روماتیسم‌های ناشی از کولیت زخمی
و گزارش دو مورد آن

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۳۴ ، ۲۵۳۶

دکتر رضا مقتدر* دکتر همایون شهیدی **

گرفتاری مفاصل محیطی ، ساکرو ایلیاکها وستون مهره درسیر کولیت زخمی بخوبی شناخته شده است . شیوع این روماتیسم برعکس آنچه‌درقدیم می‌پنداشتند قابل‌توجه است . درسال۱۹۵۸ دانشمندان آنگلوساکسون (۹-۶-۴-۳-۲-۱) که جمعاً ۲۸۸۷ موردکولیت اولسری را تحت بررسی قرارداده بودند ، شیوع نشانه‌های مفصلی را بین ۶ تا ۲۲ درصد گزارش میدهند . سپس انتشارات دیگری این یافته‌ها را تأییدکرده است. (۱۲).

برطبق این‌مطالعات روماتیسم ناشی از کولیت زخمی را میتوان به‌دو گروه محیطی ومرکزی تقسیم کرد :

۱ـ گروه محیطی شامل گرفتاری مفاصل اندامها بصورت دردیا التهاب‌میشود . این گروه‌بنام Colitic Arthritis معروف‌است.

۲ـ گروه‌مرکزی‌یامحوری شامل گرفتاری مفاصل ساکروایلیاك وستون مهره میگـردد که نمای یك Ankylosing spondylitis را بوجود میآورد .

در زیر شرح حال دو بیمار راکه یکی دچار ضایعات مرکزی ومحیطی ودیگری گرفتار ضایعات مرکزی بوده است مینگاریم.

شرح حال بیماران :

بیمارشماره ۱: آقای ـ الف ـ ۲۷ساله، دانشجو، ساکن‌تهران، درتاریخ۵۳/۶/۲ بعلت یك‌پولی‌آرتریت‌التهابی در بخش‌داخلی بیمارستان امیراعلم بستری میگردد . ناراحتی‌های وی بصورت درد ، آماس مچ دستها و مفاصل متاکارپوفلانژین وانترفلانژین نزدین«پروکسیمال» بصورت دوطرفه وقرینه همراه باگرفتاری زانوها بودکه شروع آنرااز ۴ سال قبل ذکر می‌کند. بیمار از سفتی صبحگاهی کـه بیش از یکساعت طول میکشد رنج میبرد ، بگفته بیمـار این نشانه‌ها بدنبـال یك حالت سرما خوردگی و آنژین شروع شده است. در سابقه خانوادگی وی فوت مادرش بعلت یك بیماری روماتیسمی قابل ذکر است . در سابقه شخصی بیمار ، از سه سال قبل یعنی یکسال بعداز شروع ناراحتی‌هـای مفصلی ، اسهالهای مکرر قابل توجه است .

در معاینه ، دستهـا شکل ارتریت رومـاتوئید بخود گرفته‌اند . مفاصل P.I.P[1] و M.C.P[2] ومچ بطورقرینه‌آماس کرده‌ودردناك است. آرنجها نیزدرحرکات اکستانسیون دردناك هستند. زانوها مچ پاها و متاتارسوفلانژین انگشت‌های پا دردناك و مچ هردو پامتورم‌است. بیماراز کمردرد نیزشاکی است وحرکات مخصوص مفاصل ساکروایلیاك باعث تشدید درد بیمار میگردد . در سایر دستگاهها نکته مرضی مشاهده نشد . فشار خون بیمار $\frac{۱۳۰}{۸۰}$ ، نبض ۹۰ ودرجه حرارت ۳۷/۵ میباشد . شکم نرم است، کبدوطحال لمس نشد ، اسهال بیمار همچنان ادامه دارد . درطی این ۴ سال بیمار باداروهای مختلف ضد التهابی بمقادیر بسیار زیاد معالجه شده است . توشه رکتال طبیعی بود .

بررسی‌های آزمـایشگاهی ـ گلبولهای سفید یکبار ۷۰۰۰ بـا ۷۲٪ سگمانته نوتروفیل ، یکبار ۱۴۰۰۰ بـا ۷۲٪ سگمانته ، هموگلبولین ۱۲ گـرم درصد ، هماتوکریت ۳۷٪ ، سرعت رسوب گلبولی‌بیمار ۳۵میلیمتر درساعت اول‌بود . آزمون‌لاتکس منفی و C.R.P بطور خفیف مثبت است .

