

رماتیسم و سرطان

مجله علمی نظام پزشکی
سال سوم ، شماره ۱ ، صفحه ۱۴ ، ۱۳۵۱

دکتر فیروزپناهی *

پزشکی فرانسه تمام سندرهای پارانثوپلازیک رشته‌های تخصصی مختلف مورد بررسی عمیق قرار گرفت و از آن به بعد نیز روز بروز این مطالعات بیشتر می‌شود. بطوریکه امروزه نه تنها این مبحث از قلر تئوری جالب می‌باشد بلکه در کارهای روزمره، طبیب با آگاهی از وجود این نوع سندرهای میتواند تشخیص واقعی بیماری و درمان اصولی را با نجاح رساند.

تعریف : سندرهای پارانثوپلازیک به سندرهای اطلاق میگردد که در جریان سیر یک سرطان به وجود می‌آیند بدون اینکه مسئله متابستاز در میان باشد. البته پاتوژنی این تظاهرات فوق العاده پیچیده است، و برای توضیح ایجاد این نوع سندرهای در واقع موضوع غامض روابط بین بیمار و تومر سرطانی او پیش می‌آید. درسی و پنجمین کنگره پزشکی فرانسه ژان بر نارد در گزارش خود متذکر می‌شود که در اورگانیسم، سرطان یک جسم خارجی نیست بلکه روابطی بین اورگانیسم حامل سرطان و خود تومور وجود دارد. این روابط ممکن است موضعی باشند مثلاً در مجاورت پرولیفراسیون بدخیم گاهی اوقات واکنش‌هاییکه منظره النهایی دارند بعد وجود می‌آیند که مخصوصاً در عقده‌های لنفاوی هنوز بوسیله سرطان فراگرفته نشده است یک هیپرپلازی خوش خیم دیده می‌شود و گوئی سرطان یکی از خواص غیرعادی خود را باین نسوج انتقال داده است.

ولی از همه مهمتر روابط عمومی بین سرطان و بیمار سرطانی است که احتمالاً در ایجاد آن مکانیسم‌های ایمو‌نولوژیک دخالت دارد.

بطور کلی رابطه بین رماتیسم و سرطان را میتوان در دو مبحث مطالعه کرد :

در مبحث اول علام استخوانی و مفصلی مستقیماً در نتیجه وجود تومور و یامتاستازهای سرطانی ایجاد می‌شوند، مانند تومورهای استخوانی اولیه و یامتاستازهای استخوانی ثانوی و یا جایگزینی‌های استخوانی هموپاتی‌های بدخیم وبالآخره تومورهای بدخیم مفصلی که به اسم سینوویالوم بدخیم نیز نامیده می‌شود. این مبحث که در کتب کلاسیک به تفصیل آمده است در این مقاله بهمیچ و چه مورد مطالعه قرار نخواهد گرفت. در مبحث دوم تظاهرات رماتیسمی رابطه مستقیم با سرطان ندارد و بکلی با متابستازهای سرطانی متفاوت می‌باشد و در صورت امکان معالجه سرطان (مثل اعمال جراحی) تمام این علام بهبود می‌یابد. این مبحث یک بخش بزرگی به اسامی سندرهای پارانثوپلازیک تشکیل میدهد که نه تنها در روماتولوژی بلکه در رشته‌های تخصصی دیگر نیز مشاهده می‌شود.

در این مقاله مابعد از ذکر یک مقدمه مختصر راجع به سندرهای پارانثوپلازیک بطور عموم به ذکر سندرهای پارانثوپلازیک فقط در روماتولوژی خواهیم پرداخت.

مقدمه راجع به سندرهای پارانثوپلازیک بطور عموم

در سالهای اخیر تحقیقات و مطالعات وسیعی درباره سندرهای پارانثوپلازیک کدد جریان یکی از سرطانها، مخصوصاً سرطان دیه ایجاد می‌شوند انجام گرفته است. مخصوصاً درسی و پنجمین کنگره

* مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

۱- منتظر از رماتیسم در اینجا معنی وسیع آن در روماتولوژی است که به تمام کیفیات دردناک استخوان و مفاصل و عضلات و نسوج نرم اطلاق میگردد.

- ۴- پزو دوپولی آرتربیت ریزوملیک (پولی میالریسا روماتیکا) و سرطان - اسپنوندیل آرتربیت آنکبیلو زانت و سرطان .
- ۵- آرتربیتاهای شبه نقرسی و سرطان .
- ۶- آلكودیستروفی و سرطان .
- ۷- بیماریهای کولازن و سرطان .

اوستئوآرتربوپاتی هیپرتروفیانت پنومیک

این بیماری نسبتاً نادر، مسائل فوق العاده جالبی از نظر تشخیص و پاتوژنی مطرح می‌سازد و ما تنها بذکر نکات عملی می‌پردازیم . علل : مهم‌ترین علت اوستئوآرتربوپاتی هیپرتروفیانت ، سرطان ریه است (۳۸-۳۵-۴-۳) که در ده تا پانزده درصد موارد میتوانند اشکال بالینی مختلف این بیماری را ایجاد کند .

در دو سوم موارد، یک سرطان بر و نشیک اولیه وجود دارد و تیپ اپی درموئیدازمه بیشتر موجب اوستئوآرتربوپاتی هیپرتروفیانت می‌شود . دریک سوم موارد، تومور ریه ممکن است یک متاستاز باشد(۲۷)

که منشاء اولیه آن خیلی متنوع است .

تمام تومورهای قفسه صدری میتوانند اوستئوآرتربوپاتی هیپرتروفیانت را ایجاد کنند(۵) . ولی بعد از سرطان ریه از همه مهم‌تر بیماری هوچکین و سرطان مری را میتوان نام برد (۷) .

