

Romatoid Artritte asimetric eklem tutulumu: Üç olgu sunumu

Asymmetrical joint involvement and Rheumatoid Arthritis: Three cases

Levent Yazmalar¹, Özcan Hız², Levent Ediz², İbrahim Tekeoğlu³

¹ İpekyolu Devlet Hastanesi, Van

² Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Van

³ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Sakarya

Abstract

Simetrik eklem tutulumu, 1987 yılında Amerikan Romatizma Derneği (ACR) tarafından düzenlenen romatoid artrit tanı kriterleri arasında yer almaktadır. Literatürde romatoid artritli olgularda simetrik tutulumdan sıklıkla söz edilmesine karşın, asimetric eklem tutulumu ile ilgili olgulara daha az rastlanmaktadır. Hastalık aktivitesi düşük olan ve RF negatif olgularda asimetric tutulumun görülme sıklığının daha fazla olduğu bildirilmektedir. Asimetric eklem tutulumu ile başlayan hastalık; seyri sırasında simetrik forma dönüşebilir ya da asimetric olarak devam edebilir. Bu yazıda asimetric eklem tutulumu olan ve ACR kriterlerine göre romatoid artrit tanısı konan üç olguyu sunarak romatoid artritli asimetric eklem tutulumuna dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, asimetric eklem tutulumu

Application: 17.01.2011 **Accepted:** 16.03.2011

Özet

Symmetrical joint involvement one of the criteria of diagnose of rheumatoid arthritis arranged by American College of Rheumatology. Although it is often mentioned about symmetrical joint involvement on cases with rheumatoid arthritis, there are fewer cases about asymmetrical joint involvement. It was observed that frequency of asymmetrical joint involvement is higher in cases in which disease activity is low and rheumatoid factor is negative. In this article, our aim is to conspicuousness on asymmetrical joint involvement of rheumatoid arthritis by submitting three cases on which rheumatoid arthritis was diagnosed according to criteria of American College of Rheumatology.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Asymmetrical joint involvement

Başvuru Tarihi: 17.01.2011 **Kabul Tarihi:** 16.03.2011

Giriş

Romatoid artrit (RA) tanısı 1987 yılındaki Amerikan Romatizma Derneği (ACR) kriterleri ile konmaktadır. Bu kriterler; eklemlerde ve çevresinde en az bir saat süren sabah tutukluluğu, üç veya daha fazla eklemden artrit, proksimal interfalangial (PIF) eklemlerde artrit, metakarpofalangial (MKF) veya el bilek eklemlerde artrit, simetrik artrit, deri altı nodüller, romatoid faktör (RF) pozitifliği, radyolojide periartiküler osteopeni veya erozyonların saptanması RA'nın tanı kriterleridir. Dört ve üzerinde kriter varlığı tanı koydururken ilk beş kriterin altı haftadan beri devam etmesi gerekir.¹ Erken romatoid artrit, hastalık süresinin 3 aydan 3 yıla kadar olan hastalar için kullanılmaktadır. Mevcut

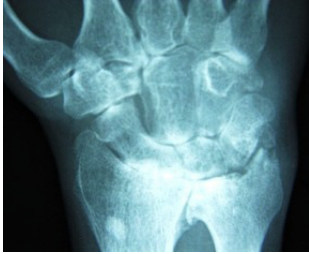
kriterler erken RA tanısını koymakta yetersiz kalmakla beraber siklik citrullinated proteinlere karşı gelişen antikorlar (ANTI-CCP) romatoid artrit için oldukça spesifiktir ve erken dönemde saptanabilir. ANTI-CCP ve RF birlikteliğinde ise gelecekte RA gelişimi artmaktadır.² Asimetric tutulum erken RA formlarından biridir. Tanı kriterleri arasında yer alan simetrik tutulum tanıda en çok aranan kriterler arasında yer almaktadır. Fakat literatürde asimetric tutulumla başlayıp zaman içerisinde simetrizasyon görüldüğü ve bu durumun şiddetli hastalıkta daha fazla olduğu ve ayrıca asimetric tutulumun zaman içerisinde değişmeden devam ettiği olgular da bulunmaktadır ve bunlar daha iyi prognoza sahiptir.^{3,4} Bu yazıda üç olgu üzerinde RA'nın asimetric eklem tutulumu ile başlayabileceğini ve asimetric tutulum ile devam

edebileceğini tartıştık.

Olgu 1

31 yaşında, erkek, inşaat işçisi, 6 yıldır RA tanısıyla takip edilen hasta sağ el üçüncü parmakta ve sağ ayak bileğinde şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Sabah tutukluğu 45 dakika, sağda el kavrama gücü azalmıştı. Sağda daha fazla olmak üzere her iki el bileği hassas ve şiş, sağ el 1. metakarp proksimali, 3. PIF ve sağ ayak bileği şiş ve hassastı. Hasta sağ elini kullanıyordu ve ekstrartiküler tutulum yoktu.

Laboratuvar bulguları: RF: 557 IU/ml (0-15), Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 26mm/h, CRP: 16,90 mg/l(0-5) idi. Hemogram, ürik asit, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Her iki el-el bileği grafisinde; sağda daha belirgin olmak üzere, bilateral el bileği yumuşak doku şişliği, sağda ulnar stiloid erozyonu, sağ el 3. parmak PIF ekleminde daralma, sağda radioskafoid eklem aralığında daralma, sağ skafoid ve trapezium erozyon ve daralma vardı (*Resim 1, 2*).



Resim 1: Sağ el radyokarpal ekleminde ileri derecede daralma ve erozyonlar.



Resim 2: Sol el radyokarpal ekleminde skleroz ve hafif darlık

Her iki ayak- ayak bileği grafisinde; sağ ayak 1. metatarsofalangial ekleminde eroziv görünüm, sağ ayak bileğinde belirgin yumuşak doku şişliği, tibiotalar ekleminde belirgin erozyon ve daralma vardı, solda özellik yoktu (*Resim 3*).



Resim 3: Sağ ayakta birinci metatarsofalangeal ekleminde belirgin tutulum, sol normal

Hastamızın altı yıllık takibi geriye dönük değerlendirildiğinde, yılda bir kez aktivasyon gösteren, genel olarak remisyonla giden bir seyir gözlenmiştir.

Olgu 2

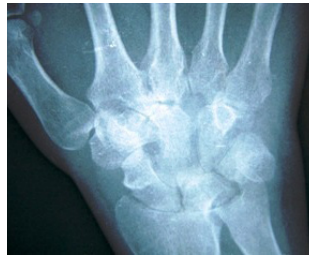
Köy korucusu, 33 yaşında erkek, sağ el bileği ve sol ayak bileğinde ağrı ve şişlik nedeniyle başvurdu. Öyküsünde altı yıl önce ilk olarak sol ayak bileğinde ağrı ve şişlik olduğu ve 1-1,5 yıl içinde birkaç defa daha ağrı ve şişlik tekrarlayıp düzeldiği, daha sonra sağ el bileğinde kendiliğinden düzelen ağrı ve şişlik olduğu, sonraki yıllarda hastanın sol ayak bileği ile sağ el bileği bazen ikisi beraber, bazen de tek tek şiştiği, son bir yıldır hastaya RA tanısı konduğu ve Metotreksat 15 mg/hafta, salazopyrin 2 gr/gün, folik asit 5 mg/hafta, leflunomid 20mg/gün, prednol 16 mg 2x1 ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaç başlandığı tespit edildi. Hasta bir yıl kadar ilaçlarını düzenli olarak kullanmış, bu dönemde herhangi bir eklem şişliği olmamıştı. Ancak son beş gündür 100 metre mesafeyi bile yürüyemediğini ifade ediyordu. Sabah tutukluğu beş saat sürüyordu. İştahsızlık, yorgunluk, Raynaud Fenomeni ve oral aft tarifliyordu. Hasta sağ elini kullanıyordu. Hastanın muayenesinde; sağ el bileği şiş ve ağrılı, sağ el kavrama gücü azalmış, sol ayak bileği şiş ve ağrılıydı. Laboratuvarında; Hb: 8.2 g/dl, Plt: 117000/l, WBC: 2.6 olarak saptandı. ESH: 56/h, CRP: 13.2mg/dl RF: 59.9 IU/ml, ANA: homogen 1/1000 pozitif, ENA: (-), Anti-CCP: (+) idi. Serum demiri, total demir bağlama kapasitesi, ferritin ve tam idrar tahlili (TİT) normaldi. El-el bileği grafilerinde; sağda belirgin yumuşak doku şişliği, radiokarpal ekleminde belirgin daralma ve ulnar stiloidde belirgin erozyon mevcuttu, karpal eklemlerde ileri derecede daralma ve ankiloz vardı (*Resim 4*). Solda ise radyokarpal ekleminde hafif daralma ve karpal eklemlerde yer yer erozyonlar vardı (*Resim 5*). Lökopeni, anemi ve oral aft mevcut tedaviye bağlı olduğu düşünüldü.



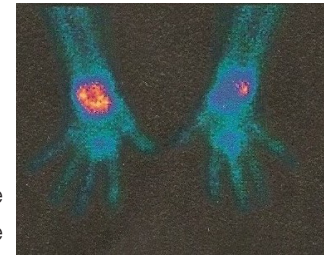
Resim 4: Sağ el bileği eklemlerinde ileri derecede daralma ve belirgin erezyonlar



Resim 6: Sağ el MRG'de yer yer sıvı görünümü (inflamasyon)



Resim 5: Sol el bileği grafisinde yer yer daralma ve erozyonlar



Resim 7: Kemik sintigrafisinde sağ el bileğinde artmış aktivite

Hastaya RF ve ANTI-CCP pozitifliği, bir saatten fazla süren sabah tutukluğu ve asimetrik eroziv değişikliklerin varlığı nedeniyle asimetrik RA tanısı kondu.

Olgu 3

55 yaşında ev hanımı bayan, sağ el bileği, her iki diz ağrısı şikayeti ile başvurdu. Şikayetleri bir yıldır vardı ve iki aydan beri artmıştı. Altı ay önce dış merkezde artralji tanısı ile dexametazone 0,75 mg tablet 1x1/gün başlanmıştı. Soy geçmişinde özellik yoktu. Hasta sağ elini kullanıyordu. Halsizlik, yorgunluk, yarım saat süren sabah tutukluğu ve tüm eklemlerde ağrı tarifliyordu, el kavrama gücü sağda belirgin olarak düşüktü. Muayenesinde sağ el bileğinde artrit mevcuttu. Genel sistem muayenesi normaldi ve extraartiküler tutulum yoktu. Steroid kullanımına bağlı sırtta deve hörgücü görünümü ve yüzde hafif şişlik mevcuttu. Laboratuar bulguları: RF: 56,4 IU/ml, ESH: 22 mm/h, CRP: 8,97 mg/l olarak bulundu. Hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal, Anti-CCP: pozitif, ANA: 1/100 homojen bulundu. Her iki el- el bileği grafisinde; sağ el bileğinde yumuşak doku şişliği mevcuttu, eroziv değişiklikler yoktu. Bunun üzerine daha ayrıntılı bilgi için çekilen sağ el bileği manyetik rezonans görüntüleme ulna ve triquetrum arasında, ulnar collateral ligamentte sıvı değerleri mevcuttu ve inflamasyon lehine yorumlandı (*Resim 6*). Diğer eklemlerde de patoloji olup olmadığını ortaya koymak için yapılan 3 fazlı kemik sintigrafisinde sağ el bileğinde artmış aktivite tutulumu saptandı (*Resim 7*).

Üç olgumuzun değerlendirilmesinde ayırıcı tanıda spondiloartropati(radyolojik olarak sakroiliit, sindesmotif varlığı, bel ve kalça ağrısı, üveit, inflamatuvar barsak hastalıkları, entezit, psöriatik deri bulguları, oral ve genital aft varlığı sorgulandı), gut, reaktif artrit, gibi romatizmal hastalıklar ve hemokromatozis, kondrokalsinozis gibi metabolik hastalıklar göz önünde tutularak dışlanmıştır.

Tartışma

RA'da simetrik tutulum önemlidir. Ancak bazı olgular asimetrik tutulum ile başlayabilir.^{3,4} Zangger ve ark. yaptıkları bir çalışmada asimetrik tutulumun prevalansını %13 ile %16 arasında bildirmişlerdir.⁶ Kliniğimizde halen yürütülmekte olan bir çalışmada 75 olguluk kohortta 3 vakada asimetrik RA saptadık. Bizim asimetrik RA sayımız literatürle karşılaştırıldığında oranlarımız çok düşüktür. Bu durum olguların kliniğimize başvuru sürelerinin uzun olması nedeniyle tanılarının geç konmasına ve verilen farmakolojik tedaviye uyumsuzluk nedeniyle hastalık aktivitesinin şiddetli seyretmesine bağlanabilir. Bu nedenle hastalarımızın bir kısmında asimetrik başlangıç olsa bile sonraki yıllarda simetrik forma ilerlemiş olabilir. Literatürde RA'lı hastalarda lateralizasyon ve elin kullanımı^{5,7} ile hasarın şiddeti arasında ilişki olduğu ya da baskın elde daha fazla radyolojik tutulumun olduğu, işaret ve orta parmakların daha ciddi tutulduğu belirtilmiştir.^{8,9} Simetrik ve asimetrik eklem tutulumunu ortaya koymak için direk grafi, MRG, sintigrafi gibi radyolojik tetkikler kullanılmasına rağmen genelde ça-

lişmalarda direk grafi ile değerlendirilen Larsen skorlaması kullanılmaktadır. Lindqvist ve ark sağ elde sola göre daha yüksek Larsen skoru bulmuşlar ve asimetriyi de sağ ağırlıklı olarak tespit etmişlerdir.¹⁰ Sunduğumuz üç olguda da sağ el kullanımı baskındı ve olgularda en çok tutulan bölge benzer olarak sağ el ve el bileği idi. Literatürde simetrisasyon konusunda daha çok el ve ayak eklemleri değerlendirilmiştir.⁶ Bu nedenle kalça, diz, dirsek ve omuz eklemlerindeki asimetri prevelansı ve simetrisasyon oranı el, el bileği ve ayak eklemlerinden farklı olabilir. El ve el bileği tutulumu dışında birinci olgumuzda sağ, ikinci olgumuzda sol ayakta tutulum gözlenirken, üçüncü olgumuzda sağ el bileği dışında tutulum yoktu. Hastalığın klinik seyri daha az şiddet gösteren vakaların, şiddetli vakalara oranla daha belirgin asimetri gözleendiği çalışmalarda yer almaktadır ve başlangıçta asimetrik tutulum gösteren hastalıkların zaman içerisinde bir kısmının simetriye değişimi gösterilmiştir. Asimetrinin simetriye dönüşümü hastalık şiddetinin yüksek olduğu olgularda daha fazla görülmektedir ve bu dönüşüm sıklıkla bir yıl içinde görülebilmektedir.^{3,4} Daha az şiddette klinikle seyreden hastalarda ise asimetrinin devam ettiği gözlenmiştir.⁶ Asimetrinin erken dönem RA hastalarında oldukça sık olduğunu gösteren yayınlar da vardır.^{3,4} Biz bir olguya ilk bir yıl içinde koyabildik. Diğerlerinin tanıları şikayetlerinin başlamasından altı yıl sonra konmuştu. Üç olgumuzun klinik seyrinin ılımlı seyretmesi ve fonksiyonel evrelemeye göre kliniğinin Evre 1'de olması literatürdeki

asimetrik RA çalışmalarındaki sonuçlarla uyumludur. Üçüncü olgumuzda şikayetler bir yıl önce başlamıştı ve yalnızca sağ elde şişlik vardı.

Asimetrik tutulum RF negatif hastalarda daha sık görülmektedir. Bir çalışmada seropozitif hastaların iki kat daha fazla simetrisasyon gösterdiği bildirilmiştir.⁶ Ancak bazı çalışmalarda simetrik ve asimetrik tutulumlu RA arasında fark saptanmamıştır.⁷ Bizim olgularımızın üçünde de RF pozitif bulundu. Literatürde de RF ile tutulumun tipi arasında çelişkili yayınlar olduğu da göz önüne alındığında RF pozitif olgularımızın hastalık aktivitelerinin düşük evre olması simetrisasyon gelişmemesinde rol almış olabilir.

Üç hastamızda olduğu gibi RF pozitif hastalarda asimetrik eklem tutulumunun zamanla anlamlı olarak simetrisasyon riskinin artması ve yine anlamlı olarak yüksek oranda hastalık progresyonu gözlenmesi asimetrinin RA'nın erken dönem tablosu olduğunu düşündürülebilir. Ek olarak kliniği selim seyreden hastalarda asimetrinin devam etmesi RA'nın daha hafif seyreden yeni bir alt sınıfının özelliği mi olduğu sorusunu akıllara getirmektedir. RA'nın asimetrik tutulum ile başlayabileceği, bunun hastalık aktivitesi ve RF ile ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve hastalığın kontrol altına alınabilmesi simetrik forma dönüşümü engelleyebilir ve zaman içerisinde asimetrinin simetriye dönebilme ihtimalinin olması, hastalığın prognozu konusunda tahmini fikir vermesi açısından kontrollerinde anlam ifade edecektir.

Kaynaklar

1. MacGregor JA, Silman JA. Classification and epidemiology. In: Rheumatology. Ed's; Hochberg CM, Silman JA, Weinblatt EM, Weisman HM, Smolen SJ. Mosby, Fourth Edition, 2008, pp;755-761.
2. Brasington RD, Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Rheumatology. Ed's; Hochberg CM, Silman JA, Weinblatt EM, Weisman HM, Smolen SJ. Mosby, Fourth Edition, 2008, pp; 763-771
3. Fleming A, Crown JM, Corbett M. Early rheumatoid disease. I Onset. Ann Rheum Dis 1976;35:357-60.
4. Short CL, Bauer W. The course of rheumatoid arthritis in patients receiving simple medical and orthopaedic measures. N Engl J Med. 1948;238:142-8.
5. Soila P.A roentgenological study of asymmetry in rheumatoid arthritis. A preliminary communication. Acta Rheum Scand 1963;9:264-8.
6. Zangger P. Keystone C.E. Bogoch R.E. Asymmetry of small joint involvement in rheumatoid arthritis: prevalence and tendency towards symmetry over time. Joint Bone Spine 2005;72:241-247.
7. Bukhari M, Lunt M, Harrison BJ, Scott DGI, Symmons DPM, Silman AJ. Erosions in inflammatory polyarthritis are symmetrical regardless of rheumatoid factor status: results from a primary carebased inception cohort of patients. Rheumatol 2002;41:246-252.
8. Boonsaner K, Louthrenoo W, Meyer S, Schumacher HR Jr. Effect of dominance on severity in rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol. 1992;31:77-80.
9. Mody GM, Meyers OL, Reinach SG. Handedness and deformities, radiographic changes, and function of the hand in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 1989;48:104-7.
10. E. Lindqvist, K. Jonsson, T. Saxne and K. Eberhardt, Course of radiographic damage over 10 years in a cohort with early rheumatoid arthritis, Ann Rheum Dis. 2003;62:611-616.