آرتریت ژاکود*
(گزارش یك مورد)

دکتر رضا مقتدر**

مجله علمی نظام پزشکی
سال دوم ، شماره ۴ - ۵ ، صفحه ۳۵۵، ۱۳۵۱

مقدمه :

روماتیسم مفصلی حاد « پولی آرتریت حاد ، مهاجر و زودگذر مفاصل بزرگ است که خود بخود و بدون باقی ماندن ضایعه‌ای خوب میشود» (۳).

باوجود این تعریف، باید گفت استثنائاً درطی یك روماتیسم حاد مفصلی، میتوان ضایعه پایداره مفصلی مشاهده کرد (۱-۲-۳).

اولین موارد این شکل بالینی درسال ۱۸۶۹ بوسیله ژاکود و ۵۰ سال بعد تحت عنوان روماتیسم دیسلوکان (Disloquant) بوسیله لاربوله وموزون نوشته‌شده است (۲) ازسال ۱۹۲۰ به‌بعد موارد مختلف توسط دانشمندان فرانسوی مخصوصاً نه مورد شخصی وچهارده مورد درفرهنگ پزشکی در سال ۱۹۵۶ بوسیله‌راوول و همکارانش (Ravault-Lejeune-Maitrepierre) و بعداً یك مورد بوسیله Arlet-Dunglas ویکی دیگر بوسیله S. de seze تحت مطالعه قرار گرفت ، همچنین باید از موارد Tubiana Worms و Duvoir نامبرد .

درسال ۱۹۵۰ بای‌واترز(Baywaters) معیارهای تشخیصی این بیماری را تعیین کرد وبالاخره B. Six در سال ۱۹۶۹ چهار مورد این بیماریرا که درظرف پانزده سال اخیر در بخش پروفسور دوسز (de seze) دیده شده است عرضه کرد . ما یك مورد از این شکل کلینیکی خاص روماتیسم حاد مفصلی را دراین مقاله مورد مطالعه قرار میدهیم .

این ضایعه بصورت یك آرتروپاتی تغییر شکل دهنده مفاصل متاکارپوفلنژین دو دست ودوپا بصورت قرینه ظاهر میشود. این تغییرات میتوانند قابل برگشت (Reductible) یا غیر قابل برگشت (Irreductible) باشند . حالت اول بنام روماتیسم Disloquant وحالت‌دوم بنام روماتیسم Jaccoud معروف است.

این آرتروپاتی تغییر شکل‌دهنده(دفرمانت) متاکارپوفلانژین‌بدون التهاب، وبدون‌درداست ودراثر آن‌حرکت مفاصل‌هم‌ازبین‌نمیرود. شباهت این آرتروپاتی به‌آرتریت روماتوئید و تشخیص افتراقی آندو ظاهراً مشکل مینماید درحالیکه عملا تشخیص یك‌روماتیسم Disloquant بسیار ساده و کافی است‌که معیارهای بای واترز را درخاطرداشته باشیم.

شرح حال بیمار :

خانم رعنا الف۳۵ ساله، اهل‌طالقان، درتاریخ ۵۰/۹/۲ دربخش داخلی بیمارستان امیراعلم بعلت تغییر شکل دست و پا بستری میگردد، چند روزیست‌که بیمار دچاردرد شانه چپ نیزشده‌است. این دردها برای بیمار تازگی ندارد زیرا برای اولین بار در سن ۱۳سالگی بیمار دچار یك پولی‌آرتریت حاد میشود که‌ابتدا مفاصل مچ پاوبعداز چندروز مفاصل زانوها را میگیرد. این‌پولی آرتریت دردناك و همراه باتورم بوده است، درحالیکه مچ پاها بهبود حاصل میکنند مفاصل دیگر بنوبت گرفتار میشوند. این منظره مفصلی همراه باتب بوده‌است. درآن موقع انگشتهای‌دست وپا سالم بوده‌اند. بیمارجهت معالجه بتهران میآید و درمان او مدت دوماه طول میکشد . بیمار در سن ۱۸ سالگی ازدواج میکند و ۳ بار زایمان داشته است . حمله دوم چهار سال بعداز حمله اول رخ میدهد وبیمار مجدداً وبرای مدت یك ماه تحت معالجه قرارمیگیرد. این‌بار محل‌درد وتورم مچ پاها، مچ

* Jaccoud's Arthritis. Le Rhumarisme Disloquant. Chronic Post Rheumatic Fever Arthropathy.

