

مقایسه یافته های اندوسکوپیک و پاتولوژیک و ارتباط آنها با بیماری ریفلاکس معده به مری در بیماران مبتلا به دیس پپسی

* بیتا نجفیان^۱، مجید شهرتی^۲، محسن امینی^۳، حسام جهاننیده^۴، فرحناز فلاحیان^۵

چکیده

سابقه و هدف: دیس پپسی و بیماری ریفلاکس معده به مری از جمله شایعترین شکایات بیماران در طبابت روزمره به شمار می روند. بیماری ریفلاکس معده به مری از لحاظ رابطه قوی آن با آدنوکارسینوم مری از اهمیت قابل توجهی برخوردار است، با این حال بخش عمده ای از بیماران علامتدار دچار بیماری ریفلاکس غیر آروزیو هستند. هدف این مطالعه بررسی ارتباط علایم بالینی با یافته های آندوسکوپیک و پاتولوژیک ریفلاکس بود.

مواد و روشها: در این مطالعه مقطعی در فاصله مهرماه ۱۳۸۲ تا شهریور ماه ۱۳۸۳، ۲۱۱ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله (عج) با شکایت دیس پپسی به مدت حداقل ۳ ماه، پس از تکمیل پرسشنامه مربوط به علائم بالینی تحت آندوسکوپی و انجام بیوپسی قرار گرفتند و سپس یافته های این روش ها با یکدیگر مقایسه شدند.

یافته ها: متوسط سن بیماران ۳۷/۵۳ سال و متوسط وزن آنها ۶۸/۵۹ کیلوگرم بود. شایعترین شکایات بالینی به ترتیب درد شکم (۷۲٪)، سوزش سردل (۵۴٪) و احساس تهوع (۴۴٪) بودند. آندوسکوپی مری در ۸۷ بیمار (۴۱٪) غیر طبیعی بود (۳۵/۱٪ ازوفاژیت گرید ۱، ۳/۸٪ گرید II، ۷/۹٪ گرید III و ۰/۵٪ گرید IV). ۱۲۴ بیمار (۵۸/۸٪) آندوسکوپی طبیعی داشتند. بیوپسی مری در ۵۴ بیمار (۲۵/۶٪) غیر طبیعی بود (۱۴/۲٪ آسیب غیر التهابی، ۱۰/۴٪ آسیب التهابی و ۰/۹٪ متاپلازی) و ۱۵۷ بیمار (۷۴/۴٪) بیوپسی طبیعی داشتند. اختلاف بین مثبت شدن نتایج آندوسکوپی و بیوپسی معنی دار نبود (P=۰/۱۵۹).

بحث و نتیجه گیری: بخش قابل توجهی از بیماران دارای علائم بالینی، دچار بیماری ریفلاکس غیر آروزیو هستند و روشهای پاتولوژی و آندوسکوپی از ارجحیت تشخیصی نسبت به یکدیگر برخوردار نیستند. بنابراین درمان مناسب بیماران علامت دار، صرف نظر از یافته های بررسی های پاراکلینیک توصیه می شود.

واژگان کلیدی: ازوفاژیت، دیس پپسی، ریفلاکس غیر آروزیو، ریفلاکس معده به مری

مقدمه

آخرین تعاریف ارائه شده: GERD شامل تمام بیمارانی است که در معرض خطرات ناشی از عوارض فیزیکی ریفلاکس معده به مری قرار دارند یا کسانی که علی رغم اطمینان بخشی کافی در مورد ماهیت خوش خیم علائم خود، بعلت علائم ناشی از ریفلاکس دچار اختلال بالینی قابل توجه در احساس تندرستی (کیفیت زندگی) خود شده اند^(۳). این تعریف یک تمایز عملی بین افرادی که علائم ناشی از ریفلاکس در آنها به حدی است که می توان ریفلاکس را در آنها یک

دیس پپسی یکی از شایعترین شکایات در طبابت بالینی به شمار می رود^(۱). تعریف عمومی دیس پپسی مشتمل بر وجود درد راجعه اپی گاستر، سوزش سردل همراه با احساس برگشت اسید با یا بدون نفخ، تهوع و استفراغ است^(۲). بیمارانی که به صورت شدید یا مکرر (بیش از یکبار در هفته) دچار سوزش سردل یا احساس برگشت اسید می شوند، باید تا زمان اثبات به وسیله روشهای پاراکلینیک، مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD) پنداشته شوند^(۱). براساس

