

# بررسی سطح سرمی آنتی بادی بر علیه هلیکوباکتر پیلوری در بیماران دچار آفتوز راجعه دهان

دکتر تورج رشیدی<sup>۱</sup>، دکتر آذرمیدخت علمداری مهدی<sup>۲</sup>، دکتر علی حمزه زاده<sup>۳</sup>، دکتر رضا طالبی<sup>۴</sup>

۱- استادیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه؛ ۲- متخصص آسیب شناسی بالینی؛ ۳- پزشک عمومی؛ ۴- استادیار، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

گروه شاهد به روش ELISA از نظر سطح سرمی آنتی بادی‌های IgG و IgA بر علیه H.pylori بررسی شد و نتایج حاصل با آزمون chi-square مورد مقایسه قرار گرفت.  $P < 0/05$  ارزشمند تلقی شد.

**یافته‌ها:** IgG ضد H.Pylori در ۷۵/۹٪ بیماران و ۶۶/۷٪ گروه شاهد و IgA در ۵۱/۹٪ بیماران و ۷۰/۹٪ گروه شاهد مثبت بود که این اختلاف‌ها معنی‌دار نبودند. نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر اختلاف معنی‌داری بین سطح سرمی IgG و IgA بر علیه H.pylori در افراد مبتلا به آفتوز راجعه دهان و گروه شاهد وجود نداشت. **واژه‌های کلیدی:** آفتوز راجعه دهان، هلیکوباکتر پیلوری، آنتی بادی‌های سرمی

فصلنامه بیماریهای پوست، بهار ۱۳۸۳؛ ۲۷: ۱۵۵-۱۵۲

**مقدمه:** آفتوز راجعه دهان یک بیماری شایع عودکننده است. در مورد علت این بیماری مطالعات فراوانی انجام شده و عوامل عفونی و ایمنولوژیک در این زمینه بیشتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نتایج متفاوتی در مورد نقش میکروب Helicobacter pylori در این بیماری گزارش شده است.

**هدف:** بررسی آنتی بادی‌های IgG و IgA بر علیه این میکروب در سرم بیماران مبتلا به بیماری آفتوز راجعه دهان.

**روش اجرا:** در این مطالعه مورد-شاهد، ۲۹ بیمار مبتلا به آفتوز راجعه دهان مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان طالقانی ارومیه و ۵۷ نفر سالم (به عنوان گروه شاهد) با روش نمونه‌گیری از نوع غیراحتمالی آسان وارد شدند. نمونه‌های خون گرفته شده از بیماران و

## مقدمه

آفتوز راجعه دهان یک بیماری عودکننده است که معمولاً بشکل زخمهای گرد با حدود مشخص، مرکز نکروتیک سفید و حاشیه اریماتوز که چند هفته طول می‌کشد بروز می‌نماید. بیماری سه شکل بالینی دارد:

۱- زخمهای آفتوز مینور که شایعترین شکل بیماری هستند،

۲- زخمهای ماژور یا اولسر Sutton، ۳- اولسرهای هرپتی فرم (۱).

در مورد علت این بیماری مطالعات زیادی انجام شده ولی تاکنون شواهد قاطعی بنفع عامل اتیولوژیک خاصی یافت نشده است.

هدف اصلی این مطالعه مقایسه سطح سرمی آنتی بادی بر علیه هلیکوباکتر پیلوری در بیماران دچار آفتوز راجعه دهان با جمعیت شاهد برای پی بردن به ارتباط احتمالی این

مؤلف مسئول: دکتر تورج رشیدی - ارومیه، خیابان کاشانی، بیمارستان طالقانی، صندوق پستی ۱۱۸۵-۵۷۱۳۵

