

مجله دانشکده پزشکی تهران

شماره سوم و چهارم - آذر و دیماه ۲۵۳۵ صفحه ۱۲۷

بررسی عوارض قلبی اسپوندیلیت آنکیلوزانت و گزارش  
یک مورد آن همراه بلوک دهلیزی بطنی و نارسائی  
دریچه آئورت که بوسیله کاتتریس قلب باثبات  
رسیده است

دکتر ابوتراب نفیسی \* دکتر اصغر طهماسبی یزد آبادی \* \* دکتر رسول هرندی زاده \* \* \*

از نظر شیوع: این بیماری در مردها شایع تر و بین  
سنین ۳۵ - ۵۵ سالگی مشاهده میشود.  
از نظر علت: علت حقیقی این بیماری بدرستی معلوم  
نیست ولی بیماری را بدو نوع ایدیوپاتیک و ثانوی  
تقسیم میکنند که دومین ممکنست در طی بیماریهای  
التهابی مزمن روده مثل کولیت اولسروز - آنتریت -  
رژبونال - سندرم رایترو ندرتا" بیماری وپیل دیده  
شود.

اخیرا" عده ای از دانشمندان این بیماری را جزو گروه  
بیماریهای اتوایمیون قلمداد نموده اند و از آنجمله  
طبق بررسی (۲) GS. Rachelefsky et al چنین  
معلوم شده است که ۹۰٪ بیماران مبتلا به نوع اولیه  
وایدیوپاتیک بیماری دارای آنتی ژن مخصوص HL-AW\*  
میباشد.  
27

از نظر پاتولوژی: ضایعه اصلی التهاب سینوویال  
مفصل میباشد که در ستون فقرات به زوائد خلفی بین  
مهره و مفاصل دنده - مهره محدود میگردد و پس

مقدمه: اسپوندیلیت آنکیلوزانت بیماری التهابی  
مزمنی است که از جمله عوارض جالب و نسبتا" کمیاب آن  
عوارض قلبی و عروقی است که گاهی ممکن است حتی قبل از  
بروز نشانه های واضح اسپوندیلیت خودنمائی کند (۱) چون  
اخیرا" مابه بیماری برخورداریم که دچار اسپوندیلیت آنکیلوزانت  
از نوع مختلط (ابتلای مفاصل مهره ای - ساکروایلپاک و ارتروپاتی  
محیطی) میباشد و نارسائی آئورت وی هم از نظر بالینی و  
هم بوسیله کاتتریس قلب باثبات رسیده است و بعلاوه  
دچار اختلال هدایتی دهلیزی بطنی نیز بوده است لذا این  
مورد را از نظر آموزشی قابل مطالعه دانسته و سعی میکنیم  
در این مقاله ابتدا شرح مختصری از این بیماری و عوارض  
قلبی عروقی آن ذکر گردد و سپس به شرح حال بیمار پرداخته  
و نظرات خود را هم در پایان مقاله بیان نمائیم.

اول - یادآوری چند نکته مشخص و قابل توجه در باره

اسپوندیلیت آنکیلوزانت

- \* - استاد گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان  
\* \* - دستیار رشته داخلی مرکز پزشکی خورشید دانشگاه اصفهان  
\* \* \* - دستیار و متصدی بخش رادیولوژی بیمارستان فیض

از پیشرفت بیماری رباطهای اسپینال، آهکی شده و جسم مهره دچار مینرالیزاسیون میشود.

در ۶٪ موارد ممکن است آمیلوئیدوز ظاهر گردد.

از نظر علائم؛ در نوع مرکزی خالص که بیمار مبتلا به عارضه ستون فقرات و مفصل ساکروایلپاک میباشد علائم عبارتند از سفتی پشت - درد با انتشار به ناحیه کفله که با سرفه و عطسه شدیدتر میگردد - محدودیت حرکت خم شدن بیمار به جلو وجود خواهد داشت - علائم عمومی ناچیز ولی سرعت رسوب گلبولهای قرمز همیشه بالا میباشد که یکی از علائم مهم بیماری محسوب میشود در نوع مختلط علاوه بر علائم فوق نشانه‌های ابتلای مفاصل محیطی نیز وجود دارد که بسیار شبیه آرتریت روماتوئید میگردد.

۲۵ - ۳۰٪ بیماران التهاب تراکتوس اوآل در چشم نشان میدهند. (۳)

از نظر رادیولوژیک؛ علائم مهره‌های خیزرانسی ( Bamboo Spine ) در ستون فقرات و تنگ شدن فضای مفصلی - خوردگی استخوان - کیست‌های سوب کندرال و پیشرفت بطرف آنکیلوز (۵) در سایر مفاصل ممکن است جلب نظر نمایند.

