

سوال شماره ۶ :

اقای ۴۳ ساله با چندین نوبت درد شدید ناحیه گوش که از ۱۰ روز قبل دچار خشونت صدای پیشرونده شده است .



- الف - تشخیص محتمل چیست ؟
- ب - دو عارضه مهم بیماری را نام ببرید ؟
- ج - درمان چیست ؟

پاسخ سوال شماره ۶ :

- الف - تشخیص پلی کندریت عود کننده (relapsing polychondritis) می باشد.
- پلی کندریت عود کننده یک اختلال ناشایع با علت نامشخص است که با التهاب غالب غضروفها مشخص می شود که بر گوشها ، بینی و درخت لارنگوتراکئوبرونشیاال اثر می گذارد.
- سایر تظاهرات عبارتند از : اسکلریت ، از دست رفتن شنوایی عصبی - حسی ، پلی ارتریت ، ناهنجاری قلبی ، ضایعات پوستی و گلو مرونفریت .
- اوج سنی آغاز بیماری ۴۰-۵۰ سالگی است .
- در همه ی نژادها یافت می شود و هر دو جنس را بطور یکسان درگیر می کند
- تقریبا ۳۰٪ بیماران با پلی کندریت عود کننده اختلال روماتولوژیک دیگری خواهند داشت ، شایعترین آنها واسکولیت سیستمیک ، وبه دنبال ان ارتریت روماتوئید ، لوپوس اریتماتوس سیستمیک است .
- اختلالات غیر روماتوئیدی همراه با پلی کندریت عود کننده شامل : تیروئیدیت هاشیموتو ، سیروز صفراوی اولیه ، و سندرمهای میلودیسپلاستیک است.
- ب - دو عارضه مهم ان :
- ۱- کندریت لاله ی گوش شایعترین تظاهر پلی کندریت عود کننده است ، که در ۴۰٪ بیماران رخ می دهد و در نتیجه در ۸۵٪ بیماران تاثیر می گذارد .
- یک یا هر دو گوش به طور همزمان یا به نوبت درگیر می شوند .
- بیماران درد با شروع ناگهانی ، تندرns و تورم بخشهای غضروفی گوش را تجربه می کنند .
- بطور تپیک لاله ی گوش درگیر می شود .
- دوره های طولانی یا راجعه منجر به تخریب غضروف می شود و ایجاد گوش شل یا پایین افتاده می کند.

- تورم ممکن است شیپور استاش یا مجرای شنوایی خارجی را مسدود کند ، که هر یک میتواند شنوایی را مختل کند .التهاب شریان شنوایی داخلی یا انشعابات حلزونی باعث کاهش شنوایی ، سرگیجه ، اتاکسی ، تهوع و استفراغ می شود .سرگیجه تقریبا همیشه با کاهش شنوایی همراه است.
- ۲- تقریبا ۶۱٪ بیماران ، درگیری نازال دارند که ۲۱٪ در زمان مراجعه دارای آن هستند .ممکن است بیماران گرفتگی بینی ، رینوره و اپیستاکی را تجربه کنند .
- پل بینی و بافتهای مجاور قرمز ، متورم و دردناک
- می شوند و ممکن است ایجاد کلاپس کرده و موجب دفورمیتی بینی زین اسبی شود .
- در برخی بیماران ، دفورمیتی بطور موزیانه و بدون التهاب اشکاری ایجاد می شود
- بینی زین اسبی بیشتر در بیماران جوان ، خصوصا در زنان مشاهده می شود .
- ج - درمان :
- در بیماران با کندریت فعال ، پردنیزون ۴۰-۶۰ mg روزانه معمولا در سرکوب بیماری فعال مفید است .
- به محض کنترل بیماری به تدریج کاهش می یابد.
- در بعضی بیماران دوزهای پایین پردنیزون معادل ۵-۱۰ mg /d در طولانی مدت برای ادامه سرکوب بیماری لازم است .
- داپسون ۵۰-۱۰۰ mg /d برای التهاب غضروف و تظاهرات مفاصل در برخی بیماران موثر است .
- سایر داروهای سرکوب کننده ایمنی مثل سیکلوفسفامید ، متوتروکسات ، ازاتیوپرین یا سیکلوسپورین در بیماری شدید تهدید کننده اعضاء که به پردنیزون پاسخ نمی دهند ، یا کسانی که نیازمند دوز بالای دارو برای کنترل فعالیت بیماری هستند ، در نظر گرفته می شوند .
- بیماران با التهاب چشمی قابل ملاحظه ، نیازمند گلوکوکورتیکوئید داخل چشمی و دوزهای بالای پردنیزون می باشند .
- در انسداد شدید ، تراکتوستومی لازم است .در بیماران با کلاپس تراکتوبرونشیاال ممکن است نیاز به استنت باشد.