

مدیریت بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده (IBD) در شرایط همه‌گیری کووید ۱۹

دکتر محمد عباسی نظری^۱، دکتر پوریا ترکمن^۲

۱، ۲. گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

گوارش این نگرانی به وجود آمده که بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده شامل بیماری کرون و کولیت اولسراتیو ممکن است در معرض افزایش خطر عفونت این ویروس به علت طبیعت مزمن بیماری و داروهای مورد استفاده برای درمان‌هایشان باشند. در حقیقت گزینه‌های درمانی برای مدیریت IBD که شامل استروئیدها و ایمونوساپرسانت‌ها می‌باشند، نه تنها فرد را مستعد عفونت‌های فرصت طلب، بلکه بیمار را مستعد عفونت‌های ویروسی نیز می‌کنند. در چند ماه گذشته، اطلاعات قابل اطمینانی در مورد میزان شیوع کووید ۱۹ و نتایج آن در بیماران مبتلا به IBD جمع‌آوری شده است. جالب توجه آن‌که تأثیر روش‌های مختلف درمانی مرتبط با IBD در روند بالینی کووید ۱۹ نیز بهتر درک شده است. همان‌طور که انتظار می‌رفت در طی همه‌گیری، بیشتر فعالیت‌های بالینی الکتیو به حالت تعلیق درآمد و خدمات پزشکی به‌طور چشمگیری کاهش

در حال حاضر پزشکان، داروسازان و سایر افراد حرفه پزشکی همواره با سؤالاتی در خصوص نحوه مصرف دارو و به‌طور کلی مدیریت درمانی بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده (IBD) در شرایط همه‌گیری کووید ۱۹ مواجه هستند. بیماران مبتلا در مورد لزوم ادامه داروهای مصرفی، رفتن به کلینیک و یا انجام کولونوسکوپی در این شرایط نگرانی دارند. کووید ۱۹ بزرگترین همه‌گیری بشریت از حدود یک قرن پیش تا امروز است. همه‌گیری از چین و جنوب شرقی آسیا آغاز شد و متعاقب آن، بیماری با تعداد بیشتری از موارد جدید ابتلا و مرگ و میر به اروپا و آمریکا گسترش یافت. اگرچه کووید ۱۹ عمدتاً عامل بروز علایم تنفسی است اما اکنون به خوبی شناخته شده که علایم کمتر شایعی همچون اسهال، تهوع، استفراغ و ناراحتی شکمی نیز امکان بروز دارند. از آن‌جا که کووید ۱۹ ممکن است در دستگاه گوارش کلونیزه شود، در بین متخصصان

یافته است. ویزیت‌های سرپایی، کولونوسکوپی‌ها و جراحی‌های غیر فوریته به توصیه متخصصان و مجامع بین‌المللی دخیل در مدیریت و درمان IBD به تعویق افتاده که این کار با هدف جلوگیری از ارتباط بیمار با محیط بیمارستان و ایجاد شرایطی برای بیماران IBD جهت حفظ ایزولاسیون مناسب و کاهش خطر ابتلا در این گروه از بیماران می‌باشد. ما با چالش‌های جدید مرتبط با دو نکته مهم روبه‌رو می‌شویم. نخست عدم اطمینان برای آینده با موضوع امکان بروز همه‌گیری‌های جدید و دوم توانایی برای سازماندهی مجدد فعالیت‌های بالینی برای بیماران IBD جهت رسیدگی به پرونده‌های عقب افتاده و کاهش آسیب‌های جانبی ناشی از کووید ۱۹. در این مقاله براساس بهترین شواهد موجود و نظرات تخصصی، توصیه‌های عملی ده‌گانه برای مدیریت بیماران IBD در فاز پاندمی بیان شده است.

۱- به بیماران آموزش دهید که قوانین معمول پیشگیری از کووید ۱۹ را براساس دستورات سازمان بهداشت جهانی رعایت نمایند.

