

عنوان: بیماری اسپوندیلوآرتروپاتی در جوانان هستیم مرا می شناسید؟

نویسنده شمیم کیوان نیا (دانشجوی رشته پرستاری)

استاد راهنما: نرگس صادقی (عضو هیئت علمی گروه پرستاری واحد خوراسگان)

مقدمه :

اسپوندیلوآرتروپاتی های جوانان شامل گروهی از بیماریهای مزمن التهابی مفاصل (آرتريت) و تاندونهای متصل به استخوانها (انتریت) می شود که غالباً اندامهای تحتانی و در برخی موارد مفاصل لگن (ساکروایلئیت که موجب درد در ناحیه باسن می شود) را درگیر می سازد. در برخی موارد آغاز علائم به دنبال یک عفونت باکتریایی روده ای (معددهای - روده ای) یا عفونت دستگاه ادراری-تناسلی روی می دهد (آرتريت واکنشی). اسپوندیلوآرتروپاتی های جوانان در بیمارانی که یک شاخص ژنتیکی مستعدکننده به بیماری به نام-**HLA-B27** دارند شایعتر است؛ مکانیسم اثر این شاخص ژنتیکی هنوز شناخته نشده است. با وجود این که اختلاف نظرهایی وجود دارد، اما اسپوندیلوآرتروپاتی های جوانان در برگرنده بیماریهایی مشابه اسپوندیلوآرتروپاتی های بزرگسالان است که عبارتند از: اسپوندیلیت انکیلوزان، آرتريت واکنشی (و سندروم رایتز)، آرتريت پسوریازیسی (از نوع اسپوندیلوآرتروپاتی)، و آرتريت همراه با بیماری التهابی روده ای (از نوع اسپوندیلوآرتروپاتی). برخی کودکان که معیارهای لازم برای بیماریهای ذکر شده را ندارند، اسپوندیلوآرتروپاتی تمایزنیافته خوانده می شوند. حالاتی دیگری نظیر سندروم انتروپاتی و آرتروپاتی سرونگاتیو (SEA) و انتریت وابسته به آرتريت را به اسپوندیلوآرتروپاتی های جوانان نسبت می دهند.

مبحث:

اسپوندیلوآرتروپاتی ها یکی از شایعترین انواع آرتريتها در کودکان هستند. آنها مسؤول حدود 30٪ از آرتريت های مزمن در کودکان هستند. اسپوندیلوآرتروپاتی بیشتر در پسرها و در گروه سنی 10 تا 15 سال دیده می شود. از آنجایی که تعداد زیادی از بیماران مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی های جوانان و بزرگسالان حامل یک عامل ژنتیکی مستعدکننده به نام **HLA-B27** هستند، بروز آن در اعضای خانواده کودک مبتلا بیش از اعضای خانواده کودک سالم است. بنابراین، عوامل ژنتیکی و خصوصاً **HLA-B27** موجب افزایش استعداد ابتلا به بیماری می شوند اما برای ابتلا به بیماری کافی نیستند. اجماع نظر دانشمندان بر اینست که در این بیماری چندین عامل نقش دارند که معنای آن شرکت مجموعه عوامل ژنتیکی مستعدکننده و مواجهه با عوامل محیطی (احتمالاً عفونتها) در ابتلا به بیماری است. علت و مکانیسم های ایجادکننده اسپوندیلوآرتروپاتی های جوانان ناشناخته است. اما ممکن است همانند سایر انواع آرتريت های مزمن کودکان، چندین بخش سیستم ایمنی مسؤول ایجاد بیماری باشند. اسپوندیلوآرتروپاتی ها با التهاب مزمن سایر اعضا نظیر روده ها، دستگاه ادراری-تناسلی یا پوست همراه هستند. عفونت ناشی از برخی میکروارگانیسم ها (مانند سالمونلا، شیگلا، یرسینیا، کمپیلوباکتر و کلامیدیا) ممکن است در ایجاد بیماری در بعضی کودکان نقش داشته باشند (نظیر آرتريت واکنشی).

علائم اصلی بیماری:

علامت مشخصه های بالینی اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان عبارتند از :

آرتريت : 1- شایعترین علائم درد و تورم مفصلی و محدودیت حرکتی مفاصل است .