مزوتلیوم جنبی اگر چه نادر است ولی در صورت وجود در ۶۰٪ موارد ، موجب اوستئوآرتربوپاتی هیپرتروفیانت می‌شود . بالاخره دیس آمبریوم هتروپلاستیک مدیاستن که یک تومور نادر است نیز میتواند موجب این بیماری گردد . استثناء علل گوارشی یا علل دیگر ریوی باعث این بیماری می‌شود .

در بعضی مواقع هیچ علته برای این بیماری یافته نمی‌شود که در این موقع فکر می‌کنند که یکی از اشکال غیرعادی بیماری دیگر به‌اسم پاکی در موپریوستوز که یک بیماری ارثی و انتقایی است می‌باشد و جزء اوستئوآرتربوپاتی هیپرتروفیانت بشمار نمی‌آوردند . علائم - در ۹۰٪ موارد، این بیماری در جنس مذکور بین سالین ۵۰ تا ۷۰ سال مشاهده می‌شود . اولین علامت بیماری بصورت دردهای مچ پاها و زانوها و مچ دستها و گاهی آرنجها تظاهر می‌کند . ندر تر اخیز دستها و پاها جلب توجه می‌کند و به همین علت تشخیص در اوائل بیرون پرتو نگاری استخوان‌نامه‌شکل می‌باشد . تابلو بالینی معمولاً در عرض چندین هفته تکمیل می‌شود در اشکال حاد، گاه

البته در وجود چنین رابطه‌ای امروزه تردیدی نیست، ولی مکانیسم آن شناخته نشده زیرا ایمونولوژی به تنهایی تمام پاتوژنی را توجیه نمی‌کند . سرطان، اختلالات متعدد متابولیک ایجاد می‌کند که کاشکسی عادی سرطان نتیجه آن است . اختلالات متابولیسم پروتیدها حتمی است، اختلالات آنزیمی عمومی در جریان بعضی از سرطانها دیده می‌شود مثلاً اختلالات فسفاتازهای سرم خون دارد جریان سرطان پرستات و فسفاتازهای قلیائی لوکوسیت‌هارا در لوسیم میلوئید مزمن، میتوان نام برد . اختلالات فیبرینولیتیک که در سرطان پرستات و پانکراس ممکن است دیده شود بیشتر از این قبیل است و حتی این اختلالات آنزیمی میتواند برای تشخیص سرطان نیز کمک کند و یا بعضی از علائم بالینی را ، مانند سندروم همودرازیک که در اثر فیبرینولیز به وجود می‌آید توجیه کند .

در رشته آندوکرینولوژی رابطه بین سرطان و بیمار سرطانی بخوبی شناخته شده است . مثلاً آنثیر مطلوب اوستروزن‌ها در سرطان پرستات و باتأثیر نامطلوب اوستروزنها و تأثیر نیکوئی آندروژنها و هیپوفیز کنومی در سرطان پستان را میتوان نام برد . اثر مطلوب کورتیکوئیدها روی لوسی نیز شاهد همین مکانیسم است .

بعقیده بعضی از مؤلفین احتمالاً پارهای از اختلالات روانی نیز در ایجاد سندرهای پارانثوپلازیک مؤثرند . بطود کلی پاتوژنی سندرهای پارانثوپلازیک خیلی پیچیده و ناشناخته است و ما در اینجا به‌همین اندازه اکتفاء می‌کنیم ، و نکات عملی در شناخت سندرهای پارانثوپلازیک در روماتولوژی را به تفصیل بیشتری ذکر خواهیم کرد . فقط متنزه کر می‌شوند که گاهی اوقات یک نوروباتی حسی دنی برون (Denny Brown) میتواند باعث مراجعة هریض به‌متخصص امراض رماتیسمی شود . ولی در هر حال این مبحث من بوظ مسندرهای پارانثوپلازیک در نرولوژی است و مورد بحث همانیست .

سندرهای پارانثوپلازیک در روماتولوژی برای سهولت کار این سندرهای را به ترتیب زیر مورد بررسی قرار میدهیم :

- ۱- اوستئوآرتربوپاتی هیپرتروفیانت پنومیک یا بیماری پیرماری (Pierre-Marie) .
- ۲- ظاهرات مفصلی جداگانه سرطان ریه .
- ۳- پولی آرتربیت روماتوئید و سرطان .

- ۱- سال گذشته، بیماری در بخش طبی ۴ بیمارستان پهلوی، بعلت ادم پاها و دستها بستری شده بود که چندین هفته قبل از بستری شدن با دیورتیک‌ها بدون تشخیص واضحی درمان شده بود . دوهفته بعد از بستری شدن بتدریج دردهای مفاصل نیز به‌adam اضافه شد و پرتو نگاری پریفراسیون استخوانی زیر ضریع استخوان‌های درشت‌نی و نازک‌نی و زند اعلی و اسفل را نشان داد و پرتو نگاری ریه باشان دادن تومور اولیه ریه هیچ گونه شکی را در تشخیص اوستئوآرتربوپاتی هیپرتروفیانت پیرماری باقی نگذاشت .

در قسمت انتهائی زنداعلی واسل و درشت نی ونائزکنی وبندرت روی استخوان بازو وران مشاهده میشود. بعضی مواقع فالانژهای کف دستی وپائی (متاکارپین ومتاتارسین) نیز گرفتار میشوند. بطورکلی یک او سنتوپوروز خفیف در تمام استخوانها نیز مشاهده میشود که مخصوصاً درنواحی اپی فیز شدیدتر است. فواصل بین مفصلی طبیعی هستند.

