

شیوع بیماری سیلیاک در مبتلایان به سوء هاضمه

محمد رستمی نژاد* (B.S)، حمید محبوبی پور (M.D)، زینب فاضلی (M.Sc)، رضا مشایخی (M.D)، داریوش میرستاری (M.D)، احسان ناظم الحسینی مجرد (M.Sc)، مژگان فروتن (M.D)، امیر هوشنگ علیزاده (M.D)، فرامرز درخشان (M.D)، محمدرضا زالی (M.D)
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد

چکیده

سابقه و هدف: سوء هاضمه در افراد می‌تواند نشانه غیر اختصاصی بیماری سیلیاک باشد و غربال‌گری این بیماران شاید بتواند به تشخیص اولیه افراد مبتلا کمک کند. هدف این مطالعه تعیین شیوع بیماری سیلیاک در بیماران مبتلا به سوء هاضمه است که به صورت روتین جهت تشخیص مورد آندوسکوپی قسمت فوقانی معده-روده‌ای قرار گرفته‌اند. مواد و روش‌ها: بین سال‌های ۸۶-۸۷، ۴۰۷ بیمار که به دلایل مختلف آندوسکوپی شده بودند (۱۹۳ مرد، ۲۱۴ زن، با متوسط سن ۳۶/۱ سال) مورد مطالعه قرار گرفتند. ویژگی‌های بافت‌شناسی در نمونه‌های بیوپسی دئودنال و سرولوژی برای بیماری سیلیاک بر اساس طبقه‌بندی اصلاح شده مارش و الیزا برای ایمنوگلوبولین A و آنتی‌بادی‌های ضد ترانس گلوتامیناز (tTG) آزمایش شدند. افراد با نقص IgA با IgG tTG مورد بررسی و آزمایش قرار گرفتند. یافته‌ها: بافت دئودنال در ۶/۴٪ غیر عادی بودن روده کوچک شامل مارش یک تا سه را نشان دادند (Marsh I-IIIc). بر اساس آنالیزهای سرمی، ۱۰/۳۳ بیماران tTGA مثبت، بافت‌شناسی غیر عادی داشتند (Marsh I-IIIc) و همگی آن‌ها tTGA مثبت داشتند (۲/۴۵٪). ۴ بیمار از ۴۰۷ مورد نقص IgA داشتند که IgG tTG در هیچ کدام از آن‌ها مثبت نشد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه در حدود ۶/۴٪ موکوس روده کوچک غیر طبیعی داشتند و ۸/۱٪ دارای سرم مثبت برای سیلیاک بودند. به هر حال، بافت‌شناسی و سرولوژی هر دو در ۱۰/۴۰۷ مثبت شدند (۲/۴۵٪). شیوع بالای سیلیاک در میان افراد سوء هاضمه بیان می‌کند که آن‌ها گروه پر خطر برای بیماری سیلیاک به شمار می‌روند.

واژه‌های کلیدی: بیماری سیلیاک، سوء هاضمه، tTGA، بیوپسی، ایران

مقدمه

تغییرات اساسی در اپیدمیولوژی بیماری سیلیاک در سال‌های اخیر مشاهده شده است. گزارش افزایش شیوع سیلیاک می‌تواند به دلیل حساسیت بالای آزمون‌های سرمی و توجه بیش‌تر به این بیماری باشد. به هر حال، اگر فقط از یک روش بالینی برای تشخیص این بیماری استفاده شود ممکن است نسبت زیادی از این بیماران تشخیص داده نشوند [۳]. شیوع واقعی سیلیاک بیانگر افزایش شناسای این بیماری در مقایسه با گذشته است. تاکنون سیلیاک حتی در ایران، با در

