

# ماہنامہ عرصہ پزشکی

[www.arseyeppezeshky.ir](http://www.arseyeppezeshky.ir)  
<https://t.me/arseyeppezeshki>  
[www.linkedin.com/arseyeppezeshky](http://www.linkedin.com/arseyeppezeshky)  
[www.instagram.com/arseyeppezeshky](http://www.instagram.com/arseyeppezeshky)  
[arseyeppezeshky@gmail.com](mailto:arseyeppezeshky@gmail.com)

سال پانزدهم شماره ۱۰۱  
 اسفند ۱۳۹۹ رجب ۱۴۴۲  
 ۸ صفحه Mar 2021

سال نو مبارک

عرصہ پزشکی فرا رسیدن سال نو را تبریک عرض مینماید.

## تومور یا ترومبوز؟ (مورد عجیب توده قلبی)

Ivy Riano, MD. Gabriela Milla-Godoy, MD  
Stephanie Conrad, MD, MS. Thomas Treadwell, MD

بقیه در صفحه ۲

## دست های مکانیک Mechanic's Hands

مترجم: آناییتا خاقانی - مهندس بهداشت

بقیه در صفحه ۲

## سماکلوئید یکبار در هفته در بزرگسالان دارای اضافه وزن یا چاقی

John P.H. Wilding, D.M., Rachel L. Batterham, M.B.,  
B.S., Ph.D., Salvatore Calanna, Ph.D

بقیه در صفحه ۳

## یک ورزشکار برجسته با ضعف عضلانی

Rim Bourguiba, MD. Marion Masingue, MD  
Pierre-Jean Marc, MD

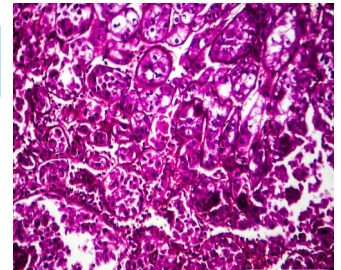
بقیه در صفحه ۴

## لنواتینیب بعلاوه پمبرولیزوماب یا اورولیموس برای کار سینومای پیشرفته ی سلول کلیوی

مترجم: دکتر شیوا متقی - اورولوژیست

لنواتینیب در ترکیب با پمبرولیزوماب یا اورولیموس، علیه کار سینومای پیشرفته ی سلول کلیوی فعالیت دارد. اثربخشی این رژیم ها در مقایسه با سونیتینیب مشخص نیست.

بقیه در صفحه ۲

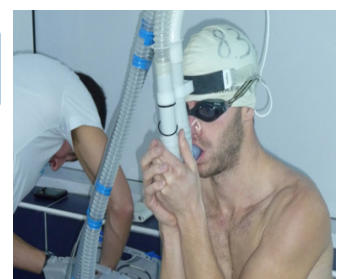


## نفس تنگی هنگام شنا

مترجم: فرناز اخباری - ماما

گزارش موردی از یک ورزشکار ورزشهای سه گانه رقابتی از آنجا که تعداد ورزشکاران همچنان در حال افزایش است، مهم است که پزشکان خطرات احتمالی و زمان انجام ویزیت توسط متخصص قلب و عروق ورزشی را بدانند.

بقیه در صفحه ۳



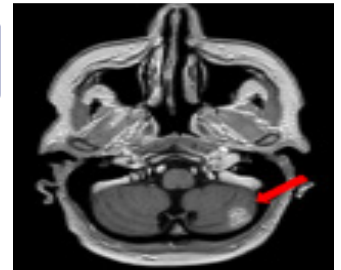
## ترومبوز شریانی و وریدی منتشر

Gian Battista Danzi, MD. Gianluca Galeazzi, MD. Debora Robba, MD

مترجم: شیوا یاری

عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) به عنوان یک بیماری پروترومبوتیک شناخته شده است. تظاهرات بالینی و توزیع رویدادهای ترومبوتیک در بیماران HIV عموماً شبیه موارد جمعیت عمومی است.

بقیه در صفحه ۴



کفش های WOCK مخصوص:

- اتاق عمل
- بیمارستانها و سایر مراکز درمانی
- مطب پزشکان و دندانپزشکان
- آزمایشگاه ها
- داروخانه ها

سال نو مبارک

Available sizes: 36, 37, 38, 39, 40, 41

To Help people in need of Care,  
to Reach the utmost quality of life

Address: No. 2, 10th Stg., Shari'Al-Tarbi St.,  
1st Floor, Darou, Tehran, Iran. Phone: 021-88677000  
Tel: 021-27424000  
 Fax: 021-27424000  
 Website: www.rougine.com

Address: No. 2, 10th Stg., Shari'Al-Tarbi St.,  
1st Floor, Darou, Tehran, Iran. Phone: 021-88677000  
Tel: 021-27424000  
 Fax: 021-27424000  
 Website: www.rougine.com

تهران: بزرگراه جلال آل احمد، بعد از تقاطع کارگر، کوی پروانه ساختمان پزشکان چمران طبقه سوم واحد ۳۵  
 تلفن: ۸۸۶۳۵۵۸۸  
 فکس: ۸۸۶۳۵۲۸۳  
 www.parsiamehr.com  
 info@parsiamehr.com

Advanced Laparoscopy, Metabolic Surgery, Robotic

## تومور یا ترومبوز؟ (مورد عجیب توده قلبی)

ادامه از صفحه اول

شکل: ضایعه پرده ساب آورت (بخش هماتوکسیلین و ائوزین، ۱۰ برابر). ضایعه شامل نکروز متناوب، فیبرین و کلسیفیکاسیون، سازگار با تشخیص ترومبوز است.

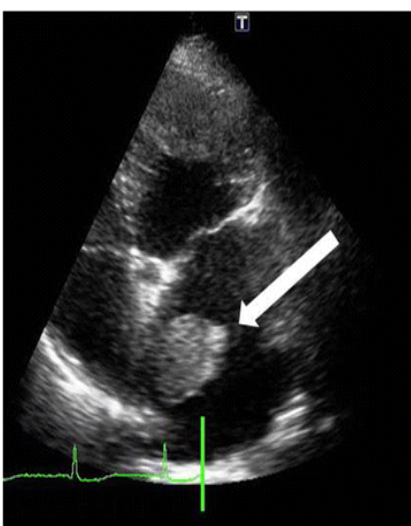
بحث: به دلیل وجود اکوکاردیوگرافی و ام آر ای قلب، توده های قلبی امروز زودتر از گذشته شناسایی می شوند. توده های قلبی بسیار نادر می باشند. تشخیص افتراقی شامل ترومبوز ها، وجتیشن ها و تومورها است. معاینه سریع اکوکاردیوگرافی برای مدیریت به موقع مهم است، با این وجود آسیب شناسی در تعیین دقیق هویت توده و در نتیجه تعیین تشخیص، استاندارد طلایی است.

از دلایل احتمالی ترومبوزهای داخل قلب می توان به بیماری دریچه ای، فیبریلاسیون دهلیزی و استازیس در زائده دهلیزی چپ اشاره کرد. علاوه بر این، بیماری های سیستمیک، مانند اختلالات خود ایمنی و بدخیمی، می تواند منجر به تشکیل ترومبوز قلب شوند. ترومبوز داخل قلب نیز ممکن است نشان دهنده آمبولی باشد که از ترومبوز ورید عمقی ناشی می شود. به طور معمول، ابتدا اکوکاردیوگرام ترانس توراسیک انجام می شود و براساس نتایج به دست آمده، برای ارزیابی دقیق تر یافته ها، اکوکاردیوگرام ترانس مری توصیه می شود. اکوکاردیوگرام از راه مری، از میان موارد دیگر تشخیصی، در ارزیابی ترومبوز واقع در سمت چپ قلب موثر است. اکوکاردیوگرافی می تواند تشخیص ترومبوزهای بالقوه را تسهیل کند. با این حال، یک روش مداخله ای است. ام آر ای قلب ممکن است به تمایز تشخیص زمان ترومبوز کمک کند.

برداشتن زود هنگام توده بهترین روش درمانی است. با توجه به کمبود داده های پشتیبانی کننده و تنوع زیاد در بروز ترومبوزهای داخل قلب، ضد انعقاد درمانی باید به صورت موردی در نظر گرفته شود.

بیمار ما با سکنه های قلبی-تکرار شونده مکرر از ترومبوز داخل قلب که تقلید فیبروالاستوما پاپیلاری را بر اساس ویژگی های اکوکاردیوگرافی داشت شناخته شد. این مورد چالش های تشخیص توده قلبی و اهمیت یافته های بافت شناسی در ارائه تشخیص قطعی و مدیریت مناسب را بارزتر و مهم تر می کند.

j.amjmed. VOLUME 134, ISSUE 2, E115-E116, FEBRUARY 01, 2021



برخی موارد کاملاً مشخص است بدین صورت که یافته های بالینی، رادیولوژیک و پاتولوژیک از یکدیگر پشتیبانی می کنند. در اینجا ما یک مورد گزارش میکنیم که در آن موارد کلینیکی و یافته های رادیولوژیک تشخیص افتراقی ایجاد کردند و با تشخیص پاتولوژیک تشخیص قطعی شد.