روش‌های انتقال کووید ۱۹ شامل دو راه اصلی است. ابتدا به صورت مستقیم از فردی به فرد دیگر به واسطه سرفه، عطسه و تنفس قطرات تنفسی فرد بیمار در همان لحظه مواجه و دومین مسیر انتقالی شامل انتقال تماسی غیر مستقیم و ویروس از راه دهان، بینی و غشاهای موکوسی و نیز انتقال از طریق تعریق و ترشحات گوارشی می‌باشد. از زمان شروع پاندمی، سازمان بهداشت جهانی توصیه‌های معمول برای پیشگیری از کووید ۱۹ را تهیه نموده است. این توصیه‌ها شامل: شستشوی مکرر دست‌ها به صورت

صحیح با استفاده از صابون یا ضد عفونی کننده‌های با پایه الکلی، رعایت حداقل یک متر فاصله اجتماعی، خودداری از لمس چشم‌ها، بینی و دهان، پوشاندن بینی و دهان در هنگام سرفه یا عطسه، مراجعه سریع به تیم‌های درمانی در زمان بروز هر یک از علائم تب، سرفه یا تنگی نفس، استفاده از ابزارهای محافظت شخصی به ویژه در صورت عدم امکان رعایت فاصله اجتماعی یا در محیط‌های بسته و نیز به روز بودن افراد جامعه از آخرین اخبار و تبعیت از توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی در خصوص بیماری کووید ۱۹ می‌باشند. همه اشخاص و به طور ویژه بیماران IBD به علت شرایط خاص جسمی باید به این توصیه‌ها عمل کنند تا از انتشار عفونت جلوگیری نمایند. در حقیقت گرچه همه‌گیری حداقل در بعضی نقاط جهان رو به زوال است اما ویروس همچنان در گردش است و برای جلوگیری از امواج جدید اپیدمی، نباید سطح مراقبت‌ها را کاهش داد. بنابراین، متخصصان گوارش در هر شرایطی و به هر طریق ممکن از جمله ویزیت سرپایی، تله مدیسین (پزشکی از راه دور)، شبکه‌های اجتماعی و امثالهم باید همواره به بیماران خود برای کاهش خطر انتشار کووید ۱۹، تبعیت از توصیه‌ها را یادآوری کنند. این آموزش‌ها، در روند مدیریت پاندمی بسیار لازم است زیرا پیشگیری همچنان بهترین راه برای کاهش خطر آلودگی می‌باشد.

۲- عدم قطع درمان با داروهای بیولوژیک فعلی یا تأخیر در استفاده از داروهای نسخه شده جدید ممکن است تصور گردد چون درمان با داروهای بیولوژیک سبب تضعیف سیستم ایمنی می‌گردد،

حمایت بیشتر از عدم توقف درمان با داروهای ضد TNF-Alpha از یک نظرسنجی اخیر در یک مطالعه کوهورت در چین به دست آمده است. چن و همکاران گزارش داده‌اند که ۲۷/۷ درصد از بیماران درصد IBD، داروهایشان را در طول پاندمی قطع کرده‌اند که بیشتر از نیمی از آن‌ها (۵۰/۵ درصد) روی درمان با داروهای ضد TNF-Alpha بوده‌اند. اثر قطع دارو در این بیماران ناگوار بوده و به ترتیب باعث بروز ۲۲/۷ درصد تشدید علائم کولیت اولسراتیو و ۲۹/۳ درصد تشدید علائم کرون در بیماران مبتلا و نیاز به بستری در بیمارستان و مداخلات جراحی در تعداد غیرقابل چشم‌پوشی از آن‌ها شده است. هم‌چنین داده‌های قابل اطمینانی از داروی «توفاسیتینب» در همین زمینه گزارش شده که البته در تعداد محدودی از بیماران مطالعه گردیده است.

در مجموع داده‌ها، تاکنون نشان داده است که داروهای ضد TNF-Alpha و هم‌چنین سایر داروهای بیولوژیک یا توفاسیتینب، نباید قطع شوند زیرا شواهد موجود، از مزایای موجود در نسبت هزینه / اثربخشی کنترل بیماری IBD و خطرات احتمالی عفونت با کووید ۱۹ خبر می‌دهند. به‌علاوه ما توصیه به تعویق استفاده از درمان‌های بیولوژیک نمی‌کنیم. در واقع، مهم‌ترین هدف برای دستیابی در بیماران IBD، القا یا حفظ بهبودی بالینی بدون استفاده از استروئید، به‌خصوص در دوره بروز پاندمی کووید ۱۹ است. هرگونه تأخیر در دسترسی بیمار به درمان‌های بیولوژیک می‌تواند تأثیر منفی قابل توجهی در نتایج بیماری داشته باشد که از جمله آن‌ها افزایش میزان بستری در بیمارستان، جراحی‌ها و ویزیت‌های اورژانسی بیماران IBD می‌باشد.

