

# پروتکل تشخیص و درمان بیماری سلیمان

بهار ۱۴۰۲

## **تدوین و تنظیم اولیه:**

**دکتر بیژن شهبازخانی** مسئول طرح ملی ثبت بیماری سلیاک پژوهشکده گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران  
**دکتر اسماعیل انصاری** پژوهشگر طرح ملی ثبت بیماری سلیاک پژوهشکده گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران  
**جناب آقای دکتر سیاری** رییس انجمن علمی گوارش و کبد کودکان  
**دکتر کامران باقری لنگرانی** دبیر بورد رشته فوق تخصصی بیماری های گوارش و کبد بالغین  
**دکتر فرزانه معتمد** جانشین دبیر بورد رشته فوق تخصصی گوارش کودکان  
**دکتر مسعود موحدی** دبیر بورد رشته فوق تخصصی آلرژی و ایمونولوژی بالینی  
**دکتر حسین زاده** دبیر بورد رشته علوم تغذیه

**مشاور:**

**دکتر ساناز بخشنده** رئیس گروه تدوین استاندارد و راهنماهای بالینی معاونت درمان

**تحت نظارت فنی:**

**دفتر ارزیابی فن آوری ، استانداردسازی و تعرفه سلامت**

**گروه تدوین استاندارد و تدوین راهنماهای سلامت**

## الف) مقدمه:

بیماری سلیاک نوعی بیماری خود ایمنی و ژنتیکی می‌باشد که بیماران به گلوتن، پروتئین موجود در گندم، جو و چاودار حساسیت دارند و با دریافت گلوتن بدن آن‌ها واکنش نشان داده و علائم گوارشی مثل دردهای تکرار شونده شکمی، نفخ، اسهال، یبوست و یا علائم خارج گوارشی مانند کاهش وزن، کم خونی، آفت‌های دهانی، سردرد، خستگی، تاخیر در قاعدگی و اختلال رشد در کودکان خواهند داشت. سن تشخیص در این بیماری متغیر است و ممکن است، در هر سنی خود را نشان دهد.

## ب) تعریف بیماری:

نوعی اختلال سیستمیک خود ایمنی می‌باشد که در اثر حساسیت به پروتئین موجود در گندم و جو و چاودار به نام گلوتن ایجاد می‌شود.

## ج) تشخیص بیماری:

تعدادی از علائم سلیاک شبیه به علائم بیماریهای دیگر مانند روده تحریک پذیر، کرون، کولیت، دیورتیکولوزیس، عفونتهای روده کوچک، سندرم خستگی مزمن و افسردگی است. تشخیص بیماری با مجموعه ارزیابی‌های بالینی، آزمایشگاهی و هیستولوژیکی صورت می‌گیرد. جهت تشخیص قطعی بیماران سه فاکتور ضروری است که شامل تست‌های سرولوژیک (آنتی گلوتامیناز، آنتی اندومیزال)، انجام آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی از **D1, D2** و تست ژنتیک (**DQ2-DQ8-HLA**) می‌باشند.

صرف مثبت بودن آزمایش غربالگری برای تشخیص سلیاک کفایت نمی‌کند و باید برای بیمار نمونه برداری از اثنی عشر انجام داد. این نمونه برداری باید شامل چهار نمونه از قسمت دوم اثنی عشر در محل‌های مختلف از بعد از آمپولا تا قسمت ابتدایی قسمت دوم اثنی عشر و دو نمونه از قسمت بولب باشد.

ترجیح اصلی برای تشخیص قطعی بیماری سلیاک، با نمونه برداری از اثنی عشر است اما اگر بیماری به انجام آندوسکوپی رضایت نداد، در صورتیکه تیترا **Anti Ttg/Ab Ig A** بیش از ده برابر نرمال بود و سرولوژی **Anti EM / Ab Ig A** هم مثبت

بود، بیمار را می‌توان به عنوان مبتلا به سلیاک در نظر گرفت.

استفاده از کپسول آندوسکوپی برای تشخیص سلیاک توصیه نمی‌شود.

در بیماران مبتلا به درماتیت هرپتیفورمیس در صورت مثبت شدن سرولوژی، بیوپسی از اثنی عشر الزامی نیست.