صد شیوع یک نفر از ۱۶۶ به عنوان بیماری غیر رایجی در نظر گرفته می‌شد [۴]. ولی، با ظهور آزمایشات سرمی برای غربال‌گری جمعیت، بسیاری از مطالعات ایرانی‌ها نشان داد که شیوع سیلیاک شاید ۱:۳۷ یا حتی بیش‌تر باشد [۵]. شیوع سیلیاک در جمعیت‌های مختلف نسبت‌های متنوعی دارد. مطالعات اخیر از نشانگرهای سرمی در دهندگان خون شیوع ۱ از ۲۵۰ نفر در سوئیس، ۱ از ۵۲۴ نفر در دانمارک، ۱ از ۳۳۳ نفر در هلند، ۱ از ۱۵۷ نفر در اسرائیل، ۱ از ۲۵۰ نفر در ایالت متحده و ۱ از ۶۸۱ نفر در برزیل را نشان می‌دهد [۶-۱۰]. از طرفی درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به سیلیاک

پنهان (Potential celiac disease) می‌باشند که طبق تعریف گروهی از بیماران هستند که نتیجه بیوپسی دئودنوم در آن‌ها نشان‌دهنده آتروفی ویلوس نبوده ولی آزمایش سرولوژی و HLA-DQ2 مثبت دارند که حدود ۵۰٪ از این گروه در آینده به شکل تبیین بیماری مبتلا می‌شوند. در بسیاری از موارد نیازی به مشاهده علائم مورد انتظار این بیماری شامل اسهال یا اسهال چرب، کمبود وزن، و تورم شکمی نمی‌باشد [۱۱]. در این گستره بالینی وسیع، علائم غیر کلاسیک سیلیاک به‌صورت قابل ملاحظه‌ای شایع است [۱۲] ولی وجود سوءهاضمه، به‌عنوان تنها علامت بیماری، به‌فراوانی در سیلیاک کلاسیک مشاهده شده است [۱۳].

علاوه بر نشانه‌های سوءجذب که به خوبی در موارد بیماری کلاسیک سیلیاک شناخته شده‌اند، سوءهاضمه نیز می‌تواند یکی از علائم سیلیاک باشد. به‌هرحال، اطلاعات اندکی در مورد شیوع سیلیاک در بیماران سوءهاضمه وجود دارد. بیش‌ترین شیوع سیلیاک در بیماران سوءهاضمه از ۲ تا ۶/۹٪ گسترده و بیش‌تر از شیوع سیلیاک در جمعیت نرمال جامعه گزارش شده است [۱۰-۱۲].

هدف مطالعه کنونی، تعیین شیوع سیلیاک در بیماران با علائم سوءهاضمه مراجعه‌کننده به بخش گوارش بیمارستان طالقانی بود که جهت تشخیص آندوسکوپی معمولی قسمت بالایی لوله گوارش فرستاده شده بودند و به این منظور آزمایشات ایمنوگلوبولین A و آنتی‌بادی‌های ترانس گلوتامیناز ضد بافتی را نیز انجام دادند.

مواد و روش‌ها

بین سال‌های ۸۷-۸۶، ۴۰۷ بیمار مبتلا به سوءهاضمه (۱۹۳ مرد، ۲۱۴ زن، با سن ۱۵ سال و بیش‌تر) مورد آزمایش قرار گرفتند. مطالعه به تصویب کمیته اخلاق سازمانی مرکز تحقیقات گوارش و بیماری‌های کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی رسید و همه شرکت‌کنندگان آن را آگاهانه امضاء کردند. اگر شخصی از درد یا ناراحتی دائمی در قسمت فوقانی شکم خود شکایت داشت به‌عنوان بیمار با علائم سوءهاضمه

