

جنبه‌های پزشکی، بهداشتی و اجتماعی HIV/AIDS

تظاهرات روماتیسمی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS

فهرست مطالب گفتار هشتم / دکتر سیدجعفر نوابی

۱۳۱	آرتراژی :
۱۳۱	آرتريت واکنشی :
۱۳۱	آرتروپاتی HIV :
۱۳۱	سندروم مفصل دردناک :
۱۳۲	آرتريت سپتیک :
۱۳۲	واسکولیت :
۱۳۲	سندروم شوگرن :
۱۳۲	اتوانتی بادی‌ها :
۱۳۲	گرفتاری عضلانی در بیمار دچار عفونت HIV
۱۳۳	HIV میوپاتی :
۱۳۳	میوپاتی ناشی از زیدوودین :
۱۳۳	پیومیوزیت :
۱۳۳	توکسوپلاسموز :
۱۳۴	رابدومیولیز :
۱۳۴	لنفوم نون هوچکین :
۱۳۴	منابع :

پاندمی HIV/AIDS در سراسر دنیا گسترش یافته است و از طرفی AIDS بیماری هزار چهره‌ای است که تظاهرات مختلفی دارد و بیماران با علائم گوناگونی ممکن است به هر پزشکی اعم از پزشکان عمومی و متخصصین رشته‌های مختلف، مراجعه کنند.

یکی از چهره‌های HIV/AIDS شامل تظاهرات روماتیسمی است که در این گفتار به طور مختصر به آن خواهیم پرداخت.

تظاهرات رماتیسمی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS

دکتر سید جعفر نوابی

گروه آموزشی بیماری های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

آرتراژی :

طیف وسیعی از سندروم های مفصلی در افراد آلوده به HIV گزارش شده است. شایعترین نحوه گرفتاری به صورت آرتراژی می باشد. آرتراژی معمولا خفیف و متناوب است و اغلب به صورت چند مفصلی (الیگو و پلی آرتیکولر) تظاهر می نماید (۱، ۲، ۳). آرتراژی در ۲۵-۳۵٪ از بیماران دیده می شود (۲، ۳) و عمدتا مفاصل بزرگ (زانوها، شانه ها و آرنج ها) را مبتلا می کند. علیرغم بررسی وسیع هنوز مکانیسم ایجاد آن نامشخص است (۷، ۱۰).

آرتريت واکنشی :

۵-۱۰٪ از بیماران دچار آرتريت واکنشی (Reactive) شبیه به سندروم رایتز و آرتريت پسوریازیس می گردند. با افزایش سرکوب سیستم ایمنی، بر میزان بروز این سندروم ها افزوده می شود و احتمالا این امر به علت افزایش عفونت ناشی از ارگانیسیم های دیگر می باشد. آرتريت واکنشی در افراد مبتلا به عفونت HIV معمولا به درمان استاندارد، به خوبی جواب می دهد، ولی درمان با متوتروکسات به علت افزایش عفونت های فرصت طلب، معمولا توصیه نمی شود و فقط در موارد شدید بیماری می توان با احتیاط تجویز نمود (۷، ۱۰).

آرتروپاتی HIV :

یک نوع آرتروپاتی با علت نامعلوم در بیماران دچار عفونت HIV دیده می شود که آرتروپاتی مرتبط با HIV (HIV associated arthropathy) نامیده می شود. این سندروم با الیگوآرتريت تحت حاد با سیر پیدایش ۱-۶ هفته و مدت زمان بیماری حدود ۶ هفته تا ۶ ماه، مشخص می شود. معمولا مفاصل بزرگ بخصوص زانوها و مچ پاها را گرفتار میکند و غیرتخریبی می باشد و پاسخ التهابی مفصل نیز خفیف می باشد. در رادیوگرافی مفصل ضایعه خاصی دیده نمی شود و داروهای NSAID تا حد کمی موثر می باشند در بعضی از موارد، با تزریق داخل مفصلی گلوکوکورتیکوئید درد را می توان تسکین داد.

سندروم مفصل دردناک :

یک نوع آرتريت ثانوی به عفونت HIV تحت عنوان Painful articular syndrome - می باشد.

این حالت در ۱۰-۰٪ از بیماران مبتلا به AIDS دیده می‌شود. به صورت درد شدید و حاد در یک مفصل بروز می‌کند. عمدتاً رنج، زانو و شانه را درگیر می‌کند و ۲-۲۴ ساعت طول می‌کشد و آنقدر شدید می‌باشد که گاهی نیاز به تزریق مورفین جهت تسکین درد دارند. علت آن نامشخص است. احتمالاً به علت درگیری مستقیم مفصل توسط ویروس HIV ایجاد می‌شود.

آرتریت سپتیک:

علیرغم افزایش عفونت‌های فرصت طلب، در افرادی که معتاد تزریقی نمی‌باشند، آرتریت سپتیک گاهی مشاهده می‌گردد که اکثراً به علت استافیلوکوک آرنئوس و استرپتوکوک پنومونیه می‌باشد. آرتریت سپتیک به علت عفونت‌های سیستمیک قارچی، مایکوباکتریایی بیشتر دیده می‌شود. آرتریت سپتیک در این بیماران ممکن است از افراد معمولی کم‌سر و صداتر باشد (۱).

