

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بالینی و درمانی بیماران مبتلا به هپاتیت اتوایمیون در بیمارستان الزهرا(س)

بابک تمیزی‌فر^۱، وحید سبقت‌الهی^۱، پریسا عادل‌نیا^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هپاتیت اتوایمیون (Autoimmune Hepatitis) AIH یک بیماری مزمن کبدی است که در صورت تشخیص و درمان به‌موقع، پاسخ مناسبی به درمان می‌دهد، اما در صورت عدم درمان می‌تواند به سیروز و نارسایی کبدی منجر شود. این مطالعه با هدف تعیین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بالینی و درمانی بیماران مبتلا به هپاتیت اتوایمیون در بیمارستان الزهرا(س) انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی بر روی ۱۱۱ بیمار بزرگسال با تشخیص قطعی AIH بر اساس معیارهای نمره‌دهی تشخیصی و کد (ICD-10: K75.4) در بیمارستان الزهرا (س) اصفهان از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۷ انجام شد. بیماران با تشخیص هپاتیت ویروسی، بیماری‌های متابولیک یا سایر بیماری‌های کبدی از مطالعه حذف شدند. داده‌های دموگرافیک، بالینی، آزمایشگاهی، تصویربرداری و پاتولوژیک جمع‌آوری و با آماره‌های توصیفی گزارش شدند.

یافته‌ها: از ۱۱۱ بیمار مورد مطالعه، ۵۹/۵ درصد زن و ۴۰/۵ درصد مرد با میانگین سنی ۴۲/۵ سال بودند. شایع‌ترین تظاهرات بالینی شامل خستگی (۵۵ درصد)، زردی (۷۵ درصد) و خارش (۴۳ درصد) بودند. ۴۶/۳ درصد از بیماران بیوپسی‌شده، بریج نکروز داشتند. ۱۵ درصد بیماران در زمان تشخیص با سیروز مراجعه کردند. پاسخ به درمان در سال اول ۷۱ درصد بود و نرخ بقای یک ساله ۹۵ درصد گزارش شد. میزان مرگ‌ومیر طی پیگیری سه ساله ۳ درصد بود که کمتر از مطالعات مشابه جهانی است.

نتیجه‌گیری: شیوع AIH در اصفهان حدود ۶ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر برآورد شد. سیر بیماری و پاسخ به درمان در این جمعیت نسبت به کشورهای غربی مطلوب‌تر بود، که ممکن است ناشی از تشخیص زودهنگام و درمان مناسب باشد. با این حال، مطالعات آینده‌نگر برای بررسی دقیق‌تر عوامل مؤثر بر پروگنوز و پاسخ به درمان توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: هپاتیت اتوایمیون؛ هپاتیت حاد؛ هپاتیت مزمن؛ اتوآنتی‌بادی؛ سیروز کبدی

ارجاع: تمیزی‌فر بابک، سبقت‌الهی وحید، عادل‌نیا پریسا. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بالینی و درمانی بیماران مبتلا به هپاتیت اتوایمیون در بیمارستان الزهرا(س). مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۲۲): ۷۷۸ – ۷۸۳.

مقدمه

دارد و تفاوتی در تابلوی بالینی پروگنوز یا درمان ندارند. تشخیص بیماران مبتلا به اتوایمیون هپاتیت بوسیله ترکیبی از روش‌های کلینیکی و آزمایشگاهی و استفاده از نمره‌دهی بالینی می‌باشد. استفاده از بیوپسی کبدی تنها در مواردی کاربرد دارد که تشخیص هنوز به روش‌های گفته شده به تأیید نرسیده باشد و بیشتر برای رد سایر علل هپاتیت حاد کاربرد دارد چرا که تشخیص بیوپسی در بیشتر موارد به صورت ارتشاح سلول‌های التهابی مزمن و غیر اختصاصی است. البته در ابتدای تشخیص، بایستی سایر بیماری‌های مزمن کبدی مانند مصرف الکل به صورت مزمن، هپاتیت‌های ویرال و بیماری‌های متابولیک کبد رد شده باشند (۴-۶).

