



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	وفایی، ایمان، ۱۳۶۵- پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۲ فاطمه زمانی گوارش ۱ در کودکان: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۲ و فوق تخصص Nelson text book of pediatrics 2020/ ترجمه و تلخیص ایمان وفایی. تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	۳۱۰ص: مصور(بخشی رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(بخشی رنگی). ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۵۰-۵:۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۵۰-۵
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیبا کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب " Nelson textbook of pediatrics, 21st. ed, c2020" به ویراستاری رابرت کلیگمن... آ. دیگران است. در ویراست‌های قبلی والدوامرسون نلسون مولف بوده است. اصول طب کودکان.
یادداشت عنوان دیگر موضوع	کودکان -- بیماری‌های گوارشی Pediatric gastroenterology پزشکی کودکان Pediatrics کودکان -- بیماری‌های گوارشی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Pediatric gastroenterology -- Examinations, questions, etc. پزشکی کودکان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Pediatrics -- Examinations, questions, etc. کلیگمن، رابرت، ۱۹۵۵ - م. Kliegman, Robert نلسون، والدو امرسون، ۱۸۹۸-۱۹۹۷ م. اصول طب کودکان ۴۴۶RJ ۹۲۳۳/۶۱۸ ۹۱۷۷۸۷۳ فیبا ۲۰/۰۱/۱۴۰۲ ۹۱۷۵۰۲۳
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی تاریخ درخواست تاریخ پاسخگویی کد پیگیری	

کتاب گوارش ۱ در کودکان برگرفته از کتاب "Nelson Text Book Of Pediatrics 2020(edition 21)" است.	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳ شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۵۰-۵ تیراژ: ۱۵۰ جلد تومان ۶۵۱،۰۰۰
ترجمه و تلخیص: دکتر ایمان وفایی ناشر: انتشارات کاردیا صفحه‌آرا: رزیدنت یار-منیره امیری مقدم طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار- مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنجوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی

گوارش ۱ در کودکان

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ و فوق تخصص

Nelson Text Book Of Pediatrics 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر ایمان وفایی

بورده تخصصی کودکان، نوجوانان و تکامل
رتبه برتر آزمون فوق تخصص اطفال

گردآوری و پاسخدهی به سوالات:

دکتر فاطمه زمانی

۵ درصد بورده تخصصی ۱۴۰۱ کشور
دانشگاه علوم پزشکی تهران



فهرست مطالب

بخش ۱: یافته‌های بالینی دستگاه گوارش.....	۱۳
فصل ۳۳۱ - پدیده‌های طبیعی در دستگاه گوارش.....	۱۳
فصل ۳۳۲ - دیسفاژی (اختلال در بلع).....	۱۷
بخش ۲: حفره دهان.....	۳۵
فصل ۳۳۳ - تکامل و اختلالات تکاملی دندان‌ها.....	۳۵
سوالات و پاسخنامه فصل تکامل و اختلالات تکاملی دندان‌ها.....	۴۱
فصل ۳۳۴ - اختلالات حفره دندان در ارتباط با اختلالات دیگر.....	۴۳
فصل ۳۳۵ - مال اکلوزیون.....	۴۵
فصل ۳۳۶ - شکاف کام و لب.....	۴۷
فصل ۳۳۷ - سندرم‌های دارای تظاهرات دهانی.....	۴۹
فصل ۳۳۸ - پوسیدگی دندان.....	۵۳
فصل ۳۳۹: بیماری‌های اطراف دندان.....	۵۵
فصل ۳۴۰: ترومای دندان.....	۵۷
سوالات و پاسخنامه فصل ترومای دندان.....	۵۹
فصل ۳۴۱: ضایعات شایع بافت نرم دهان.....	۶۱
سوالات و پاسخنامه فصل ضایعات شایع بافت نرم دهان.....	۶۵
فصل ۳۴۳ - تشخیص رادیولوژیک در مسائل دندان‌دانی.....	۶۷
سوالات و پاسخنامه فصل تشخیص رادیولوژیک در مسائل دندان‌دانی.....	۶۹
بخش ۳: مری.....	۷۱

