

## بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و تظاهرات بالینی بیماران مبتلا به کرون و کولیت السراتیو مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز

عطاءاله غدیری<sup>۱</sup>، هادی اسماعیلی<sup>۲</sup>، سیدجلال هاشمی<sup>۳</sup>، عبدالرحیم مسجیدی‌زاده<sup>۳</sup>،  
پژمان علوی‌نژاد<sup>۴</sup>، علی‌اکبر شایسته<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری التهابی روده که شامل کرون و کولیت السراتیو می‌باشد یک بیماری پیچیده چندعاملی است که علت دقیق آن ناشناخته است. این مطالعه با هدف بررسی تظاهرات بالینی و خصوصیات اپیدمیولوژیکی بیماری التهابی روده در مراجعه‌کنندگان به متخصصین گوارش سطح شهر اهواز می‌باشد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی- مقطعی به بررسی ۱۱۵ بیمار التهابی روده شامل ۳۵ بیمار کرون و ۸۰ بیمار کولیت السراتیو از مهرماه سال ۱۳۹۲ تا خرداد سال ۱۳۹۴ پرداخته شده است که این افراد بیمار جهت انجام مداوا به متخصصین گوارش سطح شهر اهواز مراجعه نموده و بیماری ایشان توسط متخصصین ثابت گردیده است. تحلیل نتایج پرسشنامه و آزمون کای دو توسط نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین سن بیماران  $\pm$  انحراف معیار در زمان تشخیص  $26/09 \pm 10/69$  در بیماران کرون، و  $30/90 \pm 9/84$  در بیماران کولیت السراتیو می‌باشد. جنس زن در هر دو بیماری غالب بود. در بیماران کرون از نظر فنوتیپ بیماری، انتریک با ۴۲/۹ درصد و از نظر رفتار بیماری نوع التهابی با ۸۰ درصد شایع‌تر بوده و در بیماران کولیت السراتیو از نظر ویژگی بیماری نوع پانکولیت با ۴۶/۲۵ درصد بیشتر از دیگر موارد مشاهده گردیده است. در مقایسه بیماران از نظر آماری بین کرون و کولیت السراتیو اختلاف معناداری در درد در ناحیه پشت  $P=0/004$ ، خون در مدفوع  $P=0/017$ ، سردرد  $P=0/004$  و سن  $P=0/001$  مشاهده گردید که فراوانی هر چهار مورد در بیماری کولیت السراتیو به‌طور قابل توجهی بیشتر از بیماری کرون بود.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه در بیماران CD نوع انتریک و رفتار التهابی و در بیماران UC پانکولیت بیشتر شایع بوده است.

**کلید واژگان:** اپیدمیولوژی، بیماری التهابی روده، کرون، کولیت السراتیو.

۱-استادیار گروه ایمونولوژی.

۲-دانشجوی کارشناسی ارشد ایمونولوژی.

۳-دانشیار گروه داخلی. فوق تخصص گوارش.

۲و۱- مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی و گروه ایمونولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳- مرکز تحقیقات عفونی گوارش و گروه داخلی. دانشگاه علوم پزشکی جندی-شاپور اهواز، اهواز، ایران.

\* نویسنده مسئول:

سیدجلال هاشمی، مرکز تحقیقات عفونی گوارش، و گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۱۱۸۰۲۶۱

Email: ata.ghadiri@hotmail.fr

اعلام قبولی: ۱۳۹۴/۱۰/۲

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۴/۱۰/۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۳/۱۹

## مقدمه

کولیت اولسراتیو که به کولیت روده (ورم و یا آماس روده) نیز معروف است، باعث التهاب طولانی مدت در بخشی از دستگاه گوارش می شود. از آنجایی که کولیت روده بیماری مزمن است، علایم و شدت آن در گذر زمان بدتر می شود. کولیت روده عموماً داخلی ترین سطح روده بزرگ (کولون) و راست روده (رکتوم) را تحت تأثیر قرار می دهد. اوج این بیماری در سنین ۱۵-۳۰ سالگی است (۴، ۵).

کولیت اولسراتیو بر اساس محل و شدت التهاب در روده به انواع مختلف تقسیم بندی شده است: پروکتیت اولسراتیو: التهابی که به رکتوم محدود می شود؛ پروکتوسیکوئیدیت: التهاب رکتوم و کولون سیگموئید (بخش کوتاهی از کولون و کنار رکتوم)؛ کولیت سمت چپ: التهابی که در رکتوم آغاز شده و تا کولون چپ ادامه می یابد و علایم آن شامل کولیت با اسهال خونی، انقباضات شکمی، کاهش وزن و درد سمت چپ شکم است؛ پانکولیت: التهابی که همه کولون (کولون راست، چپ، عضله متقاطع و رکتوم) را تحت تأثیر قرار می دهد و نشانه های آن عبارتند از: اسهال خونی، انقباضات و درد شکمی، کاهش وزن، خستگی، تب و عرق شبانه، برخی بیماران علایم خفیف تری دارند که به سرعت به دارو پاسخ می دهند؛ کولیت بدخیم: نوع نادر، اما شدید پانکولیت است. مبتلایان به آن به شدت بیمار هستند و به درد شدید شکمی، از دست دادن آب بدن، اسهال خونی، و حتی شوک دچار می شوند. این افراد در معرض ابتلا به آماس سیمی کولون و پارگی آن قرار دارند. درمان این بیماران تنها در بیمارستان و با داروهای قوی انجام می گیرد. در صورت عدم پاسخ به درمان، جراحی و حذف کولون آسیب دیده برای جلوگیری از پارگی کولون ضروری است (۶، ۷).

بیماری التهابی کرون می تواند در هر قسمتی از دستگاه گوارش شامل دهان، مری، روده کوچک و بزرگ رخ دهد،

بیماری التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease) شامل گروهی از بیماری های مزمن دستگاه گوارشی است که از شایع ترین آنها بیماری کرون (Crohn's Disease (CD و کولیت السراتیو (UC) Ulcerative Colitis می باشد. CD می تواند در هر ناحیه ای از دستگاه گوارش رخ دهد، اما UC در روده بزرگ متمرکز می شود. تمام ضخامت دیواره روده اغلب در کرون متأثر است؛ در حالی که در کولیت السراتیو تنها لایه مخاطی درگیر می شود. بیماری التهابی روده، اختلال شایعی در سراسر جهان با نرخ شیوع ۰/۱ تا ۰/۴ درصد از جمعیت کلی می باشد (۱).

بر اساس یک بررسی سیستماتیک که به ارزیابی روند گسترش بیماری IBD در جهان پرداخته شده است بروز و شیوع IBD را در ۴-۵ دهه گذشته رو به رشد نشان داده است. نرخ بروز سالانه CD، ۱۲/۷-۰/۳ و ۵-۰/۴ و ۲۰/۲-۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و در مورد UC ۲۴/۳-۰/۶، ۶/۳-۰/۱، ۱۹/۲-۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به ترتیب برای اروپا، آسیا و خاورمیانه، شمال آمریکا بیان شده و همچنین نرخ شیوع بیماری کرون ۳۲۲-۰/۶ و ۶۷/۹-۰/۸۸ و ۱۶/۷-۳۱۸/۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و برای کولیت السراتیو ۵۰۵-۴/۹، ۱۶۸/۳-۴/۹، ۲۴۸/۶-۳۷/۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به ترتیب برای اروپا، آسیا و خاورمیانه، شمال آمریکا گزارش شده است (۱).

ایران مانند کشورهای غربی میزان شیوع IBD بالایی ندارد. با این حال، به دلیل تغییر در شیوه زندگی و صنعتی شدن مردم در دیگر کشورهای آسیایی انتظار می رود که بیماری در منطقه ما نیز رو به رشد باشد (۲). بر اساس اطلاعات حاصل از مقالات به نظر می رسد که ابتلای بیماری CD در بین مردان نسبت به زنان و در ابتلای بیماری UC زنان نسبت به مردان در ایران غالب باشند (۳).

