

# بررسی علل خونریزی گوارشی تحتانی در افراد زیر ۴۰ سال ارجاع شده به بخش اندوسکوپی بیمارستان شهید صدوقی یزد در سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲

محمود باغبانیان<sup>۱</sup>، حسن سلمان روغنی<sup>۲</sup>، محدثه مفیدی نایینی<sup>۳</sup>، محمد کاظم امیریگی<sup>۴</sup>، سعیده رضوانی نژاد<sup>۵</sup>، محسن آخوندی<sup>۶</sup>، حسنعلی واحدیان اردکانی<sup>۷\*</sup>

## چکیده

مقدمه: معمولا علل خونریزی گوارشی تحتانی در افراد جوان بیماری‌های خوش‌خیم ناحیه آنال می‌باشد ولی بیماری‌های جدی کولورکتال مثل کانسر کولورکتال و بیماری التهابی روده در افراد جوان نیز دیده می‌شود. هدف این مطالعه بررسی علل خونریزی گوارشی تحتانی در بیماران کمتر از ۴۰ سال بوده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر روی تمامی ۳۳۳ بیمار زیر ۴۰ سال مبتلا به خونریزی گوارشی تحتانی ارجاع شده به بیمارستان شهید صدوقی یزد بین سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲ که کولونوسکوپی شده‌اند انجام شد. اطلاعات با نرم افزار SPSS ۱۹ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: بیشتر بیماران مرد بودند (۵۷٪)، سن بیشتر آنها ۳۰ تا ۴۰ سال و شایع‌ترین شکایت بالینی هماتوزی (۴۹٪) بود. گزارش کولونوسکوپی در ۳۳٪ بیماران نرمال بود. شایع‌ترین علت خونریزی هموروئید (۱۷٪) و سایر علل خونریزی: بیماری التهابی روده (۱۵٪)، پولیپ (۹٪)، کولیت عفونی (۸٪)، فیشر آنال (۶٪)، سرطان کولون (۴٪)، زخم منفرد رکتوم (۴٪)، بیماری‌های عروقی (۲٪)، ضایعات آفتی (۱/۱٪)، دیورتیکولوز (۰/۶٪) و پروکتیت سلی (۰/۳٪) بود. وجود تعداد قابل توجهی از موارد بیماری التهابی روده و سرطان و وجود همزمان ضایعه ساده پری آنال با بیماری جدی کولون در ۷ بیمار از یافته‌های مهم این تحقیق بود.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین علت خونریزی گوارشی تحتانی در بیماران جوان زیر ۴۰ سال بیماری‌های ساده پری آنال مثل هموروئید می‌باشند، با این حال موارد قابل توجهی از بیماران ممکن است به بیماری‌های جدی کولورکتال مثل بیماری‌های التهابی روده و یا بدخیمی مبتلا باشند. به دلیل همزمانی بیماری‌های جدی کولون با ضایعات ساده پری آنال در برخی بیماران، برخورد دقیق و موشکافانه برای انجام به موقع کولونوسکوپی بسیار اهمیت دارد.

واژه‌های کلیدی: خونریزی گوارشی تحتانی، هموروئید، بیماری التهابی روده، پولیپ، سرطان کولون

۱،۲،۶- دانشیار گروه داخلی، دپارتمان گوارش، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۳،۵- محقق، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۴- استادیار گروه داخلی، دپارتمان گوارش، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۷- استادیار گروه داخلی، دپارتمان انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

\* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۳۵۳۸۲۲۴۰۰۷، پست الکترونیکی: drvahedian@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۶

## مقدمه

ای کاسته شده است (۱۴). واضح است که تشخیص زود هنگام این بیماری‌ها می‌تواند بر سیر و درمان بهینه آنها بسیار مؤثر باشد.

این مطالعه بر آن است تا علل خونریزی گوارشی تحتانی را در افراد زیر ۴۰ سال بررسی نماید تا در صورتی که بیماری‌های جدی درصد قابل توجهی از علل خونریزی گوارشی تحتانی را به خود اختصاص دادند؛ به انجام سریع تر اقدامات تشخیصی از قبیل کولونوسکوپی با تاکید بیشتری توجه شود.

