

معیارهای کانج آمریکایی ۱۹۹۷ روماتولوژی برای طبقه بندی لوپوس

راش گونه‌ای: ارتم ثابت، مسطح یا برجسته بر روی برآمدگی‌های گونه‌ها بدون درگیری چین‌های نازولیبیال

راش دیسکوئید: برجستگی‌های پلاک مانند ارتماتو با پوسته‌های کراتوتیک و پلاک‌های فولیکولار، اسکار آترویک در ضایعات قدیمی

حساسیت به نور: ضایعات پوستی به دنبال تماس با نور (شرح حال از بیمار یا مشاهده پزشک)

زخم‌های دهانی: زخم‌های دهانی یا نازوفارنکس بدون درد (مشاهده توسط پزشک)

آرتریت: آرتریت غیر اروزیو با درگیری دو یا چند مفصل محیطی (حساسیت، تورم یا تجمع مایع)

سروزیت:

➤ پلوریت: شرح حال درد پلوریتیک، سمع راب توسط پزشک، شواهد تجمع مایع در پلور

یا

➤ پریکاردیت: تشخیص توسط نوار قلب یا سمع راب، شواهد تجمع مایع در پریکارد

اختلال کلیوی:

⦿ پروتئین اوری مداوم بیش از ۵۰۰ میلی گرم در روز یا بیش از ۳+

یا

⦿ مشاهده کست‌های سلولی (گلبول قرمز، هموگلوبین، گرانولر، توپولر، مختلط)

اختلال عصبی:

☐ تشنج بدون مصرف دارو یا اختلال متابولیک شناخته شده

یا

☐ سایکوز بدون مصرف دارو یا اختلال متابولیک شناخته شده

اختلال خونی:

⦿ آنمی همولیتیک همراه با رتیکولوسیتوز

یا

⦿ لوکوپنی (کمتر از ۴۰۰۰ عدد با حداقل دو بار تست)

یا

⦿ لنفوپنی (کمتر از ۱۵۰۰ با حداقل دو بار تست)

یا

⦿ ترومبوسیتوپنی (کمتر از ۱۰۰ هزار بدون مصرف دارو)

اختلال ایمنی:

• Anti ds DNA

یا

• آنتی اسمیت

یا

• یافته مثبت از نظر وجود آنتی بادی آنتی فوسفولیپید:

○ آنتی کاردیولیپین IgM یا IgG

○ آنتی کواگولان لوپوسی

○ تست سرولوژی مثبت کاذب سفلیس به مدت ۶ ماه که با تست تریپونما تایید شده باشد

ANA مثبت

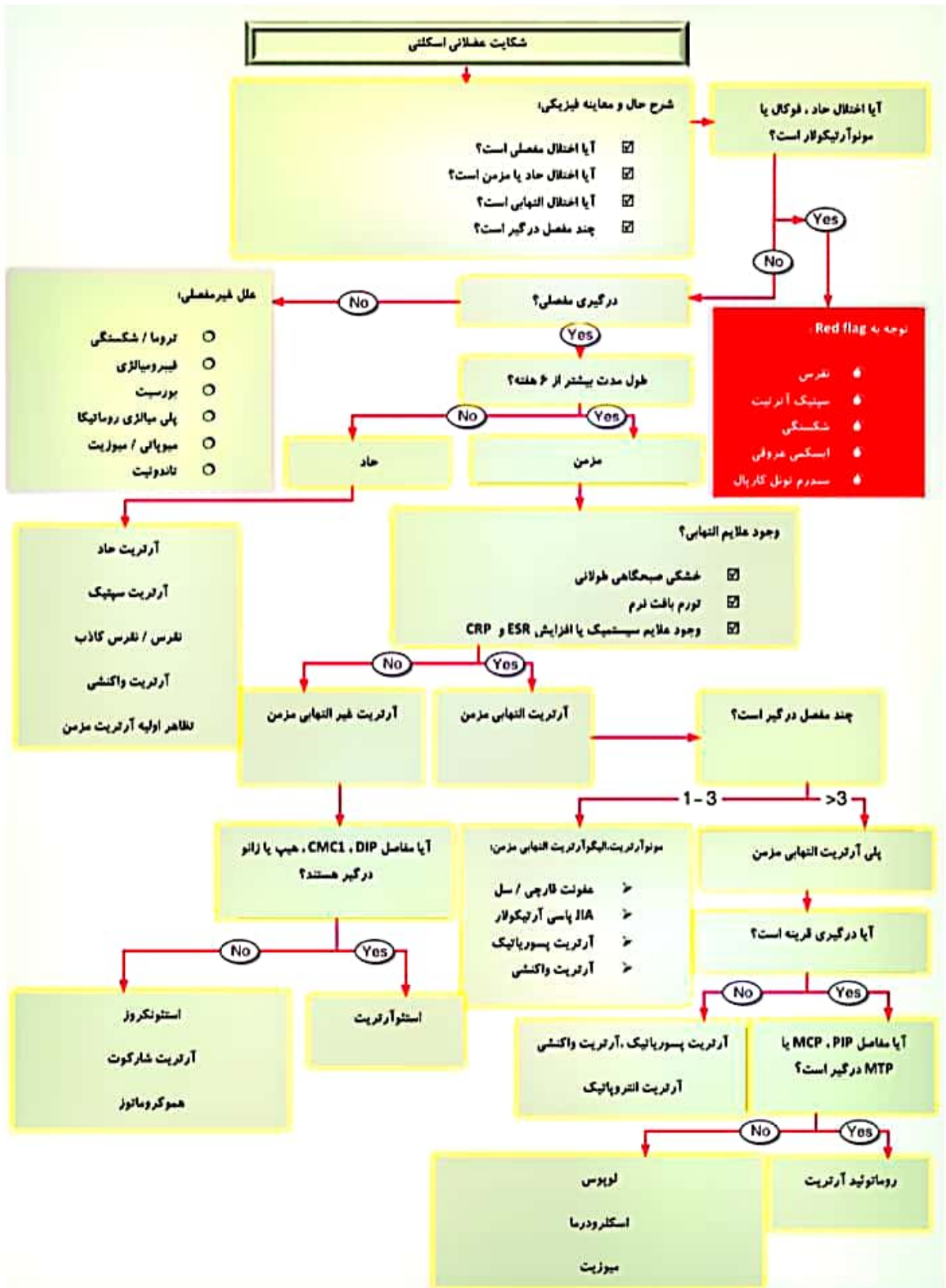
تایید تشخیص: وجود ۳ یا بیشتر از ۱۱ معیار فوق

داروهای DMARD معمول	
عوارض	دارو
عفونت، تهوع، سرکوب مغز استخوان، تب، پانکراتیت	آزوتیوپرین
بروز عفونت مشابه DMARD های بیولوژیک، سمیت کبدی، سرکوب مغز استخوان، هیپرلیپیدمی، تجویز همراه با داروهای بیولوژیک ممنوع است	باربیتنیب، توفاسیتنیب
رتینوپاتی، ارزیابی دوره‌ای چشم پزشکی اندیکاسیون دارد	هیدروکسی کلروکین
سمیت کبدی، سرکوب مغز استخوان، ممنوعیت در بارداری، در صورت مسمومیت کلستیرامین تجویز شود	لفلو نامید
زخم دهانی، تهوع، سرکوب مغز استخوان، پنومونیت، ممنوعیت در بارداری و بیماری ریوی همراه شدید، سمیت کبدی	متوتروکسات
تهوع، سرکوب مغز استخوان	سولفاسالازین

داروهای DMARD بیولوژیک	
مکانیسم هدف	دارو
آنتی TNF آلفا	آدالیموماب، سر تولیزوماب، اتانرسپت، گولی موماب، انفلیکسیماب
آنتاگونیست IL-1	آناکینرا
آنتاگونیست IL-6	ساریلوماب، توسیلیزوماب
مهار تحریک T Cell	آباتاسپت
آنتی CD20	ریتوکسیماب

