رماتیسم و سرطان

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

دکتر فیروز پناهی *

بطور کلی رابطه بین رماتیسم[۱] و سرطان را میتوان در دومبحث مطالعه کرد :

در مبحث اول علائم استخوانی و مفصلی مستقیماً در نتیجه وجود تومور و یامتاستازهای سرطانی ایجاد میشوند، مانند تومورهای استخوانی اولیه و یامتاستازهای استخوانی ثانوی ویاجایگزینی‌های استخوانی هموپاتی‌های بدخیم و بالاخره تومورهای بدخیم مغصلی که بهاسم سینوویالوم بدخیم نیز نامیده میشود . این مبحث که در کتب کلاسیك به‌تفصیل آمده است دراین مقاله بهیچوجه مورد مطالعه قرار نخواهد گرفت . در مبحث دوم تظاهرات رماتیسمی رابطه مستقیم باسرطان ندارد و بکلی با متاستازهای سرطانی متفاوت میباشد ودرصورت امکان معالجه سرطان (مثلا عمل جراحی) تمام این علائم بهبود می‌یابد. این مبحث یك بخش بزرگی بهاسم سندرمهای پارانئوپلازیك تشکیل میدهد که نه‌تنها درروماتولوژی بلکه در رشته‌های تخصصی دیگر نیز مشاهده میشود .

دراین مقاله مابعد ازذکر یك مقدمه مختصر راجع به‌سندرمهای پارانئوپلازیك بطور عموم به‌ذکر سندرمهای پارانئوپلازیك فقط در روماتولوژی خواهیم پرداخت .

مقدمه راجع به سندرمهای پارانئوپلازیك بطورعموم

درسالهای اخیر تحقیقات و مطالعات وسیعی درباره سندرمهای پارانئوپلازیك که‌درجریان یکی ازسرطانها، مخصوصاً سرطان ریه ایجاد میشوند انجام گرفته‌است. مخصوصاً درسی و پنجمین کنگره پزشکی فرانسه تمام سندرمهای پارانئوپلازیك رشته‌های تخصصی مختلف مورد بررسی عمیق قرارگرفت وازآن به‌بعد نیزروزبروز این مطالعات بیشتر میشود. بطوریکه امروزه نه تنها این مبحث ازنظر تئوری جالب میباشد بلکه در کارهای روزمره، طبیب با آگاهی ازوجود این نوع سندرمها میتواند تشخیص واقعی بیماری و درمان اصولی را بانجام رساند .

تعریف : سندرمهای پارانئوپلازیك به سندرمهائی اطلاق میگردد که در جریان سیر یك سرطان به وجود میآیند بدون اینکه مسئله متاستاز در میان باشد. البته پاتوژنی این تظاهرات فوق العاده پیچیده‌است، وبرای توضیح ایجاد این نوع سندرمها در واقع موضوع غامض روابط بین بیمار و تومر سرطانی او پیش‌میآید. درسی وپنجمین کنگره پزشکی فرانسه ژان برنارد درگزارش خود متذکر میشودکه دراورگانیسم ، سرطان یك جسم خارجی نیست بلکه روابطی بین اورگانیسم حامل سرطان وخود تومور وجود دارد. این روابط ممکن‌است موضعی باشند مثلا در مجاورت پرولیفراسیون بدخیم گاهی اوقات واکنش‌هائیکه منظره التهابی دارند بوجود می‌آیندکه مخصوصاً در عقده‌های لنفاوی دیده میشوند. بعضی اوقات درمجاورت تومورسرطانی نسوجی که هنوز بوسیله سرطان فراگرفته نشده است یك هیپرپلازی خوش خیم دیده میشود و گوئی سرطان یکی ازخواص غیرعادی خودرا باین نسوج انتقال داده است .

ولی از همه مهمتر روابط عمومی بین سرطان و بیمار سرطانی است که احتمالا درایجاد آن مکانیسم‌های ایمونولوژیك دخالت دارد.

---

* مرکز پزشکی پهلوی ـ دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران .

۱ـ منظور از رماتیسم در اینجا معنی وسیع آن در روماتولوژی است که به‌تمام کیفیات دردناك استخوان و مفاصل وعضلات و نسوج نرم اطلاق میگردد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

البته دروجود چنین رابطه‌ای امروزه تردیدی نیست، ولی مکانیسم آن شناخته نشده زیرا ایمونولوژی به تنهائی تمام پاتوژنی را توجیه نمیکند. سرطان، اختلالات متعدد متابولیك ایجاد میکند که کاشکسی عادی سرطان نتیجه آن است. اختلالات متابولیسم پروتیدها حتمی است، اختلالات آنزیمی عمومی درجریان بعضی از سرطانها دیده میشود مثلا اختلالات فسفاتازهای سرم خون رادر جریان سرطان پروستات وفسفاتازهای قلیائی لوکوسیت‌هارا در لوسمی میلوئید مزمن، میتوان نام برد. اختلالات فیبرینولیتیك که در سرطان پروستات وپانکراس ممکن است دیده شود بیشتر از این قبیل است وحتی این اختلالات آنزیمی میتواند برای تشخیص سرطان نیز کمك کند و یا بعضی از علائم بالینی را، مانند سندرم هموراژیك که دراثر فیبرینولیز بوجود میآید توجیه کند.