## روش بررسی

در این مطالعه توصیفی گذشته نگر تمامی بیماران زیر ۴۰ سال که به دلیل بررسی خونریزی گوارشی تحتانی با تظاهراتی نظیر هماتوشری، دفع لخته از رکتوم، ملنا، آنمی فقر آهن و یا وجود خون مخفی در مدفوع به صورت سرپایی یا بستری در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ به بخش اندوسکوپی بیمارستان شهید صدوقی ارجاع داده شده‌اند مورد بررسی قرار گرفته‌اند. روش نمونه‌گیری: تمامی بیماران زیر چهل سال که در بازه زمانی فوق به دلیل خونریزی گوارشی تحتانی کولونوسکوپی شده‌اند وارد مطالعه شده‌اند و اطلاعات لازم از پرونده آنها استخراج شده است لازم به ذکر است که در بیماران مراجعه کننده با ملنا، آنمی و یا وجود خون مخفی در مدفوع ابتدا از سلامت قسمت فوقانی دستگاه گوارش به وسیله آندوسکوپی اطمینان حاصل شده است. اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل جنس، سن، علائم بالینی در پرسشنامه‌های تهیه شده ثبت شد. با انجام کولونوسکوپی در همه بیماران و بررسی پاتولوژی نمونه‌های بیوپسی کولون در بعضی از آنها، علت خونریزی تشخیص داده شده است. در نهایت اطلاعات جمع آوری شده با کمک نرم افزار SPSS ۱۹ تحت تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است. ملاحظات اخلاقی در طی مطالعه رعایت گردید.

## نتایج

در این مطالعه ۳۳۳ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. ۵۷٪ بیماران مرد و ۴۳٪ آنها زن بودند. ۹٪ بیماران زیر ۱۰ سال،

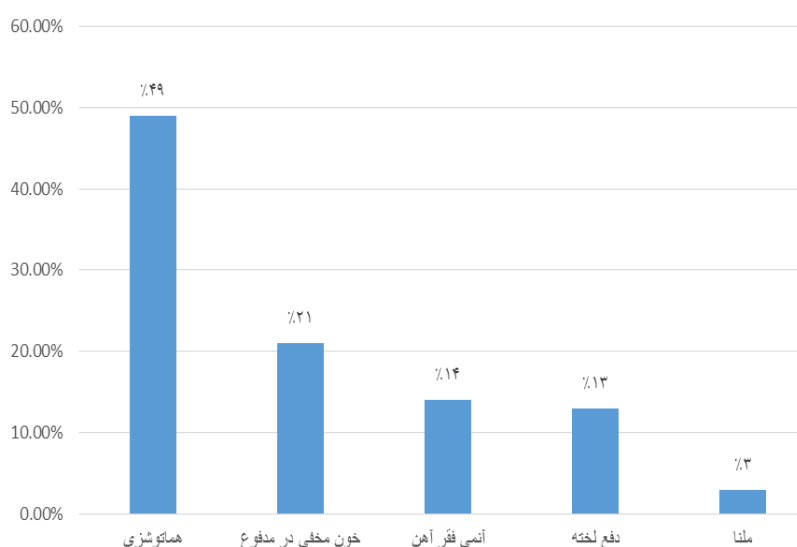
خونریزی گوارشی یکی از بیماری‌های مهم طب داخلی و جراحی است که در سال‌های اخیر با توجه به گسترش روشهای تشخیصی از قبیل اندوسکوپی و کولونوسکوپی و تشخیص سریع تر علت خونریزی و درمان آن، در میزان بروز و پیش آگهی آن تغییرات زیادی حاصل شده است به طوری که میزان مرگ و میر ناشی از آن بسیار کاهش یافته است (۳-۱). موارد قابل ملاحظه‌ای از خونریزیهای گوارشی مربوط به قسمت تحتانی دستگاه گوارش می‌باشد. این نوع خونریزی به صورت دفع خون روشن از مقعد، هماتوشری، ملنا و یا خون مخفی در مدفوع با یا بدون آنمی فقر آهن تظاهر می‌کند (۶-۳). گرفتن تاریخچه کامل و دقیق در مورد پیشرفت، ازمان، فرکانس، شدت و علائم همراه شامل اسهال، یبوست، درد شکم و... می‌تواند به تشخیص علت کمک شایانی نماید (۷).