## روش اجرا

نوع مطالعه ما مورد - شاهد و روش نمونه گیری از نوع غیراحتمالی آسان بود. جمعیت مورد مطالعه از بین افرادی که با شکایت آفتوز راجعه دهان در حین حملات آفتوز به درمانگاه پوست بیمارستان طالقانی ارومیه مراجعه نمودند انتخاب شدند. از بیماران معاینه بعمل آمده و شرح حال گرفته شد. در صورت اثبات آفت و عدم وجود بیماری سیستمیک و یا عدم مصرف دارو اهداف و روشهای مطالعه برای بیماران توضیح داده شده و پس از کسب رضایت، وارد مطالعه شدند. در کلیه مراحل مطالعه هیچ وجهی از بیماران اخذ نگردید. بیماران به آزمایشگاه مورد نظر معرفی شده و در آنجا پس از پر کردن پرسشنامه مربوطه، نمونه خون اخذ شده و نگهداری شد. گروه شاهد به تعداد تقریباً دو برابر تعداد بیماران از افراد ظاهراً سالمی که برای تعیین گروه خون یا آزمایشهای معمول دوره ای مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. پس از اخذ نمونه ها، سطح آنتی بادی های سرمی از نوع IgG و IgA بر علیه هلیکوباکتریلوری در نمونه های بیماران و گروه شاهد به روش ELISA تعیین شد. سپس داده های حاصل وارد

## یافته ها

کل جمعیت مورد مطالعه شامل ۲۹ نفر (۲۳/۲ درصد) بیمار مبتلا به آفتوز راجعه دهان و ۵۷ نفر (۶۵/۳ درصد) گروه شاهد بود. میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۱۴ ± ۳۴/۶ سال بود و ۵۱ نفر (۵۸/۰۶ درصد) مذکر و ۳۵ نفر (۴۰/۲ درصد) مؤنث بودند. میانگین سنی گروه بیماران ۱۱/۵ ± ۳۳/۲۳ سال و گروه شاهد ۱۵/۶ ± ۳۵/۱۱ سال بود که اختلاف معنی داری نداشتند (T-test و  $P > 0.05$ ).

فراوانی موارد مثبت IgG و IgA سرم بر علیه هلیکوباکتریلوری در دو گروه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است که اختلاف بین دو گروه معنی دار نبود (chi-square test,  $P > 0.05$ ).

بین سطح آنتی بادیها و جنس ارتباط معنی دار وجود نداشت (chi-square test,  $P > 0.05$ ). اختلاف بین سطح IgG و IgA در دو گروه بر اساس گروههای سنی نیز ارزیابی شد که حاکی از عدم وجود اختلاف معنی دار آماری بود (chi-square test,  $P > 0.05$ ).

جدول شماره ۱- فراوانی موارد مثبت IgG و IgA در سرم بیماران مبتلا به آفتوز راجعه دهان و گروه شاهد

| گروه شاهد (۵۷ نفر) | بیماران مبتلا به آفتوز دهان (۲۹ نفر) |                            |
|--------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| ۳۸ (۶۶/۷٪)         | ۲۲ (۷۵/۹٪)                           | موارد مثبت IgG ضد H.pylori |
| ۳۹ (۷۰/۹٪)         | ۱۵ (۵۱/۹٪)                           | موارد مثبت IgA ضد H.pylori |

## بحث

در مطالعات باکتریولوژیک که به روشهای مختلف انجام شده نتایج مثبت و منفی مختلفی در مورد ارتباط بین آفتوز راجعه دهان و هلیکوباکتریلوری گزارش شده

است، ولی در تنها مطالعه ای که در آن از بررسی آنتی بادی سرمی از نوع IgG بر علیه هلیکوباکتریلوری استفاده شده نتیجه منفی بوده است.

در این مطالعه اختلافی بین بیماران مبتلا به آفتوز راجعه

شده (۵،۶) و نیز سیتومگاوایروس در ایجاد این بیماری دخیل شناخته شده است (۷۸).

در برخی مطالعات در مورد نقش L-form باکتری استرپتوکوک شواهدی یافت شده است (۱،۹). مطالعات در مورد نقش هلیکوباکتر پیلوری نتایج متفاوتی داشته است (۱۰). از جمله در یک مطالعه DNA هلیکوباکتر پیلوری بروش PCR در زخم این بیماران یافت شده (۱۱)، در حالیکه در دو مطالعه دیگر شواهد مثبتی به نفع این باکتری یافت نشده است (۱۲،۱۳).

در مطالعه حاضر علاوه بر آنتی بادی IgG، آنتی بادی IgA نیز بر علیه این میکروب اندازه گیری شد که مانند مطالعه مشابه فوق الذکر رابطه مثبتی مابین سطح این آنتی بادی و آفتوز راجعه دهان مشاهده نگردید. بنابراین ارتباط مابین میکروب هلیکوباکتر پیلوری و آفتوز راجعه دهان هنوز مورد ابهام است. پیشنهادی که در این مورد به نظر میرسد بررسی سطح IgA بزاقی بر علیه این باکتری است که با توجه به تجمع احتمالی این میکروب در زخمهای دهانی ممکن است مفید واقع شود.