در اینجا یک خانم ۷۹ ساله قفقازی را گزارش می کنیم که دارای سابقه پزشکی تاکی کاردی بطنی تحت درمان با ابلشن است، تب روماتیسمی در دوران کودکی داشته، سندرم بیماری سینوسی با پیس میکر قابل کاشت، ترومبوسیتوپنی پورپورای ایدیوپاتیک، سابقه برداشت طحال، سرطان پستان تحت درمان و ماستکتومی، دیابت نوع ۲ و فشار خون بالا با شروع بی حسی سمت چپ به بخش اورژانس ما مراجعه کرد.

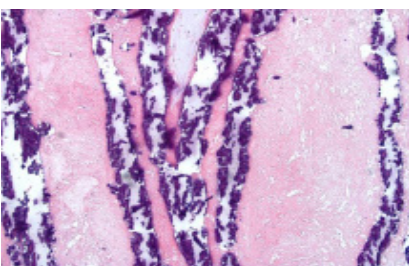
در معاینه، او دچار کاهش حس گزگز (سوزن سوزن) در اندام فوقانی چپ بود. نمره مقیاس سکنه مغزی طبق انستیتوهای ملی او ۰ بود. معاینه قلب و عروق نشاندهنده میزان و ریتم منظم با سوفل ابتدا تا اواسط سیستولیک در بالای فضای بین دنده ای دوم و سوفل سیستولیک درجه ۶،۳ بالای اپکس قلب نشان داد.

سی تی اسکن سر تغییرات ایسکمیک را نشان نداد. علائم عصبی وی به تدریج طی چند دقیقه پس از شروع آن برطرف شد. در زمان مراجعه وی، محتمل ترین تشخیص افتراقی بر اساس سابقه بیماری و معاینه فیزیکی، حمله ایسکمیک گذرا بود.

بیمار با اسپیرین و استاتین تحت درمان قرار گرفت ولی درعین حال دچار بی حسی مکرر سمت چپ صورت بود. در سی تی مجدد سر، مورد قابل توجه ملاحظه یافت نشد. با اکوکاردیوگرام ترانس توراسیک یک وجتیشن متحرک کشیده متصل به دریچه میترال در نوسان در مجرای خروجی بطن به اندازه ۰،۵×۱،۰ سانتی متر مشاهده شده است.

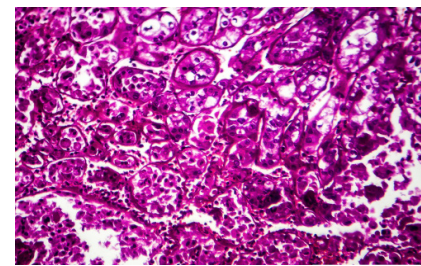
سابقه تب روماتیسمی وی، شک به آندوکاردیت را ایجاد کرد. بررسی بیشتر با اکوکاردیوگرام از طریق مری، یک وجتیشن متحرک ۰،۵×۱،۳ سانتی متر را نشان می داد که در زیر لیفلت دریچه آئورت ایجاد شده بود. اکوکاردیوگرافی نشان دهنده وجود تومور قلبی بود که احتمالاً فیبروالاستوما پاپیلاری بود.

توده قلبی بیمار خارج شد و دریچه آئورت با بیو پروتز تعویض شد. در حین عمل، یک ضایعه نازک شناور آزاد با یک ساقه متصل به پرده زیر آئورت برداشته شد. بدون بررسی پاتولوژیک، نمی توان تشخیص دقیق تری داد. توده قلب برای معاینه به آسیب شناسی ارسال شد. در بررسی میکروسکوپی، یافته های بافت شناسی نشان داد که توده داخل قلب یک ترومبوز است.



## لنواتینیب بعلاوه پمبرولیزوماب یا اورولیموس برای کارسینومای پیشرفته ی سلول کلیوی

ادامه از صفحه اول

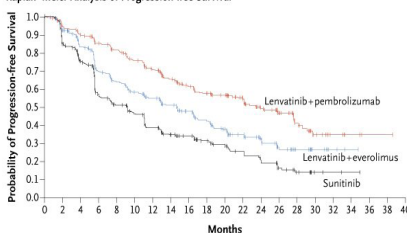


پمبرولیزوماب طولانی تر از بقا با سونیتینیب و بقا با لنواتینیب بعلاوه ی اورولیموس طولانی تر از بقا با سونیتینیب بود. بقای کلی با لنواتینیب بعلاوه ی پمبرولیزوماب طولانی تر از بقا با سونیتینیب بود اما از بقای کلی با لنواتینیب بعلاوه ی اورولیموس طولانی تر از سونیتینیب نبود. در طول درمان، عوارض جانبی درجه ۳ یا بالاتر در ۸۲،۴ درصد از بیماران دریافت کننده ی لنواتینیب بعلاوه پمبرولیزوماب، ۸۳،۱ درصد دریافت کنندگان لنواتینیب بعلاوه اورولیموس، و ۷۱،۸ درصد دریافت کنندگان سونیتینیب ایجاد شده یا بدتر شده اند. عوارض جانبی درجه ۳ یا بالاتر که حداقل در ۱۰٪ بیماران در هر گروهی رخ داده اند شامل فشار خون بالا، اسهال و افزایش سطح لیپاز می گردند.

نتیجه گیری  
لنواتینیب بعلاوه ی پمبرولیزوماب با بقای بسیار طولانی تر و بدون پیشرفت بیماری و بقای کلی در مقایسه با سونیتینیب همراه بود.

Robert Motzer, M.D., Boris Alekseev, M.D., Sun-Young Rha, M.D  
NEJMoa2035716. February 13, 2021

Kaplan-Meier Analysis of Progression-free Survival



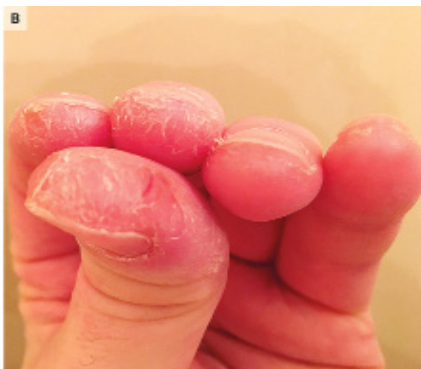
## دست های مکانیک Mechanic's Hands

ادامه از صفحه اول

(آنتی هیستیدیل - ترنسفر RNA سنتتاز) و ضد SSA (Ro-52) مثبت بود. CT اسکن با وضوح بالا، کدورت های ground-glass محیطی، غالب در لوب تحتانی ریه، رتیکولاسیون ساب پلورال و برونشکتازی های کششی را نشان داد، یافته هایی که مشخصه بیماری بینابینی ریه است. تشخیص سندرم آنتی سنتتاز (نوعی میوپاتی التهابی ایدیوپاتیک) انجام شد. پس از ۱ ماه درمان با پردنیزون خوراکی (۶۰ میلی گرم در روز) و آزاتیوپرین (۱۵۰ میلی گرم در روز)، "دستان مکانیک" وی برطرف شد و میوزیت و بیماری بینابینی ریه فروکش کرد. پس از کاهش دوز گلوکوکورتیکوئید، درمان ریتوکسیماب وریدی هر ۶ ماه آغاز شد و از آن زمان بدون علامت باقی مانده است.

Soumya Chatterjee, M.D  
N Engl J Med 2021; 384:e16. February 11, 2021

مرد ۳۷ ساله ای با ۱۴ ماه سابقه نوک انگشتان دردناک، ضخیم و ترک خورده به کلینیک روماتولوژی سرپایی مراجعه کرد. وی گزارش کرد که دارای تب های متناوب درجه پایین و همچنین مشکل بلند شدن از روی صندلی و بالا آوردن بازوان خود بالای سرش است. معاینه از نظر ضعف عضلات پروگزیمال ناحیه هیپ و شانه قابل توجه بود. پوستی ضخیم، هایپر کراتوتیک، پوسته پوسته و شکاف دار در نوک و کناره های انگشتان و شست های هر دو دست راست (صفحه A) و دست چپ (صفحه B) قابل مشاهده بود، یافته ای که به عنوان "دستان مکانیک" شناخته می شود. تست آزمایشگاهی نشان داد که سطح کراتین کیناز بالاتر از ۲۰،۰۰۰ واحد در لیتر است (محدوده مرجع، ۵۱ تا ۲۹۸). آزمایش آنتی بادی ضد هسته و فاکتور روماتوئید منفی بود، اما آزمایش آنتی بادی های anti-Jo-1



## نفس تنگی هنگام شنا

ادامه از صفحه اول

ما برای نشان دادن این مطلب، موردی از ورزشکار ورزشهای سه گانه با تنگی نفس را معرفی میکنیم.

گزارش مورد: یک ورزشکار ۳۸ ساله ورزشهای سه گانه رقابتی که قبلاً سالم بود در هنگام گرم شدن برای یک مسابقه ۷۰،۳ مایلی دچار تنگی نفس و خلط خونی شد. او شنا کردن را در آب سرد اقیانوس آزاد را با یک لباس غواصی کل بدن آغاز کرد. دقایقی پس از شروع، دچار تنگی نفس و خلط خونی شد و در بیمارستان ارزیابی شد. به جز تاکی کاردی سینوسی و هیپوکسمی، علائم اولیه نرمال بود و به اکسیژن اضافی نیاز داشت.



