

- ۱-سمیه شیرین زاده: کارشناس علوم آزمایشگاهی
 ۲-ناهید افقهی نجف: کارشناس علوم آزمایشگاهی
 ۳-سعید شیرین زاده: کارشناس علوم آزمایشگاهی

رسوب کلسیم پیروفسفات (نقرس کاذب)

- استفاده طولانی مدت از استروئیدها
- کم کاری تیروئید
- هر علتی که باعث آرتریت شود
- هموکروماتوز
- بیماری ویلسون
- آکرومگالی
- دیالیز
- جراحی یا تروما
- هیپومنیزیمی

علائم رسوب کلسیم پیروفسفات

CPPD بیشتر بدون علامت است، تنها با تغییرات رادیوگرافی کندروکلسینوز همراه است. رسوب کلسیم پیروفسفات ممکن است باعث آرتریت حاد یا مزمن شود.

آرتریت کریستالی CPP حاد (یا نقرس کاذب):

- بروز آرتریت تک مفصلی یا الیگوارتیکولار.
- زانو و پس از آن مچ دست شایع ترین مفصل درگیر است..
- علائم سیستمی شامل تب و لرز و علائم اساسی اغلب رخ می دهد.
- حملات حاد بیماری CPPD ممکن است هفته ها یا ماه ها طول بکشد.

آرتریت کریستالی CPP مزمن:

- بیشتر بیماران مبتلایک نوع آرتریت چند مفصلی دارند که شبیه استئوآرتریت است، اما با شعله ور شدن علائم التهابی با آسیب غیرعادی شدید مفصلی همراه است. درگیری مفصلی مانند مفصل گلنوهومرال، مچ دست و مفاصل متاکارپوفالانژیال که اغلب تحت تاثیر استئوآرتریت معمولی قرار نمی گیرند، باید مشکوک به بیماری CPPD شوند.
- شکل نادرتر بیماری CPPD چند مفصلی شبیه آرتریت روماتوئید است که آرتریت التهابی مداوم را تحت تاثیر قرار می دهد.
- بیماری در بیشتر مفاصل به ترتیب شعله ور می شود و درگیری در مقایسه با آرتریت روماتوئید کمتر متقارن است.

Deposition Pyrophosphate Calcium، نقرس کاذب التهاب

مفاصل است که در اثر رسوب کریستال های پیروفسفات کلسیم (CPP) در مفصل و بافت های اطراف مفصل ایجاد می شود. اگرچه از این نام هنوز به طور گسترده استفاده می شود، نقرس کاذب در حال حاضر به عنوان بیماری رسوب کلسیم پیروفسفات (CPPD) نامیده می شود. نام نقرس کاذب از توصیف اولیه این بیماری در بیماران مبتلا به آرتریت حاد شبه نقرس نشأت گرفته است که مبتلا به نقرس هستند.

اپیدمیولوژی

رسوب پیروفسفات کلسیم در سالمندان شایع است. نیمی از بزرگسالان تا سن ۸۰ سالگی دچار تغییرات رادیوگرافیک معمول CPPD می شوند. یک مطالعه انگلیسی شیوع CPPD را بین ۷ تا ۱۰ درصد در افراد بالای ۶۰ سال گزارش کرد. این مطالعه همچنین توزیع جنسیتی یکسان را گزارش کرد. بیشتر موارد CPPD غیر خانوادگی هستند، اما جهش در ژن انسانی ANK ANKH در برخی از خانواده ها نشان داده شده است.

علل

- کم آبی بدن
- بیماری میان دوره ای
- پرکاری پاراتیروئید





تشخیص های افتراقی

- نقرس حاد
- آرتریت سپتیک
- OA
- آرتریت روماتوئید

روش های بررسی و تشخیص

- اشعه ایکس مفصل کدورت خطی غضروف مفصلی را نشان می دهد.
- سونوگرافی نیز ممکن است یک ابزار تشخیصی

مفید باشد.

- در آنالیز آسپیراسیون مایع مفصلی، افزایش تعداد گلبول های سفید که بیشتر نوتروفیل هستند، دیده می شود. سطح گلوکز طبیعی است.
- کریستال های دوشکستی ضعیف مثبت درون سلولی و خارج سلولی (کریستال های درون سلولی برای حاد نقرس کاذب پاتگنومونیک هستند)
- مایع مفصل اغلب چرکی به نظر می رسد و آرتریت سپتیک باید نادیده تلقی شود.
- حذف سایر علل آرتریت حاد.
- ارزیابی علت زمینه ای احتمالی همانطور که در بالا ذکر شد.

درمان و کنترل رسوب پیروفسفات کلسیم

برخلاف نقرس، هیچ درمان خاصی برای دفع کریستال های CPP از بدن وجود ندارد. بنابراین، جدا از درمان هر علت زمینه ای، درمان علامتی است. مراقبت باید متناسب با هر بیمار تنظیم شود و هرگونه بیماری همراه و رژیم های دارویی موجود را در نظر بگیرد. به عنوان مثال، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) ممکن است برای گروهی که معمولاً بیماری رسوب پیروفسفات کلسیم علامت دار در آنها ایجاد می شود - یعنی سالمندان - ایده آل نباشند.

شواهدی برای حمایت از استفاده از درمان های مختلف برای بیماری های مرتبط با اختلالات مزمن پیروفسفات کلسیم، مانند نقرس، وجود ندارد. بنابراین، چنین پذیرفته شده است که رژیم های درمانی اغلب نتیجه عادت و عمل در طول سال ها هستند، نه اینکه توسط کارآزمایی های بالینی گسترده پشتیبانی شوند.

پروکاربردترین درمان ها برای آرتریت کریستالی حاد

- یخ، استراحت موقت.
- آسپیراسیون مفصل.
- NSAID ها

- تزریق استروئید داخل مفصلی
- استروئیدهای سیستمیک
- کلشی سین - یک جایگزین در صورت منع مصرف NSAID ها یا استروئیدها.
- درمان OA با CPPD باید بر اساس دستورالعمل های کلی برای درمان OA مدیریت شود.
- درمان آرتریت کریستال CPP مزمن بسیار دشوارتر از آرتریت کریستال CPP حاد است:
- برای بیماران مبتلا به درگیری مفصل بزرگ تک مفصلی یا الیگوارتیکولار، تزریق مکرر گلوکوکورتیکوئیدها داخل مفصلی ممکن است علائم را کنترل کند.
- هیچ داروی فعلی اصلاح کننده بیماری برای بیماری CPPD موجود نیست.

استفاده روزانه از کلشیسین خوراکی با دوز کم ممکن است در کاهش دفعات حملات حاد مفید باشد. روش دیگر، NSAIDs هستند که ممکن است اثرات مفید مشابهی داشته باشند به شرطی که عوارض جانبی ایجاد نکنند.

اگر کلشی سین یا NSAID ها بی اثر باشند، یا با عوارض جانبی غیرقابل قبول همراه باشند، ممکن است برای کنترل درد و التهاب، گلوکوکورتیکوئیدهای سیستمیک با دوز پایین لازم باشد.

پیش آگهی

حملات حاد اغلب در عرض ده روز برطرف می شوند. با این حال برخی از حملات حاد ممکن است هفته ها یا ماه ها طول بکشد. برخی از بیماران دچار آسیب پیشرونده مفصلی با محدودیت عملکردی می شوند. پیش آگهی همچنین وابسته به هر علت زمینه ای است.

منبع:

This is a translation into Farsi of an article originally published in English: Dr Colin Tidy, Calcium Pyrophosphate Deposition (Pseudogout). Available from patient info doctor, Last updated: 12: 2021.