در نهایت با توجه به شیوع بالای این بیماری و هزینه‌های اقتصادی و زمانی مربوط به آن، انجام مطالعات بیشتر در مورد این بیماری و علت‌های ایجاد کننده آن ضروری به نظر می‌رسد.

## منابع

- 1-Ship JA, Chavez EM, Doerr PA, et al. Recurrent aphthous stomatitis. *Quintessen Co Int* 2000; 31: 95-112.
- 2-Rogers RS. Recurrent aphthous stomatitis: Clinical characteristics and associated systemic disorders. *Sem Cutan Med Surg* 1997; 16: 278-83.

دهان و گروه شاهد از نظر سطح آنتی بادی ضد H-Pylori در سرم یافته نشد. در مورد علت این بیماری مطالعات متعددی صورت گرفته است. زمینه ارثی در تعدادی از این بیماران یافت شده و در یک مطالعه، در حدود یک سوم موارد در خانواده فرد بیمار نیز سابقه بیماری وجود دارد. برخی HLA ها در این بیماران با فراوانی بیشتری یافت شده است.

برخی عوامل زمینه‌ای نیز برای این بیماری ذکر شده است (۱،۲) از جمله: آئمی فقر آهن، کمبود اسید فولیک و ویتامین B۱۲، بیماری سلیاک، بیماریهای همراه با سندرم سوء جذب، اختلالات اندوکراین بخصوص کمبود پروژسترون، بیماری بهجت، سندرم Sweet، عفونت HIV و SLE (۳-۴).

در مورد علت اساسی این بیماری دو دسته از عوامل بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند: مکانیسم‌های ایمنی و علل عفونی. در مورد اختلالات ایمنی بجز برخی اختلالات غیراختصاصی در سیستم ایمنی، شواهد قاطعی به نفع وجود اختلال در این سیستم ارائه نشده است.

در مورد عوامل عفونی و بخصوص علل ویرال مطالعاتی صورت گرفته و مواردی پراکنده از همراهی ویروس Foot & Mouth Virus (FMV) در این بیماران دیده شده است. مواردی نیز از سندرم periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis گزارش

- 3-Black MM. Lichen planus and lichenoid disorders. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al(eds). *Text book of dermatology*. Oxford: Blackwell Science, 1998:1899-1916.

- 4-Gadanne AS, Bigby M, Camisa C. Lichenoid dermatitis. In: Arndt KA, Leboit

- PE, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 235-43.
- 5-Feder HM. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis: a clinical review of a new syndrome. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12: 253-56.
- 6- Kawashima H, Nishimata S, Shimizu T, et al. Highly suspected case of FAPA (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis) syndrome. *Pediatr Int* 2001; 43: 103-06.
- 7-Ghodratnama F, Wray D, Bagg J. Detection of serum antibodies against cytomegalovirus, varicella zoster and human herpes virus 6 in patients with recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 12-15.
- 8-Sun A, Change JG, Kao CL, et al. Human cytomegalovirus as a potential etiologic agent in recurrent aphthous ulcers and Behcet's disease. *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 212-18.
- 9-Riggio MP, Lennon A, Ghoratnama F, et al. Lack of association between *Streptococcus oralis* and recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Pathol Med* 2000; 29: 26-32.
- 10-Nguyen AM, El-Zaatari FA, Graham DY. *Helicobacter pylori* in the oral cavity: a critical review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 76: 705-09.
- 11-Riggio MP, Lennon A, Wray D. Detection of *Helicobacter pylori* DNA in recurrent aphthous stomatitis tissue by PCR. *J Oral Path Med (Denmark)* 2000; 29: 507-13.
- 12-Majumadar P, Shah SM, Dhujibhoy KP, et al. Lack of association between aphthous ulcers and *Helicobacter pylori*. *Curr Prob Dermatol* 1991; 3: 109-27.
- 13-Porter SR, Barker GR, Scully C, et al. Serum IgG antibodies to *Helicobacter pylori* in patients with recurrent aphthous stomatitis and other oral disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 325-28.