معاینه قلبی ریوی تاکی کاردی بدون سوپل، سختی در تنفس و صدای غیر طبیعی منتشر ریه (coarse crackle) را نشان داد. ارزیابی آزمایشگاهی و الکتروکاردیوگرام طبیعی بود. در عکس رادیوگرافی قفسه سینه و سی تی قفسه سینه، تراوش مولتی فوکال منتشر را نشان داد. با اکوکاردیوگرام توراسیک عملکرد دو طرفه بین بطنی نرمال بود، هیپرتروفی دو بطن، اتساع دهلیز چپ و دریچه های طبیعی و فشار ریوی مشاهده شد. وی با درمانهای حمایتی علائمش برطرف شد و با شرایط بهتر در هوای محیط مرخص شد. پس از ارزیابی کاردیولوژی ورزشی، ادم ریوی ایمرژن تشخیص داده شد. انجام آزمایشات بعدی شامل سی تی قفسه سینه و تست عملکرد ریوی بود. او به تدریج فعالیت هوازی خود را افزایش داد و در مورد اقدامات پیشگیرانه در برابر ادم ریوی ایمرژن آموزش دید.

بحث: ادم ریوی ایمرژن یک عارضه ای است که به خوبی توصیف شده و گاهی اوقات به درستی تشخیص داده نمی شود و می تواند با شنا و غواصی ایجاد شود. در حالی که میزان بروز ادم ریوی ایمرژن کم است (۱،۱٪-۱،۸٪)، شناسایی و پیشگیری از اهمیت برخوردار است، زیرا موارد بیماری ممکن است کشنده باشد. تصور می شود که ادم ریوی ایمرژن از توزیع مجدد خون محیطی ناشی از فشار هیدرواستاتیک به سیستم ریوی رخ میدهد و در نتیجه ادم ریوی ایجاد میشود. با توجه به اثرات فشاری آب، پره لود بطنی با شنا افزایش می یابد. پره

لود می تواند از انقباض عروق محیطی و فشار خون بالا در محیط قرارگیری آب سرد و حتی بیشتر از آن با لباس ضد آب تنگ بیشتر شود. عوامل خطرناک برای ادم ریوی ایمرژن عبارتند از: سابقه قبلی همین بیماری، جنسیت زن، سن بالاتر، هیدراتاسیون بیش از حد، آب سرد، لباس تنگ غواصی، ورزش با شدت زیاد و بیماری های قلبی ریوی زمینه ای.

علائم رایج این بیماری شامل تنگی نفس و سرفه های پروداکتیو و با فاصله و همچنین خلط خونی است. هیپوکسمی و ادم بینابینی ریوی در تصویربرداری از قفسه سینه (که در طی ۴۸ ساعت برطرف می شود) در معیارهای تشخیصی پیشنهادی گنجانده شده است.

مدیریت حاد بیماری درمان حمایتی است از جمله اکسیژن حمایتی است و برخی از بتا بلاکر یا دیورتیک ها یا هر دو در حالی که فاقد شواهد قوی است، خاصیت درمانی دارند. پیشگیری اصلی ترین درمان است، از جمله پیشگیری ها عبارتند از جلوگیری از غوطه وری طولانی مدت در آب سرد با لباس غواصی اگر سابقه ادم ریوی ایمرژن داشته باشند، و شناسایی و مدیریت عوامل خطر برای اختلال عملکرد دیاستولیک قلبی (به عنوان مثال، فشار خون بالا).

در بسیاری از افراد برای ارزیابی ریسک قلب و عروق، راهنمای معمول نگهداری سلامت کافی است. برای برخی از بزرگسالان (به عنوان مثال، بیماران دیابتی یا مردان < ۴۵ یا زنان < ۵۵ سال) که می خواهند یک برنامه ورزشی شدید (بیش از ۶ مورد متابولیکی METs) را شروع کنند، پیشنهاد شده است که آنها برای انجام بیماری های قلبی عروقی زمینه آمایش انجام دهند، که ممکن است کمک کننده شناسایی افراد در معرض خطر ادم ریوی ایمرژن باشد. توجه به این نکته مهم است که، این حالت، حتی می تواند ورزشکاران نخبه و بسیار سالم را تحت تأثیر قرار دهد.

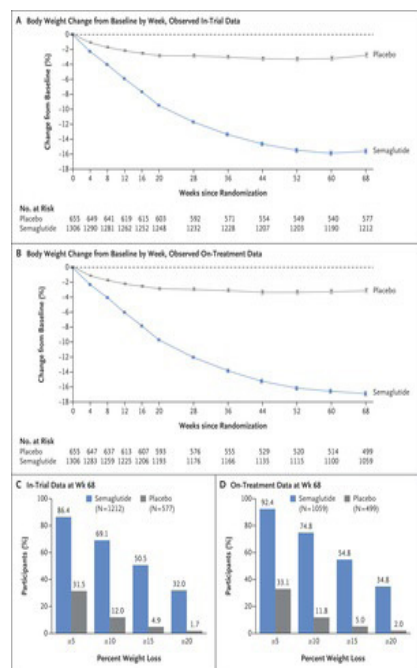


نتیجه گیری: مورد گزارش شده ما، حالت کلاسیک ادم ریوی ایمرژن را نشان می دهد. مهم است که پزشکان فاکتورهای خطر قلبی عروقی را همراه با مشاوره پیشگیرانه برای بیماری هایی مانند ادم ریوی ایمرژن در افرادی که می خواهند به ورزش های آبی بپردازند، شناسایی و درمان کنند. متخصصین قلب و عروق ورزشی می توانند بینش بیشتری در زمینه مدیریت و شناخت بازسازی قلب و عروق مرتبط با ورزش، که قبلاً "قلب ورزشکار" نامیده می شد، ارائه دهند.

Elizabeth H. Dineen, DO. Christina Rodriguez, MD. Robert W. Battle, MD  
j.amjmed. VOLUME 134, ISSUE 2, E111-E112, FEBRUARY 01, 2021

## سماگلوتید یکبار در هفته در بزرگسالان دارای اضافه وزن یا چاقی

ادامه از صفحه اول



چاقی یک چالش بهداشت جهانی است که دارای گزینه های دارویی کمی می باشد. اینکه آیا بزرگسالان مبتلا به چاقی می توانند با سماگلوتید یک بار در هفته با دوز ۲،۴ میلی گرم به عنوان مکمل مداخله ای در سبک زندگی به کاهش وزن دست یابند تأیید نشده است.

روش مطالعه: در این کارآزمایی دو سو کور، ما ۱۹۶۱ بزرگسال با شاخص توده بدنی (وزن به کیلوگرم تقسیم بر مربع قد به متر) ۳۰ یا بیشتر (≥ ۲۷) در افراد با مرتبط با وزن شرایط همزیستی بزرگتر از ۱) ثبت نام کردیم. این افراد دیابت نداشتند و به طور تصادفی آنها را به نسبت ۱ به ۲ در ۶۸ هفته درمان با سماگلوتید زیر جلدی یکبار در هفته (با دوز ۲،۴ میلی گرم) یا دارونما، به علاوه مداخله در شیوه زندگی اختصاص داده شدند.

نقاط انتهایی اولیه، درصد تغییر در وزن بدن و کاهش وزن حداقل ۵٪ بود. برآورد اولیه (توصیف دقیق اثر درمانی که منعکس کننده هدف آزمایش



بالینی است) بدون توجه به قطع درمان یا مداخلات نجات دهنده، اثرات را ارزیابی کرد. نتایج: میانگین تغییر وزن بدن از ابتدا تا هفته ۶۸ در گروه سماگلوتید ۱۴،۹- در مقایسه با ۲،۴- در گروه دارونما بود، تفاوت درمان تخمینی ۴۱۲،۴- درصد بود. تعداد بیشتری از شرکت کنندگان در گروه سماگلوتید نسبت به گروه دارونما در هفته ۶۸ کاهش وزن ۵٪ یا بیشتر، ۱۰٪ یا بیشتر و ۱۵٪ یا بیشتر به دست

آوردند. تغییر وزن بدن از ابتدای هفته ۶۸ در گروه سماگلوتید ۱۵،۳- بود در حالی که در گروه دارونما ۲،۶- کیلوگرم بود. شرکت کنندگانی که سماگلوتید دریافت کرده اند نسبت به افرادی که دارونما دریافت کرده اند، بهبود بیشتری نسبت به عوامل خطر کاردیومتابولیک و افزایش بیشتر عملکرد فیزیکی گزارش شده توسط شرکت کنندگان داشته اند.

حالت تهوع و اسهال شایعترین عوارض جانبی همراه با سماگلوتید بود. شدت آن ها به طور معمول گذرا و خفیف تا متوسط بود و با گذشت زمان فروکش می کردند. بیشتر شرکت کنندگان در گروه سماگلوتید نسبت به گروه دارونما به دلیل حوادث گوارشی درمان را قطع کردند. نتیجه گیری: در شرکت کنندگان با اضافه وزن یا چاقی، ۲،۴ میلی گرم سماگلوتید یک بار در هفته به علاوه مداخله در سبک زندگی با کاهش مداوم و بالینی مرتبط با وزن بدن همراه بود.

