

اللوحة السريرية والمخبرية عند مجموعة من مرضى الذئبة الحمامية الجهازية في مشفى المواساة الجامعي

ريما السيد حسن*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يختلف تواتر التظاهرات السريرية والمخبرية في الذئبة الحمامية الجهازية، باختلاف المجموعات العرقية. الدراسات العربية بهذا الخصوص قليلة، وهي نادرة في الشرق الأوسط وخاصة في سورية. توصيف اللوحة السريرية والمخبرية لمجموعة من المرضى المصابين بالذئبة الحمامية الجهازية الذين راجعوا الشعبة المفصلية في مشفى المواساة الجامعي خلال عامين، ومقارنتها ببعض الدراسات التي جرت في عدد من الدول العربية.

مواد البحث وطرائقه: دراسة وصفية، مقطعية عرضية، شملت 31 مريضاً مصاباً بالذئبة الحمامية الجهازية راجعوا الشعبة المفصلية في مشفى المواساة خلال عامين من شهر آب 2008 حتى آب 2010. وجميعهم حققوا المعايير التشخيصية المعدلة للعام 1997 للجمعية الأمريكية للأمراض الرثوية.

النتائج: رواتح أعمار المرضى عند التشخيص بين 13 - 64 سنة ($26,22 \pm 10,30$ سنة) ورواحت مدة المرض بين 1 - 10 سنوات ($3,09 \pm 2,57$ سنة). بلغت نسبة الإناث للذكور 14,5: 1، أكثر من 80% من المرضى كانوا في العقد الثاني والثالث. من التظاهرات السريرية الشائعة في مرضانا، التظاهرات الدموية (80,64%)، والمفصلية (80,64%)، فقد شوهد فقر الدم في (80,64%)، وكان فقر الدم انحلالياً في (12,90%) فقط. شوهد نقص الكريات البيض في (35,48%)، ونقص المفاويات في (16,12%)، أما نقص الصفيحات فقد (19,35%). شوهد الألم المفصلي في (80,64%)، والتهاب الغشاء الزليل المتعدد غير المخرب في (25,80%). بلغ معدل طفح الفراشة (64,51%)، الحساسية للضياء (41,93%)، الحاصة وسقوط الأشعار (35,48%)، القرحة الفموية (32,25%)، أما الذئبة القريضية في (3,22%) فكانت أقل شيوعاً. شوهدت الإصابة الكلوية في (48,38%)، وكانت مثبتة بالخزعة في 11 حالة. ومن التظاهرات الأقل شيوعاً: الإصابة العصبية النفسية (الاختلاجات 22,58%)، والنفاس (6,45%)، والتهاب المصلبيات (22,58%)، التهاب الأوعية (6,45%). كانت أضداد النوى ANA إيجابية (30 حالة: 96,77%)، والـ Anti ds DNA في (23 حالة: 74,19%)، وجد نقص المتممة C3 في (10 حالات: 32,25%)، و C4 في (3 حالات: 9,67%).

الخلاصة: إن اللوحة السريرية لمرضى الذئبة الحمامية الجهازية في سورية متشابهة مع باقي البلاد العربية والعالمية، وقد بينت الدراسات العربية عدة فروقات في تواتر التظاهرات السريرية والمناعية فيما بينها، وكل اختلاف في هذه الدراسات ربما مرده إلى الأعداد المتفاوتة من المرضى في كل دراسة، وتباين مدة المرض وفعالته لحظة إجراء الدراسة، أكثر من كونه يعكس فروقاً سريرية أو مخبرية ذات دلالة حقيقية.

الكلمات المفتاحية: الذئبة الحمامية الجهازية، التظاهرات السريرية، المواساة، المرضى السوريون، العرق.

* أستاذ مساعد - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Clinical and Serological Features in SLE Patients at Al Mouassat University Hospital

Rima Sayed Hassan*

Abstract

Background: The prevalence of clinical manifestations and laboratory parameters in systemic lupus erythematosus differ among various ethnic groups. Studies in Arabs are few and those in Middle East and especially in Syria are rare.

Objective: The aim of this study is to describe the clinical and serological features, of systemic lupus erythematosus (SLE) syrian patients, from Al Mouassat university hospital and to compare them with other series from different Arab countries.

Patients and methods: This is a cross sectional, descriptive study, included 31 SLE patients who attended Rheumatology division in Al Mouassat Hospital between august 2008 and 2010 . All patients fulfilled the 1997 revised American College of Rheumatology (ACR) classification criteria for SLE.

Results:The mean age at disease onset was(26.22 ± 10.3 years) (range 13-64) and mean disease duration (3.09 ± 2.57 years) (range 1-10). The female:male ratio (F:M) was 14.5:1. More than 80% of patients were in second and third decades. The most common disease manifestations were hematological abnormalities(80.64%) and joint involvement (80.64%). Anaemia was found in (80.64%), but only 12.9% had haemolytic anaemia. Leucopenia (35.48%). Lymphopenia (16.12%).Thrombocytopenia (19.35%). Arthralgia was found in (80.64%), non destructrice synovitis (25,80%). The prevalence of malar rash was (64.51%), photosensitivity (41.93%), alopecia and hair loss (35.48%) oral ulcers (32.25%), but discoid rash was uncommon (3.22%). Lupus nephritis was found in (48.38%), proved by kidney biopsy in 11 patients. Less frequent manifestations included: serositis (22.58%), neuropsychiatric manifestations (convulsion 22,58%. Psychosis 6.45%), Vasculitis was observed in 6.45% of patients. Antinuclear antibodies were detected in (30 patients: 96.77%) and anti-ds DNA in(23: 74.19%). Low C3 and C4 were observed in 32.25% and 9.69%, respectively.

Conclusion: This study suggests that, in our patients, SLE manifests with clinical features similar to SLE patients from different Arab and International countries.

Arab studies showed several differences in the frequency of clinical and serological manifestations among themselves, each differing in such studies may be due to the varying of numbers of patients in each study and varying duration and disease activity at moment of study, rather than reflecting real significant differences.

Key words: systemic lupus erythematosus; clinical manifestations; Al Mouassat; syrian patients; race

* Ass. Prof. Department of Internal Medicine- Al Mouassat Hospital- Damascus University .

المقدمة:

أيضاً عدة فروقات في تواتر التظاهرات السريرية والمناعية فيما بينها، ربما يعود إلى فروق في تصميم الدراسة، واختلاف حجم العينة، ومدة المرض، بعض هذه الدراسات أجري في مركز واحد، وبعضها كان متعدد المراكز.

أما فيما يتعلق بمعدل انتشار المرض في بلادنا، فلا توجد دراسات عربية عن معدل انتشار والوقوع السنوي للمرض باستثناء، دراسة جرت في القصيم في السعودية، وبلغت نسبة الانتشار 19,28 لكل 100000 من السكان [26].

