

<https://printo.it/pediatric-rheumatology/IR/intro>

## اسپوندیلو آرتریت جوانان / آرتریت مرتبط با آنتریت

نسخه 2016

### 2 تشخیص و درمان

#### 1.2 بیماری چگونه تشخیص داده میشود؟

پزشکان تشخیص اسپوندیلو آرتریت جوانان را میگذارند اگر، شروع بیماری قبل از 16 سالگی باشد، آرتریت حداقل برای 6 هفته طول کشیده باشد و مشخصات بیماری شبیه الگوی بالینی که در بالا توضیح داده شد، باشد. تشخیص یک نوع اسپوندیلو آرتریت خاص (مانند اسپوندیلیت انکیلوزان، آرتریت واکنشی و...) بر پایه نماهای بالینی و رادیوگرافیک خاص میباشد. بدیهی است که این بیماران باید توسط یک روماتولوژیست کودکان درمان و پیگیری شوند، یا به وسیله یک روماتولوژیست بزرگسالان که بر بیماریهای روماتولوژیک کودکان تسلط داشته باشد.

#### 2.2 اهمیت تست های آزمایشگاهی چیست؟

یک آزمایش B27-HLA مثبت برای تشخیص بیماری مفید است، به ویژه در کودکانی که نشانه واحد دارند. خیلی مهم است که بدانیم کمتر از یک درصد افراد با این شاخص ژنتیکی اسپوندیلو آرتریت را نشان میدهند و شیوع B27-HLA در جمعیت عمومی، بسته به منطقه جهانی حدود 12% میباشد، همچنین مهم است که توجه داشته باشیم بیشتر کودکان و بزرگسالان ورزشهایی را انجام میدهند که آسیب ناشی از این فعالیت ها ممکن است علائمی شبیه علائم اولیه اسپوندیلو آرتریت را ایجاد کند. بنابراین B27-HLA بخودی خود بیماری را موجب نمیشود، ولی با ایجاد علائم و نشانه های بیماری در ارتباط میباشد. آزمایش هایی مثل سرعت رسوب گلبول قرمز ESR یا پروتئین واکنشی CRP با تآب التهاب عمومی هستند و بطور غیرمستقیم فعال بودن بیماری را نشان میدهند. این آزمایشات در اداره بیماری و درمان کمک کننده هستند، اگرچه درمان و اداره بیماری بیشتر بر اساس تظاهرات بالینی میباشد تا آزمون های آزمایشگاهی. تست های آزمایشگاهی (شمارش سلول های خونی و تست های عملکرد کبد و کلیه) در ارزیابی عوارض جانبی ناشی از درمان مفید هستند.

عکسبرداری با اشعه X جهت پیگیری پیشرفت بیماری و ارزیابی هرگونه آسیب مفصلی ناشی از بیماری مفید است. به هر حال ارزش عکسبرداری با اشعه X در کودکان محدود است.

انجایی که نتایج عکسبرداری با اشعه X در بیشتر کودکان ممکن است طبیعی باشد، اولترا سونوگرافی و با تصویربرداری رزونانس مغناطیسی MRI مفاصل و انتزها جهت اشکار ساختن نشانه های اولیه التهاب در بیماری لازم است. با انجام MRI، التهاب مفاصل ساکرو ایلیاک و یا ستون فقرات میتواند نمایان شود بدون اینکه از اشعه استفاده کنیم. اولترا سونوگرافی مفاصل میتواند یک تصویر بهتری از وقوع و شدت ارتريت محیطی و انتزیت ارائه دهد.

### **3.2 آیا میتوان بیماری را درمان کرد یا به طور قطعی معالجه نمود؟**

متأسفانه تاکنون هیچ درمان قطعی برای اسپوندیلو ارتريت وجود ندارد، زیرا که ما هنوز علت بیماری را نمیدانیم. به هر حال درمانهای رایج میتواند در کنترل فعالیت بیماری و احتمالاً جلوگیری از آسیب ساختمانی مفید باشد.

### **4.2 درمان های بیماری کدامند؟**

درمان ها عمدتاً بر پایه ی استفاده از داروها و فیزیوتراپی و توانبخشی جهت حفظ عملکرد مفصل و جلوگیری از تغییر شکل اندام استوار میباشد. این مهم است که استفاده از داروها بستگی به تأیید توسط سازمانهای نظارتی محلی دارد.

