بررسی ۴۷ مورد اسپوندیلارتریت آنکیلوزانت (SP.A.) * در ایـران

مجله نظام پزشکی
سال هفتم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۲۳ ، ۱۳۵۸

دکتر رضا مقتدر**

مقدمه :

اسپوندیلارتریت انکیلوزانت (SP.A.) یکی از تظاهرات عجیب بیماریهای بافت همبند میباشد . در ابتدا این بـافت ملتهب شده سپس دچارفیبروز ودگرسازی غضروفی گردیده وبالاخره منجر باستخوانی شدن میگردد . ضایعـات بافت همبند بیشتر در سطح سینوویال واطراف دیسك‌های بین مهره‌ای دیده میشود ولی‌میتوان ضایعات التهابی این بافت را در شریانها (ائورت) ، چشم وغیره نیز مشاهده نمود.

دراکثر موارد این بیماری بصورت اولیه وبدون یافتن‌هیچگونه علتی برای آن دیده میشود . ندرتاً بیماری بصورت ثـانویه در سیر بیماری پسوریازیس، کولیت زخمی ، بیمـاری کرون، سندرم رایتر ، تب فـامیلی مدیترانه‌ای و غیره بـروزمیکند. دانشمندان انگلیسی زبان تاچند سال اخیر این بیماری را یکی از اشکال پولی‌آرتریت روماتوئید تصور میکردنـد . ولی در قاره اروپـا همیشه سعی میشدکه این دوبیماری بصورت‌کاملا مشخص ومتفاوت از هم نمودار گـردد . امروزه دیگر این بحث بدلایل زیـر منتفی است :

دچار شدن مردها در ۹۰٪ موارد ـ سیردائم بیماری بطرف تغییر شکل استخوانی ـ منفی‌بودن دائم‌آزمایشهای سرم‌شناسی آرتریت روماتوئید ـ موارد جالب ارثی وفامیلی‌آن .

پیدایش بیماری روی یك زمینه بـافتی مشخص (HL-A B27) و بالاخره جوابگوئی خوب بیماران به‌داروی فنیل بوتازون برای همیشه این دوبیماری را از هم جدا نمود .

بدینترتیب مطالعات بیست سال اخیر نه‌تنها به‌بیماری یك شخصیت واحد و منحصر بخود داد بلکه باعث آشکار کـردن چهره‌هـای گوناگون بیماری درکشورهای خارجی وبالاخص در امریکای شمالی و اروپا گردید. ۴۷ مورد این بیماری که درطی ده سال اخیر در ایران مورد مطالعـه قرارگرفته است در زیر گزارش میشود ودرپرتو آن سعی میگردد ویژگی‌های‌منطقه‌ای این‌بیماری باصورخارجی‌آن مقایسه شود.

روش کار: در بین ۸۰۰۰ بیماری که برای دردهـای استخوان مفصل بین‌سالهای ۱۳۴۸ تا ۱۳۵۷ بمراکز تخصصی‌دانشگاههای تهران و ملی ایـران مراجعه کرده بودند ، ۴۷ مورد تشخیص SP. A. داده شد. تمام بیماران ایرانی هستند و از نقاط مختلف کشور مراجعه کرده‌اند .

تشخیص بیماری SP.A. در۴۷ مورد برمبنای معیارهای تشخیصی انجمن‌روماتولوژی‌امریکای‌شمالی گذاشته شده است. این‌معیارها عبارتند از :

۱ـ درد ناحیه ستون فقرات کمر همراه باسفتی که بیش ازسه‌ماه طول کشیده و بااستراحت بهبود پیدا نکرده باشد .

۲ـ محدود شدن حرکات ستون فقرات کمر.

۳ـ محدود شدن دامنه تنفسی سینه .

۴ـ درد وسفتی در قفسه سینه .

۵ـ نشانه ، عوارض یاسابقه ورم عنبیه .

۶ـ ضایعات دوطرفه مفاصل خاجی ـ خاصره‌ای در پرتوشناسی.

---

* (Ankylosing Spondylitis) دراین مقاله حروف SP.A. بجای لغات اسپوندیلارتریت آنکیلوزانت بکار میرود.

** بیمارستان صدیقه رضائی ـ دانشکده پزشکی دانشگاه ملی ـ تهران .

بدینترتیب تشخیص .SP.A برمبنای پنج معیار بالینی ویك‌معیار پرتوشناسی داده شد .

