

بررسی شیوع واسکولیت روماتوئیدی و تعیین ریسک فاکتورهای آن در بیماران روماتوئیدی مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان شریعتی طی سال‌های ۹۸-۸۸

معصومه اخلاقی^۱، مینا اسدزاده^{۲*}، شایان مصطفایی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۲/۱۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری روماتوئید یک بیماری التهابی سیستمیک با علت ناشناخته است که علاوه بر درگیری مفاصل می‌تواند تظاهرات خارج مفصلی با درگیری هر ارگانی داشته باشد. وجود تظاهرات خارج مفصلی با پیش‌آگهی بد و افزایش مرگ‌ومیر همراه است. ریسک فاکتورهای واسکولیت روماتوئیدی شامل طول مدت بیماری، وجود ندول روماتوئیدی، مصرف سیگار، RF با تیترا بالا و استعداد ژنتیکی هست. مطالعه‌ی مشابهی در ایران در خصوص شیوع واسکولیت روماتوئیدی و ریسک فاکتورهای آن انجام نشده است و اینکه با فهمیدن ریسک فاکتورهای قابل‌تغییر می‌توان بروز بیماری را کنترل کرد، این مطالعه انجام گرفت. **مواد و روش کار:** ۴۶۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد مطالعه قرار گرفت و افراد دارای واسکولیت روماتوئیدی مشخص شدند. هر دو گروه از نظر جنس، مصرف سیگار، ندول روماتوئیدی، آنتی‌بادی RF و Anti CCP مورد بررسی و آنالیز توصیفی قرار گرفتند و ارتباط آن‌ها با آزمون دقیق فیشر یا کاسکور بررسی شد. علاوه بر این گروه واسکولیت از نظر فعالیت بیماری بر اساس DAS-28 و واکنشگرهای فاز حاد مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۴۶۰ بیمار، ۶ بیمار (۱٫۳ درصد) واسکولیت روماتوئیدی داشتند (۳ نفر مرد و ۳ نفر زن). متوسط طول مدت بیماری در زمان ابتلا به واسکولیت ۱۲٫۸۳ سال بود. از این تعداد ۳ نفر مونونوریت مولتیپلکس (۵۰ درصد)، دو نفر اسکلریت (۳۳ درصد) و یک بیمار واسکولیت جلدی (۱۶/۶ درصد) داشتند. هیچ‌کدام از بیماران ندول زیر جلدی نداشتند. یک نفر از ۶ بیمار سیگاری بود (۱۶٫۷ درصد). متوسط ESR در افراد واسکولیتی ۶۳٫۱۶ mm/h و میانگین CRP ۳۷٫۰ mg/L بود. آنتی‌بادی Anti CCP در ۴ نفر مثبت (۸۰ درصد) و یک نفر منفی بود. آنتی‌بادی RF در ۵ نفر مثبت (۱۰۰ درصد) و یک نفر مثبت نشده بود. میانگین فعالیت بیماری بر اساس DAS-28 در ۴ بیمار از ۶ بیمار برابر با ۳٫۷۳ بود.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه میزان شیوع واسکولیت روماتوئیدی ۱/۳ درصد برآورد شده است و از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین واسکولیت روماتوئیدی و وجود ندول روماتوئیدی، مصرف سیگار، وجود اتوانتی‌بادی RF و Anti CCP وجود نداشت. این امر می‌تواند ناشی از حجم کم نمونه در گروه واسکولیتی باشد **کلیدواژه‌ها:** بیماری روماتوئید، واسکولیت روماتوئیدی

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و دوم، شماره یازدهم، ص ۸۳۰-۸۲۴، بهمن ۱۴۰۰

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه داخلی، تلفن: ۰۹۱۴۳۲۰۰۸۳۳

Email: asadzadeh_mina81@yahoo.com

مقدمه

درگیری مفصلی در این بیماران به صورت پلی آرتریت التهابی تخریبی فرینه و شروع علائم به صورت خشکی صبحگاهی، درد و تورم مفاصل کوچک دست‌ها به صورت فرینه هست (۳). پروسه التهابی می‌تواند سایر ارگان‌ها را نیز درگیر کرده و منجر به تظاهرات خارج مفصلی شود (۲). تظاهرات خارج مفصلی شامل علائم سرشتی (مثل خستگی، کاهش وزن و تب خفیف)، درگیری پوست، سیستم

بیماری روماتوئید یک بیماری سیستمیک مزمن با علت ناشناخته است (۲) شیوع بیماری روماتوئید در جهان ۱ درصد (۴) و در مطالعه‌ی کوپکورد انجام‌شده در ایران در جمعیت ایران ۰٫۳۷ درصد برآورد شده است (۵، ۶). این مطالعات نشان می‌دهند که شیوع بیماری روماتوئید در ایران کمتر از کشورهای غربی است (۶).