فصل ۳۴۴ و ۳۴۵ - آناتومی و آنومالی‌های مری	۷۱
سوالات و پاسخنامه فصل آناتومی و آنومالی‌های مری	۷۹
فصل ۳۴۶ - اختلالات انسدادی و حرکتی مری	۸۱
فصل ۳۴۷ - اختلال حرکتی	۸۳
فصل ۳۴۸ - هرنی هیاتال	۸۷
فصل ۳۴۹ - GERD	۸۹
سوالات و پاسخنامه فصل GERD	۱۰۱
فصل ۳۵۰ - ازوفازیت ائوزینوفیلیک	۱۰۳
فصل ۳۵۱ - سوراخ شدن مری	۱۰۹
فصل ۳۵۲ - واریس مری	۱۱۳
فصل ۳۵۳ - بلع‌ها	۱۱۷
سوالات و پاسخنامه فصل بلع‌ها	۱۲۳
بخش ۴: معده و روده باریک	۱۲۹
فصل ۳۵۴ - ساختمان و عملکرد نرمال معده و روده	۱۲۹
فصل ۳۵۵ - تنگی پیلور و سایر آنومالی‌های مادرزادی معده	۱۳۱
فصل ۳۵۶ - آترزی، استنوز، مالروتاسیون روده	۱۴۱
سوالات و پاسخنامه فصل آترزی / استنوز / مالروتاسیون روده	۱۵۳
فصل ۳۵۷ - دوپلیکاسیون روده / دیورتیکول مکل	۱۵۵
فصل ۳۵۸ - اختلالات حرکتی و هیرشپرونگ	۱۵۹
سوالات و پاسخنامه فصل اختلالات حرکتی و هیرشپرونگ	۱۷۹
فصل ۳۵۹ - ایلئوس، چسبندگی، انواژیناسیون و انسداد قوس بسته	۱۸۳
فصل ۳۶۰ - اجسام خارجی و بزوآرها	۱۸۹
سوالات و پاسخنامه فصل اجسام خارجی و بزوآرها	۱۹۵
فصل ۳۶۱ - بیماری زخم پپتیک در کودکان	۱۹۹
سوالات و پاسخنامه فصل بیماری زخم پپتیک در کودکان	۲۰۹

۲۱۱ فصل ۳۶۲ - بیماری التهابی روده‌ها
۲۳۷ فصل ۳۶۳ - گاستروانتریت ائوزینوفیلیک
۲۳۹ فصل ۳۶۴ - اختلالات سوء جذب
۲۷۹ سوالات و پاسخنامه فصل اختلالات سوء جذب
۲۸۳ فصل ۳۶۵ - پیوند روده
۲۸۵ اطلس آموزشی و مرور

بخش ۱: یافته‌های بالینی دستگاه گوارش

(۱) بلع از هفته ۱۲ جنینی ایجاد می‌شود.

(۲) مکیدن از هفته ۳۴ جنینی ایجاد می‌شود.

(۳) در یک ماهگی تمایل به غذای شور و شیرین ایجاد می‌شود.

راه: آشپز باید یکی باشه تا غذا شور یا شیرین نشه

یک ماهه

(۴) تمایل شیرخوار به جامدات در حدود ۴ ماهگی افزایش می‌یابد. شروع غذای جامدات از ۶ ماهگی انجام می‌شود.

(۵) سه مورد زیر طبیعی است و نیاز به مداخله وجود ندارد:

- فرنولوم زبانی کوتاه (زبان گره خورده: Tongue-tie)
- شیاردار شدن سطح زبان (زبان جغرافیایی یا scrotal tongue)
- زبان کوچک ۲ شاخ (Bifid uvula)



همکاران گرامی شکل ذیل از خارج از کتاب برای تفهیم بیشتر زبان گره خورده آورده شد.



همکاران گرامی شکل ذیل از خارج از کتاب برای تفهیم بیشتر زبان جغرافیایی آورده شد.



همکاران گرامی شکل ذیل از خارج از کتاب برای تفهیم بیشتر زبان کوچک ۲ شاخ آورده شد.



تکامل و اختلالات تکاملی دندان‌ها

بخش ۲: حفره دهان

✓ عدم رویش اولین دندان شیری تا ۱۳ ماهگی تأخیر محسوب می‌شود.

