

بیماری سلیاک در کشورهای در حال توسعه: خاورمیانه، هند و شمال آفریقا

دکتر رامین شاکری^۱، دکتر رضا ملک‌زاده^۲، دکتر آتول ساجد^۳، دکتر ایمان فهید علی^۴

^۱پژوهشگر، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲استاد، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳استاد، دانشگاه و بیمارستان دولتی چانديگار، هند

^۴استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه دمشق، سوریه

چکیده

به دنبال معرفی آزمونهای سرولوژیک ساده برای تشخیص بیماری سلیاک (coeliac disease) در دهه ۱۹۸۰، به تدریج مشخص شد که شیوع بیماری سلیاک در کشورهای مختلف خاورمیانه، شمال آفریقا و هند تقریباً شبیه آنچه در کشورهای غربی است می باشد. شیوع بیماری سلیاک در جمعیت در معرض خطر در این نواحی بین ۳ تا ۲۰٪ و شیوع در جمعیت با دیابت نوع یک تقریباً ۵-۳٪ گزارش شده است. تظاهرات بالینی بیماری سلیاک به نحو مشخصی با سن بیمار، طول مدت و وسعت بیماری فرق می کند. مطالعات بالینی نشان داده اند که تظاهر بیماری با نشانه های غیرمشخص یا بدون نشانه، به همان اندازه اروپا در خاورمیانه نیز شایع است.

گندم به مدت چندین قرن در این نواحی غذای غالب بوده است و احتمال دارد که تماس مداوم و به مقدار زیاد با پروتئینهای گندم منجر به القای درجاتی از تحمل ایمنی شده باشد که باعث ایجاد نشانه های خفیف تری می شود که منجر به تشخیص اشتباه به عنوان سندرم روده تحریک پذیر یا بیماریهای گوارشی توصیف نشده می شود. در تمام کشورهای در حال توسعه، باید ظن بالینی قوی برای بیماری سلیاک برای بیمارانی که مشکل آنها با اسهال مزمن یا کم خونی فقر آهن تظاهر می یابد، وجود داشته باشد. بهترین روش برای تشخیص بیماری سلیاک در بیماران دچار اسهال، پانل آزمونهای سرولوژیک سلیاک و به دنبال آن بیوپسی روده کوچک است. در غیاب دسترسی به رژیم فاقد گلوتن در کشورهای خاورمیانه، فراهم کردن این رژیم یک چالش واقعی، هم برای بیماران و هم برای پزشکان می باشد.

کلید واژه: بیماری سلیاک، خاورمیانه، هند، شمال آفریقا

گوارش / دوره ۹، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۳، ۲۴۲-۲۴۷

اپیدمیولوژی

تا دهه ۱۹۸۰ تصور می شد که بیماری سلیاک در خاورمیانه بسیار نادر است (۱-۳) و بر اساس این تصور، این بیماری در تشخیصهای افتراقی احتمال سندرمهای سوء جذب در نظر گرفته نمی شد. (۴،۵)، کشف اینکه سلیاک در خاورمیانه شایع است، می تواند با استفاده صحیح از آزمونهای غربالگری سرولوژیک که آنتی بادی های آنتی گلیادین (AGA*)، آنتی اندومیزیال (EMA**) و آنتی بادی های ترانس گلوتامیناز بافتی (TGA***) را اندازه گیری می کنند، مرتبط باشد. به طور معمول، ایجاد تغییرات بافتی واضح در بیوپسی روده کوچک مثل مارش III (Marsh III)، قبل از اینکه تشخیص بیماری

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، مرکز

تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد

تلفن: ۸۸۰۱۲۹۹۲، نمابر: ۸۸۰۱۲۹۹۲

E-mail: malek@ams.ac.ir

سلیاک گذاشته شود لازم می باشد. با این وجود، مشخص شده است که زیرگروههایی از انتروپاتی حساس به گلوتن (مارش I-II) با تغییرات بافتی بسیار جزئی، در صورتی که EMA مثبت داشته باشد، باید در تشخیص بیماری سلیاک داخل شود. بنابراین در کشورهای در حال توسعه (جایی که بسیاری از شرایط غیر از بیماری سلیاک می تواند باعث تغییرات بافتی در روده کوچک شود که شبیه مارش I,II می باشند) متخصصان آسیب شناسی تمایلی ندارند که بر اساس این یافته های شایع و اولیه بافت شناسی سلیاک را تشخیص دهند. با ظهور آزمونهای سرولوژیک بسیار حساس و با ویژگی بالا برای بیماری سلیاک، تشخیص پاتولوژیک بیماری سلیاک ساده شده است. (۶)

* Anti-Gliadin Antibody

** Anti-Endomysial Antibody

*** Trans-Glutaminase Antibody