در نظر گرفته می‌شد. سپس آندوسکوپی در این بیماران انجام شده و نتایج به‌صورت طبیعی و یا غیر طبیعی (التهاب مری، زخم، التهاب دئودنوم، سرطان، احتمال بیماری سیلیاک و یا دیگر بیماری‌ها) ثبت شده‌اند. تشخیص احتمالی سیلیاک با توجه به نشانه‌های آندوسکوپی آتروفی ویلوس دوازده در نظر گرفته می‌شد. سپس نمونه از معده جهت تشخیص هلیکوباکتر پیلوری و قسمت دوم دئودنوم بیماران اخذ شده و نمونه‌های بافتی تحت مراحل بافت‌شناسی استاندارد قرار گرفتند. تشخیص بافت‌شناسی سیلیاک بر اساس حضور لنفوسیت‌های اینترا اپیتلیال، آتروفی ویلوس‌ها و هایپر پلازی کریپت‌ها بود. نتایج بیوپسی به‌عنوان عدم حضور سیلیاک (مارش 0) یا پیشنهاد سیلیاک (مارش I تا IIIc)، بر اساس معیار مارش [۱۲] و روش اصلاح شده آن توسط رستمی و همکاران [۱۳] طبقه‌بندی شدند. غربال‌گری سرمی سیلیاک نیز بر روی نمونه خون اخذ شده از بیمار انجام شد. نمونه‌ها ساترفیوژ شدند و سرم با استفاده از روش الایزا و کیت‌های تجاری در دسترس (آلمان، AESKULISA tTGA) اندازه‌گیری شدند. مقادیر سرم tTGA که بالاتر از ۱۵ U/mL بودند مثبت در نظر گرفته شدند. تمامی مقادیر IgA سرمی به‌وسیله روش ایمنوتوربیدومتريک (پارس آزمون، ایران) اندازه‌گیری شدند و مقادیر سرمی زیر ۷۰ U/mL بیانگر نقص IgA در نظر گرفته شدند. مقادیر ایمنوگلوبولین tTGG (IgG) در افرادی که نقص در کارایی IgA داشتند به‌وسیله روش الایزا و با استفاده از کیت تجاری در دسترس (آلمان، AESKULISA tTGG) دوباره اندازه‌گیری شدند. داده‌های سرمی با نتایج آندوسکوپی مقایسه شده و جهت الگو بافت‌شناسی روده کوچک در نظر گرفته شدند (شکل ۱). کلیه بیمارانی که سیلیاک در آن‌ها تشخیص داده شد تحت رژیم فاقد گلوتن قرار گرفتند.

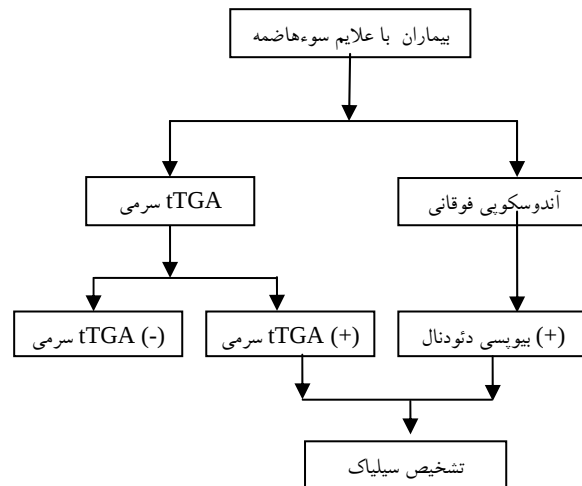
آنالیزهای آماری، آنالیز آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS، version 13.5 انجام شده است. متغیرهای توصیفی از قبیل میانگین، میانه و انحراف معیار تعیین شده‌اند. آزمون کای اسکوار نیز جهت ارتباط بین سیلیاک و فاکتورهای خطر انجام شد.