New England Journal Medicine.  
February 10, 2021

**گیتاگشت مجری مستقیم تورهای لوکس و ارزان**

- تور ژاپن
- تور کره جنوبی
- تور ویتنام
- تور اندونزی (بالی+عبود)
- تور هنگ کنگ + ماکائو
- تور فیلیپین
- تور سنگاپور
- تور تایلند
- تور سیشل

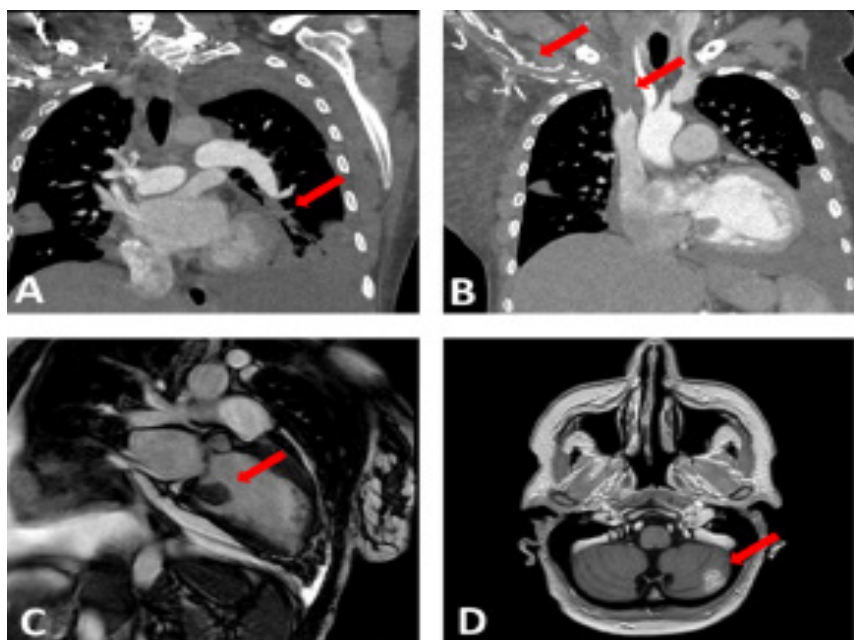
**صدور کلیه بلیط های داخلی و خارجی با نرخ ارزان**

مشاهده کلیه تورها: [www.gitagasht.com](http://www.gitagasht.com)

دفتر مرکزی: ۰۷۱ | ۸۸۴۰ | نیوران: ۰۶۰ | ۲۶۸۵۱

## ترومبوز شریانی و وریدی منتشر

ادامه از صفحه اول



میزبان (سن، حالت فوق انعقادی، اختلالات عملکردی اندوتلیال) نسبت داده شود یا بطور خاص تر به بیماری HIV (شمار CD4+ پایین، بار ویروسی بالا) و درمان آن (خصوصاً داروهای ضد ویروسی بسیار فعال) مربوط باشد. با این وجود، ترومبوز شریانی و وریدی بطور همزمان به ندرت گزارش می شود. در این مورد از ترومبوز منتشر، به نظر می رسد که عدم وجود عوامل خطر سنتی نقش علیتی فاکتورهای ویژه ی عفونت HIV را برجسته نمایند.

j.amjmed. VOLUME 134, ISSUE 2, E117-E118, FEBRUARY 01, 2021

در اینجا، ما یک مورد غیر معمول از ترومبوز شریانی و وریدی منتشر را گزارش می کنیم. خانمی ۴۹ ساله با عفونت HIV و تحت درمان ضد ترو ویروسی به علت تنگی نفس و ورم در بازوی راست که ۴ روز قبل به وجود آمده بود، به بخش اورژانس ما مراجعه نمود. شرایط وی از لحاظ همودینامیکی پایدار بود و نوار قلب حاکی از تاکی کاردی سینوسی بود؛ همچنین یک لکوسیتوز متوسط وجود داشت (۳۱۰۶۰۰/mm<sup>3</sup>). با افزایش مقادیر پروتئین واکنش پذیر C (۹۷ میلیگرم در لیتر)، تروپونین I (۱۳۷،۷) نانوگرم در میلی لیتر، و D-dimer (۱۱،۶ میکروگرم در میلی لیتر). سی تی اسکن آنژیوگرافی ریوی یک آمبولی سگمنتال ریوی (شامل شاخه لوبار تحتانی شریان ریوی سمت چپ) (شکل، پانل A) و یک ترومبوز انسدادی که از ورید ژوگولار تا ورید براکیوسفالیک (بازویی) گسترش یافته بود (شکل، پانل B) را ثبت کرد. ارزیابی اکوکاردیوگرافی حاکی از حضور ضایعه ی ترومبوتیک پدانکولار در بطن چپ بود که در تصویربرداری ام آر آی نیز اثبات شد (شکل، پانل C). بررسی های بیشتر نشان دهنده ی سکتته ی مغزی سمت چپ در فاز نیمه حاد (شکل، پانل D) و نیز انفارکتوس طحال بود. بر اساس این یافته ها، مصرف هپارین تجزیه نشده آغاز شد. آزمایشات بیشتر، وجود بدخیمی و عفونت های فرصت طلب را رد کرد، زیرا غربالگری کامل ترومبوفیلی منفی بود. در حالیکه بیمار تحت درمان ضد ویروسی بسیار فعال بود (دولوتگراویر/اباکاویر/لامیوودین)، تعداد سلول های CD3+CD4+ برابر با ۴۵۶ سلول در هر میکرولیتر و نرخ CD4/CD8 برابر با ۰،۳ بود، با مقدار HIV-RNA برابر با cp/mL7908.

شکل (A): سی تی اسکن (CT) آنژیوگرافی ریوی که نقص پر شدگی در شاخه لوبار تحتانی شریان ریوی سمت چپ را نشان می دهد (پیکان). (B): سی تی اسکن آنژیوگرافی حاکی از انسداد ترومبوتیک ورید ژوگولار، ورید سابکلون، و ورید بازویی است (پیکان ها). (C): ضایعه بزرگ ترومبوتیک پدانکولار (با قطر ۳۰ میلیمتر) که در ارزیابی MRI به دیواره ی زیرین بطن چپ چسبیده است (پیکان). (D): ام آر آی مغز حاکی از منطقه ای از سکتته ی مغزی در فاز نیمه حاد شامل لوب خلفی سمت چپ (پیکان) است. در بیماران مبتلا به HIV، ترومبوامولی یک دلیل چندعاملی دارد و می تواند به ویژگی های

## یک ورزشکار برجسته با ضعف عضلانی

ادامه از صفحه اول



عضلانی کمربند شانه هستند که به بالی شدن اسکاپولار با درگیری نامتقارن عضله منجر می شود، و همچنین تنه و پاها را هم درگیر می کند و سابقه خانوادگی مثبت دارد. قلب درگیر نمی شود اما ممکن است بر عضلات تنفسی اثر بگذارد. ویژگی های الکترونیومیوگرافی و بیوپسی اغلب غیراختصاصی هستند. دو شکل ژنتیکی FSHD توضیح داده شده اند: حدود ۵۰ تا ۹۵٪ از بیماران نوع ۱ دارند، بقیه بیماران نوع ۲ دارند. بیماران با FSHD1 فقدان واحد تکرار شونده ماکروستلایت D4Z4 در منطقه ساب تلومریک بازوی بلند کروموزوم 4q24 دارند. بیماران مبتلا به FSHD2 در ژن SMCHD1 جهش دارند (کروموزوم ۱۸). معیارهای اجماع نظر نیز غربالگری برای کانتراکشن D4Z4 با استفاده از ساترن بلوت در بیماران با نمای بالینی مشخص را مطرح می کنند.

تا امروز درمان مشخصی برای FSHD وجود نداشته است، و فقط مراقبت حمایتی با ورزش و کشش عضلانی و ارزیابی عملکرد قلبی و ریوی با معاینه چشمی خط مبنا توصیه میشود. بعضی از محققان حدس می زنند که تثبیت اسکاپولار می تواند عملکرد شانه را بهبود دهد. از آنجایی که FSHD1 یک اختلال ژنتیکی است، استفاده از درمان الیگونیوکلوئید انتی سنس با هدف DUX4 برای FSHD مطرح می شود، اما در حقیقت در انسان آزمایش نشده است. پزشکان باید از علائم و نشانه های جزعی و ظریف FSDH جهت تشخیص زودهنگام (تایید با آزمایش ژنتیکی) و درمان مناسب بدون نیاز به پروسه های تشخیصی متعدد آشنا باشند.

