

## بررسی ۴۷ مورد اسپوندیلارتریت آنکیلوزانت (SP.A.) \* در ایران

مجله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۲، صفحه ۱۲۳، ۱۳۵۸

دکتر رضا مقتدر\*\*

مقدمه:

اسپوندیلارتریت آنکیلوزانت (SP.A.) یکی از تظاهرات عجیب بیماریهای بافت همبند میباشد. در ابتدا این بافت ملتهب شده سپس دچار فیروز و دگرسازی غضروفی گردیده و بالاخره منجر با استخوانی شدن میگردد. ضایعات بافت همبند بیشتر در سطح سینوویال و اطراف دیسک‌های بین مهره‌ای دیده میشود ولی میتوان ضایعات انتهایی این بافت را در شریانها (اُئورت)، چشم و غیره نیز مشاهده نمود.

در اکثر موارد این بیماری بصورت اولیه و بدون یافتن هیچگونه علتی برای آن دیده میشود. ندرتاً بیماری بصورت ثانویه در سیر بیماری پسوریازیس، کولیت زخمی، بیماری کرون، سندرم رایتز، تب فامیلی مدیترانه‌ای و غیره بروز میکند. دانشمندان انگلیسی زبان تا چند سال اخیر این بیماری را یکی از اشکال پولی‌آرتریت روماتوئید تصور میکردند. ولی در قاره اروپا همیشه سعی میشد که این دو بیماری بصورت کاملاً مشخص و متفاوت از هم نمودار گردد. امروزه دیگر این بحث بدلیل زیر منتفی است:

دچار شدن مردها در ۹۰٪ موارد - سیر دائم بیماری بطرف تغییر شکل استخوانی - منفی بودن دائم آزمایشهای سرم‌شناسی آرتریت روماتوئید - موارد جالب ارثی و فامیلی آن .  
پیدایش بیماری روی یک زمینه بافتی مشخص (HL-A B27) و بالاخره جوابگویی خوب بیماران به داروی فنیل بوتازون برای همیشه این دو بیماری را از هم جدا نمود.

بدینترتیب مطالعات بیست سال اخیر نه تنها به بیماری يك شخصیت واحد و منحصر بخود داد بلکه باعث آشکار کردن چهره‌های گوناگون بیماری در کشورهای خارجی و بالاخص در امریکای شمالی و اروپا گردید. ۴۷ مورد این بیماری که در طی ده سال اخیر در ایران مورد مطالعه قرار گرفته است در زیر گزارش میشود و در پرتو آن سعی میگردد ویژگی‌های منطقه‌ای این بیماری با صور خارجی آن مقایسه شود.

روش کار: در بین ۸۰۰۰ بیماری که برای دردهای استخوان مفصل بین‌سالهای ۱۳۴۸ تا ۱۳۵۷ بمرکز تخصصی دانشگاههای تهران و ملی ایران 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. در ۴۷ مورد بر مبنای معیارهای تشخیصی انجمن روماتولوژی امریکای شمالی گذاشته شده است. این معیارها عبارتند از:

- ۱- درد ناحیه ستون فقرات کمر همراه با سفتی که بیش از سه‌ماه طول کشیده و با استراحت بهبود پیدا نکرده باشد.
- ۲- محدود شدن حرکات ستون فقرات کمر.
- ۳- محدود شدن دامنه تنفسی سینه.
- ۴- درد و سفتی در قفسه سینه.
- ۵- نشانه، عوارض یا سابقه ورم غنچه.
- ۶- ضایعات دوطرفه مفاصل خاجی - خاصه‌ای در پرتوشناسی.

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

\*\* بیمارستان صدیقه رضائی - دانشکده پزشکی دانشگاه ملی - تهران.

در گروه بیماران بیش از ۵۰ سال سؤال وجواب دقیق اولین نشانه‌های بالینی را بطور متوسط ۲۳ سال قبل از اولین مشاوره با مراکز تخصصی گزارش میدهند.