^۱ دانشیار روماتولوژی، گروه داخلی دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات روماتولوژی، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۲ دستیار فوق تخصصی روماتولوژی، گروه داخلی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی دانشکده بهداشت، پژوهشکده فناوری‌های سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

روماتوئیدی مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان شریعتی بررسی کنیم.

مواد و روش کار

در این مطالعه مقطعی پرونده ۴۶۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید (بر اساس معیار ACR 1987 و ACR 2010) که در طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۸ به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان شریعتی مراجعه کرده‌اند مورد مطالعه قرار گرفت. بیماران به دو گروه با درگیری واسکولیت روماتوئیدی و غیر واسکولیتی تقسیم شدند. معیار واسکولیت بر اساس معیار Scot and Bacon (1983) می‌باشد. هر دو گروه از نظر جنس، وجود ندول روماتوئیدی، مصرف سیگار، وجود آنتی‌بادی RF و Anti CCP مورد مقایسه قرار گرفتند. گروه واسکولیتی از نظر طول مدت بیماری، واکنشگرهای فاز حاد CRP و ESR، فعالیت بیماری بر اساس DAS-28 مورد ارزیابی جداگانه قرار گرفتند.

اطلاعات لازم در Master Sheet جمع‌آوری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 22 و با بهره‌گیری از شاخص‌های آمار توصیفی، کلیه متغیرهای مورد مطالعه توصیف شده و سپس با استفاده از آزمون کای-اسکور و یا آزمون دقیق فیشر ارتباط سنجی بین متغیرها صورت گرفت. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌های آماری ۰،۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۶۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید وارد مطالعه شدند. در گروه بیماران بدون واسکولیت روماتوئیدی متوسط سن بیماران در زمان تشخیص ۵۴،۹۵ سال بود. از این تعداد ۳۷۱ نفر (۸۱،۷ درصد) زن و ۸۳ نفر (۱۸،۲ درصد) مرد بودند. ۴۱ نفر از بیماران (۹،۳ درصد) سیگاری بودند. از نظر وضعیت سرولوژی، ۲۳۹ نفر از ۳۱۵ نفری که اطلاعات آن‌ها در پرونده ثبت شده بود (۷۵/۸ درصد) فاکتور روماتوئیدی (RF) مثبت داشتند و ۱۵۹ نفر از ۲۵۳ نفری که از نظر وجود آنتی‌بادی Anti CCP در پرونده ثبت شده بودند (۶۲/۸ درصد)، آنتی‌بادی مثبت بودند. سه نفر از بیماران (۰،۶ درصد) ندول روماتوئیدی داشتند.

