

Assessment of hepatic fibrosis by transient elastography in rheumatoid arthritis patients receiving methotrexate

Nasrin Moghimi^{1,2}, Khaled Rahmani², Farshad Sheikhesmaili³, Asrin Babahajian⁴, Pezhman Sharifi⁵, Samireh Ramezani⁶

1. Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-9408-8431

2. Assistant Professor, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-0860-8040

3. Assistant Professor, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-4439-123X

4. Msc of Anatomical Sciences, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-0278-1560

5. Msc of Microbiology, Sciences, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0001-7953-9487

6. Assistant in Internal Medicine, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran, (Corresponding Author), Tel: +98-87-33247855, Email: samirehramezani@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-6606-8089

ABSTRACT

Background and Aim: Methotrexate (MTX) is commonly used in the treatment of diseases such as rheumatoid arthritis (RA) but, its hepatotoxicity potential, always has been a major concern. The aim of this study is to determine the rate of liver fibrosis by transient elastography (TE) method and its relationship with cumulative dose of MTX and duration of treatment, in rheumatoid arthritis patients receiving MTX.

Materials and Methods: This cross-sectional study included RA patients receiving MTX for more than 6 months. Hepatic fibrosis was determined by TE on the basis of the rate of liver stiffness. The patients were divided into 2 groups according to the results of liver stiffness measurement. Demographic, clinical and biochemical parameters were compared between the two groups. Correlation of the cumulative dose of MTX and duration of MTX treatment with the liver fibrosis was assessed.

Results: The study included 51 patients, with a mean age of $52.53 \pm (9.95)$ years. 44 (86.3%) patients were women. The cumulative dose of MTX was less than 4000 mg in 45 (88.2%) patients and more than 4000 mg in 6 (11.8%) patients with a mean treatment duration of $54.14 \pm (40.94)$ months. The median (IQR) value of liver stiffness was 4.70 (3.60 – 5.50) kPa. The presence of liver fibrosis was detected in 11 (21.6%) patients. There were no significant relationships between liver fibrosis and cumulative dose ($P = 0.21$) of MTX and also duration of MTX treatment ($P = 0.30$). The multivariate analysis demonstrated that only increased serum level of ALT was associated with presence of liver fibrosis (OR = 1.07; 95% CI: 1.01 to 1.13; $p = 0.01$).

Conclusion: According to the results of this study severe hepatic fibrosis was not common in the patients who had received methotrexate. Increasing the duration of methotrexate administration and the cumulative dose of the drug had no effect on the incidence of hepatic fibrosis. Increased serum ALT levels in RA patients were associated with high rate of liver stiffness and increased risk of hepatic fibrosis.

Keywords: Hepatic fibrosis, Rheumatoid arthritis, Transient elastography, Methotrexate

Received: May 12, 2019

Accepted: Aug 27, 2019

How to cite the article: Nasrin Moghimi, Khaled Rahmani, Farshad Sheikhesmaili, Asrin Babahajian, Pezhman Sharifi, Samireh Ramezani. Assessment of hepatic fibrosis by transient elastography in rheumatoid arthritis patients receiving methotrexate. SJKU 2020; 24 (6): 36-45

بررسی میزان فیروز کبدی با روش الاستوگرافی گذرا در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد تحت درمان با متوتروکسات

نسرین مقیمی^{۱،۲}، خالد رحمانی^۲، فرشاد شیخ اسماعیلی^۲، اسرین باباحاجیان^۳، پژمان شریفی^۴، سمیره رضانی^۵

