استفاده از پروتز کامل در درمان کوکسیت‌های اسپوندیلارتریت آنکیلوزانت (SP. A.) *
(گزارش سه‌مورد)

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

دکتر رضا مقتدر** دکتر منوچهر فرامرزی ***

مقدمه:

۳۰ تا ۳۵ درصد بیماران مبتلا به SP.A دچار ارتریت اسپتیک مفاصل ران (ارتریت روماتیسمی) یا Coxites میگردند. در ۳۰ درصد موارد، امکان دوطرفه شدن این‌ضایعات در مفاصل کوکسو فمورال وجود دارد . شیوع این Coxiteها باقدمت بیماری‌نسبت مستقیم دارد . در ۵۰ درصد موارد پیدایش کوکسیت در ۵ سال اول بیماری گزارش داده شده است . (۱–۵–۶–۷).

در۲ تا ۱۰ درصد موارد، کوکسیت میتواند اولین‌علامت بالینی یك SP.A باشد (۷–۶). دراین‌صورت‌تشخیص‌بیماری فوق‌العاده مشکل میشود وباید منتظر پیدایش علامت مشخص بیماری یعنی آرتریت ساکروایلیاك دوطرفه شدکه رادیوگرافیهای پی‌درپی وبافواصل معین، روزی‌آنرا آشکار میسازند.

سیراین کوکسیت‌هابطرف‌جمود مفصلی‌کامل(انکیلوز)وبرگشت ناپذیراست ومنجر به‌ثابت‌شدن مفصل‌دروضع (Position) معیوب میگردد. وضعی‌که درصورت دوطرفه بودن مریض‌را به‌بسترخود میخکوب می‌کند واورا درانجام‌دادن حرکات حیاتی‌خودناتوان میسازد. بادرنظر گرفتن‌شیوع کوکسیت، که‌اکثراً بین ۳۰ تا۳۵سال دیده میشود بخوبی میتوان نگرانی پزشك را درباره آینده این بیماران جوان توجیه‌کرد . از این‌روطرق درمانی متعددی‌برای این بیماران پیشنهاد شده است .

درمان این کوکسیت‌ها هنوز هم برای خیلی از دانشمندان و متخصصین فقط یك درمان طبی‌است . داروهای ضد آماسی، رادیوتراپی ، استراحت و بی‌حرکت کردن مفصل در یك وضع مطلوب ، انفیلتراسیون مفصل با کورتیکوئیدها ، بی‌حرکت ساختن تدریجی و بالاخره اگرآماس مفصل ناچیز باشدکشش اندام ....

متأسفانه درمان طبی وارتوپدیك در اکثر مواقع مانع پیدایش انکیلوزنمیشود وبدیهی است‌که وقتی‌انکیلوز مفصل‌پیداشددرمان طبی‌کوچکترین اثری برآن نخواهدداشت. ازاین‌روی‌جراحان از ده‌ها سال قبل بفکر درمان جراحی این انکیلوزها افتاده‌اند (۵–۴–۱).

بنظر میرسد که Routier اولین‌کسی بودکه قطع مفصل‌هانش (Resection de Hanche) را نزد یك بیمار مبتلا به SP.A انجام داد . این بیمار ۷ سال بعد توسط P. Marie معاینه‌میشود ومعلوم میگردد که‌هردومفصل‌عمل شده‌مجدداً بهم جوش‌خورده‌اند وبیمار به‌حال قبل‌ازعمل‌برگشته‌است (۵).

P. Ravault نیز درمورد پنج بیمار خود این مشاهدات راتأیید میکند (۵). درتمام این پنج مورد ودر ظرف زمانی بسیارکوتاه (۶ماه،۲سال)مفاصل مجدداً انکیلوزه‌شدند. بیماران P.Louyot وهمکارانش، نیز دچار همین سرنوشت شدند. یکی‌ازاین‌بیماران دریك‌طرف‌ازپروتز Judet ودرطرف‌دیگرازپروتز Moore استفاده کرده‌بود،وبیماردیگردرهردوطرف‌پروتزآکریلیك(Acrylique) داشت . هردوبیمار درظرف یکسال مجدداً دچارانکیلوز شدند.

---

* دراین مقاله حروف SP.A بجای لغات اسپوندیلاریت انکیلوزانت بکار میرود .

** بیمارستان امیراعلم، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.
*** بیمارستان فرحناز پهلوی، دانشکده‌پزشکی دانشگاه ملی.