از نظر سیر؛ این بیماری سیر مزمن دارد و مبتلایان بآن ممکنست سالهای دراز بزندگی خود ادامه دهند ولی ظهور تب - کم شدن وزن و تشدید و توسعه ضایعات مفصلی زندگی را برای آنان روزبروز مشکلتر خواهد نمود تا اینکه بالاخره بیمار را بیک موجود ناتوان و خانه‌نشین تبدیل نماید.

بندرت ممکن است این بیماران دچار سندرم فشار بر نخاع گردند.

دوم - نظری به عوارض قلبی عروقی بیماری (۴)؛ بطور خلاصه عوارض قلبی عروقی این بیماری بشرح زیر میباشد.

۱ - نارسائی آئورت که در ۳ - ۵٪ بیماران دیده میشود.

۲ - اتساع آئورت صعودی که غالباً همراه نارسائی

آئورت میباشد.

۳ - اختلال ریتم مخصوصاً بلوک دهلیزی بطنی ناقص و کامل.

۴ - نارسائی و تنگی دریچه میترال.

اخیراً<sup>۹</sup> William C-Robert و Bernadin H. Bulkley

(۱) عوارض قلبی عروقی این بیماری را بطور کامل بر روی ۸ مورد اتوپسی مطالعه نموده و به نتایج زیر که از هر جهت قابل توجه میباشد رسیده‌اند - علت ضایعات قلبی در بیماران مزبور از لحاظ تشریحی بشرح زیر بوده است:

۱ - نارسائی آئورت بشکل تغییر مکان انتهای لت ( Cusp ) دریچه آئورت بعلت فیروز انساج - کلفت و کوتاه شدن لخت‌های دریچه مزبور و بالاخره اتساع ریشه آئورت میباشد.

۲ - نارسائی میترال - بعلت اتساع بطن چپ در اثر نارسائی آئورت و اختلال عضلات پاپیلر دریچه میترال - فیروز و کلفت شدن لخت قدامی دریچه میترال میباشد.

۳ - بلوک شاخه و بلوک کامل قلب بعلت گسترش نسج فیروزی از قسمت غشائی به قسمت عضلانی دیواره بطن میباشد.

پرونوستیک (۱)؛ در بررسی فوق‌الذکر عمر متوسط بیماران بدون نارسائی آئورت ۷۰ سال و همراه با نارسائی آئورت ۴۵ سال تخمین زده شده است.

برای تشخیص افتراقی ضایعات فوق میتوان از جدول صفحه بعد استفاده نمود. (۱) این جدول از مجله سیرکولیشن اقتباس شده است.

### سوم شرح حال بیمار

آقای اسماعیل - ر ۲۵ ساله اهل نجف‌آباد اصفهان - دانشجو.

بعلت تنگ‌نفس شبانه و درد کمر در تاریخ ۵۳/۷/۹ در مرکز پزشکی خورشید اصفهان بستری میگردد - در سابقه

اخیراً<sup>۱۰</sup> آنتی ژن W27 از دستگاه Histo-compatible Antigen System را در ۹۰٪ مبتلایان باین بیماری پیدا نموده‌اند

(۷ و ۸) و تصور میشود پس از برخورد بین این آنتی‌ژن و عامل اتیولوژیک این بیماری بوجود خواهد آمد.

جدول شماره ۱

اسپوندیلیت	مارفان	سیفلیس	رماتیسم	آرتریت روماتوئید	
متوسط سن	۳۰	۵۰	۴۵	۷۰	۴۵
جنس معمولی	مرد	مرد	مرد	زن	مرد
نارسائی آئورت	++++	++++	+++	+	++++
نارسائی میترال	+	۰	++++	+	+
اختلال هدایتی	++++	+	۰	++	++++
ضایعات آئورت					
۱- اسکارادوانتیس	++	+	+++	۰	++
۲- استحاله					
مدیای شران	+++	++++	+++	۰	+++
۳- پرولیفراسیون انتیما	+	۰	++	۰	++
ضایعات زیر آئورتی					
۱- ضخیم شدن والو دریچه	منتشر	موضعی	موضعی	موضعی	منتشر
۲- ضخیم شدن لت قدامی میترال	++	+	۰	++++	++

وضع عادی خود موجودند غدد لنفاوی بزرگ نمیباشند.  
فشار خون  $\frac{125}{50}$  میلیمتر جیوه - نبض ۷۶ مرتبه در دقیقه و کاملاً "جهنده" - درجه حرارت ۳۷ درجه سانتیگراد - وزن بیمار ۵۸ کیلوگرم و قد ۱/۶۵ سانتیمتر.

