مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (17) العدد (3) 1995
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (17) No (3) 1995

التهاب الشرايين عرطل الخلايا Giant cell Arteritis

عرض لحالتين سريريتين

الدكتورة أوسيمة خير*

□ ملخص □

تمت دراسة حالتين سريريتين من التهاب الشريان الصدغي عرطل الخلايا راجعتا العيادة العصبية (مرض نادر الحدوث) وكانت الشكاية الأساسية والوحيدة تقريباً بكلتا الحالتين هي الصداع المستمر والمعند على المسكنات الكلاسيكية. ارتفاع سرعة التثفل الواضح كانت العلامة المخبرية الوحيدة الموجهة للتشخيص. فقط في إحدى الحالتين وجدت تغيرات موضعية من سماكة وتعرج بالشريان الصدغي على حين كان الشريان الصدغي طبيعياً في الحالة الأخرى. تأكد التشخيص بإجراء فحص نسيجي للخزعة المأخوذة من الشريان الصدغي بكلتا الحالتين.

طبق العلاج النوعي بالستيروئيدات القشرية بجرعة بدئية مقدارها 75 مغ بريدنيزون يومياً وقبل ظهور نتيجة الخزعة تجنباً للمضاعفات الخطيرة للمرض.

كانت الاستجابة جيدة للعلاج الباكر بالبريدنيزون حيث تراجع الصداع بعد حوالي 2-3 أسابيع من بداية العلاج.

* مدرسة في قسم الأمراض الباطنة – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (17) العدد (3) 1995
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (17) No (3) 1995

Giant cell Arteritis, Report of Two Clinical Cases

Dr. Ouseima KHEIR*

❐ ABSTRACT ❐

Two clinical cases of giant cell arteritis, which is a rare disease, have been studied at the neurological clinic. The major complaint in both cases is a continuous headache which does not respond to the normal pain killers. The rise of B.S.G. is the only clinical symptom for the diagnosis. In one case, the temporal artery was normal, but in the other, there were some pathological changes in the thickness and curvature of the artery. The diagnosis was confirmed by the tissue testing of the biopsy taken from the temporal artery in the two cases. The remedy was applied to the corticosteroid in the form of an initial 75 mgs of prednisolon per day. This had been before the result of the biopsy was out as a precaution against some dangerous consequences of the disease. The response to the early remedy of prednisolon was good because symptoms decreased in the first three weeks.

* Lecturer at Internal Medicine Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

المقدمة والدراسة النظرية:

إنــه عــبارة عــن مرض التهابي يصيب الشرايين الكبيرة والمتوسطة خاصة الشــرايين القحفيــة والــتهاب الشــريان الصدغي هو الأكثر مشاهدة.

عــادة يكون البدء حاداً ومترقياً مع ميــل للازمــان. المرض يصيب الأعمار المــتقدمة ويلاحــظ نسيجياً وجود التهاب حبيبي متعدد البؤر.

أولاً: الآلية المرضية والحدوث:

الــتهاب الشــرايين عرطل الخلايا غيــر معروف السبب. ولا يمكن نفي دور العوامــل الوراثيــة بشكل أكيد في حدوثه. ولوحــظ أن الأمريكيين من العرق الأبيض يصــابون به أكثر من الزنوج الأمريكيين وبشــكل مثــبت إحصائياً (Smith et al, 1983). وتلعب الآلية المناعية الذاتية دوراً فيه (Lowenstein et al, 1983).

يبــلغ متوسط الإصابة السنوية بين الســكان حوالي 10–30 إصابة لكل مائة ألف مواطن ممن هم بعمر فوق الخمسين. وعــدد المصابين الإناث يبلغ تقريباً ضعف عــدد المصابين الذكور. وفي كلا الجنسين تكون معظم الإصابات فوق سن الستين.

ثانياً: التظاهرات السريرية:

ســريرياً يتظاهر المرض بالأشكال الأربعة التالية:

1- التهاب الشريان الصدغي Temporal arteritis.

2- ألم العضلات الرثوي Polymyalgia rheumatica.

3- الــتهاب الشــرايين عرطل الخلايا الخفــي (الناذر الخبيث) Occult giant cell arteritis.

4- تــناذر التهاب القوس الأبهرية عند المسنين.

قــد تحــدث الأشكال السابقة بنفس الوقت عند المريض أو قد يحدث انتقال من شــكل لآخــر. وقــد تتــبدل التظاهرات السريرية.