j.amjmed. VOLUME 134, ISSUE 2, E109-E110, FEBRUARY 01, 2021

آقای ۲۱ ساله رومانیایی به خاطر ارزیابی بافت بدون چربی بدنش به مدت چند سال به کلینیک ما مراجعه می کرد. او در سن ۳ سالگی به فرزند خواندگی درآمده بود؛ از این رو سابقه خانوادگی اش موجود نبود. سابقه پزشکی او برای دیس پراکسی (از دست دادن نسبی توانایی حرکات موزون بدن)، دیس لکسی (اختلال در ادراک نوشته ها)، کریپتورکیدیسم (نهنان بیضه گی) دو طرفه و اسکلیوزیس در دوران شیرخواری مورد توجه قرار گرفت. بیمار ورزش های واترپلو، شنا و هنرهای رزمی انجام می داد، اما در سال های اخیر دچار آمیوتروفی (خستگی و ضعف عضلانی شدید) و ضعف هر دو بازو بدون تنگی نفس و دشواری در بلع دچار شده بود (شکل A). پزشک متخصص بیمار در جستجو برای بیماری زمینه قبلا مشکلاتی مانند سوجذب، اندوکرینوپاتی، عفونت ها، سرطان و بی اشتیاهی عصبی را کنار گذاشته بود. بیمار در معاینه فیزیکی سالم بود و شاخص توده بدن او ۱۷،۵ کیلوگرم/متر مربع بود. بیمار در معاینه فیزیکی تحلیل قسمت دیستال عضله دلتوئید و عضلات دو سر (در مقیاس مشاوره تحقیق پزشکی ۴،۵)، و همچنین تحلیل عضلات شکمی و ایداکتورهای هیپ دو طرف را نشان داد. عضلات ازبیکولار (چشم ها و لب ها) نیز ضعیف بودند. هیچ گونه اختلالی در راه رفتن وجود نداشت. آزمایش خون روتین معمولی بود، اما سطح فسفو کیناز کراتینین سرم معادل 559 UI (U < 195) بود و میوزیت نقطه ای منفی بودند. الکترونیومیوگرافی هدایت عصبی طبیعی و ویژگی های میوپاتیک نامتقارن را نشان داد که غالباً در عضلات صورت و اسکاپولوهومرال وجود داشتند. بی کفایتی خفیف دیافراگم نیز تشخیص داده شد (ظرفیت حیاتی ۷۷٪). آزمایش ژنتیکی FSHD نوع ۱ را تایید کرد. کانتراکشن D4Z4 با استفاده از ساترن بلوت هم کاهش واحدهای مکرر میکروستلایت در منطقه ساب تلومریک کروموزوم ۴ را نشان داد.

شکل A: تحلیل قسمت دیستال عضله دلتوئید با قسمت پروکیسمال طبیعی و تحلیل عضله هومرال. (B) بالی شدن اسکاپولار و آمیوتروفی اندام فوقانی. بحث: ما در اینجا بیماری را با ویژگی های بالینی تبیین FSHD گزارش می دهیم که دیر به بیماری تشخیص داده شد. در حقیقت این بیماری یکی از شایع ترین دیس تروفی های عضلانی در بزرگسالان با وراثت غالب اتوزوم است. ویژگی های بالینی شامل ضعف عضلات صورت و ساختمان



همکاری های خالصانه با موسسات خبریه در هر لحظه و موقعیت ملاحظات اخلاقی و بدور از تبعیض در برخورد با مراجعین را از پررنگ ترین وظایف خود میداند و حتی در آگاهی رسانی در زمینه این مهم به پرسنل مبادرت مدام می ورزد چنانچه برخوردی که در محیط میگردد به لطافت مضامین زیبای دفتر شعر ایشان میباشد و اندیشیدن به عزیزان این مرز و بوم با خلوص یک مادر چنان که به فرزندان نه ساله و سه ساله خویش می نگردد را سرلوحه وجود دارد.

خود دارند. هم اکنون حدود دو سال است مسئولیت فنی کلینیک ژنتیک پروفیسور فرهود را نیز بهعهده دارند و در حال همکاری با این مرکز جهت تدوین کتابی در زمینه مدیریت کاربردی پزشکی می باشند. ناگفته نماند ایشان ترجمه کتاب حدود هزار صفحه ای راهنمای آزمایشگاهی سایتوژنتیک ای جی تی را برای اولین بار به فارسی در دست انجام داد. ایشان پروانه تاسیس مرکز مشاوره ژنتیک را از سازمان بهزیستی کسب نموده که طی آزمون مربوطه جزو ۱۰ نفر اول از گروه ۸۰ نفری متخصصین بوده اند و از ابتدای سال ۱۴۰۰ آزمایشگاه مذکور زیرمجموعه بهزیستی کشوری میباشد. ایشان ضمن



ترین متخصصین بدلیل اطمینان از صحت و کیفیت جوابدهی با ایشان همکاری نموده و همچنین علاوه بر مراکز مختلف در تهران طرف قرارداد با شهرستان های متعددی نیز بوده است. ناگفته نماند در سال ۹۱ پیمانکار مسئول فنی آزمایشگاه ژنتیک بیمارستان جامع زنان (بیمارستان یاس) بوده که بمدت حدود ۵ سال با سعی در هر چه بهینه تر بودن خدمات ژنتیکی همچنان در خدمت رسانی به هموعان ایفا گردیدند. ایشان که جزو کارآفرینان برگزیده بانوی زیر ۴۰ سال فارغ التحصیل دانشگاه تربیت مدرس هستند تاکنون حدود ۷۰ ماه ثبت بیمه پرسنل (متوسط ماهی ۶ نفر) را در کارنامه درخشان

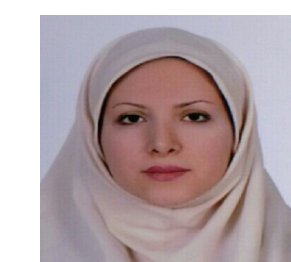
آزمایشگاه تشفیص ژنتیک پزشکی ایران  
 دکتر آزاده صیاد، متخصص ژنتیک پزشکی  
 بلوار کشاورز، نرسیده به میدان ولیعصر، خیابان برادران مظفر، نبش کوچه مینو، پلاک ۱۴۵، طبقه ۴، واحد ۱۱  
 http://iragen.ir

خویش متحمل دشواریهای بسیاری گردیده اما از آنجا که خدمت رسانی



صادقانه و گشادان گره ای هرچند کوچک از دل بنده ای را با ارزشترین و معنا بخشترین نمود حیات یک انسان میداند با حساسیت و دقت فوق العاده ای ارائه نتایج را به بالاترین کیفیت رسانده، چنانچه طی سالهای گذشته برجسته

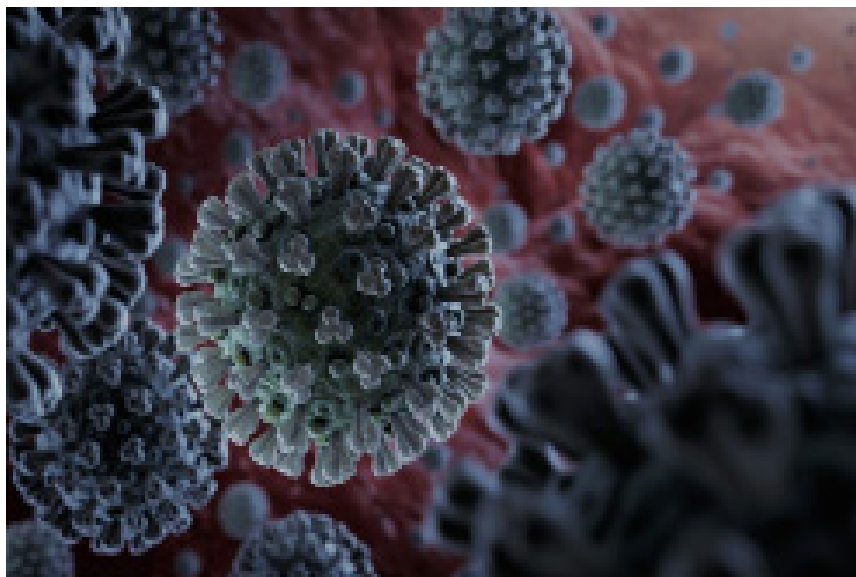
آزمایشگاه دیگری همچنان اولین بانوی کارآفرین می باشند که منفرداً و همزمان موسس و مسئول فنی آزمایشگاه ژنتیک در ایران بوده و موسسه خویش را حدود ۷ سال است با عشق واقعی برای خدمتگذاری به هموطنان بخصوص اقشار آسیبپذیر که به اعتقاد ایشان به گردن دیگر اقشار جامعه حق دارند پایه گذاری نموده اند. اگرچه در راه هدف



آزمایشگاه تشخیص ژنتیک پزشکی ایران به تاسیس و مسئولیت فنی و مدیریت خانم دکتر آزاده صیاد متخصص ژنتیک پزشکی می باشد، ایشان اولین زن موسس و مسئول فنی آزمایشگاه ژنتیک می باشند که بطور مستقل و بدون زیرمجموعه بودن نهادی یا

