

سوال شماره ۳ :

بیمار خانم ۵۰ ساله با شکایت سردرد و ضعف هنگام جویدن از ۳ هفته قبل ، که از ۳ روز قبل دچار تاری دید شده است .



- الف - در فوندوسکوپی بیمار چه می بینید ؟
- ب - تشخیص چیست ؟ و چگونه انجام می شود ؟
- ج - درمان رانام ببرید ؟

پاسخ سوال شماره ۳ :

- الف – نوروپاتی اپتیک ایسکمیک قدامی دیده می شود.

(AION) . ادم دیسک اپتیک و هموراژی شعله شمعی (flame-shaped haemorrhage) دیده می شود.

اپتیک نوروپاتی و کاهش بینایی در ارتريت سلول زانت دیده می شود. دیسک اپتیک رنگ پریده و ادماتو می شود. وریدهای رتینال دیلاته می شوند و چندین خونریزی شعله شمعی و نقاطه دانه پنجه ای (cotton wool spot) رویت می شوند.

- ب – تشخیص ارتريت سلول زانت یا ارتريت تمپورال می باشد . (Giant cell arteritis)

- ارتريت تمپورال با کمپلکسی از تب ، انمی ، ESR بالا و سردرد در بیماران با سن بیش از ۵۰ سال مشخص می شود. دیگر تظاهرات شامل نشانه های التهاب سیستمیک شامل : کسالت ، خستگی ، بی اشتهايي ، کاهش وزن ، تعریق ، ارترالژی ، پلی میالژیا روماتیکا یا بیماری عروق بزرگ .

در بیماران با درگیری شریانهای کرانیال ، سردرد علامت برجسته ای می باشد و ممکن است با شریانهای دردناک شده یا ندولار همراه باشد که ممکن است در اوایل بیماری ضرباندار باشد ، اما بعدا ممکن است مسدود شود.

- درد پوست سر و لنگش فک و زبان ممکن است رخ دهد.

- یک عارضه شناخته شده و هراسناک ارتريت سلول غول اسا خصوصا در بیمار درمان نشده ، ایسکمی نوروپاتی اپتیک است که ممکن است منجر به علائم بینایی جدی ، حتی نابینایی ناگهانی در برخی بیماران شود.

- سایر عوارض ایسکمی کرانیال : سکته ، انفارکت اسکالپ یا زبان .

- تا یک سوم بیماران درگیری عروق بزرگ دارند مثل تنگی شریان ساب کلایین که می تواند با لنگش بازو و با انوریسم ائورت درگیرکننده توراسیک و تا حد کمتری ائورت شکمی ظاهر شود که خطر پارگی یا دیسکشن را به همراه دارد.
- یافته های مشخصه آزمایشگاهی شامل: افزایش ESR ، انمی نرموکروم یا تا حدی هیپوکروم ، ناهنجاری تستهای کبدی خصوصا افزایش الکالین فسفاتاز . افزایش سطوح IgG و کمپلمان .
- تشخیص با بیوپسی از شریان تمپورال تایید می گردد.
- از انجاییکه درگیری رگ ممکن است قطعه ای باشد ، با انجام بیوپسی سگمنتال ۳-۵ سانتیمتر همراه با نمونه های بیوپسی سریال نتایج مثبت تشخیصی افزایش می یابد.
- ج- ارتريت سلول غول اسا و علائم مربوط به ان به خوبی به درمان با گلوکوکورتیکوئیدها حساس می باشد.
- درمان باید با 40-60 mg پردنیزولون برای یک ماه آغاز شود و پس از ان به تدریج دوز کاهش داده می شود .
- در موقع بروز علائم چشمی متیل پردنیزولون 1000 mg روزانه برای سه روز جهت حفظ بینایی باید در نظر گرفته شود. در اکثر مطالعات نشان داده شده که بیشتر یا مساوی دو سال درمان مورد نیاز می باشد.
- ESR می تواند بعنوان یک راهنمای مفید از فعالیت بیماری التهابی در پایش و کم کردن دوز درمان باشد و می تواند برای قضاوت سرعت روند کاهش دوز مورد استفاده قرار می گیرد