

Artritlerin Ayırıcı Tanısı

*Murat DUMAN**
*Ali GÖREN***

Eklem hastalığı (artrit), toplumun büyük kesiminde acı veren ve hatta sakat bırakan, sık sık hekime götüren, fazla ilaç kullanımına sebep olan bir durumdur. Eklem ağrısı, şişmesi, kızarıklığı, lokal ısı artışı ve hareket kısıtlılığı gibi belirtiler göstermesine genel isim olarak artrit denir. Akut ve kronik olabileceği gibi, akut hecmeler gösteren kronik şekillerde de olabilir. Vücudun birtek eklemi tutabilir (monartiküler artrit) veya birçok eklem hastalanabilir (poli-artrit). Hastanın şikayeti olarak eklem yalnızca ağrısına artralji denir. Artraljide ağrıdan başka belki biraz şişlik olabilir, fakat kızarıklık ve ısı artışı görülmez.

Artrit, pratikte pekçok hastanın derdidir. Özellikle kronik artropatiler hasta için ciddi sorunlar yaratabilir, önemli bir sorun da fazla ve gereksiz ilaç kullanımları ve buna bağlı olarak gelişen ilaç komplikasyonlarıdır. Dejeneratif eklem hastalıkları (osteoartrozlar) daha sık görülse de inflamatuvar artritlerin bazıları kalıcı fonksiyon kayıplarına neden oldukları için toplum sağlığı açısından daha büyük önemleri vardır.

Eskiden, (1940 larda) eklem hastalıkları iki ana gruba ayrılırdı:

1- Atrofik veya inflamatuvar artritler (sonradan romatoid artrit denildi).

2- Hipertrofik artritler veya dejeneratif eklem hastalıkları (sonradan Osteoartrozlar denildi). Dopal olarak bu iki ana grup dışında kristallerin (gout) ve bakterilerin yaptığı (septik) artritler gibi başka artritler de vardır. Son zamanlarda sinüsif olarak birbirinden ayrılabilen yani avrı tanı alan eklem hastalıklarının sayısı yüzü aşmıştır. Artritli bir hastada etiyolojik faktör olarak tablo I'de belirtilen sebeplerin hepsi düşünülmelidir. Gerçi bu tabloya pratikte önemi olmayanlarla yeni tarif edilen Lyme hastalığı, eozinofili fasciitis ve polimiyalja romatika gibi birçok hastalı dahil edilmemiştir (Tablo.I),

Artritli hastaların ayırıcı tanısı nasıl yapılmalıdır?

Romatizma! hastalıkların tanısı hastanın evinde veya muayenehanede nadiren hastanede yapılır.

Bunun için önce hastadan çok iyi anamnez alınmalı, hasta dikkatli ve sistemik bir fizik muayeneden geçirilmelidir. Eklem aynı temel yapıya sahiptirler, yani sinovium, kapsül, eklem kartilajı ve kemik yapıdan ibarettirler. Periaritiküler yapılar (tendon ve bursalar gibi) benzer şekilde sinovial tabakaya sahip olduklarından eklem gibi aynı patolojik olayların çoğuna maruz kalırlar. Eklem anatomik olarak bitişik oldukları için periaritiküler yapıların hastalanması yanlış olarak eklem kendi hastalığına atfedilebilir. Ayrıca selülit, flebit, arteriosklerozis obliterans, ödem, noropati fibromiyozit, miyozit, periaritiküler tanklar artrit karışabilir.

Doğru tanıya ulaşmak için yalnızca eklem muayenesiyle yetinilmeyip sistemik muayenenin de her hastada dikkatle yapılması gereklidir. Dikkatli bir anamnez ve iyi bir fizik muayeneden sonra (eklem şişliği, sıcaklığı, kızanklığı, fonksiyon kısıtlılığı, ankiloze olup olmadığı, deformite, yumuşak dokuda şişme, kas afrosi vs. iyice aranarak) laboratuvar ve gerekirse röntgen çalışmaları tanı ve ayırıcı tanı için gerekli ek bilgiler sağlarlar. Her artritli hastada tam kan sayımı (lökosit formülü dahil) idrar tahlili, sedimentasyon, üre, ürik asit, gelisemi, kalsiyum, fosfor, protein elektroforezi, romatoid faktör, antinükleer antikorlar (ANA), serum kompleman düzeyi, ASO, boğaz kültürü, CRP gibi pek çok laboratuvar çalışması gerekli olabilir.