همچنین مسجدي زاده و همکاران مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۶ بر روی ۱۷۶ بیمار التهابی روده در شهر اهواز انجام دادند که ۸ نفر بیمار کرون و ۱۶۶ نفر بیمار کولیت بوده‌اند. یافته‌های ایشان بدین صورت بود که همانند مناطق پدیدگیر شیوع کولیت السراتیو بیشتر بوده و غالب آن را خانم‌ها تشکیل می‌دهند. عوارض بیماری و نادر بودن علائم خارج روده‌ای و سرطان کولون در بیماران التهابی روده خوزستان کمتر است (۱۷).

متأسفانه در ایران به دلیل عدم وجود سیستم ثبت بیماری، اپیدمیولوژی دقیق تمامی نواحی از ایران به صورت دقیق مشخص نیست و همین‌طور به دلیل تصور اینکه بیماری کرونی در ایران بسیار نادر است توجه خاصی به انجام مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیکی صورت نگرفته و یا کامل مورد بررسی قرار نگرفته است. در این مطالعه، سعی شده است بر تظاهرات بالینی و اپیدمیولوژیکی بیماری التهابی روده شامل کرون و کولیت در استان خوزستان (بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و متخصصین گوارش سطح شهر اهواز) پرداخته شود.

### روش بررسی

در این مطالعه، تعداد ۱۱۵ بیمار التهابی روده شامل ۳۵ بیمار کرون و ۸۰ بیمار کولیت السراتیو (از مهرماه سال ۱۳۹۲ تا خرداد ۱۳۹۴) مورد بررسی قرار گرفت. با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان، بیماران در دسترس، بیماران مورد مطالعه (از نواحی مختلف استان خوزستان) از افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و پزشکان متخصص گوارش در سطح شهر اهواز بودند که با مراجعه محقق مقاله به این مراکز و دریافت شماره تماس بیمارانی که از نظر پزشک متخصص بیماری ایشان قطعی بوده و اسامی ایشان توسط پزشک انتخاب گردیده فراخوان و اطلاعات مورد نیاز ثبت

اما بیشتر در ایلئوم شایع است. در حالت ملایم، زخمی شبیه آفت در سطح داخلی روده مشاهده می‌شود، در حالت شدید زخم‌ها عمیق شده و توسعه می‌یابند که در نتیجه می‌توانند منجر به انسداد روده و یا باعث سوراخ در جدار روده شده و باعث گسترش عفونت به ارگان‌های دیگر شوند. کرون بسته به محل ایجاد ضایعه، اگر در روده بزرگ باشد کرون کولیت گرانولوماتوز؛ در روده کوچک کرون انتریک؛ در ایلئوم کرون التیتیس؛ و اگر در روده کوچک و بزرگ توأم باشد انتروکولیت یا التوکولیت شناخته می‌شود (۸، ۹).

علت دقیق بیماری‌های (CD,UC) IBD

ناشناخته است. اما عوامل خطر ساز (Risk Factors) چون سابقه خانوادگی، مصرف دخانیات، آلودگی هوا، استفاده از قرص‌های بارداری و نوع رژیم غذایی می‌توانند در ابتلا به بیماری نقش داشته باشند. به احتمال زیاد ترکیبی از عوامل از جمله نقص ژنتیکی، پاسخ نابجای ایمنی مخاطی، اختلال در عملکرد اپیتلیال روده، موکوس و نقص تعامل میزبان با میکروب‌های روده‌ای در ابتلا به بیماری کرون و کولیت می‌تواند نقش بسزایی داشته باشد (۶، ۱۰-۱۳).

آقازاده و همکاران در مقاله‌ای که در سال ۱۳۸۳ منتشر کردند نشان دادند که نتایج حاصل از مطالعه بر روی ۴۵۷ بیمار التهابی نشان داد که شیوع این بیماری مانند دیگر کشورها در حال افزایش است. میانگین سنی بیماران کرون ۳۰/۵ و در مورد بیماران کولیت ۳۱/۹ می‌باشد (۱۴).

در مطالعاتی که توسط مسندی شیراز و همکاران بر روی ۲۰۰ بیمار IBD طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵ در شهر تبریز انجام داده بود ۱۸۳ نفر بیمار کولیت السراتیو و ۱۷ نفر بیمار کرون بودند. در این مطالعه، ۱۰/۹ درصد از بیماران کولیت و ۱۱/۸ درصد از بیماران کرون دارای روابط خویشاوندی درجه یک بوده‌اند، در میان بیماران کولیت السراتیو، کولیت سمت چپ ۵۲/۵ درصد و در میان بیماران کرون درگیری کلون با ۵۲/۹ درصد غالب بوده است (۱۵).

با فراخوان این بیماران از طریق متخصصین مربوطه به صورت حضوری پرسشنامه‌ای در سه قسمت تکمیل گردید که بیماران به پرسش‌های عنوان شده به طور شفاهی پاسخ دادند. در قسمت اول، اطلاعات فردی بیمار شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، قومیت، وضعیت بیمه، درآمد ماهیانه، سطح تحصیلات و شغل خواسته شد. در قسمت دوم به اطلاعات بیماری اشاره شد که تظاهرات بالینی بیماری، سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری، مصرف دخانیات توسط افراد بیمار و یا نزدیکان وی، استفاده از آب تصفیه شده و نگهداری از حیوانات خانگی آورده شده است و در قسمت آخر پرسشنامه که توسط پزشک فوق تخصص تکمیل گردید سن تشخیص بیماری، سابقه عمل جراحی، داروی مصرفی، بیماری همراه، نوع و فنوتیپ بیماری مشخص گردید. تمامی پرسشنامه‌ها با اطلاع‌رسانی دقیق به بیمار و رضایت آنان مبنی بر تکمیل و حفظ امانت جمع‌آوری و اطلاعات خام با نسخه ۲۲ نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS جهت تجزیه و تحلیل بررسی گردید. داده‌های گردآوری شده از نظر آمار توصیفی، تعداد، درصد، میانگین  $\pm$  انحراف معیار نسبت به متغیرها و یافته‌های آماری با استفاده از آزمون کای اسکور در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

در این مطالعه، از ۱۱۵ بیمار التهابی روده ۳۵ نفر به CD و ۸۰ نفر به UC مبتلا بودند میانگین سنی بیماران کرون در زمان مراجعه  $۳۳/۶۳ \pm ۱۴/۸۷$  با کمترین سن ۱۵ و بیشترین سن ۸۲ سال و میانگین سن بیماران در زمان تشخیص  $۲۶/۰۹ \pm ۱۰/۶۹$  با کمترین سن ۱۴ و بیشترین سن ۶۰ سال و در مورد بیماران کولیت السراتیو میانگین سنی در زمان مراجعه  $۳۷/۲۳ \pm ۱۰/۳۵$  و با کمترین سن ۱۸ و بیشترین سن ۶۸ بود و میانگین سنی بیماران در زمان تشخیص بیماری  $۳۰/۸۰ \pm ۹/۲۸$  با کمترین سن ۱۳ و

شد. لازم به ذکر است برخی از بیماران فراخوان شده مراجعه ننموده و از بیماران مراجعه‌کننده نیز بعضی دیگر حاضر به همکاری با محقق جهت تکمیل پرسشنامه نبوده‌اند. این بیماران به دلایل مختلفی چون دل‌درد، اسهال، درد شکمی، کاهش وزن، خون در مدفوع، خونریزی مقعدی و ... که از علائم مربوط به بیماری التهابی روده می‌باشد به مراکز درمانی مراجعه نموده و بیماری این افراد توسط آزمون‌های آزمایشگاهی شامل شمارش کامل سلول‌های خونی، سطوح لکوسیت‌های مدفوع، سرعت رسوب اریتروسیت‌ها، سطح کالپروتکتین، مشاهده پاتولوژی، کولونوسکوپی، آندوسکوپی و نمونه برداری توسط پزشکان متخصص خاص خود، بیماری کرون یا کولیت السراتیو تشخیص داده شده است. برای افتراق بیماران کرون و کولیت السراتیو وجود نتایج مثبت در مواردی موجب تشخیص کولیت السراتیو می‌شود که شامل: ناهنجاری بارز روده باریک، ایلئوم انتهایی غیر طبیعی، کولیت غیر قرینه در مشاهده رادیوگرافیک، گرانولوم در بیوپسی و نمای قله سنگی در مشاهدات آندوسکوپی و همچنین تست الایزای ASCA / IgG IgA، این روش یک روش ایمونواسی آنزیمی غیر مستقیم است که برای اندازه‌گیری کمی اتو آنتی‌بادی‌های علیه مانان (مانوز دارای پپتیدهای فسفریله در غشای سلولی) ساکارومایسس سرویسیه به کار می‌رود. در بیماری کرون غلظت بالاتری از ASCA در سرم مشاهده می‌شود. مطالعات نشان داده که بیماران مبتلا به کرون ۷۵ درصد در ASCA IgG و ۶۰ درصد در ASCA IgA افزایش دارند و در مقابل، فقط ۵ درصد بیماران مبتلا کولیت اولسراتیو در تیتراژ IgG و فقط ۷ درصدشان تیتراژ بالای IgA افزایش دارند. در این مورد PANCA (اتو آنتی‌بادی ضد نوتروفیل اطراف هسته‌ای) تشخیصی را قطعی‌تر می‌کند؛ به نحوی که ۵۰-۹۰ درصد در کولیت اولسراتیو و فقط ۱۰-۲۰ درصد در بیماری کرون افزایش می‌یابد (۲۰).

