

۱۹۱۵

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکترا از دانشگاه ملی ایران

موضوع :

((اسپوندیلیت آنکیلا ————— وزانت))

ANKYLOSING SPONDYLITIS

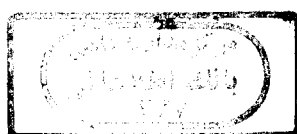
استاد راهنما :

جناب آقای دکتر عبدالرضا حسین پور

نگارش :

شامل صنعانی

سال تحصیلی (۱۳۵۰ - ۱۳۵۱)



۱۹۱۵

سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو/۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم که
زندگیم را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم .

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی به پیشگاه
اساتید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه خود را با وجدان
و شرافت انجام دهم .

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگی شماری سلامت بیمارانم خواهد بود .
اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت و حیثیت پزشکی
را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهند بود ، دین ، ملیت ، نژاد عقاید سیاسی
و موقعیت اجتماعی هیچگونه تاثیری در وظایف پزشکی من نسبت به بیمارانم
نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشر کمال احترام را مبذول خواهم داشت و هیچگاه
معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار نخواهم برد .
آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام انجام دهم .

تقدیم به ————— :

استاد عزیز جناب آقای دکتر حسین پور ، در ضمن از زحماتی که
برای تدوین این رساله مبذول داشته اید بینهایت سپاسگزارم

تقدیم ہے :

پدر و مادر عزیزم کہ در راه پرورش و تحصیل من نہایت از خود گذشتگی

رانشان دادہ ومن ہمیشہ سپاسگزار محبتہایشان ہستم .

تقديم بـ _____ :

همسر مهربان و عزیزم که همواره مشوق تحصیل من بوده و هست .

تقديم به ————— :

فرزند عزیزم ————— ، نگین

Ankylosing Spondylitis (A.S.)

(E)

or

نام سایر دیگری نیز باین بیمار وارد شده است

Rheumatioid Spondylitis (E)

or

Marie Strumpell Disease (E)

or

Spondylite Rhizomelique (F)

or

Maladie de Von Bechterev (F)

or

Rheumatoid arthritis of spine (E)

فهرست مندرجات

I - مقدمه و تعریف

۱- روش مطالعه

II - اتیولوژی: Etiology

۲- هیستولوژی ما میران سینوویال

III - Pathology

۳- تغییرات Periarthritic و استخوانی

۴- نتایج بدست آمده .

IV - یافته های بالینی

۱- شروع زودرس در نوجوانان

Clinical findings

۲- ضایعات قلبی در (AS)

۳- ضایعات چشمی در (AS)

۴- ضایعات ضربه ای به ستون فقرات در بیماری

(AS)

Laboratory findings

V - آزمایشات پاراکلینیک

X ray findings

VI - رادیولوژی

VII - تشخیص زودرس Early diagnosis

Rheumatoid arthritis

Reiter syndrom

Pott's disease

Arthritis in ulcerative colitis

Arthritis in agammaglobulinemia

Palindromic rheumatism

Psoriatic arthritis

T.B. arthritis

VIII - تشخیص افتراقی

Differential diagnosis

	Complication	عوارض	IX
داروهای ضد روماتیسمی	Management	درمان و نگهداری بیماران	X
راد یوتراپیسی			
جراحی			

Prognosis پیش آگهیسی -XI

Case history -XII

Summary -XIV

References - XV

I - مقدمه و تعریف:

Ankylosing Spondylitis (AS) ، بیماری مزمن و معمولاً

پیشرونده است. با اتیولوژی نامعلوم که مفصل ساکروایلپایک و سینوویال مفاصل حیطی
 و ستون مهره ها و نسوج اطراف را گرفته و بالاخره به کالسیفیکاسیون لیگامانهای
 ستون مهره ها و گاهی به اوسفیکاسیون آنها ختم میشود. یافته های باستان
 شناسی نشان میدهد که این بیماری در انسانهای قدیمی نیز موجود بوده است.
 AS بیماری روماتیسمی عمومی است که در مردان جوان پیش میآید

نامهای دیگر این بیماری عبارتند از Marie — Strumpell disease

Pelvospondylitis ossific^{ans} میباشد.

