



Ankilozan spondilit polimiyalji romatika birlikteliği: Olgu sunumu

A case of polymyalgia rheumatica and ankylosing spondylitis coexistence

Ali AYDENİZ, Mazlum Serdar AKALTUN, Ali GÜR, Savaş GÜRSOY

Özet

Ankilozan spondilit omurga ve periferik eklemleri tutan inflamatuvar bir hastalıktır. Polimiyalji romatika başlıca kalça ve omuz kuşağını tutan, ağrı ve sabah tutukluğuna yol açan inflamatuvar durumdur. Polimiyalji romatika klinik olarak birçok hastalığı taklit edebilir ve ayırıcı tanı dikkatle yapılmalıdır. Spondiloartropatiler de polimiyalji semptomları verebilir ancak nadir de olsa bu iki hastalık birlikte görülebilir. Elli dört yaşında erkek hasta ankilozan Spondilit nedeniyle takip ve tedavideyken, son iki aydır kalça ve omuz kuşağında ağrılarda belirgin artma, hareket kısıtlılığı, sabah tutukluğu nedeniyle kliniğimize başvurdu. Olgunun fizik incelemesinde ağrının kalça ve omuz kuşağında belirgin olması, eritrosit sedimentasyon hızındaki artış ankilozan spondilit ve polimiyalji romatika birlikteliğini düşündürdü. Olgunun tedavisine kortikosteroid ekleyerek dramatik yanıt iyileşme sağlanması tanıyı destekledi. Hastanın ağrı ve hareket aralığında belirgin düzelme olması ile izleme alındı. Olgumuz eşliğinde, ileri yaşlarda ankilozan spondilit kliniğine polimiyaljik bulguların eklenebileceğini ve nadir de olsa bu iki hastalığın birlikte gidebileceğini belirttik. Literatür taramamızda iki hastalığın birlikte görüldüğü az sayıda yayın olması dikkate değer gördük. Her iki hastalığın birlikte tanı ve uygun tedavisi ile yaşam kalitesinde artma ve iyileşmenin sağlanacağı kanısındayız.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit; polimiyalji romatika; rehabilitasyon.

Summary

Ankylosing spondylitis is a chronic inflammatory disease that affect spine and the peripheral joints. Polymyalgia rheumatica is an inflammatory disease characterised by aching and prolonged morning stiffness in mainly shoulder and pelvic girdle. Polymyalgia rheumatica may mimic a series of other disease and differential diagnosis is needed for most of the time. A wide group of disease including spondyloarthropathies may present polymyalgia-like symptoms and rarely two disease may exist together. A 54 years old man who had been follow-up for ankylosing spondylitis presented pelvic and shoulder girdle pain, restriction of movement and morning stiffness for two months. Physical examination revealed that the pain is located mostly in shoulder and pelvic girdle and also increased erythrocyte sedimentation rate revealed the co-existence of the two disease. Dramatic improvement by adding corticosteroids to the treatment support the diagnosis. With this case we report that, ankylosing spondylitis may present polymyalgic symptoms and rarely the two disease may exist together in elderly. Description of the two diseases co-existence is rare in literature. The proper diagnosis of the two disease is essential for improvement of the patient and quality of life.

Keywords: Ankylosing spondylitis; polymyalgia rheumatica; rehabilitation.

Giriş

Ankilozan spondilit (AS); başlıca omurga ve periferik eklemleri tutan inflamatuvar bir hastalıktır. Eklem dışı bulgulardan en sık anterior uveit (yaklaşık %25) görülür. Genç erişkin yaşta başlasa da ileri yaşlarda da bulgu verebilir.^[1,2] Polimiyalji romatika (PMR) başlıca omuz ve kalça kuşağında ağrı ve tutuklukla karakterize periartiküler inflamatuvar hastalıktır. Akut faz reaktanlarında yükseklik ve kortikosteroidlere dramatik yanıt patognomoniktir. Ayırıcı tanısı zordur ve klinisyen bu hastalığı taklit eden birçok hastalığı düşünmek zorundadır.^[3,4] Özellikle geç başlangıçlı spondiloartritler polimiyaljik semptomlar gösterebilir.^[5] Periferik eklemlerden omuz ve kalça eklemi tutulduğunda; PMR'ı taklit edebilir, az da olsa birlikte

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Gaziantep University Faculty of Medicine, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 28.01.2016 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 29.09.2016 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 03.01.2017

İletişim (Correspondence): Dr. Mazlum Serdar Akaltun. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 27000 Gaziantep, Turkey.

Tel (Phone): +90 - 0342 - 360 07 53 e-posta (e-mail): mazlum_akaltun@hotmail.com

© 2017 Türk Algoloji Derneği

görülebilir. Bu yazıda AS ve PMR birlikteliğini gösteren bir olguyu irdeledik.