داده شده است در مقایسه سطح درآمد بیماران کرون و کولیت السراتیو و همچنین سطح سواد، اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید ( $P > 0/05$ ).

بر اساس تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری پرسش-نامه‌های بیماران خصوصیات بالینی ایشان نیز مورد توجه قرار گرفت که به شرح جدول (۵) می‌باشد. در این میان اختلاف آماری معناداری در مقایسه بیماران کرون و کولیت السراتیو برای موارد ذیل مشاهده گردید: درد در ناحیه پشت  $P=0/004$ ، وجود خون در مدفوع  $P=0/017$  و سردرد  $P=0/004$  که فراوانی هر سه مورد در بیماری کولیت السراتیو به‌طور قابل توجهی بیشتر از بیماری کرون بود.

در بین بیماران کرون، بیشترین فنوتیپ بیماران اتریک ۱۵ نفر (۴۲/۹ درصد) و کمترین آن کولیت گرانولوماتوز ۲ نفر (۵/۷ درصد) می‌باشد و همچنین از نظر نوع رفتار بیماری، التهابی ۲۸ نفر (۸۰ درصد) بیشترین آمار و نفوذ به داخل بافت- انسدادی ۱ نفر (۲/۹ درصد) را به خود اختصاص داده است (جدول ۶).

در بیماران کرون از نظر فنوتیپ بیماری تمامی بیماران از نظر رفتار بیماری از نوع التهابی بودند و تنها گروه کولیت گرانولوماتوز -انتر و یا الئوکولیت از نظر رفتار بیماری التهابی-انسدادی بود. در مورد بیماران مبتلا به کولیت السراتیو بیشترین ویژگی بیماری از نوع پانکولیت ۳۷ نفر (۴۶/۲۵ درصد) و کمترین آن پروکتیت ۱۱ نفر (۱۳/۷۵ درصد) می‌باشد، همچنین نوع کولیت سمت چپ به تعداد ۳۲ نفر (۴۰ درصد) با اختلاف کمی بعد از پانکولیت واقع شده است (نمودار ۱).

در بین بیماران کرون ۱ نفر (۲/۸۵ درصد) به علت کیست عفونی در لگن دچار عمل جراحی شده بود و ۱ نفر (۲/۸۵ درصد) نیز عمل آپاندیس و فتق انجام داده بود، ۲ نفر (۵/۷۱ درصد) دیگر هم عمل جراحی مربوط به انسداد روده را متحمل شده بودند. مشاهده شد که ۱ نفر (۲/۸۵)

بیشترین سن ۶۰ سال بود. میانگین سنی بیماران کولیت السراتیو به‌طور معناداری بالاتر از بیماران کرون بود ( $P < 0/001$ )، به‌صورت کلی، در بیماران IBD میانگین سن مراجعه  $36/16 \pm 12/34$  سال و میانگین سن تشخیص  $29/43 \pm 10/30$  سال مشخص گردید (جداول ۱ و ۲).

تعداد بیماران کرون از بین ۳۵ نفر، ۱۳ نفر مرد (۳۷/۱ درصد) و ۲۲ نفر زن (۶۲/۹ درصد) با غالبیت جنس زن (نسبت مرد به زن ۰/۵۹ به ۱) و تعداد بیماران کولیت السراتیو از ۳۶ نفر مرد (۴۵ درصد) و ۴۴ نفر زن (۵۵ درصد) نیز با غالبیت جنس زن (نسبت مرد به زن ۰/۸۲ به ۱) مشاهده گردید. به‌صورت کلی در بیماران التهابی روده تعداد ۴۹ نفر مرد (۴۲/۶۰ درصد) و تعداد ۶۶ نفر زن (۵۷/۴ درصد) که جنسیت غالب زن می‌باشد. از نظر تأهل بیماران کرون ۱۸ نفر مجرد (۵۱/۴ درصد) و ۱۷ نفر متأهل (۴۸/۶ درصد) و در بیماران کولیت السراتیو ۱۳ نفر مجرد (۱۶/۳ درصد) و ۶۷ نفر متأهل (۸۳/۸ درصد) بودند. در این میان، از بین زنان بیمار کرون ۵۰ درصد متأهل (۱۱ نفر) و در میان زنان بیمار کولیت السراتیو ۷۹/۵ درصد (۳۵ نفر) متأهل بودند.

در میان بیماران مورد بررسی که از اقوام و قومیت‌های مختلفی از استان خوزستان حاضر بودند در مورد بیماران کرون ۲۲ نفر (۶۲/۹ درصد) عرب، ۱۱ نفر (۳۱/۴ درصد) لر بختیاری، ۱ نفر (۲/۹ درصد) فارس و ۱ نفر (۲/۹ درصد) گُرد بودند. این نتیجه آماری در بیماران کولیت السراتیو ۵۹ نفر (۷۳/۸ درصد) عرب، ۱۰ نفر (۱۲/۵ درصد) لر بختیاری، ۸ نفر (۱۰ درصد) فارس، ۲ نفر (۲/۵ درصد) کرد و ۱ نفر (۱/۳ درصد) ترک بوده است. ۱۳/۹ درصد از بیماران کولیت السراتیو و ۲۵/۷ از بیماران کرون بدون شغل بودند.

سطح درآمد و تحصیلات بیماران هم با مقایسه و در دو گروه کرون و کولیت السراتیو در جداول (۳ و ۴) نشان

ذکر می‌باشد. در این بیماران برای ۵ نفر (۶/۲۵ درصد) نیز درگیری مفاصلی گزارش شده است.

در این مطالعه، پزشکان متخصص گروه‌های دارویی مختلفی شامل داروهای ضد التهابی، مهارکننده‌های ایمنی و آنتی‌بادی مونوکلونال (اینفلاکسیمب) برای بیماران تجویز نموده‌اند که اختلاف آماری معناداری بین دو گروه بیماری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ) (نمودار ۲).

درصد) از بیماران به‌همراه کرون دارای بیماری سلیاک و یک نفر (۲/۸۵ درصد) نیز دارای روده تحریک‌پذیر بوده است. در بیماران مبتلا به کولیت السراتیو بیماری‌های همراه شامل: آنمی آپلاستیک، آسم، بیماری پوستی، ویتیلیگو، تومور مغزی نخاعی، کبد چرب، مثنائت ملتهب، عمل کولکتومی، عمل کیسه صفرا و نارسایی کلیه و کبد نیز مشاهده گردید که برای هر یک نفر (۱/۲۵ درصد) قابل

جدول ۱: توزیع بیماران مبتلا به کرون و کولیت السراتیو از لحاظ سن و جنس در زمان مراجعه

| فراوانی بیماران کولیت السراتیو |     |     |    | فراوانی بیماران کرون |     |     |    | گروه سنی (سال) |
|--------------------------------|-----|-----|----|----------------------|-----|-----|----|----------------|
| درصد                           | جمع | مرد | زن | درصد                 | جمع | مرد | زن |                |
| ۲/۵                            | ۲   | ۱   | ۱  | ۸/۵۷                 | ۳   | ۲   | ۱  | ۱۰-۲۰          |
| ۲۵                             | ۲۰  | ۷   | ۱۳ | ۴۸/۵۸                | ۱۷  | ۵   | ۱۲ | ۲۱-۳۰          |
| ۳۶/۲۵                          | ۲۹  | ۱۵  | ۱۴ | ۱۴/۲۹                | ۵   | ۳   | ۲  | ۳۱-۴۰          |
| ۲۱/۲۵                          | ۱۷  | ۶   | ۱۱ | ۱۴/۲۹                | ۵   | ۱   | ۴  | ۴۱-۵۰          |
| ۱۰                             | ۸   | ۵   | ۳  | ۸/۵۷                 | ۳   | ۱   | ۲  | ۵۱-۶۰          |
| ۵                              | ۴   | ۲   | ۲  | ۵/۷                  | ۲   | ۱   | ۱  | بیشتر از ۶۰    |
| ۱۰۰                            | ۸۰  | ۳۶  | ۴۴ | ۱۰۰                  | ۳۵  | ۱۳  | ۲۲ | جمع            |