در شرایط کرونا مصرف این داروها باید قطع شوند ولی اثر درمان IBD بر خطر ابتلا و نتیجه ابتلا به کووید ۱۹ هنوز مورد بحث است. اگرچه از زمان شروع پاندمی، براساس اطلاعات جمع‌آوری شده، مشخص گردیده که درمان‌های بیولوژیک و به‌طور ویژه داروهای ضد TNF-Alpha خطر ابتلا به کووید ۱۹ را افزایش نمی‌دهند. یک مطالعه گذشته‌نگر از آمریکا شامل یک کوهورت بزرگ از بیماران IBD گزارش داده که نرخ وقوع کووید ۱۹ در ۱۰۰۰ بیمار IBD که تحت درمان داروهای ضد TNF-Alpha بوده‌اند ۰/۶۱ و در افرادی بود که درمان با این دسته دارویی را دریافت نکرده بودند، نرخ وقوع ۱ بود. یعنی در افراد گیرنده این داروها وقوع بیماری نصف بوده است.

نکته جالب توجه آن که در یک گزارش موردی و نیز مطالعات گسترده‌تر، این فرضیه را مطرح نموده که آنتی‌بادی‌های ضد TNF-Alpha می‌تواند منجر به کاهش شدت بیماری‌زایی کووید ۱۹ در بیماران شود. در واقع، براساس پایگاه داده‌ای SECURE-IBD که بیش از ۱۵۰۰ بیمار در آن مشارکت داشته‌اند - در تاریخ ۱۶ ژوئن ۲۰۲۰ -، ۱۶ درصد از بیمارانی که با داروهای ضد TNF-Alpha درمان شده‌اند نیاز به بستری در بیمارستان داشته‌اند که از این میزان تنها ۲ درصد عواقب نامناسب درمانی را که شامل بستری در ICU، استفاده از ونتیلاتور یا مرگ می‌باشد، تجربه کرده‌اند. یک احتمال برای این مطلب، آن است که آنتی‌بادی‌های ضد TNF-Alpha توانسته‌اند بر وقوع طوفان سایتوکاینی، که در موارد شدید کووید ۱۹ مرتبط با پنومونی رخ می‌دهد، مؤثر باشند و آن را کاهش دهند.

۳- استروئیدها تنها زمانی تجویز شوند که بیمار به طور قطع نیاز داشته باشد و کاهش مقدار مصرف و قطع دارو باید همواره مد نظر باشد.

پس از مشخص شدن اثر قابل توجه تجویز استروئیدها در سیر درمان بیماران مبتلا به کووید ۱۹، مطالعات گسترده‌ای اثر استروئیدها در پیش آگهی بیماران مبتلا به IBD که دچار کووید ۱۹ شده‌اند را بررسی کرده‌اند. پایگاه داده‌ای SECURE-IBD گزارش داده که مواردی از بیماران کووید ۱۹ که همزمان به IBD مبتلا بوده و با استروئیدها درمان شده‌اند، پیش آگهی بدتری داشته‌اند. از ۱۶ ژوئن ۲۰۲۰، ۵۷ درصد از بیماران IBD که از استروئیدهای خوراکی یا تزریقی استفاده می‌کردند نیاز به بستری شدن در بیمارستان یافتند که ۱۹ درصد از این افراد با نتایج نامطلوب پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه مانند دستگاه تنفس مصنوعی یا حتی مرگ مواجه شده‌اند. این یافته‌ها با نتایج حاصل از مطالعه IG-IBD حمایت می‌شوند که در این مطالعه، ارتباط معناداری بین استفاده از استروئیدها و بروز پنومونی مرتبط با کووید ۱۹ و افزایش میزان مرگ و میر، گزارش شده است. اگرچه قطعاً برخی عوامل مداخله‌کننده مؤثر بر این اطلاعات وجود دارند. در نتیجه، از آنجا که هیچ داده قطعی در مورد این که آیا استفاده از استروئیدها خطر ابتلا به شکل شدید کووید ۱۹ را افزایش می‌دهد، وجود ندارد، به نظر می‌رسد عاقلانه باشد که مصرف این خانواده دارویی را در بیماران IBD به حداقل برسانیم و به فکر گزینه‌های درمانی دیگر مانند داروهای بیولوژیک (مانند داروهای ضد TNF-Alpha) حتی به عنوان درمان نجات‌دهنده برای کولیت اولسراتیو حاد شدید

یا درمان خط اول برای درمان شعله‌ور شدن متوسط تا شدید کولیت اولسراتیو یا کرون باشیم. در یک کلام بیماران که در حال حاضر روی درمان استروئید هستند توصیه به کاهش پیشرونده مقدار مصرف استروئید تا پایین‌ترین مقدار مصرف ممکن می‌گردد.

