

تظاهرات عضلانی اسکلتی سارکوئیدوز

دکتر ایراندخت شناور، فوق تخصص روماتولوژی

مرکز تحقیقات روماتولوژی - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تظاهرات عضلانی اسکلتی سارکوئیدوز، در حدود ۱۰ تا ۲۵٪ درصد بیماران مبتلا رخ می‌دهد. از آنجا که آرتریت ممکن است تنها تظاهر در بیمار باشد، انسداد نسبی واقعی روشن نیست. در این موارد تنها پس از بروز درگیری در ارگان‌هایی مانند چشم و ریه، که بیشتر مبتلا می‌شوند، تشخیص سارکوئیدوز معلوم می‌شود. درگیری عضلانی اسکلتی سارکوئیدوز شامل آرتریت حاد، آرتریت مزمن، میوپاتی و درگیری استخوانی و عروقی است.

آرتریت حاد ممکن است به تنهایی، یا به عنوان بخشی از سندرم لوفگرن (ترياد آدنوپاتی هیلار، پلی آرتریت حاد و اریتم ندوزوم) بروز کند. پلی آرتریت حاد بیش از همه مچ پا را، آن هم به طور قرینه مبتلا می‌کند و بدنبال آن ممکن است سایر مفاصل بزرگ اندام تحتانی نیز گرفتار شود و با آرتریت واکنشی اشتباه شود. سندرم لوفگرن معمولاً خودبخود محدود شونده است. در کودکان، آدنوپاتی هیلار کمتر دیده می‌شود، در عوض، آرتریت نمایان تر بوده، همراه یوئیت و راش بروز می‌کند. آرتروپاتی تب دار همراه با بزرگی پاروتید و یوئیت (تب یوئو پاروتید)، در مردان بیشتر رخ می‌دهد.

آرتریت مزمن اغلب با درگیری پارانشیم ریه و سایر تظاهرات خارج ریوی همراه است. بیماران مبتلا معمولاً مسن تر از موارد آرتریت حاد می‌باشند. علائم معمولاً بیش از ۶ ماه و به شکل الیگو یا پلی آرتیکولر ظاهر می‌شود. از نظر رادیوگرافیک، اروزیون مفصل و درگیری استخوان دیده می‌شود و ممکن است بدلیل نمای کیستیک، شبیه بیماری روماتوئید ظاهر شود. این شکل از آرتریت معمولاً با یک سیر مزمن و پایدار همراه است. بین ضایعات استخوانی و سطح کلسیم سرم هیچ ارتباطی وجود ندارد. تشخیص آرتریت سارکوئیدوز، بر پایه تظاهرات بالینی و یافته‌های رادیوگرافیک منطبق و تست توپر کولین منفی قرار دارد. مایع التهابی اما استریل است. گاهی ممکن است برای رد سایر علل بخصوص عفونتهایی مانند توپر کولوزیس و هیستوپلاسموزیس، بیوپسی سینه و ریال لازم گردد. در حضور سندرم تبیک لوفگرن، نیازی به انجام بیوپسی نیست، مگر اینکه شک بالینی قوی به یک عامل عفونی وجود داشته باشد. در صورت انجام بیوپسی، باید نمونه‌های تازه، فیکس شده در الکل، و آغشته به فرمالین برای بررسی میکروبیولوژیک و بافت شناسی فرستاده شود.

در موارد درد قابل توجه یا اختلال عملکرد مفصل، می‌توان از مقادیر ضد التهابی داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی استفاده نمود و در صورت عدم پاسخ مناسب پس از دو هفته می‌توان، داروهایی مانند کولشیسین، هیدروکسی کلروکین و یا پردنیزولون ۱۰-۱۵ میلیگرم روزانه را به درمان افزود. در مواردی که نیازمند دوزهای بالاتر پردنیزولون باشند، یا نتوان پردنیزولون را کم کرد، می‌توان متوترکسات هفتگی را به درمان افزود. داروی اینفلیکسی ماب و هیومیرا برای کنترل موارد مقاوم تر، موفق بوده است.

درگیری عضلانی نادر است و به سه شکل دیده می‌شود: ضعف تدریجی عضلات پروکسیمال، میوپاتی حاد (با ضعف پروکسیمال و آنزیم عضلانی بالا) و میوپاتی ندولار. درگیری عضلانی نشانه بیماری پیشرونده بوده، با فرجام بدی همراه است. **درگیری استخوانی** ناشایع بوده، در ۵۰٪ علامت دار است. بیشترین درگیری تبیک، ضایعات کیستیک انگشتان است، اما میتواند در جمجمه، جسم مهره و استخوان‌های پهن نیز دیده شود. برای تایید تشخیص بهتر است بیوپسی انجام شود.

واسکولیت: عروق در هر اندازه ممکن است درگیر شود. گسترش التهاب گرانولوماتو یا تولید گرانولوم در دیواره داخل رگ ممکن است به ایسکمی یا اینفارکت منجر گردد.

