

## **Original Article**

# **Evaluation of relation between cardiovascular risk factors and osteoarthritis: Results of a cross-sectional Study**

**Hasandokht T<sup>1</sup>, Salari A<sup>1</sup>, Salari A<sup>2\*</sup>, Fazeli A<sup>4</sup>, Ashkan M<sup>4</sup>**

1- Cardiovascular Diseases Research Center, Department of Cardiology, Heshmat Hospital, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, I.R. Iran.

2- Orthopedic Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, I.R. Iran.

4- Medical Student, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, I.R. Iran.

Received: 2018/10/5 | Accepted: 2019/04/6

### **Abstract:**

**Background:** The present study conducted to evaluate the frequency of cardiovascular risk factors in patients with osteoarthritis compared to those without osteoarthritis.

**Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted in a university-affiliated hospital in 2017. Using the convenience sampling method, 100 patients based on their symptoms, physical examination and radiographic findings were selected for the osteoarthritis group, and 100 persons with muscular disease or fracture for the control group. Frequency rates of gender, diabetes mellitus, hypertension, hypercholesterolemia, body mass index, metabolic syndrome and waist circumference were evaluated.

**Results:** Frequency rates of female gender, hyperlipidemia, metabolic syndrome were significantly higher in the osteoarthritis group compared to the group without osteoarthritis ( $P<0.05$ ). The mean of waist circumference in the osteoarthritis group was significantly higher than that in the control group ( $P<0.05$ ). There was a significant relationship between osteoarthritis and female gender ( $OR=2.45$ ,  $P=0.006$ ), metabolic syndrome ( $OR=1.85$ ,  $P=0.03$ ), hypercholesterolemia ( $OR=1.77$ ,  $P=0.04$ ), waist circumference ( $OR=1.3$ ,  $P=0.025$ ) and smoking ( $OR=0.35$ ,  $P=0.014$ ). The associations of metabolic syndrome, hypercholesterolemia and waist circumference with osteoarthritis remained significant after adjusting with sex.

**Conclusion:** Finding of the present study may indicate the relationship between osteoarthritis and metabolic syndrome, hypercholesterolemia and central obesity.

**Keywords:** Osteoarthritis, Metabolic syndrome, Central obesity, Waist circumference, Cardiovascular risk factor

### **\*Corresponding Author:**

**Email:** dr.amirsalari200@gmail.com

**Tel:** 0098 911 143 2003

**Fax:** 0098 133 361 8177

**Conflict of Interests: No**

*Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, June, 2019; Vol. 23, No 2, Pages 209-215*

**Please cite this article as:** Hasandokht T, Salari A, Salari A, Fazeli A, Ashkan M. Evaluation of Relation between Cardiovascular Risk Factors and Osteoarthritis; Results of the Cross Sectional Study. *Feyz* 2019; 23(2): 209-15.

# بررسی ارتباط ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی با استئوآرتربیت زانو؛ نتیجه یک مطالعه مقطعی

طلوع حستدخت<sup>۱</sup>، ارسلان سالاری<sup>۲</sup>، امیر سالاری<sup>۳</sup>، علی فاضلی<sup>۴</sup>، ماندانا اشکان

خلاصه:

سابقه و هدف: این مطالعه با هدف بررسی فراوانی عوامل خطر قلبی و سندروم متابولیک در افراد مبتلا به استئوآرتربیت زانو در مقایسه با افراد سالم انجام شد.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی- تحلیلی که به روش نمونه‌گیری دردسترس، در یک بیمارستان دانشگاهی در سال ۱۳۹۶ انجام شد، از بین بیماران مراجعه‌کننده بر اساس علامت بالینی، معاینه بالینی و شواهد رادیوگرافی، تعداد ۱۰۰ نفر مبتلا به استئوآرتربیت زانو و از بین همراهان و افراد مبتلا به بیماری‌های عضلانی یا شکستگی، تعداد ۱۰۰ نفر برای گروه کنترل انتخاب شدند. متغیرهای جنس، دیابت شیرین، فشار خون، کلسترول بالا، شاخص توده بدنه، دور کمر و سندروم متابولیک در دو گروه بررسی شدند.

