

اتیولوژی آرتрит‌های حاد در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی بابل (۷۴-۷۸)

دکتر بهزاد حیدری^{۱*}، دکتر محمدرضا خصوصی نیاکی^۲

۱- دانشیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: آرتريت علامتی شایع و اغلب جزو نخستین نشانه‌ها در بیماریهای عضلانی اسکلتی است که علل آن با توجه به ارتباط اغلب بیماریهای مفصلی با زمینه ژنتیکی و عوامل محیطی در نژادها و جمعیت‌های مختلف متفاوت می‌باشد. مطالعه حاضر بمنظور آگاهی از اتیولوژی آرتريت‌های حاد در بابل انجام شده است.

مواد و روشها: تأیید آرتريت بر اساس علائم بالینی و معاینه فیزیکی و تشخیص علت آن با توجه به معیارهای تشخیصی موجود برای بیماریهای روماتیسمی انجام شد. بیمارانی که بعلت آرتريت حاد مراجعه کرده و از شروع بیماری آنها کمتر از چهار هفته گذشته بود و سن آنها ۱۶ سال یا بالاتر بود مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۱۲۲ بیمار مورد بررسی ۲۶٪ بعلت مونوآرتريت حاد، ۵۶٪ با اولیگوآرتريت و ۱۸٪ با پلی آرتريت حاد مراجعه کردند. شایعترین علت مونوآرتريت حاد در این منطقه نقرس، شایعترین علت اولیگوآرتريت حاد آرتريت واکنشی و تب‌روماتیسمی و شایعترین علت پلی آرتريت حاد، آرتريت واکنشی و تب‌روماتیسمی، آرتريت روماتوئید و لوپوس اریتماتو بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در منطقه بابل علت آرتريت حاد در سنین بالا نقرس و در سنین متوسط آرتريت واکنشی و آرتريت روماتوئید و در سنین پائین‌تر تب‌روماتیسمی و لوپوس اریتماتو است.

واژه‌های کلیدی: آرتريت، علت، مونوآرتريت حاد، اولیگوآرتريت حاد، پلی آرتريت حاد.

مقدمه

درمان ممکن است با ضایعات تخریبی غیرقابل برگشت مفصلی همراه باشد (۲). اتیولوژی آرتريت‌ها در جمعیت‌ها و نژادهای مختلف متفاوت است و در کشورهای مختلف یا مناطق مختلف یک کشور یا حتی جمعیت‌های خاص یک ناحیه با نواحی دیگر متفاوت می‌باشد زیرا شیوع اکثر بیماریهای روماتیسمی با زمینه

بیماریهای عضلانی اسکلتی نشانه‌های بالینی متنوعی دارند و آرتريت علامت شایعی است که در اکثر بیماریهای روماتیسمی جزو نخستین تظاهرات بیماری بشمار می‌آید (۱) و می‌تواند بصورت تدریجی یا حاد ظاهر نماید. در بیماریهایی که با آرتريت حاد شروع می‌شوند در تشخیص و درمان فوری بیماری اهمیت زیادی دارد، زیرا تأخیر در

بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی داخلی بیمارستان شهید بهشتی بابل انجام شده و بیمارانی وارد مطالعه شدند که مدت شروع علائم آنها کمتر از چهار هفته بوده و سن ۱۶ سال یا بالاتر داشتند.

وجود آرتریت حاد با معاینه، شرح حال و بر اساس وجود درد مفصل در لمس، حرکت فعال و غیر فعال، تورم مفصل تأیید شد. در معاینه بیماران علاوه بر تاریخچه به نوع و تعداد مفاصل مبتلا توجه شده است. همه مفاصل محیطی و محوری معاینه شدند و هر بیمار بر اساس تعداد مفاصل درگیر در هر یک از گروههای مونوآرتریت، اولیگوآرتریت و پلی آرتریت که بترتیب با درگیری یک مفصل، دو تا چهار مفصل و پنج مفصل یا بیشتر همراه هستند، قرار گرفتند. روشهای تشخیصی معمول که برای بیماران مبتلا به آرتریت های حاد توصیه شده است (۸-۹) برای هر یک از بیماران مورد مطالعه بکار رفته است. از بیماران مونوآرتیکولر و اکثریت بیماران اولیگوآرتیکولر آرتروستز بعمل آمد و مایع مفصلی از نظر تعداد سلولهای التهابی، کریستال و میکروب بررسی شد. رادیوگرافی مفصل و آزمایشات تشخیصی لازم با توجه به علائم بیماران در صورت نیاز انجام شد و تشخیص نهایی هر بیماری بر اساس معیارهای تشخیصی موجود برای بیماریهای روماتیسمی تأیید شد (۱۰). بیمارانی که جهت آزمایشات تشخیصی کامل، همکاری نداشتند و بیمارانی که در مدت مطالعه تشخیص قطعی آنها معلوم نشده بود از مطالعه کنار گذاشته شدند. در مدت مطالعه ۱۳۳ بیمار (۷۶ مرد و ۵۷ زن) با محدوده سنی ۱۶ تا ۸۱ سال واجد شرایط مطالعه بوده اند.

