

سلیاک در منطقه گنبدکاووس

دکتر مسعود خوش‌نیا^۱، دکتر اکرم پورشمس^۲، اشرف محمدخانی^۳، دکتر سیدمحمد توانگر^۴، دکتر بیژن شهبازخانی^۵، دکتر رضا ملک‌زاده^۶

^۱ دستیار تخصصی داخلی، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۳ دانشجوی Ph.D، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۴ استادیار، بخش پاتولوژی بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۵ استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۶ استاد، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف

گنبدکاووس و منطقه ترکمن صحرا از بیشترین میزان شیوع سرطان سلول سنگفرشی مری در جهان برخوردار است. سلیاک، به عنوان عامل خطر ساز سرطان مری شناخته شده است. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی نسبی سلیاک در منطقه گنبدکاووس می‌باشد تا ارتباط احتمالی آن در شیوع بالای سرطان سلول سنگفرشی مری را بیابیم.

روش بررسی

۱۴۰۰ نفر از ساکنین بالغ گنبدکاووس و روستاهای اطراف آن به صورت تصادفی انتخاب و به مطالعه دعوت شدند. نمونه خون شرکت‌کنندگان از نظر Iga anti t-TG* سنجیده شد. موارد مثبت تحت آندوسکوپی و بیوپسی دوازدهه قرار گرفتند و نمونه‌ها بر اساس تقسیم‌بندی مارش (Marsh) بررسی شدند.

یافته‌ها

۱۲۰۹ نفر (۶۹۹ زن) در مطالعه شرکت کردند که متوسط سن آنها $50 \pm 11/7$ سال بود. ۱۲ نفر (۹ نفر زن) آزمون سرولوژی مثبت داشتند. ۸ نفر تحت بیوپسی دوازدهه قرار گرفتند. در ۴ نفر بیوپسی میسر نشد، ۴ نفر مارش III، ۲ نفر مارش II، ۲ نفر مارش I داشتند. ۱۰ نفر از ۱۲ نفر علامت‌دار بودند که شایعترین علائم گوارشی آنها، نفخ و اسهال به ترتیب در ۵ و ۴ نفر دیده شد. ۷ نفر از علائم خارج گوارشی شاکی بودند که در ۳ نفر ضایعه پوستی مشخص دیده شد. فقط برای یک نفر تشخیص بیماری سلیاک داده شده بود.

نتیجه‌گیری

فراوانی آنتروپاتی حساس به گلوتن در منطقه با شیوع بالای سرطان مری، با آمار یک درصدی مناطق شیوع پایین ایران برای سرطان مری برابر است، لذا سلیاک عاملی برای شیوع بالای سرطان مری نمی‌باشد.

کلید واژه: بیماری سلیاک، آنتروپاتی حساس به گلوتن، سرطان سلول سنگفرشی مری، شیوع، ایران

گوارش / دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۴، ۱۳۱-۱۳۳

زمینه و هدف

سلیاک یک آنتروپاتی می‌باشد که تمام قسمت‌های دستگاه گوارش به‌ویژه قسمت ابتدایی روده باریک را درگیر می‌کند و در نتیجه تماس روده با گلوتن در زمینه ژنتیکی خاص (به‌ویژه DQ2, DQ8, HLA** (۱)) باعث ایجاد پاسخ ایمنی می‌گردد (۲) و طیف وسیعی از علائم بالینی گوارشی و خارج گوارشی را پدید می‌آورد (۳) و منجر به تغییرات بافتی روده باریک شامل افزایش لنفوسیت‌های اینترآپتیلیال (مارش I)، هیپرپلازی کریپت‌ها (مارش II)، آتروفی پارسیل (مارش III_a)، آتروفی ساب توتال (مارش III_b) و توتال آتروفی (مارش III_c) مخاط روده باریک می‌شود. (۴)، بیماری سلیاک عوارض متعدد بدخیم (۵) و غیر بدخیم (۶)

را به دنبال دارد. نقش گلوتن گندم و بعضی غلات دیگر در القای پاسخ ایمنی شناخته شده است. (۷)، همچنین نقش رژیم غذایی فاقد گلوتن در بهبود پاتولوژیک و بالینی بیماری ثابت شده است. (۸)، در طی ۲ دهه گذشته با پیشرفت تشخیص سرولوژیک بیماری اطلاعات ما درباره آن رو به افزایش است. تا همین اواخر بیماری را محدود به نژاد سفید اروپای شمالی می‌دانستند، اما امروزه مشخص است که بیماری در جوامع غرب و شرق، از اروپا و آمریکا تا آفریقای شمالی و جنوب آسیا و خاورمیانه، گسترده می‌باشد. (۹ و ۱۰)، در حقیقت ما در دهکده جهانی سلیاک قرار داریم (۱۱) و امروزه باید گفت که سلیاک، آنتروپاتی ویژه هزاره جدید است. (۱۲)، سرطان سلول سنگفرشی مری دارای بیشترین شیوع در ترکمن صحرا می‌باشد. (۱۳ و ۱۴)، بیماری سلیاک یکی از عوامل خطر ساز سرطان سلول سنگفرشی مری در نظر گرفته می‌شود. (۵)، هدف این مطالعه بررسی فراوانی نسبی سلیاک در منطقه گنبدکاووس می‌باشد.

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، کد پستی ۱۴۱۱۴

تلفن و نمابر: ۸۸۰۱۲۹۹۲

* Tissue Trans Glutaminase
** Human Leukocyte Antigen

E-mail: pourshams@ams.ac.ir