* دانشکده پزشکی ، دانشگاه ملی.
** دانشکده پزشکی‌رازی، دانشگاه تهران .

۱- Proxymal Interphalingeal
۲- Metacarpo phalingeal

A.S.T.O. ۲۵۰ واحد تـود والرروز منفی است . آزمـایش مدفوع از نقطه نظر انگل ومخصوصاً ژیارد یامنفی است . کشت ترشحات حلق منفی وآزمایش ادرار بیمـار کاملا طبیعی است . اسیداوریك ، کرآتی نین ، اوره وقند خون طبیعی است. آزمون مانتویك (+) مثبت است . الکتروفورز افزایش گاما گلوبولین (۲۹٪) وآلفادو (۲۱٪) را نشان میدهد . در رکتوسیگموئید - سکوپی‌مخاط روده ملتهب ودر بعضی ازنواحی زخمی بوده است. پس از بافت برداری نتیجه بشرح زیر گزارش میشود :

«آزمایش ریز بینی بافت ارسالی ساختمان مخاط روده را نشان میدهدکه رگهای آن متسع و پرخونند. نشانه‌های آماس حاد و چرکی‌دیده‌نمیشود. آمیب دیده‌نشد». بافت‌برداری مجددی‌بفاصله سه هفته بعدانجام میگیردَ که نتیجه آن بقرار زیر است :

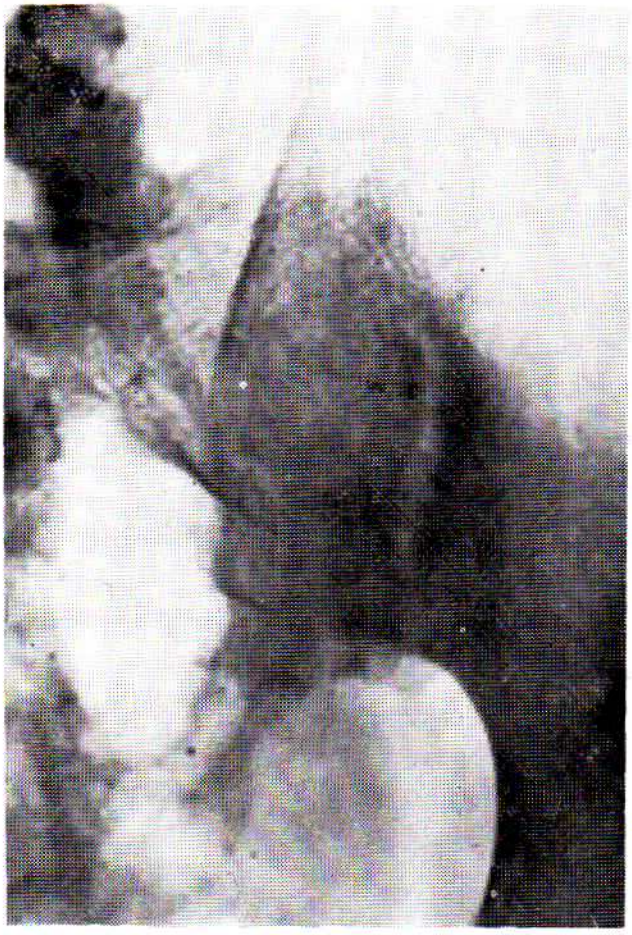
«درآزمایش ریز بینی بافت ارسالی قطعه‌کوچکی از مخاط وزیر مخاط رکتوم دیده میشود،که در آن سلولهای مخاطی در اکثر نقاط طبیعی است ولی دریك قسمت پوشش اتروفیك و سلولهـای سطحی مخـاطی آن از بین رفته وتغییرات یك اروزیون سطحی در این نـاحیه دیده میشود . زیر مخاط کمی فیبروز پیدا کرده است وارتشاح سلولهـای تك هسته‌ای بتعداد کـم در آن بچشم میخورد . سلولهای گابلت سل مخاطی نیز عـادی وبتعداد طبیعی موجود است . نشانه‌های بیماری‌کرون دیده نمیشود .
تشخیص :اروزیون مخاط روده بزرگ».

