

پلی آرتریت و تب

دکتر کامران مشفق^۱

«شاید هیچ بیماری دردناک‌تر از پلی آرتریت حاد نباشد...» (ویلیام اوسلر)

پلی آرتریت و تب هم شایع هستند و هم می‌توانند نمای کلینیکی غیر معمول (atypical) از یک گروه از بیماری‌های متنوع عفونتهای سیستمیک و بیماری‌های رماتیسمی باشند (جدول ۱). برخی یافته‌های کلینیکی و آزمایشگاهی در تشخیص افتراقی مفید هستند اما هیچکدام برای تشخیص یک بیماری مشخص، اختصاصی نیستند. در اکثر اوقات، خیلی بیماریها ممکن است بایش از یک طرح کلینیکی خود را نشان دهند. (جدول ۲) تب معمولاً به صورت ثابت یا راجعه (remittent) و یا متناوب (intermittent) دیده می‌شود. شکلی از تب متناوب به صورت (quotidian) spiking است که معمولاً شامل افزایش درجه حرارت روزانه در اواخر بعد از ظهر یا غروب و طبیعی شدن درجه حرارت در هنگام شب می‌باشد. قبل از افزایش درجه حرارت گاهی لرزهای تکان دهنده و بعد از آن تعریق فراوان دیده می‌شود. این نمای دراماتیک بیشتر نشان دهنده عفونت

باکتریال و بیماری still می‌باشد. اما گاهی در حالات عفونی و غیر عفونی دیگری نیز روی می‌دهد. خصوصیات که باعث افتراق آرتریت میشود شامل خشکی صبحگاهی، قرینه بودن، گرفتاری مفاصل بزرگ و یا کوچک، شدت درد و التهاب می‌باشد. گرفتاری مفصلی گاهی به طور همزمان و گاهی additive و گاهی به شکل مهاجر است. در آرتریت مهاجر التهاب فقط برای چند روز در هر مفصل می‌ماند و معمولاً با گرفتار شدن مفصل بعدی، آرتریت در مفصل اول یا از بین رفته و یا کاهش یافته است.

علاوه بر شرح حال دقیق، معاینه فیزیکی و تستهای آزمایشگاهی استاندارد، کشت باکتریال مایع مفصلی و بررسی مایع سینوویال جزء مطالعات با بیشترین دقت و ارزش تشخیصی بالا محسوب می‌شوند. بررسی مایع سینوویال می‌تواند آرتریت باکتریال و آرتریت کریستالی را نشان دهد. لکوسیت مایع مفصلی بالای ۵۰ هزار در هر

۱ - متخصص بیماریهای داخلی - استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک)

Cond. from table 1.

Cancers	Biopsy
Sarcoidosis	Biopsy
Mucocutaneous disorders	Biopsy or clinical findings
Dermatomyositis	
Behcet's disease	
Henoch-Schönlein purpura	
Kawasaki's disease (mucocutaneous lymph node syndrome)	
Erythema nodosum	
Erythema multiforme	
Pyoderma gangrenosum	
Pustular psoriasis	

میلی متر مکعب، نشانه یک عفونت باکتریال است اما گاهی در آرتریت روماتوئید، آرتریت کریستالی و آرتریت راکتیو نیز دیده می شود. اگر کشت و بررسی مایع سینوویال منفی بودند و تشخیصی را مشخص نکردند، احتمال آرتریت راکتیو یا آرتریت ویروسی و یا بیماری سیستمیک افزایش می یابد.

Table 1. Causes of Polyarthritis and Fever.

DIAGNOSIS	CONFIRMATORY STUDY
Infectious arthritis	
Bacterial infections	
Septic arthritis	Synovial-fluid and blood culture
Bacterial endocarditis	Blood culture
Lyme disease	Serologic studies
Mycobacterial and fungal arthritis	Culture or biopsy
Viral arthritis	Serologic studies
Postinfectious or reactive arthritis	
Enteric infection	Culture or serologic studies
Urogenital infection	Culture
(Reiter's syndrome)	
Rheumatic fever	Clinical findings
Inflammatory bowel disease	Clinical findings
Rheumatoid arthritis and	Clinical findings
Still's disease	
Systemic rheumatic illnesses	
Systemic vasculitis	Biopsy or angiography
Systemic lupus erythematosus	Serologic studies
Crystal-induced arthritis	
Gout and pseudogout	Polarizing microscopy of synovial fluid or tophus
Other diseases	
Familial Mediterranean fever	Clinical findings

گاهی مطالعات سرولوژیک نیز لازم است بخصوص بررسی ANA و ASO و بررسی آنتی بادی علیه *Borrelia burgdorferi*.