حفره دهان:

- (۱) کل دندان‌های شیری ۲۰ عدد است.
- (۲) اولین دندان شیری ← دندان پیشین مرکزی فک تحتانی است و در ۶/۵ ماهگی جوانه می‌زند.
- (۳) آخرین دندان شیری آسیای دوم فک فوقانی و تحتانی است و در ۲۰-۳۰ ماهگی جوانه می‌زند.
- (۴) اولین دندان دائمی پیشین مرکزی فک تحتانی در ۶-۷ سالگی است و آخرین دندان آسیای سوم است و در ۱۷-۲۱ سالگی جوانه می‌زند.



TOOTH	FIRST EVIDENCE OF CALCIFICATION	CROWN COMPLETED	ERUPTION
PRIMARY DENTITION			
<i>Maxillary</i>			
Central incisor	3-4 mo in utero	4 mo	7.5 mo
Lateral incisor	4.5 mo in utero	5 mo	8 mo
Canine	5.5 mo in utero	9 mo	16-20 mo
First molar	5 mo in utero	6 mo	12-16 mo
Second molar	6 mo in utero	10-12 mo	20-30 mo
<i>Mandibular</i>			
Central incisor	4.5 mo in utero	4 mo	6.5 mo
Lateral incisor	4.5 mo in utero	4¼ mo	7 mo
Canine	5 mo in utero	9 mo	16-20 mo
First molar	5 mo in utero	6 mo	12-16 mo
Second molar	6 mo in utero	10-12 mo	20-30 mo
PERMANENT DENTITION			
<i>Maxillary</i>			
Central incisor	3-4 mo	4-5 yr	7-8 yr
Lateral incisor	10 mo	4-5 yr	8-9 yr
Canine	4-5 mo	6-7 yr	11-12 yr
First premolar	1.5-1¾ yr	5-6 yr	10-11 yr
Second premolar	2-2¼ yr	6-7 yr	10-12 yr
First molar	At birth	2.5-3 yr	6-7 yr
Second molar	2.5-3 yr	7-8 yr	12-13 yr
Third molar	7-9 yr	12-16 yr	17-21 yr
<i>Mandibular</i>			
Central incisor	3-4 mo	4-5 yr	6-7 yr
Lateral incisor	3-4 mo	4-5 yr	7-8 yr
Canine	4-5 mo	6-7 yr	9-10 yr
First premolar	1¾-2 yr	5-6 yr	10-12 yr
Second premolar	2¼-2.5 yr	6-7 yr	11-12 yr
First molar	At birth	2.5-3 yr	6-7 yr
Second molar	2.5-3 yr	7-8 yr	11-13 yr
Third molar	8-10 yr	12-16 yr	17-21 yr

خلاصه جدول ۱-۳۳۳ در بالا به صورت نکات آورده شد.

بعضی اختلالات مهم دندانی:

(۱) فلوروز: ← مینای لکه لکه که ناشی از مصرف زیاد فلئوئور است.

← تکه‌های شبکه‌ای سفید کم‌رنگ روی مینا که تا رنگ مایل به قهوه‌ای شدید و هایپوپلازی متغیر

است.

(۲) هیپر بیلی روبینمی: ← رنگ: آبی تا سیاه

تشخیص رادیولوژیک در مسائل دندانی

فصل ۳۴۲ و ۳۴۳

Section 342, 343

همکاران گرامی این دو مبحث، مباحث نسبتاً بی‌اهمیتی می‌باشند و امکان طرح سؤال از این دو مبحث کمتر می‌باشد و به ذکر چند نکته در ذیل می‌پردازیم.

پاروتیدیت:

ناشی از انسداد و التهاب غدد پاروتید در اثر عفونت می‌باشد که می‌تواند ناشی از سنگ یا پلاک موکوسی باشد.

پاروتیدیت راجعه معمولاً یک طرفه می‌باشد و حدوداً ۲-۳ هفته طول می‌کشد. درمان به صورت گرمای موضعی می‌باشد.

پاروتیدیت چرکی که ناشی از استاف اورئوس است که اکثراً یک طرفه بوده، همراه با تب می‌باشد.

علل ویروسی پاروتیدیت عبارتند از اورپون، EBV، HSV6

موکوسل:

ضایعه غدد بزاقی است که به دلیل انسداد مجاری غدد بزاقی رخ می‌دهد.

در لب تحتانی شایع‌تر می‌باشد.