خونی، اختلالات کبدی، درگیری ریوی، اختلالات سیستم عصبی، درگیری عضلانی، بیماری قلبی، درگیری چشمی، اختلالات کلیوی و آمیلوئیدوزیس در ۴۰ درصد بیماران اتفاق می‌افتد (۴) که در حدود ۱۵ درصد موارد می‌تواند شدید باشد (۲). بروز تظاهرات خارج مفصلی، میزان مرگ‌ومیر را تا ۵ برابر افزایش می‌دهد (۲). واسکولیت روماتوئیدی یک اختلال نسبتاً نادر خارج مفصلی با بروز سالانه ۳/۹ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و پیش‌آگهی ضعیف می‌باشد (۷) که در حدود ۱ تا ۵ درصد بیماران روماتوئیدی اتفاق می‌افتد (۱۲). شایع‌ترین ارگان درگیر، پوست و سیستم عصبی محیطی می‌باشد ولی هر ارگانی می‌تواند درگیر شود (۹). علائم بالینی شامل ایسکمی انگشت، زخم جلدی عمیق، پتشی پورپورا، گانگرن محیطی، مونونوریت مولتیپلکس، نوروپاتی قرینه حسی و درگیری التهابی چشم و انفارکت احشا می‌باشد (۱۳، ۱۲). مرگ‌ومیر ناشی از واسکولیت روماتوئیدی به محل و ارگان درگیر بستگی دارد (۱۰). در حدود ۴۰ درصد بیماران واسکولیت روماتوئیدی، به دلیل آسیب واسکولیتی یا عوارض درمان در طی ۵ سال فوت می‌کنند (۱۳). ریسک فاکتورهای بالینی ابتلا به واسکولیت روماتوئیدی شامل: بیماری طول کشیده، جنس مذکر، مصرف سیگار، RF بالا و ندول‌های روماتوئیدی می‌باشد (۳، ۸، ۱۳). درحالی‌که در اکثر مطالعات بیماری طول کشیده به‌عنوان ریسک فاکتور در نظر گرفته شده است در مطالعه موردی چاپ‌شده در سال ۲۰۱۹ توسط دکتر انور و همکارانشان واسکولیت روماتوئیدی به‌عنوان اولین تظاهرات بیماری بوده است (۹). از جمله فاکتورهای ژنتیکی مستعد کننده شامل HLA-DRB1، HLA-C03 (۸، ۳) و PTPN22 (۱۲) می‌باشد. مطالعات اخیر همراهی بین پلی مورفیسم ژنی و منطقه پیش‌ران ژنی سنتز نیتریک اکساید سلول اندوتلیال را با واسکولیت روماتوئیدی نشان داده است (۱۲).

با توجه به پیش‌آگهی ضعیف واسکولیت روماتوئیدی و وابسته بودن آن به عوامل ژنتیکی و فاکتورهای محیطی و بالینی که خود آن‌ها نیز متأثر از ژنتیک و نژاد و منطقه جغرافیایی است و اینکه در جستجوی ما مطالعه مشابهی مشاهده نگردید بر آن شدیم تا شیوع واسکولیت روماتوئیدی و ریسک فاکتورهای آن را در بیماران

جدول (۱): اطلاعات پایه ۴۵۴ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید

آیتم‌ها	ویژگی‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
	سن (سال)	۵۴/۹۵	۱۲/۶۱	غیر کاربردی
مصرف سیگار	بلی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۴۱/۴۵۴ (۹/۰۳)
	خیر	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۴۱۳/۴۵۴ (۹۰/۹۶)
جنسیت	مرد	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۸۳/۴۵۴ (۱۸/۲۸)

زنی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	تعداد (درصد)
منفی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۹۴/۲۵۳ (۳۷/۱۵)
مثبت	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۱۵۹/۲۵۳ (۶۲/۸۴)
منفی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۷۶/۳۱۵ (۲۴/۱۲)
مثبت	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۲۳۹/۳۱۵ (۷۵/۸۷)
خیر	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۴۵۱/۴۵۴ (۹۹/۳۳)
بلی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۳/۴۵۴ (۰/۱۶۶)

آنتی بادی Anti CCP مثبت داشتند، یک نفر از نظر آنتی بادی Anti CCP منفی بود و اطلاعات یک نفر ثبت نشده بود. در ۴ نفر از ۵ بیمار (۸۰ درصد) که اطلاعات آن‌ها در پرونده ثبت شده بود هم‌زمان هر دو آنتی بادی مثبت بود. در این مطالعه میانگین ESR و CRP بیماران واسکولیت روماتوئیدی به ترتیب ۶۳mm/h و ۳۷mg/L بود. در این مطالعه هیچ کدام از بیماران ندول روماتوئیدی نداشتند از بین شش بیمار مبتلا به واسکولیت روماتوئیدی در این مطالعه، فقط یک بیمار سیگار مصرف می‌کرد (۱۶،۷ درصد).