در برخورد با موارد مشکوک به این بیماری با دو دسته روبرو میشویم:

الف- کسانی که احتمال سلیاک در آنها کم است نظیر کسانی که صرفاً علائم غیر اختصاصی گوارشی مانند نفخ و اسهال گذرا دارند.

ب- گروهی که احتمال سلیاک در آنها بالاست شامل افرادی که با علائم سو جذب و اسهال مزمن و کاهش وزن بدون علت مراجعه کرده اند و نیز کسانی که علائم غیر اختصاصی گوارشی دارند ولی یکی از شرایط زیر دارند:

۱- بستگان درجه اول یا دوم بیماران سلیاکی هستند.

۲- بیماری دیابت نوع یک دارند.

۳- مبتلا به تیروئیدیت خود ایمنی هستند.

۴- دچار سندروم داون هستند.

۵- هموسیدروز ریوی دارند.

۶- کمبود **IgA**

۷- سندرم ترنر

در گروه اول انجام تست غربالگری **TTG** صحیح می باشد، از نوع **igaA** همراه با اندازه گیری سطح سرمی **igaA** تام برای

غربالگری کفایت میکند اما در گروه دوم لازم است در صورت منفی بودن تست غربالگری آزمایشهای تکمیلی به شرح مندرج در الگوریتم پیوست پروتکل را انجام داد.

غربالگری اولیه نظیر بیماران با احتمال کم برای بیماران زیر نیز توصیه میشود:

۱- کم خونی فقر آهن بدون علت مشخص

۲- کمبود ویتامین ب ۱۲ یا فولات بدون علت مشخص

۳- افزایش آنزیمهای کبدی بدون علت مشخص

۴- ضایعات پوستی درماتیت هرپتی فورمیس

۵- کسانی که قبل از ۵۰ سالگی بدون علت خاص مبتلا به پوکی استخوان میشوند.

۶- نازایی، مرده زایی بدون علت مشخص

۷- هیپوپلازی مینای دندان

۸- نوروباتی محیطی بدون علت

۹- کوتاهی قد

۱۰- تاخیر بلوغ

## د) علائم و نشانه ها:

– علائم گوارشی: درد شکمی، نفخ، تهوع، اسهال و یا یبوست

– علایم غیر گوارشی: کاهش وزن، اختلال رشد، کم خونی، سر درد، سوء تغذیه، خستگی، پوکی استخوان، تاخیر بلوغ و کوتاهی قد

## ه) علل بروز بیماری:

یک بیماری ژنتیکی می باشد که بدن افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد هستند با دریافت گلوتن واکنش شدید نشان می دهد. این بیماری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱، سندروم داون، کمبود **IgA** و بیماری های تیروئید اتوایمیون شایع تر می باشد.

## و) درمان:

در حال حاضر تنها درمان این بیماری پیروی از رژیم غذایی فاقد گلوتن به صورت مادام العمر می باشد که لازم است رژیم غذایی فاقد گلوتن به بیماران آموزش داده شود و بیماران از نظر رعایت رژیم غذایی پیگیری شوند.

## ز) مکمل های غذایی (در صورت نیاز):

با توجه به اینکه کمبود برخی ویتامین ها و مواد معدنی در این بیماران شایع است استفاده از درمان های مکمل مانند استفاده از مکمل ویتامین **D**، کلسیم، آهن، روی و اسید فولیک توصیه می شود.

## ح) ملاحظات و تداخلات دارویی (در صورت وجود):

توجه به داروها و مکمل های حاوی گلوتن و جایگزینی آنها با موارد بدون گلوتن

## ط) اندیکاسیون های بستری (در صورت نیاز):

در موارد شدید عوارض بیماری مانند اسهال و سوءتغذیه شدید، کریز سلیاک(اسهال شدید،هیپوپروتئینی،اختلال الکترولیتی و متابولیک) و بیماران مبتلا به سلیاک مقاوم به درمان ممکن است جهت بررسی های بیشتر نیازمند بستری باشند.