سیر بیماری

سیر بیماری کاملاً باعلت اصلی آن وابسته است، اغلب اوقات علامت استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت قبل از علامت سرطان ریه ایجاد میشوند و در اثر عدم درمان سرطان ریه رفتہ رفتہ علامت روشدت میگذارند و دردهای مفصلی تمام علامت دیگر سرطان را تحتالاشاعع قرار میدهند. ولی اگر تومور اولیه برداشته شود تمام علامت استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت بهبود پیدا میکند، دردهای مفصلی بکلی ازین میرونند، هیپوکراتیسم انگشتان به کندی، پریوستوز خیلی دیر و بطور ناکامل بهبود میباشد، گاهی نیز تغییری نمیکند (۴۳-۵۲).

اشکال بالینی : درین اشکال بالینی اشکال ناکامل بیماری را باید نامبرد که مدت‌ها ناشایخته مانده‌اندوخیلی فراوان هستند وهم چنین اشکالی که بازنیکوماستی توأم میباشد.

اشکال ناکامل وحد واسط بیماری را میتوان بهتر تبی زیر خلاصه کرد :

۱- اشکالی که پریوستوز غلاف کننده یا هیپوکراتیسم انگشتان میباشد.

۲- اشکالی که پریوستوز غلاف کننده توأم با آرتربیت‌ها است.

۳- اشکالی که پریوستوز غلاف کننده همراه آرتربیت و هیپوکراتیسم انگشتان ولی بدون هیپرتروفی اندامها میباشد. اشکال توأم با زنیکوماستی نسبتاً فراوان هستند (۱۱) و بطورکلی در نزد مردم سنت بالاتراز، ۴ سال است وجود زنیکوماستی همراه با یک سندروم دیس آرمولی در ۸۰٪ موارد، علتش سرطان ریه میباشد وقی تومور قراردارد. زنیکوماستی اغلب اوقات بازیادشدن اوستروزن‌های ادراری وباتنیبرات هیپرپلازیک هیپوفیز توأم میباشد.

ندرتاً اشکالی از استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت دیده شده است، که باضخمی شدن پوست صورت وزیادشدن چینهای پوستی توأم میباشد که منظره شبیه بیماری ارثی و زننیک پاکی درموپریوستوز بوجود میآورد.

تشخیص افتراقی : این سندروم با آکرومگالی و مرحله ابتدائی بعضی از رماتیسمها مانند پولی آرتربیت روماتوئید و رماتیسمهای

چندین روز، ودر موارد نادر چندین ماه برای ایجاد یک سندروم تمام عبارلازم است. علامت بالینی تابلو کامل بیماری را مینتوان به دسته تقسیم کرد :

۱- علامت مورفولوژیک

۲- علامت مفصلی

۳- علامت استخوانی ضریعی (استئوپریوسته)

اول علامت مورفولوژیک، که از اجتماع دوعلامت ایجاد میشود یکی انگشتان بقراطی (هیپوکراتیسم دیرینال) دوم هیپرتروفی شبیه آکرومگالی انتهایها، بنابراین اغلب اوقات پاها و دستهای این بیماران حجمیم، انگشتان کلفت، مخصوصاً انتهای انگشتان ضخیم و گرزی شکل میباشد. ناخنها برآمده و حجمیم و تواهماً باضخمی شدن بندهای انتهائی است.

بطورکلی رابطه بین هیپوکراتیسم انگشتان و اوستئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت امر وژه مورد قبول همه است و به همین علت اغلب مؤلفین این تغییرات انتهایها را تحت عنوان دیس آکرومیلی (Dysacremélie) نام مینبرند که تمام اشکال بالینی حد واسط بین انگشتان بقراطی و اوستئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت را شامل میشود (۳۱-۳۰-۳-۲).

دوم علامت مفصلی - علامت مفصلی بصورت آرتربیت (دردهای مفصلی) است، که مخصوصاً مچ پاها و زانوها و مچ دستها و آرنجها را فرامیگیرد. ندرتاً انگشتان دستها و پاها و استثناء در مفاصل هاش مشاهده میشود. آرتربیت‌های واقعی خیلی نادرند ولی وقی وجود دارد مفاصل گرم و متور میشوند، علت این تورم نه تنها انفیلتر اسیمون نسوج نرم است بلکه ترشحات داخلی مفصلی نیز گاهی اوقات وجود دارد.

بطور خلاصه علامت مفصلی این بیماری شبیه یک رماتیسم انتهایی چند مفصلی تحت حد میباشد (۴۰-۳۷-۳۸).

اغلب اوقات اختلالات واژموتور نیز وجود دارد از قبیل اتساع وریدها، گرم شدن پوست، تعریق هویعی، پارستزی و زیادشدن نوسانات شریانی.

سوم علامت استخوانی ضریعی، که فقط بوسیله رادیو گرافی سیستماتیک تشخیص داده میشود و این علامت حتماً برای تشخیص بیماری لازم است که بصورت تکثیر (پرولیفر اسیون) استخوانی زیر ضریع یا پریوستوز غلاف کننده (Engainante) مشاهده میشود. این علامت همیشه در اوایل وجود ندارد و بعد ممکن است تشکیل شود، وقی که این علامت تشکیل شد منطقه تکثیر ضریعی معمولاً کم رنگ تر از ضریع اصلی خود استخوان است و اغلب اوقات از خود ضریع اصلی بوسیله یک حاشیه روش مجزا است. منظره اش گاهی منظم و گاهی ضخیم و ورقهورقه است این نئوفور ماسیون پریوسته مخصوصاً