در رشته آندوکرینولوژی رابطه بین سرطان و بیمار سرطانی بخوبی شناخته شده است. مثلا تأثیر مطلوب اوستروژن‌ها درسرطان پروستات ویا تأثیر نامطلوب اوستروژنها وتأثیر نیکوی آندروژنها وهیپوفیز کتومی درسرطان پستان را میتوان نام برد. اثر مطلوب کورتیکوئیدها روی لوسمی نیز شاهد همین مکانیسم است.

بعقیده بعضی از مؤلفین احتمالا پاره‌ای از اختلالات روانی نیز در ایجاد سندرمهای پارانئوپلازیك مؤثرند. بطورکلی پاتوژنی سندرمهای پارانئوپلازیك خیلی پیچیده و ناشناخته است و ما در اینجا بهمین اندازه اکتفاء میکنیم، و نکات عملی درشناخت سندرمهای پارانئوپلازیك در روماتولوژی را بتفصیل بیشتری ذکر خواهیم کرد. فقط متذکر میشویم که گاهی اوقات یك نوروپاتی حسی دنی برون (Denny Brown) میتواند باعث مراجعه مریض بمتخصص امراض رماتیسمی شود. ولی در هرحال این مبحث مربوط بسندرمهای پارانئوپلازیك در نرولوژی است و مورد بحث ما نیست.

سندرمهای پارانئوپلازیك درروماتولوژی

برای سهولت کار این سندرمها را به ترتیب زیر مورد بررسی قرار میدهیم:

۱ـ اوستئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت پنومیك یا بیماری پیرماری (Pierre_Marie).

۲ـ تظاهرات مفصلی جداگانه سرطان ریه.

۳ـ پولی آرتریت روماتوئید وسرطان.

۴ـ پزودوپولی آرتریت ریزومليك (پولی میالژیا روماتیکا) وسرطان ـ اسپنوندیل آرتریت آنکیلو زانت وسرطان.

۵ـ آرتریتهای شبه نقرسی وسرطان.

۶ـ آلکودیستروفی وسرطان.

۷ـ بیماریهای کولاژن وسرطان.

اوستئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت پنومیك

این بیماری نسبتاً نادر، مسائل فوق‌العاده جالبی ازنظر تشخیص وپاتوژنی مطرح میسازد وما تنها بذکر نکات عملی میپردازیم.

علل: مهمترین علت استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت، سرطان ریه است (۳ـ۴ـ۳۵ـ۳۶ـ۳۸) که در ده تاپانزده درصد موارد میتواند اشکال بالینی مختلف این بیماری را ایجاد کند.

در دوسوم موارد، یك سرطان برونشیك اولیه وجود دارد وتیپ اپی درموئیدازهمه بیشتر موجب استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت میشود. دریك سوم موارد، تومور ریه ممکن است یك متاستاز باشد(۲۷) که منشاء اولیه آن خیلی متنوع است.

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

مزوتلیوم جنبی اگر چه نادر است ولی درصورت وجود در ۶۰٪ موارد، موجب استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت میشود. بالاخره دیس‌آمبریوم هتروپلاستیك مدیاستن که یك تومور نادر است نیز میتواند موجب این بیماری گردد. استثناء علل گوارشی یا علل دیگر ریوی باعث این بیماری میشود.

دربعضی مواقع هیچ علتی برای این بیماری یافت نمیشود که در این مواقع فکر میکنند که یکی ازاشکال غیرعادی بیماری دیگر بنام پاکی درموپریوستوز که یك بیماری ارثی وژنتیك است میباشد وجزء استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت بشمار نمی‌آورند.