جدول ۲: توزیع بیماران مبتلا به کرون و کولیت السراتیو از لحاظ سن و جنس در زمان تشخیص

| فراوانی بیماران کولیت السراتیو |     |     |    | فراوانی بیماران کرون |     |     |    | گروه سنی (سال) |
|--------------------------------|-----|-----|----|----------------------|-----|-----|----|----------------|
| درصد                           | جمع | مرد | زن | درصد                 | جمع | مرد | زن |                |
| ۸/۷۵                           | ۷   | ۳   | ۴  | ۳۴/۲۹                | ۱۲  | ۶   | ۶  | ۱۰-۲۰          |
| ۳۷/۵                           | ۳۰  | ۱۲  | ۱۸ | ۳۷/۱۴                | ۱۳  | ۴   | ۹  | ۲۱-۳۰          |
| ۳۶/۲۵                          | ۲۹  | ۱۳  | ۱۶ | ۱۴/۲۹                | ۵   | ۱   | ۴  | ۳۱-۴۰          |
| ۱۱/۲۵                          | ۹   | ۴   | ۵  | ۸/۵۷                 | ۳   | ۱   | ۲  | ۴۱-۵۰          |
| ۳/۷۵                           | ۳   | ۲   | ۱  | ۲/۸۵۵                | ۱   | ۱   | ۰  | ۵۱-۶۰          |
| ۲/۵                            | ۲   | ۲   | ۰  | ۲/۸۵۵                | ۱   | ۰   | ۱  | بیشتر از ۶۰    |
| ۱۰۰                            | ۸۰  | ۳۶  | ۴۴ | ۱۰۰                  | ۳۵  | ۱۳  | ۲۲ | جمع            |

جدول ۳: درآمد بیماران به تومان

| جمع | بیشتر مساوی<br>۱,۵۰۰,۰۰۰ |      | ۱,۰۰۰,۰۰۰ تا<br>۱,۵۰۰,۰۰۰ |      | ۵۰۰,۰۰۰ تا<br>۱,۰۰۰,۰۰۰ |      | کمتر یا مساوی<br>۵۰۰,۰۰۰ |      |       |                           |
|-----|--------------------------|------|---------------------------|------|-------------------------|------|--------------------------|------|-------|---------------------------|
|     | تعداد                    | درصد | تعداد                     | درصد | تعداد                   | درصد | تعداد                    | درصد |       |                           |
| ۳۵  | ۱۰۰                      | ۳    | ۸/۵۷                      | ۳    | ۸/۵۷                    | ۱۲   | ۳۴/۲۸                    | ۱۷   | ۴۸/۶  | کرون                      |
| ۸۰  | ۱۰۰                      | ۴    | ۵                         | ۱۰   | ۱۲/۵                    | ۴۲   | ۵۲/۵                     | ۲۴   | ۳۰    | کولیت السراتیو            |
| ۱۱۵ | ۱۰۰                      | ۷    | ۶/۱                       | ۱۳   | ۱۱/۳۰                   | ۵۴   | ۴۶/۹۵                    | ۴۱   | ۳۵/۶۵ | جمع بیماران UC و CD (IBD) |

جدول ۴: سطح تحصیلات بیماران

| جمع | بی سواد |      | خواندن و نوشتن |      | دیپلم |      | دانشگاهی |      |       |                           |
|-----|---------|------|----------------|------|-------|------|----------|------|-------|---------------------------|
|     | تعداد   | درصد | تعداد          | درصد | تعداد | درصد | تعداد    | درصد |       |                           |
| ۳۵  | ۱۰۰     | ۳    | ۸/۵۷           | ۴    | ۱۱/۴۳ | ۱۰   | ۲۸/۵۷    | ۱۸   | ۵۱/۴۳ | کرون                      |
| ۸۰  | ۱۰۰     | ۴    | ۵              | ۱۳   | ۱۶/۲۵ | ۳۸   | ۴۷/۵     | ۲۵   | ۳۱/۲۵ | کولیت السراتیو            |
| ۱۱۵ | ۱۰۰     | ۷    | ۶/۰۹           | ۱۷   | ۱۴/۷۸ | ۴۸   | ۴۱/۷۴    | ۴۳   | ۳۷/۳۹ | جمع بیماران UC و CD (IBD) |

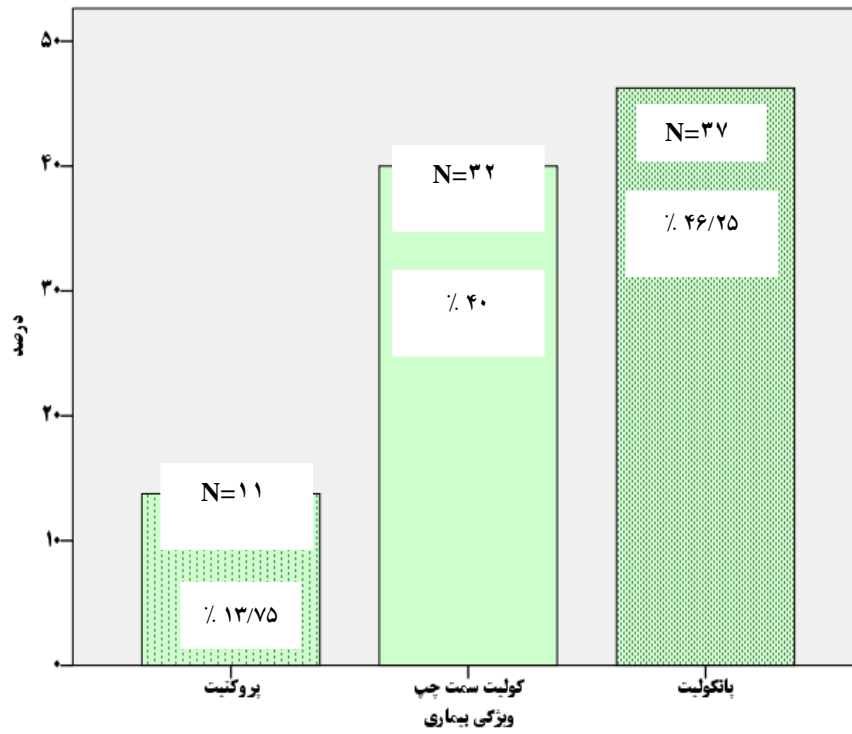
جدول ۵: خصوصیات و ویژگی تظاهرات بالینی بیماران کرون و کولیت السراتیو