درصورت وجود معیارشماره شش‌ویکی‌ازمعیارهای بالینی‌تشخیص .SP.A قطعی است .

درصورت وجود چهار معیار ازپنج معیار بالینی تشخیص .SP.A قابل قبول میباشد .

در تمام موارد سعی‌شده‌است علاوه برپرتونگاری مفاصل‌خاجی‌ـ خاصره‌ای، از مفاصل ران ، شانه‌ها سراسرستون فقرات، پاشنه پا وازمفصل‌بین‌مهره شماره یك وده گردن نیز پرتونگاری بعمل آید . درتمام مواردبیماریهای روده‌ای، پوستی، رایتر وکلاژنها (بیماری تب فامیلی مدیترانه‌ای) جستجو گردیده است .

آزمایش فرمول شمارش ، سرعت رسوب گلبولی برای تمام بیماران و عامل روماتوئید دراکثر موارد انجام گردید .

تعیین گروه H L-A بیماران فقط در دومورد تعیین شد .

تعدادبیمارانی که وابستگی‌وعادت به کورتیکوستروئیدهاداشته‌اند معلوم گردید . دامنه تنفسی‌سینه ، فاصله انگشت تازمین‌وبالاخره دیوار پشت سرتمام بیماران اندازه‌گیری شد وچشم آنان توسط متخصص معاینه گردید .

نتایج :

۱ـ شیوع : تعیین شیوع بیماری در توده مردم میسر نشد ولی شیوع بیماری .SP.A نسبت به‌سایر بیماریهای روماتسمی۰/۵۸ درصد است . درمقابل هرمورد بیماری .SP. A ، چهار مورد پولی‌آرتریت روماتوئید مشاهده شده است .

۲ـ جنس : ۴۲ تن از ۴۷ بیمار ، مرد (۸۹/۴٪) و بقیه زن بودند (۱۰/۶٪).

۳ـ سن : سن بیماران هنگام اولین مشاوره بین ۱۷ تا ۷۷ سال نوسان داشت .

میانگین سن آنها ۳۵ سال بود .

تعیین سن شروع واقعی بیماری بسیار مشکل است . اگر تاریخ اولین شکایات بیمار درنظرگرفته شود ، بنظر میرسدکه‌تشخیص بیماری تقریباً ۵ سال بعداز شروع اولین نشانه‌های بالینی داده شده است وبدینترتیب‌شاید بتوان به‌حقیقت بیشتر نزدیك شدوسن شروع بیماری را بطور متوسط در ۳۰ سالگی تصور کرد.

دوبیمار زیرسن ۲۰سال (۴/۲٪)، شانزده بیمار بین ۲۰ تا ۲۹ سال (۳۴٪)، شانزده بیمار بین ۳۰ تا ۳۹ سال (۳۴٪)، هفت بیمار بین ۴۰ تا ۴۹ سال (۱۴/۹٪) و شش بیمار بیش‌از ۵۰ سال داشتند (۱۲/۸٪).

درگروه بیماران بیش از ۵۰ سال سئوال وجواب دقیق اولین نشانه‌های بالینی را بطور متوسط ۲۳ سال قبل از اولین مشاوره بامراکز تخصصی گزارش میدهند .

ارث : در ۴۷ مورد مطالعه شده فقط یکبار زمینه ارثی دیده‌شد. بیماری نزدیك برادر ۲۹ ساله ویك خواهر ۲۰ ساله مطالعه گردید ، که در هردو آنها بیماری از ۱۵ سالگی بصورت درد قسمت تحتانی ستون فقرات شروع شده بود . برادر یکی دیگر از بیماران نیز مبتلا به‌پولی ارتریت روماتوئید بود .

ثانوی: سه‌بار .SP. A بطور ثانوی دیده شد .

مورد اول : بیماری است۲۷ ساله، که در ۱۷ سالگی هنگامی که درفرانسه‌شروع به‌تحصیل نموده‌است، دچارسندرم رایتر میگردد. بیماری بااسهال ، تب ، لاغری وبصورت یك ورم حادچند مفصلی (پولی‌آرتریت حاد) اندام تحتانی شروع شد وبزودی یك اوئیت دو طرفه همراه بااختلال‌های ادراری بآن اضافه گردید. P.P.L.O (Pleuro Pneumo Like Organism) در خراش مجرای ادرار مثبت بود. پرتونگاری لگن خاصره گرفتاری مفاصل خاجی ـ خاصره‌ای را بصورت دوطرفه ودرمرحله دوم پرتوشناسی نشان داد . این بیمار سپس درایران بمدت ده سال تحت نظر قرار گرفت .

