

## مشخصات دموگرافیک و یافته‌های بالینی بیماران کولیت اولسروز شهر کرمان در سال‌های

۱۳۸۴-۸۶

دکتر محمدجواد زاهدی<sup>۱</sup>، دکتر صدیف درویش مقدم<sup>۱\*</sup>، دکتر مهدی حیات بخش عباسی<sup>۲</sup>، دکتر زهرا دلیر ثانی<sup>۳</sup>

### خلاصه

مقدمه: بیماری کولیت اولسروز از بیماری‌های التهابی روده است که اتیولوژی آن به درستی شناخته نشده است ولی نقش عوامل ژنتیکی و محیطی در وقوع این بیماری مطرح شده است. با توجه به مطالعات محدود در کشور ما انجام بررسی جامع در زمینه مشخصات دموگرافیک و علائم بیماران ضروری به نظر می‌رسد. روش: در این مطالعه مقطعی و آینده‌نگر، ۸۵ بیمار مبتلا به کولیت اولسروز مراجعه کننده به مطب سه نفر از متخصصین گوارش شهر کرمان از ابتدای سال ۱۳۸۴ لغایت نیمه اول سال ۱۳۸۶ تحت بررسی قرار گرفتند. تشخیص کولیت اولسروز بر اساس علائم بالینی، کولونوسکوپی، پاتولوژی و رد سایر بیماری‌ها داده شد. اطلاعات مورد نظر از طریق مصاحبه حضوری از بیماران اخذ گردید و تحلیل نتایج توسط نرم‌افزار آماری SPSS15 انجام شد. یافته‌ها: متوسط سن بیماران در زمان تشخیص  $33/31 \pm 13/12$  سال بود. فاصله شروع علائم تا تشخیص بیماری به طور متوسط ۸ ماه و نسبت مرد به زن ۰/۸ به ۱ بود. مهم‌ترین علائم بالینی رکتورژی و اسهال خونی (۹۲/۹٪)، درد شکم (۲۰٪)، اسهال موکوسی (۱۳/۱٪)، کاهش وزن (۱۱/۲٪) و تب (۴/۴٪) بود. الگوی بیماری در ۸۳/۵٪ موارد مزمن متناوب، در ۱۳٪ موارد مزمن مداوم و در ۳/۵٪ موارد حاد خود محدود شونده بود. توزیع آناتومیک بیماری، محدود به رکتوم (۸/۳٪)، رکتوسیگموئید (۲۳/۵٪)، رکتوسیگموئید و کولون نزولی (۲۸/۲٪)، درگیری تاخم کبدی (۲۱/۲٪)، و پان کولیت (۱۸/۸٪) بود. عوارض خارج روده‌ای در ۲۲/۳۵٪ موارد وجود داشت که شامل درگیری دهان (۱۲/۹۴٪)، کبد (۵/۸۸٪) و درگیری عضلانی-اسکلتی (۳/۵۳٪) بود. نتیجه‌گیری: بیماری التهابی روده با عود مکرر یکی از علل مهم مراجعه به متخصصان گوارش می‌باشد. کولیت اولسروز در ایران از نظر اپیدمیولوژی و ویژگی‌های دموگرافیک بالینی مشابهت نسبی با سایر نقاط جهان دارد ولی سیر بالینی شدید، تظاهرات خارج روده‌ای و پیک سنی دوم در سنین بالا به نظر می‌رسد نسبت به سایر مطالعات کمتر است.

واژه‌های کلیدی: کولیت اولسروز، یافته‌های بالینی

۱- دانشیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی و مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- دانشیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳- پزشک عمومی

\* نویسنده مسؤول، آدرس: گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان • آدرس پست الکترونیک: Sdmoghaddam@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱/۱۸ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۷/۷/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۷/۲۴

## مقدمه

بیماری کولیت اولسروز یکی از بیماری‌های التهابی روده می‌باشد که اتیولوژی آن به درستی شناخته نشده است، (۴-۱). نقش عوامل ژنتیکی و محیطی از جمله عوامل جغرافیایی، عفونت ویروسی، آلرژی غذایی و داروها در وقوع این بیماری مطرح شده است ولی قطعیت هر یک از عوامل فوق به طور کامل ثابت نشده است (۶-۴). کولیت اولسروز اولین بار به عنوان یک بیماری مجزا از اسهال بالینی توسط Samuel Wills در بیمارستان Guys لندن مطرح شد (۷). این بیماری معمولاً افراد جوان ۲۰ تا ۴۰ ساله را درگیر می‌کند اما ممکن است در هر سنی از اولین ماه زندگی تا ۸۰ سالگی بروز کند. مطالعات متعدد یک پیک ثانویه را در افراد مسن نشان داده‌اند (۷۸). پاسخ التهابی در کولیت اولسروز به مخاط وزیر مخاط محدود می‌شود و درگیری محدود به کولون است (۶).

