لآلئ في أمراض الروماتيزم
PEARLS IN RHEUMATOLOGY

د مهند أبوكرشة
أخصائي أمراض المفاصل والروماتيزم

٩/أيار/٢٠١٧

في الجراحة

- مرضى RA والذين يحتاجون لعمل جراحي يتطلب تخدير عام يجب اجراء صورة رقبة بفرط العطف والبسط لنفي تحت الخلع الفهقي السني (يجب عدم اجراء فرط بسط عند التنبيب)
- لم تثبت فائدة الصادات الوقائية ، يجب الانتباه للتعقيم الجيد للقثاطر ومكان حقنها و وضع الصادات الموضعية مكان ادخال القثاطر الوريدية أو البولية ويجب عدم إعطاء الحقن العضلية بسبب خطورة حدوث خراج الإلية
- تقييم وظيفة الكلية كل ٨ ساعات أول ٤٨ ساعة ثم يوميا لمدة أسبوع
- ويجب الانتباه لخطورة الخثار المرتفعة ويفضل إعطاء تمييع وقائي بعد ٦ ساعات من الجراحة

الأدوية والجراحة

- المريض الذي يأخذ ستيروئيدات بشكل مزمن وبحاجة لعمل جراحي متوسط أو كبير نعطي ١٠٠ ملغ هيدروكورتيزون عند تحريض التخدير ثم ٥٠ ملغ كل ٨ ساعات لمدة يومان
- المريض الذي يأخذ كلوروكين لا تدبير خاص
- أضداد ال TNF (العلاج البيولوجي) يوقف قبل ٤ أسابيع
- الميتوتركسات لا يزيد خطورة الإنتان بجرعات أمراض الروماتيزم ولكن يفضل إيقافه لجرعة واحدة قبل الجراحة
- السيكلوفوسفاميد(الإندوكسان) يوقف قبل ٣ أشهر في حال استقرار المريض ، وفي الحالات الاضطرارية قبل شهر بسبب خطورة الإنتان المرتفعة

اللآلئ

- لا تطلب من المريض أبدا إيقاف كافة الأدوية بشكل مفاجئ
- الهجمة المفصلية الشديدة بعد الجراحة قد تسبب آثار ضارة جدا على نتائج العمل الجراحي
- يفضل اجراء استشارة مفصلية لكل مريض روماتيزم يعالج بمثبطات المناعة وبحاجة لعمل جراحي يتطلب تخدير عام

ليس كل ارتفاع ASLO هو حمى رثوية

معايير تشخيص الحمى الرثوية:

معايير كبيرة :

١- ***التهاب*** مفاصل عديد هاجر: التهاب المفصل يجب أن يستمر عدة أيام وليس أكثر من أسبوع لكل هجمة ويستجيب بشكل وصفي ل NSAIDS

٢- التهاب قلب

٣- حمامى هامشية

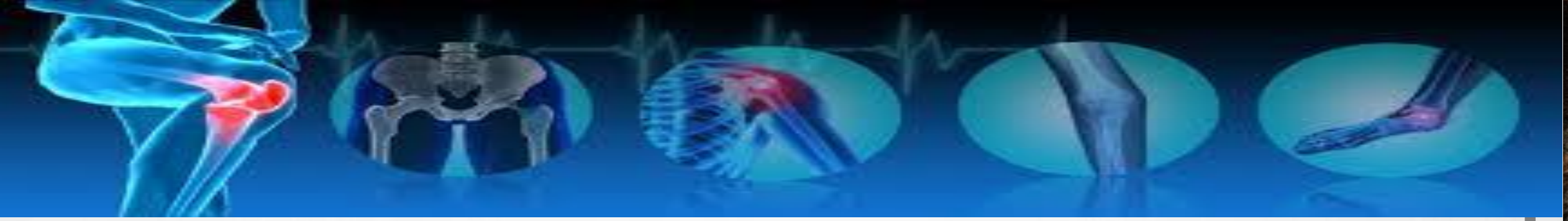
٤- داء الرقص لسيدنهايم

٥- عقد تحت الجلد

معايير صغيرة : ألم مفاصل و حمى و حصار قلب درجة ١ و ارتفاع عوامل الالتهاب

لوضع تشخيص يجب وجود ***معيارين كبيرين*** أو ***معيار كبير ومعيارين صغيرين*** مع

دليل على إصابة بالعقديات (ارتفاع ASLO) أو الزرع الايجابي



ANTI STREPTOLYSIN O بعيار ٢٤٠ وحتى ٣٢٠ وحدة يعتبر ارتفاع متوسط خاصة في البلاد الموبوءة لكن ارتفاع فوق ٥٠٠ يكون مرضي غالبا