بیشترین نگرانی در برخورد با خونریزی گوارشی تحتانی وجود بیماریهای جدی نظیر بدخیمی کولورکتال می‌باشد. خطر این بدخیمی‌های کولون و رکتوم در سنین بالای پنجاه سال بیشتر می‌شود به همین علت وقتی بیمار با سن بالاتر از پنجاه سال با خونریزی گوارشی تحتانی مراجعه می‌کند پزشک خود را موظف میداند تا با انجام کولونوسکوپی علت خونریزی بیمار را پیدا کند. با اینکه تعداد قابل توجهی از مراجعین با خونریزی گوارشی تحتانی را افراد جوان زیر ۴۰ سال تشکیل میدهند، این حساسیت در مورد بیماران جوان وجود ندارد. در هر صورت اگر چه خونریزی گوارشی تحتانی در این افراد جوان بیشتر به دنبال یک پدیده خوش خیم نظیر هموروئید رخ میدهد اما از سایر علل مهم نظیر بدخیمی کولون، پولیپها، بیماری التهابی روده، مشکلات عروقی روده و عفونتهای روده‌ای نمی‌توان غافل شد (۱۳-۸).

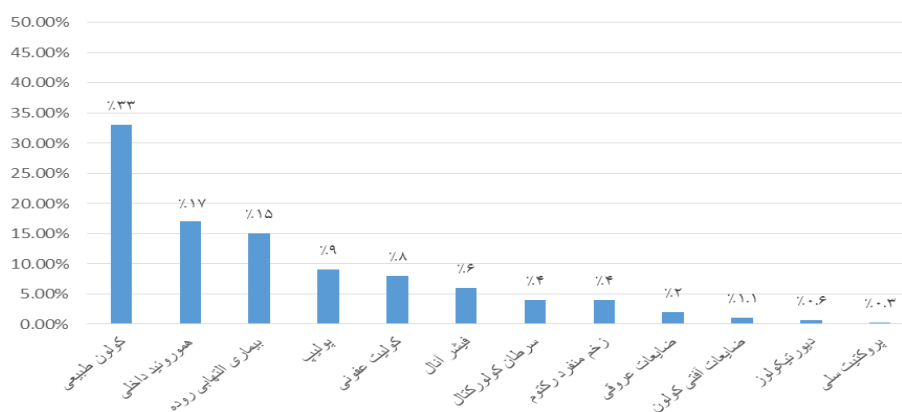
امروزه به طور فزاینده‌ای با این بیماریهای جدی در بیماران جوان مبتلا به خونریزی گوارشی تحتانی مواجهه می‌شویم. امروزه در برخی مطالعات مطرح شده که عامل اصلی رکتوراژی گرایش به سمت کانسر کولون، پولیپ و بیماری التهابی روده میباشد و از شیوع عللی نظیر دیورتیکولها و عفونتهای روده

بیماری التهابی روده (۱۵٪)، پولیپ (۹٪)، کولیت عفونی (۸٪)، فیشرآنال (۶٪)، سرطان کولورکتال (۴٪)، زخم منفرد رکتوم (۴٪)، بیماریهای عروقی (۲٪)، ضایعات آفتی (۱/۱٪)، دیورتیکولوز (۰/۱۶٪) و پروکتیت سلی (۰/۱۳٪). شایعترین علت خونریزی در سن زیر ۱۰ سال پولیپ، بین ۱۰ تا ۲۰ سال کولیت عفونی، بین ۲۰ تا ۳۰ سال بیماری التهابی روده و بین ۳۰ تا ۴۰ سال هموروئید بود (جدول ۱). شایعترین علامت بالینی در هر چهار گروه سنی هماتوئیدی بود.

۹٪ بین ۱۰ تا ۲۰ سال، ۳۲٪ آنها ۲۰ تا ۳۰ سال و ۵۰٪ آنها ۳۰ تا ۴۰ سال سن داشتند. همچنان که در نمودار ۱ آمده است تظاهر خونریزی گوارشی تحتانی در ۴۹٪ بیماران به صورت هماتوئیدی، ۱۳٪ آنها دفع لخته، ۲۱٪ آنها خون مخفی مدفوع، ۱۴٪ آنمی فقر آهن و ۳٪ ملنا بود. نتایج کولونوسکوپی و پاتولوژی بیماران در ۳۳٪ بیماران نرمال بود (نمودار ۲). شایع ترین علت خونریزی هموروئید داخلی (۱۷٪) بود و سایر علل به ترتیب شیوع عبارت بودند از:



نمودار ۱: تظاهر خونریزی گوارشی تحتانی در بیماران زیر چهار سال ارجاع شده به بخش اندوسکوپی بیمارستان شهید صدوقی یزد در سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲



نمودار ۲: یافته‌های پاتولوژی و کولونوسکوپی بیماران با خونریزی گوارشی تحتانی زیر چهار سال ارجاع شده به بخش اندوسکوپی بیمارستان شهید صدوقی یزد در سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲

جدول ۱: توزیع فراوانی علل خونریزی گوارشی تحتانی در در افراد زیر ۴۰ سال ارجاع شده به بخش اندوسکوپی بیمارستان شهید صدوقی یزد در سالهای ۱۳۹۲-

۱۳۹۱ بر حسب رده سنی

| علل خونریزی گوارشی  | گروه های سنی |         | زیر ۱۰ سال |         | ۱۰ تا ۲۰ سال |         | ۲۰ تا ۳۰ سال |         | ۳۰ تا ۴۰ سال |         |
|---------------------|--------------|---------|------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
|                     | درصد         | فراوانی | درصد       | فراوانی | درصد         | فراوانی | درصد         | فراوانی | درصد         | فراوانی |
| زخم منفرد رکتوم     | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۹٪       | ۳       | ۰/۱۶٪        | ۲       | ۲/۱٪         | ۷       | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| بدخیمی کولون        | ۰/۳٪         | ۱       | ۰/۱۶٪      | ۲       | ۰/۱۶٪        | ۲       | ۲/۷٪         | ۹       | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| بیماری التهابی روده | ۰/۱۶٪        | ۲       | ۱/۲٪       | ۴       | ۷/۵٪         | ۲۵      | ۶/۶٪         | ۲۲      | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| شقاق مقعد           | ۰/۳٪         | ۱       | ۰/۳٪       | ۱       | ۱/۲٪         | ۴       | ۴/۵٪         | ۱۵      | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| پولیپ               | ۲/۴٪         | ۸       | ۰/۳٪       | ۱       | ۲/۴٪         | ۸       | ۳/۹٪         | ۱۳      | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| دیورتیکولیت         | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۰٪       | ۰       | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۱۶٪        | ۲       | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| ضایعات آفتی         | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۱۶٪      | ۲       | ۰/۱٪         | ۱       | ۰/۳٪         | ۱       | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| هموروئید داخلی      | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۳٪       | ۱       | ۴/۸٪         | ۱۶      | ۱۲/۳٪        | ۴۱      | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| هموروئید خارجی      | ۰/۳٪         | ۱       | ۰/۰٪       | ۰       | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| کولونوسکوپی طبیعی   | ۲/۴٪         | ۸       | ۲/۴٪       | ۸       | ۱۲/۶٪        | ۴۲      | ۱۶/۵٪        | ۵۵      | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| ضایعات عروقی        | ۱/۲٪         | ۴       | ۰/۰٪       | ۰       | ۰/۳٪         | ۱       | ۰/۳٪         | ۱       | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| سل رکتوم            | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۰٪       | ۰       | ۰/۳٪         | ۱       | ۰/۰٪         | ۰       | ۰/۱۰٪        | ۰       |
| کولیت عفونی         | ۱/۸٪         | ۶       | ۲/۷٪       | ۹       | ۲/۱٪         | ۷       | ۱/۸٪         | ۶       | ۰/۱۰٪        | ۰       |

## بحث

هدف از این مطالعه بررسی بیماران زیر ۴۰ سال با شکایت خونریزی گوارشی تحتانی مراجعه کننده به بخش آندوسکوپی بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۹۲-۱۳۹۱ از نظر سن، جنس، علائم بالینی و علل خونریزی بوده است.

محدوده سنی بیماران بین ۱-۴۰ سال بود. بیماران به ۴ گروه سنی ۱۰-، ۲۰-، ۳۰-، ۴۰-، ۳۰- سال تقسیم شدند. بیشتر بیماران (۵۰٪) در گروه ۳۰-۴۰ سال بودند. در مطالعات قبلی فراوانی بیماران این گروه سنی حدود ۲۰/۵٪ و ۹٪ بوده است. (۹،۱۰) علت این اختلاف آن است که در این مطالعات در تمام رده های سنی بررسی شده اما در مطالعه حاضر فقط مربوط به افراد زیر ۴۰ سال است. اما به طور کلی پیک سنی ۴۰-۳۰ سال می تواند بیانگر این مطلب باشد که چون با افزایش سن احتمال بیماری هایی نظیر کانسر، بیماری التهابی روده و هموروئید بالاتر رفته احتمال خونریزی گوارشی تحتانی نیز در این گروه بالاتر بوده است.