میزان بروز بیماری التهابی روده در مناطق جغرافیایی مختلف متفاوت است و بروز کولیت اولسروز در اکثر کشورهای اروپایی و آمریکایی ثابت باقی مانده است. حال آنکه در مناطقی که از شیوع و بروز پایینی برخوردار بوده‌اند شیوع و بروز این بیماری در حال افزایش است (۱).

گزارشات غیررسمی نشان از افزایش چشمگیر تعداد موارد بیماری در بین نژاد ایرانی دارد که می‌توان تغییر شکل و الگوی زندگی مردم و نزدیکی بیشتر با جوامع غربی، عادات تغذیه‌ای، تغییر در شرایط محیطی و حتی بهبود ابزارهای تشخیصی بیماری را از جمله علل احتمالی افزایش در نظر گرفت (۱۰۹). در بین علل محیطی بیشتر مطالعات معطوف به نقش آپاندکتومی، سیگار و داروهای ضدبارداری خوراکی می‌باشد (۱۰) در مورد نقش سیگار و مصرف داروهای ضدبارداری خوراکی در مطالعات مختلف نتایج متفاوتی به چشم می‌خورد (۱۱) به طوری که در برخی از مطالعات از سیگار به عنوان یک عامل محافظتی و در برخی دیگر از آن به عنوان یک عامل خطرزا برای

بیماری یاد می‌کنند (۱۱). همچنین در برخی مطالعات یک نقش محافظتی برای آپاندکتومی در بروز بیماری مطرح شده است. حال آنکه برخی دیگر این ارتباط معکوس را مطرح نکرده‌اند (۱۳).

این بیماری علایم بالینی و عوارض متعددی دارد که از آن جمله می‌توان به اسهال شبانه، رکتورژی، اسهال خونی، نفخ، دل پیچه، دفع موکوس، درد شکم و عوارض و تظاهرات خارج روده‌ای آن مثل شقاق، آبسه مقعد، تنگی کولون، مگا کولون توکسیک، کولانژیت اسکلروزان، پیودرماگانگرونوزوم، اریتماندوزوم، آرتریت، اسپوندیلیت، ساکروایلئیت و یوئیت اشاره کرد (۸).

در مطالعه آقازاده و همکاران که بر روی ۴۴۸ بیمار در فاصله سال‌های ۸۱-۱۳۷۱ صورت پذیرفته است نتیجه گیری شده است که اپیدمیولوژی بیماری التهابی روده در ایران مشابه سایر کشورها است ولی افزایش شیوع بیماری‌های عفونی و اختلالاتی نظیر هموروئید از مهم‌ترین علل تاخیر در تشخیص بیماری بوده است (۱) و همچنین در مطالعه ابراهیمی‌دریانی و همکاران که بر روی ۲۰۰ بیمار انجام شده است نشان داده شده که بیماری کولیت اولسروز در ایران از نظر ویژگی‌های دموگرافیک شباهت زیادی با سایر نقاط جهان دارد ولی میزان عود مکرر و عوارض خارج روده‌ای بیشتر از سایر مطالعات می‌باشد (۹).

الگوی بیماری در اکثر بیماران به صورت مزمن متناوب می‌باشد که به صورت دوره‌هایی از رکود بیماری همراه با حملات حاد که هفته‌ها تا ماه‌ها طول می‌کشد، مشخص می‌شود. گروه کوچکی از بیماران فقط یک حمله از بیماری را بدون عود تجربه می‌کنند و درصدی از بیماران هم الگوی مزمن مداوم را دارند که به صورت وجود دائمی علایم بدون بهبودی می‌باشد (۸).

