

ترجمه از:

حسین محرم زاده: دانش آموخته کارشناس علوم آزمایشگاهی،  
دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل

# آرتریت واکنشی

## Reactive Arthritis

- SARA بیشتر در مردان با نسبت بیش از ۱۰ به ۱ دیده می شود. اگرچه ممکن است در زنان کمتر تشخیص داده شود.
- بروز آرتریت واکنشی در جمعیت HIV مثبت جنوب صحرا رو به افزایش یافته است، جایی که کمابیش همه ی موارد آرتریت واکنشی وابسته با HIV، از نظر HLA-B27 منفی هستند. یافته های همسانی در جمعیت سفید پوست دچار HIV مثبت نشده است.
- *C. trachomatis* و *Chlamydia pneumoniae* شایع ترین پاتوژن های عامل بیماری هستند. به تازگی کاهش در بروز SARA وابسته با کلامیدیا ثبت شده است، که ممکن است بازتاب تشخیص زود هنگام و راهکارهای درمان باشد.
- تا ۱۶ درصد نمونه ها SARA وابسته با نایسریا گونوره است.
- شیوع های ناوابسته با مسافرت، آرتریت واکنشی وابسته با شینگلا، نشان دهنده راه احتمالی انتقال از راه جنسی است.
- آرتریت واکنشی ممکن است با بیماری سل Poncet's disease مرتبط باشد.
- آرتریت واکنشی همچنین ممکن است پس از عفونت با ارگاناسم های غیر معمول مانند کلستریدیوم دیفیسیل و ژیا ردیا لامبلیا نیز رخ دهد.
- ساکروایلایت (التهاب مفصل ساکروایلایک) پس از بیماری کووید ۱۹ گزارش شده است.

آرتریت واکنشی شکلی از اسپوندیلوآرتریت سرونکاتیو است که از نظر بالینی با کمردرد التهابی، الیگوآرتریت افزایشی یا جابجا شونده و نشانه های بیرون مفصلی همراه است و بیشتر در پی عفونت دستگاه گوارش یا ادراری تناسلی با فاصله زمانی از یک هفته تا ۳ تا ۶ هفته ایجاد می شود.

وجود الیگوآرتریت مفصل بزرگ، عفونت دستگاه ادراری تناسلی و یوویتیس ویژگی یک سندرم است (در گذشته این سندرم بنام رایتز، نخستین پزشک تشریح کننده آن نامگذاری شده بود که برای اولین بار آن را به عنوان یک زیرگروه بالینی آرتریت واکنشی توصیف کرد). آرتریت واکنشی که همراه با یک عفونت مقاربتی باشد (که شامل سندرم رایتز می شود) اکنون به اصطلاح «آرتریت واکنشی اکتسابی جنسی» (SARA) نامیده می شود.

به نظر می رسد سندرم آرتریت واکنشی ارتباطی قوی با HLA B27 (~75%) و آرتروپاتی های سرونگانویو. این سندرم گاهی به دو زیرگروه تقسیم می شود:

پساروده ای: سه پاتوژن روده ای که بیشتر وابسته هستند به گونه های کمپیلوباکتر، سالمونلا و شینگلا.

پسا مقاربت: به دنبال عفونت با کلامیدیا تراکوماتیس یا ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) اتفاق می افتد.

### اپیدمیولوژی

- آرتریت واکنشی بیشتر در بالغان جوان، اغلب سفید پوست و حامل آلل HLA-B27 را درگیر می کند.