هپاتیت اتوایمیون، یکی از علل بیماری‌های مزمن کبدی است (۱) و مبتلایان به هپاتیت اتوایمیون به همراه سیروز، نسبت به سایر مبتلایان مرگ و میر بیشتری دارند. شروع زود هنگام درمان با ایمونوساپرسیو ها می‌تواند از سیر پیش‌رونده‌ی این بیماری جلوگیری کند ولی برخی بیماران به سیروز کبدی مبتلا می‌شوند و گاهی به پیوند کبد نیاز می‌یابند (۱-۳). در برخی بیماران تظاهرات بالینی فقط به صورت هپاتیت حاد و ایتر بروز می‌نماید که در صورت درمان مناسب پروگنوز مناسبی دارند. هپاتیت بر اساس اتوآنتی‌بادی‌های مختلف به ۳ دسته تقسیم می‌شود که بیشتر ارزش تئوری

۱- دانشیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: بابک تمیزی‌فر: استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

بیماران تماس گرفته شد و ضمن تکمیل اطلاعاتی که از منابع گفته شده قابل استخراج نبود در مورد بهبود علائم، عوارض دارو، بارداری حین استفاده از دارو، میزان عود در حین استفاده از دارو در صورت قطع دارو، عوارض قطع دارو، پاسخ به درمان ابتدایی در ماه اول، پاسخ به درمان نگهدارنده و در صورت مرگ جویا شدن علت مرگ و بررسی مرگ در اثر بیماری و آزمایشات فعلی بیمار شامل آلبومین PT PTT INR Bilirubin و سطح امینوترانسفرازها پرسش شد. در این مطالعه پاسخ به درمان به صورت پاسخ بالینی (بهبودی علائم ابتدایی)، پاسخ آزمایشگاهی (بهبود سطح AST به کمتر یا زیر دو برابر نرمال) و بهبود هر دو بررسی شد و عدم موفقیت به صورت عدم بهبود در علائم بالینی و آزمایشگاهی تعریف شد. عود به صورت بستری مجدد در بیمارستان به علت بیماری کبدی در نظر گرفته شد. کلیه ملاحظات اخلاقی با کد (IR.MUI.REC.1396.3.626) در مطالعه در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک

تعداد افراد این مطالعه ۱۱۱ عدد بود که شامل مراجعه‌کنندگان به بیمارستان آموزشی الزهرا(س) جهت درمان و بیوپسی بود. تشخیص قطعی بیماری بر اساس جواب پاتولوژی یا پاسخ به درمان سرکوب‌کننده سیستم ایمنی گذاشته شد. از ۱۱۱ کیس مطالعه شده، ۶۶ نفر خانم (۵۹/۵ درصد) و ۴۵ نفر آقا (۴۰/۵ درصد) بودند. از ۱۱۱ فرد مطالعه شده، ۸۶ مورد (۷۷/۵ درصد) فقط AIH و ۱۵ مورد (۱۳/۵ درصد) سندرم OVERLAP AIH_PBC داشتند که از این ۱۵ مورد، ۱۰ نفر خانم (۶۶/۷ درصد) و تنها ۵ مورد آقا (۳۳/۳) بودند. متوسط سن بیماران ۴۲/۳۰ با انحراف معیار ۱۴/۷ بود که از ۱۳ تا ۷۸ سال متغیر بود. ۶ مورد زیر ۲۰ سال بودند و تنها ۴ مورد بالای ۷۰ سال سن داشتند. رنج سنی آنها از ۱۵ تا ۷۸ متغیر بود. متوسط سنی آنها ۴۱/۵ میانگین مدت ابتلا به بیماری ۲/۳ ± ۲/۹۵ بوده است. که برای بیشتر بیماران این مدت یکسال (۲۹ بیمار) به طول انجامیده و تنها ۲ بیمار، کمتر از یک سال به این بیماری مبتلا بوده‌اند. جزئیات مربوط به مقایسه نتایج دموگرافیک بیماران بر اساس مرحله بیماری در جدول ۱ آمده است.

تظاهرات بالینی

خستگی خارش و زردی شایع‌ترین تظاهرات بالینی بودند. ۵۴ درصد موارد مورد مطالعه، خستگی داشتند که از این بین ۶۴/۸ درصد (۳۵ نفر از ۵۰ نفر) زردی داشتند. ۷۵/۳ بیمار زردی داشتند (۷۰ نفر از موارد مورد مطالعه) که از این بین ۷۴/۵ درصد خانم و ۲۶/۳ درصد آقا بودند. ۴۳/۳ درصد (۳۹ مورد) خارش داشتند که ۴۳/۴ درصد خانم و ۴۳/۲ درصد آقا بودند.