متأسفانه در کشور ما مطالعات انجام شده در زمینه نحوه بروز علایم و عوارض بیماری بسیار اندک بوده‌اند که این موضوع ناشی از وجود نداشتن یک سیستم ثبت بیماری و

الگوی بیماری، داروهای مصرفی، سابقه مصرف سیگار، داروهای ضدبارداری خوراکی و آپاندکتومی بود. شدت بیماری بر اساس معیارهای جدول Truelove and witts به سه فرم خفیف، متوسط و شدید تعیین شد (۱۲) و به لحاظ انجام مطالعه در کلینیک‌های گوارش بالغین در این مطالعه افراد زیر ۱۰ سال از مطالعه حذف شدند. قبل از تکمیل پرسشنامه رضایت بیماران برای شرکت در طرح جلب شد. داده‌های گردآوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و آمارهای توصیفی، درصد میانگین و نسبت هر یک از متغیرها به صورت جداگانه و توسط نرم‌افزار آماری SPSS15 به دست آمد.

### نتایج

در این مطالعه ۸۵ مورد کولیت اولسروز طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفتند. در مجموع موارد بررسی شده ۳۸ نفر (۴۴/۷٪) مرد و ۴۷ نفر (۵۵/۳٪) زن بودند و نسبت مرد به زن در این مطالعه ۰/۸ به ۱ بود (جدول ۱). در مجموع ۲۱ مورد (۲۴/۷٪) مجرد و ۶۴ مورد (۷۵/۳٪) متأهل بودند و متوسط سن افراد مورد مطالعه ۳۷/۰۷±۱۳/۲۱ سال بود.

نیز عقیده کلی مبنی بر نادر بودن بیماری می‌باشد. لذا انجام بررسی جامعی بر روی بیماران مبتلا که حداقل الگوی بالینی و عوارض را در مبتلایان ایرانی روشن سازد ضروری به نظر می‌رسد که سعی شده است با انجام این بررسی در راستای دستیابی به این هدف گام برداشته شود.

### روش بررسی

این مطالعه به روش مقطعی و آینده‌نگر انجام شد و در آن تعداد ۸۵ مورد بیمار مبتلا به کولیت اولسروز بررسی شدند که به صورت متوالی و از ابتدای سال ۱۳۸۴ تا نیمه اول سال ۱۳۸۶ به مطب سه نفر از متخصصین گوارش شهر کرمان مراجعه کرده و تشخیص بیماری بر اساس علائم بالینی و با انجام آزمایش مدفوع، کولونوسکوپی و تأیید پاتولوژی و رد سایر بیماری‌ها مانند کولیت‌های عفونی، داروها، کولیت ایسکمیک، بیماری دیورتیکولار کولون، سرطان کولون و زخم‌های منفرد کولون داده شد.

اطلاعات مورد نظر از طریق مصاحبه حضوری جمع‌آوری گردید. پرسشنامه حاوی اطلاعاتی در مورد خصوصیات دموگرافیک و بالینی و سن شروع علائم بالینی، سن تشخیص قطعی بیماری، طول مدت بیماری، توزیع آناتومیک، تظاهرات خارج روده‌ای، شدت و عوارض و

جدول ۱: توزیع بیماران مبتلا به کولیت اولسروز بر اساس سن و جنس

گروه سنی (سال)	فراوانی	زن	مرد	جمع	درصد
۱۱-۲۰	۳	۰	۳	۳	۳/۵
۲۱-۳۰	۱۸	۱۶	۲	۱۸	۴۰
۳۱-۴۰	۷	۹	۰	۷	۱۷/۸
۴۱-۵۰	۱۰	۷	۳	۱۰	۲۰
۵۱-۶۰	۷	۴	۳	۷	۱۲/۹
۶۱-۷۰	۱	۱	۰	۱	۲/۴
بیشتر از ۷۰	۱	۱	۰	۱	۲/۴
جمع	۴۷	۳۸	۹	۴۷	۱۰۰

الگوی بیماری در ۷۱ نفر (۸۳/۵٪) مزمن متناوب در ۱۱ نفر (۱۳٪) مزمن مداوم و در ۳ نفر (۳/۵٪) خود محدود شونده بود.

از نظر عوارض روده‌ای بیماری ۸۳ نفر (۹۷/۶٪) بدون عارضه بودند و یک نفر (۱/۲٪) به علت جواب ندادن به درمان دارویی کولکتومی شده و یک نفر (۱/۲٪) دارای فیستول پری‌آنال بود.

از نظر تظاهرات خارج روده‌ای ۶۶ مورد (۷۷/۶۵٪) درگیری خارج روده‌ای نداشتند و ۱۹ مورد (۲۲/۳۵٪) درگیری خارج روده‌ای داشتند که ۱۱ مورد (۱۲/۹۴٪) آفت‌های دهانی، ۳ مورد (۳/۵۳٪) درگیری عضلانی-اسکلتی به صورت پلی‌آرتريت و ۵ مورد (۵/۸۸٪) درگیری کبد داشتند. از ۵ مورد فوق ۲ مورد (۲/۳٪) هپاتیت اتوایمیون و ۳ مورد (۳/۵۳٪) کولانژیت اسکروزان بود.