ـ آخرین پرتونگاری لگن خاصره اوکه درشش ماه قبل انجام شد ضایعات خاجی ـ خاصره‌ای (ساکروایلیاك) را در مرحله سوم پرتوشناسی نشان داد .

گروه بافتی او HL-AB27 است . ستون فقرات هنوز هم ضایعه‌ای نشان نمیدهد .

ـ مورد دوم وسوم .SP. A ثانوی بعداز یك‌کولیت زخمی‌دیده شد . دریك مورد بیماری همراه باتظاهرات محیطی شبیه‌آرتریت روماتوئید وگرفتاری‌مفاصل خاجی‌ـخاصره‌ای بصورت دوطرفه ودر مرحله II پرتوشناسی‌مشاهده گردید . ومورد دیگر بیماری فقط همراه باضایعات دوطرفه مفاصل خاجی‌ـخاصره‌ای‌درمرحله II پرتوشناسی دیده شد (۹).

ـ بدینترتیب در۴۷ مورد .SP. A بیماری سه‌بار بصورت‌ثانوی (۶/۳٪) نمایانگر شده بود. دوبار نیز درسوابق بیماران‌اسهال (یکبار اسهال‌متناوب ویکبار بعداز یك‌اسهال آمیبی)مشاهده‌شد.

یافته‌های بالینی :

شروع بیماری در ۴۴ مورد بادرد توأم بوده است . درتمام این موارد نوع درد التهابی ، شبانه وبعداز نیمه شب همراه باسفتی صبحگاهی بوده است .

ـ دوبیمار بدون درد برای خستگی وسفتی‌ستون فقرات باپزشك مشاوره کردند ودرد یك بیمار مکانیکی وغیر التهابی بود. در ۲۹ مورد(۶۱٪) درد بصورت کمردرد ظاهرشده بودکه شش موردآن باسیاتیك سر بریده (درد از زانوها پائین‌تر نمیآمد) یکطرفه یا دوطرفه همراه بود .

در ۱۸ مورد ، بیماری از مفاصل محیطی بصورت ورم مفصل یا درد مفصل ودرد پاشنه پاها شروع شده بود (۳۸٪).

ورم‌چندمفصلی(پولی‌آرتریت)تحت‌حاد اندامهای‌تحتانی	۴ بار
ورم چند مفصلی حاد اندامهای تحتانی	۲ بار
ورم چند مفصلی شبه پولی‌آرتریت روماتوئید	۲ بار
ورم مفصلی زانو بصورت (هیدارتروز)	۳ بار
زانو وقوزك بصورت التهاب مفصلی	۱ بار
التهاب مفصل دستها به‌تنهائی شبیه دستهای‌پولی‌آرتریت روماتوئید	۲ بار
درد پاشنه پابصورت درد دوطرفه	۴ بار

درمواردیکه بیماری بصورت ورم چند مفصلی‌شروع شده بود، ۳ بار بادردکشاله ران دوطرفه همراه بودکه بطرف التهاب مفصل ران دوطرفه خشك شده سیر نمود و بالاخره همراه بانشانه‌های بالینی فوق درد سینه در سه مورد ، درد گردن در ۳ مورد و پشت درد دومورد قابل ذکر است. دامنه تنفسی در ۱۹ موردبین صفر و۳ سانتیمتر (۴۰٪). فاصله انگشتها تازمین در ۱۶ مورد بیش از ۴۰ سانتیمتر (۳۴٪) و در ۲۴ مورد فاصله پشت سرتا دیوار بیش از ۱۰ سانتیمتر (۵۱٪) بود .

ورم عنبیه (Iritis) :

۷ بیمار (۱۵ درصد) دچار ورم عنبیه شدند . این ضایعه همراه بانشانه‌های شروع بیماری مطالعه شد . در ۴ مورد ورم عنبیه با نشانه‌های محوری (کمر) و در ۳ مورد با نشانه‌های شروع اختلال‌های مفصلی دیده شد .

بیماریهای همراه‌کننده :

دریك مورد SP. A. همراه بایك سندرم هرمی‌چهارم اندام بود. وجودلرزش(فیبریلاسیون)، تحلیل(اتروفی) عضلات‌انتهائی دست و پا و کمی اختلال در بلع مسئله یك اسکلروز یك طرفی آمیوتروفیك را مطرح نمود .