علائم ـ در ۹۰٪ موارد، این بیماری درجنس مذکر بین سنین ۵۰ تا ۷۰ سال مشاهده میشود. اولین علامت بیماری بصورت دردهای مچ پاها وزانوها ومچ دستها وگاهی آرنجها تظاهر میکند. ندرتاً خیز دستها وپاها جلب توجه میکند وبه همین علت تشخیص دراوائل بدون پرتونگاری استخوانها مشکل میباشد[۱]. تابلو بالینی معمولا در عرض چندین هفته تکمیل میشود در اشکال حاد، گاه

۱ـ سال گذشته، بیماری دربخش طبی ۴ بیمارستان پهلوی، بعلت ادم پاها و دستها بستری شده بود که چندین هفته قبل از بستری شدن با دیورتیك‌ها بدون تشخیص واضحی درمان شده بود. دوهفته بعد از بستری شدن بتدریج دردهای مفاصل نیز بادم اضافه شد و پرتونگاری پرولیفراسیون استخوانی زیرضریع استخوانهای درشت نی ونازك نی وزند اعلی واسفل را نشان داد وپرتونگاری ریه بانشان دادن تومور اولیه ریه هیچ گونه شکی را درتشخیص اوستئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت پیرماری باقی نگذاشت.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

چندین روز، ودر موارد نادر چندین ماه برای ایجاد یك سندرم تمام عیار لازم است. علائم بالینی تابلو کامل بیماری را میتوان به ۳ دسته تقسیم کرد :

۱ـ علائم مورفولوژیك

۲ـ علائم مفصلی

۳ـ علائم استخوانی ضریعی (استئوپریوسته)

اول علائم مورفولوژیك، که از اجتماع دو علامت ایجاد میشود یکی انگشتان بقراطی (هیپوکراتیسم دیژیتال) دوم هیپرتروفی شبیه آکرومگالی انتهاها، بنابراین اغلب اوقات پاها و دستهای این بیماران حجیم، انگشتان کلفت، مخصوصاً انتهای انگشتان ضخیم و گرزی شکل میباشد. ناخنها برآمده وحجیم وتوأما باضخیم شدن بندهای انتهائی است .

بطور کلی رابطه بین هیپوکراتیسم انگشتان و اوستئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت امروزه مورد قبول همه است و به همین علت اغلب مؤلفین این تغییرات انتهاها را تحت عنوان دیس آکروملی (Dysacremélie) نام میبرند که تمام اشکال بالینی حد واسط بین انگشتان بقراطی و استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت را شامل میشود (۲ـ۳ـ۱۰ـ۳۱).

دوم علائم مفصلی ـ علائم مفصلی بصورت آرترالژی (دردهای مفصلی) است، که مخصوصاً مچ پاها وزانوها ومچ دستها وآرنجها را فرا میگیرد ندرتاً انگشتان دستها و پاها واستثناءً درمفاصل ها نش مشاهده میشود. آرتریتهای واقعی خیلی نادرند ولی وقتی وجود دارند مفاصل گرم و متورم میشوند، علت این تورم نه تنها انفیلتراسیون نسوج نرم است بلکه ترشحات داخلی مفصلی نیز گاهی اوقات وجود دارد .

بطور خلاصه علائم مفصلی این بیماری شبیه یك رماتیسم التهابی چند مفصلی تحت حاد میباشد (۴۰ـ۳۸ـ۳۷ـ۱۳).

اغلب اوقات اختلالات وازوموتور نیز وجود دارد ازقبیل اتساع وریدها، گرم شدن پوست ، تعریق موضعی ، پارستزی وزیادشدن نوسانات شریانی .

سوم علائم استخوانی ضریعی، که فقط بوسیله رادیوگرافی سیستماتیك تشخیص داده میشود واین علائم حتماً برای تشخیص بیماری لازم است که بصورت تکثیر (پرولیفراسیون) استخوانی زیر ضریع یا پریوستوز غلاف کننده (Engainante) مشاهده میشود. این علائم همیشه دراوایل وجود ندارد وبعد ممکن است تشکیل شود، وقتی که این علائم تشکیل شد منطقه تکثیر ضریعی معمولا کم رنك تر از ضریع اصلی خود استخوان است واغلب اوقات از خود ضریع اصلی بوسیله یك حاشیه روشن مجزا است. منظره اش گاهی منظم وگاهی ضخیم و ورقه ورقه است این نئوفورماسیون پریوسته مخصوصاً در قسمت انتهائی زنداعلی واسفل و درشت نی و نازك نی و بندرت روی استخوان بازو وران مشاهده میشود. بعضی مواقع فالانژهای کف دستی وپائی (متاکارپین ومتاتارسین) نیز گرفتار میشوند . بطور کلی یك او ستئوپوروز خفیف درتمام استخوانها نیز مشاهده میشود که مخصوصاً درنواحی اپی فیز شدیدتر است . فواصل بین مفصلی طبیعی هستند .

سیر بیماری

سیر بیماری کاملا باعلت اصلی آن وابسته است، اغلب اوقات علائم استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت قبل از علائم سرطان ریه ایجاد میشوند ودراثر عدم درمان سرطان ریه رفته رفته علائم روبشدت میگذارند ودردهای مفصلی تمام علائم دیگر سرطان را تحت الشعاع قرار میدهند. ولی اگر تومور اولیه برداشته شود تمام علائم استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت بهبود پیدا میکند، دردهای مفصلی بکلی ازبین میروند، هیپوکراتیسم انگلشتان به کندی، پریوستوز خیلی دیر و بطور ناکامل بهبود مییابد، گاهی نیز تغییری نمیکند (۹ـ۴۳ـ۵۲).

