

گزارش یک مورد آرتربیت تمپورال

دکتر داریوش سوادی استکوئی^۱، دکتر مازیار هاشمیلر^۲

چکیده

آرتربیت تمپورال یک واکولیت سیستمیک با علت ناشناخته است که شریان های بزرگ و متوسط را درگیر در روند بیماری طیف وسیعی از عوارض سیستمیک، نورولوژیک و چشمی ممکن است ظاهر پیدا کند که خطرناکترین آخنلال بینانی است که در حدود ۶۰٪ موارد موجب کوری همیشگی می گردد.

آرتربیت تمپورال ESR ($> 60 \text{ mmHg}$) و یافته های حاصل از بیopsی شریانی تشخیص داده می شود. این بیماری یکی از اورژانس های نورولوژی است که بیماران بلافضله بعد از تشخیص باید تحت درمان با کورتیکو استروئید قرار گیرند. بیمار مورد بحث مرد ۶۱ ساله ای بود. که از ۴ ماه قبل از مراجعته دچار سردرد همراه با ESR بالا و یافته های بیopsی شریان تمپورال، بیمار با تشخیص آرتربیت تمپورال تحت درمان پردنیزولون به مدت حدود ۱۹ ماه قرار گرفت و با این درمان علائم به طور کلی فرو کش کرد.

واژه های کلیدی: سردرد، آرتربیت تمپورال، عت رسوب گلbul قرمز

۱- مؤلف مسئول: استادیار نورولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
۲- استادیار نورولوژی دهه پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

وزن محسوس را در این مدت داشته (حدود کیلوگرم) شدت این سردرد در طی مدت چهار ماه به تدریج افزایش یافته و با مصرف مسکن های معمولی سردرد بیمار فروکش نمی کرده است. در معاینه دیسک اپتیک هر دو طرف به طور نسبی رنگ پریده اما قدرت بینایی در حد نرمال بود. دق شریان تمپورال در محل گیجگاه حساس و دردناک و در سفت بود. ضربان شریان گیجگاهی در لمس کاهش یافته و معاینه نورولوژیک و سیستمیک بطور کلی نرمال بود.

برای بیمار آزمایشات خون شناسی و درخواست شد که به غیر از ESR اساعت اول ساعت دوم ساعت دوم mm mm mm () دیگری گزارش نشده بود.

با توجه به یافته های فوق بیمار اشک به آر تمپورال، تحت عمل بیوبسی شریان تمپورال قرار گرفت که گزارش آن به شرح زیر بود.
در لایه انتیما و مدیا قطعه بیوبسی شده فیروز با سیت مشاهده گردید، همچنین در مديا نئوواسکولاریزاسیون همراه با هیالینیزاسیون وجود داشت.

با در نظر گرفتن موارد فوق برای بیمار آرتربیت تمپورال مطرح گردید و بیمار بلافاصله تحت درمان با قرص پردنیزلون به میزان روزانه میلی گرم قرار گرفت و سردرد بیمار پس از چند روز بهبود یافته و از شدت عالیم دیگر بطور بارزی کاسته شده بود، بنابراین دوز دارو به تدریج کاهش یافت و ESR بیمار در این در ساعت اول mm در ساعت دوم mm از گزارش شد. روند کاهش تدریجی ادامه یافت و بعد از حدود ۶ ماه وقتی دوز دارو به ۱۰ میلی گرم در رور کاهش یافت سردرد بیمار مجدداً (البته با شدت اولی) شروع شد و ESR بیمار در ساعت اول ۳ mm و در ساعت دوم mm گزارش شد، بنابراین

آرتربیت تمپورال یک واسکولیت التهابی سیستمیک با درگیری شریان های با اندازه بزرگ و متوسط است، که علت آن تا کنون شناخته نشده است. این بیماری طیف وسیعی از عوارض سیستمیک، نورولوژیک و چشمی را سبب می گردد.

شیوع این بیماری به طور غالب در مردان و زنان سینین بالای ۵ سال می باشد. میانگین سنی هنگام سالگی است [۱]. شیوع در زنان دو برابر مردان و بر حسب منطقه جغرافیایی تغییر می کند. این بیماری در افراد سفیدپوست بخصوص نژاد اروپای شمالي شایعتر است [۲] ولی در کل در هر نژاد در براسر جهان گزارش شده است. میزان بروز تقریباً ۱/۱۰۰ مورد در هر ۱۰۰/۰ نفر جمعیت افراد بالای سال است [۳].