با توجه به روند رو به رشد AILD و اهمیت آن در ایجاد عوارض و مرگ و میر در مرحله نهایی (۷، ۸) تاکنون مطالعه‌ای در مورد خصوصیات بیماران در استان اصفهان مشاهده نشد. مطالعه‌ی حاضر اقدامی است اولیه جهت شناسایی بیماران مبتلا به این بیماری و ثبت اطلاعات این گروه از بیماران در سامانه‌ی ثبت بیماری‌های کبدی مرکز تحقیقات گوارش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تا علاوه بر آگاهی از اطلاعات اولیه و پروگنوز این سری از بیماران مزمن کبدی، در آینده بتوان از سیر پیشرفت، نحوه‌ی درمان فعلی مبتلایان در اصفهان، تعداد موارد عود بخصوص در طی سال‌های اول تشخیص، میزان رمیسیون طولانی‌مدت بیماران و میزان ایجاد سیروز کبدی در این بیماری آگاهی یافت. در این راستا مطالعه با هدف تعیین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بالینی و درمانی بیماران مبتلا به هپاتیت اتوایمیون در بیمارستان الزهرا(س) اصفهان انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی بر روی ۱۱۱ بیمار بزرگسال مبتلا به AIH انجام شد که در طی ۷ سال گذشته در بیمارستان الزهرا(س) اصفهان بستری شده‌اند. به منظور شناسایی بیماران مبتلا به AIH واجد شرایط برای ورود به مطالعه، با جستجوی سیستماتیک برای بیماران بستری با تشخیص Autoimmune hepatitis و کد ICD-10: K75.4 شروع شد و در نهایت با بررسی پرونده‌ها و سوابق پزشکی بیماران، پرسشنامه تکمیل شد. در صورت ناقص بودن پرونده‌ها باتماس تلفنی با ایشان اطلاعات کامل شد.

تمامی بیماران بستری شده به علت افزایش شدید آنزیم‌های کبدی در طی فاصله‌ی زمانی اجرای طرح معیار ورود به مطالعه دارند. از بین بیمارانی که تشخیص اتوایمیون در آن‌ها تأیید شده Simplified diagnostic scoring system AIH و مساوی یا بالای ۶ داشتند وارد مطالعه شدند. وجود بیوپسی کبد و تأییدیه پاتولوژی برای این بیماران الزامی نبود و صرفاً جهت کمک به تشخیص بیماران مشکوک به AIH استفاده شد. بیمارانی با افزایش LFT که در آنها تشخیص ویرال هپاتیت، ویلسون، Drug-induced-liver damage یا سلیاک، PBC یا PSC از قبل وجود داشته از مطالعه حذف شدند. در این مطالعه منظور از سیروز جبران نشده شامل وجود عوارضی مانند انسفالوپاتی، واریس یا آسیت بود.

اطلاعات مورد بررسی در پرسشنامه‌ای شامل موارد دموگرافیک، شرح حال بالینی فعلی و قبلی، نتایج آزمایشگاهی، نتایج رادیولوژیک مثل سونوگرافی و بیوپسی، نتایج پیگیری بالینی عوارض بیماری و بستری‌ها بود. این یافته از پرونده‌ی بستری، نتایج تصویربرداری، نتایج آزمایشگاهی و آندوسکوپی‌های درمانی استخراج گردید. پس از آن با

جدول ۱: ویژگی‌های بالینی و فردی بیماران مبتلا به هیپاتیت اتوایمیون (AIH)

ویژگی‌ها	کل بیماران (n = ۱۱۱)	رمیسیون (n = ۸۱)	پاسخ جزئی یا شکست درمان (n = ۲۹)
سن در زمان تشخیص (میانگین ± انحراف معیار)	۱۴/۷ ± ۴۲/۳	۱۳/۲ ± ۴۱/۲	۱۸/۴ ± ۴۵/۲
مدت پیگیری (سال) (میان، محدوده)	۲/۹۵ (۱۲-۰)	۳/۱ (۱۲-۰)	۲/۴ (۷-۰)
جنسیت (تعداد، درصد)	۶۶ (۶۰)	۴۹ (۶۲)	۱۸ (۶۰)
نوع AIH (تعداد، درصد)			
تیپیک	۸۶ (۷۷/۵)	۶۴ (۷۸)	۲۲ (۷۶)
اورلپ (AIH-PBC)	۱۵ (۱۳/۵)	۹ (۱۱)	۶ (۲۰)
سرونگاتیو	۱۰ (۹)	۹ (۱۱)	۱ (۴)