در آرتریت روماتوئید، پلی آرتریت معمولاً ثابت است و بطور تیپیک با خشکی صبحگاهی، گرفتاری قرینه مچ، دست و یا هر دو می باشد و معمولاً این طرح بیماری در ابتدای مسیر بیماری دیده می شود، اما تشخیص معمولاً تا زمانی که بقیه علل رد نشده باشند، گذاشته نخواهد شد.

E.S.R ارزش اندکی دارد زیرا افزایش آن در اکثر بیماران با پلی آرتریت و تب دیده می شود. اما نرمال بودن آن بیشتر نشانه عفونت ویروسی است. عکسبرداری و بیوپسی گاهی در تأیید تشخیص ارزش دارند.

آرتریت های عفونی

آرتریت باکتریال :

در آرتریت باکتریال غیر عفونی تنها در ۱۹-۱۰٪ بالغین گرفتاری به صورت پلی آرتریت با شروع همزمان در چندین مفصل بزرگ و یا به شکل additive در طی یک یا دو روز دارند. ریسک فاکتورهای گرفتاری پلی آرتریت نسبت به عفونت منوآرتریت در جدول ۳ مشخص است. (جدول ۳)

Cond. from table 2.

Pain disproportionately greater than effusion	Inflammatory bowel disease Giant-cell arteritis Lyme disease Rheumatic fever Familial Mediterranean fever Acute leukemia AIDS
Positive test for rheumatoid factor Rheumatoid arthritis	Viral arthritis Tuberculous arthritis Bacterial endocarditis Systemic lupus erythematosus Sarcoidosis Systemic vasculitis
Morning stiffness	Rheumatoid arthritis Polymyalgia rheumatica Still's disease Some viral and reactive arthritides
Symmetric small-joint synovitis	Rheumatoid arthritis Systemic lupus erythematosus Viral arthritis Bacterial arthritis Bacterial endocarditis Still's disease Systemic vasculitis Acute leukemia Systemic lupus erythematosus Viral arthritis Lyme disease Crystal-induced arthritis Inflammatory bowel disease Whipple's disease Mediterranean fever Still's disease Systemic lupus erythematosus
Leukocytosis ($>15,000/\text{mm}^3$)	
Leukopenia	
Episodic recurrences	

استاف انورئوس شایع ترین علت sepsis منوآرتیکولار و پلی آرتیکولار است. با رنگ آمیزی گرام مایع سینوویال در ۷۵-۵۰٪ بیماران و با کشت مایع سینوویال در ۹۰٪ بیماران باکتری قابل تشخیص است. رادیولوژی ارزش اندکی در تشخیص اولیه بیماری دارند. وارویون ساب کنترال استخوان تا ۴-۲ هفته پس از شروع علائم ممکن است ظاهر نشود. توسط اسکن و یا MRI می توان استوئیت ژوکتا آرتیکولار وافوزیون در محلهای عمقی مانند مفصل هیپ و ساکروایلیاک را بررسی کرد و چون تأخیر در درمان باعث سرنوشت ناخوشایندی خواهد شد، آرتروستنتر اقدامی ضروری است. باید دانست که مفصلهای مبتلا همیشه قرمز، گرم و شدیداً دردناک نیستند.

Table 2. Discriminating Features in Patients Presenting with Polyarthrits and Fever.

SYMPTOM OR SIGN	POSSIBLE DIAGNOSES
Temperature $>40^{\circ}\text{C}$	Still's disease Bacterial arthritis Systemic lupus erythematosus
Fever preceding arthritis	Viral arthritis Lyme disease Reactive arthritis Still's disease Bacterial endocarditis
Migratory arthritis	Rheumatic fever Gonococemia Meningococemia Viral arthritis Systemic lupus erythematosus Acute leukemia Whipple's disease
Effusion disproportionately greater than pain	Tuberculous arthritis Bacterial endocarditis

بیماری را به مدت طولانی داشته باشند.