با توجه به اینکه عوارض بیماری یکی از اورژانس های پزشکی است و با عنایت به اینکه این بیماری در نزدیک به ۷٪ موارد در صورت عدم تشخیص و درمان به کوری منجر می گردد تشخیص و درمان این بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

موردی که گزارش می گردد مرد ۶۲ ساله ای بود که علایم بالینی وی با تشخیص آرتربیت تمپورال سازگار و به وسیله ESR^۱ بالا و بیوبسی شریان تمپورال مورد تایید قرار گرفته است.

شرح حال بیمار

بیمار مورد معرفی بردی ۶۲ ساله بود که حدود چهار ماه قبل از مراجعته دچار سردرد خنجری در نواحی گیجگاهی شده بود. این سردرد مداوم همراه با درد گردنی با انتشار به شانه ها بود. بیمار تهیق و استفراغ را ذکر نمی کرد اما از بی اشتیابی، بی حالی، کم حوصلگی و عدم تمايل به کارهای روزانه شاکی بود. بیمار کاهش

سری مت مرکز اس ت ولی درد در مناطق دیگر را نمی توان نادیده گرفت. درد ممکن است به صورت احساس سوزش یا حالت فرو رفتن خنجر توصیف گردد. حساسیت معمولاً روی شریان گیجگاهی و گاهی بر روی شریان پشت سری وجود دارد. شریان های است نودولار، اریتماتو یا متورم باشند. کاهش در ضربان شریان گیجگاهی غالباً گزارش می گردد. یکی از شکایت های شایع دیگر احساس درد در حین انقباض فک^۲ ناشی از التهاب شریان ماقزیلاری است. جویدن ممکن است یک درد دو طرفه یا عمدتاً در سمت مبتلا را باعث گردد. گرفتاری شریان زبانی ممکن است باعث درد و رنگ پریدگی زبان شود. درت ممکن است گانگرن زبان رخ دهد.

التهاب در شریان های عهده دار خونرسانی چشم اعث نوروپاتی ایسکمیک عصب اپتیک می گردد که می تواند باعث کوری که ترسناکترین عارضه این بیماری شمرده می شود، گردد. دیگر علائم مربوط به بینایی تاری دید گذرا^۳ دوینی و کاهش دی اس . شمن در ابتدا یکطرفه می باشند و م طرف دیگر در عرض یک الی ۱۰ روز در گیر می شود.

یافته های نورولوژیک در حدود ۳۰٪ بیمارانی که بیماری آنان با بیوسپس تایید شده است گزارش می گردد[۸]. در این بین شایعترین آنها نوروپاتی ثانویه به انسداد شریان های تغذیه کننده اعصاب می ند. در درجه بعدی از نظر شیوع حملات گذرا ایسکمی و سکته مغزی ناشی از بیماری در شریان های کاروتید ورتبروبازیلر است.

کاهش خونرسانی در شریان های خونرسانی کننده به ناجیه گوش ممکن است منجر به وزوز گوش، کاهش شنوایی و سرگیجه حقیقی گردد. آنوریسم های آئورت توراسیک نیز در ارتباط با گرفتاری عروق

دوز پردنیزلون میلی گرم افزایش یافت و ا دوز تا دو ماه ادامه یافت و با سردرد و ESR نرمال مجدداً دوز دارو بتدريج کاهش یافت و به میلی گرم در روز رسید. بيمار به مدت ۱۰ ماه با اين دوز درمان شد و بعداً دارو به تدریج قطع گردید. با اين درمان سردرد بيمار کاملاً فروکش كرد. عالیم دیگر از قبیل خستگی، درد گردنی و عالیم از بین رفت و آخرين ESR بيمار در ساعت اول ۱۲mm و در ساعت دوم ۲ mm گزارش گردید.

آرتربیت تمپورال یک اورژانس نورولوژی و چشم پزشکی محسوب می شود و درمان سریع آن با استروئیدها می تواند از کوری و عوارض دیگر آن جلوگیری نما .

لت بیماری کاملاً شناخته شده نیست . نظری آنفلوانزا، هپاتیت B بورلیا بورگدورفری^۱ عنوان شده اند ولی مطالعات دیگر آنها را تایید ننموده است [۹۲]. بر اساس آخرين تحقیقات عقیده بر این است که این بیماری در اثر تجمع کمپلکس های ایمنی در شرا ، درگیر که خود باعث یک پاسخ ایمنی موضعی می گردد ایجاد می شود. علت بروز این واکنش سیستم ایمنی نامعلوم است [۹] و .

