

روماتیسم‌های ناشی از کولیت زخمی و گزارش دومورد آن

مجله نظام پزشکی

سال ششم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۳۴ - ۲۵۳۶

دکتر رضا مقتدر* دکتر همایون شهیدی **

زانوها بود که شروع آنرا از ۴ سال قبل ذکر می‌کند. بیمار از سفتی صبحگاهی که بیش از یک ساعت طول می‌کشد رنج می‌برد، بگفته بیمار این نشانه‌ها بدنبال یک حالت سرماخوردگی و آنثربین شروع شده است. در سابقه خانوادگی وی فوت مادرش بعلت یک بیماری روماتیسمی قابل ذکر است. در سابقه شخصی بیمار، از سه سال قبل یعنی یکسال بعداز شروع ناراحتی‌های مفصلی، اسهال‌های مکرر قابل توجه است.

در معاينة، دستها شکل ارتقیت روماتوئید بخود گرفته‌اند. مفاصل P.I.P^۱ و M.C.P^۲ و مچ بطورقرینه آماں کرده و دردناک است. آرنج‌ها نیز در حرکات اکستنسیون دردناک هستند. زانوها مچ پاها و متاتارسوفلانثربین انگشت‌های پا دردناک و مچ هردو پامتورم است. بیمار از کمر درد نیز شاکی است و حرکات مخصوص مفاصل ساکر واپلیاک باعث تشديد درد بیمار می‌گردد. در سایر دستگاهها نکته مرضی مشاهده نشد. فشار خون بیمار $\frac{130}{80}$ درجه حرارت 37.5°C بود. شکم نرم است، کبد و طحال لمس نشد، اسهال بیمار همچنان ادامه دارد. درطی این ۴ سال بیمار باداروهای مختلف ضد التهابی بمقادیر بسیار زیاد معالجه شده است. توشه و رکتال طبیعی بود.

بررسی‌های آزمایشگاهی - گلولهای سفید یکبار 7000 با 72% سکماته نوتروفیل، یکبار 14000 با 72% سکماته، هموگلوبولین 12 گرم درصد، هماتوکریت 37% ، سرعت رسوب گلوبولی بیمار 35 میلیمتر در ساعت اول بود. آزمون لاتکس منفی و C.R.P بطور خفیف مثبت است.

گرفتاری مفاصل محیطی، ساکرو ایلیاکها و ستون ۵۰ هره درسیر کولیت زخمی بخوبی شناخته شده است. شیوع این روماتیسم بر عکس آنچه در قدیم می‌پنداشتند قابل توجه است. در سال ۱۹۵۸ آنگلوساکسون (۶-۹-۳-۴-۶-۱) که جماعت ۲۸۸۷ مورد کولیت اولسری را تحت بررسی قرارداده بودند، شیوع نشانه‌های مفصلی را بین ۶ تا ۲۲ درصد گزارش میدهند. سپس انتشارات دیگری این یافته‌ها را تأیید کرده است. (۱۲).

برطبق این مطالعات روماتیسم ناشی از کولیت زخمی را میتوان بهدو گروه محیطی و مرکزی تقسیم کرد:

- گروه محیطی شامل گرفتاری مفاصل اندامها بصورت دردیاب التهاب می‌شود. این گروه بنام Colitic Arthritis معروف است.
- گروه مرکزی یا محروری شامل گرفتاری مفاصل ساکر واپلیاک و ستون مهره می‌گردد که نمای یک Ankylosing spondylitis را بوجود می‌آورد.

در زیر شرح حال دو بیمار را که یکی دچار ضایعات مرکزی و محیطی و دیگری گرفتار ضایعات مرکزی بوده است مینگاریم.

