

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۲، شماره ۳، صفحات ۴۱-۴۶ (مهر-آذر ۱۳۷۷)

تشخیص کولیت‌های مزمن آمیبی

علی احسان حیدری* و دکتر مصطفی رضائیان**

* دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان

** دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

در مقاله حاضر سعی بر آن است که اهمیت وجود آزمایش سرم‌شناختی کولیت‌های مزمن آمیبی مشخص شود. زیرا روش‌های متداول در بیشتر موارد پاسخ درستی در بر نخواهد داشت و اگر تشخیص فقط براساس علائم بالینی یا مشاهدات آندوسکوپی یا آزمایش‌های انگل‌شناسی مدفوع صورت گیرد مواردی از کولیت‌های مزمن - که علت آمیبی دارند - تشخیص داده نمی‌شوند. در این بررسی از میان ۱۴۵ بیمار دارای کولیت مزمن ۲۰ مورد (۱۳/۸ درصد) دارای کولیت مزمن با منشأ آمیبی بودند و فقط ۸۰ درصد بیماران که کولیت آمیبی داشتند، آمیب در مدفوع با انجام آزمایش‌های مکرر و کاملاً تخصصی دیده شد. در آزمایش سرولوژی IFA ۱۰۰ درصد بیماران دارای کولیت مزمن آمیبی دارای عیار پادتن بین $\frac{1}{80}$ تا $\frac{1}{640}$ بودند. میزان حساسیت و ویژگی آزمایش سرم‌شناختی IFA در این بیماران دارای کولیت مزمن آمیبی در عیار شاخص $\frac{1}{16}$ به ترتیب ۹۰ و ۱۰۰ درصد بود و در عیار شاخص $\frac{1}{80}$ دارای حساسیت ۱۰۰ درصد و ویژگی ۷۹/۷ درصد بوده است. در عیار شاخص $\frac{1}{80}$ باید نتیجه آزمایش سرم‌شناختی را در ارتباط با علائم بالینی و مشاهدات

مقدمه

در سال ۱۸۷۵ Lesh آنتامباهیستولیتیکا را در مدفوع یک فرد روسی مبتلا به اسهال خونی شدید در منطقه Arkhangelsk کشف کرد (۴). گفتنی است که حدود ۱۰ درصد مردم جهان به آنتامباهیستولیتیکا آلوده هستند (۶). در سال ۱۹۸۴ حدود ۵۰۰ میلیون نفر آلوده به آنتامباهیستولیتیکا بودند که از این تعداد، ۴۰ میلیون نفر کولیت آمیبی یا آبسه‌های پیشرفته داشتند و ۴۰ هزار نفر در همین سال فوت کردند (۷). میزان آلودگی به این انگل در نقاط مختلف ایران بین ۸ تا ۴۰ درصد است و در مطالعات مختلف آلودگی در تمام استانهای کشور گزارش شده است (۱). یکی از اشکال درون روده‌ای آمیبیاز، کولیت مزمن آمیبی است که در درصدی از بیماران گرفتار اسهال خونی و یا افرادی که دارای علائم خفیفی از بیماری هستند، ایجاد می‌شود (۷). تشخیص کولیت‌های مزمن آمیبی از سایر بیماریهای التهابی روده و سایر کولیتها به دلیل دفع نامنظم و کم آمیب از طریق مدفوع و مصرف داروهای مخدوش کننده آنتامباهیستولیتیکا و تشابهات نزدیک علائم بالینی و مشاهدات آندوسکوپی با بیماریهای التهابی روده مشکل می‌باشد (۷).

همچنین روشهای جدید فراآوانگاری (اولتراسونوگرافی) در تشخیص کولیت‌های مزمن آمیبی از سایر اختلالات مزمن روده نقش زیادی ندارند (۵). با توجه به اینکه بیماری مهاجم است و در اثر تحریکات آنتی ژن پاسخهای پادتن ایجاد می‌شوند می‌توان از آزمون سرولوژیک IFA که هم نسبتاً آسان و ارزان است و هم پادتن‌های ناشی از بیماری قبلی درمان شده را نشان نمی‌دهد در تشخیص کولیت‌های مزمن آمیبی از سایر اختلالات روده‌ای مزمن استفاده کرد. معمولاً عیارهای پادتن خیلی بالا نیستند و در تفسیر آنها باید دقت خاصی مبذول داشت (۳).