## تأثیر Bamlanivimab به عنوان مونو تراپی یا در ترکیب با Etesevimab بر روی بار ویروسی در بیماران مبتلا به COVID-19

ادامه از صفحه آخر



قرار گرفت و شامل ۳ معیار دیگر بار ویروسی، ۵ مورد در مورد علائم و ۱ معیار نتیجه بالینی (نسبت بیماران با بستری مرتبط با COVID-19، یک بخش اورژانس [ED] ویزیت، یا مرگ در روز ۲۹). نتایج در میان ۵۷۷ بیماری که به طور تصادفی تقسیم شدند و یک تزریق دریافت کردند، ۵۳۳ نفر (۹۲٫۴ درصد) دوره ارزیابی اثربخشی را پشت سر گذاشتند (روز ۲۹). تغییر در بار ویروسی از پایه در روز ۱۱، ۳،۷۲، ۱۱ برای ۷۰۰ میلی گرم، ۴،۰۸- برای ۲۸۰۰ میلی گرم، ۳،۴۹- برای ۷۰۰۰ میلی گرم، ۴،۳۷- برای درمان ترکیبی و ۳،۸۰- برای دارونما بود. در مقایسه با دارونما، تفاوت در تغییر بار ویروسی در روز ۱۱، ۱۱ برای ۷۰۰ میلی گرم، ۰،۰۹- برای ۲۸۰۰ میلی گرم، ۰،۲۷- برای ۷۰۰۰ میلی گرم، ۰،۳۱- و برای درمان ترکیبی ۰،۵۷- بود. در میان معیارهای نتیجه ثانویه، تفاوت بین هر گروه درمانی در مقابل گروه دارونما از نظر آماری برای ۱۰ از ۸۴ نقطه پایان معنی دار بود. نسبت بیماران بستری در بیمارستان COVID-19 یا ویزیت ED 5.8% (۹ واقعه) برای دارونما، ۱،۰% (۱ واقعه) برای ۷۰۰ میلی گرم، ۱،۹% (۲ واقعه) برای ۲۸۰۰ میلی گرم، ۲،۰% (۲ واقعه) برای ۷۰۰۰ میلی گرم و ۰،۹ (۱ واقعه) برای درمان ترکیبی بود. واکنشهای افزایش حساسیت فوری در ۹ بیمار گزارش شد (۶ عدد باملانویماب، ۲ درمان ترکیبی و ۱ دارونما). در طول درمان مطالعه هیچ مرگ و میری رخ نداده است.

نتیجه گیری و ارتباط در میان بیماران غیر بستری با COVID-19 خفیف تا متوسط، درمان با باملانویماب و اتوسویماب، در مقایسه با دارونما، با کاهش آماری معنی دار بار ویروسی SARS-CoV-2 در روز ۱۱ همراه بود. تفاوت معنی داری در کاهش بار ویروسی در مونو تراپی باملانویماب مشاهده نشد. در ادامه آزمایشات بالینی مداوم، ارزیابی مزایای بالینی آنتی بادی های خنثی کننده antispike در بیماران مبتلا به COVID-19 به عنوان یک نقطه پایان اولیه متمرکز خواهد شد.

JAMA. 2021;325(7):632-644. February 16, 2021. doi:10.1001/jama.2021.0202

یافته ها: در بخش فاز ۲ یک آزمایش بالینی تصادفی ۲/۳ فاز با ۵۷۷ بیمار، تفاوت معنی داری در تغییر در بار ویروسی با ۳ دوز مختلف مونو تراپی باملانویماب در مقایسه با دارونما وجود ندارد. درمان با ترکیبی از bamlanivimab و etesevimab بطور قابل توجهی باعث کاهش بار ویروسی log (SARS-CoV-2) در روز ۱۱ در مقایسه با دارونما شد.

معنی: درمان با درمان ترکیبی باملانویماب و اتوسویماب، اما نه درمان مونو تراپی باملانویماب، منجر به کاهش بار ویروسی log (SARS-CoV-2) در روز ۱۱ در بیماران با COVID-19 خفیف تا متوسط شد.

سندرم حاد تنفسی کرونا ویروس 2 (SARS-CoV-2) همچنان به سرعت در سراسر جهان گسترش می یابد و به بیماری همه گیر جهانی ویروس کرونا ویروس 2019 (COVID-19) دامن می زند. بیماران آلوده به ویروس، طیف وسیعی از علائم را از جمله سرفه، تب، ضعف، میالژی، علائم گوارشی، اختلال چشایی و بویایی از خود بروز می دهند. برخی افراد به سمت سندرم دیسترس تنفسی حاد و مرگ پیشرفت می کنند. بیماری شدید معمولاً تقریباً ۱ هفته پس از شروع علائم رخ می دهد و می تواند به سرعت از علائم خفیف پیشرفت کند. عوامل خطر برای COVID-19 شدید شامل جنسیت مرد، سن بالا و بیماری قلبی عروقی، بیماری ریوی، فشار خون بالا، دیابت یا چاقی است.

در حال حاضر، تنها remdesivir (یک مهارکننده RNA پلیمراز RNA وابسته به RNA) توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده برای درمان COVID-19 تأیید شده است، اگرچه استروئیدها اکنون توسط بسیاری از جوامع حرفه ای، از جمله سازمان بهداشت جهانی، به عنوان درمان اصلی توصیه می شوند. با این حال، آنتی بادی های منوکلونال خنثی کننده و پلاسماهای افراد بهبود یافته، دسته ای از داروها که در سایر عفونت های ویروسی نیز اثربخشی نشان داده و در کاهش بار ویروسی SARS-CoV-2 نوید می دهند، مجوز استفاده اضطراری را دریافت کرده اند.

باملانویماب و etesevimab آنتی بادی های منوکلونال ضد اسپایک قوی هستند که به ترتیب از ۲ بیمار جداگانه ای که به ترتیب از آمریکای شمالی و چین از COVID-19 بهبود یافتند، مشتق شده است. در آزمایشات پیش بالینی نشان داده شد که etesevimab یک اپی توپ متفاوت از bamlanivimab را متصل می کند و انواع مقاوم را با جهش در اپی توپ محدود شده توسط bam- lanivimab خنثی می کند. ترکیب این ۲ آنتی بادی منوکلونال خنثی کننده در استفاده بالینی ممکن است باعث کاهش بار ویروسی شده و انواع مقاوم به درمان را کاهش دهد.

نتایج موقت پیوند ویروسی مسدود کننده و ورود سلول با آزمایش آنتی بادی های خنثی کننده (BLAZE-1) (SARS-CoV-2) با داده های مربوط به ۳ دوز مونو تراپی آنتی بادی خنثی کننده bam- lanivimab منتشر شده است. گزارش حاضر مجموعه داده های نهایی را برای بیماران تصادفی شده در ۴ گروه درمانی و گروه دارونما در قسمت اولیه آزمایش، شامل یافته های مربوط به گروه ترکیبی باملانویماب و اتوسویماب، ۳ گروه مونو تراپی باملانویماب و گروه دارونما ارائه می دهد.

مداخلات بیماران به صورت تصادفی برای دریافت یک بار تزریق باملانویماب (۷۰۰ میلی گرم [n=101]، ۲۸۰۰ میلی گرم [n=107]، یا ۷۰۰۰ میلی گرم [n=101])، درمان ترکیبی (۲۸۰۰ میلی گرم باملانویماب و ۲۸۰۰ میلی گرم اتوسویماب [n=112]) یا دارونما (۱۵۶n=).

نتایج و اقدامات اصلی نقطه نهایی اولیه، تغییر در بار ویروس SARS-CoV-2 در روز ۱۱ (±۴ روز) بود. نه معیار نتیجه ثانویه از پیش تعیین شده با مقایسه بین هر گروه درمانی و دارونما مورد ارزیابی

## تغییر رنگ دست پس از تزریق تونل کارپال

ادامه از صفحه آخر



خانمی ۴۳ ساله با ۶ ماه سابقه ضعف خفیف و پارستزی پیشرونده در انگشتان شست و انگشت اشاره، میانی و حلقه دست چپ به کلینیک عصب عضلانی مراجعه کرد. برای درمان سندرم تونل کارپال، وی تزریق ۰،۳۳ میلی لیتر گلوکوکورتیکوئید را در تونل کارپال سمت چپ دریافت کرد و به سرعت احساسی را که او "احساس عجیب" توصیف می کرد را گزارش کرد. در عرض ۵ دقیقه پس از تزریق، پوست روی انگشت شست و انگشتان آسیب دیده و کف دست مجاور که به سطح اولنار کف دست کشیده شده بود قرمز شد. اختلال وازوموتور احتمالاً مربوط به تحریک رشته های اتونوم در عصب مدیان بود. در عرض ۲۰ دقیقه، این تغییرات بدون مداخله برطرف شد. با پیگیری ۱ ماه پس از تزریق، پارستزی برطرف شد.

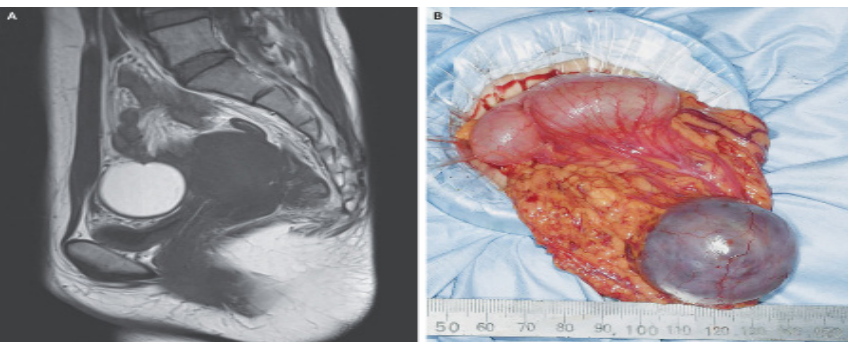
N Engl J Med 2021; 384:362. January 28, 2021

## آندومتريوز امتنوم

ادامه از صفحه آخر

یک زن ۳۷ ساله با درد کرامپی پایین شکم که در دوران قاعدگی اتفاق افتاده بود، به کلینیک زنان و زایمان سرپایی مراجعه کرد. سابقه پزشکی وی از نظر آندومتريوز تخمدان که ۵ سال قبل به روش لاپاراسکوپی درمان شده بود، قابل توجه بود. با MRI یک توده کیستیک، به ابعاد ۴،۱ در ۴،۱ در ۴،۱ سانتی متر، در پایین شکم نشان داده شد که شدت سیگنال بالایی در تصویربرداری با وزن T۱ دارد (صفحه A). لاپاراسکوپی انجام شد و مشخص شد که این توده منشأ امتنوم دارد (پانل B؛ لوب های روده نیز قابل مشاهده است). رحم و تخمدان طبیعی به نظر می رسد. بررسی پاتولوژیک توده برش یافته، یافته های سازگار با آندومتريوز را نشان داد. آندومتريوز نوعی آندومتريوز خارج رحمی است. در پیگیری ۱ ماه بعد، بیمار دیگر هیچ درد شکمی گزارش نکرد. وی ۱۵ ماه پس از لاپاراسکوپی باردار شد.