وبينت الدراسة التي أجراها الباحث (Gaunt, 1982) أن 60% مــن مرضى ألــم العضــلات الرثوي وجد عندهم أيضاً الــتهاب شريان صدغي في حين أن 50% من مرض التهاب الشريان الصدغي لوحظ عــندهم علامــات سريرية لألم العضلات الرثوي.

مــن الممكــن أن تــؤدي جميــع الأشكال الأربعة السابقة إلى العمى (حوالي 10–40% مــن المرضى غير المعالجين) وكذلــك لــلوفاة بســبب حــدوث الانسداد الالــتهابي للشرايين السباتية أو الفقارية أو التاجية.

لا توجــد علامــة سريرية مؤكدة للمرض. ولكن في 10% من الحالات تبين

بجس أو إصغاء الشريان المصاب للنبض أو سمعت نفخات انقباضية.

إن وجود النفخات الانقباضية بإصغاء الشريان أو وجود فرق بقياس الضغط الدموي بالجهتين يزيد عن 20 مم زئبق يثير الشك بوجود المرض ودائماً عند الشك بوجود المرض وعلى الرغم من غياب العلامات السريرية الموضعية في منطقة الشريان الصدغي يجب اللجوء لإجراء الخزعة الشريانية لوضع التشخيص الأكيد. وتبين أن 60% من الخزعات المأخوذة من الشريان الصدغي أعطت تغيرات نسيجية مشخصة لالتهاب الشريان (Bengtsson & Malmvall, 1981).

وخزعة الشريان مستطبة حتى بعد البدء بالمعالجة لأن التبدلات النسيجية الموضعية تبقى موجودة لفترة طويلة في حالة التهاب الشريان الصدغي.

جدول (1): تشخيص التهاب الشرايين العرطل

العلامات السريرية:

- غياب النبض ونفخات في حوالي 10% من الحالات فقط.
- اضطرابات بالرؤيا في حوالي 25–50% من الحالات.
- أعراض عامة غير نوعية مثل: تعب، وهن، إحساس بالمرض، آلام مفصلية، نقص وزن، ترفع حروري خفيف. يلاحظ الصداع عند 90% من المرضى.

الدلالات المخبرية:

- ارتفاع سرعة التثقل. تبقى طبيعية عند حوالي 20–30% من المرضى.
- ازدياد نسبة α_1-globulin وα_2-globulin مع فقر دم سوي الصباغ.
- لا توجد تغيرات نوعية مميزة بالفحوص المناعية للدم.

الخزعة:

يمكن وضع التشخيص الأكيد عند حوالي 60% من الحالات عن طريق إجراء الفحص النسيجي للخزعة المأخوذة من الشريان الصدغي.

1- التهاب الشريان الصدغي:

الأعراض والعلامات:

قد يبدأ المرض بوهن عام وحرارة خفيفة عند مريض عمره فوق الخمسين بعد ساعات قد يشكو المصاب من صداع شديد يتوضع بمنطقة الصدغ بجهة واحدة أو بالجهتين وقد يكون الألم بالأذن. يتصف الألم باستمراريته.

قد تتركز الأعراض بالرقبة أو بكامل الرأس. يكون الجلد في هذه المناطق

حساساً للمس. يلاحظ وجود تعب مؤلم بعضلات المضغ واللسان خاصة أثناء الكلام (عرض متقطع للسان وعضلات الفك).

بعد حوالي أسبوعين من بدء الألم من الممكن ملاحظة غياب النبض وحدوث ثخانة في الشريان الصدغي. وفي بعض الحالات النادرة يغيب الألم بالرغم من وجود الانتباج النموذجي بالشريان الصدغي.

في حوالي 12-15% من الحالات لوحظ حدوث هبوط جفن كعرض وحيد أو مترافق مع شلول الأعصاب العينية المختلفة (Poeck, 1978).

نادراً ما يلاحظ وجود علامات عصبية مركزية موضعة أو تناذر بصلي نتيجة للإصابة الالتهابية للشريان الفقاري (Scheid, 1983).

قد يؤدي تأخر التشخيص والمعالجة لحدوث العمى بسبب الانسداد الالتهابي للشريان الشبكي المركزي ويكون العمى دائماً غير قابل للتراجع على حين أن شلل عضلات العين قابل للتراجع بسبب الدوران المعاوض.

