

1

Serpil Ergülü Eşmen

Artritli Hastaya Yaklaşım

Artrit, eklem aralığının inflamasyonudur. İnflamasyon varlığında ağrının yanısıra şişlik, hassasiyet, kızarıklık, ısı artışı ve hareket kısıtlılığı bulgularının bir kısmı ya da tamamı görülür. Romatolojik hastalıklar, metabolik hastalıklar, enfeksiyonlar, travma gibi bir çok sebebe bağlı olarak gelişebilir. Artralji ise inflamasyon bulgusu olmadan eklem ağrısı olarak tanımlanır.

Artritli hastaya yaklaşırken anamnez ve fizik muayene, eklem sıvısı analizi, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemlerinden faydalanılır. Tanı koyarken anamnez %80, fizik muayene %15, laboratuvar ve görüntüleme %5 katkı sağlar.

Anamnez ve Fizik Muayene

Artritli hastaya yaklaşımda detaylı anamnez ve fizik muayene önemli yere sahiptir. Anamnez taniya yaklaşımda ipuçları verir. Örneğin hastalıkların cinsiyet dağılımı farklılık gösterebilmektedir. Sistemik lupus eritematozus (SLE), romatoid artrit, Sjögren sendromu, sistemik skleroz kadınlarda daha sık görülürken gut, reaktif artrit, ankilozan spondilit erkeklerde daha sık görülmektedir. Benzer şekilde hastalıkların yaş dağılımına göre sıklıkları farklıdır. SLE ve ankilozan spondilit 20-40 yaş arası daha sık görülürken gut, osteoartrit, polimiyalji romatika (PMR), psödogout 50 yaş ve üzeri daha sık görülür. Anamnezde kullanılan ilaçlar mutlaka not edilmelidir. Örneğin ilaca bağlı lupus ve gut artritinde hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar tanı ve tedaviye yön verir. Alkol ve madde kullanım öyküsü bilinmelidir. Akut monoartritli hastada intravenöz ilaç kullanım öyküsü septik artrit düşündürür. Komorbid hastalığı olan, alkol kullanan, orta-ileri yaş, obez ve ayak birinci parmak ekleminde monoartriti olan hastada gut artriti düşünülür. Aile öyküsü, ailesel yatkınlık görülen hastalıklardan ailevi Akdeniz ateşi (AAA), Behçet hastalığı ve spondiloartropatiler konusunda bilgi verir.

Eklem bölgesinde ağrı veya şişlik ile başvuran bir hastada artrit ayırıcı tanısını yapmadan önce anamnez ve fizik muayene ile artrit/artralji ayırımı yapılmalıdır. En sık başvuru yakınması olan ağrı sorgulanarak artrit ve artralji ayırımı yapılabilir. Ağrı sorgulanırken başlangıcı, süresi, karakteri, şiddeti, sıklığı, yayılımı; hareketle, istirahatle, psikolojik durumla ilişkisi; ağrıyı azaltan ve artıran faktörler dikkatlice araştırılmalıdır.

Ağrının sistem lokalizasyonu yapılmalıdır. Ağrı kaynağı lokomotor sisteme mi ait yoksa nörolojik sistem gibi diğer sistemlere mi ait olduğu belirlenmelidir. Locomotor sisteme ait ise anatomik lokalizasyon yapılmalıdır. Yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı tarifliyor ise fibromiyalji, endokrin nedenler (örn. hipotiroidizm, osteomalazi, hiperparatiroidizm) ve ilaçlar (örn. statinler, zidovudine, florokinolonlar) düşünülmalıdır. Bölgesel

9

İsmail Doğan

Juvenil İdiyopatik Artrit

Giriş

Juvenil idiyopatik artrit (JİA), 16 yaşından önce başlayan, 6 haftadan uzun süren, sebebi bilinmeyen artrit ile seyreden bir hastalık grubudur. Artrite neden olabilecek diğer nedenlerin dışlanması gerekir.

JİA Diagnostik Kriterleri

1. 6 haftadan uzun süren artrit varlığı
2. 16 yaşından önce başlayan artrit varlığı
3. Artrite neden olabilecek veya taklit edebilecek diğer nedenlerin dışlanması

Tanı için üç kriterinde karşılanması gerekir

Ayrııcı Tanı

Monoartrit

- Septik artrit veya osteomyelit
- Reaktif artrit
- Lyme hastalığı
- Hemartroz
- Malignansi
- Travma
- Solid tümör

Oligo-poliartrit

Kolajen doku hastalıkları: Sistemik lupus eritematosus (SLE), juvenil dermatomyozit, sarkoidoz, Sjogren sendromu, Mikst kollajen doku hastalığı (MKDH), Henoch-Schönlein purpura (HSP)

Reaktif Artrit

- Lyme hastalığı
- Malignansi: lösemi, lenfoma
- İmmün yetmezlik ilişkili artritler
- İnflamatuvar barsak hastalıkları ilişkili artritler
- Diğer: kronik rekürren multifokal osteomyelit, ailevi akdeniz ateşi

Sistemik Bulgular Ağırlıklı Klinik ile Başvuran Çocuklar

- Kolajen doku hastalıkları: SLE, MKDH, Kawasaki hastalığı, diğer sistemik vaskülitler
- Neoplazi: özellikle küçük çocuklarda nöroblastoma

20

Yüksel Maraş

Polimiyalja Romatika

Polimiyalja romatika (PMR) klinik olarak omuz, boyun, kalça kuşağı ağrısı ve sabah tutukluğu ile karakterize nedeni tam bilinmeyen inflamatuvar romatolojik bir hastalıktır. Daha çok 50 yaş üzerinde görülürken, pik insidansı 70-80 yaş aralığıdır. Kadınlar erkeklerden 2-3 kat fazla etkilenmektedir. Nüfus temelli insidans çalışmalarından, yaşam boyu hastalığı geliştirme riski kadınlar için %2,43, erkekler için %1,66 olduğu tahmin edilmektedir. En yüksek insidans oranları Kuzey Avrupa da özellikle İskandinav ülkelerinde bildirilmiştir. İskandinavya'dan gelen göçmenler ile zenginleşen Minnesota'nın Olmsted ilçesinde yıllık insidans oranınının 50 yaş ve üstü 100.000 kişi başına 63,9 olduğu tahmin edilmektedir. Avrupa'nın güney bölgelerinde ise (İtalya'da yılda 100.000 de 13) oran daha düşüktür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kuzey batı bölgesinde 100.000 de 3,5 olarak belirtilmiştir.

Dev hücreli arterit (DHA) aort ve kranial dalları etkileyen, büyük damarları tutan bir vaskülitir. PMR ve DHA birbirleri ile yakın ilişkili iki inflamatuvar hastalıktır. Her ikisi de aynı hasta popülasyonunda ortaya çıkar. PMR'li hastaların %16-21'inde temporal arter biopsisinde DHA ile uyumlu histopatolojik bulgular saptanmıştır. DHA tanısı alan hastaların yaklaşık %50'sinde PMR saptanmaktadır. PMR ile DHA arasındaki ilişki göz önüne alındığında baş ağrısı, kafa derisi hassasiyeti, çene klaudikasyonu, görme bozuklukları gibi semptom ve bulguların araştırılması önemlidir. Bu özelliklerin herhangi biri mevcut ise PMR ile takipli bir hastada DHA açısından inceleme yapılmalıdır.

Etiyopatogenez

PMR'nin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte etiyopatogenezinde genetik ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. PMR multigenik bir hastalıktır. Hem PMR hem DHA insan lökosit antijeninin (HLA)-DR4'ün spesifik alelleri ile ilişkilidir.

Enfeksiyöz ajanlar genetik yatkınlığı olan bireylerde PMR'nin tetikleyicisi olarak işlev görebilirler. PMR ve DHA başlangıcı Mikoplazma Pnömonia, Parvovirus B19 ve parainfluenza virüsü ile önceki enfeksiyonlar ile ilişkilendirilmiş ancak bu sonuçlar diğer çalışmalar ile doğrulanmamıştır.

PMR ve DHA de immünolojik anomalilere baktığımızda her ikisinde de Th17 hücreleri artmakta ve Treg hücreleri azalmaktadır. Proinflamatuvar sitokin IL6, PMR ve DHA'lı hastaların kanlarında yükselmekte ve konstitusyonel semptomlardan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Ek olarak bir T hücre alt grubunda kostimulator molekül 28'in (CD4+ CD28- ve CD8+ CD8-) ekspresyon kaybı olan hafıza efektör T hücrelerinin birikimi rapor edilmiştir. Bu hücreler sağlıklı yaşlı bireylerde de artmasına rağmen PMR ve DHA gibi immün aracılı hastalıkları olan kişilerde yaşa uygun sağlıklı bireylerinkinden daha yüksek bulun-

24

Bahar Özdemir
İsmail Doğan

Retroperitoneal Fibroz

Retroperitoneal fibroz, abdominal aortun infrarenal kısmı ve iliak arterlerin etrafında sıklıkla üreter veya abdominal organları çevreleyen inflamatuvar ve fibröz retroperitoneal dokunun varlığı ile karakterize nadir bir durumdur. Standart bir sınıflandırma kriteri olmasa da, retroperitoneal fibroz, aort ve iliak arterleri çevreleyen inflamasyon ve fibroz ile karakterize bir durum olan kronik periaortit hastalık spektrumunun bir parçasıdır. Kronik periaortit, inflamatuvar abdominal aort anevrizmaları ve perianevrizmal retroperitoneal fibrozu da içerir; vakalarının yaklaşık üçte birinde perivasküler doku abdominal aort ve iliak arterlerle sınırlı değildir, aynı zamanda torasik aortu ve epiaortik arterlerin kökenini (yaygın periaortit) içerir.

Epidemiyoloji

Bu nadir hastalığın yıllık insidansı 100.000'de 1,3 olup sıklıkla ileri yaş erkeklerde görülür. 60 yaş üzerindeki kişiler arasında gençlere kıyasla daha yüksek hastalık sıklığı olabilir. Çoğu çalışmada 2:1 ila 3:1 erkek-kadın oranından bahsedilmiştir.

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Retroperitoneal fibrozun idiyopatik ve sekonder formları vardır. İdiyopatik formlar vakaların yüzde 70'inden fazlasını oluşturmaktadır. Sekonder retroperitoneal fibroz; ankilozan spondilit, sistemik lupus eritematozis (SLE), poliarteritis nodosa (PAN) ve ANCA-ilişkili granülomatöz vaskülit dahil olmak üzere bir dizi romatolojik hastalık ile ilişkili olarak tarif edilmiştir. Metiserjid ve diğer ergot türevleri gibi bazı ilaçlarla ortaya çıkması, bu ilaçların nedensel bir rol oynadığını göstermiştir. Aorttan ekstrüde edilen aterosklerotik plak da potansiyel bir neden olarak önerilmiştir. Retroperitoneal fibrozun çeşitli sekonder nedenleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Sebepler	Örnekler
İlaçlar	Metiserjid, pergolid, bromokriptin, ergotamin, metildopa, hidralazin, fenasetin, beta-bloker
Malign hastalıklar	Karsinoid, Hodgkin-non-Hodgkin lenfoma, sarkom, kolon, prostat, meme, mide kanseri
Enfeksiyonlar	Tüberküloz, histoplazmoz, aktinomikoz
Radyoterapi	Testiküler seminom, kolon kanseri, pankreas kanseri
Cerrahi	Lenfadenektomi, kolektomi, histerektomi, aortik anevrizmektomi
Diğer nedenler	Histiositoz, Erdheim-Chester hastalığı, amiloidoz, travma, baryum enema