۱. استادیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۸۴۳۱-۹۴۰۸-۰۰۰۲-۰۰۰۰-۰۰۰۰
۲. استادیار مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۸۰۴۰-۰۸۶۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰-۰۰۰۰
۳. استادیار مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۱۲۳۳-۴۴۳۹-۰۰۰۲-۰۰۰۰-۰۰۰۰
۴. کارشناس ارشد علوم تشریحی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۱۵۶۰-۰۲۷۸-۰۰۰۳-۰۰۰۰-۰۰۰۰
۵. کارشناس ارشد میکروب شناسی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۹۴۸۷-۷۹۵۳-۰۰۰۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰
۶. دستیار داخلی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (مؤلف مسئول)، تلفن ثابت: ۳۳۶۶۴۶۵۸-۰۸۷، samirehramezani@gmail.com کد ارکید: ۸۰۸۹-۰۶۰۶-۰۰۰۲-۰۰۰۰-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: متوتروکسات، به طور عمده در درمان بیماری‌هایی نظیر آرتريت روماتويد مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما پتانسیل سمیت کبدی آن همواره یک نگرانی مهم در مصرف این دارو بوده است. این مطالعه با هدف تعیین میزان فیروز کبدی با استفاده از روش الاستوگرافی گذرا و ارتباط آن با دوز تجمیعی و مدت مصرف دارو در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد تحت درمان با متوتروکسات انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه که به صورت توصیفی-تحلیلی (مقطعی) طراحی شده بود، بیماران مبتلا به؛ آرتريت روماتويد که بیش از ۶ ماه تحت درمان متوتروکسات بودند، وارد مطالعه شدند. فیروز کبدی با اندازه گیری سفتی کبد توسط روش الاستوگرافی گذرا (دستگاه فیروواسکن) تعیین شد. بیماران بر اساس اندازه گیری سفتی کبد به دو گروه با و بدون فیروز کبدی تقسیم و پارامترهای دموگرافیک، بالینی و بیوشیمیایی بین آن‌ها مقایسه گردید. ارتباط دوز تجمیعی و مدت زمان درمان با متوتروکسات با فیروز کبدی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: بیماران شامل ۵۱ نفر با میانگین سنی $52/53 \pm 9/95$ سال بودند. ۴۴ نفر (۸۶/۳٪) از آن‌ها زن بود. دوز تجمیعی متوتروکسات در ۴۵ بیمار (۸۸/۲٪) کمتر از ۴۰۰۰ میلی‌گرم، ۶ بیمار (۱۱/۸٪) بیشتر از ۴۰۰۰ میلی‌گرم و میانگین مدت زمان مصرف دارو $54/14 \pm (40/94)$ ماه محاسبه گردید. میان سفتی کبد در آن‌ها $4/70 (3/60 - 5/50)$ کیلوپاسکال بود. وجود فیروز کبد در ۱۱ بیمار (۲۱/۶٪) مشاهده شد. ارتباط معنی‌داری بین وجود فیروز کبدی با دوز تجمیعی ($P=0/21$) و مدت زمان مصرف متوتروکسات ($P=0/30$) وجود نداشت. تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که با افزایش سطح سرمی ALT شانس بروز فیروز کبدی در بیماران بیشتر می‌شود ($OR = 1.07; 95\% CI: 1.01 \text{ to } 1.13; p = 0.01$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد فیروز قابل توجه و شدید کبدی در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد تحت درمان با متوتروکسات شایع نیست. افزایش مدت زمان مصرف و دوز تجمیعی متوتروکسات تأثیری در بروز فیروز کبدی ندارد. با افزایش سطح ALT سرم در بیماران آرتريت روماتويد، میزان سفتی کبد افزایش و شانس فیروز کبدی بیشتر می‌شود.

کلمات کلیدی: فیروز کبدی، آرتريت روماتويد، الاستوگرافی گذرا، متوتروکسات

وصول مقاله: ۹۸/۲/۲۲ اصلاحیه نهایی: ۹۸/۵/۲۳ پذیرش: ۹۸/۶/۵

مقدمه

آرتریت روماتوئید (Rheumatoid Arthritis; RA) یک بیماری التهابی مزمن با تظاهرات مفصلی و خارج مفصلی است که معمولاً به دلیل تخریب غضروف مفصلی منجر به ناتوانی و معلولیت می‌شود. این بیماری ممکن است سیر آهسته و یا بسیار مخرب داشته باشد (۱). داروهای مختلفی که جهت درمان این بیماری به کار گرفته می‌شوند، در جهت سرکوب غیراختصاصی پدیده التهابی یا ایمنولوژیک با هدف فرونشاندن یا محدود کردن بیماری همراه با حفظ عملکردهای حرکتی و کنترل درد و جلوگیری از صدمه پیش‌رونده ساختمان‌های مفصلی، عمل می‌کنند (۲).

متوترکسات (Methotrexate; MTX) یکی از مؤثرترین داروهای است که به‌طور شایع برای درمان RA و همچنین درمان لوپوس، آرتریت پسوریاتیک، میوزیت‌ها، واسکولیت‌ها و بعضی بیماری‌های دیگر روماتیسمی تجویز می‌شود (۳). MTX، یک داروی تضعیف‌کننده سیستم ایمنی و جزو داروهای است که به‌عنوان داروهای ضد روماتیسمی تغییردهنده سیر بیماری (DMARD) شناخته می‌شوند که علاوه بر از بین بردن علائم بیماری، باعث کند شدن سیر بیماری نیز می‌شوند (۴ و ۵).

سمیت کبدی و ایجاد فیروز از عوارض اصلی در استفاده طولانی‌مدت این دارو است (۶). هر چند با کاهش دوز دارو و تجویز هفتگی (۵ تا ۱۵ میلی‌گرم در هفته) به جای تجویز روزانه سمیت کبدی تا حدی کنترل شده است، ولی با این حال به دلیل مصرف گسترده و طولانی مدت این دارو به‌خصوص در آرتریت روماتوئید، موارد رو به گسترش از سمیت کبدی ناشی از مصرف این دارو مشاهده شده است که در صورت بی‌توجهی و نادیده گرفتن، می‌تواند منجر به سیروز و نارسایی کبد گردد (۷). در نتیجه پایش و تشخیص آسیب‌های کبدی ناشی از متوترکسات در طی دوره‌های درمان ضروری به نظر می‌رسد (۸).