۱- دکترای تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده پزشکی، گروه اطفال، بیمارستان بقیه الله (عج) (* نویسنده مسئول)

۲- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات آسیبهای شیمیایی

۳- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده پزشکی، گروه داخلی، بیمارستان بقیه الله (عج)

۴- دکترای عمومی، دانشکده علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات آسیبهای شیمیایی

۵- دکترای تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات آسیبهای شیمیایی



از طریق پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک بیماران و نیز وجود یا عدم وجود و تواتر علائم سوزش سردل (heart burn)، افزایش بزاق (water brush)، دیسفاژی، ادینوفاژی، سرفه مزمن (بیش از ۶ هفته)، بوی بد دهان، تهوع، استفراغ، درد شکم، نفخ و تورم شکم ثبت گردید. شش علامت اول، علائم متناسب به ریفلاکس در نظر گرفته شدند. از یک سیستم امتیاز دهی (scoring) بر مبنای گزینه های لیکرت (Likert) درجه بندی شده در ۴ مقیاس (عدم وجود، خفیف، متوسط و شدید) برای ارزیابی شدت علائم استفاده شد (۱۳). همچنین اطلاعات مربوط به وضعیت اجابت مزاج، عادات تغذیه ای اشتها، سابقه مصرف الکل، سابقه مصرف سیگار، سابقه مصرف مواد حاوی کافئین، سابقه جراحی گوارشی، سابقه مصرف اخیر آنتی بیوتیک، سابقه بیماریهای خانوادگی و دیابت و سابقه درمان ریشه کنی هلیکوباکتریلوری و درمان ضداسید اخذ شدند. با توجه به این که سوزش سردل و احساس برگشت اسید علائم اصلی و عمده ریفلاکس معده به مری هستند، استفاده از پرسشنامه برای ارزیابی این علائم - بر اساس مطالعات مختلف - سنجه ای روا (valid) و قابل اعتماد (reliable) برای ارزیابی وقوع حقیقی ریفلاکس به شمار می رود (۱۴، ۱۵).

سپس از تمام بیماران از وفاگوگاسترودنودوسکوپي به عمل آمد و سه نمونه بیوپسی از محل line-Z و ۲ و ۴ سانتیمتر بالای آن تهیه گردید. با توجه به قابلیت تعمیم پذیری سیستم های امتیازدهی Dent-Hetzel برای ازوفازیت در مطالعات انجام گرفته (۱۶)؛ درجه بندی (grading) ازوفازیت با استفاده از سیستم طبقه بندی (Los Angeles) برای ارزیابی اندوسکوپیک ازوفازیت، صورت پذیرفت (۱۷). نمونه های پاتولوژی به وسیله متخصص پاتولوژی از لحاظ نکروز، آروزیون، ارتشاح داخل اپیتلیالی نوتروفیلها و ائوزینوفیلها، هیپرپلازی سلولهای پایه، طولیل شدن پاپی ها، اتساع فضاهای داخل سلولی و سایر شواهد التهاب، مورد بررسی قرار می گرفت (۱۸). آنالیزهای آماری به کمک آزمون Chi-square و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷۵ انجام پذیرفت و $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مجموع ۲۱۱ بیمار دارای علائم دیس پیسی تحت اندوسکوپي قرار گرفتند. محدوده سنی بیماران ۱۳-۷۵ سال و متوسط سن آنها

