

تظاهرات مفصلی بیماری‌های ویروسی

دکتر فیروز پناهی*

اهمیت می‌تواند قرار گیرند بدین معنی که یا علائم مفصلی فوق‌العاده شدید هستند و یا اینکه بتنهائی می‌توانند اولین تظاهر بیماری را تشکیل دهند. این اشکال که با اسم اشکال شبه رماتیسمی بیماری‌های ویروسی نامیده می‌شوند با وجود اینکه نادر هستند شناختن آنها برای طبیب خیلی مهم است زیرا اشتباه در تشخیص این اشکال شبه رماتیسمی بیماری‌های ویروسی با بعضی از رماتیسم‌های التهابی مانند رماتیسم حاد مفصلی و یا پولی آرتریت روماتوئید می‌تواند منشاء درمان‌های بی‌ثمر باشد که در بعضی مواقع این نوع درمان‌ها حتی خطرناک نیز می‌باشد.

قبل از همه متذکر می‌شویم آرتریت‌ها ممکن است در جریان آبله و استثنائاً بعد از واکسیناسیون آن مشاهده شده و همچنین در لنفوگرانولوماتوز خوش خیم و در عفونت‌های ناشی از Arbovirus هم ممکن است تظاهرات پولی آرتیگولر مشاهده شود ولی شایع‌ترین عوارض رماتیسمی در چهار بیماری ویروسی زیر مشاء می‌شود:

۱- هپاتیت‌های ویروسی

۲- سرخجه

۳- اوریون

۴- زونا

— هپاتیت ویروسی — هپاتیت ویروسی اغلب اوقات همراه با تظاهرات مفصلی است ولی وفور این تظاهرات مفصلی بر سبب آلفین متفاوت می‌باشد.

Tormay و Klemo تظاهرات مفصلی رادریک سوم موارد

هپاتیت ویروسی ذکر کرده‌اند،

Epping در یک دوم موارد این تظاهرات را ذکر می‌کند.

مطالعه روابط بین ویروس و رماتیسم مسئله مهمی است که در سال‌های اخیر توجه اغلب دانشمندان را بخود معطوف کرده و بهمین مناسبت کارها و تحقیقات علمی متعددی در مورد این مسئله صورت گرفته است.

برای اینکه بتوان به‌سختی روابط بین ویروس و رماتیسم را مورد بررسی قرار داد این مسئله در سه مقاله و بشرح زیر باید مورد مطالعه قرار گیرد:

۱ - قسمت اول تظاهرات مفصلی يك عده از بیماری‌ها که عامل آنها بطور قطع ویروس هستند که موضوع مقاله فعلی ما را تشکیل می‌دهد.

۲ - قسمت دوم تظاهرات رماتیسمی دو بیماری که با احتمال قوی عامل آنها ویروس است که عبارتند از:

سنتز فیسنز - لروا - رایتر Fiessenger, Leroy, Reiter

آفتوز نرالیزه و سندرم Behçet .

۳ - قسمت سوم فرضیه و منشاء ویروسی بودن بعضی از رماتیسم‌های التهابی مزمن و یا کولائتوزها که مخصوصاً در سال‌های اخیر بررسی‌های مهمی در این باره صورت گرفته است.

تظاهرات رماتیسمی بیماری‌های ویروسی

تقریباً تمام بیماری‌های ویروسی در مرحله استقرار خود توانند موجب دردهای عضلانی و مفصلی شوند ولی این نوع میالژی‌ها و آرترالژی‌ها جزء تابلوی عفونی بیماری محسوب می‌شوند و به تنهائی مسئله مهمی را پیش نمی‌آورند ولی با وجود این در بعضی از بیماری‌های ویروسی تظاهرات مفصلی در درجه اول

Marner در ۱۲ درصد موارد.

و بالاخره در يك آمار جدید که روی ۱۵۰ بیمار بعمل آمده است Anastasesco آرترا لژی را در ۲۳ درصد موارد و آرتريت‌ها را در چهار درصد موارد ذکر کرده است. اشکال کاملاً شبیه روماتیسمی بیماری در ده درصد موارد ذکر شده است.