Artritler, akut olabilir. Böyle akut olgularda, akut ateşli romatizma, gout, travmatik hidroartrozlar öncelikle akla gelmelidir. Tabii sistemik lupus eritematozus, akut lösemi, septik artritler de düşünülmelidir. Kronik gidişil akut hecmeler gösteren artritler de (romatoid artrit, Reiter hastalığı) akla gelmelidir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İmmünoloji Bilim Dalı öğretim Üyesi
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Osteoartroz olguların da bir kısmı akut başlar, bir kısmı ise sinsi başlar kronik seyredir.

Tablo 1
Sık Görülen Artropatiler

| | |
|---|---|
| 1- KONJENİTAL | |
| Akondroplazi | |
| Marfan sendromu | |
| Fabry hastalığı | |
| 2- DEJENARATİF VE TRAVMATİK | |
| Ankilozan vertebral hiperostozis | |
| Osteoartrozis | |
| Travmatik hemarthrozis | |
| 3- BESLENME BOZUKLUĞU | |
| Raşitizm | |
| Skorbüt | |
| Kashin-Bech hastalığı | |
| 4- HEMATOLOJİK | |
| Akut lösemi | |
| Hemofili | |
| Orak hücreli anemi | |
| Agammaglobulinemi | |
| 5- ENDOKRİN | |
| Akromegali | |
| Miksödem | |
| Hiperparatiroidizm | |
| Troid akropaki (acropachy) | |
| 6- ENTEROPATİK | |
| ülseratif kolit | |
| Rejional enterit | |
| Viral Hepatit | |
| Whipple hastalığı | |
| 7- İNFEKTİF | |
| a) Bakteri ve spiroket infeksiyonları : | |
| Gonokok | |
| Bnisella | |
| Tüberküloz | |
| Lepra | |
| Silitiz | |
| Tifo | |
| Weil hastalığı | |
| Bakteriyel endokardit | |
| Kala-azar | |
| Difteri | |
| Erizipel | |
| Kedi tırmığı hastalığı | |
| Pnömoni | |
| b) Viral İnfeksiyonlar : | |
| Behçet hastalığı | |
| İnfeksiyöz mononükleoz | |
| Grip | |
| Kızamık | |
| Kabakulak | |
| İnfektif hepatit | |
| 8- METABOLİK | |
| Amiloidozis | |
| Biliyer ve alkolik siroz | |
| Üremik kalsinozis | |
| Gout | |
| | Hem okromatozis |
| | Osteomalazi ve osteoporoz |
| | Böbrek transplantasyonu ve hemodiyaliz sendromu |
| | Wilson hastalığı |
| | Familyal hiperlipidemi |
| 9- NEOPLASTİK | |
| | Kondrosarkom |
| | Hemanjioma |
| | Sol atrium miksoması |
| | Lenfomalar |
| | Metastatik malign hastalıklar |
| | Multiple miyeloma |
| 10- NÖROPATİK | |
| | Diabetik artropati |
| | Parapleji sendromu |
| | Omuz kol sendromu |
| | Charcot eklemi |
| | Syringomyeli |
| 11- PULMONER | |
| | Hipertrofik pulmoner osteoartropati |
| | Sarkoidozis |
| 12- İDİYOPATİK | |
| | Ankilozan spondilit |
| | Çaplan sendromu |
| | Aile Akdeniz Ateşi |
| | Polindromik romatizma |
| | Psoriatik artropati |
| | Henoch - Schönlein purpurası |
| | Post miyokardial infarkt sendromu (Dresler) |
| 13- TEDAVİYE BAĞLI | |
| | Antikoagülan |
| | Barbitüratlar |
| | Steroid artropatisi |
| | Hydralazin sendromu |
| | İsoniazit omuz-kol sendromu |
| | Serum hastalığı |
| 14- KOLLAGEN DOKU HASTALIKLARI | |
| | Sistemik lupus eritematozus |
| | Romatoid artrit |
| | Akut romatizma |
| | Dermatomyositis |
| | Skleroderma |
| | Poliarteritis nodoza |
| | Wegener granülomatosisi |