ـ دریك مورد بیمار بشدت کم خون بود وبادیدن مخاط معده توسط دستگاه (گاستروسکوپی) اتروفی‌شدید مخاط معده نمایان گشت. مقدار اسید معده تقریباً صفر بود. بیماراز اختلال‌های حسی شدید اندام تحتانی شکایت داشت . مقدار اسید فولیك خون او کمتراز طبیعی بود . اندازه‌گیری ویتامین B12 خون میسر نشد (Biermer).

دریك مورد حملات کلاسیك نقرس درروند بیماری دیده شد.

وبالاخره یك بیمار حملات قولنج کلیوی متعدد داشت‌که نوع سنگ آن معلوم نشد .

نزد هیچیك از بیماران ضایعات قلبی وآئورت دیده نشد .

۴ بیمار (۸/۵٪) به‌کورتیکوستروئیدها وابستگی داشتند.

یافته‌های‌سرم‌شناسی :

آزمایش‌های سرم‌شناسی آرتریت روماتوئید در تمام اشکال چه محیطی و چه محوری منفی بود . سرعت رسوب گلبولهای قرمز خون درتمام موارد بیشتر ازحد طبیعی بود ومیانگین ۴۷ مورد مطالعه شده، ۴۰ میلیمتردرساعت اول تعیین گردید . گروه‌بافتی HL-A فقطدر دومورد بررسی‌شدکه‌هردوبار ازنوع HL-A B27 بود .

یافته‌های پرتوشناسی :

الف ـ مفاصل خاجی ـ خاصره‌ای : ضایعات مفاصل خاجی ـ خاصره‌ای در ۴۴ مورد دو طرفه و در سه مورد یکطرفه بود . در مورد اول چهار بارنشانه‌های مرحله یك پرتوشناسی (پهن شدن‌کاذب فاصله بین‌مفصلی بعلت پوك شدن استخوانها)، ۱۸ بار درمرحله II پرتوشناسی(خوردگی ودندانه دندانه شدن‌دوبستر مفصلی بصورت تمبر پست) ، ۸ بار در مرحله III (پیدایش اسکلروز در دوبستر) و۱۴ بار در مرحله IV پرتوشناسی (از بین رفتن‌کامل فاصله بین مفصلی واستخوانی شدن آن) قرار گرفته بود .

درسه موردیکه ضایعات مفاصل خاجی‌ـخاصره‌ای یکطرفه بودند یکبار نشانه‌های‌مرحله I ودوبارنشانه‌های مرحله II پرتوشناسی مشاهده شد .

ب ـ ستون فقرات : پیدایش پل‌های بین مهره‌ای یاسندسموفیت در دو مورد تصویر درخت بامبو (Bamboo Spin) را بوجود آورده بودند .

در ۱۲ مورد سند سموفیت‌ها بین دویا چندین مهره دیده شد . اکثرآنها درناحیه پشتی‌ـ کمری T_{11}-T_{12}-L_1 -L_2 مشاهده شد .

ـ آرتریت‌های خلفی سه‌بار درستون فقرات گردن دیده شد.

در سه مورد تصویر مکعبی شدن مهره‌ها (Squaring) از علائم پیشتاز پرتوشناسی ستون فقرات بود. بطورکلی ضایعات ستون فقرات در ۳۶٪ موارد مشاهده گردید .

پ ـ دیسک‌ها : ضایعات دیسکی بصورت ورم مهره‌ها و دیسک‌ها (Spondylodiscite) درسه مورد (۶٪) وجود داشت. این ضایعات یکبار بین T11-T12 همراه با نوار اسکلروز حاشیه‌ای مهره‌ای و بدون سند سموفیت و یکبار بین L3-L4 بدون سند سموفیت و بالاخره ضایعات دیسکی شامل گرفتاری چندین دیسک میشد که بیشتر شامل دیسکهای ناحیه پشتی کمری میگردید .

ت ـ پاشنه‌ها: تصویر ورم پاشنه واضح فقط در دومورد (۴٪) مشاهده شد .

ث ـ دیگر مفاصل: فقط در یك مورد مفصل جناغی ـ چنبری چپ نشانه‌های یك ورم مفصل را نشان داد .

درمان : تمام بیماران بی‌استثنا تحت درمان باداروی فنیل بوتازون وحرکات ورزشی طبی قرار گرفتند . درمان جراحی در سه مورد کوکسیت دو طرفه با استفاده از پروتز کامل انجام گرفت (۱۰).

