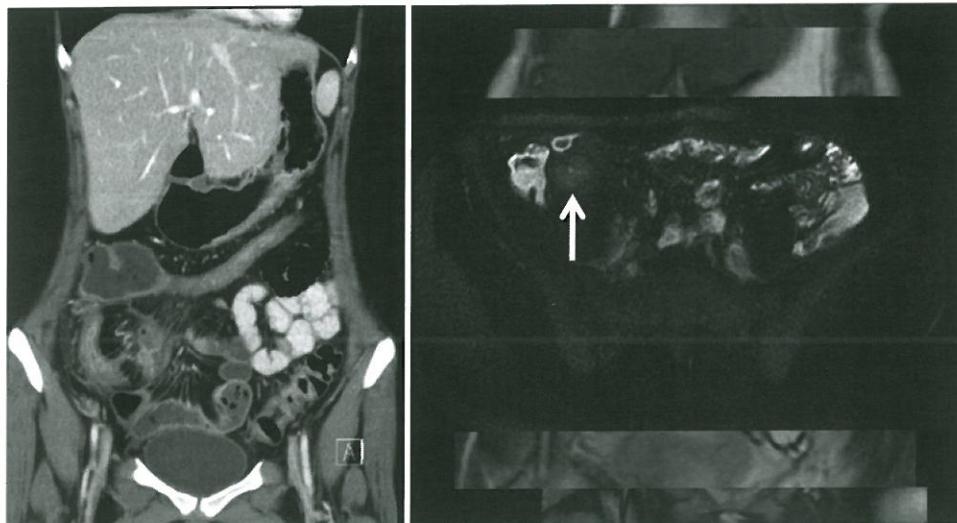


Enterography

بیماری CD (crohn's disease) یک اختلال التهابی مربوط به دستگاه گوارش است که با علائم مقطوعی و مکرر خود را شناساند. علت مشخصی برای این بیماری وجود ندارد ولی یافته‌ها حاکمی از آن است که احتمالاً یک ارتباط غیر طبیعی بین روده و میکروارگانیسم‌های داخلی آن در فردی که به لحاظ ژنتیکی مستعد است باعث به وجود آمدن این بیماری می‌شود.

بیماران معمولاً با دردهای ناگهانی شکم و اسهال و اغلب با تب و کاهش وزن مراجعه می‌کنند. هر قسمی از دستگاه گوارش از دهان تا مقعد می‌تواند در گیر این بیماری شود ولی در یک سوم بیماران مبتلا به CD، روده‌ی باریک در گیر است و روده‌ی بزرگ سهم کمی در این میان دارد.

CD بین بیماران با سن کم شایع‌تر است و گرایش به گسترش دارد. فنوتایپ این بیماری بر اساس سن فرد در گیر، محل بیماری و رفتار و نشانه‌های آن تعریف می‌گردد. یافته‌های پاتولوژیک شامل التهاب گرانولوماتوز، زخم‌های عمیق، فیستول، تنگی و انسداد می‌باشد و تظاهرات خارج روده‌ای شامل ورم مفاصل، سنگ کیسه صفراء، تظاهرات چشمی و اختلال رشد در کودکان است.



تشخیص CD بر اساس ترکیب یافته‌های بالینی شامل بررسی کلینیکال، آزمایشگاهی، آندوسکوپی، پاتولوژی و تصویربرداری‌های متعدد می‌باشد. هیچ یک از این روش‌ها به تنها نمی‌تواند جهت تشخیص این بیماری به کار گرفته شود ولی در این میان تصویربرداری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند به عنوان روش تکمیلی و تعیین کننده محسوب شود.

به عنوان مثال ممکن است در بیماری که مشکوک به CD است و در ایلیو-کلونوسکوپی انجام شده پاسخ منفی داده شده (به علت عدم فعالیت موکوسال یا نبود در گیری در ناحیه‌ی کولون و قسمت دیستال ایلیال) یافته‌های تصویربرداری می‌تواند به قبول یار داند یافته کمک کند.