المجموعة الأولى التي تمت دراستها في مشفى المواساة الجامعي في قسم الأمراض الباطنة كانت من ثلاثين عاماً تقريباً (بإشراف أ.د. سلوى الشيخ، 1982، غير منشورة) وبلغت آنذاك 26 مريضاً جمعوا خلال عامين، ودراسة أخرى تناولت دراسة التظاهرات الدموية لـ 37 حالة ذئبة حمامية جهازية راجعت مشفى الأسد والمواساة الجامعي (بإشراف أ.د. سلوى الشيخ، 1994، غير منشورة). وربما كان هناك دراسات أخرى في جامعات أخرى غير دمشق، ولكن لم أستطع الوصول إليها.

هدف البحث:

توصيف اللوحة السريرية والمخبرية لمجموعة من المرضى المصابين بالذئبة الحمامية الجهازية الذين راجعوا الشعبة المفصلية في مشفى المواساة الجامعي خلال عامين، ومقارنتها بالدراسات التي جرت في عدد من الدول العربية.

المواد والطرائق

تصميم الدراسة: دراسة وصفية، مقطعية عرضية، جمعت البيانات الخاصة بكل حالة في استبيان خاص، شوهد المريض بغرض الدراسة مرة واحدة.

إن الذئبة الحمامية الجهازية مرض مناعي ذاتي مجهول السبب، يصيب عدة أجهزة في الجسم. تؤدي الوراثة، والجنس، والهرمونات، وبعض العوامل الخارجية والبيئية دوراً مهماً في حدوث المرض [1، 2].

تصيب الذئبة الحمامية النساء الشابات غالباً بنسبة 7-15:1، ويقدر معدل الانتشار حول العالم بـ 20-70 لكل 100000 من السكان [3]. يؤدي العرق والتوزع الجغرافي دوراً في انتشار المرض وشدة التظاهرات السريرية المختلفة وتواترها، يرواح معدل الانتشار في الولايات المتحدة بين النساء (العرق الأبيض) بـ 100 ليصل إلى 400 (الأمريكيين من أصل أفريقي) لكل 100000 من السكان [4]. يبدو أن المرض أكثر انتشاراً في المناطق الحضرية منه في المناطق الريفية [5]. يترواح معدل الوقوع السنوي بـ 1-25/100000 من السكان [3]، وإن عبء المرض أكبر في الأعراق غير العرق الأبيض، والمرض أكثر انتشاراً ووقوعاً في أوروبا وأستراليا منه في أمريكا، وخاصة في السويد وإيسلندا وإسبانيا [6].

أما في وطننا العربي الذي يمتد على رقعة واسعة من العالم، ويضم مجموعة سكانية متجانسة عرقياً نسبياً باستثناء بعض دول الخليج والسودان، فقد تناولت عدة دراسات الخصائص السريرية والمخبرية للذئبة الحمامية الجهازية عند العرب في عدة مستشفيات عربية، كالمملكة العربية السعودية [7، 10، 11، 16، 23]، والإمارات العربية المتحدة [8، 21، 22]، والكويت [19، 20]، وسلطنة عمان [14]، ولبنان [18]، والأردن [17]، وتونس [9، 12، 13، 15]، والسودان [24]، والعراق [25]، وبيّنت نتائج مشابهة لتلك الموجودة في العالم. وقد بيّنت

محوري للصدر: برتوكول صمة، خزعة كلية وغيرها). أجري للمرضى جميعهم أيضاً سرعة التنقل و عيار البروتين الارتكاس C، زرع دم أو زرع بول في حال الشك بالإنتان، وغيرها من الاستقصاءات الضرورية للمريض.

المناعيات: تمت معايرة أضداد النوى، أضداد الدنا ثنائي الطاق، وعيار المتممة للحالات جميعها أجري عيار أضداد الفوسفوليبيد لبعض الحالات فقط، ذات اللوحة السريرية المشتبه فيها (الخثار والاجهاضات) نظراً إلى عدم توافره في المشفى.

معالجة البيانات وتحليلها: عولجت البيانات باستخدام برنامج Microsoft Excel الأصدار 2010، فقد حسب المتوسطات والانحرافات المعيارية، واستخدم الـ chi-square لتقدير الـ P value، و عدت ذات أهمية إحصائية إذا كانت أقل من 0,05.

النتائج

المعطيات الديموغرافية: شملت الدراسة 31 مريضاً، نسبة الإناث للذكور 14,5 : 1، (الشكل 1)، متوسط أعمارهم لحظة الدخول في الدراسة $29,25 \pm$ 10,50 سنة). كانت الأعمار عند التشخيص $26,22 \pm$ 10,30 سنة)، وهي متقاربة في كلا الجنسين، فقد بلغت في الإناث $26,20 \pm$ 10,65 سنة) وفي الذكور $26,5 \pm$ 2,12 سنة). بلغت متوسط مدة المرض في الجنسين $3,09 \pm$ 2,57 سنة). كان المرضى من جميع أنحاء سورية دون توزع جغرافي معين، (الجدول 1).

الجدول 1: المعلومات الديموغرافية للمرضى

الخصائص	العدد
عدد الحالات:	31
نسبة: إناث / ذكور	1 : 14,5
متوسط العمر بالسنوات	10,50 ± 29,25

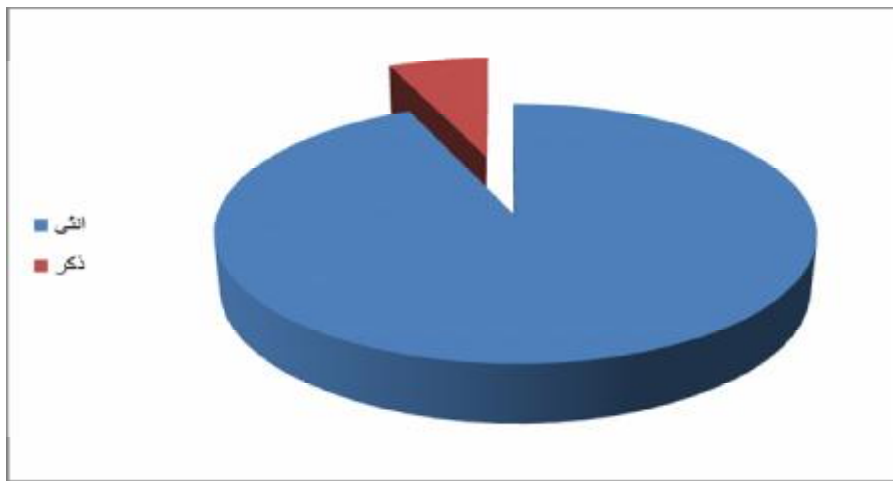
مكان الدراسة: شملت المرضى الذين قبلوا في الشعبة المفصلية في مشفى المواساة الجامعي في دمشق بين الشهر الثامن من العام 2008 حتى الشهر الثامن من العام 2010 جميعهم. وضع التشخيص بناء على وجود أربعة معايير تشخيصية على الأقل من المعايير المعدلة للذئبة الحمامية الجهازية للجمعية الأمريكية لأمراض المفاصل [27]، وكانت الأعراض مستمرة منذ سنة على الأقل، واعتمد تعريف الجمعية الأمريكية لكل معيار من المعايير. **متغيرات الدراسة:** جمعت البيانات في استبيان خاص لكل حالة على النحو الآتي:

التقييم السريري: تضمن : العمر، والجنس، ومتوسط العمر عند التشخيص، واللوحة السريرية، مع تقييم إصابة أعضاء الجسم المختلفة [2]. سجلت العلاجات السابقة والحالية والتأثيرات الجانبية. وفتش عن وجود مشاركات مرضية. وأخيراً استقصيت القصة العائلية. المرضى جميعهم قيموا من قبل الباحثة.