تظاهرات مفصلی یا بصورت آرترا لژی است که بیشتر در مرحله پرودرومیک بیماری دیده میشوند که اغلب خفیف و کوتاه مدت هستند: تری سندرم؛ میگرن - کهیر و آرترا لژی که قبل از یرقان وجود دارند از دیر زمان شناخته شده است و در مواقع اپیدمی بلافاصله فکر طبیب را متوجه هپاتیت ویروسی می‌کند.

در بعضی مواقع تظاهرات مفصلی خیلی شدید و آرتريت‌های التهابی خفیفی وجود دارد که اشکال شبه روماتیسمی را تشکیل می‌دهند این اشکال فقط در پیش اشخاص بالغ مشاهده می‌شوند و در پیش اطفال ذکر نشده است در شخص بالغ در هر دو جنس يك میزان مشاهده می‌شوند معمولاً دو تا چهار هفته قبل از یرقان ایجاد میشوند که بطور قرینه هم مفاصل بزرگ و هم کوچک را مبتلا می‌سازد و مخصوصاً مفاصل انگشتان؛ مچ دستها و زانوها مبتلا میشود و يك منظره شبیه شروع پولی آرتريت روما توئید بوجود می‌آید و مخصوصاً که اغلب اوقات آرتريت‌های مفاصل دست (متاکارپوفالانژین و بین فالانژهای ابتدائی) و مچ با خشکی صبحگاهی توأم است و ندرتاً تست لاتکس مثبت میشود که تشخیص واقعا مشکل میشود. دوشرح حال زیر نشان دهنده اشکالات تشخیص در این نوع اشکال شبه روماتیسمی هپاتیت ویروسی است.

شرح حال شماره ۱ - بیمار زنی است ۳۴ ساله که بعلت درد مفاصل مچ دست و متاکارپوفالانژی M.P و بین فالانژی ابتدائی I.P.P بدرمان نگاه روما توئیدی مرکز شکی پهلوی مراجعه میکند بیماری در حدود دو روز است شروع شده است در معاینه علائم التهاب و تورم در مفاصل I.P.P و M.P و هم چنین در مچ دستها کاملاً مشهود است این التهاب و تورم در هر دو دست قرینه است آزمایشات بیولوژیکی که تقاضا میشود سرعت سدیماتاسیون کمی بالاتر از طبیعی (۳۵ میلیمتر در ساعت اول) است لاتکس + است و شمارش فرمول گلبولی يك آنمی خفیف نشان داد تعداد لکوسیتها ۵۰۰۰ که بانوتروپنی ۴۰ درصد توأم بود. بیمار با تشخیص شروع پولی آرتريت روما توئید در بخش بستری می‌گردد.

در بخش نیز امتحانات بیولوژیکی لاتکس + + نشان می‌دهد سرعت سدیماتاسیون ۱۸ میلیمتر در ساعت اول است بیمار از سردرد و آستنی و بی‌اشتهائی شکایت داشت و تحت درمان با آسپرین و رزوشین قرار می‌گیرد و يك هفته بعد یرقان ظاهر میگردد و در مدت سه روز کلیه علائم مفصلی از بین می‌روند و تحقیقات بعدی کاملاً وجود يك هپاتیت ویروسی را مسلم میکند و بیمار بهمکارمتخصص

جهاز هاضمه سپرده شد از آن بعد دیگر مریض کوچکترین تظاهر مفصلی از خود نشان نمی‌دهد.

شرح حال شماره ۲ - بیمار زنی است ۲۸ ساله که بعلت يك پولی آرتريت التهابی که مفاصل زانو و M.P و IPP هر دو دست را گرفته است بدرمان نگاه روما توئیدی مراجعه کرده است بیماری دو هفته است که شروع شده است و با خشکی صبحگاهی توأم میباشد سابقه مهم دیگری را ذکر نمی‌کند در آزمایش خون سرعت سدیماتاسیون ۲۰ میلیمتر در ساعت اول شمارش و فرمول گلبولی طبیعی است تست لاتکس منفی است و آنتی استرپتولیزین هاپطیبی است و بیمار با تشخیص احتمالی پولی آرتريت روما توئید تحت درمان با آسپرین و اندومتاسین قرار می‌گیرد يك هفته بعد که بیمار برای کنترل بیمادرستان می‌آید یرقان ظاهر شده است و بیمار بدرمان نگاه جهاز هاضمه فرستاده شد و با تشخیص هپاتیت ویروسی بستری می‌گردد و کلیه علائم مفصلی در مدت دو روز از بین می‌روند و تحقیقات بعدی وجود يك هپاتیت ویروسی را برای این بیمار که بستری شده مسلم می‌کند.

برای تفکیک تظاهرات مفصلی قبل از یرقان هپاتیت ویروسی با شروع يك پولی آرتريت روما توئید باید بنکات زیر توجه داشت:

۱ - توأم بودن تظاهرات مفصلی با علائم جلدی از نوع کهیر و پورپورا که مخصوصاً در اندام تحتانی دیده میشوند.
۲ - وجود اختلالات گوارش و مخصوصاً آستنی شدید که معمولاً در شروع پولی آرتريت روما توئید باین شدت دیده نمیشود.

۳ - وجود يك اپیدمی و یا سابقه ترانسفوزیون و یا تزریق.
۴ - يك آزمایش بیولوژیکی خیلی مفید در این مرحله اندازه گیری ترانس آمینازها است که معمولاً افزایش یافته‌اند. بطوریکه بعد از دو او بسرواسیون فوق‌الذکر مادر پیش هر بیماری که علائم شروع پولی آرتريت روما توئید را نشان می‌دهد بطور سیستماتیک اندازه گیری ترانس آمینازها را نیز انجام می‌دهیم و جدیداً يك بیمار که علائم شروع پولی آرتريت روما توئید را توأم با افزایش ترانس آمینازها نشان می‌داد و آستنی و سردرد و کهیر نیز شکایت داشت باشک بشروع يك هپاتیت ویروسی تحت نظر قرار دادیم و دو هفته بعد یرقان پیش این بیمار ظاهر شد و تشخیص قطعی گردید.

۵ - در پیش بعضی از این بیماران تست لاتکس مثبت است ولی تست Waabr Rose همیشه منفی است.

سیر و عاقبت - بطور کلی دو یا سه روز بعد از بروز یرقان علائم مفصلی بکلی از بین می‌روند و کوچکترین یادگاری از خود باقی نمی‌گذارند.

درمان با کورتیکوئیدها می‌تواند علائم مفصلی را حتی

قبل از یرقان نیز بکلی از بین ببرد (Lejfune و همکاران).
پاتوژنی: احتمالاً تظاهرات مفصلی طبیعت آلرژیک دارند
مخصوصاً که با کهیر و یا پورپورا و حتی بعضی مواقع با آنوزینو-
فیلی توأم هستند و مطالعات دو مؤلف ژاپنی بنام Tanigucht
و Schichikawa که معتقدند تظاهرات مفصلی در نتیجه حمله خود
ویروس بمفصل میباشد تاکنون بثبوت نرسیده است.

در هر حال نتیجه‌ای که می‌شود از تظاهرات رماتیسمی
هپاتیت‌های ویروسی از نقطه نظر پراتیک گرفت اینست که بطور
سیستماتیک طبیب بهتر است در موقع شروع علائم یک پولی آرتريت
التهابی اندازه‌گیری ترانس آمینازها را جزء آزمایشات بیولوژیکی
متداول دیگر درخواست نماید. قبل از اینکه اقدام بدرمانهای ضد
رماتیسمی مخصوصاً املاح طلا و یافینیل بوتازن (که اثر سمی روی
کبد دارند) بکنند تشخیص واقعی بیماری را بدهد و از تجویز این
نوع داروها که برای کبد بیمار فوق العاده مضر است خودداری
نماید.

سرخچه - مطالعه تظاهرات مفصلی سرخچه از دو نقطه نظر
شایان اهمیت است: اول از نقطه نظر پراتیک. برای اینکه در مقابل
یک پولی آرتريت کاملاً شبیه پولی آرتريت روما توئید میباشد
اگر علت آن سرخچه باشد، و میتوان گفت که عاقبت آن کاملاً خوب
و بهبودی قطعی ایجاد خواهد شد. دوم از نقطه نظر تئوری زیرا
سرخچه یکی از بیماریهای ویروسی است که ایجاد یک پولی-
آرتريت میتواند بکند که کاملاً توانسته اند ویروس بیماری را در
مایع مفصلی مطالعه و تفکیک کنند و ضمناً ضایعات آسیب شناسی
مفصلی را نیز مطالعه نمایند.

برای اولین بار ویلیام اوسلر در ۱۹۰۶ آرتريت را جزء
عوارض سرخچه ذکر کرده است بعداً Geiger در ۱۹۱۸ درسی
و شش مورد سرخچه تظاهرات مفصلی را مشاهده کرده بود بعدها
دیگر مقاله‌ای در مورد پولی آرتريت سرخچه مشاهده نگردید تا
اینکه در ۱۹۴۰ فقط Copeman و Bennett چهار مورد دیگر
آرتريت‌های سرخچه را مطالعه کردند ولی از ۱۹۵۰ بعد
مطالعات فوق العاده زیاد و جالبی توسط مؤلفین آنگلو ساکسون
در باره پولی آرتريت سرخچه انجام گرفت که مافقط بدانکه
اسامی بعضی از آنها مبادرت میکنند: Lee و Hall و Johnson
و Kantor و Tanner - Kantor - Bywaters و Yanez و
Hildebrand و Maassab.

و فوراً و فوراً تظاهرات مفصلی سرخچه بر حسب آمار مختلف
متفاوت است. Vivien در فرانسه فقط یک مورد تظاهرات
مفصلی در بین ۴۰۰ بیمار مبتلا به سرخچه ذکر کرده است در
صورتیکه Loudon شانزده مورد تظاهرات مفصلی در بین ۵۰ بیمار
مبتلا به سرخچه ذکر کرده است. Fry و همکارانش ۱۱ مورد تورم

مفصلی در بین ۷۴ بیمار به سرخچه ذکر کرده اند. در آمار Hope
و Simpson در ۲۵ مورد تظاهرات مفصلی پیش ۷۵ بیمار مبتلا
به سرخچه وجود داشته است و بالاخره در ۳۶ مورد تظاهرات مفصلی
از ۱۸۰ بیمار Geiger (که توسط Hall و Johnson نوشته شده است)
وجود داشته است بطور خلاصه میتوان گفت که از هر چهار بیمار
مبتلا به سرخچه معمولاً در یک بیمار پولی آرتريت سرخچه دیده
میشود. پولی آرتريت سرخچه در جنس زن بر مراتب فراوان تر از
مرد است (سهن در مقابل یک مرد) و بیشتر بین سنین ۲۰ تا ۴۰
سالگی دیده میشود ولی Hildebrand یک مورد از آن را در پیش
یک بچه چهارده ماهه گزارش داده است.

علائم - شروع تظاهرات مفصلی معمولاً با همراه با اکرانتم
و با دو یا سه روز بعد از اکرانتم است ندرتاً ممکن است قبل از اکرانتم
تظاهرات مفصلی ایجاد شوند (گاهی شش روز قبل از اکرانتم نیز
ایجاد شده اند) شروع تظاهرات مفصلی معمولاً بوسیله درد و علائم
معمولی التهاب ایجاد میشود و بیشتر مفاصل I.P.P. و M.P.P. مچ
دست‌ها را فرا میگیرد که فوق العاده شبیه پولی آرتريت روما توئید
میباشد که مخصوصاً با خشکی صبحگاهی نیز توأم میباشد و همچنین
زانوها و مفاصل مچ پا و آرنجها نیز ممکن است گرفتار شوند.
جدول زیر توپوگرافی ابتلاء مفاصل را درسی مورد پولی
آرتريت سرخچه نشان میدهد که از مجموعه او بر و اسینوهای
Chambers Bywaters و Yanez - Tanner - Kantor و همکارانش تهیه شده است.

| | | | |
|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| مچ دستها ۲۳ | مچ پاها ۱۴ | انترفالانژین ابتدائی ۲۳ | مچ کارپوفالانژین ۲۹ |
| مچ مفاصل ۲۳ | مچ مفاصل ۱۴ | زانوها ۲۳ | مچ مفاصل ۲۳ |
| مچ مفاصل ۱۴ | مچ مفاصل ۱۴ | آرنجها ۱۰ | مچ مفاصل ۱۴ |
| مچ مفاصل ۹ | مچ مفاصل ۹ | شانها ۴ | مچ مفاصل ۹ |
| انترفالانژین انتهائی ۳ | انترفالانژین انتهائی ۳ | گردن ۳ | انترفالانژین انتهائی ۳ |
| هانش ۲ | هانش ۲ | تامپوروماکزیلر ۱ | هانش ۲ |
| مدیوتارسین ۱ | مدیوتارسین ۱ | | مدیوتارسین ۱ |

سیر آرتريت‌های سرخچه همیشه رو بطرف بهبودی و در مدت
بین یک یا سه هفته آرتريت‌ها بهبودی پیدا میکنند و هیچگونه
یادگاری از خود باقی نمی‌گذارند ولی ندرتاً درد و خشکی مفصلی
ممکن است چندین ماه ادامه پیدا کند.

علائم بیولوژیکی - مایع مفصلی که بوسیله پونکسیون
بدست میاید زرد کم رنگ - خیلی چسبناک و غنی از آلبومین است
که ده تا سی هزار سلول معمولاً در هر میلیمتر معکب مایع وجود
دارد (لنفوسیت و پولی نوکلئرها و فائوسولهای آندوتال)
مطالعات Bywaters نشان داده است که در اغلب مواقع، بیشتر
سلولهای موفونوکلئرها وجود دارند.

در بیوپسی سینوویال که بوسیله Yanez و همکارانش انجام
شده است یک سینوویت تحت حاد غیر اختصاصی مشاهده میشود که

پاتوژنی رماتیسم اوربونی کاملاً معلوم نشده است چون تاکنون نتوانسته‌اند ویروسی را در مایع مفصلی کشت دهند لذا نمیتوان بطور حتم اظهار داشت که تظاهرات در نتیجه حمله مستقیم ویروسی بمفصل باشد.

راجع بفرضیه هیپرسانسیبیلیمه تارد نیز نمیتوان با قاطعیت جواب مثبت داد زیرا وجود آنتی‌بدهای زودرس مخالف این فرضیه خواهد بود.

زونا - تظاهرات رماتیسمی زونا از سایر بیماریهای ویروسی کاملاً متفاوت میباشد. این تظاهرات معمولاً در زونای گردنی بازویی و معمولاً در پیش اشخاص مسن و در بالاتر از ۶۰ سالگی بیشتر دیده میشود. معمولاً در همان مسیر بثورات در ضمن یک زونای هیپرالژیک بصورت سندرم آلوکودیستروفیک بروز میکند که با شکل زیر دیده می‌شود:

۱- خواه بصورت یک سندرم شانه و دست تی‌پیک با انگشتان متورم و خمیده و ادم دست و مچ از یک طرف و شانه منجمد از طرف دیگر که حرکات شانه کاملاً محدود شده است که این شکل فقط در زونائی دیده میشود که توپوگرافی بثورات با پنجمین و ششمین و هفتمین ریشه گردنی تطبیق میکند.

۲- خواه بصورت یک سندرم آلوکودیستروفی موضعی در دست که در زونای C8-D1 مشاهده میشود.

۳- خواه بصورت یک پری‌آرتریت شانه تنها که در زونای C4-C5 مشاهده میگردد.

سندرم آلوکودیستروفی غالباً با استئوپوروز همراه است.

۴- ولی گاهی اوقات در زونا بدون اینکه علائم بالینی آلوکودیستروفی وجود داشته باشد باز استئوپوروز وجود دارد. بطوریکه Fournier و Isemin در مورد ۲۰ بیمار مبتلا به زونا در امتحان رادیولوژیک سیستماتیک در پیش ۱۴ بیمار استئوپوروز پیدا کرده‌اند.

استئوپوروز در اپی‌فیز استخوانهای دراز مخصوصاً در استخوانهای فالانژها و متاکارپین‌ها مشاهده میگردد.

ولی در اشکال و خیم استئوپوروز بتمام استخوانهای اندام منتشر میشود و گاهی اوقات در اندام طرف مقابل نیز مشاهده میگردد. این استئوپوروز همیشه خواص استئوپوروز آلوکودیستروفی را دارد بدین معنی که اغلب غیر یکنواخت است و بیشتر در وسط دکالسیفیکاسیون حفره‌های کوچک نیز مشاهده میشود.

شناختن تظاهرات رماتیسمی زونا که بصورت آلوکودیستروفی یا رماتیسم نروتروفیک است فوق‌العاده حائز اهمیت است زیرا واقف نبودن طبیب باین نوع تظاهرات ممکن است موجب اشتباهات شدید در تشخیص بیماری بشود. اوبسراسیون زیر مؤید این موضوع است:

بیمار مردی است ۶۵ ساله که توسط یکی از همکاران پیش

شامل اکزودهای فیبرین یک هیپرپلازی سلولهای سینوویال و یک انفیلتراسیون سلولهای انفلاماتوار با تقدم لنفوسیتها و یک هیپرواز-کولاریناسیون میباشد.

در یک مورد توسط Maassab و Hildebrandt ویروس سرخچه در مایع مفصلی کشت داده شده است و بدین وسیله این امر ثابت کرده‌اند که تظاهرات مفصلی سرخچه در نتیجه حمله مستقیم ویروس بمفاصل مربوطه میباشد.

تشخیص - اشکال عمده تشخیص فقط علت سرخجه‌ای بودن پولی‌آرتریت است چون گاهی اوقات اکزانتم ممکن است خیلی خفیف باشد و جلب توجه نکند در این مواقع تجسس سایر علائم سرخجه بتشخیص کمک خواهد کرد؛ وجود آدنوپاتی‌های گردنی و اوکسیپیتال که گاهی توام با اسپلنومگالی است و وجود پلاسما سیتوز در خون مخصوصاً مطالعه سرولوژی سرخجه‌ای که جوابش شدیداً مثبت خواهد بود.

درمان - نظر به نیک‌فرجام بودن پولی‌آرتریت سرخجه‌ای هیچگونه درمان بجز درمان ضد درد لزومی ندارد.

اوربون - رماتیسم اوربونی که بیشتر از یک قرن است که شناخته شده است یکی از عوارض خیلی نادر اوربون میباشد. در سال ۱۹۶۷ Felker و Caranasos در ادبیات طبی فقط ۳۲ مورد از این نوع رماتیسم پیدا کرده‌اند که دو مورد آن نیز مربوط به خود این مؤلفین بوده است.

رماتیسم اوربونی غالباً در پیش اشخاص بالغ و در جنس مذکر بیشتر مشاهده میشود علائم مفصلی معمولاً ۱۰ تا ۱۵ روز بعد از پاروتیدیت بروز میکنند و اغلب اوقات بسا عوارض دیگر مخصوصاً با اورکیت توأم هستند.

رماتیسم اوربون ممکن است اشکال مختلف بخود گیرد: گاهی فقط بصورت آرتراالژی‌های خفیف که موقع حرکات مفصلی پدید میآید.

گاهی بصورت یک مونو آرتریت با علائم موضعی التهاب حتی با ایجاد مایع مفصلی.

و بالاخره تابلو یک پولی‌آرتریت التهابی متحرک و شبیه رماتیسم حاد مفصلی.

ابتداء مفاصل بزرگ اندام تحتانی بیشتر از سایر مفاصل دیگر دیده میشود.

سرعت سدیمانتاسیون معمولاً بیشتر از طبیعی است اغلب یک لکوسیتوز با پولی‌نوکلئوز مخصوصاً وقتی التهاب مفصلی شدید است مشاهده میشود. در پونکسیون مایع مفصلی معمولاً تعداد زیادی پولی‌نوکلئرها مشاهده می‌شود.

سیر این رماتیسم معمولاً بین دو روز تا دو ماه می‌باشد و بطور معمول در مدت دو هفته بدون کوچکترین یادگار به‌بودی پیدا میکند.

تشخیص آلکودیستروفی است و با معالجه آلکودیستروفی مخصوصاً انفیلتراسیون گانگلیون ستاره‌ای بهبودی فوق‌العاده واضحی ایجاد می‌شود. خشکی و درد بکلی از بین می‌رود و اختلالات تروفیک فوق‌العاده کم می‌شود و یکماه بعد کاملاً علائم از بین رفته‌اند. البته آلکودیستروفی شش‌ماه و گاهی یکسال و حتی یکسال و نیم دیده می‌شود. از عوارض رماتیسمی دیگر زونا بیماری با اسکالر و زتر اکتیل آپو نوروز کف دستی است که از عوارض حتمی ولی خیلی نادر زونا است و توسط Jurmand و DeSeze شرح داده شده است.

خلاصه و نتیجه

در این مقاله ماقط تظاهرات رماتیسمی بعضی از بیماریهای ویروسی را مورد بررسی قرار دادیم چون در بعضی موارد تظاهرات رماتیسمی ممکن است فوق‌العاده شدید و در درجه اول اهمیت قرار گیرند که اگر توسط طبیب شناخته نشود شاید اقدامات درمانی بی‌مورد بعمل آید که برای مریض خطرناک باشد. در جدول زیر تظاهرات رماتیسمی همپاتیت‌های ویروسی سرخچه و اوریون و زونا را خلاصه کرده‌ایم.

ما فرستاده شده است و مبتلا بزونا قسمت داخلی بازوی چپ می‌باشد که بنا با ظاهر همکارما بثورات زونا کاملاً تی‌پیک و خیلی دردناک است بمدت يك هفته بیمار از درد شدید شکایت داشته است در روز هشتم ناگهان ضمن درد شدید بیمار احساس می‌کند که بهیچوجه قادر بتکان دادن مچ دست و انگشت شست چپ نیست که این درد و عدم امکان حرکت مچ دست و انگشت شست روز بروز بیشتر می‌شود. سه هفته بعد اختلالات تروفیک بصورت ادم و خشکی انگشتان که در حال نیمه خمیده هستند بروز می‌کند پوست ناحیه براق و نازک و درد بصورت سوزش نیز بیمار احساس می‌کند.

در همین موقع به چند طبیب دیگر مراجعه مینماید. و تشخیص‌های متعددی مثل سل استخوانهای مچ دست و یا تومور استخوانی مطرح می‌شود تا اینکه بالاخره مریض دو ماه بعد توسط یکی از همکاران پیش ما فرستاده می‌شود. در رادیوگرافی که از این مریض گرفته می‌شود یک استئوپوروز خیلی شدید در دست و مچ دست نشان می‌دهد و در شانیه يك استئوپوروز خفیف نشان می‌دهد. امتحان بالینی مخصوصاً اختلالات تروفیک و ادم کاملاً مؤید

| بیماری | سن و جنس | شروع | خواص | جایگزینی شایع | عوامل تشخیص | سیر |
|----------------|----------------------------|--|---|-------------------|---|---|
| همپاتیت ویروسی | بالغین و هر دو جنس | ۲ تا ۴ هفته قبل از یرقان | آرتراالژی ندرتاً پولی آرتريت | مفاصل بزرگ و کوچک | کهیر - آسنی - میگرن - بالارفتن ترانس آمینازها | از بین رفتن علائم بعد از بروز یرقان بدون یادگار |
| سرخچه | بالغین بیشتر در جنس مونث | توأم با بثورات یا دو تا سه روز بعد از آن | آرتراالژی یا پولی آرتريت التهابی | مفاصل کوچک دست | - بثورات جلدی - آدنوپاتی - اسپلنو مگالی - پلاسما سیتوزخونی - سرولوژی سرخچه مثبت | از بین رفتن علائم در مدت ۱ تا ۳ هفته |
| اوریون | بالغین بیشتر در جنس مذکر | ۱۰ تا ۱۵ روز بعد از پاروتیدیت | - آرتراالژی - پولی آرتريت التهابی - مونو آرتريت التهابی - تنوسینوویت | مفاصل بزرگ | - پاروتیدیت - اورکیت - پانکراتیت - سرولوژی اوریون مثبت | از بین رفتن علائم در دو هفته |
| زونا | در اشخاصی مسن در هر دو جنس | در جریان بثورات | آلکودیستروفی یا اوستئوپوروز خالص | اندام فوقانی | سابقه بثورات زونای گردنی بازوئی | طولانی بودن معالجه شش‌ماه تا یکسال |

یادآوری: منابع و مأخذ این مقاله در شماره‌های بعد همراه با بقیه این بحث درج خواهد شد.