اشکال بالینی : دربین اشکال بالینی اشکال ناکامل بیماری را باید نام برد که مدتها ناشناخته مانده اند وخیلی فراوان هستند وهمچنین اشکالی که باژنیکوماستی توأم میباشد .

اشکال ناکامل وحد واسط بیماری را میتوان به ترتیب زیر خلاصه کرد :

۱ـ اشکالی که پریوستوز غلاف کننده باهیپوکراتیسم انگشتان میباشد .

۲ـ اشکالی که پریوستوز غلاف کننده توأم باآرتریتها است.

۳ـ اشکالی که پریوستوز غلاف کننده همراه آرتریت وهیپوکراتیسم انگشتان ولی بدون هیپرتروفی اندامها میباشد . اشکال توأم با ژنیکوماستی نسبتاً فراوان هستند(۱۱) وبطور کلی درنزد مردی که سنش بالاتر از ۴۰ سال است وجود ژنیکوماستی همراه بایك سندرم دیس آکروملی در ۸۰٪ موارد ، علتش سرطان ریه میباشد وقتی ژنیکوماستی یك طرفه است درست درهمان طرفی ایجاد میشود که تومور قرار دارد. ژنیکوماستی اغلب اوقات بازیادشدن اوستروژن های ادراری وباتغییرات هیپرپلازیك هیپوفیز توأم میباشد .

ندرتاً اشکالی از استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت دیده شده است، که باضخیم شدن پوست صورت وزیاد شدن چینهای پوستی توأم میباشد که منظره شبیه بیماری ارثی وژنتیك پاکی درموپریوستوز بوجود میآورد .

تشخیص افتراقی : این سندرم با آکرومگالی و مرحله ابتدائی بعضی ازرماتیسمها مانند پولی آرتریت روماتوئید و رماتیسمهای

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

تحت حاد ، آلکودیستروفی اندام فوقانی و پولی میالژیارماتیکا ممکن است اشتباه شود که تقریباً بسهولت میتوان این بیماریها را ردکرد. تنها تشخیص عمده با پاکی درموپریوستوز ، مطرح میشود که دراین بیماری علائم جلدی وجود دارد ودرد، وآرتروپاتی درکار نیست وعلت آن بهیچ وجه تومور ریه نیست ویك بیماری خانوادگی است .

درمان: بهترین درمان استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت درمان بیماری اصلی یعنی سرطان ریه میباشد. بطوریکه درصورت امکان عمل جراحی، درد بیماربکلی برطرف میشود. درمواقعی که عمل جراحی مقدور نباشد قطع یك طرفی عصب پنوموگاستریك اثرخوبی دارد واگر این عمل مؤثرواقع نشود، واگوتومی دو طرفه اغلب اوقات مؤثرمیباشد(۹ـ۴۳). درمواقعی که امکان انجام واگوتومی نباشد تجویز مکرر سولفات آتروپین(۴۱) زیر جلدی بمیزان ۰/۲۵ میلیگرم هر ۴ یا ۶ ساعت میتواند دردهای مریض را آرام کند. انفیلتراسیون نوکائنیك پنوموگاستریك وگانگلیون ستاره‌ای را نیز میتوان آزمود . بالاخره در یك مورد که دردها خیلی شدید بودند هیپوفیزکتومی بوسیله ایتریوم (Ytrium) رادیواکتیو باعث ازبین رفتن دردها شده‌است(کورولسکی)(۲۷).

دوم ـ تظاهرات مفصلی جداگانه سرطان ریه

تظاهرات رماتیسمی خالص سرطان ریه ازنظر تشخیص فوق‌العاده حائز اهمیت میباشدوگاهی اوقات ماهها وحتی متجاوز ازیکسال قبل ازعلائم دیگرسرطان ریه ممکن‌است ظاهرشود. بعضیهاعقیده دارند که این تظاهرات اشکال خیلی خفیف استئوآرتروپاتی هیپروتروفیانت هستند و اگر بطور سیستماتیك بفواصل کوتاه رادیوگرافی از استخوانها بعمل آید شاید بتوان یك پریوستوز غلاف‌کننده را مشاهده کرد (۱۳ـ۳۹ـ۴۰).