MONARTİKÜLER ARTRİTLERDE AYIRICI TANI

Romatizmal hastalıklarda, yani dar anlamda kollajen doku hastalıklarında, hasta sistemik belirtiler olmadan bile, yalnızca bir eklem ön planda olmak üzere monartiküler artrit şikayetiyle hekime müracaat edebilir. Bu eklem şikayeti de ekseriya akut başladığı için infeksiyon gibi görünebilir.

Pratikte monartiküler tabiri bir veya iki hatta üç eklem hastalanmasını içerebilir ve monartiküler bir sorun olarak nitelendirilir. Çünkü klasik monartiküler sendromların çoğu gerçekte aligoartikülerdir (Tablo - 2).

Bazen hastalık sistemik ve poliartiküler olduğu

halde başlangıçta monartiküler gibi görünebilir. Hastalık ilerledikçe poiartiküler özelliği ortaya çıkacaktır. Bazı poiartiküler hastaların monartiküler fazı uzayabilir (tablo - 3). Bu nedenle hasta ilk görüldüğünde bu ihtimal akıldan çıkarılmamalı ve uygun tetkikler yapılarak ekarte edilmeye çalışmalıdır.

Tablo 2

Monartiküler Hastalıklar

| | |
|----------------------|---------------------|
| Septik artrit | Goucher Hastalığı |
| Gout | Hiperlipoproteinemi |
| Pseudogout | Sinovioma |
| Travmatik artrit | Tümörler |
| Nöropatik artropati | Amiloid artrit |
| Ailevi Akdeniz ateşi | Aseptik nekroz |
| | Ankilozan spondilit |

Tablo 3

Monartiküler Fazı Uzayabilen Poiartiküler Hastalıklar

| |
|--------------------------------------|
| Reiter sendromu |
| Juvenil romatoid artrit |
| Psöriatik artrit |
| Kolitik artrit (Kolitis ülseroza) |
| Whipple artrit |
| Sarkoid artrit |
| Pseudogout |
| Hemofilik artrit |
| Skorbüt |
| Hemokromatozis |
| Gonore ve menenjitte bağlı artritler |

Monartiküler artritlerin sebepleri arasında infeksiyöz artritlerin yeri büyüktür. İnfeksiyöz artrit, şüphesiz her monartiküler hastada akla gelmeli ve atlanmamalıdır. Çünkü acil tanı konulmaz ve tedavi edilmezse kalıcı eklem fonksiyon bozukluklarına yol açabilirken birkaç gün, hatta birkaç saat içinde tanı konulup tedavi edilirse eklem fonksiyonları tam olarak düzelebilir. Yine artritli her hastada gout ve pseudogout düşünülerek ekarte edilmelidir.

Hastanın mevcut şikayeti dinlenmeli ve geniş anamnez alınmalıdır. Tek olarak eklem hastalığı için kolaylaştırıcı bir faktör olabilecek travma araştırılmalıdır. Hasta kronik veya akut alkol alımı, ilaç alışkanlığı veya diyabet koması gibi bir hastalık nedeniyle travmayı tam olarak hatırlayamayabilir. Travma sonucu eklem septik artrit yerleşmiş olabilir. Yine eklemi zorlayan bir sebep olabilecek spor, dans gibi işlerle uğraşanlar da dikkatli soruşturulmalıdır.

Monartiküler artritler için diğer kolaylaştırıcı olaylardan cerrahi girişim, miyokard infarktüsü hikayesi de düşünülmalıdır, örneğin gout böyle bir hastalıktan 5-7 gün sonra ani olarak ortaya çıkabilir. Hastanın steroid kullanıp kullanmadığı soruşturulmalıdır. Çünkü aseptik nekrozun gelişmesinde kortikosteroid-

lerin rolü vardır. Yine salmonella infeksiyonu gibi bazı gram negatif bakterilerin yaptığı infeksiyon, Reiter sendromunu etkileyici olabilir.