بیماری Lyme:

انتشار B. burgdorferi عامل ایجادکننده بیماری Lyme، غالباً همراه با تب و آرترالژی مهاجر با تورم مفصلی اندک و یا بدون تورم مفصلی می باشد، اما آرتریت واضح هفته ها یا ماهها (متوسط ۶ ماه) بعد دیده می شود. آرتریت معمولاً حمله ای است و اغلب در ابتدا مفاصل بزرگ گرفتار می شوند اما ممکن است مفاصل کوچک از جمله مفصل تمپور و ماندیبولار نیز گرفتار شوند.

Table 3. Risk Factors for Polyarticular Infection.

PATHOGENS	HOST FACTORS
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Intravenous drug abuse
<i>N. meningitidis</i>	Immunosuppression
<i>Streptobacillus moniliformis</i>	Rheumatoid arthritis and other
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	polyarthropathies
<i>Haemophilus influenzae</i>	
Group G streptococcus	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	

در مراحل انتهایی بیماری، افوزیون شدید مفصل زانو همراه با مختصری درد خفیف وجود دارد که در این مرحله شبیه الیگو آرتریت، آرتریت روماتوئید جوانان می باشد. اکثر بیماران در این مرحله بدون تب هستند. بیماران با کلاس II HLA DR⁴ یا DR² بیشتر مبتلا به آرتریت شدید و مقاوم می باشند. آنتی بادی از دسته IgM

آرتریت نایسریا اغلب به صورت پلی آرتیکولار و گاهی به صورت آرتریت مهاجر همراه با تب و لرز و تنوسینویت می باشد و لرزهای پوستی مشخصی در این مرحله قابل دیدن است. و ضایعات پوستی کنگوگی به صورت دسته های پوسته دار و زیکولو پوستیل روی یک سطح قرمز می باشند. و ضایعات مننگوگوگی بیشتر به صورت تپشی هستند اما در مننگوگوگی مزمن یا تحت حاد، ماکولوپاپول ارتیماتو یا ندول زیر جلدی مشخص تر هستند. عفونت کنگوگی منتشر بیشتر در زنان و اغلب در زمان پرید ماهانه دیده می شود و بندرت دردهای تحتانی شکم و یا ترشحات واژینال نیز گزارش نموده اند.

کشت خون بعد از مراحل اولیه در اکثر موارد منفی است ولی کشت مایع سینوویال مثبت است ولی در مراحل اولیه که بیمار تب بالا، لرز و ضایعات پوستی دارد، کشت خون در خیلی از اوقات مثبت است. در هر بیمار، کشت از راههای مخاطی ورود باکتری بایستی انجام شود. درمان باید خیلی سریع پس از انجام کشت و آزمایشات صورت پذیرد. بهبودی دراماتیک در تب و آرترالژی طی ۲۴ ساعت، تقویت کننده تشخیص آرتریت نایسریایی است.

آندوکاردیت باکتریال:

علائم اسکلتی استخوانی در آندوکاردیت شایع است. و در یک مطالعه ای که انجام شده بود شیوع علائم اسکلتی استخوانی ۴۴٪ بوده است. و بیشتر آنها آرترالژی و کمر درد خفیف داشته اند و در ۱۴٪ آنها آرتریت یک تا سه مفصلی وجود داشته است. گاهی افوزیون مفصلی بدون علامت و در عده ای گرمی، قرمزی و دردناک بودن مفصل وجود دارد. اما شدت التهاب از نظر معاینه فیزیکی و مطالعه مایع سینوویال کمتر از آرتریت سپتیک است و کشت مایع سینوویال معمولاً منفی است. فاکتور روماتوئید در ۱/۳ بیماران مثبت است بخصوص در کسانی که علائم

آرتریت یک علامت (sequel) از عفونتهای ویروسی شایع می‌باشند. اما با هپاتیت B، آرتریت قبل از علائم هپاتیت ظاهر شده و وقتی که یرقان ظاهر می‌شود، بهبودی می‌یابد. در خلال ۱-۳ هفته فاز اولیه هپاتیت (فاز Prodromal) پلی آرتریت همراه باتب متوسط و گاهی راش ماکولوپاپول و یا کهیر می‌باشد. تشخیص در این مرحله امکان پذیر است چرا که سطح آمینوترانسفرازها بالا و HBS. Ag معمولاً مثبت است. آرتریت مهاجر نیز گاهی دیده می‌شود و برخی بیماران پلی آرتریت قرینه دارند که مطرح کننده آرتریت روماتوئید می‌باشد.