ارث: در ۴۷ مورد مطالعه شده فقط یکبار زمینه ارثی دیده شد. بیماری نزدیک برادر ۲۹ ساله و یک خواهر ۲۰ ساله مطالعه گردید، که در هر دو آنها بیماری از ۱۵ سالگی بصورت درد قسمت تحتانی ستون فقرات شروع شده بود. برادر یکی دیگر از بیماران نیز مبتلا به پولی آرتریت روماتوئید بود.

ثانوی: سه بار SP. A. بطور ثانوی دیده شد.

مورد اول: بیماری است ۲۷ ساله، که در ۱۷ سالگی هنگامی که درفرانسه شروع به تحصیل نموده است، دچار سندرم رایتز میگردد. بیماری با اسهال، تب، لاغری و بصورت یک ورم حاد چند مفصلی (پولی آرتریت حاد) اندام تحتانی شروع شد و بزودی یک اوئیت دو طرفه همراه با اختلال‌های ادراری بآن اضافه گردید. مجرای ادرار مثبت بود. پرتونگاری لگن خاصره گرفتاری مفاصل خاجی - خاصره‌ای را بصورت دوطرفه و در مرحله دوم پرتونگاری نشان داد. این بیمار سپس در ایران بمدت ده سال تحت نظر قرار گرفت.

- آخرین پرتونگاری لگن خاصره او که درشش ماه قبل انجام شد ضایعات خاجی - خاصره‌ای (ساکروایلیاک) را در مرحله سوم پرتونگاری نشان داد.

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

- مورد دوم وسوم SP. A. ثانوی بعد از یک کولیت زخمی دیده شد. دریک مورد بیماری همراه با تظاهرات محیطی شبه آرتریت روماتوئید و گرفتاری مفاصل خاجی - خاصره‌ای بصورت دوطرفه و در مرحله II پرتونگاری مشاهده گردید. و مورد دیگر بیماری فقط همراه با ضایعات دوطرفه مفاصل خاجی - خاصره‌ای در مرحله II پرتونگاری دیده شد (۹).

- بدینترتیب در ۴۷ مورد SP. A. بیماری سه بار بصورت ثانوی (۶/۳٪) نمایانگر شده بود. دوبار نیز در سوابق بیماران اسهال (یکبار اسهال متناوب و یکبار بعد از یک اسهال آمیبی) مشاهده شد.

#### یافته‌های بالینی:

شروع بیماری در ۴۴ مورد با درد توأم بوده است. در تمام این موارد نوع درد التهابی، شبانه و بعد از نیمه شب همراه با سفتی صبحگاهی بوده است.

بدینترتیب تشخیص SP. A. بر مبنای پنج معیار بالینی و یک معیار پرتونگاری داده شد.

در صورت وجود معیار شماره شش و یکی از معیارهای بالینی تشخیص SP. A. قطعی است.

در صورت وجود چهار معیار از پنج معیار بالینی تشخیص SP. A. قابل قبول میباشد.

در تمام موارد سعی شده است علاوه بر پرتونگاری مفاصل خاجی - خاصره‌ای، از مفاصل ران، شانه‌ها سراسر ستون فقرات، پاشنه پا و از مفصل بین مهره شماره یک و ده کردن نیز پرتونگاری بعمل آید. در تمام موارد بیماریهای روده‌ای، پوستی، رایتز و کلاژنها (بیماری تب فامیلی مدیترانه‌ای) جستجو گردیده است.

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

تعیین گروه H L-A بیماران فقط در دو مورد تعیین شد. تعداد بیماران که وابستگی و عادت به کورتیکواستروئیدها داشته‌اند معلوم گردید. دامنه تنفسی سینه، فاصله انگشت تازمین و بالاخره دیوار پشت سر تمام بیماران اندازه گیری شد و چشم آنان توسط متخصص معاینه گردید.

#### نتایج:

۱- شیوع: تعیین شیوع بیماری در توده مردم میسر نشد ولی شیوع بیماری SP. A. نسبت به سایر بیماریهای روماتسمی ۵۸/۰ درصد است. در مقابل هر مورد بیماری SP. A. چهار مورد پولی آرتریت روماتوئید مشاهده شده است.

