اسپوندیلوارتروپاتی

۱-در آرتریت راکتیو، کدام مورد غلط است؟

الف) در بیماران با سابقه عفونت سالمونلا احتمال مزمن شدن کمتر است

ب) در بیماران HLA-B۲۷ مثبت، نسبت به HLA-B۲۷ منفی، احتمال مزمن شدن بیشتر است

ج) ۳۰-۵۰٪ بیماران HLA-B۲۷ مثبت هستند

د) تغییرات ناخنی شایع نیست

پاسخ تشریحی : گزینه د

الف:در عفونت‌های ناشی از **یرسینیا و سالمونلا کمتر با بیماری مزمن مواجه خواهیم شد**

ب:**مثبت بودن HLA-B۲۷** از نظر پیش‌آگهی **مهم است** و یکی از عوامل باقی ماندن طولانی مدت میکروارگانیسم در سلول‌های دفاعی بدن است که **سیر بیماری را مزمن می‌کند** . همچنین، مثبت بودن HLA-B۲۷ باعث **می‌شود فرد بیماری شدیدتر و مزمن‌تری را تجربه کند و موجب بدتر شدن پروگنوز می‌شود.**

ج: بله درست است به عنوان یک نکته به خاط بسپارید.

د: تغییرات ناخن از جمله دپریشن، پیتینگ و سایر تظاهرات جلدی در آرتریت‌های مرتبط با اسپوندیلوآرتروپاتی (از جمله آرتریت راکتیو) شایع هستند، به‌ویژه در موارد همراه با پسوریازیس.

نکته: **وجود HLA-B۲۷** در بیماران با آرتریت راکتیو، شاخص مهمی برای پیش‌بینی مزمن شدن بیماری و شدت آن است. همچنین، تظاهرات پوستی و ناخنی باید در تشخیص‌های افتراقی در نظر گرفته شوند.

۲-در مورد آرتریت انتروپاتیک (مرتبط باIBD)، کدام مورد غلط است؟

الف) ممکن است آرتریت محیطی قبل از بیماری روده‌ای تظاهر یابد

ب) نوع الگو/آرتریت ارتباطی با فعالیت IBD ندارد

ج) اروزیو و دفورمیتی مفصلی نادر است

د) پترن درگیری مفصلی در UC (کولیت اولسرو) و CD (بیماری کرون) مشابه است

پاسخ تشریحی: گزینه ب

الف: در بیماران مرتبط باIBD ، ممکن است تظاهرات مفصلی زودتر از بروز بیماری روده‌ای (IBD) ایجاد شوند . به‌طور خاص، آرتریت مفاصل محیطی ممکن است قبل از بیماری روده بروز کند.

ب: درگیری محیطی مفاصل در آرتریت انتروپاتیک **با فعالیت بیماری روده‌ای مرتبط** است؛ در حالی که درگیری محوری (مثلاً ساکروایلیت و اسپوندیلیت) می‌تواند **مستقل از فعالیت IBD** باشد.

ج:احتمال اینکه در این بیماری (آرتریت انتروپاتیک) اروژن مفصلی، فیوژن مفصلی و انکیلوز داشته باشیم **کم است**

د:الگوی درگیری مفصلی در کولیت اولسراتیو (UC) و بیماری کرون (CD) قابل افتراق نیست

نکته: در آرتریت انتروپاتیک، باید تفاوت میان **درگیری محیطی**)مرتبط با فعالیت (IBD و **درگیری محوری**)مستقل از فعالیت (IBD را در نظر داشت. این تمایز در تشخیص و مانیتورینگ بیماری اهمیت زیادی دارد.

۳-در مورد سندروم SAPHO کدام مورد صحیح است؟

الف) با HLA-B۲۷ مرتبط است

ب) از نمونه‌های بیوپسی استخوان عامل میکروبی کشت نشده است

ج) معمولاً ESR و CRP به صورت بارزی افزایش یافته است

د) امکان همراهی با IBD وجود دارد

پاسخ تشریحی: گزینه ب و ج

الف: جزوه صراحتاً بیان می‌کند که HLA-B۲۷ معمولاً منفی است و با آن ارتباطی ندارد.