شرح حال بیماران :

بیمار شماره ۱: آقای دالف - ۲۷ ساله، دانشجو، ساکن تهران، در تاریخ ۶/۶/۵۳ بعلت یک پولی آرتریت التهابی در بخش داخلی بیمارستان امیر اعلم بستری می‌گردد. ناراحتی‌های وی بصورت درد، آماں مچ دستها و مفاصل متاکارپوفلانثربین و انترفلانثربین نزدین «پروکسیمال» بصورت دوطرفه و قرینه همراه با گرفتاری

* دانشکده پزشکی، دانشگاه ملی.

** دانشکده پزشکی رازی، دانشگاه تهران.

۱- Proximal Interphalangeal

۲- Metacarpo phalangeal



(شکل ۲)

سطوح مفصل از دیاد تراکم بافت استخوان را در مجاورت مفاصل نامبرده نشان میدهد.

ضایعات فوق مشخص اسپوندیلیت انکیلوزان میباشد. رادیو گرافی از سایر استخوانها طبیعی بود.

رادیو گرافی با ماده حاچب از روده بزرگ تغییرات مرضی در قولون عرضی و قسمت فوقانی قولون بالا رونده را بصورت زیر نشان داد:

سفت شدن سرتاسری قولون عرضی، ازین رفته چینهای بزرگ روده، وجود یک دسته چینهای ریز نامنظم (Serration) که منظره کامل‌امراضی دارد. (شکل‌های شماره ۴-۵) شکل‌های فوق در عکس برداریهای مکرر ثابت و مشابه بوده‌اند. بیمار با تشخیص کولیت زخمی با استروئیدها تحت درمان قرار گرفت که بتدریج از مقدار آن کاسته میشود و در مدت یکماه به ۵ میلیگرم پردنیزولون در روز میرسد. بیمار بدست یکسال تحت نظر بود، تمام ناراحتی مفاصل محیطی ازین رفته است و بیمار از درد در ناحیه مفاصل ساکرواپلیاک شکایتی ندارد.

۲۵۰ A.S.T.O. واحد تود والر روز منفی است. آزمایش مدفوع از نقطه نظر انگل و مخصوصاً ژیاراد یامنفی است. کشت ترشحات حلق منفی و آزمایش ادرار بیمار کاملاً طبیعی است. اسیداوریک، کرآتی نین، اوره و قند خون طبیعی است. آزمون ماتویک (+) مثبت است. الکتروفورز افزایش گاما گلوبولین (۲۹%) و آلفاگدو (۲۱%) را نشان میدهد. در رکتوسیگموئید - سکوپی مخاط روده ملتهب و در بعضی از نواحی زخمی بوده است. پس از بافت برداری نتیجه بشرح زیر گزارش میشود:

«آزمایش ریزینی بافت ارسالی ساختمان مخاط روده را نشان میدهد که رگهای آن متسع و پرخونند. نشانهای آماس حاد و چرکی دیده نمیشود. آمیب دیده نشده». بافت برداری مجددی بفاصله سه هفته بعد انجام میگیرد که نتیجه آن بقرار زیر است:

«در آزمایش ریزینی بافت ارسالی قطعه کوچکی از مخاط روده مخاط رکنوم دیده میشود، که در آن سلولهای مخاطی در اکثر نقاط طبیعی است ولی در یک قسمت پوشش اتروفیک و سلولهای سطحی مخاطی آن ازین رفته و تغییرات یک اروزیون سطحی در این ناحیه دیده میشود. زیر مخاط کمی فیبروز پیدا کرده است و ارتash سلولهای گابلت سل مخاطی نیز عادی و بتنداد طبیعی میخورد. سلولهای گابلت سل مخاطی کرون دیده نمیشود. نشانهای بیماری کرون دیده نمیشود.