۵۷٪ بیماران مرد و ۴۳٪ زن بودند که در مطالعات قبلی به ترتیب (۶۷/۹٪ و ۳۲/۱٪) (۹) و (۶۲٪ و ۳۸٪) (۱۰) افراد را مردان

خونریزی گوارشی معمولا به علت بیماری های داخلی یا جراحی مهمی ایجاد می شود که مداخلات تشخیصی و درمانی سریع و به موقع در آن ها در ادامه حیات بیماران می تواند بسیار مؤثر باشد.

به دلیل نگرانی درباره افزایش بیماری های بدخیم کولورکتال به عنوان علت خونریزی گوارشی تحتانی در سن بالا، بیشتر مطالعات در این زمینه روی افراد مسن انجام شده است. در صورتی که تعداد قابل توجهی از مراجعین با خونریزی گوارشی تحتانی را افراد جوان زیر ۴۰ سال تشکیل می دهند. از طرفی در مطالعات انجام شده شایع ترین علت خونریزی گوارشی تحتانی افراد جوان هموروئید ذکر شده است (۸). این در حالی است که به طور فزاینده ای با بیماران کمتر از ۴۰ سال روبرو می شویم که علت خونریزی گوارشی تحتانی در آنها بیماری های مهمی نظیر کانسرهای کولورکتال و بیماری التهابی روده می باشد و از آنجا که تشخیص و درمان به موقع این بیماری ها بسیار مهم و حیاتی است، لذا بر آن شدیم تا در این مطالعه فراوانی علل خونریزی گوارشی تحتانی را در افراد زیر ۴۰ سال به طور جامع بررسی نماییم.

سالگی می‌باشد، درصد شیوع بیماری التهابی روده در مطالعه ما بیشتر از دیگران شده است.

این اختلاف مهم و اساسی اهمیت انجام کولونوسکوپی در افراد جوان، به ویژه هنگامی که به صورت مزمن همراه با سایر علائم باشد، جهت بررسی بیماری التهابی روده را نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر پولیپ کولون به عنوان سومین علت شایع خونریزی گوارشی تحتانی افراد جوان، فراوانی حدود ۹٪ داشت که این آمار در مطالعات قبلی ۱۰٪ و ۲۲٪ بوده است (۹، ۱۰) علت این اختلاف به بالاتر بودن سن بیماران بررسی شده در مطالعات دیگر برمی‌گردد.

به همین دلیل که هر چه سن بالاتر می‌رود شیوع پولیپ کولون هم بیشتر می‌شود، بیشترین سن شیوع پولیپ در تحقیق ما ۴۰-۳۰ سال است.

اما شایان ذکر است که پولیپ‌ها در گروه سنی ۱۰-۰ سال شایعترین علت خونریزی گوارشی تحتانی را به خود اختصاص دادند (۸۱/۲۵٪) که در مطالعه دیگری که در همین زمینه در کودکان انجام شده بود با آمار ۳۲/۲٪ به همین نتیجه دست یافته بودند (۱۱). شاید این موضوع به دلیل این باشد که سایر پاتولوژی‌های مسبب خونریزی گوارشی تحتانی مثل بیماری التهابی روده در این گروه سنی شایع نمی‌باشند. کولیت عفونی با ۸٪ شیوع به عنوان چهارمین علت خونریزی گوارشی تحتانی مطرح شد، شایع‌ترین سن بروز این بیماری ۲۰-۱۰ سال می‌باشد (۱۴).

فیشر با شیوع ۶٪ در رده پنجم علل خونریزی گوارشی تحتانی می‌باشد، بیشترین شیوع فیشر در سن ۴۰-۳۰ سال بود (۸/۷۸٪) که این به دلیل افزایش شیوع یبوست با افزایش سن می‌باشد.

در این مطالعه بدخیمی کولون در ۴٪ بیماران عامل خونریزی گوارشی تحتانی بود. بیشتر این بیماران (۶۴/۳٪) بین ۳۰-۴۰ سال سن داشتند.

در مطالعات قبلی نیز ۳٪ کانسره‌های کولون قبل از ۴۰

و زنان تشکیل میدادند. همگی مؤید این مطلب هستند که شیوع خونریزی گوارشی تحتانی در مردان شایع‌تر از زنان می‌باشد.

