اپیدمیولوژی آرتریت کودکان بستری در کاشان از سال ۷۸-۱۳۷۰

دکتر محمدرضا شریف [۱] ،دکتر علی سقازاده [۱] ،دکتر اعظم مصداقی نیا [۱] ،سیدغلامعباس موسوی [۲]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع آرتریت و گزارشهای مختلف و متنوعی که از نظر انواع بیماری ،مفصل درگیر ، سن ،جنس ابتلا و یافته های آزمایشگاهی وجود دارد و نیز عدم اطلاع کافی از وضعیت موجود در منطقه ،این تحقیق به منظور تعیین اپیدمیولوژی بیماری مذکور در کودکان بستری در کودکان بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال های ۷۸-۱۳۷۰ انجام گرفت .

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش مطالعه داده های موجود بر روی تمامی کودکان بستری شده با تشخیص اولیه آرتریت صورت پذیرفت .پرونده بیماران از بایگانی خارج و بین آنها پرونده های که در نهایت به تشخیص قطعی علت آرتریت رسیده بودند ،مورد مطالعه قرار گرفت .نوع آرتریت ،مفصل درگیر ،شاخص های **ESR** .... و خصوصیات فردی بیماران از پرونده استخراج و به فرم اطلاعاتی منتقل گردید .پرونده های فاقد اطلاعات مذکور به عنوان موارد ناقص از مطالعه حذف شد .

یافته ها : طی مدت بررسی از ۴۹۶۰کودک بستری شده ،۲۴۸ نفر (۵درصد) مبتلا به آرتریت بودند که ۵۷/۳ درصد پسر و ۴۲/۷ درصد دختر می باشند .از نظر سن ابتلا ،۳/۶ درصد کمتر از ۱ سال ،۴۲/۳ درصد در گروه سنی ۵-۱ سال و ۵۴/۱ درصد بالای ۵ سال بودند .شایع ترین نوع آرتریت سپتیک درکودکان زیر ۳ سال دیده شد .موارد دیگر علل آرتریت به ترتیب شامل روی اکتیو ،تب روماتیسمی ،پروسلوزیس،**JRA** توکسیک گذرا ، سرمی و هنوخ بود .از نظر آزمایشگاهی تمام موارد **ESR** بالاتر از ۱۰۰ نفر مربوط به آرتریت سپتیک و **JRA**بود و مواردی از **ESR** پایین در آرتریت سپتیک نوزادان مشاهده گردید .

نتیجه گیری: توصیه ها می گردد که به آرتریت سپتیک به عنوان مهمترین و شایعترین نوع آرتریت به خصوص در سنین زیر یک سال توجه نمود .در ضمن ،با توجه به بررسی اپیدمیولوژیک این بیماری در کاشان توصیه می شود ،این تحقیق برای سایر نقاط نیز انجام گیرد تا بتوان یک اطلس کامل بیماری را در سطح کشور تکمیل نمود.

واژگان کلیدی: اپیدمیولوژی – آرتریت – کودکان

۱ –دانشگاه علوم پزشکی کاشان – گروه کودکان
۲ –دانشگاه علوم پزشکی کاشان – دانشکده بهداشت

مقدمه:

آرتریت یا سینوزیت (Arthritis) ،التهاب بافت سینوویال مفصل است که با درد ،تورم ، قرمزی ،محدودیت حرکات مفصل و گرمی تظاهر می یابد (۵).نظر به این که تظاهر طیف وسیعی از بیماریها در کودکان با آرتریت همراه است (٤).از این رو ،متاسفانه آمار دقیقی به صورت میزان ابتلا در منابع وجود ندارد (٤).در کشور ما نیز اطلاعات آماری دقیق و یا مطالعه جامعی در دسترس نیست ،که این خلا اطلاعاتی ،از معضلات اساسی طب بوده و مواردی باعث mismanagement بیماری شود ، گاهی با تاخیر در درمان یکی از انواع آرتریت مانند آرتریت سپتیک ،تخریب و ناتوانی دایمی در مفصل ایجاد و باعث آسیب به صفحه رشد و کوتاهی اندام مبتلا شده و گاهی با تعجیل در درمان نا به جای یک سری از آرتریت های خود محدود شونده مشکلات دیگری برای بیمار به وجود می آید (۲). اولین قدم برای کاهش مشکل این بیماران شناخت وضعیت آنان و استفاده از یک سری فراسنج های اساسی است که بتواند در رسیدن به تشخیص و در نهایت ،درمان صحیح کمک کننده باشد .سابقه خانوادگی ،سن ،جنس ، نوع ،تعداد مفصل درگیر ،شاخص های آزمایشگاهی اختصاصی و غیر اختصاصی و ... از مواردی است که می تواند کلید تشخیص دقیق سریع باشد (۷).

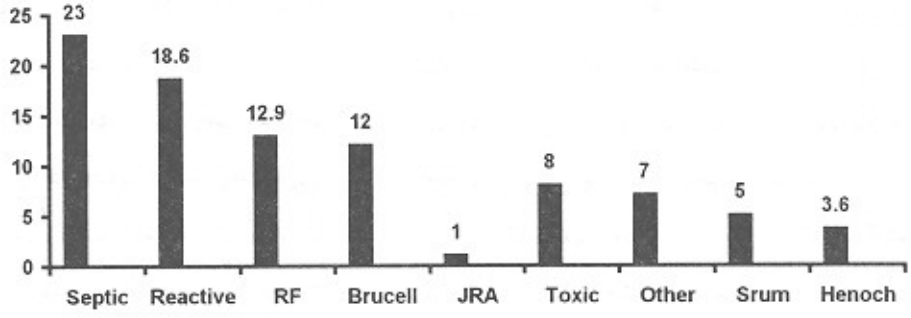
مواد و روشها:

این تحقیق به روش مطالعه داده های موجود (Exiting data) صورت پذیرفت .پرونده های تمامی کودکان ونوزادانی که به علت آرتریت بستری شده بودن ،بر مبنای عنوان آرتریت و سال پذیرش از بایگانی خارج گردید و پرونده هایی از بیماران که معیارهای آرتریت را داشتند ،بررسی شدند و مواردی که ناقص بود و به دلایلی اطلاعات کافی نداشتند از مطالعه حذف شد .سایر مواردی که ناقص بود و به دلایلی اطلاعات کافی نداشتند از مطالعه حذف گردیدند .سن ،جنس ،نوع آرتریت ،مفصل درگیر و یافته های آزمایشگاهی مانند تعداد لکوسیت ،نوتروفیل ،ESR و ... از پرونده ها استخراج و در یک فرم اطلاعاتی وارد گردید .میزان ESR در سه گروه کمتر از ۵۰ ،بین ۵۰ و ۱۰۰ و بیشتر آورده شد .اساس تشخیص آرتریت سپتیک کشت مثبت میکروبی مایع مفصل است که موارد مثبت وارد مطالعه گردید .

یافته‌ها

طی سالهای مورد بررسی ،٤٩٦٠ بیمار در بخش اطفال بررسی شده که ۲٤۸ نفر (۵درصد) به علت آرتریت بوده است .از این تعداد ،۲٤۸ پرونده واجد شرایط ۱٤۲ پسر (۵۷/۳درصد) و ۱۰٦ دختر(٤۲/۷درصد) و از نظر سن ابتلا به ترتیب بیشترین سن درگیری بالاتر از ۵ سال ۱۳٤ نفر (٥٤درصد) ،سنین ۵-۱ سال به میزان ٤۲/٤ درصد و کمتر از یک سال ۹ نفر (۳/٦درصد) بودند .انواع آرتریت ها در نمودار(۱)ارایه گردیده ونشان می دهد که آرتریت سپتیک با ۵۷ نفر (۲۳درصد) ، آرتریت ری اکتیو ٤٦ نفر (۱۸/٦درصد) ،تب روماتیسمی با ۱۲/۹ درصد شایع ترین انواع آرتریت ها بود و بروسلوزیس ،JRA ،توکسیک گذرا ، سرمی ،هنوخ و علل ناشناخته از علل دیگر می باشند .

نمودار ۱ – توزیع فراوان ۲۴۸ کودک مبتلا به آرتریت بر حسب علت در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال های ۷۸-۱۳۷۰



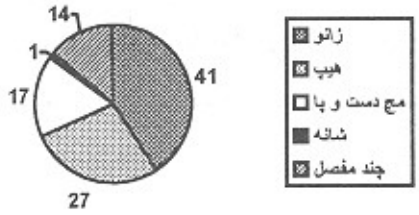
توزیع بیماران بر حسب گروههای سنی در جدول (۱) ارایه گردیده و نشان می دهد که تمام موارد درگیری درگروه سنی زیر یک سال از نوع آرتریت سپتیک می باشد . در ضمن همان طور ، مشاهده می شود با افزایش سن از شیوع آرتریت سپتیک کاسته می شود .آرتریت ری اکتیو در کودکان کمتر از یک سال نبوده ولی در گروههای سنی ۵-۱ سال و بیشتر از ۵ سال به میزان ۱۹ درصد به چشم می خورد .

جدول ۱ – توزیع بیماران مبتلا به آرتریت بر حسب انواع آنها و تفکیک گروههای سنی بیمارستان شهید بهشتی کاشان از سال ۷۸-۱۳۷۰

نوع رتریت / سن (سال)	سپتیک	ری اکتیو	تب روماتیسمی	برسلوزیس	JRA	توکسیک گذرا	سرمی	هنوخ	علل دیگر	جمع
کمتراز۱	۹ (۱۰۰)	–	–	–	–	–	–	–	–	۹ (۳/۶)
۵-۱	۲۵ (۲۳/۸)	۲۰ (۱۹/۱)	۱۳	۱۴/۳۱۵	۲	۶	۸	۲	۱۴	۱۰۵
بیشتراز ۵	۲۳ (۱۷/۲)	۲۶ (۱۹/۴)	۱۹	۱۴	۲۳ (۱۷/۲)	۱۴	۵	۷	۳	۱۳۴

نوع مفصل مبتلا درنمودار (۲) بیان گردید و نشان می دهد که شایعترین مفصل مبتلا به زانو با ۴۰/۷ درصد می باشد . هیپ با ۲۷ درصد در مرحله بعدی و شانه با ۱/۲ درصد از موار نادر آرتریت بود و در ۳۵ کودک گرفتاری چند مفصل باهم دیده شد.

نمودار ۲- توزیع ۲۴۸ کودک مبتلا به آرتریت بر حسب مفصل در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال های ۷۸-۱۳۷۰



نوع مفصل مبتلا در نمودار (۲) بیان گردید و نشان می دهد که شایعترین مفصل مبتلا زانو با ۴۰/۷ درصد می باشد .هیپ با ۲۷ درصد درمرحله بعدی و شانه با ۱/۲ درصد از موارد نادر آرتریت بود و در ۳۵ کودک گرفتاری چند مفصل باهم دیده شد .

نوع آرتریت در ارتباط با مفصل مبتلا در جدول (۲). ارایه گردیده و نشان می دهد که تنها محل آرتریت توکسیک گذار مفصل هیپ می باشد .میزان درگیری چند مفصل در JRA بیش از همه و آرتریت سپتیک در مرحله بعد از آن قرار دارد .

جدول ۲ – توزیع مبتلایان به آرتریت بر حسب انواع آن و تفکیک مفصل مبتلا بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال های ۷۸-۱۳۷۰

نوع آرتریت / سن (سال)	سپتیک	ری اکتیو	تب روماتیسمی	برسلوزیس	JRA	توکسیک گذرا	سرمی	هنوخ	علل دیگر
زانو (n=۱۰۱)	۲۱	۱۸	۱۶	٤	۱۷	–	۷	٦	۱۲
۱-۵ (n=٦۷)	۱۷ (۲۵/٤)	۱۰	۹	۲	۳	۲۰ (۲۹/۹)	٦	–	–
مچ دست یا پا	۹ (۲۱/٤)	۹	۳	٤	۹	–	–	۳	۵
شانه	۱	۲	–	–	–	–	–	–	–
چند مفصل	۹	۷	٤	۱۵	–	–	–	–	–
جمع	۵۷	٤٦	۳۲	۲۵	۲۹	۲۰	۱۳	۹	۱۷

میزان ESR بر حسب طبقات آن و به تفکیک نوع آرتریت در جدول (۳) ارایه گردیده ،۳۵ مورد (۶۱/۵درصد) ESRبین ۱۰۰-۵۰ داشتند ،۱۳ مورد (۲۳درصد) ESR کمتر از ۵۰ ،۹ مورد (۱۶درصد) ESR بیش از ۱۰۰ بود که مورد اخیر در مواردی که آرتریت سپتیک همراه با اوستئومیلیت بود و یا در JRA دیده شد .

جدول ۳- توزیع مبتلایان به آرتریت بر حسب میزان ESR و به تفکیک انواع آرتریت بستری بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال های ۷۸-۱۳۷۰

میزان ESR / نوع آرتریت	کمتر از ۵۰	۱۰۰-۵۰	بیشتر از ۱۰۰	جمع
سپتیک	۱۳ (۳۲/۸)	۳۵ (۶۱/٤)	۹ (۱۵/۸)	۵۷
ری اکتیو	۲۹ (۶۳)	۱۷ (۳۷)	– (۰)	٤٦
تب روماتیسمی	٤ (۱۲/۵)	۲۳ (۷۱/۹)	۵ (۱۵/٦)	۳۲
بروسلوزیس	۱٦	۱۳	– (۰)	۲۹
JRA	۳	۱۷	۵	۲۵
توکسیک گذرا	۱۸	۲	– (۰)	۲۰
سرمی	۱	۱۲	– (۰)	۱۳
هنوخ	۲	۷	– (۰)	۹
علل دیگر	– (۰)	۱۲	۵	۱۷

بحث

با توجه به این که آرتریت یک بیماری نیست، بلکه نشانه ای از یک بیماری محسوب می شود و می تواند از علل مختلفی مانند عفونت های باکتریایی ، ویروسی ،بیماریهای روماتیسمی و ... داشته باشد و با توجه به درمان متفاوت این بیماریها و از طرف دیگر لزوم تشخیص سریع و درمان فوری برخی از آنها مانند آرتریت سپتیک در صورت تاخیر در درمان موجب تخریب مفصل می گردد ،استفاده از فراسنج هایی که بتواند از همان ابتدای بیماری و قبل از پیشرفت آن در جهت تشخیص سریع بیماری راهنمایی نماید ،ضروریست که در این مطالعه متفاوت با سایر مطالعات که بر روی یک بیماری انجام می گیرد .به عنوان مثال ، آرتریت سپتیک یا بروسلوز یا تب روماتیسمی مطالعه بر روی آرتریت به عنوان یک نشانه شایع از بیماریهای طب اطفال انجام شد تا با بررسی ارتباط یافته های اپیدمیولوژیک ،آزمایشگاهی و ... با بیماری بتوان تشخیص مبتلایان به آرتریت را تسریع نمود که در این تحقیق از مجموع ۲۴۸ بیمار مبتلا به آرتریت ،شایعترین علت آرتریت با شیوع ۲۳ درصد آرتریت سپتیک و درجات بعد آرتریت ری اکتیو ،تب روماتیسمی ،بروسلوزیس ،JRA و ... می باشد .از این رو ،رد نمودن (Rule out) آرتریت سپتیک در هر مواجه با آرتریت ضروری می باشد ،زیرا شایعترین علت آرتریت است .در همین بررسی مشخص گردید که تمامی موارد آرتریت در سن زیر یک سال ،نوع سپتیک بوده که لزوم درمان سریع آنتی بیوتیکی را در شیرخواران مبتلا به آرتریت ،با توجه به خطر بالای آرتریت سپتیک مطرح می نماید .در بررسی مقالات مربوط به آرتریت و نیز کتب مرجع به فراوانی آرتریت سپتیک درسنین شیرخوارگی تا ۳ سالگی می باشد که با مطالعه ماهماهنگی دارد .در مورد شایعترین مفصل مبتلا در کل آرتریت ها زانو بوده و در مورد علت آرتریت سپتیک بود ولی در مورد هیپ آرتریت سپتیک علت دوم پس از سینوویت گذار می باشد .در مورد درگیری چند مفصل (پلی آرتریت) شایعترین علت JRA بوده است .بنابراین، برخورد با آرتریت ها در صورت تک مفصلی بودن آرتریت درهر مفصل که باشد ،باید از ابتدا آرتریت سپتیک در نظر باشد ولی در مودر آرتریت چند مفصلی ،بررسی اولیه در جهت تشخیص JRA ضروری است که طبق مطالب کتب مرجع نیز آرتریت سپتیک به جز جنین نوزادی معمولا منوآرتیکولار بوده و فقط در دوره نوزادی و ابتدای شیرخوارگی می تواند به صورت پلی آرتیکولار بوده و مربوط به دوره نوزادی و ابتدای شیرخوارگی بود .درمورد میزان ESR نیز هرچند که اکثر بیماری ها با آرتریت می تواند ESR بالا داشته باشد ولی در این بررسی در بیماران با ESR کمتر از ۵۰ ،علل آرتریت در درجه اول آرتریت ری اکتیو ،سپس سینویت گذرا ،بروسلوز و در درجه چهارم آرتریت سپتیک که آن هم بیشتر در سنین نوزادی و ابتدای شیرخوارگی بود ،در حالی که ESR بالاتر از ۵۰ به صورت واضح اولین علت آرتریت سپتیک بود و در درجات بعد سایر بیماریها می باشد .از این رو ،در هر آرتریت و ESR>۵۰ باید در درجه اول آرتریت سپتیک را مد نظر قرار داد ،به خصوص این که در بیماران با ESR بالاتر از ۱۰۰ خیلی از بیماریها مانند تب مالت ،آرتریت ری اکتیو سینوویت گذار مطرح نمی گردد .در

کتاب **Friegin** نیز به ارزش **ESR** بالا در تشخیص آرتریت سپتیک تاکید فراوان شده و طبق مطالعات به عمل آمده بیش از ۸۰درصد بیماران مبتلا به آرتریت سپتیک **ESR** بالا دارند و در مطالعه ما نیز همین آمار به دست آمده است .به هر حال با توجه به این مطالعه در مجموع می توان آرتریت سپتیک را به عنوان شایعترین و مهمترین نوع آرتریت دانست و به خصوص در صورت تک مفصلی بودن آرتریت و همراهی با **ESR** بالا و سن پایین و با توجه به محدودیت های امکان های پاراکلینیک بهتر است هرچه زودتر تا آماده شدن نتایج آزمایش های درخواستی درمان را شروع نمود، از این رو ، با توجه به این که در این راستا اطلاعات دقیق تری از منابع داخلی و خارجی قابل دسترسی به دست نیامد ،پیشنهاد می شود که مطالعات مشابه با تعداد بیشتر نمونه در مراکز مجهزتر نیز انجام گرفته تا با رسیدن به نتایج دقیق تر و ارزشمندتر بتوان در برخورد با بیماران مبتلا به آرتریت هرچه سریعتر و آسان تر به تشخیص رسید و درمان مناسب را شروع نمود .

References:

1- Pediatr, Emerg Care. 1999 .Feb, A retrospective review of all chart with a discharge of septic arthritis from January 1991 to December 1996 at st. louis children's hospital, Departtment of pediatrics, washington university school of medicine.
2- Skeletal – Radiol 1999 Jun, Department of Radiology, thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, U.S.A.
3- Caksen H. Ozturk MK.Uzum K.Yuksel S. Septic arthritis in childhood .Pediatr Int.2000;42(5):534-540.
4- Oski's Essential pediatrics; Kevin B.Johnson, Frank A. Oski(1997).
5- Nelson, Textbook of Pediatrics, Behrman, Kliegman, Jenson 16th edition.
6- Bitar FF, Hayek P, Obeid M.Rheumatic fever in children: a 15 – year experience in a developing country. Pediatra .2000; 21(2):119-122.
7- Sucato DJ, Schwentd RM, Gillespie R,Septic Aarthritis of the Hip in children. J Am Acad Orthop Surg.1997;5(5):249-260.