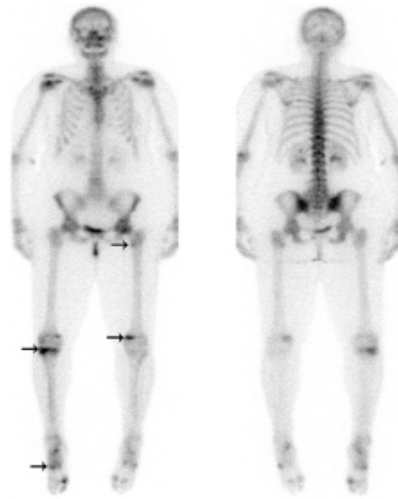
New England Journal Medicine. February 13, 2021





## استئومالاسی ناشی از تومور

ادامه از صفحه آخر



سندرم فانکونی، دارای فسفر زیاد در ادرار (۹۳۶ میلی گرم در ساعت ۲۴)، گلیکوزدر ادرار (۱۳.۸-۴.۸ میلی مول/میلی مول کراتینین؛ محدوده مرجع <math>0.1</math>) و آمینواسید است. علاوه بر این، میزان سرمی FGF23، C، ۷۷۷ واحد نسبی (RU) در هر میلی لیتر بود (دامنه مرجع ۲۱.۶-۹۱.۰/میلی لیتر).

پس از ۳ ماه درد استخوان و ضعف عضلانی، یک خانم ۴۷ ساله در سپتامبر ۲۰۱۹ به بخش روماتولوژی در بیمارستان دانشگاه لیل فرانسه مراجعه کرد. وی دارای فسفات سرمی پایین (۰.۴ میلی مول در لیتر [۰.۸-۱.۴]) و کلسیم سرم و سطح هورمون پاراتیروئید طبیعی بود. آلکالن فسفاتاز استخوان بالا بود (۸۰ میکروگرم در لیتر [۴.۷-۲۷.۱]) و ویتامین D کمی پایین تر از حد نرمال بود (۲۴ نانوگرم در میلی لیتر [۳۰-۶۰ نانوگرم در میلی لیتر]).

ارزیابی: ارزیابی های بیوشیمیایی میزان کم باز جذب فسفات (۷۳٪ [۸۵-۹۲٪]) و حداکثر باز جذب لوله ای فسفات به میزان فیلتراسیون گلومرولی را نشان داد. چندین شکستگی انتهای پروگزیمال استخوان ران، زانو و پا نیز مشخص شد (شکل ۱).

شکل ۱: اسکن سینتیگرافی استخوان جذب شدید ناشی از شکستگی هارا نشان می دهد (با فلش نشان داده می شود).

تحقیقات بیشتر نشان داد که وی دارای

شکل ۲: ام آر ای ستون فقرات، توده اپیدورال خلفی از T12 تا L2 را نشان می دهد (با فلش نشان داده می شود).

مدیریت بیماری: تومور برداشته شد و شواهد استئومالاسی ناشی از تومور مزانشیمی فسفاتوری تایید شد. اندکی پس از آن، سطح سرم فسفات و FGF23 بهبود یافت اما به حالت طبیعی برنگشت (فسفات سرم ۰.۷ میلی مول در لیتر و F-FGF23323 ترمینال سرم، RU 274 در میلی لیتر بود)، اما علائم وی به شدت بهبود یافت. ۲ هفته بعد از عمل آمینواسید و گلیکوزدر ادرار دیده نشد.

این یافته ها نشان می دهد که: (۱) اسکن انجام شده با استفاده از آنالوگهای سوماتواستاتین لیبیل دار- مانند اکتروتات در اسکنهای PET / PET Ga-68-DOTATATE - حتی در صورت وجود استئومالاسی ناشی از تومور، منفی است. (۲) استئومالاسی ناشی از تومور مزانشیمی با فسفات در ادرار، می تواند به عنوان سندرم فانکونی ظاهر یابد.

amjmed. VOLUME 134, ISSUE 1, E60-E61, JANUARY 01, 2021

از آنجا که سن وی، احتمال راشیتیسیم هیپوفسفاتی مرتبط با اتوزومال غالب یا مغلوب را غیر ممکن میکرد، پزشکان معالج وی به استئومالاسی ناشی از تومور مرتبط با سندرم فانکونی مشکوک بودند. با این حال، Ga-68 DOTATATE PET و سی تی اسکن انجام شده در سپتامبر ۲۰۱۹ و ۶ ماه بعد موفق به کشف تومور نشد. وی به دوزهای بالای کلسی تریول و فسفر نیاز داشت. تشخیص: در مارس ۲۰۲۰ او از درد سیاتیک کمری در قسمت چپ به دلیل ضعف اندام تحتانی، همچنین از دست دادن حس و بی اختیاری ادراری شکایت داشت. ام آر ای یک توده خلفی اپیدورال و درون بافتی از T12 تا L2 را نشان داد (شکل ۲).



باید برای بیماران جوان، از نظر جنسی فعال باشد، به خصوص در صورت وجود ضایعات پوستی، پلی آرتراز و درد مفاصل. درماتیت گنوکوکی سپتیک فقط در ۱.۹ درصد بیماران مشاهده می شود. علاوه، عفونت منتشر گنوکوکی امکان ایجاد عوارض شدید مانند آندوکاردیت، استئومیلیت، مننژیت و ایجاد آبسه کبد را دارد. با توجه به خطر این عوارض، ضروری است که ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی علائم عفونت منتشر گنوکوکی را تشخیص دهند، به ویژه در بیماران مبتلا به نقص ایمنی. تشخیص این آسیب شناسی از طریق ضایعات پوستی به تنهایی دشوار است زیرا تظاهرات پوستی برای عفونت منتشر گنوکوکی متفاوت است، از آبسه گرفته تا فاسیت نکروزان و واسکولیت. سوظن بالینی اولیه در مورد عفونت منتشر گنوکوکی در بیمارانی که دارای عوامل خطر هستند برای هدایت مناسب تحقیقات و درمان مهم است.

China Rae Newman, BS, BA. Kshipra Joshi, DO. Eric Brucks, MD. João Paulo Ferreira, MD  
j.amjmed. VOLUME 134, ISSUE 2, E122-E123, FEBRUARY 01, 2021



دهنده در اندام های فوقانی و تحتانی که با معاینه فیزیکی مشخص شده است. بحث و نتیجه گیری:

بیماران مبتلا به نقص ایمنی بیشتر در معرض خطر ابتلا به عفونت منتشر گنوکوکی هستند و بیماران با سیستم ایمنی سرکوب شده از نظر دارویی نیز احتمالاً در معرض خطر بیشتری قرار دارند. تشخیص عفونت منتشر گنوکوکی اغلب به تأخیر می افتد، زیرا بیماران بیشتر مواقع فاقد علائم اولیه دستگاه ادراری تناسلی هستند. اگر این بیمار معیارهای سندرم پاسخ التهابی سیستمیک را در بدو ورود پاس نمی کرد، مشخص نیست که آیا آنتی بیوتیک ها به موقع شروع می شدند یا نه. عفونت منتشر گنوکوکی