التقييم المخبري: درست المعايير الدموية: تعداد بيض وصيغته، وتعداد اللبافويات، وتعداد الصفيحات، والخضاب والهيماتوكريت. أيضاً، تمت معايرة البولة والكرياتينين في المصل، وخمائر الكبد، كما أجري اختبار كومبس وتعداد الشبكيات، وفحص البول والراسب وعيار البروتين في بول / 24 ساعة.

أجريت العديد من الاستقصاءات المخبرية والشعاعية والنسجية الضرورية وفق مقتضيات الحالة السريرية، (ايكو قلب، صورة صدر، مرنان الدماغ، تصوير طبقي

10,82 ± 29,41 4,24 ± 27	الإناث الذكور
10,30 ± 26,22 10,65 ± 26,20 2,12 ± 26,5	متوسط العمر عند التشخيص بالسنوات: الإناث الذكور
2,57 ± 3,09 2,62 ± 3,20 0,70 ± 1,5	مدة المرض بالسنوات: الإناث الذكور



الشكل (1): نسبة المرضى الإناث/الذكور

رواحت أعمار المرضى عند التشخيص بين 13 - 64 سنة، والبدء بعد الخمسين سنة كان نادراً، وهو لمريضة عمرها حالياً 69 سنة بدأ المرض لديه منذ خمس سنوات، ولديها حالياً قصور كلوي مزمن. تجدر الإشارة إلى أن الانحراف المعياري الكبير لعمر الإناث هو بسبب هذه المريضة.

المعطيات السريرية: اختلفت اللوحة السريرية بين المرضى باختلاف الأسباب الداعية للاستشفاء، إما مراجعة دورية أو استكمال أشواط علاجية (سيلوفوسفاميد)، أو هجمة جديدة للمرض، أو إصابة جهازية لم تكن موجودة سابقاً أو أسباب إنتانية أو خثارية... وغيرها.

شوهدت الأعراض النبوية (الحمى الوهن والتعب، نقص الوزن والشهية) لحظة مشاهدة المرضى في عشر حالات (32,25%). شوهدت الحمى، في ثماني حالات (25,80%) من المرضى، في ست من هذه الحالات (19,35% من المرضى) كانت الحمى أقل من 38 درجة مئوية وتم نفي أي مصدر إنتاني، والأغلب سببها هجمة للمرض وقد استجاب المرضى بعد رفع جرعة

الشكل (2): الفئات العمرية للمرضى عند التشخيص

يبين (الشكل 2) أن أكثر من 80% من المرضى كانوا في العقدين الثاني والثالث من العمر عند تشخيص المرض. أمّا مدة المرض فرواحت بين 1 - 10 سنوات، وسطيّاً (2,57 ± 3,09 سنة). وربما أدت مدة المرض القصيرة نسبة إلى بعض الدراسات العربية، دوراً في التفاوت بين مختلف التظاهرات السريرية.

اللوحة السريرية والمخبرية عند مجموعة من مرضى الذئبة الحمامية الجهازية في مشفى الموساة الجامعي: مقارنة مع مجموعات مرضى من الدول العربية

السنثروئيدات. و كان هناك حالتان، سبب الحمى فيها ذات الحاصة وسقوط الأشعار (35,48%)، القرحات الفموية رئة فصية مثبت شعاعياً. عولجت بنجاح بالصادات (32,25%)، ونلاحظ من خلال (الجدول 2، 3، 4) تقارب هذه النتائج مع مختلف الدراسات المحلية السابقة، والعربية المناسبة. شملت الأعراض الجلدية المخاطية المشاهدة: طفح (الشكل 3) والعالمية (الشكل 4). شوهدت في دراستنا حالة الفراشة (64,51%)، الحساسية للضياء (41,93%)، واحدة فقط من الذئبة القريضية (3,22%).

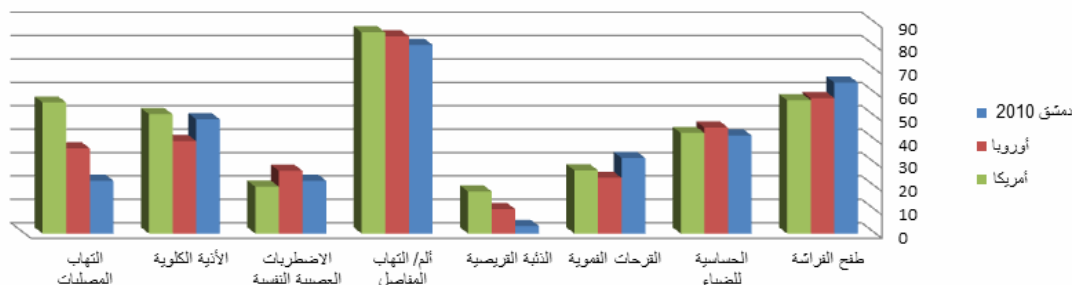
الجدول 2: مقارنة نتائج دراستنا ببعض الدراسات العربية والعالمية