۴- با روش‌های از راه دور همچون تله‌مدیسین، اینترنت و شبکه‌های اجتماعی، بیمار را پیگیری کنید.

IBD به‌طور معمول با مدل رایجی مدیریت می‌شود که اساساً بر مبنای مشاوره سرپایی حضوری می‌باشد. اکثر مراکز درمان IBD یک روش معمول برای ویزیت بیماران کرون و کولیت اولسراتیو ارایه می‌دهند که بدون توجه به وضعیت دموگرافیک، تاریخچه بیماری، منطقه جغرافیایی و فاصله از کلینیک است. تنها تغییر قابل توجه در ویزیت‌ها شامل تعداد دفعات مراجعه به پزشک است که وابسته به ویژگی‌های بیمار شامل فنوتیپ بیماری، میزان فعال بودن آن و درمانی است که بیمار بر روی آن قرار دارد. همان‌طور که قبلاً مطرح شد، پاندمی کووید ۱۹ منجر به تغییر چشمگیر در ارایه خدمات پزشکی شده است. فاصله اجتماعی و قرنطینه منجر به تعلیق جهانی ویزیت‌های سرپایی حضوری متداول شده و بیماران IBD همچون هر فردی که مبتلا به بیماری است، از این وضعیت رنج می‌برند. با این حال، چندین فناوری دیجیتالی در دسترس هستند. همه این روش‌ها در مدیریت IBD طی همه‌گیری کووید ۱۹ آزمایش شده‌اند. به طور تفصیلی در فاز همه‌گیری، پزشکان چینی با استفاده گسترده از رسانه‌های اجتماعی (وی چت)، به عنوان

آزمون‌های غیرتهاجمی همچون CRP، سنجش نشانگرهای زیستی مدفوع مانند Calpro-tectin و سونوگرافی روده ارجحیت دارند. در حقیقت، استفاده از جایگزین‌های غیرتهاجمی کولونوسکوپی برای نظارت و پایش اثربخشی درمان و کنترل دقیق فعالیت بیماری موضوعی بود که حتی قبل از همه‌گیری کووید ۱۹ مورد بحث قرار گرفته بود. واضح است که بیماران بدون علامت یا بیماران با علایم خفیف و سطوح مناسب نشانگرها (CRP و Calprotectin) در صورت تداوم محدودیت‌های فعالیت عادی، نیاز به ویزیت سرپایی و مراجعه به کلینیک ندارند. برای پایش بیماران تحت درمان با داروهای بیولوژیک یا داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، مشاوره به‌صورت تله‌مدیسین باید روش ترجیحی برای پیگیری روند درمان بیمار باشد و ویزیت‌های سرپایی حضوری محدود به بیمارانی شود که آزمون‌های آزمایشگاهی غیرعادی دارند یا نمره پرسشنامه ارزیابی بالینی آن‌ها (مانند IBDQ) وضعیت مناسبی را نشان نمی‌دهد. همچنین باید تأکید کرد که تشخیص علایم تشدید IBD، به‌ویژه اگر بیمار تب داشته باشد، ممکن است از علایم بروز کووید ۱۹ باشد و همین تشخیص را با چالش مواجه می‌سازد. به‌علاوه گزارش شده کووید ۱۹ خود باعث بروز حملات کولیت می‌شود. بنابراین، توصیه می‌شود که نمونه‌گیری از نازوفارنژیال برای آزمون مولکولی کووید ۱۹ در زمان شعله‌ور شدن بیماری IBD به‌خصوص اگر بیمار نیاز به بستری در بیمارستان یا ویزیت به‌صورت سرپایی داشته باشد، انجام بگیرد.