- مخبرياً:

- يلاحظ ارتفاع واضح بسرعة التثفل وغالباً تصل لأكثر من 70 مم بالساعة الأولى مع ازدياد بالكريات البيض والحامضات.
- ارتفاع α_2-globulin بالمصل.

وبشكل عام يمكننا تلخيص التظاهرات الأكثر شيوعاً في التهاب الشريان الصدغي بالجدول التالي:

جدول (2): التظاهرات الأكثر شيوعاً في التهاب الشريان الصدغي

- صداع إما معمم أو موضع بالمنطقة الصدغية.
- ثخانة مقطعية بالشريان الصدغي مع ألم بجس الشريان. غياب النبض.
- ارتفاع واضح بسرعة التثفل لأكثر من 70 مم بالساعة الأولى.

- التشخيص والتشخيص التفريقي:

يسهل التشخيص عند وجود التغيرات النموذجية بمنطقة الشريان وتمركز الألم بالصدغين. لكن الألم الموضع بالعنق يوجه للشك بأسباب تنكسية بالفقرات الرقبية والتي تثبتها عادة الصور الشعاعية للعمود الفقري الرقبي عند كبار السن.

وقد تكون سرعة التثفل المرتفعة هي العرض الوحيد المقلق. وأحياناً يحتل العمى الأحادي أو الثنائي الجانب مقدمة الأعراض.

ودوما في حالة الشك يجب إجراء خزعة من الشريان الصدغي حتى عند غياب التبدلات الموضعية فيه. ويجب التفكير بهذه الحالة عند وجود حرارة خفيفة غير مفسرة عند الكهل.

- **التشريح المرضي:**

تبدي خزعة الشريان وجود علامات التهاب شريان مع تشكل نسيج حبيبي بالطبقة الوسطى وارتشاحات بخلايا عرطلة.

2- ألم العضلات الرثوي:

هذا الشكل من التهاب الشرايين عرطل الخلايا أكثر شيوعاً بحوالي 2-4 مرات من التهاب الشريان الصدغي ووجد عند 30-80% من المصابين بهذا الشكل تبدلات نسيجية مميزة لالتهاب الشريان الصدغي عرطل الخلايا بفحص خزعة من الشريان. المرض يصيب عادة النساء أكثر من الرجال والعمر المفضل عادة فوق الستين.

الشكايات المسيطرة بهذا الشكل هي الآلام العضلية وأحياناً يصحو المريض من شدة الألم المتوضع في عضلات الحوض والكتف وغالباً ما تكون الشكوى الألمية في عضلات زنار الكتف. أحياناً تصاب المفاصل الكبيرة.

الحركة تزيد من شدة الألم عند بعض المرضى لكنها قد تخفف من الألم عند البعض الآخر. وتكون المناطق المصابة عادة حساسة للمس.

يبلغ المرض ذروته بعد أيام أو خلال أشهر. يحدث أحياناً توذم مفصلي ويكون متناظراً وثنائي الجانب وعابراً. لا توجد اضطرابات حسية وتبقى المنعكسات طبيعية. وليس من النادر حدوث الصداع الذي يشير لوجود التهاب بالشريان الصدغي.

يشعر المريض بتوعك عام ودعث ويهبط الوزن وتشير الفحوصات المخبرية إلى ازدياد بسرعة التثفل، فقر دم، زيادة α_2-globulin على حين تبقى الخمائر العضلية بمستواها الطبيعي. تخطيط العضلات الكهربي طبيعي.

الخزعة العضلية بهذا المرض غير مجدية للتشخيص لأن التغيرات المشاهدة تكون غير نوعية ولا مميزة للمرض.

- **التشخيص:**

يكون تشخيص هذا الشكل محتملاً عند تواجد ثلاثة على الأقل من الأعراض والعلامات الموجودة بالجدول رقم (3) أو بوجود عرض واحد منها مع إيجابية فحص خزعة الشريان الصدغي التي تشير لوجود التهاب شريان صدغي عرطل الخلايا (Mayr – Pfister, 1987).

