

استفاده از پروتز کامل در درمان کوکسیت‌های اسپوندیلارتریت آنکیلو زانت (SP. A.) *

(گزارش سه مورد)

مجله علمی نظام پزشکی
سال سوم، شماره ۲، صفحه ۱۳۳، ۱۳۵۲

دکتر رضا مقتدر* * دکتر منوچهر فرامرزى ***

مقدمه:

۳۰ تا ۳۵ درصد بیماران مبتلا به SP.A دچار آرتریت اسپتیک مفاصل ران (آرتریت روماتیسمی) با Coxites میگردند. در ۳۰ درصد موارد، امکان دوطرفه شدن این ضایعات در مفاصل کوکسو فمورال وجود دارد. شیوع این Coxite ها با قدمت بیماری نسبت مستقیم دارد. در ۵۰ درصد موارد پیدایش کوکسیت در ۵ سال اول بیماری گزارش داده شده است. (۱-۵-۶-۷).

در ۲ تا ۱۰ درصد موارد، کوکسیت میتواند اولین علامت بالینی يك SP.A باشد (۶-۷). در این صورت تشخیص بیماری فوق العاده مشکل میشود و باید منتظر پیدایش علامت مشخص بیماری یعنی آرتریت ساکروایلیاک دوطرفه شد که رادیوگرافیهای پی در پی و با فواصل معین، روزی آنرا آشکار میسازند.

سیر این کوکسیتها بطرف جمود مفصلی کامل (انکیلوز) و برگشت ناپذیر است و منجر به ثابت شدن مفصل در وضع (Position) معیوب میگردد. وضعی که در صورت دوطرفه بودن مریض را به بستر خود میخکوب می کند و او را در انجام دادن حرکات حیاتی خود ناتوان میسازد. با در نظر گرفتن شیوع کوکسیت، که اکثر آن بین ۳۰ تا ۳۵ سال دیده میشود بخوبی میتوان نگرانی پزشکی را درباره آینده این بیماران جوان توجیه کرد. از این رو طرق درمانی متعددی برای این بیماران پیشنهاد شده است.

درمان این کوکسیتها هنوز هم برای خیلی از دانشمندان و متخصصین فقط يك درمان طبی است. داروهای ضد آماسی،

رادیوتراپی، استراحت و بی حرکت کردن مفصل در يك وضع مطلوب، انفیلتراسیون مفصل با کورتیکوئیدها، بی حرکت ساختن تدریجی و بالاخره اگر آماس مفصل ناچیز باشد کشش اندام

متأسفانه درمان طبی و ارتوپدیک در اکثر مواقع مانع پیدایش آنکیلوز نمیشود و بدیهی است که وقتی آنکیلوز مفصل پیداشد درمان طبی کوچکترین اثری بر آن نخواهد داشت. از این روی جراحان از دهها سال قبل ب فکر درمان جراحی این آنکیلوزها افتاده اند (۵-۴-۱).

بنظر میرسد که Routier اولین کسی بود که قطع مفصل هانش (Resection de Hanche) را نزد يك بیمار مبتلا به SP.A انجام داد. این بیمار ۷ سال بعد توسط P. Marie معاینه میشود و معلوم میگردد که هر دو مفصل عمل شده مجدداً بهم جوش خورده اند و بیمار به حال قبل از عمل برگشته است (۵).

P. Ravault نیز در مورد پنج بیمار خود این مشاهدات را تأیید میکند (۵). در تمام این پنج مورد در ظرف زمانی بسیار کوتاه (۶ ماه، ۲ سال) مفاصل مجدداً آنکیلوز شدند. بیماران P. Louyot و همکارانش، نیز دچار همین سرنوشت شدند. یکی از این بیماران در يك طرف از پروتز Judet و در طرف دیگر از پروتز Moore استفاده کرده بود، و بیمار دیگر در هر دو طرف پروتز آکریلیک (Acrylique) داشت. هر دو بیمار در ظرف یکسال مجدداً دچار آنکیلوز شدند.

* در این مقاله حروف SP.A بجای لغات اسپوندیلارتریت آنکیلوزانت بکار میرود.

** بیمارستان امیراعلم، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

*** بیمارستان فرحناز پهلوی، دانشکده پزشکی دانشگاه ملی.

و تمام حرکات آن محدود شده اند. با در نظر گرفتن آرتروزدی طرف چپ میتوان بخوبی ناتوانی بیمار و میخکوب شدن وی را به تخت خواب تصور کرد.