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

۳- 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 در نظر گرفته شود، بنظر میرسد که تشخیص بیماری تقریباً ۵ سال بعد از شروع اولین نشانه‌های بالینی داده شده است و بدینترتیب شاید بتوان به حقیقت بیشتر نزدیک شد و سن شروع بیماری را بطور متوسط در ۳۰ سالگی تصور کرد.

دو بیمار زیر سن ۲۰ سال (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 بیش از ۵۰ سال داشتند (۱۲/۸٪).



شدید اندام تحتانی شکایت داشت. مقدار اسید فولیک خون او کمتر از طبیعی بود. اندازه گیری ویتامین B12 خون میسر نشد (Biermer).

در یک مورد حملات کلاسیک نقرس در روند بیماری دیده شد. و بالاخره یک بیمار حملات قولنج کلیوی متعدد داشت که نوع سنگ آن معلوم نشد.

نزد هیچیک از بیماران ضایعات قلبی و آئورت دیده نشد.

۴ بیمار (۸/۵٪) به کورتیکواستروئیدها وابستگی داشتند.

#### یافته‌های سرم‌شناسی:

آزمایش‌های سرم‌شناسی آرتریت روماتوئید در تمام اشکال چه محیطی و چه مجوری منفی بود. سرعت رسوب گلبولهای قرمز خون در تمام موارد بیشتر از حد طبیعی بود و میانگین ۴۷ مورد مطالعه شده، ۴۰ میلیمتر در ساعت اول تعیین گردید. گروه بافتی HL-A فقط در دو مورد بررسی شد که هر دو بار از نوع HL-A B27 بود.

#### یافته‌های پرتوشناسی:

**الف - مفاصل خاجی - خاصره‌ای:** ضایعات مفاصل خاجی - خاصره‌ای در ۴۴ مورد دو طرفه و در سه مورد یکطرفه بود. در مورد اول چه-ار بار نشانه‌های مرحله یک پرتوشناسی (پهن شدن کاذب فاصله بین مفصلی بعثت پوک شدن استخوانها)، ۱۸ بار در مرحله II پرتوشناسی (خوردگی و دندان‌دانه شدن دو بستر مفصلی بصورت تمبر پست)، ۸ بار در مرحله III (پیدایش اسکروز در دو بستر) و ۱۴ بار در مرحله IV پرتوشناسی (از بین رفتن کامل فاصله بین مفصلی واستخوانی شدن آن) قرار گرفته بود.

در سه مورد دیگر ضایعات مفاصل خاجی - خاصره‌ای یکطرفه بودند یکبار نشانه‌های مرحله I و دو بار نشانه‌های مرحله II پرتوشناسی مشاهده شد.

**ب - ستون فقرات:** پیدایش پل‌های بین مهره‌ای یا سندرموفیت در دو مورد تصویر درخت بامبو (Bamboo Spin) را بوجود آورده بودند.

در ۱۲ مورد سند سموفیت‌ها بین دویا چندین مهره دیده شد. اکثر آنها در ناحیه پشتی - کمری L<sub>2</sub> - L<sub>1</sub> - T<sub>12</sub> - T<sub>11</sub> مشاهده شد. - آرتریت‌های خلفی سه بار در ستون فقرات گردن دیده شد.

در سه مورد تصویر مکعبی شدن مهره‌ها (Squaring) از علائم پیش‌تاز پرتوشناسی ستون فقرات بود. بطور کلی ضایعات ستون فقرات در ۳۶٪ موارد عشا شده گردید.

- دویمار بدون درد برای خستگی و سفتی ستون فقرات با پزشک مشاوره کردند و درد یک بیمار مکانیکی و غیر التهابی بود. در ۲۹ مورد (۶۱٪) درد بصورت کم‌درد ظاهر شده بود که شش مورد آن باسیاتیک سر بریده (درد از زانو‌ها پایین‌تر نمی‌آمد) یکطرفه یا دوطرفه همراه بود.

