

## Bilateral Sakroileit ile Birlikte Görülen Romatoid Artrit

### Rheumatoid Arthritis Associated with Bilateral Sacroileitis

Yalkın ÇALIK, Ersun BAŞ, Safinaz ATAÖĞLU, Selma YAZICI

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

#### Özet

Romatoid artrit etiyolojisi belli olmayan, eklemleri simetrik olarak tutan, eroziv sinovit ile karakterize kronik, progressif, sistemik otoimmün bir hastalıktır. Romatoid artrit sıklıkla periferik eklemleri etkilerken, aksiyel iskelet tutulumu nadirdir. Omurgada servikal eklemler tutulurken nadir de olsa sakroiliak eklem tutulumu da görülebilir. Bu olgu sunumunda romatoid artrit tanısı konulan bir hastada bilateral sakroiliak eklem tutulumunun da olması üzerine ayırıcı tanılar yapılarak konu ilgili literatür eşliğinde tartışılmıştır. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009;55:42-4.*

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, sakroileit

#### Summary

Rheumatoid arthritis is an autoimmune disease which is progressive, systemic, chronic, characterized by erosive synovitis, having unknown etiology and involving joints symmetrically. Rheumatoid arthritis often affects peripheral joints but its axial skeleton involvement is rare. While cervical joints are involved in the vertebral column, sacroiliac joint involvement can be seen rarely. In this case report, a rheumatoid arthritis case with bilateral sacroiliac joint involvement is discussed with differential diagnosis together with the relevant literature. *Turk J Phys Med Rehab 2009;55:42-4.*

**Key Words:** Rheumatoid arthritis, sacroileitis

#### Giriş

Romatoid artrit (RA) etiyolojisi bilinmeyen, sinovyal eklemlerde ilerleyici yıkıma neden olan ve sakatlığa yol açabilen, hayat kalitesini azaltan ağrılı, kronik, sistemik, enflamatuvar bir hastalıktır (1).

Hastalık tüm periferik eklemleri tutabilmeye birlikte en sık tutulan eklemlerin başında metakarpofalangiyal (MKF) eklemler, el bilekleri ve proksimal interfalangiyal (PIF) eklemler gelir. Dizler, dirsekler, metatarsofalangiyal (MTF) eklemler de büyük oranda olaya katılırlar (2). Aksiyel iskelette genellikle C1-C2 tutulumu ön planda iken, sakroiliak eklem (SİE) tutulumu nadirdir (3).

Polikliniğimize başvurup RA tanısı alan hastayı sakroileit yönünden ayırıcı tanılar yaparak literatür eşliğinde olgu olarak sunmayı amaçladık.

#### Olgu

Ü.Y. 56 yaşında kadın hasta her iki el bileği, el eklemleri ve sağ dizinde ağrı ile şişlik, her iki dirsek, ayak bilekleri ve sol dizinde ağrı, yaklaşık 1 saat süren sabah tutukluğu şikayetleri ile

polikliniğimize başvurdu. Hastadan alınan öyküde yaklaşık on yıl öncesinde el bileği ve dizlerinde ağrılarının başladığı, şikayetlerinin zaman içinde arttığı ve başvurduğu doktorlar tarafından verilen ağrı kesiciler ile zaman zaman rahatlama olduğu öğrenildi. Hasta son iki yıl içinde eklem ağrılarının giderek arttığını, günlük işlerini yapamadığını, hareketlerinin kısıtlandığını, ayrıca son 4 yıldır kalça ve belinde de ağrı ve tutukluk olduğunu ifade ediyordu. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı.

Hastanın vital bulguları sabit, sistemik muayenesi normaldi. Kas-iskelet sistemi muayenesinde her iki dirsekte ağrı ve bilateral el bileklerinde şişlik mevcuttu. 1. ve 2. de daha belirgin olmak üzere tüm MKF ve bilateral 2-5. PIF eklemlerinde şişlik, ısı artışı, hareket kısıtlılığı, presyonla hassasiyet bulundu. Sağ dizde ağrı, presyonla yaygın hassasiyet, ısı artışı, sol dizde ve her iki ayak bileğinde de ağrı saptandı. Sağ elde ulnar deviasyon, her iki elde interosseöz kaslarda atrofi, tepe vadi görünümü, bilateral başparmaklarda Z deformitesi ve bilateral 3. parmaklarda kuğu boynu ile sol el 5. parmakta düğme iliği deformitesi bulundu (Şekil 1 ve 2).

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Yalkın Çalık, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konuralp, Düzce, Türkiye  
Tel: +90 380 541 41 07 E-posta: ycl04@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** Ekim/October 2007 **Kabul Tarihi/Accepted:** Şubat/February 2008

© Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / © Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, Published by Galenos Publishing. All rights reserved.

Hastanın servikal ve lomber omurga hareketleri her yöne açık, düz bacak kaldırma testi: 80°/80°, Laseque negatif, motor ve duyu muayenesi normal, Faber testi bilateral pozitif, Modifiye Schober 22 cm, duvar-oksiptut ve göğüs-çene mesafesi 0 cm bulundu. Göğüs ekspansiyonu 6 cm, Mennel ve Gaenslen testleri pozitif, el-veyr mesafesi 11 cm, her iki kalça eklem muayenesi normaldi.

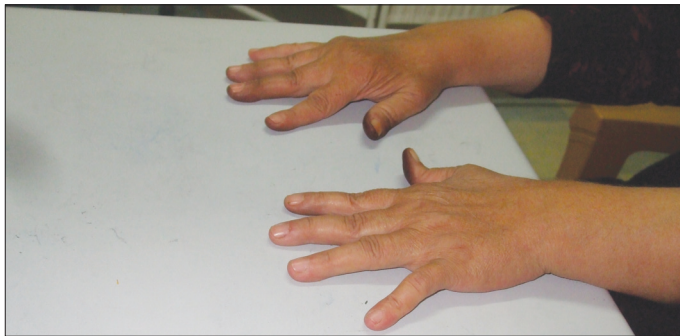
Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 62 mm/h, C-reaktif protein (CRP) 8,75 mg/l (N 0-0,5 mg/l), romatoid faktör (RF) 105 İU/ml (N 0-14İU/ml), anti nükleer antikor (ANA) pozitif, HLA-B27, brusella aglutinasyonu ve HBsAg negatifti. Hemogramda normokrom normositer anemi bulundu. (Hb 10,2 gr/dl, Htc 33,5, KK 4,45 x 10<sup>6</sup>/ml, MCV 80) Açlık kan şekeri, ferritin, tam idrar tetkiki, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. İdrar ve boğaz kültürleri negatifti.

Hastanın çekilen 2 yönlü el-el bileği direk radyografi incelemelerinde bilateral tüm MKF ve PİF eklemlerde eklem aralığında daralma, erozyon ve tüm el ve el bileği eklemlerinde periartriküler osteoporoz izlendi. Hastanın çekilen 2 yönlü servikal, torakal, lomber grafilerinde servikal ve lomber bölgede dejeneratif değişiklikler bulundu. Koks-femoral eklem grafisi normaldi. Ön-arka SİE grafisinde sol eklemde kapanma ve skleroz, sağ eklemde ise eklem aralığında daralma ve skleroz artışı görüldü (Şekil 3). Bilgisayarlı SİE tomografisinde sol SİE'de evre IV, sağ SİE'de ise evre III sakroileit saptandı (Şekil 4).

Hastaya 1987 ACR kriterlerine (4) göre RA tanısı kondu. Hastada bulunan sakroileitin diğer sakroileit yapan nedenlerle ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra RA'ya bağlı eklem bulgusu olduğu saptandı.



Şekil 1. Bilateral bütun MKF ve PİF'lerde şişlik, interosseöz kaslarda atrofi, Sağ elde ulnar deformite.

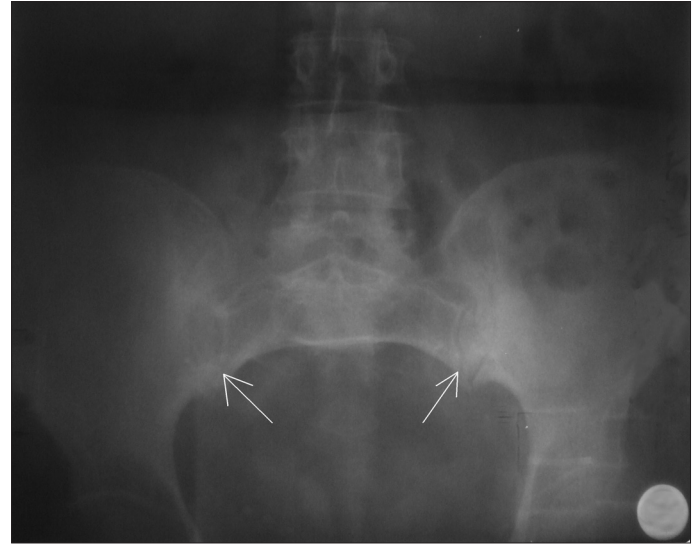


Şekil 2. Bilateral 3. parmaklarda kuğu boynu, sol el 5. parmakta düğme iliği deformitesi ve tepe-vadi görünümü.

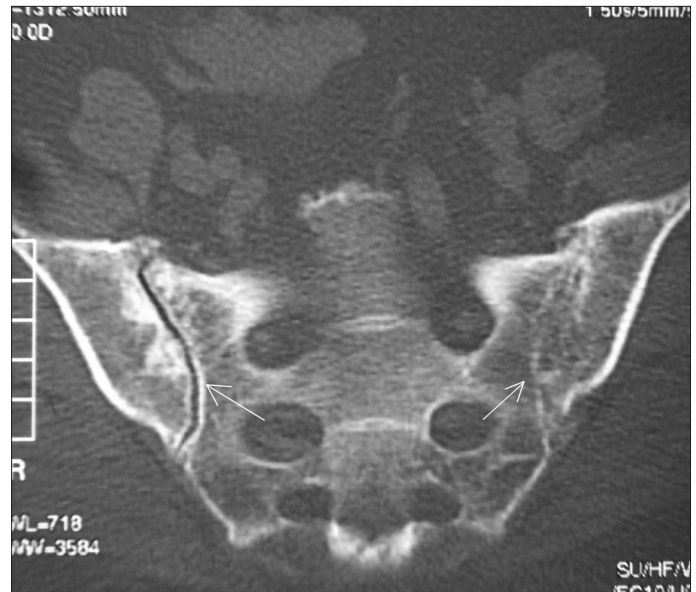
## Tartışma

RA tanısı koyduğumuz hastada var olan sakroileit için, seronegatif spondiloartritler (SpA), brusella artriti, Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) ve Behçet artriti ile ayırıcı tanı yaptık.

RA sakatlığa yol açabilen, hayat kalitesini azaltan ağrılı, kronik, sistemik, enflamatuvar bir hastalıktır. Bu hastalık kadınlarda erkeklere göre 3/1 oranında daha sık olarak görülmektedir. Hastaların %80'i 35-50 yaşlar arasında yer almaktadır. Ancak tüm yaşlarda görülebilir. Hastalık vakaların %75'inde sinsi olarak başlar. Haftalar ve aylar sonrasında eklemde şişlik, ağrı ve sabah tutukluğu oluşur (1). Hastalık tüm eklemleri tutabilmekle birlikte ilk olarak el bileği, MKF, PİF, MTF eklemlerde başlar. Büyük eklemler genelde küçük eklemlerin tutulmasından sonra semptomatik hale gelir (5). Omurgada özellikle C1-C2 eklem tutulumu görülebilir (6,7). SİE tutulumu nadirdir (3). Olgumuzda, klinik olarak periferik eklem tutulumunun ön planda olduğu si-



Şekil 3. AP SİE radyografisinde sol sakroiliak eklemde kapanma ve skleroz artışı, sağ sakroiliak eklemde daralma.



Şekil 4. Sakroiliak eklem BT'de solda evre IV ve sağda evre III sakroileit görünümü.

metrik poliartrit olması, deformitelerin bulunması, yaşı, RF, ANA pozitifliği ile tutulan eklemlerin radyolojik özellikleri bizim RA tanımını desteklemektedir.

Sakroileit, SpA'lerin en önemli bulgusudur. SpA'lar vertebra, periferik eklem ve eklem çevresi dokuların enflamasyonu ile karakterize bir hastalık grubudur. Bu grup hastalıklar benzer klinik görüntü vermektedir. Bu grupta olan hastalıklar içinde en önemlileri ankilozan spondilit (AS), reaktif artrit, enteropatik artritler ve psoriatik artrit (8).

Bizim olgumuzda hasta yaşının ileri olması, bel ve kalça ağrısının 52 yaşında başlaması, entesopati olmaması, RF, ANA pozitifliği, HLA-B27 negatifliği, aile öyküsünün, cilt, mukoza ve göz lezyonlarının olmaması bizi SpA tanısından uzaklaştırdı. SpA'lar da periferik eklem tutulumunun özellikle alt ekstremitelerde asimetrik oligoartiküler olmasına karşın olgumuzda hem üst hem de alt ekstremitelerde simetrik poliartrit şeklinde olması ayrıca kalça ve omurga tutulumunun olmaması RA tanımını desteklemektedir.

Hastadan alınan kültürler ile brusella aglütinasyonun negatif olması (9) klinik olarak brusella artritinden uzaklaştırdı. Yılda 3'ten fazla oral aftın olmaması, genital ülserasyonların yokluğu ve hastada göz bulgusu olmaması (10) Behçet artritini ekarte ettirmiştir. AAA tekrarlayan ve kendini sınırlayan ateş, göğüs, karın, eklem ağrısı atakları ile karakterize genetik geçişli, polisistemik bir hastalıktır (11). AAA'li olguların bir kısmında sakroileit ve özellikle kalça tutulumu ile birlikte spondiloartrit gelişebilir (12). Langevitz ve ark. (12) Sefardik Yahudilerden 3000 AAA'li hastada SpA ile ilişki araştırmışlar; kronik artrit, enflamatuvar boyun veya bel ağrısı ve sakroileiti olan 11 hasta SpA olarak değerlendirilmiş ve sıklığı %0,4 olarak bildirilmiştir. Olgumuzda ise AAA' ya ait klinik ve sistemik muayene bulgularının olmaması bizi AAA tanısından uzaklaştırdı.

RA ile SpA'lar arasında ayırıcı tanıda zorluk çekilmemesine karşın hastada hem sakroileitin hem de RA'nın olması ilk önce RA ile SpA'ların beraberliğini düşündürmektedir. Alexander ve ark. (13) yaptığı 10 serilik olgu çalışmasında AS ile RA'nın birlikteliğini değerlendirmişler, olguların çoğunda AS zemininde gelişen RA olduğunu tespit etmişlerdir. Biz ise AS ve RA'nın birlikteliğinin aksine, sakroileitin olgumuzda tek başına RA'nın atipik bir eklem tutulumu olduğunu tespit ettik.

RA'nın eklem tutulumunda değişken klinik özellik gösteren sistemik bir hastalık olduğu, nadir de olsa SİE tutulumu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Harris ED Jr. Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, editors. Textbook of rheumatology. Philadelphia: WB. Saunders; 2001. p.967-1000.
2. Wollheim FA. Rheumatoid Arthritis-the Clinical Picture In: Maddison PJ, Isenberg DA, Woo P, Glass DN, editors. Oxford textbook of rheumatology. Second Ed. Oxford University Press: Newyork; 1998. p.1004-34.
3. Klippel HJ, Dieppe AP. Clinical features of early progressive on late disease. Textbook of rheumatology. Mosby press: Philadelphia; 1998. p.53-9.
4. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1988;31:315-24.
5. Fleming A, Benn RT, Gabett M, et al. Early Rheumatoid disease, II. Patterns of joint involvement. Ann Rheum Dis 1976;35:361-4.
6. Westmark KD, Weissman BNW. Complications of axial arthropathies. Orthop Clin North Am 1990;21:423-5.
7. Akman MN, Dinçer G. Romatoid artritte kranio-servikal bölgesinin tutulumu. Romatol Tıp Rehab 1991;21:423-5.
8. Koehler L, Kuipers JG, Zeidler H. Managing seronegative spondyloarthritis. Rheumatology 2000;39:360-8.
9. Diaz R, Moriyon I. Laboratory techniques in the diagnosis of brucellosis. In: Young EJ, Corbel MJ. editors. Brucellosis: Clinical and laboratory aspects. Boca Raton, CRC press; 1989. p.73-83.
10. International Study Group for Behcet's disease. Criteria for diagnosis of Behcet's disease. Lancet 1990;335:1078-80
11. Gilgil E, Arman MY. Ailesel Akdeniz Ateşi. In: Göksoy T. editör. Romatizmal hastalıkların tanı ve tedavisi. Antalya: Yüce Yayınları 2002;59:711-9
12. Langevitz P, Livneh A, Zemer D, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS et al. Seronegative spondyloarthropathy in familial Mediterranean fever. Semin Arthritis Rheum 1997;27:67-72.
13. Alexander EL, Bias WB, Arnett FC. Coexistence of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis-report of 10 cases. J Rheumatol Suppl 1977;3:70-3.