نتایج: فراوانی جنس زن، کلسترول بالا و سندروم متابولیک، در گروه استئوآرتربیت به طور معنی‌داری بیشتر بود ( $P < 0.05$ ). میانگین دور کمر در گروه استئوآرتربیت، به طور معنی‌داری بیشتر از گروه بدون استئوآرتربیت بود ( $P < 0.05$ ). بین جنس زن (OR=۲/۴۵) و سندروم متابولیک (OR=۱/۸۵)، کلسترول بالا (OR=۱/۷۷)، کشیدن سیگار (OR=۰/۳۵) و دور کمر (OR=۱/۳)، با استئوآرتربیت ارتباط معنی‌داری گزارش شد. بعد از کنترل جنسیت، سندروم متابولیک، کلسترول بالا و دور کمر، معنی‌دار باقی ماند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر می‌تواند نشان‌دهنده ارتباط بین بعضی از ریسک فاکتورهای قلبی مثل کلسترول بالا، سندروم متابولیک و چاقی مرکزی با استئوآرتربیت باشد.

واژگان کلیدی: استئوآرتربیت، سندروم متابولیک، چاقی مرکزی، دور کمر، ریسک فاکتور قلبی-عروقی

دو ماهنامه علمی-پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۲، خرداد-تیر ۹۸، صفحات ۲۱۵-۲۰۹

## مقدمه

مطالعه‌ی Prior و همکاران نشان داده است که ۲۳ درصد از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب دچار استئوآرتربیت بوده‌اند. علت ارتباط میان استئوآرتربیت و بیماری‌های قلبی-عروقی به طور کامل شناخته شده نیست [۷]. با وجود این که استئوآرتربیت اغلب به عنوان یک بیماری دژنراتیو شناخته می‌شود، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که التهاب سینوویال در پیشرفت مراحل اولیه‌ی این بیماری نقش دارد [۸]. التهاب سیستمیک که در استئوآرتربیت وجود دارد، می‌تواند یکی از فاکتورهای خطر مرتبط با بیماری قلبی-عروقی باشد [۹، ۱۰]. مطالعات قبلی، همراهی میان بیماری‌های عضلانی- اسکلتی مزمن را با بیماری‌های قلبی-عروقی از جمله انفارکتوس میوکارد، بیماری‌های عروقی مغز، بیماری‌ی عروقی محیطی و نارسایی قلبی نشان داده‌اند [۱۱-۱۳]. ریسک فاکتورهای شناخته شده برای بیماری‌های قلبی-عروقی از جمله: سن بالا، چاقی و دیابت شیرین نیز با ایجاد و پیشرفت استئوآرتربیت علامت‌دار مرتبط بوده‌اند [۱۴-۱۶] که این امر مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیک مشترک در این دو بیماری را یادآوری می‌کند. Z<sub>39</sub>Ig که یک پروتئین ترانس ممبران در پلاک شریانی کاروتید در انسان است، در پوشش سینوویال هم وجود دارد و این اکتشاف احتمال ارتباط پاتوفیزیک بین استئوآرتربیت و بیماری قلبی-عروقی را قوی‌تر می‌کند [۱۷]. در یک مطالعه

استئوآرتربیت زانو یکی از شایع‌ترین انواع اختلالات مفصلی و علت اصلی اختلال در راه رفتن در جمعیت مسن است که با ظاهراتی مانند: درد، خشکی و خستگی مفاصل شروع شده، به دنبال آن منجر به کاهش عملکرد فرد در انجام فعالیت‌های روزانه و کاهش کیفیت زندگی خواهد شد [۲، ۱]. استئوآرتربیت زانو دارای شیوعی در حدود ۲۵۰ میلیون نفر در سرتاسر جهان می‌باشد [۳]. به علت افزایش شیوع استئوآرتربیت در سینین بالا، این بیماری با بیماری‌های زیادی همراهی دارد. شواهد نشانگر این است که افراد مبتلا به استئوآرتربیت در معرض خطر بالاتری برای بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشند [۶-۱۴].

۱. استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق، گروه قلب و عروق، بیمارستان حشمت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق، گروه قلب و عروق، بیمارستان حشمت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴. داشجویی پزشکی، دانشکده علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

\* لشان نویسنده مسؤول:

رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مرکز تحقیقات ارتوپدی  
تلفن: ۰۳۱۱۱۴۳۲۰۰۳، موبایل: ۰۹۱۱۱۴۳۲۰۰۳، درگاه پذیرش: dr.amirsalari200@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۱۳ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۷/۱۷ پست الکترونیک:

