

بیماری سلکناک



و در نهایت هرچی فرم

بیستگامه ایرانیان

شرکت تضمین کیفیت پزشکیان هاکی پزشکی
گردآوری، تدوین و تالیف

دکتر حمیدرضا امینی

COELIAC DISEASE OR DERMATITIS HERPETIFORMIS

بیماری سیلیاک Coeliac disease

این بیماری با شیوع حدود ۱:۱۰۰ یکی از شایع ترین بیماری های دنیا است. امروزه تشخیص روتین این بیماری بر اساس تغییرات بافت شناسی شاخص در مخاط دئودنوم، بویژه درجاتی از آتروفی ویلوس، افزایش سطوح آنتی بادی ترانس گلوتامیناز بافتی (tTG) یا آنتی اندومیزیال Endomysial antibodies (EMA) از نوع IgA (به استثناء بیمارانی که کمبود IgA دارند) صورت می گیرد.

این آنتی بادی ها حساسیت و اختصاصی بودن نزدیک به ۱۰۰٪ داشته و بعنوان تست غربالگری در افراد مشکوک به بیماری سیلیاک (CD) به کار می روند. این افراد به ۴ گروه طبقه بندی می شوند:

- ۱- بیماران با علائم گوارشی مزمن
- ۲- بیماران با تظاهرات مختلف خارج روده ای که ممکن است به دلیل بیماری سیلیاک باشد. (درماتیت هرپتی شایع ترین فرم است).
- ۳- شرایطی که در آنها شرایط شیوع بیماری سیلیاک بالاتر از جمعیت عادی است، به عنوان مثال بیماری خودایمنی دیگر، سندروم داون، سندروم ترنر، کمبود IgA.

علائم بالینی:

بیماری سیلیاک یا بیماری عدم تحمل به گلوتن، بدلیل وجود گلوتن در رژیم غذایی منجر به تغییرات خاص مخاط روده کوچک می شود، که در فرم کلاسیک این بیماری، بیمار از اسهال و کاهش وزن بدن رنج می برد. امروزه فرم های خفیف تر بیماری سیلیاک که بیمار از دردهای شکمی، گاز معده، خستگی، کم خونی (آنمی) و پوکی استخوان رنج می برد، تشخیص داده می شود. بر طبق آمار حدود ۱٪ جمعیت از این بیماری رنج می برند و اغلب این بیماری همراه است با سایر بیماری های خودایمنی از جمله دیابت، بیماری خودایمنی تیروئید و بیماری پسوریازیس.

امروزه حتی در کشورهای غرب، پزشکان کاملاً از شیوع و تظاهرات بالینی متفاوت بیماری سیلیاک آگاه نیستند، بنابراین راه رسیدن به تشخیص بیماری سیلیاک ممکن است همواره آسان و مستقیم نباشد، بطوریکه بسیاری از متخصصان گوارش بزرگسالان و اطفال لزوم انجام بیوپسی روده کوچک را در تمام موارد مشکوک به بیماری سیلیاک مورد سوال قرار می دهند، در حالیکه تست آنتی بادی ترانس گلوتامیناز (tTG) با حساسیت و ویژگی بالا نزدیک به ۱۰۰ درصد وجود دارد. احتمالاً همگان متفق القول هستند که بیماران با اسهال یا سندروم سوء جذب مزمن که سطوح بالای آنتی بادی ترانس گلوتامیناز (tTG) و یا اندومیزیال (EMA) را دارند مبتلا به بیماری سیلیاک هستند، مگر اینکه تشخیص قطعی دیگری اثبات گردد.

تشخیص سرولوژیک بیماری سیلیاک:

آنتی بادی های زیر در ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران مبتلا به درماتیت هرپتی فرم، یا بیماری سیلیاک و تقریباً در تمامی بیمارانیکه رعایت رژیم غذایی عاری از گلوتن را نمی کنند و دچار ناراحتی های روده ای ناشی از حساسیت به گلوتن هستند در گردش خون آنها ظاهر می شود.