■ نوید عبدالکریمی

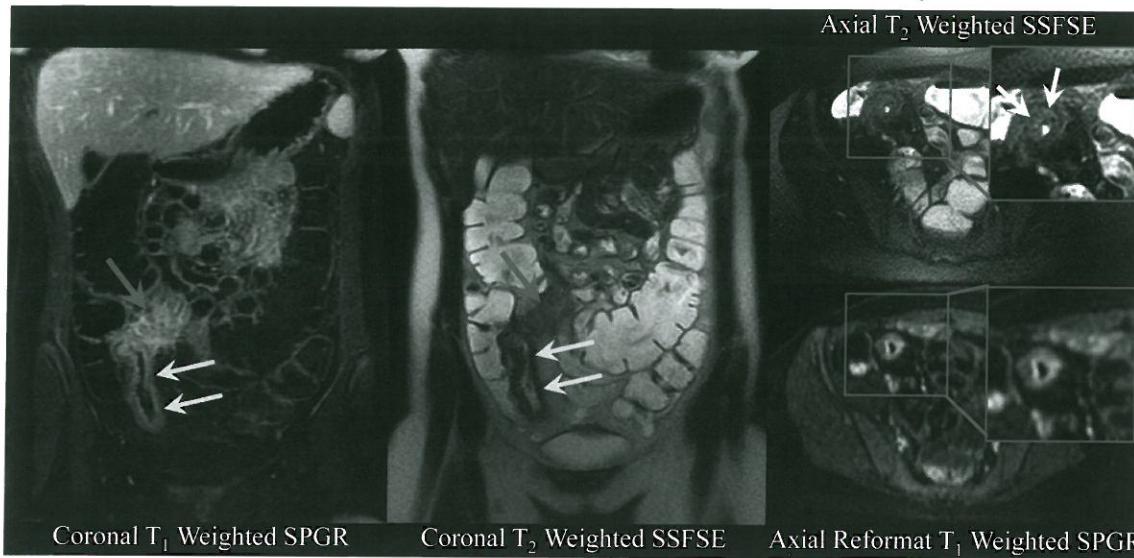
کارشناس ارشد MRI

مرکز تصویربرداری تابش پرتو

■ معصومه پاکبین

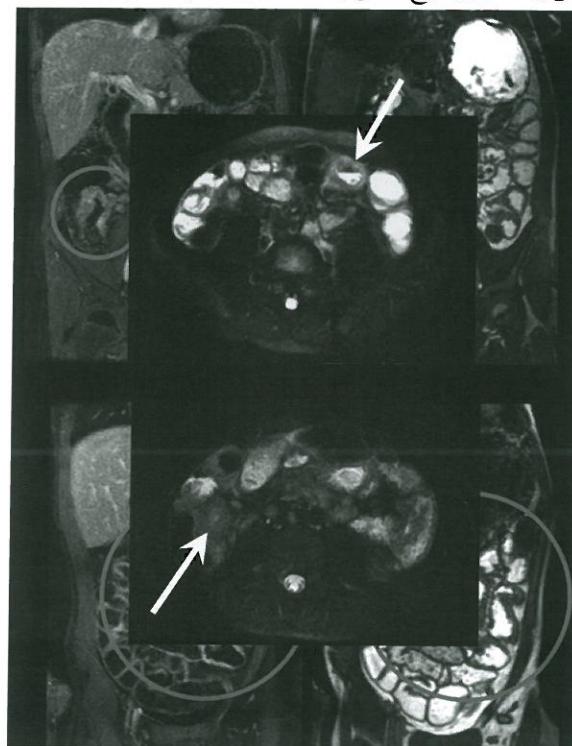
کارشناس تصویربرداری

مرکز تصویربرداری تابش پرتو



شدت بیماری نیز تشخیص داده شود. این مهم به خصوص جهت تشخیص یا افتراق تنگی قطعه‌ای روده باریک ناشی از بیماری فعال که ممکن است با درمان‌های پزشکی قابل معالجه باشد از یک تنگی فیروتیک غیر قابل درمان (stricturoplasty) باشد.

