

بررسی فراوانی هلیکوباترپیلوری در نسج شقاق مقدی مزمن بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)

چکیده

هلیکوباترپیلوری به طور عمده در عمق ژل موکوسی که مخاط معده را می‌پوشاند و بین لایه موکوسی و سطوح رأسی ابی تلیوم مخاطی یافت می‌شود و با تولید آنزیم اوره‌آز باعث تولید آمونیاک و دی‌اکسید کربن از اوره و کاهش اسیدیتی معده و شروع یک واکنش التهابی می‌شود. پروتازها و فسفولیپازهای مترشحه از این باسیل نیز باعث تخریب لایه موکوسی می‌شوند. از طرفی شقاق مقدی هم یک نزد در آندورم می‌باشد، در حالی که علت ثابت شده‌ای که بتوان بیماری را به آن منسب کرد، برای آن پیدا نشده است. براساس فرضیه‌ای احتمالی همراهی هلیکوباترپیلوری با ضایعات لوله گوارش مانند آپاندیسیت و شقاق‌های مقدی که یک پروسه التهابی را طی می‌کنند، وجود دارد. در مطالعه حاضر جهت تعیین فراوانی هلیکوباترپیلوری در مبتلایان به شقاق مقدی بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) اقدام شده است. این مطالعه به صورت بررسی مقطعی(Cross sectional) بر روی کلیه بیماران مبتلا به شقاق مقدی، بستری در بخش جراحی بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) در سال ۸۲ انجام گرفته است. از بیماران یک نمونه خون برای آزمایش سرولوژی قبل از عمل جراحی و یک نمونه بیوپسی از ناحیه شقاق مقدی در حين عمل جراحی برای بررسی هیستوپاتولوژیک تهیه شد. جهت آنالیز اطلاعات به دست آمده از نرم افزار آماری SPSS 11.5 استفاده شده است. در مطالعه حاضر، تعداد ۹۸ بیمار مبتلا به شقاق مقدی که جهت درمان تحت عمل جراحی قرار گرفتند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. میانگین سنی افراد بررسی شده ۲۸/۱۴ سال با $SD=13/92$ بود. در $42/9\%$ از موارد بررسی شده، نتیجه آزمون سرولوژی آنتی‌بادی ضد هلیکوباترپیلوری منفی بود، در حالی که در $57/1\%$ نتیجه این آزمایش مثبت بود. در کلیه موارد(100%) بیوپسی انجام شده از نظر وجود هلیکوباترپیلوری در نمونه به دست آمده منفی بود. از نظر میانگین تعداد دفعات عود، بین افراد سرولوژی مثبت($5/0$ دفعه، $SD=0/5$) و منفی($23/0$ دفعه، $SD=0/75$) اختلاف معنی‌دار آماری با $Pvalue=.012$ به دست آمد. به نظر می‌رسد مثبت بودن سرولوژی افراد به عنوان یک ریسک فاکتور جهت عود شقاق مقدی مطرح باشد. در مطالعه انجام شده در هیچ یک از نمونه‌ها، هلیکوباترپیلوری یافت نشد و به نظر می‌رسد به احتمال زیاد هلیکوباترپیلوری در پاتوژن شقاق مقدی، نقش مستقیم و تعیین کننده‌ای نداشته باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱- هلیکوباترپیلوری ۲- شقاق مقدی ۳- بیوپسی ۴- سرولوژی

تاریخ دریافت: ۱۴/۹/۸۳، تاریخ پذیرش: ۱۴/۱۱/۸۳

این مقاله در پنجمین سمینار سالیانه دانشجویان علوم پزشکی کشور در مشهد، مهرماه ۱۳۸۳ ارائه شده است.