بعد از انتقال به بخش داخلی بیمارستان امیر اعلم و شکست درمانهای طبی گوناگون بیمارستانهای دیگر و وجود یک زخم معده، تصمیم به گذاشتن یک پروتز کامل میگیریم که در اسفندماه ۱۳۴۹ در بیمارستان فرحناز پهلوی عملی میشود. دو ماه فیزیوتراپی بعد از عمل به بیمار اجازه راه رفتن میدهد و اکنون که نزدیک ۲ سال از آن میگذرد بیمار به فعالیت نسبی خود ادامه میدهد و وضع او رضایت بخش است.

بیمار شماره ۴

الف - ۳۵ ساله، اهل اردبیل، بلیط فروش، در تاریخ ۱۰/۹/۵۰ بعلت درد زانو و دو کتفاله ران و کمر درد در بخش بستری شد. شروع بیماری از ۲۰ سال قبل به صورت کمر درد و دردیاتیک ذکر میشود. بیماری در این مدت یورش «بوسه های» متعدد داشته است. پیدایش یک درد شدید در کتفاله ران راست و زانوی راست، بیمار را از دو ماه قبل ناتوان و عاجز میسازد. همراه با این دردها عضلات ران راست لاغر میشود.

در معاینه و در حال ایستاده مریض بطرف راست خمیده است. تمام حرکات ستون فقرات محدود هستند. فاصله انگشتها تا زمین بزحمت به ۹۰ سانتیمتر میرسد. تنفس بیمار شکمی است و وقفه سینه در هنگام تنفس کاملاً بیحرکت است. فاصله اکسیپوت (Occiput) تا محل اتکاء پشت در حدود ۱۵ سانتیمتر (بعلت سیفوز پشت و جلو افتادن سروگردن) و پریمتر سینه ۲ سانتیمتر بیشتر نیست. در وضع خوابیده زانوی راست دردناک است ولی متورم نیست. مفصل کوکسوفمورال راست آنکیلوزه میباشد که با خمیدگی ۲۰ درجه ثابت مانده است. سایر حرکات مفصل ران محدود یا صفر است، لاغری عضله چهار سر بچشم میخورد که با مقایسه با طرف مقابل در حدود ۲ سانتیمتر است. در پای چپ نیز تمام حرکات مفصل ران محدود است. در سایر اندامها ضایعه دیگری دیده نشد. سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول ۱۳ است. در پرتونگاری علامت زیر دیده میشوند: سینوستوز دوه مفصل ساکروایلیاک در طرف راست و تصویر یک کوکسیت پیشرفته در طرف چپ و از بین رفتن کامل فاصله مفصلی، تصویر خیزرانی ستون فقرات، تصویر رایل، تصویر سندسوفیت سیفوز پشت، گرفتگی تمام مهره های گردن، در رفتگی ادون تو اکسوفیدین، جمجمه سالم و ریه ها طبیعی هستند. این بیمار در بهمن ماه ۱۳۵۰، در بیمارستان فرحناز پهلوی تحت عمل جراحی پروتز توتال سمت راست قرار گرفت که نتیجه آن

عقاید Creyssel و Debeyre و آمار Shepherd نیز همین ناکامی درمانی را تأیید می کند. در حالیکه Herbert با پیشنهاد پروتز «موره» و CUP از جنس ویثالیوم (Vitallium) توأم با قطع کنجی (Resection) خیلی وسیع خوشبین تر بنظر میرسد. با ابتکار پروتز کامل (سراستخوان ران بعلاوه کوتیل) فصل جدیدی در اعمال جراحی مفاصل ران آغاز شد و مخصوصاً به جراحی کوکسیت ها رواج جدیدی بخشید.

امروزه مسلم گردیده است که کوتیل های پاتولوژیک نمیتوانند بایک پروتز سازش داشته باشند، ولی این مسئله شاید با پیدایش پروتز کامل (اصطکاک بین دو پروتز) اهمیت خود را از دست داده باشد.