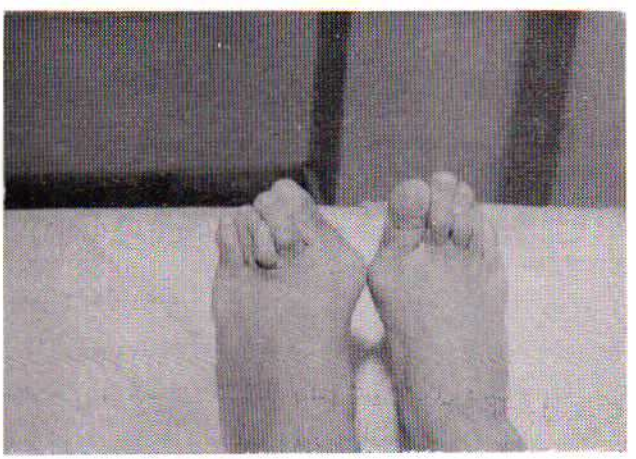
** بخش داخلی مرکز پزشکی امیراعلم صالح .

دستها، کتفها و آرنجها بوده است. بعداً این حملات هر بـار در تعقیب یك سرماخوردگی تکرار میشود که متأسفانه تعداد آنهـا معلوم نشد، تااینکه سال قبل و برای اولین بـار درطی یك حمله نسبتاً طولانی ودرظرف چند هفته تغییرات شکل دردست وپاظاهر میشود . ظرف چند هفته و در یکماه قبل یك حمله جدید باعث بستری شدن بیمار دربخش میگردد .

در معاینه بیمار از نظر مفصلی علائم زیر بچشم میخورد :

دستها: در دوطرف بصورت قرینه، انحراف کوبیتال ، برآمدگی مفاصل متاکارپوفلانژین وخمیدگی انترفلانژین دیستال انگشت سوم دست راست و تغییر محور (Desaxation) متاکارپوفلانژین شستها دیده میشود (شکل شماره ۲ـ۴).

علت این تغییرات شکل در رفتگی خفیف (سوب لوکساکسیون) مفاصل متاکارپوفلانژین میباشد (شکل شماره ۲ـ۴) این در رفتگی‌ها قابل برگشت (Reductible) و کاملا بدون درد هستند (رادیوگرافی شماره ۷ـ۶ـ۵ بعداز کشیدن انگشتها).



شکل شماره ۱ـ هالوس والگوس دوطرفه، تغییر شکل سایر انگشتها



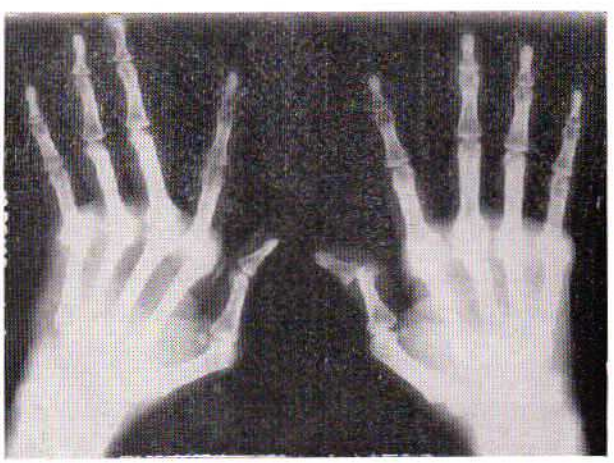
شکل شماره ۲ـ انحراف کوبیتال دو دست، تغییر شکل متاکارپوفلانژین دوطرفه



شکل شماره ۳ـ هالوس والگوس دوطرفه دررفتگی انگشت دوم وسوم پای چپ

درپاها هالوس والگوس دو طرفه واضح دیده میشود که در اثر دررفتگی متاکارپوفلانژین انگشت اول پیدا شده است. درانگشت دوم دررفتگی واضح دیـده میشود (رادیوگرافی شماره ۳) . سایر مفاصل سالم هستند، کتف چپ درحرکت کمی دردناك است.

علائم غیر مفصلی : بغیر از یك سوفل سیستولیك درجه ۳ درنوك و قاعده قلب ویك تیروئید بزرگ حـاوی دوندول علائم دیگری دیده نشد .