جدول (3): أعراض وعلامات ألم العضلات الرئوي مرتبة حسب أهميتها

- ألم ويبوسة ثنائية الجانب في عضلات زنار الكتف والحوض.
- المدة الزمنية بدءاً من ظهور العرض الأول وحتى تكامل الصورة السريرية للمرض هي أسبوعين.
- ارتفاع سرعة التثفل إلى 40 مم بالساعة الأولى.
- يبوسة صباحية تستمر لأكثر من ساعة.
- العمر فوق الخامسة والستين.
- نقص وزن.
- آلام عضدية بالجهتين عند الضغط عليهما.

وكقاعدة عامة يمكننا القول أنه يجب التفكير بألم العضلات الرئوي والتهاب الشريان الصدغي عند كل حالة فقر دم سوي أو ناقص الصباغ معند مع ارتفاع سرعة التثقل الشديد عند كبير السن. وعندها يجب إجراء خزعة من الشريان الصدغي حتى في حال غياب العلامات السريرية الموضعية الأخرى.

3- التهاب الشرايين عرطل الخلايا الخفي (التناذر الخبيث):

يتميز هذا الشكل بوجود شكايات عامة غير نموذجية عند المريض تؤدي بالنهاية للشك بوجود تناذر خبيث ولهذا السبب غالباً ما يتأخر وضع التشخيص الصحيح وبالتالي العلاج المناسب مما يؤدي لحدوث العمى وأحياناً الوفاة (Healey & Wilske, 1980).

وغالباً ما يوضع التشخيص الصحيح عند ظهور أعراض أخرى مثل الصداع أو علامات موضعية تشير إلى التهاب الشريان الصدغي. وأيضاً ألم العضلات الرئوي. وخزعة الشريان الصدغي تثبت وجود حالة التهاب شرايين عرطل الخلايا وقد وجد (Healey, 1980) أنه من أصل 74 مريضاً يعانون من التهاب شريان صدغي مثبت نسيجياً كان هناك ثلاثون مريضاً لديهم شكايات سريرية عامة وغير نموذجية تتماشى مع وجود التهاب الشرايين عرطل الخلايا خفي الأعراض.

وأكثر العلامات والأعراض التي يتظاهر بها هذا الشكل موضحة بالجدول رقم (4).

الجدول (4): أعراض وعلامات التهاب الشرايين عرطل الخلايا الخفي

- تعب غير طبيعي.
- إحساس شديد بالمرض.
- نقص وزن مترقي.
- ترفع حروري مجهول السبب.
- مزاج كآبي.
- تعرق ليلي.
- ارتفاع سرعة التثفل لأكثر من 60 مم بالساعة الأولى.

4- تناذر التهاب القوس الأبهرية عند المسنين:

يتميز هذا الشكل السريري بغياب النبض ووجود نفخات بالشرايين الكبيرة وأيضاً وجود اختلاف بالضغط الدموي بالجهتين.

يظهر تصوير الأوعية الظليل وجود تضيقات التهابية بالشرايين المصابة. أكثر الشرايين إصابة بهذا الداء هي الأبهر، الشريان تحت الترقوة، الشريان السباتي الأصلي، الشريان الإبطي والشريان العضدي.

- الأعراض والعلامات السريرية:

- نفخات وغياب نبض بالشريان المصاب.
- اختلاف بالضغط الشرياني بالجهتين.
- تظاهرات وأعراض داء رينو.
- عرج متقطع.

ثالثاً: المعالجة:

يجب البدء فوراً بالمعالجة بالبريدنيزون عند كل مريض يشك سريرياً بإصابته بالتهاب الشرايين عرطل الخلايا دون انتظار نتيجة الخزعة.

نبدأ عادة بجرعة بدئية مقدارها 60 مغ من البريدنيزون يومياً عن طريق الفم تعطى كجرعة وحيدة صباحاً مع إعطاء مضادات الحموضة كوقاية. ولم تثبت فعالية المعالجة المتقطعة بإعطاء البريدنيزون كل ثاني يوم – (Mayr Pfister, 1987).

نبدأ بتخفيض الجرعة البدئية للبريدنيزون حسب الحالة وذلك عند هجوع الأعراض السريرية وعودة سرعة التثفل للطبيعي. ويحدث هذا عادة بعد حوالي أربعة أسابيع على بدء العلاج. ويكون إنقاص الجرعة بشكل تدريجي وببطء ويتم ذلك خلال ستة أشهر من بدء العلاج إلى

أن تصل الجرعة التي سيستقر عليها العلاج وهي بحدود 5-10 مغ يومياً.