از نظر شدت بیماری در این مطالعه، ۷ مورد شدید (۸/۲٪)، ۳۸ مورد متوسط (۴۴/۷٪) و ۴۰ مورد خفیف (۴۷/۱٪) بود. از ۸۵ مورد بررسی شده تمامی موارد از ترکیبات مختلف ۵ آمینوسالیسیلیک اسید استفاده می‌کردند و علاوه بر آن ۵۱/۸٪ از درمان کمکی استفاده می‌کردند که ۲۸ مورد (۳۲/۹٪) از کورتیکواستروئید، ۶ مورد (۷/۱٪) از مترونیدازول و ۱۰ مورد (۱۱/۸٪) از داروهای مهارکننده سیستم ایمنی (آزاتیوپرین) استفاده می‌کردند.

### بحث و نتیجه‌گیری

بیماری التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease: IBD) از علل مهم مراجعه به متخصصان گوارش می‌باشد و بر اساس مطالعات انجام شده در ایران کولیت اولسروز نوع شایع‌تر این بیماری است (۹). این بیماری درگیری طولانی مدت ایجاد کرده و عوارض گوارشی و خارج گوارشی متعددی دارد.

سابقه تغذیه با شیر مادر در ۷۱ نفر (۸۳/۵٪) گزارش شد که متوسط میزان تغذیه با شیر مادر  $9/05 \pm 7/17$  ماه (۰-۲۴) بود. متوسط سن شروع اولین علائم بیماری  $32/5 \pm 13/17$  سالگی و طول مدت بیماری تا زمان مراجعه و تشخیص قطعی ۸/۱ ماه بود. متوسط سن تشخیص قطعی  $32/5 \pm 13/12$  سالگی بود. متوسط سن تشخیص قطعی  $33/31 \pm 13/12$  سالگی و متوسط طول دوره بیماری  $36/67 \pm 5/5$  ماه بود. در مجموع ۵ بیمار (۵/۹٪) مصرف سیگار را ذکر می‌کردند و متوسط مصرف سیگار  $4/9 \pm 1/04$  سال (۱-۳۰) بود. از ۴۷ بیمار خانم بررسی شده ۹ مورد (۱۹/۱٪) مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی را ذکر می‌کردند و از این میان متوسط مدت زمان مصرف  $2/3 \pm 0/58$  سال (۱-۱۷) بوده و ۵ مورد (۵/۹٪) سابقه آپاندکتومی را ذکر می‌کردند. علائم بالینی بیماران به ترتیب شامل رکتوراژی و اسهال خونی ۷۹ مورد (۹۲/۹٪)، درد شکم ۱۷ مورد (۲۰٪)، اسهال موکوسی ۱۱ مورد (۱۳/۱٪)، کاهش وزن ۹ مورد (۱۱/۲٪) و تب ۴ مورد (۴/۴٪) بود.

از نظر توزیع آناتومیک بیماری، درگیری محدود به رکتوم در ۷ مورد (۸/۳٪)، درگیری محدود به سمت چپ کولون در ۵۱ مورد (۶۰٪) و درگیری بعد از زخم طحالی در ۳۴ بیمار (۴۰٪) مشاهده گردید (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع بیماران مبتلا به کولیت اولسروز بر اساس وسعت درگیری روده بزرگ

فراوانی		محل و وسعت درگیری
تعداد	درصد	
۷	۸۳	محدود به رکتوم
۲۰	۲۳/۵	رکتوسیگموئید
۲۴	۲۸/۲	رکتوسیمگموئید و کولون نزولی
۱۸	۲۱/۲	درگیری تا کولون عرضی
۱۶	۱۸/۸	پان کولیت
۸۵	۱۰۰	جمع

بر اساس برخی مطالعات سیگار یک اثر محافظتی در بروز کولیت اولسروز دارد ولی علت این یافته به درستی مشخص نیست (۴). در مطالعه تهران در سال ۱۳۸۲ بر روی ۲۸۳ بیمار مبتلا به کولیت اولسروز، سابقه استعمال دخانیات در ۶/۵٪ بیماران در مقابل ۲۵/۹٪ در گروه کنترل وجود داشت (۱۷). در طرح ملی سال ۱۳۷۸ میزان استعمال دخانیات در سن ۶۹-۱۵ سالگی ۱۱/۷٪ برآورد شد که در مردان ۲۴٪ و در زنان ۱/۵٪ بود. با توجه به سابقه استعمال دخانیات در ۵/۹٪ از افراد مورد بررسی در مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که سیگار یک اثر محافظتی در بروز کولیت اولسروز داشته باشد (۱۸).