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

ورم چند مفصلی (پولی آرتریت) تحت حاد اندام‌های تحتانی	۴ بار
ورم چند مفصلی حاد اندام‌های تحتانی	۲ بار
ورم چند مفصلی شبه پولی آرتریت روماتوئید	۲ بار
ورم مفصلی زانو بصورت (هیدارتروز)	۳ بار
زانو وقوزک بصورت التهاب مفصلی	۱ بار
التهاب مفصل دستها به نهائی شبیه دستهای پولی آرتریت روماتوئید	۲ بار
درد پاشنه پا بصورت درد دوطرفه	۴ بار

در مواردیکه بیماری بصورت ورم چند مفصلی شروع شده بود، ۳ بار با درد کشاله ران دوطرفه همراه بود که بطرف التهاب مفصل ران دوطرفه خشک شده سیر نمود و بالاخره همراه با نشانه‌های بالینی فوق درد سینه در سه مورد، درد گردن در ۳ مورد و پشت درد دو مورد قابل ذکر است. دانه تنفسی در ۱۹ مورد بین صفر و ۳ سانتیمتر (۴۰٪) فاصله انگشتها تا زمین در ۱۶ مورد بیش از ۴۰ سانتیمتر (۳۴٪) و در ۲۴ مورد فاصله پشت سر تا دیوار بیش از ۱۰ سانتیمتر (۵۱٪) بود.

#### ورم عنیبه (Iritis):

۷ بیمار (۱۵ درصد) دچار ورم عنیبه شدند. این ضایعه همراه با نشانه‌های شروع بیماری مطالعه شد. در ۴ مورد ورم عنیبه با نشانه‌های مجوری (کمر) و در ۳ مورد با نشانه‌های شروع اختلال‌های محیطی دیده شد.

#### بیماری‌های همراه کننده:

در یک مورد SP. A. همراه با یک سندرم هر می چهارم اندام‌ود. وجود لرزش (فیبریلایسیون)، تحلیل اتروفی (عضلات انتهائی دست و پا و کمی اختلال در بلع مسئله یک اسکروز یک طرفی آمیوتروفیک را مطرح نمود.

- در یک مورد بیمار بشدت کم خون بود و بادیدن مخاط معده توسط دستگاه (گاستروسکوپی) اتروفی شدید مخاط معده نمایان گشت. مقدار اسید معده تقریباً صفر بود. بیمار از اختلال‌های حسی

مختلف این عدد را بین ۰/۳ تا ۱ برای ۲۰۰۰ تن تعیین می‌کند (۳). تعیین شروع بیماری در توده مردم ایران میسر نشد. بر طبق 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.

بدین ترتیب بنظر می‌رسد که شیوع این بیماری در ایران ۴ تا ۸ بار کمتر از سایر کشورهای دنیا باشد. در همین مدت در مقابل یک مورد SP. A. ۴ مورد ارتریت روماتوئید مشاهده شده است.

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

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

سن:

نگاهی به جدول زیر یافته‌های سنی خارج از ایران و کشور ما را 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	۴	۸	۱۰/۲	۱۰	۳/۱	۱۴/۹
۵۰-۵۹	۴	۴	۴	۵/۵	۲/۶	۴	۱۲/۸

هنگام اولین مشاوره کمتر از ۲۰ سال داشتند (۴/۲٪) در حالیکه 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، در این صورت آمار ما به ۱۵٪ می‌رسد و در این صورت اختلافی با سایر آمارها بچشم نمی‌خورد.

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

پ - دیسک‌ها: ضایعات دیسکی بصورت ورم مهرها و دیسک‌ها (Spondylodiscite) در سه مورد (۶٪) وجود داشت. این ضایعات یکبار بین T11-T12 همراه با نوار اسکالروز 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 - پاشنه‌ها: تصویر ورم پاشنه واضح فقط در دو مورد (۴٪) مشاهده شد.