در دهه‌ی اخیر استراتژی‌های جدید جهت درمان CD به کار گرفته شده که مستلزم تشخیص دقیق طبیعت و میزان گسترش بیماری می‌باشد زیرا این استراتژی‌ها به صورت اختصاصی بر فوتایپ انواع CD اثر می‌کند. بنابراین تشخیص وجود بیماری به تنهایی کافی نیست و باید نوع، محل و



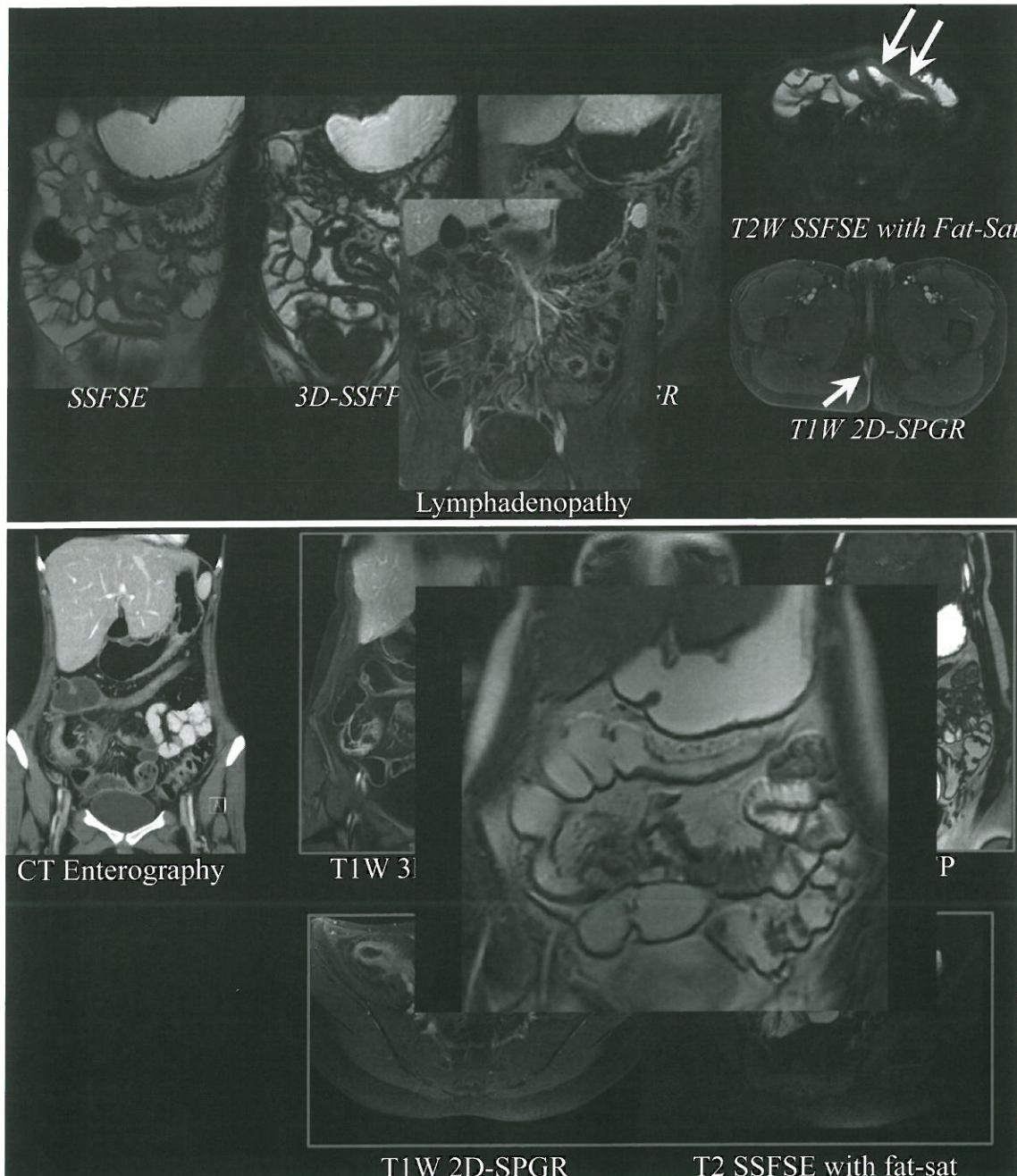
نیز نمایان سازد.

