مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان /دوره هفدهم / بهار ۱۳۹۱/۱۷-۱۲

فراوانی کولیت های میکروسکوپیک در بیماران دچار اسهال مزمن در استان کردستان در سال ۱۳۸۸

علیرضا نصیری فر[۱]، امیر طاهری[۲] ، بهرام نیکخو[۳]، فرشاد شیخ اسماعیلی[۴] ، فردین غریبی[۵]

۱ .دستیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲. استادیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (مولف مسئول) تلفن: ۳۲۲۵۶۹۵-۰۸۷۱
DR.amir.taheri@gmail.com

۳. استادیار گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۴.استادیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۵. کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان، مدیریت امور تحقیقات و فناوری اطلاعات، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

مقدمه :کولیت میکروسکوپیک یک علت اسهال مزمن آبکی است که ممکن است با درد شکم وکاهش وزن همراهی داشته باشد. هدف این مطالعه تعیین فراوانی کولیت های میکروسکوپیک در بیماران دچار اسهال مزمن مراجعه کننده به مرکز فوق تخصصی شهر سنندج در سال ۱۳۸۸ می باشد.

روش بررسی: این مطالعه بصورت مقطعی بر روی ۱۱۵ بیمار مبتلا به اسهال مزمن غیر خونی سنندجی در سال ۱۳۸۸ انجام شد. روش نمونه گیری سرشماری بود. برای انجام مطالعه پس از مراجعه بیماران مبتلا به اسهال مزمن اطلاعات دموگرافیک از آنها گرفته شده و در چک لیست ثبت می گردید. سپس از این افراد کولونوسکوپی انجام گرفته و نمونه بیوپسی جهت بررسی پاتولوژی تهیه و برای تشخیص برای پاتولوژیست ارسال و پس از بررسی نتایج نوع کولیت میکروسکوپیک و کلاژنوز تعیین گردید .

یافته‌ها : از ۱۱۵ نفر بیمار مورد مطالعه ۵۰ نفر (۴۳/۴٪) مبتلا به کولیت میکروسکوپیک (۴/۳ ٪کولیت کلاژنوز و ۳۹/۱ ٪ کولیت لنفوستیک) و ۶۵ نفر (۵۶/۶٪) فاقدکولیت میکروسکوپیک بودند. نسبت جنسی زن به مرد ۲به ۳ بود. اکثریت افراد مبتلا کمتر از ۴۰ سال سن داشتند و میانگین سنی بیماران کولیت کلاژنوز ۲۹ سال و کولیت لنفوستیک ۳۵/۴ سال بود.

نتیجه‌گیری: شیوع کولیت میکروسکوپیک (لنفوستیک و کولاژنوز) در بیماران مبتلا به اسهال مزمن غیر خونی، بالا است و سن ابتلا به کولیت میکروسکوپیک در استان کردستان پائین تر از همه نقاط دنیا است بطوریکه می توان گفت در نقاط دیگر ابتلا در سنین ۵۰ سال به بالا بوده در حالیکه در این مطالعه در محدوده کمتر از میانسالی است .

واژه‌های کلیدی : کولیت میکروسکوپیک ، لنفوستیک ،کلاژنوز ، اسهال مزمن

وصول مقاله :۹۰/۰۴/۲۵ اصلاحیه نهایی:۹۰/۱۰/۰۳ پذیرش مقاله :۹۰/۱۰/۱۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

اسهال یکی از مشکلات شایع در زمینه بیماریهای گوارشی است. دفع مدفوع بیش از سه بار در روز را اسهال مزمن می نامند (۱) طبق تعریف فوق حدود ۵- ۳٪ جمعیت دچار اسهال مزمن می شوند (۲).