2 - بسیاری از کودکان به اولیگوآرتریت اندامهای تحتانی مبتلا می‌شوند. اولیگوآرتریت بدین معناست که تعداد مفاصل درگیر 4 مفصل یا کمتر است. کودکانی که به انواع مزمن مبتلا هستند ممکن است به پلی‌آرتریت مبتلا گردند. منظور از پلی‌آرتریت درگیری مفصلی گسترده‌تر و درگیری 5 یا بیش از 5 مفصل است .

3 - آرتریت غالباً مفاصل اندامهای تحتانی را درگیر می‌سازد که عبارتند از: زانو، مچ‌های پا، مفاصل میانی پاها، و مفاصل لگن . بیماری با شیوع کمتر مفاصل کوچک پا را درگیر می‌سازد .

4 - بعضی کودکان ممکن است به التهاب مفاصل اندامهای فوقانی - خصوصاً شانه - مبتلا گردند .

- انتزیت:

انتزیت التهاب محل اتصال تاندون یا لیگامانهای متصل‌شونده به استخوان است که در کودکان مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی بسیار شایع است. مکانهایی که بیشتر درگیر می‌شوند پاشنه پا، ناحیه میانی پا و اطراف زانو است. شایعترین علایم عبارتند از: درد پاشنه پا، درد و تورم وسط پا، و درد زانو .

التهاب مزمن چنین مکانهایی به تشکیل خارهای استخوانی (افزایش استخوان‌سازی) می‌انجامد. این خارهای استخوانی خصوصاً در ناحیه پاشنه پا باعث ایجاد درد می‌شوند .

ساکروایلئیت :

عبارتست از التهاب مفصل خاجی - لگنی که در ناحیه لگن قرار دارد. شیوع آن در اوایل بیماری اندک است؛ اما پس از 5 تا 10 سال بعد از شروع بیماری شیوع بیشتری می‌یابد. علایم شایع ناشی از آن وجود درد متناوب در ناحیه باسن می‌باشد.

علایم دیگر بیماری شامل:

کمر درد (که درابتدای بیماری نادر است) ، خشکی صبحگاهی مفاصل، و کاهش محدوده حرکتی مهره‌ها در ابتلای به التهاب عنبیه ، پسوریازیس، اختلالات التهابی روده‌ای.

روش های تشخیصی در بیماری:

اگر بیماری قبل از سن 16 سالگی بروز کرده باشد، آرتریت برای مدت بیش از 6 هفته طول کشیده باشد و مشابه الگوهای بالینی که قبلاً گفته شد باشد، بیماری را اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان می‌نامند. تشخیص انواع خاص اسپوندیلوآرتروپاتی (مانند اسپوندیلیت انکلیوزان، آرتریت واکنشی و ...) براساس تظاهرات بالینی و رادیوگرافیک خاص صورت می‌پذیرد .

واضح و مبرهن است که چنین بیمارانی باید زیر نظر متخصص روماتولوژی کودکان درمان و پیگیری شوند . HLA-B27 یک نشانگر سلولی است که در 80 تا 85 درصد بیماران مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان مثبت می‌شود و می‌تواند در

تشخیص بیماری کمک‌کننده باشد. شیوع آن در جمعیت عمومی بسیار کمتر است (بین 5 تا 12 درصد بر اساس منطقه جغرافیایی). بنابراین، HLA-B27 به‌خودی‌خود موجب بیماری نمی‌شود، اما با ایجاد علائم و نشانه‌های اسپوندیلوآرتروپاتی ارتباط دارد.

آزمایشهایی نظیر سرعت رسوب گلبولهای قرمز (ESR) یا پروتئین واکنشی (CRP) بیانگر التهاب عمومی هستند و به‌طور غیرمستقیم نشان‌دهنده فعال بودن بیماری هستند. آزمونهای آزمایشگاهی (مانند شمارش سلولهای خونی، آزمونهای ارزیابی‌کننده عملکرد کلیه و کبد) در ارزیابی عوارض جانبی احتمالی درمان نیز مؤثر هستند. عکسبرداری با اشعه ایکس نیز در بررسی و ارزیابی صدمات مفصلی ناشی از بیماری مفید است.

توموگرافی کامپیوتری (CT اسکن) و تصویربرداری مغناطیسی (MRI) خصوصاً در کودکان برای ارزیابی درگیری مفاصل ساکروایلیاک (کمری - خاجی) کمک‌کننده می‌باشد.

روش‌های درمانی در این بیماری :

تا وقتی که علت ایجاد اسپوندیلوآرتروپاتی ناشناخته باشد، هیچگونه علاج قطعی برای آن وجود نخواهد داشت. با این وجود، اساس درمان میتواند بر استفاده از دارو به همراه فیزیوتراپی و توانبخشی برای حفظ عملکرد مفصلی و جلوگیری از تغییر شکل اندامها باشد.

1 - داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) این دارو برای درمان علامتی التهاب و تب به کار می‌روند. منظور از علامتی اینست که چنین داروهایی علامتهای ناشی از التهاب را کنترل می‌کنند. رایجترین داروی مورد استفاده در کودکان ناپروکسن و ایبوپروفن هستند. با این که آسپیرین یک داروی مؤثر و ارزان قیمت است، اما امروزه به سبب خطر مسمومیت ناشی از آن کاربرد کمتری دارد.

داروهای این گروه به خوبی تحمل می‌شوند. ناراحتی معده از شایعترین عوارض جانبی آنهاست که ناشایع می‌باشد. اثربخشی NSAIDهای مختلف متفاوت است و گاهی اوقات ممکن است یکی مؤثر باشد، در صورتی که دیگری تأثیری نداشته باشد.

تزریق داخل مفصلی: هنگامی صورت می‌گیرد که یک مفصل یا تعداد اندکی از مفاصل درگیر شده باشند یا جمع‌شدگی پایدار مفصلی باعث تغییر شکل آن شده باشد.

3 - سولفاسالازین: در کودکانی کاربرد دارد که برخلاف دریافت درمان دارویی کافی NSAID و یا تزریق استروئید به سیر مزمن بیماری مبتلا هستند. این دارو به درمان NSAID اضافه می‌شود (در حالی که درمان قبلی ادامه می‌یابد). اثرات درمانی آن بعد از هفته‌ها یا ماهها نمایان می‌شود. تجربیات استفاده از سایر گروههای دارویی مانند متوترکسات اندک است. افق جدید درمانی استفاده از داروهای ضد TNF که عوامل بیولوژیکی نامیده می‌شوند است که به‌طور اختصاصی عامل نکروزدهنده تومور (TNF) را مهار می‌کند. در حال حاضر مطالعاتی که اثرات یا خطرات ناشی از چنین درمانهایی را بر روی بیماران مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان نشان داده باشد، وجود ندارد.

4 - کورتیکواستروئیدها: در درمان کوتاه مدت بیماری که شدیداً بدحال هستند کاربرد دارد. استروئیدهای موضعی (مانند قطره چشمی) در درمان یووئیت قدامی حاد تجویز می‌شود. در موارد شدید به تزریق داخل چشمی یا تجویز سیستمیک استروئیدها نیاز است.

جراحی ارتوپدی: کاربرد اصلی آن در تعویض مفصل و جایگزینی مفصل مصنوعی در صدمات شدید مفصلی خصوصاً در مفصل ران است.

فیزیوتراپی: یکی از اجزای اصلی درمان است. باید از همان ابتدای بیماری شروع شود تا محدوده حرکت مفصلی، رشد و قدرت عضلانی حفظ گردد و از تغییر شکل و محدودیت حرکت مفصلی جلوگیری شود. در درگیری های ستون مهره ها نیز باید فعالیت های منظم تنفسی و حرکت ستون مهره ها انجام پذیرد.

این درمان هادرمان باید تا زمانی که علائم و فعالیت بیماری پابرجاست، ادامه یابد .

اهداف ونتیجه گیری:

در خلال فعال بودن آرتریت، اکثر کودکان محدودیت های وسیعی در زندگی روزمره خویش پیدا می کنند. هنگامی که مفاصل اندام های تحتانی درگیر می شوند، راه رفتن و ورزش از عمده فعالیت های هستند که مختل می گردند . توجه کافی به مشکلات روانی ناشی از بیماری در کودک و خانواده اش ضروری است. یک بیماری مزمن برای کل افراد خانواده درگیری فکری ایجاد می کند و هرچه بیماری جدی تر و شدیدتر باشد، غلبه یافتن بر شرایط بیماری دشوارتر است. ممکن است والدین به منظور اینکه از ایجاد هرگونه مشکل احتمالی برای کودک جلوگیری کنند، یک ارتباط و وابستگی قوی با کودک برقرار سازند و در نتیجه او را نیازمند مراقبت بیش از حد بار بیاورند. این موضوع موجب برانگیختن احساس ناتوانی در کودک و احساس نیاز به کمک دیگران شود که مشکل شخصیتی ناشی از آن از خود بیماری نیز بدتر است. ذهنیت مثبت والدین برای تشویق و حمایت کودک در جهت استقلال و خوداتکایی کودک علی رغم بیماریش، یک قدم بسیار ارزنده در غلبه کودک بر مشکلات ناشی از بیماری و داشتن شخصیتی متعادل است. اگر والدین نتوانند بر عوامل روانی بیماری فائق آیند، حمایت روانی از آنها الزامی است .

همچنین حضور منظم کودک در مدرسه یکی از نکات بسیار مهم است. برخی از عواملی که ممکن است مانع حضور کودک در مدرسه شوند عبارتند از: اشکال در راه رفتن، مقاومت اندک در برابر خستگی، و درد یا خشکی مفاصل. بنابراین یادآوری نیازهای ضروری کودک برای آموزگار الزامی است؛ نیازهای کودک عبارتند از: مناسب بودن میز تحریر، نیاز به انجام برخی حرکات منظم جهت جلوگیری از خشکی مفصلی در ساعات درسی، مشکل بودن نوشتن با دست برای کودک. والدین و آموزگاران باید کودکان بیمار را همانند سایر کودکان سالم در فعالیت های مدرسه سهیم کنند تا کودک بتواند به موفقیت های تحصیلی دست پیدا کند، توانایی برقراری ارتباط اجتماعی با همسالان و بزرگسالان خودش را کسب کند و توسط دوستانش پذیرفته شود و تشویق گردد .

با توجه به آنچه گفته شد، بهتر است کودک به انواعی از ورزشهای مورد علاقه اش بپردازد که فشار مکانیکی وارد بر مفصل توسط آنها کم یا ناچیز باشد (مانند شنا و دوچرخه سوار)

این افراد بزرگسالی هیچ محدودیتی برای داشتن یک فعالیت جنسی یا حاملگی طبیعی ندارد. ولی با این حال، نکته مهمی که در افراد تحت درمان با داروها باید در نظر گرفته شود، احتمال اثرات نامطلوب داروها بر جنین است . با وجود جنبه های ژنتیک بیماری، دلیلی برای جلوگیری از بچه دار شدن وجود ندارد. بیماری کشنده نیست و حتی اگر عوامل ژنتیکی مستعدکننده به ارث برسند، شانس عدم ابتلا به بیماری از ابتلا به آن بیشتر است.

درخاتمه: درمان چنین بیماریهایی در 10 سال اخیر پیشرفتهای شگرفی کرده است. درمان دارویی توأم با انجام فعالیت های باز توانی می تواند از تخریب مفاصل در اکثریت بیماران جلوگیری کند. با این وجود، تخریب مفصلی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن مهم است و می تواند فعالیت روزمره و تخصصی بیمار را مختل نماید

منابع :

- firestein G, Rheumatoid Arthritis, Kelley's text book of Rhumatology, Harris E , Budd R , Firestein G. Pennsylvania: Elsevier &

Saunders: ۲۰۰۵.

- Darlington LG, Stone TW. Antioxidants and fatty acids in the amelioration of rheumatoid arthritis and related disorders. Br J Nutr ۲۰۰۱; ۸۵: ۲۵۱-۶۹.

- Rheumatoid Arthritis Health Center

<http://www.webmd.com/rheumatoid-arthritis/default.htm>

Rheumatoid Arthritis Support Group

<http://boards.webmd.com/webx/topics/...support-group/>

Rheumatoid Arthritis (Expert Forum)

<http://www.medhelp.org/forums/Rheuma...ritis/show/377>