(I) استادیار جراحی عمومی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. (*مؤلف مسئول)

(II) پژوهش عمومی

(III) متخصص جراحی عمومی

مقدمه

صورت گرفته است.^(۱، ۲) از طرفی شفاق مقعدی هم، یک زخم در آندودرم می‌باشد که با علائمی مثل درد هنگام اجابت مزاج و دیدن خون روی مدفوع یا دستمال توالت شناخته می‌شود و با علای مثل عبور مدفوع سفت و یا اسهال‌های طولانی مدت که باعث تحریک مخاط موضع شده و یا به علت ایسکمی در سطح خلفی آنوس(شایع‌ترین محل شفاق) به علت خون‌رسانی کمتر آناتومیک در این ناحیه، مربوط دانسته شده است. در این افراد به نظر می‌رسد که فشار اسفنگر آنال بالاتر از افراد معمولی باشد، ولی مشخص نشده است که در افراد با فشار بالای اسفنگر، شفاق مقعدی بیشتر باشد.^(۳)

به هر حال یک علت ثابت شده‌ای که بتوان بیماری را به آن منتسب کرد، پیدا نشده است. بر این اساس فرضیه همراهی هلیکوباکتر پیلوری با بقیه ضایعات لوله گوارش مانند آپاندیسیت و شفاق‌های مقعدی که یک پروسه التهابی را طی می‌کند و علت مشخص شده‌ای برای آن‌ها یافت نشده است، جای بررسی دارد و بدین منظور تصمیم به انجام پژوهش حاضر جهت تعیین فراوانی هلیکوباکتر پیلوری در مبتلایان به شفاق مقعدی بستره در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، گرفته شد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت بررسی مقطعی(Cross Sectional) بر روی کلیه بیماران مبتلا به شفاق مقعدی بستره در بخش جراحی بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) در سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است. از زمان آغاز طرح، همه بیمارانی که به علت ابتلا به شفاق مقعدی در بخش جراحی بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) بستره شدند به شرط رضایت، وارد طرح شدند. سئوال‌های مربوطه در پرسش‌نامه تکمیل گردید و سپس یک نمونه خون جهت آزمایش سرولوژی گرفته شد و در حین عمل جراحی یک نمونه بیوپسی از بافت شفاق مقعدی تهیه گردید.

هلیکوباکتر پیلوری(Helicobacter Pylori)، یک باسیل کوتاه فنری شکل و میکروآئروفیلیک و گرم منفی است که به طور عمده در عمق ژل موکوسی که مخاط معده را می‌پوشاند و بین لایه موکوسی و سطوح رأسی اپیتلیوم مخاطی یافت می‌شود.^(۴) هلیکوباکتر پیلوری(HP) با تولید آنزیم اوره‌آز باعث تولید آمونیاک و دی‌اکسیدکربن از اوره و کاهش اسیدیته معده شده، که روی کلونیزاسیون باکتری اثر داشته و از طرفی باعث کوتاکسی نوتروفیل‌ها و مونوسیت‌ها و ترشح عامل فعال کننده پلاکتی و شروع یک واکنش التهابی می‌شود، همین طور پروتئازها و فسفولیپازهای تولید شده توسط این میکروارگانیسم نیز، باعث تخریب لایه موکوسی می‌شوند.^(۵)

رنگ‌آمیزی‌های اختصاصی هلیکوباکتر پیلوری وجود ژن سیتوتوكسیک و اثر سیتوتوكسیک مستقیم خود باکتری را در اپیتلیوم مخاط نشان می‌دهد که به طور بالقوه به وسیله تحریک پاسخ التهابی در مخاط و زیر مخاط سبب تخریب بافتی می‌شود.^(۶-۷) هلیکوباکتر پیلوری را در بسیاری از شرایط پاتولوژیک دستگاه گوارش دخیل می‌دانند.^(۸) سازمان جهانی بهداشت(WHO) اخیراً هلیکوباکتر پیلوری را به عنوان کارسینوژن مرحله ۱ در پاتوزن کارسینومای معده دسته‌بندی کرده است.^(۹) این باکتری را مرتبط با لنفوم سلول Low-grade B در رکتوم می‌دانند که با ریشه‌کنی و درمان هلیکوباکتر پیلوری بهبودی بافت شناختی کامل رخ می‌دهد.^(۱۰)