Eklem hastalığının başlangıç şekli de ayırıcı tanıda önemlidir. Pek çok goutlu hasta akut bir başlama şekli tarif eder ve ağrı oldukça dramatiktir, Oysa baa goutlu hastalarda şiddetli ağrı ancak bir kaç günde zirveye ulaşır. Psöriatik artrit, sarkoid artrit ve bazı romatoid arteritlerde başlangıç sinsi olabilir.

Hastanın yaşı ve cinsi de ayırıcı tanıda önemli olabilir, örneğin erkeklerde hemofilik artrit, gout artrit, Reiter sendromu, Whipple hastalığı, Juvenil ankilozan spondilit çok büyük oranda görülürler. Buna karşı kadınlarda daha sık olarak poiartiküler sendromlar, özellikle kوليوjen doku hastalığından görülür. Dört yaşın altında ateşli romatizma görülmezken ileri yaşlarda da nadir görülür. Kollajen doku hastalıklarının çoğu orta yaş hastalıklarıdır.

Eklem hastalıklarının anatomik lokasyonu da ayırıcı tanıda çok önemlidir. Romatoid artrit de özellikle başlangıçta, periferik küçük eklemler simetrik olarak tutulurlar. Pratikte romatoid artritin el eklemlerini tutma şekli karakteristiktir. Şekil : 1'de görüldüğü gibi metakarpofalangial ve proksimal interfalangial (başparmak hariç) eklemi hastalığa katılması tanı koyduracak kadar önemli bir özelliktir. Bu hastalıkta bilek eklemleri hastalığa sıklıkla iştirak edebilirler, fakat başparmak ve distal interfalangial eklemler hastalığa katılmazlar.

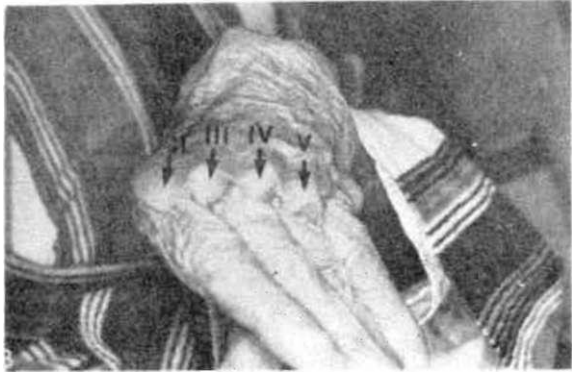
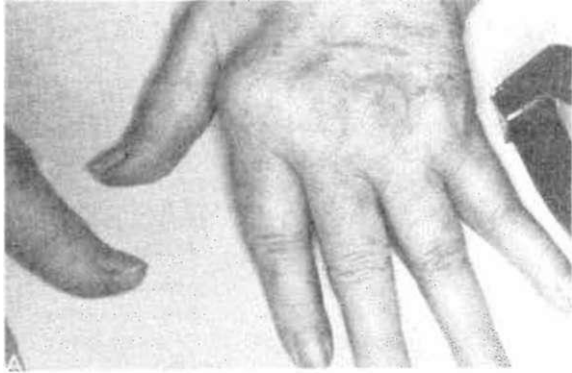
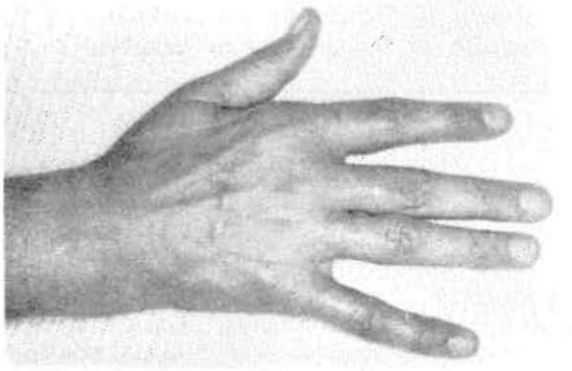
Gout hastalığında, ayak başparmağının ilk metatarsofalangial eklemi sık tutulur (Şekil : 2). Gout artrit dışında, bu eklemi artritinde ülseratif kolitis ve Reiter hastalığı akla gelmelidir.