هلیکوباکتر پیلوری در ۳۶۸ مورد (۹۰/۵٪) یافت شد. بررسی همه مواردی که تحت آندوسکوپی قسمت فوقانی گوارش و بیوپسی قرار گرفته بودند در ۳۶ بیمار (۶/۴٪) الگوی آندوسکوپی پیشنهادی از طبقه‌بندی مارش برای سیلیاک شامل مارش یک در ۱۲ بیمار، مارش دو در ۴ بیمار، مارش سه ای (Marsh IIIa) در ۲ بیمار، مارش سه بی (Marsh IIIb) در ۶ بیمار و مارش سه سی (Marsh IIIc) در ۲ مورد را نشان داد. ۳۳ مورد (۸/۱٪) از ۴۰۷ بیمار آزمایش شده tTGA مثبت بودند. ویژگی‌های سرمی، بافت‌شناسی، دموگرافیک ۳۳ بیمار با سرم مثبت در جدول ۱ نشان داده شده است. در ۱۰ بیمار با توجه به مثبت بودن آزمون سرولوژی tTGA و شواهد بافت‌شناسی نمونه‌های بیوپسی روده‌ای، سیلیاک تایید شد. چهار بیمار دارای نقص کارایی IgA بودند ولی tTG IgG در همه آن‌ها منفی شد. شایع‌ترین علائم گوارشی در بیماران سرولوژی مثبت شامل درد شکم (۲۵/۳۳)، نفخ (۲۲/۳۳) و سوزش سر دل (۱۷/۳۳) بود. اما ارتباط آماری معنی‌داری بین سیلیاک و علائم گوارشی وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر شیوع بالای سیلیاک در افراد با نشانه سوءهاضمه بیان می‌کند که این گروه از بیماران به‌عنوان گروه پرخطر برای سیلیاک به شمار می‌آیند. هم‌چنین نشان می‌دهد که شیوع سیلیاک گزارش شده در بیماران سوءهاضمه بالاتر از دیگر گروه‌های در معرض خطر در ایران می‌باشد [۴] و یافته‌های مشابه قبلی نیز این مسئله را تایید می‌کنند [۱۶، ۵]. شیوع ۱/۴٪ سیلیاک در افراد سوءهاضمه در مطالعه‌ای توسط لیما و همکارانش [۱۱] نشان داد که این میزان ۹/۶ برابر بیش‌تر از دیگر افراد می‌باشد. ویواس و همکارانش [۱۵] نیز بیماری سیلیاک را در ۳٪ از بیماران سوءهاضمه گزارش کردند، این در حالی است که فقط ۰/۶٪ از گروه کنترل سیلیاک را نشان دادند.

شکل ۱. الگوریتم طراحی مطالعه



نتایج

۴۰۷ بیمار با علائم سوءهاضمه شرکت‌کننده در این مطالعه شامل ۱۹۳ مرد، ۲۱۴ زن، بامیانگین سنی ۳۶/۱ سال (از ۱۵-۷۵ سال) بودند. آندوسکوپی‌های معمول در آن‌ها نشان‌دهنده سالم بودن مجرای گوارشی در ۲۴۳ (۵۹/۷٪) بیمار، التهاب مری در ۳۸ بیمار (۹/۴٪)، زخم‌های دئودنال و آنتروم در ۴۰ بیمار (۹/۸٪)، التهاب معده در ۵۰ بیمار (۱۲/۳٪)، التهاب دئودنوم در ۱۹ بیمار (۱۳٪) و ۱۷ بیمار (۴/۱٪) با دیگر موارد بود.

همگی افراد دارای سابقه علائم گوارشی از جمله درد شکمی در ۳۱۸ مورد (۷۸/۱٪)، بی‌اشتهای ۹۰ مورد (۲۲/۱٪)، کاهش وزن ۱۲۸ مورد (۳۱/۴٪)، تهوع ۱۳۱ مورد (۳۲/۲٪)، سوزش سر دل ۲۳۶ مورد (۵۸٪)، نفخ ۲۸۸ مورد (۷۰/۸٪)، سیری زودرس ۱۸۸ مورد (۴۶/۲٪) و دفع گاز را در ۱۳۲ مورد (۳۲/۴٪) داشتند. لازم به ذکر است که درد شکمی، سوزش سر دل و نفخ در بیش‌تر بیماران مشاهده شد. ۹۶ بیمار (۱۲/۶٪) آندوسکوپی قبلی داشتند که مهم‌ترین یافته‌ها در آن‌ها به ترتیب التهاب معده (۱۲/۸٪)، التهاب مری (۲/۵٪)، زخم معده (۱/۲٪)، زخم دئودنوم (۱٪)، التهاب دئودنوم (۰/۵٪) و واریس مری (۰/۲٪) بوده است. در ۸۱/۸٪ بیماران مشکل خاصی یافت نشد.