R. Merle D' Aubigné, M. Postel, J. P. Gueguen, Judet ۱۰۷۰ H ۱۹۵۰ فصل مبتلا به SP.A را با پروتزهای ساده بین ۱۹۵۰ و ۱۹۶۸ (۱) عمل کرده اند و با پیدایش پروتز کامل تا بحال ۱۶ مورد SP.A را با این پروتز کامل تحت عمل جراحی قرار داده اند. نتایج آنها پس از سه سال خوب و یا خیلی خوب بوده است (۱) و نکته مهم اینکه عکس العمل استخوان در مقابل پروتز کامل در SP.A مانند عکس العمل استخوان در مقابل پروتز کامل در کوکسارتروز میباشد (۴-۱). با در نظر گرفتن مقدمه فوق مانینز در شرح حال بیماران سالهای اخیر سه مورد کوکسیت آنکیلوزانت SP.A را تحت عمل ارتروپلاستی با پروتز کامل قرار داده ایم.

بیمار شماره ۱

ح. ج. ۲۲ ساله، ساکن قزوین، در تاریخ ۲۴/۷/۴۹ از بیمارستان دیگری با تشخیص SP.A به بخش داخلی بیمارستان امیر اعلم برای ادامه درمان منتقل میگردد.

ناراحتیهای بیمار از سه سال قبل بصورت درد کمر و مخصوصاً درد ناحیه پائین کمر شروع شده اند و بزودی یک پولی آرتریت مفاصل بزرگ به این دردها اضافه میشود، دو سال قبل درد کتفاله ران چپ شروع می گردد که بیمار را بسیار رنج میدهد و بسرعت تمام حرکات مفصل محدود می شود. مدت ۸ ماه در بیمارستانهای مختلف درمان بیمار با کورتیکوئید، آسپرین، وینامین های گروه ب، و حتی گچ گیری با ادامه پیدا میکند. در بیمارستان دیگری بمناسبت ابتلاء دوه مفصل ساکروایلیاک تشخیص SP.A داده میشود. و برای درمان Coxite چپ بیمار Arthrodèse پیشنهاد و عملی میشود. متأسفانه ۵ ماه بعد، همین وضع در طرف راست پیدا میشود و بزودی علامت یک کوکسیت در طرف راست منظره اصلی بیماری را تشکیل میدهد. درد مفصل راست فوق العاده شدید است

درستون فقرات علامت مرضی دیده نمیشود. سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول ۴۰ است. با در نظر گرفتن سن، شغل و ناتوانی بیمار تصمیم به گذاشتن يك پروتز توتال گرفته و این عمل در خرداد ماه ۵۱، در بیمارستان فرحناز بهلوی انجام میشود. نتایج بلافاصله بعد از عمل فوق‌العاده رضایت بخش بوده و در این مدت (۸ ماه)، بیمار چندین بار معاینه شده است و بهبود او کماکان پابرجاست. سه بیمار مبتلا به کوکسیت آنکیلوزانت SP.A مورد عمل ارتروپلاستی با پروتز توتال قرار می‌گیرند. در دو مورد کوکسیت دو طرفه بوده است و در يك مورد یکطرفه.

نتایج بعد از عمل در هر سه مورد فوق‌العاده رضایت بخش بوده، پس از ۲۲ ماه، ۹ ماه و ۸ ماه این نتایج مطلوب باقی مانده‌اند. خلاصه و نتیجه: با توجه به نتایج فوق شاید در حال حاضر بهترین راه درمان این کوکسیت‌ها جراحی باشد، اگر جراحی با پروتزهای ساده نتوانست جای خود را در این درمان باز کند بر عکس ارتروپلاستی با پروتز توتال درهای امید را به روی این بیماران مفلوک و علی‌ل می‌گشاید. و شاید هم روزی این ارتروپلاستی بصورت عادی در این کوکسیت‌ها انجام پذیر شود. پروتز توتال درد این بیماران را بر طرف می‌کند و به آن‌ها امکان حرکت و فعالیت میدهد.

فوق‌العاده درخشان بود، در ماه‌های بعد (۹ ماه) این بهبود همچنان ادامه داشت.

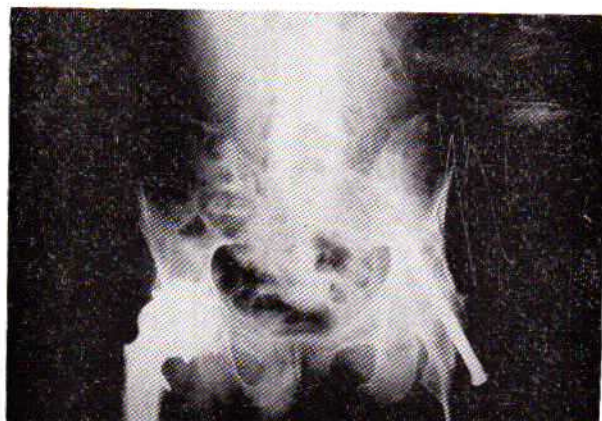
بیمار شماره ۳

ص-ح ۲۵ ساله، کشاورز، این بیمار در تاریخ ۲۱/۱/۵۱ بعلت درد و لنکیدن پای چپ در بخش داخلی بیمارستان امیر علم بستری میشود. بیماری از سه سال قبل بصورت کم‌رود شروع شده که عدم وحداکثر شدت آن شبها بوده است، این دردها در دوره‌سر بازی بیمار به اوج خود رسیده‌اند. در سابقه بیمار نکته قابل ملاحظه دیگری مخصوصاً وجود آرتريت‌های محیطی یا امراض چشمی وجود ندارد.

بیمار هنگام راه رفتن میلنگد و این لنکیدن بعلت خمیدگی استخوان ران چپ روی لگن میباشد. در حالت خوابیده مفصل کوکسوفمورال چپ در يك وضع معیوب (خمیدگی ۲۰ درجه) آنکیلوزه شده است و تمام حرکات آن از بین رفته‌اند. حرکات مفصل کوکسوفمورال راست طبیعی است، تمام حرکات ساکروایلیاک باعث ایجاد درد می‌شود.

در حالت ایستاده يك هپرلوردوز شدید و يك سیفوز ستون فقرات پشتی مشاهده میشود. پری‌متر سینه طبیعی است.

در رادیوگرافی علامت يك آرتريت ساکروایلیاک درجه ۲ را در دو طرف نشان میدهد. مفصل کوکسوفمورال چپ آنکیلوزه است.



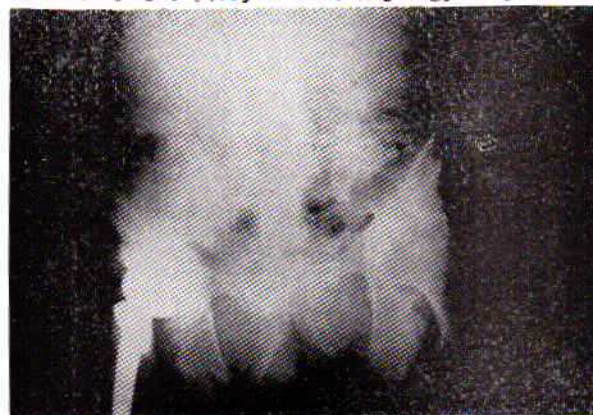
شکل ۳- شرح حال شماره يك: ارتروژب، يره تزا كاما راست



شکل ۱- شرح حال شماره يك: ارتروژب و کوکسیت راست



شکل ۴- شرح حال شماره ۳: هاتزا راست سالم، پروتز كامل چپ



شکل ۳- شرح حال شماره دو: کوکسیت چپ، پروتز كامل راست

REFERENCES:

- 1- R. Merle D'Aubigné, M. Postel, J.P. Gueguen, H. Judet. La chirurgie dans les coxites Rhumatismales. Revue de Rhumatisme, Jan. 1970.No 1.
- 2- F.Coste. Problemes d'Actualité sur les coxopathies chroniques. Revue du Rhumatisme. Oct.1969 No.10
- 3- H. Bloch-Michel et Coll. Les spondylarthrites A. Debut infantile. Revue du Rhumatisme. Jan. 1965. No. 12.
- 4- M.Lequesne, S. De sèze, J.Amouroux. La coxopatie destructrice. rapide Revue du Rhumatisme. Nov. 1970. No. 1.
- 5- P. Louyot et Coll. La thérapeutique medicamenteuse de la spondylarthrite A. Revue du Rhumatisme AVR. 1970. No. 4.
- 6- S. de sèze et A. Ryckwaert. Maladies des os et des articulations. Flammarion. 1965. Paris.
- 7- F. Coste, Rhumatologie. Flammarion. 1968. Paris.