از بین ۴۶۰ بیمار آرتریت روماتوئید ۶ نفر (۱،۳ درصد) واسکولیت روماتوئیدی داشتند. از ۶ بیمار، ۳ بیمار مونونوریت مولتیپلکس (۵۰ درصد)، ۲ بیمار اسکلیت (۳۳ درصد) و یک بیمار واسکولیت پوستی (۱۶/۶ درصد) داشتند. سن متوسط بیماران در زمان بروز واسکولیت ۴۶،۱۶ سال بود. از این تعداد سه نفر مرد (۵۰ درصد) و سه نفر جنس مؤنث (۵۰ درصد) بودند. متوسط طول مدت ابتلا به بیماری در زمان تشخیص واسکولیت، ۱۲،۸۳ سال بود. از نظر سرولوژی، ۵ بیمار (۱۰۰ درصد) آنتی بادی RF مثبت داشتند و اطلاعات یک بیمار در پرونده ثبت نشده بود. ۴ بیمار (۸۰ درصد)

جدول (۲): مشخصات پایه و فعالیت بیماری و آزمایش‌های بیماران مبتلا به واسکولیت روماتوئیدی

ویژگی‌ها	ویژگی‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد (درصد)
سن بیمار در زمان تشخیص آرتریت روماتوئید	سال	۳۳/۳۳	۱۰/۱۳	غیر کاربردی
سن بیمار در زمان تشخیص	سال	۴۶/۱۶	۷/۲۵	غیر کاربردی
مدت زمان بیماری	سال	۱۲/۸۳	۷/۹۳	غیر کاربردی
مصرف سیگار	بلی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۱/۶ (۰/۱۶۶۶)
	خیر	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۵/۶ (۰/۸۳۳۳)
جنسیت	مرد	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۳/۶ (۰/۵۰)
	زن	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۳/۶ (۰/۵۰)
آنتی بادی CCP+	منفی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۴/۵ (۰/۸۰)
	مثبت	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۱/۵ (۰/۲۰)
آنتی بادی RF	منفی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۵/۵ (۰/۱۰۰)
	مثبت	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۰/۵ (۰/۱۰۰)
ندول جلدی روماتوئید	بلی	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۰
	خیر	غیر کاربردی	غیر کاربردی	۶/۶ (۰/۱۰۰)
ESR	میلی متر بر ساعت (mm/h)	۶۳/۱۶	۴۸/۹۳	غیر کاربردی
CRP	میلی گرم در لیتر (mg/l)	۳۷/۰	۴۱/۴۴	غیر کاربردی
فعالیت بیماری (DAS28)		۳/۷۳	۱/۹۸	غیر کاربردی

($P>0.05$). از نظر مصرف سیگار نیز ارتباط معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($P>0.05$) و دو گروه تفاوت معناداری از نظر سرولوژی RF و Anti CCP نداشتند ($P>0.05$).

در مجموع ارتباط معنی‌داری از نظر وجود ندول روماتوئیدی بین افراد دارای واسکولیت روماتوئیدی و بدون واسکولیت وجود نداشت.

جدول (۳): مقایسه آماری اطلاعات بین بیماران آرتریت روماتوئیدی مبتلا به واسکولیت روماتوئیدی و بدون واسکولیت روماتوئیدی

آیتم‌ها	سطح	واسکولیت	غیر واسکولیت	p-value
مصرف سیگار	بلی	۱/۶ (۱۶/۶۶)	۴۱/۴۵۴ (۹/۰۳)	.۵۰۷
	خیر	۵/۶ (۸۳/۳۳)	۴۱۳/۴۵۴ (۹۰/۹۶)	
جنسیت	مرد	۳/۶ (۵۰)	۸۳/۴۵۴ (۱۸/۲۸)	.۰۵۱
	زن	۳/۶ (۵۰)	۳۷۱/۴۵۴ (۸۱/۷۱)	
آنتی‌بادی CCP+	منفی	۴/۵ (۸۰)	۹۴/۲۵۳ (۳۷/۱۵)	.۴۳۰
	مثبت	۱/۵ (۲۰)	۱۵۹/۲۵۳ (۶۲/۸۴)	
آنتی‌بادی RF	منفی	۵/۵ (۱۰۰)	۷۶/۳۱۵ (۲۴/۱۲)	.۲۰۸
	مثبت	۰/۵ (۱۰۰)	۲۳۹/۳۱۵ (۷۵/۸۷)	
ندول جلدی روماتوئید	خیر	۰	۴۵۱/۴۵۴ (۹۹/۳۳)	.۱۴۹
	بلی	۶/۶ (۱۰۰)	۳/۴۵۴ (۰/۶۶)	