فیروز کبدی به وسیله روش‌های مختلفی شامل تعیین سطوح مارکرهای بیوشیمیایی کبد (آنزیم‌های کبدی)، آزمون‌های رادیوگرافیک (اولتراسونوگرافی، اسکن کبد، MRI)؛ (Magnetic Resonance Imaging) و آزمایش‌های هیستوپاتولوژی از طریق بیوپسی کبد سنجیده می‌شود.

بیوپسی کبدی که به‌عنوان استاندارد طلایی برای ارزیابی فیروز استفاده می‌شود تهاجمی و دردناک بوده و عوارضی را در پی دارد، بنابراین توسط پزشکان و بیماران به‌ندرت مورد پذیرش قرار گرفته و تکرار آن در افراد بدون نشانه بیماری مشکل است. از طرفی تست‌های آزمایشگاهی به صورت جداگانه برای تشخیص فیروز کبدی به اندازه کافی دقیق و قابل اعتماد نیستند (۹).

الاستوگرافی گذرا (Transient Elastography; TE) یک روش جدید تصویربرداری هست که اخیراً به‌عنوان یک روش دقیق برای تشخیص و ارزیابی پیشرفت فیروز کبدی در بیماری‌های مزمن کبد شناخته شده است. این تکنیک به آسانی و به‌طور غیرتهاجمی میزان سفتی کبد (Liver Stiffness) را اندازه‌گیری می‌کند (۱۰). در مطالعات انجام شده جهت پایش فیروز کبدی توسط فیبرواسکن در بیماران مبتلا به RA تحت درمان با MTX، نتایج متفاوتی از ارتباط سفتی کبد با دوز تجمعی مصرف متوترکسات گزارش شده است (۱۱ و ۱۲). هدف از این مطالعه بررسی میزان فیروز کبدی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تحت درمان با متوترکسات و ارتباط آن با دوز تجمعی دارو و مدت زمان مصرف دارو است.

روش بررسی

طراحی مطالعه: مطالعه حاضر که به صورت توصیفی-تحلیلی، طراحی شده بود، در کلینیک روماتولوژی بیمارستان توحید سنندج، ایران از اسفند سال ۱۳۹۶ تا پایان شهریور سال ۱۳۹۷ به انجام رسید. پروتکل اجرای مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان

رسید (No. IR.MUK.REC.1396/297). از تمامی افراد شرکت کننده در مطالعه رضایت آگاهانه اخذ گردید و اصول محرمانگی داده‌ها بر اساس معاهده هلسینکی توسط پژوهشگران رعایت شد.

شرکت کنندگان: معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد مبتلا به RA (بر اساس معیارهای پیشنهادی سال ۲۰۱۰ انجمن روماتولوژی آمریکا / اتحادیه اروپایی علیه روماتیسم (ACR- EULAR) (۱۳)، تحت درمان با متوتروکسات که بالای ۱۸ سال سن داشتند و حداقل ۶ ماه از درمان آن‌ها گذشته بود، مدنظر قرار گرفت. چنانچه در افراد علائم و نشانه‌های دیابت، سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن کبدی مانند هیپاتیت‌های ویروسی و اتوایمیون، ایدز، نارسایی مزمن کلیه، نارسایی احتقانی قلب، سابقه مصرف الکل بیش از ۱۰ گرم در روز و اضافه وزن ($BMI > 28$) وجود داشت از مطالعه حذف شدند.

روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد و از بین مراجعین دارای شرایط ورود به مطالعه با ایجاد چهارچوب نمونه‌گیری و دادن شماره‌ای به هر بیمار با استفاده از جدول اعداد تصادفی، انتخاب نمونه‌ها صورت گرفت. بر این اساس ۵۱ نفر بیمار وارد مطالعه شدند.

جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و بالینی: داده‌های دموگرافیک، مدت زمان ابتلا به بیماری، مدت زمان مصرف MTX و دوز تجمعی مصرف MTX توسط پزشک معالج با استفاده از پرسشنامه از بیماران جمع‌آوری گردید. میزان فعالیت بیماری بر اساس فرمول DAS 28 سنجیده شد که بر اساس تعداد مفاصل دارای تدرنس، تعداد مفاصل دارای تورم، میزان (ESR; Erythrocyte Sedimentation Rate) و همچنین تعیین میزان درد با استفاده از روش (VAS; Visual Analog Scale) نیز محاسبه و ثبت گردید. فشار خون بر حسب (mmHg) نیز با فشارسنج دیجیتالی (Osaka, Japan) توسط پزشک معالج در همه شرکت کنندگان اندازه‌گیری شد.