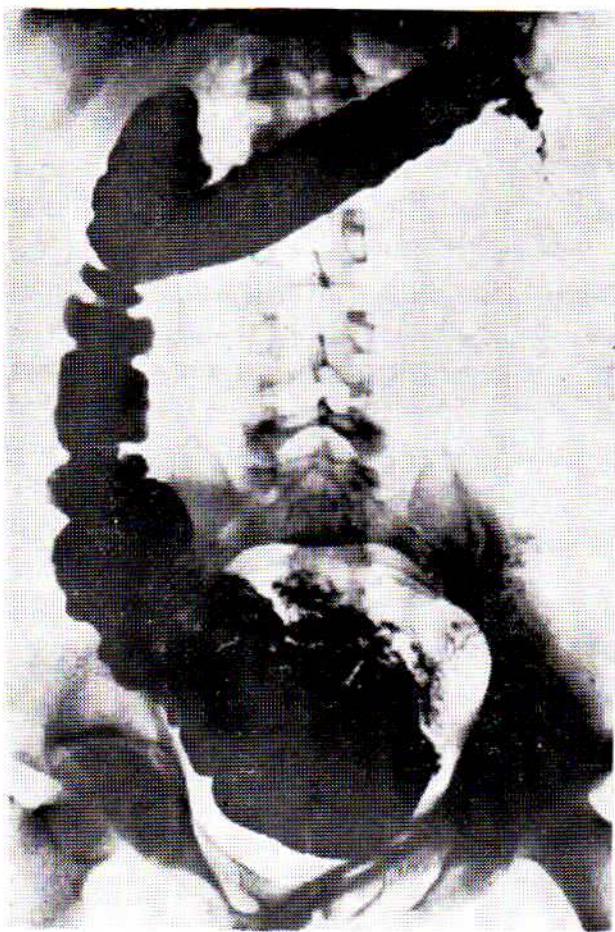
تشخیص: اروزیون مخاط روده بزرگ».

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



(شکل ۱)

رادیو گرافی لگن خاصه از روپرو ضایعات دو طرفه مفاصل ساکرواپلیاک را بصورت زیادشدن فاصله بین مفصلی (Widening) خوردگی (Destruction) و دندانه دندانه شدن (Serration) دیده شدند.



(شکل ۵)

اجابت مزاج بین ۱۵-۱۲ بار در روز و ۳-۲ بار در شب میباشد. اسهال آبکی همراه با دل پیچه و دفع بلغم و بدون خون بوده است. در معاينه بیمار از لحاظ عمومی چیزی بچشم نمی خورد. فقط در معاينه دستگاه حرکتی یک سفتی قابل ملاحظه ستون مهره کمری مشهود بود بطوریکه فاصله انگشت تازمین به ۴۰ سانتیمتر مبرسید. بگفته بیمار این سفتی صبحها بحداکثر خود مبرسید. یک سیفوفر خفیف پشت نیز نمایان بود. حرکات تحملی مخصوص مفاصل ساکرواپلیاک ایجاد درد می کرد. دامنه تنفس به ۵ سانتیمتر رسیده بود. فاصله پشت سر تا دیوار صفر است. لمس شکم حساسیت در مسیر کولونها نشان میدهد.

پرتوشناسی، گرفتاری دوطرف مفاصل ساکرواپلیاک را در مرحله دو نشان داد. (شکل ۷-۸) بیمار با تشخیص اسپوندیلیت آنکیلوزان تحت درمان با شیاف فینیل بوتاژون قرار گرفت. یادآور میشود که بگفته بیمار درد ستون مهره کمری باشد اسهال تشدید میافته و با یهود آن کمتر میگردیده است. دوهفته بعد بیمار دچار دل دردهای شدید و منتشر، تهوع، استفراغ و اسهال مکرر

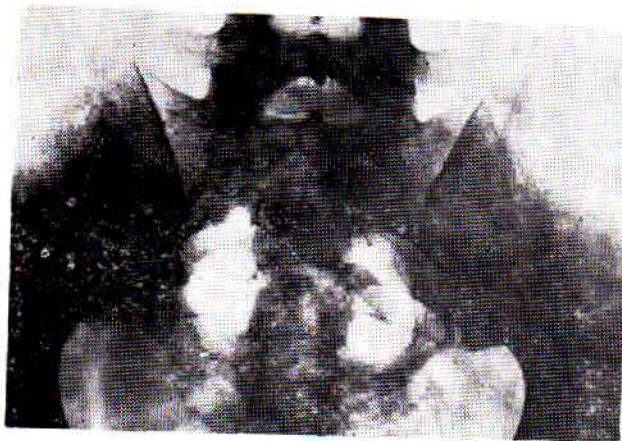


(شکل ۳)