بیماری محسوب نمود با بسیاری از افراد جمعیت عمومی که تنها دچار درجاتی از علائم ریفلاکس هستند که اهمیتی از لحاظ بالینی ندارد، ایجاد می نماید (۴). رابطه علت و معلولی بین GERD و آدنوکارسینوم مری، اگر که تا چند دهه قبل موضوعی غیرقطعی به شمار می رفت، اکنون تقریباً به اثبات رسیده است (۵). در حقیقت یک رابطه قوی بین GERD و مری بارت با آدنوکارسینوم مری وجود دارد (۶). مطالعات انجام گرفته پیشین در آسیا شیوع این مشکل را ۶-۲۰٪ گزارش کرده بودند (۷)، در حالیکه مطالعات انجام گرفته در همان زمان در کشورهای غربی شیوع ۲۵ درصدی را نشان می دادند (۸). با اینحال متاسفانه شیوع این مشکل در جوامع غیر غربی به سرعت در حال افزایش است به طوری که در مدت کوتاهی شیوع GERD در این جوامع تا ۴ برابر افزایش یافته است (۹). این موضوع اهمیت توجه بیش از پیش به این مشکل و تشخیص صحیح آن را گوشزد می کند. موضوع چالش برانگیز در این میان، اشکالات ایجاد شده در روند تشخیص و درمان GERD به واسطه تظاهرات متنوع، اپیدمیولوژی تغییر یابنده و نبود یک استاندارد طلایی برای تشخیص و تدوین راهبردهای درمانی آن است (۱۰). تا ۷۰٪ از بیماران دارای علائم تیپیک GERD فاقد یافته های قطعی شکست مخاطی یا مری بارت در آندوسکوپي هستند. این بیماران که در حقیقت دچار بیماری ریفلاکس غیر آروزیو (۱) (NERD) می باشند، تحت عنوان بیماری ریفلاکس با اندوسکوپي منفی (۲) (NDRD) طبقه بندی می شوند (۱۱). NNRD و مری بارت در حقیقت دو سر طیف یک بیماری هستند. در یک بررسی کوهورت بخش عمده ای از بیماران پس از ۱۰ سال دچار ازوفازیت ریفلاکسی (۳) (RE) شده اند (۱۲). نظر به مطالب ذکر شده و اهمیت شناسایی بیماران مبتلا به GERD، در این مطالعه تشخیص GERD ازوفازیت بر پایه یافته های اندوسکوپیک و پاتولوژیک و بررسی ارتباط آنها با علائم بالینی مدنظر قرار گرفت.

مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی، تمامی بیمارانی که در فاصله مهر ماه ۱۳۸۲ تا پایان شهریور ماه ۱۳۸۳ با شکایت از علائم دیس پیسی به مدت حداقل ۳ ماه به درمانگاه گوارش بیمارستان بقیه الله (عج) مراجعه نموده بودند با روش نمونه گیری تسهیل شده (convenience sampling) انتخاب شدند. سپس تمام بیمارانی که ممنوعیتی برای انجام اندوسکوپي و بیوپسی نداشتند، پس از اخذ رضایتنامه کتبی وارد مطالعه گردیدند.

پاتولوژی در جداول ۱ و ۲ آورده شده است. ارتباط یافته های آندوسکوپی با یافته های بیوپسی مری نیز در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۱- ارتباط سن و وزن با یافته های آندوسکوپی

آندوسکوپی مری	طبیعی	ازوفازیت GI	ازوفازیت GII	ازوفازیت GIII	ازوفازیت GIV
وزن زیر ۵۰ کیلوگرم	۱۰ (۲۶۷)	۴ (۲۷۹)	۰	۰	۰
وزن ۵۰-۸۰ کیلوگرم	۹۷ (۲۴۶)	۵۷ (۲۲۷)	۷ (۲۳۳)	۳ (۲۷۴)	۱ (۰/۵)
وزن بالای ۸۰ کیلوگرم	۱۷ (۸۱)	۱۳ (۲۶۲)	۱ (۰/۵)	۱ (۰/۵)	۰
سن زیر ۳۰ سال	۳۵ (۱۶۶)	۱۷ (۸۱)	۱ (۰/۵)	۰	۱ (۰/۵)
سن ۳۰-۵۰ سال	۷۶ (۲۳۶)	۴۹ (۲۳۳)	۴ (۲۷۹)	۲ (۰/۹)	۰
سن بالای ۵۰ سال	۱۳ (۶۲)	۸ (۳۸)	۳ (۲۷۴)	۲ (۰/۹)	۰