وزیکول پر از مایع می‌باشد.

درمان: اکسزیون جراحی

الف) ازوفازیت ائوزینوفیلیک

- ✓ اپی تلیوم مری دارای انفیلتراسیون با ائوزینوفیلها است که ≤ 15 سلول در میدان قوی میکروسکوپی (high power field) است.
- ✓ اغلب پسر هستند و متوسط سن آنها ۷ سال است.

علائم آزمایشگاهی:

- ✓ ائوزینوفیلی و \uparrow IgE
- ✓ اندوسکوپی: نمای گرانولر / شیاردار / حلقه‌دار / اگزوداتیو / تنگی وجود دارد.

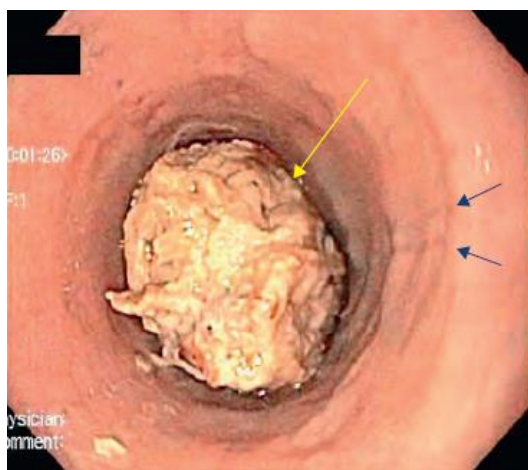


Fig. 350.1 Endoscopic visualization of esophageal food impaction (yellow arrow) and mucosal rings (blue arrows).



Fig. 350.2 Endoscopic image of eosinophilic esophagitis with characteristic mucosal appearance of furrowing and white specks.

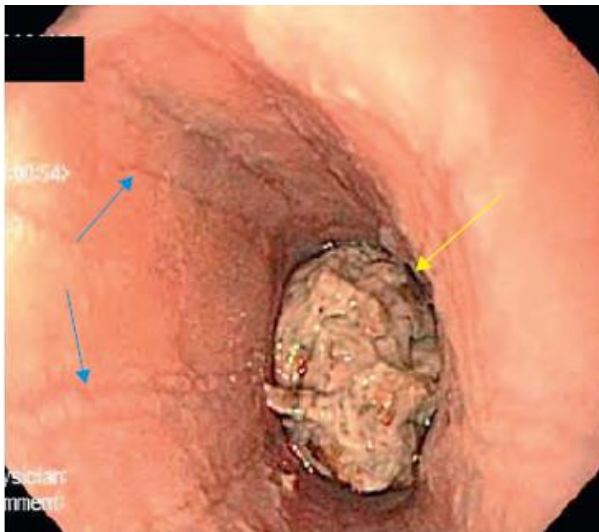


Fig. 350.3 Endoscopy photograph showing mucosal furrowing (*blue arrows*) characteristic of Eosinophilic esophagitis in a patient with food impaction (*yellow arrow*).

(۱) علائم کلی انسداد در نوزاد عبارتند از:

استفراغ/ اتساع شکم/ عدم دفع گاز و مدفوع/ درد متناوب که با استفراغ رفع می‌گردد.

(۲) علائم انسداد در قسمت بالای دستگاه گوارش:

استفراغ صفاوی/ مکرر/ حجیم \pm اتساع حجیم (large vol.)

(۳) علائم انسداد در قسمت پایین دستگاه گوارش:

اتساع کمتر می‌باشد (اتساع متوسط است) \leftarrow (mod)

هر دو نوع دیستال و پروگزیمال در نهایت منجر به عدم دفع گاز می‌شوند.

■ تشخیص انسداد مادرزادی روده قبل از تولد:

اولتراسونوگرافی روتین قبل از تولد می‌تواند پلی‌هیدرامنیوس را که اغلب با انسداد فوقانی روده همراه است تشخیص دهد که پس از تولد مایع معده آسپیره شده، حجم $< 15-10$ سی سی بخصوص اگر صفاوی باشد، به نفع انسداد پروگزیمال روده است.

تشخیص:

(۱) گرافی ساده: اولین اقدام تشخیصی است که در انسدادهای کامل، گرافی ساده شکم، دیستانسیون روده در قسمت پروگزیمال روده دیده می‌شود.