یک ابزار آموزشی و قابل اجرا، با بیماران IBD ارتباط برقرار کرده و نتایجی عالی گرفتند. یک نظرسنجی که اخیراً در ۵۶ کشور مختلف در آمریکای شمالی، اروپا، استرالیا، آسیا و آفریقا انجام شده، نشان داد که تعلیق تقریباً کامل ویزیت‌های حضوری در طی کووید ۱۹، توسط بیش از ۷۵ درصد مصاحبه‌شدگان انجام شده و تله‌مدیسین در حال حاضر بیش از نیمی از مشاوره‌های IBD را به خود اختصاص داده است. بیشتر این مشاوره‌ها با تلفن انجام شده زیرا ۵۳/۳ درصد از پاسخ‌دهنده‌ها به ابزارهای مشاوره ویدیویی دسترسی نداشته‌اند، اما بسیاری از سایر راه‌حل‌های غیر یکپارچه دیگر مانند GoToMeeting، گوگل، Microsoft Teams، وی‌چت و واتس‌آپ به‌صورت گسترده در دنیا استفاده شده‌اند. البته، واقعیت این است که ارایه حضوری همچنان برای ویزیت‌های سرپایی IBD محبوب‌ترین قالب است حتی اگر به‌صورت معناداری پایین‌تر از زمان‌های قبل از بروز همه‌گیری کووید ۱۹ باشد.

۵- برای پایش فعالیت بیماری روش‌های غیرتهاجمی در مقایسه با روش‌های تهاجمی، ترجیح داده شوند.

استفاده از روش‌های غیرتهاجمی پایش فعالیت بیماری در بیماران IBD در ترکیب با استفاده از تله‌مدیسین باید از اولویت‌های متخصصان گوارش باشد. برای ارزیابی فعالیت بالینی استفاده از پرسشنامه‌های بیان وضعیت بیمار که توسط خود بیمار اظهار می‌گردند مانند پرسشنامه McMaster Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) و نیز انجام

۶- به بیماران توصیه کنید در صورت نیاز از روانپزشک کمک بگیرید.

متأسفانه، با شروع پاندمی کووید ۱۹ تعداد قابل توجهی از افراد، مشکلات روانی شدید مانند اختلال‌های خلق، اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های PTSD را تجربه نمودند. در این زمینه، بیماران IBD نیازمند توجه بیشتری هستند تا از پیامدهای ناخواسته مرتبط با بیماری ممانعت به عمل آورند. در یک بررسی Cross-sectional، وضعیت عاطفی، ادراکی و نگرانی‌های بیماران مبتلا به IBD در زمان بحران کووید ۱۹ بررسی گردید که در بسیاری از بیماران نشانه‌های اضطرابی بروز نمود گرچه علایم افسردگی مشاهده نشد. بیماران خانم، بیمارانی که تحصیلات آن‌ها تا سطح دیپلم بود و مبتلایان به Indeterminate Colitis احتمال بیشتری برای تجربه اضطراب دارند. مسأله قابل توجه دیگر، مربوط به بیماری کودکان و تمایل آن‌ها به درمان است. یک گزارش جدید، پیامدهای اولیه مرتبط با قرنطینه را در کودکان مبتلا به IBD را بررسی کرده است. این گزارش نشان داد درصد قابل توجهی از کودکان، علایم IBD را گزارش ندادند و این خطر بزرگی برای کاهش دریافت درمان‌های تعدیل‌کننده سیستم ایمنی ایجاد می‌نماید که می‌تواند درمان IBD را با تأخیر همراه کند. این که چرا کودکان علایم را کمتر گزارش می‌کنند می‌تواند به دلایلی مانند در خانه بودن و نرفتن به مدرسه که از بعد عاطفی برایشان مهم است توجیه گردد و در این شرایط اصولاً کمتر تمایل به بیان مشکلات جسمی دارند. چنان که برعکس گاهی جهت ماندن در خانه به دروغ از وجود مشکلات جسمانی نزد والدین شکایت می‌کنند!

نشان داده شده که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، که به‌عنوان آگاهی از تجربه فعلی و تأکید بر توجه به افکار، احساسات جسمی و عواطف فرد می‌باشد، در بیماران IBD مؤثر واقع شده است. در واقع، اثرات مثبت آن‌ها در شرایط مختلف بهداشتی روانی گزارش شده است. به‌طور کلی، نشان داده شده که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، که به‌عنوان بخشی از اقدامات بالینی استاندارد تجویز می‌شود به‌صورت مؤثری در اصلاح شاخص‌های التهابی در بیماران IBD نقش دارند.