سوم پولی آرتربیت روماتوئید و سرطان

علاوه بر ظاهرات مفصلی که سرطانهای ریه ایجاد میکنند در این اواخر توأم شدن پولی آرتربیت روماتوئید با یکی از سرطانها جلب توجه بسیاری از مؤلفین را نموده است. در سال ۱۹۵۳ (۲۸)، هفت ابر واسیون بیماریهای کولاژ را که توأم با سرطان بودند ذکر میکنند که ۴۴ ابر واسیون آن منظره کامل پولی آرتربیت روماتوئید را داشته‌اند. سرطانهایی که باعث ایجاد این نوع پولی آرتربیت شده بودند عبارت بودند از سرطان مری، سرطان تخمدان، سرطان برونش و سرطان حنجره. ظاهرات رماتیسمی در این مشاهدات تقریباً ۶ماه قبل از ظاهرات دیگر این سرطانها ایجاد شده بودند و سیر این ظاهرات مفصلی کاملاً موازی سیر خود سرطانها بوده است. مؤلف مذکور عمل این نوع ظاهرات رماتیسمی را در همان سال ۱۹۵۳، ناشی از یک نوع کو�팲ی آنتی ژنتیک (Conflit antigenique) میدانست که در اثر ماده‌ای که سلولهای سرطانی ترشح کرده‌اند ایجاد میشود.

در سال ۱۹۶۱، در کنگره رم (۴۸)، توأم بودن آرتربیت روماتوئید را با تومورهای بد خیم لنفاوی (بیماری هوچکین - لنفوپلاستوم ژیکانتو سلولار - رتیکولوسارکوم - لنفوسارکوم) مذکور میگردد، و همچنین توأم بودن آرتربیت روماتوئید با سرطان پروستات و تومور کارسینوئید توسط همین مؤلف ذکر شده است. بعداً (۴۹)، Strandberg، Jarlov، Lantsk و والروز مثبت بودند در عرض ۵ سال، هیچ نوع سرطانی روماتوئید را مورد بررسی دقیق قراردادند. در ۲۷ مورد که تست‌های لاتکس و والروز مثبت بودند در عرض ۵ سال، در ۲۶ مورد دیگر که در پیش این بیماران پیدا نکردند، پولی آرتربیت روماتوئید اغلب توأم با سرطان بود که در غالب موارد علاج پولی آرتربیت روماتوئید قبل از علاج دیگر سرطان بروز کرده بود. سرطانهایی که باعث ایجاد این نوع پولی آرتربیت در ابر واسیونهای استراندبرگ و والروز شده عبارت بودند از یک سرطان پستان، پنج سرطان رحم، چهار سرطان ریه، یک سرطان جنب، دو هیپر فرم، چهار سرطان معده و یک میلوم و یک سرطان کولون.

مackenzie و Scherlul (۳۴)، ۷۸ ابر واسیون سندرمهای پارانئوپلازیک رماتیسمی را مورد مطالعه قرار دادند و علاوه بر استئو آرتربیت هیپر تروفیان و درماتومیوزیت و لوپوس جمیع هیچ‌ده پولی آرتربیت روماتوئید مذکور شده‌اند که بیماران مبتلا بین ۵۳ تا ۸۱ سال داشتند. سرطانهایی که «وجب این نوع پولی آرتربیت شده بودند عبارت بودند از ۸ سرطان پروستات، ۳ سرطان پستان، ۲ سرطان مثانه، ۱ سرطان برونش، ۱ سرطان کولون، ۱ سرطان رحم، ۱ هپاتوم و ۱ سرطان کلیه. در ۱۱ عورد از این ابر واسیونهای رماتیسم قبل از سرطان ایجاد

تحت حاد، آلکودیستروفی اندام فوقانی و پولی میالزیار ماتیکا ممکن است اشتیاه شود که تقریباً به سهولت میتوان این بیماریها را رد کرد. تنها تشخیص عمدۀ با پاکی درموپریوستوز، مطرح میشود که در این بیماری علاج جلدی وجود دارد و درد، آرتربیتی در کار نیست و علت آن به عیج وجه تومور ریه نیست و یک بیماری خانوادگی است.

درمان: بهترین درمان استئو آرتربیت هیپر تروفیان درمان بیماری اصلی یعنی سرطان ریه میباشد. بطور یکه در صورت امکان عمل جراحی، درد بیمار بکلی بر طرف میشود. در مواقعي که عمل جراحی محدود نباشد قطع یک طرفی عصب پنومو گاستریک اثر خوبی دارد و اگر این عمل موثر واقع نشود، واگوتومی دو طرفه اغلب اوقات موثر میباشد (۴۳-۹). در مواقعي که امکان انجام واگوتومی نباشد تجویز مکرر رسولفات آرتربیت (۴۱) زیر جلدی به میزان ۲۵-۰ میلیگرم هر ۴ یا ۶ ساعت میتواند دردهای مریض را آرام کند. افیلتر اسیون نوکائیک پنومو گاستریک و گانگلیون ستاره‌ای را نیز میتوان آزمود. بالاخره در یک مورد که دردهای خیلی شدید بودند هیپوفیز کنومی بوسیله ایتریوم (Ytrium) رادیواکتیو باعث از بین رفتن دردها شده است (کورولسکی) (۲۷).

دوم - ظاهرات مفصلی جداگانه سرطان ریه

ظاهرات رماتیسمی خالص سرطان ریه از نظر تشخیص فوق العاده حائز اهمیت میباشد و گاهی اوقات ماهها و حتی متجاوز از یک سال قبل از علاج دیگر سرطان ریه ممکن است ظاهر شود. بعضی‌ها عقیده دارند که این ظاهرات اشکال خیلی خفیف استئو آرتربیت هیپر تروفیان هستند و اگر بطور سیستماتیک به فواصل کوتاه رادیو گرافی از استخوانها بعمل آبد شاید بنوان یک پر بستوز غلاف کننده را مشاهده کرد (۴۰-۳۹-۱۳).