روپلا - پاراوایروس B ۱۹ می‌توانند سندرم کلینیکی مشابه در زنان جوان ایجاد نمایند. با کاهش شیوع سرخچه در زنان احتمالاً آرتروپاتی پاراوایروس امروزه باید شایع تر باشد. در طی چند روز، شروع ناگهانی پلی آرتریت قرینه و خود محدود شونده بخصوص در دستها دیده می‌شود. در عده کمی از بیماران فاکتور روماتوئید مثبت است و گاهی سفتی صبحگاهی دارند که تقلید کننده آرتریت روماتوئید است. وجود IgM. Ab تأیید کننده یک عفونت اخیر است.

انواع مختلف آرتروپاتی در عفونت ناشی از HIV گزارش شده است. (جدول ۴) که شامل حمله کوتاه مدت آرتراالژی شدید - الیگوآرتریت حمله‌ای حاد - پلی آرتریت قرینه و ثابت می‌باشد.

آرتریت همراه با AIDS بطور غیر شایعی همراه با تب است. از آنجائی که آرتریت ممکن است علامت اولیه AIDS باشد، پزشک بایستی اطلاعاتی راجع به هر فاکتور مساعد کننده ایجاد کننده AIDS در تمام بیماران با شروع اخیر پلی آرتریت داشته باشد.

آرتریت راکیتو:

پلی آرتریت غیر قرینه جمع شونده Additive که بیشتر

علیه B. burgdorferi حدود ۶-۴ هفته بعد از عفونت اولیه قابل شناسایی می‌باشد. اما گاهی درمان آنتی بیوتیکی در ابتدا، حتی اگر جهت از بین بردن باکتری کافی نباشد، ممکن است پاسخ ایمنی هومورال بدن را بلوک نماید. در مراحل اولیه انتشار بیماری، قبل از مثبت شدن IgM. Ab، تشخیص قطعی مشکل است مگر اینکه ضایعه مشخص پوستی erythema migrans دیده شود. بهرحال علائم کلینیکی تبییک در یک بیمار همراه با مسافرت به ناحیه آندمیک بیماری و پاسخ مناسب به درمان آنتی بیوتیک، تقویت کننده تشخیص است. IgG. Ab در اکثر موارد وقتی سینیوویت یک علامت مشخص در مراحل انتهائی بیماری است، در سرم وجود دارد و در بیمارانی که بطور کامل نیز درمان شده‌اند و بیماری غیر فعال شده است نیز وجود دارد.

در سیفلیس ثانویه، پلی آرتریت قرینه و تب علائم بالینی غالب هستند ولی در اکثر بیماران راش ماکولوپاپول که در کف دست و پا وجود دارد، نیز دیده می‌شود.

آرتریت میکوباکتریال و قارچی:

در آرتریت قارچی و میکوباکتریال، منوآرتریت خفیف به عنوان یک قانون دیده می‌شود، اما گاهی ۲ یا ۳ مفصل بزرگ گرفتار می‌شوند. از آنجائی که معمولاً تب یا وجود ندارد و یا اندک است، یک پروسه عفونی معمولاً در نظر گرفته نمی‌شود. تشخیص TB توسط تست توبرکولین مثبت و بیوپسی سینه‌ویال با کشت مایع سینه‌ویال داده می‌شود.

کاندید یاز سیستمیک به صورت پلی آرتریت بخصوص در کسانی که از لحاظ ایمنی سرکوب هستند و در کسانی که مصرف داروی وریدی دارند (IV. drug users) دیده می‌شود.

آرتریت ویروسی:

سرولوژیک و یا کشت گلولی مثبت نشان داد. پاسخ دراماتیک به سالیسیلات تقویت کننده تشخیص است.