بحث و نتیجه‌گیری

دکتر مارچلا پرتی عنوان شده است که میزان تظاهرات خارج مفصلی شدید در حال کاهش می‌باشد (۱۲) و دکتر تاساکی و همکارانشان در سال ۲۰۱۰ نیز به این نتیجه رسیده‌اند که بروز بیماری واسکولیت روماتوئیدی در ۴۰ سال گذشته به‌طور چشمگیری کاهش داشته ولی هنوز پیش‌آگهی بیماری ضعیف است (۷).

در این مطالعه از ۶ بیمار مبتلا به روماتوئیدی، ۳ بیمار مونونوریت مولتیپلکس (۵۰ درصد)، ۲ بیمار اسکلریت (۳۳ درصد) و یک بیمار واسکولیت پوستی (۱۶،۶ درصد) داشتند. در حالیکه در مطالعه دکتر ماکول واسکولیت جلدی و نوروپاتی واسکولیتی به ترتیب شایع‌ترین بودند (۱۳). و در مطالعه دکتر مارچلا پرتی ۹۰ درصد بیماران واسکولیت روماتوئیدی، واسکولیت جلدی داشتند و ۴۰ درصد ضایعات اعصاب محیطی مثل مونونوریت مولتیپلکس داشتند (۱۲). سن متوسط بیماران در زمان بروز واسکولیت ۴۶،۱۶ سال بود. در مطالعه دکتر تاساکی متوسط سن در زمان واسکولیت ۶۸،۸ سال بود (۷).

در گروه بیماران غیر واسکولیتی از تعداد ۴۵۴ بیمار، ۳۷۱ نفر (۸۱،۷ درصد) زن و ۸۳ نفر (۱۸،۲ درصد) مرد بودند و از تعداد کل افراد مبتلا به واسکولیت سه نفر مرد (۵۰ درصد) و سه نفر جنس مؤنث (۵۰ درصد) بودند که از نظر جنسی ارجحیت خاصی در گروه واسکولیتی وجود نداشت و تفاوت در دو گروه معنی‌دار نبود ($P>0.05$)، که منطبق بر مطالعه دکتر مارچلا پرتی در سال ۲۰۱۱

آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن التهابی با علت ناشناخته و شیوع ۵، ۰ درصد-۱ درصد در جهان (۳) و شیوع تقریبی ۰،۳۷ درصد در ایران (۵، ۶) می‌باشد. این بیماری با پلی آرتریت قرینه محیطی مشخص می‌شود و از آنجاکه یک بیماری سیستمیک است می‌تواند موجب پیدایش بسیاری از تظاهرات خارج مفصلی از قبیل خستگی، ندول زیرجلدی، درگیری ریه، پریکاردیت، واسکولیت و... شود (۴). شروع بیماری اغلب با درگیری مفاصل کوچک دست می‌باشد ولی در موارد نادری می‌تواند با تظاهرات خارج مفصلی مثل واسکولیت شروع شود (۹). درگیری خارج مفصلی در ۵۰ درصد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در طول بیماری مشاهده می‌شود (۳) که در ۱۵ درصد موارد می‌تواند شدید باشد (۲). میزان مرگومیر در افراد مبتلا به تظاهرات خارج مفصلی نسبت به افرادی که فاقد آن می‌باشند دو برابر بیشتر است (۳). دکتر کوریاما و همکارانشان افزایش مرگومیر در تظاهرات خارج مفصلی را تا ۵ برابر ذکر کرده‌اند (۲). واسکولیت روماتوئیدی با درگیری عروق کوچک و متوسط، یکی از تظاهرات خارج مفصلی نادر در حدود ۱ درصد-۵ درصد (۱۲) اما با مورتالیتی قابل توجه در حد ۲۶ درصد-۵۰ درصد می‌باشد (۳). باوجود بهبود کنترل بیماری روماتوئید طی دو دهه اخیر، ریسک پیامدهای شدید مثل واسکولیت ممکن است کاهش یابد (۸). شیوع واسکولیت روماتوئیدی در مطالعه ما ۱/۳ درصد می‌باشد. در مطالعه

