



حقیقت نگار وجود و عدم
نخستین سرآغاز آغازهاست

به نام خداوند لوح و قلم
خدایی که داننده رازهاست



به IQ+ خوش آمدید

مؤلفین:

دکتر لیلا باقری

دکتر سیدمجتبی نگو قدم



نوآوران دانش اِمَاهان

۰۲۱ - ۴۲۸۸۱۲۰۰

www.noavaranedanesh.ir

اولویت بندی فصول بر مبنای اهمیت امتحانی از نظر مؤلفین:

نام فصول	طبقه بندی اولویت	ردیف
فصل ۴: آرتريت روماتوئيد RA	فصول بسیار مهم	۱
فصل ۷: لوپوس سیستمیک اریتماتوز (SLE)		
فصل ۶: اسپونديلو آرتريت		
فصل ۱۳: استئوپروز		
فصل ۸: سندروم شوگرن		
فصل ۵: آرتريت سپتیک		
فصل ۲: اپروچ به بیماری های مفصلی و موسکولواسکلتال		
فصل ۹: اسکروز سیستمیک (SSc)	فصول مهم	۲
فصل ۱۱: کریستال آرتروپاتی		
فصل ۱۰: واسکولیت		
فصل ۱۲: متابولیک استخوان		
فصل ۳: بیماری های اطراف مفاصل		
فصل ۱۷: بیماری های میوپاتی		
فصل ۱۵: کمردرد و گردن درد	فصول نسبتاً مهم	۳
فصل ۱۴: استئوآرتريت		
فصل ۱۶: تظاهرات روماتولوژیک بیماری های سیستمیک		
فصل ۱: نحوه برخورد با بیماران روماتولوژیک		

فهرست:

۷.....	فصل دوم: اپروچ به بیماری‌های مفصلی و موسکولواسکلتال
۹.....	فصل سوم: بیماری‌های اطراف مفاصل
۱۳.....	فصل چهارم: آرتریت روماتوئید RA
۱۷.....	فصل پنجم: Infectious arthritis
۲۱.....	فصل ششم: اسپوندیلو آرتریت
۲۳.....	فصل هفتم: لوپوس سیستمیک اریتماتوز (SLE)
۲۹.....	فصل هشتم: سندرم شوگرن
۳۳.....	فصل نهم: اسکروز سیستمیک (SSc)
۳۵.....	فصل دهم: واسکولیت
۳۹.....	فصل یازدهم: کریستال آرتروپاتی‌ها
۴۱.....	فصل دوازدهم: بیماری‌های متابولیک استخوان
۴۵.....	فصل سیزدهم: استئوپروز
۵۱.....	فصل چهاردهم: استئوآرتریت
۵۳.....	فصل پانزدهم: کمردرد و گردن درد
۵۷.....	فصل شانزدهم: تظاهرات روماتولوژیک بیماری‌های سیستمیک
۵۹.....	فصل هفدهم: بیماری میوپاتی

فصل چهارم: آرتریت روماتوئید RA



۱- خانم ۵۴ ساله مورد تازه تشخیص داده شده آرتریت روماتوئید در مورد آینده سیر بیماری خود از شما سؤال می‌پرسد. کدام یک از معیارهای زیر پیش‌بینی کننده پیامد بد بیماری در ایشان می‌باشد؟

(الف) سن بیمار
(ب) سابقه خانوادگی RA در مادر
(ج) مثبت بودن RF
(د) درگیری ستون فقرات گردنی

نکته ۱: RF و Anti CCP در RA هم نقش تشخیصی و هم نقش پروگنوستیک دارند و هرچه تیترا بالاتر باشد احتمال بیماری با سیر تهاجمی و آسیب ساختاری بیشتر است.

نکته ۲: درگیری ستون فقرات گردنی در RA در مهره‌های C1 و C2 و بیشتر بصورت (C1-C2 Subluxation) در بیمارانی که درد گردن دارند و در مراحل معمولاً پیشرفته بیماری باید مدنظر باشد.

پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

۲- آقای ۴۷ ساله با سابقه کار در کارخانه سنگ‌بری و مصرف روزانه یک پاکت سیگار با شکایت خشکی صبحگاهی طولانی مدت و درد مفاصل متعدد در دست‌ها و پاها مراجعه کرده است. علائم بیمار از ۳ ماه قبل شروع شده و در معاینه پلی‌آرتریت دست و پا دارد. وزن بیمار ۵۸ کیلوگرم است و سابقه آرتریت روماتوئید در خواهرایشان وجود دارد. کدام یک از موارد زیر از ریسک فاکتورهای شناخته شده RA در این بیمار نمی‌باشد؟

(الف) سیگاری بودن
(ب) وزن کم
(ج) سابقه خانوادگی مثبت
(د) شغل بیمار

نکته ۳: سیگار مهمترین ریسک فاکتور محیطی برای RA است.

نکته ۴: سیلیس که در مشاغلی مانند سنگ‌بری و مجسمه‌سازی، سرامیک و چسب کاشی وجود دارد و باید مراقب تماس فرد با آن باشیم از ریسک فاکتورهای RA است.

نکته ۵: چاقی و نه وزن پایین به همراه زمینه ژنتیکی HLA class II (HLA-DR) از ریسک فاکتورهای شناخته شده RA هستند.

پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

۳- خانم ۵۷ ساله بدنبال قرمزی و درد چشم توسط چشم‌پزشک معاینه و با تشخیص یووئیت قدامی با توجه به پلی‌آرترالژی و خشکی صبحگاهی ۴۰ دقیقه‌ای جهت مشاوره به شما ارجاع شده است. در آزمایشات فقط RF مثبت دارد. کدام یک از موارد مشاوره به ضرر تشخیص RA است؟

(الف) پلی‌آرترالژی
(ب) سن بیمار
(ج) Anti CCP منفی
(د) درگیری چشمی بیمار

نکته ۶: درگیری چشمی در آرتریت روماتیسم بیشتر بصورت علائم خشکی چشم (علائم کراتوکونژکتیویت سیکا ناشی از شوگرن ثانویه) ، اپی اسکلریت و اسکلریت می باشد و یووئیت جز موارد مرتبط با RA نمی باشد.

نکته ۷: Anti CCP از RF اختصاصی تر است اما منفی بودن حتی هر دو تشخیص دارد نمی کند.

نکته ۸: شایع ترین سن شروع بیماری RA بین ۶۰-۵۰ سالگی است و در خانمها شایعتر از آقایان دیده می شود.

پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

۴- خانم ۶۳ ساله با شکایت خستگی و خشکی صبحگاهی در حد ۴۰ دقیقه و درد و تورم مفاصل MCP و PIP و DIP هر دو دست از چند ماه قبل و درد فک هنگام غذا جویدن و گرفتگی صدا از حدود یک ماه قبل مراجعه کرده اند. تب و کاهش وزن نداشته و سیگاری نمی باشد. سابقه ترومای اخیر ندارد. کدام یک از موارد شرح حال بیمار با شایع ترین تشخیص محتمل برای ایشان در مرحله اولیه تطابق ندارد؟

- (الف) درگیری DIP
(ب) گرفتگی صدا
(ج) درد هنگام جویدن غذا
(د) نداشتن علائم سرشتی

نکته ۹: درگیری مفاصل کوچک بویژه دستها با الگوی قرینه در یک خانم با سن ۶۰-۵۰ سال و نداشتن علائم سرشتی و سردرد و داشتن خشکی صبحگاهی مطرح کننده تشخیص اولیه RA می باشد اما نکته مهم اینکه در RA درگیری DIP نداریم و در این موارد علاوه بر تستهای تشخیصی RA باید در معاینه بیمار به دنبال ضایعات پوستی و ناخن جهت بررسی آرتریت پسوریاتیک و یا داشتن OA و گره های هبردن که دچار آرتریت شده اند باشیم.

نکته ۱۰: گرفتگی صدا می تواند ناشی از سینوویت در مفصل کریکواریتنوئید و درد فک ناشی از آرتریت مفصل تمپورو مندیبولار در بیماران RA ایجاد شود.

نکته ۱۱: حتماً در صورت وجود کاهش وزن و علائم سرشتی در یک فرد با سن < ۵۰ سال به بدخیمی و بویژه در یک خانم به آرتریت تمپورال (GCA) و پلی میالژی روماتیکا (PMR) توجه کنیم.