بررسی‌های پاراکلینیکال: میزان استئاتوز و فیروز کبدی در افراد مورد مطالعه با متد الاستوگرافی گذرا (Transient Elastography) و با استفاده از دستگاه فیرواسکن (EchoSens, Paris, France) توسط فوق تخصص گوارش مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج فیروز به صورت کیلوپاسکال (KPa) گزارش شد و بر اساس مطالعه Tsochatzis و همکاران (۱۴) cutoff value برای وجود فیروز 6 kPa در نظر گرفته شد. برای بررسی استئاتوز از تست (CAP; Controlled Attenuation Paramete) دستگاه فیرواسکن استفاده شده که نتایج به صورت (dB/m) گزارش گردید. سطوح سرمی AST، ALT و ALP در تمام شرکت کنندگان مورد سنجش قرار گرفت. همچنین سونوگرافی جهت ارزیابی اکوزنیسته کبد در بیماران انجام شد.

آنالیز آماری: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌های کمی از آزمون Kolmogorov - Smirnov استفاده شد. متغیرهای کیفی به صورت فراوانی (درصد)، متغیرهای کمی با توزیع نرمال با میانگین (انحراف معیار) و متغیرهای کمی با توزیع غیر نرمال با میانه (صدک ۷۵ - ۲۵) توصیف شدند. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی و کیفی با فیروز کبدی به ترتیب از آزمون t مستقل (یا معادل ناپارامتریک آن یعنی آزمون من ویتنی) و آزمون مجذور کای استفاده شد. سپس مدل‌سازی با استفاده از رگرسیون لجستیک برای بررسی روابط بین متغیرها با هدف کنترل مخدوش‌گرهای احتمالی صورت گرفت. مقدار p-value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک، بالینی و بیوشیمیایی برای کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سنی بیماران $52/53 \pm 9/95$ با حداقل ۳۰ و

بیمار مشاهده گردید. در یک نفر از این ۱۱ بیمار، فیروز قابل توجه ($\text{FibroScan} > 7.2 \text{ kPa}$) و در دو نفر فیروز شدید ($\text{FibroScan} > 9/6 \text{ kPa}$) مشاهده شد. هنگامی که بیماران بر اساس وجود فیروز کبدي در آنها به ۲ گروه تقسیم شدند، سطح سرمی ALT ($P < 0/01$)، AST ($P = 0/01$) و وجود کبد چرب (تائید شده توسط سونوگرافی) ($P = 0/04$) در بیمارانی که فیروز کبدي داشتند به طور معنی داری بیشتر از گروه دیگر بود. در حالی که در مقایسه دوز تجمیعی MTX ($P = 0/21$) و مدت زمان مصرف MTX ($P = 0/30$) در بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد (جدول ۲). نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک چند متغیره نشان داد که با افزایش میزان ALT، شانس بروز فیروز در بیماران مبتلا به RA که تحت درمان با MTX هستند افزایش می یابد ($\text{OR} = 1.07$; 95% CI: 1.01 to 1.13; $p = 0.01$) (جدول ۳).

حداکثر ۶۸ سال بود. اکثر آنها ($3/86\%$) زن بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری در آنها ۶ سال (در محدوده ۲ تا ۹ سال) و میانه (صدک ۷۵-۲۵) فعالیت بیماری اندازه گیری شده بر اساس DAS28 در بیماران ($3/20 - 1/80$) ($2/30$) محاسبه گردید. میانه (صدک ۷۵-۲۵) سفتی کبد اندازه گیری شده در کلیه بیماران تحت درمان با MTX ($5/50 - 3/60$) ($4/70$) کیلوپاسکال محاسبه گردید. دوز تجمیعی مصرف MTX در ۴۵ نفر از بیماران ($2/88$) کمتر از ۴۰۰۰ میلی گرم و در ۶ بیمار ($8/11$) بیش از ۴۰۰۰ میلی گرم بود. همچنین میانگین مدت زمان مصرف دارو در بیماران مورد مطالعه، $40/94 \pm 54/14$ ماه بود. در بررسی رابطه بین متغیرهای مورد بررسی با فیروز کبدي، نتایج نشان داد که وجود فیروز کبدي که با مقادیر سفتی کبد اندازه گیری شده در فیروواسکن برابر یا بیشتر از ۶ کیلو پاسکال در نظر گرفته شده بود در ۱۱ نفر ($6/21$) از ۵۱

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک، بالینی و بیوشیمیایی در بیماران مورد مطالعه

متغیرها	تمام بیماران (n=51)
سن (سال)	$52/53 \pm 9/95$
زن	۴۴ ($3/86$)
BMI, kg/m^2	$27/02 \pm 3/74$
ALT, IU/L	$24/00 (18/00 - 31/00)$
AST, IU/L	$20/00 (16/00 - 27/00)$
ALK, IU/L	$163/02 \pm 52/78$
DAS28	$2/30 (1/80 - 3/20)$
مدت زمان مصرف MTX (ماه)	$54/14 \pm 40/94$
سفتی کبد (kPa)	$4/70 (3/60 - 5/50)$
استئاتوز کبد (dB/m)	$234/33 \pm 57/33$
کبد چرب (تائید شده توسط سونوگرافی)	۱۱ ($21/6$)
هیپرتانسیون	۱۹ ($37/3$)