با توجه به ماهیت سیستمیک بیماری انواع ممکن است بروز نماید و شایعترین آنها تب [۹]. برخی بیماران ممکن است تب در د ۳۹°C و نیز تعریق شبانه داشته باشد. عالیم دیگر خلق پایین، خستگی، احساس کسالت عمومی، بی اشتیاکی و کاهش وزن هستند.

عالیم مشخصه بیماری ناشی از التهاب شریان های درگیر می باشند. سردرد شایعترین علامت اولیه است. درد در حالت تپیک بر روی نواحی گیجگاهی و پشت

سیستمیک گزارش شده اند. این بیماری ممکن است بصورت توام با بیماری پلی میالژی روماتیکا مشاهده گردد.

تب توجیه نشده یا کاهش وزن توجیه نشده باید به تشخیص آرتربیت تمپورال شک کرد. در یافته های بالینی افزایش ESR حساسیت پوست سر، آنمی نورموسیت یا حالت غیرطبیعی در شریان تمپورال است وجود داشته باشد. برخورد تشخیصی استاندارد با آرتربیت تمپورال بیوپسی است و در مواردی که به این بیماری شک می شود باید انجام گیرد. شریان تمپورال رایجترین محل برای بیوپسی است ولی قسمت هایی از شریان های پشت سری یا فاسیال را نیز می توان بکار برد.

معیارهایی برای تشخیص بیماری توسط کالج روماتولوژی آمریکا ارایه شده است که وجود ۳ مورد از ۵ مورد تشخیص بیماری را تایید می کند [۱] (جدول ۱). سونوگرافی داپلکس شیوه تشخیصی جدید است که اخیراً مورد استفاده قرار گرفته است.

اساس درمان کورتیکو استروئید است. بطور تیپیک پاسخ درمانی قابل توجه است و علیم [۲] بعد از شروع درمان ببود می یابد. در صورت ن بیماری درمان باید بلا فاصله شروع ود. دوز مورد توصیه ممکن است متفاوت باشد ولی معمولاً استفاده از پردنیزولون خواکی به میزان [۳]

گرم بیه می گردد. بیمارانی که علیم چشمی دارند باید با دوزهای بالاتر مثلاً سوکسینات سدیم متیل پردنیزلوت ۲ میلی گرم وریدی هر ساعت بمدت

مفیدترین تست آزمایشگاهی ESR خون ، بسته به این CRP نیز در این بیماران افزایش می یابد و اطلاعات حاصله از آن بیشتر از ESR نبوده و هزینه بیشتری نیز دارد. این افزایش ESR باید بیشتر از میلی متر در ساعت باشد [۴]. ESR بالای

در ساعت بطور شایع دیده می شود. با این وجود درصد از بیماران با علیم بالینی ESR نرمال داشته اند [۳] و احتمالاً در ۵٪ موارد ESR اول نرمال بوده و بعداً افزایش یافته است [۹]. علاوه بر این ESR بیار مناسبی در عود بیماری نیز محسوب می گردد.

تست های عملکرد کبدی ممکنست اختلالات جزئی نشان بدهند که شایعترین یافته ها افزایش آلتالین فسفاتاز است. افزایش آسپارتات آمینوترانسفراز نیز غالباً مشاهده شده است. در CBC ممکن است یک آنمی نورموسیتیک و آزمایشات ارزیابی آهن سازگار با آنمی بیماری مزمن مشاهده گردد.

تشخیص افتراقی این بیماری شامل نورالژی تری ژمینال، مشکلات دندان ها، مشکلات گوش، بیماری های مربوط به سینوس ها و حوادث عروقی مغز می باشد. در افراد بالای ۵۰ سال با شکایت شروع نوع جدیدی از سردرد، درد فک حین جویدن، علیم میالژی روماتیکا،