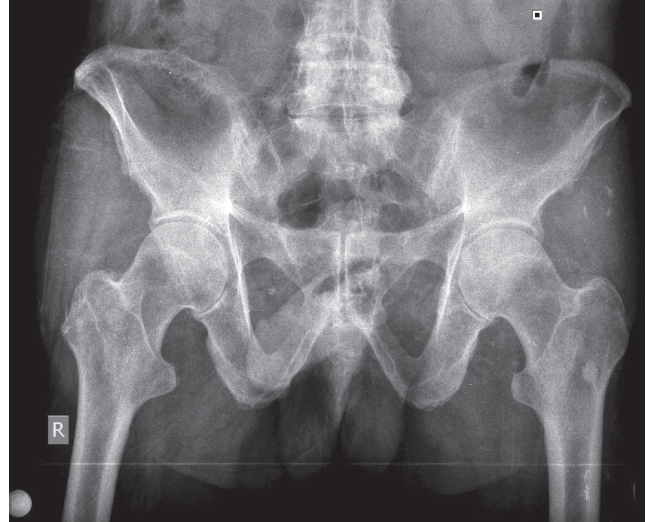
Olgu Sunumu

Ellidört yaşında erkek hasta diz, kalça ve omuzlarda ağrı, hareket kısıtlılığı, yürümede zorluk nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öyküde 16 yıldır ankilozan spondilit tanısı ile takip ve tedavi edilen hastanın son 3-4 yıldır bel hareketlerinde kısıtlanma olmuş, son 2 aydır diz ağrıları artmıştı. Diz ağrıları nedeniyle yürümede güçlük çeken hastanın sabah tutukluğu 30 dakika kadar sürüyormuş. Daha önce 2 kez üveit atağı geçiren hasta en son atağını 2 yıl önce geçirmiş. Son 4 ayda 10 kg kadar kilo kaybı olan hastanın ateşi yok gece terlemesi yok. Polikliniğe başvurduğunda salisilazosulfapiridin tablet (500 mg) 3x2, indometazin kapsül (25 mg) 4x1 kullanıyordu. Hastaya dış merkezde 4 yıl önce etanercept subkutan (25 mg) haftada 2 kez başlanmış hasta tedaviden fayda görünce kendi isteğiyle ilacı kesmiş.

Özgeçmişte DM tip 2 (10 yıl), koroner bypass öyküsü (4 ay önce) vardı. Sistemik bulgusu olmayan hastanın, lökomotor sistem incelemesinde bel fleksiyon postüründe, antajik yürüyüş paterni mevcuttu. Sağ omuz hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı (sırasıyla aktif ve pasif ölçümde; fleksiyon 110°/150°, abduksiyon 120°/150°). Sağda belirgin her iki dizde ağrı (görsel analog ölçeğine göre 8) hassasiyet ve şişlik saptandı. Modifiye Schober testi 6 cm, oksiput-duvar aralığı 14 cm, tragus-duvar aralığı ise 23 cm belirlendi. Olgunun Bath Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAI) skoru; 6,45 Bath ankilozan spondilit metroloji indeksi (BASMI) skoru: 5 bulundu.

Lomber grafide sindezmofitler ve sakroiliak eklemin tama yakın kapalı olduğu görüldü (Şekil 1). Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 94 mm/sa, C-reaktif protein (CRP):87 mg/dL, HLA-B27: + olarak geldi. Beyaz küre: 14000/mm³, Hemoglobin: 10.7 gr/dL, Salmonella, Brucella test sonuçları negatifti. Hastada herhangi bir enfeksiyon odağı bulunmadı. Malignite taraması yapıldı. Yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisi ve kemik sintigrafisi normal geldi. Periferik yayma demir eksikliği ile uyumlu geldi.

Hastanın ağrılarının daha çok omuz ve kalça bölgesinde yoğunlaşması ve ESR ve CRP deki yükseklik ne-



Şekil 1. Olgunun konvansiyonel lomber radyografisi.

deniyle polimyalji romatika öntanısıyla metil prednisolon 16mg/gün başlandı. Kortikosteroid tedavisi sonrası omuz ağrılarında ve ESH'ında belirgin düzelme oldu. Solunum egzersizlerinin yanında, tutulan eklemler başta olmak üzere tüm eklemlere eklem hareket aralığı ve izometrik egzersizler başlandı. Artiritli ekleme soğuk uygulama yapıldı.

Birinci ayın sonunda omuz ağrıları azaldı; BASDAI: 5,4'e geriledi. Olguda ağrıların sürmesi ve BASDAI'deki yükseklik, tedaviye golimumab 50 mg/ay subkutan eklendi. İkinci ayda hastanın BASDAI skoru 2.1'e geriledi ve aktif eklemi yoktu. Hastamızı egzersiz programı önerisi ve koruyucu önlemlerle izleme aldık.

