



Corresponding author:
Ali Parsa; MD

Email: Parsaa@mums.ac.ir

نویسنده مسئول: دکتر علی پارسا؛
فلوشیپ ارتوپدی دانشگاه هاروارد، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد،
مشهد، ایران

Ali Parsa

How to cite this article: Parsa A. Femoral Head Osteonecrosis
and Substance Abuse. *J Mashhad Med Council* 2018;22:6-9.

نگروز سر استخوان ران در سوء مصرف مواد

Femoral Head Osteonecrosis and Substance Abuse



تصویر ۱- ب. استئونکروز هیپ راست در مرحله سوم بیماری



تصویر ۱- ج. نگرکز سر استخوان ران دوطرفه با کلاپس سر و درگیری تمام مفصل در بیمار با اعتیاد تزریقی

نگرکز استخوان ران غیر تروماتیک (Femoral Head Osteonecrosis) یک بیماری پیشرونده است که در صورت عدم درمان در مدت دو سال امکان ایجاد آرتروز ثانویه شدید مفصل هیپ می‌باشد، به گونه‌ای که تنها راه درمان تعویض مفصل خواهد بود. علی‌رغم تحقیقات فراوان در این زمینه که از پرچالش‌ترین مباحث "هیپ" (مفصل لگن) در رشته ارتوپدی است، برای مراحل اولیه این بیماری نیز درمان مؤثری که مورد توافق همگان باشد، وجود ندارد.

سالانه تنها در ایالات متحده آمریکا بالغ بر ۳۰۰ هزار عمل جراحی تعویض مفصل هیپ انجام می‌شود که با توجه به شیوع ۱۵-۱۰ درصدی نگرکز سر استخوان ران در بین اتیولوژی‌های تعویض مفصل به نظر می‌رسد که سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر به علت این بیماری در سنی بسیار کمتر از سن بیماران با آرتروز اولیه تحت عمل تعویض مفصل هیپ قرار می‌گیرند. البته در ایران به دلیل فقدان ثبت اطلاعات تعویض مفصل، در این زمینه به طور دقیق نمی‌توان اظهار نظر کرد. مشکل بعدی در این گروه بیماران آن است که نتایج رضایت‌بخش تعویض مفصل هیپ در بیماران با آرتروز اولیه (ناشی از روند طبیعی افزایش سن) را نمی‌توان در بین این دسته از بیماران انتظار داشت. کیفیت پایین استخوان حمایت‌کننده اجزای پروتز در این بیماران و ادامه روند بیماری در بخش غیر غضروفی مفصل پس از درمان باعث می‌شود که نتایج کمتر از حد انتظار باشد، اگرچه معمولاً برای درمان انتخاب دیگری نیز به جز تعویض مفصل نخواهد بود.

الکل، استروئید، لوپوس ایدیوپاتیک، آنمی سیکل سل، تالاسمی و بیماری گاجر از جمله علل ایجادکننده این بیماری می‌باشند. متأسفانه در مراحل اولیه که امکان درمان مؤثرتر با روش‌های حفظ مفصل طبیعی بیمار وجود دارد، علائم کم‌تری در بیماران وجود دارد. برای نمونه گاهی تنها یک درد مبهم در کشاله ران برای یک مدت طولانی از جمله علائم این بیماری است که در بیمار بروز می‌کند. در معاینه ممکن است محدودیت حرکات چرخشی مفصل هیپ به خصوص چرخش



تصویر ۱- الف. استئونکروز هیپ چپ که در MRI مشخص است و هنوز منجر به کلاپس نشده است.

به داخل باز باشد. در بررسی نحوه راه رفتن بیمار تنها با وجود درد قابل‌ملاحظه ممکن است راه رفتن "انتالژیک" مشاهده شود.

نتیجه رادیوگرافی‌های ساده در مراحل اولیه ممکن است کاملاً طبیعی باشد یا تغییرات مختصری داشته باشد که توسط همکاران غیرارتوپد توجه زیادی به آن نشود و تشخیص را به تأخیر بیندازد. MRI استاندارد تشخیصی است و برای تعیین وسعت درگیری سر فمور و تعیین پلان جراحی ضروری است (تصویر ۱).