ولی اغلب اوقات بجز ظاهرات مفصلی هیچ علامت دیگری را نمیتوان پیدا کرد و از نظر پر اتیک اغلب متخصصین توصیه میکنند که وقتی ظاهرات مفصلی بصورت یک رماتیسم تحت حاد در نزد مردمی که بالاتر از ۴۰ سال داشته باشد بروز کند و یاد را این‌لای مفاصل بزرگ انتهایی منظره‌ای شبیه به پولی آرتربیت روماتوئید بوجود آید باید در فکر سرطان ریه و رماتیسم پارانئوپلازیک نیز بود (۵۲-۳۷-۳۶-۲۱). و بطور سیستماتیک رادیو گرافی رو برو و نیمرخ ریه را برای جستجوی سرطان تقاضا نمود. بطور کلی در ظاهرات رماتیسمی سرطان ریه که شبیه پولی آرتربیت روماتوئید میباشد فواصل بین مفصلی از قدر رادیولوژی طبیعی هستند و آزمون‌های لاتکس و والروز منفی میباشند.

ششم - آنکوودیستروفی

بعضی از ابسر واسیونها آنکوودیستروفی (دماتیسم نروتروفیک) اندام فوقانی یا بصورت سندرم شانودستویا بصورت آنکوودیستروفی دست و یا بصورت کاپسولیت رتراکتیل شانه عنوان سندرم پارانئو پلازیک منتشر شده است. ولی این اشکال که بطور فراوان در روماتولوژی مشاهده می شود، همچنانکه راولت و ازوون و بوویه Lejeun, Bouvier, Ravault (۳۷) در سی و پنجمین کنگره فرانسه نشان داده اند کمتر در ردیف سندرم پارانئو پلازیک قرار میگیرند و مکانیسم ایجاد آنها با آرتروپاتی های پارانئو پلازیک در اکثر مواقع متفاوت میباشد.

هفتم - بیماری های کولازن و سرطان

۱- درماتومیوزیت پولی میوزیت^۱: از جمله مهم ترین سندرمهای پارانئو پلازیک در روماتولوژی، درماتومیوزیت پولی میوزیت است. بطوریکه با تشخیص در ماتومیوزیت و یا پولی میوزیت باید بطور سیستماتیک درجستجوی یک سرطان احشائی مخفی بود. زیرا عمل جراحی سرطان باعث از بین رفتن تمام عالم درماتومیوزیت و یا پولی میوزیت میگردد. و هر وقت سرطان عود کند و یا ماماتساناز پدهد در اغلب مواقع عالم درماتومیوزیت و پاپولی میوزیت دوباره بروز میگند (۴۶-۲۹-۲۶-۱۷-۱۶-۱۴-۳-۱).

توأم بودن سرطان و درماتومیوزیت برای اولین بار در سال ۱۹۱۶، توسط استرنتز (Stertz) اشاره شده است. در سال ۱۹۳۳ (Bezecny) با شرح سه ابسر واسیون اشاره به رابطه بین درماتومیوزیت و سرطان میکند.

در اواخر از سال ۱۹۵۰، به بعد بود که مطالعات مهم تری در باره سرطان و درماتومیوزیت صورت گرفت. زیرا بین سالهای ۱۹۱۶ تا ۱۹۳۶، فقط ۱۰ ابسر واسیون در این باره منتشر شده بود ولی بین ۱۹۴۷ تا ۱۹۵۷، در حدود ۴۷ ابسر واسیون منتشر شد و از ۱۹۶۰ ببعد مطالعات خیلی عمیق و جالبی در باره روابط سرطان و درماتومیوزیت صورت گرفت و مخصوصاً Morin, Graveleau (۳۳) Aillet (۳۳) در باره ۹۵ ابسر واسیون که درماتومیوزیت توأم با سرطان بود مطالعات جالب توجهی انجام دادند.

توأم بودن سرطان و درماتومیوزیت در هرسنی ممکن است دیده شود، ولی مخصوصاً بعد از ۴۰ سالگی مشاهده می شود. در پیش مردان اغلب اوقات سرطان ریه، و در پیش زنان در پیشتر موارد سرطانهای دستگاه تناسلی، در کار است.

بطور کلی سرطانهایی که بیشتر از همه موجب درماتومیوزیت

شده بود و عمل جراحی سرطان در آن وارد تمام عالم مفصلی را از بین برده بود.

بالاخره در خاتمه این مبحث باید از وجود تظاهرات مفصلی شبه بولی آرتربیت روماتوئید در جریان لنفوهمهای بد خیم را فرام برد. رابطه بین این بیماری های پولی آرتربیت روماتوئید را اذاینچه میتوان متوجه شد که اولاً درخانواده هایی که بیماری های خودایمنی (اوتوایمون) فراوان هستند بیماری های بد خیم سیستم (۲۴-۶) (لنفوئید نسبتاً زیادتر دیده میشوند (۵۴). Good, Gokcen, wolff (۵۰) وهم چنین توأم شدن پولی آرتربیت روماتوئید سالکوژلنفوئید منتشر شده است (Ryckwaert) (۴۲).

چهارم - پزودوپولی آرتربیت ریزوملیک و سرطان - اسپوندیل آرتربیت آنکلیوزانت و سرطان:

در مطالعه فوق العاده جالبی که توسط کوست و دلبار و همکارانش Coste, Delbarre (۱۸-۱۲) در کلینیک روماتولوژیک بیمارستان کوشن پاریس بعمل آمده است، تحت عنوان دماتیسم پارانئو پلازیک، ۵ ابسر واسیون پزدوپولی آرتربیت ریزوملیک را نوشتند که یکی از آنها با آرتربیت تامپورال (بیماری هورتون) توأم بود.

در همین مقاله دو بیمار مبتلا به اسپوندیل آرتربیت آنکلیوزانت وجود داشت که الکتروفورز، تغییرات شبهمیلوم را نشان میداد.