الحمى الرثوية نادرة جدا قبل ٣ سنوات ونادرة بعد ١٥ سنة ، معظم الحالات تحدث بين عمر ٤ و ٩ سنوات

الأعراض تحدث بعد ٢-٣ أسابيع من إصابة البلعوم

تشاخيص بديلة :

- **POST-STREPTOCOCCAL ARTHRITIS** التهاب مفاصل تالي للإصابة بالعقديات

- **JIA** التهاب المفاصل الشبابي الأساسي بأنواعه (عديد المفاصل إيجابي أو سلبي ال **RF** وقليل المفاصل و الجهازي (داء ستيل) والمشابه لسلبيات المصل وغير المصنف)

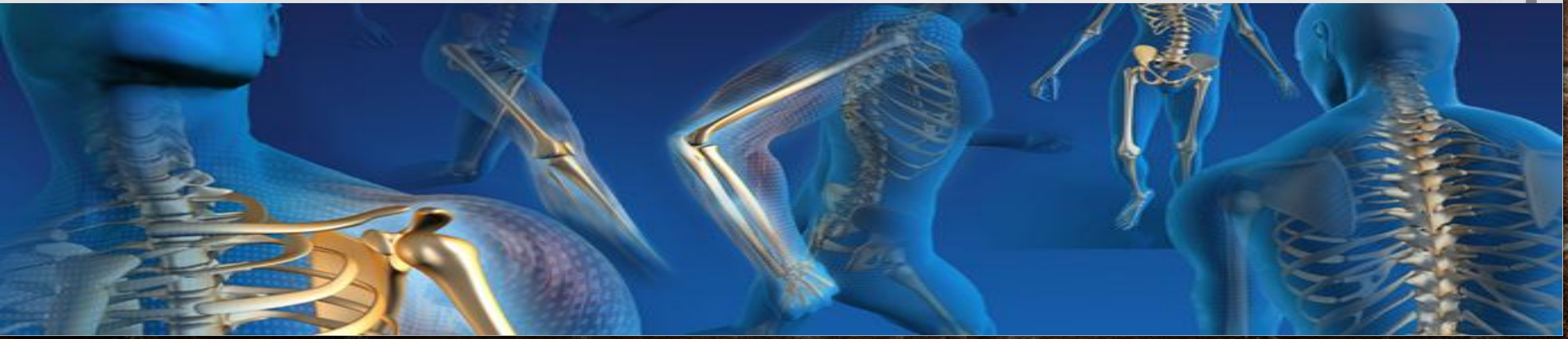
- التهاب المفاصل الارتكاسي التالي لإصابة الجهاز البولي أو الهضمي بالإنتان

اللآلئ

- يجب التفكير بتشخيص تفريقي للألم المفصلي عند الأطفال
- يفضل العلاج بالصادات عند وجود أي شك للإصابة بالعقديات

لكن

- يجب تأكيد تشخيص الحمى الرثوية قبل وضع الطفل على علاج بالبنسلين المديد لعدة سنوات
- للتفاؤل : لقاح في طور التحضير للعقديات وسيكون متداولا خلال ٥ سنوات



التهاب المفاصل الرثياني

الشيوع ١ % تقارب نسبة شيوع الداء السكري

معايير تشخيص التهاب المفاصل الرثياني حسب تصنيف ٢٠١٠

- اشتمال المفاصل

إصابة مفصل كبير واحد	العلامة ٠
٢-١٠ مفاصل كبيرة	العلامة ١
١-٣ مفاصل صغيرة	العلامة ٢
٤-١٠ مفاصل صغيرة	العلامة ٣
أكثر من ١٠ مفاصل صغيرة	العلامة ٥

إيجابية منخفضة ل **RF** أو **ANTICCP** العلامة ٢

إيجابية مرتفعة ل **RF** أو **ANTICCP** العلامة ٣

- ارتفاع **CRP** أو **ESR** العلامة ١

مدة الإصابة أكثر من ٦ أسابيع العلامة ١

نضع التشخيص بالحصول على ٦ علامات

- العامل الرثوي RF إيجابي في ٧٠% من مرضى RA
- ANTI CCP إيجابي في ٧٠ % من مرضى RA
- ANA إيجابي في ٣٠% من مرضى RA

