بیمـاری استخوانـی ـ مفصلی هیپر ترفیك

(Hypertrophic Osteoarthropathy)

مجله نظام پزشکی
سال هفتم ، شماره ۵ ، صفحه ۲۸۷ ، ۱۳۵۹

دکتر منیژه اقراری ـ دکتر حسن پارسا مقام *

مقدمه:

استئوارتروپاتی هیپرتروفیك که گاه تحت عنوان استئوارتروپاتی هیپرتروفیك‌ریوی‌نیز نامیده‌میشود، نخستین‌بارتوسط Bamberger (۱۸۸۹) و Marie (۱۸۹۰) شرح داده شد .

نشانه‌های مشخصه این عارضه چماقی‌شکل بودن انتهای انگشتان (Clubbing) ، درد وتورم مفاصل و اندامهای محیطی و تسریع استخوانسازی درنـاحیه پـریوست (Periosteal new bone formation) می‌باشد .

استئوارتروپاتی هیپرتروفیك دونوع است :

۱ـ نوع اولیه که هیچ نوع سابقه بیماری دیگری دربیمار وجود ندارد .

۲ـ نوع ثانویه که معلول بیماریهای مختلفی میباشد . نوع اولیه ۳تا۵٪ موارد استئوارتروپاتیهای هیپرتروفیك را تشکیل میدهد واغلب باتغییرات پوستی مانند ضخیم شدن پوست صورت‌وپیشانی وافزایش ضخامت چینهای‌صورت همراهست که تحت عنوان‌پاکی درموپریوستوز نیز نامیده میشود. نوع اولیه‌استئوارتروپاتی‌ندرتاً ممکنست باعلائم پوستی همراه نباشد (۳،۴،۵، ۸). جالب توجه آنکه افزایش ضخامت پوست سروصورت که مدتها وجه افتراق نوع اولیه از ثانویه بود ممکنست همراه با تومورهای قفسه سینه نیز دیده شود . از این رو در بیمارانیکه چنین تغییرات پوستی را نشان میدهند، باید از نظرامکان وجود یك‌تومورریوی‌پیگیری دقیق بعمل آید (۳).

عوامل ایجاد کننده :

شایعترین علت نوع ثانویه استئوارتروپـاتی ، تومورهای داخل قفسه سینه است . درآمارهای مختلف۸۰٪ موارد سرطان برنش، ۱۰٪ تومورهای جنب و ۵٪ انواع دیگر تومورهـای قفسه سینه عامل ایجادکننده این‌عارضه شناخته شده‌اند (۱۵،۲). درموارد نادری متاستازهای ریوی حاصل از تومورهای خارج قفسه سینه عامل ایجاد این بیماری بوده‌اند(۱۵). دیگر بیماریهای عفونی ومزمن ریه ، لنفومهـا ، ضایعات قلبی‌ـ عروقی ، ضایعات جهاز هاضمه (نظیر تشمع(سیروز) کبد ، آشالازی ، تومورهای مری) و پرکاری تیروئید از مواردیست که توام با این عارضه شرح داده شده‌اند (۶،۹،۱۰، ۱۲، ۱۴).

عامل ایجاد ورم پریوست استخوان ، افزایش جریـان خون در شریـانهای کوچك اندامهای محیطی است که در مورد چگونگی ایجاد آن دونظریه عصبی وهورمونال ارائه شده است .

از آنجائیکه پس از برداشتن ضایعه اصلی و یـا باز کردن قفسه سینه و قطع عصب واگ تغییرات استخوانی بیمـاران پس از چند هفته فروکش‌مینماید، وجود یك تحریك عصبی که از ضایعه اولیه برخاسته و ازطریق عصب واگ به اندامها منتقل میشود ، بیشتر مورد قبول میباشد . معذلك بعضی موارد از جمله وجود ضایعه اولیه درخارج قفسه سینه این‌نظریه‌راتوجیه نمیکند وبهمین‌جهت نظریه هورمورنال را مطرح ساخته است (۶).