ولی اغلب اوقات بجز تظاهرات مفصلی هیچ علامت دیگری را نمیتوان پیدا کرد وازنظرپراتیك اغلب متخصصین توصیه‌میکنند که وقتی تظاهرات مفصلی بصورت یك رماتیسم تحت حاد در نزد مردی که بالاتر از ۴۰ سال داشته باشد بروزکند ویادراثرابتلای مفاصل بزرگ انتهائی منظره‌ای شبیه بپولی آرتریت روماتوئید بوجود آید باید درفکرسرطان ریه ورماتیسم پارانئوپلازیك نیز بود (۲۱ـ۳۶ـ۳۷ـ۵۱ـ۵۲). وبطورسیستماتیك رادیوگرافی روبرو و نیمرخ ریه را برای جستجوی سرطان تقاضا نمود . بطورکلی درتظاهرات رماتیسمی سرطان ریه که شبیه پولی آرتریت روماتوئید میباشد فواصل بین مفصلی ازنظررادیولوژی طبیعی هستند وآزمون‌های لاتکس ووالروزمنفی میباشند .

سوم پولی آرتریت روماتوئید وسرطان

علاوه برتظاهرات مفصلی که سرطانهای ریه ایجاد میکنند دراین اواخر توأم شدن پولی آرتریت روماتوئید بایکی از سرطانها جلب توجه بسیاری از مؤلفین را نموده است .

درسال ۱۹۵۳ Lansbury (۲۸) ، هفت ابسرواسیون بیماریهای کولاژن راکه توأم باسرطان بودند ذکرمیکند که ۴ ابسرواسیون آن منظره کامل پولی آرتریت روماتوئیدرا داشته‌اند. سرطانهائی که باعث ایجاداین نوع پولی آرتریت شده بودندعبارت بودند ازسرطان مری، سرطان تخمدان ، سرطان برونش و سرطان حنجره. تظاهرات رماتیسمی دراین مشاهدات تقریباً ۶ماه قبل ازتظاهرات دیگراین سرطانها ایجاد شده بودند وسیراین تظاهرات مفصلی کاملا موازی سیرخود سرطانها بوده است. مؤلف مذکورعلت این نوع تظاهرات رماتیسمی رادرهمان سال ۱۹۵۳ ، ناشی ازیك نوع کونفلی آنتی ژنتیك (Conflit antigenique) میدانست که دراثر ماده‌ای که سلولهای سرطانی ترشح کرده‌اند ایجاد میشود .

درسال ۱۹۶۱ ، درکنگره رم(۴۸) Speling ، توأم بودن آرتریت روماتوئید را باتومورهای بدخیم لنفاوی (بیماری هوچکین ـ لنفوبلاستوم ژیکانتو سلولر ـ رتیکولوسارکوم ـ لنفوسارکوم) متذکر میگردد، وهمچنین توأم بودن آرتریت روماتوئید باسرطان پروستات وتومورکارسینوئید توسط همین مؤلف ذکر شده‌است . بعداً Jarlov، Strandberg(۴۹) ۵۳ بیمارمبتلا بپولی آرتریت روماتوئیدرا مورد بررسی دقیق قراردادند. در۲۷مورد که تستهای لاتکس ووالروز مثبت بودند درعرض ۵سال، هیچ نوع سرطانی را درپیش این بیماران پیدا نکردند ولی در ۲۶ مورد دیگر که تست لاتکس ووالروز منفی بودند، پولی آرتریت روماتوئید اغلب توام باسرطان بود که دراغلب موارد علائم پولی آرتریت روماتوئید قبل از علائم دیگر سرطان بروز کرده بود . سرطانهائی که باعث ایجاداین نوع پولی آرتریت در ابسرواسیونهای استراندبرگ وژارلو شده عبارت بودند از یك سرطان پستان ، پنج سرطان رحم، چهارسرطان ریه، یك سرطان جنب، دوهیپرنفروم، چهارسرطان معده ویك میلوم ویك سرطان کولون.

Mackenzie و Scherlul (۳۴)، ۷۸ ابسرواسیون سندرمهای پارانئوپلازیك رماتیسمی را مورد مطالعه قرار دادند وعلاوه براستئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت ودرماتومیوزیت ولوپوس جمعاً هیجده پولی آرتریت روماتوئید متذکر شده‌اند که بیماران مبتلا بین ۵۳ تا ۸۱سال داشتند. سرطانهائی که موجب این نوع پولی آرتریت شده بودند عبارت بودند از ۸ سرطان پروستات ، ۳سرطان پستان، ۲ سرطان مثانه، ۱ سرطان برونش ، ۱ سرطان کولون، ۱ سرطان رحم، ۱ هپاتوم و۱ سرطان کلیه .

در ۱۱ مورد از این ابسرواسیونها رماتیسم قبل ازسرطان ایجاد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

شده بود وعمل جراحی سرطان در۸ مورد تمام علائم‌مفصلی‌را از بین برده بود .