بحث درشیوع : بعقیده West (۱) درشهر Bristol ، یك تن از ۲۰۰۰ تن مردم این شهر گرفتار SP. A. است . آمارهای مختلف این عدد را بین ۰/۳ تا ۱ برای ۲۰۰۰ تن تعیین می‌کند(۳). تعیین شروع بیماری درتوده مردم ایران میسر نشد. برطبق آمارهای گوناگون SP. A. ۲/۵ تا ۵٪ بیماریهای روماتیسمی را تشکیل میدهد (۳). در ایران فقط ۰/۵۸ درصد بیماران روماتیسمی ما مبتلا به SP. A. بودند .

بدینترتیب بنظر میرسد که شیوع این بیماری درایران ۴ تا ۸ بار کمتر از سایر کشورهای دنیا باشد . در همین مدت درمقابل یك مورد SP.A. ، ۴ مورد ارتریت روماتوئید مشاهده شده‌است.

ـ جنس : یافته‌های این مطالعه با یافته‌های سایر مناطق جهان تطبیق مینماید. زیرا ۴۲ تن از ۴۷ بیمارما مرد(۸۹/۴٪) وبقیه زن بودند (۱۰/۶٪).

در اکثر آمار خارجی مردها در ۸۰ تا ۹۲ درصد موارد گرفتار میشوند .

ـ سن :

نگاهی بجدول زیر یافته‌های سنی خارج از ایران و کشورمارا نشان میدهد :

سن شروع بیماری	Ficher et Vontz	Bolend et Present	Polley et Slocumb	Simpson et Stevenson	Barcelo et Coll	Rosen et Grahn	IRAN
۱۹	۳	۱۵	۲۴	۲۱	۲۵/۵	۱۷/۲	۴/۲
۲۰–۲۹	۴۴	۶۹	۵۱	۴۰	۴۲/۶	۶۰/۱	۳۴
۳۰–۳۹	۳۲	۱۶	۱۷	۲۲/۵	۱۶/۶	۱۹/۲	۳۴
۴۰–۴۹	۱۳	؟	۸	۱۰/۲	۱۰	۳/۱	۱۴/۹
۵۰–۵۹	؟	؟	؟	۵/۵	۲/۶	؟	۱۲/۸

میانگین سن بیماران مورد مطالعه ۳۵ سال است . جوانترین بیمار ۱۷ سال ومسن‌ترین آنها ۷۷ سال داشت. تعیین سن شروع واقعی بیماری بسیار مشکل است . اگر تاریخ اولین شکایات بیمار درنظر گرفته شود، بنظر میرسد که تشخیص بیماری تقریباً ۵ سال بعداز شروع اولین نشانه‌های بالینی داده شده است و بدینترتیب شاید بتوان به‌حقیقت بیشتر نزدیك شد ومیانگین متوسط سن بیماران را در ۳۰ سالگی دانست .

مطالعه آمار خارجی شایعترین سن SP. A. را ۳۰ سالگی نشان میدهد (۳، ۴). و شایعترین سن شروع بیماری را ۲۶ سالگی تعیین میکند . بدینترتیب بنظر نمیرسد که اختلاف چندان فاحشی بین یافته‌های ما و دیگران وجود داشته باشد . تنها نکته قابل توجه اینست که دوتن از بیماران مورد این بررسی هنگام اولین مشاوره کمتر از ۲۰ سال داشتند (۴/۲٪) درحالیکه اکثر آمارهای خارجی شروع بیماری را قبل از ۲۰ سالگی بین ۱۵ تا ۲۵ درصد میدانند (۳). اگر سن بیماران هنگام پیدایش اولین نشانه‌های بالینی در نظر گرفته شود، دراین‌صورت آمار ما به ۱۵٪ میرسد ودر این صورت اختلافی باسایر آمارها بچشم نمیخورد.

ارث : توجیه زمینه ارثی فقط باگرفتن شرح حال بیماران مبتلا به SP A. روشی نارسا است . اگر این روش قانع کننده باشد فقط یك درصد بیماران ما این زمینه را نشان میدهند (۳) و با همین روش در ۴۷ مورد مطالعه شده ابتلاء یك خواهر و برادر به SP. A. و نیز برادر یکی دیگر از بیماران که مبتلا به آرتریت روماتوئید شده بود ، گزارش گردید و بدینترتیب زمینه

ارثی در آمار عرضه شده درمورد SP.A. چهاردرصد و اگر برادر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز در نظر گرفته شود به ۶٪ میرسد. حال اگر بطور معمول از اقوام بیماران مبتلا یك پرتونگاری ساده لگن بعمل آید، زمینه ارثی این بیماری بین صفر تا ۱۹ درصد برطبق آمار مختلف متفاوت خواهد بود. ۵ تا ۱۰٪ بیماران مبتلا به SP.A حداقل یك خویشاوند مبتلا باین بیماری دارند. کارهای Stcehe_r (۵) تاحدی طریقه انتقال ارثی بیماری را روشن کرده است.