۱۹- مراقبت‌های طبی ویژه در روماتوئید آرتریت:

- ارزیابی از نظر عملکرد کلیوی، کبدی و مغز استخوان و عفونت‌های فرصت طلب و استئوپروز
- واکسیناسیون:
 - بهترین زمان تزریق واکسن « دوره خاموشی و قبل از شروع ایمونوساپرس‌ها
 - واکسن کشته شده حین درمان با ایمونوساپرس‌ها و بیولوژیک‌ها ممنوعیتی ندارد ولی **واکسن زنده در بیمار تحت درمان داروهای بیولوژیک ممنوع است**



□- عوارض استئوپروز « کوتاهی قد، کیفوز، لوردوز شدید گردنی، شکستگی پاتولوژیک

۶- تیروتوکسیکوز با استئوپروز همراهی دارد (نه هیپوتیروئیدی)

ل- استفاده طولانی مدت از بیس فوسفاناتها (بیش از ۵ سال) « شکستگی فمور

استاندارد طلایی تشخیص استئوپروز « دانسیتومتری استخوان (هیپ و ستون مهره) به روش DEXA

۶۷

۹- در موارد زیر روش **دگزا ساعد** توصیه می‌شود:

- بیماران مسن
- بیماران چاق
- ابتلا به هیپرپاراتیروئیدی

طبقه بندی WHO برای استئوپروز	
کرایتریای دانسیته استخوان	طبقه بندی
بالای منفی ۱ SD اختلاف با میانگین بالاترین میزان در فرد بالغ جوان	طبیعی
بین منفی ۱ SD تا منفی ۲/۵ SD اختلاف با میانگین بالاترین میزان در فرد بالغ جوان	کاهش توده استخوانی (استئوپنی)
زیر منفی ۲/۵ SD اختلاف با میانگین بالاترین میزان در فرد بالغ جوان	استئوپروز

دستورالعمل ارزیابی تراکم مواد معدنی استخوان

خانم‌ها با سن بیشتر یا مساوی ۶۵ سال و مردان با سن بیشتر یا مساوی ۷۰ سال بدون توجه به عامل خطر	☛
خانم‌های منوپاز با سن کمتر، خانم‌های در حال گذر به منوپاز و مردان با سن ۵۰ تا ۶۹ سال با عوامل خطر شکستگی	☛
بروز شکستگی پس از سن ۵۰ سالگی در بالغین	☛
ابتلا به روماتوئید آرتريت یا مصرف دارو (کورتون با دوز بیشتر یا مساوی ۵ میلی گرم به مدت بیشتر یا مساوی ۳ ماه) همراه با توده استخوانی پایین یا از دست رفتن استخوان	☛

۱- نباید از استخوان پاشنه جهت اندازه گیری تراکم استخوان استفاده نمود

۲- تکرار دگزا « دو سال پس از شروع درمان

۳- ارزیابی‌های بیشتر در استئوپروز:

۴- طبقه بندی سرولوژیک اسکروز سیستمیک:

- نوع **مفروز** « آنتی بادی ضد سنترومر مثبت و خطر بروز هایپر تانسیون ریوی
- نوع **منتشر** « آنتی بادی آنتی توپو ایزومراز I (آنتی SCL 70) و آنتی RNA پلی مرز III

Those with **anti-RNA polymerase III antibody** have an increased risk of **renal crisis**, and those with **anti-SCL70** have a higher frequency of **interstitial lung disease**

