

Romatoid Artritte Akciğer Tutulumu

*Doç.Dr.Kemal DİNÇER**
*Yrd.Doç.Dr.Haşim ÇAKIRBAY**
*Yrd.Doç.Dr.Hasan DURSUN**
*Dr.Hasan ŞAHİN**
*Prof. Dr. Oktay ARPACIOĞLU**
*Prof.Dr.Fahri BİLGİÇ**

Romatoid Artrit: Sıklıkla periferik eklemlen simetrik olarak tutan kronik, progressif, enflamatuvar ve etyolojisi bilinmeyen kronik sistemik bir hastalıktır. Romatoid Artrit (RA)'te eklem bulguları dışında sıklıkla görülen komplikasyonlardan en önemlisi akciğer tutulumudur. RA kadınlarda sık görülür, fakat akciğer tutulumu erkeklerde daha fazladır.

1. Effüzyonlu ve effüzyonsuz plörezi
2. Nekrobiyotik (Romatoid) nodüller
3. Kaplan Sendromu
4. Diffüz interstisyel pnömonitis ve fibrozis
5. Pulmoner arteritis

Bunlar içerisinde en önemlisi; Romatoid artritte birlikte bronşiolit tarzında klinik tablonun birlikte gözlenmesidir (1,2).

ROMATOİD ARTRİTTE PLEURAL TUTULUM

Plörezi

RA'li hastalarda yapılan otopsilerin, yarısında pleural değişiklikler (effüzyonlu veya effüzyonsuz) görülürken klinik olarak görülme oranı %5 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda %1-2, erkeklerde %12 oranındadır (6,7). Plörezi; ağır artriti ile birlikte subcutan nodülü olanlarda ve yüksek titrede romatoid faktörü bulunanlarda daha sıktır (6). Eklem hastalığından önce veya simültane olarak kendini gösterir (5). Romatoid pleural effüzyonlar tek taraflı veya bilateraldir (5).

Teşhis: Akut evrede çok fazla miktarda sarı renkte pleural sıvı birikimi görülür. Kronik evrede ise sıvı miktarı az, fakat yeşilimsi veya koyu sarı renktedir. Bazen bu görüntü şilöz effüzyonla karıştırılabilir. Her ikisi de yüksek miktarda kolesterol içermesine rağmen romatoid effüzyonde trigliserid gözlenmez (3).

RA'de pleural sıvı eksüda karakterindedir. Yüksek miktarda protein ve laktik de hidrogenaz (LDH) içerir,

glikoz miktarı ise düşük seviyelerdedir (25 mg/100 ml'den az) (4).

Pleural sıvıda glikoz miktarının düşüklüğü, malignite, tbc ve ampiyeme bağlı effüzyonlarda da görüldüğünden RA için spesifik bir bulgu değildir. Pleural effüzyon nötrofil ve lenfositten zengindir (5).

Romatoid effüzyonların çoğunda RA hücresi tesbit edilebilir. Bu hücreler immün kompleksleri fagosite etmiş sitoplazmik inklüzyon cisimcikleridir (4).

RA'de İnterstisyel Fibrozis ve Enflamasyon

RA'de diffüz interstisyel pulmoner fibrozis görülebilir. Radyolojik çalışmalarda insidansın %1.6-4.5 arasında değiştiği bildirilmiştir. Erkeklerde daha fazladır (6). Pulmoner fonksiyon testleri hastaların %40'ında bozuktur.

Klinik ve radyolojik olarak RA'deki interstisyel akciğer hastalığı, idyopatik pulmoner fibrozise çok benzerdir. Orta derecede veya ilerlemiş hastalıkta klinik olarak dispne, öksürük, çomak parmak, oskültasyonda bazal krepitasyon ve railer duyulabilir (4).

Hastalığın özellikle erken döneminde, akciğer grafisinde bazallerde belirgin interstisyel pnömonitis ve fibrozis tespit edilebilir.

RA'deki interstisyel akciğer tutulumu nadiren ilerlemeye meyillidir. Prognoz bu sebepten kötüdür. 1 yıllık geniş serilerde bu gibi hastalarda ortalama yaşam süresi 3.5 yıldır. Tedavi girişimleri bu süreyi pek etkilemez.

Akciğer grafisinde tipik olarak bilateral bazen asimmetrik retiküler ve retikülonodüler infiltrasyonlar görülür. Petek akciğer gelişebilir (6). Bazı hastalarda diffüz buzlu cam görünümü ve solunum yetmezliği gelişerek fatal sonuçlanabilir (6,7).

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi,
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD, ANKARA

Kortikosteroidle, inototreksata, D-penicillamin, azitioprin ve siklofosamid'e bazen cevap veren vakalar bildirilmekle birlikte bu ilaçlardan herhangi birinin etkinliğini teyid edecek çalışmalar mevcut değildir.

RA'lı hastaların akciğer interstisyel tutulumu tıbbi tedavinin bir komplikasyonu olarak da gelişebilir. Metotreksate tedavisi sırasında pnömonitis gözlenebilir (3).

Larson ve arkadaşları metotreksata bağlı komplikasyonun prevalansının %5.5 olduğunu tesbit etmiştir (3). Metotreksat'ın (MTX) yapmış olduğu akciğer hasarı için iki patern ileri sürülmüştür. Birincisi, Bronşit granülom oluşumu ve interstisyel pnömonitis ile karakterize bir hipersensitivite reaksiyonu, ikincisi diffüz alveolar hasardır.

