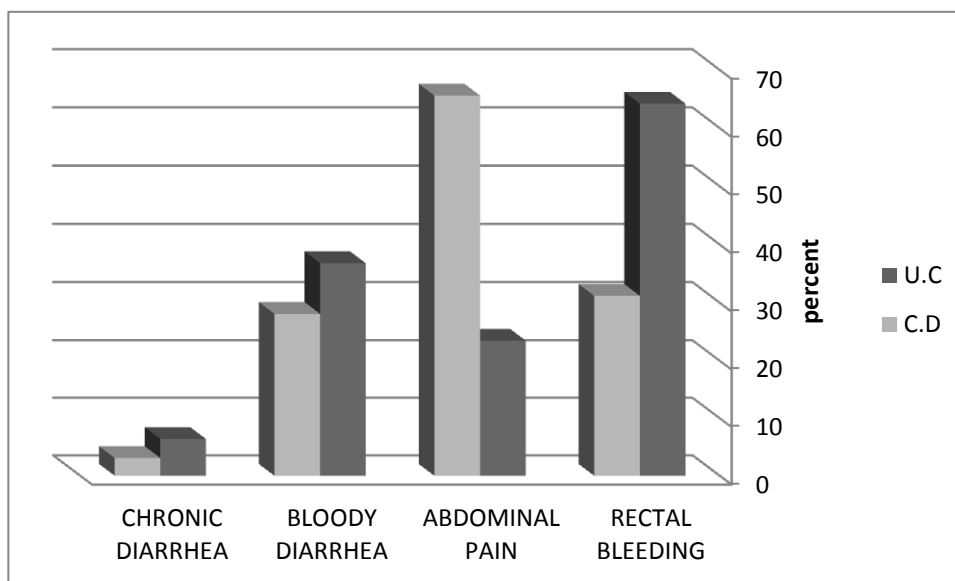
IBD	نمای کولونوسکوپی	تعداد	درصد
کولیت اولسراتیو	کولیت سمت چپ	۶۵	۳۱/۹
	پان کولیت	۴۴	۲۱/۶
	پروکتیت	۹۵	۴۶/۶
	کل	۲۰۴	۱۰۰
بیماری کرون	ترمینال ایلئوم	۲۳	۷۱/۹
	کولیت	۷	۲۱/۹
	ایلئوکولیت	۲	۶/۲
	کل	۳۲	۱۰۰

* $p < 0/001$

در بیماران U.C که درگیری کولونوسکوپی Proctitis داشتند، ۲۵ بیمار (۲۶/۳٪) با شکایت Abdominal Pain مراجعه کردند. در بیماران U.C که درگیری کولونوسکوپی Left Side Colitis داشتند، ۱۷ بیمار (۲۶/۲٪) با شکایت Abdominal Pain مراجعه کردند.

در بیماران C.D که درگیری ایلئوسکوپی Terminal Ileum داشتند، ۱۷ بیمار (۷۳/۹٪) با شکایت Abdominal Pain مراجعه کردند. در بیماران C.D که درگیری کولونوسکوپی Colitis داشتند، ۲ بیمار (۲۸/۶٪) با شکایت Abdominal Pain مراجعه کردند. در بیماران C.D که درگیری کولونوسکوپی Ileocolitis داشتند، ۲ بیمار (۱۰۰٪) با شکایت Abdominal Pain مراجعه کردند. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیماران C.D که درگیری کولونوسکوپی Ileocolitis داشته‌اند تنها با شکایت درد شکم مراجعه کرده‌اند.

در بیماران U.C، که درگیری کولونوسکوپی Pancolitis داشتند، Rectal Bleeding در ۳۳ بیمار (۷۵٪) مشاهده شد. در بیماران U.C که درگیری کولونوسکوپی Proctitis داشتند، Rectal Bleeding در ۵۵ بیمار (۵۷/۹٪) مشاهده گردید. در بیماران U.C که درگیری کولونوسکوپی Left Side Colitis داشتند، Rectal Bleeding در ۴۳ بیمار (۶۶/۲٪) دیده شد. در بیماران C.D که درگیری ایلئوسکوپی Terminal Ileum داشتند، ۷ بیمار (۳۰/۴٪) با شکایت Rectal Bleeding مراجعه کردند. در بیماران C.D که درگیری کولونوسکوپی Colitis داشتند، ۳ بیمار (۴۲/۹٪) با شکایت Rectal Bleeding مراجعه کردند. در بیماران C.D که درگیری کولونوسکوپی Ileocolitis داشتند، شکایتی از Rectal Bleeding دیده نشد. در بیماران U.C که درگیری کولونوسکوپی Pancolitis داشتند، ۶ بیمار (۱۳/۶٪) با شکایت Abdominal Pain مراجعه کردند.



نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی اولین شکایت در بیماران گروه هدف برحسب IBD

در بیماران U.C، ۱۳۱ مورد با شکایت Rectal Bleeding مراجعه کرده‌اند. که میانگین مدت زمان تشخیص برحسب ماه $12/8 \pm 13/9$ بوده است. در بیماران C.D، ۱۰ مورد با شکایت Rectal Bleeding مراجعه کرده‌اند که میانگین مدت زمان تشخیص برحسب ماه $22/42 \pm 19/4$ بوده است. در بیماران U.C، ۴۸ مورد با شکایت Abdominal Pain مراجعه کرده‌اند که میانگین مدت زمان تشخیص برحسب ماه $10/98 \pm 14/54$ بوده است. در بیماران C.D، ۲۱ مورد با شکایت Abdominal Pain مراجعه کرده‌اند که میانگین مدت زمان تشخیص برحسب ماه $25/86 \pm 17/9$ ماه بوده است.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اپیدمیولوژی بیماری التهابی روده انجام شد. در مطالعه رحیم آقازاده و همکاران (۱۱) در مورد بررسی اپیدمیولوژی IBD مشخص گردید میانگین سنی برای U.C (۳۱/۹ سال) و C.D (۳۰/۵ سال) و نسبت مرد به زن به ترتیب برای U.C، ۱/۸:۱ و برای C.D، ۱/۳:۱ بوده است. در مطالعه دیگری که توسط فرامرز درخشان و همکاران (۱۳) در مورد بررسی اپیدمیولوژی IBD صورت گرفت مشخص گردید میانگین سنی برای U.C (۳۳/۰۱ سال) و برای C.D (۳۳/۱۸ سال) و نسبت مرد به زن به ترتیب برای U.C، ۱/۷۸:۱ و برای C.D، ۱/۱۸:۱ بوده است. در مطالعه حاضر نیز میانگین سنی برای U.C (۳۵/۹ سال) و برای C.D (۳۳/۰۳ سال) برآورد شد و نسبت مرد به زن به ترتیب برای U.C، ۱:۱ و برای C.D، ۱/۲۸:۱ بود، که در هر سه مطالعه نتایج با یکدیگر همخوانی داشت. در کتاب هاریسون (۹) سن شایع برای IBD در دو گروه سنی ۱۵-۳۰ سال و ۶۰-۸۰ سال مشخص شده است، ولی در مطالعه حاضر بیشترین پیک سنی درگیری در هر دو بیماری U.C و C.D، ۳۰-۶۰ سال بود، لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتری برای بررسی پیک سنی این بیماری در ایران صورت گیرد.

مطالعه رحیم آقازاده و همکاران (۱۱) نشان داد بیشترین بیماران U.C (۹۵/۹٪) شهری و (۴/۱٪) روستایی و در بیماران مبتلا به C.D (۹۷٪) شهری و (۳٪) روستایی بوده‌اند. در مطالعه حاضر نیز مشخص گردید بیماران مبتلا به U.C (۹۷/۱٪) شهری و (۲/۹٪) روستایی و در بیماران مبتلا به C.D (۹۰/۶٪) شهری و (۹/۴٪) روستایی بوده‌اند. همچنین مطالعه رحیم آقازاده و همکاران (۱۱) نشان داد دو سوم بیماران IBD، مدرک تحصیلی دیپلم و بالای دیپلم داشته‌اند. برخلاف یافته‌های فوق، در مطالعه حاضر مشخص گردید دو سوم بیماران IBD دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیردیپلم بوده‌اند، همچنین در این مطالعه بین تحصیلات افراد مورد بررسی و نوع بیماری، رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p=0/049$) و در افراد با سطح تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، بیماری IBD شایع‌تر بود، لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتری جهت بررسی میزان تحصیلات و بیماری IBD انجام گیرد. در مطالعه رحیم آقازاده و همکاران (۱۱) مشخص گردید ۳۲٪ بیماران مبتلا به U.C و ۲۶/۹٪ زنان مبتلا به C.D مصرف OCP داشته‌اند، مطالعه حاضر نیز نشان داد ۵۲٪ زنان مبتلا به U.C و ۳۵/۷٪ زنان مبتلا به C.D مصرف OCP داشته‌اند که این اختلاف معنی‌دار نبود.