| P-value | N(%) UC بیماران | بیماران CD<br>N(%) | تظاهرات بالینی                         | P-value | بیماران UC<br>N(%) | بیماران CD<br>N(%) | تظاهرات بالینی   |
|---------|-----------------|--------------------|--|---------|--------------------|--------------------|------------------|
| ۰/۹۸۶   | ۴۱(۵۱/۲)        | ۱۸(۵۱/۴)           | استرس                                  |         | ۱۸(۲۲/۵)           | ۷(۲۰)              | دائمی            |
| ۰/۴۱۴   | ۱۸(۲۲/۵)        | ۱۰(۲۸/۶)           | بی‌اشتهایی                             | ۰/۵۹۲   | ۲۶(۳۲/۵)           | ۱۵(۴۲/۹)           | اسهال<br>بندرت   |
| ۰/۰۹۳   | ۱۴(۱۷/۵)        | ۲(۵/۷)             | خارش پوست                              |         | ۳۶(۴۵)             | ۱۳(۳۷/۱)           | هرگز             |
| ۰/۳۴۶   | ۱۲(۱۵)          | ۳(۸/۶)             | تیرگی در نقاط مختلف پوست               | ۰/۶۱۱   | ۱۲(۱۵)             | ۴(۱۱/۴)            | یبوست            |
| ۰/۹۸۴   | ۲۳(۲۸/۷)        | ۱۰(۲۸/۶)           | کاهش وزن                               |         | ۱۱(۱۳/۸)           | ۴(۱۱/۴)            | دائمی            |
| ۰/۳۸۲   | ۱۷(۲۱/۳)        | ۵(۱۴/۳)            | قرمزی چشم                              | ۰/۸۹۸   | ۴۰(۵۰)             | ۱۹(۵۴/۳)           | بندرت<br>درد شکم |
| ۰/۰۹۳   | ۴۱(۵۱/۲)        | ۱۲(۳۴/۳)           | درد مفاصل                              |         | ۲۹(۳۶/۳)           | ۱۲(۳۴/۳)           | هرگز             |
|         | ۰(۰)            | ۲(۵/۷)             | سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری درجه یک | ۰/۴۱۵   | ۶(۷/۵)             | ۱(۲/۹)             | دائمی            |
|         | ۰(۰)            | ۲(۵/۷)             | درجه دو                                |         |                    |                    | تب               |
| ۰/۲۷۴   | ۱۳(۱۶/۳)        | ۳(۸/۶)             | استعمال دخانیات                        |         | ۱۲(۱۵)             | ۸(۲۲/۹)            | بندرت            |
| ۰/۰۹۳   | ۱۴(۱۷/۵)        | ۲(۵/۷)             | در معرض دخانیات دیگران                 |         | ۱۶(۲۰/۵)           | ۲۶(۷۴/۲)           | هرگز             |
| ۰/۹۳۹   | ۶۹(۸۶/۳)        | ۳۰(۸۵/۷)           | استفاده از آب تصفیه شده                | ۰/۹۱۶   | ۴۲(۵۲/۵)           | ۱۸(۵۱/۴)           | نفخ              |
| ۰/۶۶۹   | ۱۴(۱۷/۵)        | ۵(۱۴/۳)            | بی‌خوابی                               | ۰/۶۰۴   | ۴(۵)               | ۱(۲/۹)             | توده شکمی        |
| ۰/۰۰۴   | ۳۱(۳۸/۸)        | ۴(۱۱/۴)            | سردرد                                  | ۰/۶۳۵   | ۳(۳/۸)             | ۲(۵/۷)             | استفراغ          |
| ۰/۰۰۴   | ۱۶(۲۰)          | ۰(۰)               | درد در ناحیه پشت                       | ۰/۰۱۷   | ۴۹(۶۱/۳)           | ۱۳(۳۷/۱)           | خون در مدفوع     |
|         | ۶(۷/۵)          | ۰(۰)               | نگهداری از حیوانات خانگی               | ۰/۳۳۸   | ۶(۷/۵)             | ۱(۲/۹)             | زخم دهان         |

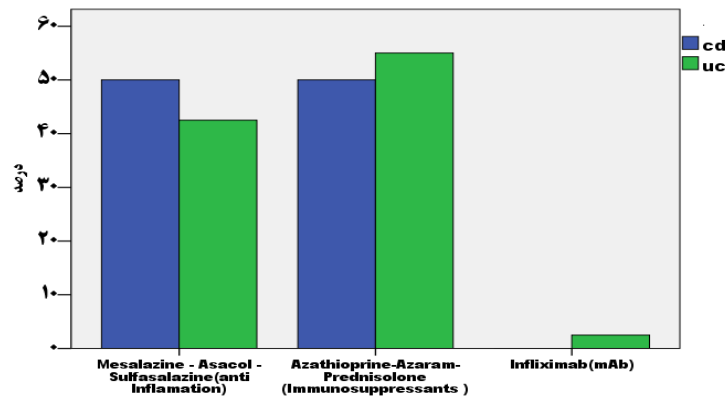
جدول ۶: خصوصیات و ویژگی بیماری در بیماران مبتلا به کرون

| خصوصیات و ویژگی بیماری در بیماران مبتلا به کرون |       |        |                             |       |      |
|---|-------|--------|-----------------------------|-------|------|
| فنونب بیماری                                    | تعداد | درصد   | نوع رفتار                   | تعداد | درصد |
| کولیت گرانولوماتوز                              | ۲     | ۵/۷۱   | التهابی                     | ۲۸    | ۸۰   |
| انتریک  | ۱۵    | ۴۲/۸۶  | انسدادی                     | ۴     | ۱۱/۴ |
| التهیبیس  | ۵     | ۱۴/۲۹  | التهابی - انسدادی           | ۲     | ۵/۷  |
| انتر و یا التوکولیت                             | ۸     | ۲۲/۸۵۵ | نفوذ به داخل بافت - انسدادی | ۱     | ۲/۹  |
| کولیت گرانولوماتوز - التهابیس                   | ۴     | ۱۱/۴۳  |                             |       |      |
| کولیت گرانولوماتوز - انتر و یا التوکولیت        | ۱     | ۲/۸۵۵  |                             |       |      |
| جمع   | ۳۵    | ۱۰۰    |                             | ۳۵    | ۱۰۰  |





نمودار ۱: ویژگی بیماری در بیماران مبتلا به کولیت السراتیو



نمودار ۲: داروهای مصرفی توسط بیماران التهابی روده

## بحث

بیان شد که برای هر دو بیماری غالبیت با مرد بوده است (۱۵). در پژوهشی که توسط فرامرز درخشان و همکاران انجام گرفت میانگین سنی برای کولیت السراتیو ۳۳/۰۱ و برای کرون ۳۳/۱۸ و نسبت مرد به زن برای کولیت السراتیو ۱ به ۰/۷۸ با غالبیت مرد و برای کرون ۱/۱۸ به ۱ با غالبیت زن مشخص گردید (۱۷).

در مطالعات مسجدی زاده که در اهواز انجام شده نسبت زن به مرد ۱/۰۷ در کولیت اولسروز و ۱/۶ در بیماری کرون بود. متوسط سن ۳۸/۶ سال برای کولیت السراتیو و ۳۳/۹۸ سال برای کرون و نیز غالبیت با زن بوده است (۱۸). در کتاب بیماری های داخلی هاریسون سن آغاز بیماری برای هر دو بیماری ۱۵-۳۰ سال و ۶۰ تا ۸۰ سال عنوان شده است. همچنین نسبت ابتلای مرد به زن برای UC ۱:۱ و برای CD ۱:۱-۱/۸ است (۱۹).

وجود اختلاف در این مطالعه با مطالعات انجام شده می تواند در وجود خطای تصادفی به دلیل کم بودن حجم نمونه و متفاوت بودن جامعه بیماران مورد مطالعه (به طوری که حتی در پژوهش طاهرخانی که در اهواز صورت گرفته آمار قومیت عرب متفاوت است، ولی اکثر بیماران مطالعه ما عرب بودند) باشد.

در این پژوهش متاهلین بیمار کرون ۴۸/۶ درصد و کولیت السراتیو ۸۳/۸ درصد بودند. در این میان از بین زنان بیمار کرون ۵۰ درصد متأهل و در میان زنان بیمار کولیت السراتیو ۷۹/۵ درصد متأهل بودند. احتمال می رود به دلیل سختی شرایط زندگی در بیماران کرون و همراهی بیماری در سن ازدواج آمار متاهلین بیماران کرون پایین باشد. در مطالعه زاهدی و همکاران از بیماران کولیت السراتیو ۷۵/۳ درصد متأهل بودند (۲۰).

قومیت اکثر بیماران مطالعه ما از اعراب بودند که به ترتیب برای بیماران کرون ۶۲/۸۶ درصد و برای بیماران کولیت السراتیو ۷۳/۸ درصد مشاهده گردید. در مطالعه

به علت عدم وجود مرکز کنترل و گزارش دهی بیماری های غیر واگیر و مشارکت پزشکان در این امر الگوی بسیاری از بیماری های غیر واگیر و بخصوص IBD در ایران مشخص نیست و مطالعات محدودی در این زمینه وجود دارد (۱۶). این مطالعه با بررسی اپیدمیولوژی بیماری التهابی روده شامل کرون و کولیت السراتیو و تظاهرات بالینی بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی و پزشکان متخصص گوارش شهر اهواز صورت گرفته است.