براساس میزان آنتی‌بادی IgG ضد هلیکوباکتر پیلوری در نمونه‌های سرمی ذخیره شده، می‌توان به وجود عفونت در شخص پی برد. این نکته بسیار حائز اهمیت است که وجود عفونت هلیکوباکتر پیلوری باعث افزایش خطر ابتلا به زخم دوازدهه و معده می‌شود.^(۱۱) مطالعات مختلفی در مورد رابطه هلیکوباکتر پیلوری با گلوكوم و نیز با ضایعات دستگاه گوارش مثل آپاندیسیت و کوله‌سیستیت

مورد(۱/۷٪) سابقه زخم پپتیک از انواع زخم معده وجود داشت.

از نظر تعداد دفعات عود به طور متوسط میانگین دفعات عود در افراد مورد بررسی ۰/۴۳ دفعه با SD=۰/۶۲ بود که کمترین دفعه عود صفر و بیشترین تعداد عود ۲ مرتبه بوده است؛ در حالی که ۵۰٪ افراد حداقل یک بار عود داشته‌اند. در افراد مورد بررسی ۶۳ نفر(۳/۶۴۵) در دفعه اول ابتلا به فیشر آنال تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و ۲۸ نفر(٪۲۸) ۱ بار عود داشته‌اند و در مرتبه دوم ابتلا، تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و ۷ نفر نیز(٪۱/۷) ۲ مرتبه عود داشتند و در مرتبه سوم تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند. در بررسی انجام شده، ۱۴ نفر از خانمهای(٪۲۲/۲) نتیجه آزمون سرولوژی ضد هلیکوباکتر پیلوری منفی داشتند؛ در حالی که ۴۹ نفر آنها(٪۷۷/۸) سرولوژی مثبت داشتند؛ در صورتی که در بین آقایان ۲۸ نفر(٪۸۰) سرولوژی منفی و تنها ۷ نفر(٪۲۰) سرولوژی مثبت بودند.

با توجه به نتایج فوق، از نظر نتیجه آزمون سرولوژی آنتی‌بادی ضد هلیکوباکتر پیلوری در بین دو جنس مؤنث و مذکر اختلاف آماری معنی‌دار با $Pvalue<0/001$ وجود داشت. از نظر میانگین سنی بین دو جنس مؤنث و مذکر اختلاف آماری معنی‌دار با $Pvalue=0/011$ به دست آمد که میانگین سنی افراد مؤنث ۳۶/۳۳ سال با SD=۱۵/۱۰۹ و میانگین سنی افراد مذکر ۴۱/۴ سال با SD=۱۰/۹۵ بود. اما از نظر دفعات عود بین دو جنس اختلاف آماری معنی‌دار به دست نیامد. به این صورت که میانگین دفعات عود در افراد مؤنث ۰/۴۴ دفعه با SD=۰/۵۰۱ و میانگین فوق در افراد مذکر ۰/۰ دفعه با SD=۰/۸۱۲ بود.

در ۳۵ مورد(٪۳/۸۳) کسانی که دارای سرولوژی منفی بودند، سابقه زخم پپتیک وجود نداشت اما در ۷ مورد(٪۷/۱۶) سابقه زخم پپتیک وجود داشت. در حالی که در تمامی ۵۶ موردی که آزمایش سرولوژی مثبت داشتند هیچ

نمونه‌های خون جهت بررسی وجود IgG ضد هلیکوباکتر پیلوری، برای کاهش احتمال بروز تورش فرد مشاهده‌گر و تورش ناشی از وسایل آزمایشگاهی به یک آزمایشگاه واحد فرستاده شدند و توسط یک فرد مجرب آزمایش شدند. مقدار آنتی‌بادی IgG علیه هلیکوباکتر پیلوری بشرح زیر تفسیر شد.