عقاید Creyssel و Debeyre و آمار Shepherd نیز همین ناکامی درمانی را تأیید می‌کند. درحالیکه Herbert با پیشنهاد پروتز «موره» و CUP از جنس ویتالیوم (Vitallium) توأم باقطع کنجی (Resection) خیلی وسیع خوشبین‌تر بنظر میرسد. با ابتکار پروتز کامل (سراستخوان‌ران بعلاوه کوتیل) فصل جدیدی در اعمال جراحی مفاصل‌ران آغاز شد و مخصوصاً به‌جراحی کوکسیت‌ها رواج جدیدی بخشید.

امروزه مسلم گردیده‌است که کوتیل‌های پاتولوژیك نمیتوانند بایك پروتز سازش داشته باشند، ولی‌این مسئله شاید باپیدایش‌پروتز کامل (اصطکاك بین‌دوپروتز) اهمیت خود را از دست داده‌باشد. R. Merle D' Aubigné, M. Postel, J. P. Gueguen, H. Judet ۱۰۷مفصل مبتلا به SP.A را باپروتزهای ساده بین ۱۹۵۰ و۱۹۶۸ (۱) عمل‌کرده‌اند وبا پیدایش پروتز کامل تا بحال ۱۶ مورد SP.A را بااین پروتز کامل تحت عمل‌جراحی قرار داده‌اند. نتایج آنها پس از سه سال خوب ویا خیلی خوب بوده است (۱) ونکته مهم اینکه عکس‌العمل استخوان در مقابل پروتز کامل در SP.A مانند عکس‌العمل استخوان در مقابل پروتز کامل در کوکسارتروز میباشد (۴-۱). بادرنظر گرفتن مقدمه فوق مانیز درشرح حال بیماران سالهای اخیر سه مورد کوکسیت انکیلوزانت SP.A را تحت عمل ارتروپلاستی‌باپروتز کامل قرار داده‌ایم.

بیمار شماره۱

ح.ج، ۲۲ساله، ساکن‌قزوین، درتاریخ ۴۹/۷/۲۴ از بیمارستان دیگری‌باتشخیص SP.A به‌بخش‌داخلی بیمارستان امیراعلم‌برای ادامه درمان منتقل میگردد.

ناراحتیهای بیمار از سه سال قبل بصورت درد کمر ومخصوصاً درد ناحیه پائین‌کمر شروع شده‌اند و بزودی یك پولی آرتریت مفاصل بزرگ به‌این دردها اضافه میشود، دوسال قبل دردکشاله ران چپ شروع می‌گرددکه بیمار را بسیار رنج میدهد وبسرعت تمام حرکات مفصل محدودمی‌شود. مدت ۸ ماه‌در بیمارستان‌های مختلف درمان بیمار باکورتیکوئید، آسپرین، وینامین‌های گروه‌ب، وحتی گچ گیری‌پا ادامه‌پیدامیکند. در بیمارستان‌دیگری بمناسبت ابتلاء دومفصل‌ساکروایلیاك تشخیص SP.A داده میشود. وبرای درمان Coxite چپ بیمار Arthrodèse پیشنهاد و عملی میشود. متأسفانه ۵ ماه بعد، همین وضع در طرف راست پیدا میشود وبزودی علائم یك کوکسیت در طرف راست منظره اصلی بیماری را تشکیل میدهد. درد مفصل‌راست فوق‌العاده شدیداست وتمام حرکات آن محدود شده‌اند. با درنظر گرفتن آرتردرد طرف چپ میتوان بخوبی ناتوانی بیمار ومیخکوب شدن وی را به‌تختخواب تصورکرد.

بعدازانتقال به‌بخش داخلی‌بیمارستان امیراعلم وشکست‌درمانهای طبی گوناگون بیمارستان‌های دیگروووجود یك‌زخم معده، تصمیم به‌گذاشتن یك پروتز کامل میگیریم‌که در اسفندماه ۱۳۴۹ در بیمارستان فرحناز پهلوی عملی میشود. دوماه فیزیوتراپی‌بعداز عمل به‌بیمار اجازه راه رفتن میدهد واکنون‌که نزدیك ۲ سال‌از آن میگذرد بیمار به‌فعالیت نسبی خود ادامه میدهد و وضع او رضایت‌بخش است.

