

تخریب مفصل میچ پا پس از تزریق مکرر کورتیکواستروئید

(گزارش یک مورد)

دکتر حمیدرضا یزدی^(۱)

Ankle Joint Destruction Following Repeated Intra-Articular Steroid Injection (Report of One Case)

Hamidreza Yazdi, MD
Iran University of Medical Sciences

خلاصه

کورتیکواستروئیدها به صورت موضعی و سیستمیک در بیماران ارتوپدی استفاده می‌شوند. استفاده نادرست این داروها به هر روش، با عوارضی همراه است. در این مطالعه بیماری که دنبال تزریق مکرر کورتیکواستروئید دچار تخریب مفصل میچ پا شد، معرفی می‌شود. واژه‌های کلیدی: مفصل میچ پا، آرتروپاتی، کورتیکواستروئید، تزریق داخل مفصلی، تخریب مفصل

Abstract

Corticosteroids can be used in orthopaedic patients in either local or systemic ways. These drugs have some complications that are seen in both local and systemic usage. In this study we report a case of ankle joint destruction due to repeated local corticosteroid injection.

Keywords: Ankle joint; Arthropathy; Corticosteroid; Injections, intra-articular; Joint destruction

دریافت مقاله: ۱۲ ماه قبل از چاپ | مراحل اصلاح و بازنگری: ۲ بار | پذیرش مقاله: ۵ ماه قبل از چاپ

مقدمه

داروهای کورتیکواستروئیدی برای درمان بعضی از بیماران ارتوپدی استفاده می‌شود. این داروها به صورت عمومی یا موضعی قابل استفاده هستند^(۱). مصرف نادرست کورتیکواستروئیدها به هر روش همراه با عوارض می‌باشد^(۶-۱). در منابع موجود گزارش‌های اندکی در مورد عوارض تزریق موضعی این داروها عنوان شده است. در این گزارش، بیماری که به دنبال تزریق‌های مکرر در میچ پا دچار تخریب شدید مفصل و تغییر شکل اندام شده، معرفی می‌گردد.

گزارش مورد

مرد ۷۱ ساله با تغییر شکل شدید میچ پای راست به بیمارستان مراجعه کرد. پای بیمار کاملاً به سمت داخل چرخیده،

قوزک خارجی در تماس با زمین قرار داشت و در حال زخم شدن بود (شکل ۱). بیمار درد واضحی در میچ پا نداشت و فقط به دلیل تغییر شکل شدید آن مراجعه کرده بود. وی در شرح حال بیان کرد که از مدت‌ها قبل دچار درد هر دو میچ بود و پس از پرتونگاری مفاصل مذکور تشخیص آرتروز داده شد. حدود یک سال قبل چهار نوبت تزریق کورتیکواستروئید به فاصله یک ماه در سمت راست توسط یک پزشک انجام شده و در سمت مقابل فقط یک تزریق صورت گرفته بود. پس از آخرین تزریق، به تدریج دچار انحراف میچ پا شده و در مدت ۶ ماه به شدت پیشرفت کرده بود. بیمار سابقه ضربه به میچ پا، بیماری قند، اختلالات عصبی و غددی نداشت.

در معاینه عمومی مشکل خاصی مشاهده نشد و به جز فشار خون بالا، سایر علائم حیاتی طبیعی بود. بررسی حسی و حرکتی اندام‌ها مشکلی نداشت. میچ پای بیمار به شدت به طرف داخل

(۱): ارتوپد، دانشگاه علوم پزشکی ایران
محل انجام تحقیق: تهران، بیمارستان شفاپایان
نشانی نویسنده رابط: تهران، میدان بهارستان، خیابان مجاهدین اسلام، بیمارستان شفاپایان
دکتر حمیدرضا یزدی
E-mail: dr.yazdi88@yahoo.com

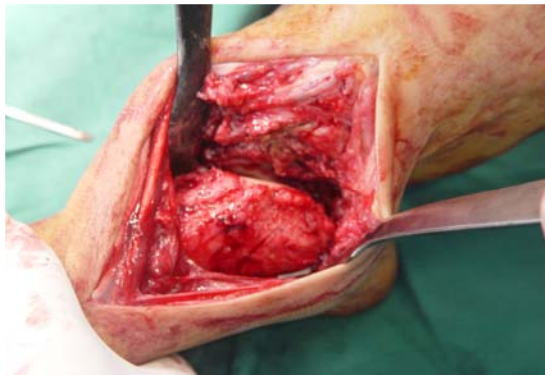


شکل ۲. پرتونگاری میچ پا هنگام مراجعه



شکل ۱. اندام بیمار هنگام مراجعه

مفصل گرفته شد، لذا بیمار به اتاق عمل رفت و پس از بیهوشی عمومی با رویکرد جلویی، مفصل باز شد. پرده مفصلی مختصری افزایش حجم داشت. غضروف کاملاً تخریب، قوزک داخلی از محل جدا و به طرف بالا جابه‌جا شده بود (شکل ۳).