بودند. ۲/۸ درصد بیماران تحت درمان با سلسپت و استروئید بودند که ۴/۸ درصد آن‌ها را آقایان و ۱/۶ درصد آن‌ها خانم بودند. تنها ۰/۹ درصد بیماران تحت درمان با تاکرولیموس پروگراف بودند که همه آن‌ها ۲/۴ درصد آقا بودند.

۴/۷ درصد بیماران علاوه بر پردنیزولون اورسوییل نیز دریافت کردند که تقریباً به میزان مساوی در خانم‌ها و آقایان بود. تنها ۰/۹ درصد بیماران تحت درمان سه دارویی با سلسپت استروئید و ازارام بودند که همگی آقا و ۲/۴ درصد جمعیت کل را تشکیل دادند. ۲ تن از بیماران که هر دو مرد بودند و ۱/۹ درصد جمعیت را تشکیل دادند تحت درمان با تاکرولیموس و پردنیزولون بودند. تنها یک نفر آقا تحت درمان با پروگراف و سلسپت بود. یک نفر از بیماران هیچ درمانی دریافت نمی‌کرد و ۵ نفر (۴/۷) درصد که ۶/۳ درصد خانم بودند تحت درمان با استروئید و اورسوییل و ازارام بودند.

در کل تنها ۱۱/۳ درصد بیماران استروئید دریافت نمی‌کردند که از این بین ۱۲/۵ درصد خانم و ۹/۵ درصد آقا بودند و ۸۷/۷ درصد استروئید دریافت می‌کردند که ۸۷/۵ درصد خانم و ۹۰/۵ درصد آقا بودند. ۱۲/۶ درصد افراد همزمان با AIH به IBD نیز مبتلا بودند که از این بین، ۵ آقا با درصد ۳۵/۷ و ۹ خانم با درصد ۶۴/۳ به خود اختصاص می‌دادند. تنها ۳ نفر به علت documented AIH فوت شده بودند که از این بین ۲ نفر آقا و ۱ نفر خانم بودند و ۳/۱ درصد جمعیت کل را تشکیل می‌دادند. ۴ نفر از زنان در سن زیر ۴۵ سال، طی این مطالعه باردار شدند که از این میان ۵۰ درصد سقط داشتند. از این بین، ۳ نفر در طول بارداری خود از ازارام استفاده کردند. ۱۴/۳ درصد افراد پیوند کبد شدند که از این بین ۳ نفر مرد و یک نفر زن بودند.

در کل تمام بیمارانی که تحت درمان با ازارام بودند ۸۶ نفر بودند که ۸۱/۱ درصد جمعیت را تشکیل می‌دادند و ۶۱/۹ درصد (۲۶ آقا) و ۹۳/۸ درصد (۶۰ خانم) بودند. ۳/۸ درصد افراد تحت درمان با تاکرولیموس بودند که ۹/۵ درصد آقایان ۴ نفر بودند. ۹/۴ درصد جمعیت کلی که در کل ۱۰ نفر می‌شدند (۳ آقا و ۷ خانم) و

از بین موارد مورد مطالعه، ۱۷/۹ درصد بدون علامت بودند و تنها با افزایش آنزیم‌های کبدی در آزمایشات چکاپ متوجه بیماری خود شده بودند که از این بین ۱۶ درصد خانم و ۲۰/۶ درصد آقا بودند. ۴/۴ درصد موارد با تظاهر کلینیک درد شکم مراجعه کرده بودند که از این بین ۲۰/۶ درصد آقا و ۲۶/۹ درصد خانم بودند. حدود ۱۲ درصد بیماران با سیروز در ابتدا مراجعه کرده بوده‌اند که از سایر مطالعات (۲۲ درصد) کمتر می‌باشد.