در این مطالعه میانگین سنی تشخیص بیماری در بیماران کرون  $26/09 \pm 10/69$  و برای بیماران مبتلا کولیت السراتیو  $30/90 \pm 9/84$  و نسبت مرد به زن برای کرون ۰/۵۹ به ۱ و برای کولیت السراتیو ۰/۸۲ به ۱ بود که جنس غالب برای هر دو بیماری زن می باشد. در مطالعه ما پیک بیماری در سن ۲۰-۵۰ برای هر دو بیماری بوده است. میانگین سنی بیماران کولیت السراتیو به طور معناداری بالاتر از بیماران کرون بود ( $P < 0.001$ ) یکی از دلایل احتمالی معنادار بودن میانگین سنی بالاتر بیماران کولیت السراتیو نسبت به کرون را می توان بالا بودن امید به زندگی در بیماران کولیت السراتیو دانست؛ به دلیل اینکه با توجه به بالا بودن آمار بیماران کولیت السراتیو نسبت به کرون در جمعیت های مختلف جهان، و متعاقباً مطالعه بیشتر در این زمینه باعث افزایش روش های تشخیصی و درمان برای بیماری کولیت السراتیو شده و در نتیجه بیماران مبتلا میانگین سنی بالاتری را کسب می کنند.

در مطالعه آقازاده و همکاران، میانگین سنی بیماران کرون ۳۰/۵ سال و کولیت السراتیو ۳۱/۹ سال و نسبت مرد به زن برای UC ۰/۸ به ۱ و در مورد CD ۱/۳ به ۱ عنوان شد (۱۴). در مطالعه دیگری که توسط مسندی شیرازی و همکاران انجام گرفت میانگین سنی بیماران کرون  $27 \pm 14/5$  و برای بیماران کولیت السراتیو  $31/54 \pm 14/23$  و نسبت مرد به زن ۱/۰۸ و برای کولیت السراتیو و ۱/۸۳ برای کرون

مطالعات آقازاده دو سوم بیماران یعنی ۶۷ درصد دارای دیپلم و تحصیلات بالای دیپلم داشته‌اند (۱۴).

۱۴/۲۹ درصد از بیماران کرون و ۲۱/۲ درصد از بیماران کولیت السراتیو سیگاری و یا در معرض دود سیگار دیگران بوده‌اند. در مطالعات آقازاده ۱۷/۱ درصد از بیماران CD و ۱۵/۵ درصد از بیماران UC سیگاری بوده‌اند (۱۴). در مطالعه قدیر و همکاران ۱۲/۵ درصد از بیماران CD و ۱۲/۷ درصد از بیماران UC سیگاری بوده‌اند (۲۲).

در این مطالعه، ۶۵/۷ درصد از بیماران کرون و ۶۳/۸ درصد از افراد کولیت السراتیو دارای درد شکم و ۳۷/۱ درصد از بیماران کرون و ۶۱/۳ درصد از بیماران کولیت السراتیو دارای خون در مدفوع بوده‌اند که در افراد CD ۳۱/۴۲ درصد و در افراد UC ۳۵ درصد از بیماران دارای اسهال خونی بوده‌اند و ۳۱/۴۲ درصد از بیماران CD و ۲۰ درصد از بیماران UC فقط دارای اسهال بوده‌اند. همچنین ۲۶/۳ درصد در بیماران کولیت السراتیو و ۵/۷ درصد در بیماران کرون خونریزی از مقعد داشته‌اند. در مطالعه آقازاده ۳۱ درصد دارای اسهال خونی و ۱۴/۵ درصد اسهال غیر خونی در بیماران UC و ۲۷/۸ درصد دارای اسهال مزمن و ۴۶/۹ درصد دارای درد شکم در بیماران CD بوده‌اند، ۱۰/۶ درصد در افراد کرون و ۴۱/۹ درصد از بیماران کولیت السراتیو خونریزی از مقعد داشته‌اند (۱۴). در مطالعه قدیر و همکاران، اسهال خونی ۳۶/۸ درصد و درد شکم ۲۳/۵ درصد در افراد UC و اسهال خونی ۲۸/۱ درصد و درد شکم ۶۵/۶ درصد در افراد CD قید شده است و همچنین ۶۴/۹ درصد در UC و ۳۱/۲ درصد در CD خونریزی از مقعد داشته‌اند (۲۲). در مطالعه فاخری در بیماران UC ۵۳/۲ درصد دارای اسهال خونی، ۷/۱۶ درصد درد شکمی ۰/۲۲ درصد کاهش وزن داشته‌اند و در بیماران CD ۱۷/۱۴ درصد اسهال خونی، ۶۰ درصد درد شکم، ۲/۸۵ درصد تب و ۱۱/۴۲ درصد کاهش وزن داشته‌اند (۲۳).

طاهرخانی و همکاران در اهواز در مورد بیماری کولیت السراتیو نژاد عرب ۲۹/۶ درصد گزارش شده است (۲۱).

اختلاف در مطالعه ما و طاهرخانی می‌تواند ناشی از اختلاف در جامعه آماری بیماران باشد؛ به این دلیل که تمامی بیماران مورد مطالعه طاهرخانی تنها از بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز بوده، ولی در مطالعه ما حدود ۶۳/۵ درصد از بیماران از یک مطب پزشک متخصص بوده و ۲۳/۵ درصد از مطب پزشک متخصص دوم، و تنها ۱۳ درصد از بیماران از دیگر مراکز درمانی بوده‌اند و انتخاب این مراکز برای درمان توسط بیماران می‌تواند دلایل مختلفی از قبیل توصیه دیگران، آشنایی، معروفیت و ... باشد. البته در این مطالعه، سعی ما بر غالب بودن بیماری التهابی روده برای قومیت عرب نیست و آمار ارائه شده، نشان‌دهنده جامعه واقعی بیماران استان خوزستان نمی‌باشد و صرفاً کسانی را در برمی‌گیرد که پس از فراخوانی از روی لیست بیماران ارائه شده توسط پزشک متخصص مراجعه و با محقق همکاری داشته‌اند.

بیشترین سطح درآمد کل بیماران مبتلا به IBD بین ۵۰۰۰۰۰۰ تومان تا ۱۰۰۰۰۰۰۰ تومان در ماه بوده است (۴۷ درصد) که درآمد پائینی محسوب می‌شود. با وجود اینکه ۱۳/۹ درصد از بیماران کولیت السراتیو و ۲۵/۷ از بیماران کرون بدون شغل بودند اکثریت دارای شغل بودند. احتمالاً بالا بودن هزینه درمان در بیماران التهابی روده و درگیری زمان کاری ایشان با زمان درمان بیماری و مخصوصاً سختی شرایط زندگی در مبتلایان به نحوه درآمد آنان تأثیر نامطلوبی ایجاد نموده است.

از نظر تحصیلات نیز ۵۱/۴ درصد بیماران کرون دارای مدارک دانشگاهی و ۴۷/۵ درصد از بیماران کولیت السراتیو دارای دیپلم بوده‌اند و به صورت کلی ۷۹/۱ درصد از بیماران دارای مدارک دیپلم و بالای دیپلم بوده‌اند. در

اختلاف‌هایی مشاهده می‌شود که می‌توان در تفاوت الگوی بالینی بیماری در جمعیت‌های مختلف در نقاط مختلف کشور دانست.