در بین روش‌های درمانی متنوع، "گوردکمپرشن" که در واقع رفع فشار از استخوان مجاور منطقه نکرکز است، عملاً شایع‌ترین روش درمان در مراحل اولیه است. نحوه انجام آن به صورت ایجاد کانال استخوانی در گردن استخوان ران به سمت منطقه نکرکز است که یا به روش باز یا با کمک آرتروسکوپی انجام می‌شود (تصویر ۲).



تصویر ۲: کورد کمپرشن با کمک آرتروسکوپی



تصویر ۳: تعویض مفصل هیپ چپ در بیمار نکروز سر استخوان ران (فیگس کردن کاپ استابولوم برای این بیماران اغلب ضرورت دارد)

استروئیدها و داروهای دیگر به عنوان علت نکروز استخوان در مطالعات مختلف مشاهده شده است. در بیماران معتاد تزریقی ترومیوفلیبیت به خصوص در ورید فمورال بسیار دیده می‌شود. گزارشات متعددی وجود دارد که به نظر می‌رسد تزریقات مکرر "هروئین" داخل ورید فمورال با تشدید چسبندگی پلاکتی و رسوب فیبرین منجر به ایجاد فلیبیت و لخته منتشر و افزایش ویسکوزیته خون شده که باعث اختلال سیستم وریدی فمورال می‌شود و متعاقباً

در مراحل پیشرفته بیماری نیز بهترین انتخاب تعویض کامل مفصل هیپ می‌باشد (تصویر ۳).

سوء مصرف مواد مخدر و نکروز سر استخوان ران

در سال‌های اخیر سوء مصرف مواد مخدر به عنوان عامل ایجاد نکروز سر استخوان ران مطرح شده است. ترکیباتی از جمله هروئین به خصوص در فرم تزریقی و "تمجزیک" (نوعی از بوپرنورفین) چه به صورت خالص یا تهیه شده در مراکز غیر قانونی در ترکیب با

شده بود ولی نکته قابل توجه فاصله زمانی کم مورد نیاز تا ایجاد بیماری در این بیماران در مقایسه با افرادی است که به جهت اندیکاسیون‌های درست پزشکی به ناچار کورتیکواستروئید طولانی مصرف می‌کنند (بیماری‌های روماتولوژی، کلیوی و پیوند اعضا و غیره).

Gebhard و Tang فاصله ایجاد نکروز سر استخوان ران با طول درمان استروئیدی را حدود ۵ تا ۱۰ سال دانسته‌اند. بیش از دو سوم بیماران یک کارآزمایی بالینی انجام شده توسط هوتکاتی و همکاران در مشهد در سال ۱۳۹۳، سابقه مصرف استروئید داشتند که میزان قابل ملاحظه‌ای در اثر داروهای غیر مجاز حاوی استروئید بوده است.

نتیجه‌گیری:

با توجه به این که سن شایع ابتلا به این بیماری سنین ۴۰-۲۰ سال است و ماهیت پیشرونده این بیماری به گونه‌ای است که در مدت کوتاهی می‌تواند تبدیل به آرتروز پیشرفته دردناک مفصل هیپ گردد، بنابراین می‌تواند تأثیر مخرب بر وضعیت شغلی و کیفیت زندگی این بیماران در سال‌های اوج توانایی کاری و ذهنی بگذارد. لذا، پیشگیری از ایجاد آن بسیار کمک‌کننده خواهد بود.

شاید این بیماری در افرادی که دچار یک بیماری نادر ژنتیکی هستند که بیماری آن‌ها عامل نکروز سر استخوان است و یا بیمارانی که مصرف استروئید برای آن‌ها ضرورت دارد، قابل پیشگیری نباشد ولی بالا بردن آگاهی جامعه (Health Literacy) و افزایش توجه پزشکان و تیم درمان در زمینه سوء مصرف مواد و داروهای ترکیبی غیر مجاز که تحت عناوین کاهش و افزایش وزن، افزایش اشتها، کمک به نتایج بدنسازی و فعالیت‌های ورزشی و یا رفع اثرات جانبی اعتیاد در اختیار بیماران قرار می‌گیرد در کاهش موارد این بیماری مؤثر باشد.

نکته مهمی که نباید از آن غافل شد این است که درد هیپ طول کشیده علی‌رغم رادیوگرافی نرمال نمی‌تواند ردکننده مراحل اولیه نکروز سر استخوان ران باشد و ارجاع به موقع چنین مواردی در صورت وجود فلن بالینی و شرح حال تأییدکننده بسیار کمک‌کننده خواهد بود.