بعض الدراسات العربية والعالمية							
الدراسة السنة مدة جمع المرضى	دمشق 2010 (2 سنة)	الرياض 7 2009 (27 سنة)	الرياض 10 2007 (15 سنة)	مكة 11 2005 (2 سنة)	الرياض 23 1995 (5 سنوات)	أوروبا 28 1993 (3 سنوات)	أمريكا 30 1999
العدد (♂ / ♀)	31 2 : 29	624 58 : 566	199 37 : 162	54 1 : 53	87 9 : 78	1000 92 : 908	
نسبة (♂/♀)	1 : 14,5	1 : 9,8	1 : 4,4	1 : 5,3	1 : 8,7	1 : 9,8	
متوسط العمر/سنة	29,25	25,3	35,19	30	28,5		
متوسط مدة المرض	3,09	9,3	7,23				
اللوحة السريرية							
الأعراض العامة	32,25						
طفح الفراشة	64,51	47,9	†27,6	†22,22	56	57,9	57
الحساسية للضياء	41,93	30,6	21,6	24,1	26	45,3	43
القرحات الفموية	32,25	39,1	19,09	42,6	16	23,8	27
سقوط الأشعار	35,48	47,6		29,6			
الذئبة القريضية	3,22	†17,6	غير محدد	‡5,6	†18	‡10,4	18
ألم/التهاب المفاصل	80,64	80,4	-	35,2	91	84,3	86
الاضطرابات الدموية	80,64	82,7	-	68,5	78	-	59
فقر دم انحلاي	12,9			3,7	-	8,2	-
نقص البيض	35,48	30,1	22,61	31,5	33	-	-
نقص الصفائح	19,35	10,9	16	13	20,7	22	-
النفسية العصبية	22,58	27,6	36,18	33,33	25,3	26,8	20
الأذية الكلوية	48,83	47,9	53,7	42,6	63,2	39,5	51
التهاب المصلبات	22,58	‡27,4	22,6	16,7	56	‡36,4	56
المناعيات							
ANA	96,77	99,7	-	87	98	98	96,1
Anti-DNA	%74,19	80,1	-	79,6	93	78	35,8
Anti-Sm		41,6	-	18,5	40	10	6,4

† P < 0,05

‡ P NS

مقارنة دراستنا مع الدراسات العالمية



الشكل (3): مخطط يقارن دراستنا بالدراسات العالمية

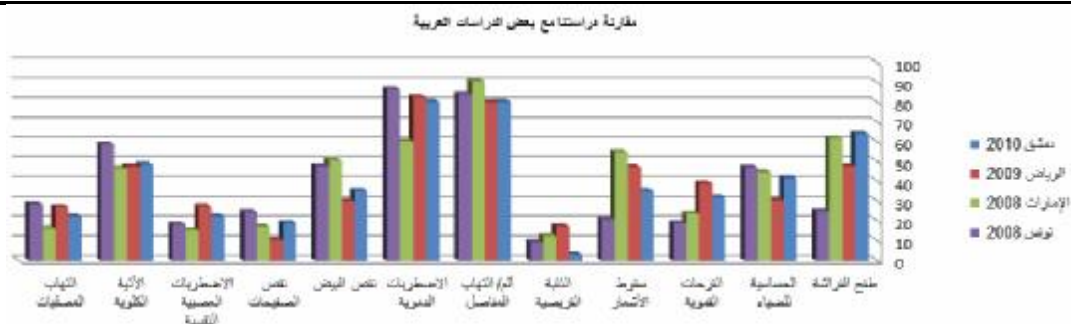
الجدول 3: مقارنة نتائج دراستنا ببعض الدراسات العربية

الدراسات العربية								
الدراسة	دمشق 2010	الإمارات 8	الإمارات 21	عمان 14	تونس 9	تونس 12	تونس 13	تونس 15
السنة	2010	2008	1996	2003	2008	2004	2003	2002
مدة جمع المرضى	(2 سنة)	(5 سنوات)	(4 سنوات)	(5 سنوات)	(6,5 سنة)	(15 سنة)	(10 سنوات)	(6,5 سنة)
العدد	31	110 (عرب)	33	73	146	100	295	128
نسبة (♂/♀)	2 : 29	1 : 20,5	2 : 31	3 : 70	21 : 125	8 : 92	24 : 271	10 : 118
متوسط العمر /سنة	29,25	35,5	26	19	29,2		1 : 11,29	1 : 12
متوسط مدة المرض	3,09	6,7	4					33
اللوحة السريرية								
الأعراض العامة	32,25	45,9ح		31,3			56	39
طفح الفراشة	64,51	62	36	-	52	63	62	71
الحساسية للضياء	41,93	45	42	-	47,3	53	46	
القرحة القموية	32,25	23,9	27	11,9	19,2	4	15	11
سقوط الأشعار	35,48	55			21,2			23
الذئبة القريضية	3,22	12,8	3		9,6	18	9	
ألم/التهاب المفاصل	80,64	86,2	91	47,8	84,2	78	90	86
الاضطرابات الدموية	80,64	60,5	45	26	87			71
فقر دم انحلاي	12,9	7,3	9	78,7 مزمن			6,7	5
نقص البيض	35,48	51	30	23,5	48		45	38
نقص الصفائح	19,35	17,4	21	10,4	24,7		16	17
النفسية العصبية	22,58	15,6	39	33,8	18,5	25	14,5	16
الأذية الكلوية	48,83	46,8	54	50,7	59	43	56	39
التهاب المصلية	22,58	16,5	33	23,9 جنب 7,5 تأمور	28,8		31	23
المناعيات								
ANA	96,77	98,2	89,5	97	97,3	100	92	100
Anti-DNA	74,19%	59,9	97	92	69,2	56	74	76

† P < 0.05

‡ P NS

اللوحة السريرية والمخبرية عند مجموعة من مرضى الذئبة الحمامية الجهازية في مشفى المواساة الجامعي: مقارنة مع مجموعات مرضى من الدول العربية



الشكل (4): مقارنة دراساتنا ببعض الدراسات العربية

الجدول 4: مقارنة بالدراسات المحلية السابقة وبعض الدراسات العربية

بعض الدراسات العربية			الدراسات المحلية السابقة			الدراسة
الكويت 1998	لبنان 1999	الأردن 2000	دمشق 1994	دمشق 1983	دمشق 2010	السنة
			(3,5 سنة)	(2 سنة)	(2 سنة)	مدة جمع المرضى
108	100	76	37	26	31	العدد
(10 :98)	(1 :86)		3 :34	2 :24	2 :29	(♂/♀)
1 :9,8	1 :6,1	1 :24	1 :11,33	1 :12	1 :14,5	نسبة (♂/♀)
31,1	25	20			29,25	متوسط العمر/سنة
						اللوحة السريرية
					32,25	الأعراض العامة
43	52	42	57	62	64,51	طفح الفراشة
48	16	25	49	33	41,93	الحساسية للضياء
33	40		35	22	32,25	الفرحات الفموية
				60	35,48	سقوط الأظفار
†10	†19		8,1		3,22	الذئبة القريضية
87	95	89	90		80,64	ألم/التهاب المفاصل
53	47		92		80,64	الاضطرابات الدموية
غير محدد	10	69(مزمن)	6		12,9	فقر دم انحلاي
83	17		36		35,48	نقص البييض
26	33		21	20	19,35	نقص الصفائح
23	19	25	30		22,58	النفسية العصبية
37	50	46	60		48,83	الأذية الكلوية
29	40		30	30	22,58	التهاب المصلبات
						المنايعات
94	87	93	92		96,77	ANA
%58	%50	%80	74		74,19	Anti-DNA
%13	غير محدد	غير محدد				Anti-Sm

† $P < 0.05$

‡ $P NS$

الثالث وانتنتان من النمط الخامس، هناك حالتان رفضتا إجراء خزعة الكلية، وانتنتان تم تأجيل الخزعة إلى حين تحسن أرقام الصفائح. شوهده القصور الكلوي المزمن في مريضين (6,45%).