توزیع فراوانی علائم بالینی بیماران نشان می‌دهد که ۴۹٪ (۱۶۵ نفر) بیماران با شکایت اولیه هماتوئوزی مراجعه کرده که از این تعداد ۶۱ نفر هماتوئوزی به تنهایی و ۱۰۴ نفر علاوه بر هماتوئوزی علائم دیگری نظیر درد، خروج توده، اسهال، دردشکم، یبوست نیز داشته‌اند. در مطالعات قبلی نیز هماتوئوزی آماری حدود ۹۲/۷٪ داشته و به عنوان شایع‌ترین شکایت بالینی مطرح شده است (۹).

در این تحقیق سایر شکایات مراجعین عبارت بود از: دفع لخته در ۱۳٪ موارد، وجود خون مخفی در ۲۱٪ موارد، آنمی فقر آهن در ۱۴٪ بیماران و ملنا در ۳٪ موارد.

کولونوسکوپی در ۳۳٪ بیماران طبیعی گزارش شده که می‌تواند ناشی از خونریزی در سطوح بالاتر یا تغییرات دینامیک هموروئید متعاقب خونریزی و یا خطای تشخیصی بیمار در بروز خونریزی باشد.

در این مطالعه هموروئید داخلی با ۱۷٪ شیوع شایع‌ترین عامل خونریزی گوارشی تحتانی بود. در مطالعات قبلی نیز هموروئید به عنوان شایع‌ترین علت، آماری حدود ۵۱/۸٪ و ۲۰/۳۴٪ داشته است (۸، ۹).

در مطالعه حاضر شایع‌ترین سن شیوع هموروئید داخلی ۳۰-۴۰ سالگی می‌باشد که با توجه به اینکه با افزایش سن، بیماری‌های همراه و مصرف داروها و در نتیجه یبوست افزایش می‌یابد، قابل توجه می‌باشد.

ولی بعد از هموروئید، بیماری التهابی روده با ۱۵٪ بیشترین شیوع را به خود اختصاص داد. این در حالیست که در مطالعات قبلی شیوع بیماری التهابی روده به عنوان علت خونریزی گوارشی تحتانی تنها ۵/۴٪ و ۲٪ گزارش شده است (۹-۱۷). شایع‌ترین سن وجود بیماری التهابی روده، ۲۰-۳۰ سالگی به دست آمد (۲۲/۹۴٪) که همخوان با سایر مطالعات می‌باشد.

از آنجا که ما فقط بیماران زیر ۴۰ سال را بررسی کرده‌ایم و بیشترین بروز و شیوع بیماری التهابی روده در سنین ۲۰-۳۰

۱ مورد گزارش شده است (۱۱). مورد قابل توجه در این تحقیق وجود یک مورد سل اولیه رکتوم، با علامت اولیه هماتوزی بود که طی کولونوسکوپی و بیوپسی کشف شد. این بیمار که اهل سیستان بلوچستان بود مبتلا به سل ریه نبود.

در ۷ نفر از بیماران دو پاتولوژی همزمان دیده شد؛ ۳ بیمار علاوه بر هموروئید داخلی پولیپ کولون هم داشتند، یک بیمار پولیپ همراه با فیشر مقعدی داشت، یک بیمار علاوه بر زخم منفرد رکتوم، به بیماری التهابی روده هم مبتلا بود، و یک بیمار نیز همزمان دچار فیشر مقعدی و کانسر کولون بود.

این موضوع نشان می‌دهد که در بیمار مراجعه کننده با خونریزی گوارشی تحتانی حتی فرد جوانی که به یک بیماری ساده پری آنال مبتلا می‌باشد باید دقت نمود تا بیماری‌های جدی کولون نظیر بیماری‌های التهابی روده و یا بدخیمی‌ها که ممکن است همزمان وجود داشته باشند مورد غفلت قرار نگیرند. برای این مقصود علاوه بر شرح حال و معاینه دقیق، لازم است تا رکتوسیگموئیدوسکوپی و یا کولونوسکوپی هم انجام شود.

#### نتیجه گیری

شایعترین علت خونریزی گوارشی تحتانی در بیماران جوان زیر ۴۰ سال بیماری‌های ساده و خوش‌خیم پری آنال مثل هموروئید و فیشر می‌باشند، با این حال موارد قابل ملاحظه‌ای از این افراد ممکن است به بیماری‌های جدی کولورکتال مثل بیماری‌های التهابی روده و یا بدخیمی مبتلا باشند که تشخیص زود هنگام آنها تاثیر اساسی در نتیجه درمان دارد. به دلیل همزمانی بیماری‌های جدی کولون با ضایعات ساده پری آنال در برخی بیماران، برخورد دقیق و موشکافانه برای انجام به موقع کولونوسکوپی بسیار اهمیت دارد.