جدول ۲. مقایسه‌ای خصوصیات دموگرافیک، بالینی و بیوشیمیایی بین دو گروه از بیماران (بر اساس اندازه گیری سفتی کبد)

p-value	نمره فیرواسکن		متغیرها
	(<6)	(>=6)	
	(n=40)	(n=11)	
۰/۵۱	۵۲/۰۵±۱۰/۰۶	۵۴/۲۷±۹/۸۱	سن (سال)
۰/۴۷	۳۵:۵	۹:۲	جنسیت (مرد: زن)
۰/۱۸	۲۶/۶۵±۳/۶۶	۲۸/۳۵±۳/۹۲	BMI (kg/m ²)
۰/۵۳	۶/۵۰ (۲/۲۵ - ۹/۰۰)	۵/۰۰ (۱/۰۰ - ۹/۰۰)	مدت زمان ابتلا به بیماری (سال)
۰/۲۱	۳۴ (%/۸۵)	۱۱ (۱۰۰%)	دوز تجمعی MTX
	۶ (%/۱۵)	۰	<۴۰۰۰ mg >۴۰۰۰ mg
۰/۳۰	۵۷/۲۵±۴۳/۲۹	۴۲/۸۲±۲۹/۸۸	مدت زمان مصرف MTX (ماه)
<۰/۰۱	۴/۴۵ (۳/۴۵ - ۴/۸۰)	۶/۸۰ (۶/۷۰ - ۹/۵۰)	سفتی کبد (kPa)
۰/۸۵	۲/۲۵ (۱/۸۰ - ۳/۲۰)	۲/۴۰ (۱/۶۰ - ۳/۱۰)	DAS ₁₈
<۰/۰۱	۲۲/۰۰ (۱۶/۲۵ - ۳۰/۰۰)	۲۸/۰۰ (۲۷/۰۰ - ۴۵/۰۰)	ALT, IU/L
۰/۰۱	۱۹/۵۰ (۱۶/۰۰ - ۲۵/۰۰)	۲۷/۰۰ (۲۰/۰۰ - ۳۱/۰۰)	AST, IU/L
۰/۲۸	۱۵۸/۸۲±۵۳/۴۹	۱۷۸/۲۷±۴۹/۴۷	ALK, IU/L
۰/۰۵	۱۱۵/۰۰ (۱۱۰/۰۰ - ۱۲۷/۵۰)	۱۳۰/۰۰ (۱۱۰/۰۰ - ۱۵۰/۰۰)	فشار خون سیستولیک (mmHg)
۰/۸۱	۷۰/۰۰ (۷۰/۰۰ - ۸۰/۰۰)	۷۰/۰۰ (۷۰/۰۰ - ۸۰/۰۰)	فشار خون دیاستولیک (mmHg)
۰/۱۶	۱۳ (%/۳۲/۵)	۶ (%/۵۶/۵)	هیپرتانسیون
۰/۰۴	۶ (%/۱۵)	۵ (%/۴۵)	کبد چرب (تائید شده توسط سونوگرافی)
۰/۱۶	۲۲۸/۵۵±۴۰/۲۴	۲۵۵/۹۱±۶۲/۲۸	استناتوز کبد (dB/m)

جدول ۳. نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک چند متغیره در مورد عوامل خطر مرتبط با فیروز کبدی

Pvalue	95% confidence interval (CI)	OR	متغیرهای مستقل
۰/۱۲	۰/۹۹ - ۱/۰۶	۱/۰۳	فشار خون سیستولیک بله / خیر
۰/۲۷	۰/۴۶ - ۱۵/۰۱	۲/۶۴	کبد چرب (تائید شده توسط سونوگرافی)
۰/۸۰	۰/۹۰ - ۱/۱۵	۱/۰۱	AST
۰/۰۱	۱/۰۱ - ۱/۱۳	۱/۰۷	ALT

