

## Report of a Case

### Chronic Constipation in the Patient with Celiac Disease

Yousef Bafandeh<sup>1</sup>, Reza Rezazadeh<sup>1</sup>, Ali Ghavidel<sup>1</sup>, Majid Moghadaszadeh<sup>2\*</sup>, Amir Taher Eftekharsadat<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Gastroenterology, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>3</sup>Department of Pathology, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received: 28 Nov, 2012

Accepted: 2 Jan, 2013

#### Abstract

Celiac or gluten enteropathy is a common disease of western and eastern communities which has a broad spectrum of clinical manifestations that varies from an asymptomatic person to a typical malabsorption with chronic diarrhea. If physicians are not familiar with this wide spectrum of the disease presentation because of lack of appropriate laboratory test diagnosis of the disease could delay. Here we reported 27 years old woman with a chief complaint of worsening chronic constipation in recent months. Further studies diagnosed the patient as a case of celiac disease and with receiving the treatment the majority of symptoms were controlled.

**Keywords:** Celiac, Constipation, Iron deficiency anemia

\*Corresponding author:

**E-mail:** m\_moghadaszadeh@hotmail.com

## گزارش موردی

### بیمار مبتلا به سلیاک با بیوست مزمن: معرفی یک مورد

**یوسف بافنده:** گروه بیماری‌های گوارشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
**رضا رضا زاده:** گروه بیماری‌های گوارشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
**علی قویدل:** گروه بیماری‌های گوارشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
**مجید مقدس زاده:** گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: m\_moghadaszadeh@hotmail.com

امیر طاهر افتخار سادات: گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۹۱/۹/۸ پذیرش: ۹۱/۱۰/۱۳

### چکیده

بیماری سلیاک یا اتروپاتی گلوتن در جوامع غربی و شرقی بیماری شایعی می‌باشد. این بیماری از لحاظ علائم بالینی دارای طیف وسیعی است، بطوری که از افراد بدون علامت تا یک سندرم سوء جذب تیبیک با اسهال مزمن را در بر می‌گیرد. در گذشته به علت عدم آگاهی پزشکان در مورد این بیماری و از طرفی نبود آزمایشات تشخیصی با حساسیت و ویژگی بالا، تشخیص بیماری اغلب با تأخیر صورت می‌گرفت و بیشتر بیماران در مرحله سوء جذب شدید تشخیص داده می‌شدند. بیمار مورد معرفی خانم ۲۷ ساله که بجای اسهال (شایع‌ترین علامت سلیاک) از بیوست مزمن همراه با تشدید آن در چند ماه اخیر قبل از بستری شاکی بود. در بررسی‌های تکمیلی بیماری سلیاک برای وی به اثبات رسیده و بعد از درمان بسیاری از علائم بیمار از جمله بیوست کنترل گردید.

**کلید واژه‌ها:** آنمی فقر آهن، سلیاک، بیوست

### مقدمه

بر خلاف تصور، بیماری سلیاک یا اتروپاتی گلوتن در جوامع غربی و شرقی بیماری شایعی می‌باشد که از لحاظ علائم بالینی دارای طیف وسیعی بوده، بطوریکه از افراد بدون علامت تا یک سندرم سوء جذب تیبیک با اسهال مزمن را در بر می‌گیرد (۱). در گذشته به علت عدم آگاهی پزشکان در مورد این بیماری و از طرفی نبود آزمایشات تشخیصی با حساسیت و ویژگی بالا، تشخیص بیماری اغلب با تأخیر صورت می‌گرفت و بیماری بیشتر در مرحله سوء جذب شدید تشخیص داده می‌شد (۲). در سالیان اخیر، آگاهی بیشتر پزشکان و پیشرفت‌های حاصله در زمینه تست‌های تشخیصی این بیماری، باعث شده که اغلب بیماران با تابلوی غیر تیبیک و غیر اختصاصی بیماری و در مراحل اولیه تشخیص داده شوند (۳). در حال حاضر از تست‌های سرولوژیک که برای غربالگری این بیماری استفاده می‌شود و حساسیت و ویژگی بالایی ۹۵ درصد را دارند، می‌توان به (Anti EMA (IgA و Anti TTG (IgA اشاره کرد که در صورت مثبت بودن، برای قطعیت تشخیص و برای دیدن نمای کاراکتریستیک آن بیوپسی از قسمت دوم دئودنوم انجام می‌گیرد (۴).