اتیولوژی های متعددی برای اسهال مزمن ذکر شده است که از مهمترین آنها می توان به سندروم روده تحریک پذیر، بیماریهای التهابی روده، کولیتهای میکروسکوپیک، سندرومهای سوء جذب و عفونتهای مزمن اشاره نمود. کولیت میکروسکوپیک یک علت اسهال مزمن آبکی است (۳). کولیت میکروسکوپیک یک اصطلاح کلی است که شامل دو بیماری التهابی روده با منشاء ناشناخته می باشد : کولیت لنفوسیتیک و کولیت کلاژنوز (۴). تشخیص قطعی این بیماری نیاز به انجام بیوپسی متعدد از مخاط کولون و بررسی نمونه ها توسط پاتولوژیست مجرب دارد (۵). کولیت میکروسکوپیک بیشتر در دهه سنی ۶ و ۷ شیوع دارد و با افزایش سن افزایش می یابد (۳) و در بین حدود ۱۰٪ بیماران مبتلا به اسهال مزمن یافت می شود. شیوع و بروز کولیت کلاژنی و کولیت لمفوسیتی متغیر است. در آمریکای شمالی، شیوع کولیت کلاژنی ۳۶ و کولیت لمفوسیتی ۶۴ در صد هزار نفر جمعیت است. در ایالات متحده بروز سالانه این بیماریها حدود ۳-۱ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده می شود. که این مورد در کشورهای اسکاندیناوی حدود ۹ در ۱۰۰۰۰۰ می باشد (۷و۶). افزایش شیوع و بروز این بیماری در دهه های اخیر قابل توجه است. در مطالعه‌ای در تهران شیوع ۶/۲ درصدی کولیت میکروسوپیک در بین بیماران اسهال مزمن غیر خونی گزارش شد(۸). در مطالعات دیگر شیوع حدود ۲۰-۱۰٪ برای کولیت میکروسکوپیک را گزارش کرده اند (۷و۶). با توجه به نامشخص بودن میزان کولیت میکروسکوپیک در بیماران مبتلا به اسهال مزمن غیر خونی در سطح استان، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی کولیت‌های میکروسکوپیک در بیماران دچار اسهال مزمن استان کردستان انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه بصورت مقطعی بر روی ۱۱۵ بیمار مبتلا به اسهال مزمن غیر خونی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان توحید و مطب‌های خصوصی در سال ۱۳۸۸ انجام گردید. معیارهای ورود شامل پذیرش انجام کولونوسکوپی و معیارهای خروج شامل : وجود ضایعه مشخص در کولونوسکوپی، سابقه مصرف ملین ها و عفونت انگلی روده بود. روش نمونه‌گیری سرشماری و ابزار جمع آوری داده ها چک لیست بود. این مطالعه به تایید کمیته اخلاق دانشگاه رسید. برای انجام مطالعه پس از مراجعه بیماران مبتلا به اسهال مزمن، اطلاعات دموگرافیک از آنها گرفته شده، سپس از این افراد کولونوسکوپی انجام گرفته و نمونه بیوپسی جهت بررسی پاتولوژی تهیه و برای تشخیص برای پاتولوژیست ارسال و پس از بررسی نتایج در چک لیست ثبت می‌گردید. جهت تشخیص کولیت میکروسکوپیک از رنگ آمیزی هماتوکسیلین-ائوزین استفاده شد(۹). تشخیص کولیت لنفوسیتیک بر اساس افزایش نسبت لنفوسیت‌های ساب اپیتلیال به سلول‌های اپیتلیال سطحی به میزان بزرگتر یا مساوی ۲۰٪، آسیب اپیتلیالی شامل کاهش ضخامت و موکوس، التهاب لامینا پروپریا توسط سلول‌های مونونوکلئر و ضخامت کمتر از۲۰ میکرومتر در لایه کلاژنی ساب اپیتلیال تعریف گردید. تشخیص کولیت کلاژنی در مواردی بود که دچار افزایش ضخامت لایه کلاژنی ساب اپیتلیال بیشتر یا برابر ۷ میکرومتر، آسیب اپیتلیال شامل کاهش ضخامت و جداشدگی اپیتلیوم، التهاب در لایه لامینا پروپریا با توزیع غالب سلول‌های منونوکلئر و افزایش لنفوسیت‌های اینترا اپیتلیال شده بودند (عکس۱). پس ازجمع آوری داده ها،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-04]

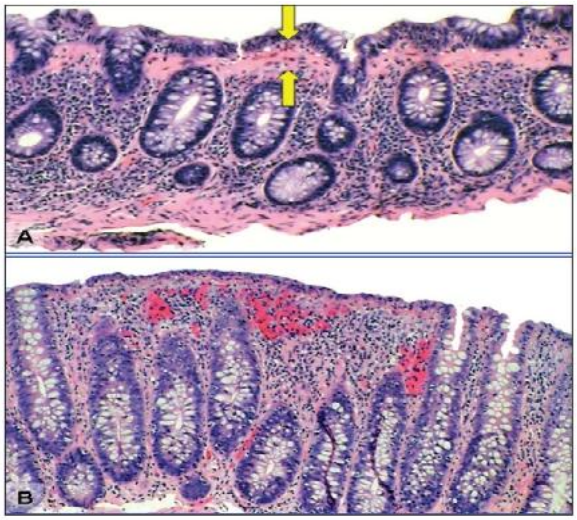
اطلاعات مورد نیاز با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت .

نتایج

در این مطالعه شیوع کولیت میکروسکوپیک در مردان و زنان مبتلا به اسهال مزمن غیر اسهالی ۴۳/۴ درصد و نسبت جنسی زن به مرد ۲ به ۳ بود. دو جنس از نظرابتلا به نوع کولیت میکروسکوپیک مشابه بودند. فراوانی کولیت لنفوستیک در ۳۹/۱ ٪ وکولاژنوز ۴/۳٪ و ۵۶/۶٪ بیماران فاقد کولیت میکروسکوپیک بودند(جدول۱).

بالاترین فراوانی علامت بالینی در افراد مبتلا به اسهال خونی کاهش وزن (۶۶/۱٪) و کمترین فراوانی نفخ شکم(۲۰/۱٪) بود (جدول۲) . همه بیماران مبتلا به کولیت کلاژنوز کمتر از ۴۰ سال سن داشتند و اکثریت بیماران مبتلا به کولیت لنفوسیتیک در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند (جدول۳).

میانگین سنی در بیماران مبتلا به کولیت کلاژنوز ۷/۶±۲۹ سال، در بیماران کولیت لنفوسیتیک ۱۵/۲±۳۵/۴ و افراد مبتلا به اسهال مزمن غیر میکروسکوپیک ۱۱/۵±۳۴/۱ سال بود که تفاوت معنی دار آماری با هم نداشتند(p=۰/۵۵).



عکس ۱) کولیت کلاژنوز (A) و کولیت میکروسکوپیک (B)

جدول ۱) توزیع فراوانی نوع کولیت میکروسکوپیک در بیماران مبتلا به اسهال مزمن بر حسب جنس

جنس / نوع کولیت	مرد (٪) تعداد	زن (٪)تعداد	جمع (٪)تعداد
کولیت کلاژنوز	۳(۶۰)	۲(۴۰)	۵ (۴/۳)
کولیت لنفوسیتیک	۲۷(۶۰)	۱۸(۴۰)	۴۵(۳۹/۱)
غیر میکروسکوپیک	۳۹(۶۰)	۲۶(۴۰)	۶۵ (۵۶/۶)
جمع	۶۹ (۶۰)	۴۶ (۴۰)	۱۱۵ (۱۰۰)

فراوانی ابتلا به کولیت لنفوسیتیک و کلاژنوز در زنان و مردان مشابه هستند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۲) توزیع فراوانی وجود علائم بالینی در بیماران مبتلا به اسهال مزمن مورد مطالعه

علامت بالینی	بلی (٪) تعداد	خیر (٪) تعداد
اسهال شبانه	۶۷(۵۸/۳)	۴۸(۴۱/۷)
کاهش وزن	۷۶(۶۶/۱)	۳۹(۳۳/۹)
درد شکم	۵۲(۴۵/۷)	۶۳(۵۴/۳)
نفخ شکم	۲۴(۲۰/۱)	۹۱(۷۹/۹)
خستگی و ضعف	۴۶(۴۰)	۶۹(۶۰)

بالاترین فراوانی علامت بالینی در بیماران مبتلا به اسهال مزمن کاهش وزن می باشد.

جدول ۳) توزیع فراوانی نوع کولیت میکروسکوپیک در بیماران مبتلا به اسهال مزمن بر حسب گروه سنی

گروه سنی / نوع کولیت	≤۲۰ (٪) تعداد	۲۱-۳۰ (٪) تعداد	۳۱-۴۰ (٪) تعداد	۴۱-۵۰ (٪) تعداد	≤۵۱ (٪) تعداد
کولیت کلاژنوز	۱(۸/۳)	۲ (۵/۷)	۲(۴/۹)	۰	۰
کولیت لنفوسیتیک	۶(۵۰)	۱۱(۳۱/۴)	۱۸(۴۳/۹)	۳(۲۷/۳)	۷(۴۳/۸)
غیر میکروسکوپیک	۵(۴۱/۷)	۲۲(۶۲/۹)	۲۱(۵۱/۲)	۸(۷۲/۷)	۹(۵۶/۲)
جمع	۱۲(۱۰۰)	۳۵(۱۰۰)	۴۱(۱۰۰)	۱۱(۱۰۰)	۱۶(۱۰۰)

بحث

در این مطالعه شیوع کولیت میکروسکوپیک در بیماران اسهال مزمن ۴۳/۴ ٪ بود . در مطالعات مختلف این میزان ۴ تا ۱۳ درصد (۱۲-۱۰) گزارش شده است که این یافته نشان دهنده شیوع بیشتر این اختلال در بیماران اسهال مزمنی استان کردستان می باشد. مصرف زیاد نان از دوران کودکی در مردم استان و همچنین میزان بالای ابتلا به عفونت‌های گوارشی و انگلی سبب لنفوسیت اینترا اپیتلیال می شود و به این علت ممکن است به اشتباه تعدادی را به عنوان کولیت میکروسکوپیک تشخیص داده باشیم .

