

## Atipik Periferik Eklem Tutulumlu Bir Ankilozan Spondilit Olgusu An Ankylosing Spondylitis Case with Atypical Peripheral Joint Involvement

Berrin GÜNDÜZ, Belgin ERHAN, Salih BARAN, Muzaffer TOKLU

Sağlık Bakanlığı 70. Yıl İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. FTR Kliniği, İstanbul, Türkiye

### Özet

Ankilozan spondilit ve romatoid artrit klinik görünümünün farklılıkları nedeni ile aynı hastada ayırıcı tanıda sıklıkla birlikte akla gelmezler, bu iki hastalığın birlikte görülmesi de nadirdir. Ankilozan spondilit özellikle kadınlarda daha farklı klinik özellikler ile ortaya çıkabilmekte ve periferik eklem tutulumu daha sık görülebilmektedir. Bu makalede periferik simetrik eklem tutulumu ile beraber sakroiliak eklem ve omurga tutulumu olan bir kadın olgu değerlendirilerek ayırıcı tanı yapıldı. Sık olmasa da bu iki hastalığın ayırıcı tanıda yer alabileceği veya birbirine eşlik edebileceği ve ayırıcı tanının zorlaşabileceği vurgulanmak istendi.

*Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52:188-90*

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, atipik periferik tutulum

### Summary

Due to their different clinical characteristics ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis are not involved in the differential diagnosis of the same patient; they are rarely seen together. Ankylosing spondylitis can present with different clinical features and peripheral joint involvement in women. In this report we present a patient with sacroiliac and vertebral involvement with symmetric peripheral joint involvement. We want to emphasize that in some rare cases the differential diagnosis of ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis can be difficult or they can be seen together. *Turk J Phys Med Rehab 2006;52:188-90*

**Key Words:** Ankylosing spondylitis, atypical peripheral involvement

### Giriş

Omurga ve sakroiliak tutulumun ön planda olduğu seronegatif spondilartropatilerden ankilozan spondilit (AS) ile periferik eklemlerin kronik sinoviti ile karakterize romatoid artrit (RA) birlikte görülmesi nadirdir. Omurga ve sakroiliak eklemlerin tutulumu ile birlikte görülen simetrik periferik artritlerde ayırıcı tanıda sakroiliak eklemleri tutan RA veya periferik eklem tutulumu yapan AS de değerlendirilmelidir (1). Bu yazıda omurga ve simetrik periferik eklem tutulumunu bir arada gösteren bir olguyu irdeleyerek ayırıcı tanı yapmayı amaçladık.

### Olgu

Kırk sekiz yaşında bayan hasta her iki el, el bilek eklemlerinde ağrı ve şişlik, sol ayak bileğinde ağrı ve şişlik, boyun, bel ve kalçalarda hareket kısıtlılığı, yürüme güçlüğü yakınmaları ile po-

likliniğimize müracaat etti. Hastanın öyküsünde 21 yıldır çeşitli merkezlerde AS tanısı ile takip edildiği, uzun süredir boyun ve belde kısıtlılığı olduğu, 5 yıldır kalçalarda ağrı ve kısıtlılık nedeni ile yürümesinin güçleştiği ve çift kanediyen yardımı ile yürüdüğü öğrenildi. Medikal tedavi olarak 10 yıldır sulfasalazin ve indometazin kullanmakta olan hasta 2 ay önce her 2 el bileği ve el parmaklarında şişlik ve ağrı, sol ayak bileğinde şişlik ve ağrının başladığını, oldukça şiddetli olan bu yakınmaları nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiğini, yürüyemediğini ifade etmekte idi. Israrla sorgulanmasına rağmen hastanın yakınmalarının çocukluk döneminde başlamadığı ve el ve ayaklarda ilk kez etkilene olduğu öğrenildi.