بیمار شماره۲

الف.ف، ۳۵ساله، اهل‌اردبیل، بلیطفروش، درتاریخ ۵۰/۹/۱۰ بعلت درد زانو ودوکشاله‌ران وکمر درد دربخش بستری شد. شروع بیماری از ۲۰سال قبل به‌صورت‌کمردرد ودردسیاتیك ذکر میشود. بیماری دراین‌مدت یورش «پوسه‌های» متعدد داشته‌است. پیدایش یك‌درد شدید درکشاله ران راست وزانوی راست، بیمار را از دوماه قبل ناتوان وعاجز میسازد. همراه بااین‌دردعضلات، ران راست لاغر میشود.

در معاینه و در حال ایستاده مریض بطرف راست خمیده است. تمام حرکات‌ستون فقرات محدود هستند. فاصله انگشتها تازمین بزحمت به ۹۰ سانتیمتر میرسد. تنفس بیمار شکمی است وقفسه سینه در هنگام تنفس‌کاملا بیحرکت است. فاصله اکسیپوت (Occiput) تامحل‌اتکاءپشت‌درحدود۱۵سانتیمتر (بعلت‌سیفوزپشت وجلوافتادن سروگردن) وپریمتر سینه ۲ سانتیمتر بیشتر نیست. در وضع خوابیده زانوی راست دردناك است ولی متورم نیست. مفصل کوکسوفمورال راست انکیلوزه میباشدکه باخمیدگی ۲۰ درجه ثابت مانده است. سایر حرکات مفصل ران محدود یاصفر است، لاغری‌عضله چهارسر بچشم‌میخوردکه بامقایسه باطرف‌مقابل درحدود ۲ سانتیمتر است. در پای چپ نیز تمام حرکات مفصل ران محدود است. در سایر اندامها ضایعهٔ دیگری دیده نشد. سرعت رسوب گلبولی‌درساعت‌اول ۱۳ است. درپرتونگاری علائم زیردیده‌میشوند: سینوستوز دومفصل ساکروایلیاك درطرف راست وتصویر یك‌کوکسیت پیشرفته درطرف چپ و از بین رفتن کامل فاصله مفصلی، تصویر خیزدرانی ستون فقرات، تصویر رایل، تصویر سندسموفیت سیفوز پشت، گرفتگی‌تمام مهره‌های گردن، در رفتگی ادون تواکسوئیدین، جمجمه سالم وریه‌ها طبیعی هستند. این بیمار دربهمن ماه ۱۳۵۰، دربیمارستان فرحناز پهلوی‌تحت عمل جراحی پروتز توتال سمت راست قرارگرفت‌که نتیجهٔ آن

فوق‌العاده‌درخشان بود، درماههای بعد(۹ ماه) این بهبودهمچنان ادامه داشت .

بیمار شماره ۳

س‌ـح ۲۵ ساله، کشاورز، این بیمار درتاریخ ۵۱/۱/۲۱ بعلت درد ولنگیدن پای چپ‌در بخش داخلی بیمارستان امیراعلم بستری میشود. بیماری ازسه‌سال قبل بصورت کمردرد شروع شده که‌مدام وحداکثر شدت آن شبها بوده‌است، این دردها در دوره‌سربازی بیمار به‌اوج خود رسیده‌اند . در سابقه بیمار نکته قابل ملاحظه دیگری مخصوصاً وجود آرتریت‌های محیطی یـا امراض چشمی وجود ندارد .

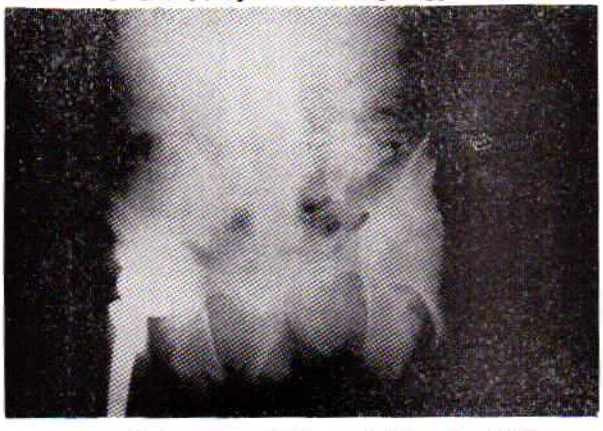
بیمـار هنگام راه رفتن میلنگـد و این لنگیدن بعلت خمیدگی استخوان ران چپ روی لگن میباشد . در حالت خوابیده مفصل کوکسوفمورال چپ در یـك وضع‌معیوب (خمیدگی ۲۰ درجه) انکیلوزه شده است و تمام حرکات آن از بین رفته‌اند . حرکات مفصل کوکسوفمورال راست‌طبیعی‌است، تمام‌حرکات‌ساکروایلیاك باعث ایجاد درد می‌شود.

