

ضایعات دریچه‌ای قلب در آرتریت روماتوئید

ضایعات دریچه‌ای قلب ناشی از روماتیسم حاد مفصلی از قدیم‌الایام شناخته شده است ولی در آرتریت روماتوئید تا سالهای اخیر ضایعات دریچه‌ای قلب شناخته و شرح داده نشده بود. اولین بار مالوری (۴ و ۵) در اتوئیدی بیماران خود چنین ضایعاتی را ملاحظه و شرح داد. اخیراً نیز عده‌ای از مصنفین در اتوئیدی عده قابل توجهی از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ضایعات دریچه‌ای قلب مشاهده نموده‌اند (۳ و ۸). میزان گرفتاری قلب در این اتوئیدی‌ها در حدود ۱۰ تا ۶ درصد تخمین زده شده است این ضایعات بسیاری از مشخصات ضایعات قلبی روماتیسم حاد مفصلی را داشته‌اند به‌من جهت بعضی از مصنفین این تشابه را دلیل نزدیک بودن اتیولوژی آرتریت روماتوئید و روماتیسم حاد مفصلی دانسته‌اند (۳). ولی دو پدیده التهابی غیر عادی در این ضایعات دیده شده که کاردیت روماتوئید را از کاردیت روماتیسمی مشخص و جدا میکند یکی ضایعات گرانولوسی است که شبیه ندولهای زیرجلدی آرتریت روماتوئید است و دیگری نوع خاصی از آنورتیت و اندوکاردیت آنورتیک همراه با علائم نارسائی آنورت. در این مقاله ما بشرح یک مورد نارسائی آنورت که با احتمال بسیار قوی در نتیجه آرتریت روماتوئید ایجاد شده و اخیراً مشاهده کرده‌ایم می‌پردازیم و سپس انتشارات پزشکی را در این مورد بررسی می‌کنیم.

شرح حال بیمار: آقای ش - ی ۱۸ ساله ساکن آمل کارگر لوسترساز: بعلت درد زانو و سچ پا و مفاصل دیگر در بخش طبی یک بیمارستان شماره ۳ کمک بستری گردید. ۴ روز قبل از بستری شدن ابتداء دچار درد زانو و سچ پا و انگشتان پای راست و سپس پای چپ و هر دو دست گردیده است. مفاصل آرنج و سچ دست و انگشتان هر دو دست مبتلا بوده‌اند. بیمار نمیتوانسته بخوبی دست خود را باز و بسته کند و این ناراحتی بیشتر صبح‌ها و بعد از برخاستن از خواب بوده است. یکسال قبل بعلت همین ناراحتی در بخش داخلی یکی از بیمارستانهای دانشکده پزشکی بستری بوده و مدت دو ماه تحت درمان با پنی‌سیلین و آسپیرین

قرار گرفته است ولی بعد از دو ماه بهبود مختصری در وضع او ایجاد شده است و او را سرخص کرده‌اند. بیمار چند روزی در منزل استراحت کرده و بعلت اینکه درد و ناراحتی مفصلی او شدت یافته بدیمارستان دیگری مراجعه کرده است در بیمارستان اخیر نیز او را با پنی سیلین و آسپیرین مداوا میکرده‌اند و بعد از دو ماه درمان و استراحت حالش تقریباً خوب و سرخص گردیده بود. در سن ۴ سالگی بسرخک و در ۷ سالگی به حصبه مبتلا شده ولی سابقه دیگری ندارد.

در بررسی دستگامها - بیمار از پیش قلب و تنفس تنگی موقع انجام کار بدنی و بالا رفتن از پله شکایت داشت ولی ارتوپد نداشت از نظر گوش، حلق، بینی، دستگاه تنفس، گوارش، ادراری تناسلی و عصبی شکایتی نداشت.

از نظر معاینه فیزیکی - بیمار جوانی بود که خوب تغذیه شده بود. در معاینه قلب ضربه نوبت قلب بچشم نمیخورد و فرسوسه‌ان نداشت در سمع قلب سوفل سیستولیک درجه ۲ در کانون نوبت قلب شنیده میشد. در سوپین فضای بین دنده‌ای چپ و دو سوپین فضای بین دنده‌ای راست سوفل دیاستولیک درجه ۲ شنیده میشد که انتشار آن بطرف چپ استرنوم روی پائین بود در معاینه شکم طحال کمی بزرگ ولی کبد با اندازه طبیعی بود.