از تعداد ۴۵۴ بیمار ۴۱ نفر (۹/۰۳ درصد) سیگاری بودند و در گروه بیماران واسکولیتی از بین شش بیمار مبتلا فقط یک بیمار سیگار مصرف می‌کرد (۱۶،۷ درصد)، که با $P > 0.05$ از نظر آماری معنی‌دار نبود و این برخلاف یافته‌های مطالعات دیگر بود. در مطالعه دکتر ماکول میزان مصرف سیگار در بیماران واسکولیت روماتوئیدی ۴۰ درصد ذکر شده است (۱۳) و در مطالعه دکتر مارچلا پرتی یک‌سوم بیماران واسکولیتی سیگاری بودند (۱۲).

در مطالعه دکتر ماکول در سال ۲۰۱۴، ۴۴ درصد بیماران مبتلا به واسکولیت روماتوئیدی، ندول داشتند (۱۳) و ندول روماتوئیدی یکی از ریسک فاکتورهای بروز واسکولیت روماتوئیدی ذکر شده است (۳). در این مطالعه هیچ‌کدام از بیماران ندول روماتوئیدی نداشتند.

یکی از معیارهای فعالیت بیماری اندکس DAS-28 می‌باشد که بر اساس وجود مفاصل متورم و تندر و میزان ESR و نیز میزان شدت بیماری از نظر خود فرد درجه‌بندی می‌شود. در این مطالعه میزان متوسط DAS-28 برابر با ۳،۷۳ بود.

در این مطالعه میزان شیوع واسکولیت روماتوئیدی ۱/۳ درصد برآورد شده است و از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین واسکولیت روماتوئیدی و وجود ندول روماتوئیدی، مصرف سیگار، وجود اتوانتی‌بادی RF و Anti CCP وجود نداشت که این امر می‌تواند ناشی از حجم کم نمونه در گروه واسکولیتی باشد.

پیشنهادات

با توجه به کاهش شیوع واسکولیت روماتوئیدی در دنیا، در این مطالعه نیز، شیوع واسکولیت روماتوئیدی در حد ۱،۳ درصد بود. یکی از عوامل مؤثر در کاهش شیوع آن می‌تواند مراجعه و درمان به‌موقع بیماران نسبت به سال‌های قبل و تجویز کورتیکواستروئید به‌عنوان پروتکل درمانی از بدو مراجعه و استفاده مناسب از DMARD و داروهای بیولوژیک باشد که باعث کنترل التهاب و نتیجتاً کاهش عوارض بیماری شده است. جهت بررسی دقیق‌تر این موضع نیازمند مطالعه گسترده‌تر به‌صورت مولتی سنتر و آینده‌نگر می‌باشیم

تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد.

می‌باشد که عنوان شده هیچ ارجحیت جنسی وجود ندارد (۱۲). اما در مطالعه دکتر ماکول و همکارانشان در سال ۲۰۱۴ ارجحیت نسبی به نفع درگیری بیشتر در زنان (۵۸ درصد) بود و برعکس، رفرنس‌های روماتولوژی، جنس مذکر را به‌عنوان ریسک فاکتور ذکر کرده و شیوع بالاتر در مردان را متذکر شده‌اند (۳).

در این مطالعه متوسط طول مدت ابتلا به بیماری در زمان تشخیص واسکولیت، ۱۲،۸۳ سال بود. در مطالعه تاتساکي ۱۵،۶ سال (۷) و در مطالعه دکتر ماکول ۱۰،۸ سال گزارش شده است (۱۳). برخلاف مطالعات فوق، دکتر مارچلا پرتی در مطالعه سال ۲۰۱۱ نشان داد، ارتباطی بین طول مدت بیماری و درگیری خارج مفصلی در بیماران روماتوئید وجود ندارد (۱۲). بطوریکه دکتر انور و همکارانشان نیز در سال ۲۰۱۹ گزارشی از واسکولیت به‌عنوان اولین پوزانتاسیون بیماری روماتوئید ارائه دادند (۹).