شکل شماره ۴ـ لوکساسیون وسوب کوکساسیون متاکارپوفلانژین دوطرفه دستها مخصوصا شستها ـ سالم بودن مفاصل انترفلانژین پروکسیمال

علائم آزمایشگاهی: سرعت سدیمانتاسیون گلبولی بیمار ۷۲ میلیمتر درساعت اول، آنتی استرپتولیزین ۲۵۰۰ واحد، پروتئین تام ۷/۲ گرم درصد ، الکتروفورز : آلبومین ۴۵٪ الفا یك ۴٪ الفا دو ۱۷٪ بتا ۱۳٪ گامـا ۲۱٪ . سلول L.E دیده نشد . نتیجه آزمون مانتومنفی. مدفوع طبیعی، V.D.R.L منفی. هموگلوبین ۱۱ گرم گلبـول سفید ۷۶۰۰ (۷۰ سگمـانته ۲۹ لنفوسیت) لاتکس

منفی C.R.P مثبت(++). قند ۱۰۰ میلی گرم درصد، اوره ۳۲ میلی گرم درصد ، ادرار طبیعی، الکتروکاردیوگرام طبیعی است.



شکل شماره ۵ ــ بازگشت دررفتگی‌ها بعداز کشش انگشتها.



شکل شماره ۶ ــ بازگشت دررفتگی‌ها بعداز کشش انگشتها.

رادیوگرافیها بجز دررفتگی تغییری نشان نمیدادند .

خلاصه شرح حال: نزد یك بیمار ۳۵ ساله بعداز حملات متعدد روماتیسم حاد مفصلی درظرف چند هفته بطور قرینه و دو طرفه تغییر شکل دستها و پاها ایجاد میشود . رادیوگرافیها ضایعه استخوانی نشان نمیدهد . تغییر شکل مفصل‌ها بدون درد و قابل برگشت است . از مشخصات این بیمار که بنظر میرسد تازگی داشته باشد ابتلاء شستها است (شکل شماره ۴).



شکل شماره ۷ ــ بازگشت دررفتگی‌ها بعداز کشش انگشتان.

بحث : این بیماری درهردوجنس دیده میشود. سن شروع آن بین چهارده وسی و نه سال میباشد . ضایعات قلبی در ۲۰ مورد از ۲۳ مورد دیده شده است (۱).

باشناسائی معیارهای تشخیصی Baywaters براحتی میتوان تشخیص این شکل بالینی را داد .

معیارهای تشخیص : ۱ــ دارا بودن سابقه روماتیسم حاد مفصلی که حملات آن اغلب متعدد وطولانی وسخت بوده‌اند .

۲ــ پیدایش تغییر شکل مفاصل متاکارپوفلانژین دست و پا بصورت دررفتگی کامل یاغیر کامل .

۳ــ سالم بودن ساختمان مفصلی (سینوویال ــ کارتیلاژ)

۴ــ انحراف کوبیتال دستها وپاها یاحداقل انگشتهای دوم وسوم دستها ومخصوصاً قابل برگشت بودن این تغییرات .

۵ـ وجود صدای سائیده شدن تاندونی .

۶ـ عدم وجود درد و التهاب واز بین رفتن حرکت مفصل.

۷ـ منفی بودن آزمون‌های بیولژیك ومخصوصاً آزمون‌های آرتریت روماتوئید .

درمورد مطالعه‌ماتمام معیارهای فوق مشاهده میشود فقط بیمارما درموقع مراجعه دارای یك‌حمله جدید روماتیسمی بوده است،این حملات جدید روی تغییر شکل‌های پیدا شده تأثیری ندارد ودر موارد منتشر شده بعد از ۲۰ تا ۳۰ سال بحالت اولیه خود باقی مانده است .

موضوعیکه قابل یادآوری است این است‌که مفاصل بین انگشتی ومفاصل مچ دست بندرت میتوانند محل ضایعه قرارگیرندیکبار هم مفصل Sterno-claviculaire گرفتار شده است.

بیماری زائی: تغییرشکل‌ها مربوط به زیاد شدن قابلیت ارتجاع (هیپرلاکسیته)لیگمان‌هامیباشدکه علت‌آن نامعلوم است.

درمـان : معالجه این بیماری فقط بمعالجه ضایعات نـاشی از تغییرشکل‌ها محدود می‌باشد .

REFERENCES :

1- F. Coste Rhumathlogie. Flammarion 1968.
2- Actualité Rhumatologique expansion 1969.
3- S. de Seze. Maladıes des os et des articulations. Flammarion 1961.