مواد و روش کار

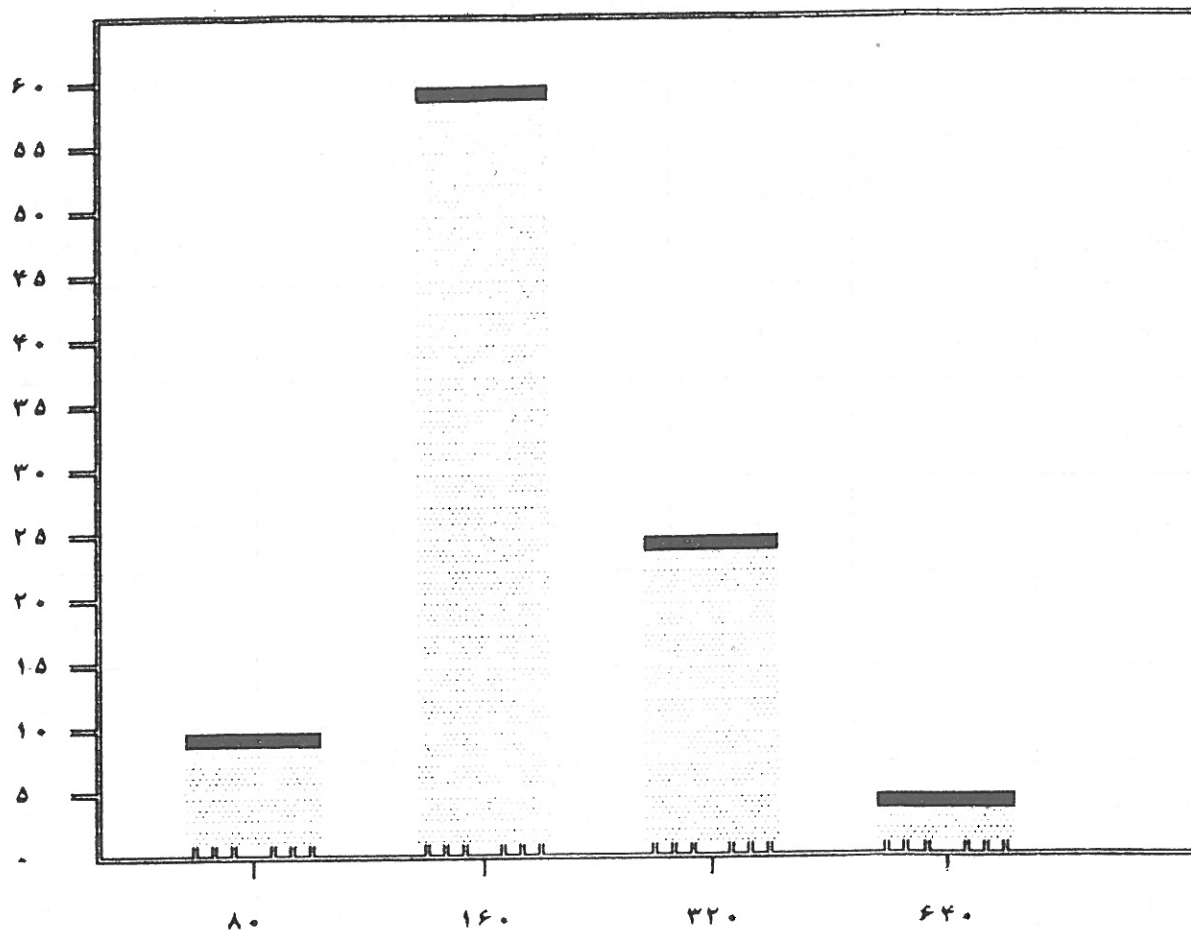
این بررسی از بهمن ۱۳۷۲ تا آخر ماه آبان ۱۳۷۳ صورت گرفت و از ۱۴۵ بیمار (۸۷ مرد و ۴۸ زن) که از علائم بالینی مزمن روده رنج می‌بردند و به درمانگاهها یا بخش‌های بستری بیمارستانهای دانشگاهی تهران مراجعه کرده بودند، نمونه‌گیری به عمل آمد. مدفوع جهت آزمایشهای انگل‌شناسی و سرم جهت اندازه‌گیری عیار پادتن ضدآنتامباهیستولیتیکا همراه با شرح حال کامل از هر بیمار گرفته می‌شد. نمونه مدفوع به روش مستقیم و فرمل اترکنسانتراسیون دست‌کم در سه نوبت مورد بررسی دقیق قرار می‌گرفت. سرم‌ها به روش IFA بررسی شدند. پادگن فیگوره آنتامباهیستولیتیکا به صورت لام تجاری تهیه شده، در کشور فرانسه مورد استفاده قرار گرفت. برای اندازه‌گیری میزان پادتن از میکروسکوپ فلورانس استفاده شد.