جدول ۱. ویژگی‌های بالینی و آزمایشگاهی بیماران سیلیاک

موارد	سن (سال)	جنس زن/مرد	طبقه بندی Marsh	علامت گوارشی سیلیاک*	سر تGA	بقیه موارد
مورد ۱	۲۷	زن		۴، ۱	+ve	
مورد ۲	۱۷	مرد	Marsh II	۸، ۵، ۱	+ve	
مورد ۳	۴۵	مرد	Marsh I	۵، ۳، ۱	+ve	
مورد ۴	۲۵	مرد		۳، ۲، ۱	+ve	آندوسکوپی در گذشته
مورد ۵	۶۸	زن		۸، ۴	+ve	آندوسکوپی در گذشته
مورد ۶	۱۷	زن	Marsh I	۸، ۶، ۳، ۲، ۱	+ve	آندوسکوپی در گذشته
مورد ۷	۳۵	مرد		۴، ۳، ۲	+ve	
مورد ۸	۴۵	مرد		۸، ۴، ۳، ۲	+ve	
مورد ۹	۳۵	مرد		۸، ۷، ۶، ۵، ۱	+ve	
مورد ۱۰	۵۱	زن		۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۱	+ve	آندوسکوپی در گذشته
مورد ۱۱	۲۴	زن	Marsh IIIb	۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳	+ve	
مورد ۱۴	۴۰	زن		۸، ۷، ۶، ۴، ۱	+ve	
مورد ۱۳	۲۰	زن	Marsh I	۸، ۶، ۵، ۱	+ve	
مورد ۱۴	۲۵	زن		۸، ۶، ۵، ۴، ۲	+ve	
مورد ۱۵	۲۹	زن	Marsh IIIa	۸، ۵، ۳، ۱	+ve	
مورد ۱۶	۴۷	زن		۸، ۶، ۵، ۱	+ve	
مورد ۱۷	۳۰	مرد		۷، ۶، ۵، ۱	+ve	
مورد ۱۸	۶۷	زن		۳، ۲، ۱	+ve	
مورد ۱۹	۶۰	زن	Marsh II	۸، ۱	+ve	
مورد ۲۰	۵۰	زن		۸، ۷، ۶	+ve	
مورد ۲۱	۲۱	زن	Marsh IIIc	۷، ۱	+ve	آندوسکوپی در گذشته
مورد ۲۲	۵۵	مرد		۷، ۶، ۴، ۱	+ve	
مورد ۲۳	۲۴	مرد		۳، ۲، ۱	+ve	آندوسکوپی در گذشته
مورد ۲۴	۴۰	زن	Marsh IIIb	۳، ۲	+ve	
مورد ۲۵	۵۰	زن		۸، ۵، ۲، ۱	+ve	
مورد ۲۶	۵۰	مرد		۸، ۶، ۴، ۱	+ve	
مورد ۲۷	۶۷	مرد		۸، ۵	+ve	
مورد ۲۸	۶۵	زن		۸، ۵، ۴، ۳، ۱	+ve	آندوسکوپی در گذشته
مورد ۲۹	۲۰	مرد	Marsh IIIc	۵، ۳، ۱	+ve	
مورد ۳۰	۶۰	زن		۸، ۵، ۱	+ve	آندوسکوپی در گذشته
مورد ۳۱	۶۵	زن		۸، ۶، ۳، ۲، ۱	+ve	
مورد ۳۲	۶۰	مرد		۸، ۷، ۴، ۳، ۱	+ve	
مورد ۳۳	۷۰	زن		۸، ۶، ۵، ۱	+ve	آندوسکوپی در گذشته