گرافی ایستاده و cross table سطوح مایع - هوا را در لوپ‌های متسع نشان می‌دهد.



سوال: شیرخوار ۹ ماهه‌ای بدون هیچ سابقه قبلی را به اورژانس آورده‌اند. او از صبح امروز دچار استفراغ‌های سبزرنگ شده و دفع نداشته است. در معاینه، بدحال و دهیدراته است اما، شکم متسع نیست. کدام یک از موارد زیر، تصویربرداری gold استاندارد تشخیصی است؟ (فوق تخصص ۹۹)

- الف) سونوگرافی داپلر عروق مزانتریک
- ب) رادیوگرافی دستگاه گوارش فوقانی
- ج) CT اسکن با ماده حاجب تزریقی
- د) باریوم انما

پاسخ: ب

سوال: نوزادی با استفراغ صفراوی و علائم انسداد حاد روده ارجاع داده شده است. کدام یک از روش‌های تشخیصی زیر بهترین و اولین انتخاب است؟ (فوق تخصصی ۹۷)

- الف) سونوگرافی شکم
- ب) رادیوگرافی دستگاه گوارش فوقانی
- ج) باریوم انما
- د) داپلر سونوگرافی

پاسخ: ب

۲) برای تشخیص انسداد پروگزیمال روده از بلع باریوم و برای موارد دیستال از انمای باریوم استفاده کنیم.
نکته: در سندرم ایلئوس مکنونیوم یا پلاک مکنونیوم، انما ممکن است نقش درمانی برای انسداد داشته باشد.

درمان:

اولین کار در درمان تثبیت و اصلاح آب و الکترولیت است.

۱) NGT ← درد و استفراغ را تسکین می‌دهد.

۲) در انفارکتوس مختنق (استرانگوله) ← شروع AB صورت می‌گیرد.

۳) در مواردی که اختناق قبل از انفارکت روده رخ داده است، باید بلافاصله جراحی گردد.

۴) درمان نگهدارنده ← اگر بهبود علائم بالینی در طی ۱۲-۲۴ ساعت آشکار نشود باید جراحی

صورت گیرد.

ایلئوس، چسبندگی، انواژیناسیون و انسداد قوس بسته

فصل ۳۵۹

Section 359

۳۵۹-۱: ایلئوس:

اشکال در پریستالتیسم روده بدون شواهد انسداد است.

علل: جراحی شکم / اختلالات متابولیک مثل اورمی / هیپرکلسمی / هایپوکالمی / هایپرمنیزیمی / اسیدوز
از علل دارویی مخدرها / وین کریستین و عوامل ضدحرکتی مثل لوپرولید طی گاستروانتریت را می‌توان
نام برد.

علائم: اتساع شکم / استفراغ

برخلاف انسداد مکانیکی که صداهای روده هیپرکینتیک است در ایلئوس حداقل است.

تشخیص: رادیوگرافی شکم ← سطوح متعدد مایع - هوا در سراسر شکم. در رادیوگرافی با ماده حاجب
عبور آهسته باریوم در لومن باز دیده می‌شود.

درمان:

(۱) دکمپرسیون با NGT (۹۳ teh)

(۲) اصلاح آب و الکترولیت

(۳) برای رفع ایلئوس بعد از جراحی از آنتاگونیست‌های محیطی انتخابی مثل متیل نالترکسان استفاده کنیم.

(۴) عوامل پروکینتیک مثل اریترومایسین روتین استفاده می‌شود.

نکته: ایلئوس پس از جراحی طی ۷۲ hr بهبود می‌یابد.

عوارض طولانی مدت آن عبارتند از:

نباروری در دختران، اختلال رشد، درد مزمن شکم و لگن.



۳۵۹-۲ چسبندگی‌ها:

- (۱) به دلیل باندهای فیبروزی است که نشانگر آسیب پریئون است.
علائم: درد شکم/ استفراغ/ یبوست
صدهای روده هیپراکتیو است و شکم مسطح است.
- (۲) رادیوگرافی ساده ← نمای انسداد را نشان می‌دهد.
در صورت وجود تب و لکوسیتوز، نکروز روده و پریتونیت مطرح است.