## انتشار عفونت گنوکوکی در یک بیمار با سیستم ایمنی سرکوب شده

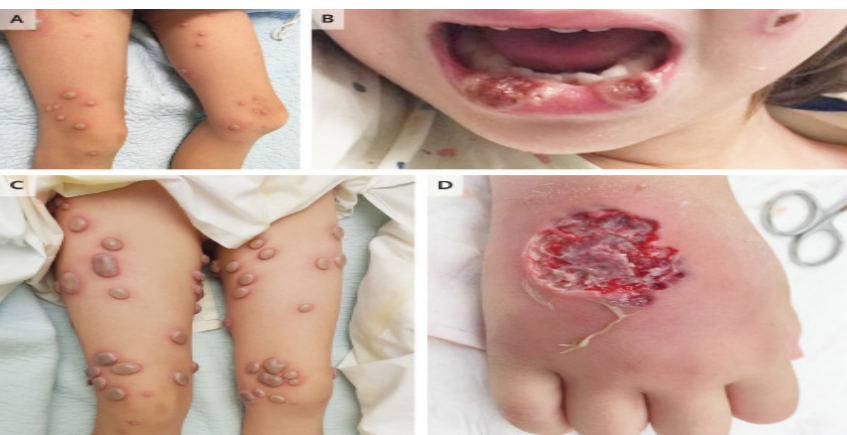
ادامه از صفحه آخر

نشان داد (شکل)، حساسیت اسکلتی عضلانی منتشر و غشای مخاطی خشک. این معاینه از نظر علائم مننژیسیم، تورم مفصل یا سופل قلبی منفی بود. بیمار معیارهای مربوط به سندرم پاسخ التهابی سیستمیک را در هنگام پذیرش پاس می کند و درمان با طیف گسترده آنتی بیوتیک شروع شد. انجام آزمایش برای آندوکاردیت، انعقاد داخل عروقی منتشر و ویروس های تنفسی منفی بود. در کشت های اولیه، کوک های گرم منفی رشد کرده و باعث ایجاد سوظن در بروز مننژیدیت N غیرمعمول شد. گونه زایی عفونت با N gonorrhoeae را نشان داد. تست تقویت اسید نوکلئیک برای گنوکوک (DNA) مثبت بود. پس از تأیید عفونت منتشر گنوکوکی، به مدت ۱۴ روز روزانه ۱ گرم آزیترومایسین خوراکی و ۱ گرم سفتریاکسون وریدی به بیمار داده شد که علائم و ضایعات پوستی با ترشح بهبود می یابد. شکل: پورپورای قابل لمس بر روی مچ دستان و انگشتان دارای پتیشیا و چرک های خونریزی

منتشر گنوکوکی، تنوسینوویت، درماتیت و پلی آرتراز است که ضایعات پوستی در ۶۰ تا ۹۰ درصد وجود دارد.

مهم است که ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، با توجه به خطر عوارض شدید این بیماری، سوظن بالینی بالایی نسبت به انتشار عفونت گنوکوکی داشته باشند، به ویژه در بیمارانی که با سپسیس و وضعیت نقص ایمنی مواجه هستند.

خلاصه شرح حال یک مورد: خانمی ۲۶ ساله مبتلا به سیروز ثانویه به علت هپاتیت خود ایمنی در درمان سرکوب سیستم ایمنی با ۲ روز درد، آرتراژی، خستگی و ضایعات پوستی جدید مراجعه کرد. هنگام مراجعه، دمای بدن او ۳۹.۱ درجه سانتیگراد به همراه تب و تاکی کاردیک تا ۱۲۳ دور در دقیقه بود. معاینه بدنی، پورپورای قابل لمس را بر روی مچ دستان و انگشتان دارای پتیشیا و چرک های خونریزی دهنده در اندام های فوقانی و تحتانی



کاهش یافت. در پیگیری ۱۲ ماه بعد، بیشتر ضایعات تقریباً کاملاً برطرف شده بودند و هیچ مدرکی از التهاب مداوم وجود نداشت. N Engl J Med 2021; 384:271. January 21, 2021

نوذ نوتروفیل متراکم را که تا قاعده ضایعه امتداد دارد، نشان داد، یافته ای که با درماتوز نوتروفیل سازگار است. ضایعات با متیل پردنیزولون و سیکلوسپورین خوراکی و مراقبت از زخم

## پاترزی در درماتوز نوتروفیلیک

ادامه از صفحه آخر

ضایعات پیشرفت کردند (پانل C). آزمایشات مربوط به علل عفونی، از جمله کشت خون، آزمایش سرولوژیک برای ویروس Epstein-Barr و Mycoplasma pneumoniae، آزمایش زخم برای ویروس هرپس سیمپلکس و ویروس واریسلا زوستر و کشت باکتری منفی بود. در روز ۵ بستری، یک زخم پوستی جدید در سمت دست ایجاد شد. در یک محل کانولای داخل وریدی ایجاد شد (تابلوی D). پاترزی، ایجاد ضایعات جدید ناشی از ترومای جزئی، ممکن است در بیماران مبتلا به درماتوزهای نوتروفیل مانند سندرم بعد از عفونت Sweet و پیودرما گانگرونوزوم بولوز دیده شود. یک نمونه بیوپسی از زخم، یک

یک دختر ۷ ساله با سابقه ۲ هفته تب و تاول های دردناک چند روزه بر روی بازوها، پاها و صورت خود به اورژانس مراجعه کرد. دو هفته قبل، وی دوره پنی سیلین را برای التهاب لوزه به پایان رسانده بود. در معاینه، چندین بولا با پایه های اریتماتوی در پاها (پانل A) و ضایعات کاملاً مشخص و دردناک روی لب و کام نرم با زخم گرد سطحی کم عمق روی گونه سمت چپ وی وجود داشت (صفحه B). مطالعات آزمایشگاهی تعداد سلولهای سفید را ۳۲۰۰۰ در میلی متر مکعب (محدوده مرجع ۵۰۰۰ تا ۱۴،۵۰۰) با ۸۸٪ نوتروفیل نشان داد. علیرغم درمان با عوامل آنتی بیوتیکی و آسیکلوویر،

### تغییر رنگ دست پس از تزریق توئل کارپال

David Burke, M.D

### آندومتريوز امنتوم

Tomoko Arakawa, M.D., Soichiro Ishihara, M.D., Ph.D

بقیه در صفحه ۵

### سندروم کودا اکوینا به دلیل سارکوئید شناخته شده

مترجم: دکتر الهام خاقانی - پزشک عمومی

### اوکرونوزیس

Berardo Di Matteo, M.D., Maurilio Marcacci, M.D

بقیه در صفحه ۶

### استئومالاسی ناشی از تومور

Julien Paccou, MD, PhD. Arnaud Pflimlin, MD  
 François Glowacki, MD, PhD. Bernard Cortet, MD, PhD .

### پاترزی در درماتوز نوتروفیلیک

Ji-Hyun Moon, M.B., B.S., Julie Huynh, B.Biomed.Sci., M.B., B.S

بقیه در صفحه ۷

### تأثیر Bamlanivimab به عنوان مونو تراپی یا در ترکیب با Etesevimab بر روی بار ویروسی در بیماران مبتلا به COVID-19

Robert L. Gottlieb, MD, PhD; Ajay Nirula, MD, PhD Peter Chen, MD

سوال: تأثیر درمان زودهنگام با آنتی بادی های خنثی کننده ضد اسپایک بر بار ویروسی سندرم حاد تنفسی کرونا ویروس 2 (SARS-CoV-2) در بیماران سرپایی با بیماری ویروس کرونا ویروس خفیف تا متوسط تا ۲۰۱۹ (COVID-19) چیست؟

بقیه در صفحه ۵

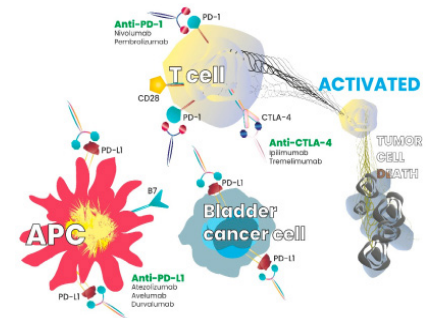


### انفورتوماب ودوتین (Enfortumab Vedotin) در کارسینوم اوروتلیال پیشرفته و درمان شده قبلی

مترجم: پروین امامی - پرستار

بیماران مبتلا به کارسینوم پیشرفته اوروتلیال بعد از شیمی درمانی حاوی پلاتینیوم و درمان مهار کننده پروتئین ۱ مرگ برنامه ریزی شده سلولی (PD-1) یا لیگاند ۱ مرگ برنامه ریزی شده (PD-L1)، بقای کلی ضعیفی دارند.

بقیه در صفحه ۶

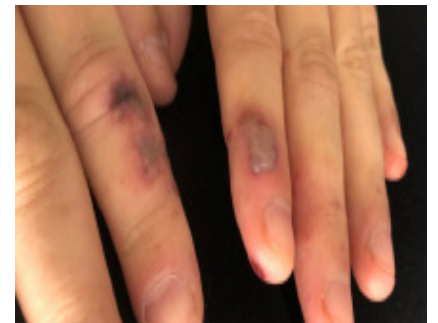


### انتشار عفونت گنوکوکی در یک بیمار با سیستم ایمنی سرکوب شده

مترجم: فاطمه عطارزاده - ارشد بیوشیمی

عفونت گنوکوکی در درجه اول سطح مخاط دستگاه ادراری تناسلی را تحت تأثیر قرار می دهد و به ندرت باعث باکتری و سپسیس ناشی از انتشار می شود. عفونت منتشر گنوکوکی در ایالات متحده شیوع دارد، با میزان ۰.۳-۰.۵ در بیماران آلوده به Neisseria gonorrhoeae به تظاهرات اصلی عفونت

بقیه در صفحه ۷



سال نو مبارک

۱۴۰۱

med.

NovinPharma Canada has been distributing pharmaceutical products, Brand Generic, since 1999. Its customer base is mainly the Middle-east & Europe but it contacts with manufacturers and other distributors are across the globe. NovinPharma has a long history of sales to Iran ever since its founding and even under the present political environment, continues to supply pharmaceuticals to Iran

NOVIN PHARMA CANADA

For more information kindly write to david@novinpharma.ca