* علامت گوارشی: ۱=درد شکمی، ۲=بی‌اشتهایی، ۳=کمبود وزن، ۴=تهوع، ۵=سوزن قلب، ۶=سیری زودرس، ۷=نفخ شکم، ۸=ورم

مطالعات ما نشان می‌دهد که شیوع سیلیاک در میان بیماران سوءهاضمه ۲/۴٪ است که این نتایج مشابه دیگر مطالعات است.

علاوه بر آزمایشات سرولوژی، آندوسکوپی گوارشی نیز جهت تعیین سیلیاک در میان افراد سوءهاضمه استفاده می‌شود، که از مزایای آن علاوه بر سهولت انجام و در دسترس بودن،

تشخیص سایر بیماری‌ها می‌باشد. هر چند مخاط دوازدهه، اغلب در بیماران سیلیاک در طی آندوسکوپی، ظاهراً نرمال است. حساسیت آنتی‌گلیادین، آنتی‌ترانس گلوتامیناز و آنتی‌اندومیزال شاید در بیماران با مارش یک و دو بالا نباشد [۱۳]. بنابراین، ۶ بیمار سوءهاضمه و آنتی‌ترانس گلوتامیناز مثبت در این مطالعه می‌توانستند به بیماری سیلیاک مبتلا باشند

اگر هیچ عامل آشکاری برای سوءهاضمه یافت نشد، لازم است که بیوپسی از دئودنوم صورت گیرد. به علاوه شاید غربالگری سرولوژیکی بیماران با سوءهاضمه قابل بازگشت، علاوه بر بیان ارزیابی آندوسکوپی مناسب باشد.

با توجه به عواقب عدم درمان سلیاک و احتمال زیاد سوءهاضمه بدون تشخیص مناسب از یک طرف و شیوع بالای بیماری سلیاک در میان این بیماران از طرف دیگر، متخصصین گوارش باید به حضور شواهد آندوسکوپی آتروفی و یلوس‌ها جهت احتمال تشخیص سلیاک توجه کنند. به علاوه انجام آزمون‌های سرمی جهت تشخیص بیماری سلیاک در آزمایشات معمولی در مبتلایان به سوءهاضمه قویاً توصیه می‌شود. زیرا این کار به ما اجازه می‌دهد که مارکرهای منفی تشخیص بیماری سلیاک را شناسای کرده و هم‌چنین توجیهی برای اخذ نمونه داشته باشیم. از طرفی انجام مطالعات بیش‌تر برای مشخص شدن شیوع سلیاک نهفته در مبتلایان به سوءهاضمه و دیگر بیماری‌های معدی - روده‌ای نیاز می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری صمیمانه همکاران بخش آندوسکوپی بیمارستان آیت‌الله طالقانی خصوصاً خانم‌ها شفیع‌یگی و مرزبان و آقای گلدوست قدردانی می‌شود. این طرح با حمایت‌های مالی مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به انجام رسیده است.

منابع

- [1] Green PH, Fleischauer AT, Bhagat G, Goyal R, Jabri B, and Neugut AI. Risk of malignancy in patients with celiac disease. *Am J Med* 2003; 115: 191-195.
- [2] Green PH, Rostami K. and Marsh MN. Diagnosis of coeliac disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005; 19: 389-400.
- [3] Fasano A. and Catassi C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: An evolving spectrum. *Gastroenterology* 2001; 120: 636-651.
- [4] Shahbazkhani B, Malekzadeh R, Sotoudeh M, Moghadam, KF, Farhadi, M, Ansari R. and et al. High prevalence of celiac disease in apparently healthy Iranian blood donors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 475-478.
- [5] Rostami Nejad M, Rostami K, Pourhoseingholi MA, Nazemalhosseini Mojarad E, Sanaei M, Dabiri H. and et al. The proportion of Celiac Disease in Common Gastroenteropathies

که در این موارد تشخیص بدون اخذ بیوپسی امکان‌پذیر نمی‌باشد. صحت ابتلا به بیماری سلیاک فقط در ۱۰ مورد از ۲۶ بیمار آندوسکوپی شده تایید شد.