یافته ها

یافته ها نشان داد که ۲۶٪ افراد بعلت مونوآرتریت، ۵۶٪ اولیگوآرتریت و ۱۸٪ با پلی آرتریت مراجعه کردند. با توجه به معیارهای تشخیصی علت آرتریت بترتیب شیوع در هر یک از گروههای بیماران در جدول ۱ نشان

ژنتیکی و عوامل محیطی ارتباط دارد و تنوع نژادی، قومی و فرهنگی یا حتی تغذیه و آب و هوای مناطق جغرافیایی سبب تنوع اتیولوژیک آرتریت ها در جمعیت های مختلف می گردد (۳-۵). لذا در تشخیص علت آرتریت در هر بیمار علاوه بر نوع باید به تعداد مفاصل مبتلا، سن، جنس بیمار، تنوع نژادی، پراکندگی ژنهای مستعد بیماری و عوامل خطر آنها توجه داشت.

با وجودیکه در سالهای اخیر تحقیقات وسیعی در زمینه پاتوژنز و درمان بیماریهای روماتیسمی بعمل آمده است ولی شناسایی علت آرتریت ها در جمعیت های مختلف مطالعات انجام شده محدود بوده و تعداد کمی از بیماریهای روماتیسمی را شامل می شود. بطوریکه بررسی مقالات ۲۰ سال اخیر مدلاین نشان می دهد مطالعات جدی در این زمینه انجام نشده و یا مطالعات انجام شده ناچیز است (۶-۷). با توجه به اهمیت تشخیص سریع علت آرتریت های حاد برای جلوگیری از ضایعات غضروف مفصلی، اطلاع از فراوانی بیماریهایی که سبب آرتریت حاد در هر منطقه می شوند می تواند به تشخیص بیماری کمک نماید. در استان مازندران بیماریهای مفصلی نسبتاً شایع هستند. بیمارستان شهید بهشتی بابل یکی از مراکز درمانی شناخته شده ای است که بیماران مفصلی مستقیماً یا از طریق معرفی مراجعه می نمایند. تعداد قابل توجهی از این بیماران بعلت آرتریت حاد مراجعه می نمایند که بصورت سرپایی یا بستری مورد بررسی قرار می گیرند. تاکنون مطالعه ای از شیوع بیماریهای روماتیسمی در این منطقه بعمل نیامده است و اطلاع ما از اتیولوژی بیماریهایی که با آرتریت حاد شروع می شوند ناچیز است. بمنظور شناسایی علت آرتریت حاد در شهرستان بابل کلیه بیماران مراجعه کننده با آرتریت های حاد طی چهار سال مورد بررسی قرار گرفتند.

مواد و روشها

این مطالعه بین سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸ بر روی

داده شده است. از ۱۳۳ بیمار مراجعه کننده در ۷۵٪ بیماران علت بیماری به ترتیب شیوع، آرتریت واکنشی (۲۹٪)، نفرس (۲۶٪) و تب روماتیسمی (۲۰٪) بوده است. درصد شیوع هر یک از این بیماریها در هر گروه از بیماران تفاوت دارد (جدول ۱).

در بیماران مونوآرتریت که ۹۴٪ آنها مرد هستند شایعترین علت نفرس است که ۸۵٪ کل بیماران و ۸۹٪ بیماران بیش از ۴۰ سال را شامل شده است. میانگین سنی بیماران مبتلا به نفرس که بعلت مونوآرتریت حاد مراجعه کرده‌اند، ۵۶ سال می‌باشد. علل دیگر مونوآرتریت حاد همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است آرتریت واکنشی، سارکوئیدوز، روماتیسم پالندرومیک و نفرس کاذب بوده است.