إن مدة العلاج المثالية غير معروفة ولكن يجب أن لا تقل بجميع الأحوال عن السنتين بعد إيقاف العلاج يخضع المريض لمراقبة دورية سريرية ومخبرية كل ثلاثة أشهر وذلك لكشف حالات النكس بشكل مبكر وبالوقت المناسب ويستمر ذلك لمدة عام من إيقاف العلاج كحد أدنى.

تبين أن هناك نكس يصل إلى حوالي 60% من المرضى الذين عولجوا لمدة عام فقط على حين بلغت نسبة النكس فقط 40% من المرضى الذين عولجوا لمدة عامين أو ثلاثة أعوام.

ولوحظ أن أكثر أسباب فشل المعالجة يعود إلى انخفاض الجرعة البدئية للبريدنيزون وكذلك إلى التسرع بإنقاص الجرعة وأيضاً إلى قصر واختصار مدة العلاج.

وتعطى بالمعالجة أدوية مكملة للعلاج بالبريدنيزون ولكنها لا تغني عنه مطلقاً وأهم هذه الأدوية هي الساليسيلات وكذلك مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية الأخرى لكن إعطاءها وحدها دون البريدنيزون لا يكون ذا فائدة.

وهناك العديد من الأدوية لم تثبت فعاليتها بالمعالجة مثل Cyclophosphamid (Fndoxan)^R وكذلك Azathioprin (Imurek)^R لذلك ينصح بعدم استخدامها بهذا المجال (Gerber, 1984). والجدول رقم (5) يقترح مخططاً علاجياً لالتهاب الشرايين الصدغي عرطل الخلايا.

- **الإنذار:**

مدة المرض تمتد بين بضعة أشهر وحتى العشر سنوات.

يلاحظ حدوث تبدل التظاهرات المرضية خاصة بحالات النكس.

في حالة العلاج الجيد والمراقبة الجيدة لا يوجد اختلاف في نسبة الوفيات بين المرضى وباقي الأفراد من العمر نفسه.

لا تقصر المعالجة بالستيروئيدات القشرية من مدة المرض ويجب مواصلة العلاج حتى هجوع الأعراض ولسنوات عدة وذلك للوقاية من حدوث العمى غير القابل للتراجع 15% من الحالات التي بدأت فيها اضطراب بالرؤيا يمكن للعلاج بالستيروئيدات أن يحسنها (Huston & Hunder, 1980).

الجدول (5): مخطط علاجي لالتهاب الشرايين عرطل الخلايا

البدء:	مباشرة ودون انتظار نتيجة الخزعة.
الجرعة البدئية:	60 مغ بريدنيزون كجرعة وحيدة يومياً عن طريق الفم تؤخذ صباحاً.
تخفيض الجرعة:	بعد هجوع الأعراض السريرية وعودة سرعة التثفل إلى الطبيعي وخلال فترة ستة أشهر تخفض الجرعة تدريجياً لتصل بنهاية الستة أشهر إلى الجرعة النهائية وتتراوح بين 5-10 مغ يومياً.
مدة العلاج:	سنتين كحد أدنى.
محاولة إيقاف العلاج:	نبدأ بمحاولة إيقاف العلاج بعد سنتين كحد أدنى من بدايته يلي ذلك إجراء مراقبة دورية كل ثلاثة أشهر للعلامات السريرية والمخبرية وكحد أدنى لمدة عام بعد إيقاف العلاج.

عرض الحالتين السريريتين:

نظراً لندرة الإصابة بالتهاب الشريان الصدغي عرطل الخلايا (10-30 إصابة سنوياً لكل مائة ألف مواطن من هم فوق الخمسين) أتيت على ذكرها ومناقشتها خاصة أن الأعراض والعلامات السريرية كانت متباينة إلى حد ما وأن التشخيص الأكيد وضع بإجراء الخزعة والفحص النسيجي.

- الحالة الأولى:

السيد ع - خ عمره /64/ عاماً.

راجعني المريض بالعيادة العصبية بتاريخ 1994/7/3 بشكاية صداع شديد ومستمر منذ عشرة أيام، الصداع معمم وعلى أشده بالمنطقة الصدغية بالجهتين. سبق للمريض أن راجع خلال العشرة أيام الماضية العديد من الأطباء بالشكاية نفسها ووصفوا له المسكنات الكلاسيكية دون أن يتحسن الصداع.