پارامترهای آزمایشگاهی

در جدول ۲ به تفکیک مرحله‌ی بیماری نشان داده شد.

یافته‌های بافت‌شناسی

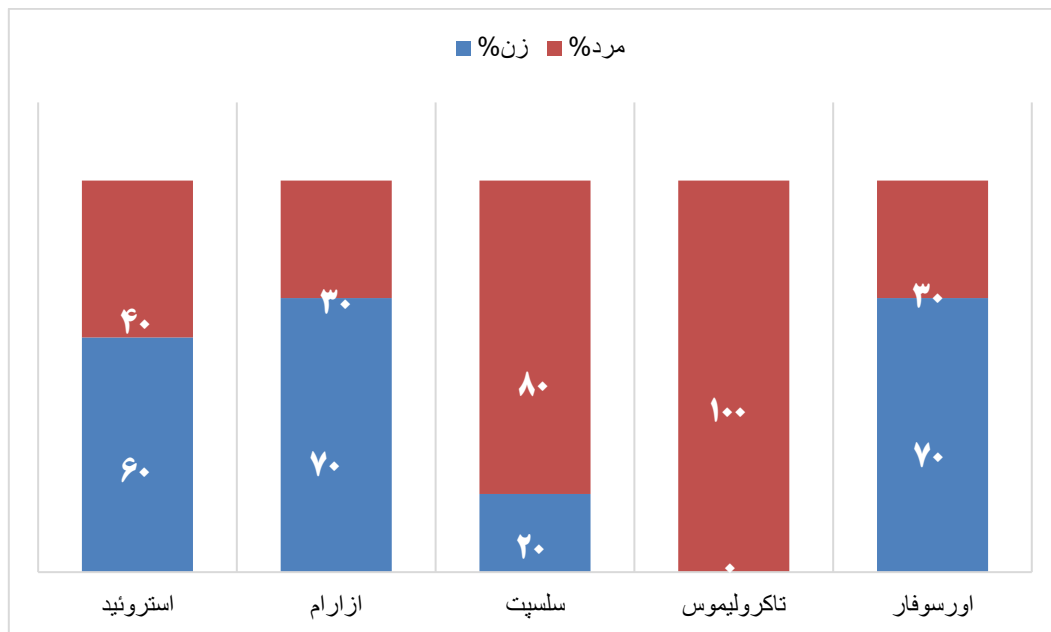
نمونه‌برداری از کبد در ۵۴ مورد انجام شده بود که از این بین ۴۶/۳ درصد Bridge ecrosis گزارش شده بود که ۵۰ درصد خانم‌ها و ۴۰ درصد آقایان را تشکیل داد. ۱۳ درصد افراد با تظاهر سیروز مراجعه کرده بودند که ۱۵ درصد آن‌ها آقایان و ۱۱/۸ درصد آن‌ها خانم بودند. ۱/۹ درصد با تظاهر Lymphoplasm infiltrates مراجعه کرده بودند که فقط آقایان (۵ درصد) را شامل شدند. ۱۸/۵ درصد نمونه‌ها را هیپاتیت مزمن تشکیل داد که ۲۰/۶ درصد خانم‌ها و ۱۵ درصد آقایان بودند. هیپاتیت کلستاتیک در ۳/۷ درصد نمونه‌ها مشاهده شد که همه‌ی آن‌ها خانم (۵/۹ درصد) بودند. Interface hepatitis در ۱/۹ درصد نمونه‌ها مشاهده شد که همه آن‌ها (۵ درصد) آقا بودند. Rosset formation تنها در ۱/۹ درصد بیماران که همه آن‌ها خانم بودند (۲/۹ درصد) مشاهده شد. ۱۳ درصد بیماران تظاهراتی غیر از موارد ذکر شده داشتند.