### گزارش مورد

بیمار مورد معرفی خانم ۲۷ ساله با شکایت بیوست مزمن که با تشدید آن در چند ماه اخیر قبل از مراجعه، در بخش گوارش بیمارستان امام رضا (ع) تبریز بستری شدند. ایشان بیوست را از ۱۵ سال قبل، بصورت اجابت مزاج هفته ای دو بار ذکر می‌کردند. مشکلات نامبرده در طی سه ماه قبل از بستری تشدید پیدا کرده بود که تقریباً در ۱۵ روز یکبار و به کمک ملین اجابت مزاج بصورت مدفوع سفت و تکه ای و با زور زدن زیاد داشتند. در سابقه قبلی بیمار چندین نوبت بستری در دوران کودکی با همین شکایت وجود دارد. همچنین کاهش وزن ۱۳ کیلوگرم در طی یک ماه قبل از بستری را داشته است. بیمار سابقه آنمی فقر آهن را نیز از چندین سال قبل ذکر می‌کرد که بارها برای حل مشکل قرص آهن و اسید فولیک مصرف کرده بود. در شرح حال اخذ شده از بیمار هیچ علامت همراه دیگری بجز درد در قسمت تحتانی و راست شکم وجود نداشت. همچنین نامبرده از آفت‌های دهانی تکرار شونده شاکی بود. بیمار ما هرگونه مشکل زنان توجیه کننده آنمی از قبیل منوراژی و همچنین هیچ منشا شناخته شده دیگر برای دفع خون مزمن را نداشتند. ایشان سابقه مصرف داروی

نمونه‌های پاتولوژی کولون، ایلئوم و دئودنوم توسط یک پاتولوژیست مجرب در زمینه بیماری‌های گوارشی بررسی گردید که نمونه‌های مربوط به کولون و ایلئوم نرمال بوده، ولی نمونه گرفته شده از دئودنوم، کاراکتریستیک بیماری سلایک بود (Marsh score: 3C).

Colonic mucosa; colonoscopy biopsy: Mild melanosis coli  
 Ileal mucosa; endoscopic biopsy: No specific pathologic change  
 Duodenal mucosa; endoscopic biopsy: Celiac disease, Marsh score: 3C

در مرحله بعدی تست‌های سرولوژیک اختصاصی سلایک نیز برای بیمار انجام شد که با تیترا بالا مثبت بودند و در نهایت بیمار با تشخیص قطعی سلایک تحت درمان قرار گرفتند.

Tissue Transglutaminase Ab (IgA) ۱۷۴/۳ U/ml

(Positive > ۱۸)

Anti Endomysial Ab (IgG) ۴۵۸/۵ U/ml

(Positive > ۲۰)

اصلی‌ترین درمان انجام شده آموزش در مورد عدم استفاده از مواد غذایی حاوی گلوتن بود و در ضمن برای برطرف کردن کمبودهای ناشی از خود بیماری و رژیم سخت درمانی برای بیمار قرص آهن، اسید فولیک، مولتی ویتامین، کلسیم و ویتامین D تجویز شد. سه ماه بعد از درمان، بیمار رضایت نسبی از درمان را داشته، آنمی فقر آهن بیمار و کمبود ویتامین‌ها برطرف شده بود. آخرین هموگلوبین بیمار ۱۳/۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بود. وضعیت کارکردی روده بیمار نسبتاً بهتر شده بود ولی بیمار هنوز مختصری از دردهای ناحیه تحتانی شکم که نسبت به قبل خیلی کمتر شده بود، را داشتند.

## بحث

همانطور که می‌دانیم، شاه علامت بیماری سلایک اسهال مزمن آبکی می‌باشد که در صورت طول کشیدن مدت بیماری و عدم تشخیص به موقع، علائم سوء جذب هم به تابلوی بالینی بیمار اضافه می‌گردد (۵، ۶). بیمار مورد معرفی نه تنها اسهال نداشت، بلکه با یبوست مزمن مراجعه کرده بود. با افزایش آگاهی پزشکان و پیشرفت‌های حاصله در تشخیص، تعداد بیمارانی که با علائم آتیپیک مانند استئوپروز بدون علت، آنمی فقر آهن بدن علت، آفت‌های تکرار شونده در دهان، نفخ‌های شدید شکمی و در برخی موارد تست‌های غیرطبیعی عملکرد کبدی و قبل از کامل شدن تابلوی تیپیک سلایک، به تشخیص می‌رسند، رو به افزایش است (۷). در بین تظاهرات غیرمعمول سلایک، یبوست جزء نادرترین آنها بوده و بیشتر در کودکان گزارش شده است. وجود این علامت بندرت ذهن پزشک را به سمت این بیماری سوق می‌دهد (۸). بیمار مورد بحث نیز، از دوران کودکی یبوست متناوب را ذکر می‌کرد که در مراحل بعدی آنمی فقر آهن به تابلوی بیماری اضافه شده است. اگر در آن مرحله علل آنمی بیمار بررسی می‌شد، احتمالاً زودتر به تشخیص قطعی می‌رسید. بعبارتی دیگر در

خاصی را نداشته و در ۲ سال اخیر کارگر کارخانه شکلات سازی بودند. معاینه فیزیکی نامبرده از تمام جهات بجز وجود ملتحمه رنگ پریده، یافته غیرطبیعی نداشت. در معاینه شکم، تندرست واضح در RLQ را داشتند و شکم کاملاً نفاخ بنظر می‌رسید.