در صورت مقدار تیتر آنتی‌بادی کمتر از ۰/۹ منفی و در صورت بیشتر بودن آن از ۱، مثبت در نظر گرفته شد. مقادیر بینابینی مشکوک در نظر گرفته شد. البته مقادیر فوق مناسب با کیت آزمایشگاهی مورد استفاده تغییر داده شده و برای این منظور با آزمایشگاه هماهنگی لازم به عمل آمد. نمونه‌های بیوپسی نیز به منظور ذکر شده، به وسیله یک پاتولوژیست مجبوب بررسی شد و نتایج حاصل در پرسشنامه مخصوص جمع‌آوری اطلاعات درج گردید.

جهت آنالیز اطلاعات به دست آمده از نرم‌افزار آماری SPSS 11.5 استفاده شده است. پژوهش گران در تمام مراحل تحقیق، اصول عهدنامه هاسینکی را رعایت نموده‌اند.

نتایج

در این مطالعه ۹۸ بیمار مبتلا به شفاق مقدی که جهت درمان عمل جراحی به مرکز آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم(ص) مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد ۶۳ نفر(٪۳/۶۴) زن و ۳۵ نفر(٪۷/۳۵) مرد بودند. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۲۸/۱۴ سال با SD=۱۲/۹۲ بود.

در افراد مورد بررسی در ۴۲ مورد(٪۹/۴۲) نتیجه آزمون سرولوژی آنتی‌بادی ضد هلیکوباکتر پیلوری منفی بود در حالی که ۵۶ مورد(٪۱/۵۷) نتیجه آزمایش مثبت داشتند. در کلیه موارد(٪۱۰۰) بیوپسی انجام شده از نظر وجود هلیکوباکتر پیلوری در نمونه به دست آمده منفی بود. در ۹۱ مورد(٪۹/۹۲) سابقه بیماری زخم پپتیک در افراد مورد بررسی وجود نداشت و تنها در ۷

میانگین سنی افراد دارای سابقه زخم پیتیک ۵۴ سال با $SD=6/5$ بود. در حالی که در گروهی که سابقه زخم پیتیک نداشتند میانگین سنی ۳۶/۹۲ سال با $SD=13/71$ بود که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار با $Pvalue=0/002$ بود. در گروهی که سابقه زخم پیتیک نداشتند میانگین دفعات عود ۰/۴۶ دفعه با $SD=0/628$ و در گروهی که سابقه زخم پیتیک داشتند، میانگین دفعات عود صفر دفعه بود. که این مورد اختلاف هم از نظر آماری معنی‌دار با $Pvalue=0/015$ بود. در انتها بین دو متغیر سن و دفعات عود ارتباط آماری معنی‌دار با $Pvalue=0/002$ و $r=0/307$ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

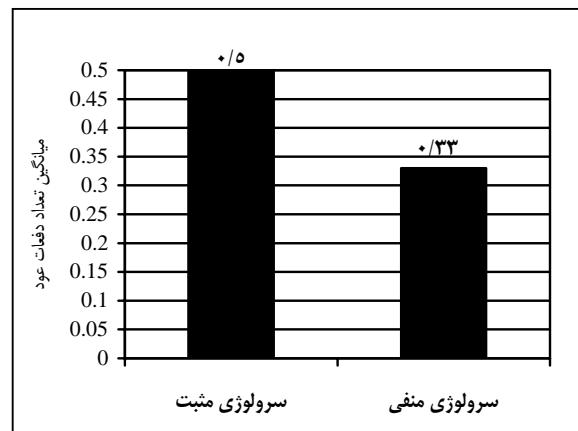
در مطالعه حاضر، ۹۸ بیمار مبتلا به شفاق مقعدی که جهت درمان جراحی شفاق مقعدی مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند و جهت بررسی احتمال وجود ارتباط و یا دخالت هلیکوباکتر پیلوری در پاتوژنی بروز شفاق مقعدی، صورت گرفته است.