A- آنتی بادی از نوع Anti-transglutaminase IgA

B- آنتی بادی Anti-endomysium IgA

C- آنتی بادی Anti-deamidated gliadin (DGP) IgG, IgA quantification

موارد مورد استفاده از این آنتی بادی ها:

- مشکوک به بیماری سیلیاک
- مشکوک به بیماری درماتیت هرپتی فرم
- کنترل اثرات رژیم غذایی عاری از گلوتن

مطالعات درباره حساسیت و اختصاصی بودن آنتی بادی های مختلف به کار رفته که نتایج متفاوتی داشته است. در تمام این گروهها، آنتی بادی های آنتی گلایدین از هر دو نوع IgA و IgG از حساسیت و اختصاصیت پایین برای کشف بیماری سیلیاک برخوردار است.

آنتی بادی های برضد بافت همبندی عضله مری میمون، آنتی بادی آنتی اندومیزیال (EMA) حساسیت و اختصاصی بودن بیش از 90% را دارد.

بیماری سیلیاک از لحاظ ژنتیکی ارتباط قوی با HLA-DQ2 و HLA-DQ8 دارد. اگر این دو مارکر منفی باشند، می توان بطور قطع بیماری سیلیاک را رد کرد.

از سال ۱۹۹۷ میلادی به بعد، آنتی بادی ترانس گلوتامیناز بافتی (tTG) به عنوان تست سرولوژیکی منتخب شناخته شده و در موارد عدم کمبود IgA، حساسیت تست آنتی بادی tTG از نوع IgA بهتر از tTG از نوع IgG است، با این وجود، بیماری سیلیاک در موارد کمبود IgA که حدود ۲ تا ۵٪ از بیماران را تشکیل می دهد، برای تشخیص از آنتی بادی tTG از نوع IgG و یا Anti-gliadin IgG می توان بهره برد.

در اطفال سنین کم تنها آنتی بادی که ممکن است وجود داشته باشد، Anti-gliadin می باشد که در نهایت برای تشخیص نهایی و قطعی بایستی بیوپسی روده کوچک صورت گیرد. عملکرد عالی تست های سرولوژیکی ، تشخیص و درمان بیماری را فقط بر مبنای تشخیص سرولوژیک ممکن ساخته است، اگر سطوح آنتی بادی (tTG) از نوع IgA بیش از ۱۰ برابر حد نرمال باشد، این بیماران همگی تغییرات بافتی مشخصه بیماری

سیلیاک را دارند بطوریکه امروزه اکثر متخصصین گوارش بر این عقیده هستند که بیوپسی روده کوچک در کودکان علامت دار با تست آنتی بادی مثبت، امری غیر ضروری است.

البته بایستی توجه داشت که سطح میزان آنتی بادی ها اغلب بستگی به تغییرات مخاط دارد و در ابتدای بیماری که مخاط دچار تغییرات زیادی نگشته است، این آنتی بادی ها از حساسیت کمتری برخوردار می باشند و بایستی وجود این آنتی بادی ها مجدداً تکرار شود، بطور طبیعی در بیماران که رعایت رژیم عاری از گلوتن را می کنند، این آنتی بادی ها در گردش خون بیمار وجود ندارند.

در بیمارانی که دچار ناراحتی روده ای خفیف ناشی از حساسیت به گلوتن هستند، ممکن است که این آنتی بادی هامنفی باشند و یک جواب منفی تشخیص بیماری را رد نمیکند و توصیه می شود که این آنتی بادی ها در نوبت های مختلف بررسی شود که با پیشرفت بیماری و افزایش سیر تغییرات مخاط روده ای، احتمال مثبت بودن آنها بیشتر است.



بیتنگاه ایرانیان
شرکت تضمین کیفیت آزمایشگاه های پزشکی

Reference:

1. Green PH, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med.* 2007 Oct 25;357(17):1731-43.

2. *Diagnosis and Management of Celiac Disease*

Alberto Rubio-Tapia, MD1, Ivor D. Hill, MD2, Ciarán P. Kelly, MD3, Audrey H. Calderwood, MD4 and Joseph A. Murray, Am J Gastroenterol 2013; 108:656–676

3. *New serological biomarkers of celiac disease: The neo-epitope tTg/mTg story*
Prof. Aaron Lerner^{1,2}, Dr. Torsten Matthias 5th European Immunology Conference, July 21-23, Berlin, Germany



بیستگاه ایرانیان

شرکت تضمین کیفیت آزمایشگاه های پزشکی