جدول ۲- ارتباط سن و وزن با یافته های پاتولوژی

یافته های پاتولوژی	طبیعی یا غیر اختصاصی	آسیب غیر التهابی	آسیب التهابی	متاپلازی
سن زیر ۳۰ سال	۴۱ (۱۹۴)	۷ (۳۳)	۶ (۲۱)	۰
سن ۳۰-۵۰ سال	۹۸ (۴۶۴)	۱۸ (۸۵)	۱۳ (۶۲)	۳ (۲۷۴)
سن بالای ۵۰ سال	۱۸ (۸۵)	۵ (۲۴)	۳ (۲۷۴)	۱ (۰/۵)
وزن زیر ۵۰ کیلوگرم	۱۱ (۵۳)	۲ (۰/۹)	۱ (۰/۵)	۰
وزن ۵۰-۸۰ کیلوگرم	۲۰ (۵۶)	۲۶ (۱۲۳)	۴ (۲۷۹)	۲ (۰/۹)
وزن بالای ۸۰ کیلوگرم	۲۶ (۱۲۳)	۲ (۰/۹)	۳ (۲۷۴)	۲ (۰/۹)

جدول ۳- ارتباط یافته های آندوسکوپی مری با یافته های بیوپسی

یافته های پاتولوژی	طبیعی یا غیر اختصاصی	آسیب غیر التهابی	آسیب التهابی	متاپلازی
طبیعی	۹۹ (۴۶۹)	۱۰ (۴۸)	۱۳ (۵۲)	۲ (۰/۹)
ازوفازیت GI	۵۳ (۲۵۱)	۱۵ (۷۱)	۶ (۲۱)	۰
ازوفازیت GII	۲ (۰/۹)	۳ (۲۷)	۳ (۲۷)	۰
ازوفازیت GIII	۳ (۲۷)	۱ (۰/۵)	۰	۰
ازوفازیت GIV	۰	۱ (۰/۵)	۰	۰

n=۲۱۱

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که تنها ۴۷٪ از بیماران دچار علائم دیس پیسی دارای یافته های اندوسکوپی مثبت و فقط ۲۵/۶٪ از آنها دارای یافته های پاتولوژیک مثبت هستند. به عبارت دیگر قریب به ۶۰٪ از آنها آندوسکوپی طبیعی و نزدیک به ۷۵٪ از آنها بیوپسی نرمال دارند.