پنجم- آرتربیت های شبه نقرسی و سرطان

ابسر واسیون های نسبتاً نادری منتشر کردند که یک هوتو آرتربیت با شروع ناگهانی که در عرض چندین ساعت تورم خیلی شدیدی ایجاد میگند، در مدت چندین روز یا چندین هفته بکلی از بین مبرود و این نوع مونو آرتربیتها، منظره ای خیلی شبیه نقرس ایجاد میگند و لی تشخیص نقرس اغلب اوقات با اوریسمی طبیعی منافع دارد زیرا اسید اوریک خون این بیماران طبیعی است و همچنین کولشی سین (Colchicine) در روی این حمله های حاد شب نقرسی تأثیری ندارد.

تظاهرات شبه نقرسی پارانئو پلازیک را نباید با حملات حقیقی نقرس که در جریان بعضی از هم پاتی های بد خیم مانند لوسمی میلوئید مشاهده می شود، اشتباه کرد. زیرا در این مواقع حمله حاد درست مثل خود نقرس بازیاد شدن اسید اوریک خون توأم است و مکانیسم ایجاد این نوع حمله های شبیه خود نقرس میباشد.

۱- وقفي تظاهرات جلدی در درماتومیوزیت وجود نداشته باشد و تنها عالم عضلانی موجود باشد با این پولی میوزیت نامیده میشود.

زیرا پیدا کردن علت اصلی این نوع تظاهرات رماتیسمی که معمولاً یک سرطان احشائی است و معالجه این سرطان مخصوصاً عمل جراحی باعث بهبود تظاهرات رماتیسمی میگردد.

شایع ترین سندرهای پارانئوپلازیک در روماتولوژی عبارتند از:
۱- استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت پنومیک، که اغلب موارد علت آن سرطان بیهوده میباشد و عمل جراحی سرطان ریه موجب بهبود استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت میشود. در صورت عدم امکان معالجه جراحی سرطان ریه و اگوتومی یک طرفه و یادو طرفه و در صورت انجام نکردن این عمل تجویز مکرر سولفات آتر و پین زیر جلدی علائم بیماری را تخفیف میدهد.

۲- رماتیسم پارانئوپلازیک سرطان ریه که بصورت یک رماتیسم النهابی تحت حاد و یا پولی آرتربیت روماتوئید سرونگاتیو (منفی بودن آزمون های لاتکس والروز) ممکن است تظاهر کند. بنابراین در مقابل یک رماتیسم تحت حاد یا پولی آرتربیت روماتوئید سرونگاتیو در پیش مردمی که سنش متتجاوز از ۴۰ سال باشد باید در فکر سرطان ریه نیز بود و بطور سیستماتیک رادیو گرافی ریه را تفاضا کرد تا اگر علت این تظاهرات رماتیسمی سرطان ریه باشد شناخته شود.

۳- ندرتاً سایر سلطنهای احشائی میتوانند تظاهراتی شبیه پولی آرتربیت روماتوئید داشته باشند، که در اکثر موارد پولی آرتربیت روماتوئید سرونگاتیو میباشد.

۴- درماتومیوزیت و پولی میوزیت، نیز یکی از مهم ترین بخش های سندروم پارانئوپلازیک در روماتولوژی را تشکیل میدهد، بطوریکه به محض تشخیص قطعی پولی میوزیت و یا در روماتومیوزیت، طبیب باید بطور سیستماتیک در تجسس یک سرطان احشائی مخفی نیز باشد. زیرا پیدا کردن احتمالی این سرطان و معالجه آن باعث از بین رفقن علائم درماتومیوزیت و پولی میوزیت میشود.

۵- ندرتاً ممکن است در روماتولوژی یک سندروم پارانئوپلازیک بصورت پولی میالژی یا روماتیکا (پزد و پولی آرتربیت ریز و ملیک) و یا حمله های حاد شبه نقرسی تظاهر کند.

مبشوند به سه دسته تقسیم میگردد: سرطان بر و نش، سلطنهای جهاز تناسلی، سلطنهای جهاز هاضمه.

در اکثر اوبر واسیونها، سرطان کاملاً مخفی است و فقط علائم درماتومیوزیت وجود داشته است و سرطان در اتوپسی کشف شده است. مسئله مهم اینست که آیا سرطان قبل از درماتومیوزیت ایجاد میشود و یا عکس قضیه صادق میباشد. به عقیده مورن (Morin) در ۳۳٪ موارد، سرطان بعد از درماتومیوزیت ایجاد میشود در ۳۸٪ موارد، وقوع سرطان و درماتومیوزیت همزمانند در ۳۹٪ موارد، امکان اینکه بتوان ثابت کرد که آیا سرطان قبل و یا بعد از درماتومیوزیت به وجود آمده، نبوده است.

بطور کلی علائم درماتومیوزیت و یا پولی میوزیت توأم با سرطان هیچ گونه فرقی با درماتومیوزیت و یا پولی میوزیت معمولی ندارد. دوم اسکلر و درمی - جدیداً توأم بودن اسکلر و درمی با سرطان، مورد مطالعه متخصصین قرار گرفته است. توأم بودن سرطان با اسکلر و درمی مخصوصاً در اشکالی از اسکلر و درمی دیده میشود که تظاهرات دیوی اسکلر و درمی وجود داشته باشد و بمنظور پرسید که پرولیفراسیون برونشیولر در نواحی که سیکاتریس ایجاد میگردد به وجود میآید، و در اولین یا کمتر از ۳۰٪ موارد خوش خیم، بعداً بد خیم میگردد. و میتوان گفت که یک استحاله سرطانی موضعی وجود دارد و بنابراین اسکلر و درمی یک سندروم پارانئوپلازیک بوجود نمی آورد.