## ی) پیگیری های لازم پس از درمان:

در ابتدای تشخیص، پیگیری های منظم ۳ تا ۶ ماه به منظور بررسی فاکتورهای سرولوژیک، بررسی رشد کودکان، عوارض بیماری، وضعیت ریزمغذی ها و اطمینان از رعایت رژیم غذایی فاقد گلوتن توسط بیمار نیاز است.

## ک) توصیه های ضروری به بیمار:

آموزش کامل و تاکید بر رعایت دقیق رژیم فاقد گلوتن و دقت به برچسب مواد غذایی و مشاهده عبارت "فاقد گلوتن" یا "نشان" فاقد گلوتن جهت خریداری اجناس مجاز مصرف به منظور جلوگیری از عوارض شدید بیماری

## ل) فلوجارت فرایند بررسی بیمار و درمان (در صورت نیاز):

به پیوست آمده است.

## رژیم غذایی فاقد گلوتن:

افراد مبتلا به سلیاک نسبت به پپتید های گلوتن موجود در پروتئین (پرولامین) گندم، جو، چاودار و گیاهان پیوندی مثل چاودم یا تریتیکاله عدم تحمل دارند. به دلیل افزایش احتمال پاسخ منفی کاذب، فرد مبتلا به سلیاک می بایست رژیم غذایی خود را تنها پس

از نتیجه قطعی بیوپسی روده آغاز نماید. افراد با تشخیص سلیاک می بایست یک رژیم سخت گیرانه بدون گلوتن را در طول زندگی خود در پیش گیرند به طوریکه دریافت مقادیر بسیار اندک گلوتن نیز می تواند موجب آسیب به بافت روده گردد. بر اساس استاندارد های موجود، مواد غذایی عاری از گلوتن می بایست کمتر از **20 ppm** (۲۰ میلی گرم در هر کیلوگرم ماده غذایی) گلوتن داشته باشند. در جدول زیر انواع مواد غذایی مجاز و غیر مجاز ذکر گردیده.

گروه های غذایی	مواد غذایی مجاز	مواد غذایی غیر مجاز
غلات و حبوبات	برنج، ذرت، ذرت بو داده، بلال، لوبیا، عدس، نخود، لپه، سویا، ارزن، کینوآ، کاساوا، آرد سیب زمینی، آرد ذرت، آرد برنج، سبوس برنج/آرد نخود چی/آرد بلوط/	تمامی محصولات حاوی گندم مثل انواع نان های تهیه شده از آرد گندم، جو، جو پرک، جو دوسر، چاودار، ماکارونی، جوانه گندم، نشاسته گندم، سبوس گندم، سبوس جو یا جو دوسر، بلغور، آرد سوخاری، غلات حاوی عصاره یا طعم مالت
گوشت ها	انواع گوشت های تازه و تخم مرغ	انواع گوشتهای فرآوری شده مثل همبرگر، سوسیس، کالباس، ناگت ها، کنسروها و گوشت های نیم پز
لبنیات	شیر، خامه، سرشیر، پنیر، پنیر خامه ای	-
میوه ها و سبزیها	تمام انواع میوه و سبزی	-
سوپ ها	سوپ خانگی بدون جو	سوپ های کنسروی و سوپ های آماده
چربی ها	انواع کره و روغن و سس های سالاد خانگی و دانه های روغنی	سس های سالاد آماده و سس مایونز
دسرها	محصولات تهیه شده از آرد ذرت یا سیب زمینی	کیک، کلوچه، ویفر، پودینگ، کاستارد، ژله، نان های روغنی
متفرقه	چای، عسل، مربا، شکر، زیتون، رب گوجه	آبجو، دلستر، نوشیدنی های مالت دار، شیرین بیان، پیتزا

### آیا در رژیم فاقد گلوتن جو دو سر مجاز است؟

هر چند جو دو سر به خودی خود فاقد گلوتن می باشد، با این حال بیشتر محصولات تجاری حاوی آن آلوده به گلوتن می باشند که در نتیجه افراد مبتلا به سلیاک می بایست از مصرف آن خودداری نمایند. دریافت مقادیر متعادل جو دو سر خالص و بدون آلودگی به دلیل محتوای مناسب فیبر، آهن، ویتامین ب ۱ و روی در بیماران مبتلا به سلیاک توصیه می گردد. هرچند برخی افراد ممکن است به دنبال مصرف جو دو