نتایج

۹۰ درصد بیماران دارای کولیت آمیبی ۲۱ تا ۶۱ سال داشتند و همچنین یک مورد کولیت مزمن آمیبی زیر ۲۰ سالگی نیز دیده شد. ۸۵ درصد موارد کولیت آمیبی در جنس مذکر عارض شده است. طبق جدول ۱ از بین ۱۴۵ بیمار که دارای کولیت مزمن بودند ۲۰ مورد (۱۳/۷۹ درصد) دارای کولیت مزمن آمیبی بودند. ۱۱ درصد بیماران که کولیت مزمن داشتند در آزمایشهای انگل‌شناسی مدفوع از نظر آنتامباهیستولیتیکا مثبت بودند که در ۵/۶ درصد این بیماران از نوبت سوم به بعد آنتامباهیستولیتیکا مشاهده شد. در ۱۸ بیمار عیار پادتن با روش سرولوژیک IFA مساوی یا بزرگتر از — بود که در ۱۴ مورد آنها آنتامباهیستولیتیکا در مدفوع مشاهده شد (نمودار ۱). در ۴ مورد که آنتامباهیستولیتیکا در مدفوع آنان مشاهده نشد در آندوسکوپی تورم مخاط روده بزرگ گزارش شده است. و این بیماران به درمان ضدآمیبی

جدول ۱) توزیع فراوانی بیماران دارای کولیت آمیبی و غیرآمیبی برحسب سن و جنس و تعیین درصد کولیت‌های آمیبی نسبت به کل کولیت‌ها (تعداد=۱۴۵ نفر)

درصد نسبت به فراوانی کل		جمع نظری	کولیت غیرآمیبی		کولیت آمیبی		گروه سنی (سال)
کولیت غیرآمیبی	کولیت آمیبی		مونث	مذکر	مونث	مذکر	
۱/۳۷	—	۲	—	۲	—	—	≤ ۱۰
۴/۸۲	۰/۶۸	۸	—	۷	—	۱	۲۰-۱۱
۱۶/۵۵	۲/۰۶	۲۷	۸	۱۶	۱	۲	۳۰-۲۱
۲۰	۴/۸۲	۳۶	۱۴	۱۵	۲	۵	۴۰-۳۱
۱۱/۰۳	۳/۴	۲۱	۸	۸	—	۵	۵۰-۴۱
۱۱/۰۳	۲/۰۶	۱۹	۸	۸	—	۳	۶۰-۵۱
۱۵/۸۶	۰/۶۸	۲۴	۷	۱۶	—	۱	۷۰-۶۱
۵/۵۱	—	۸	—	۸	—	—	≥ ۷۱
۸۶/۲۱	۱۳/۷۹	۱۴۵	۴۵	۸۰	۳	۱۷	جمع ستونی



نمودار ۱) درصد فراوانی عیار پادتن در ۲۰ بیمار دارای کولیت مزمن آمیبی با روش سرولوژی IFA

پاسخ دادند و در پیگیریهای بعدی در عیار پادتن ضد آنتامباهیستولیتیکا کاهش معنی داری داشتند. فقط در دو مورد که عیار پادتن $\frac{1}{80}$ بود آنتامباهیستولیتیکا در مدفوع دیده شد.

همچنین ارتباط آماری معنی داری بین عیار پادتن مساوی و یا بزرگتر از $\frac{1}{80}$ و بیماری کولیت مزمن آمیبی وجود دارد ($P < 0/001$). با عیار پادتن $\geq \frac{1}{80}$ درصد افراد دارای کولیت آمیبی را می توان شناسایی کرد و ۷۹/۷ درصد افراد غیر مبتلا به کولیت آمیبی عیاری پایین تر از این مقدار دارند. با عیار پادتن

۹۰٪ $\geq \frac{1}{160}$ درصد افراد دارای کولیت آمیبی را می توان شناسایی کرد و ۱۰۰ درصد بیماران مبتلا به کولیت غیر آمیبی عیاری پایین تر از این مقدار دارند (نمودار ۲). در ۸ بیمار تغییرات پادتن ۲ تا ۶ ماه درمان مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۰۰ درصد موارد کاهشی بین یک تا سه عیار در پادتن مربوطه داشتند.