سوم - لوپوس حاد منتشر - تعداد کمی اوبر واسیون که سرطان توأم بالوپوس حاد منتشر است وجود دارد ولی اوبر واسیونها بقدری کم است که فکر می کنند که این توأم شدن تصادف مخصوص بوده است.

خلاصه و نتیجه

اگرچه مکانیسم ایجاد سندرهای پارانئوپلازیک در روماتولوژی مثل سایر سندرهای پارانئوپلازیک شناخته نشده است، ولی شناختن این نوع سندرهای برای کلینیسین فواید العاده حائز اهمیت میباشد.

REFERENCES:

- 1- AILLET (J)- Syndromes musculaires paraneoplasiques. Thèse. Paris. 1960.
- 2- BARIETY (M), COURY (C)- Essai sur les rapports et la pathogénie de l'hippocratisme digital et de l'ostéo-arthropathie hypertrophante pneumique (dysacromélies d'origine thoracique) Sem. Hôp. Paris. 26: 1709-1719. 1950.
- 3- BARIETY (M), COURY (C) et RIVIÈRE (R)- Le syndrome paraneoplasique dans le cancer broncho-pulmonaire primitif. J. Franç. Med. Chir. Thor. 18, 1, 19-68.1964.

- 4- BERMAN (B)- Pulmonary hypertrophic osteoarthropathy. Arch. Intern. Med. 112, 947-953. 1963.
- 5- BOUDIN (G), PEPIN (B) et LORMEAN (G)- Osteo-arthropathie hypertrophante de pierre marie et neurinome malin thoracique. Etude clinique et anatomique, Essai d'interpretation pathogenique. Bull. Soc. Med. Hôp Paris 77,771-776. 1962.
- 6- CAMMARATA (R.J.), RODNAN (G.P.), JENSEN (W.N.)- Systemic Rheumatic disease and malignant lymphoma. Arch. Intern. Med. 111, 330-337, 1963.
- 7- CAYLA (J), GUERARD des LAURIERS(A), COSTE (F)- Osteo - arthropathie hypertrophante et cancer de l'oesophage. Bull. Soc. Med. Hôp Paris. 113, 294-299. 1962.
- 8- COSTE (F), DELBARRE (F), CAYLA (J), MASSIAS (P) WEISSENBACH (R)- Rhumatesmes paraneoplasiques. Bull Soc. Med. Hôp paris. 14, 1179-1204. 1963.
- 9- COURT (P), BINET (J.P), LEMOINE (G), MATHEY (J)-Syndrome de pierre mariee-bamberger et cancer du poumon (à propos de 12 interventions dont deux vagotomies) J. Med. Chir Thor. I, 69-85. 1964.
- 10- COURY (C) - L'hippocratisme digital, l'osteo-arthropathie hypertrophante et les autres dysacromélie apparentées. 1 Vol. 230 P. Baillière, Édit. Paris 1960.
- 11- COURY (C), ROISIN (R), COULIBOEUF (J) un cas d'association dysacromélie gynécomastie au cours d'un cancer du poumon. Bull. Soc. Med. Hôp paris 113, 198-208. 1962.
- 12- DELBARRE (F), GLIMET (J)- Les rhumatismes. Paranéoplasiques. Vie. Med. 44,1527-1539 1963.
- 13- DEPARIS (M), MANIGAND (G), LEBORGNE (M), CREMER (C). Les formes. Pseudo-Rhumatismes de l'osteo-arthropathie hypertrophante pneumique de pierre marie, Sem. Hôp Paris. 36, 486-491 1960.
- 14- DORRA (M)- Dermato-polymyosite et cancer. Notion de syndrome paraneoplasique. Thèse paris 1964.
- 15- FLAVELL(G)- Reversal of pulmonary hypertrophic osteoarthropathy by vagotomy. Lancet. 270,260-262 1956.
- 16- GARCIN (R), LAPRESLE (J), GRUNER (J), SCHERRER(J)-Les polymyosites. Rapport à la 20 réunion neurol. Intern. Rev. Neurol. 92, 465-510 1955.
- 17- GODLEWSKI (S)-Les syndromes paranéoplasiques musculaire et neurologiques in (L'actualité) Rhumatologique 1964-1965. Présenté aux praticiens. 1 Vol. P. 319-335 l'exp. Sct. Franc paris. 1964.
- 18- GODLEWSKI (S)- Les syndromes paranéoplasique en rhumatologie cahiers du collège de Med. 5, 295-307, Paris.1966.
- 19- GUÉRIN (C)- Manifestations articulaire des dysacromélie d'origine thoracique Rev. Rhuma. 11,757-760. 1963.
- 20- GUICHARD (A), LOIRE (R)- Les carcino-Leucémies. Rev. Lyon. Méd. 2, 35-46. 1965.
- 21- GUICHARD (A), ROCHE (L), MOINECOURT (J)- Le rhumatisme subaigu des cancers de poumon. Rev. Rhumat. 8, 85-90. 1943.
- 22- HAMMARSTEN (J.F), O'LEARY (J)- The features and significance of hypertrophic osteoarthropathy arch. Intern. Med. 99, 431-441 1957.
- 23- HOLLING (H.E), BRODEY (R.S), BOLAND (H.C)-Pulmonary hypertrophic osteoartropathy Lancet. 2, 1269-1277- 1961.
- 24- HOWQUA (J), Mc Kay (I.R)- Le. cells. in. Lymphomas. Blood, 22, 191-198. 1963.
- 25- JARVIMEN (K.A), KUMLIN(T).Carcinoma of the lung. Simulating early rheumatoid. Arthritis. Ann. Rhum. Dis. 13, 51-55, 1954.
- 26- JUSTIN-BESANCON (L), LAMOTTE (M) et COLL: L'association dermato-myosite cancer. Sem. Hôp paris. 38, 1992-2000, 1962
- 27- KOURILSKY (R), PIERON (R), BONNET (J.L.)-Vagotomie Bilatérale et hypophysectomie dans un cas d'ostéo-Arthropathie hypertrophante pneumique due à un cancer secondaire des poumons B. VII. Soc. Med. Hôp Paris. 77,113-132. 1964.