بیماریهای روده‌ای :

نزد ۲ تا ۶٪ افراد مبتلا به کولیت‌های زخمی میتوان SP. A. را مشاهده کرد (۳)، ولی نزد ۲ تا ۳٪ بیماران مبتلا به SP.A. کولیت زخمی وجود دارد.

دو بیمار مبتلا به التهاب قولون به SP. A. (۴ درصد) نیز دچار بودند ویك بیمار بعداز اسهال مبتلا به سندرم رایتر و گرفتاری مفصل خاجی ـ خاصره‌ای بصورت دوطرفه گردیده بود بطوریکه SP. A. های ثانوی به ۶٪ رسید. دوبیمار دیگر نیز دچار اسهال دیزانتری شده بودند که ارتباط آنها با پیدایش بیماری بعید بنظر میرسید، بحساب نیامدند. بهرجهت نشانه‌های SP. A. اغلب قبل از کولیت زخمی ظاهر گشته وسیر آن با بیماری روده‌ای موازی نیست.

نشانه‌های بالینی :

در ۷۴٪ موارد مطالعه شده ، بیماری بصورت کمر درد تنها یا با درد عصب سیاتیك همراه بوده است و این یافته با یافته‌های سایر محققان (۳ـ۲) مطابقت دارد.

در ۳۴٪ بیماران مورد مطالعه : بیماری بصورت ورمهای مفصلی محیطی ودرد پاشنه پاها شروع شده است و این درصد بالاتر از درصد گزارش شده توسط دیگران درمورد این بیماری است چرا که شروع ناراحتیهای محیطی بیماری در نوشته‌های پزشکی خارجی بطور متوسط حدود ۲۰٪ است . سه بیمار (۶٪ موارد) دچار ورم مفصل ران علیل کننده دوهانش گردیدند که توانستند بااستفاده از پروتز کامل مجدداً فعالیت خود را از سر گیرند. درآمار خارجی گرفتاری مفاصل ران را بین ۳۰ تا ۴۰٪ موارد گزارش میدهند وبدیترتیب در این زمینه اختلاف فاحشی بین آمار ما ودیگران وجود دارد (۲ـ۳).

بالاخره درد سینه به‌تنهائی یاهمراه بادیگر نشانه‌ها در ۳ مورد ، درد پشت در ۲ مورد ودردگردن درسه مورد از اولین نشانه‌های بالینی بیماری بودند.

دردهای سینه در دو مورد مربوط به التهاب قسمت فوقانی مفصل استخوان جناغ (Manubrio-Sternale) (۴٪ موارد) بود که Forestier این درد را در ۳٪ موارد Ydeng و Romanus آنرا در ۱۹٪ موارد برای شروع بیماری ذکر کرده‌اند (۳ـ۶)،

ـ در ۴ مورد (۸٪) بیماری بصورت درد پاشنه‌پا شروع شده‌است.

پرتوشناسی :

مفصل خاجی ـ خاصره‌ای (ساکروایلیاك).

ضایعات مفصل خاجی ـ خاصره‌ای در ۴۴ مورد دوطرفه و در سه مورد یکطرفه بودند . درسیر یك SP.A. گرفتاری این مفاصل تقریباً دائمی وبصورت دوطرفه دیده میشود . قرینه بودن ضایعات همیشه یکسان نیست وممکن است یك مفصل، ضایعات بیشتری نشان دهدوحتی امکان یکطرفه بودن گرفتاری مفصل خاجی ـ خاصره‌ای نیز وجود دارد . ۶٪ از بیماران مورد مطالعه دارای ضایعات یکطرفه بودند.

در ۱۰۳۵ مورد که توسط Slocumb , Polley گزارش شده ۶ مورد ودر ۱۲۷ بیمار که توسط Romanus عرضه شده ۴ مورد ودر ۱۰۰ بیمار که بوسیله de Seze معرفی شده ۴ مورد ضایعات یکطرفه گزارش شده است (۶،۳،۳) وبدینترتیب یافته‌های ما در این مورد باسایر یافته‌ها تطبیق میکند.