درمان

۶۷ درصد بیماران تحت درمان با ازارام و پردنیزولون بودند که از این بین ۷۵ درصد آن‌ها خانم و ۵۴/۸ درصد آقا بودند. ۶/۶ درصد بیماران صرفاً تحت درمان با پردنیزولون بودند که همه آن‌ها آقا و ۱۶/۷ درصد مواد را تشکیل دادند. ۸/۵ درصد بیماران تحت درمان تک دارویی با ازارام بودند که ۱۲/۵ درصد خانم و ۲/۴ درصد آقا

جدول ۲: نتایج آزمایشگاهی بیماران مبتلا به هیپاتیت اتوایمیون (AIH) در زمان تشخیص

پارامترهای آزمایشگاهی	کل بیماران (n = 111)	رمیسیون (n = 81)	پاسخ جزئی یا شکست درمان (n = 29)
ANA مثبت (تعداد، درصد)	۱۰۱ (۹۱)	۷۳ (۹۰)	۲۸ (۹۶)
SMA مثبت (تعداد، درصد)	۵/۳۸ (۸)	۲/۹ (۲۲)	۳/۴ (۷۵)
آنتی بادی LKM مثبت (تعداد، درصد)	۲/۳۲ (۴)	۲/۲۲ (۹)	۰/۱۰ (۰)
ALT (واحد/لیتر، میانگین ± انحراف معیار)	۴۹۸ ± ۴۱۹	۵۵۵ ± ۴۸۲	۲۸۶ ± ۲۶۹
AST (واحد/لیتر، میانگین ± انحراف معیار)	۶۴۱ ± ۵۴۸	۷۰۶ ± ۶۰۶	۴۴۴ ± ۴۱۰
ALP (واحد/لیتر، میانگین ± انحراف معیار)	۱۰۷ ± ۱۳۴	۱۰۱ ± ۱۹۷	۱۰۶ ± ۱۱۴
INR (میانگین ± انحراف معیار)	۱/۳۴ (۰/۷)	۱/۲۴ (۰/۳)	۱/۵۴ (۱/۱)
بیلی روبین توتال (میلی گرم/دسی لیتر، میانگین ± انحراف معیار)	۲/۴ ± ۱/۵	۳/۳ ± ۱/۱۶	۲/۸ ± ۲/۵۷
کراتینین (میلی گرم/دسی لیتر، میانگین ± انحراف معیار)	۰/۵ ± ۰/۷	۰/۶ ± ۱/۱	۰/۵ ± ۰/۶
آلبومین (میلی گرم/دسی لیتر، میانگین ± انحراف معیار)	۰/۵ ± ۳/۸	۰/۴ ± ۳/۹	۰/۶ ± ۳/۶



شکل ۱: نحوه‌ی مصرف داروهای فعلی بر حسب جنسیت بیماران (برای ۹۰/۸ درصد)

بحث

با توجه به یافته‌های مطالعه، تخمین شیوع AIH در استان اصفهان در حدود ۶ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است. داده‌ها نشان داد بروز این بیماری در استان اصفهان از سایر استان‌های کشور کمتر نبوده و با توجه به بالا بودن درصد مردان در این مطالعه (۴۰ درصد در برابر ۱۰ تا درصد سایر مطالعات) شیوع این بیماری از کشورهای اروپایی (۱۰ تا ۱۶ درصد هزار) کمتر ولی از هند (۱/۵ درصد هزار) بیشتر می‌باشد (۹-۱۲). درصدی بیماران بدون علامت در این مطالعه فقط با چکاپ متوجه بیماری خود شده بودند، ۱۸ درصد کل بیماران بوده که حدوداً نصف سایر مطالعات می‌باشد. خستگی مفرط بعنوان شایع‌ترین یافته‌ی بالینی محسوب شده که در کمی بیشتر از نیمی از بیماران وجود داشته

۷/۱ درصد جمعیت مردان و ۱۰/۹ درصد خانم‌ها را تشکیل می‌دادند از درمان با UDCA سود می‌بردند. فقط ۵ نفر تحت درمان با سلسپت بودند (۴ آقا و ۱ خانم) که ۴/۷ جمعیت عمومی و ۹/۵ درصد مردان و ۱/۶ درصد زنان را تشکیل می‌دادند (شکل ۱).

برای ۹۰/۸ درصد بیماران استروئید taper شده بود که ۹۱/۴ درصد آقا (۳۲ آقا) و ۹۰/۴ درصد خانم (۴۷ خانم) بودند.

۷۹ بیمار که ۸۹/۸ درصد بیماران را تشکیل می‌دادند و ۸۸/۲ درصد آقا (۳۰) و ۹۰/۷ درصد (۴۹) خانم بودند تحت بیوپسی کبدی قرار گرفته بودند.