Osteoartritte elin distal interfalangial eklemleri tutulur. Bu durum Şekil : 3'de görülmektedir (Heberden nollülleri).

Ankilozan spondilitde sakroiliyak ve omurga eklemleri hastalanırken polimiyaljiya romatikada daha çok pelvis ve omuz eklemleri tutulmaktadır. Yukarıda kısaca bahsedilen monartiküler veya oligoartiküler artritlerin sistemik özellikleri Tablo : 4'de sıralanmıştır.

Eklem hastalıklarının semptomları arasında en önemli yeri ağrı alır. Ağrı bazen hafif, bazen şiddetli olur. Sadece eklemlerde duyulduğu gibi bazen eklemden uzak dokularda da duyulur. İstirahatte ağrının duyulması kartilaj hasarıyla bağlıdır. Eklem sertliği, ağrının bir ifadesi ve genellikle eklemi kolay veya tabii hareketlerindeki güçlüğü belirtir. Bu sertlik semptomları, uzun inaktiviteden sonra hissedilir (sabah sertliği). Eklemi inflamatuvar hastalıklarında (sinovitis) görülen sertlik 15-30 dakikadan fazla sürerken, dejeneratif artritlerdeki sertlik çok kısa sürelidir.

Eklem hareketlerinin azalması veya kaybı, ağrıya bağlı olabildiği gibi yapısal değişikliklere de bağlı



Şekil - 1 : Romatoid Artrit. a) Erken dönemde Proksimal interfalangeal eklemlerde şişlik b) İlerlemiş dönemde ulnar deviasyon c) Terminal dönemde elin görünümü

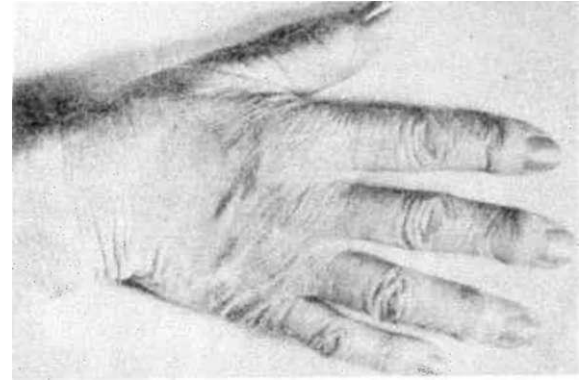
olabilir. Hatta bazen hareket kaybı kas yetmezliği (zafiyeti) ve tendon rüptürüne ait olabilir.

Eklem hastalıklarının diğer bir semptomu olan şişlik, kapsül içine sıvı infüzyonundan veya eklem yapılarının kalınlaşmasından olabilir. Bunlardan başka eklem şiş görünmesi kemik büyümesine bağlı olabilir. Osteoartrözde az miktarda sinovial sıvı artışı da olabilir. Eklem şişliğinin bir başka nedeni periostal kemik çoğalması olabilir. Buna psödohipertrofik pulmoner osteopati ve trioid akropati (acro-pachy = çomak parmak) örnek olarak gösterilebilir.

Türkiye Klinikleri - Cilt : 4, Sayı : 3, Eylül 1984



Şekil - 2 : Gout 1 Metatars distal ucunda tipik defekt görünümü



Şekil - 3 : Osteoartritte distal interfalangeal eklemlerin tutulması a) Heberden nodülleri b) radyolojik görünüm.