معمولا دراین مواقع بعداز چند ماه مفصل سالم نیز بنوبه خود گرفتار میشود . ولی این زمان ممکن است به سالهای زیادی نیازمند باشد.

ـ در SP.A. ممکن است ضایعات ساکروایلیاك دیده نشود که البته این موارد استثنائی از این بحث خارج است.

ضایعات ستون فقرات :

پیدایش یك پل استخوانی ظریف زیر لیگمان مشترك بین مهره‌ای قدامی بنام سندسموفیت اساس این ضایعات را تشکیل میدهد. پیدایش این ضایعات به چند سال زمان احتیاج دارد (حداقل ۲ سال). این استخوان سازی از یکی از اضلاع قدامی مهره (Listel) شروع میشود وبصورت خط نازکی زیر لیگمان (وتر) بین مهره‌ای وسطح قدامی دیسکهارامیپوشاند. درصورت گرفتاری تمامی ستون فقرات شکل معروف بامبو بوجود میآید . در ۴٪ بیماران مورد بررسی ما این تصویر دیده شده است.

ـ پیدایش سند سموفیت‌ها ممکن است فقط در چند طبقه ستون فقرات وجود داشته باشد. دراین صورت ضایعات بیشتر درستون فقرات پشتی کمری جایگزین هستند. بطورکلی در ۵ تا ۲۵٪ بیماران ماضایعات سندسموفیت دیده شدوبادر نظر گرفتن ۴٪ ضایعات ستون فقرات بشکل بامبو میتوان گفت که گرفتاری ستون فقرات به ۳۰٪ موارد رسیده است.

هنگامیکه بیماری روند طولانی‌تر داشته باشد ، استخوانی شدن لیگمانهای‌خلفی ستون فقرات (وترهای‌بین‌خاری، وترهای‌زرد) همراه بااستخوانی شدن مفاصل خلفی ستون فقرات دیده میشود وتصویری شبیه خط آهن بوجود میآورد .

ـ یکی از علائمی که درابتدای بیماری در SP. A. دیده میشود، Spondylite قدامی Romanus میباشدکه تصویرSquaringرا میدهد. این‌تصویردر ۵تا۶٪ بیماران دیده شده‌است. Wilkinson و By waters این‌تصویررادر۲۳٪ موارد مشاهده کرده‌اند(۲).

دیسکها :

دیسکهـا در SP. A. معمولا سالم هستند ، استثنائاً ممکن است ضایعات دیسکی را درسیر این بیماری مشاهده کرد .دراینصورت از التهابات مهره‌ای‌ـدیسکی روماتیسمی صحبت میشودکه‌تشخیص آنها فقط افتراقی است وبدیهی است در درجه اول باید بیماری سل وتب مالت از میدان تشخیص دور شود . در آمار دانشمندان مختلف (۳) در ۱تا۲٪ موارد ضایعات دیسك دیده میشود . ولی دربیماران مابابتلاء دیسکها ۶/۳٪ بودکه بیشتر درمنطقه پشتی‌ـ کمری متمرکز بودند ویا بدون دردبسیر خود ادامه میدادند . درسطح دیسکهای مبتلی پلهای استخوانی تشکیل نمیشود .

نتیجه :

ازبررسی ۴۷ مورد بیماری SP. A. که طی ده سال (۱۳۴۸ـ ۱۳۵۷) در ایـران بعمل آمـده است ، میتوان نکات زیـر را نتیجه‌گیری کرد.

۱ـ بنظر میرسدکه شیوع‌بیماری SP. A. در ایران ۴ تا ۸بار کمترازسایرنقاط دیگر دنیا باشد وفقط ۰/۵۸ درصد ازبیماران روماتیسمی دچار این عارضه بوده‌اند درحالیکه درکشورهـای اروپائی و امریکای شمالی این عدد ۲/۵ـ۵٪ است .

۲ـ شروع‌بیماری.SP.A نزدافرادکمتراز۲۰سال فقط در۲/۴٪ بیماران مادیده شد درحالیکه درآمار خارجی این عدد ۱۵ تـا ۲۵٪ گزارش شده است . بنظر میرسدکه این بیماری در ایران بیشتر درسنین بالا دیده میشود. چنانچه ۱۲/۵٪ ازبیماران ما بیش از ۵۰ سال داشتند درحالیکه این بیماری در سنین بیش از ۵۰ سال درخارج از ایران بین ۲/۶ـ۶٪ گزارش شده است.