رحیم آقازاده و همکاران (۱۱) در مطالعه خود نشان دادند $۸۴/۵\%$ از بیماران مبتلا به U.C و $۸۲/۹\%$ از بیماران مبتلا به C.D، غیرسیگاری بوده‌اند. در مطالعه حاضر نیز مشخص گردید $۸۷/۳\%$ بیماران مبتلا به U.C و $۸۷/۵\%$ بیماران مبتلا به C.D، غیرسیگاری هستند. همچنین مطالعه رحیم آقازاده و همکاران (۱۱) نشان داد در بیماران مبتلا به U.C، $۴۱/۹\%$ بیماران با شکایت خونریزی از مقعد، ۳۱% بیماران با شکایت اسهال خونی و $۱۴/۵\%$ بیماران با شکایت اسهال مزمن مراجعه داشته‌اند و در بیماری C.D نیز شکایت اصلی از درد شکم با $۴۶/۹\%$ و به ترتیب اسهال مزمن $۲۷/۸\%$ و خونریزی از مقعد $۱۰/۶\%$ بوده است. در مطالعه حاضر نیز در بیماران مبتلا به U.C، شایع‌ترین شکایت خونریزی از مقعد با $۶۴/۹\%$ و به ترتیب اسهال خونی $۳۶/۸\%$ و درد شکم $۲۳/۵\%$ و در بیماران مبتلا به C.D شکایت اصلی از درد شکم با $۶۵/۶\%$ و به ترتیب خونریزی از مقعد $۳۱/۲\%$ و اسهال خونی $۲۸/۱\%$ بود که نتایج در هر دو مطالعه تقریباً همخوانی داشت. در مطالعه حاضر بین خونریزی از مقعد و بیماری U.C رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)؛ یعنی در افرادی که با شکایت خونریزی از مقعد مراجعه کرده بودند احتمال U.C بیشتر بود. همچنین در این مطالعه بین درد شکم و بیماری C.D، رابطه معنی‌داری مشاهده شد، بدین معنی که در افراد شاکی از درد شکم، احتمال C.D بیشتر بوده است ($p < ۰/۰۰۱$). در مطالعه رحیم آقازاده و همکاران (۱۱)، میزان تونسیلکتومی در بیماران U.C، $۵/۵\%$ و در بیماران C.D، $۲/۱\%$ بود، در صورتی که در مطالعه حاضر میزان تونسیلکتومی در بیماران U.C، $۵/۴\%$ و در بیماران C.D، $۴/۹\%$ گزارش شد.

در مطالعه فرامرز درخشان و همکاران (۱۳) نیز میزان آپاندکتومی برای U.C، $۴/۶\%$ و برای C.D، $۱۵/۶\%$ گزارش شد، در صورتی که در مطالعه حاضر میزان آپاندکتومی برای U.C، $۱۲/۲\%$ بود که $۸/۳\%$ سنی زیر ۲۰ سال و $۳/۹\%$ بالای ۲۰ سال داشتند و میزان آپاندکتومی برای C.D، $۹/۲\%$ بود که $۶/۲\%$ سنی زیر ۲۰ سال و $۳/۱\%$ بالای ۲۰ سال داشتند. در مطالعه آقازاده و همکاران (۱۱) متوسط زمانی بین شروع علائم و تشخیص قطعی براساس ماه برای U.C، $۱۳/۹$ ماه و برای C.D، $۱۷/۷$ ماه گزارش شد. در مطالعه حاضر نیز متوسط زمانی بین شروع علائم تا تشخیص قطعی

براساس ماه برای U.C، $۱۳/۸$ ماه و برای C.D، $۲۰/۵$ ماه بود که تقریباً نتایج در هر دو مطالعه همخوانی داشت. در مطالعه آقازاده و همکاران (۱۱) سابقه خانوادگی مثبت برای IBD و در افراد درجه یک فامیل برای U.C، $۱۰/۹\%$ و برای افراد درجه ۲، $۲/۹\%$ و برای C.D در افراد درجه یک، $۶/۴\%$ و برای افراد درجه ۲، $۸/۵\%$ بوده است. در مطالعه حاضر سابقه خانوادگی مثبت برای IBD در افراد درجه یک برای U.C، $۱۴/۲\%$ و برای افراد درجه ۲، ۲% و برای C.D در افراد درجه یک، ۳% و برای افراد درجه ۲، ۶% بود. در مطالعه آقازاده و همکاران (۱۱) در زمینه عوارض خارج روده‌ای در بیماران IBD مشخص گردید $۳۱/۴\%$ بیماران مبتلا به U.C و $۴۰/۴\%$ بیماران مبتلا به C.D حداقل یک عارضه خارج روده‌ای داشته‌اند، در صورتی که مطالعه حاضر نشان داد ۲۰% بیماران U.C و ۲۰% بیماران C.D حداقل یک عارضه خارج روده‌ای داشته‌اند. با توجه به عدم همخوانی نتایج این دو مطالعه پیشنهاد می‌گردد تحقیقات در جهت مشخص کردن عوارض خارج روده‌ای در مورد بیماران IBD صورت گیرد.