نشانه‌های پرتوشناسی (شکل‌های شماره ۱-۲-۳-۴-۵).



(شکل ۱)

رادیوگرافی لگن خـاصره از روبرو ضایعات دو طرفه مفاصل ساکروایلیاك‌را بصورت زیادشدن فاصله‌بین مفصلی(Widening) خوردگی (Destruction) ودندانه دندانه شدن (Serration)



(شکل ۲)

سطوح مفصل ازدیاد تراکم‌بافت استخوان را در مجاورت‌مفاصل نامبرده نشان میدهد .

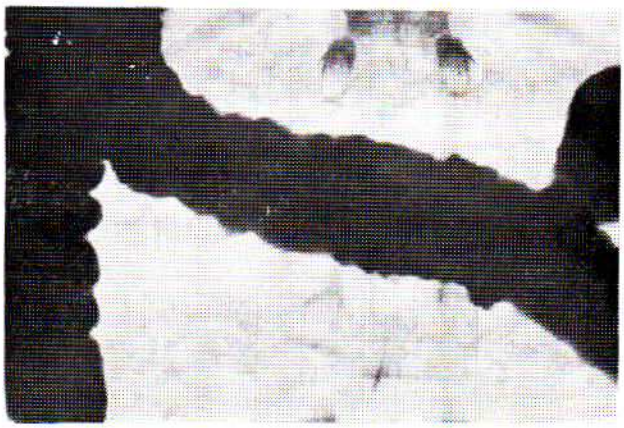
ضایعات‌فوق‌مشخص اسپوندیلیت انکیلوزان میباشد. رادیوگرافی از سایر استخوانها طبیعی بود .

رادیوگرافی باماده حاجب از روده بزرگ تغییرات مرضی در قولون عرضی وقسمت فوقانی قولون بالا رونده را بصورت زیر نشان داد :

سفت‌شدن سرتاسری قولون عرضی، ازبین رفتن چینهای بزرگ روده ، وجود یك دسته چینهای ریز نامنظم (Serration) که‌منظره کاملامرضی‌دارد. (شکل‌های‌شماره ۴-۵) شکل‌های‌فوق درعکس‌برداریهای مکرر ثابت ومشابه بوده‌اند . بیمار باتشخیص کولیت زخمی‌بااستروئیدها تحت‌درمان‌قرارمیگیرد که بتدریج‌ازمقدارآن کاسته میشود ودر مدت یکماه به ۵ میلیگرم پردنیزولون درروز میرسد . بیمار بمدت یکسال تحت نظر بود ، تمام نـاراحتی مفاصل محیطی از بین رفته است و بیمار از درد درناحیه مفاصل ساکروایلیاك شکایتی ندارد .

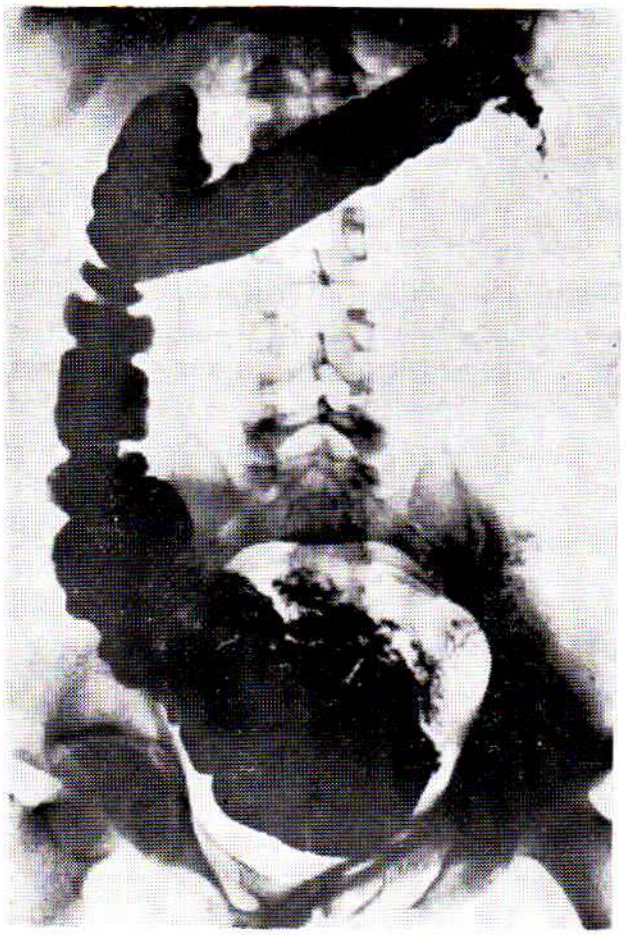


(شکل۳)