#### سپاسگزاری

از خانم دکتر محدثه مفیدی نایینی که این تحقیق حاصل پایان نامه ایشان است سپاسگزاری می‌شود.

سالگی گزارش شده‌اند (۱۰). که با توجه به اینکه با افزایش سن احتمال بروز کانسر نیز افزایش می‌یابد این نتیجه قابل توجه است؛ اما نکته مهم و قابل تامل وجود ۱ مورد کانسر رکتوم در زمینه پولیپوز آدنوماتوز فامیلی (FAP) (Familial adenomatous polyposis) در یک کودک ۶ ساله بود که اهمیت موضوع غربالگری کانسر کولون در بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل FAP را حتی در کودکان دو چندان می‌کند.

در این تحقیق دو مورد کانسر کولون در سن ۱۰ تا ۲۰ سالگی و دو مورد کانسر کولون در سن ۲۰ تا ۳۰ سالگی یافت شد. این آمارها مؤید این مطلب است که بدخیمی کولون در سنین پایین نیز می‌تواند دیده شود و لذا پزشکان باید توجه ویژه‌ای به بدخیمی کولون چه در بیماران با بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل FAP، چه در سایر بیماران با شکایت خونریزی گوارشی تحتانی داشته باشند.

۴٪ بیماران به زخم منفرد رکتوم (Solitary rectal ulcer) مبتلا بودند، بیشترین شیوع این بیماری در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سالگی بود (۵۸/۳٪) که طبیعتاً به علت بیشتر بودن شیوع بیماری‌های روانپزشکی در این گروه سنی می‌باشد، تخلیه مکرر مدفوع با کمک انگشت و وسواس برای تمیز کردن مقعد پس از مدفوع کردن که بیشتر به زمینه اختلالات روانپزشکی بر می‌گردد عامل اساسی زخم منفرد رکتوم در این بیماران می‌باشد.

ضایعات عروقی در ۲٪ بیماران دیده شد بیشتر این بیماران (۶۶/۷٪) زیر ۱۰ سال سن داشتند، ضایعات آفتوئیدی در ۱/۱٪ بیماران و دیورتیکولوز در ۰/۶٪ بیماران دیده شد.

در این مطالعه ۲ مورد کودک زیر ۱۰ سال با تشخیص lymphoid nodular hyperplasia بودند که در مطالعات قبلی تنها

## References:

- 1- Ray-offor E, Elenwo SN. *Endoscopic Evaluation of Upper and Lower Gastro-Intestinal Bleeding* .Niger J surg 2015; 21(2): 106-10.
- 2- Eric P Trawick, Patric S Yachimski . *Management of non variceal upper Gastrointestinal tract hemorrhage*. World J Gastr 2012; 18(11): 1159-65
- 3- Olokoba AB, Obateru OA, Bojuwoye MO, Olatoke SA, Bolarinwa OA, Olokoba LB. *Indications and findings at colonoscopy in Ilorin, Nigeria*. Niger Med J 2013; 54(2): 111–14.
- 4- Zuckerman, Bachini TP, Birnbaum EH. *Massive hemorrhage in lower Gastrointestinal tract in adults: Diagnostic Imaging and intervention* . AJR 1993: 161(4); 703-711.
- 5- Geiger TM, Miedema BW, Geana MV, Thaler K, Rangnekar NJ, Cameron GT. *Improving rats for screening colonoscopy: Analysis of the health information national trends*. Surge End 2008: 22(2); 527-33.
- 6- Massey AC. *Differential Diagnosis and management of Iron deficiency Anemia*. Med Clin Am 1992; 76(3): 549-66.
- 7- Wyllie R. *Major symptoms and signs of digestive tract disorder*. In Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders 2004: 202.
- 8- Manning–Dimmitt LL, Dimmitt SG, Wilson GR. *Diagnosis of Gastrointestinal bleeding in Adult*. Am Fam Physiciam 2005: 71(7); 1339-45.
- 9- Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson J, Loscalzo J, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine, Chapter 284 Approach to the Patient with Gastrointestina* . New York, NY: McGraw-Hill; 2012.
- 10- Cheng TI. *Causes of rectal bleeding in children*. Pediatric rev 2001; 22(11): 394-5.
- 11- Kelli MB, Davis AR. *Colon Rectum and Anus*. In Brunicardi F C, Anderson D K, Biliar T R, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. *Shwarstz, s Principles of surgery*. 8<sup>th</sup> ed. New York :MC Grow Hill company 2005: 1055-119
- 12- Rolandelli RH ,Roslyn JJ .*Colon and rectum* .In :Townsend C M , Beachamp R D ,Evers B M , Mattox K I . *Sabiston Text book of surgery*. 16<sup>th</sup> ed. W Philadelphia: B Saunders Company 2001: 929-63.
- 13- Kim IT, Turnage RH. *Acute Gastrointestinal Hemorrhage*. Green field I J, Mulholland M W .Oldham KT, Zelenaoock GB, Lillemoe KD. *Surgery scientific principles and practice* .3th ed Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins 2001: 1144-58
- 14- Doboseru R, Drug V L, Azoicai D, Mitricai D, Mihai C, Tarasi I, et al. *The changing spectrum of lower gastrointestinal hemorrhages*. Rev Med Chir soc Med Nat Lasi 2004; 108: 90-3.
- 15- Moballeghi J, Emami H. *Etiology of lower gastrointestinal bleeding in patients hospitalized in Sanandaj Besat hospital in 1378*. J Kordestan uni med sci 2001; 19(5): 33-8. [Persion]