همچنین مطالعه آقازاده و همکاران (۱۱) نشان داد در بیماران C.D، $۲۵/۷\%$ و در بیماران U.C، $۱۱/۲\%$ درگیری پوستی (P.G، EN) داشته‌اند. در مطالعه حاضر نیز مشخص گردید در بیماران C.D، $۲/۶\%$ و در بیماران U.C، $۱/۵\%$ درگیری پوستی داشته‌اند. با توجه به عدم همخوانی دو مطالعه پیشنهاد می‌گردد تحقیقات بیشتری جهت مشخص شدن درگیری‌های پوستی IBD صورت گیرد. در مطالعه آقازاده و همکاران (۱۱) مشخص گردید در مبتلایان به U.C، $۳/۹\%$ و C.D، $۰/۵\%$ به‌صورت همزمان این دو بیماری را داشته‌اند، ولی مطالعه حاضر نشان داد $۰/۵\%$ مبتلایان به U.C به‌صورت همزمان این دو بیماری را داشته‌اند و در C.D همزمانی وجود نداشته است.

در مطالعه درخشان و همکاران (۱۳) مشخص گردید شایع‌ترین محل درگیری در بیماران U.C، Left Side Colitis و در بیماران C.D، Colitis بوده است. برخلاف یافته‌های فوق در مطالعه آقازاده و همکاران (۱۱) و در مطالعه حاضر، شایع‌ترین محل درگیری در U.C، Proctitis و شایع‌ترین محل درگیری در C.D، Terminal Ileum بود.

محدودیت‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی صورت گرفت و رابطه علت و معلولی متغیرها به طور کامل در آن مشخص نبود. علاوه بر آن، این داده‌ها براساس اطلاعات ثبت شده طی سالهای ۱۳۸۶-۱۳۹۰ به دست آمد که این مورد نیز می‌تواند جزء محدودیت‌های این مطالعه باشد.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این مطالعه، اپیدمیولوژی و تظاهرات بالینی IBD در ایران شبیه دیگر کشورهای در حال توسعه می‌باشد، هرچند که

شیوع پایین کرون در مرکز ایران قابل توجه است. مطالعه حاضر تصویر روشن‌تری از بیماری IBD را در استان قم نشان داد، ولی برای مشخص کردن وضعیت دقیق اپیدمیولوژی این بیماری انجام مطالعات وسیع‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کارکنان پژوهش، همچنین کارکنان کلینیک‌های گوارش استان قم که ما را در این امر یاری کردند کمال تشکر را داریم.

References:

1. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. N Engl J Med 2002 Aug 8;347(6):417-29.
2. Munkholm P, Langholz E, Nielsen OH, Kreiner S, Binder V. Incidence & prevalence of crohn's disease in the county of Copenhagen, 1962-87: A six fold increase in incidence. Scand J Gastroenterol 1992 Jul; 27(7):609-14.
3. Makharia GK. Rising incidence & prevalence of crohn's disease in Asia: Is it apparent or real? J Gastroenterol Hepatol 2006 Jun; 21(6):929-31.
4. Malekzadeh R. Ulcerative colitis in south of Iran: A review of 64 cases. Iran J Med 1986;13:54-9. [Full Text in Persian]
5. Malekzadeh R, Varshosaz J, Merat S, Yahedi H. Crohn's disease: A review of 140 cases from Iran. Iran J Med Sci 2000;25:138-43. [Full Text in Persian]
6. Reilly MC, Gerlier L, Brabant Y, Brown M. Validity, reliability and responsiveness of the work productivity and activity impairment questionnaire incrohn's disease. Clin Ther 2008 Feb; 30(2):393-404.
7. Satsangi J, Grootcholten C, Holt H, Jewell DP. Clinical patterns of familial inflammatory bowel disease. Gut 1996;38(5):738-41.
8. Sleisenger MH, Fordtran JS, Scharschmidt BF, et al. Gastrointestinal and liver disease. 7th ed Philadelphia: W.B Saunders; 2002.
9. Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Inflammatory bowel disease. Harrison's Internal Medicin. 18th ed. New York: McGraw Hill; 2012. p. 242-280.
10. Ghadir MR. Irritable bowel syndrome (IBS) from diagnosis to management. Tehran: Teimourzade; 2010. p. 62-63.
11. 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 Nov; 20(11):1691-5.
12. Pizzi LT, Weston CM, Goldfarb NI, Moretti D, Cobb N, Howell JB, et al. Impact of chronic conditions on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 2006 Jan; 12(1):47-52.
13. Darakhshan F, Valikhojeini E, Balaii H, Naderi N, Firouzi F, Farnood A, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Iran: A review of 803 cases. Gastroenterol Hepatol 2008;1(1):19-24. [Full Text in Persian]