آزمون بررسی روده باریک از نظر بررسی بیماری کرون، انسداد و فیستول، آبسه و ... که در این آزمون بیمار چند ساعتی باید NPO باشد و

رادیولوژی معمولی کمترین نقش را در تشخیص و مانیتور بیمار شناخته شده‌ی CD بر عهده دارد. استفاده از مدلایتهای جدید به دلیل توانایی‌شان در مانیتور و تشخیص این بیماری رو به افزایش است. این مدلایتهای جدید (CT Enterography و MR Enterography) می‌توانند انسداد روده‌ای، فیستول و آبسه را

در این آزمون اگر پزشک مشکوک به ضایعات خونریزی دهنده باشد مانند AVM انتروگرافی را در چند فاز و در غیر این صورت معمولاً ۵۰S پس از تزریق تصویربرداری صورت می‌گردد.

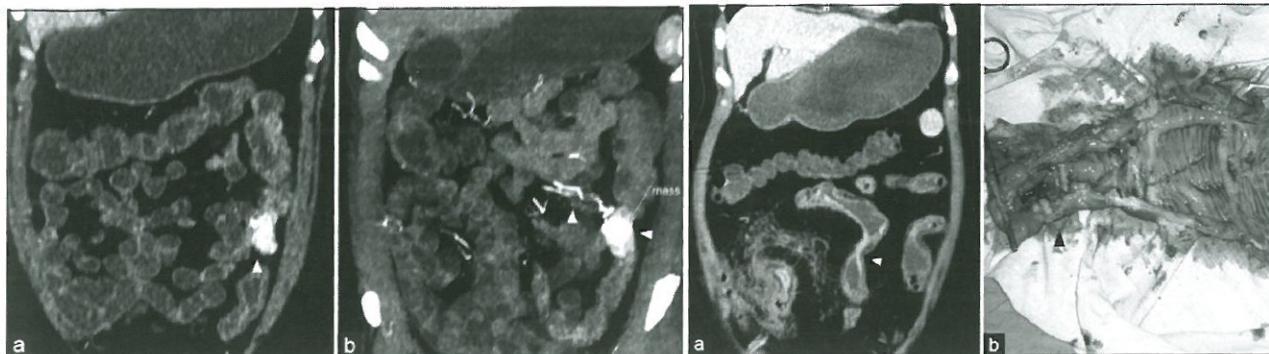
بعد حجم بالایی از ماده کنتراست خوراکی را دریافت نماید به گونه‌ای که لوب‌های روده در حداقل اتساع خود مشاهده گردد، سپس ماده‌ی کنتراست وریدی تزریق می‌شود. در این حالت تصویربرداری با استفاده از یکی از مدلایته‌های سی تی اسکن مولتی دتکتور یا MRI انجام می‌گردد.



می‌گردد. مزیت این روش زمان بسیار کوتاه است ولی در مقابل، استفاده از پرتوهای یونیزان در این روش محدودیت به حساب می‌آید. حساسیت و اختصاصیت این روش به ترتیب ۷۵-۹۰٪ و ۹۰٪ می‌باشد.