۶۴/۳٪ افراد بررسی شده زن و ۷/۳۵٪ مرد بودند که در جای خود غالب توجه می‌باشد. تمامی افراد مورد بررسی جهت درمان فیشر آنال تحت عمل اسفنکتروتومی جانی قرار گرفته‌اند که مطابق بررسی متون انجام شده درمان اصلی این بیماری، استفاده از مواد شل کننده مدفوع و غذای پر حجم یعنی در حقیقت درمان مديکال می‌باشد. حتی عودهای این بیماری نیز به این درمان‌ها پاسخ می‌دهد و تنها تعداد کمی به عمل جراحی نیاز دارند. درمان خط اول جراحی شفاق مقعدی اسفنکتروتومی جانی - خلفی می‌باشد.^(۱) در مطالعه حاضر نیز تمامی افراد تحت عمل اسفنکتروتومی جانی قرار گرفته‌اند.

در افراد مورد بررسی ۴۲/۹٪ از نظر آنتی بادی ضد هلیکوباکتر پیلوری نمونه سرولوژی منفی داشتند و در ۱/۵۷٪ موارد سرولوژی‌ها مثبت بودند. در ۲ مطالعه

گونه سابقه زخم پیتیک وجود نداشت. به این ترتیب در بین دو گروه دارای آزمون سرولوژی مثبت و منفی از نظر وجود سابقه زخم پیتیک، اختلاف آماری معنی‌دار با $Pvalue=0/002$ وجود داشت.

تمامی ۶۳ خانمی که تحت بررسی قرار گرفتند، هیچ گونه سابقه زخم پیتیکی را ذکر نمی‌کردند. در حالی که ۲۸ نفر (۸/۰٪) از افراد مذکور از نظر وجود سابقه زخم پیتیک منفی بودند، ۷ نفر از آن‌ها (۲٪) سابقه زخم پیتیک را ذکر کردند و از نظر وجود زخم پیتیک بین دو جنس زن و مرد، اختلاف آماری معنی‌دار با $Pvalue<0/001$ وجود داشت. در کسانی که نتیجه آزمایش سرولوژی منفی بود، میانگین سنی ۳۷/۶۷ سال با $SD=12/43$ میانگین دفعات عود ۰/۲۲ دفعه با $SD=0/75$ داشتند، در حالی که در کسانی که نتیجه آزمایش سرولوژی مثبت بود، میانگین سنی برابر ۳۸/۵ سال با $SD=15/05$ و میانگین دفعات عود ۰/۵۰ دفعه با $SD=0/50$ بود. بین دو گروه (سرولوژی مثبت و منفی) از نظر میانگین سنی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت اما از نظر تعداد دفعات عود اختلاف معنی‌دار آماری با $Pvalue=0/012$ به دست آمد (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱- میانگین تعداد دفعات عود در بیماران مبتلا به شفاق مقعدی بستری شده در بیمارستان حضرت رسول(ص) در سال ۱۳۸۲ جهت درمان جراحی برحسب نتیجه سرولوژی

بیماری ممکن است براساس عوامل اتیولوژیک مختلف متفاوت باشد و در مطالعه، اختلال ایجاد کند که بدین ترتیب می‌باشد این موضوع را در سایر تحقیق‌ها در نظر داشت. در این مطالعه فراوانی وجود سرولوژی مثبت و منفی در بین دو جنس مونث و مذکر اختلاف آماری معنی‌داری داشت که این نتیجه جالب می‌باشد زیرا عنوان می‌شود که عفونت هلیکوباکتر پیلوری در افراد مذکر بیشتر می‌باشد.^(۱۴) و در مطالعه حاضر نیز همین نتیجه به دست آمده است (Pvalue < 0.001).