آرتریت در بیماری التهابی روده ای (I.B.D):
الیگوآرتریت مفاصل بزرگ در ۲۰-۱۰٪ بیماران با I.B.D دیده می شود و معمولاً در خلال فاز فعال بیماری است. و تب نشانه یک پروسه داخل شکمی است. افزون بزرگ زانو بندرت علامت دار می شود. در موارد نادر، نمای کلینیکی به صورت آرتریت، تب، بی حالی، کاهش وزن، آنمی در عدم حضور علائم مستقیم روده ای می باشد. تب های حمله ای، سینوویت، لژیون پوستی به صورت وزیکول و پوستول، جزو عوارض بای پاس روده ای جهت درمان چاقی می باشد.

table 4. poyarthristis Associated with HIV infection

Type	Characteristic Features
Nonspecific synovitis (AIDS associated arthritis)	Lower extremity oligoarthritis, often with noninflammatory synovial fluid despite severe pain and signs of inflammation ; persistent symmetric polyarthrits
Seronegative spondyloarthropathy	Frequent heel pain and other enthesopathy; strong assiciation with HLA-B27; more severe than in patients without HIV
Reiter's syndrome	
Psoriatic arthritis	
Reactive arthritis	Infections may be opportunistic, related to intravenous drug abuse, or sexually transmitted ;axial joints likely to be affected
Septic arthritis	

مفاصل بزرگ در اندام تحتانی را گرفتار نماید، ممکن است یک علامت آنتریت (enteritis) ناشی از سالمونلا، شیگلا، یا یرسینیا، کامپیلوباکتر و یا عفونت اروژنتیال (بخصوص کلامید یا تراکوماتیس) باشد. ارگانسیم را نمی توان از بافت سینویم جدا نمود اما آنتی ژن میکروبیال قابل جدا کردن است و ممکن است محرکی برای ایجاد سینوویت باشد. در ۹۰٪ بیماران با عفونت اروژنتیال و در ۵۰-۸۰٪ بیماران با عفونت روده ای HLA B²⁷ مثبت دیده می شود. درصد کمی از بیماران در علائم کلاسیک تریاد سندرم راتیر (آرتریت، اورتریت، کنزیکتویت) دیده می شود. تظاهرات آتپیک بخصوص با یرسینیا دیده می شود که در آن فارنژیت و آدنوپاتی سرویکال دیده می شود که گاهی شبیه تب رماتیسمی معرفی می شود. شدت عفونت ارتباط ضعیفی با شدت سینوویت دارد. که معمولاً طی ۱-۲ هفته بعد ظاهر می شود. درد پاشنه و یا در محل های تاندون ها یا لیتمان ها (آنتروپاتی) و انگشتان سوسیسی شکل (dactylitis) و نمای مفصلی تپیک بیماری، کلیدهای تشخیصی آرتریت راکتیو هستند.

تب رماتیسمی:
در بچه ها با تب رماتیسمی، گرفتاری قلبی یک علامت غالب است اما در بالغین معمولاً بصورت تب و پلی آرتریت خودش را نشان می دهد. و در ۱/۳ بیماران سابقه ای از فارنژیت را نشان نمی دهند. طرح کلاسیک پلی آرتریت مهاجرها تشخیصی نیست و در خیلی از بالغین با آرتریت بعد از عفونت استرپتوکوکی، گرفتاری مفاصل بزرگ به صورت جمع شونده دیده می شود. ندول روماتوئید و ارتیم ماترونیاتوم همراه با کاردیت است و بندرت در بالغین دیده می شود. جهت اثبات تشخیص، بایستی عفونت اخیر استرپ A را توسط مطالعات

نیز وجود دارند.

آرتریت ژانیت سل ممکن است به صورت تب، پلی‌میالژی تظاهر نماید اما درد مفصلی و تورم مفصلی اندک است و یا وجود ندارد. افزون خفیف در زانوها معمولاً بدون علامت است و شمارش لکوسیتی در مقایسه با میزان التهاب، پائین است. پاسخ دراماتیک به دوز اندک کورتون تأیید کننده تشخیص است.

در گرانولوماتوز و گنر، معمولاً تب و پلی‌آرتریت قبل از نمای تیپیک گرفتاری ریوی و مجاری تنفسی فوقانی دیده می‌شود. حضور آنتی‌بادی ستیو پلاسمای ضد نوتروفیل جهت تشخیص کمک کننده است.