بحث و نتیجه گیری

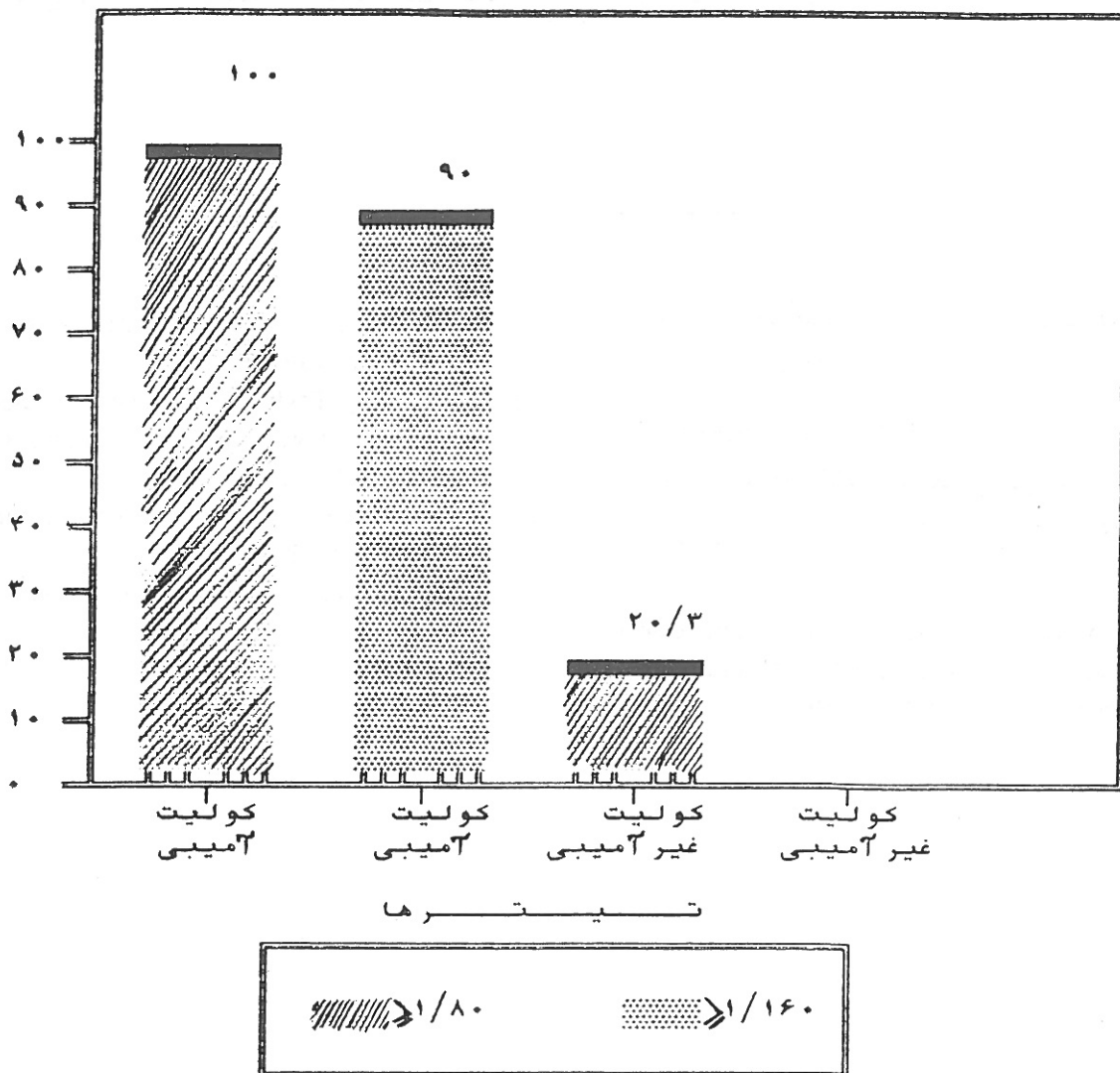
بیماران دارای کولیت مزمن آمیبی از علائم بالینی اسهال و یبوست مزمن، دردهای مبهم شکم، ضعف و

آمیبیاز را تشخیص داد، مگر ترفوزوئیت‌ها در تکه برداری مخاط کولون مشاهده شوند (۲-۷).