جدول ۱. معیارهای تشخیصی آرتربیت تمپورال

معیار	
سن بیمار در شروع بیماری بالای سال	یعنی ایجاد علیم و یافته ها هنگامی شروع شوند که بیمار بین از ۵۰ سال سن داشته باشد
سردرد جدید	شروع جدید یا نوع جدیدی از سردد محدود
حالت غیر طبیعی شریان تمپورال	حساسیت شریان تمپورال در لمس یا کاهش نبض شریان، بدون ارتباط با آرتریو اسکلروز شریان های گردن
افزایش ESR	بیش از ۵۰ mm/h با روش Westergren
نمونه بیوپسی از این نشان دهنده و اسکولیت با ارجحیت انفیلتراسیون سلول های تک هسته ای بالاتر گرانولوماتوز، معمولاً با سلول های غول آسای چند هسته ای	

- 3- Brooks RC, McGee SR. Diagnostic dilemmas in Polymyalgia rheumatica. Arch Intern Med. 1997 Jan; 157(2): 162-8.
- 4- Swannell AJ. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: diagnosis and management. BMJ. 1997 May; 314(7090): 1329-32.
- 5- Hellmann DB. Immunopathogenesis, diagnosis and treatment of giant cell arteritis, temporal arteritis, Polymyalgia rheumatica and Takayasu's arteritis. Curr Opin Rheumatol. 1993 Jan; 5(1): 25-32.
- 6- Nordborg E, Nordborg C, Malmvall BE, Anderson R, Bengtsson BA. Giant cell arteritis. Rheum Dis Clin North Am. 1995 Nov; 21(4): 1013-26.
- 7- Nordborg E, Nordborg C, Bengtsson BA. Giant cell arteritis. Curr Opin Rheumatol. 1992 Feb; 4(1): 23-30.
- 8- Caselli RJ, Hunder GG. Neurologic complications of giant cell (temporal) arteritis. Semin Neurol. 1994 Dec; 14(4): 349-53.
- 9- Jones JG, Hazelman BL. ESR in polymyalgia rehumatica and giant cell arteritis [letter]. Ann Reheum Dis. 1983 May; 42(3): 702-3.
- 10- Hayreh SS. Ophtalmic features of giant cell arteritis. Baillieres. Baillieres Clin Rheumatol. 1991 Dec; 5(3): 431-59.
- 11- Hunder GG. Giant cell arteritis and Polymyalgia rheumatica. Med Clin North Am. 1997 Jan; 81(1): 195-219.
- 12- Hunder GG, Bloch DA, Micnel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. Arthritis Rheum. 1990 Aug; 33(8):1122-8.

۳-۵ روز تحت درمان باشند و سپس درمان با پردنیزلون خوراکی ادامه می‌باید [۱۰]. در اکثر بیماران، علیم بالینی ببود بافته و ESR در عرض مقادیر نرمال بازمی‌گردد. در این مرحله از دوز کورتیکوستروئید به آهستگی می‌شود، میزان این کاهش باید بیش از ۵۰٪ دوز مصرفی اولیه در هر دو هفته باشد [۱]. در طول مدت کاهش دارو بیماران از نظر عود بالینی یا افزایش ESR ت نظر قرار می‌گیرند و در صورت وقوع هر یک از این دو، کاهش دوز دارو متوقف شده و دوز مورد مصرف ادامه می‌باید. هنگامیکه علیم ببود یافت و ESR سیر فزاینده نداشت، کاهش دوز دارو مجددًا با مقادیر کمتر و فواصل بیشتر شروع می‌گردد. این روند کاهش دوز روزانه تا میزان میلی گرم ممکن است ثابت بماند و این مقادیر قبل از اینکه کاهش بیشتری در دوز داده شود باید برای چندین ماه ادامه د. در دوز روزانه میلی گرم ممکن است درمان ۱۸-۲۴ ماه ادامه می‌باید. در روند کاهش دوز باید از یکسو پیشگیری از عود بیماری و از سوی دیگر عوارض مصرف دراز مدت کورتیکو استروئید مد نظر باشد. بیماری یک سیر خود محدود شونده از چند ماه تا ۵ سال دارد. بود عمدتاً در ۱۸ ماه اول درمان یا ماه بعد از قطع کورتیکو استروئید رخ می‌دهد. میزان عود ت به ۰.۲۵٪ نیز بررسد به بیماران باید توصیه شود که در صورت عود علیم بخصوص علیم چشمی بلا فاصله به پزشک معالج خود مراجعه نمایند.

- 1-Sweeney K. Polymyalgia: easy to overlook. Practitioner. 1995 Jun; 239(1551): 382-6.
- 2- Pountain G, Hazelman B. ABC of rheumatology. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. BMJ. 1995 Apr; 310(6986): 1075-9.