(شکل ۴)

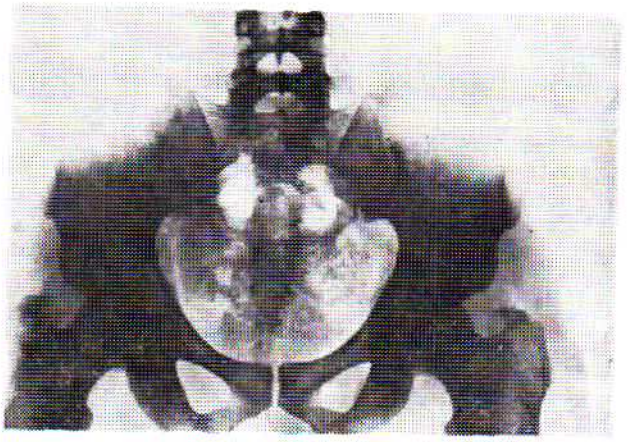
بیمارشماره ۲: آقای م‌ـر‌ـ ۴۰ ساله، ساکن تهران، شغل آزاد، درتاریخ۵۴/۱/۲۳ بعلت کمردردمراجعه‌میکند. هفت‌ماه قبل‌از آن بیمار بتدریج مبتلا به‌دردهای شبانه درناحیه کمرومتعاقب‌آن اسهالهای‌مکرر وآبکی ودل‌پیچه شروع شده است . تعداددفعات



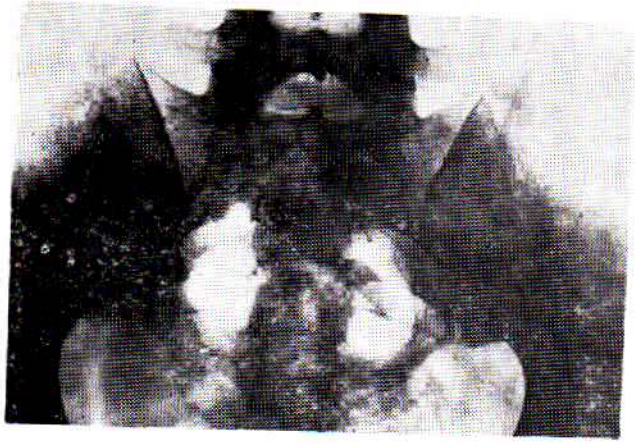
(شکل ۵)

اجابت مزاج بین۱۲–۱۵ بار درروزو ۲–۳ بار درشب میباشد. اسهال آبکی همراه بادل پیچه ودفع بلغم وبدون خون بوده‌است. در معاینه بیمار ازلحاظ عمومی چیزی بچشم نمی‌خورد . فقط در معاینه دستگاه حرکتی یك سفتی قابل ملاحظه ستون مهره کمری مشهود بودبطوریکه فاصله‌انگشت تازمین به۴۰ سانتیمتر میرسید. بگفته بیمار این سفتی صبحها بحداکثر خود میرسید . یك‌سیفوز خفیف پشت نیز نمایـان بود . حرکات تحمیلی مخصوص مفاصل ساکروایلیاك ایجاد درد می‌کرد. دامنه‌تنفس به ۵ سانتیمتررسیده بود . فاصله پشت سر تا دیوار صفر است . لمس شکم حساسیتی درمسیر کولونها نشان میدهد .