واسکولیت :

گزارشاتی از واسکولیت لکوسیتوکللاستیک در زمینه مصرف Zidovudine دیده می‌شود (۴).

سندروم شوگرن :

سندرومی شبیه به سندروم شوگرن با نام لنفوسیتوز انفیلتراتیو دینوز در بیماران دچار عفونت HIV گزارش شده است که با بزرگی پاروتیدها و خشکی مخاط مراجعه می‌کنند. سلول‌های CD۸+T در روند ایجاد آن دخیل می‌باشند (۵). بر خلاف شوگرن کلاسیک که اکثر بیماران جنس مونث دارند و آنتی بادی بر علیه Ro و La مثبت است این بیماران جنس مذکر و آنتی Ro و آنتی La منفی می‌باشند.

اتوآنتی بادی‌ها :

عفونت HIV شباهت زیادی با بیماری‌های اتوایمیون دارد و میزان بروز آنتی بادی‌های آنتی فسفولیپید، آنتی کاردیولیپین، VDRL مثبت کاذب و آنتی کواگولانت‌های شبه لوپوسی در بیماران دچار عفونت HIV در حد بالائی می‌باشد. سندروم شبیه به لوپوس اریتماتو در بیماران دچار عفونت HIV گزارش شده است (۱).

گرفتاری عضلانی در بیمار دچار عفونت HIV

لاغری شدید ناشی از عفونت‌های مکرر، بدخیمی‌ها، سوءجذب و سوءتغذیه، اغلب علت ضعف و ناتوانی بیماران دچار AIDS می‌باشند. ضعف عضلانی ممکن است به علت درگیری سیستم عصبی مرکزی و محیطی ناشی از عفونت‌ها و یا به واسطه درگیری نوروپاتیک ایمنولوژیک در این بیماران باشد (۶). با این وجود احتمال بیماری عضلات اسکلتی را نباید نادیده انگاشت. اختلالات عضلانی اختصاصی که سبب ضعف عضلانی در بیماران دچار عفونت HIV می‌شوند عبارتند از:

- میوپاتی HIV

- میوپاتی زیدوودین (AZI)
- عفونت های عضلانی
- اختلالات عضلانی دیگر نظیر رابدومیولیز، لنفوم غیرهوچکین، میاستنی گراو، میوپاتی (ROD) نمالین.

HIV میوپاتی:

یک نوع میوپاتی شبیه به سندروم پلی میوزیت ایدیوپاتیک می باشد. بیماران دچار میالژی، تندرین عضلانی، ضعف عضلات پروگزیمال و قرینه با درگیری بیشتر اندام های تحتانی مراجعه می کنند. میوپاتی ممکن است تظاهر اولیه بیماران دچار عفونت HIV باشد (۷). گاهی در بیماران که قبلاً تشخیص AIDS داده شده است میوپاتی بروز می کند (۸). پیدایش میوپاتی با شدت سرکوب ایمنی و یا سطح سلول های CD4+ ارتباط ندارد (۹). گاهی جهت تشخیص آن از میوپاتی ناشی از زیدوودین، بایستی دارو قطع گردد و پاسخ بیمار ارزیابی شود. آنزیم های عضلانی تا ۱۰ برابر طبیعی در هر دو اختلال بالا می رود. EMG و بیوپسی عضله کمک کننده می باشد. در بیوپسی انفیلتراسیون سلول های منونوکلئور عمدتاً CD8+ و ماکروفاژهای Endo myisial دیده می شوند (۹). استروئیدها با دوز بالا همانگونه که در درمان پلی میوزیت ایدیوپاتیک به کار می روند در میوپاتی HIV نیز موثرند (۸، ۱۰).

میوپاتی ناشی از زیدوودین:

یک نوع میوپاتی شبیه به میوپاتی HIV و پلی میوزیت ایدیوپاتیک می باشد. میزان بروز میوپاتی زیدوودین بیشتر از میوپاتی HIV می باشد و در یک مطالعه ۱۷٪ از بیماران که AZT دریافت نموده بودند، دچار میوپاتی شدند (۱۱).

در بیوپسی عضله دچار میوپاتی زیدوودین، انفیلتراسیون سلول های التهابی دیده نمی شود. با قطع دارو آنزیم های عضلانی و قدرت عضلانی معمولاً در عرض ۲-۱ ماه به حد طبیعی بازمی گردد (۱۱). DDI و DDC درمان جایگزین مناسبی برای بیماران دچار میوپاتی ناشی از AZT می باشند (۱۲).

پیومیوزیت:

پیومیوزیت ناشی از عفونت های باکتریال پیوژن در بیماران دچار عفونت HIV گزارش شده است. در پیومیوزیت، عضلات اسکلتی به صورت فوکال گرفتار می شود و تندرین عضلانی، لکالیزه می باشد. تورم لکالیزه عضلانی بیشتر از ضعف عضلانی می باشد (۱۳).