بالاخره درخاتمه این مبحث باید ازوجود تظاهرات مفصلی شبه پولی‌آرتریت‌روماتوئیددرجریان‌لنفومهای‌بدخیم‌رانام‌برد. رابطه بین‌این‌بیماریهاوپولی‌آرتریت‌روماتوئیدرا ازاینجامیتوان متوجه شدکه اولا درخانواده‌هائی‌که بیماریهای خودایمنی(اوتوایمون) فراوان‌هستند بیماریهای‌بدخیم‌سیستم(۶-۲۴)لنفوئیدنسبتاً زیادتر دیده میشوند (۵۴). Good, Gokcen, wolff ثانیاً درجریان لوسمی‌لنفوئیدگاهی‌فاکتور روماتوئید، درسرم‌خون این‌بیماران پیدا میشود وبالاخره ابسرواسیونهای نادری راجع به‌ظهورلنفوم بدخیم‌درجریان سندرم‌اسژوگرن(Sjogren)(۵۰)وهم‌چنین‌توأم شدن پولی آرتریت روماتوئید بسالکوزلنفوئید منتشر شده است (Ryckwaert) (۴۲).

چهارم - پزودوپولی‌آرتریت ریزوملیك وسرطان - اسپوندیل آرتریت‌آنکیلوزانت و سرطان :

در مطالعه فوق العاده جالبی که توسط‌کوست و دلبار و همکارانش Coste, Delbarre (۱۲-۱۸)درکلینیك‌روماتولوژیك بیمارستان کوشن پاریس بعمل آمده است، تحت عنوان رماتیسم پارانئوپلازیك، ۵ ابسرواسیون پزدوپولی‌آرتریت ریزوملیك را نوشته‌اندکه یکی ازآنها باآرتریت تامپورال (بیماری هورتون) توأم بود .

درهمین مقاله دو بیمار مبتلا به‌اسپوندیل آرتریت آنکلیوزانت وجود داشت‌که الکتروفورز، تغییرات شبه‌میلوم را نشان میداد.

پنجم-آرتریتهای شبه نقرسی وسرطان

اوبسرواسیونهای‌نسبتاً نادری‌منتشر کرده‌اندکه یك مونوآرتریت باشروع ناگهانی که در عرض چندین ساعت تورم خیلی شدیدی ایجاد میکند ، درمدت چندین روز یاچندین هفته بکلی ازبین میرود و این‌نوع‌مونوآرتریتها، منظره‌ای خیلی‌شبیه نقرس‌ایجاد میکنند ولی‌تشخیص نقرس اغلب‌اوقات بااوریسمی طبیعی منافات دارد زیرا اسیداوریك خون این بیماران طبیعی است و هم‌چنین کولشی سین (Colchicine) در روی این حمله‌های حاد شبه نقرسی تأثیری ندارد .

تظاهرات شبه نقرسی پارانئوپلازیك را نباید با حملات حقیقی نقرس‌که درجریان بعضی از هموپاتی‌های بدخیم مانند لوسمی میلوئید مشاهده میشود، اشتباه‌کرد. زیرا دراین‌مواقع‌حمله حاد درست مثل خود نقرس بازیاد شدن اسیدواریك خون توام است ومکانیسم ایجاد این نوع حمله‌ها شبیه خود نقرس میباشد.

ششم - آلگودیستروفی

بعضی از اوبسرواسیونها آلگودیستروفی (رماتیسم نروتروفیك) اندام‌فوقانی‌یابصورت‌سندرم شانه‌ودست‌ویا بصورت‌آلگودیستروفی دست ویابصورت کاپسولیت رتراکتیل شانه بعنوان سندرم‌پارانئو-پلازیك منتشر شده‌است. ولی این اشکال که بطور فراوان در روماتولوژی مشاهده میشود، همچنانکه راولت و لژون و بوویه Lejeun, Bouvier, Ravault (۳۷) در سی و پنجمین کنگره فرانسه نشان داده‌اند کمتر در ردیف سندرم پارانئوپلازیك قرار میگیرند و مکانیسم ایجاد آنها با آرتروپاتی‌های پارانئوپلازیك دراکثرمواقع متفاوت میباشد .

هفتم - بیماریهای کولاژن وسرطان

۱- درماتومیوزیت وپولی‌میوزیت[۱] :از جمله مهم‌ترین‌سندرمهای پارانئوپلازیك در روماتولوژی، درماتومیوزیت وپولی‌میوزیت‌است. بطوریکه باتشخیص در ماتومیوزیت و یاپولی میوزیت باید بطور سیستماتیك درجستجوی یك سرطان‌احشائی‌مخفی‌بود. زیرا عمل جراحی‌سرطان باعث ازبین‌رفتن‌تمام‌علائم‌درماتومیوزیت ویاپولی میوزیت میگردد. وهروقت سرطان عودکند ویاه‌متاستاز بدهد در اغلب مواقع علائم درماتومیوزیت وپاپولی میوزیت دوباره بروز میکند (۱-۳-۱۴-۱۶-۱۷-۲۶-۲۹-۴۶).