درهر دو کولیت لنفوستیک و کلاژنوز نسبت زن به مرد ۲ به ۳ بود که در مطالعات انجام شده بین مردان و زنان از نظر میزان ابتلا تفاوت قابل توجهی مشاهده شده است. بطوریکه در مطالعه آزموده و همکاران در تهران ۱۰۰ ٪ موارد کولیت کلاژنوز و ۸۸/۹ درصد کولیت لنفوسیتیک زن بودند (۵).

در مطالعه Kao نسبت زن به مرد در لنفوستیک ۲/۷ به یک و کلاژنوز ۳ به یک (۱۳) ، در سوئد (۶) نسبت زن به مرد در لنفوستیک ۲/۱ به یک و کلاژنوز ۹ به یک، در ایتالیا ۱/۸۶به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-04]

یک (۱۴)، در اروپا ۲۰ به یک (۱۵) بود که با توجه به یافته های نسبت زن به مرد در مطالعه ما با دیگر مطالعات تفاوت دارد. با توجه به نبود متخصص گوارش خانم در استان برای انجام کولونوسکوپی، زنان تمایل کمتری به انجام کولونوسکوپی توسط متخصص مرد داشته اند در نتیجه ممکن است تعداد کمتری از زنان وارد مطالعه شده باشند. از دیگر عوامل احتمالی می توان به ژنتیک مردم منطقه ، الگوی بیماری‌های گوارشی استان و یا تفاوت زمانی انجام مطالعه ما با مطالعات مشابه باشد. زیرا Pardi در آمریکای شمالی در مطالعه کوهورت خود نشان داد که بروز کولیت میکروسکوپیک از ۱/۱ در صد هزار نفر در سال ۱۹۸۵ به میزان ۱۹/۶ درصد هزار نفر در سال ۲۰۰۰ میلادی رسیده است(۱۶). در مطالعه انجام شده در کشور سوئد نیز روند صعودی بروز کولیت میکروسکوپیک گزارش شده است (۶) .

بروز کولیت میکروسکوپیک اگرچه مربوط به گروه سنی خاصی نمی شود (۱۵-۱۳)، اما در مطالعه ما میانگین سنی بیماران کلاژنوز ۷/۶ ± ۲۹ سال بود که در مطالعات انجام شده در کالیفرنیا ۱۳/۵ ±۶۳/۸ سال ، ایسلند ۶۶ سال ودر سوئد ۶۴ سال بوده که بسیار بیشتر از مطالعه ما هستند.(۱۷و۱۳و۶).

بالابودن نسبت مردان به زنان و همچنین شیوع بالاتر این بیماری در استان طراحی و اجرا گردد.

نتیجه گیری

شیوع کولیت میکروسکوپیک (لنفوستیک و کولاژنوز) در بیماران اسهال مزمن غیر خونی شیوع بالاتری نسبت به سایر نقاط دنیا دارد . اما سن ابتلا به کولیت میکروسکوپیک در استان کردستان پائین‌تر از همه نقاط دنیا است بطوریکه می

همچنین در این مطالعه میانگین سنی بیماران لنفوستیک ۱۵/۲ ± ۳۵/۴ سال بود که در مطالعات دیگر در کالیفرنیا ۱۶/۱ ±۶۰/۷ سال ، ایسلند ۶۸/۷ سال و در سوئد ۵۹ سال بوده که بالاتر از مطالعه ما هستند (۱۷و۱۳و۶) .

اما در مطالعه آزموده بیشترین فراوانی ابتلا به کولیت میکروسکوپیک مربوط به گروه سنی ۷۰-۵۰ سال با میانگین سنی ۱۸/۱ ± ۴۷/۶ بود (۵) که میانگین سنی کمتری نسبت به کشورهای غربی دارد اگر چه نسبت به مطالعه ما هنوز فاصله بیش از ۱۰ سال می باشد . علت این تفاوت‌ها ممکن است به شیوه زندگی، عادات غذایی و ابتلا به عفونت‌های دستگاه گوارش مربوط باشد.