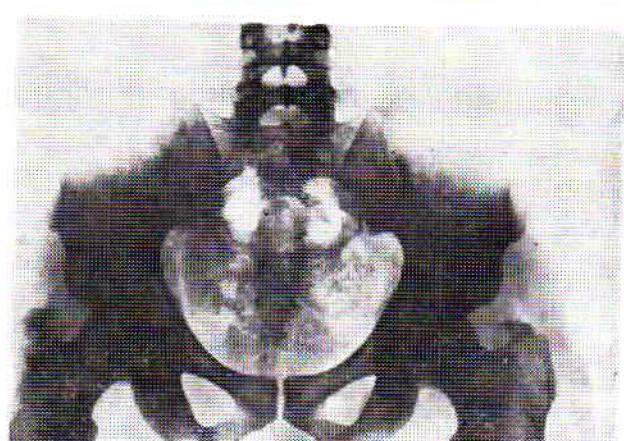


(شکل ۴)

بیمار شماره ۳: آقای م-ر - ۴۰ ساله، ساکن تهران، شغل آزاد، در تاریخ ۲۲/۱/۵۴ بملت کمر در درم اجمع میکند. هفت ماه قبل از آن بیمار بتدریج مبتلا به دردهای شبانه در ناحیه کمر و متعاقب آن اسهال‌های مکرر و آبکی و دل پیچه شروع شده است. تعداد دفعات



(شکل ۷)



(شکل ۶)

بیمار تحت آسپراسیون قرار گرفت . غذای او قطع گردید و سرم قندی و کلر امینیکل و A.C.T.H تجویز شد . تب بیمار چهار روز بعد از درمان قطع گردید و حال او روبه بهبود رفت . تعداد اجابت مزاج بیمار به پنج دفعه در روز که آبکی و سبز بود کاهش یافت . در این هنگام آزمایش‌های مجدد خون چیزی نشان نداد . بهبود بیمار روز بزر و آشکارتر می‌شد و بعد از ۱۴ روز مرخص گردید . روز قبل از مرخصی مجددار کتوسکوپی انجام گردید که زخم‌های متعدد مخاطرا که همچنان خونریز بودند ، نشان میداد . پرتونگاری قولون بامده حاجب ضایعات مشخص کوایت زخمی را در قسمت نازل و عرضی نشان میداد . روده و مری طبیعی بود .

هنگام مرخصی بیمار تحت درمان با پردنی زولون قرار گرفت . بعث : بیمار شماره ۱ دارای تظاهرات روماتیسمی محیطی (آرتربیت روماتوئید) و مرکزی (گرفتاری دوطرفه ساکر و ایلیا کها در مرحله ۳) و بیمار شماره ۲ فقط دارای تظاهرات مرکزی بصورت گرفتاری دوطرفه ساکر و ایلیا کها در مرحله ۲ بود . همانطور که در مقدمه ذکر گردید و شرح حال دو بیمار نشان میدهد و با پریروی از آمارهای متعددی که در این باره منتشر شده است ، میتوان نشانه‌های بالینی روماتیسم کولیت قرhadی را بدو دسته محیطی و مرکزی تقسیم کرد :

۱- تظاهرات محیطی - شیوع این تظاهرات قابل توجه می‌باشد و Wright و Watkinson (۷-۸) با تاله ۲۶۹ مورد کولیت اولسری شیوع آرتربیت‌های محیطی را ۱۱/۵٪ میدانند . بروز این آرتربیت‌ها در دو جنس یکسان است . حدت و شدت نشانه‌های مفصلی با پیشرفت و وسعت ضایعات روده‌های بزرگ نسبت مستقیم دارد و این تناسب در زنها بیشتر نمایان است . وفور پیدایش این تظاهرات محیطی در موادی که بیماری کولیت قرhadی باعث عوارضی مثل پولیپ کاذب ، چرک زائی اطراف مقعد و مخصوصاً اریتم گره‌ای شده باشد ، بیشتر است .