بحث

تأثیر مصرف طولانی مدت MTX بر فیبروز کبد همچنان بحث برانگیز است (۱۶). در مطالعه حاضر میزان سفتی کبد در ۵۱ نفر از بیماران مبتلا به RA که به طور میانگین $(40/94) \pm 54/14$ ماه (با حداقل و حداکثر ۶ تا ۱۸۰ ماه) تحت درمان با مصرف هفتگی MTX بودند، توسط متد الاستوگرافی گذرا مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌های اصلی این مطالعه حاکی از این است که افزایش مدت زمان مصرف و دوز تجمیعی MTX تأثیری در بروز فیبروز کبدی ندارد؛ اما شانس بروز فیبروز کبدی با افزایش میزان ALT، افزایش می‌یابد و تفاوت معنی‌داری در مقادیر ALT سرم بین بیماران با و بدون فیبروز کبدی وجود دارد. Park و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای بر روی ۱۷۷ بیمار مبتلا به RA که تحت درمان با MTX به مدت بیش از سه سال بودند، افراد از نظر داشتن فیبروز کبدی توسط TE مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران در این مطالعه از نظر مصرف دوز تجمیعی دارو به دو گروه دریافت کننده دوز کمتر و بیشتر از ۴۰۰۰ میلی‌گرم تقسیم شدند. ارتباط معنی‌داری بین میزان درجه سفتی کبد (کاپا) در دو گروه مشاهده نشد. همچنین بین میزان درجه سفتی کبد اندازه گیری شده با TE و دوز تجمیعی مصرف دارو ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد اما همبستگی معنی‌داری بین مقادیر سفتی کبد با AST وجود داشت (۱۲). در مطالعه Kumar و همکاران (۲۰۱۸) شامل ۱۶۰ بیمار مبتلا به RA که به مدت بیش از ۵ سال تحت درمان با دوز کم MTX بودند، ارتباط معنی‌داری بین مدت زمان مصرف و دوز تجمیعی دارو با فیبروز کبدی بررسی شده توسط TE مشاهده نشد (۱۷). Ghanaei و همکاران (۲۰۱۷) نیز با بررسی کبد ۱۰۱ نفر از بیماران مبتلا به پسروریاژیس و RA توسط TE که حداقل دو سال تحت درمان با متوتروکسات بودند، ارتباط معنی‌داری بین وجود فیبروز کبدی با دوز تجمیعی و مدت‌زمان مصرف متوتروکسات مشاهده نکردند. در این

مطالعه بر خلاف دو مطالعه قبلی افراد چاق و مصرف‌کننده الکل نیز مورد بررسی قرار گرفته بودند (۱۸). در مطالعه حاضر نیز مصرف طولانی مدت دارو با افزایش ریسک فیبروز کبدی در یافته‌های فیبرواسکن همراه نبود که با مطالعات انجام شده فوق همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر در ۳ نفر (۳/۹٪) از بیماران فیبروز قابل توجه و شدید مشاهده گردید (FibroScan score >7.2 Kapa) و در هیچ کدام از آن‌ها سیروز مشاهده نشد. در مطالعه مشابه نیز از ۱۶۰ بیمار مبتلا به RA تحت درمان طولانی‌مدت با MTX با میانه مصرف دوز تجمیعی ۴۲۲۵ میلی‌گرم (range 2340, 18,200 mg; IQR 2795) ، تنها در ۱۲ نفر (۷/۵٪) از آن‌ها فیبروز قابل توجه گزارش شد (۱۷)؛ بنابراین، بروز فیبروز شدید کبدی یا سیروز اندازه گیری شده در TE همانند مطالعه ما شایع نیست.

از طرفی در تعدادی از مطالعات انجام شده نیز در بیماران با مصرف طیف گسترده MTX از ۱۱۲۵ تا ۷۰۰۰ میلی‌گرم که تحت بیوپسی کبد قرار گرفتند، فیبروز کبدی قابل توجه و سیروز کبد گزارش نشده است (۲۴ - ۱۹)؛ بنابراین یافته‌های این مطالعه با دیگر مطالعات که در آن فیبروز کبدی با بیوپسی سوزنی ارزیابی شده است تأیید می‌شود. با توجه به یافته‌های این مطالعه و دیگر مطالعات ذکر شده، به نظر می‌رسد که فیبروز کبدی قابل توجه یا سیروز کبد یک نگرانی عمده در درمان با MTX نیست. همچنین TE می‌تواند به عنوان یک ابزار غیرتهاجمی برای ارزیابی فیبروز کبدی مفید باشد.

شیوع پایین فیبروز قابل توجه را می‌توان توسط عوامل مختلفی توضیح داد. به نظر می‌رسد مکمل اسیدفولیک باعث کاهش بروز افزایش در ترانس آمینازها می‌شود (۲۵). استفاده از دوز کمتر و مصرف هفتگی به جای روزانه از دیگر عوامل است. مصرف دوز پایین به صورت هفتگی MTX ممکن است درجه کمتری از آسیب کبدی را ایجاد کند و زمان کافی برای کبد جهت بهبود و بازسازی

بود. با توجه به عدم انجام فیرو اسکن قبل از شروع درمان در بیماران تغییرات ایجاد شده در میزان سفتی کبدی در طی دوره درمان امکان پذیر نبود.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان می دهد که فیروز قابل توجه و شدید کبدی در بیماران تحت درمان با متوتروکسات ناشایع است و افزایش مدت زمان مصرف متوتروکسات و دوز تجمیعی دارو تاثیری بر افزایش بروز آن ندارد. میزان بروز فیروز کبدی با دوز تجمیعی دارو و مدت زمان مصرف آن ارتباط معنی داری نداشت اما با افزایش سطح سرمی ALT در این بیماران، میزان سفتی کبد تمایل به افزایش داشت و شانس وجود فیروز در آن ها بیشتر می شد. ارزیابی فیروز کبدی به صورت سریال توسط متد الاستوگرافی جهت بیماران ارتريت روماتوئید تحت درمان با متوتروکسات توصیه می - شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه با عنوان «بررسی میزان فیروز کبد به وسیله فیرواسکن و ارتباط آن با دوز دارو و شدت بیماری در بیماران آرتريت روماتوئید تحت درمان با متوتروکسات» مقطع دستیاری با کد اخلاق IR.MUK.REC.1396/297 مربوط به خانم دکتر سمیره رضانی که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است.