بیماری با پرسش از بیمار و بررسی داروهای مصرفی ارزیابی شد. برای بررسی چاقی، همه افراد در دو گروه، توسط دستیار پژوهش مورد ارزیابی قد و وزن با ترازوی اهرمی با دقت ۰/۱ کیلوگرم متصل به قدسنج مدرج با دقت ۰/۱ سانتی‌متر قرار گرفتند. اندازه‌گیری قد و وزن افراد بدون کفش و با حداقل لباس صورت گرفت. شاخص توده بدنش (BMI) برای همه افراد محاسبه شد. افراد شرکت‌کننده به سه گروه با وزن نرمال و لاغر ( $BMI < 25$ )، اضافه وزن ( $BMI = 25-29/9$ )، چاق ( $BMI > 30$ ) طبقبندی شدند. دور کمر افراد نیز با استفاده از متر نواری اندازه‌گیری شد. دور کمر افراد نیز با استفاده از متر نواری اندازه‌گیری شد. اندازه‌گیری دور کمر (WC) در پایین‌ترین نقطه کمری، وسط بین پایین‌ترین لبه دندنهای و لبه‌ی بالایی خار ایلیاک در دو طرف با استفاده از متر غیر قابل ارجاع اندازه‌گیری شد. در صورتی که اختلاف بیش از ۲ سانتی‌متر بین دو بار اندازه‌گیری وجود داشت، اندازه‌گیری سوم انجام شد و میانگین دو مقدار نزدیک به هم، به عنوان WC ثبت شد. در مواردی که فرد شرکت‌کننده در روز مراجعه اول آزمایشات بیوشیمی از نظر تری‌گلیسیرید (TG)، قند خون ناشتا (FBS) و کلسترول، HDL-LDL مربوط به سه‌ماهه اخیر را به همراه داشت، از همان نتایج استفاده می‌شد. در بقیه موارد با هماهنگی تلفنی با افراد، نمونه خون وریدی از هر فرد پس از ۱۲ ساعت ناشتابی برای سنجش FBS و پروفایل لپیدی گرفته شد. تمامی نمونه‌ها به‌طور یکسان با کیت‌های مشابه توسط یک آزمایشگاه در یک بیمارستان دانشگاهی مورد آزمایش قرار گرفت. وجود سندروم متابولیک در افراد دو گروه، توسط دستیار پژوهش ارزیابی شد. بر اساس مطالعه لپید National Cholesterol Education Program/Adult Treatment Panel III، چنان‌چه فرد سه معیار از موارد زیر را داشته باشد، به‌عنوان سندروم متابولیک در نظر گرفته می‌شود: ۱) HDL در زنان و کمتر از ۴۰ در مردان یا درمان دارویی، ۲)  $TG < 150$  یا درمان دارویی، ۳)  $FBS > 110$  یا درمان دارویی، ۴) فشار خون بالای  $130/85$  یا درمان دارویی، ۵)  $95 \text{ cm} > WC$  در مردان و زنان [۲۱]. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان مورد تأیید قرار گرفته است (IR.GUMS.REC.1396.541).

### آنالیز آماری

پس از بررسی کیفی، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ شد. داده‌ها به صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار و یا فراوانی و درصد گزارش شدند. مقایسه فراوانی ریسک فاکتورها بین دو گروه با آنالیز کای اسکویر و مقایسه میانگین داده‌ها بین دو گروه

کوهورت که علل مرگ‌ومیر را در طول ۲۰ سال در افراد مبتلا به استئوآرتیت زانو در مقایسه با جمعیت سالم بررسی کردند، نتایج نشان داد از بین عوامل خطر قلبی؛ سن، کلسترول بالا و چاقی با استئوآرتیت ارتباط دارند [۱۸]. از طرف دیگر در چند مطالعه دیگر بین فشار خون بالا به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی با استئوآرتیت ارتباطی بددست نیامد [۱۹]. با توجه به ارتباط احتمالی متقابل میان استئوآرتیت و بیماری قلبی-عروقی، این مطالعه به بررسی و مقایسه‌ی فراوانی ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی در جمعیت بیماران مبتلا به استئوآرتیت زانو و افراد سالم پرداخته است.