ب:افراد مبتلا به سندرم" SAPHO دچار استئومیلیت استریل به صورت مکرر نیز می شوند". اصطلاح "استریل" در زمینه عفونت به این معنی است که کشت میکروبی منفی است. بنابراین، استئومیلیت استریل نشان‌دهنده این است که عامل میکروبی از نمونه‌های بیوپسی استخوان در این موارد کشت نمی‌شود.

ج: افزایش ESRو CRP در این بیماری یافته معمولی نیست ولی می تواند رخ دهد.

د: در جزوه نوشته است که در ۸٪ این افراد بصورت همزمان IBD دیده میشود. وجود همزمانی بیماری IBD در ۸٪ بیماران SAPHO به معنای وجود "امکان" همراهی بین این دو بیماری است.

جمع بندی: **SAPHO**مخفف **Synovitis, Acne, Pustulosis, Hyperostosis, Osteitis**است. ویژگی اصلی آن التهاب غیرعفونی استخوان است که با بیماری‌های پوستی نظیر آکنه و پسوریازیس همراه می‌شود SAPHO .یک سندروم استریل است و از ویژگی‌های افتراقی آن **کشت منفی** در بیوپسی استخوان است.

۴-کدام مورد کاراکتریستیک آرتریت پسوریاتیک است؟

الف) داکتیلیت

ب) آنتریت

ج) کوتاه شدن انگشتان

د) فیبروز و آنکیلوز استخوان مفاصل کوچک

پاسخ تشریحی: گزینه ج

الف:داکتیلیت یک تظاهر شایع در سایر اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها مانند آرتریت واکنشی (ReA) نیز هست.

ب: آنتزیت به التهاب محل اتصال تاندون‌ها، رباط‌ها یا کپسول مفصلی به استخوان گفته می‌شود و مانند داکتیلیت، یک تظاهر شایع در بسیاری از اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها است.

ج: جزوه به صراحت بیان می‌کند که **کوتاه شدن انگشتان (انگشت تلسکوپی) "characteristic" است**.این کوتاه شدن به دلیل لیز شدن (Osteolysis)استخوان انگشتان و متاکارپ‌ها با واسطه پره‌کورسورهای استئوکلاستوژن رخ می‌دهد، در حالی که پوست باقی می‌ماند و چین می‌خورد و نمای تلسکوپی ایجاد می‌کند

د: PsA در مقایسه با آرتریت روماتوئید(RA) ، **تمایل بیشتری به ایجاد آنکیلوز سریع در مفاصل کوچک** (مانند مفاصل بین انگشتی نزدیک) دارد.پدیده آنکیلوز در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها از جمله AS نیز رخ می‌دهد و شامل جایگزینی بافت گرانولاسیون با استخوان جدید است.

۵-کدامیک از تغییرات زیر در بیماری اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS) شایع نیست؟

الف)آرتریت التهابی مفاصل فاست

ب)فرسایش‌های محیطی غضروف ناشی از پرولیفراسیون بافت گرانولیشن

ج)ادم مغز استخوان در مجاورت محل آنتزیت

د)واسکولاریتی قابل توجه در سینوویت محیطی

پاسخ تشریحی: گزینه د

الف: در اسپوندیلیت آنکیلوزان، درگیری مفاصل فاست یکی از یافته‌های شایع بوده که درگیری ستون فقرات را تشدید می‌کند.

ب: در مراحل التهابی بیماری، تخریب غضروف و استخوان از طریق بافت گرانولیشن (پانوس) رخ می‌دهد.

ج: آنتزیت یکی ازhallmark های اسپوندیلیت آنکیلوزان است. ادم مغز استخوان به ویژه در محل اتصال لیگامان‌ها و تاندون‌ها به استخوان (آنتز) در MRIدیده می‌شود.

د: درAS ، درگیری مفاصل محیطی بیشتر با **سینوویت مزمن خفیف** همراه است و برخلاف **آرتریت روماتوئید، معمولاً واسکولاریته بالا ندارد** .لذا این ویژگی در AS **شایع نیست**.