علت بیماری در بیمارانی که بعلت اولیگوآرتریت مراجعه کرده‌اند در ۴۱٪ موارد آرتریت واکنشی و در ۲۷٪

موارد تب روماتیسمی است. محدوده سنی بیماران مبتلا به آرتریت واکنشی در مردان ۴۰-۱۹ و در زنان ۴۷-۲۳ سال بوده است. سن بیماران مبتلا به آرتریت واکنشی بالاتر از بیماران تب روماتیسمی بوده است (به ترتیب 30 ± 7 سال در مقابل 25 ± 9 سال، $p < 0.001$). علل دیگر اولیگوآرتریت حاد در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سنی بیماران نفرسی که با اولیگوآرتریت مراجعه کرده‌اند ۴۲ سال بود.

در بیماران مبتلا به پلی آرتریت حاد که اکثراً زن هستند تب روماتیسمی و آرتریت واکنشی هر کدام در ۲۵٪ موارد علت بیماری را تشکیل داده‌اند. در این گروه نیز میانگین سنی بیماران آرتریت واکنشی (30 ± 7) بیش از بیماران تب روماتیسمی (25 ± 9 سال) است.

در ۲۱٪ موارد آرتریت روماتوئید با میانگین سنی ۴۱ سال و در ۱۷٪ موارد لوپوس اریتماتوس سیستمیک با میانگین

جدول ۱. خصوصیات بیماران مورد مطالعه و اتیولوژی آرتریت‌های حاد در بیماران مراجعه کننده به

بیمارستان شهید بهشتی بابل (۷۸-۷۴)

خصوصیات بیماران و بیماری	مونوآرتریت	اولیگوآرتریت	پلی آرتریت	مجموع
زن	۲	۳۵	۲۰	۵۷
مرد	۳۲	۴۰	۴	۷۶
سن	53 ± 17	31 ± 13	34 ± 13	۳۷
اتیولوژی آرتریت‌های حاد (٪)				
آرتریت واکنشی	۲ (۶٪)	۳۱ (۴۱٪)	۶ (۲۵٪)	۳۹ (۲۹٪)
تب روماتیسمی	۰	۲۰ (۲۷٪)	۶ (۲۵٪)	۲۶ (۲۰٪)
نفرس	۲۹ (۸۵٪)	۵ (۷٪)	۰	۳۴ (۲۶٪)
آرتریت روماتوئید	۰	۰	۵ (۲۱٪)	۵ (۴٪)
لوپوس اریتماتو	۰	۰	۴ (۱۷٪)	۴ (۳٪)
واسکولیت	۰	۴ (۵٪)	۲ (۸٪)	۶ (۴٪)
سارکوئیدوز	۱ (۳٪)	۵ (۷٪)	۰	۶ (۴٪)
بیماری بهجت	۰	۳ (۴٪)	۰	۳ (۲٪)
روماتیسم پالندرومیک	۱ (۳٪)	۳ (۴٪)	۰	۴ (۳٪)
اریتماندوزوم	۰	۳ (۴٪)	۰	۳ (۲٪)
نفرس کاذب	۱ (۳٪)	۱ (٪)	۰	۲ (۲٪)
هپاتیت B	۰	۰	۱ (۴٪)	۱ (۱٪)
جمع	۳۴ (۱۰۰٪)	۷۵ (۱۰۰٪)	۲۴ (۱۰۰٪)	۱۳۳ (۱۰۰٪)

سنی ۲۲ سال علل پلی آرتريت را تشکيل داده‌اند. علل ديگر پلی آرتريت در جدول ۱ نشان داده شده است.

