● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال سوم ، شمارهٔ ۱ (پی‌درپی ۹) ، صفحه ۲۹ الی ۳۳ ، زمستان ۱۳۷۹

اتیولوژی آرتریت‌های حاد در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی بابل (۷۸-۷۴)

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: آرتریت 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 آرتریت‌های حاد در بابل انجام شده است.

مواد و روشها: تائید آرتریت 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 آرتریت حاد مراجعه کرده واز شروع بیماری آنها کمتر از چهار هفته گذشته بود و سن آنها ۱۶ سال یا بالاتر بود مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۱۲۳ بیمار مورد بررسی ۲۶٪ بعلت مونوآرتریت حاد، ۵۶٪ با اولیگوآرتریت و ۱۸٪ با پلی‌آرتریت حاد مراجعه کردند. شایعترین علت مونوآرتریت حاد در این منطقه نقرس، شایعترین علت اولیگوآرتریت حاد آرتریت واکنشی و تب‌روماتیسمی و شایعترین علت پلی‌آرتریت حاد، آرتریت واکنشی و تب روماتیسمی، آرتریت روماتوئید و لوپوس‌اریتماتو بود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در منطقه بابل علت آرتریت حاد در سنین بالا نقرس و در سنین متوسط آرتریت واکنشی و آرتریت روماتوئید و در سنین پائین‌تر تب روماتیسمی و لوپوس اریتماتو است .

واژه‌های کلیدی : *آرتریت، علت، منوآرتریت حاد، اولیگوآرتریت حاد، پلی‌آرتریت حاد.*

مقدمه

بیماریهای عضلانی اسکلتی نشانه‌های بالینی متنوعی دارند و آرتریت علامت شایعی است که در اکثر بیماریهای روماتیسمی جزو نخستین تظاهرات بیماری بشمار می‌آید (۱) و می‌تواند بصورت تدریجی یا حاد تظاهر نماید. در بیماریهایی که با آرتریت حاد شروع می‌شوند در تشخیص و درمان فوری بیماری اهمیت زیادی دارد، زیرا تأخیر در درمان ممکن است با ضایعات تخریبی غیرقابل‌برگشت مفصلی همراه باشد (۲). اتیولوژی آرتریت‌ها 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

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.3.1.4.9]

ژنتیکی و عوامل محیطی ارتباط دارد و تنوع نژادی، قومی و فرهنگی یا حتی تغذیه و آب و هوای مناطق جغرافیایی سبب تنوع اتیولوژیک آرتریت‌ها در جمعیت‌های مختلف می‌گردد(۵-۳). 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 آرتریت‌ها در جمعیت‌های مختلف مطالعات انجام شده محدود بوده و تعداد کمی از بیماریهای روماتیسمی را شامل می‌شود. بطوریکه بررسی مقالات ۲۰ سال اخیر مدلاین نشان می‌دهد مطالعات جدی در این زمینه انجام نشده و یا مطالعات انجام شده ناچیز است (۷-۶). با توجه به اهمیت تشخیص سریع علت آرتریتهای حاد برای جلوگیری از ضایعات غضروف مفصلی، اطلاع از فراوانی بیماریهایی که سبب آرتریت حاد در هر منطقه می‌شوند می‌تواند به تشخیص بیماری کمک نماید. در استان مازندران بیماریهای مفصلی نسبتاً شایع هستند. بیمارستان شهید بهشتی بابل یکی از مراکز درمانی شناخته شده‌ای است که بیماران مفصلی مستقیماً یا از طریق معرفی مراجعه می‌نمایند. تعداد قابل‌توجهی از این بیماران بعلت آرتریت حاد مراجعه می‌نمایند که بصورت سرپایی یا بستری مورد بررسی قرار می‌گیرند. تاکنون مطالعه‌ای از شیوع بیماریهای روماتیسمی در این منطقه بعمل نیامده است و اطلاع ما از اتیولوژی بیماریهایی که با آرتریت حاد شروع می‌شوند ناچیز است. بمنظور شناسایی علت آرتریت حاد در شهرستان بابل کلیه بیماران مراجعه کننده با آرتریت‌های حاد طی چهار سال مورد بررسی قرار گرفتند.

مواد و روشها

این مطالعه بین سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸ بر روی 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 تأئید 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 پلی‌آرتریت 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 آرتریت‌های حاد توصیه شده است (۹-۸) برای هر یک از بیماران مورد مطالعه بکار رفته است. از بیماران مونوآرتیکولر و اکثریت بیماران اولیگوآرتیکولر آرتروسنتز 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 بوده‌اند.

یافته‌ها

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

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.3.1.4.9]

داده شده است. از ۱۳۳ بیمار مراجعه کننده در ۷۵٪ بیماران علت بیماری بترتیب شیوع، آرتریت واکنشی (۲۹٪)، نقرس (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 نقرس است که ۸۵٪ کل بیماران و ۸۹٪ بیماران بیش از ۴۰ سال را شامل شده است. میانگین سنی بیماران مبتلا به نقرس 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 نقرس کاذب بوده است.