نکته: **آنتزیت** و درگیری ستون فقرات hallmark اسپوندیلیت آنکیلوزان هستند، اما **واسکولاریته شدید در سینوویت** برخلاف آرتریت روماتوئید، در ASدیده نمی‌شود و شایع نیست.

۶-کدام سایتوکاین زیر در مراحل پیشرفته اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS) افزایش می‌یابد؟

الف)TNF-α

ب)IL-۱۷

ج)IL-۲۳

د)TGF-β

پاسخ تشریحی: د

الف: در مراحل اولیه و فاز التهابی AS بالا می‌رود و با درمان آنتی TNF-پاسخ خوبی دارد، ولی در مراحل **پیشرفته** نقشش کمرنگ‌تر می‌شود.

ب: نقش کلیدی در فازهای التهابی دارد. آنتی IL-۱۷ مانند **سکینوماب** در درمان AS مؤثر هستند، اما در فازهای **التهابی اولیه** نقش بیشتری دارند.

ج: مسیر IL-۱۷/IL-۲۳ در پاتوژنز AS مهم است، ولی **افزایش آن در مراحل اولیه‌تر** اهمیت دارد

د: **در مراحل پیشرفته AS که ossification استخوان‌سازی غیرطبیعی** و آنکیلوز بروز می‌کند، **TGF-β** نقش مهمی دارد. این سایتوکاین در فرآیند فیبروز و استخوان‌سازی جدید در محل آنتزیت و مفاصل نقش ایفا می‌کند و **در مراحل late** افزایش می‌یابد.

۶-بیمار آقای ۳۲ ساله با سابقه‌ی دردهای دو طرفه‌ی باسن و کمردرد التهابی، انتزیت مراجعه کرده است. کدام درگیری خارج مفصلی زیر در ایشان بیشتر قابل انتظار می‌رود؟

الف) ILD (Interstitial Lung Disease)

ب) نفروپاتی IgA

ج) نارسایی آئورت

د) IBD (التهاب روده)

پاسخ تشریحی: گزینه د

الف: درگیری ریوی بینابینی بیشتر در بیماری‌های بافت همبند (مانند اسکلرودرمی یا پلی‌میوزیت) دیده می‌شود و در اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS) نادر است.

ب: اگرچه در برخی بیماری‌های روماتولوژیک ممکن است دیده شود، اما ارتباط قوی با اسپوندیلیت آنکیلوزان ندارد.

ج: این حالت ممکن است در اسپوندیلیت آنکیلوزان دیده شود، ولی در **مراحل پیشرفته‌تر** بیماری و بیشتر در مردان با درگیری ستون فقرات فوقانی بروز می‌کند، نه به عنوان شایع‌ترین درگیری خارج مفصلی اولیه.

د: **شایع‌ترین درگیری خارج مفصلی در بیماران با اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها به‌ویژه AS ، کولیت اولسروز و بیماری کرون (IBD)** است. این همبودی بسیار متداول بوده و از شاخص‌ترین ویژگی‌ها در این بیماران است.

۷- در مورد Non-radiographic Spondyloarthritis (SPA) ، کدامیک صحیح نیست؟

الف) اکثر موارد در آینده دچار ساکروایلیت رادیوگرافیک می‌شوند.

ب) شیوع آن در خانم‌ها بیشتر است.

ج) میزان بروز HLA-B۲۷ در آن پایین‌تر است.

د) شواهد درگیری ساکروایلیک در MRI وجود دارد.

پاسخ تشریحی: گزینه الف

الف: جزوه می گوید که "بعضی از این‌ها [nr-ax SpA] ممکن است به سمت نوع r-ax SPA پیشرفت بکنند". واژه "ممکن است" و "بعضی" نشان‌دهنده این است که پیشرفت به سمت فرم رادیوگرافیک یک احتمال است و نه یک نتیجه‌ی قطعی برای اکثر بیماران. بنابراین، این گزاره که "اکثر موارد" پیشرفت می‌کنند.

ب: بله شیوع Ax SPA-nr در خانم‌ها بیشتر از Ax SPA-r فرم رادیوگرافیک یا AS است.