- علامات الالتهاب: ألم و تورم و حرارة موضعية و احمرار

دلائل على الألم الالتهابي :

الألم الليلي

التيبس الصباحي المطول

الهجمات و الازمان

اصابة المفاصل الصغيرة والكبيرة

التهاب المفاصل غير المصنف
UNDIFFERENTIATED ARTHRITIS

- مصطلح يشير الى مجموعة من المرضى لديهم التهاب زليل باكر ولا يناسبون معايير أمراض أخرى
- تتضمن هذه الأمراض الانتانات و التهابات الفقار سلبية المصل و أمراض البلورات و التهاب المفاصل الرثياني
- لأنه تشخيص يوضع بالاستثناء ، لا معايير خاصة موجودة
- **معظم الدراسات ترجح أفضلية العلاج بمثبطات المناعة خاصة الميتوتركسات**

Recognizing joint inflammation

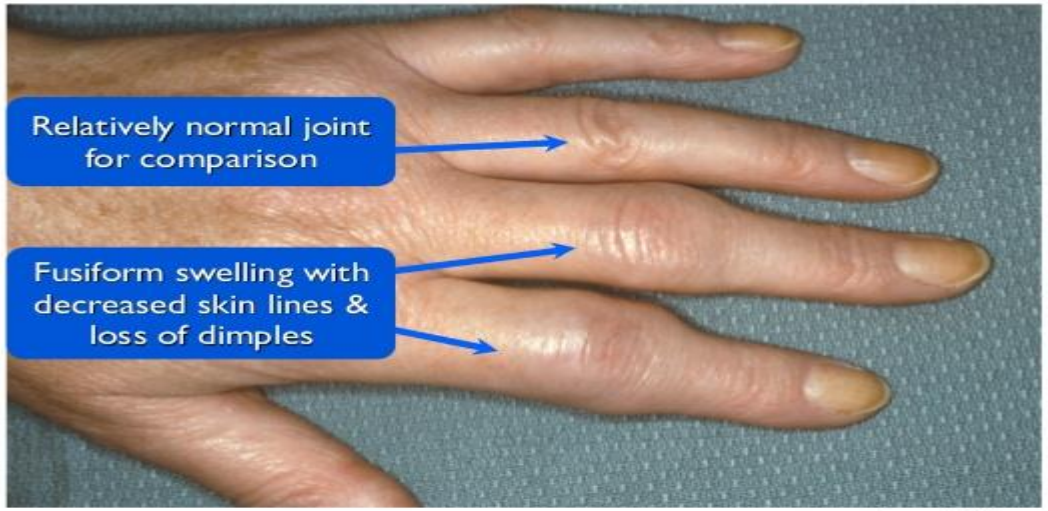


Image: ACR Image Bank

اللآلئ

- طبيعة الألم الالتهابي مؤشر هام جدا للإصابة الروماتيزمية
- نضع تشخيص التهاب المفاصل الرثياني حتى مع سلبية العامل الرثوي و عدم ارتفاع سرعة التثفل
- البريدلون ليس علاج وحيد *أبدا* لمرضى الرثياني إنما يمكن استعماله لفترة وجيزة وبجرعة منخفضة كجسر علاجي ريثما الأدوية الأخرى تبدأ بعملها
- نعم .... الميتوتركسات دواء هام جدا وهو الخط الأول لعلاج العديد من أمراض الروماتيزم

التهابات الفقار سلبية المصل

- مشكلة شائعة تصل نسبتها ١-٢ / ١٠٠٠
- معظم الحالات يتأخر تشخيصها ل ٦ أو ٧ سنوات
- يشمل التهاب الفقار اللاصق حسب معايير نيويورك المعدلة و الداء المحوري اللاشعاعي

الرنين المغناطيسي يظهر التهاب المفصل العجزي الحرقفي قبل الصورة البسيطة

أعراض التهاب الفقار المحوري غير الشعاعي تظهر بنسبة ٢-٣ أضعاف حدوث ال AS ولا أفضلية للذكور على الاناث والمرضى قد يتطورون أو لا للداء الشعاعي