شکل ۳. وضعیت سطوح مفصلی هنگام عمل

مفصل تمیز و شستشو داده شد و نمونه جهت بررسی‌های آسیب‌شناسی ارسال گردید. شکل سطح مفصلی اصلاح شد. میچ پا جهت خشک کردن در وضعیت مناسب قرار داده شده و با پیچ ثابت گردید.

بعد از عمل جراحی بیمار به کمک دو عصا و بدون تحمل وزن به مدت چهار هفته با گچ بلند و چهار هفته با گچ کوتاه راه

چرخیده و دامنه حرکتی مفصل کاهش یافته بود. قوزک داخلی در محل خود لمس نمی‌شد و مفصل کاملاً ناپایدار بود. قوزک خارجی برجسته و در تماس با زمین و پوست روی آن متورم و ضخیم شده بود.

پرتونگاری به عمل آمده از میچ پای راست، تخریب شدید مفصل همراه با تغییر شکل میچ پا به صورت انحراف به طرف داخل، کنده شدن قوزک داخلی و جابه‌جا شدن آن به طرف بالا و پوکی موضعی را نشان داد (شکل ۲). در سمت چپ نیز علایم آرتروز مفصل مشهود بود.

جهت بررسی از نظر احتمال وجود مفصل شارکو، ام‌آر‌آی ستون فقرات انجام شد که فقط مختصری تنگی کانال ستون فقرات کمری را نشان داد.

بررسی حسی-حرکتی اندام نیز صورت گرفت و نتایج طبیعی بود. شمارش گلبول‌های سفید و سرعت سدیمان جریان خون طبیعی و نتایج بررسی سل مفصلی، تب مالت و سایر بیماری‌های عفونی منفی بود.

با توجه به شرح حال و معاینه بیمار، تزریق مکرر کورتیکواستروئید، علت تخریب مفصل و تغییر شکل شدید اندام بود و بیمار به دلیل ناتوانی و اختلال عملکرد تحت درمان قرار گرفت.

تعویض مفصل، مناسب‌ترین اقدام درمانی برای درگیری دوطرفه مفصل میچ پا است^(۷) ولی به دلیل تخریب وسیع، ناپایداری شدید و نبود امکانات کافی، تصمیم به خشک کردن

مورد مواد غیر محلول در آب این زمان طولانی تر است^(۲). علاوه بر نوع دارو، میزان و روش تزریق نیز بسیار اهمیت دارد^(۲،۶).

اگرچه تزریق موضعی این داروها موجب کاهش درد و تورم می‌گردد اما مشکلات و عوارضی دارد مثل تأثیر زیان‌آور عمومی در بدن، ضعف یا پارگی تاندون، لاغری عضله و بافت چربی، تغییر رنگ پوست، عفونت، آسیب عناصر حیاتی مجاور، ناپایداری مفصل، گر گرفتگی صورت، حساسیت به دارو، سندروم تشدید علائم بعد از تزریق و نیز آسیب و تخریب مفصلی و نکروز آوسکولار استخوان‌های مجاور^(۱-۶).

شایع‌ترین عارضه تزریق دارو، تشدید علائم در طی چند ساعت اول است^(۲). شدیدترین عارضه تزریق داخل مفصلی این ترکیبات، ایجاد ناپایداری است^(۳). لذا توصیه شده، به‌ویژه در مفاصل تحمل‌کننده وزن، بیش از سه یا چهار تزریق در سال انجام نشود^(۱-۳). حتی برخی معتقدند که فواصل تزریق مفصلی کمتر از چهار تا شش ماه نباشد^(۴،۵) و در اندام تحتانی تا دو هفته ورزش و به‌خصوص دویدن منع شود^(۱).

ایجاد علائم شبیه به شارکو از دیگر عوارض تزریق مفصلی است^(۱). یکی دیگر از اثرات کورتیکواستروئیدها تخریب غضروف مفصلی است^(۱-۵). این عارضه با تکرار تزریق، افزایش میزان دارو، نوع دارو، عدم حمایت از مفصل (به‌خصوص دویدن) و در سنین جوان‌تر تشدید می‌شوند^(۱-۳).