به علت حساسیت پایین مارکرهای آندوسکوپی گمان می‌رود که انجام بیوپسی دئودنال در کلیه بیماران سوءهاضمه که آندوسکوپی می‌شوند، احتمال تشخیص سلیاک را افزایش دهد [۱]. تغییرات آندوسکوپی شاید در تشخیص سلیاک به‌ویژه در مواردی با شدت کم‌تر کافی نباشد و شیوع واقعی این ناهنجاری کم تخمین زده شود. ولی همراهی با آزمون‌های سرمی می‌تواند در موارد حساسیت پایین مارکرهای آندوسکوپی کمک‌کننده باشد. لازم به ذکر است که بیوپسی روده کوچک در بیمارانی که آندوسکوپی موکوس دئودنال طبیعی و نتایج سرمی منفی دارند لازم نخواهد بود. در صورتی که بیماران از لحاظ آزمون‌های سرولوژی منفی شدند ولی شواهد و علائم گوارشی مرتبط با بیماری سلیاک را داشتند و از طرفی انجام آندوسکوپی و نمونه‌گیری از روده کوچک نشان‌دهنده الگوی سوءجذب باشد، انجام بررسی‌های ژنتیکی مرتبط با HLA در رد یا تایید بیماری بسیار کمک‌کننده خواهد بود. از محدودیت‌های این مطالعه عدم بررسی گروه شاهد بود که مقایسه نتایج به‌دست آمده در دو گروه در تایید شیوع بالای بیماری سلیاک در بیماران سوءهاضمه کمک‌کننده بود.

با توجه به شیوع بالای بیماری سلیاک در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر، انجام غربالگری سرولوژی سلیاک نیز باید در اولویت قرار گیرند [۱۷]. لازم به ذکر است که بیماری سلیاک نهفته را به عنوان عامل سوءهاضمه در خلال فعالیت‌های بالینی باید در نظر داشت. بر اساس مطالعات اخیر انجام روتین غربالگری بیماری سلیاک در بین بیماران مبتلا به سوءهاضمه پیشنهاد شده است. ارتباط بین این دو نشان می‌دهد که رژیم فاقد گلوتن منجر به عدم سوءهاضمه در بیماران سلیاکی می‌شود. بر اساس دلایل مذکور در خلال آزمایشات آندوسکوپی برای سوءهاضمه، متخصصین گوارش باید در بررسی دئودنال جهت تشخیص سلیاک دقت کنند و