Bu komplikasyon için tavsiye edilen tedavi, derhal metotreksatın kesilmesi ve yüksek dozda **Steroid** başlanmasıdır (3).

Pulmoner Nekrobiotik Nodüller

Pulmoner nekrobiotik nodüller, genellikle deri altı nodülleri olan ilerlemiş seropozitif RA'lı erkeklerde gözlenir. Akciğer nodüllerinin patolojik özellikleri deri altı nodüllerinkine benzerdir. Genellikle ortada asellüler nekroz zonu, etrafında epitelyal hücreler ve en dışta da lenfosit, plazma hücreleri ve fibroblastlardan oluşan tabaka mevcuttur. Spesifik tanı için torakotomi şarttır (5).

Kaplan Sendromu

Bu sendrom ilk olarak 1953'de Kaplan tarafından tanımlanmıştır (1,6). Radyolojik pulmoner nekrobiotik nodü, kömür işçisi pnömokonyozu ile birlikte (6). Nodüller sıklıkla multiblodur, sınırlıdır, akciğer periferindedir, büyüklüğü 0.5-5 cm arasındadır. Haftalar veya aylar içinde süratle gelişebilir. RA'ın artriküler manifestasyonlarından önce veya hastaların yarısından fazlasında olduğu gibi, artrit şikayetlerle simültane olarak mevcut olabilir. RF hemen hemen hepsinde pozitifdir (6). Spesifik bir tedavisi yoktur. Histolojik olarak bu nodüller romatoid nodüllere benzemekle birlikte, ilave olarak merkezi zonda kömür tozlarına rastlanılmaktadır (2).

RA ve Bronşiolit

Birkaç haftada gelişen nefes darlığı ve inspiratuar railerle karakterize bir tablodur (6). Conen adlı araştırmacı (1), hızla ilerleyen bronşiolitis obliterans vakaları bildirmiştir. Yaklaşık %33 sıklıkla hava yolu obstrüksiyonu gözlenmiştir (1).

Genel olarak obstrüksiyon progressiftir. Patolojik olarak bronşioler lenfoplazmositer submukozal inflamasyon ve fibrozis ile obliteredir. Diğer etyolojilere bağlı obliteratif bronşiolitten farkı intraluminal polipoid yapı olmamasıdır (6). RA'de penicillamine bağlı bronşiolitis obliterans geliştiği bildirilmiştir. Kortikosteroidle rağmen birkaç ay içinde fatal seyredebilir (6).

Romatoid Artritte Görülen Nadir Pulmoner Durumlar veya Komplikasyonlar

RA gelişmeden önce mevcut olan en az 4 "idyopatik pulmoner siderozis" vakası bildirilmiştir ve bu durumun ciddi sorunlara yol açtığı tesbit edilmiştir (1,6).

Kronik eozinofilik pnömoni %38 sıklıkla görülmekte ve bu tablo RA'lı hastalarda vital kapasitede önemli derecede azalmaya neden olmaktadır. Sonuçta abdominal solunumun ön plana çıkmasına neden olur (6). Eozinofili olan veya olmayan pulmoner infiltrasyonlar nonsteroidal antienflamatuvar ilaçlara bağlı olarak bildirilmiştir, ilacı kesmekle düzellemezse kortikosteroid verilir (6). Altın tuzları ile tedavide dispne, ateş ve yorgunlukla karakterli akut pneumonitis görülür. Kortikosteroid ile tedavi edilir. Altın tuzları progressif interstisyel hastalığa da sebep olabilir. Altın tuzları kesilip 6 haftalık kortikosteroid uygulanır (6).

Diğer Çeşitli Görünümler

RA'e bağlı gelişen komplikasyonlardan biri de pulmoner Vaskulitis olup, bu tabloda hemoptizi yaygındır. Krikoaitenoid artrit sonucu boğaz ağrısı, ses kısıklığı ve inspiratuar hava yolu obstrüksiyonu görülebilir (6). Üst loblarda tüberküloza ve nekrobiotik nodüle bağlı olmayan fibrokaviter nodüller saptanmıştır (6).

Uzun süreli vakalarda amiloidozis, bronşit ve bronşiektaziler görülür (6).

KAYNAKLAR

1. Cohen JM, Miller A, Spiera H. Interstitial pneumonitis complicating rheumatoid arthritis. Chest 1977; 72:521-4.
2. Cervantes Perez P, Taroperez AH, Rodriguez-Juvado P. Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis. JAMA 1980; 243:1715-9.
3. Larson CW, Cannon GW, Egger MJ. Pulmoner disease during the treatment of rheumatoid arthritis with low dose pulse methotrexate. Semin Arthritis Rheum 1987; 16:186-95.
4. De Jongste JC, Meijens HJ, Duijerman EJ. Respiratory tract disease in systemic lupus erythematosus. Arch Dis Child 1986; 61:678-83.
5. Eugen JW, Memoli UA, Roberts JL. Pulmoner effusion in rheumatoid arthritis medicine 1978; 57:562-5.
6. Yeni Tıp Dergisi. Akciğer Hastalıkları Özel Sayısı. Mart 1990; 7(2):94-7.