بیماری لوپوس سیستمیک (S.L.E):

پلی‌آرتریت در عدم حضور گرفتاری بقیه ارگانها در SLE شایع است و به صورت گرفتاری مفاصل محیطی قرینه می‌باشد اما خیلی از اوقات به صورت مهاجر و متناوب است. بیماران با این نوع آرتریت معمولاً بدون تب هستند اما گاهی تب بالای ثابت و یا متناوب دارند و همزمان راش حساسیتی و سروزیت نیز گاهی دارند. تست ANA مثبت برای تشخیص SLE بسیار حساس است.

در لوپوس دارویی مثلاً ناشی از پروکائین آمید، پلی‌آرتریت و تب نمای اصلی بیماری را تشکیل می‌دهند.

آرتریت ناشی از رسوب کریستالها:

تب در پلی‌آرتریت نفرسی غالباً دیده می‌شود. در یک مطالعه در ۴۴٪ بیماران با نفرس تب وجود داشته و ۱۰٪ آنها تب بالای ۳۹° داشته‌اند. و جستجوی دقیق برای یافتن توفوس در بیماری نفرس لازم است. گاهی ممکن است به Sepsis مشکوک شویم چرا که لکوسیتوز در بیش از ۴۰٪ بیماران همراه با پلی‌آرتریت نفرسی دیده می‌شود. و در حقیقت در عده‌ای همزمان اضافه شدن Super imposed عفونت باکتریال وجود دارد. و یافتن کریستال سدیم اورات در مایع سینوویال و یا در توفوس جهت تشخیص لازم است. در ۴۰٪ بیماران سطح اسیداوریک سدیم در حمله پلی‌آرتریت طبیعی است، علی‌رغم اینکه قبل و یا بعد از حمله پلی‌آرتریت، سطح اسیداوریک بالا باشد. در نفرس کاذب، تب بالا حتی با منوآرتریت گزارش شده است و به آرتریت سپتیک غالباً مشکوک می‌شویم

در بیماری ویل، آرتریت ممکن است یک علامت اولیه باشد، اگرچه معمولاً بیماران بدون تب هستند. و آرتریت معمولاً به صورت سینوویت الیگوآرتیکولار ثابت و یا مهاجر می‌باشد.

آرتریت روماتوئید:

نمای سیستمیک آرتریت روماتوئید جوانان (بیماری Still) بابت بالا و پلی‌آرتریت مشخص می‌شود. در بالغین جوان و گاهی در بالغین میانسال به صورت یک بیماری جدید و یا عود بیماری دوران کودکی دیده می‌شود. در فرم حاد، معمولاً همراه با گلو درد، لکوسیتوز می‌باشد که نشان دهنده یک عفونت باکتریال است. تب بیش از ۴۰° در نیمی از بیماران دیده می‌شود. گاهی راش صورتی رنگ محدود که با فشار دادن سفید می‌شود، دیده می‌شود. و این راش‌ها معمولاً همزمان با شدت تب دیده می‌شوند. گاهی راش‌ها دچار خارش می‌شوند که نشانه یک واکنش حساسیت پذیری به آنتی بیوتیک یا داروهای دیگر است. در ابتدا سینوویت ممکن است مهاجر باشد اما در اکثر بیماران، آرتریت ثابت و مزمن در نهایت دیده می‌شود.

در آرتریت روماتوئید بالغین تب دار با تشدید سینوویت، واسکولیت، سروزیت است اما تب بندرت در شروع بیماری نیز وجود دارد. در یک مطالعه، تب با درجه پائین (کمتر از ۳۸°) در ۵٪ بیماران دیده می‌شود و تنها در ۱٪ بیماران تب بالای ۳۸/۳° دارند. وقتی تب همراه با تشدید حمله سینوویت باشد، بایستی احتمال همزمان شدن آرتریت سیستمیک را در نظر داشت که معمولاً یک مفصل بزرگ را مبتلا می‌کند، اما گاهی پلی‌آرتیکولار است و بایستی حتی آرتروستنتر و بررسی مایع مفصلی انجام شود.