مصرف داروهای ضدبارداری خوراکی ارتباط معکوس معنی‌دار با کولیت اولسروز دارد. در مطالعه تهران در سال ۱۳۸۲ بر روی ۲۸۳ بیمار مبتلا به کولیت اولسروز سابقه مصرف داروی ضدبارداری خوراکی ۶٪ در مقابل ۱۶/۵٪ در گروه کنترل بود (۱۷). در مطالعه حاضر سابقه مصرف داروی ضدبارداری خوراکی در ۱۹/۱٪ بیماران وجود داشت که به لحاظ نداشتن گروه کنترل امکان نتیجه‌گیری در مورد نقش داروهای ضدبارداری وجود ندارد.

گزارشات اخیر ارتباط معنی‌دار معکوسی بین آپاندکتومی و بروز کولیت اولسروز را مطرح کرده‌اند (۱۳). در مطالعه انگلستان در سال ۲۰۰۵ سابقه آپاندکتومی در بیماران مبتلا به کولیت اولسروز ۱/۸٪ و در گروه کنترل ۴/۷٪ بود (۲). در مطالعه حاضر سابقه آپاندکتومی در ۵/۹٪ بیماران وجود داشت که به دلیل نداشتن گروه کنترل در این مطالعه قضاوت در مورد نقش محافظتی آپاندکتومی امکان‌پذیر نمی‌باشد.

شواهد قطعی که وسعت بیماری را در کشورهای آسیایی و غربی نشان می‌دهد متفاوت می‌باشد (۱۹). در مطالعه کره ۳۴٪ بیماران پروکتیت، ۳۵/۱٪ کولیت سمت چپ و ۳۰/۹٪ کولیت منتشر داشتند (۲۰). در اراک درگیری رکتوم به تنهایی ۲۶/۸٪، رکتوسیگموئید ۲۹/۹٪،

به علت فقدان مرکز کنترل و گزارش دهی بیماری‌های غیرواگیر و مشارکت پزشکان در این امر الگوی بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر و به خصوص IBD در ایران مشخص نیست و مطالعات محدودی در این زمینه وجود دارد (۵). در مطالب مندرج در کتب مرجع به نظر می‌رسد این بیماری در خانم‌ها مختصری شایع‌تر است و یا اینکه در دو جنس شیوع مشابهی دارد (۴) که در مطالعه حاضر نیز چنین بود (۳/۵۵٪). در مطالعه‌ای در شهر تهران در سال ۱۳۸۰ بر روی ۲۰۰ بیمار در بیمارستان امام خمینی نیز ۵۵٪ بیماران زن بودند (۹). متوسط سن شروع بیماری در مطالعات مختلف دهه دوم و سوم زندگی می‌باشد (۷، ۹) که در کشورهای آسیایی و غربی مشابه است (۷). در یک مطالعه از لبنان سن متوسط بیماران کولیک اولسروز  $32 \pm 13$  سال بوده است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۴) تنها تفاوت با مطالعات کشورهای غربی این است که پیک سنی دوم در بیشتر مطالعات آسیایی گزارش نشده است (۱۵) که در مطالعه حاضر نیز چنین بود. این تفاوت ممکن است به علت حجم نمونه کمتر در اکثر مطالعات آسیایی باشد. در مطالعه حاضر متوسط سن شروع علائم  $23/5 \pm 13/17$  سالگی (۷۴-۱۵) و متوسط سن تشخیص بیماری  $33/31 \pm 13/12$  سالگی بود. در مطالعه تهران بر روی ۲۸۳ بیمار متوسط سن تشخیص ۳۱/۹ سالگی گزارش شده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در یک مطالعه از کشور آلمان نیز سن متوسط شروع ۲۴-۱۶ سالگی بوده است که نشان‌دهنده پیک بیماری در دهه دوم و سوم می‌باشد (۱۶).