در این پژوهش بیماران کرون از نظر فنوتیپ بیماری، انتریک (درگیری روده کوچک) بیشترین درصد سهم را از آن خود کرده و از نظر رفتار بیماری نوع التهابی شایع‌تر بوده است. در بیماران کولیت السراتیو از نظر ویژگی بیماری نوع پانکولیت که همه کولون (کولون راست، چپ، عضله متقاطع و رکتوم) را تحت تأثیر قرار می‌دهد بیشتر از دیگر موارد مشاهده گردید که البته کولیت سمت چپ با اختلاف کمی رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. احتمال دارد علت شیوع زیاد پان کولیت به دلیل جمع‌آوری بیماران از مراکز ارجاعی سطح سوم باشد. در مطالعه درخشان و همکاران (۱۷) شایع‌ترین محل درگیری در UC کولیت سمت چپ و در افراد CD کولیتیس بوده است. در مطالعه قدیر و همکاران (۲۲) شایع‌ترین محل درگیری در UC پروکتیت و در افراد CD انتهای ایلئوم (الیتیس) بیشترین را به خود اختصاص داده است. در مطالعه مسجدی‌زاده و همکاران (۱۸) در افراد UC نوع کولیت سمت چپ بیشتر از موارد دیگر بوده است و در مورد کرون کولونیک بیشترین موارد را به خود اختصاص داده است. در مطالعه فاخری (۲۳) در مبتلایان به کولیت السراتیو کولیت سمت چپ در رتبه اول بوده و در افراد کرونی نوع التهابی بیشترین شیوع را داشته است. در مطالعه ما نیز از نظر رفتار بیماری نوع التهابی شایع‌تری را نشان داده است. در مطالعه نادری و همکاران (۲۴) کولیت چپ در بیماران کولیت السراتیو با ۴۷ درصد بیشترین محل درگیری را به خود اختصاص داده و محل درگیری کولون در بیماران کرونی شیوع بالایی داشته است، در این بیماران رفتار التهابی نیز قابل توجه بوده است. در مطالعات نادری و همکاران (۲۵) در بیماران کرون شایع‌ترین محل درگیری ایلئوکولیک و از نظر رفتار بیماری التهابی درصد بالای را به خود

در مطالعه ما دیگر تظاهرات بالینی در بیماران IBD تب (در بیماران CD ۲/۹ درصد دائمی و ۲۲/۹ درصد به-ندرت و در بیماران UC ۷/۵ درصد دائمی و ۱۵ درصد به-ندرت)، نفخ (در بیماران CD ۵۱/۴ درصد و در بیماران UC ۵۲/۵ درصد)، استرس (در بیماران CD ۵۱/۴ درصد و در بیماران UC ۵۱/۲ درصد)، بی‌اشتهایی (در بیماران CD ۲۸/۶ درصد و در بیماران UC ۲۲/۵ درصد)، خارش پوست (در بیماران CD ۵/۷ درصد و در بیماران UC ۱۷/۵ درصد)، کاهش وزن (در بیماران CD ۲۸/۶ درصد و در بیماران UC ۲۸/۷ درصد)، درد مفاصل (در بیماران CD ۴۳/۳ درصد و در بیماران UC ۵۱/۲ درصد)، قرمزی چشم (در بیماران CD ۱۴/۳ درصد و در بیماران UC ۲۱/۳ درصد)، بی‌خوابی (در بیماران CD ۱۴/۳ درصد و در بیماران UC ۱۷/۵ درصد)، و سردرد (در بیماران CD ۱۱/۴ درصد و در بیماران UC ۳۸/۸ درصد) وجود داشته است. اختلاف آماری معناداری در مقایسه بیماران کرون و کولیت السراتیو برای متغیرهای درد در ناحیه پشت  $P=۰/۰۰۴$ ، وجود خون در مدفوع  $P=۰/۰۱۷$ ، وجود سردرد  $P=۰/۰۰۴$  مشاهده گردید که فراوانی هر سه مورد در بیماری کولیت السراتیو به‌طور قابل توجهی بیشتر از بیماری کرون بود. یکی از عوارض درمان بیماران کولیت السراتیو با داروی سولفاسالازین سردرد است که می‌توان علت معنادار بودن آماری را احتمال در مصرف این دارو دانست که توسط تعداد بیشتری از بیماران کولیت السراتیو مورد مصرف قرار گرفته شده است.

در این مطالعه، ۲۴/۵۷ درصد در بیماران کرون و ۳۶/۲ درصد در افراد کولیت السراتیو دارای حداقل یک عارضه خارج روده‌ای بوده‌اند. در مطالعه آقازاده (۱۴) در بیماران CD ۴۰/۴ درصد و در بیماران UC ۳۱/۴ درصد و در مطالعه قدیر (۲۲) در بیماران CD ۲۰ درصد و در بیماران UC ۲۰ درصد حداقل دارای یک عارضه خارج روده‌ای بوده‌اند. در مقایسه این مطالعات با مطالعه ما شباهت‌ها و

السراتیو پرداخته شده است در این مطالعه در بیماران CD نوع انتریک و رفتار التهابی و در بیماران UC پانکولیت بیشتر شایع بوده است. و همینطور مشاهده گردید که بیماری کولیت السراتیو نسبت به بیماری کرون شیوع بالاتری داشته است و همچنین مانند دیگر نقاط جهان پیک سنی دوم وجود نداشته و آغاز بیماری در سنین پایین قرار گرفته است. همچنین تظاهرات بالینی مشاهده شده در هر دو گروه بیماران تقریباً مشابه بوده و یا اختلاف کمی به دلیل اختلاف در الگوی بالینی بیماری را با دیگر نقاط نشان داده است. البته به غیر از موارد مربوط به تظاهرات بالینی ذکر شده، مطالعات دیگری که مانند مطالعه ما همه تظاهرات بالینی را گزارش کند یافت نگردید. بنابراین در این زمینه مقایسه‌ای جهت تمامی موارد گزارش شده ذکر نشد. با توجه به مطالعه حاضر و دیگر مطالعات گذشته به علت نامعلوم بودن سیر بیماری در استان خوزستان مطالعات وسیع‌تری در مقاطع زمانی مختلف ضروری به نظر می‌رسد.

#### قدردانی

با تشکر از مرکز تحقیقات عفونی گوارش معاونت پژوهشی دانشگاه برای طرح تحقیقاتی شماره... بعنوان پایان نامه کارشناسی ارشد هادی اسماعیلی و با تشکر فراوان از همه بیماران در ارائه دقیق اطلاعات که ما را در پژوهش حاضر یاری رسانده‌اند.

اختصاص داده است. در مطالعه ما به جز شباهت‌هایی که با دیگر مطالعات دیده می‌شود اختلاف در محل درگیری بیماری با دیگر مطالعات فاصله زیادی نداشته و اختلاف در آن را می‌توان به تفاوت‌های مطالعات در قومیت‌های مختلف کشور دانست.

در بیماران مبتلا به کولیت السراتیو بیماری‌های همراه شامل: آنمی آپلاستیک التهاب مفاصل، آسم، بیماری پوستی، ویتیلیگو، اشکالات پروستات، تومور مغزی نخاعی، کبد چرب، مثانه ملتهب، عمل کیسه صفرا و نارسایی کلیه و کبد نیز مشاهده گردید.

در این مطالعه، ۵۰ درصد بیماران کرونی و ۵۵ درصد از بیماران کولیت السراتیو از مهارکننده‌های ایمنی استفاده می‌کرده‌اند. اختلاف آماری معناداری بین دو گروه بیماری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ). در مطالعه طاهرخانی و همکاران، ۴۵ درصد از بیماران IBD از مهارکننده‌های ایمنی استفاده می‌کرده‌اند که اختلاف جزئی بین دو مطالعه ناشی از تشخیص پزشک معالج جهت درمان با توجه به ویژگی‌های بیماری در دو گروه مورد مطالعه، متفاوت بوده است (۲۱).

#### نتیجه گیری

اختلاف بارزی که در نقاط مختلف وجود دارد می‌تواند تأییدی باشد بر این فرض که که اپیدمیولوژی بیماری IBD در مناطق مختلف، متفاوت است و ممکن است رفتار پاتورنیزی بیماری هم متفاوت باشد (۲۶) در این مطالعه که به اپیدمیولوژی بیماری التهابی روده شامل کرون و کولیت

#### منابع

- 1-Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, "et al". Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology* 2012 Jan; 142(1): 46-54. PubMed PMID: 220.1864.
- 2-Lakatos L, Lakatos PL. Is the incidence and prevalence of inflammatory bowel diseases increasing in Eastern Europe? *Postgraduate Med J* 2006 May; 82(967): 332-7. PubMed PMID: 16679472.