(۳) درمان:

- NGT
- آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف برای جراحی
- مداخله غیرجراحی قدغن است (کنترا اندیکه)

۳۵۹-۳ انواژیناسیون:

- (۱) سن شایع: ۵ ماهگی تا ۳ سالگی
- (۲) شایع‌ترین اورژانس شکم است (در کودکان زیر ۲ سال).
- (۳) بروز فصلی: بهار و پاییز در حداکثر است.
- (۴) ارتباط با عفونت ویروسی دارد. مثلاً GE، HSP
- (۵) خطر انواژیناسیون در شیرخواران ۱ ساله یا کوچکتر پس از دریافت واکسن روتاویروس ↑ می‌یابد.
- (۶) هر چه سن کودک بالا می‌رود احتمال lead point بیشتر است.
انواژیناسیون اغلب به صورت ایلئوکولیک است.

نوع ایلئوایلئال در موارد ذیل دیده می‌شود: که معمولاً خودش جا می‌رود. این حالت در کودکان کمتر از ۲ سال دیده می‌شود.

- (۱) بعد از عمل جراحی
- (۲) در هنوخ
- (۳) ایدیوپاتیک

(۱) نوع اولیه

(۲) نوع ثانویه

- زخم‌های اولیه اغلب با *H.pylori* همراهند.
- زخم‌های ثانویه به دلیل سپسیس، شوک یا یک ضایعه داخل جمجمه (cushing) یا پاسخ به سوختگی (curling) رخ می‌دهند. همچنین در اثر مصرف آسپرین یا NSAIDها رخ می‌دهند.
- حالات همراه با ازدیاد ترشح مثل زولینگر الیسون، سندرم روده کوتاه نیز باعث زخم ثانویه می‌شود.

Table 361.1 Etiologic Classification of Peptic Ulcers

- Positive for *Helicobacter pylori* infection
- Drug (NSAID)-induced
- *Helicobacter pylori* and NSAID-positive
- *H. pylori* and NSAID-negative*
- Acid hypersecretory state (Zollinger-Ellison syndrome)
- Anastomosis ulcer after subtotal gastric resection
- Tumors (cancer, lymphoma)
- Rare specific causes
- Crohn disease of the stomach or duodenum
- Eosinophilic gastroduodenitis
- Systemic mastocytosis
- Radiation damage
- Viral infections (cytomegalovirus or herpes simplex infection, particularly in immunocompromised patients)
- Colonization of stomach with *Helicobacter heilmannii*
- Severe systemic disease
- Cameron ulcer (gastric ulcer where a hiatal hernia passes through the diaphragmatic hiatus)
- True idiopathic ulcer



علائم بالینی:

- (۱) هماتمز یا ملنا
- (۲) درد اپی گاستر و تهوع
- (۳) سوء هضم، احساس سیری و درد شکم در ناحیه اپی گاستر
- (۴) در دوران نوزادی با سوراخ شدن معده تظاهر می‌یابد.

• نشانه‌های کلاسیک:

- (۴) درد اپی گاستر/ که با خوردن غذا تسکین می‌یابد.
 - (۵) گاهاً با خون قرمز روشن از رکتوم مراجعه می‌کنند.
 - (۶) استفراغ می‌تواند علامتی از انسداد خروجی معده باشد.
 - (۷) درد PUD در کودکان دردی مبهم یا ممتد است که می‌تواند چند دقیقه تا ساعت‌ها ادامه یابد.
- درد شبانه که کودک را از خواب بیدار می‌کند، شایع است.
- ✓ تشخیص: از وفاگودئونوسکوپي روش انتخابی تشخیصی است. همچنین بیوپسی برای بررسی هیستولوژیک و غربالگری برای *H.pylori* از مری، معده و دئودنوم گرفته شود.

اولسره‌های اولیه گاستریت *H.pylori*

نکته: راه انتقال *H.pylori* معلوم نیست ولی محتمل‌ترین راه انتقال ORAL-Fecal یا ORAL-ORAL است.

در تمام افراد \oplus *H.pylori* گاستریت مزمن فعال وجود دارد.