أما الإصابة العصبية النفسية فقد وجدت الاختلاجات في (7 حالات: 22,58%)، شوهده النفاس في حالتين منهما (6,45%)، وقد أجري لهم جميعاً تخطيط ومرنان للدماغ، وقد أبدى وجود عدة بؤر مزيلة للنخاعين في ثلاث حالات فقط والباقي كان طبيعياً. الصداع هو العرض المسيطر في الحالات كلها، وكان فحص قعر العين في هذه الحالات جميعها طبيعياً.

وجدت وذمة حليلة العصب البصري في مريضة واحدة ليس لديها نفاس أو اختلاج، ولكن كان لديها صداع مع قصة خثرات متكررة وإصابة كلوية من النمط الخامس، وجد في مرنان الدماغ عدة بؤر مزيلة للنخاعين، وأبدى مرنان الأوعية خثراً في الجيوب الوريدية، لم تسمح حالة المريضة المادية بمعايرة أضداد الفوسفوليبيد.

شوهده التهاب المصلية في (سبع حالات: 22,58%)، خمس منهم (2: ذكر، 3: إناث) لديهم انصباب جنب وتأمور معاً. وكان هناك مريضة واحدة لديها انصباب جنب فقط، ومريضة واحدة أيضاً لديها التهاب التأمور، وكان غزيراً ولكن لم تصل إلى درجة السطام وتم بزلها. شوهده التظاهرات الوعائية، ظاهرة رينو (7 حالات: 22,58%)، الخثار الوريدي في (4 حالات: 12,90%)، ثلاث حالات منها التهاب وريد خثري في الساق، والرابعة خثار جيوب ويديّة دماغي كما سبق وأشرنا إليه. شوهده التزرق الشبكي والفرغريات في حالتين (6,45%)، كانت الفرغريات معممة، حتى على ظهر اليدين، تثير الشبهة بترافق المرض مع ارتفاع الراصات الباردة، ولكن لم تتمكن من معايرتها لعدم توافرها في المشفى. الجدول رقم (5).

إن الألم والتهاب المفاصل من أكثر التظاهرات السريرية شيوعاً، فقد شوهده في 25 حالة (80,64%) من المرضى، وهي نسبة قريبة جداً لما يشاهد عربياً ودولياً. شوهده التهاب الغشاء الزليل المتعدد غير المخرب في اليدين والمعصمين والركبتين في (25,80%).

كانت التظاهرات الدموية من التظاهرات السريرية الشائعة أيضاً في مرضانا، فقد شوهده فقر الدم (الخضاب أقل من 11ملغ/دل) في 25 حالة (80,63%)، وقد كان فقر الدم انحلالياً (إيجابية اختبار كومبس مع ارتفاع في أرقام الشبكيات بعد تعديلها وفقاً لأرقام الخضاب، وارتفاع الـ LDH) في أربع حالات (12,90%). بالمقابل كان هناك عدد من الحالات إيجابية اختبار كومبس دون أن يوجد ما يشير إلى وجود انحلال دم.

شوهده نقص الكريات البيض في 11 حالة (35,48%)، ونقص للمفاويات في خمسة مرضى (16,12%)، أما نقص الصفائح فقد شوهده في ست حالات (19,35%)، منهم مريضتان لديهما متلازمة أضداد الفوسفوليبيد مثبتة سريرياً ومخبرياً، إحداها لديها 14 اسقاط، وإصابة كلوية، والمريضة الأخرى كان لديها خثار عميق في الطرف السفلي مع قصة إجهاضات وإصابة كلوية. كان نقص الصفائح العرض البادئ للمرض في مريضتين، أي ثلث حالات نقص الصفائح.

تحدث الإصابة الكلوية في سياق الذئبة الحمامية الجهازية خلال السنوات الأولى للمرض، فقد شوهده في أقل من نصف المرضى بقليل (15 حالة: 48,38%). وجد عند هؤلاء المرضى جميعهم في فحص البول والراسب بيبة بروتينية، وبيبة كريات حمر، وراوح مقدار البيبة البروتينية بين الـ 1-7 غ في جمع بول 24 ساعة.

أجريت خزعة الكلية لـ 11 حالة، معظمها تم قراءته في مخبر التشريح المرضي في مشفى المواساة، ست منها من النمط الرابع، وانتنتان من النمط الثاني وواحدة من النمط

اللوحة السريرية والمخبرية عند مجموعة من مرضى الذئبة الحمامية الجهازية في مشفى المواساة الجامعي: مقارنة مع مجموعات مرضى من الدول العربية

الجدول 5: التظاهرات السريرية الأخرى لمرضى الدراسة

النظاهرة السريرية	العدد (%)
ظاهرة رينو	7 (22,58)
الإجهادات المتكررة	2 (6,45)
ضخامة العقد اللمفاوية	2 (6,45)
ضخامة الطحال	5 (16,12)
ضخامة الكبد	1 (3,22)
الختار الوريدي في الطرفين السفليين	3 (9,67)
ختار الجيوب الوريدية الدماغية	1 (3,22)
التزرق الشبكي/ الفرغيات	2 (6,45)
ذات رئة	2 (6,45)
داء المنطقة	1 (3,22)
نخرة عقيمة في رأس الفخذ	2 (6,45)

الجدول 6: مقارنة بعض التظاهرات في مرضانا بالنسب العالمية

الأعراض	دراستنا	عالمياً [31، 33]
		في بدء المرض
		خلال سير المرض
التعب	32,25	50
الحرارة	19,35	36
نقص الوزن	32,25	21
طفح الفراشة	64,51	38 - 28
الحساسية للضياء	41,93	29
القرحات القموية	32,25	21 - 10
سقوط الأشعار/الخاصة	35,48	32
ظاهرة رينو	22,58	33 - 17
الفرغيات	6,45	10
ألم/التهاب المفاصل	80,64	67 - 62
ضخامة العقد	6,45	16 - 7
ضخامة الطحال	16,12	5
ضخامة كبد	3,22	2
الجملة العصبية المركزية	22,58	21 - 12
النفاس	6,45	1
الاختلاج	22,58	0,5
الأذنية الكلوية	48,38	38 - 16
انصباب الجنب	19,35	24
انصباب تأمور	19,35	8

وجدت **الإجهادات المتكررة** (أكثر من إجهاضين متاليين)، في مريضتين، مع إيجابية أضداد الفوسفوليبيد الـ IgG, IgM ومضاد التخثر الذئبي (تمت المعايرة مرة واحدة فقط). يبين (الجدول 5) التظاهرات الأخرى لمرضى الدراسة ومقارنتها بالنسب العالمية (الجدول 6). شوهدت **ضخامة العقد اللمفاوية** في حاليتين (6,45%)، ضخامة الكبد في حالة واحدة (3,22%)، أمّا ضخامة الطحال فقد وجدت في (5 حالات: 16,12%). شوهدت النخرة العقيمة في رأس الفخذ في مريضتين، وقد أجري تبديل مفصل ورك لإحدهما.