سر خالص و بدون آلودگی دچار مشکلات گوارشی گردند که باید در نظر داشت این موضوع به دلیل محتوای فیبر آنها می باشد و نه وجود گلوتن. با این وجود درصد کمی از افراد هستند که صرف نظر از بیماری سلپاک نسبت به خود جو دو سر حساسیت غذایی دارند. محصولات "بدون گندم"، فاقد گلوتن در نظر گرفته نمی شوند، زیرا این محصولات ممکن است حاوی چاودار یا جو باشند.

### **کدام موارد دیگر باید در رژیم غذایی بدون گلوتن بررسی شوند؟**

تمام نسخه ها، داروهای بدون نسخه از جمله داروهای سرفه و سرماخوردگی و مکمل های ویتامین و مواد معدنی باید بررسی شوند تا مطمئن شوید که فاقد گلوتن هستند.

### **گلوتن در آلودگی همراه:**

مهم است که مطمئن شوید که همه غذاها در حین آماده سازی چه در خانه و چه هنگام صرف غذا بدون گلوتن باقی می ماند. خطر آلودگی متقاطع را می توان با موارد زیر کاهش داد:

- نگهداری همه غذاهای بدون گلوتن به طور جداگانه از غذاهای حاوی گلوتن
- طبخ غذاهای بدون گلوتن جدا از غذاهای حاوی گلوتن
- استفاده از ظروف تمیز برای تهیه غذای بدون گلوتن
- استفاده از یک توستر جداگانه، زیرا یک توستر مشترک از نان حاوی گلوتن آلوده می شود.
- خودداری استفاده از تخته های برش چوبی و قاشق هایی که قبلاً برای غذاهای حاوی گلوتن استفاده می شد زیرا وقتی خیس می شوند گلوتن را جذب می کنند.
- استفاده از صافی جداگانه برای پاستا
- هنگام غذا خوردن خارج از خانه بهتر است از بوفه ها، قابلمه و سطل های فله ای خودداری شود زیرا غذاهای بدون گلوتن می توانند به راحتی توسط غذاهای حاوی گلوتن آلوده شوند.
- از غذاهای فرآوری شده در کارخانه های تولیدی که دارای گلوتن هستند نیز باید اجتناب شود زیرا ممکن است خطر آلودگی متقاطع وجود داشته باشد.

### **آیا افراد مبتلا به سلپاک عدم تحمل لاکتوز دارند؟**

اکثر کودکان و بزرگسالان تازه تشخیص داده شده در مراحل اولیه بیماری خود می توانند لاکتوز را تحمل کنند، بنابراین محدودیت معمول لاکتوز ضروری نیست. برخی از افراد که آتروفی شدید پرز دارند، ممکن است عدم تحمل لاکتوز موقت را تجربه کنند. یک رژیم کم لاکتوز تا زمانی که پرزهای روده کوچک به حالت عادی بازگردند مورد نیاز است.

### **آیا رژیم غذایی بدون گلوتن از نظر تغذیه کامل است؟**

برخی از محصولات فاقد گلوتن مانند نان، پاستا و غلات سرد با ویتامین های **B** (نیاسین، تیامین، ریوفلاوین، اسید فولیک) و آهن غنی یا غنی نشده اند. در نتیجه، رژیم غذایی بدون گلوتن ممکن است دارای مقدار ناکافی از این مواد مغذی باشد. افراد مبتلا به بیماری سلپاک باید تشویق شوند تا حد امکان از محصولات غلات بدون گلوتن غنی شده استفاده کنند. منابع غیر غلات فولات و آهن مانند سبزیجات سبز و سبزیجات برگدار، گوشت ها و انواع حبوبات توصیه می شوند.

### **ارزیابی تغذیه ای:**

در بیماران تازه تشخیص داده شده ارزیابی فریتین، فولات، ب<sub>۱۲</sub> و ویتامین دی ضروری است. در صورت وجود علائم شدید تر و گسترده تر همچون استئاتوره، اسهال و نوروپاتی، بررسی وضعیت ویتامین های محلول در چربی و روی نیز حائز اهمیت خواهد بود. در افراد با اختلالات استخوانی مکمل یاری با کلسیم و ویتامین دی ضرورت می یابد.