### **داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی (NSAIDs)**

این داروها برای درمان علامتی التهاب و تب به کار میروند. منظور از علامتی این است که این داروها علائم التهاب را کنترل میکنند. داروهایی که بطور رایجی در کودکان استفاده میشوند ناپروکسن، دیکلوفناک و ایبوپروفن هستند. این داروها معمولاً به خوبی تحمل میشوند و شایعترین عارضه جانبی آنها ناراحتی گوارشی در تعداد کمی از کودکان میباشد. ترکیب این داروها باهم توصیه نمیشود، اگرچه بعلت عدم تأثیر یا عوارض جانبی ممکن است لازم شود از نوعی به نوع دیگر تغییر یابند.

### **کورتیکو استروئیدها**

این داروها در درمان کوتاه مدت بیماری که علائم شدید تری دارند بکار میروند. کورتیکو استروئیدهای توپیکال (قطره چشمی) در درمان یوئیت حاد قدامی استفاده میشوند. در موارد شدیدتر، تزریق داخلی چشم یا کورتیکو استروئید سیستمیک ممکن است نیاز شود. در تجویز این داروها برای ارتريت و انتزیت، مهم است به یاد داشته باشید مطالعات کافی در مورد اثر بخشی و سلامت آنها در کودکان وجود ندارد، در بعضی موارد، کارشناسان از استفاده آنها حمایت میکنند.

### **درمانهای دیگر (داروهای تعدیل کننده بیماری)**

#### **سولفاسالازین**

این دارو، موقعی که علیرغم درمان مناسب با داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و یا تزریق کورتیکو استروئید داخل ضایعه، کودک علائم پیشرونده در مفاصل محیطی دارد، به

کار می رود. این دارو به درمان NSAID قبلی اضافه میشود (که باید درمان قبلی ادامه یابد) و تاثیر آن ممکن است هفته ها یا ماه ها بعد ظاهر شود. با این وجود تنها شواهد محدودی از تاثیر سولفاسالازین در این کودکان وجود دارد. هم زمان، علیرغم استفاده گسترده، شواهد روشنی از تاثیر متوتروکسات، لفلو نامید یا داروهای ضد مالاریا در بیماری وجود ندارد.

### **داروهای بیولوژیک**

داروهای ضد فاکتور نکروزدهنده تومور (TNF) بخاطر اثرات اختصاصی که دارند در مراحل اولیه بیماری پیشنهاد میشود. مطالعاتی در مورد تاثیر و سلامت این داروها وجود دارد که از استفاده این داروها در بیماری شدید حمایت میکند. این مطالعات به وزارت بهداشت ارسال شده و در حال انتظار تصویب برای شروع استفاده از آنها میباشد. استفاده از این داروها قبلا برای کودکان تأیید شده است.

### **تزریقات داخل مفصل**

تزریقات مفصلی زمانی بکار می رود که یک یا تعداد کمی مفصل درگیر است و یا موقعی که انقباضات مفصلی ممکن است سبب تغییر شکل آن شود. عموماً کورتیکواستروئیدهای طولانی اثر تزریق میشود. توصیه میشود که کودکان در بخش بیمارستانی بستری شوند و تسکین داده شوند تا این روش در بهترین شرایط انجام شود.

### **جراحی ارتوپدی**

اندیکاسیون اصلی برای عمل جراحی تعویض مفصل مصنوعی در مورد آسیب شدید مفصل است. بویژه در مفصل لگن، نیاز به عمل جراحی ارتوپدی با درمان دارویی بهتر، در حال کاهش است.

### **فیزیوتراپی**

فیزیوتراپی یک جزء اساسی از درمان است. فیزیوتراپی باید از ابتدا شروع شود و بطور منظم جهت حفظ دامنه حرکتی مفصل، برشد و قدرت عضلانی و برای جلوگیری از تغییر شکل مفصل ادامه یابد. علاوه بر این اگر درگیری مفاصل محوری قابل توجه است، باید ستون فقرات حرکت داده شود و فعالیت های تنفسی انجام پذیرد.

## **5.2 عوارض جانبی داروها چیست؟**

داروهای استفاده شده در درمان اسپوندیلوآرتروپاتی مرتبط با انتزیتها معمولاً خوب تحمل میشوند.