در هر حال اولین شرح بیماری توسط Connor در سال ۱۶۹۱

و بعد توسط Bechterev در سال ۱۸۹۳ و سپس Marie

(۱۸۹۴) و Strumpell (۱۸۹۷) بتفصیل نوشته شده است.

بیماری در مردان جوان بخصوص در نیمه اول دهه سوم ظاهر میشود.

بنابر گزارش Lenoach در فرم بالینی از این بیماری موجود است، فرم کلاسیک

(که بنام ساده یا مهره ای نیز نامیده میشود) و فرم Rhizomeliques

که پدیده ای پاتولوژیک نه تنها ستون مهره ها را دربرمیگیرد بلکه به مفاصل لگی

وشانه ای را نیز گرفتار مینماید .

فرم (AS) که گرفتاری این مفاصل را نیز شامل میشود در ۲۵٪ -

۱۸٪ از بیماران دیده میشود و آنرا بنام محیطی یا فرم اسکاندیناوی نیز میگویند .

II - اتیولوژی :

امروزه با وجود اینکه اتیولوژی این بیماری شناخته نشده در صورت

تشخیص زودرس امید زیادی برای بیماران وجود دارد .

مطالعات اتیولوژیک گله شایانی در مورد شناخت (AS) ننموده است .

ضربه ، عفونتهای غیر اختصاصی دستگاه ادراری -
Nonspecific urinary infection

وراثت و فشارهای روحی بعنوان عوامل اتیولوژیک معرفی شده اند .

چندین نظریه راجع به اتیولوژی (AS) مورد آزمایش قرار گرفت

از آنجائیکه تشابهات زیادی بین سندرم رایتزر Reiter و (AS) وجود

داشت، سرم افراد مبتلا به بیماری رایتزر در حالت فعال نسبت به انتقالی زن

Complement fixing Bedsonia (K26) برای آنتیبادیهای

مورد آزمایش قرار گرفت . این آنتیبادیها در هیچیک از ۶ بیمار مبتلا به

(AS) پیدا نشد در حالیکه در ۳۶٪ بیماران مبتلا به سندرم رایتزر ویکسی

از بیماریهای مقاربتی که به اورتریت حاد مبتلا بودند دیده شد .

(Arthritis and Rheumatism Vol. 13, No 5, Page 496 September-
October 1970)

مطالعه ۱۸۸ فامیل نزدیک بیماران مبتلا به (AS) نشاندهنده

وجود Sacroillitis در ۱۶٪ موارد بوده در حالیکه در گروه کنترل ۳/۷٪

دیده شده است . (Reference بالا) نحوه بهره برداری از این

آمار بدین صورت بود که وراثت بر پایه ی Multigenic استوار است

گروه های خونی Mn ، Rh ، I در این بیماران طبیعی بوده است .

همراه شدن مکرر (AS) و کولیت اولسرو ، آنتریت رژیونال

Regional Enteritis ، پسور یا زیس هنوز مشخص نشده و همچنین

هنوز رابطه ی سندرم رایتروآرتریت روماتوئید نوجوانان با این بیماری مجهول

است . با وجود این پزشک خانوادگی نباید بعلت مجهول بودن مسائل

اتیولوژیک از آنچه برای بیمار خود میتواند انجام دهد خودداری نماید و برای

کمک به بیمار و میتواند از معلومات تجربی که امروزه در اختیار او قرار دارد و میتواند

بیمار را آرام کند استفاده نماید .