۱۷۷۹ ± ۳۷/۵۳ سال بود. ۱۱۴ نفر (۵۴٪) از بیماران مرد و ۹۷ نفر (۴۶٪) از آنان زن بودند. میانگین وزن بیماران ۶۸/۵۹ ± ۱۲/۴۸ کیلوگرم بود. ۱۵۲ نفر (۷۲٪) از بیماران از درد شکم، ۱۱۴ نفر (۵۴٪) از سوزش سردل، ۹۳ نفر (۴۴٪) از احساس تهوع، ۷۳ نفر (۳۴/۶٪) از بیوست، ۵۶ نفر (۲۶/۵٪) از کاهش اشتها، ۴۹ نفر (۳۲/۲٪) از نفخ و اتساع شکم، ۳۵ نفر (۱۶/۶٪) از استفراغ و ۱۹ نفر (۹٪) از اسهال شکایت داشتند. تنها ۲۳ نفر (۱۱٪) از بیماران سیگاری بودند و هیچیک سابقه مصرف الکل را نمی دادند. در آندوسکوپی ۷۴ نفر (۳۵/۱٪) ازوفازیت گرید I، ۸ نفر (۳/۸٪) ازوفازیت گرید II، ۴ نفر (۱/۹٪) ازوفازیت گرید III و یک نفر (۰/۵٪) ازوفازیت گرید IV داشتند در حالیکه آندوسکوپی مری در ۱۲۴ نفر (۵۸/۸٪) از بیماران طبیعی بود. ۲۹ نفر (۱۳/۷٪) هرنی هیاتال، ۱۷۴ نفر (۸۲/۵٪) گاستریت اروزیو، ۵ نفر (۲/۴٪) زخم معده، ۷۶ نفر (۳۶٪) دئودنیت غیراروزیو یاندولار، ۲۰ نفر (۹/۵٪) دئودنیت اروزیو، ۵۷ نفر (۲۷٪) دفورمیتی دئودنوم و ۴۵ نفر (۲۱/۳٪) زخم غیر خونریزی دهنده دئودنوم داشتند. بیوپسی مری در ۱۵۷ نفر (۷۴/۴٪) از بیماران طبیعی گزارش شد و تنها ۳۰ نفر (۱۴/۲٪) آسیب غیر التهابی، ۲۲ نفر (۱۰/۴٪) صدمات التهابی و ۲ نفر (۰/۹٪) متاپلازی داشتند. ۱۳۴ بیمار از مجموع ۲۱۱ بیمار واجد علائم منتسب به ریفلاکس (سوزش سردل، افزایش بزاق، دیسفاژی، ادینوفاژی، سرفه مزمن و بوی بد دهان) بودند که از این میان ۷۵ نفر (۵۶٪) آندوسکوپی مری نرمال داشتند. ۴۷ نفر (۳۵/۱٪) از این گروه ازوفازیت گرید I، ۷ نفر (۵/۲٪) ازوفازیت گرید II، ۴ نفر (۳٪) ازوفازیت گرید III و یک نفر (۰/۷٪) ازوفازیت گرید IV داشتند. بین وجود یا عدم وجود علائم منتسب به ریفلاکس و وجود ازوفازیت در آندوسکوپی ارتباط معنی داری مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین ۹۵ نفر (۷۰/۹٪) از این گروه بیوپسی غیر اختصاصی یا طبیعی داشتند در حالیکه در ۲۰ نفر (۱۴/۹٪) آسیب غیر التهابی، در ۱۷ نفر (۱۲/۷٪) آسیب التهابی و در ۲ نفر (۱/۵٪) متاپلازی مشاهده گردید. ارتباط بین وجود یا عدم وجود علائم منتسب به ریفلاکس و مثبت شدن یافته های پاتولوژیک معنی دار نبود ($P = 0/058$). امتیاز به دست آمده براساس پرسشنامه با مثبت شدن نتایج آندوسکوپی یا پاتولوژی ارتباط معنی داری نداشت. پاتولوژی ۵۳ نفر (۷۷/۶٪) از ۷۴ بیماری که در آندوسکوپی دچار ازوفازیت بودند، طبیعی گزارش شد و بین مثبت بودن یافته های آندوسکوپی و پاتولوژی ارتباط معنی داری مشاهده نگردید ($P = 0/159$). ارتباط سن و وزن با یافته های آندوسکوپی و



دقیق بودن هیستولوژی برای تشخیص GERD، آن را ابزار تشخیصی مفیدی تلقی می‌کند. موضوع حایز اهمیت دیگر ارتباط سن و وزن با بروز GERD است. یک مرور نظام مند (systematic review) بر روی ۱۵ مطالعه، افزایش شیوع GERD را با افزایش سن مرتبط دانسته است (۲۴). بررسی دیگری بر روی ۱۹۴۵۲۷ بیمار نیز افزایش سن را به عنوان یکی از عوامل خطرزای GERD مطرح نموده است (۲۵). با این حال در مطالعه ما تنها ۱۴/۹٪ از بیماران دارای یافته های مثبت در آندوسکوپی و ۱۴/۸٪ بیماران دارای یافته های مثبت در بیوپسی بیشتر از ۵۰ سال سن داشتند. مطالعاتی نیز وجود دارند که نقش افزایش سن را در بروز GERD در مردان ناچیز می‌دانند (۲۶). در حالی که مطالعات مختلفی معتقدند با افزایش وزن و شاخص توده بدن، میزان بروز GERD افزایش می‌یابد (۲۴، ۲۷) و حتی آن را واجد یک رابطه وابسته به دوز می‌دانند (۲۸)، برخی معتقدند که بروز علائم ریفلاکس مستقل از وزن و شاخص توده بدن است (۲۹). مطالعه ما نیز نشان داد که تنها ۱۷/۲٪ از بیماران دارای یافته های مثبت در آندوسکوپی و ۱۷/۱٪ از بیماران دارای یافته های مثبت در بیوپسی بالای ۸۰ کیلوگرم وزن داشتند. در نهایت باید عنوان داشت که حدود ۶۰٪ از بیماران دچار علائم ریفلاکس دچار NERD بودند و بنابراین یافته های آندوسکوپی در آنها منفی بود.