عدم تحمل گوارشی که شایع ترین عارضه جانبی NSAIDsها میباشد (که باید همراه غذا داده شوند) در کودکان کمتر از بزرگسالان دیده میشود. داروهای NSAIDs ممکن است باعث افزایش سطح خونی انزیم های کبدی شود اما این عارضه نادر بیشتر در مورد اسپرین دیده میشود.

سولفاسالازین به خوبی تحمل میشود، شایع ترین عوارض جانبی آن ناراحتی معده، افزایش انزیم های کبدی، کاهش گلبول های سفید و عوارض پوستی میباشد. برای ارزیابی مسمومیت

ناشی از آن تکرار تست های آزمایشگاهی لازم است .  
استفاده طولانی مدت و با دوزهای بالای کورتیکواستروئیدها همراه با عوارض جانبی متوسط تا شدیدی شامل توقف رشد و پوکی استخوان میباشد. دوز بالای کورتیکواستروئیدها باعث افزایش اشتها میشود که سبب چاقی میگردد. بنابراین کودک باید تا حدی غذا بخورد که او را سیر کند اما کالری اضافی دریافت نکند.  
درمان با عوامل بیولوژیک (عوامل بلوک کننده TNF) ممکن است با افزایش شیوع عفونت ها همراه باشد. غربالگری پیشگیری برای بیماری سل پنهان ضروری است. تا به امروز شواهدی مبنی بر افزایش شیوع سرطان (بجز برخی از انواع سرطان پوست در بزرگسالان) وجود ندارد.

## 6.2 درمان بیماری تا چه مدتی باید ادامه یابد؟

درمان علامتی باید تا زمانی که علائم و فعالیت بیماری پابرجاست ادامه یابد. طول مدت درمان قابل پیش بینی نیست. در بعضی بیماران، ارتريت بخوبی به NSAIDs پاسخ میدهد. در این بیماران درمان باید سریعاً و بعد از چند ماه متوقف شود. در دیگر بیماران با بیماری طول کشنده و پیشرونده، سولفاسالازین و دیگر داروها برای سالها مورد نیاز است. قطع درمان موقعی در نظر گرفته میشود که بیماری بطور کامل و برای مدت طولانی فروکش کرده باشد.

## 7.2 آیا درمانهای غیرمتعارف و مکمل ها کاربرد دارند؟

بسیاری از داروهای مکمل و درمانهای جایگزین قابل دسترس برای بیمار و خانواده های آنها گنج کننده است در مورد معایب و مزایای این درمانها باید به دقت فکر کنیم زیرا فواید ثابت شده ی کمی دارند و هزینه ی زیادی را تحمیل میکنند. اگر شما میخواهید از آنها استفاده کنید باید موضوع را با روماتولوژیست کودکان در میان بگذارید. بعضی از این درمانها میتواند با درمانهای متعارف بیماری تداخل ایجاد کند. مهم است که استفاده از داروهای اصلی تجویز شده را متوقف نکنید. تا زمانی که دارو برای جلوگیری از بیماری تحت کنترل لازم است، اگر بیماری هنوز فعال است، قطع آنها خیلی پرمخاطره میباشد. در مورد نگرانی از داروها با پزشک کودکان صحبت کنید.

## 8.2 طول مدت بیماری چقدر است؟ پیش آگهی دراز مدت (پروگنوز) بیماری چگونه است؟

در بیماران مختلف، سیر بیماری متفاوت است. در بعضی بیماران ارتريت سریعاً با درمان از بین میرود. اما در برخی دیگر، دوره های فعالیت و خاموشی بیماری وجود دارد. سرانجام در گروه دیگر، ارتريت ممکن است سیر بهبود نیابنده ای داشته باشد. در تعداد زیادی از بیماران، علائم اولیه بیماری درگیری مفاصل محیطی و انتزیت میباشد. با پیشرفت بیماری بعضی کودکان و بزرگسالان ممکن است درگیری مفصل ساکروایلیاک و ستون فقرات پیدا کنند. بیماران با ارتريت محیطی پایدار و درگیری محوری در معرض خطر بیشتر برای آسیب مفصلی

---

پیشرونده در بزرگسالی میباشند. پیش بینی پیش آگهی دراز مدت بیماری در مراحل اولیه غیرممکن است. در مقابل درمان مناسب میتواند سیر و پیش آگهی بیماری را تحت تاثیر قرار دهد.