مهمترین علامت کولیت میکروسکوپیک اسهال آبکی است اما علائم دیگر مانند کاهش وزن (۶۶/۱٪)، خستگی و ضعف (۴۰٪)، درد شکم (۴۵/۷٪)، نفخ شکم (۲۰/۱٪) و اسهال شبانه (۵۸/۳٪) در بیماران مورد مطالعه ما مشاهده شد. که تقریبا" مشابه یافته های مطالعه تهران است (۵). اما با یافته های علائم بالینی بررسی شده در ایتالیا تفاوت‌هایی در فراوانی کاهش وزن، شکم درد مشاهده می شود (۱۴). پیشنهاد می گردد که مطالعاتی تحلیلی در خصوص علت

توان گفت در نقاط دیگر ابتلا در سنین ۵۰ سال به بالا بوده در حالیکه در این مطالعه در محدوده کمتر از میانسالی است

تشکر و قدردانی

این مطالعه پایان نامه دکتر علیرضا نصیری فر دستیار داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان می باشد . بدینوسیله از مدیریت تحقیقات و اطلاع رسانی دانشگاه و پرسنل مرکز گوارش و کبد که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می نمائیم.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-04]

References

1- Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ. 3rd ed. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome.Gastroenterology 1991;101:927-34.
2- Baert F, Wouters K, D'Haens G, Hoang P, Naegels S, D'Heygere F et al Lymphocytic colitis: A distinct clinical entity? A clinicopathological confrontation of lymphocytic and collagenous colitis. Gut 1999; 45:375–381.
3- Feldman M, Friedman L S., Sleisenger M. Sleisenger and Fordtrans' gastrointestinal and liver disease : pathophysiology, diagnosis, management, 7th ed. Texas: Saunders. 2010. 1235-49
4- Riddell RH, Tanaka M, Mazzoleni G. Non-steroidal anti-inflammatory drugs as a possible cause of collagenous colitis: a case-control study. Gut 1992;33:683-6.
5- Azmudeh Ardalan F, Ebrahimi Daryani N, Haghpanah B, Bashashati M, Hashtroudi AA, Moayyeri A.The epidemiologic study of microscopic colitis in a university related clinic. Govaresh 2004;9:95-100.
6- Olesen M, Eriksson S, Bohr J, Järnerot G, Tysk C. Microscopic colitis: a common diarrhoeal disease. An epidemiological study in Orebro, Sweden, 1993-1998. Gut 2004;53:346.
7- Agnarsdottir M, Gunnlaugsson O, Orvar K, Cariglia N, Birgisson S.Collagenous and lymphocytic colitis in Iceland. Digestive Diseases and Sciences 2002; 47:1122-8.
8- Nobakht H, Ansari R, Tavangar SM, Mousavi Sh, Malak Zadeh R. Non-bloody diarrhea in patients with normal colonoscopy. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2004;8:17-25.
9- Llewellyn BD. Nuclear staining with alum-hematoxylin. Biotech Histochem 2009;84:159-177.
10- Robert ME. Microscopic colitis: pathologic considerations, changing dogma. J Clin Gastroenterol 2004;38:S18-26.
11- Schiller LR. Diagnosis and management of microscopic colitis syndrome. J Clin Gastroenterol 2004;38:S27-30.
12- Datta I, Brar SS, Andrews CN, Dupre M, Ball CG, Buie WD and et al. Microscopic colitis: a review for the surgical endoscopist. Can J Surg 2009; 52:E167-72. Review.
13- Kao KT, Pedraza BA, McClune AC, Rios DA, Mao YQ, Zuch RH and et al. Microscopic colitis: a large retrospective analysis from a health maintenance organization experience. World J Gastroenterol 2009; 15:3122-7.
14- Simondi D, Pellicano R, Reggiani S, Pallavicino F, David E, Sguazzini C and et al. A retrospective study on a cohort of patients with lymphocytic colitis. Rev Esp Enferm Dig 2010;102:381-4.
15- Pardi DS. Microscopic colitis. Mayo Clin Proc 2003;78:614-6; quiz 616-7.
16- Pardi DS, Loftus EV Jr, Smyrk TC, Kammer PP, Tremaine WJ, Schleck CD,et al).The epidemiology of microscopic colitis: a population based study in Olmsted County, Minnesota. Gut 2007;56:504-8.
17- Darrell S Pardi, Thomas C Smyrk, William J Tremaine, William J Sandborn. Microscopic colitis: a review .Am J Gastro 2002;97:794-802

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-04]