References

1. Turesson C, Matteson EL. Management of extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2004; 16(3):206-11.
2. Guo Q, Wang Y, Xu D, Nossent J, Pavlos NJ, Xu J. Rheumatoid arthritis: pathological mechanisms and modern pharmacologic therapies. *Bone Res*. 2018; 6:15 .
3. Weinblatt ME. Methotrexate in rheumatoid arthritis: a quarter century of development. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2013;124:16-25.
4. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73(3):492-509.

آسیب وجود داشته باشد (۲۶ و ۲۷). مصرف بیش از حد الکل، چاقی، وجود دیابت به عنوان عوامل خطر تأثیرگذار برای توسعه فیروز پیش رونده کبدی در بیماران مبتلا به RA که MTX دریافت می کنند شناخته شده اند (۳۱-۲۸) که در این مطالعه افرادی که این شرایط را دارا بودند از مطالعه خارج شده اند. (TE (Fibroscan®) یک تست قابل اعتماد در ارزیابی فیروز و سیروز کبدی با اندازه گیری سفتی کبد با حساسیت ۶۰٪ و ویژگی ۸۰٪ در بیماران مبتلا به HCV، HBV، RA و NASH می باشد (۳۳-۳۲ و ۲۸). با این حال چاقی و میزان بالای ALT سبب کاهش حساسیت این متد در شناسایی فیروز می شوند. ALT بیش از دو برابر طبیعی می تواند در اندازه گیری TE تداخل ایجاد کند (۳۴). در مطالعه ما سطح ALT در هیچ کدام از بیماران دو برابر حد نرمال نبود. در نتیجه مقادیر سفتی کبد تحت تأثیر سطح ALT نمی باشد.

نتایج مطالعه ما نشان داد که افزایش ALT یک عامل خطر مستقل برای افزایش میزان سفتی کبد اندازه گیری شده توسط TE می باشد و می تواند بیانگر این باشد که این نشانگر بیولوژیکی می تواند در پیش بینی افزایش سفتی کبد و پیشرفت فیروز کبدی کمک کننده باشد.

یکی از محدودیت های مطالعه این بود که هیچ کدام از بیماران مورد مطالعه تحت بیوپسی کبدی قرار نگرفتند تا نتایج فیرواسکن با ارزیابی های بافت شناسی انطباق داده شود. از دیگر محدودیت های این مطالعه عدم وجود گروه کنترل و مقایسه نتایج فیرواسکن آنها با افراد تحت درمان