پروتئین کلی سرم ۸/۳۵ گرم - سرولوژی برای سیفیلیس منفی - لاتکس منفی - سرعت رسوب گلبولهای قرمز ۱۰۳ میلی متر در ساعت اول که پس از تصحیح با جدول وینتروپ (۴۰) هماتوکریت ۳۰٪ - گلبولهای قرمز ۳۲۰۰۰۰۰ - گلبولهای سفید ۸۹۰۰ (نوتروفیل ۷۰٪ - ائوزینوفیل ۳٪ - لنفوسیت ۲۶٪) - هموگلوبین ۱۰ گرم درصد.  
کشت مدفوع از نظر شیگلا منفی - مدفوع بدون تخم انگل ولی دارای لکوسیت فراوان - امتحان ادرار طبیعی.

نتیجه الکتروکاردیوگرافی: ریتم قلب سینوسی - هیپرتروفی بطن چپ - بلوک دهلیزی بطنی مرحله اول (فاصله مساوی با ۵/۳۲ ثانیه).

نتیجه رادیوگرافی: تغییرات اسکروتیک در مفاصل ساکروایلیاک دو طرف توام با کالسیفیکاسیونهای اطراف تنه مهره از دومین تا پنجمین مهره پشتی (لمبر) - فاصله مفصل لگن راست از طرف چپ کمتر شده است (نتیجه تغییرات فوق بعلت اسپوندیلیت آنکیلوزانت میباشد).

رادیوگرافی قفسه سینه: بطن چپ بزرگ - آئورت صعودی برجسته - شکل عمومی قلب منظره آئورتی دارد.

نتیجه کاتتریسیم قلب که در انگلستان توسط Tunstall Pedoe انجام گردیده شرح زیر میباشد:

#### ۱- آئورتوگرام:

AR 4/4 جهش مرکزی و بطور معتدل تقلیل یافته - بنظر میرسد دریچه آئورت ۳ لختی باشد - عمل بطن چپ نسبتاً خوب و حرکات لخت قدامی دریچه، میترا محدود نشده است. ریشه آئورت متسع نمیشد و در دیواره آن قابلیت ارتجاعی طبیعی خود را با وجود فشار نبض بالا همچنان حفظ کرده است - هیچگونه کلسیفیکاسیون در الوههای دریچه و خود آئورت وجود ندارد.

شخصی بیمار ۳ برادر دارد که همگی سالمند و شروع بیماری وی از ۱۶ سال قبل و با درد و ورم مفاصل زانو - و مچ پای راست بوده است، مفصل زانوی راست بیمار سه مرتبه پونکسیون شده است، بتوصیه پزشکان در سن ۹ سالگی لوزه‌هایش را عمل نموده است، یکسال پس از جراحی لوزه‌ها کمر بیمار بشدت دردناک میگردد و به تدریج حرکات ستون فقرات مخصوصاً "حرکت بجلو محدود گردیده است."

در این مدت بیمار در مطب‌ها و بیمارستانهای متعددی بستری و یکبار هم در ۱۳۴۹ در بیمارستان فیروزگر تهران بمدت ۳۰ روز بستری شده و با تشخیص آرتریت روماتوئید مرخص میگردد - پس از خروج از بیمارستان فیروزگر تنگ نفس شبانه و تپش قلب بر کمر درد وی اضافه میشود بیمار جهت معالجه دوبار یکی در ۲۹ مارچ ۱۹۷۴ و دیگری در ماه می - ۱۹۷۴ در Hachney - Hospital لندن بستری و تحت درمان قرار گرفته است.