سورویوال یک ساله بیماران مورد بررسی حدود ۹۵ درصد می‌باشد که مشابه سایر مطالعات بوده است.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سیر بیماری، روند درمانی و پروگنوز بیماران مبتلا به هپاتیت اتوایمیون در بیمارستان الزهرا(س) اصفهان انجام شد. نتایج نشان داد که شیوع این بیماری در اصفهان حدود ۶ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر است که در مقایسه با برخی کشورهای غربی کمتر، اما نسبت به برخی مناطق دیگر مانند هند بالاتر است. شایع‌ترین تظاهرات بالینی شامل خستگی، زردی و خارش بودند. نکته قابل توجه، پاسخ مطلوب به درمان در سال اول و نرخ بقای یک ساله بالا بود که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان‌های ایمونوساپرسیو در این جمعیت است. همچنین، میزان مرگ‌ومیر طی پیگیری سه‌ساله کمتر از مطالعات مشابه جهانی گزارش شد. این یافته‌ها می‌تواند ناشی از تشخیص زودهنگام و درمان مناسب در بیماران باشد. به‌طور کلی، این مطالعه گامی مهم در جهت ثبت و شناخت بهتر هپاتیت اتوایمیون در ایران محسوب می‌شود و می‌تواند به بهبود مدیریت بالینی این بیماران کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری حرفه‌ای رشته‌ی پزشکی با کد ۳۹۶۶۲۶ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی آن دانشگاه به انجام رسیده است.

است و در زنان به صورت معنی‌داری بیشتر بوده است. سپس علائم اولویت‌دار بعدی خارش و دل درد می‌باشد. از بین نشانه‌های بیماری نیز ایکتر در سه چهارم بیماران وجود داشته است. تعداد مبتلایان به سیروز در ابتدا در این مطالعه به مراتب از سایر گزارشات جهانی کمتر است که شاید ناشی از کمتر بودن شدت بیماری در جامعه مورد بررسی این مطالعه باشد. البته میزان دسترسی به خاموشی بیماری (نرمال شدن آزمایشات کبدی) در طی یک سال اول، در این مطالعه حدود ۷۱ درصد بوده که از سایر مطالعات گزارش شده بالاتر است. در طی مدت زمان پیگیری ۳ ساله، تعداد بیماران فوت شده در این مطالعه ۳ نفر بوده (۳ درصد) که کمتر از سایر مطالعات (۶-۷ درصد) بوده است (البته در طی ۵ سال پیگیری سایرین) (۹-۱۲).

فقط ۲۳ بیمار در پیگیری به بیوپسی مجدد رضایت دادند؛ زیرا که قطع دارو در غیاب بهبودی کامل پاتولوژیک می‌تواند به عود بیماری بعد از قطع زودهنگام داروهای ایمونوساپرسیو منجر شود. به نظر می‌رسد که سیر بیماری در بیماران مورد مطالعه‌ی ما در استان اصفهان روند بهتری در مقایسه با بیماران در کشورهای غربی و آمریکای شمالی و نیوزلاند داشته باشد. البته بایستی در سایر مطالعات به بیماران AIH با سیر حاد ابتدایی و روند پاسخ به درمان آن‌ها به صورت کامل‌تری پرداخته شود. با این حال، محدودیت‌هایی مانند تعداد کم بیماران تحت بیوپسی مجدد و نیاز به پیگیری طولانی‌مدت، لزوم انجام مطالعات آینده‌نگر را برای بررسی دقیق‌تر عوامل مؤثر بر پروگنوز و پاسخ به درمان نشان می‌دهد.