از نظر وضعیت سرولوژی، ۲۳۹ نفر از ۳۱۵ نفری که اطلاعات آن‌ها در پرونده ثبت شده بود (۷۵/۸ درصد) فاکتور روماتوئیدی (RF) مثبت داشتند و ۱۵۹ نفر از ۲۵۳ نفری که از نظر وجود آنتی‌بادی Anti CCP در پرونده ثبت شده بودند (۶۲/۸ درصد)، آنتی‌بادی مثبت بودند. در گروه بیماران واسکولیتی، ۵ بیمار (۱۰۰ درصد) آنتی‌بادی RF مثبت داشتند و ۴ بیمار (۸۰ درصد) آنتی‌بادی Anti CCP مثبت داشتند. طی آنالیز آماری این دو گروه تفاوت معناداری از نظر وضعیت اتوانتی‌بادی‌ها نداشتند ($P > 0.05$). در مطالعه دکتر ماکول ۶۷ درصد بیماران واسکولیتی RF مثبت و ۲۹ درصد آن‌ها Anti CCP مثبت بودند، ولی در مطالعه دیگری ۹۳ درصد بیماران واسکولیتی Anti CCP مثبت بودند و در مقابل ۷۳ درصد بیماران غیر واسکولیتی فاکتور روماتوئیدی مثبت داشتند (۱۳). در این مطالعه با توجه به اینکه تمام داده‌ها بر اساس عدد نبود، قادر به محاسبه میانگین فاکتور روماتوئید و Anti CCP نبودیم.

واکنشگرهای غیراختصاصی التهاب مانند ESR و CRP، در بیماری‌های التهابی سیستمیک من‌جمله بیماری روماتوئید افزایش می‌یابد (۴). در این مطالعه ۵ بیمار ESR بالاتر از نرمال (۸۳/۳۳ درصد) داشت و CRP در تمام بیماران (۱۰۰ درصد) غیرطبیعی بود. در این مطالعه میانگین ESR و CRP بیماران واسکولیت روماتوئیدی به ترتیب ۶۳ mm/h و ۳۷ mg/L بود. در مطالعه دکتر ماکول ESR در ۶۹ درصد بیماران و CRP در ۲۹ درصد بیماران بالاتر از حد طبیعی بود (۱۳ درصد).

References:

1. Watts RA, Mooney J, Lane SE, Scott DG. Rheumatoid vasculitis: becoming extinct? *Rheumatology* 2004;43(7): 920-3.
2. Moura MC, Zakszewski PT, Silva MB, Skare TL. Epidemiological profile of patients with extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis from the city of Curitiba, south of Brazil. *Rev Bras Reumatol* 2012;52(5): 679-94.
3. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. Kelley and Firestein's textbook of rheumatology. Elsevier Health Sciences; 2016.
4. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, Gravallese EM, editors. *Rheumatology*. 7th edition. Elsevier; 2018. 6189 p.
5. Davatchi F, Sandoughi M, Moghimi N, Jamshidi AR, Tehrani Banihashemi A, Zakeri Z, et al. Epidemiology of rheumatic diseases in Iran from analysis of four COPCORD studies. *Int J Rheum Dis* 2016; 19: 1056–62
6. Jamshidi AR, Tehrani Banihashemi A, Roknsharifi Masoumeh Akhlaghi SH, Salimzadeh A, Davatchi F. Estimating the prevalence and disease characteristics of rheumatoid arthritis in Tehran: A WHO -ILAR COPCORD Study (from Iran COPCORD study, Urban Study stage 1). *MJIRI* 2013; 28: 9.
7. Ntatsaki E, Mooney J, Scott DG, Watts RA. Systemic rheumatoid vasculitis in the era of modern immunosuppressive therapy. *Rheumatology* 2014;53: 145-52.
8. Turesson C, Matteson EL. Vasculitis in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2009; 21: 35–40.
9. Anwar MM, Tariq EF, Khan U, Zaheer M, Ijaz SH. Rheumatoid Vasculitis: Is It Always a Late Manifestation of Rheumatoid Arthritis? *Cureus* 2019; 11(9): e5790.
10. Bély M, Apáthy Á. Diagnosis of Systemic Vasculitis of Autoimmune Origin in Rheumatoid Arthritis: Biopsy of Skeletal Muscle in Combination with Sural Nerve is Optimal - A Postmortem Clinicopathologic Study of 161 Patients. *EC Cardiology* 2018;5: 17-25.
11. Bartels C, Bell C, Rosenthal A, Shinki K, Bridges A. Decline in Rheumatoid Vasculitis Prevalence Among US Veterans. *Arthritis Rheum* 2009;60(9): 2553-7.
12. Prete M, Racanelli V, Digiglio L, Vacca A, Dammacco F, Perosa F. Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis: An update. *Autoimmun Rev* 2011;11(2): 123-31.
13. Makol A, Crowson CS, Wetter DA, Sokumbi O, Matteson EL, Warrington KJ. Vasculitis associated with rheumatoid arthritis: a casecontrol study. *Rheumatology* 2014;53: 890-9.
14. Ramos M, Mandybur TI. Cerebral Vasculitis in Rheumatoid Arthritis. *Arch Neuro* 1975; 32(4): 271-5.
15. Bely M, Apathy A. Systemic Vasculitis in Various Organs of 33 Rheumatoid Arthritis and 11 Progressive Systemic Sclerosis Patients – A Comparative Postmortem Study. *J Clin Trial Cardiol* 2015; 2(2): 1-9.