### مواد و روش‌ها

در مطالعه حاضر از نوع مقطعی، تحلیلی بر روی ۲۰۰ نفر از افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ارتوپدی بیمارستان‌های دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس، مبتنی بر هدف از بین بیماران و همراهان با محدوده سنی ۷۵ - ۴۰ سال، در صورت داشتن تمایل به شرکت در مطالعه انجام شد. کلیه بیماران مراجعه‌کننده از نظر علائم و معیارهای استئوآرتیت بررسی شدند. تشخیص استئوآرتیت در این مطالعه، پس از بررسی شرح حال در صورت وجود درد یا ناتوانی در مفصل بر اساس معیارهای انجمن روماتولوژی امریکا (ACR) [۲۰] و تأیید رادیوگرافی OA (درجه کلگرن-لارنس  $\leq 2$ ) و در نهایت تأیید تشخیص نهایی توسط ارتوپد انجام شد. همچنین در صورت عدم وجود این معیارها از بین بیماران مراجعه‌کننده به علل شکستگی، بیماری‌های عضلانی-اسکلتی مثل اپیکنديلیت، تروکانتریت، تاندونیت شانه و ... یا همراهان بیماران، گروه بدون استئوآرتیت به عنوان گروه کنترل-انتخاب شدند. افراد هر دو گروه در صورت داشتن سابقه بیماری-های روماتولوژیک از مطالعه خارج شدند. با توجه به اثر سن در بروز ریسک فاکتورهای قلبی، افراد هر دو گروه از نظر سنی با هم همسان شدند. با توجه به این که نمونه‌ها در کلینیک‌های آموزشی ارتوپدی بیمارستان دانشگاهی انتخاب می‌شدند، با هدف کاهش اختلال در مسیر درمان، پس از نمونه‌گیری به اندازه‌های هر ده نفر در گروه استئوآرتیت، میانگین سنی تعیین می‌شد و ده نفر از گروه کنترل با همان حدود میانگین سنی انتخاب می‌شدند. فاکتورهای دموگرافیک مورد نیاز پژوهش، شامل: سن، جنس و کشیدن سیگار از افراد ارزیابی و ثبت شد. همه افراد در هر دو گروه از نظر عوامل خطر کلاسیک قلبی-عروقی مثل: دیابت، فشار خون بالا، چاقی، اختلال چربی خون مورد بررسی قرار گرفتند. سوابق

گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P>0/05$ ). بهمنظور بررسی فاکتورهای مؤثر در استئوآرتربیت، متغیر دو حالی گروه (استئوآرتربیت و کترل) به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرها یکی با استفاده از آنالیز رگرسیون لجستیک بررسی شدند. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، نسبت شانس استئوآرتربیت برای زنان، کلسترول بالا، سندروم متابولیک و دور کمر بالا، به طور معنی‌داری بالاتر گزارش شد. بر عکس کشیدن سیگار به عنوان فاکتور محافظتی برای استئوآرتربیت [ $P=0/014$ ]  $[OR=0/35]$  گزارش شد. بعد از استانداردسازی با فاکتور جنس، متغیرهای دور کمر، کلسترول بالا و سندروم متابولیک با استئوآرتربیت ارتباط معنی‌داری داشت. به طوری که از افزایش یک سانتی‌متر در دور کمر در هر دو جنس به میزان  $1/2$  برابر شانس استئوآرتربیت افزایش می‌یافتد ( $P=0/004$ ). همچنین شانس استئوآرتربیت در سندروم متابولیک  $1/65$  برابر نسبت به افراد بدون سندروم متابولیک به دست آمد. نسبت شانس استئوآرتربیت برای کلسترول بالا  $1/77$  به طور معنی‌داری گزارش شد. اثر سایر متغیرها مثل فشار خون و دیابت، میانگین وزن، گروه اضافه وزن و چاقی بر اساس BMI در شانس استئوآرتربیت معنی‌دار نبود ( $P>0/05$ ) (جدول شماره ۲).

از آنالیز independent t-test استفاده شد. برای برآورد نسبت شانس ریسک فاکتورهای قلبی با استئوآرتربیت از آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده شد. با توجه به این که فراوانی جنسیت در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت، آنالیز رگرسیون لجستیک استاندارد شده با جنس مجدداً انجام شد. سطح معنی‌داری  $0/05$  در نظر گرفته شد.

## نتایج

در این مطالعه تعداد  $100$  نفر در هر گروه انتخاب شدند. میانگین سنی در گروه استئوآرتربیت  $53/91\pm29/5$  سال و در گروه کترل  $51/13\pm11/37$  سال بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نداشت. نتایج آنالیز کای اسکوئر نشان داد فراوانی جنس زن در گروه استئوآرتربیت به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کترل بود ( $P=0/005$ ). همچنین به طور معنی‌داری تعداد افراد سیگاری در گروه استئوآرتربیت کمتر از گروه کترول گزارش شد ( $P=0/01$ ). همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود فراوانی کلسترول بالا و سندروم متابولیک به طور معنی‌داری در گروه استئوآرتربیت بالاتر گزارش شد. مطابق با جدول شماره ۱، فراوانی سایر متغیرها از جمله دیابت، فشار خون بالا، وزن و شاخص توده بدنی در دو