نکته جالب توجهی که در تحقیق کنونی به دست آمده است این است که تمامی کسانی که آزمایش سرولوژی مثبت داشته‌اند، هیچ گونه سابقه زخم پیتیک نداشته‌اند ولی در کلیه کسانی که سابقه زخم پیتیک و یا زمان مصاحبه چنین مشکلی داشته‌اند، آزمایش سرولوژی منفی بوده است. بنابراین با ضعیف دانستن احتمال اشتباه بودن نتیجه آزمایش‌های سرولوژی به نظر می‌رسد، هلیکوباکتر پیلوری در زخم پیتیک آن‌ها نقشی نداشته است و اتیولوژی آن‌ها مسائل دیگر دخیل در اولسر پیتیک بوده است. که در این مسئله، مذکر بودن تمامی افرادی که زخم پیتیک داشته‌اند بیشتر مطرح می‌شود البته با توجه به این مطلب که در این مطالعه وجود زخم پیتیک به طور علمی بررسی نشده است و تنها بر اساس اظهار بیماران بوده است، می‌باشد جهت اثبات یا رد نتیجه‌گیری فوق مطالعه دیگری با بررسی اندوسکوپیک زخم پیتیک بر روی این بیماران و بررسی عوامل دیگر دخیل در بروز زخم پیتیک انجام گیرد. نکته قابل توجه دیگر در مطالعه حاضر، این بود که بین دو گروه سرولوژی مثبت و منفی میانگین سنی، اختلاف آماری معنی‌داری نداشت و با توجه به این که شیوع ابتلا به هلیکوباکتر پیلوری در سنین مختلف بسیار متفاوت می‌باشد به صورتی که در سن ۶۰ سالگی ۵۰٪ افراد مبتلا به این باکتری می‌باشند اما در سن ۳۰ سالگی تنها ۲۵٪ مبتلا هستند^(۱۴) (این آمار مربوط به کشورهای توسعه یافته است)، انتظار می‌رود افراد سرولوژی منفی میانگین سنی کمتری داشته

مشابهی که جهت بررسی احتمال وجود ارتباط هلیکوباکتر با آپاندیسیت انجام شده است، میزان مثبت بودن سرولوژی افراد بررسی شده، ۳۳ تا ۳۹٪ بوده^(۲۰-۲۴) و در مطالعه کنونی، این مقدار ۵۷٪ بوده است. از آن جا که مثبت شدن این آزمایش بستگی به شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری در جامعه مورد بررسی دارد، به نظر می‌رسد این اختلاف به دست آمده ناشی از شیوع نسبتاً بالای هلیکوباکتر پیلوری در کشورهای در حال توسعه مثل کشور ما نسبت به کشورهای توسعه یافته باشد که در کشورهای توسعه یافته این میزان ۳۰٪ و در کشورهای در حال توسعه بیشتر از ۸۰٪ می‌باشد.^(۱۴)

در ۹۲/۹٪ از موارد بررسی شده، سابقه زخم پیتیک وجود نداشت در حالی که در ۷/۱٪ از موارد سابقه زخم پیتیک وجود داشت. بدین ترتیب به نظر می‌رسد در افراد مورد مطالعه بین دو بیماری زخم پیتیک و عفونت هلیکوباکتر پیلوری همراهی قابل توجهی وجود ندارد. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۲۸/۱۴ سال بود که ۷۵٪ افراد سنی کمتر از ۵۰ سال داشتند به این ترتیب با توجه به این که شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری با سن افراد مورد بررسی تغییر می‌کند.^(۱۴) حدود ۵۰٪ افراد ۶۰ ساله مبتلا به هلیکوباکتر پیلوری هستند در حالی که تنها ۲۵٪ افراد ۳۰ ساله مبتلا به آن هستند.^(۱۴) این عامل را می‌توان به عنوان یک عامل مداخله‌گر در فراوانی وجود زخم پیتیک و نیز نتایج آزمون سرولوژی ضد هلیکوباکتر پیلوری در نظر داشت.