Tablo 4
Monartiküler veya oligoartiküler artritlerin sistemik özellikleri

| |
|--------------------------------------|
| Deriyi tutanlar : |
| Veneril romatoid artrit |
| Psoriatik artrit |
| Reiter sendromu |
| Kolitik artrit |
| Sarkoid artrit |
| Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) |
| Hiperlipoproteinemi |
| Amiloidozis |
| Hemokromatozis |
| Septik artrit (Gonore) |
| Hemofili, skorbüt |
| Nezofarinks ve Kulağı tutanlar : |
| Reiter sendromu, Gout |
| Gözünü tutanlar : |
| Juvenil romatoid artrit |
| Reiter sendromu |
| Gastrointestinal Sistemi tutanlar: |
| Kolitik artrit |
| Whipple hastalığı |
| Hemokromatozis |
| Kalp ve Dolaşım Sistemini Tutanlar : |
| Amiloidozis |
| Reiter sendromu |
| Solunum Sistemini Tutanlar: |
| Sarkoidozis |
| Sinir Sistemini Tutanlar: |
| " Nöropatik artropati |
| Renal Sistemi Tutanlar: |
| Amiloidozis |
| Gout |
| Hematolojik Sistemi tutanlar: |
| Hemofili |
| Faucher hastalığı |
| Hemokromatozis |

Romatoid artrit ve tüberküloz artrit de görüldüğü gibi, eklem şişmesi sinovial kalınlaşma sonucu da olabilir. Nadir olarak da eklem şişmesi travmatik hemartroz ve malign hastalıklarda görülebilir. Bu durumda eklem sıvısı kanlıdır.

Manortiküler artritli de olsa, her hasta mutlaka sistemik bir muayeneden geçirilmelidir. Tablo 4'te de görüldüğü gibi, deri, nazofarinks, kulak, göz, gastrointestinal kanal, kalp ve dolaşım sistemi, solunum sistemi, sinir sistemi, böbrekler, hematolojik sistem iyice taranmalıdır.

Monartiküler eklem hastalıklarının ayırıcı tanısı yapılırken laboratuvarın da önemli katkısı olacaktır. Tablo 5'te laboratuvar bulgularıyla hastalıklar arasındaki bazı önemli ilişkiler vurgulanmıştır.

Ayırıcı tanıda eklem fonksiyonunun ve alman sıvısının muayenesinin de önemli katkısı olacaktır.

Tablo 5
Monartiküler Artrilerde Bazı Laboratuvar Bulguları ve ilişkili Oldukları Hastalıklar

| Yapılan tetkik | Bulgu | Hastalık |
|-----------------|--|--|
| İdrar | Protein (+) Lökosit (+) Eritrosit (+) | Amiloidozis Gout Gout |
| İ.V.P. | Taş {+} | Gout |
| Kan | Sedim Yüksekliği Lökositoz | İnflamatuvar Artritler (Sinovitis) Septik artrit |
| Kan biyokimyası | Üre, kreatinin yüksekliği SGOTXDH'da artış Ürik asit | Amioid, Gout Hemokromatozis Gout |
| Sarkoidozis | Hiperglobulinemi | Sarkoidozis |
| Röntgen | Hepirkalsemi Amilaz yüksekliği | Hiperlipoproteinemi Pankreatitte yağ nekrozları |
| | Normal kemik grafisi | Hafif ve orta derecede inflamatuvar artritler |
| | Kemik erozyonu | Nöropatik artropati (gout tofusleri) |
| | Kartilaj kaybı | Juvenil romatoid artrit Avasküler nekroz, Septik artrit |
| | Litik lezyonlar ve kistler | Juksta-artiküler kemik tümörleri Osteoartritler Osteokondritis dissekans |
| | Artiküler kalsifikasyon | Psödogout |
| | Sinovial kalsifikasyon | Osteokondromatozis |

Eklem sıvısı kanlı ise; travmatik artrit, hemofilik artrit, skorbüt, tümör akla gelmelidir. Bulanık ise septik artrit ve inflamatuvar artritler, berrak ise dejeneratif eklem hastalıkları akla gelmelidir.

Eklem sıvısında lökosit sayısı 2000/mm³ 'den azsa; non inflamatuvar eklem hastalıkları (dejeneratif artritler, amiloidozis, osteokondromatozis), 2000-50.000 /mm³ arasında ise; Juvenil ramatoid artrit, psoriatik artrit, Reiter sendromu, kolitik artrit, Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), Gout ve psödogout, sistemik lupus Eritematozis ve diğer kollagen doku hastalıkları

lan, 50.000/mm³ den fazla ise septik artrit akla gelmelidir.