بیشترین علائم بالینی در این مطالعه رکتوراژی و اسهال خونی (۹۲/۹٪) و درد شکم (۲۰٪) بود که با سایر مطالعات از جمله یک مطالعه در رومانی همخوانی دارد. در مطالعه رومانی در سال ۲۰۰۴ بر روی ۴۰۷ بیمار، علائم به ترتیب اسهال، حضور خون در مدفوع، درد شکم، کاهش وزن و علائم سیستمیک گزارش شده است (۱۵).

رکتوسیگموئید و کولون نزولی ۱۷/۵٪، درگیری تا کولون عرضی ۱۴/۴٪ و پان کولیت ۱۱/۳٪ بود (۵). از نظر محل درگیری، در مطالعه حاضر محدود به رکتوم ۸/۳٪، رکتوسیگموئید ۲۳/۵٪، رکتوسیگموئید و کولون نزولی ۲۸/۲٪، درگیری تا کولون عرضی ۲۱/۲٪ و پان کولیت ۱۸/۸٪ بود که با مطالعات دیگر مشابهت نسبی دارد.

از نظر الگوی بیماری در مطالعه‌ای از تایلند ۴۴٪ مزمن متناوب، ۲۷٪ مزمن مداوم، ۲۷٪ حاد خود محدود شونده و ۶٪ حاد فولمینانت گزارش شدند (۲۱). در مطالعه تهران بر روی ۲۰۰ بیمار، ۸۳/۵٪ عود مکرر گزارش شد (۹). در مطالعه حاضر، ۸۳/۵٪ مزمن متناوب، ۱۳٪ مزمن مداوم و ۳/۵٪ حاد خود محدود شونده بود و مورد فولمینانت وجود نداشت. درصد نسبتاً زیادی از بیماران دچار عود مکرر بودند که شاید از دلایل عمده آن عدم رعایت صحیح دستورات ارائه شده و مصرف نامنظم دارو باشد و عدم موارد فولمینانت در این مطالعه نشان دهنده سیر کمتر شدید بیماری نسبت به سایر مطالعات می‌باشد.

در مطالعه حاضر شدت علائم در سیر بیماری بر اساس علایم بالینی و دفعات اجابت مزاج و وجود یا فقدان آنمی شامل خفیف ۴۷/۱٪، متوسط ۴۴/۷٪ و شدید ۸/۳٪ بود در حالی که در یک مطالعه از کشورهای غربی بیماری شدید در ۴۱٪ گزارش شده است که بالاتر از مطالعه حاضر می‌باشد (۲۲). در مطالعه‌ای در چین بر روی ۳۸۹ بیمار، ۵۲/۴٪ شدت متوسط، ۳۴/۲٪ خفیف و ۱۳/۴٪ شدید گزارش شده است (۲۳) که در مقایسه به نظر می‌رسد بیماری شدید کولیت اولسروز در مطالعه حاضر کمتر می‌باشد و بیماران عموماً سیر بالینی خفیف‌تری را دارند. علت پایین‌تر بودن موارد شدید بیماری ممکن است دوره کوتاه‌تر پیگیری بیماران باشد و یا ممکن است مطالعات دیگر در مراکز ارجاعی بیماران عارضه‌دار صورت گرفته شده باشد.

در این مطالعه برای کنترل بیماری تمامی بیماران از ترکیبات آمینوسالیسیلیک اسید استفاده کرده و علاوه بر آن ۳۲/۹٪ از کورتیکواستروئید در دوره‌هایی از سیر بیماری، ۷/۱٪ موارد از آنتی‌بیوتیک (مترونیدازول) و ۱۱/۸٪ از آزاتیوپرین به عنوان داروی کمکی استفاده می‌کردند. در مطالعه چین ۸۱٪ موارد از ترکیبات ۵-آمینوسالیسیک اسید، ۴۳٪ از کورتیکواستروئید، ۵۷٪ از آنتی‌بیوتیک، ۳٪ از جراحی و ۱۴٪ از درمان‌های سنتی چینی استفاده کرده بودند (۲۳). در مطالعه حاضر تظاهرات خارج روده‌ای، در ۲۲/۳۵٪ موارد وجود داشت که ۱۲/۹۴٪ درگیری دهان و آفت‌های دهانی، ۵/۸۸٪ درگیری کبد و ۳/۵۳٪ درگیری عضلانی - اسکلتی بود. با توجه به عدم شیوع عوارض خارج روده‌ای دیگر به نظر می‌رسد بیماری در این منطقه به فرم خفیف‌تری می‌باشد و از این نظر با گزارش‌های غربی که درگیری کبد را شایع و آرتروپاتی را حدود ۱۳-۱۰٪ و درگیری چشم را ۵-۸٪ گزارش می‌کنند، متفاوت است (۵).