ج: بله درست است.شیوع HLA-B۲۷ در Ax SPA-nr از Ax SPA-r کمتر است

د:تعریف nr-axSpA شامل عدم وجود شواهد قطعی ساکروایلیت در رادیوگرافی ساده، اما شواهد التهاب فعال (مانند ادم مغز استخوان) در MRI مفصل ساکروایلیاک دیده می شود.

۸- در مقایسه اسپوندیلیت در زنان و مردان، کدامیک **صحیح نیست**؟

الف) در زنان آرتریت محیطی و انتریت بیشتر است

ب) تظاهرات آتیپیک در زنان شیوع بالاتری دارد

ج) درگیری سرویکال در زنان بیشتر است

د)تغییرات رادیوگرافیک شدید در زنان بیشتر است

پاسخ تشریحی: گزینه د

الف: زنان مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان (AS) معمولاً تظاهرات محیطی از جمله آرتریت و آنتریت بیشتری نسبت به مردان دارند.

ب: زنان معمولاً با تظاهرات غیرمعمول‌تر یا آتیپیک مانند دردهای منتشر یا علائم غیر اختصاصی‌تری نسبت به مردان مراجعه می‌کنند.

ج: درگیری گردن (cervical spine) در زنان بیشتر از مردان گزارش شده، در حالی که درگیری لومبوساکرال در مردان شایع‌تر است.

د: تغییرات ساختاری و آسیب‌های شدید رادیوگرافیک در **مردان** مبتلا به AS شایع‌تر است. زنان معمولاً با تغییرات رادیوگرافیک خفیف‌تر و تأخیر در تشخیص مراجعه می‌کنند

به طور کلی: در زنان مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان، معمولاً تظاهرات محیطی، آتیپیک، و دردهای منتشر بیشتر دیده می‌شود، اما تغییرات شدید رادیوگرافیک **در مردان** شایع‌تر است.

۹- کدامیک از ویژگی‌های **DISH** نمی‌باشد؟

الف) سن بالاتر در زمان بروز

ب) ارتباط باHLAB۲۷

ج) عدم درگیری مفاصل ساکروایلیاک

د) سین دسموفیت‌های بارزتر

پاس تشریحی: گزینه ب

الف:DISHاغلب در سنین میانسالی (بالای ۵۲ سال) بروز پیدا می‌کند . این در مقایسه با اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها مانند AS که معمولاً در سنین پایین‌تر (اواخر نوجوانی یا اوایل دهه بیست) شروع می‌شوند ، سن بالاتری محسوب می‌شود.

ب: DISHبرخلافAS ، با HLA-B۲۷ **ارتباطی ندارد** . بنابراین، "ارتباط داشتن با "HLAB۲۷ از ویژگی‌های DISH **نمی‌باشد**.

ج: در DISH برخلاف اسپوندیلیت انکیلوزان، مفاصل ساکروایلیاک معمولاً **درگیر نمی‌شوند**.

د: تشکیل دسموفیت‌ها (ossification of ligaments and entheses) از خصوصیات بارز DISH است، بویژه در ستون فقرات.

نکته: در **DISH**برخلاف اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، **ارتباطی با HLA-B۲۷ وجود ندارد** و مفاصل ساکروایلیاک سالم باقی می‌مانند. این تمایز برای تشخیص افتراقی حیاتی است

۱۰- در مورد درگیری **Gastrointestinal**در **AS**(اسپوندیلیت انکیلوزان) کدامیک **صحیح نیست؟**

الف) تا ٪۶۰ بیماران التهاب در ایلئوم یا کولون دارند

ب) IBD در ۵-٪۱۰ بیماران دیده می‌شود

ج) معمولاً علامت‌دار هستند

د) درمان با NSAIDs می‌تواند باعث تشدید علائم روده‌ای شود

پاسخ تشریحی: گزینه ب

الف: در بیماران مبتلا بهAS ، تا ٪۶۰ افراد التهاب در کولون یا ایلئوم دارند . این التهاب معمولاً بدون علامت (asymptomatic) است.