الفحص السريري: الضغط الدموي 150/ 90 مم زئبقي. لا يوجد ترفع حروري.

الفحص العصبي: ضمن الحدود الطبيعية. لا توجد تبدلات موضعية على مسار الشريان الصدغي. لم تسمع نفخات. النبض بالشريان الصدغي مجسوس بشكل جيد لا توجد تغيرات بالرؤيا ولا آلام عضلية أو مفصلية.

أدخل المريض إلى مشفى الأسد الجامعي بتشخيص مبدئي "صداع للدراسة" وطلبت له مباشرة الفحوص المخبرية والشعاعية لوضع التشخيص النهائي.

أجري للمريض تصوير طبقي محوري للدماغ وكذلك تخطيط دماغ لنفي

الآفات الورمية والنزفية داخل القحف وكانت النتيجة طبيعية.

الفحوص الدموية المجراة كانت ضمن الحدود الطبيعية ما عدا الارتفاع الواضح في سرعة التثفل حيث وصلت بالساعة الأولى إلى 105 مم وبالساعة الثانية إلى 155 مم. ولوحظ وجود انخفاض خفيف بقيمة الخضاب الدموي (11.7 غ/100 مل).

تم التوجه بالتشخيص إلى التهاب الشريان الصدغي على الرغم من غياب العلامات الموضعية بمنطقة الشريان الصدغي ووضع المريض مباشرة على جرعة بدئية تبلغ 75 مغ من البريدنيزون يومياً. وأعطي أيضاً الهستوديل لوقاية المعدة وأعطي الاندوميتاسين والساليسيلات كعلاج مكمل ومساعد.

بتاريخ 1994/7/7 أجري للمريض خزعة من الشريان الصدغي الأيسر تحت التخدير الموضعي وأرسلت الخزعة للفحص بقسم التشريح المرضي بكلية الطب وكانت نتيجة الخزعة مؤكدة للتشخيص السريري الموضوع وهو التهاب الصدغي عرطل الخلايا.

نتيجة الخزعة: مجهرياً وجود تشكلات خثرية ضمن لمعة الشريان المتضيقة بسبب وجود تشكلات حبيبوية التهابية شاملة للجدار ومكونة من المعتدلات والوحيدات مع خلايا عرطلة عديدة النوى. ولا توجد علامات خبث خلوي في العينة المأخوذة.

التشخيص: Giant cell arteritis

السير: خف الصداع بشكل ملحوظ بعد حوالي عشرين يوماً من بدء العلاج بالبريدنيزون ومراقبة سرعة التثفل أظهرت تراجعاً ملحوظاً بها س1: 52مم، س2: 83مم المريض مازال قيد العلاج الطبي بالمنزل بالبريدنيزون ويراجع للمراقبة كل فترة. وسوف أبدأ بتخفيض الجرعة تدريجياً وببطء بعد حوالي الأسبوعين إلى أن أصل للجرعة المستمرة بحدود 10 مغ يومياً بعد حوالي الستة أشهر من بدء العلاج.

- الحالة الثانية:

السيد: م – ك عمره 75 عاماً.

بتاريخ 1993/10/21 راجع العيادة العصبية بشكاية صداع معند ومتمركز بالمنطقة الصدغية بالجهتين منذ حوالي ثلاثة أسابيع عولج خلالها من قبل العديد من الأطباء بالعلاجات التقليدية للصداع دون فائدة. لا توجد اضطرابات بالرؤيا. الفحص العصبي ضمن الحدود الطبيعية.

سريرياً: أظهر الفحص وجود ثخانة وتعرج بمسار الشريان الصدغي الأيمن وكان مؤلماً بالجس. أظهرت الفحوص المخبرية ارتفاعاً ملحوظاً بسرعة التثفل س 1: 75مم، س2: 140مم وضع المريض مباشرة على العلاج الستيروئيدي بجرعة بدئية مقدارها 75 مغ يومياً من

البريدنيزون وكان التشخيص الموضوع هو التهاب الشريان الصدغي.

أخذت خزعة من الشريان الصدغي وكانت نتيجة الفحص النسيجي لهذه الخزعة مؤكدة للتشخيص السريري.

لوحظ تحسن وتراجع الأعراض بعد حوالي أسبوعين على بدء العلاج ومازال المريض على الجرعة المستمرة من البريدنيزون بمقدار 10 مغ يومياً. وهو قيد المراقبة.