- [12] Marsh MN. Gluten, major histocompatibility complex, and the small intestine. A molecular and immunobiologic approach to the spectrum of gluten sensitivity ('celiac sprue'). *Gastroenterology* 1992; 102: 330-354.
- [13] Rostami K, Kerckhaert JP6, Tiemessen R, Meijer JW. and Mulder CJ. The relationship between anti- endomysium antibodies and villous atrophy in coeliac disease using both monkey and human substrate. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 439-442.
- [14] Bardella MT, Minoli G, Ravizza D, Radaelli F, Velio P, Quatrini M. and et al. Increased prevalence of celiac disease in patients with dyspepsia. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1489-1491.
- [15] Vivas S, Ruiz de Morales JM, Martinez J, González MC, Martín S, Martín J. and et al. Human recombinant anti-transglutaminase antibody testing is useful in the diagnosis of silent coeliac disease in a selected group of at-risk patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 479-483.
- [16] Rostami Nejad M, Rostami, K, Cheraghipour K, Nazemalhosseini E, Mosafa N, Pourhoseingholi MA, et al. Celiac disease and Toxoplasmosis in pregnancy; Association or coincidence? *Gut* 2008; 57 (suppl II) A226.
- [17] Sanders DS. and Azmy IA. Celiac disease serology and irritable bowel syndrome: does the relationship merit further evaluation? *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 1209-1210.
- among Iranian patients. *Gastroenterol Supp* 2008; 134: A364. (Persian).
- [6] Weile B, Grodzinsky E, Skogh T, Jordal R, Cavell B. and Krasilnikoff PA. Screening Danish blood donors for antigliadin and antiendomysium antibodies. *Acta Paediatr Suppl* 1996; 412: 46.
- [7] Rostami K, Mulder CJ, Werre JM, van Beukelen FR, Kerckhaert J, Crusius JB. and et al. High prevalence of celiac disease in apparently healthy blood donors suggests a high prevalence of undiagnosed celiac disease in the Dutch population. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34: 276-279.
- [8] Shamir R, Lerner A, Shinar E, Lahat N, Sobel E, Bar-or R. and et al. The use of a single serological marker underestimates the prevalence of celiac disease in Israel: a study of blood donors. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2589-2594.
- [9] Not T, Horvath K, Hill ID, Partanen J, Hammed A, Magazzu G. and Fasano A. Celiac disease risk in the USA: high prevalence of antiendomysium antibodies in healthy blood donors. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 494-498.
- [10] Gandolfi L, Pratesi R, Cordoba JC, Tauil PL, Gasparin M. and Catassi C. Prevalence of celiac disease among blood donors in Brazil. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 689-692.
- [11] Lima VM, Gandolfi L, Pires JA. and Pratesi R. Prevalence of celiac disease in dyspeptic patients. *Arq Gastroenterol* 2005; 42: 153-156.

Celiac disease in dyspeptic patients

Mohammad Rostami Nejad (B.S), Hamid Mahbobipour (M.D), Zeynab Fazeli (M.Sc), Reza Mashayekhi (M.D), Daryosh Mirsattari (M.D), Ehasn Nazemalhosseini Mojarad (M.Sc), Mojgan Frootan (M.D), Amir Hoshang Alizadeh (M.D), Faramarz Derakhshan (M.D), Mohammad Reza Zali (M.D)
Research Center of Gastroenterology and Liver Disease, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received: 10 Aug 2009 Accepted: 3 Jul 2010)

Introduction: The screening of patients with dyspepsia, may allow an early identification of affected individuals. The aim of this study was to determine the prevalence of celiac disease in dyspeptic patients submitted to routine diagnostic upper gastrointestinal endoscopy.

Materials and Methods: From November 2007 to October 2008, 407 patients who underwent endoscopy for any reason (193 male, 214 women; mean age 36.1 years) were studied in this work. Histological characteristics in duodenal biopsy specimens for celiac disease were evaluated according to the modified Marsh Classification 1999. In addition, all patients were tested for total immunoglobulin A and anti-transglutaminase (tTG) antibodies. The patients with IgA deficiency were tested with IgG tTG.

Results: Duodenal histology showed the malabsorption pattern (Marsh I-IIIc) in 26 (6.4%) cases and 33 cases had serological positive test for tTGA. In term of the serological analysis, 10 out of 33 tTGA positive patients had malabsorption pattern (Marsh I,-IIIc), and all of them had a positive tTGA (2.45%). Four of the 407 recruited patients were IgA deficient and none of them were positive for IgG tTG.

Conclusion: In this study, about 6.4% of patients had malabsorption pattern and 8.1 % presented with positive serology for CD. However, both histology and serology were positive in 10/407 (2.45%). The high prevalence of celiac among dyspeptic symptomatic individuals indicates that they are a higher risk group for developing celiac disease.

Key Words: Celiac disease, Dyspepsia, tTGA, Biopsy, Iran

* Corresponding author: Fax: +98 21 22432517 ; Tel: +98 21 22432518
m.rostamii@gmail.com