#### امتحانات فیزیکی:

سفتی مخصوصی در کمر بویژه در ناحیه لمبر بیمار وجود دارد که با کوچکترین حرکت درد شدیدی با انتشار به کفها بوجود میآید، بهمین جهت بیمار سعی میکند بیحرکت بماند و برای کم شدن درد وضع مخصوصی به ستون فقرات خود میدهد (گردن خود را کمی بجلو نگاه میدارد) لمس ستون فقرات در ناحیه دومین تا پنجمین مهره کمی دردناک است از مفاصل محیطی فقط مفصل زانوی راست و مچ پای راست کمی متورم و حرکاتش محدود شده است در چشم بیمار طبق نظریه چشم پزشکی علائم ایریدوسیکلیت قدیمی خصوصاً "در چشم راست وجود دارد. بیمار رنگ پریده و ملتحمه پلکها کم رنگ و بنظر آنمیک میآید. غده تیروئید سفت نبوده و با بلع بخوبی حرکت میکند. اندازه تیروئید بزرگتر از عادی نیست، عروق گردن دارای ضربان و در قلب بیمار سوفل دیاستولیک مشخص نارسائی آئورت مسموع میباشد. ریه‌های بیمار از نظر فیزیکی و رادیولوژیکی طبیعی میباشد - بیمار دچار اختلالات گوارشی نامشخصی میباشد که بصورت اسهالهای بدون خون در سابقه‌اش وجود داشته است - کبد و طحال طبیعی، رفلکسهای وتری و پوستی به

## ۲- اندازه‌گیری فشار:

فشار آئورت  $\frac{180}{60}$  - فشار بطن چپ  $\frac{160}{40}$  - و نکته جالب آنست که دریچه، میترا ل زودتر از موقع بسته میشده است.

هموگلوبین ۱۰ گرم درصد - سرعت رسوب گلبولی ۹۰ میلیمتر جیوه در ساعت اول بوده است. نتیجه نهایی: اسپوندیلیت آنکیلوزانت همراه با نارسائی آئورت.

## = بحث =

۹۰% اسپوندیلیت آنکیلوزانت از نوع مرکزی (ابتلای مفاصل ساکروایلیاک و ستون فقرات) می‌باشد و موارد ابتلای مفاصل محیطی (۵) بشرح زیر گزارش شده است.

شانه ۳۲% - زانو ۲۸% - دست و مچ ۲۸% - آرنج ۱۲% و در ۳۲% اوقات مفصل تامپروماندیولر غیر طبیعی میباشد (۶) و حتی یک مورد شروع اسپوندیلیت از این مفصل گزارش گردیده است (۶).

دامنه گسترش عوارض قلبی و عروقی اسپوندیلیت - آنکیلوزانت نسبتاً وسیع است و همانطوریکه Davidson نشان داده است در اتوپسی متجاوز از ۲۰% مبتلایان عارضه تشریحی دریچه آئورتی موجود بوده ولی فقط نیمی از آنان

از نظر بالینی نشانه داشته‌اند.

اگرچه تعداد مبتلایان عارضه نارسائی آئورت در این بیماری کاملاً مشخص نیست اما آنچه مسلم است آنستکه میزان ابتلای دریچه آئورت با طول مدت آرتریت رابطه مستقیم دارد مثلاً طبق نوشته (14) Gradian ۱۲% آنان که بیماریشان بیش از ۳۰ سال بوده دچار عارضه آئورتی بوده‌اند و حال آنکه در آندسته که طول مدت ابتلاء مفاصل ده سال یا کمتر بوده این میزان فقط ۲% بوده است. اورتریت و ایرتیس و پسوریازیس (۱۱ و ۱۲) در این بیماران فراوان گزارش شده و حتی در سندرم رایتر هر وقت مفاصل ستون فقرات مبتلا شود تقریباً همیشه نارسائی آئورت نیز وجود داشته است (۱۲ و ۱۳).

ضایعات التهابی مفصلی محیطی شبیه آنچه در مفاصل ستون فقرات مشاهده میشود نیز کم نیست (۱۴ و ۱۵). از آنچه گفته شد و گسترش بیماری در قسمت‌های مختلف بدن و همانطوریکه Bulkley et al. و دیگران (۱) یادآور شده‌اند چنین نتیجه میشود که نوع عارضه التهابی نسجی در این بیماری باید یکسان باشد مثلاً برحسب اینکه کدامیک از اندامها را مبتلا سازد نشانه‌ها مختلف خواهد بود بعبارت دیگر نوعی بیماری خاص بنام سندرم اسپوندیلیتی وجود دارد که ممکنست تظاهرات مختلف داشته باشد و در جدول زیر این تظاهرات بوضوح آمده است.

## سندرم اسپوندیلیت

۱	مفصل ساکروایلیاک	اسپوندیلیت ساکروایلیاتیس
۲	قلبی و عروقی	نارسائی آئورت - بلوک قلب
۳	چشم	ایریتیس - کنژوکتیویت
۴	دستگاه ادراری	اورتریت
۵	پوست	پسوریازیس - کراتودرما لیلنوراجیکا
۶	مفاصل محیطی و تاندونها	آرتریت و تاندونیت

(۲ و ۵) بعمل آمده که بیشتر از نظر ایمنولوژی وجود آنتیژن W 27 از سیستم HI-A در ۸۸ - ۹۶٪ این بیماران باثبات رسیده است و امکان دارد که بیمار ما نیز از ایندسته باشد ولی چون در حال حاضر وسایل یکچنین آزمایشی برای ما مقدور نبود نتیجه، مطالعات تکمیلی خود را در این باره بعداً باطلاع علاقمندان خواهیم رساند.