### اختلالات تغذیه ای مرتبط با سلیاک:

کم خونی ناشی از فقر آهن، فولات و گاه ب<sub>۱۲</sub>

استئوپنی، استئومالاسی، شکستگی و درد های استخوانی

اختلالات انعقادی، هایپوپلازی مینای دندان، کمبود وزن و رشد قدی ناکافی، **FTT**، تاخیر در بلوغ، نوروپاتی، استئاتوره و عدم تحمل

لاکتوز

### اثر بخشی رژیم فاقد گلوتن:

در بیشتر بیماران حدوداً ۲ تا ۸ هفته پس از آغاز یک رژیم غذایی فاقد گلوتن، علائم بالینی فروکش می کند، هرچند ممکن است این زمان در برخی افراد طولانی تر باشد. سطوح نرمال آنتی بادی های اختصاصی بیماری، ۶ تا ۱۲ ماه و بهبود وضعیت هیستوپاتولوژیک روده ۲ سال پس از رعایت کامل رژیم غذایی بدون گلوتن مشاهده می شود.

• نکات تکمیلی اقدامات تغذیه ای در شناسنامه ابلاغی (استاندارد خدمت) با عنوان تغذیه درمانی و مشاوره تغذیه در بیماران مبتلا به سلیاک بیان شده و به آن ارجاع داده می شود.

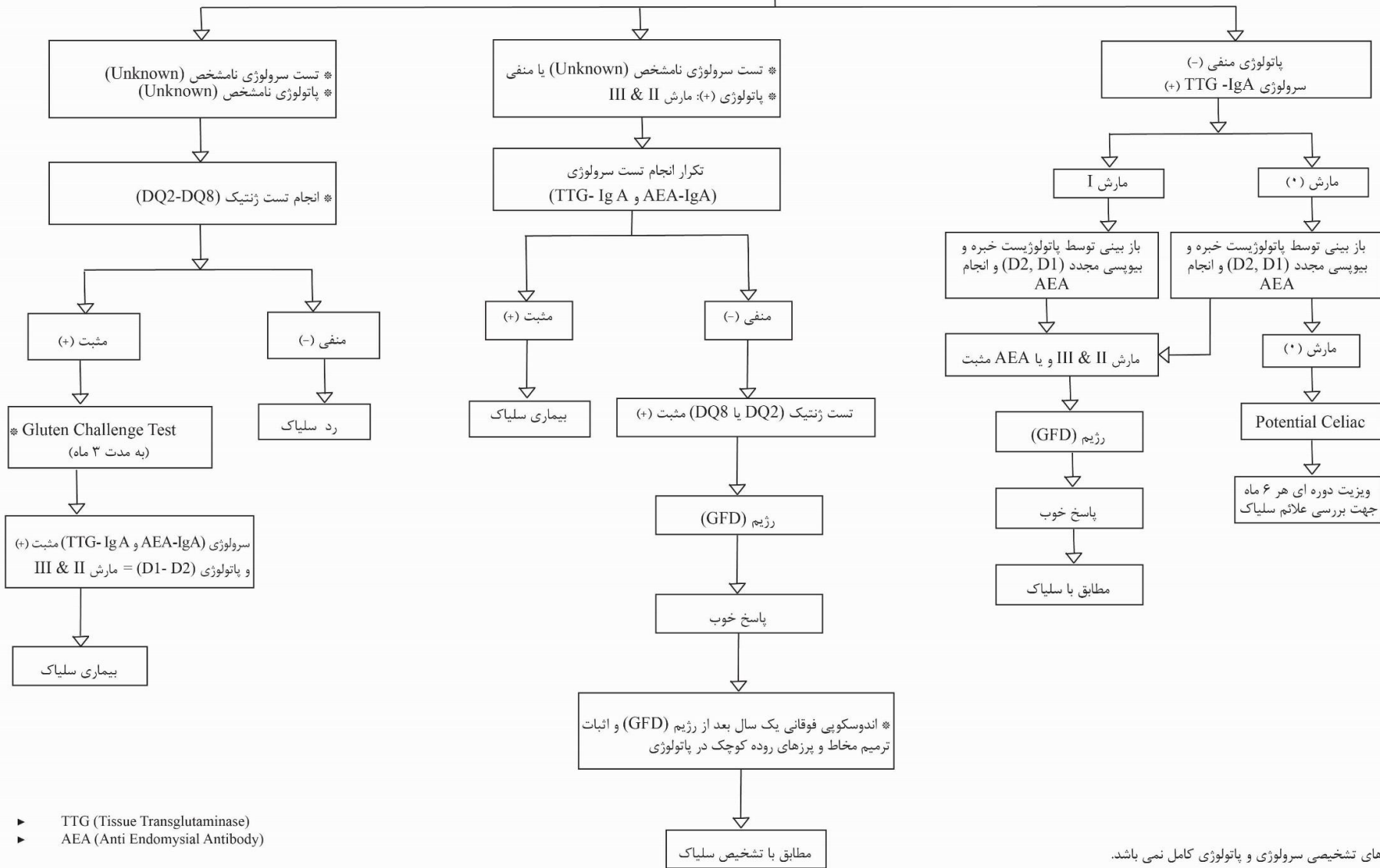
### منابع:

- Bona G, Marinello D, Oderda G. Mechanisms of abnormal puberty in celiac disease. *Horm Res* 2002;57(Suppl 2):63-5
- Lundin KEA, Nilsen EM, Scott HG, Løberg EM, Gjøen A, Bratlie J et al. Oats induced villous atrophy in celiac disease. *Gut* 2003;52:1649-52.
- Health Canada. Celiac disease and the safety of oats. Health Canada's position on the introduction of oats to the diets of individuals diagnosed with celiac disease (CD). 2007 July 25 [cited 2008 Nov 26]; Available from: [http://www.hc-sc.gc.ca:80?fn-an/sercurit/allerg/cel-coe/oats\\_cd-avoine\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca:80?fn-an/sercurit/allerg/cel-coe/oats_cd-avoine_e.html)
- Hoffenberg EJ, Haas J, Drescher A, Barnhurst R, Osberg I, Bao Fx Eisenbarth G. A trial of oats in children with newly diagnosed celiac disease. *J Pediatr* 2000;137:361-66.
- Hill ID, Dirks MG, Liptak GS, Colletti RB, Fasano A, Guandalini S, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40:1-19.
- Canadian Celiac Association. Cross contamination. [Online]. 2006 Mar 24 [cited 2009 Apr 30]; Available from: [URL:http://www.celiac.ca/EnglishCCA/egfdiet3.html](http://www.celiac.ca/EnglishCCA/egfdiet3.html)
- Thompson T. Folate, Iron and dietary fibre contents of the gluten-free diet. *J am Diet Assoc* 2000;100:1389-93. 18
- Subar AF, Krebs-Smith SM, Cook A, Kahle LL. Dietary sources of nutrients among US adults, 1989-1991. *J Am Diet Assoc* 1998;98:537-47.
- National Institutes of Health. NIH Consensus Development Conference on Celiac Disease. 2004 [Online] 2004 [cited 2008 Dec]; Available from: [U:http://consensus.nih.gov/2004/2004CeliacDisease118html.htm](http://consensus.nih.gov/2004/2004CeliacDisease118html.htm)
- Nutrition Guideline: Gluten-free Diet. March 2013 [online] 2022 [cited]. Available from: <https://albertahealthservices.ca/assets/info/nutrition/if-nfs-ng-gluten-free-diet.pdf>
- RAYMOND, JL. MORROW, K. (2021). Krause and Mahan's Food & The Nutrition Care Process. 15<sup>TH</sup> EDITION. Elsevier





بیمار علامت دار مشکوک به بیماری سلیاک\*



- ▶ TTG (Tissue Transglutaminase)
- ▶ AEA (Anti Endomysial Antibody)

\*معیارهای تشخیصی سروولوژی و پاتولوژی کامل نمی باشد.