Özgeçmişinde 5 yıl önce geçirilmiş periferik tip fasiyal paralizi dışında bir özelliği olmayan hastanın soygeçmiş sorgulandığında 25 yaşındaki oğlunun 10 yıldır juvenil romatoid artrit tanısı ile tedavi gördüğü öğrenildi.

Oğlunun fizik muayenesinde vital bulguları normal sınırlarda,

sistemik muayenesinde her iki akciğerde ince raller dışında bulgu yoktu. Lokomotor sistem değerlendirmesinde dorsal kifoskoloz mevcut, bel öne fleksiyonda duruyor; alt ekstremitelerde bilateral kalça ve dizlerde fleksiyon kontraktürü mevcut, kalça hareketleri her yöne ileri derecede kısıtlı, diz fleksiyonları 80°-90° de kısıtlı idi. Sol ayak lateral malleol altında şişlik, ısı artışı ve hassasiyet saptandı. Lomber ve servikal omurga hareketleri tüm yönlere ileri derece kısıtlı, el-yer mesafesi 33 cm, modifiye Schober testi 1 cm, occiput-duvar mesafesi 13 cm, göğüs ekspansiyonu 2 cm olarak değerlendirildi (Resim 1). Üst ekstremitelerde her iki el bileği ve 2-3. metakarpofalangeal eklemlerde şişlik, basınla hassasiyet, ısı artışı, bilateral 2 ve 3. de daha belirgin olmak üzere tüm metakarpofalangeal eklemler (MKFE) ve proksimal interfalangeal eklemlerde (PİFE) şişlik ve hassasiyet, interosseöz kaslarda atrofi saptandı (Resim 2).

Hastanın laboratuvar tetkiklerinde anemi saptandı (Hb 10,1 g/dl, Htc %32). Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 119 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 4,92 mg/dl, romatoid faktör (RF) negatif, açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal olarak değerlendirildi.

Hastanın radyolojik tetkiklerinde bilateral sakroiliak eklemlerde evre 4 sakroileit, bilateral koksofemoral eklemlerde ileri derecede simetrik daralma, lomber ve dorsal vertebralarda ka-

releşme, anterior ve posterior longitudinal ligaman kalsifikasyonu, sindesmofitler ve kemik yapılarında yaygın osteopeni saptandı. Ayak grafisinde eklem aralıklarında daralma, el grafisinde karpal ve metakarpal eklemlerde daralma, her iki ulna stiloidinde eroziv değişiklikler mevcuttu (Resim 3).

Hastanın fonksiyonel değerlendirmesi Steinbrocker Fonksiyonel İndeksine göre evre 3 olarak değerlendirildi.

Hasta AS'ye eşlik eden RA ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacı ile kliniğe yatırıldı.

Doku tiplendirmesi HLA B27 (+) saptanan, omurga tutulumu belirgin olan, özellikle ellerde ulna stiloid çıkıntısı ve MKFE ve PİFE tutulumu ile RA'ya benzerlik gösteren hastaya RF negatifliği de değerlendirilerek atipik periferik eklem tutulumlu AS tanısı kondu. Medikal tedavisine methotreksat 10 mg/hafta, folik asit 1 mg/gün, osteoporoz nedeni ile risedronat, kalsiyum ve D vitamini eklendi.

Hastanın sırt ve beline TENS, hidroterapi, su içi egzersizler, eklem hareket açıklığı ve germe egzersizleri yanında solunum egzersizleri verildi. Yakınmaları kısmen gerileyen, laboratuvar parametrelerinde düzelme (ESH: 59 mm/saat, CRP: 2,1 mg/dl) saptanan ve kalça artroplastisini kabul etmeyen hasta kontrolle- re gelmek üzere taburcu edildi.

Üç ila 6 aylık aralarla 2 yıldır poliklinik kontrolü ile takip edilmekte olan hastada taburcu olduktan sonra el ve ayaklarda belirgin artrit bulgusu tespit edilmedi. Hasta halen çift ön kol destekli baston ile öne fleksiyonda yürüyor. Her iki kalçada 45° fleksiyon kontraktürü mevcut, kalça ve diz hareketleri tüm yönlerde ileri derecede kısıtlı olup, el ve ayak eklemlerinde belirgin ağrı ve şişlik gelişmedi.