## نمای بالینی

- آرتریت واکنشی معمولاً ۲-۴ هفته پس از عفونت دستگاه تناسلی یا دستگاه گوارش ایجاد می شود. در حدود ۱۰ درصد از بیماران نشانی از بیماری زمینه قبلی دیده نمی شود.
- آغاز بیماری اغلب حاد، همراه با ضعف، خستگی و تب است.
- اولیگوآرتریت نامتقارن، که بیشتر فراگیراندام تحتانی است (معمولاً بیش از شش مفصل نیست) علامت بالینی اصلی به شمار می آید.
- کمردرد اغلب رخ می دهد.
- درد پاشنه به دلیل التهاب آشیل یا آپونوروز کف پا در استخوان پاشنه شایع است.
- نمای سه گانه کامل اورتریت، ورم ملتحمه و آرتریت ممکن است رخ دهد.
- پوست (به عنوان مثال، اریتم ندوزوم، بالانیت سیرسینات)، ناخن ها (تغییرات دیستروفیک) و غشاهای مخاطی (زخم دهان) ممکن است همه تحت تاثیر قرار گیرند.
- ویژگی های دیگر عبارتند از:
  ۱. چشم: یوویتیس، اپی اسکلریت، کراتیت و زخم قرنیه.
  ۲. دستگاه گوارش: برخی از بیماران دوره های متناوب درد شکم و اسهال دارند و ضایعات درکولونوسکوپی، از نظر ظاهری شبیه به بیماری التهابی روده است.
  ۳. قلبی عروقی: آئورتیت با یا بدون نارسایی آئورت (۲٪)، نقص در هدایت.

## تشخیص افتراقی آرتریت واکنشی

- اسپوندیلیت آنکیلوزان و اسپوندیلوآرتروپاتی تمایز نیافته.
- آرتریت گونوکوکی
- نفرس.
- بیماری التهابی روده.
- آرتریت پسوریاتیک.
- تب روماتیسمی.
- روماتیسم مفصلی.
- آرتریت سپتیک.

## روش های بررسی و تشخیص آرتریت واکنشی

پس از مشاهده آرتریت، آزمایش های میکروبی و کشت خون

یا مایع سینوویال منفی است و فقط آنتی بادی های سرمی شناسایی می شوند.

- ESR و CRP معمولاً بسیار بالا هستند.
- CBC: کم خونی نورموکرومیک نرموسیتی، لکوسیتوز خفیف و ترومبوسیتوز در مرحله حاد.
- در مردان:

- آزمایش تکثیر اسیدنوکلیک ادرار (NAAT) برای N. gonorrhoeae و C. trachomatis

- اسمیر رنگ آمیزی گرم پیشابراه (در صورت علائم مجرای ادرار) - کشت مجرای ادرار و تست حساسیت برای N. gonorrhoeae

### • در زنان:

- NAAT و لوواژینال برای N. gonorrhoeae و C. trachomatis - کشت اندوسرویکال و تست حساسیت برای N. gonorrhoeae (در صورت مثبت بودن میکروسکوپی یا NAAT).

### • در هر دو جنس:

نمونه های NAAT حلقی و رکتوم برای C. trachomatis و N. gonorrhoeae در موارد وجود سابقه مقاربت جنسی .

- غربالگری HIV و سیفلیس.
- غربالگری هپاتیت B و C بر اساس عوامل خطر در سابقه مقاربت جنسی.
- Mycoplasma genitalium یک علت غیر معمول SARA است اما یک آزمایش NAAT (نمونه ادرار در مردان یا نمونه ولوواژینال در زنان) باید برای کامل بودن نقش آن در نظر گرفته شود.

• یک انجمن بریتانیایی برای سلامت جنسی و (HIV) BASHH توصیه هایی را برای آزمایش افراد ترنس و غیر دو جنسی ارائه کرده است.

• HLA-B27 در اکثر افراد مبتلا به آرتریت واکنشی مثبت است. فاکتور روماتوئید و آنتی بادی های ضد هسته ای وجود ندارند.

• برای رد آرتریت سپتیک یا کریستالی ممکن است نیاز به اسپیراسیون مفصل باشد. آزمایش مایع سینوویال در بیماران مبتلا به واکنش آرتریت، شمار زیاد گلبول های سفید خون (بیشتر لکوسیت های پلی مورفونکلر در فاز حاد) را نشان می دهد.

• بررسی بیشتر دستگاه تناسلی در بیماران فعال جنسی در کلینیک سلامت جنسی انجام می شود.



