



Zhaleh Shariati-Sarabi; MD
E-mail: shariati@ums.ac.ir

آرتریت انتروپاتی

Enteropathic Arthritis

دکتر زاله شریعتی سراپی

دانشیار روماتولوژی، بخش بیماری‌های داخلی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

برخی از بیماران، دردهای مفصلی یا نشانه‌های فیبرومیالژی را بروز می‌دهند. علاوه بر آرتروپاتی، سایر تظاهرات خارج روده‌ای IBD، شامل یووئیت، پیودرما گانگرنوزوم، اریتما ندوزوم، چماقی شدن انگشتان دست ممکن است تظاهر یابند که همگی در CD تا حدی شایع‌تر از UC هستند.

یافته‌های آزمایشگاهی و رادیوگرافیک: یافته‌های آزمایشگاهی منعکس‌کننده تظاهرات التهابی و متابولیک IBD هستند. مایع مفصلی معمولاً بطور خفیف ماهیت التهابی دارد. ۷۰-۳۰٪ بیماران مبتلا به AS و IBD حامل ژن HLA-B27 هستند (در مقایسه با بیش از ۹۰٪ بیمارانی که فقط AS دارند و ۷۰-۵۰٪ بیماران مبتلا به AS و پسوریازیس). بنابراین، AS قطعی یا احتمالی در یک فرد HLA-B27 منفی در غیاب پسوریازیس، باید پزشک معالج را به جستجو برای IBD پنهان تشویق کند. تغییرات رادیوگرافیک در اسکلت محوری بدن همان‌هایی هستند که در AS بدون عارضه یافت می‌شوند. سایدگی‌ها در آرتریت محیطی ناشی‌اند ولی می‌توانند ایجاد شوند (بویژه در مفاصل متاتارسوفالانژیال).

درمان: شناس درمان CD با استفاده از داروهای ضد TNF افزایش یافته است. Adalimumab و Infliximab در ایجاد و تداوم پسرفت بالینی CD مؤثرند و Infliximab خصوصاً در CD فیسستول‌دهنده خود را مؤثر نشان داده است. آرتریت ناشی از IBD نیز به این داروها پاسخ می‌دهد. همچنین، سایر درمان‌های IBD شامل سولفاسالازین و داروهای مربوطه، گلوکوکورتیکوئیدهای سیستمیک و داروهای سرکوبگر ایمنی، معمولاً برای آرتریت محیطی همراه مفیدند. NSAIDها عموماً سودمندند و به خوبی تحمل می‌شوند، اما ممکن است به شعله‌ور شدن IBD بینجامند. **پیش‌آگهی:** باید در نظر داشت که عوارض اصلی آرتریت‌های انتروپاتی عمده‌تاشی از جنبه گوارشی بیماری (IBD) هستند تا جنبه‌های اسکلتی - مفصلی. بنابراین شیوع عوارض مستقیم IBD در این بیماران در رأس قرار دارد. به دنبال عوارض گوارشی درگیری‌های غیرمفصلی آرتریت محیطی نظیر یووئیت قرار می‌گیرد. همچنین آمیلونیدوز (عمده‌تاشی در نتیجه CD) و مسمومیت‌های ناشی از درمان طولانی مدت در رده‌های بعدی قرار دارند. پیش‌آگهی مبتلایان عمدتاً بر پیش‌آگهی بیماری گوارشی‌شان استوار است. گاه ممکن است انواع شدید اسپوندیلوآرتریت‌ها رخ دهد هرچند ناشی است.

آرتریت انتروپاتی شکیلی از بیماری‌های التهابی مفصلی است که ارتباطی قوی با ابتلا به بیماری‌های التهابی روده‌ای (IBD) دارد و اصالتاً در زیرمجموعه اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها طبقه‌بندی می‌شود. هر دو شکل شایع IBD، یعنی کولیت اولسراتیو (UC) و بیماری کرون (CD)، با اسپوندیلوآرتریت (AS) و آرتریت محیطی همراهند. در مطالعات اخیر، AS در ۱۰-۱٪ و آرتریت محیطی در ۵۰-۱۰٪ بیماران مبتلا به IBD تشخیص داده شده است. در بیماران مبتلا کم‌درد التهابی و انتروپاتی شایعند و بسیاری از بیماران در تصویربرداری، نشانه‌های ساکروایلئیت دارند. هیستولوژی سینوویال آرتریت محیطی مرتبط با IBD مشابه سایر اسپوندیلوآرتریت‌ها است. همراهی با آرتروپاتی هیستولوژی روده را در UC یا CD تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. **پاتوژنز:** IBD و اسپوندیلوآرتریت‌ها هر دو بیماری‌های واسطه ایمنی هستند، اما مکانیسم‌های ارتباط میان آن دو به طور کامل شناخته نشده است. احتمال دارد ارتباط ژنتیکی نزدیک میان آل‌ل‌های مستعدکننده جداگانه در پاتوژنز این بیماری‌ها مؤثر باشد. در مطالعات تجربی، موش‌های مبتلا به IBD که HLA-B27 مثبت داشتند یا به طور ذاتی TNF- α را بیش از حد تولید می‌کردند، دچار آرتریت می‌شدند. در مطالعات متعدد، شواهد واضحی مبنی بر رفت و آمد لکوسیت‌ها میان روده و مفصل یافت شده است. مشخص شده است که لکوسیت‌های مخاطی در مبتلایان به IBD از طریق چندین مولکول اتصال مختلف، با تمایل بالا به ساختارهای عروقی سینوویال متصل می‌شوند. ماکروفاژهای ظاهرکننده CD163 در ضایعات التهابی هم روده و هم سینوویوم مبتلایان به اسپوندیلوآرتریت‌ها فراوان هستند.

تظاهرات بالینی: AS همراه با IBD از نظر بالینی از AS اولیه غیرقابل تمایز است. این اختلال، مسیری مستقل از بیماری روده را طی می‌کند و در بسیاری از بیماران (گاه سال‌ها) پیش از آغاز IBD روی می‌دهد. شروع آرتریت محیطی پیش از شروع بیماری آشکار روده اتفاق ناشی نیست. طیف آرتروپاتی محیطی شامل موارد زیر است: حملات حاد خودمحدودشونده اولیگوآرتریت که اغلب همزمان با عودهای IBD روی می‌دهند و آرتریت چندمفصلی مزمن‌تر و متقارن که سیری مستقل از فعالیت IBD را پیش می‌گیرد. الگوهای درگیری مفصل در UC و CD مشابه هستند. در مجموع، سایدگی‌ها و دفورمیتی‌ها در آرتریت محیطی مرتبط با IBD شایعند هرچند جراحی مفصل به ندرت مورد نیاز است. آرتریت تخریبی منفرد هیچ یک عارضه نادر در CD است. داکتیلیت و انتروپاتی گاه دیده می‌شوند.

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۳۰۰۰۷۸۳۸) ارسال فرمایید.

نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله

کد مقاله: ۶۸۰۸

REFERENCES

1. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia, USA: Saunders; 2015.
2. Kasper D, Fauci A, Hauser S, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th ed. New York, USA: McGraw-Hill Education; 2015.