علت بیماری در بیمارانی که بعلت اولیگوآرتریت مراجعه کرده‌اند در ۴۱٪ موارد آرتریت واکنشی و در ۲۷٪ موارد تب‌روماتیسمی 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 (بترتیب ۷±۳۰ سال در مقابل ۹±۲۵ سال، p<۰/۰۰۱). علل دیگر اولیگوآرتریت حاد در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سنی بیماران نقرسی 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 (۷±۳۰) بیش از بیماران تب روماتیسمی (۹±۲۵ سال) است [۱].

در ۲۱٪ موارد آرتریت روماتوئید با میانگین سنی ۴۱ سال و در ۱۷٪ موارد لوپوس اریتماتوسیستمیک 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	پلی‌آرتریت	مجموع
زن	۲	۳۵	۲۰	۵۷
مرد	۳۲	۴۰	۴	۷۶
سن	۱۷±۵۳	۱۳±۳۱	۱۳±۳۴	۳۷
اتیولوژی آرتریت‌های حاد(٪)				
آرتریت واکنشی	۲ (٪۶)	۳۱ (٪۴۱)	۶ (٪۲۵)	۳۹(٪۲۹)
تب روماتیسمی	۰	۲۰ (٪۲۷)	۶ (٪۲۵)	۲۶ (٪۲۰)
نقرس	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)
نقرس کاذب	۱ (٪۳)	۱ (٪)	۰	۲ (٪۲)
هپاتیت B	۰	۰	۱ (٪۴)	۱ (٪۱)
جمع	۳۴ (٪۱۰۰)	۷۵ (٪۱۰۰)	۲۴ (٪۱۰۰)	۱۳۳(٪۱۰۰)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.3.1.4.9]

سنی ۲۲ سال علل پلی‌آرتریت را تشکیل داده‌اند. علل دیگر پلی‌آرتریت در جدول ۱ نشان داده شده است.

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در این منطقه شایعترین علت مونوآرتریت حاد خصوصاً در افراد بالاتر از ۴۰ سال نقرس است که در سنین پائین‌تر نیز بصورت اولیگوآرتریت ظاهر می‌شود. بیماری شایع دیگر در این منطقه آرتریت واکنشی است که در سنین بیش از ۳۰ سال می‌تواند به هریک از اشکال اولیگوآرتریت، پلی‌آرتریت و در تعداد کمی از بیماران نیز بصورت مونوآرتریت ظاهر شود. تب روماتیسمی علت شایع آرتریت حاد در سنین زیر ۳۰ سال است که بصورت اولیگوآرتریت یا پلی‌آرتریت خصوصاً در زنان ظاهر می‌شود. محدوده سنی بیماران تب روماتیسمی در این مطالعه ۱۶ تا ۵۴ سال بوده است که تعدادی از بیماران سن بالا بعلت عود بیماری با آرتریت حاد مراجعه کرده‌اند. بیماریهای آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتو عمدتاً بصورت پلی‌آرتریت تظاهر می‌کنند که با توجه به محدوده سنی آنها براحتی تشخیص داده شوند. علل دیگر آرتریتهای حاد در این منطقه که می‌توانند بصورت درگیری یک یا چند مفصل ظاهر شوند عمدتاً بصورت اولیگوآرتریت حاد تظاهر می‌نمایند که با توجه به تظاهرات غیرمفصلی و آزمایشات تکمیلی مشکل تشخیصی ندارند. بخشی از نتایج این مطالعه با اطلاعات موجود در منابع طبی (۱۲-۱۰و۴) مطابقت دارد. تنها تفاوت موجود در این بررسی عدم مشاهده آرتریت عفونی است که یکی از علل شایع مونوآرتریت حاد گزارش می‌شود (۲). با توجه به اینکه بیماران مورد مطالعه همگی مراجعه‌کنندگان به درمانگاه داخلی بوده‌اند، مواردی از بیماران را که به بخشهای اورژانس یا درمانگاههای جراحی مراجعه کرده‌اند شامل نشده است لذا هیچ مورد از آرتریت عفونی حاد تشخیص داده نشده است. معمولاً بیماران مبتلا، آرتریت‌های عفونی مراجعه کننده به درمانگاههای داخلی افرادی هستند که زمینه قبلی بیماری داشته و تحت درمان طبی قرار دارند و اغلب تابلوی حاد ندارند و لذا شرایط ورود به مطالعه را نداشته‌اند.

بطور خلاصه می‌توان نتیجه گرفت که در منطقه بابل، در سنین بالا علت آرتریت حاد عمدتاً نقرس و در سنین متوسط آرتریت واکنشی وآرتریت روماتوئید و در سنین پائین‌تر در بالغین تب روماتیسمی و لوپوس اریتماتو است که باید در تشخیص 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.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.3.1.4.9]

6. Bilekot R, Koubemba G, Nkuaa J. Etiology of oligoarthritis in equatortal 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 Phaysician 1996; 53: 1295-300.

9. American College of Rheumatology AD Hoc Committee on Clinical Guidlines 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.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش داخلی، تلفن: ۵-۲۲۵۲۰۷۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.3.1.4.9]