III - پاتولوژی :

مقاله‌های گسی در باره تغییرات هیستوپاتولوژیکی ممبران سینوویال در مفاصل محیطی در (S.S) منتشر شده است و این مقالات نیز مبتنی بر موارد بالینی گسی بوده است و بدین علت تصمیم گرفته شد که مطالعات کاملی در باره تغییرات ممبران سینوویال انجام گیرد .

مطالعه در روی ممبران سینوویال برداشته شده در دوره درمان بوسلیه Synovectomy در ۱۷ مرد مبتلابه (S.S) که در انستیتور و پاتولوژی Warsaw

انجام گرفته است . در ۶ مورد ممبران برداشته شده از ناحیه لگن و در ۸ مورد از مفاصل زانو بوده است . سن بیماران بین ۱-۱۷ سال و مدت بیماری بین ۳-۳۱ سال بوده است .

روش مطالعه :

قطعات ممبران سینوویال در فورمالین ۴٪ و پارافین ثابت شد ، سپس قطعات به قطر ۵ مورا با متد های زیر رنگ آمیزی کردند :

۱- هماتوکسیلین و ائوزین Hematoxylin & Eosin

۲- Di - P.A.S.

۲- Astra blue برای اسید موکوپلی ساکارید .

۴- Van Gieson برای کولژن و فیبرهای عضلانی

۵- Gomori برای فیبرهای رتیکولوم

۶- Saturn F₃B برای آمیلوئید

نتایج بدست آمده :

در تمام ۱۷ قطعه مطالعه شده ما مبران سینوویال علائمی از همپرترونی Villi دیده شد در حالیکه لایه داخلی ما مبران سینوویال معمولاً " نازک بوده و با سلولهای کوچک ، فقط در مورد سلولهای لایه داخلی سینوویال بزرگتر بودند و در ۳ مورد سلولها لایه تشکیل داده بودند . شواهد تغییرات نکروتیک در سطح ما مبران سینوویال فقط در ۳ مورد موجود بود . در حالیکه در ۳ مورد - نقطه های نکروتیک آنقدر کوچک بودند که از نظر تشخیصی مشکل بودند . در تمام موارد بجز یکی انفیلتراسیون التهابی بمقدار کم موجود بود و اینها معمولاً " در نزدیکی سطح ما مبران سینوویال قرار داشتند . انفیلتراسیونها اکثراً از سلولهای لنفوئیدی منتشر در نسج اطراف عروق بودند . در ۱۳ مورد این سلولها بطور گروهی تشکیل ندولهای لنفاوی داده و در ۷ مورد مرکز این ندولها حاوی سلول بزرگ و سیتوپلاسم روشن شبیه سلولهای زاینده بودند . در ۱۷ مورد مطالعه شده از ما مبران سینوویال پلاسماسل ها در مراحل مختلف رشد بمقدار

مقاوت دیده میشوند. در یک مورد سلول بزرگی Giant در سطح ممبران سینوویال دیده شد.

احتقان و حتی خونریزی در عروق دیده شد اما رسوبات هموزیدریسن فقط در ۳ بیمار دیده شد.

فیبرهای کولاجن موج در نقاطی بطور متراکم موجود بود در حالی که در قسمتهای دیگر بطور شل و جدا از هم دیده میشود در لایه Subsynovial اینها معمولاً "بطور موازی با سطح ممبران سینوویال قرار داشتند."

سلولهای رتیکولوم نازک بوده و از نظر تراکم بطور غیر مساوی سلولها و فیبرهای کولاجن را در هم نشان میکروسکوپی در بر گرفته بودند. بجز سه نقطه ی نکروتیک، بقیه سالم بودند. ندرز و گالسپیگاسیون در لایه های عمقی تر ممبران سینوویال هیچیک از آنها دیده نشد، اما در وقطه مطالعه شده مراکز استخوانی و غضروفی دیده شد.

عروق: Entima نیز ضخیم شده بود. فیبرهای رتیکولوم

در دیواره عروق معمولاً منظم بود.

واسکولاریزاسیون Vascularization ممبران سینوویال در ۶