References

- Shahramian I, Mohammadi MH, Kalvandi GR. A review of autoimmune hepatitis and diabetes [in Persian]. *J Diabetes Nurs* 2019; 6(4): 664-71.
- Kalantari H, Ebadati S, Yaran M, Maracy MR, Shahshahan Z. Prevalence and risk factors of hepatitis B and C viruses among hemodialysis patients in Isfahan, Iran. *Adv Biomed Res* 2014; 3: 73.
- Nejad SEM, Heiat M, Javanbakht M, Alavian SM, Haris MAA. Evaluation of autoimmune liver disease natural history in patients referred to Middle East Liver Diseases (MELD) center. *BMC Gastroenterol* 2024; 24(1): 17.
- Goya M RR, Faleh H, Sohrabpour A. Guide to the treatment of chronic hepatitis B in Iran for general practitioners [in Persian]. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Deputy Health and Iranian Hepatitis Network; 2010.
- Daryani NE, Mirmomen S, Bahrami H, Mohammadi HR. Epidemiological indices of 39 subjects with autoimmune hepatitis and their response to treatment in Iran [in Persian]. *GOVARESH*. 2016; 5(29&30): 135-40.
- Ebrahimi Dariani N TM, Shirzad S, Tabataba Vakili S. Liver enzyme disorders [in Persian]. *Scientific Journal of the Medical System Organization of the Islamic Republic of Iran* 2012; 30(3): 272-87.
- Tanaka A, Ma X, Yokosuka O, Weltman M, You H, Amarpurkar DN, et al. Autoimmune liver diseases in the Asia-Pacific region: Proceedings of APASL symposium on AIH and PBC 2016. *Hepato Int* 2016; 10(6): 909-15.
- Trivedi PJ, Hirschfield GM. Recent advances in clinical practice: epidemiology of autoimmune liver diseases. *Gut* 2021; 70(10): 1989-2003.
- Haider AS, Kaye G, Thomson A. Autoimmune hepatitis in a demographically isolated area of Australia. *Intern Med J* 2010; 40(4): 281-5.
- Grønbaek L, Vilstrup H, Jepsen P. Autoimmune hepatitis in Denmark: incidence, prevalence, prognosis, and causes of death. A nationwide registry-based cohort study. *J Hepatol* 2014; 60(3): 612-7.
- Kim TI, Kagihara JE, Tsai NC, Roytman MM. Autoimmune Hepatitis in Hawai'i. *Hawaii J Med Public Health* 2015; 74(8): 270-4.
- Choudhuri G, Somani SK, Baba CS, Alexander G. Autoimmune hepatitis in India: profile of an uncommon disease. *BMC Gastroenterol* 2005; 5: 27.

Study of Demographic, Clinical and Therapeutic Characteristics of Patients with Autoimmune Hepatitis in Al-Zahra Hospital

Babak Tamizifar¹, Vahid Sebghatollahi¹, Parisa Adelnia²

Original Article

Abstract

Background: Autoimmune hepatitis (AIH) is a chronic liver disease that responds well to treatment if diagnosed and treated promptly, but can lead to cirrhosis and liver failure if left untreated. This study aimed to determine the demographic, clinical and therapeutic characteristics of patients with autoimmune hepatitis in Al-Zahra Hospital.

Methods: This descriptive study was conducted on 111 adult patients with a definitive diagnosis of AIH based on diagnostic scoring criteria and code (ICD-10: K75.4) at Al-Zahra Hospital from 2006 to 2018. Patients diagnosed with viral hepatitis, metabolic diseases, or other liver diseases were excluded from the study. Demographic, clinical, laboratory, imaging, and pathological data were collected and reported with descriptive statistics.

Findings: Of the 111 patients studied, 59.5% were female and 40.5% were male with a mean age of 42.5 years. The most common clinical manifestations included fatigue (55%), jaundice (75%), and pruritus (43%). 46.3% of biopsied patients had bridging necrosis. 15% of patients had cirrhosis at the time of diagnosis. The response to treatment in the first year was 71%, and the 1-year survival rate was reported to be 95%. The mortality rate over the 3-year follow-up period was 3%, which is lower than that reported in similar global studies.

Conclusion: The estimated prevalence of AIH in Isfahan was approximately 6 per 100,000 people. The course of the disease and response to treatment in this population were more favorable than in Western countries, which may be attributed to early diagnosis and appropriate treatment. However, prospective studies are recommended to more accurately investigate the factors affecting prognosis and response to treatment.

Keywords: Autoimmune hepatitis; Acute hepatitis; Chronic hepatitis; Autoantibodies; Liver cirrhosis

Citation: Tamizifar B, Sebghatollahi V, Adelnia P. **Study of Demographic, Clinical and Therapeutic Characteristics of Patients with Autoimmune Hepatitis in Al-Zahra Hospital.** J Isfahan Med Sch 2025; 43(822): 778- 783.

1- Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Babak Tamizifar, Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: tamizib@med.mui.ac.ir