

## بررسی یافته‌های بالینی و رادیولوژیک در مبتلایان به استئوآرتیت زانو مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه ا... تهران طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۳

\*<sup>۱</sup> نوشین بیات ، <sup>۲</sup> فرهاد غریب‌دشت ، <sup>۳</sup> فرهاد نصیری افشار ، <sup>۴</sup> بتول زمانی

### خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع بالای استئوآرتیت و اهمیت تقسیم‌بندی آن، این مطالعه به منظور ارزیابی ارتباط بین شدت علایم بالینی، میزان درد و فونکسیون مفصل با طبقه‌بندی رادیولوژیک در بیمارستان بقیه ا... تهران طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی، ۱۰۰ بیمار مبتلا به استئوآرتیت زانو که با کراتیربای تشخیصی بالینی استئوآرتیت ACR (انجمن روماتولوژی آمریکا) تشخیص داده شده بودند، در بیمارستان بقیه ا... تهران طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفتند. ارزیابی کلینیکی با استفاده از اندرس شدت درد و فونکسیون Lequesne's برای استئوآرتیت زانو انجام شد. رادیوگرافی‌های زانو توسط استفاده از روش طبقه‌بندی Kellgren-Lawerence با رادیوگرافی ایستاده رخ و نیمرخ، طبقه‌بندی گردیدند. نتایج با استفاده از آزمون کای دو، بررسی آماری شدند.

نتایج: ۸۴ نفر از بیماران زن و ۱۶ نفر مرد با متوسط سن ۵۲ سال بودند. نتایج طبقه‌بندی علایم بالینی عبارت بود از: خفیف ۱۰ درصد، متوسط ۲۱ درصد، شدید ۵۸ درصد، بسیار شدید ۱۱ درصد. نتایج طبقه‌بندی یافته‌های رادیولوژیک عبارت بود از: نرمال ۱۲ درصد، خفیف ۲۵ درصد، متوسط ۴۷ درصد، شدید ۱۶ درصد. ارتباطی بین طبقه‌بندی علایم بالینی و رادیولوژیک وجود نداشت. زنان با مردان تفاوت معنی‌داری از نظر علایم بالینی و طبقه‌بندی رادیولوژیک نداشتند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین شدت علایم بالینی و درجنبندی رادیولوژیک مشاهده نشد. مطالعه وسیع‌تر با تعداد بیماران بیشتر و بررسی و اظهار نظر قطعی‌تر لازم است.

واژگان کلیدی: اندرس درد، فونکسیون و Lequesne استئوآرتیت زانو، طبقه‌بندی، Kellgren-Lawrence

۱- استادیار گروه روماتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)

۲- استاد گروه روماتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- مرکز تحقیقات گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) تهران تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۱۰/۱۹

۴- استادیار گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان تاریخ تایید مقاله: ۸۴/۱۲/۲۴

\* نویسنده مسؤول: نوشین بیات

آدرس: تهران، میدان ونک، خ ملاصدرا، بیمارستان بقیه ا... گروه روماتولوژی

پست الکترونیک: Nobayat @ yahoo.com

### مقدمه

استئوآرتیت، شایع‌ترین بیماری مفصلی انسان می‌باشد. در بین افراد مسن، آرتروز زانو مهم‌ترین علت منجر به ناتوانی مزمن در کشورهای پیشرفته می‌باشد. حدود ۱۰۰/۰۰۰ نفر از مردم ایالات متحده آمریکا به علت آرتروز زانو یا هیپ، بدون کمک قادر به برخاستن از رختخواب و رفتن به دستشویی نمی‌باشند (۱). شیوع استئوآرتیت زانو در افراد بالای ۶۵ سال حدود ۳۵ درصد است (۲). بعضی مطالعات مؤید آن است که شدت علایم بالینی چون درد شبانه، خشکی صبحگاهی و تور مفاصل در زنان بیشتر