- تست های سرولوژی برای سایر محرک های عفونی احتمالی به عنوان مثال، HIV، یرسینیا، کمپیلوباکتر، سالمونلا و گونه های شیگلا توصیه می شود.
- آزمایش پوستی توبرکولین باید در یک بیمار از یک جمعیت آندمیک انجام شود.
- اشعه ایکس: در مراحل اولیه بیماری طبیعی است. در بیماری پیشرفته یا طولانی مدت، ممکن است واکنش پریوستی تکثیر در محل قرار دادن تاندون، خار کف پا، فرسایش حاشیه ای با تکثیر استخوان مجاور در دست ها و پاها و در موارد کمتر، ویژگی های ساکروایلیت و اسپوندیلیت آنکیلوزان نشان داده شود.
- سونوگرافی یا MRI ممکن است در تشخیص سینوویت محیطی، آنتزیت یا ساکروایلیت مفید باشد. سینتی گرافی می تواند مراحل اولیه اتصال استخوانی را تشخیص دهد.
- ECG: در بیماران مبتلا به بیماری طولانی مدت برای ارزیابی اختلالات هدایت بکار می رود.

برانگیز است. توصیه BASHH درمان هر گونه عفونت تناسلی شناسایی شده، است اما دوره های طولانی آنتی بیوتیک را توصیه نمی کند. دیگر مراجع درمانی بر اساس شواهدی مبنی بر نیاز به افزایش مدت زمان درمان، آنتی بیوتیک را برای درمان عفونت اثبات شده برای ۳-۶ ماه توصیه می کنند،

- داروهای ضدروماتیسمی اصلاح کننده بیماری (DMARDs):
- تجربه بالینی با DMARDs در آرتزیت واکنشی، محدود است.
- نشان داده شده است که سولفاسالازین در برخی از بیماران مفید است.
- تجربیات با سایر DMARDها (مثلاً متوترکسات) به طور حکایتی گزارش شده است و ممکن است در بیماران که به درمان های استاندارد (NSAID ها و فیزیوتراپی) پاسخ نمی دهند مورد استفاده واقع شود.
- در موارد تهاجمی تر، یا زمانی که آرتزیت واکنشی به

### کنترل و درمان آرتزیت واکنشی

- در فاز حاد، استراحت مفاصل درگیر، آسپیره کردن ترشحات سینوویال.
- فیزیوتراپی
- داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی (NSAIDs).
- کورتیکواستروئیدها:
- ۱. می توان از کورتیکواستروئیدها از راه تزریق داخل مفصلی یا درمان سیستمیک استفاده کرد. تزریق مفاصل می تواند به جلوگیری از مصرف سایر درمان های سیستمیک کمک کند. مفاصل ساکروایلیاک را می توان به کمک فلوروسکوپی تزریق کرد.
- کورتیکواستروئیدهای سیستمیک معمولاً برای بیماران که به NSAID ها پاسخ نمی دهند و به پلی آرتزیت شدید، یا تظاهرات قلبی یا چشمی مبتلا هستند اختصاص داده می شود.
- آنتی بیوتیک ها برای درمان ارگانیزم عامل شناسایی شده مورد استفاده قرار می گیرند. مدت زمان درمان بحث

۳ تا ۵ ماه خود محدود شونده است. علائم بیش از شش ماه مزمن بودن بیماری را نشان می دهد.

- وجود درگیری هیپ، عدم پاسخگویی به NSAIDها و ESR بیشتر از ۳۰ پیامد بدتری را به همراه دارد.
- بروز بالای عود، به ویژه در افرادی که HLA-B27 مثبت هستند، وجود دارد.
- عود بیماری ممکن است توسط یک عفونت جدید یا سایر عوامل استرس زا آغاز شود.

#### منبع:

This is a translation into Farsi of an article originally published in English: Dr Laurence Knot, Reactive arthritis. Available from patient.info/doctor/reactive-arthritis-pro, 17/09/2021. This is an open access article distributed under the creative commons attribution license, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

سمت اسپوندیلیت آنکیلوزان تکامل می یابد، بلوکهای آلفا TNF ممکن است یک گزینه موثر باشد.

#### پیش آگهی آرتریت واکنشی

• آرتریت واکنشی معمولاً با برطرف شدن علائم در عرض

**قبل از دریافت نسخه فیزیکی هر شماره از ماهنامه تشخیص آزمایشگاهی،  
نسخه آنلاین را می توانید از لینک های زیر دانلود کنید و ورق بزنید:**



[www.tashkhis.ir](http://www.tashkhis.ir)



@tashkhis\_magazine