۷- اگر یک اندیکاسیون غیرقابل تعویق را شناسایی کردید معاینات کولونوسکوپی را برنامه‌ریزی کرده یا مجدداً برنامه‌ریزی نمایید و اولویت را به ضروری‌ترین موارد بدهید.

در زمان شدت پاندمی کووید ۱۹ معاینات کولونوسکوپی به شدت کاهش یافته و تنها به موارد ضروری محدود شده است. در حال حاضر، با مهار همه‌گیری در برخی کشورها، باید کولونوسکوپی‌هایی که قبلاً انجام نشده‌اند، مجدداً مد نظر قرار گیرند. به‌طور حتم، این یک کار بسیار ظریف و قابل تأملی را شامل می‌شود. آزمون‌های کولونوسکوپی باید براساس ترتیب اولیتی که به‌صورت موردی تصمیم‌گیری می‌شود، برنامه‌ریزی شود. علاوه بر موارد اضطرابی، کاربردهای دیگری در این مرحله جهت کولونوسکوپی اضافه می‌شوند که دیگر نمی‌توانند به تعویق بیافتند، چون در صورت تعویق می‌توانند منجر به عواقب منفی میان‌مدت و بلندمدت شوند که ممکن است غیر قابل برگشت

که نتیجه آزمون مثبت گزارش می شود (IgG و/یا IgM) کولونوسکوپی غیر فوریتی باید تا زمان انجام سواب نازوفارنکس PCR برای کووید ۱۹ به تأخیر انداخته شود و نهایتاً در بیماران با علائم مشکوک به کووید ۱۹ یا افرادی که واجد خطر عوامل عفونت هستند، انجام کولونوسکوپی غیر فوریتی باید تا زمان تشخیص قطعی بیماری براساس آزمون مولکولی PCR به تأخیر انداخته شود. بدیهی است که معاینات فوریتی کولونوسکوپی در بیماران با علائم مطرح کننده کووید ۱۹ یا با خطر عوامل اپیدمیولوژیک بالا باید با حداکثر اقدامات احتیاطی انجام شود (در یک اتاق با فشار منفی یا در صورت عدم دسترسی در یک اتاق اختصاصی با تهویه کافی، ابزارهای محافظتی شخصی و ماسک های تنفسی با فیلتر بالا). در پایان کولونوسکوپی، بیمار باید توسط یک تیم درمانی بیماری های عفونی ارزیابی و آزمون های سنجش کووید ۱۹ انجام شود.

۸- در کلینیک های انفوزیون داروهای بیولوژیک، آزمون کووید ۱۹ برای همه بیماران در نظر گرفته شود.

همان طور که قبلاً اشاره گردید هیچ درمان تزریقی داروهای بیولوژیک نباید قطع شود. همان قوانین پیشگیرانه در مرحله اوج شیوع همه گیری باید برای فاز به اصطلاح نزولی منحنی اپیدمی، تنظیم شوند. قبل از ورود به کلینیک برای همه بیماران باید اندازه گیری دمای بدن انجام شود و آن ها باید یک پرسشنامه مرتبط با سابقه بیمار (علائم سازگار با کووید ۱۹، ارتباط با افراد مبتلا به عفونت کووید ۱۹) را پر کنند. حتی در صورت عدم

باشند. فهرستی از کاربردهای اصلی نسبی به شرح زیر ذکر می شوند:

۱- برای تأیید یک مورد جدید مشکوک به IBD با شدت علائم متوسط تا شدید

۲- برای تغییر درمان یا جهت بررسی کاربرد جراحی در بیماران با IBD شناخته شده مقاوم به درمان دارویی

۳- ارزیابی عود بیماری کرون بعد از جراحی در بیماران علامت دار

۴- جهت غربالگری دیسپلازی در بیماران با خطر بالا مثلاً بیماران مبتلا به PSC (Primary Sclerosing Cholangitis)

۵- بیماران مبتلا به تنگی روده بزرگ که درگیری آن ها با روش های تصویربرداری مستند شده باشد.