معايير نيويورك المعدلة ١٩٨٤ لتشخيص AS تتطلب إصابة شعاعية مع أعراض سريرية صريحة

معايير كلاين لألم الظهر الالتهابي :

- عمر بدء أقل من ٤٠ سنة
- مدة المرض أكثر من ٣ أشهر
- بدء مفاجئ
- تيبس صباحي مطول
- تحسن الألم مع التمارين

يتطلب التشخيص ٤ معايير من ٥

معايير برلين لألم الظهر الالتهابى

- تيبس صباحي أكثر من ٣٠ دقيقة
- تحسن الألم بالتمارين لكن ليس بالراحة
- استيقاظ ليلي (في النصف الثاني من الليل فقط)
- ألم إلية متنقل

حساسية ٧٠% ونوعية ٨١% اذا تناسب معياران

أنماطه :

- التهاب الفقار اللاصق
- التهاب المفاصل الصدافي
- داء رايتر (التهاب المفاصل الارتكاسي)
- المرافق لداء كرون و التهاب الكولون القرحي
- التهاب الفقار اللاصق ذو البدء الشبابي

التهاب الفقار غير المصنف

- يمكن أن يترافق مع أعراض محورية ومحيطية
- يعتبر تشخيص مؤقت حيث تتحول العديد من الحالات لأنواع أخرى من التهابات الفقار
- العلاج يعتمد على سيطرة الأعراض المحورية أم الجهازية

اللآلى

- المرحلة الأولى لمقاربة مريض ألم الظهر هي تحديد هل هو ألم التهابي أم ميكانيكي
- عند تشخيص التهاب الفقار اللاصق وعدم التحسن على الNSAIDS غالبا ما نلجأ للعلاج البيولوجي مباشرة لعدم فائدة مثبطات المناعة التقليدية في علاج الداء المحوري
- ليس بالضرورة الانتظار حتى تآكل المفصل العجزي الحرقفي كاملا قبل وضع تشخيص التهابات الفقار

منوعات

مضاد استطباب مشاركة ال NSAIDS ، COX1 أو COX2 بسبب مضاعفة الآثار الجانبية

دون أي زيادة في الفعالية المضادة للالتهاب أو المسكنة للألم

وعند مرضى الداء السكري يجب إعطاء ال NSAIDS بأقل جرعة ولأقصر فترة ، ويفضل مراقبة الكرياتينين

لا يفضل إعطاء ال COX2 لدى الكبار والمصابين بارتفاع التوتر الشرياني

لدى إعطاء الNSAIDS لحالة التهابية يجب اعطاؤها بجرعة كاملة تغطي ٢٤ ساعة

والانتظار أحيانا حتى٣ أسابيع للوصل لضبط الحالة الالتهابية بشكل جيد

- الخثارات الشريانية أو الوريدية أو الأعراض العصبية غير المفسرة لدى الشباب يجب نفي الذئبة الحمامية الجهازية والتهابات الأوعية الجهازية كداء بهجت

- هشاشة العظام لا تشخص بنقص الكالسيوم الشاردي في الدم وانما بقياس الكثافة العظمية وقبل ذلك يجب تحري فيتامن د لأن نقصه يعطي نتيجة خاطئة لدى قياس الكثافة العظمية

- نقص الكالسيوم وهشاشة العظام لا تسبب ألم مفصلي أو عظمي

بينما نقص فيتامين د قد يسبب ألم ومضض عظمي لكنه لا يسبب أبدا **التهاب** مفصل

- ***الميتوتركسات:*** دواء هام جدا لعلاج نسبة كبيرة من مرضى الروماتيزم ويعادل تقريبا أهمية الميتفورمين لمرضى السكري لكن **لا يعطى أبدا دون مراقبة دورية** لوظائف الكبد والكلية والتعداد ودون سماع أصوات الرئة لتحري الآثار الجانبية الخطيرة التي قد يسببها في حال عدم المراقبة بالإضافة لتحري فيروسات الكبد لدى المرضى عاليي الخطورة ولا يعطى بالحمل والإرضاع ويجب إيقافه ٣ أشهر لدى الذكور والاناث قبل حصول الإلقاح ويحتاج ل ٣ أشهر ليبدأ مفعوله