اندامها: - فواصل انتر فالنژین پروگزیمال کمی دوکی شکل بود حرکات انگشتان دست کمی دردناک بود زانوها بخصوص زانوی چپ در موقع حرکت دردناک بود ولی تورم و قرمزی و گرمی واضحی نداشت وزن ۸۰ کیلوگرم درجه حرارت ۳۷، نبض ۸۸ در دقیقه فشار خون ۱۲۰/۷۰ سیاه ترنجبوه نبض پرو منظم. رادیوگرافی از انگشتان دست تغییرات مهمی نشان نداد عکسبرداری از ریتین طبیعی سمت لائکس منفی - واکنش C. R. P. دو + - هموگلوبین ۱۱/۴ گرم درصد - گلبول قرمز ۴۳۰۰۰۰ در هر سی‌متر مکعب و لکوسیت ۵۸۰۰۰ بود (سگمانته ۴ و لنفوسیت ۲۶ سونوسیت ۲ ائوزینوفیل ۱۶).

سدیه انتاسیون ساعت اول ۱۲ و ساعت دوم ۲۸ سیلیمتر وزن مخصوص ادرار ۱۰۱۰ - آلبومین وقت در ادرار نداشت.

بیمار مدت ۱۶ روز تحت درمان با اسپیرین (روزی پنج گرم) و پنی سیلین بود ولی چون بهبود در وضع او ایجاد نشد روزانه ۱۰ میلیگرم پردنیزولون به بیمار داده شد و با این درمان روز بروز حال او بهتر شد و بعد از تقریباً دو ماه بستری بودن در بیمارستان در حالیکه بهبود نزدیک بکامل پیدا کرده بود سرخص گردید.

بحث

ضایعات قلابی آرتریت روماتوئید تا چند سال قبل هویت مشخصی نداشت شاید بدانات

که پزشکان بالینی آنها را بعنوان اندوکاردیت روماتیسمی و متخصصین آسیب‌شناسی بعنوان آئورتیت سیفیلیتیک تشخیص میدادند.

در ۱۹۵۷ کلارك و همکاران (۳) بیست و دوسود آئورتیت ناشی از آرتریت روماتوئید شرح دادند. قبل از او اولین بار مالوری (۴) و سپس دیگران مانند [بوئر و کلارك (۱)] در ۱۹۴۸ و بوئر و کلارك و کولکا (۲) در ۱۹۵۱ و سوکولف (۷) در ۱۹۵۳ مواردی از این ضایعات را شرح دادند. در بیماران کلارك ضایعه‌ستون فقرات واسپوندیلیت در ۹۱٪ گرفتاری مفصل ران و شانه در ۸۶٪ گرفتاری مفصل محیطی (غیراشاره) در ۸۲٪ و گرفتاری مفصل ستا کاربوفالانژین و انترفالانژین در ۵٪ بیماران وجود داشته و در همه آنها گرفتاری دریچه آئورت بشدت رسید. موضوع جالب اینکه ۵۹٪ بیماران مبتلا به اووئیت و ۱۹٪ آنها مبتلا به پسوریازیس بوده‌اند. مشخصات ضایعه قلبی بشرح زیر بوده است:

در ۱ بیمار تفاوت فشار با کزیم و سینیم از حد معمول بیشتر بوده است - سوئل دیاستولیک از نوع آستین فلینت در سه بیمار و سوئل های درجه ۱ تا درجه ۳ کانون آئورت در ۲ بیمار وجود داشته است. نارسانی قلب در ۱ بیمار دیده شد که همه آنها، سنجبرمگ شد. آنزیم دویوآترین در ۸ بیمار عارض گردید که همه آنها طی چهار سال سردند تغییرات الکتروکاردیوگرافی در بیماران بشرح زیر بود:

در پنج بیمار فاصله P-R تا ۳۸ صدم ثانیه طولانی شده بود در بیمار ششم فاصله P-R در سرحد طبیعی بود - اختلال هدایت جریان در بطن از نوع بلوک دسته چپ همیس درشش بیمار و علائم افزایش بار قلب یا هیپرتروفی آن در ۴ بیمار وجود داشت و درشش بیمار الکتروکاردیوگرافی طبیعی بود - در اتوپسی وزن قلب بین ۳۹۰ تا ۹۰۰ گرم و بیشتر هیپرتروفی در بطن چپ دیده میشد و دریچه آئورت نیز متسع بود. لت‌ها درجات مختلف فیروز و افزایش ضخامت و جمع شدگی و پیچ خوردگی در لبه آزاد خود نشان میدادند - کمیورها آزاد بودند ولی در بعضی موارد باندهای چسبندگی که بصورت پلی از روی کمیورها رد میشد دیده شد در اشکال سزمن رسوب ساده‌آهکی بر روی لت‌ها دیده میشد ضخیم شدن بعلت فیروز یا چسبندگی بیترال واضح نبود و از نظر بالینی اهمیتی نداشت چند مورد دیگر نیز اخیراً در انتشارات پزشکی شرح داده شده‌اند که ضایعات مشابهی داشته‌اند یکی از این‌ها از این جهت جالب بوده که آرتریت روماتوئید از سن سه سالگی شروع شده است. (۴)

از بررسی انتشارات پزشکی نتایج زیر درباره ضایعات قلبی آرتریت روماتوئید گرفته میشود (۱) آرتریت روماتوئید بیشتر دریچه آئورت را مبتلا میکند. (۲) بیشتر سردان مبتلا میشوند

(۳) ضایعه آسیب‌شناسی عبارتست از: تخریب بافت ارتجاعی در حلقه دریچه آئورت که باعث اتساع آن میگردد و جوش خوردگی لت‌های دریچه که موجب جمع‌شدگی و پیچ خوردگی لبه آزادلت‌ها و تغییر شکل و کلسیفیکاسیون آن میگردد (۴) از نظر بالینی علائم نارسائی آئورت - اکثر اوقات وجود دارد و سوفل دیاستولیک سربوط باین نارسائی شنیده میشود (۵) احتمال ایجاد نارسائی کرونر و بروز آنژین دوپوآتترین در اثر ابتلاء دهانه کرونرها موجود است.

با وجودیکه تشخیص بالینی این ضایعه از بیماری روماتیسمی قلب فقط جنبه حدس و فرض دارد معیناً این تشخیص در درجه اول بوجود آرتریت روماتوئید همزمان باین ضایعه و نبودن سابقه قبلی روماتیسم بستگی دارد. پیدایش سوفل دیاستولیک آئورت در مرحله عود آرتریت روماتوئید بخصوص اگر با اووئیت همراه باشد دارای اهمیت تشخیصی است و وجود اسپوندیلیت کمک زیادی بتشخیص میکند آرتریت روماتوئید از آرتریت سیفیلیسی با مشخصات زیر متمایز است: (۱) وجود علائم آزمایشگاهی سیفیلیس (۲) در آرتریت سیفیلیسی معمولاً اتساع دریچه آئورت دیده نمیشود در صورتیکه در آرتریت روماتوئید دیده نمیشود (۳) آرتریت روماتوئید در افراد جوانتری وجود دارد.

خلاصه

در این مقاله شرح حال یک بیمار مبتلا به نارسائی آئورت که احتمالاً ناشی از آرتریت روماتوئید بود شرح داده شد و انتشارات پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. بنظر میرسد در حدود ۲٪ از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در یک دوره از بیماری خود دچار ضایعه آئورت میشوند.

مآخذ و مدارك:

- 1) Bauer, W. and Clark, W.S.: The Systemic manifestations of Rheumatoid arthritis; Tr. A. Ann. Physicians, 61:339, 1948.
- 2) Bauer, W., Clark, W. S., and Kulka, J. R. : Aortitis and aortic endocarditis and unrecognized manifestation of Rheumatoid arthritis; Ann. Rheum. Dis, 10:470, 1951.
- 3) Clark, W.S., Kulka, J.P., and Bauer; W : Rheumatoid aortitis and aortic regurgitation; An unusual Manifestation of Rheumatoid arthritis (Including spondylitis), AM. J. Med., 22: 580, 1957.

- 4) Mallory, T.B.: Cabot Case number 22141; New Eng. J. M. 214 : 693, 1936.
- 5) Mallory, T. B.: Cabot Case number 22142,. New Eng. J. M. 214: 693, 1936.
- 6) Pirani, C.L. and Bennet, G.A. : Rheumatoid Arthritis, Report of three Cases Progressing from childhood and emphasizing certain systemic manifestations, Bull. Hosp. Jt. Dis. 12:335, 1951.
- 7) Sokoloff, L. : The heart in Rheumatoid arthritis; Am. Heart. J., 45: 635, 1953.