از سایر علائم *H.pylori* عبارتند از: درد شکم/ استفراغ/ آنمی فقر آهن مقاوم و تأخیر رشد، مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)/ کوتاهی قد/ پورپورای ترومبوسیتیک

✓ مواردی که *H.pylori* افراد را مستعد به آن می‌کند:

- (۱) زخم دئودنوم
- (۲) کانسر معده از جمله MALT و آدنوکارسینوم

تست‌های تشخیصی:

- تشخیص *H.pylori* به وسیله هیستولوژی با نشان دادن ارگانیزم در نمونه‌های بیوپسی است.

بیماری التهابی روده‌ها

فصل ۳۶۲

Section 362

در سه قسمت تقسیم‌بندی می‌شود: کرون (CD)، کولیت اولسرو (UC)، کولیت نامعین در دو گروه سنی تقسیم میشوند:

شروع زودرس:

(۱) در ۱۰-۲۰ سالگی

(۲) ۵۰-۸۰ سالگی

علل مختلفی در ایجاد آن دخالت می‌کنند:

* ژنتیک:

- نکته مهم اینکه بستگان بیمار کولیت اولسرو خطر بیشتری جهت ابتلاء به کولیت اولسرو در مقایسه با بیماری کرون دارند و بالعکس.
- خطر بروز IBD در بستگان بیمار مبتلا به کرون بیشتر از بیماران مبتلا به کولیت اولسرو است.
- دوقلوهای مونوزیگوت شانس بیشتری در مقایسه با دی‌زیگوت‌ها جهت ابتلاء به IBD دارند.
- اختلالات ژنتیکی که با IBD همراه است عبارتند از: ترنر، هرمانسکی پودلاک، بیماری GSD1b، و نقایص ایمنی.

نکته‌ای که بارها در امتحانات به آن اشاره شده است:

- آنتی‌بادی P-ANCA در ۷۰٪ بیماران مبتلا به کولیت اولسرو مثبت است.
- ASCA در حدود ۵۵ درصد بیماران کرون مثبت هستند.



* عوامل محیطی:

- میکروب‌های معده
- مهاجرت یا سکونت در کشورهای صنعتی
- افزایش استفاده از آنتی‌بیوتیک در سنین پایین‌تر
- افزایش میزان واکسیناسیون و مواجهه کمتر با میکروب در سنین پایین

نکته ۱۰۰ درصد امتحانی:

کشیدن سیگار برای UC اثر محافظتی دارد ولی جز ریسک فاکتورهای بیماری کرون است.

افتراق UC و کرون:

همکاران گرامی جدول ۲-۳۶۲ از مهمترین جداول هست و در امتحانات از آن سوال مطرح می‌شود.

FEATURE	CROHN DISEASE	ULCERATIVE COLITIS	FEATURE	CROHN DISEASE	ULCERATIVE COLITIS
Rectal bleeding	Sometimes	Common	Strictures	Common	Rare
Diarrhea, mucus, pus	Variable	Common	Fissures	Common	Rare
Abdominal pain	Common	Variable	Fistulas	Common	Rare
Abdominal mass	Common	Not present	Toxic megacolon	None	Present
Growth failure	Common	Variable	Sclerosing cholangitis	Less common	Present
Perianal disease	Common	Rare	Risk for intestinal cancers	Increased	Greatly increased
Rectal involvement	Occasional	Universal	Discontinuous (skip) lesions	Common	Not present
Pyoderma gangrenosum	Rare	Present	Transmural involvement	Common	Unusual
Erythema nodosum	Common	Less common	Crypt abscesses	Less common	Common
Mouth ulceration	Common	Rare	Granulomas	Common	None
Thrombosis	Less common	Present	Linear ulcerations	Uncommon	Common
Colonic disease	50-75%	100%	Perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibody-positive	<20%	70%
Ileal disease	Common	None except backwash ileitis			
Stomach-esophageal disease	More common	Chronic gastritis can be seen			

سوال: در پسر ۱۲ ساله با علائم کاهش وزن و اسهال مزمن و درد شکم که در معاینه کلابینگ دارد و ASCA خون

مثبت و کال پروتکتین مدفوع بالاتر از حد نرمال است مشاهده کدام یک محتمل‌تر است؟ (فوق تخصصی ۹۸)

(الف) سودوپولپ در کولونوسکوپی (ب) اولسر آفتوز در کولونوسکوپی

(ج) PCR سائتومگالوویروس در بیوپسی کولون (د) ضایعات گرانولوماتوز کازئیفیبه در بیوپسی کولون

پاسخ: ب