اگر چه حدود ۲۰٪ از این بیماران دارای آندوسکوپی منفی (۲۵ نفر از ۱۲۴ نفر)، یافته های پاتولوژیک مثبت داشتند اما اختلاف بین یافته های آندوسکوپی و پاتولوژی معنی دار نبود. بنابراین و با توجه به تعریف بالینی مورد پذیرش برای GERD (۳) و نظر به اینکه علائم بالینی GERD و NERD مشابهات فراوانی دارند و یافته های آندوسکوپی و پاتولوژی هیچکدام به عنوان روش قطعی تشخیص مطرح نیستند، همین طور با توجه به احتمال زیاد پیشرفت NERD به سمت GERD (۱۲) و مطرح بودن آن بعنوان وضعیت ریفلاکس بیش از حد معده به مری (۳۰). توصیه می‌شود بیماران مبتلا به علائم بالینی دیس پیسی و GERD به صرف منفی بودن یافته های پاراکلینیک از دریافت درمان مناسب محروم نشوند.

یک مطالعه بر روی ۵۱۵ بیمار مبتلا به دیس پیسی نشان داده است که نتایج آندوسکوپی در ۲۸۶ نفر (۵۵٪) از آنها طبیعی بوده است (۱۳). در این مطالعه در ۱۲۸ مورد (۲۴/۹٪) ازوفاژیت گرید I، ۲۰ مورد (۳/۹٪) ازوفاژیت گرید II، ۴ مورد (۰/۸٪) ازوفاژیت گرید III و ۹ مورد (۱/۷٪) ازوفاژیت گرید IV مشاهده شده است که تا حدودی شبیه به ارقام مشاهده شده در مطالعه ما می‌باشد (به ترتیب ۳۵/۱٪، ۳/۸٪، ۱/۹٪ و ۰/۵٪). موارد زخم معده (۳/۷٪) و هرنی هیاتال (۱۶/۳٪) در مطالعه فوق الذکر به مطالعه ما (۲/۴٪ و ۱۳/۷٪) نزدیک بوده، مع الوصف موارد گاستریک و دئودنیت در مطالعه ما (۸۲/۵٪ و ۳۶٪) بسیار بیشتر از این مطالعه (۱۵/۲٪ و ۵/۴٪) بوده است.

مطالعات متعدد دیگری نیز نشان داده اند که تنها بخشی از بیماران واجد علائم GERD، یافته های آندوسکوپی مثبت دارند. مطالعه ای بر روی ۲۷۶۰ بیمار ژاپنی واجد علائم GERD نشان داده است که تنها ۱۹۵ (۷/۱٪) از آنها دچار ازوفاژیت در آندوسکوپی بوده اند (۱۹). یک مطالعه دیگر بر روی ۵۲۳ بیمار دچار دیس پیسی هم نشان داده است که ۴۰/۵٪ از آنها آندوسکوپی نرمال داشته اند (۲۰).

در حقیقت بسیاری از بیماران دچار علائم GERD یا دیس پیسی در بررسی آندوسکوپی هیچ علامتی ندارند، به عبارت دیگر این بیماران دچار بیماری ریفلاکس معده به مری با آندوسکوپی منفی هستند (۲۱، ۲۲). در این موارد بسیاری از پژوهشگران استفاده از علائم بالینی (۱۰) یا بیوپسی (۱۸، ۲۱، ۲۲) را توصیه نموده اند با این حال یک مطالعه با هدف تعیین مطلوبیت بیوپسی برای تشخیص NERD بر روی ۳۵ بیمار دارای علائم ریفلاکس اما فاقد یافته های آندوسکوپی مثبت، نشان داده است که بیوپسی در ۶۲٪ از این بیماران مثبت شده است (۲۳) در حالیکه این میزان در مطالعه ما تنها ۲۰٪ بود. بررسی دیگری بر روی ۱۳۵ بیمار دارای علائم تیپیک یا آتیپیک GERD، نشان دهنده مثبت بودن تغییرات هیستولوژیک در ۸۴٪ از بیماران بوده است. نیز ۹۶٪ از بیماران دچار ازوفاژیت اروزیو و ۷۶٪ از بیماران دچار NERD یافته های هیستولوژیک مثبت داشته اند (۱۸). این مطالعه بارد نظر سایر بررسی ها در مورد غیر