توأم بودن‌سرطان ودرماتومیوزیت برای‌اولین‌بار درسال۱۹۱۶، توسط استرتز(Stertz) اشاره‌شده‌است. درسال۱۹۳۳(Bezecny) باشرح سه اوبسرواسیون اشاره به رابطه بین درماتومیوزیت وسرطان میکند .

در واقع از سال۱۹۵۰، به‌بعد بود که مطالعات مهم‌تری درباره سرطان ودرماتومیوزیت صورت گرفت. زیرابین سالهای ۱۹۱۶ تا ۱۹۳۶،فقط ۱۰ اوبسرواسیون دراین باره منتشرشده‌بود ولی بین ۱۹۴۷ تا۱۹۵۷، درحدود ۴۷ ابسرواسیون منتشر شد واز ۱۹۶۰ ببعد مطالعات خیلی عمیق وجالبی درباره روابط‌سرطان ودرماتومیوزیت صورت گرفت ومخصوصاً (Morin, Graveleau Aillet) (۳۳)درباره ۹۵ ابسرواسیون‌که درماتومیوزیت توأم‌با سرطان بود مطالعات جالب توجهی انجام دادند .

توأم بودن سرطان ودرماتومیوزیت در هرسنی ممکن است دیده شود،ولی‌مخصوصاً بعداز ۴۰ سالگی مشاهده میشود. درپیش‌مردان اغلب اوقات سرطان ریه، ودرپیش‌زنان دربیشترموارد سرطانهای دستگاه تناسلی، درکار است.

بطور کلی سرطانهائی که بیشتر از همه موجب درماتومیوزیت

۱- وقتی تظاهرات جلدی در درماتومیوزیت وجود نداشته باشد وتنهاعلائم عضلانی موجود باشد باسم پولی‌میوزیت نامیده‌میشود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

میشوند به سه دسته تقسیم میگردند: سرطان برونش، سرطانهای جهاز تناسلی، سرطانهای جهاز هاضمه.

در اکثر اوبسرواسیونها، سرطان کاملا مخفی است و فقط علائم درماتومیوزیت وجود داشته است و سرطان در اتوپسی کشف شده است. مسئله مهم اینستکه آیا سرطان قبل از درماتومیوزیت ایجاد میشود و یا عکس قضیه صادق میباشد. به عقیده مورن Morin (۳۳) در ۳۹٪ موارد، سرطان قبل از درماتومیوزیت به وجود میآید، در ۱۴٪ موارد، سرطان بعد از درماتومیوزیت ایجاد میشود در ۳۸٪ موارد، وقوع سرطان و درماتومیوزیت همزمانند در ۹٪ موارد، امکان اینکه بتوان ثابت کرد که آیا سرطان قبل و یا بعداز در ماتومیوزیت 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 اسکلرودرمی ـ جدیداً توأم بودن اسکلرو درمی با سرطان، مورد مطالعه متخصصین قرار گرفته است. توأم بودن سرطان با اسکلرودرمی مخصوصاً در اشکالی از اسکلرودرمی دیده میشود که تظاهرات ریوی اسکلرودرمی وجود داشته باشد و بنظر میرسد که پرولیفراسیون برونشیولر در نواحی که سیکاتریس ایجاد میگردد بوجود میآید، و در اوایل یك آدنوماتوز خوش خیم، بعداً بدخیم میگردد. و میتوان گفت که یك استحاله سرطانی موضعی وجود دارد و بنابراین اسکلرودرمی یك سندرم پارانئوپلازیك بوجود نمی آورد.

سوم ـ لوپوس حاد منتشر ـ تعداد کمی اوبسرواسیون که سرطان توأم با لوپوس حاد منتشره است وجود دارد ولی اوبسرواسیونها بقدری کم است که فکر می کنند که این توأم شدن تصادف محض بوده است.

خلاصه و نتیجه

اگرچه مکانیسم ایجاد سندرمهای پارانئوپلازیك در روماتولوژی مثل سایر سندرمهای پارانئوپلازیك شناخته نشده است، ولی شناختن این نوع سندرمها برای کلینیسین فوق العاده حایز اهمیت میباشد زیرا پیدا کردن علت اصلی این نوع تظاهرات رماتیسمی که معمولا یك سرطان احشائی است و معالجه این سرطان مخصوصاً عمل جراحی باعث بهبود تظاهرات رماتیسمی میگردد.