CT Enterography

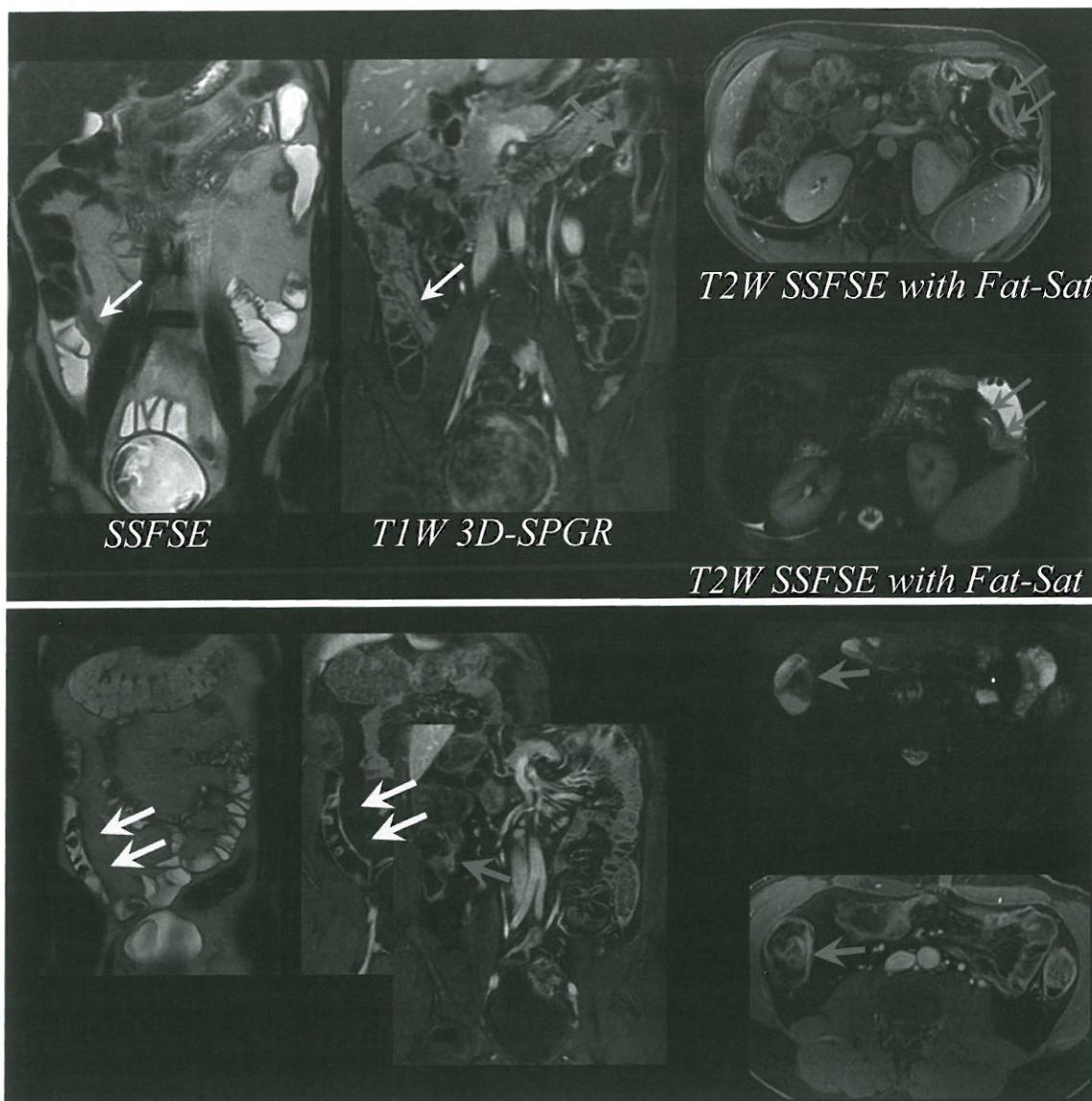
یک آزمون مشابه سی تی اسکن از ناحیه شکم و لگن است با این تفاوت که بیمار آمادگی انتروگرافی را دارا می‌باشد و برش‌های باضخامت کم از ناحیه روده تهیه شده و در مقاطع دیگر (خصوصاً کرونا) بازسازی



جلوگیری از آرتیفکت ناشی از حرکات پریستالیک روده استفاده می‌شود. مزیت این روش عدم استفاده از پرتوهای یونیزان می‌باشد. در این روش علاوه بر بیماری کرون (CD)، ضایعات دیگری هم چون آبسه، فیستول و انسداد را هم می‌توان تشخیص داد. حساسیت و اختصاصیت این روش به ترتیب ۷۷٪-۸۲٪ و ۸۰٪-۱۰۰٪ می‌باشد.