References

1. Talley NJ, Vakil N. Guidelines for the Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2324–37.
2. North of England Dyspepsia Guideline Development Group. *Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care*. Newcastle upon Tyne (UK): Centre for Health Services Research, University of Newcastle; Aug 2004.
3. Dent J, Brun J, Fendrick AM, Fennerty MB, Janssens J, Kahrilas PJ, et al. On behalf of the Genval Workshop Group. An evidence based appraisal of reflux disease management-the Genval Workshop Report *Gut*. 1999; 44(suppl 2): S1–S16.
4. Dent J. Definitions of reflux disease and its separation from dyspepsia. *Gut*. 2002; 50: iv17-iv20.
5. Turcotte S, Duranceau A. Gastroesophageal reflux and cancer. *Thorac Surg Clin* Aug 2005; 15(3): 341-5.
6. Lagergren J, Bergström R, Lindgren A, Nyrén O. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *New Eng J Med*. 1999; 340: 825-31.
7. Pan GZ, Xu GM, Ke MY, Han SM, Guo SP, Li ZS, et al. Epidemiological study of symptomatic gastroesophageal reflux disease in China: Beijing and Shanghai. *Chin J Dig Dis*. 2000; 1: 2-8.
8. Kang JY, Ho KY. Different prevalences of reflux oesophagitis and hiatus hernia among dyspeptic patients in England and Singapore. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1999; 11: 845-50.
9. Ho KY, Lim LS, Goh WT, Lee JMJ. The prevalence of gastroesophageal reflux has increased in Asia: a longitudinal study in the community. *J Gastroenterol Hepatol*. 2001; 16(suppl): A132.
10. Zuberi BF, Faisal N, Quraishy MS, Afsar S, Kazi LA, Kazim E. Correlation between clinical endoscopic and histological findings at esophago-gastric junction in patients of gastroesophageal reflux disease. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2005; 15(12): 774-7.
11. Papa A, Urgesi R, Grillo A, Danese S, Guglicimo S, Roberto I. Pathophysiology, diagnosis and treatment of non-erosive reflux disease (NERD). *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2004; 50: 215-26.
12. Pace F, Bollani S, Molteni P, Bianchi Porro G. Natural history of Agastroesophageal reflux disease without esophagitis (NERD): a re-appraisal 10 years on. *Dig Liver Dis*. 2004; 36: 111-5.
13. Numans ME, De Wit NJ. Reflux symptoms in general practice: diagnostic evaluation of the Carlsson–Dent gastro-oesophageal reflux disease questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003; 17: 1049–55.
14. Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptoms in gastro oesophageal reflux disease. *Lancet*. 1990; 335: 205-8.
15. Locke GR, Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR. A new questionnaire for gastroesophageal reflux disease. *Mayo Clin Proc*. 1994;69:539-47.
16. Pandolfino JE, Vakil NB, Kahrilas PJ. Comparison of inter- and intraobserver consistency for grading of esophagitis by expert and trainee endoscopists. *Gastrointest Endosc*. 2002; 56(5): 639-43.
17. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, et al. Endoscopic assessment of esophagitis-clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*. 1999; 45: 172-80.
8. Zentilin P, Savarino V, Mastracci L, Spaggiari P, Dulbecco P, Ceppa P, et al. Reassessment of the diagnostic value of histology in patients with GERD, using multiple biopsy sites and an appropriate control group. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100(10): 2299-306.
19. Mishima I, Adachi K, Arima N, Amano K, Takashima T, Moritani M, et al. Prevalence of endoscopically negative and positive