Kristal muayenesinde ise sodyum monourat pozitif ise gout, kalsiyum pirofosfatdihidrat pozitif ise psödogout akla gelmelidir.

Wright ile boyanmış smear de mononükleer fagositik hücrelerin görülmesi nonsnesifik de olsa. Reiter hastalığının lehinedir.

Septik artritte gram boyası ile gram (→) veya gram (+) basiller görülebilir.

Asite dayanıklı mikroorganizmaların bulunması tüberküloz ve lepromatöz artritin özelliğidir.

PAS-Pozitif mantar cisimciklerinin eklem sıvısında tesbiti fungal artrit düşünülmesi için yeterli bulgudur. Amiloid artritinde ise kongo kırmızısı oozitif artıklar bulunur.

Sinovial sıvıda kompleman düzeyi, serum kompleman düzeyine göre %30'dan daha fazla düşüğe romatoid artrit için tanı kriteri olup aynı zamanda hastalığın aktif olduğu anlamına gelir. Buna karşın sinovial sıvının kompleman düzeyi goutda Reiter sendromu ve infeksiyöz artritte genellikle serum düzeyinden daha yüksektir.

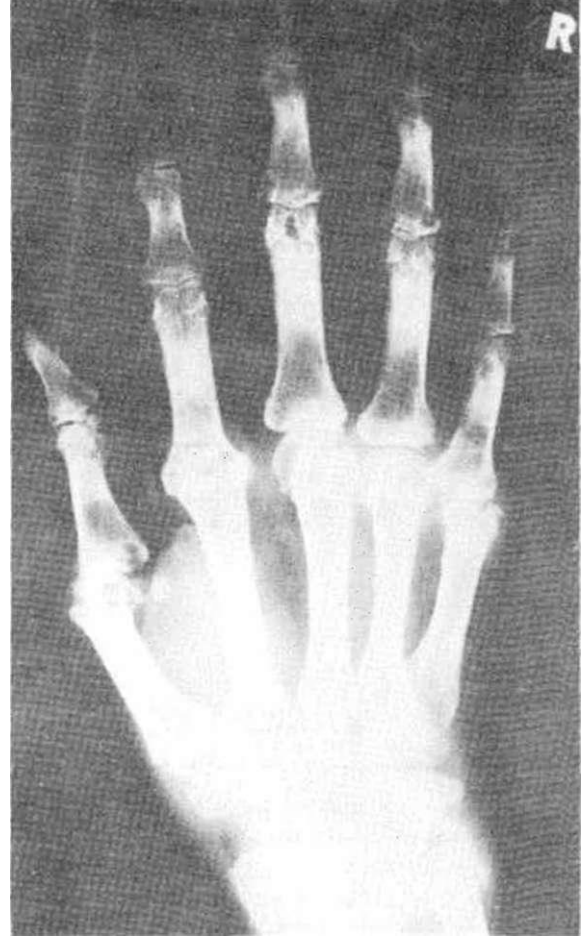
Sinovial sıvıda LE hücresi tayini, Sistemik Lupus Eritematozis araştırılması için yapılabilir. Eklem sıvısında oraklaşmış eritrositlerin bulunması orak hücreli anemi için spesifiktir.

Sinovial biyopsinin, kolagen doku hastalıkları tanısında oek önemi yokken, kristallerin yaptığı artritte (gout, pseudogout), tüberküloz ve amiloid artritte, tumoral artritte önemli katkısı vardır. Bu nedenle kliniklerde sinovial biyopsi, uzun süren ve kesin bir tanıya varılmamış mono-oligoartritlerde yapılmakta, kollagen doku hastalığı düşünülenlerde ise pek gerekmemektedir.

