

**OLGU SUNUMU / CASE REPORT**

# Ankilozan spondilit polimiyaljiya romatika birlikteliği:

## Olgu sunumu

### *Coexistence of polymyalgia rheumatica with ankylosing spondylitis: A case report*

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

#### Özet

Ankilozan spondilit omurga ve periferik eklemleri tutan inflamatuvar bir hastalıktır. Polimiyaljiya romatika başlıca kalça ve omuz kuşağını tutan, ağrı ve sabah tutukluğuna yol açan inflamatuvar durumdur. Polimiyaljiya 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 polimiyaljiya 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; polimiyaljiya romatika; rehabilitasyon.

#### Summary

Ankylosing spondylitis is a chronic inflammatory disease that affects the spine and peripheral joints. Polymyalgia rheumatica is an inflammatory disease characterized by aching and prolonged morning stiffness mainly in the shoulder and pelvic girdles. Many other diseases may mimic polymyalgia rheumatica, and thus differential diagnosis is predominantly required. A wide variety of diseases, including spondyloarthropathies, may present polymyalgia-like symptoms, and two diseases rarely coexist. We present a case of a 54-year-old man who had been followed-up for ankylosing spondylitis and presented with pain in the shoulder and pelvic girdles, restricted movement, and morning stiffness for 2 months. Physical examination revealed that the pain was located mostly in the shoulder and pelvic girdles. In addition, increased erythrocyte sedimentation rate revealed the coexistence of the two diseases. Corticosteroid treatment dramatically improved the patient's symptoms and supported the diagnosis. This case demonstrated that ankylosing spondylitis may present polymyalgia-like symptoms, and the two diseases may rarely coexist in the elderly. The coexistence of these two diseases has been rarely reported in literature. Accurate diagnosis of the two diseases is essential for improving the patient's symptoms 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.<sup>[1, 2]</sup> 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.<sup>[3, 4]</sup> Özellikle geç başlangıçlı spondiloartritler polimiyaljik semptomlar gösterebilir.<sup>[5]</sup> Periferik eklemlerden omuz ve kalça eklemi tutulduğunda; PMR'ı taklit edebilir, az da olsa birlikte görülebilir. Bu yazıda AS ve PMR birlikteliğini gösteren bir olguyu irdeledik.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Gaziantep

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

Başvuru tarihi (Submitted) 28.01.2016 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 29.09.2016 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 29.01.2018

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

Tel (Phone): +90 542 820 65 63 e-posta (e-mail): mazlum\_akaltun@hotmail.com

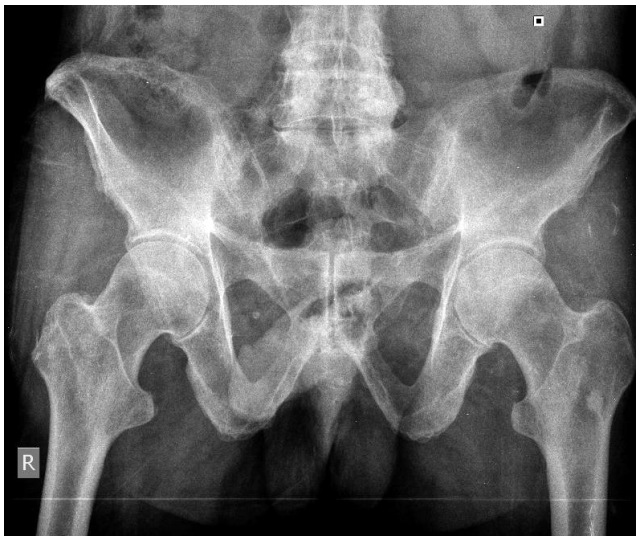
© 2018 Turkish Society of Algology

## Olgu Sunumu

Elli dört 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, antalgik 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). Laboratu-



Şekil 1. Olgunun sakroiliak eklem radyografisi.

ar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 94 mm/sa, C-reaktif protein (CRP):87 mg/dL, HLA-B27: + olarak geldi. Beyaz küre: 14000/mm<sup>3</sup>, 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 nedeniyle polimiyalji 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. Artirli eklem 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

Polimiyalji romatika omuz ve boyun kuşağını tutan uzun süren sabah katılığına eşlik ettiği inflamatuvar hastalıktır.<sup>[6]</sup> Polimiyaljik 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.<sup>[6-8]</sup> Ayırıcı tanı zordur ve nadirde olsa birlikteliği bildirilmiştir.<sup>[9]</sup> 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.<sup>[10]</sup> 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.<sup>[11]</sup> 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. Elkayam ve ark.<sup>[9]</sup> 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.<sup>[12]</sup> ise kalsiyum pirofosfat hastalığının polimyalji 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 polimyalji 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.
2. 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. [CrossRef]
3. van Hecke O. Polymyalgia rheumatica--diagnosis and management. Aust Fam Physician 2011;40:303-6.
4. Kermani TA, Warrington KJ. Polymyalgia rheumatica. Lancet 2013;381:63-72. [CrossRef]
5. Hmamouchi I, Bahiri R, Hajjaj-Hassouni N. Clinical and radiological presentations of late-onset spondyloarthritis. ISRN Rheumatol 2011;2011:840475. [CrossRef]
6. De Bandt M. Current diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatica. Joint Bone Spine 2014;81(3):203–8. [CrossRef]
7. Olivieri I, D'Angelo S, Padula A, Leccese P, Palazzi C. Spondyloarthritis with onset after age 45. Curr Rheumatol Rep 2013;15(12):374. [CrossRef]
8. 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. [CrossRef]
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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. [CrossRef]