* بیمارستان امام خمینی ـ دانشکده پزشکی دانشگاه تهران .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

نشانه‌های بالینی :

درد وتورم مفاصل گاه‌چندان واضح نمیباشد ، بالعکس درمواردی تورم ودرد توام باخشکی مفاصل بـارزترین علامت بالینی بوده وتصور وجود آرتریت روماتوئید را مجسم میسازد(۱۱). چماقی شدن انتهای انگشتان علامت ثابت‌تری بوده ودراغلب مواردوجود دارد (۵، ۱۰). بیاد داشتن این عارضه میتوانـد در مواردی که نشانه‌های استئوارتروپاتی قبل از بروز علائم بیماری اولیه ظاهر میشود به تشخیص زودرس تومور ریه کمك کنـد . برعکس در بعضی موارد تظاهرات استخوانی بسیار دیررس بوده ودر زمان بروز انتشار دور دست تومور ظاهر میشود (۱۱، ۱۳). در نوع اولیه ، ضخامت پوست بخصوص درسر وصورت واختلال‌های تعریق وجود دارد. علائم بالینی اغلب پس ازعمل جراحی یا بدون خارج کردن ضایعه وقطع عصب واگ، درمان بااستروئیدها وشیمی درمانی به‌فاصله کوتاهی برطرف میشود (۱۰،۲،۱).



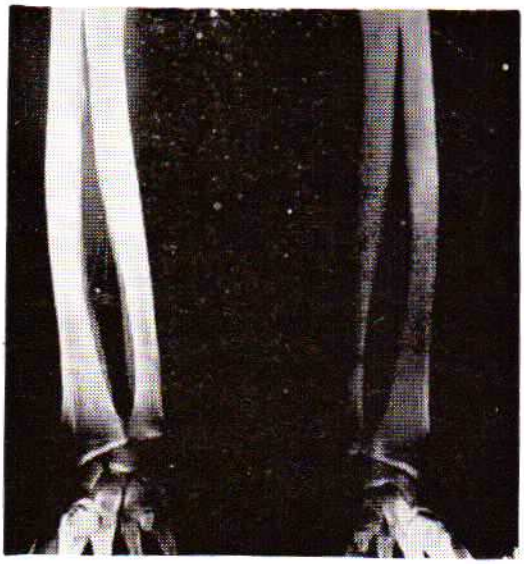
شکل ۱ــ پرتونگاری بازو : واکنش پریوست بصورت لایه‌های موازی درکنار داخلی استخوان دیده میشود

از ۴ مورد بیمارانی که نمونه‌هائی از پرتونگاریهای آنها ارائه میشود، یك‌مورد مبتلا به‌تومور ریه، یك‌تن مبتلا به‌لنفوم میان‌سینه‌و یك‌مورد مبتلا به‌برنشکتازی بوده ودرمورد چهارم‌هیچ‌نوع بیماری دیگری که عامل ایجاد تغییرات استخوانی باشد وجود نداشت . شکایت اصلی مورد اخیر درد مفاصل و اندامها بود و در خـاتمه بررسی‌ها تشخیص استئوارتروپـاتی اولیه بدون وجود تغییرات پوستی که نسبتاً نادراست برای بیمار مطرح گردید.

سه بیمار دیگر با علائم ریوی مراجعه نمودند که در ۲ تن درد مفاصل واندامها وجود داشت(بیماران مبتلا به‌تومور ریه‌ولنفوم) وبیمار سوم که مبتلا به‌برنشکتازی بود علائم محیطی نداشت و در پرتونگاری ساعد وساق‌پا واکنش پریوست خفیفی نشان داد. چماقی شدن انتهای انگشتان درکلیه بیماران وجود داشت .

