

## فهرست

پیشگفتار.....	۷	مورد ۱۱.....	۳۶
مورد ۱.....	۹	مورد ۱۲.....	۳۷
مورد ۲.....	۱۲	مورد ۱۳.....	۴۰
مورد ۳.....	۱۵	مورد ۱۴.....	۴۲
مورد ۴.....	۱۹	مورد ۱۵.....	۴۵
مورد ۵.....	۲۴	مورد ۱۶.....	۴۷
مورد ۶.....	۲۵	مورد ۱۷.....	۴۸
مورد ۷.....	۲۷	مورد ۱۸.....	۴۹
مورد ۸.....	۲۹	مورد ۱۹.....	۵۳
مورد ۹.....	۳۱	مورد ۲۰.....	۵۵
مورد ۱۰.....	۳۴	واژه‌یاب.....	۵۷

## پیشگفتار

علم روماتولوژی شامل بیماری‌هایی است که علاوه بر سیستم ماسکولواسکلتال می‌توانند هر ارگانی از بدن انسان را درگیر کنند. در طی بیست سال اخیر دانش ما از علم روماتولوژی و درمان آن دچار تحولات زیادی شده است. لذا علم روماتولوژی هیچ‌گاه به اندازه اکنون جالب نبوده است. کتابی که پیش رو دارید حاوی کیس‌های جالب مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان امام رضا کرمانشاه و کلینیک روماتولوژی وابسته به آن در طی سال ۱۴۰۰ می‌باشد. در هر مورد چالش‌های تشخیصی، تشخیص‌های افتراقی و خلاصه‌ای از درمان بیماران بیان شده است که دانشجویان علاقه‌مند به علم روماتولوژی با خواندن آن، مهارت‌های تشخیصی و نحوه بررسی و برخورد با بیماران را قدم به قدم می‌توانند تجربه کنند. در بسیاری از موارد یک روماتولوژیست مانند یک کارآگاه باید قطعات مختلف یک پازل شامل سناریو بالینی و شرح حال، آزمایشات و پاسخ به درمان‌های مختلف را کنار هم قرار دهد تا بتواند مجرم اصلی که ممکن است بیماری خودایمنی یا عفونت‌ها یا بیماری نئوپلازی باشد را تشخیص دهد. در این کتاب سعی بر آن بوده است که نحوه این بررسی‌ها توضیح داده شود و امید است کمکی در ارتقا علمی دانشجویان و دستیاران علاقه‌مند باشد.

در پایان از سرکار خانم دکتر دنا محمدزاده و خانم دکتر مژده بنیادی که در جمع‌آوری و نگارش این کتاب کمر همت بستند و انتشارات محترم رویان پژوه و عوامل آن نهایت سپاس و قدردانی را دارم.

### دکتر شیرین عصار

دانشیار گروه روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

## کیس‌های بالینی روماتولوژی

### مورد ۱

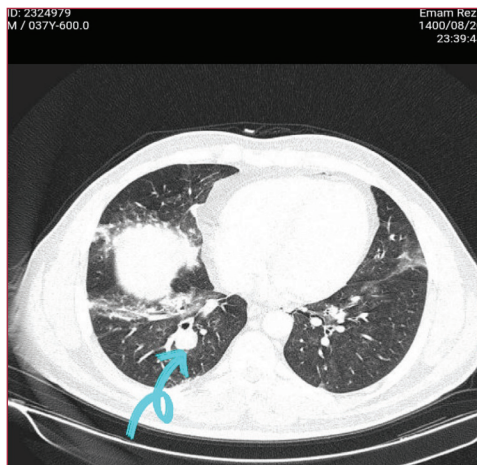
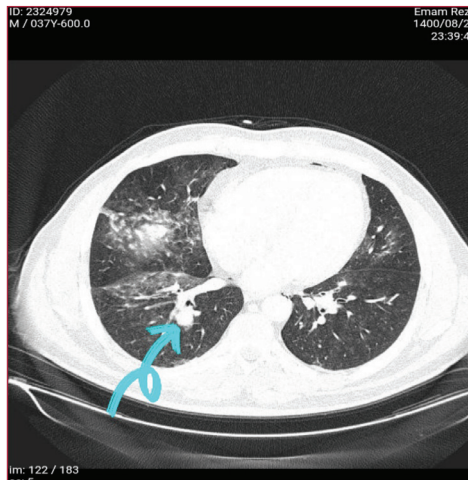
آقای ۳۷ ساله با شکایت هموپتیزی غیر حجیم از صبح روز مراجعه به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است. بیمار شرح حالی از تب، علائم کوریزا، تعریق، کاهش وزن و میالژی نمی‌دهد. سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی‌کند، سابقه مصرف سیگار نمی‌دهد. طی سه ماه اخیر آفت‌های مکرر دهانی و ژنیتال داشته است. در معاینه فشارخون ۱۱۰/۸۰/۱۳۰، HR: 110، SPO2: 94٪، دیسترس تنفسی ندارد در سمع ریه کراکل کورس در نیمه تحتانی ریه راست شنیده می‌شود. آزمایشات اولیه به صورت زیر است:

Hb: 12	PLT: 263000	WBC: 6.7 (PMN: 65%)	ESR: 12
Cr: 1	U/A: no prot. no blood		
PT: 12	PTT: 31	INR: 1	

### چه تشخیص افتراقی‌هایی برای بیمار مطرح می‌شود؟

- عفونت‌های تنفسی و ایروال: با توجه به عدم وجود تب و علائم کوریزا و میالژی کمتر برای بیمار مطرح است
- عفونت‌های باکتریال: در راس آنها عفونت مایکوباکتریایی می‌باشد که با توجه به عدم وجود کاهش وزن و تعریق و تب به نظر در صدر تشخیص نمی‌باشد
- آمبولی ریه: طبق معیارهای wells برای بیمار احتمال آمبولی بالا نمی‌باشد و می‌توان از اندازه‌گیری D-DIMER برای رد تشخیص استفاده نمود

- واسکولیت‌ها و بیماری‌های اتوایمیون سیستمیک مانند لوپوس، بیماری بهجت
- بدخیمی‌های ریوی: عدم وجود ریسک فاکتور اعم از مصرف سیگار و تماس شغلی و سن بالای ۴۰ سال امکان وجود این تشخیص را بسیاری غیرمحمتمل می‌کند
- در قدم بعدی برای بیمار سی‌تی‌اسکن ریه با کنتراست وریدی گرفته شد که به صورت زیر می‌باشد:



شکل ۱

## یافته پاتولوژیک سی تی اسکن چه می باشد؟

### آنوریسیم پاره شده شریان پولمونر

آنوریسیم‌های شریان ریوی در بیماری بهجت در سی تی اسکن به صورت ضایعات گرد با حاشیه نامشخص که با نواحی از افزایش کدورت احاطه شده‌اند یا ضایعات گوه‌ای شکل الوئولار و انفیلتراسیون‌های ساب پلورال که به نفع ترومبوز عروق ریوی و واسکولیت فوکال هستند و منجر به انفارکشن، خونریزی و آتلکتازی فوکال می‌شوند، دیده می‌شود.

■ بر اساس کربتریای (International Criteria for Behçet's Disease) ICBD این بیمار امتیاز حداقل ۵ را دارد پس تشخیص نهایی بیمار بر اساس کرایتریای سندرم بهجت می‌باشد.

**TABLE 1. International Criteria for Behçet's Disease**

Symptom	Score*
Oral ulcer	2
Genital ulcer	2
Ocular manifestation	2
Skin manifestation	1
Vascular manifestation	1
Central nervous system involvement	1
Positive pathergy test	1

*Scoring at least 4 indicates Behçet's disease diagnosis. Pathergy testing is optional, but when it is performed, it is given a score of 1.*

## اقدامات درمانی لازم در این بیمار چیست؟

۱. پالس متیل پردنیزولون ۱ گرم روزانه به مدت ۳ روز و بدبنال آن قرص پردنیزولون ۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن روزانه
۲. پالس سیکلوفسفامید ۱ گرم (۱۵mg/kg) و ماهانه بیمار ماهانه با علائم بالینی و آزمایشگاهی پیگیری شد و سی تی اسکن برطرف شدن ضایعات آنوریسیمی را ۶ ماه بعد نشان داد

## تظاهرات عروقی بیماری بهجت

ترومبوفلیت سطحی و ترومبوز عروق عمقی در ۴۰ درصد بیماران بهجت مشاهده می‌شود. ترومبوفلیت سطحی به طور شایع در مدیال تیپیا اتفاق می‌افتد و با ندول‌های زیرپوستی اریتماتو و تندر مشخص می‌شود. ترومبلیت ممکن است با اریتم ندوزوم اشتباه شود که افتراق آنها به وسیله سونوگرافی داده می‌شود. درگیری عروقی بهجت در مردان شایع‌تر است. درگیری شریانی نسبت به درگیری وریدی کمتر شایع می‌باشد. شیوع آنوریسم‌های شریانی به طور کلی ۱۲-۳٪ می‌باشد. آنوریسم شریان پولمونری یکی از تظاهرات جدی بیماری بهجت می‌باشد که با موربیدیتی و مورتالیتی بالایی همراه است. مورتالیتی ۵ ساله آنوریسم‌های شریان پولمونری ۲۵-۲۰٪ می‌باشد.

## مورد ۲

خانم ۵۷ ساله با شکایت درد و اتساع شکم از چند روز قبل به اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کند. درد شکم بیمار جنرالیزه است. علائم همراه از جمله تهوع و استفراغ ندارد. درد ارتباطی به غذا خوردن ندارد. به جایی انتشار ندارد و وابسته به وضعیت نیست. بیمار سابقه DVT اندام تحتانی راست حدود دو ماه قبل را ذکر می‌کند که تحت درمان با ریواروکسابان است. سابقه بیماری دیگری را ذکر نمی‌کند. در معاینه شکم دیستانسیون واضح دارد. تندر نس خفیف جنرالیزه در لمس شکم یافت می‌شود و دق شکم ماتیته می‌باشد. سایر معاینات نرمال است. ازمایشات اولیه بیمار به صورت زیر است:

WBC: 3900 (Lymph: 20%)

Hb: 9.7

MCV: 80

plt: 70000

Cr: 0.6

U/A: prot=2+

LFT: NL

Amylase & Lipase: NL

با جستجو سابقه بیمار در آزمایشات دو ماه قبل ترومبوسیتوپنی ۱۱۵۰۰۰ و انمی نرموسیت یافت می‌شود و شمارش گلبول‌های سفید نرمال است. سونوگرافی شکم و لگن انجام می‌شود که مایع آزاد متوسط گزارش می‌شود. نتیجه

انالیز نمونه مایع اسیت به شرح زیر می‌باشد.

WBC: 110 (Lymph=70%)

Ascites albumin: 1.4

ascites protein: 3

Serum albumin: 2.2

SAAG= serum Albumin-serum ascites = 0.8 gr/dL (<1.1: Low SAAG)

### تا این مرحله چه تشخیص‌های افتراقی جهت بیمار مطرح می‌شود؟

- با توجه به آسیت با SAAG پایین ( $\text{Serum Ascites Albumin Gradient} < 1.1$ ) با ارجحیت لنفوسیت برای بیمار سل پریتونئ و بدخیمی می‌تواند مطرح باشد.
- با توجه به آسیت و سابقه DVT از دیگر تشخیص‌های احتمالی می‌توان به سندرم بودکیاری اشاره کرد.
- ترومبوسیتوپنی و آسیت بیمار ممکن است تشخیص سیروز را برای ما مطرح نماید که با توجه به نمای نرمال کبد در سونوگرافی و گرادیان پایین مایع آسیت تشخیص سیروز را می‌توان رد کرد.
- مجموعه علائم لنفوپنی، آسیت با گرادیان پایین، ترومبوسیتوپنی، پروتئینوری، سابقه DVT می‌تواند مطرح کننده بیماریهای بافت همبند مانند لوپوس و سندرم آنتی فسفولیپید باشد.
- در ادامه برای بیمار سونوگرافی داپلر عروق شکم انجام می‌شود که نرمال است، اکوکاردیوگرافی پریکاردیال افیوژن جزئی را گزارش کرده است
- در گرافی قفسه سینه زاویه کوستوفرنیک راست محو شده است (مطرح کننده پلورال افیوژن).

آزمایشات تکمیلی بیمار به شرح ذیل است:

24h Urine Protein: 504 mg

ANA: 319 (up to 10) Anti dsDNA: Neg C3: 4.2 (9 – 36) C4: 20 (75 – 135)

Anti RO: 300 (up to 12) Lupus Anticoagulant: 60.3 (up to 47)

Anti cardiolipin IgG: 20.7 (up to 12) RF: 3+

Anti  $\beta$ 2Glycoprotein: 15.7 (up to 10)

▪ تشخیص نهایی بیمار براساس کرایتریا جدید (ACR (American College of

(Rheumatology) and EULAR (European League against Rheumatism) لوپوس اریتماتوی سیستمیک همراه با سندرم آنتی فسفولیپید می‌باشد. بیمار از کرایتریای زیر ۲۲ امتیاز کسب می‌کند و حداقل امتیاز مورد نیاز جهت تشخیص لوپوس ۱۰ می‌باشد.

Entry criterion			
Antinuclear antibodies (ANA) at a titer of $\geq 1:80$ on HEp-2 cells or an equivalent positive test (ever)			
↓			
If absent, do not classify as SLE If present, apply additive criteria			
↓			
Additive criteria			
Do not count a criterion if there is a more likely explanation than SLE. Occurrence of a criterion on at least one occasion is sufficient. SLE classification requires at least one clinical criterion and $\geq 10$ points. Criteria need not occur simultaneously. Within each domain, only the highest weighted criterion is counted toward the total score <sup>5</sup> .			
Clinical domains and criteria	Weight	Immunology domains and criteria	Weight
<b>Constitutional</b>		<b>Antiphospholipid antibodies</b>	
Fever	2	Anti-cardiolipin antibodies OR	
<b>Hematologic</b>		Anti- $\beta 2$ GP1 antibodies OR	
Leukopenia	3	Lupus anticoagulant	2
Thrombocytopenia	4	<b>Complement proteins</b>	
Autoimmune hemolysis	4	Low C3 OR low C4	3
<b>Neuropsychiatric</b>		Low C3 AND low C4	4
Delirium	2	<b>SLE-specific antibodies</b>	
Psychosis	3	Anti-dsDNA antibody* OR	
Seizure	5	Anti-Smith antibody	6
<b>Mucocutaneous</b>			
Non-scarring alopecia	2		
Oral ulcers	2		
Subacute cutaneous OR discoid lupus	4		
Acute cutaneous lupus	6		
<b>Serosal</b>			
Pleural or pericardial effusion	5		
Acute pericarditis	6		
<b>Musculoskeletal</b>			
Joint involvement	6		
<b>Renal</b>			
Proteinuria $>0.5g/24h$	4		
Renal biopsy Class II or V lupus nephritis	8		
Renal biopsy Class III or IV lupus nephritis	10		
<b>Total score:</b>			
↓			
Classify as Systemic Lupus Erythematosus with a score of 10 or more if entry criterion fulfilled.			