- 28- Lausbury (J)- Collagen disease complicating malignancy. Ann. Rheum. Dis. 12, 301-305, 1953.
- 29- Lecolant (P), Texier (L)- Les dermato-Myosites. Formes cliniques rapport an 8 Congrès des derma, de langue Française. Nancy 1963.
- 30- Lièvre (J.A)- Osteo-Arthropathie hypertrophiante pneumique. Traité de Médecine 17, 305-315, Masson. Ed. Paris. 1953.
- 31- Lièvre (J.A), Breton (A), Bloch-Michel (H), Bétourné (C)- Nosologie des hypertrophies des extrémités. A propos d'un cas de pachydermie plicaturée des extrémités Bull. Soc. Méd. Hôp Paris. 64, 954-961. 1948.
- 32- Miller (D.C.)- Les desordres immunologiques au cours des Leucémies et des Hémato-Sarcomes. Rev. Fran. Etud. Cli. Bio, 7-1112-1125. 1962.
- 33- Morin (M), Gravaleau (J), Aillet (J)- Dermato-Myosite et autres syndromes musculaires paranéoplasique (trois observations) Bull. Soc. Méd. Hôp paris. 76, 1115-1125. 1960.
- 34- Muckenzie (A.M), Scherbel (A.L)- Connective tissue syndromes associated with car cinoma. Geriatrics. 18, 745-753. 1963.
- 35- Pieron (R), Demay (C)- L'osteo-Arthropathie hypertrophiante pneumique et son traitement. Vie Méd. 6, 15-26. 1963.
- 36- Pierre-Bourgeois-Les syndromes paranéoplasiques au cours du cancer bronchique. Cahier du Coll. de Méd. 11, 683-687. 1966.
- 37- Ravault (P.P.), Lejeune (E), Bouvier (M), Gauthier (J)- Les manifestations articulaires paraneoplasique. Rapport présenté au 35 Congrès Franc de Med. Paris. 1965.
- 38- Ravault (P.P.), Lejeune (E), Noel (G), Gauthier (J). L'osteo-Arthropathie hypertrophiante pneumique Rev. Med. 100, 75-86. 1963.
- 39- Recordier (A. M.), Lege (M)- Les formes rumatoïdes de la maladie de Pierre Marie. Marseille. Méd 96,669-692. 1959.
- 40- Robert D'eshougues (J)- Les aspects fluxionnaires Rhumatoïdes de la maladie de pierre marie. Rhumatologie. 10, 1-21. 1958.
- 41- Robert D'eshougues (J), Gilles (C), Smadja (A)- Intérêt du sulfate d'atropine dans les formes rhumatoïdes de la maladie de pierre marie, Bull. Soc. Méd. Hôp paris. 113, 343-345. 1962.
- 42- Ryckewaert (A), Hubault (H), Kahn (M. F)- deux associations interesantes: Polyarthrite rhumatoïde et Myasthénie, Polyarthrite rhumatoïde et leucose lymphoïde Europ Med. 3, 115-119. 1964.
- 43- Séze (S.D.E), Jurmand (S.H)- sur trois cas d'osteo-arthropathie hypertrophiante avec tumeur pulmonaire action immédiate de la pneumectomie sur les douleurs articulaires et sur les deformations des extrémités, Sem. Hôp. Paris. 28, 1313-1323. 1950.
- 44- Séze (S.D.E), Ryckewaert (A)- Hippocratisme digital symptomatique et osteo-arthropathie hypertrophiante de pierre marie in, «Maladies des os et des articulations» 1 Vol.397-411. Flammarion. Edi paris. 1954.
- 45- Siguier (F)-Maladies. Vedettes 1 Vol. Masson. Edi paris 1957.
- 46- Siguier (F), Bétourné (L), Massias (P), Godeau (P)- L'association polymyosite-cancer. Sem. Hôp. Paris. 16, 794-805. 1960.
- 47- Slama (R), Nivet (M)- les etats paraneoplasiques. Aspects cliniques et humoraux. Rev. Prat, 13, 2521-2532. 1963.
- 48- Sperling (I. L)- The Relatinoship of malignant disease and rheumatic syndromes. Atti del 10 Congr de lega Interna. Contre il rheumatismo. Vol 2,590-591, Minerva. Ed Turin, 1961.
- 49- Standberg (B), Jarlov (N.V)- Cancer arthritis and rheumatoid arthritis. Arch. Phys. Med. 42, 273-278. 1961.
- 50- Talal (N), Bumim (J.J)- The development of malignant lymphoma in the Course of Sjogren's syndrome AM. J. Med. 36, 529-540, 1964.
- 51- Thibault (P. H)- Les manifestations paranéoplasiques des affections malignes. Presse Méd. 68, 1833-1836. 1960.
- 52- Wiermann (W.H), Glagett (O.T), Mc Donald (J.R)- Articular manifestations in pulmonary diseases. An analysis of their occurrence in 1204 cases in which pulmonary resection was performed J. Amer Med. Ass, 155 1459-1463 1954
- 53- Williams (R.C)- Dermatomyositis and Malignancy. A review of the literature. Ann. Intern. Med 50, 1174-1181. 1959.
- 54- Wolff (J.K), Gokgen (M), Good (R A)- Heredo-Familial disease of the tesenchymal Tissues. Clinical and laboratory Study. J. Lab. Clin. Med. 61 230-248 1963.