نکته ۱۲: در بیماران با تظاهر سندروم کارپال تونل بویژه موارد دوطرفه یکی از DDXها RA است.

پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۵- کدام یک از داروهای زیر در درمان خانم باردار مبتلا به آرتریت روماتوئید منع مصرف دارد؟

- (الف) پردنیزولون خوراکی
(ب) سولفاسالازین
(ج) هیدروکسی کلروکین
(د) لفلونامید

نکته ۱۳: MTX و لفلونامید هر دو در بارداری منع مصرف دارند.

نکته ۱۴: طبق جدول ۴-۷۹ کتاب داروهای زیر با ریسک سرکوب مغز استخوان همراه هستند (بنابراین مونیتورینگ CBC طی درمان نیاز دارند): آزاتیوپرین ، مهارکننده های آنزیم جینوس کیناز (JAK inhibitor) ها یا همان DMARD های خوراکی سنتتیک تحت عنوان Targeted therapy) مانند Tofacitinib و Baricitinib، لفلونامید، MTX و سولفاسالازین.

نکته ۱۵: تنها دارویی که نیازمند معاینه چشم پزشکی می باشد هیدروکسی کلروکین است.

نکته ۱۶: Baricitinib و Tofacitinib، باعث هایپرلیپیدمی (بنابراین چک پروفایل چربی لازم دارند) و افزایش ریسک ترومبوز می‌شوند.

نکته ۱۷: آزانیوپرین می‌تواند عارضه پانکراتیت ایجاد کند.

نکته ۱۸: در موارد سرکوب مغز استخوان و اختلال کبدی شدید بدنبال درمان با لفلونامید از Washout با کلستیرامین استفاده می‌شود.

نکته ۱۹: پنومونیت عارضه ناشایع MTX است و در صورت وقوع باید MTX قطع شود و از طرفی در بیماران با بیماری‌های ریوی تجویز آن منع دارد.

نکته ۲۰: پردنیزولون می‌تواند در بیماران RA اروزیون و آسیب استخوانی را کاهش دهد یعنی مانند یک DMARD عمل کند ولی بعلت عوارض زیاد از این خصوصیت آن صرف‌نظر می‌کنیم و فقط استفاده کوتاه مدت دارد. (پلی برای شروع اثر DMARDها)

پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

۶- بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید بعلت عدم پاسخ مناسب به درمان با متوترکسات کاندید شروع آدالیموماب (Adalimumab) شده است. قبل از شروع این دارو کدام بررسی باید انجام شود؟

(ب) دانسیتومتری

(الف) تست IGRA

(د) پروفایل چربی

(ج) معاینه چشم

نکته ۲۱: قبل از شروع درمان با داروهای بیولوژیک در همه افراد باید ابتدا تست PPD یا IGRA (اندازه‌گیری اینترفرون گاما در سرم) انجام شود.

نکته ۲۲: داروهای مهارکننده TNF بیشترین بیولوژیک مورد استفاده در درمان RA هستند و باعث افزایش ریسک عفونت و فعال‌سازی latent TB می‌شوند.

نکته ۲۳: در هر بیماری که کاندید دریافت استروئید طولانی مدت است (طبق گاید لاین استئوپروز مصرف روزانه ≤ 5 میلی‌گرم پردنیزولون خوراکی یا معادل آن بمدت ≤ 3 ماه) باید غربالگری از نظر استئوپروز با BMD به روش DXA انجام شود.

نکته ۲۴: چک هیپاتیت B و C قبل از شروع DMARDها (شامل مرسوم و بیولوژیک) در همه بیماران باید انجام شود.

نکته ۲۵: NSAIDها در درمان RA فقط جهت کنترل علائم کاربرد دارند و DMARD محسوب نمی‌شوند.

پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۷- مرد ۳۵ ساله ای با آرتریت حاد مچ پای راست مراجعه کرده است. کدام تشخیص برای وی کمتر مطرح است؟

(ب) آرتریت سپتیک

(الف) آرتریت روماتوئید

(د) آرتریت واکنشی

(ج) آرتریت کریستالی

فصل هفتم: لوپوس سیستمیک اریتماتوز (SLE)

۱- شایع ترین فرم درگیری قلبی در بیمار مبتلا به لوپوس کدام است؟

- (الف) اندوکاردیت لیمن ساکس
(ب) پریکاردیت
(ج) میوکاردیت
(د) آریتمی‌های بدون علامت

نکته ۴۲: سروزیت شامل پریکاردیت و پلورزی در لوپوس شایع است و در قلب شایع ترین فرم درگیری قلبی پریکاردیت می‌باشد ولی میوکاردیت خطر مرگ و میر دارد.

نکته ۴۳: اندوکاردیت libman-Sacks یک ضایعه استریل ترومبوتیک روی دریچه‌های قلبی بویژه سمت چپ که در SLE و APS شایع است.
پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

۲- آقای ۲۷ ساله با ضایعات مالار راش و خستگی و زخم دهانی و آرتریت در PIP ۲ و ۳ دست راست از ۷ روز قبل مراجعه کرده است. سابقه اسپوندیلیت آنکیلوزان از ۸ ماه قبل دارد که بعلت عدم پاسخ به خط اول درمان از یک ماه قبل برای ایشان آدالیموماب شروع شده است. در آزمایشات این بیمار وجود کدام یک از موارد زیر با توجه به تشخیص محتمل قابل انتظار نمی‌باشد؟

- (الف) RBC Cast در آزمایش ادرار
(ب) Anti ds DNA مثبت
(ج) ترومبوسیتوپنی و لکوپنی
(د) CPK افزایش یافته

نکته ۴۴: با توجه به درگیری پوستی و مخاطی و اسکلتی عضلانی بدنبال شروع آدالیموماب یعنی یک داروی Anti TNF بیمار دچار لوپوس دارویی شده است. Anti TNF و سولفاسالازین و داروهای بسیاری از جمله داروهای کاهنده فشارخون و پروکائین آمید و ایزونیازید و PPIها از مهمترین علل لوپوس دارویی هستند.

نکته ۴۵: در لوپوس دارویی درگیری پوستی و مخاطی، سروزیت (پریکاردیت و پلوریت)، اختلالات CBC و علائم عضلانی بصورت خستگی و میالژی و آرترالژی و آرتریت شایع است.

نکته ۴۶: در لوپوس دارویی ANA از نوع Anti-histone Ab مثبت است. (۱۰۰٪ موارد لوپوس دارویی ANA مثبت می‌شود).

نکته ۴۷: مثبت شدن Anti-ds DNA در لوپوس دارویی نادر است ولی در مصرف Anti TNFها می‌تواند مثبت شود.

نکته ۴۸: درگیری کلیوی و CNS در لوپوس دارویی نادر است.

پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۳- خانم ۴۷ ساله با ضایعات پوستی مالار راش و ضعف عضلات پروگزیمال اندام فوقانی و تحتانی و سفتی انگشتان دست‌ها از ۴ ماه قبل تدریجی و رینود از چند سال قبل به شما مراجعه کرده‌اند. وجود کدام آنتی‌بادی در این بیمار می‌تواند مطرح کننده تشخیص بیماری بافت همبند مختلط (MCTD) باشد؟

- الف) Anti-Smith
ب) U1 RNP
ج) Anti – SSA
د) Topoisomerase I

نکته ۴۹: زمانی که بیمار علائم بالینی و آزمایشگاهی ۲ یا تعداد بیشتری بیماری اتوایمیون را با هم داشته باشد باید به MCTD فکر کنیم و در MCTD جهت تشخیص تیترا بالای U1 RNP مثبت باید وجود داشته باشد.
نکته ۵۰: مثبت شدن U1 RNP در لوپوس به تنهایی با ریسک افزایش فشار شریان پولموناری (PAP بالا) همراه است.
پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

۴- در موارد کمپلمان کاهش یافته در یک بیمار (\downarrow C3-C4) همه تشخیص‌های زیر مطرح می‌شود به جز؟