## Tartışma

AS öncelikle sakroiliak eklemleri ve omurgayı tutan, kronik simetrik bir romatizmal hastalıktır. Omuz ve kalça dışında periferik eklem tutulumu nadirdir. Görüldüğünde ise genellikle hafif ve geçicidir, çoğu hastada eklem deformitesi yapmadan düzelir (2). AS'de elde radyolojik değişikliklerin oldukça nadir görüldüğü, olduğunda ise minimal kemik tamiri ile birlikte olan küçük erozyonların kısa zamanda kemik ankilozu ile sonuçlandığı bildirilmektedir (3).



Resim 1. Hasta belden ante fleksiyon, diz ve kalçalarda fleksiyon postüründe.

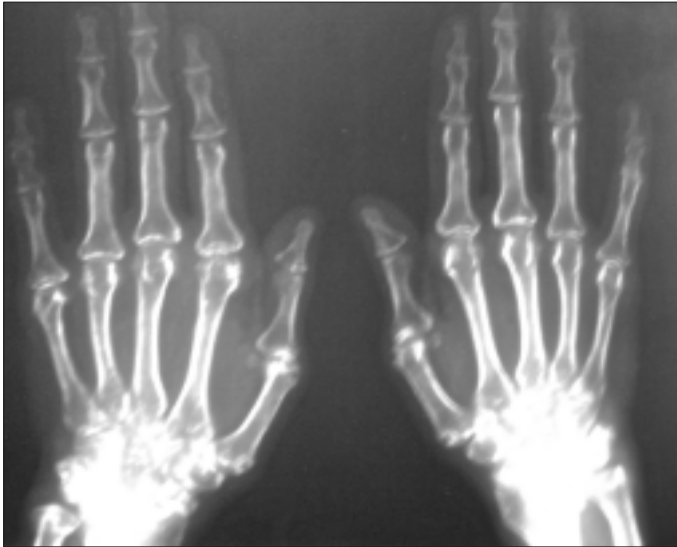


Resim 2. Her iki el metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemlerde belirgin şişlik.

Fakat AS kadınlarda daha farklı klinik özelliklerle ortaya çıkabilmekte ve periferik eklem tutulumu daha sık görülmektedir (4). Ayrıca RA'da görülenden daha silik olmakla birlikte AS'de de ulna stiloidi, MKFE, proksimal ve distal interfalangeal eklemlerde periartiküler şişlik, jukstaartiküler osteoporoz, eklem aralığında daralma ve erozyon görülebildiği bildirilmektedir (5). Biz de olgumuzun periferik eklem tutulumlarını AS'nin atipik bir tutulumu olarak değerlendirdik. Periferik eklem tutulumunun özellikle gelişen ülkelerde daha sık görüldüğünün bildirilmesi de tanımı desteklemektedir (2).

RA ise periferik eklemleri kronik, progresif ve simetrik olarak tutan, sistemik tutulumu da olan bir romatizmal hastalıktır. Omurga tutulumu servikal bölgede görülür, sakroiliak eklem tutulumu nadirdir (6). Olgumuzda özellikle el eklemlerinde simetrik artrit ve RA'yı destekler radyolojik bulguların olması (özellikle ulna stiloidinde erozyon) AS'nin periferik eklem tutulumu yanında RA tanısını da akla getirmekteydi. Fakat olgumuzda omurga tutulumunun oldukça erken yaşta başlamış ve tüm omurgayı etkilemiş olması, ayrıca sakroiliak eklemlerdeki tutulum, RF negatifliği, subkutan nodüllerin olmaması bizi RA tanısından uzaklaştırdı.

RA ve AS'nin birlikte görüldüğü de bildirilmiştir (7-11). HLA ile ilişkili olan bu iki hastalığın çok sık olmasa da birlikte görülebileceği bildirilmekte ve bazen bunun gözden kaçtığı da düşünülmektedir (1,11). Hasta polikliniğimize periferik simetrik eklem artirtileri ile ilk başvurusunda, ayırıcı tanıları içinde AS'ye eşlik eden,



Resim 3. Karpal, karpometakarpal eklemler ve ulna stiloidlerinde belirgin düzensizlik ve erozyon, metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemlerde yumuşak doku şişliği.

yeni ortaya çıkmış bir RA hastası olabileceği de düşünülmüştür. Hastanın periferik tutulumlu AS tanısı ile taburcu edildikten sonraki takip dönemlerinde de periferik küçük eklem bulgularının devam etmemesi ve tekrarlamaması bizi AS'ye eşlik eden RA tanısından da uzaklaştırdı.

Olgunun tanısının doğru konması hekimi görülebilecek diğer eklem tutulumları (örneğin RA'lı bir hastada temporomandibuler eklem, vb) ve eklem dışı komplikasyonlar konusunda bilinçlendirilecek ve hastanın fonksiyonel durumu konusunda yol gösterici olacaktır.

Olgumuzun el eklemlerindeki etkilenme ileriki dönemde el fonksiyonlarını etkilememiştir. Yine de özellikle AS'nin bayan hastalarda periferik eklem tutulumu yapabileceği, bu bulguların kişinin fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini etkileyebileceği göz önüne alınmalıdır. Bu bulguların erken dönemde saptanması medikal tedavi ve rehabilitasyonun planlanmasında faydalı olacaktır.

Romatoid artrit ve ankilozan spondilit ayırıcı tanıda çok zorluk çekilmeyen iki romatolojik hastalık olsa da ender vakalarda ayırıcı tanıda zorluk çekilebileceği veya her iki hastalığın bir arada olabileceği unutulmamalıdır.

## Kaynaklar

1. Scherak O, Seidl G, Kolarz G. Case report of a patient with coexistent rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Acta Med Austriaca* 1979;6:94-9 (abstract).
2. Khan AM. Clinical features of ankylosing spondylitis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt MH, editors. *Rheumatology* 3rd ed. Edinburg: Mosby; 2003: p. 1161-81.
3. Salonen DC, Brower AC. Seronegative spondylarthropathies: imaging. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt MH, editors. *Rheumatology* 3rd ed. Edinburg: Mosby; 2003. p. 1193-203.
4. Kabasakal Y. Spondilartiritler. In: Gümüşdiş G, Doğanavşargil E, editors. *Klinik Romatoloji*. İstanbul: Deniz Matbaası; 1999. p. 441-65.
5. Resnick D, Niwayama G. Ankylosing Spondylitis. In: Resnick D, editor. *Bone and Joint Imaging*. Philadelphia, W. B. Saunders Company; 1992. p. 299-319.
6. Dilşen N. Romatoid Artrit. In: Karaaslan Y, editor. *Klinik Romatoloji*. İstanbul: Medikographics; 1996. p. 86-112.
7. Martinez-Cordero E, Lopez-Zepeda J, Fonseca MC. Rheumatoid arthritis associated with ankylosing spondylitis defined by scintigraphic and CT abnormalities. *Clin Rheumatol* 1992;11:574-7.
8. Fallet GH, Mason M, Berry H, Mowat AG, Boussina I, Gerster J. Rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis occurring together. *Br Med J* 1976;3:1:804-7.
9. Luthra HS, Ferguson RH, Conn DL. Coexistence of ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1976;19:111-4.
10. Alexander EL, Bias WB, Arnett FC. Coexistence of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis-report of 10 cases. *J Rheumatol Suppl* 1977;3:70-3.
11. Fallet GH, Barns CG, Berry H, Mowat AG, Roux H, Villiaume J. Coexisting rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 1987;14:1135-8.