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

درمان: تمام بیماران بی‌استثنا تحت درمان با داروی فنیل بوتازون و حرکات ورزشی طبی قرار گرفتند. درمان جراحی در سه مورد که کسیت دو طرفه با استفاده از پروتز کامل انجام گرفت (۱۰٪).

بحث در شیوع: بعقیده West (۱) در شهر Bristol، یک تن از ۲۰۰۰ تن مردم این شهر گرفتار SP. A. است. آمارهای

میانگین سن بیماران مورد مطالعه ۳۵ سال است. جوانترین بیمار ۱۷ سال و مسن‌ترین آنها ۷۷ سال داشت. تعیین سن شروع واقعی بیماری بسیار مشکل است. اگر تاریخ اولین شکایات بیمار در نظر گرفته شود، بنظر می‌رسد که تشخیص بیماری تقریباً ۵ سال بعد از شروع اولین نشانه‌های بالینی داده شده است و بدین ترتیب شاید بتوان به حقیقت بیشتر نزدیک شد و میانگین 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. بدین ترتیب بنظر نمی‌رسد که اختلاف چندین فاحشی بین یافته‌های ما و دیگران وجود داشته باشد. تنها نکته قابل توجه اینست که دوتن از بیماران مورد این بررسی



استخوان جناغ (Manubrio-Sternale) (۴٪ موارد) بود که Forestier این درد را در ۳٪ موارد Yden و Romanus آنرا در ۱۹٪ موارد برای شروع بیماری ذکر کرده اند (۳-۶)، - در ۴ مورد (۸٪) بیماری بصورت درد پاشنه پا شروع شده است. **پرتوشناسی:**

مفصل خاجی - خاصه ای (ساکروایلیاک).

ضایعات مفصل خاجی - خاصه ای در ۴۴ مورد دوطرفه و در سه مورد یکطرفه بودند. در سیریک SP.A. گرفتاری این مفصل تقریباً دائمی و بصورت دوطرفه دیده میشود. قرینه بودن ضایعات همیشه یکسان نیست و ممکن است یک مفصل، ضایعات بیشتری نشان دهد و حتی امکان یکطرفه بودن گرفتاری مفصل خاجی - خاصه ای نیز وجود دارد. ۶٪ از بیماران مورد مطالعه دارای ضایعات یکطرفه بودند.

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

معمولاً در این مواقع بعد از چند ماه مفصل سالم نیز بنوبه خود گرفتار میشود. ولی این زمان ممکن است به سالهای زیادی نیازمند باشد.

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

#### ضایعات ستون فقرات:

پیدایش یک پل استخوانی ظرف زیر لیگمان مشترک بین مهره‌ای قدامی بنام سندسوفیت 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 و بصورت خط نازکی زیر لیگمان (وتر) بین مهره‌ای وسطی قدامی دیسک‌ها را میپوشاند. در صورت گرفتاری تمامی ستون فقرات شکل معروف بامبو بوجود می‌آید. در ۴٪ بیماران مورد بررسی ما این تصویر دیده شده است.

- پیدایش سندسوفیت‌ها ممکن است فقط در چند طبقه ستون فقرات وجود داشته باشد. در این صورت ضایعات بیشتر ستون فقرات پشتی کمری جایگزین هستند. بطور کلی در ۵ تا ۲۵٪ بیماران ماضایعات سندسوفیت دیده شد و با در نظر گرفتن ۴٪ ضایعات ستون فقرات بشکل بامبو میتوان گفت که گرفتاری ستون فقرات به ۳۰٪ موارد رسیده است.

ارثی در آمار عرضه شده در مورد SP.A. چهار درصد و اگر برادر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز در نظر گرفته شود به ۶٪ میرسد. حال اگر بطور معمول از اقوام بیماران مبتلا یک 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 یک خویشاوند مبتلا باین بیماری دارند. کارهای Stecher (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 و یک بیمار بعد از اسهال مبتلا به سندرم ایتروگرفتاری مفصل خاجی - خاصه ای بصورت دوطرفه گردیده بود بطوریکه SP.A. های ثانوی به ۶٪ رسید. دو بیمار دیگر نیز دچار اسهال دیزانتري شده بودند که ارتباط آنها با پیدایش بیماری بعید بنظر میرسد، بحساب نیامدند. بهر جهت نشانه‌های SP.A. اغلب قبل از کولیت زخمی ظاهر گشته و سیر آن با بیماری روده‌ای موازی نیست.