۶- Pouchitis شدید

بدیهی است که از سرگیری فعالیت کولونوسکوپی باید با رعایت دقیق ترین توصیه ها برای کاهش خطر سرایت برای بیماران و متخصصان سلامت صورت بگیرد. به طور خاص، قبل از ورود به اتاق کولونوسکوپی، یک پیش آزمون در مورد احتمال ابتلا به کووید ۱۹ براساس پرسشنامه استاندارد شامل خطر عوامل اپیدمیولوژیک و بالینی مانند بروز علائم مرتبط در ۱۴ روز گذشته (تب، سرفه، گلودرد، از دست دادن حس بویایی یا چشایی، تنگی نفس) باید انجام شود. به علاوه قبل از انجام کولونوسکوپی، اندازه گیری دمای بدن توصیه می شود. پس از آن، در افراد بدون علامت، انجام آزمون سرولوژی سریع که جوابش حدوداً در ۱۵ دقیقه آماده می شود و سطوح IgG و IgM علیه کووید ۱۹ را اندازه می گیرد، سبب اطمینان خاطر بیشتر می گردد. در بیمارانی

۱- بیماری فعال پری آنال با حضور آبسه‌ها و با فیستول‌های پری آنال با مشکلات عفونی موضعی
۲- بیماران مبتلا به بیماری کرون با زیرمجموعه دوره‌های عودکننده، که به درمان‌های دارویی مقاوم هستند.

۳- بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو که مقاوم به درمان‌های دارویی بوده یا با شواهدی از دیسپلازی با شدت بالا داشته‌اند.

۴- بیماری کرون با تنگی یا نفوذپذیری که به درمان دارویی پاسخ نمی‌دهد.

در فاز کنونی پاندمی انجام کلیه اقدامات احتیاطی تجویز شده برای جلوگیری از آلودگی بیماران و جراحان لازم است. توصیه‌های اصلی، علاوه بر کاربرد صحیح جراحی، شامل: کاهش کارکنان جراحی به حداقل میزان ممکن، استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی (جراحان باید با ماسک‌های واجد فیلترهای ریز ذره مانند FPP_2 یا FPP_3 محافظت شوند)، آزمون بیمار برای کووید ۱۹ قبل از پذیرش در بیمارستان با سواب نازوفارنژیال (علاوه بر جمع‌آوری سوابق نشانه‌های کووید ۱۹ و / یا تماس با افراد بیمار) و انجام جراحی تنها در صورتی که نتایج آزمون مشخص شود. به منظور بهینه‌سازی محافظت از کارکنان سلامت از عوامل بیماری‌زای مسری، اتاق عمل با فشار منفی برای بیمارانی که نتیجه آزمون آن‌ها برای کووید ۱۹ مثبت بوده یا مشکوک به بیماری هستند، توصیه می‌شود. استفاده از یک تخلیه دود فعال متصل به فیلتر مناسب برای لاپاروسکوپی یا جراحی‌های روباتیک در طول همه‌گیری کووید ۱۹ جهت کاهش انتشار ذرات ویروس نیز توصیه شده است. در حالی که

وجود علائم و یا تماس قبلی با بیماران کووید ۱۹ پیشنهاد شود همه بیماران در اولین ورود به یک کلینیک انفوزیون، آزمون مولکولی PCR را انجام دهند. برای بیمارانی که درمان تریقی را نمی‌باید قطع کنند، توصیه می‌شود به محض در دسترس بودن آزمون سرولوژی در کلینیک، نسبت به انجام آن اقدام کنند. بدیهی است که جهت اطمینان از رعایت «فاصله اجتماعی» توصیه می‌کنیم بیمارانی که لازم است تا تحت درمان انفوزیون درمان‌های بیولوژیک قرار بگیرند در فواصل یک ساعته جهت دریافت دارو، نوبت‌بندی شوند. محل‌های تزریق باید حداقل ۲ متر از یکدیگر فاصله داشته و نیز لازم است که بیماران و کادر پزشکی قبل از تزریق نسبت به شستن دست‌ها و پوشیدن ماسک اقدام کنند. افراد همراه بیمار نباید اجازه ورود به کلینیک انفوزیون را داشته باشند و تعداد کارکنان کلینیک شامل پزشک و پرستار باید حداقل تعداد لازم باشد.

۹- مداخله‌های جراحی تنها در موارد فوریتی اولویت دارند.