توکسوپلاسموز:

عفونت عضلانی ناشی از توکسوپلاسموز ممکن است شبیه به میوپاتی AZT و HIV باشد. ضعف عضلانی منتشر، ذوب عضلانی و تندرین، شایع است و اغلب همراه با توکسوپلاسموز CNS می باشد و سطح

آنزیم‌های عضلانی بالا می‌باشند. در بیوپسی عضله التهاب با برتری سلول‌های نوتروفیل دیده می‌شود و سرولوژی توکسوپلازما ممکن است مثبت باشد. این بیماری به درمان استاندارد، پاسخ می‌دهد (۱۴).

رابدومیولیز:

نکروز عضلات همراه با میوگلوبینوری و نارسایی حاد کلیه می‌باشد. علل متعددی در بیماران دچار عفونت HIV منجر به رابدومیولیز می‌گردد:

- رابدومیولیز همراه با HIV
- رابدومیولیز ناشی از داروی didanosine
- رابدومیولیز به علت عفونت‌های فرصت طلب

لنفوم نون هوچکین:

لنفوم غیرهوچکین ممکن است به صورت توده عضلانی دردناک و لکالیزه بروز کند. MRI به تشخیص افتراقی کمک می‌کند. یافتن حلقه Hyper intense در اطراف توده در T1-weighted image به نفع پیومیوزیت می‌باشد، درحالی‌که درگیری وسیع بافت زیر جلدی به نفع لنفوم و یا سارکوم کاپوزی می‌باشد (۱۵).

مواردی از میوپاتی نمالین (Rod) در بیماران دچار عفونت HIV گزارش شده است. در بیوپسی عضله و در زیر میکروسکوپ الکترونی، اجسام نمالین فراوان یا ساختمان‌های میله‌ای شکل در فیبرهای آتروفیک دیده می‌شود (۸).

منابع:

- 1) Calabrese, H, Leonard, Rheumatic aspects of human immunodeficiency virus infection and other immunodeficient states. in: Klippel, John, H, Deppe, Paul, A. Rheumatology 1997 :v. 2sec. 6, 7/1-7/12
- 2) Espinoza, LR. Retrovirus-associated rheumatic syndromes. In Arthritis and Allied Conditions. McCarty, DJ, Koopman, WJ (Eds). Lea & Febiger. Philadelphia 1993.
- 3) Berman, A, Reboredo, G, Spindler, A, et al. Rheumatic manifestations in populations at risk for HIV infection, J Rheumatol 1991; 18: 1564
- 4) Calabrese. LH. Vasculitis and infection with the human immunodeficiency virus. Rheum Dis Clin North Am 1991; 17:131
- 5) Itescu. S, Brancato, LJ, Winchester. R. A sicca syndrome in HIV infection: Association With HLA-DR5 and CD8 lymphocytosis. Lancet 1989: 466.

- 6) Dalakas. MC, Pezeshkpour, GH. Neuromuscular diseases associated with human immunodeficiency virus infection. *Ann Neurol* 1988; (Suppl): S38.
- 7) Glickstein, SL, Strickland, SR, Rusin, LH. Acute myositis in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 298.
- 8) Simpson, DM, Bender, AN. Human immunodeficiency virus - associated myopathy: Analysis of 11 patients. *Ann Neurol* 1988 24:79.
- 9) Illa, I, Nsth, A, Dalakas, M. Immunocytochemical and virological characteristics of HIV - associated inflammatory myopathies: Similarities with seronegative polymyositis. *Ann Neurol* 1991; 29: 474.
- 10) Dalakas, MC ,Pezeshpour, GH, Gravell, M, Sever, JL. Polymyositis associated with AIDS retrovirus. *JAMA* 1986; 256:2381.
- 11) Peters, BS ,Winer, J, Landon, DN, et al. Mitochondrial myopathy associated with chronic zidovudine therapy in AIDS. *Q J Med* 1993; 86:5.
- 12) Jay, C, Ropka, M, Dalakas, MC. The drugs 2',3'-dideoxyinosine (ddI) and 2',3' - didexycytidine (ddC) are safe alternatives in people with AIDS with zidovudine-induced myopathy. *J AIDS* 1994; 7: 630.
- 13) Widrow. CA. Kellie, SM. Saltzman, BR, Mathur - Wagh, U. Pyomyositis in patients with the human deficiency virus; An unusual form of disseminated bacterial infection. *Am J Med* 1991: 91: 129.
- 14) Gherardi, R, Baudrimont, M, Lionnet, f, et al. Skeletal muscle toxoplasmosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome: A clinical and pathological study. *Ann Neurol* 1992; 32: 535.
- 15) Fleckenstein, JL, Burns, DK, Murphy, FK, et al. Differential diagnosis of bacterial myositis in AIDS: Evaluation with MR imaging. *Radiology* 1991 : 179. 673