پرتوشناسی ، گرفتاری دوطرفه‌مفاصل ساکروایلیاك را درمرحله دونشان‌داد. (شکل۸–۷) بیمار باتشخیص اسپوندیلیت‌آنکیلوزان تحت درمان باشیاف فینیل بوتازون قرارگرفت . یادآور میشود که بگفته بیمار درد ستون مهره کمری باشدت اسهـال تشدید میافته وبابهبود آن کمترمیگردیده است . دوهفته بعد بیماردچار دل دردهـای شدید و منتشر، تهوع ، استفراغ و اسهـال مکرر



(شکل ۶)



(شکل ۷)

قهوه‌ای مایل‌به‌سیاه و گاهی توأم باخونروی روشن میشود. حال بیمار روبه‌وخامت میرود ودرتاریخ ۵۴/۲/۱ بستری میگردد. در این هنگام بدن بیمار خشك‌وکم آب ، رنگ پریده ومسموم (توکسیك) بنظرمیرسید. فشارخون $\frac{۹۰}{۶۰}$، نبض ۱۴۰ در دقیقه و بسیار ضعیف و نزار ، درجه حرارت بدن ۳۹/۵ سانتیگراد و تعداد تنفس ۲۴ مرتبه در دقیقه بود .

چشمان بیمار گود رفتـه ومخاط زبان ودهان خشك بود و بوی استون از آن به مشام میرسید . حـرکات تنفس بسیار سریع بود ولی‌رال در ریتین شنیده نشد. ضربان‌قلب تندبود ولی‌سوفلی شنیده نشد. نواحی مجاور قولون عرضی وبخصوص قولون نازل بسیار دردناك بودند ولی‌طحال وکبد لمس نشد.

رکتوسکوپی بیمـار یك مخاط قرمز رنگ بـازخمهای متعدد خونریزی دهنده تا ۱۰ سانتیمتری نشان داد . بیمار باتشخیص ایلئوس پارالیتیك‌ومگاکولون توکسیك‌ثانوی به کولیت‌قرحه‌ای بستری وتحت‌آزمایش‌های لازم قرارگرفت . هموگلوبین۱۲/۵ گرم درصد ، هماتوکریت ۳۸ درصد، سرعت رسوب گلبولی۶۸ میلیمتر در ساعت اول ،گلبول سفید ۱۳۵۰۰ در میلیمترمکعب ، (نوتروفیل ۵۰٪- باتونه ۳۱٪ - لنفوسیت ۱۴٪ - مونوسیت ۱٪) اوره ۱۸/۵ میلیگرم درصد ، قند ۱۲۴ میلی‌گرم درصد ، سدیم ۱۴۲ ، پطاسیم ۳ ، کلرور ۹۸ ، Co2 ۱۹ میلی اکیوالان و آمیلازسرم ۵۴ واحد سوموجی بود .

رایت منفی و ویدال برای پارا C به نسبت $\frac{۱}{۶۴۰}$ O مثبت بود.

آزمایش ادرار وزن مخصوص ۱۰۲۰ ، آلبومین ۲۰۰ میلیگرم درصد وچند سیلندر گرانولی را نشان داد . کشت آن منفی بود در پرتونگاری ریتین فقط بالا رفتن دیافراگم‌ها بعلت نفخ‌شدید دیده میشد . رادیوگرافیهای ساده شکم اتساع شدید روده‌بزرگ ومخصوصاً اتساع بی‌اندازه قولون نازك وعرضی را نشان میداد.

بیمار تحت‌آسپیراسیون قرارگرفت . غذای او قطع گردیدوسرم قندی وکلرامفنیکل و A.C.T.H تجویز شد . تب بیمار چهـار روز بعداز درمان قطع گردید وحال او روبه بهبود رفت . تعداد اجابت مزاج بیمار به‌پنج دفعه در روز که آبکی وسبز بودکاهش یافت . در این هنگام آزمایشهای مجدد خون چیزی نشان‌نداد. بهبود بیماروزبروز آشکارترمیشد وبعداز۱۴روزمرخص گردید. روزقبل از مرخصی‌مجددارکتوسکوپی انجام گردیدکه زخمهای متعددمخاطراکه همچنان‌خونریز بودند، نشان میداد.پرتونگاری قولون باماده حاجب ضایعات مشخص کولیت زخمی را در قسمت نازل وعرضی نشان میداد . روده ومری طبیعی بود .

هنگام مرخصی بیمار تحت درمان باپردنی زولون قرارگرفت .

بحث : بیمار شماره ۱ دارای تظاهـرات رومـاتیسمی محیطی (آرتریت روماتوئید)ومرکزی(گرفتاری‌دوطرفه‌ساکروایلیاکها درمرحله ۳) و بیمار شمـاره ۲ فقط دارای تظاهرات مرکزی بصورت گرفتاری دوطرفه ساکروایلیاکها در مرحله ۲ بود .

همـانطورکه در مقدمه ذکر گردید وشرح حـال دوبیمار نشان میدهد وباپیروی از آمارهای متعددی‌که در این باره منتشر شده است، میتوان نشانه‌های بالینی روماتیسم‌کولیت قرحه‌ای را بدو دسته محیطی ومرکزی تقسیم‌کرد :

۱ـ تظاهرات محیطی ـ شیوع این تظاهرات قابل توجه میباشد Wright و Watkinson (۸ـ۷) بامطالعه ۲۶۹ مورد کولیت اولسری شیوع ارتریت‌های محیطی را ۱۱/۵٪ میدانند . بروز این‌ارتریت‌ها در دوجنس یکسان است . حدت وشدت نشانه‌های مفصلی باپیشرفت و وسعت ضایعات روده‌های بزرگ نسبت‌مستقیم دارد واین تناسب در زنها بیشتر نمایـان است . وفور پیدایش این تظاهرات محیطی درمواردیکه بیماری‌کولیت قرحه‌ای‌باعث عوارضی مثل پولیپ‌کاذب ، چرك زائی اطراف مقعد و مخصوصاً اریتم‌گره‌ای شده باشد ، بیشتر است .

حملات مفصلی در ۵۰٪ موارد ده سال بعداز شروع بیماری پیدا میشود . ولی امکان پیدایش آنها مثلا بعداز ۶ ماه نیز وجوداردد. قابل توجه اینکه هردو بیمار ما قبل از تظاهرات روده‌ای خود دچار تظاهرات مفصلی محیطی ومرکزی بوده‌اند . گرفتاری مفاصل معمولا همزمان باحملات روده‌ای است وبطور ناگهانی یاتدریجی‌شروع میشود. نشانه‌های بالینی دراین هنگام‌یابصورت درد تنها ویا بصورت آماس یك یاتعداد بیشتری از مفاصل‌میباشد. مفاصل بزرگ اندام تحتانی (زانو-مچ‌پا) بیشتر دچار میشود . گرفتاری آرنج . مفاصل انترفلانژین نزدین «پروکسیمال» متاکارپوفلانژین مچ ، شانه ولگن نیز دیده میشود .

Bywaters (۱) اهمیت زیادی به‌گرفتاری انترفالانژین دورین «دیستال» انگشت‌های پامیدهد . گرفتاری مفاصل قرینه نیست . پرتونگاری مفاصل طبیعی است . سرعت رسوب گلوبولی بالا است. واکنش فاکتورروماتوئید منفی است. این آرتریت‌ها یك سیر کوتاه چند هفته‌ای (۶ هفته بطور متوسط) دارند سپس خود بخود بهبود میابند وفقط کمی سفتی در مفاصل باقی میگذارند . نکته مهم اینکه Colectomy برای همیشه ارتریت‌ها را شفا میبخشد (۹).

۲- نوع مرکزی یا محوری ـ بیمار شماره ۲ در این گروه قرار میگیرد . در این نوع مفاصل ساکروایلیاك وستون مهره دچار میشود . شیوع این ارتریت‌ها ۱۸٪ موارد است .

بعقیده Watkinson و Wright (۸-۷) گرفتاری‌دوطرفه ساکروایلیاکها کمی نزد زنها شایعتر از مردها است و نمای یك اسپوندیلیت آنکیلوزان کامل نادر است و طبق آمارهای مختلف شیوع آن بین ۶-۱ درصد گزارش شده است . در این گروه رابطه‌ای مثل گروه یك بین حملات روماتیسم مرکزی و حملات روده‌ای دیده نمیشود وچه‌بسا نمای اسپوندیلیت آنکیلوزان قبل‌از تظاهرات روده آشکار گردد.