- الف) عفونت
ب) بیماری مزمن کبدی
ج) کمبود مادرزادی
د) شعله‌وری بیماری لوپوس

نکته ۵۱: کمپلمان‌ها توسط کبد تولید می‌شوند و در موارد کمبود مادرزادی و بیماری مزمن کبدی سطح آنها کاهش می‌یابد. در بیماران لوپوس که وارد فاز شعله‌وری بیماری می‌شوند جهت افتراق از عفونت که هر دو مورد باعث ایجاد تب و علائم سرشتی می‌شوند چک کمپلمان کمک کننده است که در عفونت بعنوان یک واکنش دهنده فاز حاد افزایش می‌یابد.
نکته ۵۲: هالمارک فعال بودن بیماری لوپوس بویژه درگیری نفریت لوپوسی سطح کاهش یافته کمپلمان‌ها است.
پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۵- خانم بارداری با سابقه لوپوس تحت درمان که در آزمایشات ایشان **Anti Ro Ab** مثبت است جهت پیگیری در هفته هفتم بارداری مراجعه کرده‌اند. بررسی اکوکاردیوگرافی قلبی جنین از کدام هفته بارداری باید برای جنین این بیمار شروع شود؟

- الف) ۱۲
ب) ۱۶
ج) ۲۰
د) پس از زایمان در اولین ویزیت نوزادی

نکته ۵۳: مثبت بودن **Anti Ro (Anti SSA)** در لوپوس با شوگر نوزادی شامل ضایعات پوستی SCLE (تحت حاد) و بلوک قلبی نوزادی همراه است.

نکته ۵۴: غربالگری بلوک قلبی جنین در مادران **Anti Ro +** باید از هفته ۱۶ بارداری و به صورت هفتگی انجام شود (بیشترین خطر در هفته‌های ۱۸-۲۴ است).

نکته ۵۵: برای درمان لوپوس در خود مادر باردار پردنیزولون استروئید مناسبی است ولی در صورت بلوک قلبی جنین باید دارویی تجویز شود که قادر به عبور از جفت و درمان جنین باشد که استروئید مناسب در اینجا استروئیدهای فلوئورینه (دگزامتازون / بتامتازون) هستند.

نکته ۵۶: راش پوستی و سیتوپنی و ارگانومگالی در نوزاد متولد شده از مادر لوپوس Ro+ تحت عنوان لوپوس نوزادی معمولاً پس از ۶-۸ ماه برطرف می‌شوند.
پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

۶- خانم ۲۴ ساله با نفریت لوپوسی کلاس IV (چهار) بستری شده است. در شروع درمان این بیمار کدام دارو جایگاهی ندارد؟

- (ب) سیکلوفسفامید
(د) متوترکسات

- (الف) میکوفنلات مافتیل
(ج) پردنیزولون

نکته ۵۷: متوترکسات در درمان نفریت لوپوسی هیچ جایگاهی ندارد و اندیکاسیون آن در لوپوس درگیری پوستی، آرتریت و سروزیت می‌تواند باشد.

نکته ۵۸: MMF، CTX و MTX و LEF همگی تراژن هستند. (کنتراندیکاسیون در بارداری)
پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

۷- تجویز کدام دارو در مادر باردار مبتلا به لوپوس Anti Ro+ می‌تواند احتمال لوپوس نوزادی را در جنین کاهش دهد؟

- (ب) آزاتیوپرین
(د) ویتامین D

- (الف) هیدروکسی کلروکین
(ج) پردنیزولون

نکته ۵۹: HCQ یک داروی تعدیل کننده سیستم ایمنی (ایمونومدولاتور) است که علاوه بر جلوگیری از آسیب ارگان‌ها در لوپوس ۲ مزیت مهم دارد ← اول اینکه ریسک بلوک قلبی جنین و لوپوس نوزادی را کاهش می‌دهد و دوم در لوپوس ریسک ترومبوز و آترواسکلروز را کاهش می‌دهد (↓ ریسک ترومبوز بویژه در همراهی با آنتی فسفولیپید آنتی بادی)
پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۸- تجویز آسپیرین در بیمار مبتلا به لوپوس در کدام مورد اندیکاسیون ندارد؟

- (الف) مادران باردار
(ب) مثبت بودن آنتی فسفولیپید آنتی بادی‌ها بدون ترومبوز
(ج) ریسک فاکتورهای قلبی عروقی بالا
(د) تمام زنان سنین باروری