گاهی جراحی یک الزام غیر قابل تغییر برای درمان بیماران مبتلا به IBD است. با تعلیق سرویس‌های جراحی در شرایط پاندمی کووید ۱۹، یکی از مهم‌ترین موضوعات اجرای راهکارهایی برای بازگرداندن اجرای بهینه جراحی‌ها است. در طول همه‌گیری، بیماران IBD که در فهرست انتظار برای یک مداخله جراحی بودند، به علت لغو، مجبور شدند که به سختی علایمی که تنها با جراحی قابل درمان بودند را تحمل کنند. اغلب شرایط بالینی که نیازمند اولویت‌بندی جراحی هستند، شامل:

■ نتیجه

تا زمان کشف واکسن یا درمان مؤثر علیه کووید ۱۹، نمی‌توان شیوع و کنترل مجدد کووید ۱۹ در آینده را رد کرد. با این وجود، در کشورهایی که روند همه‌گیری در حال کاهش است و البته، با وجود این که ویروس هنوز در گردش است، اولویت با از سرگیری فعالیت بالینی است تا آن‌جا که ممکن است به استانداردهای قبل از کووید ۱۹، نزدیک شوید. بنابراین، در مورد بیماران مبتلا به IBD لازم است راهنمایی‌های عملی به متخصصان گزارش آرایه شود تا ضمن اطمینان از ایمنی بیماران و متخصصان، مراقبت‌های بهداشتی بهینه آرایه شوند. این ممکن است نیازمند تغییرات آتی در برنامه‌ریزی فعالیت‌های مراقبت‌کنندگان بهداشتی، هم با استفاده از معیارهای مختلف اولویت‌بندی برای ویزیت‌های سرپایی، آزمایش‌های تشخیصی و مداخلات جراحی و هم با ادامه استراتژی‌های درمانی همچون تله‌مدیسین، حمایت روانی از بیماران و عملکردهای آموزشی انجمن‌های بیمار که طی همه‌گیری به خوبی عمل کرده‌اند، باشد.

منابع

1. Papa A. Papa V. Lopetuso LR. Gasbarrini A. Tursi A. Covid-19 and the management of patients with inflammatory bowel disease: A practical decalogue for the post-pandemic phase. *Ther Adv Gastroenterol* 2020; 13: 1-10.
2. Brenner EJ. Ungaro RC. Colombel J. Kappelman MD. IBD in the COVID-19 era: The value of international collaboration. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 5(10): 887-888.

برخی پیشنهاد داده‌اند که انجام جراحی بسته، بالقوه ایمن‌تر از جراحی با روش باز کردن شکم است که انتشار بیماری را به‌طور گسترده ممکن می‌سازد، برخی دیگر موافق عدم استفاده از لاپاروسکوپی بودند که علت آن را خطر انتشار ویروس در پنوموپریتونئوم در هنگام لاپاروسکوپی می‌دانند. در هر حال، در این خصوص دوگانگی هست. منطقی این است که اگر جراح نتواند به ابزارهای احتیاطی توصیه شده همچون پورت‌های هوا و فیلترها، دسترسی داشته باشد، ممکن است با استفاده از ابزارهای محافظ شخصی، لاپاراتومی ایمن‌تر باشد.

۱۰- با مشارکت انجمن‌های مرتبط با بیماران، آموزش را ادامه دهید.

در این وضعیت، انجمن‌های بیماران یک پیوند کلیدی بین پزشکان و بیماران هستند و باید به‌طور فزاینده‌ای در آموزش بیمار نقش ایفا کنند. تعامل نزدیک می‌تواند تمایل بیمار با توصیه‌های تیم درمانی را ایجاد و می‌تواند به ثبات روابط طولانی‌مدت و قابل اعتماد کمک کند. انجمن‌های بیماران به‌طور معمول می‌توانند از تمام روش‌های در دسترس مانند اینترنت، گفتگوی ویدئویی، واتس‌آپ با هدف انتشار اطلاعات آموزشی استفاده نمایند. این روش‌ها بیشتر مورد توجه بیماران قرار می‌گیرد. ضمناً مراکز درمانی در مورد هرگونه تغییر در روش‌های درمانی IBD و به‌طور کلی در مورد همه‌گیری به روز باشند. بنابراین، اکیداً توصیه می‌گردد انجمن‌های بیمار محور با پشتیبانی مشاوران پزشکی خود در این زمان خاص، اطلاعات و وظایف آموزشی خود را افزایش دهند.