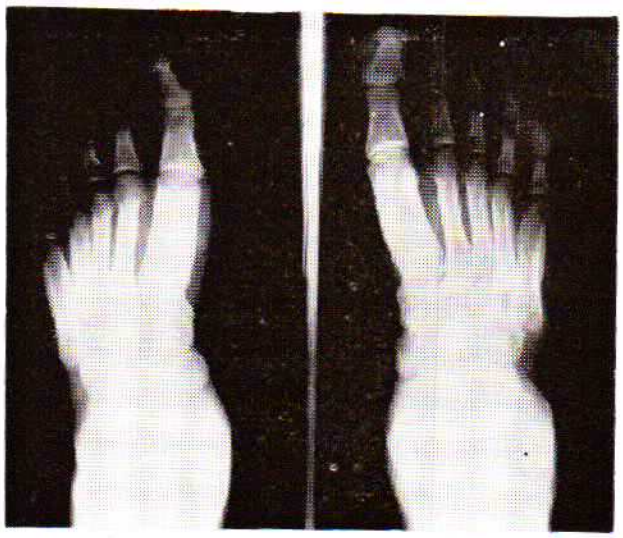
نشانه‌های پرتوشناسی :

واکنش پریوست بارزترین تظاهر پرتوشناسی این سندرم است که اغلب قرینه‌بوده ودرصورت ادامه ضایعه ریوی پیشرفت‌میکند. استخوانهـای دراز ساق و ساعد شایعترین نقـاط ابتلا هستند . استخوانهای کف‌دست‌وپا، بندهای ابتدائی انگشتان‌واستخوانهای مچ نیز ممکنست گرفتار شوند . در نوشته‌های مختلف شیوع ابتلا استخوانهای ران وبازو نسبتاً نادر ذکر شده است و حال آنکه در چهـار بیمار معرفی شده این گـروه ، واکنش پریوست در استخوانهای‌بازو وران مشاهده‌شده‌است(شکل۱).واکنش‌پریوست درنوع ثانویه ابتدا بصورت لایه‌های نازك وجدا ازقشراستخوان است و بتدریج نا‌منظم ، خشن وموج‌دار شده و به قشر استخوان می‌چسبد (شکل ۲). درنوع اولیه لایه‌های پریوست ضخیم و بـه



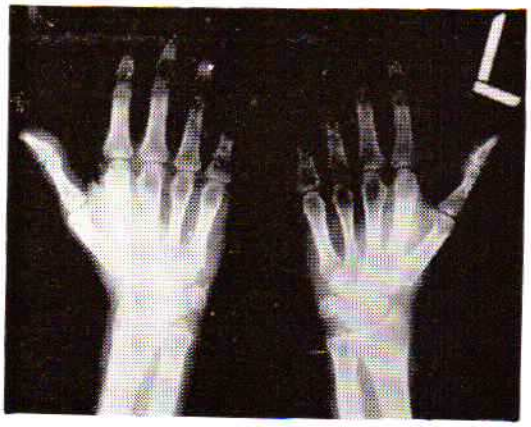
شکل ۲ــ پرتونگاری ساعد : بیمار مبتلا به‌نوع ثانویه : ورم‌پریوست ضخیم با کناره موج‌دار درکناره‌های‌میانی زنداعلی واسفل‌مشهوداست

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]



شکل ۳ ـ پرتونگاری پاها : بیمار مبتلا به نوع اولیه استئوارتروپاتی است . غلافهای پریوست باکورتکس استخوان یکی شده واستخوان قطور بنظر میرسد

قشر استخوان متصل بوده وباآن یکی بنظر میرسد وحفره‌وسطی استخوان تاحدی تنگ میشود (شکل ۳). تغییرات در بندهای انتهائی انگشتان منحصراً بصورت تورم نسوج نرم‌است و واکنش پریوست دیده نمیشود (شکل ۴) . گاه در نوع اولیه . جذب استخوانی در بندهای انتهائی انگشتان مشهود است. مفاصل‌معمولا تغییرات پرتوشناسی نشان نمیدهند ویا منحصراً علائم وجودمایع درمفصل دیده میشود . پس از درمان ، لایه‌های پریوست برحسب ضخامتی که دارند درطی هفته‌ها وماهها بطور ناقص ویاکامل‌جذب واز بین میروند (۱۱،۸،۵،۴،۳،۱).



شکل ۴- پرتونگاری دستها : تورم بافت نرم دربند انتهای انگشتان بی‌تغییرات استخوانی دیده میشود

خلاصه :

تظاهرات پرتوشناسی۴ بیمارمبتلا به‌استئوارتروپاتی‌هیپرتروفیك ارائه شد . سه تن‌مبتلا به‌نوع ثانویه ویك‌تن مبتلا به نوع اولیه این‌بیماری‌است.درنوع اولیه‌درد مفاصل‌واندام‌هابارزترین‌علامت بالینی بود و درنوع ثانویه علاوه بردرد و تورم مفاصل اندامها در دومورد علائم‌بیماری‌ریوی نیزوجود داشت. ازنظرپرتوشناسی علاوه برتغییرات ریوی، واکنش پریوست در طول استخوانهای دراز دیده شد ، بخصوص در استخوانهای بازو وران جالب توجه بود .

REFERENCES:

1- Ameri, M.R., Alebouyeh, M., Donner, M.W.: Hypertrophic Osteoarthropathy in Childhood Malignancy. Am. J. Roentgenol. 130: 992-993, 1978.

2- Atkinson, M. K., McElwain, T. J., Peckham, M. J. : Hypertrophic Pulmonary Osteoarthropathy in Hodjkin's Disease Reversed with chemotherapy. Cancer. 38: 1729-1734, 1976.

3- Bhate, D. V., Pizarro, A. J., Greenfield, G.B.: Idiopathic hypertrophic osteoarthropathy without pachyderma. Radiology. 129: 379-381, 1978.

4- Cremin, B.J.: Familial Idiopathic Osteoarthropathy of Children: A Case Report and Progress. Br. J. Radiol. 43: 568_570, 1970.

5- Currarino, G., Tierney, C.R.C., Giesel, R.G., et al.: Familial Idiopathic Osteoarthropathy. Am. J. Roentgenol. 85: 633-644, 1961.

6- Firooznia, H., Seliger, G., Genieser, N.B.: Hypetrophic Pulmonary Osteoarthropaty. Radiology. 115: 269, 1975.

7- Hancock, B.W., Richmond, J., Powell, T., et al.: Intrathoracic Hodgkin's Disease Presenting as Hyperthrophic Osteoarthropathy. Br. J. Radiol. 49: 647- 649, 1976.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

8- Kay, C.J., Rosenberg, M.A., Burd, R.: Hypertrophic Osteoarthropathy and Childhood Hodgkin's Disease. Radiology. 112: 177-178, 1974.

9- Mattnay, M.A., Mattnay, R.A., Mills, D. M., et al.: Hypertrophic osteoarthropathy in adults with cystic fibrosis. Thorax. 31: 572-575, 1976.

10- Molyneux, M.E.: Mediastinal Reticulosis with Hypertrophic Pulmonary Osteoarthropathy. Br. J. Dis. Chest. 67: 66-70, 1973.

11- Neiman, H. L., Gompels, B.M., Martel, W.: Pachydermoperiostosis with Bone Marrow Failure and Gross Extramedullary Hematopoiesis. Radiology. 110: 553-554, 1974.

12- Peck, B.: Hypertrophic Osteoarthropathy with Hodgkin's Disease in The Mediastinum. J.A.M.A. 238: 1400-1401, 1977.

13- Perkins, P.J.: Delayed Onset of Secondary Hypertrophic Osteoarthropathy. Am. J. Roentgenol. 130; 561-562, 1978.

14- Ullal, S.R.: Hypertrophic Osteoarthropathy and Leiomyoma of Esophagus. Am. J. Surg. 123: 356-358, 1972.

15- Zornoza, J., Canigr, A., Green, B.: Hypertrophic Osteoarthropathy Associated with Nasopharyngeal Carcinoma. Am. J. Roentgenol. 128: 679-681, 1977.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]