جدول شماره ۱- مشخصات فاکتورهای مورد مطالعه در دو گروه استئوآرتربیت و کترل

P	استئوآرتربیت		(mean $\pm$ SD)	سن (سال)
	کترل	N=۱۰۰		
$^{*}0/09$	$51/13\pm11/37$	$53/91\pm29/5$		
$^{*}0/005$	۶۱(۶۱)	۷۹(۷۹)	زن تعداد (درصد)	جنس
$^{*}0/01$	۲۲(۲۲)	۹(۹)	تعداد (درصد)	کشیدن سیگار
$^{*}0/70$	$78/12\pm13/01$	$78/86\pm14/27$	Mean (SD) (kg)	وزن
$^{*}0/02$	$87/14\pm13/03$	$92/09\pm17/1$	Mean (cm) (SD)	دور کمر
$^{*}0/36$	$28/91\pm4/96$	$56/29\pm5/16$	Mean (SD)	شاخص توده بدنی
				شاخص توده بدنی
	۲۲(۲۲)	۲۰(۲۰)	تعداد (درصد)	۲۵>
$^{*}0/4$	۴۲(۴۲)	۳۵(۳۵)	تعداد (درصد)	۳۰-۲۵
	۳۶(۳۶)	۴۵(۴۵)	تعداد (درصد)	۳۰<
$^{*}0/07$	۲۲(۲۲)	۳۱(۳۱)	تعداد (درصد)	دیابت
$^{*}0/11$	۲۳(۲۳)	۲۳(۲۲)	تعداد (درصد)	فشار خون بالا
$^{*}0/04$	۳۷(۳۷)	۵۱(۵۱)	تعداد (درصد)	کلسترول بالا
$^{*}0/03$	۳۶(۳۶)	۵۱(۵۱)	تعداد (درصد)	سندروم متابولیک

\*Independent T-Test, #Chi Square Test

جدول شماره ۲- بررسی فاکتورهای مؤثر بر استئوآرتیت بر اساس آنالیز رگرسیون لجستیک

P	Adjusted OR*	P	OR#	
-	-	.۰۰۰۶	۲/۴۵	جنس (زن)
.۰۰۷	۱/۸	.۰۰۸	۱/۷۷	دیابت
.۰۱۰	۱/۶۹	.۰۱۱	۱/۶۴	فشار خون
.۰۰۳	۱/۵۲	.۰۰۴	۱/۷۷	کلسترول بالا
.۰۰۳	۱/۶۵	.۰۰۳	۱/۸۵	سندرم متابولیک
.۰۰۷	۱/۲	.۰۰۶	۱/۳	سن
.۰۱۳	۰/۴۹	.۰۰۱۴	۰/۳۵	کشیدن سیگار
.۰۰۷	۱/۰۱	.۰۰۳۶	۱/۰۲	میانگین شاخص توده بدنی
				شاخص توده بدنی
			reference	۲۵>
.۰۳۹	۰/۷	.۰۳۱	۰/۷	۲۵-۳۰
.۰۸۹	۱/۰۵	.۰۱	۱/۴	۳۰<
.۰۰۴	۱/۲	.۰۰۲۵	۱/۳	دور کمر
.۰۸۶	۱/۳	.۰۰۷۱	۱/۳	وزن

# نسبت شانس Odds Ratio آنالیز رگرسیون لجستیک، \* نسبت شانس استاندارد شده با جنس

و تحت تأثیر فاکتورهای التهابی و متابولیکی باشد [۲۶]. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۸ با هدف بررسی ارتباط استئوآرتیت با چاقی مرکزی (waist/hip ratio)، شاخص چربی محیطی (چربی زیرپستانی و بین عضلانی) و شاخص توده بدنی انجام شد، هر سه شاخص ارتباط معنی‌داری با استئوآرتیت داشتند [۲۷]. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۷ روی ۶۵۸ نفر انجام شد، نشان داده شد استئوآرتیت با توده چربی بهویژه در زنان ارتباط دارد. در حقیقت مشخص شد که اثر شاخص توده بدنی روی استئوآرتیت به واسطه توده چربی بدن است نه توده عضلانی [۲۸]. در یک مطالعه متأالیز که در سال ۲۰۱۶ انجام شد، به ارتباط دیابت شیرین و استئوآرتیت اشاره کرد، به طوری که ریسک استئوآرتیت در افراد دیابتی بیشتر از افراد غیر دیابتی گزارش شد  $OR=1/2$  [۲۹]. اگرچه در مطالعه حاضر، فراوانی دیابت در گروه استئوآرتیت بیشتر بود، ولی ارتباطی بین دیابت و استئوآرتیت مشاهده نشد. نتایج مطالعه Calvet و همکاران که در سال ۲۰۱۵ انجام شد، هم راستا با مطالعه ما بود [۳۰]. در مطالعه حاضر، دیس لیپیدمی با استئوآرتیت ارتباط معنی‌داری داشت. هم راستا با مطالعه ما، در مطالعه کوهورت ۱۳۹۰۶ نفری ارتباط قوی بین کلسترول بالا و همچنین تری‌گلیسرید بالا با استئوآرتیت مشاهده شد. به طوری که به ازای افزایش یک واحد در کلسترول و تری‌گلیسرید، به ترتیب ۸ درصد و ۵ درصد افزایش ریسک استئوآرتیت در سال‌های بعد گزارش شد [۳۱]. در مطالعه ما اگرچه فراوانی فشار خون در گروه استئوآرتیت (۳۳ درصد) بیشتر از گروه کنترل (۲۳ درصد) بود،