در مطالعه حاضر نوسان عیار پادتن در بیماران مبتلا به کولیت آمیبی بین $\frac{1}{80}$ تا $\frac{1}{160}$ بوده، این تغییرات در افراد سالم حامل کیست آنتامباهیستولیتیکا بین $\frac{1}{40}$ تا $\frac{1}{80}$ و در افراد سالم بین منفی و $\frac{1}{80}$ و در کولیت‌های غیر آمیبی (مشکوک به کولیت آمیبی) بین منفی و $\frac{1}{80}$ بوده است. با توجه به این که در بیمارانی که دارای کولیت غیر آمیبی

بی حالی، سابقه دیسانتری، احساس مکرر اجابت مزاج، تندر نس، تنموس و سایر اختلالات روده‌ای رنج می‌برند و انگل زخم‌های موکوسی فلاسکی شکل و آبسه‌های کریپتی در کولون ایجاد کرده، باعث زخم شدن التهابی دیواره کولون می‌شود. تعداد این زخمها ممکن است کم بوده، تشخیص آنها به خصوص به علت دخالت لایه‌های مخاطی - که امکان دارد کاملاً طبیعی باشد - مشکل است و تنها با تکیه بر مشاهدات آندوسکوپی نمی‌توان

در صد



کرون داشت و علایم بالینی و مشاهدات آندوسکوپی با کولیت مزمن آمیبی مشابه بود، عیار پادتن ضد آمیب هیستولیتیکا با روش IFA $\frac{1}{160}$ بود و در نوبت پنجم آزمایش انگل شناسی مدفوع آمیب هیستولیتیکا مشاهده شد که این بیمار، به رغم اینکه به علت بیماری کرون تحت درمان بود ولی علایم بیماری تخفیف پیدا نمی کرد که پس از درمان ضد آمیبی علایم بالینی بیماری بهبود یافت و عیار پادتن در سه و شش ماه پس از درمان به ترتیب $\frac{1}{80}$ و $\frac{1}{40}$ بود که طبق نظر پزشکان معالج بیمار، آمیبیاز به بیماری کرون اضافه شده بود.

بوده اند عیار پادتن بین $\frac{1}{40}$ تا $\frac{1}{80}$ بوده، بالاتر از $\frac{1}{80}$ عیاری نداشته اند می توان در عیارهای بالاتر از $\frac{1}{80}$ تشخیص کولیت آمیبی را مسجل دانست.

در این مطالعه ۹۰ درصد بیماران دارای کولیت آمیبی عیار پادتن بالای $\frac{1}{80}$ داشتند و فقط ۱۰ درصد این بیماران دارای عیار پادتن $\frac{1}{80}$ بودند. با توجه به این که در ۱۹/۳ درصد بیماران مبتلا به کولیت غیر آمیبی و یک کنترل سالم عیار پادتن — بود، لذا تفسیر صحیح آزمون سرولوژیکی در ارتباط با علایم بالینی و مشاهدات آندوسکوپی مهم است. در یک بیمار که تشخیص بیماری

مراجع

- ۱) رضائیان م. آمیبیاز. نشریه بهداشت دانشکده بهداشت تهران شماره ۲۰۹۷، ص ۱۱، ۱۳۶۶.
- ۲) هاریسون و ویلسون و همکاران. اصول طب داخلی هاریسون: اختلالات دستگاه گوارش. (ترجمه علیرضا یآوری کیا) انتشارات ذوقی تهران، ۱۳۶۶، ص ۳۴۷.
- 3) Basu A, Das S, Sangal S & et al. Anti aemebic antibody levels in gastrointestinal disorders. J Indian Med Assoc 1992; 90:59.
- 4) Brown HW, Neva F. Basic clinical parasitology. Fifth Edition, 1993; P 23.
- 5) Gibson PR, Pavli P. Pathogenic factors in inflammatory bowel disease. Ulcerative Colitis Dig Dis 1992; 10:17.
- 6) Omaro, Barriga. The Immunology of parasitic infection. 1981; P 41.
- 7) Ravdin J. Amebiasis. Human infection by Eh. 1988; PP 93, 582.

Study and diagnosis of chronic Amebic colitis

Ehsan Heidari A¹ and Rezaian M²

1) Semnan University of Medical Sciences

2) Tehran University of Medical sciences

SUMMARY

Since the ordinary tests for diagnosis chronic amebic colitis looks to be insufficient. We try to design the following study. Our study seeks the importance of "IFA" (Indirect Immuno Fluorescent Aniti body). Among 145 patients with amebic colitis *Entamoeba hystolitica* observed with reapeded and specified tests.

In searh of serologic tests, antibody range in 20 patients who had amebic colitis was between 1/80

-1/640. In patients that had other chronic bowel disease antibody titer was between 0-1/80. Specificity and sensitvity rate "IFA" test in chronic amebic colitis in diagnostic titer 1/160 was in order 90% and 100% and in diagnostic titer 1/80 was in order 100% and 79.7%.

In diagnostic titer of 1/80 the result of serologic test should be considered in relation with clinical signs and endoscopic observation.