شایع ترین سندرمهای پارانئوپلازیك در روماتولوژی عبارتند از:

۱ـ استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت پنومیك، که اغلب موارد علت آن سرطان ریه میباشد و عمل جراحی سرطان ریه موجب بهبود استئوآرتروپاتی هیپرتروفیانت میشود. در صورت عدم امکان معالجه جراحی سرطان ریه واگوتومی یك طرفه و یا دوطرفه و در صورت انجام نگرفتن این عمل تجویز مکرر سولفات آتروپین زیر جلدی علائم بیماری را تخفیف میدهد.

۲ـ رماتیسم پارانئوپلازیك سرطان ریه که بصورت یك رماتیسم التهابی تحت حاد و یا پولی آرتریت روماتوئید سرونگاتیو (منفی بودن آزمون های لاتکس و الروز) ممکن است تظاهر کند. بنابراین در مقابل یك رماتیسم تحت حاد یا پولی آرتریت روماتوئید سرونگاتیو در پیش مردی که سنش متجاوز از ۴۰ سال باشد باید در فکر سرطان ریه نیز بود و بطور سیستماتیك رادیوگرافی ریه را تقاضا کرد تا اگر علت این تظاهرات رماتیسمی سرطان ریه باشد شناخته شود.

۳ـ ندرتاً سایر سرطانهای احشائی میتوانند تظاهراتی شبیه پولی آرتریت روماتوئید داشته باشند، که در اکثر موارد پولی آرتریت روماتوئید سرونگاتیو میباشد.

۴ـ درماتومیوزیت و پولی میوزیت، نیز یکی از مهم ترین بخشهای سندرم پارانئوپلازیك در روماتولوژی را تشکیل میدهد، بطوریکه بمحض تشخیص قطعی پولی میوزیت و یا درماتومیوزیت، طبیب باید بطور سیستماتیك در تجسس یك سرطان احشائی مخفی نیز باشد. زیرا پیدا کردن احتمالی این سرطان و معالجه آن باعث از بین رفتن علائم درماتومیوزیت و پولی میوزیت میشود.

۵ـ ندرتاً ممکن است در روماتولوژی یك سندرم پارانئوپلازیك بصورت پولی میالژیا روماتیکا (پزدوپولی آرتریت ریزوملیك) و یا حمله های حاد شبه نقرسی تظاهر کند.

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'osteo_arthropathie hypertrophiante pneumique (dysacromelies 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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

4- BERMAN (B)_ Pulmonary hypertrophic osteoarthropathy. Arch. Intern. Med. 112, 947-953. 1963.

5- BOUDIN (G), PEPIN (B) et LORMEAN (G)- Osteo-arthropathie hypertrophiante de pierre marie et neurinome malin thoracique. Etude clinque 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 malignan lymphoma. Arch. Intern. Med. 111, 330-337, 1963.

7- CAYLA (J), GUERARD des LAURIERS(A), COSTE (F)_ Osteo _ arthropathie hypertrophiante 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. 1, 69_85. 1964.

10- COURY (C) - L'hippocratisme digital, l'osteo-arthropathie hypertrophiante et les autres dysacromélies apparentées. 1 Vol. 230 P. Bailliere, Èdit. Paris 1960.

11- COURY (C), ROISIN (R), COULIBOEF (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-Rhumatismales de l'osteo-arthropathie hypertrophiante pneumique de pierr 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 á 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. Présenteé aux praticines. 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 dysacromélies d'origine thoracique Rev. Rhuma. 11,757_760. 1963.

20- GUICHARD (A), LOIRE (R)_ Les carcino-Leucemies. 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'osteo_Arthropathie hypertrophiante pneumique due à un cancer secondaire des poumons B. VII. Soc. Med. Hôp Paris. 77,113-132. 1964.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

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 Congrés des derma, de langue Française. Nancy 1963.
30- Lièvre (J.A)_ Osteo-Arthrophie hypertrophiante pneumique. Traité de Médecine 17, 305-315, Masson. Éd. 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), Graveleau (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 paraneoplasipue. 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), Gille (C), Smadja (A)- Intéret du sulfate d'atropine dans les formes rhumatoïdes de la maladie de pierr_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 lymphoide Europ Med. 3, 115-119. 1964.
43- Sèze (S.DE), 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 extrémites, Sem. Hôp. Paris. 28, 1313-1323. 1950.
44- Séze (S.DE), Ryckewaert (A)- Hippocratisme digital symptomatique et osteo-arthropathie hypertrophiante de pierre marie in:«Maladies des os et des articulations» 1 Vol.397_411. Flammarion. Édi 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), Bunim (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 paranéoplasiqnes 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 occurence in 1204 cases in wich pulmonary resection was performed J. Ame Med. Ass, 155 1459-1463 1954
53- Willams (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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]