5. Singh JA, Furst DE, Bharat A, Curtis JR, Kavanaugh AF, Kremer JM, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012; 64(5):625-39.
6. Aithal GP. Hepatotoxicity related to antirheumatic drugs. *Nat Rev Rheumatol*. 2011; 7(3):139.
7. Baghbanian M, Amirbaigy MK, Salmanroghani H, Baghbanian A. Methotrexate Hepatotoxicity the Danger Not to Be Ignored. *SSU_Journals*. 2013; 21(2):257-64.
8. Te Helen S, Schiano TD, Kuan SF, Hanauer SB, Conjeevaram HS, Baker AL. Hepatic effects of long-term methotrexate use in the treatment of inflammatory bowel disease. *The Am J Gastroenterol*. 2000; 95(11):3150-6.
9. Castera L. Invasive and non-invasive methods for the assessment of fibrosis and disease progression in chronic liver disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011; 25(2):291-303.
10. Jung KS, Kim SU. Clinical applications of transient elastography. *Clin Mol Hepatol*. 2012; 18(2):163.
11. Arena U, Stasi C, Mannoni A, Benucci M, Maddali-Bongi S, Cammelli D, Assarat A, Marra F, Pinzani M. Liver stiffness correlates with methotrexate cumulative dose in patients with rheumatoid arthritis. *Dig Liver Dis*. 2012; 44(2):149-53.
12. Park SH, Choe JY, Kim SK. Assessment of liver fibrosis by transient elastography in rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. *Joint Bone Spine*. 2010; 77(6):588-92.
13. Villeneuve E, Nam J, Emery P. 2010 ACR-EULAR classification criteria for rheumatoid arthritis.
14. Tsochatzis EA, Gurusamy KS, Ntaoula S, Cholongitas E, Davidson BR, Burroughs AK. Elastography for the diagnosis of severity of fibrosis in chronic liver disease: a meta-analysis of diagnostic accuracy. *J Hepatol*. 2011; 54(4):650-9.
15. Bray AP, Barnova I, Przemioslo R, Kennedy C. Liver fibrosis screening for patients with psoriasis taking methotrexate: a cross-sectional study comparing transient elastography and liver biopsy. *Br J Dermatol*. 2012; 166(5):1125-7.
16. Tang H, Neuberger J. Methotrexate in gastroenterology—dangerous villain or simply misunderstood? *Aliment Pharmacol Ther*. 1996 Oct; 10(6):851-8.
17. Kumar A, Vasdev V, Manrai M, Bhayana A, Hegde A, Arjun MN, Kishore K. Assessment of hepatic fibrosis in patients with rheumatoid arthritis on long-term methotrexate therapy using transient elastography. *Indian J Rheumatol*. 2018; 13(4):246.
18. Mansour-Ghanaei F, Erfani A, Shafaghi A, Joukar F, Hajiabasi A, et al. Transient Elastography in Methotrexate Administered Patients. *Hepat Mon*. 2017; 17(8):e57917.
19. Kremer JM, Tolman K, Samowitz W. Long-term prospective sequential liver biopsies in patients with rheumatoid arthritis on weekly oral methotrexate. *Arthritis Rheum*. 1990; 33(suppl 9):S40.
20. Brick JE, Moreland LW, Al-Kawas F, Chang WW, Layne RD, DiBartolomeo AG. Prospective analysis of liver biopsies before and after methotrexate therapy in rheumatoid patients. In *Seminars in arthritis and rheumatism* 1989 Aug 1 (Vol. 19, No. 1, pp. 31-44). WB Saunders.
21. Rau R, Karger T, Herborn G, Frenzel H. Liver biopsy findings in patients with rheumatoid arthritis undergoing longterm treatment with methotrexate. *J Rheumatol*. 1989; 16(4):489-93
22. Shergy WJ, Polisson RP, Caldwell DS, Rice JR, Pisetsky DS, Allen NB. Methotrexate-associated hepatotoxicity: retrospective analysis of 210 patients with rheumatoid arthritis. *Am J Med*. 1988; 85(6):771-4.

23. Willkens RF, Leonard PA, Clegg DO, Tolman KG, Ward JR, Marks CR, et al. Liver histology in patients receiving low dose pulse methotrexate for the treatment of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1990; 49(8):591-3.
24. Kremer JM, Lee RG, Tolman KG. Liver histology in rheumatoid arthritis patients receiving long-term methotrexate therapy. A prospective study with baseline and sequential biopsy samples. *Arthritis Rheum*. 1989; 32(2):121-7.
25. Van Ede AE, Laan RF, Rood MJ, Huizinga TW, Van De Laar MA, Denderen CJ, et al. Effect of folic or folinic acid supplementation on the toxicity and efficacy of methotrexate in rheumatoid arthritis: A forty-eight-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum*. 2001 Jul;44(7):1515-24.
26. Hall PD, Jenner MA, Ahern MJ. Hepatotoxicity in a rat model caused by orally administered methotrexate. *Hepatology*. 1991;14:906-10.
27. Kaplan MM. Methotrexate hepatotoxicity and the premature reporting of Mark Twain's death: Both greatly exaggerated. *Hepatology*. 1990;12:784-6.
28. Laharie D, Zerbib F, Adhoute X, Boue-Lahorgue X, Foucher J, Castera L, et al. Diagnosis of liver fibrosis by transient elastography (FibroScan) and non-invasive methods in Crohn's disease patients treated with methotrexate. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006; 23(11): 1621-8.
29. Schmajuk G, Miao Y, Yazdany J, Boscardin WJ, Daikh DI, Steinman MA. Identification of risk factors for elevated transaminases in methotrexate users through an electronic health record. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014; 66:1159-1166.
30. Salliot C, van der Heijde D. Long-term safety of methotrexate monotherapy in patients with rheumatoid arthritis: a systematic literature research. *Ann Rheum Dis*. 2009; 68:1100-1104.
31. Sotoudehmanesh R, Anvari B, Akhlaghi M, Shahraeni S, Kolahdoozan S. Methotrexate hepatotoxicity in patients with rheumatoid arthritis. *Middle East J Dig Dis*. 2010; 2:104-109
32. Berends MA, Snoek J, de Jong EM, et al. Liver injury in long-term methotrexate treatment in psoriasis is relatively infrequent. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006; 24:805-811
33. Maybury CM, Jabbar-Lopez ZK, Wong T, Dhillon AP, Barker JN, Smith CH. Methotrexate and liver fibrosis in people with psoriasis: a systematic review of observational studies. *Br J Dermatol*. 2014;171:17-29.
34. European Association for the Study of the Liver. EASLE-ALEH Clinical practice guidelines: non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. *J Hepatol*. 2015; 63:237-264.