MR Enterography

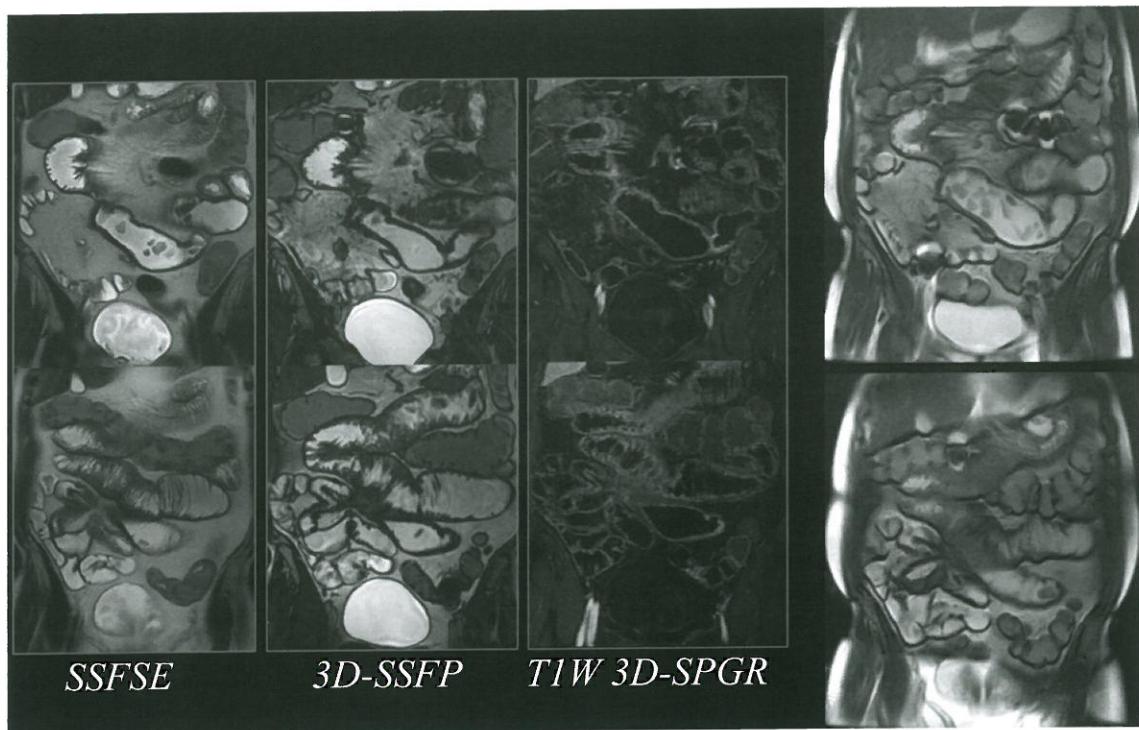
انتروگرافی به روش تشدید مغناطیس شامل ترکیب یک تکنیک با تزریق ماده کتراست Gd و یک تکنیک سریع با پروتونکل انتروگرافی جهت بررسی روده باریک است. در این روش به علت حساسیت تصویربرداری ام آر آی به حرکت از پروتونکل های فوق سریع جهت



در بررسی بیماران مشکوک به CD نیز معمولاً CT Enterography انتخاب می‌گردد ولی در بیماران شناخته شده CD به دلیل طبیعت بیماری MR Enterography follow هستند اغلب و عود مکرر آن مستلزم است. در هر صورت CT E به دلیل استفاده از پرتوهای مادلیته انتخابی است. در این صورت CT E نیز در مواردی (در بیماران یونیزان محدودیت استفاده را دارد و MR E نیز در مواردی دارای ایمپلنت‌های حساس به میدان مغناطیسی، کلیپس آئورت و ...) دارای محدودیت می‌باشد.

کدام یک مناسب ترند؟

انتخاب مدلیته تصویربرداری جهت انتروگرافی بر عهده پزشک معالج می‌باشد. با توجه به این که حساسیت (sensitivity) و اختصاصیت (specificity) دو روش ام آر انتروگرافی و سی تی انتروگرافی مشابه هم می‌باشد پزشک معالج بر اساس معیارهایی یکی از این روش‌ها را بر می‌گزیند. اولین معیار مدنظر شدت بیماری است که هرچه شدیدتر باشد معمولاً CT انترو به دلیل زمان کوتاه و حساسیت کمتر به حرکت ارجحیت دارد.



REFERENCE:

ACR appropriateness criteria Chorobdisease