از نظر تعداد دفعات عود، میانگین دفعات عود در افراد بررسی شده ۴۳/۰ دفعه بوده است که با توجه به $SD=0.62$ وجود حداقل یک مرتبه عود در بیشتر از ۵۰٪ افراد و این که ۶۴/۳٪ از افراد مورد عمل جراحی در دفعه اول تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند به نظر می‌رسد شدت این بیماری در افراد مورد بررسی زیاد بوده که حاضر به درمان دارویی و رژیم غذایی نشده‌اند و بدین ترتیب شاید بتوان چنین در نظر گرفت که شدت

منابع

- 1- Daly SS, Seymour A, Shwartz G. Schwartz principles of surgery. 7th ed. Newyork. McGraw-Hill, INC; 1999. P. 1265-83.
- 2- Paclidis TE, Atmatzidis KS, Papaziogas BT, Souparis A, Kouteidakis IM, Papaziogas B. Helicobacter pylori in patients undergoing appendectomy. Swiss Surg 2002; 8(3): 110-2.
- 3- Townsend courtney M. Sabiston textbook of surgery. 6th ed. Philadelphia. W.B.Saunders Company; 2001. P. 1032-45.
- 4- Kell MR, Winter DC, Ryan D, Lynch M, Brew B, Rajpal P, et al. Nitric oxide synthetas and helicobacter pylori in patients undergoing appendicectomy. Br J Surg 1999 Dec; 86(12): 1538-42.
- 5- Lee A. The helicobacter pylori genome new insights into pathogenesis & therapeutics. N Engl J Med 1998; 338: 832-3.
- 6- Harold S. Working party of the European helicobacter pylori study group. Technical annex: tests used to assess helicobacter pylori infection. Gut 1997; 41(suppl 2): 10-18.
- 7- Whiting JL, Hallisey MT, Fielding JW, Dunn J. Screening for gastric cancer by helicobacter pylori serology, a retrospective study. Br J Surg 1998; 85: 408-11.
- 8- Matsumoto T, Lida M, Shmizu M. Regression of mucosa associated lymphoid tissue lymphoma of rectum after eradication of helicobacter pylori. Lancet 1997; 350: 115-16.
- 9- Hsu PI, Lai KH, Tseng HH, Liu YG, Yen MY, Lin CK. Correlation of serum immunoglobulin G helicobacter pylori antibody titers with histologic endoscopic findings in patients with dyspepsia. J Clin Gastroenterol 1997; 25: 587-91.
- 10- Anderson AP, Elliott DA, Lawson M, Barland P, Hatcher VB, Puszkin EG. Growth & morphological transformations of helicobacter pylori in broth media. J Clin Microbiol 1997; 35: 2918-22.
- 11- Eliot H. Helicobacter pylori eradication had effect in control of Glucose. Arch Int Med. 2002; 44: 86-9.
- 12- هاشمی - ف، علمدار - ص. بررسی ارتباط بین کلیسیستیت مزمن با هلیکوباکتر پیلوئی در نمونه‌های جراحی شده کیسه صفراء. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۱، ۱۳۸۱، (۲۱): ۷-۲۲.

باشند که چنین نتیجه‌ای در مطالعه حاضر، به دست نیامده است.

در مطالعه‌ای که در یونان انجام شده است؛ چنین عنوان شده که درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوئی به همراه درمان ضد گلوكوم سبب بهبودی بیشتری نسبت به گروه دریافت کننده درمان ضد گلوكوم به تنها یک در پارامترهای فشار داخل چشمی و میدان بینایی شده است. به این ترتیب، شاید عفونت هلیکوباکتر پیلوئی به عنوان یک علت تشدید کننده بیماری گلوكوم باشد.^(۱۱)

در مطالعه کتونی نیز بین دو گروه دارای سرولوژی منفی و مثبت، از نظر میانگین تعداد دفعات عود، اختلاف آماری معنی داری به دست آمده است که در گروه سرولوژی منفی میانگین دفعات عود کمتر از افراد دارای سرولوژی مثبت بود. به این ترتیب به نظر می‌رسد مثبت بودن سرولوژی افراد به عنوان یک ریسک فاکتور جهت عود شفاق مقعدی مطرح باشد.