به صورت تئوریک می‌تواند با اختلال سیستم تخلیه وریدی فشار داخل استخوان را افزایش، جریان شریانی را کاهش و منجر به نکروز هیپوکسیک در سر استخوان ران شود.

بوپرنورفین با نام‌های تجاری متعدد؛ تمجریک، نورجریک، ارجریک و TDgesic، حدود سی سال قبل به عنوان یک ضد درد نازکوتیک وارد بازار دارویی شد و علاوه بر مصارف ضد درد در پزشکی، در درمان اعتیاد نیز استفاده شد. اگرچه در ابتدا از بین فرم‌های مختلف دهانی، زیرزبانی و تزریقی فقط فرم زیرزبانی آن در درمان اعتیاد کاربرد داشت ولی به سرعت انواع مختلف آن مورد سوء مصرف قرار گرفت. از سال‌های گذشته، در ایران انواع تقلبی (Fake) بوپرنورفین با نام مشابه برند اصلی در بین افراد معتاد به مواد مخدر شایع شد. این مواد تقلبی اغلب در کارگاه‌های غیر مجاز تولید و شامل هروئین مایع و ترکیبات استروئیدی و رنگدانه بود. اگرچه آمار رسمی از میزان استئونکروز سر فمور در اثر این ترکیبات موجود نیست ولی مشاهدات همکاران جراح ارتوپد حاکی از همراهی قابل ملاحظه مصرف این ترکیبات در بیماران استئونکروز بود.

ابریشم و همکاران اثر بخشی کور دکمپرشن (Core Decompression) که رایجترین روش درمانی نکروز سر استخوان ران می‌باشد را مطالعه کردند و به طور بسیارمعتاداری نتایج نامیدکننده‌ای در بیماران با مصرف داخل وریدی "تمجریک" مشاهده شد. البته در این مطالعه بیشتر بیماران در گروه "تمجریک" ریسک فاکتورهای دیگری نیز برای ایجاد نکروز سر استخوان ران داشته‌اند که اثر مستقیم مصرف این دارو را در ایجاد نتایج ضعیف درمان جراحی تأیید نمی‌کند.

همچنین، گرمی مبارکه در مطالعه دیگری روی ۲۳ بیمار با اعتیاد تزریقی که سابقه مصرف ترکیبات فوق را به مدت میانگین سه سال داشتند و به طور میانگین حدود سه تزریق در ماه داشته‌اند را بررسی کرد که این افراد تحت درمان نکروز سر استخوان ران ایجاد شده قرار گرفته بودند (تمویض سفلس یا کوردکمپرشن). اگرچه نتیجه درمان تمویض مفصل در این بیماران در کوتاه مدت بسیار خوب ارزیابی

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۰۰۰۷۸۲۸) ارسال فرمایید.

کد مقاله: ۷۶۰۳ نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله

References

1. Jones LC, Mont MA. Advances in Diagnosis and Treatment of Osteonecrosis of the Hip. *J Hip Surg.* 2017 Mar;1:2.
2. Peyvandi MT, Mazloomi M, Garadaghi M, Parsa A, Nassab HB, Kachooei AR, et al. Clinical Trial on Femoral Head Osteonecrosis: Simple Core Decompression vs. Core Decompression and Fibular Allo-Graft Placement. *J America Sci* 2014;10:74-7.
3. Karimi-Mobarake M, Nemati A, Kheradmand A, Rajabyzadeh G. Comparison of Total Hip Arthroplasty and Core Decompression in Avascular Necrosis of the Femoral Head after Taking Temgesic and Norgesic. *Addict Health* 2012;4:117-21.
4. Abrisham SM, Hajiesmaeili MR, Soleimani H, Pahlavanhosseini H. Efficacy of Core Decompression of Femoral Head to Treat Avascular Necrosis in Intravenous Drug Users. *Acta Med Iran* 2013;51:250-3.
5. Tang WM, Chiu KY. Avascular Necrosis of Femoral Head: a Short Review. *Int J Rheum Dis* 2006;9:98-101.
6. Gebhard KL, Maibach HI. Relationship between Systemic Corticosteroids and Osteonecrosis. *Am J Clin Dermatol* 2001;2:377-88.