رادیوگرافیک *Kellgren-Lawrence* در بیماران مبتلا به استئوآرتیت زانو به دست آورد ( $r=0.439$ ,  $p<0.01$ ).<sup>(۸)</sup> مطالعه دیگری در بلژیک، مشخص کرد که پهنای فضای مفصلی (*Narrowest joint space*) و کمترین فاصله مفصلی (*JSW*)، به طور معنی داری با اندکس درد و خشکی و فونکسیون (*NJS*), *WOMAC* ارتباط ندارد، اما با گذشت ۳ سال، ارتباط معنی دار آماری بین کاهش فضای مفصل و میزان درد بر اساس اندکس *WOMAC* به وجود می آید ( $p<0.05$ ).<sup>(۹)</sup> با توجه به تناقصات موجود و عدم انجام چنین مطالعه‌ای در بیماران ایرانی، به بررسی شدت علایم بالینی و رادیولوژیک، به تفکیک جنسیت و مقایسه شدت علایم بالینی، میزان درد و فونکسیون موضوعی بر اساس *Kellgren-Lequesne* و تقسیم‌بندی رادیوگرافیکی-*Kellgren-Lawrence* در ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی پیمارستان بقیه‌ا... طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۳ پرداختیم.

#### مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی - تحلیلی می‌باشد که بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به استئوآرتیت زانو مراجعه کننده به بیمارستان بقیه‌ا... طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۳ انجام گرفت. تقسیم‌بندی بالینی بر اساس درد و فونکسیون زانو مطابق با اندکس *Lequesne* شامل میزان درد شبانه، خشکی صحبتگاهی، درد در زمان ایستادن، درد در زمان شستن به مدت ۲ ساعت و حداقل مسافت قابل پیمودن و میزان فعالیت‌های روزانه شامل بالا و پایین رفتن از پله‌ها، سوار و پیاده شدن از ماشین و برداشتن جسم از زمین انجام گرفت و به صورت خفیف (درجات ۱-۴)، متوسط (۵-۷)، شدید (۸-۱۰)، بسیار شدید (۱۱، ۱۲، ۱۳) و بسی نهایت شدید (۱۴) طبقه‌بندی شد.<sup>(۱۰)</sup> رادیوگرافی‌های زانو بر اساس تقسیم‌بندی رادیولوژیک *Kellgren-Lawrence* در موقعیت ایستاده رخ و نیمرخ توسط یک روماتولوژیست تفسیر شدند. این تقسیم‌بندی رادیوگرافیک شامل ۵ درجه می‌باشد: درجه ۰ یا طبیعی (بدون علایم استئوآرتیت)، درجه ۱ یا مشکوک (استئوفیت کوچک و مشکوک)، درجه ۲ یا خفیف (استئوفیت قطعی و بدون کاهش فضای مفصل)، درجه ۳ یا متوسط (کاهش فاصله مفصل در حد متوسط) و درجه ۴ یا شدید (کاهش شدید فضای مفصل و اسکلروز ساب کندرال).<sup>(۳، ۱۱)</sup> اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار *SPSS 11.5* آنالیز شدند و مقایسه بین گروه‌ها بر اساس تست کای دو انجام شد.

اینکه آیا رادیوگرافی به تنها می‌تواند پیش‌بینی کننده شدت آرتروز باشد یا خیر، بررسی شود. معمول ترین روش تقسیم‌بندی رادیوگرافیک توسط *Kellgren* و *Lawrence* بیان شده است (۳). در مطالعات قبلی بیان شده است که کاهش فضای مفصلی معمولاً نمای اصلی رادیولوژیک برای ارزیابی «شدت» بیماری است و حضور استئوفیت می‌تواند مهم‌ترین نمای برای «تشخیص» استئوآرتیت در جمعیت مورد مطالعه باشد.<sup>(۲، ۴)</sup> ارتباط بین شدت پاتولوژیک استئوآرتیت و علایم، ناچیز می‌باشد. بسیاری افراد با تغییرات رادیوگرافیک استئوآرتیت پیشرفت، علامت ندارند. ناتوانی افراد مبتلا به آرتروز زانو بیشتر به علت همراهی با ضعف عضله چهار سر رانی می‌باشد تا درد مفاصل یا شدت درگیری رادیوگرافیک، ضمناً بیماران با حمایت روانی اجتماعی کمتر، درد بیشتری احساس می‌نمایند.<sup>(۱)</sup> مطالعات قبلی مؤید آن است که یک عدم تجانس واضح بین شدت علامات رادیوگرافیک با شدت علایم بالینی و توان عملکردی در استئوآرتیت وجود دارد به طور مثال در مطالعه‌ای بین علایم بالینی و اندکس‌های رادیوگرافیک ارتباط بسیار ضعیف وجود داشت ( $p=0.2860$ ).<sup>(۷)</sup> بنابراین در حالی که بیش از ۹۰ درصد افراد بالای چهل سال، تغییرات رادیوگرافیک استئوآرتیت در مفاصل تحمل کننده وزن داشتند، فقط ۳۰ درصد از آنها علامت دار بودند.<sup>(۵)</sup> طی مطالعه‌ای در آمریکا با استفاده از معیار بالینی درد و *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis* (OMAC) و استفاده از پهنای فضای مفصلی رادیوگرافیک (*JSW: joint space width*) مشاهده شد که *JSW* در رادیوگرافی‌های ایستاده افراد مبتلا به آرتروز بسیار شدید تحت تأثیر درد مفصل تغییر می‌نماید. بنابراین استفاده از این تکنیک رادیولوژی، در مطالعات کارآزمایی بالینی و اپیدمیولوژیک مربوط به میزان پیشرفت استئوآرتیت، به علت تغییرات ایجاد شده ناشی از درد، می‌تواند موجب تفاوت‌های گیج‌کننده در پیش‌بینی ضخامت غضروف مفصلی گردد.<sup>(۶)</sup> طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ در انگلستان، ارتباط بین شدت طبقه‌بندی *Kellgren & Lawerene* رادیوگرافیک استئوآرتیت بر اساس *WOMAC* در معیارهای درد و فونکسیون بر اساس اندکس ۱۲۰ بیمار مبتلا به آرتروز زانو بررسی شد که نشان داد طبقه‌بندی رادیوگرافیک ارتباط نزدیکی با فونکسیون ندارد و بیماران با درجات رادیوگرافیک یکسان، میزان متغیری از درد، فونکسیون و علایم بالینی دارند.<sup>(۷)</sup> از طرف دیگر، دکتر *Eroz* طی مطالعه‌ای در ترکیه، ارتباط واضحی بین دامنه حرکت مفصل و تقسیم‌بندی

## نتایج

بالینی شدید داشتند.

جدول ۳- ارتباط بین درجه‌بندی علایم بالینی و رادیوگرافیک									
کل	(۳)	(۲)	(۱)	(۰)	علایم بالینی				
					رادیوگرافی	طبیعی	خفیف	متوسط	شدید
۱۰	۱	۴	۲	۲	خفیف				
۲۱	۲	۱۲	۴	۲	متوسط				
۵۸	۱۱	۲۵	۱۶	۶	شدید				
۱۱	۲	۶	۳	۰	بسیار شدید				
۱۰۰	۱۶	۴۷	۲۵	۱۲	کل				

## بحث

این مطالعه، ارتباط ضعیف بین شدت علایم بالینی بر اساس اندکس درد و فونکسیون و درجه‌بندی *Lequesene's* و درجه *Kellgren-Lawrence* را نشان می‌دهد. رادیوگرافیک بر اساس *Kellgren-Lawrence* به طور مثال ۵۰ درصد از بیماران (۷/۱۲) با رادیوگرافی طبیعی، علایم بالینی شدید داشتند و بیماران با درجات رادیوگرافیک یکسان دارای شدت متفاوتی در میزان درد و فونکسیون مفصل بودند با توجه به اینکه بررسی پیشرفت شدت آرتروز در مطالعات اپیدیمیولوژیک و کارآزمایی‌های بالینی تصادفی درمان‌های استئتوآرتربیت و نیز تعیین نیاز مفصل به جراحی مورد استفاده قرار می‌گیرد و برای سنجش شدت آرتروز در رفرازنس‌های مختلف، مقیاس‌های متفاوت بیان شده است (که در بعضی موارد شدت درگیری رادیوگرافیک و در سایر مطالعات بررسی همزمان معیارهای بالینی و رادیوگرافیک می‌باشد) اهمیت مقایسه علایم بالینی درد و فونکسیون مفصل با شدت رادیوگرافیک، مسجل می‌شود. بعضی مؤلفین معتقدند که کاهش فضای مفصل، ظهور استئوفیت و به طور کلی درجه‌بندی رادیوگرافیک- *Kellgren-Lawrence* ارتباط خوبی با علایم بالینی دارد، استئوفیت، بیشترین همراهی را با درد زانو دارد و ارزیابی رادیوگرافیک می‌تواند به عنوان ارزیابی پیشرفت آرتروز به کار رود (۱۲). در سایر مطالعات نیز استئوفیت، به عنوان نمای رادیوگرافیکی معرفی شده است که بیشترین ارتباط را با درد زانو دارد، لیکن اغلب مطالعات، بین شدت علایم بالینی و شدت درجات رادیوگرافیک ارتباط ضعیفی قائل می‌باشند (۱، ۵، ۸)، در سال ۲۰۰۴ طی مطالعه‌ای کاملاً مشابه مطالعه حاضر در انگلستان بر ۱۲۰ بیمار مبتلا به آرتروز زانو، ارتباط بین شدت طبقه‌بندی رادیوگرافیک استئتوآرتربیت بر اساس *kellgren-lawerence* و میارهای درد و فونکسیون بر اساس اندکس *WOMAC* بررسی شد اما ارتباط نزدیکی بین آنها یافت نشد (۷). طی مطالعه دیگری در بلژیک

از بیماران مورد مطالعه ۸۴ نفر مؤنث و ۱۶ نفر مذکور بودند، میانگین سنی، ۵۲ سال و محدوده سنی بین ۳۲-۸۰ سال *Lequesne* بود. نتایج تقسیم‌بندی علایم بالینی بر اساس اندکس به این صورت به دست آمد: خفیف ۱۰ درصد، متوسط ۲۰ درصد، شدید ۵۸ درصد، بسیار شدید ۱۱ درصد. نتایج تقسیم‌بندی رادیوگرافیک بر اساس روش *Kellgren-Lawrence* به این صورت به دست آمد: درجه ۰ (طبیعی) ۱۲ درصد، درجه ۱ (مشکوک) ۰ درصد، درجه ۲ (خفیف، استئوفیت قطعی و فضای مفصلی نرمال) ۲۵ درصد، درجه ۳ (متوسط (کاهش فاصله مفصلی متوسط) ۴۷ درصد، درجه ۴ (بسیار شدید، کاهش فاصله مفصلی شدید و اسکلروز ساب کندرال) ۱۶ درصد. میزان شدت علایم بالینی بین مردان و زنان تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد ( $p < 0.452$ ). (جدول شماره ۱)

جدول ۱- توزیع فراوانی شدت علایم بالینی بر حسب جنس

جنس	علایم بالینی	بسیار	شدید	متوسط	خفیف	کل
						مرد
مرد	۱۶	۳(۱۹)	۵(۳۱)	۶(۳۷/۵)	۲(۱۲/۵)*	
زن	۸۴	۸(۹/۵)	۵۳(۶۳)	۱۵(۱۸)	۸(۹/۵)	
کل	۱۰۰	۱۱	۵۸	۲۱	۱۰	

\* تعداد و (درصد) می‌باشد.

به علاوه، میزان شدت علایم رادیوگرافیک در بین مردان و زنان، تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. (جدول شماره ۲)

جدول ۲- توزیع فراوانی شدت رادیوگرافیک بر حسب جنس

جنس	علایم رادیوگرافی	طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	کل
						مرد
مرد	۱۶	۳(۱۹)	۴(۲۵)	۶(۳۸)	۳(۱۹)*	
زن	۸۴	۱۳(۱۵)	۴۳(۵۱)	۱۹(۲۳)	۹(۱۱)	
کل	۱۰۰	۱۶	۴۷	۲۵	۱۲	

\* تعداد و (درصد) می‌باشد.

بین شدت علایم بالینی و شدت علایم رادیوگرافیک در بیماران ارتباط ضعیفی وجود داشت ( $Kappa = 0.192$  و  $p < 0.06$ ) ( $Spearman's Rh = 0.104$  و  $p < 0.127$ ) (جدول ۳). به طور مثال ۵۰ درصد از بیماران (۷/۱۲) با رادیوگرافی طبیعی، علایم

رادیولوژیک برای ارزیابی شدت بیماری می‌باشد و حضور استوفیت می‌تواند مهمترین نما برای تشخیص استتوآرتیت باشد (۲)، در مطالعه حاضر نیز استوفیت و کاهش فاصله مفصلی شایع ترین نمایهای رادیوگرافیک بودند. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تعداد اندک مردان نسبت به زنان و طراحی مقطعی تحلیلی آن اشاره کرد، لذا مطالعه‌ای با طراحی آینده‌نگر تحلیلی و با تعداد نمونه بیشتر، همراه با پیگیری چندساله روند پیشرفت آرتروز به صورت بالینی و رادیوگرافیک می‌تواند نتایج کامل‌تر و دقیق‌تری را ارائه نماید.

#### نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشاهده شد که در بیماران آرتروزی ارتباط معنی‌دار آماری بین علایم بالینی و رادیولوژیک وجود ندارد، البته مطالعات وسیع‌تر با تعداد بیماران بیشتر برای اظهار نظر قطعی‌تر لازم می‌باشد.

مشخص شد که پهنهای فضای مفصلی (JSW) و کمترین فاصله مفصلی (NJS) با اندکس درد و خشکی و فونکسیون WOMAC ارتباط معنی‌داری ندارد. لیکن ارتباط معنی‌دار آماری در طی ۳ سال بین تغییرات کاهش فضای مفصل و میزان درد بر اساس اندکس WOMAC وجود دارد ( $p < 0.05$ ) (۹). مطالعه‌ای مانند مؤید ارتباط ضعیف بین شدت علایم بالینی و فونکسیون درد بر اساس اندکس Lequesne's و درجه‌بندی رادیوگرافیک بر اساس Kellgren-Lawrence بود. بعضی مطالعات مؤید آن هستند که شدت علایم بالینی همچون درد شبانه، خشکی صحبتگاهی و تورم مفاصل در زنان بیشتر از مردان می‌باشد (۲) و نیز به طور مشابه شواهد رادیوگرافیک استتوآرتیت زانو و خصوصاً استتوآرتیت زانوی علامت‌دار، در زنان بیشتر از مردان می‌باشد (۲). لیکن در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری در شدت درجه‌بندی رادیوگرافیک بین زنان و مردان مشاهده نشد که شاید به علت تعداد اندک مردان در مقابل تعداد بیشتر زنان در مطالعه باشد. در مطالعات قبلی بیان شده است که کاهش فضای مفصلی معمولاً اصلی‌ترین نمای

#### References:

- 1- Kenneth D. Brand T. Osteoarthritis. In: Braunwald, et al. Harrison's principles of internal medicine, 15th Ed. Mc Graw-Hill; 2005. p 2036-2039.
- 2- Solomon Louis. Clinical features of osteoarthritis. In: Ruddy Sh, Harris Ed, et al. Kelly's Textbook of Rheumatology, 6th Ed. Saunders; 2005. p. 1516.
- 3- Thomas J. Schnitzer A (ed). Osteoarthritis. In Goldman, Ausell, Cecil text book of medicine, 22nd Ed. Saunders; 2004. p. 170-711.
- 4- Moskowitz R. Clinical and laboratory finding in osteoarthritis: In Koopman W, et al. Arthritis and allied Conditions. 14th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 2233.
- 5- Pavelka K. Gatterva J. Correlation between knee roentgenogram changes and clinical symptoms in osteoarthritis. *Rev Rhum Mal Osteoarthric* 1992; 59: 553-559.
- 6- Mazzuca SA. Brand KD. Knee pain reduces joint space width in conventional standing anteroposterior radiographs of osteoarthritic knees. *Arthritis Rheum* 2002; 45: 123-127.
- 7- Brarker K. Lamb SE. Association between radiographic joint space narrowing, function, pain and muscle power in severe osteoarthritis of knee. *Clin Rehabil* 2004; 18: 793-800.
- 8- Eroz M. Ergun S. Relationship between knee range of motion and Kellgren- Lawrence radiographic scores in knee osteoarthritis. *Am J Phys Med Rehabil* 2003; 82: 110-115.
- 9- Brugere O. Honore A. Radiological features poorly predict clinical outcomes in knee osteoarthritis. *Scand J Rheumatol* 2002; 31: 13-17.
- 10- Wortman RL. Osteoarthritis. In: John H, Klipper J (ed). Primer on the rheumatic diseases, Atlanta, Arthritis foundation, 11th ed. Springer: 2001; 636-637.
- 11- Cooper C. Osteoarthritis and related disorders. In: Klipper J, Poul A. Rheumatology. 2nd ed. London: mosby; 1988. p. 21-28.
- 12- Hart DJ. Kellgren & Lawrence grade 1 osteophytes in the knee-doubtful or definite?. *Osteoarthritis Cartilage* 2003; 11: 149-150.