## بحث

مطالعه حاضر نشان داد بین ریسک فاکتورهای قلبی شامل کلسترول بالا، سندرم متابولیک، افزایش دور کمر و همچنین جنس زن با استئوآرتیت ارتباط مستقیم وجود دارد. همچنین ارتباط معکوس بین کشیدن سیگار و استئوآرتیت به دست آمد. در مطالعه ما بین سندرم متابولیک و استئوآرتیت زانو ارتباط معنی‌داری به دست آمد؛ به طوری که این ارتباط بعد از کنترل اثر جنسیت معنی‌دار باقی ماند و در هر دو جنس به عنوان فاکتور مؤثر، گزارش شد. شواهد اپیدمیولوژیک و آزمایشگاهی از ارتباط بین سندرم متابولیک و استئوآرتیت حمایت می‌کند. همچنین ارتباط هریک از اجزای سندرم متابولیک مستقل از چاقی با استئوآرتیت در مطالعات نشان داده شده است [۲۲]. در مطالعه استئوآرتیت فرامینگهام، استئوآرتیت به عنوان یک پیامد سندرم متابولیک معرفی شده است [۲۳]. در مطالعه حاضر، ارتباط مثبت بین افزایش دور کمر به عنوان معیاری برای چاقی مرکزی با استئوآرتیت زانو گزارش شد (۵ سانتی‌متر دور کمر بیشتر در گروه استئوآرتیت). این ارتباط مستقل از جنس همچنان معنی‌دار باقی ماند. در مطالعه ما بین شاخص توده بدنی و استئوآرتیت ارتباطی به دست نیامد. در مطالعات متعددی به ارتباط چاقی با استئوآرتیت مفاصل تحمل کننده وزن، شامل: زانو و لگن اشاره کرده‌اند [۲۵، ۲۴، ۱۹] که این ارتباط در مطالعات دیگر با سایر مفاصل هم گزارش شده است. شواهد موجود پیشنهاد می‌کند که ارتباط چاقی با استئوآرتیت فراتر از اثرات مکانیکی و تخریبی ناشی از وزن بالا

مربوط به قند خون و پروفایل لیپیدی برای گروهی از افراد مورد مطالعه مربوط به ۳ ماه اخیر بود و در آزمایشگاه‌های مختلفی انجام شده بود که می‌تواند روحی یکسان بودن بررسی‌های آزمایشگاهی تأثیر بگذارد. اما در این مطالعه با هدف کاهش هزینه طرح از همان آزمایشات همراه بیمار استفاده شد.

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، جنس زن، کلسترول بالا، دور کمر بیشتر و وجود سندرم متابولیک از فاکتورهایی بود که با استئوآرتیت ارتباط داشت و از فراوانی بیشتری نسبت به افراد بدون استئوآرتیت برخوردار بود. با توجه به این که یکی از مشکلات اصلی استئوآرتیت، ناتوانی و اختلال در فعالیت‌های معمول می‌باشد و از طرف دیگر بی تحرکی، ریسک بیماری قلبی را تشید می‌کند، لازم است در افرادی که دچار ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی هستند، بررسی از نظر استئوآرتیت برای شناسایی زودتر و اجرای برنامه‌های توانبخشی انجام شود. از طرف دیگر، در افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ارتوپدی و روماتولوژی، به شناسایی و درمان هرچه سریع‌تر ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی توجه شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساس طرح تحقیقاتی منتج شده است. نویسنده‌گان مقاله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان به جهت تأمین مالی و مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق تقدیر و تشکر می‌کنند.

### References:

- [1] Gelber AC. Osteoarthritis. *Ann Intern Med* 2014; 161(1).
- [2] Osgood E, Trudeau JJ, Eaton TA, Jensen MP, Gammaitoni A, Simon LS, et al. Development of a bedside pain assessment kit for the classification of patients with osteoarthritis. *Rheumatol Int* 2015; 35(6): 1005-13.
- [3] Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380 (9859): 2163-96.
- [4] Fayfman M, Niu J, Zhang YQ, Felson DT, Sack B, Aliabadi P, et al. The relation of plasma homocysteine to radiographic knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2009; 17(6): 766-71.
- [5] Sadeghi AR, Karmi M, Jameshorani M, Mazlumzade S, Salmani R. Evaluation of the Carotid Artery Thickness in Older Women with Osteoarthritis. *ZUMS J* 2013; 21(84):66-72. [in Persian]
- [6] Rahman MM, Kopec JA, Anis AH, Cibere J, Goldsmith CH. Risk of cardiovascular disease in patients with osteoarthritis: a prospective longitudinal study. *Arthritis Care Res* 2013; 65(12): 1951-8.
- [7] Prior JA, Jordan KP, Kadam UT. Associations between cardiovascular disease severity, osteoarthritis co-morbidity and physical health :a population-based study. *Rheumatology* 2014; 53(10): 1794-802.
- [8] Sellam J, Berenbaum F. The role of synovitis in pathophysiology and clinical symptoms of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2010; 6(11): 625-3.
- [9] Hansson GK, Hermansson A. The immune system in atherosclerosis. *Nature Immunol* 2011; 12(3): 204.

اما این ارتباط معنی‌دار نبود. برخلاف مطالعه ما، در مطالعه فرامینگهام بین استئوآرتیت و فشار خون ارتباط به دست آمد، به‌طوری که تنها عدد فشار خون دیاستولیک با استئوآرتیت ارتباط داشت و این ارتباط بعد از تطبیق با شاخص توده بدنی معنی‌دار باقی ماند [۲۳]. از طرف دیگر در چند مطالعه مبتنی بر جامعه، بین فشار خون و استئوآرتیت، ارتباط مشاهده نشد [۲۴،۱۹]. در مطالعه حاضر هم راستا با مطالعات قبلی اثر محافظتی کشیدن سیگار برای استئوآرتیت گزارش شد، به‌طوری که شانس استئوآرتیت در افراد سیگاری کمتر از غیر سیگاری‌ها گزارش شد [۳۴،۳۳]. هرچند بعد از کنترل اثر جنس و این که تمام افراد سیگاری در گروه مردان قرار داشتند، این ارتباط معنی‌دار نبود. محدودیت‌ها و پیشنهادها: ۱) این مطالعه یک مطالعه تک مرکزی بود که می‌تواند تعیین‌پذیری آن را کاهش دهد. اما از طرف دیگر نمونه‌ها از یک مرکز دانشگاهی که از تمام استان به این مرکز مراجعه می‌کنند، جمع‌آوری شده است که می‌تواند به‌طور تسبی نماینده قومیت‌های مختلف باشد. ۲) انتخاب نمونه‌های گروه بدون استئوآرتیت هم از افراد مراجعه‌کننده به همین مرکز بود که تا حدی نشان‌دهنده شرایط مشابه با گروه مورد بود. اما انتخاب بهتر، انتخاب نمونه‌های گروه کنترل برای هر نمونه از جمعیت مشابه همان مورد بود که پیشترین تشابه در شرایط زمینه‌ای را فراهم می‌کرد. ۳) مدت ابتلا به استئوآرتیت در هر فرد فاکتور مهمی است که برای مقایسه ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی اهمیت دارد ولی در این مطالعه بررسی نشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی در افراد مبتلا به استئوآرتیت که به تازگی تشخیص داده شده و یا علامت‌دار شده‌اند، انجام شود. ۴) آزمایش‌های

- [10] van Leuven SI, Franssen R, Kastelein JJ, Levi M, Stroes ES, Tak PP. Systemic inflammation as a risk factor for atherothrombosis. *Rheumatology* 2008; 47(1): 3-7.
- [11] Goodson NJ, Smith BH, Hocking LJ, McGilchrist MM, Dominiczak AF, Morris A, et al. Cardiovascular risk factors associated with the metabolic syndrome are more prevalent in people reporting chronic pain: results from a cross-sectional general population study. *Pain* 2013; 154(9): 1595-602.
- [12] Ryan CG, McDonough S, Kirwan JP, Leveille S, Martin DJ. An investigation of association between chronic musculoskeletal pain and cardiovascular disease in the Health Survey for England (2008). *Eur J Pain* 2014;18(5):740-50.
- [13] Kerkhoff AC, Moreira LB, Fuchs FD, Fuchs SC. Association between hypertension and musculoskeletal complaints: a population-based study. *J Hypertens* 2012; 30(11): 2112-7.
- [14] Belo JN, Berger MY, Reijman M, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies. *Arthritis Rheum* 2007; 57(1): 13-26.
- [15] Chapple CM, Nicholson H, Baxter GD, Abbott JH. Patient characteristics that predict progression of knee osteoarthritis: a systematic review of prognostic studies. *Arthritis Care Res* 2011; 63(8): 1115-25.
- [16] Erb N, Pace AV, Douglas KM, Banks MJ, Kitas GD. Risk assessment for coronary heart disease in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Scand J Rheumatol* 2004; 33(5): 293-9.
- [17] Lee MY, Kim WJ, Kang YJ, Jung YM, Kang YM, Suk K, et al. Z<sub>39</sub>Ig is expressed on macrophages and may mediate inflammatory reactions in arthritis and atherosclerosis. *J Leukoc Biol* 2006; 80(4): 922-8.
- [18] Büchele G, Günther KP, Brenner H, Puhl W, Stürmer T, Rothenbacher D, et al. Osteoarthritis-patterns, cardio-metabolic risk factors and risk of all-cause mortality: 20 years follow-up in patients after hip or knee replacement. *Sci Rep* 2018; 8(1): 5253.
- [19] Shin D. Association between metabolic syndrome, radiographic knee osteoarthritis, and intensity of knee pain: results of a national survey. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99(9): 3177-83.
- [20] Peat G, Thomas E, Duncan R, Wood L, Hay E, Croft P. Clinical classification criteria for knee osteoarthritis: performance in the general population and primary care. *Ann Rheum Dis* 2006; 65(10): 1363-7.
- [21] Esfandiar Z, Hosseini-Esfahani F, Daneshpour MS, Zand H, Mirmiran P, Azizi F. Cholesteryl ester transfer protein gene variations and macronutrient intakes interaction in relation to metabolic syndrome: Tehran lipid and glucose study. *Iran J Basic Med Sci* 2018; 21(6): 586-92.
- [22] Sellam J, Berenbaum F. Is osteoarthritis a metabolic disease? *Joint Bone Spine* 2013; 80(6): 568-73.
- [23] Niu J, Clancy M, Aliabadi P, Vasan R, Felson DT. Metabolic Syndrome, Its Components, and Knee Osteoarthritis: The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheumatol* 2017; 69(6): 1194-1203.
- [24] Han CD, Yang IH, Lee WS, Park YJ, Park KK. Correlation between metabolic syndrome and knee osteoarthritis: data from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES). *BMC Public Health* 2013; 13: 603.
- [25] Batoul Z, Ali E, Musavi, Noushin B. frequency of osteoarthritis and relative factors in patients with knee pain attending to health centers in kashan in2005. *Feyz* 2005; 10(3): [in Persian]
- [26] Gabay O, Gabay C. Hand osteoarthritis: new insights. *Joint Bone Spine* 2013; 80(2): 130-4.
- [27] Culvenor AG, Felson DT, Wirth W, Dannhauer T, Eckstein F. Is local or central adiposity more strongly associated with incident knee osteoarthritis than the body mass index in men or women? *Osteoarthritis Cartilage* 2018; 26(8): 1033-7.
- [28] Ho-Pham LT, Lai TQ, Mai LD, Doan MC, Nguyen TV. Body Composition in Individuals with Asymptomatic Osteoarthritis of the Knee. *Calcif Tissue Int* 2016; 98(2): 165-71.
- [29] Williams MF, London DA, Husni EM, Navaneethan S, Kashyap SR. Type 2 diabetes and osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Complications* 2016; 30(5): 944-50.
- [30] Calvet J, Orellana C, Larrosa M, Navarro N, Chillarón J, Pedro-Botet J, et al. High prevalence of cardiovascular co-morbidities in patients with symptomatic knee or hand osteoarthritis. *Scand J Rheumatol* 2016;45(1):41-4.
- [31] Zhou M, Guo Y, Wang D, Shi D, Li W, Liu Y, et al. The cross-sectional and longitudinal effect of hyperlipidemia on knee osteoarthritis: Results from the Dongfeng-Tongji cohort in China. *Sci Rep* 2017; 7(1): 9739.
- [32] Engström G, de Verdier MG, Rollof J, Nilsson PM, Lohmander L. C-reactive protein, metabolic syndrome and incidence of severe hip and knee osteoarthritis. A population-based cohort study. *Osteoarthritis Cartilage* 2009; 17(2): 168-73.
- [33] Lee YH. Causal association between smoking behavior and the decreased risk of osteoarthritis: a Mendelian randomization. *Z Rheumatol* 2018.
- [34] Kang K, Shin JS, Lee J, Lee YJ, Kim MR, Park KB, et al. Association between direct and indirect smoking and osteoarthritis prevalence in Koreans: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2016; 18; 6(2): e010062.