بحث

يافته‌های اين مطالعه نشان می‌دهد که در اين منطقه شايعترين علت مونوآرتريت حاد خصوصاً در افراد بالاتر از ۴۰ سال نقرس است که در سنين پائين‌تر نيز بصورت اوليگوآرتريت ظاهر می‌شود. بيماری شايع ديگر در اين منطقه آرتريت واکنشی است که در سنين بيش از ۳۰ سال می‌تواند به هریک از اشکال اوليگوآرتريت، پلی آرتريت و در تعداد کمی از بيماران نيز بصورت مونوآرتريت ظاهر شود. تب روماتیسمی علت شايع آرتريت حاد در سنين زیر ۳۰ سال است که بصورت اوليگوآرتريت يا پلی آرتريت خصوصاً در زنان ظاهر می‌شود. محدوده سنی بيماران تب روماتیسمی در اين مطالعه ۱۶ تا ۵۴ سال بوده است که تعدادی از بيماران سن بالا بعلت عود بيماری با آرتريت حاد مراجعه کرده‌اند. بيماریهای آرتريت روماتوئيد و لوپوس اريتماتو عمدتاً بصورت پلی آرتريت ظاهر می‌کنند که با توجه به محدوده سنی آنها براحتي تشخيص داده شوند. علل ديگر آرتريتهای حاد در اين منطقه که می‌توانند بصورت درگیری یک يا چند مفصل

ظاهر شوند عمدتاً بصورت اوليگوآرتريت حاد تظاهر می‌نمایند که با توجه به تظاهرات غير مفصلي و آزمایشات تکميلي مشکل تشخيصی ندارند. بخشی از نتایج اين مطالعه با اطلاعات موجود در منابع طبي (۱۲-۴۰) مطابقت دارد. تنها تفاوت موجود در اين بررسی عدم مشاهده آرتريت عفونی است که یکی از علل شايع مونوآرتريت حاد گزارش می‌شود (۲). با توجه به اینکه بيماران مورد مطالعه همگی مراجعه‌کنندگان به درمانگاه داخلی بوده‌اند، مواردی از بيماران را که به بخشهای اورژانس يا درمانگاههای جراحی مراجعه کرده‌اند شامل نشده است لذا هيچ مورد از آرتريت عفونی حاد تشخيص داده نشده است. معمولاً بيماران مبتلا، آرتريت‌های عفونی مراجعه‌کننده به درمانگاههای داخلی افرادی هستند که زمينه قبلي بيماری داشته و تحت درمان طبي قرار دارند و اغلب تابلوی حاد ندارند و لذا شرايط ورود به مطالعه را نداشته‌اند.

بطور خلاصه می‌توان نتیجه گرفت که در منطقه بابل، در سنين بالا علت آرتريت حاد عمدتاً نقرس و در سنين متوسط آرتريت واکنشی و آرتريت روماتوئيد و در سنين پائين‌تر در بالغين تب روماتیسمی و لوپوس اريتماتو است که بايد در تشخيص افتراقی مورد توجه قرار گیرد.

References

1. Fries JF, Mitchel DM. Joint pain or arthritis. JAMA 1970; 235: 199-204.
2. Baker DG, Schumacher H. Acute monoarthritis. N Engl J Med 1993; 329: 1013-20.
3. Ferguson G, Shultz JM, Bisno A. Epidemiology of acute rheumatic fever in a multiethnic , multiracial urban community. J Infect Dis 1991; 164: 720-5.
4. Silman A. Epidemiology of the rheumatic disease. in: Madison P, Isenberg D, Woo D, Glass D(eds). Oxford Textbook of Rheumatology, 1998; pp: 811-28.
5. Kaur S, Kumar D, Guover A, et al. Ethnic difference in expression of susceptibility markers in rheumatic fever. Int J Cardiol 1998; 64: 9-14.

6. Bilekot R, Koubemba G, Nkuua J. Etiology of oligoarthritis in equatorial Africa, A retrospective study of 80 cases in Brazzaville. *Vongo Rev Med Intern* 1999; 20: 408-11.
7. Frak Monari AC, Ayola -Alcala H, Martnez -Cairo S. Causes of arthritis in childhood Relation to age, sex and affected joints. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1980; 37: 153-61.
8. Lithman K. A rational approach to the diagnosis of arthritis. *Am Fam Physician* 1996; 53: 1295-300.
9. American College of Rheumatology AD Hoc Committee on Clinical Guidelines for the initial evaluation of the adult patients with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 1-8.
10. Felson D. Epidemiology of the rheumatic disease. In: Koopman W, Mc carty D, (eds). *Arthritis and allied conditions* Williams & Willkins, 1997; pp: 3-53.
11. Scutellari P, Or zinc D C, Castadi G, Francischini T. Monoarthritis. *Radiol Med Torino* 1995; 90: 689-98.
12. Emmerson E. The management of gout. *N Engl J Med* 1999; 334: 445-51.