مناقشة الحالتين:

من العرض السابق للحالتين السريريتين تبين أن المريضين تجاوزا الستين من العمر (64 و75 عاماً) وراجعا العيادة بشكاية أساسية ووحيدة تقريباً وهي الصداع المستمر المعند على المسكنات الكلاسيكية. ونلاحظ افتقار كلا الحالتين للأعراض الأخرى التي يمكن مشاهدتها بمثل هذه الحالات كما ورد بالدراسة النظرية وكذلك للعلامات السريرية (لا يوجد اضطرابات بالرؤيا أو علامات عينية، لا يوجد تعب بعضلات المضغ واللسان، لا يوجد غياب بالنبض بجس الشريان الصدغي، لا يوجد ترفع حروري..).

على حين شوهدت تغيرات موضعية بالشريان الصدغي من ثخانة وتعرج بالمسار وحس ألم بالجس بالحالة الثانية فإنه لم تشاهد أية تغيرات غير طبيعية بالشريان الصدغي بالحالة الأولى وعلى الرغم من غياب العلامات الموضعية بمنطقة الشريان الصدغي بالحالة الأولى فقد وضع التشخيص المبدئي كالتهاب شريان صدغي بسبب الارتفاع الواضح بسرعة التثقل والصداع وأجريت الخزعة وكان التشخيص النسيجي مطابقاً للتشخيص المبدئي وهو التهاب الشريان الصدغي عرطل الخلايا وهذا ما يؤكد ما جاء بالدراسة النظرية من أنه يتوجب إجراء الخزعة حتى دون وجود تغيرات موضعية بمنطقة الشريان.

عند كلا المريضين لوحظ ارتفاع واضح بسرعة التثقل لأكثر من 70 مم بالساعة الأولى ولأكثر من 100 مم بالساعة الثانية (س1: 105مم، س2: 115 مم-س1: 75مم، س2: 140مم) وكانت هذه العلامة المخبرية الأساسية التي وجهت نحو التشخيص الصحيح.

طبق العلاج بالستيروئيدات القشرية باكراً جداً وقبل انتظار نتيجة الخزعة بكلا الحالتين تجنباً للمضاعفات الخطرة للمرض. كانت الجرعة البدئية للبريدنيزون 75 مغ يومياً دفعة واحدة.

الاستجابة للعلاج وهجوع الأعراض والانخفاض الواضح بسرعة التثقل حدث بعد حوالي 2-3 أسابيع من بداية العلاج.

REFERENCES المراجع

- Bengtsson BA., Malmvall BE. (1981). Prognosis of Giant cell arteritis including temporal arteritis and ploymyalgia rheumatica. A-follow-up study on ninety patients treated with corticosteroids. Acta Med. Scand. 209: 337-345.
- Bengtsson BA., Malmvall BE. (1981). The epidemiology of Giant cell arteritis including temporal arteritis and polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum*. 24: 866-904.
- Gaunt, WD. (1982). Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis *Missouri Medicine* 79: 339-345.
- Gerber, NJ. (1984). Giant cell arteritis and its variant. *Eur. Neurol.* 23: 410-420.
- Healey LA., Wilske KP. (1980). Presentation of occult giant cell arteritis. *Arteritis Rheum*. 23: 641-643.
- Huston KA., Hunder GG. (1980). giant cell (cranial) arteritis: a clinical review *Amer. Heart J* 100: 99-107.
- Lowenstein MB. (1983). Increased frequency of HLA-DR3 and in polymyalgia rheumatica- giant cell arteritis. *Arteritis Rheum*. 26: 925-927.
- Mayr-Pfister, L. (1987). Riesenzellarteriitis in: Thomas Brandt, et al. Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen verlag W. Kohlhammer – Stüttgart.
- Poeck, K. (1978). Neurologie, 5. Auflage Springer – Verlag, Berlin – *Heidelberg – New York* 234-235.
- Poeck, K. (1992). Neurologie, 8. Auflage Springer – Verlag, Berlin – Heidelberg – New York 293-294.
- Scheid, W. (1983). Lehrbuch der Neurologie 5. Auflage Georg Thieme Verlag – Stuttgart – New York 364-366.

• Smith CA., et al. (1983) The epidemiology of giant cell arteritis: Report of aten-year study in shelby county tennessee *Arteritis Rheum*. 26: 1214-1219.