- في اختصاص الروماتيزم لا نطلب تحليل لنضع تشخيص

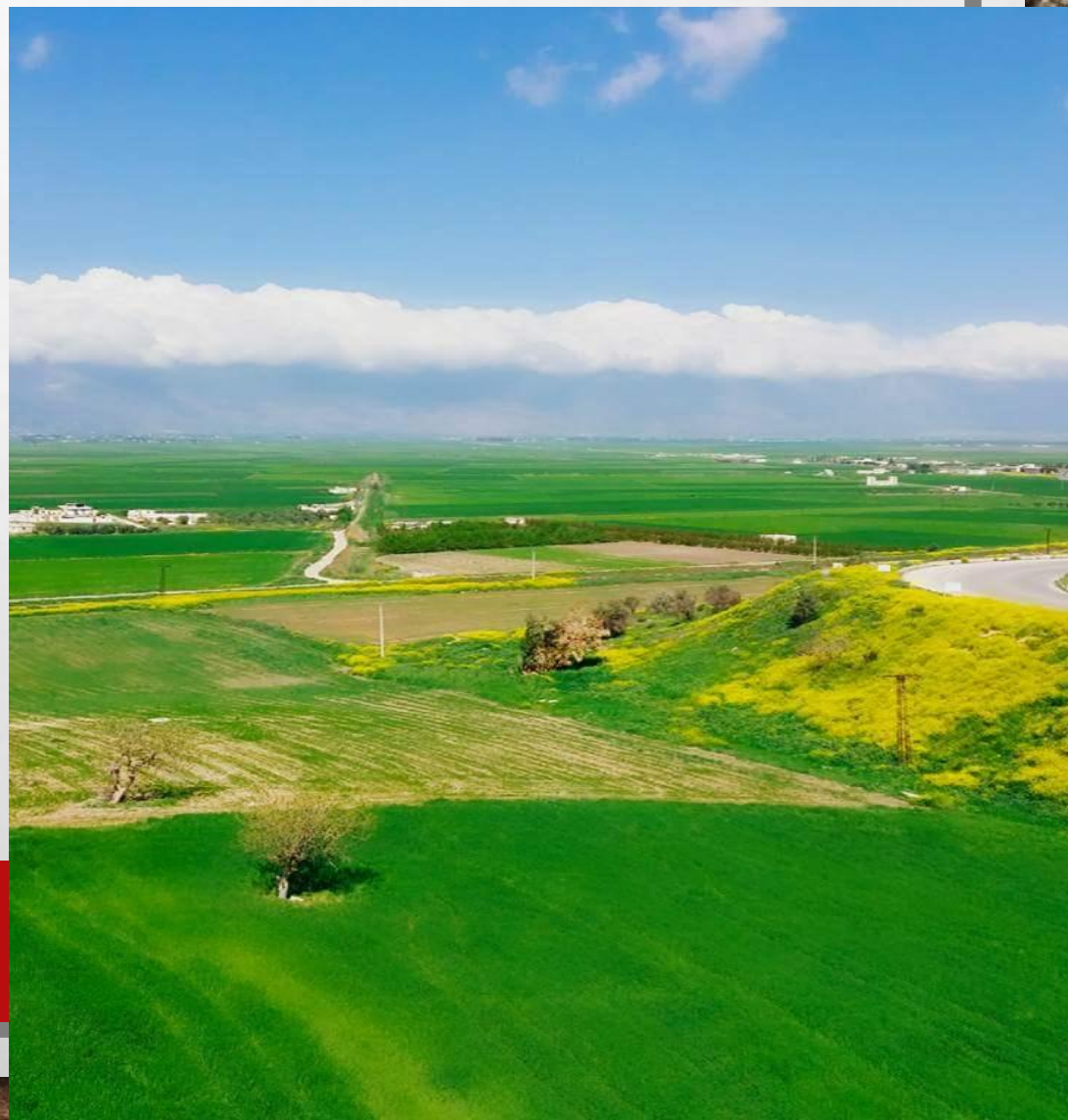
في اختصاص الروماتيزم

١+١ يمكن = ٢ أو ٣ أو ١.٥

المراجع

- KELLEY & FIRESTEINS TEXTBOOK OF RHEUMATOLOGY 10E –2016
- CURRENT DIAGNOSIS & TREATMENT IN RHEUMATOLOGY, 3RD EDITION 2013
- MEDSCAP

د مهند أبوكرشة

أخصائي أمراض المفاصل والروماتيزم

شكرا