درحالت‌ایستاده یك هیپرلوردروز شدید ویك سیفوز ستون‌فقرات پشتی مشاهده میشود . پری‌متر سینه طبیعی است.

درراديوگرافی‌علائم یك ارتریت‌ساکروایلیاك درجه ۲ را در دو طرف نشان میدهد . مفصل کوکسوفمورال چپ انکیلوزه است .



شکل۱ـ شرح حال شماره یك: ارتروزچپ وکوکسیت راست



شکل۳ـ شرح‌حال‌شماره‌دو: کوکسیت‌چپ، پروتز کامل راست

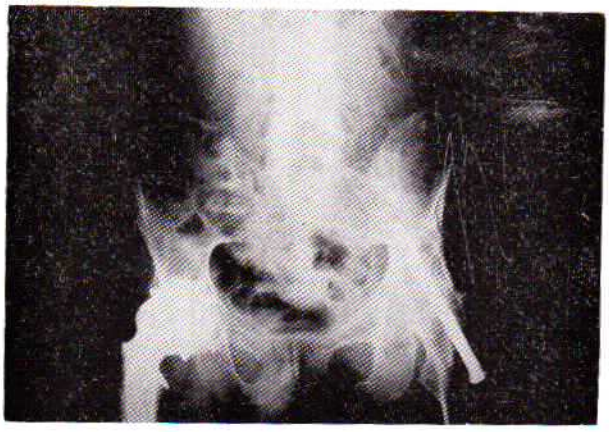
درستون فقرات علائم مرضی دیده نمیشود. سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول ۴۰ است . با در نظر گرفتن سن، شغل و ناتوانی بیمارتصمیم به گذاشتن یك پروتز توتال گرفته واین‌عمل‌درخرداد ماه۵۱، در بیمارستان فرحناز پهلوی‌انجام میشود. نتایج بلافاصله بعداز عمل فوق‌العاده رضایت بخش بوده ودر این مدت(۸ ماه)، بیمار چندین بار معاینه شده است وبهبود اوکماکان پابرجاست.

سه‌بیمارمبتلابه کوکسیت‌انکیلوزانت SP.A مورد عمل‌ارتروپلاستی باپروتز توتال قرار می گیرند . در دو مورد کوکسیت دو طرفه بوده است ودریك مورد یکطرفه .

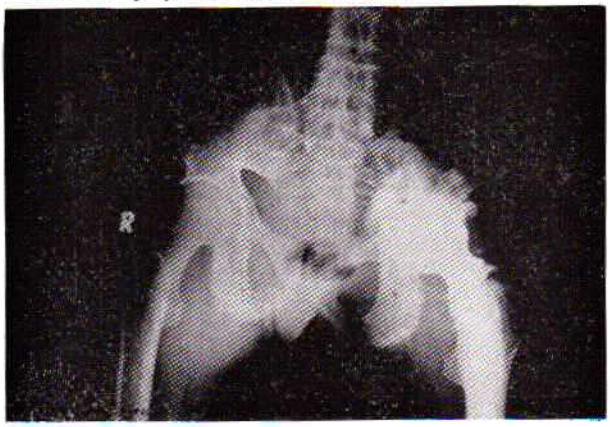
نتایج بعدازعمل‌درهرسه مورد فوق‌العاده رضایت بخش بوده، پس از ۲۲ ماه ، ۹ماه و۸ ماه این‌نتایج مطلوب باقی مانده‌اند .

خلاصه و نتیجه : باتوجه‌به‌نتایج فوق شاید درحال حاضر بهترین راه‌درمان این کوکسیت‌ها جراحی‌باشد، اگرجراحی‌باپروتزهای ساده‌نتوانست‌جای‌خودرادراین‌درمان‌بازکند برعکس‌ارتروپلاستی باپروتز توتال درهای امید را به‌روی این بیماران مفلوك وعلیل میگشاید . و شاید هم روزی این ارتروپلاستی بصورت عادی در این کوکسیت‌ها انجام‌پذیر شود.

پروتز توتال درد این بیماران را برطرف می‌کند وبه‌آن‌هاامکان حرکت وفعالیت میدهد .



شکل۲ـ شرح حال شماره‌یك : ارتروزچپ ، پروتز کاملا راست



شکل۴ـ شرح‌حال شماره۳ : هانش‌راست سالم، پروتز کامل چپ

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 Rhumatiome. 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.