Tartışma

Polimyalji romatika omuz ve boyun kuşağını tutan uzun süren sabah katılığına eşlik ettiği inflamatuvar hastalıktır.^[6] Polimyaljik semptomlar sunan ve birlikte görülebilen oldukça geniş spektrumda hastalıklar vardır. Aktif enfeksiyon, kanser ve dev hücreli arterit sıklıkla, kronik inflamatuvar eklem hastalıkları (RA, spondiloartropatiler, kristal depo hastalıkları vb) ise az da olsa PMR bulgularına eşlik eder.^[6-8] Ayırıcı tanı zordur ve nadirde olsa birlikteliği bildirilmiştir.^[9] Hastalar kortikosteroidde yanıt verebilir. Ancak PMR'nin diğer hastalıklarla birlikte olabileceği unutulmamalı ve diğer hastalığında uygun şekilde tedavi edilmesi sağaltım için gereklidir. Biz de hastamızda eşlik eden spondiloartropati nedeniyle golimumab 50 mg/ay subkutan tedaviye ekledik.

Caporali ve ark.^[10] 116 kalça ve omuz ağrısı olguyu 12

ay boyunca izlemiş ve bu hastaların ilk incelemede 84'ü (%81) PMR tanısı almışken, çalışmanın sonunda bu oran %56'ya kadar gerilemiştir. Sonuçta erken dönemde RA ve PMR ayırt etmenin güçlüğüne vurgu yapmışlardır. Gonzales-Gay ve ark.^[11] polimiyalji semptomları ile kliniğe başvuran 4 hastanın izleminde sistemik lupus eritematozus, infektif endokardit, hematolojik bozukluk ve renal hücreli karsinom geliştiğini belirtmişler ve PMR semptomlarının ileri yaşlarda ne kadar değişken bir spektrumda olabileceğini göstermişlerdir. El Kayam ve ark.^[9] ise PMR-AS birlikteliği olan 5 hastanın hepsinin erkek olduğunu ve 3 hastada hastalığın uzun süre önce başlamasına rağmen PMR tanısını geç aldığını ve 3 hastada HLA-27 pozitifliği saptamışlardır. Olgumuzda da HLA-B27 pozitif idi. Pego-Reigosa ve ark.^[12] ise kalsiyum pirofosfat hastalığının polimiyalji bulguları verdiği ve tibiofemoral osteoartrit, tendinöz kalsifikasyonlar ve ayak bileğinde artrit birlikteliğinde kalsiyum pirofosfat depo hastalığı yönünden araştırılması gerektiğini belirttiler.

Sonuç olarak; ileri yaşlarda geniş spektrumdaki hastalık gruplarında polimiyalji bulgularının birlikte olabileceği, semptomların diğer hastalıkları taklit edebileceği unutulmamalıdır. Hastalar uzun dönemde izlenmeli ve dikkatli ayırıcı tanı yapılmalı; tedavide PMR semptomlarının yanında eşlik eden hastalık da tedavi edilmelidir.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Inmann RD. Spondyloarthropathies. In: Goldman L, Andrew IS. editors. Goldman-Cecil medicine. 25th ed.

Philadelphia, Saunders; 2016. p. 1762–9.

- van der Linden SM, Baeten D, Maksymowych WP. Ankylosing Spondylitis In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. editors. Kelley's textbook of rheumatology, 9th ed. Omaha, Elsevier; 2013. p. 1202–20.
- van Hecke O. Polymyalgia rheumatica -- diagnosis and management. Aust Fam Physician 2011;40(5):303–6.
- Kermani TA, Warrington KJ. Polymyalgia rheumatica. Lancet 2013;381(9860):63–72.
- Hmamouchi I, Bahiri R, Hajjaj-Hassouni N. Clinical and radiological presentations of late-onset spondyloarthritis. ISRN Rheumatol 2011;2011:840475.
- De Bandt M. Current diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatica. Joint Bone Spine 2014;81(3):203–8.
- Olivieri I, D'Angelo S, Padula A, Leccese P, Palazzi C. Spondyloarthritis with onset after age 45. Curr Rheumatol Rep 2013;15(12):374.
- Toussirot E. Late-onset ankylosing spondylitis and spondylarthritis: an update on clinical manifestations, differential diagnosis and pharmacological therapies. Drugs Aging 2010;27(7):523–31.
- Elkayam O, Paran D, Yaron M, Caspi D. Polymyalgia rheumatica in patients with ankylosing spondylitis: a report of 5 cases. Clin Exp Rheumatol 1997;15(4):411–4.
- Caporali R, Montecucco C, Epis O, Bobbio-Pallavicini F, Maio T, Cimmino MA. Presenting features of polymyalgia rheumatica (PMR) and rheumatoid arthritis with PMR-like onset: a prospective study. Ann Rheum Dis 2001;60(11):1021–4.
- González-Gay MA, García-Porrúa C, Salvarani C, Olivieri I, Hunder GG. Polymyalgia manifestations in different conditions mimicking polymyalgia rheumatica. Clin Exp Rheumatol 2000;18(6):755–9.
- Pego-Reigosa JM, Rodriguez-Rodriguez M, Hurtado-Hernandez Z, Gromaz-Martin J, Taboas-Rodriguez D, Millan-Cachinero C, et al. Calcium pyrophosphate deposition disease mimicking polymyalgia rheumatica: a prospective followup study of predictive factors for this condition in patients presenting with polymyalgia symptoms. Arthritis Rheum 2005;53(6):931–8.