در مجموع به نظر می‌رسد کولیت اولسروز در ایران از نظر الگوی همه‌گیرشناختی و ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی بیماران مشابهت نسبی با سایر نقاط جهان دارد ولی سیر بالینی بیماری خفیف‌تر و عوارض خارج روده‌ای کمتری مشاهده می‌شود همچنین پیک سنی دوم در سنین بالا وجود ندارد. اما میزان عود مکرر بالا می‌باشد که این مسأله لزوم دقت بیشتر در درمان بیماران و توجه دادن بیماران به مصرف صحیح و منظم دارو را ایجاب می‌کند. بدون شک اطلاع از خصوصیات بالینی و دموگرافیک در جمعیت‌های مختلف راهنمایی به سوی شناخت عوامل خطر و مکانیسم‌های دخیل در پاتوژنز بیماری می‌باشد.

این مقاله از پایان‌نامه دوره پزشکی عمومی تحت عنوان "مشخصات دموگرافیک و یافته‌های بالینی بیماران کولیت اولسروز شهر کرمان در سال‌های ۸۶-۱۳۸۴" مصوب شورای پایان‌نامه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان استخراج گردیده است.

## Demographic and Clinical Features of Ulcerative Colitis Patients in Kerman City during 2005-2007

Zahedi M.J., M.D.<sup>1</sup>, Darvish-moghadam S. M.D.<sup>\*1</sup>, Haiatbakhsh M. M.D.<sup>1</sup>, Dalirsani Z. M.D.<sup>2</sup>

1. Associate professor of Internal Medicine, School of Medicine, Physiology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. General Practitioner

\* Corresponding author, e-mail: sdmoghaddam@yahoo.com

(Received 6 April 2008 Accepted 15 Oct. 2008)

### Abstract

**Background & Aims:** Ulcerative colitis is one of the inflammatory bowel diseases with unknown etiology. Genetic and environmental factors are thought to be effective in this disease. According to the limited studies in our country, general assessment of demographic features and clinical symptoms seems to be essential.

**Methods:** In this prospective and cross-sectional study, 85 cases of ulcerative colitis referred to the 3 gastroenterologist offices in Kerman city were evaluated during 2005-2007. The diagnosis was confirmed based on clinical features, colonoscopy, pathology and ruling out of other causes. Data were collected through direct interview and analyzed by SPSS 15 software.

**Results:** Mean age at the time of diagnosis was  $33.31 \pm 13.12$ . Duration of symptoms onset until diagnosis was 8 months. Male to female ratio was 0.8/1 and the most important clinical manifestations were rectorrhagia and bloody diarrhea (92.9%), abdominal pain (20%), mucoid diarrhea (13.1%), weight loss (11.2%) and fever (4.4%). The pattern of disease was chronic intermittent in 83.5%, chronic continuous in 13% and acute self-limited in 3.5%. Anatomically disease was limited to the rectum (8.3%), recto sigmoid (23.5%), recto sigmoid and descending colon (28.5%), transverse colon (21.2%) and pan colitis. (18.8%). Extra intestinal manifestations were seen in 22.35% of cases of whom 12.96% had oral involvement, 5.85% had hepatic involvement and 3.53% had musculoskeletal involvement.

**Conclusion:** Recurrent inflammatory bowel disease is one of the important reasons of referral to gastroenterologists. Ulcerative colitis in Kerman is similar to other countries of world epidemiologically, demographically and clinically but its seems that severe clinical courses, extra intestinal manifestations and second old age peak to be less comparing to other studies.