ب: بله ٪۱۰-۵ افراد مبتلا به AS دچار IBD آشکار (overt IBD) می‌شوند

ج: همان طور که در دو گزینه قبلی گفتیم التهاب در ٪۶۰ افراد که شایع‌ترین شکل درگیری روده در AS است بدون علامت (asymptomatic) است .فقط درصد کمتری (٪۱۰-۵) دچار IBD آشکار و علامت‌دار می‌شوند

د:درمان باNSAID ها در مورد AS مرتبط باIBD ، می‌تواند باعث تسکین درد شود، اما خطر شعله‌ور شدن بیماری روده‌ای وجود دارد

۱۱- کدامیک از سیتوکاین‌های زیر در **پاتوجنز تمام تظاهرات اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها** دخیل است؟

الف)IL-۱۷

ب)IL-۱۲٫۲۳

ج)TNF

د)IL-۲۳P۱۹

پاسخ تشریحی: گزینه ج

در همه‌ی اشکال اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها(SPA) ، از جمله اسپوندیلیت انکیلوزان، آرتریت پسوریاتیک، آرتریت راکتیو و آرتریت التهابی مرتبط باIBD ، **نقش کلیدی و مشترک** دارد.

درمان با **داروهای ضد TNF** یکی از اصلی‌ترین گزینه‌ها در تمام این بیماری‌ها است.

الف: نقش مهمی در **اسپوندیلیت انکیلوزان** و برخی دیگر از اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها دارد، اما نه در همه‌ی آن‌ها.

ب: بیشتر در **پسوریازیس** و **آرتریت پسوریاتیک** دخالت دارند و نقش کمتری در برخی دیگر از اشکال SPA ایفا می‌کنند.

د: **اینو نمیدونم توی جزوه نبود**

۱۲- در مقایسه آرتریت راکتیو وAS ، کدام مورد بیشتر به نفع آرتریت راکتیو است؟

الف) ساکروایلئیت سمیتریک

ب) سن دسموفیت آسمیتریک

ج) پیشرفت به سوی Spinal Fusion

د) سن دسموفیت مارژینال

پاسخ تشریحی: گزینه ب

الف:درگیری مفصل ساکروایلیاک در آرتریت راکتیو **بیشتر یک طرفه (unilateral) است** و نمای رادیوگرافی **غیر قرینه بودن ضایعات** را نشان می‌دهد . در مقابل، ساکروایلئیت در AS معمولاً **دو طرفه** است. بنابراین، ساکروایلئیت سمپتریک بیشتر به نفع AS است، نهReA.

ب:نمای رادیوگرافی درReA ، **غیر قرینه بودن ضایعات** را نشان می‌دهد . غیر قرینگی یک ویژگی کلیدی درگیری‌های رادیوگرافیک در ReA است در مقابل، سین دسموفیت‌های در AS که منجر به نمای "Bamboo spine" می‌شوند .معمولاً به صورت منظم و متقارن از مارژین دیسک‌ها شروع می‌شوند

ج:**برخلافAS ، پیشرفت به سمت spinal fusion در ReA نامعمول است** . فیوژن کامل ستون فقرات مانند Bamboo spine از ویژگی‌های اصلی و مراحل انتهایی AS پیشرفته است بنابراین، پیشرفت به سوی spinal fusion بیشتر به نفع AS است، نهReA.

د: دسموفیت مارژینال بیشتر در **AS**دیده می‌شود، در حالی که در آرتریت راکتیو، دسموفیت‌ها می‌توانند غیرمارژینال و نامتقارن باشند.

نکته: **دسموفیت آسمیتریک (غیر قرینه)** یکی از یافته‌های مهم در افتراق **آرتریت راکتیو** از **AS**است و به نفع راکتیو می‌باشد.

۱۳- در مورد آرتریت مرتبط با **IBD**، مورد صحیح را مشخص کنید.

الف) در بعضی بیماران قبل از بروز IBD ایجاد می‌شود

ب) اروزیون و دفورمیتی شایع است

ج) فرم الیگوآرتیکولر با فعالیت IBD ارتباطی ندارد

د) درگیری پلی آرتیکولر دیده نمی‌شود

پاسخ تشریحی: گزینه الف

الف: بله این عبارت درست است در سوالات قبلی هم اشاره شده است که **تظاهرات مفصل محیطی ممکن است قبل از بروز بیماری روده‌ای اتفاق بیفتد**

ب: غلط است احتمال اینکه در این بیماری اروژن مفصلی یا فیوژن مفصلی و انکلیوز داشته باشیم کم است و معمولاً جراحی مفصل انجام نمی‌شود

ج:غلط است درگیری الیگو آرتریت یا مونو آرتریت با تظاهرات روده‌ای ارتباط زیادی دارد و با شعله‌ور شدن تظاهرات روده‌ای، تظاهرات مفصلی هم شعله‌ور می‌شود

د: غلط است.یکی از الگوهای مهم درگیری در آرتریت مرتبط باIBD ، **الگوی Chronic and symmetric polyarticular arthritis** است

نکته: **آرتریت مرتبط با IBD** معمولاً **غیر فرسایشی (non-erosive)** است و فرم‌های محیطی آن ممکن است با فعالیت روده‌ای **هم‌راستا** باشد.

۱۴- در مورد آرتریت پسوریاتیک، کدام‌یک صحیح نیست؟

الف) در ٪۷۰ موارد، پسوریازیس پوستی قبل از درگیری مفصلی وجود دارد

ب) RF و anti CCP منفی است

ج) HLA-B۲۷ در ۵۰ تا ٪۷۰ موارد در درگیری اگزیال مثبت است

د) ESR و CRP در ٪۳۰ بیماران بالا است

پاسخ تشریحی: گزینه ب

الف: درست است؛ در اکثر بیماران، درگیری پوستی قبل از آرتریت ظاهر می‌شود اما جزوه و کتاب درصدی رو بیان نمی کنند.

ب:آرتریت پسوریاتیک به عنوان یک اسپوندیلوآرتروپاتی سروفی منفی طبقه‌بندی می‌شود . ۲با این حال، جزوه صراحتاً بیان می کند که **در ۵ تا ۱۰ درصد موارد ممکن است RF مثبت باشد** یا آنتی بادی ضد CCP (anti-CCP) با تیتر پایین دیده شود.

ج:بله **HLA-B۲۷در ۵۰ تا ۷۰ درصد بیماران با درگیری اگزیال مثبت بوده است**

د: درست است در جزوه دقیقا همین عبارت امده

۱۵- در مقایسه Uveitis در ASو آرتریت پسوریاتیک، کدام به نفع ASاست؟

الف) درگیری دو طرفه

ب) درگیری پوستریور

ج) فرم مزمن

د) هیچ‌کدام

پاسخ تشریحی: گزینه د

ویژگی	یووئیت در اسپوندیلیت آنکیلوزان(AS)	یووئیت در آرتریت پسوریاتیک(PsA)
شیوع	شایع‌ترین تظاهر خارج مفصلیAS	شیوع ۷ تا ۳۳ درصد
محل درگیری	یووئیت قدامی	یووئیت خلفی
سمت درگیری	معمولاً یک‌طرفه	معمولاً دوطرفه
زمان شروع	ممکن است اولین تظاهر بیماری باشد	مزمن
علائم همراه	درد، قرمزی، فتوفوبی	تمایل به کوری، پروگنوز بدتر
پاسخ به درمان	اغلب به کورتیکواستروئید موضعی پاسخ می‌دهد	پاسخ سخت‌تر به درمان

مزمن و با احتمال عوارض بیشتر	دارد؛ عود مکرر	**تمایل به عود**
احتمال پیشرفت به سمت کوری	چسبندگی(synechiae) ، گلوکوم، کاتاراکت	**عوارض احتمالی**
اشاره‌ای نشده	در بیماران مثبت، سریع‌تر تشخیص داده می‌شود	**ارتباط باHLA-B۲۷**

این جدول هارو خیلی دوست دارم...

گزینه هارو توضیح نمیدم از همین جدول بخونید.

ابوالفضل جعفری-MEDQMUMS