#### = خلاصه و نتیجه =

گزارش یک مورد اسپوندیلیت آنکیلوزانت نوع مختلط با همراهی ناراحتی‌های روده‌ای و بلسوک دهلیزی بطنی مرحله اول قلب در یک جوان ۲۵ ساله و یادآوری پاتولوژی و بعضی علل ایمنولوژیکی که در تولید این بیماری ممکن است دخالت داشته باشند و رابطه احتمالی تغییرات ایمنولوژیکی HL-AW 27 با پیدایش عوارض مفصلی، قلبی، عروقی که ممکن است در بیمار ما نیز بنحوی دخالت داشته و محتاج به مطالعات بیشتری در این زمینه میباشد.

با مطالعه پرونده بیمار و آنچه در قسمتهای اول و دوم مقاله ذکر شده است بنظر میرسد که بیمار ما:

۱ - مبتلا به اسپوندیلیت آنکیلوزانت نوع مختلط (مرکزی و محیطی) بوده است.

۲ - نارسائی مسلم دریچه آئورت دارد که هم از نظر کلینیکی و هم باکاتتریسیم قلب باثبات رسیده است.

۳ - دچار بلوک دهلیزی بطنی قطبی مرحله اول میباشد.

۴ - مبتلا به عوارض روده‌ای نیز میباشد که از نظر پاتولوژی نوع آن کاملاً مشخص نیست.

آنچه در ضمن بررسیهای اخیر معلوم گردیده است این است که ضایعات روده‌ای بیشتر در نوع محیطی آرتريت - روماتوئید (۷) و یا در نوع مختلط اسپوندیلیت آنکیلوزانت میباشد (۷) و بیمار ما نیز جزو دسته اخیر میباشد.

اخیراً مطالعاتی بر روی فنوتیپ لمفوسیت‌های خون بیماران مبتلا به اسپوندیلیت آنکیلوزانت همراه عارضه روده

#### References

- Bernadin H. Bulky. M.D. and William C. Roberts M.D. Ankylosing Spondylitis and Aortic Regurgitation Circulation XLV 111. N.5. November 1973.
- R.I. Morris et al, HL-AW27 A useful Discriminator in the Arthropathy of inflammatory Bowel Diseases. New Eng-J-Med 290: 1117 May 16-1974
- Harrison's Principle of internal Medicine Sixth Editon: 1955-1956- 1972
- Samuel Oran, Clinical Heart Diseases: 746-747, 1972.
- Charles E. Muller M.D. William Martel M.D. Ankylosing Spondylitis and Regional Enteritis-Radlax (Radiology) 112 (3): 579-581 Sep. 1974.
- Donald Resnick M.D. Temporomandibular involbement in Ankylosing Spondylitis Radlax (Radio-logy) 112 (3): 587-591 Sep. 1974.
- G.S. Rachelefsky et al. Increased prevalence of W 27 in Juvenile Rheunatoid Arthritis New Eng-J-Med 290: 892 April 18-1974.
- Schlosstein L, Terasaki PI, Bluestone R, et al: High association of an HL-A antigen, W27, with ankylosing spondylitis. New-Eng-J. Med 288: 704-706 5 Apr 1973.
- Graham DC, Smythe HA: The carditis and aortitis of ankylosing spondylitis. Bull Rheum Dis 9: 171, 1958.

10. Cruickshank B: Pathology of ankylosing spondylitis. *Bull Rheum Dis* 10: 211, 1960.
11. Julkunen H: Rheumatoid spondylitis-clinical and laboratory study of 149 cases compared with 182 cases of rheumatoid arthritis. *Acta Rheum Scand Suppl No 4. 172: 24, 1962.*
12. Rodman GP, Benedek TG, Shaver JA, Fennell RH: Reiter's syndrome and aortic insufficiency. *JAMA* 189: 889, 1964.
13. Paulus HE, Pearsea CM, Pitts W: Aortic insufficiency in 5 patients with Reiter's syndrome. *Am. J. Med.* 53: 464, 1972.
14. Cruickshank B: Lesions of cartilaginous joints in ankylosing spondylitis. *J. Pathol* 71: 73, 1956.