الجدول 7: الأمراض المرافقة

العدد (%)	الأمراض المرافقة
2 (6,45)	داء سكري
3 (9,67)	فرط توتر شرياني
4 (12,90)	إصابة درقية

الاضطرابات المناعية: بلغت نسبة إيجابية الـ ANA في مجموعة الدراسة (30 حالة: 96,77%)، وهي مماثلة للنسب العالمية والعربية، والحالة التي كان فيها سلبياً هي لمريضة لديها التهاب مفصلي في اليدين غير مخرب، وقرحات فموية، وسقوط أشعار، وظاهرة رينو، والتهاب تأمور، واجهاض بعمر شهر ونصف وولادة بجنين ميت في الشهر الثامن، مع ارتفاع في سرعة التثفل (97 ملم في الساعة الأولى). أجري لها دراسة مناعية شاملة

وكانت كلها سلبية، بما فيها الـ Anti-Sm, Anti-UI RNP, Anti SS-A, Anti SS-B، وأضداد الفوسفوليبيد والبيتا 2 غليكوبوتين، والـ Anti CCP وكذلك المتممات. أمّا الـ Anti ds DNA فقد وجد إيجابياً في (23 حالة: 74,19%)، وهذه النسبة متقاربة مع معظم الدراسات العربية [8، 12، 18، 19]. وجد نقص المتممة C3 في (10 حالات: 32,25%)، و C4 في (3 حالات: 9,67%). (الجدول 8).

الجدول 8: الاضطرابات المناعية لمرضى الدراسة

العدد (%)	الاضطراب
30 (96,77)	ANA
23 (74,19)	Anti ds DNA
4 (12,90)	C3
3 (9,67)	C4

الأدوية التي طبقت في مختلف مراحل المرض: مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية، ومضادات الملاريا التركيبية، والبريدنيزولون بجرعات متفاوتة، وفلاشات الميثيل بربنيزولون اغ مدة ثلاثة أيام، والأزاثيوبرين، وفلاشات السكلوفوسفاميد في حال وجود أذية أعضاء مهمة (إصابة كلوية، نفسية عصبية، التهاب أوعية..)، حيث كان يعطى

وكذلك يعلل الاختلاف أحياناً بوجود مرضى آسيويين في الدراسات السعودية والخليجية.

لوحظ ارتفاع نسبة إصابة النساء في دراستنا (14,5 : 1)، وتبقى هذه النسبة ضمن مجال أغلب الدراسات العالمية، ولكن في حدها الأعلى [3، 33]، وهي أقل بالمقارنة بالدراسة الإماراتية [8]، التي تفردت بنسبة إصابة مرتفعة جداً للإناث، بلغت 20,5:1، دون أي تعليل واضح لذلك.

تشير الدراسات العالمية أن المرض يبدأ بين الـ 16 - 55 سنة في 65% من الحالات، 20% قبل الـ 16 سنة، وفي 15% يبدأ بعد الـ 55 سنة [3، 33]. بدأ المرض في العقدين الثاني والثالث من العمر في أكثر من 80% من مرضانا، لا يوجد مرضى أطفال تحت الـ 13 سنة في دراستنا كون مشفى المواساة لا يستقبل المرضى دون الثالثة عشرة من العمر، وهذا ما يعلل أن البدء الباكر للمرض أقل من 16 سنة شوهد فقط في مريضيتين (6,45%). أمّا البدء المتأخر بعد الـ 55 سنة، فقد وجد في مريضة واحدة فقط (3,22%). تشير الدراسة الأوروبية متعددة المراكز [28] أن البدء بعد الخمسين يشاهد في 9% من الحالات، وهي من الدراسات المهمة حول الذئبة الحمامية الجهازية، فقد نشرت أولى نتائجها عام 1993 بعد ثلاث سنوات من المتابعة، وكذلك نشرت عدة دراسات حولها بعد متابعة المرضى أكثر من عشر سنوات [29].

يلاحظ عموماً في هذه الدراسة السيطرة الأنثوية الواضحة والعمر الصغير نسبياً للمرضى عند التشخيص، إذ كان متوسط عمر المرضى عند التشخيص $26,22 \pm 10,30$ سنة، وأكثر من 80% منهم كان بين 13 - 30 سنة. وكان متوسط أعمار المرضى عند دخولهم في الدراسة $29,25 \pm 10,50$ سنة. وبالمقارنة بأغلب الدراسات العربية [7 - 26]، نجد تقارباً في أعمار المرضى، وإن كان بعضهم وضع عمر المرضى لحظة دخولهم في الدراسة، وبعضهم الآخر وضع الأعمار عند التشخيص. وبكل الأحوال فإن الأعمار متقاربة.

السيكلوفوسفاميد بجرعة 0,5 - 0,7 غ/م² من سطح الجسم، فلاش شهرياً مدة ستة أشهر، ثم بجرعة داعمة كل ثلاثة أشهر مدة 12 - 18 شهراً حسب الحالة السريرية مع مراقبة الوظيفة الكلوية وفحص البول والراسب وقياس البروتين في بول 24/ ساعة. وطبق الميكوفينولات موفتيل لبعض المرضى مع أذية كلوية. أعطى المثوتركسات مع الفوليك أسيد في بعض الحالات التي سيطرت الإصابة المفصلية على اللوحة السريرية (التهاب مفصلي متناظر في اليدين). كما تم تميع المريضات اللواتي تعرضن للختارات. وأضيفت حاصرات الخميرة المحولة للأنجيوتنسين في بعض حالات البيلة البروتينية الغزيرة أو إلى علاج فرط التوتر الشرياني.

المناقشة

تستقطب مشفى المواساة الجامعي كونها مشفى مجانياً ومركزاً تعليمياً مهماً للمرضى من أنحاء سورية كلّها، ومن ثَمَّ ربما تعطي هذه الدراسة فكرة عن مواصفات اللوحة السريرية لمرضانا عموماً. ولكن تجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسة استندت إلى عينة من المرضى المقبولين في المشفى كمركز رعاية ثالثي، مما يجعل عدد الحالات خفيفة الحدة قليل نسبياً، كونها قد لاتراجع المشافي، وإنما العيادات الخاصة. من محددات الدراسة أيضاً كونها وحيدة المركز.

تشير أغلب الدراسات إلى أهمية العوامل العرقية والوراثية والبيئية في حدوث المرض [3، 5، 6، 31، 33]، ودور هذه العوامل في تنوع اللوحة السريرية. انعكس هذا الطيف السريري الواسع للمرض، وتفاوت نسب حدوث الأعراض المختلفة في عدة دراسات عربية. تمت مقارنة الدراسة الحالية بعدد من هذه الدراسات العربية [7 - 26]، التي كلها ذات تصميم متشابه ولكنها اختلفت في مددها مما انعكس على أعداد المرضى، ومدة المرض مما قد يكون أدى دوراً في الاختلاف في نسب بعض التظاهرات السريرية، ولكنها تبقى ضمن المجالات التي أوردتها الدراسات العالمية [27، 28، 29، 30].