۴۲

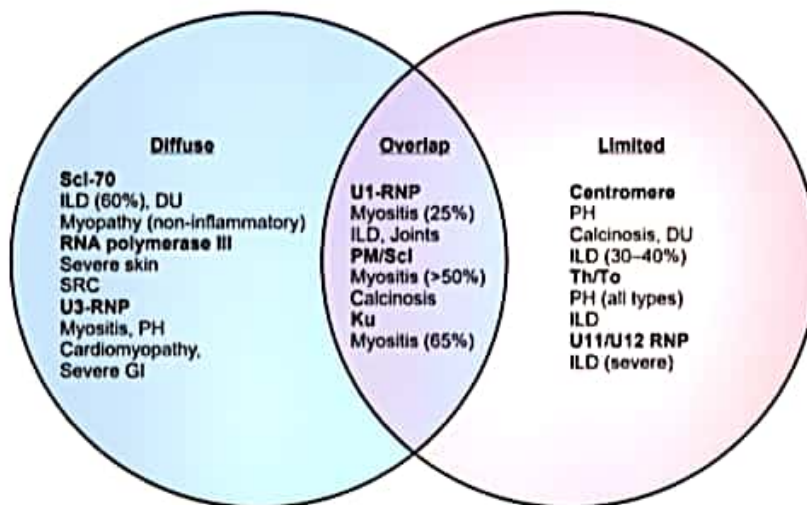


FIGURE 80-2 Clinical-serologic classification of systemic sclerosis and antibody-associated internal organ manifestations. *Bold text indicates an antibody; clinical manifestations listed below are associated with that antibody.* DU, Digital ulcers; ILD, Interstitial lung disease; Ku, 70/80-kD protein (XRCC6/XRCC5); PH, pulmonary hypertension; PM, polymyositis; RNP, ribonucleoprotein; Scl, sclerosis; SRC, scleroderma renal crisis.

دانش آموزان تهران

۵- فنومن رینود و درگیری عروق محیطی:

- رینود « شایع ترین (بیش از ۹۵٪) تظاهر اسکروز سیستمیک (اغلب اولین علامت بیماری است و در برخی از افراد سال ها قبل از تغییرات پوستی)
- تماس با سرما: رنگ پریدگی « سیانوز » اریتم
- در صورت درگیری انگشت مجاور ناحیه درگیر « سونوگرافی داپلر یا آنژیوگرافی
- در صورت همراهی با زخم راجعه انگشت « ارزیابی از نظر هیپر کواگولوپاتی

Digital tip ulcers are more frequent in patients who are antcentromere or anti-topoisomerase I .autoantibody positive

۶- درمان رینود:

- درمان غیر دارویی رینود « دوری از سرما، گرم کردن، دوری از اجسام ارتعاشی، قطع مصرف سیگار

۹- تاندونیت و پارگی عضله دوسر (بای سپس):

علائم بالینی: ✓

- درد قسمت قدامی شانه با انتشار به ساعد
- دردناک بودن ابداکشن و اکسترنال روتاسیون بازو
- تندرns ناودان بای سپس

۱۰۳

Pain may be elicited along the course of the tendon by resisting supination of the forearm with the elbow at 90° (Yergason's supination sign)



Yergason's supination sign

پارگی تاندون بای سپس: ✓

- به دنبال ورزش سنگین
- تورم در عضله بای سپس (عضله پاپی)
- در بیماران جوان « جراحی
- در بیماران مسن « جراحی ضروری نیست

۱۰- تاندونیت دکرون:

التهاب در تاندون EPB و APL ➤

عامل خطر « حرکات مکرر چرخشی مچ دست (خانم‌های باردار یا خانم‌هایی که به گونه‌ای بچه را نگه می‌دارند که انگشت شست به سمت خارج می‌چرخد) ➤

نشانه‌های بالینی « تورم و تندرns بر روی زائده استیلوئید + درد حین گرفتن با انگشت شست ➤