- gastroesophageal reflux disease in the Japanese. *Scand J Gastroenterol.* 2005; 40(9): 1005-9.
20. Ang TL, Fock KM, Ng TM, Teo EK, Chua TS, Tan J. A comparison of the clinical, demographic and psychiatric profiles among patients with erosive and non-erosive reflux disease in a multi-ethnic Asian country. *World J Gastroenterol.* 2005; 11(23): 3558-61.
21. Narayani RI, Burton MP, Young GS. Utility of esophageal biopsy in the diagnosis of non-erosive reflux disease. *Dis Esophagus.* 2003; 16: 187-92.
22. Abbas Z, Fareed R, Baig M, Khan T, Shah MA. Prevalence of histological reflux oesophagitis in *H. pylori* positive patients: effect of density of *H. pylori* and activity of inflammation. *J Pak Med Assoc.* 2001; 51: 36-41.
23. Narayani RI, Burton MP, Young GS. Utility of esophageal biopsy in the diagnosis of nonerosive reflux disease. *Dis Esophagus.* 2003; 16(3): 187-92.
24. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut.* 2005; 54: 710-7.
25. El-Serag HB, Sonnenberg A. Associations between different forms of gastro-oesophageal reflux disease. *Gut* Nov 1997; 41: 594-9.
26. Shimazu T, Matsui T, Furukawa K, Oshige K, Mitsuyasu T, Kiyomizu A, et al. A prospective study of the prevalence of gastroesophageal reflux disease and confounding factors. *J Gastroenterol.* Sep 2005; 40(9): 866-72.
27. El-Serag HB, Kvapil P, Hacken-Bitar J, Kramer JR. Abdominal obesity and the risk of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2005; 100(10): 2151-56.
28. Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Obesity and Estrogen as Risk Factors for Gastroesophageal Reflux Symptoms. *JAMA* 2003; 290: 66-72.
29. Lagergren J, Bergström R, Nyrén O. No relation between body mass and gastro-oesophageal reflux symptoms in a Swedish population based study. *Gut* July 2000; 47: 26-9.
30. Carlsson R, Holloway RH. Endoscopy negative reflux disease. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2000; 14: 827-37

Comparison of endoscopic and pathologic findings and their relation to gastro-esophageal reflux disease in patients with dyspepsia

*Najafian B;MD¹, Shohrati M ;Ph.D², Amini M;MD³, Jahandideh H;MD⁴, Falahian F;MD⁵

Abstract

Background: Dyspepsia and gastro-esophageal reflux disease (GERD) are among the most common problems in clinical practice. Given established association between GERD and esophageal adenocarcinoma this problem has significant importance; whereas, most of symptomatic patients have non-erosive reflux disease (NERD). The aim of this study was comparison the clinical complaints with endoscopic and pathologic findings.

Materials and methods: This study was done in 211 patients with clinical symptoms of dyspepsia for at least 3 months from October 2003 to September 2004 in Baqiatallah hospital. After completing clinical findings questionnaire, all patients underwent endoscopy and biopsy and then these methods' findings were compared.

Results: Patients' mean age was 37.53 and their mean weight was 68.59. Most frequent complaints were abdominal pain (72%), heart burn (54%) and nausea (44%), respectively. Endoscopy was abnormal in 87(41.2%) patients (35.1% G I, 3.8% G II, 1.9% G III and 0.5% G IV esophagitis). 124(58.8%) patients had normal endoscopy. Esophageal biopsy were abnormal in 54(25.6%) patients (14.2 % non-inflammatory lesions, 10.4% inflammatory lesions and 0.9% metaplasia) and 157(74.4%) patients had normal biopsy. Difference between positive endoscopy and biopsy were not significant($P=0.159$).

Conclusions: A considerable part of symptomatic patients have NERD. Pathology and endoscopy are not preferable to each other, so symptomatic patients should be treated regardless of para-clinic studies.

1- (*Corresponding author) General practitioner, Baqiatallah University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Baqiatallah hospital.

2- Assisstant professor, Baqiatallah University of Medical Sciences, Research Center of Chemical injuries.

3- Assisstant professor, Baqiatallah University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Baqiatallah hospital.

4- General practitioner, Baqiatallah University of Medical Sciences, Research center of Chemical injury.

5- Internist, Baqiatallah University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of Internal medicine, Baqiatallah hospital