## یافته‌های آزمایشگاهی و تصویر برداری

در آزمایشات انجام شده و تست‌های سرولوژیک که برای بررسی علت یبوست تشدید شده بیمار انجام گردید، تنها آنمی فقر آهن نسبتاً شدید و هیپوکسمی مشاهده شد.

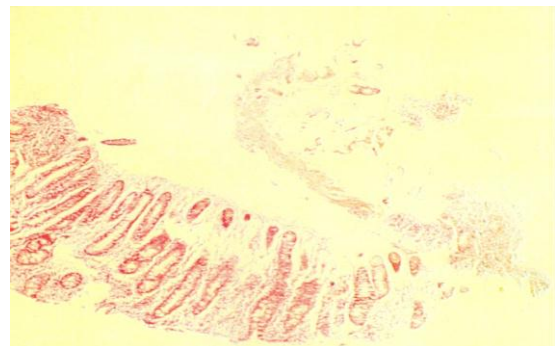
PTH=۲۶۴/۲ pg/ml (۹-۹۴)

Vitamin D3=۶/۱۰ ng/ml (Deficiency < ۱۰)

سونوگرافی کل شکم و لگن با فوکوس روی ناحیه RLQ نرمال بود. در سی تی اسکن شکم و لگن با کتراسست خوراکی و وریدی که برای بیمار انجام شد، اتساع تمام نواحی کولون بخصوص در ناحیه سیگموئید همراه با مختصری ضخامت افزایش یافته ایلئوم گزارش گردید. کولونوسکوپی که برای بررسی علت یبوست تشدید شده و درد Right Lower Quadrant, RLQ تا ناحیه ایلئوم انجام شد، نرمال بود. ترانزیت روده باریک انجام شده نیز یافته پاتولوژیک خاصی را گزارش نکرد. بعلت عدم توجیه علت آنمی و یبوست بیمار، برای بیمار با شک به بیماری سلایک با توجه به سابقه بیماری از دوران کودکی، آندوسکوپی فوقانی بعمل آمد که آتروفی واضح مخاط در ناحیه D<sub>2</sub> رویت گردید.



شکل ۱: نمای آندوسکوپییک قسمت دوم دئودنوم از جهت آتروفی واضح



شکل ۲: نمای پاتولوژیک مخاط قسمت دوم دئودنوم

یکسری علایم هشدار دهنده از جمله آنمی باشد، پزشکان در گوشه ذهن خود به فکر بیماری سلیاک نیز بوده و آن را جزء تشخیص های افتراقی خود قرار دهند چرا که تشخیص به موقع آن باعث کاهش هزینه های درمانی برای خود فرد و جامعه بوده و مانع از ایجاد عوارض ثانویه از قبیل لنفوم خواهد شد.

بیماران مبتلا به مشکلاتی در اجابت مزاج، وجود علایم هشدار دهنده از جمله آنمی نیاز به بررسی بیشتر را ایجاد می کند، همچنان که در این مورد آنمی بیمار باعث شد که تشخیص بیماری سلیاک داده شود. هدف از معرفی بیمار فوق، ذکر این نکته است که اگر فردی با یبوست مزمن مراجعه کرده که علت قابل توجهی نداشته و بخصوص از دوران کودکی شروع شده باشد، و همراه با

## References

1. Mereiles L, Li M, Loo D. Celiac disease and intestinal endocrine autoimmunity. *Immunoendocrinology* 2011; **359**: 2767-2777.
2. Rawal P. Changing spectrum of celiac disease in India. *Indian J Med Sci* 2010; **53**: 1374-1384.
3. Volta U, Granito A, Parisi C, Fabbri A. Deamidated gliadin peptide antibodies as a routine test for celiac disease. *Journal of Clinical Medicine* 2010; **28**: 1125-1140.
4. Larsen R, Buhl SB, Husby S, Qvist N. Questionnaire based case finding of celiac disease in population of 8 to 9 year old children. *Am Acad Pediatrics* 2010; **39**: 923-931.
5. Kamer B, Dolka E, Pyziak K. Food allergy as a cause of constipation in children in first three years of life-own observation. *Medycyna Wieku* 2011; **10**: 22-32.
6. Hwang HJ, Facio L, Lantorno G, Sugai E. Increased prevalence of celiac disease and positive markers of gluten sensitivity in patients with chronic constipation. *Gastroenterology* 2011; **75**: 351-358.
7. Mulak A, Waszczuk E. Anorectal function and visceral hypersensitivity in celiac disease. *Journal of Clinical Medicine* 2010; **65**: 45-48.
8. Leffler DA. Celiac disease and gastroesophageal disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2011; **15**: 51-56.