**Keywords:** Ulcerative colitis, Signs and symptoms

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2009; 16(1): 45-53

## References

1. Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, Amin K, Ghahghaei F, Firouzi F. Inflammatory bowel disease in Iran: A review of 448 cases. *Pejuhandeh Quarterly Research Journal* 2004; 7(8): 481-7 [Persian].
2. Karlinger K, Gyorke T, Mako E, Mester A, Tarjan Z. The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Eur J Radiol* 2000; 35(3): 124-67.
3. Garcia Rodnguez LA, Gonzalez-perez A, Johansson S, Wallender MA. Risk factors for inflammatory bowel disease in the general population. *Aliment pharmacol ther* 2005; 22(4): 309-15.
4. Kurina LM, Goldacre MJ, Yeast D, Gill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol community health* 2001; 55(10): 716-20.
5. Fani A. A study on the pattern of prevalence of inflammatory bowel disease and its clinical presentation in Arak. *Rahavard Danesh Journal of Arak University of Medical Sciences* 2002; 18(5): 28-3 [Persian].
6. Corrao G, Tragnone A, Caprilli R, Trallori G, Papi C, Andreoli A, *et al.* Risk of inglammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breast feeding in Italy, a nationwide case-control study. *Int J Epidemiol* 1998; 27(3): 397-404
7. Su Chinyu, Lichtenstein GR. Ulcerative Colitis. In: Friedmen M. F, Slesenger M.H (editors) Text book of Gastrointestinal and liver disease, 8<sup>th</sup> ed., Philadelphia, Saunders Elsever, 2006; pp2499-548.
8. Stenson WF, Korzenic J. Inflammatory Bowel Disease. In: Yamada T, Alpers D.H. Text Book of gastroenterology. 4<sup>th</sup> ed., Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2003; pp1699-759.
9. Ebrahimi Dariani N, Mohammadi HR, Airamloo M. Clinical and epidemiological characteristics in ulcerative colitis patients referred to Imam Hospital, 1995-2000. *The Journal of Tehran Faculty of Medicine* 2001; 4(59): 85-90 [Persian].
10. Andersson RE, Olaison G, Tysk C, Ekblom A. Appendectomy is followed by increased risk of Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003; 124(1): 40-6.
11. Mitchell SA, Thyssen M, Orchard TR, Jewell DP, Fleming KA, Chapman EW. Cigarette smoking, appendectomy and tonsillectomy as risk factors for the development of primary sclerosing cholangitis: a case control study. *Gut* 2001; 51(4): 567-73.
12. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in Ulcerative Colitis: Final report on a therapeutic trail. *BMJ* 1995; 2(4947): 1041-8.
13. Selby WS, Griffin S, Abraham N, Solomon MJ. Appendectomy protects against the development of ulcerative colitis but does not affect its course. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(11): 2834-8.
14. Abdul-Baki H, Elhaji I, EL-Zahabi LM, Azar C, Aoun E, Zantout H. Clinical epidemiology of Inflammatory Bowel disease in Lebanon. *Inflamm Bowel dis* 2007; 13(4): 475-80.
15. Gheorghe C, Pascu O, Gheorghe L, Lacob R, Dumitru E, Tantau M, *et al.* Epidemiology of inflammatory bowel disease in adults who refer to gastroentrolgy care in Romania: a multi-center study. *Eur J gastroenterol Hepatol* 2004;16(11): 1153-9.



16. Ott C, Obermeier F, Thieler S, Kemptner D, Bauer A, Scholmerich J, *et al.* The incidence of inflammatory bowel disease in a rural region of Southern Germany. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008; 20(9): 917-23.
17. Bahari A, Firouzi F, Zali MR, Aghazadeh R, Maleki B, Ardalan A. Ulcerative colitis, Crohn's disease, Risk factor. *Pejouhandeh Quarterly Res J* 2004; 7(8): 495-500 [Persian].
18. Mohammad K, Noorbala AA, Majdzadeh SR, Karimloo M. Trend of smoking prevalence in Iran from 1991 to 1999 based on two national health survey. *Hakim Res J* 2001; 4(3): 290-7. [Persian].
19. Yang SK, Loftus EV Jr, Sandborn WJ. Epidemiology of Inflammatory bowel disease in Asia. *Inflamm Bowel Dis* 2001; 7(3):260-70.
20. Yang SK, Hong WS, Min YI, Kim HY, Yoo JY, Rhee PL, *et al.* Incidence and prevalence of ulcerative colitis in the songpa-kangdong district, Seoul, Korea, 1986-1997. *J Gastroenterol Hepatol* 2000; 15(9): 1037-42.
21. PongPrasobchai S, Manatsathit S, Leelakusolvong S, Sattawatthamrong Y, Boonyapisit S. Ulcerative colitis in Thailand: a clinical study and long-term follow-up. *J Med Assoc Thai* 2001; 84(9): 1281-8.
22. Letella G, Vernia P, Viscido A, Frieri G, Cadau G, Cocco A, *et al.* GI distention in severe ulcerative colitis. *Am J gastroenterol* 2002; 97(5): 1169-75.
23. Jiang L, Xia B, Li J, Ye M, Yan W, Deng C, *et al.* Retrospective survey of 452 patients with inflammatory bowel disease in Wuhan city, central China. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12(3): 212-7.