

Akut Periferik Artrit ile Başvuran Ankilozan Spondilit Tanılı Hastada Ayırıcı Tanının Önemi

The Importance of Differential Diagnosis in Patients with Ankylosing Spondylitis Presenting with Acute Peripheral Arthritis

Nurdan YILMAZ^a

^aFiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Tokat, TÜRKİYE

Received: 26.03.2019

Received in revised form: 13.06.2019

Accepted: 13.06.2019

Available online: 21.06.2019

Correspondence:

Nurdan YILMAZ
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,
Tokat,
TÜRKİYE/TURKEY
nurdanyilmazdr@hotmail.com

ÖZET Gut ve ankilozan spondilit sık gözlenen romatolojik hastalıklardır. Ayrıca gut hastalığının skleroderma, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus ve ankilozan spondilit gibi romatolojik hastalıklara eşlik edebildiği bilinmektedir. Ancak ankilozan spondilit ve gut birlikteliğine dair literatürde az sayıda olgu rapor edilmiştir. Ankilozan spondilit tanısı ile takipli 52 yaşındaki kadın hasta sol ayak 1. metatarsofalangeal ekleminde ağrı, şişlik ve kızarıklık yakınması ile başvurdu. Hastanın klinik, radyolojik ve laboratuvar değerlendirmeleri sonucunda ankilozan spondilit ve gut artiriti birlikteliği tanısı konularak düzenlenen medikal tedaviyle yakınmaları geriledi. Bu olgu sunumunda ankilozan spondilit tanılı bir hastada periferik artrit sebebi olarak gut hastalığının da ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit; gut; birliktelik; periferik artrit

ABSTRACT Gout and ankylosing spondylitis are common rheumatic diseases. It is also known that gout may accompany rheumatic diseases such as scleroderma, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and ankylosing spondylitis. However, few cases have been reported in the literature regarding the coexistence of ankylosing spondylitis and gouty arthritis. A 52-year-old female patient with ankylosing spondylitis applied to our outpatient clinic with complaints of pain, swelling and redness in the first metatarsophalangeal joint. After clinical, radiological and laboratory evaluations of the patient; she was diagnosed with coexisting ankylosing spondylitis and gouty arthritis. Complaints of the patient regressed with proper medical treatment. In this case report, it is emphasized that gout should be kept in mind in the differential diagnosis of peripheral arthritis in patients with ankylosing spondylitis.

Keywords: Ankylosing spondylitis; gout; coexisting; peripheral arthritis

Batı toplumlarında ankilozan spondilit (AS) prevalansı %0.2 ile %1.0 arasında bildirilmiştir. AS tipik olarak üçüncü dekatın erken dönemlerinde başlamaktadır. Erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat daha sık görülmektedir. Hatta son çalışmalarda iki cinsiyet arasında hastalık sıklığı açısından önemli bir fark olmadığı bildirilmektedir.¹

Gut hastalığı ise daha çok orta yaşta erkeklerde görülen, insidansı son yıllarda artarak %3'e ulaşmış bir klinik durumdur. En az 10 yıl kadar asemptomatik hiperürisemi sonrası erkeklerde 4-5. dekatta, kadınlarda ise 6-7. dekatta pik yapar.^{2,3}

Gut hastalığı skleroderma, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus gibi farklı romatolojik hastalıklarla birlikte de görülebilmektedir.⁴⁻⁷ Literatür gözden geçirildiğinde AS ve gut birlikteliğine dair az sayıda yayın var-

dır.⁸⁻¹⁰ Burada AS tanısı ile uzun süredir takip edilen; akut periferik artritle başvurarak eşlik eden gut artriti tanısı alan bir olgu sunuldu. Bu olguyu sunarak; bilinen farklı bir romatolojik hastalığı olsa bile akut periferik artritle başvuran hastalarda gut artriti tanısının akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamak amaçlandı.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 15 yıldır AS tanısı ile takip edilmekte olan 52 yaşındaki kadın hasta, sol ayak 1. metatarsofalangeal (MTF) ekleminde gece uykudan uyandıracak kadar şiddetli ağrı, şişlik ve kızarıklık yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol ayak 1. MTF ekleminde artrit saptandı. Hastanın sakroiliak eklem için yapılan FABERE, Gaenslen, sakroiliak kompresyon ve distraksiyon testleri ağrılı idi. Lomber ve servikal bölgede eklem hareket açıklıkları kısıtlı idi. Göğüs ekspansiyonu 3 cm; Schober'i ise 4,5 cm olarak ölçüldü. Sakroiliak eklem ve omurgada radyolojik olarak AS ile uyumlu lezyonlar saptandı. Ayağı için yapılan görüntülemelerde herhangi bir patoloji saptanmadı (Resim 1). Hastanın daha öncesinde periferik eklem tutulumu, üveit veya travma öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişinde AS için konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıtı nedeniyle etanercept ve adalimumab kullanım öyküsü vardı. Hastada en son 6 ay önce tedaviye yetersiz yanıt nedeniyle sertolizumab pegol 50 mg/ay tedavisine geçilmişti. Beraberinde sulfasalazin (SSZ) 2 gr/gün tedavisine ek olarak aralıklı nonsteroidal antiinflatuar ilaç kullanımı vardı. Hastanın yapılan tetkiklerinde sedimentasyon: 45 mm/h, C-reaktif protein: 12 mg/l, ürik asit: 9,6 mg/dl ve kreatinin: 1,4 mg/dl olarak tespit edildi. Hastanın bilinen diabetes mellitus tip 2 ve hipertansiyon tanıları mevcut idi. 1. MTF küçük bir eklem olduğu için sinovyal sıvı aspirasyonu yapılamadı. Bu haliyle hastada klinik olarak AS ve akut gut artriti tanıları düşünüldü. Kreatinin yüksekliği saptanan hastadan dahiliye konsultasyonu istendi. Renal ultrasonografi ve 24 saatlik idrar ve kan tetkik sonuçlarına göre evre 1 kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı alan hastaya dahiliyenin de görüşü alınarak; mevcut teda-



RESİM 1: Hastanın ayak grafisi.

visine ek olarak prednizolon 5 mg/gün ve kolşisin 1,5 mg/gün tedavisi başlandı. Sonrasında yakınmaları gerileyen hasta 1 mg/gün kolşisin profilaksisi; KBY ve diğer ek hastalıkları yönüyle dahiliye poliklinik kontrolleri ile takip edilmektedir. Hasta bilgilendirilmiş olup; sözlü ve yazılı aydınlatılmış onamı alınmıştır. Hastanın takiplerinde yeni bir gut atağı gözlenmemiş olup boyun ve sırt ağrıları için hotpack, ultrason ve transkutanöz elektriksel stimülasyondan oluşan bir fizik tedavi programına alınmıştır. Ayrıca hastamıza postür ve germe egzersizlerini içeren bir ev egzersiz programı verilmiştir.

Hastadan sözlü ve yazılı aydınlatılmış onamı alındı.

TARTIŞMA

AS özellikle genç hastalarda omurga ve sakroiliak eklem tutulumu ile seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Periferik eklem tutulumu ve ekstraartiküler bulgular da gözlenebilir.¹¹ AS için genetik yatkınlık da söz konusudur. Gut, hiperürisemi, tekrarlayan artrit atakları ve eklem içinde ve çevre dokuda monosodyum urat kristallerinin depolanması ile karakterize bir hastalıktır.¹² Gut, erkeklerde daha sık gözlenir; primer gutlu hastaların %90'ını erkek hastalar oluşturur. Kadınlarda ise genellikle postmenopozal dönemde ortaya çıkar.¹² Tipik olarak ilk eklem tutulumu 1. MTF eklemdir. Ayrıca

ayak bileği, diz, dirsek sık tutulan diğer eklemlerdir. Nadiren omurga ve sakroiliak eklem tutulumu da söz konusu olabilir.

Gut ve diğer romatizmal hastalıkların birlikteliği nadirdir; romatoid artrit ve gut birlikteliği ise çok nadir gözlenir.^{4,5} Gutun eşlik edebildiği hastalıklar içinde sistemik lupus eritematozus ve sistemik skleroz yer almaktadır.^{4,6} Ancak insidansa dair kesin bir veri yoktur. AS ve gut birlikteliği literatürde yine nadiren raporlanmıştır.^{8-10,13,14} Bu durum AS ve gut arasında negatif korelasyon olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bir retrospektif çalışmada bilinenin aksine AS ve gut birlikteliğinin daha sık olduğu gözlenmiştir.⁸ Gut ve AS'nin erkeklerde daha sık görülme, genetik yatkınlık, eklem ve entezis tutulumu, nonsteroidal antiinflamatuarlara iyi yanıt gibi bazı ortak özellikleri vardır. Her ikisi de ayak bileği ve tarsal eklemleri tutabilmekle birlikte 1. MTF tutulumu gut için tipiktir; bu bulgu AS'de beklenmez.

Ancak özellikle AS'nin akut artritlerinde veya gutun kronik formunda eklem tutulumlarının birbirinden ayrılması zordur.⁸ Her ne kadar 1. MTF tutulumu ve podogra görünümü gut artriti için tipik olsa da ayırıcı tanıya RA, pseudogut, septik artrit; halluks valgus, halluks rijidus ve osteoartrit gibi diğer inflamatuvar ve dejeneratif eklem hastalıkları girmektedir.¹⁵

Bizim vakamızın postmenopozal bir kadın hasta olması, tek taraflı 1. MTF eklem tutulumu, eşlik eden evre 1 KBY mevcudiyeti, hiperürisemi varlığı, yakınmalarının gece aniden başlaması ve tipik podogra görünümü diğer ön tanılardan uzaklaştırmıştır. Tanıda eklem sıvısında monosodyum ürat kristallerinin gösterilmesi tanısaldır ancak 1.

MTF eklem küçük bir eklem olması yönüyle aspirasyonu zordur.¹⁵ Eklem tutulumunun ani başlangıcı, ağrının şiddeti ve eklem kızarıklık ve şiş olması ön planda gut tanısını düşündürmüştür. Hastamızda erken tanı, kolşisin profilaksisi ve diyet önerileri ile yapılan takiplerinde nüks gözlenmemiştir. Bizim hastamızda eşlik eden hipertansiyon ve evre 1 KBY mevcudiyeti sebebiyle hastamız AS ve sekonder gut tanısı almıştır.

Diüretikler, antitüberküloz ilaçlar ve düşük doz aspirin hiperürisemi ve gut açısından suçlanmaktadır. AS'de özellikle periferik eklem tutulumu için kullanılan SSZ idrarla atılırken 5-asetil salisilik asite dönüşmektedir. Hastamız 2 g/gün SSZ kullanmaktaydı. Bilindiği üzere asetil salisilik asit düşük dozda ürat retansiyonuna bağlı hiperürisemi yaparken yüksek dozlarda (4-5 gr/gün) ürikozüriktir. Hastamızın kullandığı dozda SSZ'in hiperürisemi yapması beklenmemektedir. Ancak SSZ'in ürat ekskresyonu üzerine olan etkileri için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.⁸

Her ne kadar bizim olgumuzda hastanın eklem tutulumu gut için tipik özellik gösterse de gut artritin periferik eklem tutulumlu spondilartropatilerle benzer özellikler gösterebileceğini; özellikle ayak bileği, diz ve dirsek gibi eklem artritlerinde gut tanısının gözden kaçabileceğini ve bunun da hem hastaya hem de sosyal güvenlik kurumuna ilave yükler getirebileceğini vurgulamak istedik. Bu nedenle gut ve AS birlikteliği akut periferik artrit gelen AS hastalarında akılda bulundurulmalıdır. Böylece hastayı doğru tanı ile en uygun şekilde tedavi ederek, hem hastanın yaşam kalitesi arttırılmış hem de gereksiz ileri tedavilerin önüne geçilmiş olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akar S, Önen F. Epidemiology of ankylosing spondylitis. J Int Med Sci. 2007;3:1-12.
2. Wallace KL, Riedel AA, Joseph-Ridge N, et al. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adults in a managed care population. J Rheumatol 2004;3:1582-7.
3. Kutlu O, Ecirli Ş, Gençer V, et al. Tophaceous Chronic Gout: Case Report and Literature Update. Euras J Fam Med 2016;5:49-52.
4. Olaru L, Soong L, Dhillon S, et al. Coexistent rheumatoid arthritis and gout: a case series and review of the literature. Clin Rheumatol. 2017;36:2835-2838.
5. Bajaj S, Fessler BJ, Alarcon GS. Systemic lupus erythematosus and gouty arthritis: an uncommon association. Rheumatology 2004;43:349-52.
6. Madej M, Morgiel E, Luczak A, et al. Coexistence of systemic sclerosis and gout? Hyperuricemia in systemic sclerosis: case report and literature review. Ann Acad Med Stetin. 2012;58:28-32.
7. Ho HH, Lin JL, Wu YJ, et al. Gout in systemic lupus erythematosus and overlap syndrome- a hospital based study. Clin Rheumatol 2003;22:295-8.
8. Ho HH, Yu KH, Chen JY, et al. Coexisting ankylosing spondylitis and gouty arthritis. Clin Rheumatol 2007;26:1655-61.

-
9. Wong DM, Chalmers IM. Coexistent acute gouty arthritis and ankylosing spondylitis. A rare occurrence. J Rheumatol 1994;21:773-4.
 10. Zlnay D, Rovensky J, Bosak V, et al. The coincidence of ankylosing spondylitis and gouty arthritis. J Clin Rheumatol 2004;10:47-50.
 11. Kınıklı G, Spondiloartropatiler, Romatoloji, Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi yayınları;2013,p:252-263.
 12. Turgay M. Kristal Artropatileri, Romatoloji, Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi yayınları;2013,p:282-286.
 13. Duda J, Rovensky J, Tauchmannova H, et al. Coincidence of ankylosing spondylitis, gouty arthritis and chondrocalcinosis articularis. Isr Med Assoc J 2005;7:679.
 14. Yıldız N, Sütbeyaz TS, Köseoğlu F. Coexisting Ankylosing Spondylitis and Gouty Arthritis Turk Fiz Tıp Rehab Derg 2011;57,111-3.
 15. Schlesinger N. Diagnosis of gout: clinical, laboratory, and radiologic findings. Am J Manag Care 2005;11:443-50.

ARTICLE IN PRESS