بیماری زائی: شباهت این بیماری با نشانگان «سندرم» Reiter بعضی رابرآن‌داشت که‌علت بیماری‌را مربوط بهورود یك‌میکرو-ارگانیسم بمحیط داخلی بدا نند. ولی این فرضیه تابحال تأیید نگردیده‌است ومخصوصاً پیدایش نوع مرکزی روماتیسم کولیت قرحه‌ای قبل از شیوع نشانه‌ی روده‌ای علیه این فرضیه است .

پیدایش پادتن‌های ضد روده بزرگ ، دانشمندان دیگر را برآن داشت که علت‌بیماری را دریك اختلال ایمنی‌جستجو کنند. بدین-ترتیب‌میتوان گفت که‌روماتیسم کولیت‌قرحه‌ای‌وارتریت‌روماتوئید ولوپوس سیستمیك ... از نظر بیماری زائی بهم شباهت دارند . مواردی نیز که یك بیمار دچار همه بیماریهای فوق درآن واحد شده باشد، گزارش گردیده است (۱۱-۱۰). پایه این فرضیه هم مترلزل ومطالعات بیشتری برای تأییدآن لازم است.

درمان: روماتیسم کولیت زخمی را میتوان براحتی باکورتیکو-استروئیدها درمان کرد. بدیهی است که مقدار این دارو باید به‌حداقل لازم تجویز گردد (بیمارشماره یك باروزی ۵میلیگرم پردنی زولون بهبود یافته است) . درصورت عوارض بیماری کولیت قرحه‌ای شاید ندرتاً احتیاج به Colectomy پیدا شود. دراین‌صورت ارتریت‌های‌محیطی‌بهبود می‌یابند، اما اسپوندیلیت آنکیلوزان درمان نمیشود .

بهترین درمان نوع مرکزی‌اسپوندیلیت آنکلیوزان‌فنیل‌بوتازون است . گرچه تجویز این دارو نزد اکثر بیماران قابل تحمل است، مع‌الوصف بادر نظر گرفتن ضایعات روده‌ای امکان عدم تحمل وعوارض داروئی موجود می‌باشد. دراین‌صورت بعضی از دانشمندان ازایندومتاسین بانتایج رضایت بخش استفاده کرده‌اند. در این نوع اسپوندیلیت آنکلیوزان میتوان از رادیوتراپی ضد التهابی سودبرد (۹).

REFERENCES:

1- Bywater, E.L., Ansell, B.M., Arthritis associated with ulcerative colitis,a clinical and pathological study, Ann. Rheu. Dis., 17: 169, 1958.

2- Fernandez, A., Herlihy, L., The articular manifestations of chronic ulcerative colitis., analysis of 555 cases., NEJM, 261: 259, 1959.

3- Rord, D., Vallis, D., The clinical course of arthritis associated with ulcerative colitis and regional ileitis., Arth. Rheu. Journal, 2: 526, 1959.

4- Mcewen, C., Lingg, C., Kirsner, B., Spencer, A., Arthritis accompanying ulcerative colitis., American Journal of Medicine, 33: 923, 1962.

5- Porini, A., Mcewen, C.. Ditata, D.. A roentgenological and clinical study of ankylosing spondilitis accompanying ulcerative colitis, psoriasis and Reiter's disease., Arth. Rheu. Journal, 4:338, 1964.

6- Rostein, J., Entel, L.. Arthritis associated with ulcerative colitis., Ann. Rheu. Dis., 22: 194, 1963.

7- Wright, V., Watkinson, G., The arthritis of ulcerative colitis., Brit. Med. Journal., 2:670, 1965.

8- Wright, V., Watkinson, G.. The sacroileitis and ulcerative colitis., Brit. Med. Journal, 2: 675, 1965.

9- Bontoux, D., un progrès en rheumatologie, Flammarion paris, page 360, 1968.

10- Bruce, J., Sircus, W.. Disseminated lupus erythematosus of the alimentary tract., lancet, 1:795, 1959.

11- Calabresi, P., Thayer, W., Spiro, H.. Demonstration of circulating antinuclear globulins in ulcerative colitis., Journal of Clinical Investigation, 40: 2126, 1961.

12- Coste, F., Bontoux. D.. Les manifastations articulares de la R.C.U.H., BULL. Soc. Med. Hop., Paris., 116: 213, 1965.