- 3-Safarpour AR, Hosseini SV, Mehrabani D. Epidemiology of inflammatory bowel diseases in iran and Asia; a mini review. Iranian journal of medical sciences. 2013 Jun; 38(2 Suppl):140-9. PubMed PMID: 24031103.
- 4-Valdez R, Appelman HD, Bronner MP ,Greenson JK. Diffuse duodenitis associated with ulcerative colitis. The Ame J Surg pathol 2000 Oct; 24(10):1407-13. PubMed PMID: 11023103.
- 5-Yantiss RK, Odze RD. Diagnostic difficulties in inflammatory bowel disease pathology. Histopathology 2006 Jan; 48(2):116-32. PubMed PMID: 16405661.
- 6-Kornbluth A, Sachar DB, Practice Parameters Committee of the American College of G. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. Am J gastroenterol 2004 Jul; 99(7): 1371-85. PubMed PMID: 15233681.
- 7-Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. Gut 2006Jun; 55(6): 749-53. PubMed PMID: 16698746.
- 8-Brand S, Staudinger T, Schnitzler F, Pfennig S, Hofbauer K, Dambacher J, "et al". The role of Toll-like receptor 4 Asp299Gly and Thr399Ile polymorphisms and CARD15/NOD2 mutations in the susceptibility and phenotype of Crohn's disease. Inflamm Bwel Dis 2005 Jul;11(7):645-52. PubMed PMID: 15973118.
- 9-Cummings JR, Ahmad T, Geremia A, Beckly J, Cooney R, Hancock L, "et al". Contribution of the novel inflammatory bowel disease gene IL23R to disease susceptibility and phenotype. Inflamm Bowel Dis2007 Sep; 13(9): 1063-8. PubMed PMID: 17508420.
- 10-Beattie RM, Croft NM, Fell JM, Afzal NA, Heuschkel RB. Inflammatory bowel disease. Arch Dis Child 2006 May; 91(5): 426-32. PubMed PMID: 16632672.
- 11-Naser SA, Arce M, Khaja A, Fernandez M, Naser N, Elwasila S, "et al". Role of ATG16L, NOD2 and IL23R in Crohn's disease pathogenesis. World J Gastroenterol 2012 Feb 7; 18(5): 412-24. PubMed PMID: 22346247.
- 12-Silverberg MS, Cho JH, Rioux JD, McGovern DP, Wu J, Annese V, "et al". Ulcerative colitis-risk loci on chromosomes 1p36 and 12q15 found by genome-wide associationstudy. Nature genetics 2009 Feb; 41(2): 216-20. PubMed PMID: 19122664.
- 13-Zhang SZ, Zhao XH, Zhang DC. Cellular and molecular immunopathogenesis of ulcerative colitis. Cellular & molecular immunology 2006 Feb; 3(1): 35-40. PubMed PMID: 16549047.
- 14-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. PubMed PMID: 16246187.
- 15-Shirazi KM ,Somi MH, Bafandeh Y, Saremi F, Mylanchy N, Rezaeifar P, "et al". Epidemiological and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in patients from northwestern iran. Middle East J Dig Dis2013 Apr; 5(2): 86-92. PubMed PMID: 2482.
- 16-Fani A. A study on the pattern prevalence of inflammatory bowel disease and it's clinical presentation in arak. Arak Med Uni J 2002;18(5): 23-8.
- 17-Darakhshan F, Vali Khojeini 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: 19-24.
- 18-Masjedi zadeh R, Hashemi SJ , Azmi M , Shayesteh Ak. Epidemiological Features of Inflammatory Bowel Disease in Khozestan. Jentashapir 2007; 1.
- 19-Fauci A KD, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Inflammatory bowel disease. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Internal Medicine. 18<sup>th</sup>ed. New York: McGraw Hill; 2012.
- 20-Zahedi MJ, D-m S, Haiatbakhsh M, Dalirani Z. Demographic and Clinical Features of Ulcerative Colitis Patients in Kerman City during 2005-2007. Kerman Uni Med Sci J 2009; 16(1): 45-53.
- 21-Taherkhani R, Farshadpour F , Esmailizadeh M , Dolatshahi M , Makvandi A , Hamzavi G. Epidemiologic Characteristics and Frequency of Anatomical Pattern of Ulcerative Colitis in Patients Referred to Imam Khomeini Hospital During Years 2007 to 2011. Jundishapur Sci Med J 2014Jul-Aug; 13(3): 275-82.
- 22-Ghadir M R, MMFN, Sarkishikyan S, Yazdani S, Behbahani I. Inflammatory BowelDiseases in Center of Iran,QOM Province, 2007-2011. Qom Uni Med Sci J 2014; 8(3): 41-8.
- 23-Fakheri H. Inflammatory Bowel Disease in Sari, Northern Iran: Review of 302 Patients. Govareh 2007; 12 (3):155-60.
- 24-Naderi N, Farnood A ,Habibi M, Derakhshan F, Balaii H, Motahari Z, "et al". Association of vitamin D receptor gene polymorphisms in Iranian patients with inflammatory bowel disease. J Gastroenterol Hepatol 2008 Dec; 23(12):1816-22. PubMed PMID: 18752562.
- 25-Naderi N, Ebrahimi Daryani N, Farnood A, Habibi M, Balaii H, Sharifiani A, "et al". The role of NOD2 common mutations in Crohn's disease. J Res Med Sci 2012; 36(1): 29-34.
- 26-Al-Shamali MA, Kalaoui M, Patty I, Hasan F, Khajah A, Al-Nakib B. Ulcerative colitis in Kuwait: a review of 90 cases. Digestion 2003; 67(4): 218-24. PubMed PMID: 12966229.

## A Study on Epidemiological Features and Clinical Manifestations among Crohn and Ulcerative Colitis Patients Admitted to Treatment Centers of Ahvaz, Iran

Ataollah Ghadiri<sup>1\*</sup>, Hadi Esmaeili<sup>2</sup>, Seyed Jalal Hashemi<sup>3</sup>, Abdul Masjedizadeh<sup>3</sup>,  
Pezhman Alavi Nejhadi<sup>4</sup>, Ali Akbar Shayesteh<sup>4</sup>

1-Assistant Professor of Immunology.

2-MSC Student of Immunology.

3-Associate Professor of Internal Medicine.

4-Associate Professor of Internal Medicine.

1,2-Department of Immunology, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3-Department of Internal Medicine Specialty GI Tract, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4-Department of Internal Medicine Specialty GI, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

\*Corresponding author:

Ataollah Ghadiri; Department of Immunology, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +989166171534

Email: ata.ghadiri@hotmail.fr

### Abstract

**Background and Objective:** Inflammatory bowel disease (IBD), including Crohn's and ulcerative colitis is a complex multifactorial disease with unknown exact cause. This study investigated the epidemiological features and clinical manifestations of IBD referred to GIT specialists in the city of Ahvaz, Iran.

**Subjects and Methods:** In this cross-sectional study, from Sep 2013 to May 2015, 115 patients with confirmed diagnosis of IBD included 35 patients with Crohn's disease and 80 patients with ulcerative colitis were evaluated. Data collection was based on a prepared patient questionnaire and Chi square test analyzed by spss software ver 22.

**Result:** The mean and  $\pm$ SD age of patients at diagnosis was 26.09  $\pm$ 10.69 and 30.09  $\pm$ 9.84 yr in patients with ulcerative colitis and Crohn' disease respectively. Women were the dominant sex in both diseases. In Crohn's disease, enteric phenotype had the highest percentage (42.9 %) and in terms of the behavior of the disease, inflammatory was 80% more common. In patients with ulcerative colitis in terms of feature, pancolitis with 46.25 % was more than others. In comparison between Crohn' disease and ulcerative colitis significant differences observed for pain in the back P=0.004, blood in the stool P=0.017, headache P=0.004 and age P< 0.001 The frequency of all these four features among patients with ulcerative colitis were significantly higher than among Crohn's disease patients.

**Conclusions:** The finding of this study demonstrated that among IBD patients in our area, enteric phenotype and inflammatory behavior in Crohn's disease and pancolitis phenotyp in ulcerative colitis e are more prevalent.

**Keywords:** Epidemiology, Inflammatory bowel disease, Crohn's disease, Ulcerative colitis.

► Please cite this paper as:

Ghadiri A, Esmaeili H, S Jalal Hashemi, Masjedizadeh A, Alavi Nejhadi P, Akbar A. A Study on Epidemiological Features and Clinical Manifestations among Crohn and Ulcerative Colitis Patients Admitted to Treatment Centers of Ahvaz, Iran. *Jundishapur Sci Med J* 2016;15(1):19-33.

Received: June 9, 2015

Revised: July 22, 2015

Accepted: Dec 23, 2015