از نتایج به دست آمده وجود اختلاف معنی دار بین میانگین سنی در افراد دارای سابقه زخم پیتیک و آن‌هایی که چنین سابقه‌ای نداشته‌اند می‌باشد به طوری که افرادی که چنین سابقه‌ای داشته‌اند مسن‌تر از افراد بدون این سابقه می‌باشند و با توجه به مطالعه عنوان شده چنین نتیجه‌ای قابل انتظار بوده است.

در مطالعه حاضر، در هیچ یک از نمونه‌ها، باکتری هلیکوباکتر پیلوئی یافته نشد و مانند ۲ مطالعه دیگری که احتمال وجود ارتباط بین هلیکوباکتر پیلوئی با آپاندیسیت حاد و ۳ مطالعه‌ای که احتمال وجود ارتباط باکتری فوق با کوله‌سیستیت مزمن را بررسی کرده بودند،^{(۱۲)، (۱۳)} و احتمال وجود چنین رابطه‌ای را رد کرده بودند، می‌توان به این نتیجه رسید که به احتمال زیاد هلیکوباکتر پیلوئی در پاتوژنز شفاق مقعدی، نقش مستقیم و تعیین کننده‌ای ندارد. اما براساس مسائل تئوریک مطرح شده پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای در سطح وسیع‌تر و با حجم نمونه مناسب و با روش‌های آزمایشگاهی بسیار دقیق مثل PCR در این زمینه طراحی و انجام گردد.

13- Townsend Courtney M. Essentials of surgery. 5th ed, Philadelphia. W.B.Saunders Company; 2001. P. 572-9.

14- Braunwald E, Hauser S, Fauci A, Longo D, Kasper D, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: Mc Graw-Hill companies; 2001. P. 1649-65.

Study on the Frequency of Helicobacter Pylori in Patients with Anal Fissure Admitted to Rasoul-e-Akram Hospital

/ //
 ***M. Khavanin Zadeh, MD** **M. Yadollah Zadeh, MD**
 // ///
M. Hossein Nejad Yazdi, MD **S. Sotoudeh Nia, MD**

Abstract

Helicobacter pylori is often found under the mucosa (over the gastric mucosa) and between mucosal layer and apical surface of mucosal epithelium. It produces urease enzyme which produces ammonium and carbon dioxide to cause reduction in pH of stomach, which has some effects on bacterial colonization and chemotaxis of neutrophils, monocytes and platelet activator factors and it starts an inflammatory reaction. Secreted proteases and phospholipases of this bacillus cause endodermal ulcer without any evident reason. On the basis of hypothesis, there is a probable association between helicobacter pylori and epithelial lesions of gastrointestinal tract such as appendicitis and anal fissure which both have an inflammatory process. The present cross-sectional study, which aimed to assess this association, was conducted on 98 patients with anal fissure admitted to surgery ward of Rasoul-e-Akram Hospital during 2003. Patients' mean age was 38.14(SD=13.92) years. A blood sample was taken from patients before surgery for serology test and a biopsy sample from anal fissure for histopathologic assessment during surgery. Data were analyzed by SPSS 11.5 software. Results of serologic tests for anti helicobacter pylori antibody were negative in 42.9% while it was positive in 57.1%. All the biopsies were negative for the presence of helicobacter pylori. There was a significant difference($P=0.012$) between recurrence rates in seropositive cases with (0.5 times SD=0.5) and seronegative cases(0.33 times with SD=0.75). In this study, helicobacter pylori was not detected in any of specimens; therefore, it is thought that helicobacter pylori does not have any direct role in the pathogenesis of anal fissure.

Key Words: 1) **Helicobacter Pylori** 2) **Anal Fissure** 3) **Biopsy**

4) Serology

The present article was presented in the 5th Annual Seminar of Medical Students(Mashhad, 2003)
I) Assistant Professor of General Surgery. Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) General Practitioner.

III) General Surgeon.