«برانت» یک مورد تخریب مفصل گیجگاهی-فکی در اثر دو بار تزریق تریامسینولون به میزان ۴۰ میلی‌گرم را گزارش کرد^(۴). وی معتقد بود این عارضه به علت استفاده از مقدار زیاد دارو و نیز کورتیکواستروئید کمتر محلول در آب، به‌وجود می‌آید و پیشنهاد نمود در مفاصل کوچک، در صورت نیاز مبرم به تزریق، حداکثر تا ۱۰ میلی‌گرم و از ترکیبات محلول در آب استفاده گردد^(۴).

در بیمار گزارش حاضر، هر چند تصاویر پرتونگاری احتمال مفصل شارکو را مطرح می‌کرد، اما بررسی‌های دقیق بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی و پرتونگاری، وجود آن را رد نمود. همچنین گرچه در بررسی‌های آسیب‌شناسی، وجود تغییرات

رفت و سپس گچ باز شد و تحمل وزن به آرامی و به‌کمک عصا، شروع گردید.

جوش خوردگی به‌خوبی پیشرفت کرد (شکل ۴). بیمار درد نداشت، شکل اندام اصلاح شده و بیمار از عمل رضایت کامل داشت. بررسی‌های پاتولوژیک نیز تخریب مفصل و علائم شبیه شارکو را گزارش نمود.



شکل ۴. پرتونگاری مفصل دو ماه پس از عمل جراحی

بحث

از مدت‌ها قبل کورتیکواستروئیدها به اشکال مختلف در کنترل التهاب و در شرایط حاد استفاده شده‌اند^(۸). این داروها به‌شکل موضعی یا عمومی استفاده می‌شوند^(۴) و در هر دو روش دارای عوارض می‌باشند^(۱،۴).

فرم موضعی این داروها در بیماران ارتوپدی به‌صورت تزریق داخل مفصل یا در بافت نرم یا مجاورت برخی عناصر آناتومیک می‌باشد^(۱،۲).

تزریق داخل مفصلی این دارو در مواردی نظیر استئوآرتریت، آرتریت روماتوئید، آرتریت حاد ناشی از ضربه، نفرس و تورم حاد سینوویوم توصیه شده است^(۱،۳،۴).

در آسیب‌های حاد و ناشی از ورزش و التهاب تاندون، بورس و غیره نیز تزریق موضعی پیشنهاد می‌شود^(۱،۲).

اثرات این داروها در مفصل به‌خوبی شناخته شده نیست^(۲). داروهایی که کمتر محلول در آب هستند، حدود چند هفته در مفصل می‌مانند و به‌طور متوسط ۱-۳ هفته طول اثر دارند^(۲). در

لذا با توجه به عوارض متعدد، رعایت احتیاط لازم، قبل و بعد از تزریق موضعی داروها، توصیه می‌شود.

شبهه شارکو عنوان شد ولی براساس آنچه قبلاً نیز ذکر گردید، تأثیر کورتیکواستروئید روی مفصل نیز می‌تواند علایم شبهه به شارکو ایجاد نماید^(۱)؛ بنابراین تخریب مفصل ناشی از تزریق کورتیکواستروئید در این بیمار اثبات می‌شود.

1. Brandt

References

- Gogia PP.** Corticosteroid injections: therapeutic, mechanical and physiological effects. In: Woesser JF, Howell DS, eds. Clinical aspects in orthopaedics. NY: Marcel Dekker; 1993. p 503-8.
- Bell AD, Conaway D.** Corticosteroid injections for painful shoulders. *Int J Clin Pract.* 2005;59(10):1178-86.
- Zuber TJ.** Knee joint aspiration and injection. *Am Fam Physician.* 2002;66(8):1497-500, 1503-4, 1507.
- Brandt KD.** Osteoarthritis. In : Braunwald E, Fauci A, Kasper D, eds. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. NY: McGraw-Hill; 2001. p 1987-94.
- Srinivasan A, Amos M, Webley M.** The effects of joint washout and steroid injection compared with either joint washout or steroid injection alone in rheumatoid knee effusion. *Br J Rheumatol.* 1995;34(8):771-3.
- Schindler C, Paessler L, Eckelt U, Kirch W.** Severe temporomandibular dysfunction and joint destruction after intra-articular injection of triamcinolone. *J Oral Pathol Med.* 2005;34(3):184-6.
- Crockarell JR, Guyton JL.** Arthroplasty of ankle and knee. In: Campbell's Operative Orthopaedics. Canale TS. Editor. 10th ed. Philadelphia: Mosby; 2003. p 243-5.
- Williams GH, Dluhy RG.** Disorders of the adrenal cortex. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DI, eds. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. NY: McGraw- Hill; 2001. p 2084-105.