اصطلاح Pseudo sepsis، نشان دهنده حملات سینوویت حاد + تب + لکوسیتوز می‌باشد که مایع مفصلی چرکی ولی کشت مایع مفصلی منفی است و بدون درمان آنتی بیوتیکی بهبودی حاصل می‌شود.

واسکولیت سیستمیک:

تب و پلی‌آرتریت در مراحل اولیه واسکولیت سیستمیک شایع می‌باشند اما معمولاً همزمان علائم تشخیص دیگر مانند لرزون پوستی، نروپاتی، هماچوری میکروسکوپی

مانند بیماری Lyme الیگو آرتريت حمله‌ای مفاصل بزرگ بدون تب و یا تب اندک، تیپیک بیماری است.

حملات راجعه آرتريت جزو خصوصیات مشخصه آرتريت‌های کریستالی و FMF می‌باشند. ایجاد شدن علائم گوارشی تحتانی (lower GI symptoms) در سیر بیماری نشان دهنده بیماری IBD و یا بیماری ویل می‌تواند باشد.

در اندکی از بیماران با تب ثابت و پلی آرتريت در نهایت به صورت سندرم FUO باقی می‌مانند. شایع‌ترین تشخیص نهائی در چنین مواردی در بچه‌ها و بالغین جوان بیماری Still و لوپوس و در بیماران مُسن آرتريت ژانیت سل می‌باشند.

در آرتريت ژانیت سل، تب علامت اصلی است و تورم مفصلی خفیف است.

Reference:

The New England Journal of Medicine

Vol.330 No.11

March 17 1994

مخصوصاً وقتی که لکوسیتوز مایع مفصلی بیش از ۵۰ هزار گزارش شود.

وقتی افراد پیر با نقرس کاذب برای مسائل جدی مدیکال بستری شوند، سینوویت به صورت تب بالا خودش را نشان می‌دهد و این افراد به آنتی‌بیوتیک پاسخ نمی‌دهند اما خیلی سریع به درمانهای ضد التهاب پاسخ می‌دهند.

بیماری‌های دیگر :

FMF (تب مدیترانه‌ای فامیلیال) در خلال کودکی به صورت حملات کوتاه تب، آرتريت و درد شکمی و پلورتیک خودش را نشان می‌دهد.

تب یک علامت کاملاً شناخته شده از کانسره‌های مخفی است اما بندرت همراه با پلی آرتريت (بجز در لوسمی حاد) می‌باشد. لنفوم و بقیهٔ نئوپلاسم‌ها بندرت با آرتريت و تب تظاهر می‌کنند. یک توده توموری سینوویال ممکن است در مطالعات تصویری قبل از اینکه علائم دیگر مانند لنفادنوپاتی و یا اسپلنومگالی دیده شود، مشخص شوند.

الیگوآرتريت گاهی قبل از کارسینوما، خودش را نشان می‌دهد اما بندرت همراه با تب است. آرتريت در سارکوئیدوز حاد معمولاً همراه با اریتم نودوز و آدنوپاتی ناف ریه و غالباً با تب خفیف و یا متوسط است. تورم و قرمزی اطراف مفصلی مشخص در هر دو قوزک، مطرح کننده آرتريت نقرسی است، اما این سندرم (آرتريت سارکوئیدوز حاد) معمولاً در زنان جوان است در حالی که نقرس در زنان جوان بسیار بعید است.

بیماری طول کشیده و یا عود کننده :

در خیلی از اوقات نماهای کلینیکی و بررسی‌های اولیه، علت تب و پلی آرتريت را نشان می‌دهد. خیلی از بیماران خود محدود شونده است و در عده‌ای مانند آرتريت نایسریائی، پاسخ به آنتی بیوتیک حتی قبل از جواب کشت مثبت، دیده می‌شود. بدون در نظر گرفتن، مثالهای استثنائی مانند عفونت HIV تقریباً در اکثر موارد با درمان مناسب می‌توان بیماری را کنترل کرد.

وقتی بیماری ثابت بماند و یا تشخیص مشخص نباشد، مایع و بافت سینوویال بایستی مجدداً آزمایش شوند. گاهی تب دارونی ناشی از آنتی بیوتیک در تشخیص اولیه بیماری ممکن است ایجاد اختلال نماید. در برخی حالات