THE PREVALENCE OF RHEUMATOID VASCULITIS AND ITS RISK FACTORS IN RHEUMATOID PATIENTS OF RHEUMATOLOGY CLINIC OF SHARIATI HOSPITAL FROM 2009-2019

Masoomeh Akhlaghi¹, Mina Asadzadeh², Shayan Mostafaei³

Received: 09 January, 2021; Accepted: 07 May, 2022

Abstract

Background & Aims: Rheumatoid disease is a systemic inflammatory disease with an unknown cause that in addition to joint involvement can have extra-articular manifestations with involvement of any organ. The presence of extra-articular manifestations is associated with poor prognosis and increased mortality. Risk factors for rheumatoid vasculitis include the duration of disease, the presence of rheumatoid nodules, smoking, RF with high titers, and genetic predisposition. Given that no study in Iran has analyzed the prevalence of rheumatoid vasculitis and its risk factors and the fact that the incidence of the disease can be controlled by understanding the changeable risk factors, this study was conducted.

Materials & Methods: 460 patients with rheumatoid arthritis were studied and individuals with rheumatoid vasculitis were identified. Both groups were examined and analyzed in terms of sex, smoking, rheumatoid nodules, RF antibodies, and Anti CCP. Their relationship was assessed by Fisher's exact test or Ka-score. In addition, vasculitis group was evaluated for disease activity based on DAS-28 and acute phase reactants.

Results: Out of 460 patients, 6 patients (1.3%) had rheumatoid vasculitis (3 males and 3 females). The mean duration of the disease at the time of vasculitis was 12.83 years. Of these 6 patients, 3 had mononeuritis multiplex (50%), 2 had scleritis (33%), and one had cutaneous vasculitis (16.6%). None of the patients had subcutaneous nodules. One patient was smoker (16.7%). The mean ESR in vasculitis subjects was 63.16 mm / h and the mean CRP was 37.0 mg / L. Anti CCP antibody was positive in 4 patients (80%) and negative in one patient. RF antibody was positive in 5 patients (100%) and one was not registered. The mean disease activity based on DAS-28 in 4 patients out of 6 patients was 3.73.

Conclusion: In this study, the prevalence of rheumatoid vasculitis was estimated to be 1.3% and there was no statistically significant relationship between rheumatoid vasculitis and the presence of rheumatoid nodules, smoking, RF autoantibodies and Anti CCP. This result could be due to the low volume of the sample in the vasculitis group.

Keywords: Rheumatoid arthritis, rheumatoid vasculitis

Address: Rheumatology research center, shariati hospital, Tehran university of medical sciences,

Tel: +989143200833

Email: asadzadeh_mina81@yahoo.com

SOURCE: STUD MED SCI 2022: 32(11): 830 ISSN: 2717-008X

Copyright © 2022 Studies in Medical Sciences

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Associate Professor of Rheumatology, Internal Medicine Department, School of Medicine, Rheumatology Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Iran

² Resident of Rheumatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Biostatistics, Department of Statistics, School of Health, Institute of Health Technologies, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran