

## Atipik İnflamatuar Bel Ağrısı

İbrahim TEKEOĞLU<sup>1</sup>, Ayhan KAMANLI<sup>1</sup>, Gökhan KOZ<sup>1</sup>

### Öz

47 yaşında bir erkekte 2 yıldan beri boyun ve sırt ağrısı vardı ancak bu ağrı son iki haftadır lomber ve kalça bölgelerinde belirgin artış gösterdi. Son birkaç haftadır bel ve kalça bölgesi ağrısından yakınan hastada ne olabilir?

**Anahtar Kelimeler:** İnflamatuar bel ağrısı, bel, kalça

### Yayın Bilgisi

Gönderi Tarihi:01.12.2017

Kabul Tarihi:06.12.2017

Online Yayın Tarihi:31.12.2017

DOI: 10.26453/otjhs.360004

### Sorumlu Yazar

İbrahim TEKEOĞLU

## Atypical Inflammatory Back Pain

İbrahim TEKEOĞLU<sup>1</sup>, Ayhan KAMANLI<sup>1</sup>, Gökhan KOZ<sup>1</sup>

### Abstract

A 47 year old male has been complained for cervical and dorsal pain for two years but the pain was significantly apparent in lumbar and hip area in last few weeks. What could be the cause of pain at lumbar and hip areas in the last a couple of weeks?

**Keywords:** Inflammatory back pain, lumbar, hip

### Article Info

Received:01.12.2017

Accepted:06.12.2017

Online Published:31.12.2017

DOI: 10.26453/otjhs.360004

### Corresponding Author

İbrahim TEKEOĞLU

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon A.D. SEAH FTR-Romatoloji Kliniği.

## GİRİŞ

Soru: 47 yaşında, erkek, 2 yıl önce servikal bölgede başlayan ağrı ve tutukluk şikayeti olan hasta için olası tanınız nedir? (Resim 1) ve (Resim-2 A-B)



Resim 1. Servikal lateral grafi.



Resim 2. Dorsal lateral (A) ve AP (B) grafi

Hasta son birkaç haftadır bel ve kalça bölgesi ağrısından yakınmaktadır. 2 yıl önce geçirdiği pnömoni sonrasında başlayan boyun bölgesinde ağrı ve tutukluk şikayeti mevcuttu. Gece sabaha doğru uykudan uyandıran dorsal-servikal ağrı ve sabah 2-3 saat süren tutukluk tarifliyordu. Hasta son birkaç haftadır ağrılarının bel ve kalça bölgesinde de başladığını belirtiyordu. Hastadan

suprapubik grafi ve MRI görüntüleme istendi.(Resim-3 C-D) Olası tanınız nedir?



Resim 3. Suprapubik pozisyonda sakroiliak grafi (C) ve MRI (D) görüntüleri

Hastanın romatolojik sorgusunda oral ve genital aft/ülser, üveit öyküsü, ailede romatolojik hastalık öyküsü, psöriasis, Raynaud fenomeni, eritema nodozum, dispne, ağız ve göz kuruluğu, artrit ve artralji öyküsü, karın ve göğüs ağrısı atakları, fotosensitivite, sık tekrarlayan ishal, kabızlık veya üriner enfeksiyon, geçirilmiş derin ven trombozu öyküsü yoktu. Sadece inflamatuvar tarzda aksiyal ağrı tarifliyordu. Hastada periferik artrit, entezit veya daktilit bulgusu yoktu. Hasta 2 yıl öncesinde servikodorsal bölgedeki ağrı tutukluk nedeniyle romatoloji polikliniğine başvurmuş. Yapılan incelemelerde miyofasiyal ağrı sendromu tanısı alan hasta nonsteroidal anti inflamatuvar ilaçlar, miyoreleksan grubu ilaçlar, duloksetin ve pregabalın tedavisi almış. Verilen tedaviden fayda görmeyen hasta ilaçları bırakmış. Hastanın yapılan fizik muayenesinde servikal eklem hareket açıklığı (EHA) fleksiyon ve ekstansiyon 40 derece, lateral fleksiyonlar bilateral 15 derece, rotasyonlar ise 45 derece kadar yapabiliyordu. Her iki omuz EHA ağrısız ve tamdı. Lomber fleksiyon 60 derece, ekstansiyon 25 derece, lateral fleksiyonlar 20

derece, rotasyonlar 15 derece olarak ölçüldü. El-parmak-zemin mesafesi 10 cm, çene sternum mesafesi 2 cm olarak ölçüldü. Lateral fleksiyonlar sonrası parmak-zemin mesafesinde 7 cm fark vardı. Lomber shober farkı 6 cm'di. Göğüs ekspansiyonu 2 cm olarak ölçüldü. Hastanın laboratuvar bulgularında beyaz küre (WBC):9.300, hemoglobin:13.3 mg/dl, hematokrit:39.9, platelet:306000, nötrofil:5290, lenfosit:3240, monosit:523, eozinofil:191, bozofil:56, ürik asit:5,4, kreatinin:0.64, üre: 29, AKŞ:370, ALT:22, AST:23, GGT:33, alkalen fosfataz:107, total protein:8.2, albümin:3.8, globülin:4.4, sodyum:132, potasyum:4,8, klor:95, kalsiyum:9.5, fosfor:3.1, LDH:177, Eritrosit Sedimentasyon Hızı (1 saat):52, CRP:17,6, RF: <11,5, CCP:negatif ( - ) , ASO:384, idrar tetkikinde: glukoz ++ görülürke, keton, protein, eritrosit, lökosit negatif görülmüştür. Hastanın genetik analizinde HLA-B27 negatif olarak sonuçlandı. Suprapubik pozisyonda çekilen sakroiliak grafide sakroiliitle ilgili bulgu saptanmadı. (Resim-3-C) Fakat çekilen sakroiliak MRI 'da bilateral sakroiliit ile uyumlu kemik iliği ödemi saptandı(Resim-3-D). Hastaya inflamatuvar aksiyal ağrı ile beraber non-radyografik aksiyal SpA tanısı kondu ve indometazin ile salazopyrin tedavisi başlandı. Hasta verilen NSAİİ ve salazopyrin ile ağrılarının ve sabah tutukluğunun azaldığını belirtti.

## TARTIŞMA

İnflamatuvar bel ağrısı spondilartropatilerin tipik ilk klinik bulgusu olarak değerlendirilmektedir. Spondiloartropati (SpA) ortak patofizyolojik, klinik, radyolojik ve genetik özelliklere sahip olan kronik romatizmal hastalıklar ailesine verilen isimdir. HLA-B27 antijeni ile güçlü ilişki içerisinde olduğu gösterilmiş olan spondiloartropatiler, aksiyal ve entezal inflamasyonun baskın olduğu, yeni kemik formasyonu ile seyretmektedir. Spondiloartropatiler sıklıkla 45 yaş altı başlayan inflamatuvar bel ağrısı ile karakterize hasta grubunu oluşturmaktadır. İskelet tutulumu yanında anterior üveit, psöriyazis, inflamatuvar bağırsak hastalığı ile ilişkili enteropatik artritler ve reaktif artritler gibi iskelet dışı tutulumlarla karakterize, heterojen bir hastalık grubudur<sup>1</sup>. Ankilozan spondilit (AS) ise spondiloartropati grubu hastalıkların prototipi olarak bilinen ve etiyolojisi tam bilinmeyen, sakroiliit ve spondilite bağlı inflamatuvar bel ağrısı, ankiloza yol açan sindesmotitlerin oluşumu ve sıklıkla periferik artrit, entezit ve akut anterior üveitle birlikte olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır<sup>2</sup>. İnflamatuvar bel ağrısı spondiloartropatilerin en belirgin klinik özelliğidir; İnflamatuvar bel ağrısının tanımı Avrupa Spondiloartropati Çalışma Grubu (European Spondyloarthropathy Study Group-ESSG)<sup>3</sup>, Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)<sup>4</sup>, Callin<sup>4</sup>, ve Berlin<sup>5</sup>, Amor<sup>6</sup> gibi çeşitli gruplar tarafından yapılmıştır. ESSG ve

Amor kriterleri; MRI görüntüleme yöntemleri yaygın olmadığı zamanlarda daha çok kullanılmıştır.

Ankilozan spondilit için ise Roma Kriterleri, Modifiye Newyork Kriterleri ve ESSG SpA sınıflandırma kriterleri kullanılmıştır. En son 2013 de ASAS grubu tarafından spondiloartropatiler çatısı altında ve AS yi de içine alan daha geniş sınıflandırma kriterleri düzenlenmiştir.<sup>7</sup> ASAS Aksiyel (axSpA) sınıflandırma kriterlerinin iki kolu vardır. Görüntüleme kolu ve klinik kolu; bu kriterler sadece inflamatuvar bel ağrısı (3ay > uzun süren ağrı + yaş <45 olması) varlığında geçerlidir. Görüntüleme kolunda konvansiyonel radyografide sakroiliit görülen olgular veya MRI da kemik iliği ödemi görülen olgularda ilave bir SpA klinik bulgusu varsa olgu aksiyel SpA olarak değerlendirilmektedir. HLA-B 27 pozitif hastalarda ise en az iki SpA bulgusu varsa aksiyel SpA olarak değerlendirilebilir.<sup>7</sup> İnflamatuvar bel ağrısı olmayan ancak periferik artrit, entezit veya daktilit olan hastalarda periferik SpA olarak değerlendirilmektedir. Bu iki set birlikte ASAS SpA kriterlerini oluşturmaktadır. 2006 da psöriatik artrit için CASPAR (CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis) kriterleri geliştirilmiştir.<sup>8</sup>

Spondiloartropati grubu hastalarda tanıda yönlendirici başlıca klinik bulguyu inflamatuvar bel ağrısı oluşturmaktadır. Çeşitli çalışma gruplarına göre farklı inflamatuvar bel ağrısı tanımlamaları yapılmıştır. ASAS'a göre

inflamatuvar bel ağrısı 40 yaş altı başlayan, sinsi seyirli, egzersizle düzelen, istirahatle düzelmeyen ve gece ağrısı olması şeklindeki 5 klinik bulgudan 4'ünün bulunması olarak tanımlanmıştır.<sup>4</sup> Callin kriterlerine göre; 40 yaş altı başlangıç, bel ağrısının 3 aydan uzun sürmesi, sinsi başlangıçlı olması, sabah sertliği varlığı ve egzersizle bel ağrısının düzelmesi olan 5 kriterden yine 4'ünün bulunması inflamatuvar bel ağrısı olarak tanımlanmıştır.<sup>4</sup> Berlin Kriterlerine göre inflamatuvar bel ağrısı ise 4 kriterden 2'sinin olması ile tanımlanmıştır. Bu kriterler sabah tutukluğunun 30 dakikadan uzun sürmesi, gecenin ikinci yarısında ağrı ile uyanma, gezici gluteal ağrı, egzersizle ağrılarda azalma olarak tanımlanmıştır.<sup>5</sup> Psöriatik artrit sınıflamasında kullanılan CASPAR kriterlerine göre psöriatik artrit tanımlaması inflamatuvar artiküler, entezal veya spinal ağrı ile birlikte belirtilen kriterlerde verilen puanlamalara göre 3 ve üzeri puan alan hastalar psöriatik artrit olarak sınıflanabilir denmiştir. Bu kriterlerde yapılan puanlamalar şu şekildedir: Psöriasis kanıtı olması (mevcut psöriasis 2 puan, hastanın tanımladığı psöriasis öyküsü 1 puan, ailede psöriasis öyküsü 1 puan), psöriatik tırnak distrofisi ( onikoliz veya pitting veya hiperkeratozis 1 puan), negatif romatoid faktör olması 1 puan, daktilit veya daktilit öyküsü 1 puan, radyolojik olarak jukstaartiküler yeni kemik oluşumunun varlığı 1 puan olarak tanımlanmıştır.<sup>7</sup> ESSG spondiloartropati sınıflandırma kriterlerine göre inflamatuvar spinal

ağrı veya sinovit (asimetrik ve özellikle alt ekstremitelerde) ile beraber 7 kriterden bir veya daha fazlasını içermesi ile SpA grubu hastalıklar sınıflandırılabilir denmiştir. Bu 7 kriter ailede benzer hastalık öyküsü, psöriasis, inflamatuvar barsak hastalığı, üretrit, servisit veya artrit 1 ay önce akut diyare, gluteal bölgede ağrı, entezopati, sakroiliit olarak tanımlanmıştır.<sup>9</sup>

ASAS tarafından yapılan güncel sınıflama kriterlerinde şunlar göz önüne alınmıştır; Klinikte fiziyatristler ve romatologlar SpA hastasını primer tutulumunun aksiyel ve periferel tutulumlu olmasına göre sınıflamaktadırlar. Bu ayırımı daha gerçekçi yapabilen yeni ASAS kriterlerine göre hastalar başlıca yakınmasına göre aksiyel Spondiloartropati (axSpA) veya başlıca yakınmasının periferde başlamasına göre periferel spondiloartropati (pSpA) olarak değerlendirilmektedir.<sup>10</sup>

Olgumuzda ise inflamatuvar aksiyel ağrı hastalık başlangıcından itibaren 2 yıl süresince sadece boyun bölgesinde sınırlı kalmıştır. Hasta ASAS, Callin, Berlin, Roma, Modifiye New York çalışma grupları tarafından yapılmış tanımlamalarla inflamatuvar bel ağrısı (inflammatory back pain) grubuna sokulamamaktadır. Ancak bu olgudaki aksiyel boyun ve sırt ağrısı ESSG çalışma grubunun inflamatuvar spinal ağrı tanımlamasına uymaktadır. Bu tanımlamaya dayanarak çekilen sakroiliak grafisi normal fakat sakroiliak MRI da sakroiliit gözlenmiştir. Bu gerekçeyle ve MRI bulgusuyla non-radyografik axSpA tanısı

konulmuştur. ESSG kriterlerinde ise inflamatuvar ağrı spinal ağrı olarak tanımlandığı için hastamızı inflamatuvar ağrı ve SpA olarak değerlendirebilmiştir. Hasta inflamatuvar bel ağrısı tanımlamadığı için 2 yıl boyunca servikal ağrı gerekçesiyle miyofasiyal ağrı sendromu olarak değerlendirilmiştir. Oysa erken tanıda katkısı olur gerekçesiyle kronik özellikler gösteren boyun ağrısı olgularının da SpA olabileceği düşünülerek sakroiliak grafi ve MR istenebileceğini öngörmekteyiz. Şu ana kadar yapılmış inflamatuvar bel ağrısı tanımları güncellenerek aksiyel spinal ağrı şeklinde yeni düzenleme yapılabilir. Çünkü ASAS, Callin, Berlin, Roma kriterlerinde ağrının lokalizasyonu “back pain” yani bel ve dorsal ağrı olarak tanımlanmıştır. Diğer bir açıdan değerlendirecek; HLA-B27 negatif olan ve boyun ağrısı ile 2 yıl boyunca takip ettiğimiz bu hastamıza daha erken dönemde inflamatuvar spinal ağrı tanımlaması yapsaydık daha erken dönemde non-radyografik axSpA olabileceğini öngörerek atipik inflamatuvar spinal ağrı tanımlamasını yapabilir ve SpA grubuna koyabilecektik. Veya klinik bulguları atipik olduğu için atipik non-radyolojik SpA şeklinde yeni bir klinik tanımlama olsaydı bunu yapabilirdik.

Özellikle erkek olgularda aksiyel tutulumun yukarıdan aşağıya bir patern de görülebileceğini öngören ampirik veriler de vardır. Klasik bilgilere göre servikal tutulumun özellikle kadınlarda ve hastalık süresi uzun olan hastalarda

daha sık görüldüğü bilinmektedir.<sup>11</sup> Bu gerekçe ile inflamatuvar karakterde özellik taşıyan servikal ağrılı hastalarda erken dönemde inflamatuvar bel ağrısı akla getirilerek ilgili incelemelerin yapılmasında fayda olduğunu öngörmekteyiz.

## KAYNAKLAR

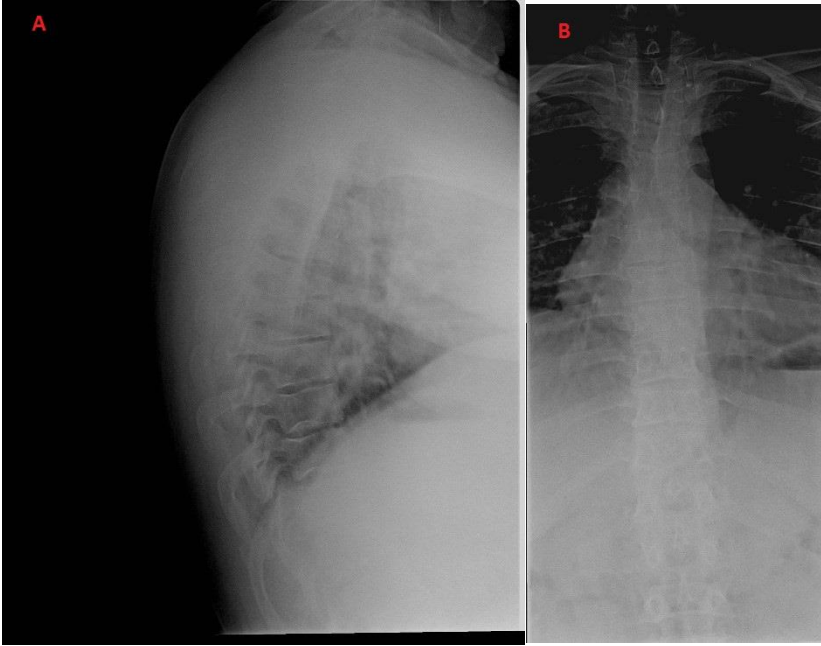
1. Kiltz U, Heijde D Van Der, Boonen A, Braun J, Braun J. The ASAS Health Index (ASAS HI) – a new tool to assess the health status of patients with spondyloarthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2014 Sep-Oct;32(5 Suppl 85):S-105-8. Epub 2014 Oct 30. :105-108.
2. Braun J, Sleper J, Ankylosing spondylitis. *Lancet*, 2007;369:1379-90.
3. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum*, 2006; 54: 569-78.
4. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, 2009;68 Suppl 2(May):ii1-44. doi:10.1136/ard.2008.104018.
5. Calin A, Porta J, Fries JF, Schurman DJ. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. *JAMA*, 1977;237:2613-4.
6. Lipton S, Deodhar A. The new ASAS classification criteria for axial and peripheral spondyloarthritis: promises and pitfalls, Systemic Review, Division of Arthritis & Rheumatic Diseases, Oregon Health & Science University, Mail Code OP-09, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239, 2012, USA.
7. Bakker P, Moltó A, Etcheto A, Van den Bosch F, Landewé R, Van Gaalen F, Dougados M, Van der Heijde D. The performance of different classification criteria sets for spondyloarthritis in the worldwide ASAS-COMOSPA study. *Arthritis Research & Therapy*, 2017; 19:96 DOI 10.1186/s13075-017-1281-5.
8. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.*, 2006;54:2665–73.
9. Şendur FÖ. Spondiloartropatilerin Temel Özellikleri ve Ayırıcı Tanı ve Tedavisinin Genel Kriterleri- Derleme ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 2(2) : 31 – 35.
10. Rudwaleit M, Van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of Spondyloarthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:25–31.
11. El Maghraoui A, Bensabbah R, Bahiri R, Bezza A, Guedira N, Hajjaj-Hassouni N. Cervical spine involvement in ankylosing

spondylitis Clin Rheumatol, 2003; 22: 94–98

DOI 10.1007/s10067-002-0681-2.

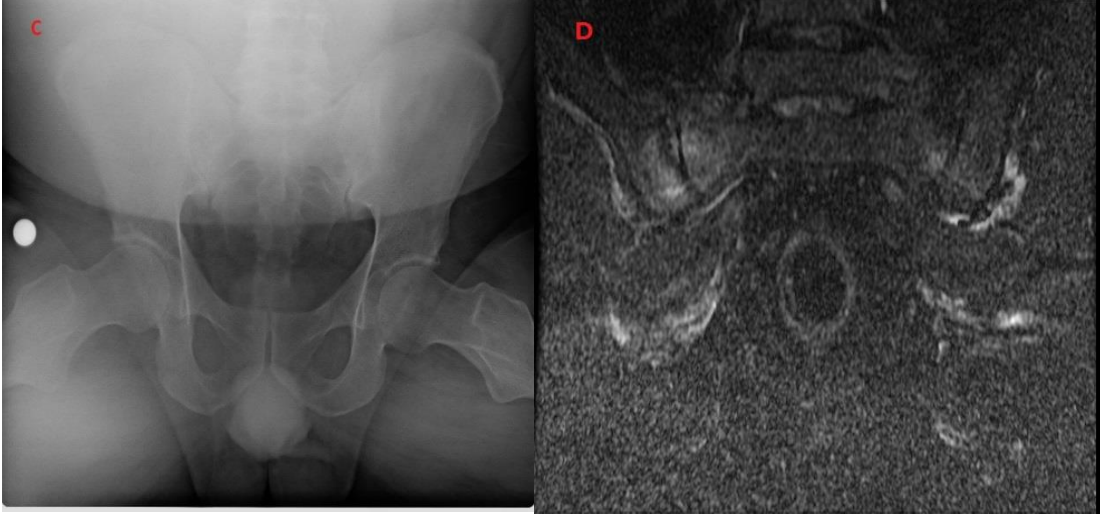


Resim 1. Servikal lateral grafi



Resim 2. Dorsal lateral (A) ve AP (B) grafi.





Resim 3. Suprapubik pozisyonda sakroiliak grafi (C) ve MRI (D) görüntüleri