قهوه‌ای مایل به سیاه و گاهی توأم با خونریزی روشن می‌شود . حال بیمار روبه و خامت میرود و در تاریخ ۵۴/۲/۱ بستری می‌گردد . در این هنگام بدن بیمار خشک و کم آب ، رنگ پریده و مسموم (توکسیک) بنظر میرسید . فشارخون ۹۰/۶۰ ، نیص ۱۴۰ در دقیقه و بسیار ضعیف و نزار ، درجه حرارت بدن ۳۹/۵ سانتیگراد و تعداد تنفس ۲۴ مرتبه در دقیقه بود .

چشممان بیمار گود رفته و مخاط زبان و دهان خشک بود و بوی استون از آن به عشاء میرسید . حس رکات تنفس بسیار سریع بود ولی رال در ریتین شنیده نشد . ضربان قلب تنبد بود ولی سو فالی شنیده نشد . نواحی مجاور قولون عرضی و بخصوص قولون نازل بسیار دردناک بودند ولی طحال و کبد لمس نشد .

رکتوسکوپی بیمار یک مخاط قرمز رنگ با خزم‌های متعدد خونریزی دهنده تا ۱۰ سانتیمتری نشان داد . بیمار با تشخیص ایلئوس پارالیتیک و مگاکولون توکسیک ثانوی به کولیت قرhadی بستری و تحت آزمایش‌های لازم قرار گرفت . هو گلوبین ۱۲/۵ گرم درصد ، هماتوکریت ۳۸ درصد ، سرعت رسوب گلوبول ۶۸ میلیمتر در ساعت اول ، گلوبول سفید ۱۳۵۰۰ در میلیمتر مکعب ، (نوتروفیل ۵۰٪ - باتونه ۳۱٪ - لنفوцит ۱۴٪ - مونوцит ۱٪) او ره ۱۸/۵ میلیگرم درصد ، قند ۱۲۴ میلی گرم درصد ، سدیم ۱۴۲ ، پلاسما ۳ ، کلرور ۹۸ ، CO₂ ۱۹ میلی اکیوالان و آمیلاز سرم ۵۴ واحد سوموجی بود .

رایت منفی و ویدال برای پارا C به نسبت $\frac{1}{64}$ O مثبت بود . آزمایش ادرار وزن مخصوص ۱۰۲۰ ، آلبومین ۲۰۰ میلیگرم درصد و چند سیلندر گرانولی را نشان داد . کشت آن منفی بود در پرتونگاری ریتین فقط بالا رفتن دیافراگمها بعلت نفخ شدید دیده می‌شد . رادیوگرافیهای ساده شکم اتساع شدید روده بزرگ و مخصوصاً اتساع بی اندازه قولون نازک و عرضی را نشان میداد .

ظهورات روده آشکار گردد.

بیماری زائی: شbahت این بیماری با نشانگان «سندرم» Reiter بعضی را بر آن داشت که علت بیماری را مر بوط به وجود یافته بیکرو-ارگانیسم به محیط داخلی بدانند. ولی این فرضیه تا حال تأیید نگردیده است و مخصوصاً پیدایش نوع مرکزی روماتیسم کولیت قرحة‌ای قبل از شیوع نشانه‌ی روده‌ای علیه این فرضیه است.

پیدایش پادتن‌های ضد روده بزرگ، دانشمندان دیگر را بر آن داشت که علت بیماری را دریک اختلال اینمی جستجو کنند. بدین‌ترتیب میتوان گفت که روماتیسم کولیت قرحة‌ای و ارتیت روماتوئید ولوپوس سیستمیک ... از نظر بیماری زائی بهم شbahت دارند.

مواردی نیز که یک بیمار دچار همه بیماری‌های فوق در آن واحد شده باشد، گزارش گردیده است (۱۰-۱۱). پایه این فرضیه هم مترزل و مطالعات پیشتری برای تأیید آن لازم است.

درمان: روماتیسم کولیت زخمی را میتوان براحتی باکورتیکو-استروئیدها درمان کرد. بدین‌یهی است که مقدار این دارو باید به حداقل لازم تجویز گردد (بیمارشماره یک باروزی ۵ میلیگرم پردنی زولون بهبود یافته است). در صورت عوارض بیماری کولیت قرحة‌ای شاید ندرتاً احتیاج به Colectomy پیدا شود. در این صورت ارتیت‌های محیطی بهبود می‌یابند، اما اسپوندیلیت آنکیلوزان درمان نمیشود.

بهترین درمان نوع مرکزی اسپوندیلیت آنکیلوزان فیل بو تازون است. گرچه تجویز این دارو نزد اکثر بیماران قابل تحمل است، مع الوصف بادار نظر گرفتن ضایعات روده‌ای امکان عدم تحمل عوارض داروئی موجود می‌باشد. در این صورت بعضی از دانشمندان از ایندومتانسین با تابعیج رضایت بخش استفاده کرده‌اند. در این نوع اسپوندیلیت آنکیلوزان 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 rhumatologie, 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 manifestations articulaires de la R.C.U.H., BULL. Soc. Med. Hop., Paris., 116: 213, 1965.

حملات مفصلی در ۵۰٪ موارد ده سال بعد از شروع بیماری پیدا می‌شود. ولی امکان پیدایش آنها مثلاً بعداز ۶ ماه نیز وجودارد. قابل توجه اینکه هر دو بیمار ما قبل از تظاهرات روده‌ای خود دچار تظاهرات مفصلی محیطی و مرکزی بوده‌اند. گرفتاری مفاصل معمولاً همزمان با حملات روده‌ای است و بطور ناگهانی یا تدریجی شروع می‌شود. نشانه‌های بالینی در این هنگام با بصورت درد تنها و یا بصورت آماز یک یا تعداد بیشتری از مفاصل می‌باشد. مفاصل بزرگ اندام تحتانی (ذانو-مجاپ) بیشتر دچار می‌شود. گرفتاری آرنج . مفاصل انفرقلانژین نزد دین «پروکسیمال» متاکارپوفالانژین مج، شانه و لکن نیز دیده می‌شود.

Bywaters (۱) اهمیت زیادی به گرفتاری انفرقلانژین دورین «دیستال» انگشت‌های پامیده‌د. گرفتاری مفاصل قرینه نیست . پرتونگاری مفاصل طبیعی است . سرعت رسوب گلوبولی بالا است. واکنش فاکتور روماتوئید منفی است. این آرتربیت‌ها یک سیر کوتاه چند هفته‌ای (۶ هفته بطور متوسط) دارند سپس خود بخود بهبود می‌یابند و فقط کمی سفتی در مفاصل باقی می‌گذارند . نکته مهم اینکه Colectomy برای همیشه ارتیت‌ها را شفا می‌بخشد (۹).

۲- نوع مرکزی یا محوری - بیمار شماره ۲ در این گروه قرار می‌گیرد . در این نوع مفاصل ساکرواپیلیاک و ستون مهره دچار می‌شود . شیوع این ارتیت‌ها ۱۸٪ موارد است . بعیده Watkinson و Wright (۷-۸) گرفتاری دو طرف ساکر- واپیلیا کهای کمی نزد ذنها شایعتر از مرسد‌ها است و نمای یک اسپوندیلیت آنکیلوزان کامل نادر است و طبق آمارهای مختلف شیوع آن بین ۱-۶ درصد گزارش شده است. در این گروه رابطه‌ای مثل گروه یک بین حملات روماتیسم مرکزی و حملات روده‌ای دیده نمی‌شود و چه بسا نمای اسپوندیلیت آنکیلوزان قبل از