وما يلفت النظر هو الانخفاض غير المعتاد في القرحة الفموية في الدراسات التونسية مقارنة بالدراسات العربية والعالمية وبالذات دراسة هومان [12].

إن معدل الإصابة الكلوية في مرضى الدراسة (48,83%)، وهو متشابه مع باقي الدراسات، مع الإشارة إلى أن متوسط مدة المرض في هذه الدراسة كانت ثلاث سنوات تقريباً. تشاهد الإصابة الكلوية عادة في 40 - 70% من الحالات [34]. تميل عموماً الإصابة الكلوية للحدوث خلال السنتين الأوليين من بدء المرض، ويتناقص الحدوث بكل واضح بعد خمس سنوات. تتظاهر الذئبة بقصور كلوي سريع الترقى أو متلازمة التهاب أوعية كلوية رئوية في أقل من 5% من الحالات [34]. إن النمط الرابع هو الأكثر شيوعاً (40%)، يليها النمط الثالث والنمط الخامس بتواتر (25%) و (15%) [34]. كان معدل الإصابة من النمط الرابع عالياً في مرضانا، فقد شوهدت في أكثر من نصف الحالات (54,54% : خمس حالات) التي أجريت لها خزعة كلية. أمّا النمط الثاني (18,18%)، النمط الثالث (9,09%)، والنمط الخامس (18,18%).

إن معدل الإصابة العصبية والنفسية لدى مرضانا مشابه لباقي الدراسات العربية والعالمية [8، 9، 12، 15، 19، 28، 30]. أما معدل التهاب المصلية في مجموعتنا، فهو مشابه لأغلب الدراسات العربية، وكذلك للدراسات العالمية (P>0.05)، مع العلم أن هذا المعدل يشير فقط إلى اللحظة التي جمع فيه المرضى لغرض الدراسة.

إن التظاهرات الدموية من التظاهرات الشائعة في مجموعتنا هي مماثلة لباقي الدراسات، وكذلك نقص البيض ونقص الصفائح يقع ضمن مجال مختلف الدراسات. إن التفاوت في بعض الأرقام بين مختلف الدراسات العربية والعالمية، يتبع فعالية المرض في لحظة الدراسة، وتأثيرات الأدوية المستخدمة (وجود تثبيط نقي، أو حالة انتانية مرافقة...)، وهذا ينسحب على باقي التظاهرات كالتهاب المصلية مثلاً، إذ إن درجة فعالية

يبدو أن المجتمعات المدنية أكثر عرضة للإصابة بالذئبة الحمامية الجهازية من المجتمعات الريفية [3، 33]، ولكن لم يتمكن من دراسة أثر المستوى الثقافي والاجتماعي والبيئي، كون العينة صغيرة الحجم وشملت مرضى من مختلف مناطق سورية دون توزيع معين، ومن مختلف الأوساط الاجتماعية.

نلاحظ أن أكثر التظاهرات شيوعاً بين مرضى الدراسة هي المفصليّة والدموية والكلوية والجلدية المخاطية، وهي مشابهة لباقي الدراسات، باستثناء الذئبة القريصية، فهي نادرة في مجموعتنا نسبة لبعض الدراسات العربية (P<0.05)، وبالذات تلك المجراة في الرياض [7، 23]، وتلك المجراة في تونس [12] (P= 0.04)، وهناك فرق كذلك عند المقارنة بالدراسة اللبنانية [18] (P= 0.03)، أمّا باقي الدراسات العربية والأوربية فلم يكن هناك فرق مهم إحصائياً (P>0.05). تشاهد الذئبة القريصية عادة في 6,3% من الحالات [28، 29، 30]، في بدء المرض لتصل إلى 10,4 - 18% خلال سيره، ولا يوجد أي تبرير لفتها في هذه الدراسة سوى صغر حجم العينة، وانخفاض مدة المرض (3,09 ± 2,57 سنة) نسبياً في عينة دراستنا. ولكن بالمقارنة بإحدى الدراسات الإماراتية [21]، نجد تقارباً بين النسبتين. وربما يعلل ذلك أيضاً كون مرضى الذئبة القريصية، يراجعون العيادات الجلدية، ومن المعلوم أن 5 - 10% فقط من هؤلاء يتطور لديهم مرض جهازى [34]. وما يلفت النظر أيضاً في التظاهرات الجلدية المخاطية هو ارتفاع نسبة طفح الفراشة (P= 0.0001) لدى مرضانا مقارنة بالدراستين في الرياض ومكة المكرمة [10، 11]، وكذلك بالنسبة إلى الدراسة الإماراتية [21] (P= 0.02)، حتى في الدراستين السوريتين السابقتين نجد ارتفاعاً مماثلاً. ربما يعود ذلك للتعرض الزائد للشمس، وترك الوجه مكشوفاً بخلاف الحال في بعض دول الخليج والسعودية، لأننا نجد ارتفاعاً مماثلاً في معدل طفح الفراشة في الدراسات التونسية [9، 12، 13، 15] والعالمية [28، 30].

نتائج مشابهة لتلك الموجودة في العالم. إن اللوحة السريرية لمرضى الذئبة الحمامية الجهازية في سورية متشابهة مع باقي البلاد العربية والعالمية، وقد بينت هذه الدراسات عدة فروقات في تواتر التظاهرات السريرية والمناعية فيما بينها، وكل اختلاف في هذه الدراسات ربما مرده إلى الأعداد المتفاوتة من المرضى (وبعضها كالخليجية والسعودية فيها نسبة من المرضى من غير العرب) وتباين مدة المرض وفعالته لحظة إجراء الدراسة، أكثر من كونه يعكس فروقاً سريرية أو مخبرية ذات دلالة حقيقية. على كل حال نحن بحاجة إلى دراسات متعددة المراكز لجمع أكبر عدد ممكن من المرضى، تمتد على مدة طويلة من الزمن كالدراسات الأوربية والأمريكية، مع إمكانية إجراء كامل التحاليل المناعية لتأكيد وجود فرق ما أو نفيه.

المرض التي لم تحسب في أغلب هذه الدراسات لها تأثير كبير في اللوحة السريرية.

أجري للمرضى جميعهم معايرة أضداد النوى وأضداد الدنا ثنائي الطاق، وكانت معدلاتها مشابهة لباقي الدراسات، وكما ذكرت أجريت بعض الفحوص الإضافية حسب الموجودات السريرية، ولم تجر للمرضى جميعهم بشكل روتيني نظراً إلى غلاء ثمنها، وعدم توافرها في المشفى.