#### نشانه‌های بالینی:

در ۷۴٪ موارد مطالعه شده، بیماری بصورت کمر درد تنها یا با درد عصب سیاتیک همراه بوده است و این یافته با یافته‌های سایر محققان (۳-۲) مطابقت دارد.

در ۳۴٪ بیماران مورد مطالعه: بیماری بصورت ورمهای مفصلی محیطی و درد پاشنه پاها شروع شده است و این درصد بالاتر از درصد گزارش شده توسط دیگران در مورد 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 دو هانش گردیدند که توانستند با استفاده از پروتز کامل مجدداً فعالیت خود را از سر گیرند. در آمار خارجی گرفتاری مفاصل ران را بین ۳۰ تا ۴۰٪ موارد گزارش میدهند و بدین ترتیب در این زمینه اختلاف فاحشی بین آمار ما و دیگران وجود دارد (۲-۳).

بالاخره درد سینه به تنهایی یا همراه با دیگر نشانه‌ها در ۳ مورد، درد پشت در ۲ مورد و درد گردن در سه مورد از اولین نشانه‌های بالینی بیماری بودند.

دردهای سینه در دو مورد مربوط به التهاب قسمت فوقانی مفصل



بیشتر در سنین بالا دیده میشود. چنانچه ۱۲/۵٪ از بیماران ما بیش از ۵۰ سال داشتند در حالیکه این بیماری در سنین پیش از ۵۰ سال در خارج از ایران بین ۲/۶-۶٪ گزارش شده است.

۳- شیوع بیماری SP. A. ثانوی در ایران با کشورهای دیگر مطابقت دارد.

۴- از نظر بالینی شروع این بیماری نزد ۳۴٪ بیماران ما بصورت آرتریت‌های حاد یا تحت حاد محیطی بوده است. ولی آمار خارجی این طرز شروع را فقط در ۲۰٪ موارد گزارش میدهد.

۵- از نظر پرتو شناسی گرچه گرفتاری مفاصل ساکروایلپایک با آمار سایر نقاط دیگر تطابق میکند ولی گرفتاری ستون فقرات فقط در ۳۰٪ موارد دیده شده است.

اسپوندیلت قدامی فقط در ۶/۵٪ موارد مشاهده گردیده در حالیکه در آمار خارجی تا ۲۳ درصد موارد گزارش شده است.

۶- گرفتاری دیسک‌ها بصورت التهاب دیسک و مهره‌ها بنظر شایعتر از نقاط دیگر جهان میرسد زیرا که ۶/۲٪ بیماران ما نشانه‌های مربوط را نشان میدادند در حالیکه فقط در ۱-۲٪ آمار خارجی گرفتاری دیسک گزارش شده است.

۶- عادت به کورتیکواستروئید متأسفانه نزد ۸/۵٪ بیماران ما مشاهده شده است.

۷- گروه‌های H.L.A. و رابطه آنها در تحقیقات این گروه مطالعه نشده است. ولی گزارش همکاران مرکز انتقال خون در این مورد بسیار گویا است و بعقیده آنها ۹۰ تا ۹۵٪ SP. A. ها در ایران در گروه بافتی HL-AB 27 قرار گرفته‌اند.

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

۹- در هیچ‌یک از بیماران ما ضایعات ائورت و قلب دیده نشده است.  
۱۰- در سه مورد ورم فصل ران دوطرفه از پرتوز کامل (توتال) با نتیجه درخشان استفاده گردید. در موارد دیگر از داروی فنیل بوتازون و حرکات طبی نتایج بسیار خوب بدست آمده است.