۳ـ شیوع بیماری SP. A. ثانوی در ایران باکشورهای دیگر مطابقت دارد .

۴ـ از نظرپالینی شروع این‌بیماری نزد ۳۴٪ بیماران‌مابصورت آرتریت‌های‌حادیاتحت حادمحیطی بوده‌است. ولی آمارخارجی این طرز شروع را فقط در ۲۰٪ مواردگزارش میدهد .

۵ـ ازنظر پرتوشناسی گرچه گرفتاری مفاصل ساکروایلیاك بـا آمارسایر نقاط دیگر تطابق میکند ولی گرفتاری ستون فقرات فقط در ۳۰٪ موارد دیده شده است .

اسپوندلیت قدامی فقط در ۶/۵٪ موارد مشاهـده گردیـده در حالیکه درآمار خارجی تا ۲۳ درصد مواردگزارش شده‌است .

ـ گرفتاری دیسك‌ها بصورت التهاب دیسك‌ومهره‌ها بنظرشایعتر از نقاط دیگر جهان میرسد زیراکه ۶/۲٪ بیماران مانشانه‌های مربوط را نشان میدادند درحالیکه فقط در ۱ـ۲٪ آمارخارجی گرفتاری دیسك گزارش شده است .

۶ـ عادت به‌کورتیکواستروئید متأسفانه نزد ۸/۵٪ بیماران ما مشاهده شده است .

۷ـ گروههای HL.A ورابطه آنها درتحقیقات این‌گروه‌مطالعه نشده است . ولی‌گزارش همکاران مرکز انتقال خون در این مورد بسیارگویا است و بعقیده آنها۹۰ تا ۹۵٪ SP. A. ها در ایران درگروه بافتی HL-AB 27 قرارگرفته‌اند .

۸ـ التهاب عنبیه در ۱۵٪ بیماران ما دیده شده است که با آمار دیگران مطابقت دارد .

۹ـ درهیچ‌یك‌ازبیماران ما ضایعات‌ائورت وقلب دیده نشده‌است.

۱۰ـ درسه مورد ورم مفصل ران دوطرفه از پروتزکامل(توتال) بانتیجه درخشان استفاده گردیـد . در موارد دیگر از داروی فنیل بوتازون وحرکات طبی نتایج بسیارخوب بدست آمده‌است.

REFERENCES :

1- West, H.F.: The Aetiology of ankylosing spondylitis. Ann. Rheumat. Dis. 8: 143-148, 1949.

2- Wilkinson, M. and Bywaters, E.G.L.: Clinical features and course of ankylosing spondylitis. Ann. Rheumat. Dis. 17: 209-228, 1958.

3- Seze, S. et Ryckewaert, A.: Maladies des os et des articulations flammarion, Edit, Paris pp. 731-757, 1965.

4- Polley, H.F. et Slocumb, C.H.: Rheumatoid Spondylitis a study of 1035 cases. Ann. Int. Med. 26: 240, 1947.

5- Stecher, R.M., Hersh, A.H., Solomon, W.M. et Wolpaw, R.: The genetics of Rheumatoid arthritis, Analysis of 224 Families. Am. J. Human. Genet. 5: 118-138, 1953.

6- Romanus, R. et yden, S.: Pelvo-spondylitis ossificans rheumatoid or ankylosing spondylitis munksgaard. Ed. Copenhague PP. 161, 1955.

7- Krebs, W.: Das rontgenbild des beckens bei der bechterewschen kran kheit fortschr. Geb. Röntgenstrahlen 50: 537-542, 1934.

8- Welfing, J.: HL-AB 27 en rheumatologie Rev. Prat. 27: 1_59, 1977.

۹ـ دکتر مقتدر رضا ، دکتر شهیدی همایون : رماتیسم‌های ناشی ازکولیت زخمی وگزارش دومورد آن ، مجله نظام پزشکی‌ایران، شماره سوم ، سال ششم ، مهرماه سال ۱۳۵۶.

۱۰ـ دکترمقتدر رضا، دکترفرامرزی منوچهر: استفاده ازپروتزکامل در درمان‌کوکسیت‌های‌اسپوندیلارتریت‌آنکیلوزانت (SP. A.)، مجله نظام پزشکی ایران ، شماره دوم . سال سوم ، خردادماه سال ۱۳۵۲.