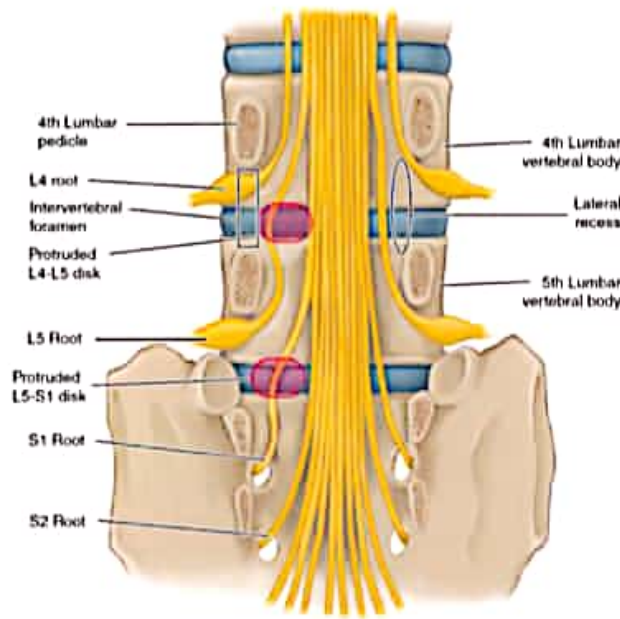
۱- شایع ترین علت ناتوانی در افراد زیر ۴۵ سال « کمردرد

۲- ریشه های عصبی:

- ناحیه گردن « هم نام با مهره تحتانی
- ناحیه توراسیک و لومبار « هم نام با مهره فوقانی

به یاد داشته باشید که در هر نری دیسک، همیشه ریشه هم نام با مهره تحتانی درگیر می شود

۳- طناب نخاعی در سطح L1 و L2 پایان می یابد



۴- ساختارهای حساس به درد ستون مهره:

- پریوستئوم مهره
- دورا
- آنولوس فیبروس (نوکلئوس پولپولوس فاقد حس درد است)
- مفاصل فاست
- لیگامان طولی
- وریدها و شریان های اپی دورال

۵- انواع کمردرد:

- درد موضعی « درد در نواحی حساس به درد (محل درد نزدیک ناحیه درگیر است)
- درد ارجاعی « با منشا احشا لگنی و شکمی (با تغییر وضعیت تشدید یا بهبود نمی یابد)

آنتی CCP مثبت یا RF مثبت « روماتوئید آرتریت شدید تر و با آروزیون بیشتر

۴- پاتوژن روماتوئید آرتریت:

- سیتوکین‌ها « اینترلوکین ۱ و ۶ و TNF آلفا و GM-CSF
- سلول‌های التهابی « لنفوسیت B و T (خصوصا TH1 و TH17)
- Anti CCP مثبت « شروع التهاب می‌تواند از مخاط اطراف دندان یا ریه‌ها باشد

۵- آسیب مفصلی در RA به دلیل پرولیفراسیون لایه انتیمال سینوویوم (پانوس) و تخریب استخوان و مفصل است

نشانه‌های بالینی روماتوئید آرتریت

یافته‌های مفصلی	یافته‌های خارج مفصلی
خشکی صبحگاهی، ژله‌ای شدن	ندول‌های روماتوئید (اسکلرا، ریه، زیرجلدی)
تورم قرینه مفاصل	بیماری ریوی بینایی
درگیری بیشتر مفاصل میچ دست، PIP، متاکارپوفالانژیال، متاتارسوفالانژیال	واسکولیت (خصوصا پوست و اعصاب محیطی)
اروزیون استخوان و غضروف	پلوروپریکاردیت
نیمه دررفتگی مفصلی (به دنبال تنوسینویت) و انحراف مفصلی به سمت اولنا	اسکلریت و اپی اسکلریت
مایع مفصلی التهابی	زخم ساق پا
سندرم تونل کارپال	سندرم قلتی
کیست بیکر	

۸- درگیری مفصلی « تورم، گرمی و درد مفصل که با عدم فعالیت بدتر می‌شود + لمس سینوویوم (سینوویت)

۹- امکان درگیری هر مفصل دی آرترودیال (سینوویال) « کریکو آرتینوئید، TM Joint، مفاصل آپوفیزیال ستون مهره

۱۰- خشکی صبحگاهی معمولا بیش از ۱ ساعت بوده و با آب گرم و گرما برطرف می‌شود

به یاد داشته باشید که همه مبتلایان به RA بیماری آروزیو ندارند (مشاهده آروزیون در ۴۰ درصد موارد در گرافی)

۱۲- دفرمیتی‌های مفصلی در RA: