

آرتریت پسوریازیس در مفصل تمپورومندیبولار با آنکیلوز: معرفی یک مورد

دکتر فخرالزمان پزشکیور^۱، دکتر پوران لایق^۱، دکتر یلدا ناهیدی^۲، دکتر پروانه لایق^۳

۱-استادیار گروه پوست، ۲-دستیار گروه پوست، ۳-دستیار گروه رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

پسوریازیس اختلال پرولیفراتیو مزمن التهابی پوست است که به اشکال مختلف تظاهر پیدا می کند و می تواند قسمت های مختلفی از بدن از جمله ناخن ها و مفاصل را مبتلا کند. این بیماری ممکن است از طریق ایجاد استرس روانی اجتماعی بر کیفیت زندگی اثر بگذارد. آرتریت پسوریاتیک یک اسپوندیلوآرتروپاتی سرونگاتیو همراه با درگیری مفاصل محوری و محیطی است. درگیری مفصل تمپورومندیبولار به ندرت به عنوان تظاهراتی از آرتریت پسوریاتیک گزارش شده است. در این مقاله یک مورد نادر آنکیلوز دو طرفه مفصل تمپورومندیبولار ثانوی به بیماری پسوریازیس در یک خانم ۵۰ ساله گزارش می شود.

واژه های کلیدی: پسوریازیس، مفصل تمپورومندیبولار، آرتریت

فصلنامه بیماری های پوست پاییز ۱۳۸۶؛ دوره ۱۰(۳): ۲۴۵-۲۵۱

وصول مقاله: ۸۵/۱۰/۲۰ پذیرش: ۸۵/۱۲/۳

معرفی بیمار

درد فک تحتانی، در حرکت مفاصل تمپورومندیبولار هر دو طرف محدودیت تدریجی عارض شد، تا آن جایی که آنکیلوز کامل رخ داد و بیمار برای رفع نیازهای تغذیه ای دندان های پیشین خود را کشید و به هیچ عنوان قادر به باز کردن دهان نبود. بیمار دو سال پیش برای رفع آنکیلوز TMJ تحت درمان جراحی آرترو پلاستی TMJ قرار گرفت که متأسفانه دو ماه پس از عمل، آنکیلوز مجدداً ایجاد شد. در بررسی های پاراکلینیکی صورت گرفته، CBC (NL), CRP(++), PPD (-), PO₄(4.8), گرفته، Ca(10.2), 2ME(-), Wright(-), RF(-), HLA-B27(-) گزارش شد. در گرافی به عمل آمده از ناحیه لومبوساکرال، استئوپنی ژنرالیزه در مهره ها همراه با کاهش ارتفاع قدامی مهره های L1,L2,T12 همراه با پهن شدن widening قسمت تحتانی مفصل ساکروایلیاک راست به اضافه اسکروز اطراف مفصلی گزارش شد که با توجه به غیر قرینه بودن آن و سابقه قبلی بیمار، آرتریت پسوریاتیک را مطرح کرد. برای بررسی مفاصل TMJ، گرافی های شولر مقایسه ای OPG

بیمار خانم ۵۰ ساله اهل مشهد است که با ضایعه های پوستی با تشخیص بالینی و آسیب شناسی پسوریازیس در تنه، اندام ها و سر به بخش پوست بیمارستان قائم (ع) مشهد مراجعه کرده است. بیمار به علت درد شدید کمر و لگن قادر به راه رفتن و به علت آنکیلوز مفاصل تمپورومندیبولار Temporomandibular Joint (TMJ) دو طرفه قادر به باز کردن دهان خود نبود (تصویر شماره ۱). بیماری وی از ۳۰ سال پیش با پلاک های قرمز پوسته دار با حدود مشخص در اکستانسور زانوها و آرنج ها شروع شد و به تدریج پوست سر، تنه و فلکسورها را هم درگیر کرد (تصویر شماره ۲). بیمار درگیری ناخنی نداشت. وی ۲۰ سال پس از شروع ضایعه های پوستی، هم زمان با یک حمله شدید در ضایعه های جلدی دچار درد در فک تحتانی و مفاصل تمپورومندیبولار، زانوها، کمر، ساکروایلیاک دو طرفه با برتری طرف چپ و مفصل DIP انگشت چهارم دست راست شد طوری که در تکلم هم دچار مشکل شد. چهار سال پس از شروع

مؤلف مسوول: دکتر پوران لایق - مشهد، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

پست الکترونیک: pouran_layegh@yahoo.com

بیش تر در طرف چپ همراه با شکستگی در راموس و کوندیل فک تحتانی شاخه چپ در محل آنکیلوز مشهود بود (تصاویر شماره ۳ و ۴). با توجه به نمای بالینی ضایعه های پوستی و درگیری مفاصل مختلف محوری و محیطی برای بیمار آرتريت پسوریازیس و آنکیلوز TMJ ثانوی به درگیری پسوریازیس مطرح شد .

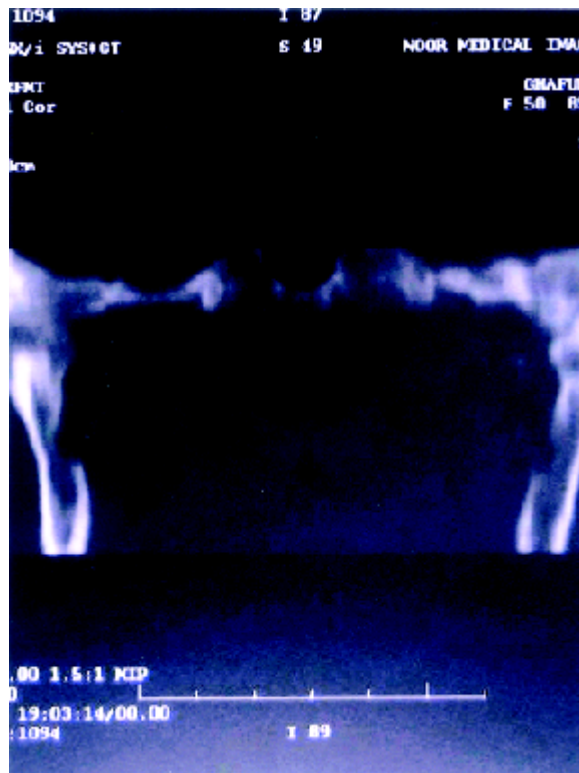
درخواست شد که هر دو آنکیلوز TMJ دو طرفه به خصوص در سمت چپ همراه با شکستگی در راموس مندیبول ثانوی به جراحی قبلی، نشان می دادند . برای بررسی کامل تر مفصل تمپورومندیولار، سی تی اسکن اسپیرال راموس فک تحتانی و مفصل تمپورومندیولار صورت گرفت که در بررسی مقاطع پس از بازسازی سه بعدی ، در ناحیه TMJ تغییرهای هیپرتروفیک و استئوبلاستیک همراه با آنکیلوز در TMJ دو طرف با شدت



تصویر شماره ۱ = محدودیت در باز کردن دهان ثانویه به آنکیلوز دو طرفه مفاصل TMJ در بیمار مبتلا به پسوریازیس



تصویر شماره ۲-پلاک های قرمز پوسته دار با حدود مشخص در ساعدهای بیمار مبتلا به پسوریازیس



تصویر شماره ۳- آنکیلوز دو طرفه TMJ در سی تی اسکن



تصویر شماره ۴- آنکیلوز همراه با شکستگی در راموس و کندیل فک تحتانی چپ در سی تی اسکن

بحث

پسوریازیس یک بیماری مزمن پرولیفراتیو التهابی پوست با شیوع ۳-۱/۵ درصد است که در اتیولوژی آن عوامل محیطی و ژنتیکی دخیل هستند. عوامل خطر محیطی متعددی از جمله تروما، عفونت، داروها، آفتاب، عوامل متابولیک، سایکولوژیک، الکل و سیگار در ایجاد آن موثر دانسته شده است (۱).

برای اولین بار در سال ۱۸۱۸ ارتباط بین آرتریت و پسوریازیس مشاهده و در سال ۱۸۶۰ به عنوان یک نمای مستقل تعریف شد (۲). آرتریت پسوریازیس آرتریت التهابی همراه با بیماری پسوریازیس در پوست و یا ناخن دست و فاقد ندول‌های روماتوئید است که تست سرولوژیک روماتوئید فاکتور آن منفی است (۳). توافقی بر سر میزان شیوع آرتریت پسوریازیس وجود ندارد، اغلب گزارش‌ها حدود ۷-۵ درصد را ذکر کرده‌اند گرچه برخی مؤلفان آن را ۴۰-۳۰ درصد گزارش داده‌اند (۴). به

نظر می‌رسد هر چه تظاهرات پوستی در جریان پسوریازیس شدیدتر باشد، شیوع آرتریت پسوریازیس بالاتر خواهد بود و در بیماران با آرتریت، درگیری ناخن شایع‌تر است.

در بین انواع مختلف بالینی، پسوریازیس پوستولر ژنرالیزه و پسوریازیس اریترودرمیک با ایجاد آرتریت ارتباط قوی‌تری دارند. سن شروع آرتریت پسوریازیس نسبت به درگیری پوستی، دیرتر و قله شروع آن دهه ۴ و ابتلای هر دو جنس به نسبت مساوی است (۱).

همراهی آرتریت پسوریازیس، به خصوص در نوع اسپوندیلوآرتریتی آن، با HLA B27 وجود دارد و لکوس ژنی مستعد کننده آن روی کروموزوم q 16 شناسایی شده است (۵). در یک بررسی صورت پذیرفته روی ۱۸۰ بیمار دارای آرتریت پسوریازیس، در ۶۵ درصد موارد درگیری پوستی قبل از درگیری مفصلی، ۱۹ درصد درگیری مفصل قبل از درگیری

تاکنون فقط ۳۵ مورد درگیری مفصل تمپورومندیولار در مقاله های مختلف گزارش شده است (۱۲). Devise انسیدانس درگیری TMJ را در افراد پسوریازیس بدون آرتریت ۲۹/۴ درصد و در افراد با آرتریت ۳۵درصد گزارش کرد (۱۲).

در بیماران پسوریازیس دارای آرتریت پسوریازیس، نسبت به بیماران بدون آرتریت، شیوع بالاتری از تندرین عضله های جونده و TMJ در لمس، صدا کردن (کریپتاسیون) در TMJ، سفتی یا خستگی صبحگاهی TMJ، کاهش محدوده حرکت مفصل TMJ و حرکت های دردناک مندیبول وجود دارد (۱۳و۱۲) که حضور این علائم با طول دوره، وسعت و شدت آرتریت پسوریازیس مطابقت دارد (۱۳) به طوری که هر چه شدت آرتریت پسوریازیس و تعداد مفاصل مبتلا بیش تر باشد احتمال وجود علائم TMJ بیش تر است (۱۲).

با کمک بررسی های اورتوپانتوگرافیک (OPG) نشان داده شده که ۳۱درصد بیماران با آرتریت پسوریازیس در کوندیل های TMJ، تغییرهای رادیولوژیک دارند در حالی که فقط ۱۳درصد گروه کنترل این تغییرها را داشته اند (۱). از نظر بالینی، در موارد درگیری TMJ به طور کاراکتریستیک عضله های جونده و مفصل مبتلا به لمس دردناک هستند و معضل درد به تدریج با محدودیت حرکت مفصلی جایگزین می شود (۱۲).

علائم رادیولوژیک درگیری TMJ شامل مسطح شدن، خوردگی با اختلال در موقعیت کوندیل های مندیبول هستند (۱۴). اولتراسونوگرافی نیز قادر است تغییر پاتولوژیک در TMJ را نشان دهد و می توان آن را به عنوان وسیله تشخیصی مهم برای بررسی TMJ به کار برد (۱۵). با استفاده از گرافی های پانورامیک دنتال، عدم تقارن عمودی راموس های مندیبول نشان داده شده و ارتفاع کوندیل ها در مردان با آرتریت پسوریازیس بیش تر از گروه کنترل بوده است (۱۶).

پوستی و ۱۶درصد درگیری هم زمان پوستی و مفصلی وجود داشته است (۶). در بیمار مورد نظر ما نیز درگیری مفصلی، ۲۰ سال پس از شروع ضایعه های جلدی آغاز شده است. به نظر می رسد حتی در موارد بدون وجود ضایعه های جلدی مشخصه پسوریازیس، در صورت درگیری مفصل تمپورومندیولار باید تشخیص آرتریت پسوریازیس را مد نظر داشت.

Moll و Wright از نظر نمای بالینی آرتریت پسوریازیس

را به پنج دسته تقسیم بندی کرده اند که عبارتند از:

۱- منوآرتریت یا اولیگوآرتریت غیر قرینه محیطی که شایع ترین نوع درگیری است؛

۲- آرتریت مفاصل بین انگشتی دیستال؛

۳- پلی آرتریت قرینه شبه روماتوئید ولی با فاکتور روماتوئید منفی؛

۴- آرتریت موتیلان به صورت دفورمیتی شدید انگشتان دست و پا؛

۵- آرتریت محوری که غالباً در آن اسپوندیلیت یا ساکروایلایت پسوریازیس با یا بدون درجاتی از آرتریت های محیطی دیده می شود (۳).

تقسیم بندی جدید تر در سال ۱۹۹۴ ارایه شد که شامل:

۱- آرتریت غیر قرینه معمولاً ولی نه همیشه با درگیری تعداد کمی مفصل با اروزبون مختصر که در آن ناتوانی ناشایع است و عملکرد بیمار به خوبی حفظ می شود؛

۲- پلی آرتریت قرینه معمولاً اروزبون بد شکل کننده و ناتوان کننده؛

۳- با غلبه اسپوندیلیت آنکیلوزان گاهی همراه با آرتریت محیطی (۷).

مفاصل دیگری که درگیری شان در جریان پسوریازیس گزارش شده شامل مفاصل شانه، مچ پا، زانو (۸)، استرنال (۹)، ستون فقرات گردنی (۱۰) و تمپورومندیولار (۱۱و۱۲) هستند.

پسوریازیس همراه آرتریت در مفاصل محیطی و محوری متعدد از جمله TMJ است که در نهایت منجر به آنکیلوز TMJ شده است. به نظر می‌رسد با توجه به شیوع نسبتاً بالای علایم TMJ در بیماران پسوریازیزی دارای آرتریت، به طور روتین، بررسی رادیولوژیک و معاینه بالینی TMJ به منظور پیش‌گیری از مراحل غیر قابل برگشت و آنکیلوز ضروری باشد.

درمان‌های مورد استفاده در آرتریت پسوریازیس ترکیب‌های DMARD, NSAIDS (آنتی‌روماتیک‌های تعدیل‌کننده بیماری)، عوامل بیولوژیک و جراحی هستند. درمان‌هایی که در آرتریت TMJ درجاتی از موفقیت به همراه داشتند شامل جراحی، تزریق گلوکوکورتیکوئید داخل مفصل و فیزیوتراپی است (۱۷و۱).

بیمار ذکر شده در این گزارش نیز یک مورد شناخته شده

References

- 1-Griffiths C, Camp R, Barker J. Psoriasis . In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds). Rook's text book of dermatology . Oxford : Blackwell science; 2004 : 35.1-35.64.
- 2- Brockbank J, Gladman D . Diagnosis and management of psoriatic arthritis . Drugs 2002 ;62:2427-57.
- 3- Moll JMH, Wright V . Psoritic arthritis . Semin Arthritis Rheum 1973 ;3:55-78.
- 4- Zachariae H, Zacharia R, Blomqvist K, et al . Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5795 members of the Nordic Psoriasis Associations . Data from the Nordic quality of life study . Acta Derm Venerol 2002; 62:108-13.
- 5- Karason A, Gudjonsson JE, Upmánya R, et al . A susceptibility gene for psoriatic arthritis maps to chromosome 16 q: evidence for imprinting . Am J Hum Genet 2003 ;72:125-31.
- 6- Scarpa R, Oriente P, Pucino A, et al . Psoriatic arthritis in psoriatic patients . Br J Rheumatol 1984;23:246-50.
- 7- Veale D, Rogers S, Fitzgerald Q. Classification of clinical subsets in psoriatic arthritis . Br J Rheumatol 1994;3:133-38.
- 8- Peterson CC Jr, Silbiger ML . Reiter's syndrome and psoriatic arthritis: their roentgen spectra and psoriatic and some interesting similarities. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1967; 101:860-71.
- 9- Nicolas JF, Labre JP, Faure M, et al. Psoriatic arthritis affecting the sternoclavicular joint. J Am Acad Dermatol 1988;4:752-54.
- 10- Blau RH, Kaufman RL . Erosive and subluxing cervical spine disease in patients with psoriatic arthritis . J Rheumatol 1987 ;14:111-17.
- 11- Gogalniceanu D, Trandafir V, Chiriac R, Gogalniceanu P. Temporomandibular joint ankylosis , A possible complication in juvenile psoriatic rheumatism . Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 2005; 109: 652-59.
- 12- Derives E, Derves E .The prevalence of temporomandibular disorders in patients with or without psoriatic arthritis. J Oral Rehabil 2005; 32: 786-95.
- 13- Kononen M. Craniomandibular disorders in psoriasis community. Dent Oral Epidemiol 1987;15:108-112.
- 14- Rasmussen OC, Bake M . Psoriatic arthritis of the temporomandibular joint. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1982; 53: 351-57.

- 15- Melchiorre D, Calderazzi A, Maddali Bongi S, et al . A comparison of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the evaluation of temporomandibular joint in rheumatoid arthritis and psoriasis. *Rheumatol* 2003; 42: 673-76.
- 16- Mattila M , Kononen M , Mattila K . Vertical asymmetry of the mandibular ramus and condylar heights measured with a new method from dental panoramic radiographs in patients with psoriatic arthritis . *J Oral Rehabil* 1995; 22: 741-45.
- 17- Alstergren P, Appelgren A, Appelgren B, et al. The effect on joint concentration of neuropeptide by intra-articular injection of glucocorticoid in temporomandibular joint arthritis. *Acta Odontol Scand* 1996; 54: 1-7.