تشير دراسات عديدة إلى ترافق أمراض النسيج الضام مع اضطراب في الغدة الدرقية، وكذلك بين بعض هذه الدراسات الترافق مع الذئبة الحمامية الجهازية [35، 36]، وهو ما لوحظ لدى مرضى هذه الدراسة، وهو ما يستدعي دراسات لاحقة تتناول الموضوع.

الخلاصة

References

1. Klippel JH, Crofford LJ, Stone JH, Weyand CM. Primer on the rheumatic diseases. 12th ed. Arthritis Foundation, Atlanta, 2001, p 329-366.
2. Ioannis O, Tassioulas, Dimitrios T, Boumpas. Clinical Features and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus. Chapter 75 - Kelley's Textbook of Rheumatology, 8th Edition, 2-Volume, Saunders 2008-2009.
3. Pons-Estel, GJ, Alarcon, GS, Scofield, L, et al. Understanding the Epidemiology and Progression of Systemic Lupus Erythematosus. Semin Arthritis Rheum 2009.
4. Helmick C G et al. Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States. Arthritis Rheum Vol. 58, No. 1, January 2008, pp 15-25.
5. Petri, M. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. Best Pract Res Clin Rheumatol 2002; 16:847.
6. Danchenko, N, Satia, JA, Anthony, MS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. Lupus 2006; 15:308.
7. Al Arfaj AS, Khalil N. Clinical and immunological manifestations in 624 SLE patients in Saudi Arabia. Lupus 2009; 18; 465
8. AlSaleh J, Jassim V, ElSayed M, Saleh N and Harb D. Clinical and immunological manifestations in 151 SLE patients living in Dubai. Lupus (2008) 17, 62-66.
9. Jallouli M, et al. Clinical and immunological manifestations of systemic lupus erythematosus: A study on 146 south tunisian patients. Saudi J kidney Dis Transplant 2008;19(6):1001-1008
10. Al Rayes H, Al-Swailem R, Arfin M, Sobki S, Rizvi S, Tariq M. Systemic lupus erythematosus and infections: a retrospective study in Saudis. Lupus 2007; 16: 755-763.
11. Hussain WM, Fatani MI, Bukhari S. Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in Makkah, Saudi Arabia. Kuwait Medical Journal 2005, 37 (4): 267-270.
12. Houman MH, Smiti-Khanfir M, Ben Ghorbell I, Miled M. Systemic lupus erythematosus in Tunisia: demographic and clinical analysis of 100 patients. Lupus 2004; 13: 204-211.
13. Louzir B, Othmani S, Ben Abdelhafidh N. Le lupus érythémateux systémique en Tunisie. tude multicentrique nationale. À propos de 295 observations. La revue de médecine interne 24 (2003) 768-774
14. Al-Maini MH, El-Ageb EM, Al-Wahaibi SS, Al-Farsi Y, Richens ER. Demographic, autoimmune, and clinical profiles of patients with systemic lupus erythematosus in Oman. Rheumatol Int 2003; 23: 186-191.
15. Ghedira W, Sakly, M, Jeddi. Caractéristiques cliniques et sérologiques du lupus érythémateux systémique : à propos de 128 cas. Pathol Biol 2002 ; 50 : 18-24.

16. Qari FA. Clinical pattern of systemic lupus erythematosus in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2002; 23: 1247-1250.
17. Karadsheh MF, Nimri FA, Ajlouni YM, Dneibat WA, Karadsheh RF. The characteristics of systemic lupus erythematosus. A study in a general hospital. *Saudi Med J*. 2001 Jan;22(1):78-9.
18. Uthman F, Nasr F, Kassak K, Masri A-F. Systemic lupus erythematosus in Lebanon. *Lupus* 1999;8:713-15.
19. Al-Jarallah K, Al-Awadi A, Siddiqui H, et al. Systemic lupus erythematosus in a Kuwait hospital-based study. *Lupus* 1998;7:434-38.
20. Al-Mekaimi A, Malaviya AN, Serebour F et al. Serological characteristics of systemic lupus erythematosus in Kuwait. *Lupus* 1997; 6:668-674.
21. Al-Attia HM. Clinicolaboratory profile of 33 Arabs with systemic lupus erythematosus. *Postgrad Med J* 1996; 72: 677-679.
22. Al-Attia HM, George S. Characterization of systemic lupus erythematosus in patients in U.A.E. *Clin Rheumatol* 1995; 14: 171-175.
23. Alballa SR. Systemic lupus erythematosus in Saudi patients. *Clin Rheumatol* 1995;14(3):342-6.
24. Babikir G, Kabbalo, et al. Ethnic distribution and clinical features of systemic lupus erythematosus in the Sudan. *Sudan Med J* May - Aug 2009;45(2).
25. Al Rawi ZS, Al Shaarbaf H, Al Raheem E, Khalifa SJ. Clinical features of early cases of systemic lupus erythematosus in Iraqi patients. *Br J Rheumatol* 1983; 22: 165-171.
26. Al-Afraj AS, Al-Balla SR, Al-Dalaan AN, et al. Prevalence of systemic lupus erythematosus in central Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2002; 23:87-89.
27. Hochberg, MC. Updating the American College of Rheumatology Revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40:1725.
28. Cervera R, Khamashta MA, Font J, et al. Systemic lupus erythematosus: clinical and immunologic patterns of disease expression in a cohort of 1000 patients. The European working party on Systemic lupus erythematosus. *Medicine (Baltimore)* 1993; 72: 113-124.
29. Cervera, R, Khamashta, MA, Font, J, et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period. A comparison of early and late manifestations in a cohort of 1,000 patients. *Medicine (Baltimore)* 2003; 82:299.
30. Alarcón GS, Friedman AW, Straaton KV et al. Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups: III. A comparison of characteristics early in the natural history of the LUMINA cohort. *Lupus minority populations: Nautre versus Nurture*. *Lupus* 1999; 8: 197-209.
31. Von Feldt, JM. Systemic lupus erythematosus. Recognizing its various presentations. *Postgrad Med* 1995; 97:79.
32. Burton DR, Appel GB, Schur PH. Types of renal disease in systemic lupus erythematosus. *UpToDate* 18.1. 2010
33. H Schur P, Gladman DD. Overview of the clinical manifestations of systemic lupus erythematosus in adults. *UpToDate* 18.1. 2010
34. Tassioulas IO, Boumpas DT. Clinical Features and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus Chapter 75. *Firestein: Kelley's Textbook of Rheumatology*, 8th ed. W. B. Saunders Company 2008.
35. Miller, FW, Moore, GF, Weintraub, BD, Steinberg, AD. Prevalence of thyroid disease and abnormal thyroid function test results in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1987; 10:1124-1131.
36. Goh, KL, Wang, F. Thyroid disorders in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 1986; 45: 579-583.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/11/23.

تاريخ قبوله للنشر 2011/2/6