#### REFERENCES :

- West, H.F.: The Aetiology of ankylosing spondylitis. Ann. Rheumat. Dis. 8: 143-148, 1949.
- Wilkinson, M. and Bywaters, E.G.L.: Clinical features and course of ankylosing spondylitis. Ann. Rheumat. Dis. 17: 209-228, 1958.
- Seze, S. et Ryckewaert, A.: Maladies des os et des articulations flammation, Edit, Paris pp. 731-757, 1965.
- Polley, H.F. et Slocumb, C.H.: Rheumatoid Spondylitis a study of 1035 cases. Ann. Int. Med. 26: 240, 1947.
- 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.
- Romanus, R. et yden, S.: Pelvo-spondylitis ossificans rheumatoid or ankylosing spondylitis munksgaard. Ed. Copenhagen PP. 161, 1955.
- Krebs, W.: Das rontgenbild des beckens bei der bechterewschen krankheit fortschr. Geb. Röntgenstrahlen 50: 537-542, 1934.
- Welfing, J.: HL-AB 27 en rheumatologie Rev. Prat. 27: 1.59, 1977.
- دکتر مقتدر رضا، دکتر شهیدی همایون: رماتیسم‌های ناشی از کولیت زخمی و گزارش دومورد آن، مجله نظام پزشکی ایران، شماره سوم، سال ششم، مهرماه سال ۱۳۵۶.
- دکتر مقتدر رضا، دکتر فرامرز منوچهر: استفاده از پروتز کامل در درمان کوکسیت‌های اسپوندیلارتریت آنکیلوزانت (SP. A.)، مجله نظام پزشکی ایران، شماره دوم، سال سوم، خردادماه سال ۱۳۵۲.

هنگامیکه بیماری روند طولانی‌تر داشته باشد، استخوانی شدن لیگمانهای خلفی ستون فقرات (وترهای بین‌خاری، وترهای زرد) همراه با استخوانی شدن مفاصل خلفی ستون فقرات دیده میشود و تصویری شبیه خط آهن بوجود می‌آورد.

یکی از علائمی که در ابتدای بیماری در SP. A. دیده میشود، Spondylite قدامی Romanus میباشد که تصویر Squaring را میدهد. این تصویر در ۵ تا ۶٪ بیماران دیده شده است. Wilkinson و Bywaters این تصویر را در ۲۳٪ موارد مشاهده کرده‌اند (۲).

#### دیسکها :

دیسک‌ها در SP. A. معمولاً سالم هستند، استثنائاً ممکن است ضایعات دیسکی را در سیر این بیماری مشاهده کرد. در اینصورت از التهابات مهره‌ای-دیسکی روماتیسمی صحبت میشود که تشخیص آنها فقط افتراقی است و بدیهی است در درجه اول باید بیماری سل و تب مالت از میدان تشخیص دور شود. در آمار دانشمندان مختلف (۳) در ۱ تا ۲٪ موارد ضایعات دیسک دیده میشود. ولی در بیماران ما ابتلاء دیسک‌ها ۶/۳٪ بود که بیشتر در منطقه پشتی-کمری متمرکز بودند و یا بدون درد بسیار خود ادامه میدادند. در سطح دیسک‌های مبتلی پلهای استخوانی تشکیل نمیشود.

#### نتیجه :

از بررسی ۴۷ مورد بیماری SP. A. که طی ده سال (۱۳۴۸-۱۳۵۷) در ایران بعمل آمده است، میتوان نکات زیر را نتیجه‌گیری کرد.

۱- بنظر میرسد که شیوع بیماری SP. A. در ایران ۴ تا ۸ بار کمتر از سایر نقاط دیگر دنیا باشد و فقط ۵۸/۰ درصد از بیماران روماتیسمی دچار این عارضه بوده‌اند در حالیکه در کشورهای اروپائی و امریکای شمالی این عدد ۲/۵-۵٪ است.

۲- شروع بیماری SP. A. نزد افراد کمتر از ۲۰ سال فقط در ۴/۲٪ بیماران ما دیده شد در حالیکه در آمار خارجی این عدد ۱۵ تا ۲۵٪ گزارش شده است. بنظر میرسد که این بیماری در ایران