- 16- Askarpour S, Mashhadizadeh E, Sarmast Shoushtari M. *Five years evaluation of gastrointestinal bleeding in patients hospitalized in Ahvaz educational hospitals in 1999*. J Kordestan uni med sci 2006; 3-4. [Persian]
- 17- Rafii M, Jamei A. *Etiology of lower gastrointestinal bleeding in pediatric patients*. Iran J Ped 2005; 15(4): 367-72. [Persian]



## Etiology of Lower Gastrointestinal Bleeding in Patients Less than 40 Years Old, Yazd, Iran

Baghbanian Mahmud<sup>1</sup>, Mofidi Naiini Mohadese<sup>2</sup>, Salmanroghani Hasan<sup>3</sup>, Amirbeigy Mohammadkazem<sup>4</sup>, Rezvaninejad Saaideh<sup>5</sup>, Akhondi Mohsen<sup>6</sup>, Vahedian ardakani hassanali<sup>\*7</sup>

<sup>1,3,6</sup>Department of Gastroenterology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>2,5</sup>Department of Internal Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>4</sup>Department of Gastroenterology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>7</sup>Department of Internal Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 17 Dec 2013

Accepted: 4 Nov 2017

### Abstract

**Introduction:** Most common causes of lower gastrointestinal bleeding (LGIB) in young patients are benign perianal lesions, but serious colorectal disease may be underlying etiology in this group. The aim of this study was identification of LGIB etiologies in the patients under 40 years old.

**Materials:** In this retrospective descriptive study, which has been done during 2012-2013, 333 young patients (less than 40 years old) with lower GIB referred to Endoscopy Ward of Yazd Shahid Sadoughi Hospital assessed by colonoscopy with or without histopathology.

**Resultus:** In this study, 57% of patients were males. Majority of them were between 30-40 years old. The most common presentation was hematochezia (49%) and the most common cause was internal hemorrhoid (17%). Other causes included: inflammatory bowel disease (15%), polyp (9%), infectious colitis (8%), anal fissure (6%), colon cancer (4%), solitary rectal ulcer (4%), vascular lesion (2%), aphthus lesion (1.1%), diverticulosis (0.6%), anal tuberculosis (0.3%) and normal colon (33%).

Considerable number of our cases had inflammatory bowel disease and malignancy. Seven patients had serious disease and simple anal disease simultaneously.

**Conclusion:** Significant portion of LGIB in the patients less than 40 years old are due to serious colorectal disease. So, careful approach and appropriate timing for colonoscopy is recommended.

**Keywords:** Lower Gastrointestinal Bleeding, Hemorrhoid, Inflammatory Bowel Disease, Polyp, Colon Cancer

#### This paper should be cited as:

Baghbanian M, Mofidi N M, Salmanroghani H, Amirbeigy M, Rezvaninejad S, Akhondi M, Vahedian A H  
Etiology of Lower Gastrointestinal Bleeding in Patients Less than 40 Years Old, Yazd, Iran. J Shahid Sadoughi  
Uni Med Sci 2017; 25(9): 970-78.

\*Corresponding author: Tel: 03538224007, email: drvahedian@yahoo.com