POLİARTİKÜLER ARTRİTLERDE AYIRICI TANI

Kliniklerde pek çok hasta noliartiküler artritten şikayetçidir. Böyle eklem şikayeti olan bir hastanın değerlendirilmesinde, poliartiküler sinovitis, multi inle yapısal lezyonlar ve diffüz miyalji ihtimali pozitif önünde bulundurulmalıdır. Dejeneratif eklem hastalıkları sıklıkla monoartiküler ise de, bazen noliartiküler olabilir. Bazan kartilaj metabolizmasındaki nrimir bir defekten dolayı prematüre poliartiküler dejeneratif hastalık görülebilir (hemokromatozis veya

ochronosis gibi), Dejeneratif eklem hastalıklarının semptomlarında progressif artış vardır. Çünkü kartilaj kaybı irreversibldir. Bu tür hastaların istirahatta semptomları yoktur veya minimaldir. Ayrıca sistemik semntom ve bulguları yoktur. Eklemlerin uzun süre istirahatından sonra görülen sertlik (hareket kısıtlılığı) en fazla 5-10 dakikada geçer. Dejeneratif eklem hastalığı antienflamatuar tedaviye pek cevap vermez (Şekil :4).



Şekil - 4 : Romatoid artritte eklemlerde kıkırdak dokusu kaybı ve ankiloz

Eklem inflamasyonu (sinovitis) olan hastalarda ise sertlik, hem uzun sürer, hem de ağrı daha şiddetlidir. Romatoid atrit, sistemik lupus eritamatozis, spondilitis ve psöriatik artritte sabah sertliği (moming stifnes) erken belirtidir ve saatlerce sürebilir,

Sinovitisdeki inflamatuvar olay notansiyel olarak reversibl olduğundan hastalığın seyri değişkendir. Yani hastalık remisyon ve eksaserebasyonlarla seyredir. Remisyon döneminde hasta asemptomatiktir. Hastalığın atak döneminden remisyon dönemine geçebilmesi için oldukça uzun bir süre gereklidir ve bu süre

en az 36-48 saattir. Oysa miyaljilerde semptomlar 24 saatten önce kaldırılabilir.

Sinovitisin diğer bir özelliği de, ağnının istirahat esnasında da mevcut olmasıdır. Ayrıca nöropatilerde, periartiküler lezyonlarda (tendinitis, bursitis) yine istirahatte ağrı mevcut olacaktır. Dejeneratif eklem hastalıklarında istirahat ağnsı yoktur. Ancak hastalık çok ileri dönemde ise görülebilir.

Fizik muayenede, belirgin olarak şişmiş, kızarmış, ısısı artmış eklemlemin tesbiti ile artrit tanısı konulabilir. Kalça ve omurga eklemelerinin artritini fizik muayene ile tanımak (şişlik görülmediğinden) zordur. Yine omuz eklemi artritinde palpabl efüzyon nadiren görülür. Pratikte bu eklemelerin hastalığını tanıyabilmek için özel muayeneler gereklidir.

Poliartiküler artritlerin ayırıcı tanısında bazı önemli noktalar vardır. Genelde herhangi bir hastalık, herhangi bir eklemi tutabilir ise de bazı hastalıklar, bazı eklemeleri daha sık tutarlar (Tablo: 6).

Tabla - 6

Bazı eklemlemlerle hastalıklar arasındaki ilişki

| Hastalanan Eklem | SK (İiririk'iis Hastalık) | Görülme'v.'iis Hastalık |
|------------------------|--|-------------------------|
| T. rıporo mand illeli | Romatoid Artrit(RA) Jüvenil Romatoid (JRA) | GHİ, My ay: |
| İl-ilirik (merakarp..) | Kollajen,üit'in Sinovitinter | Osteom trit |
| Servikal om.eKü | RA JRA | Unut GoDtikiiknUnrit |
| I-oi-ükolumbeı oruug: | Osteonrtroz, Spondilit | Gout Romatoid artri |
| | Anki kw an spmidikt Psiiriazis K««n sındromu Kollajen ilscn««a Whipple Hastalığı | |

Bu anatomik paterne dayanarak pratik açıdan önemli birkaç nokta çıkarabiliriz.

1. Yaygın kas-iskelet ağnsından şikayeti olan hastaların çene ağnları da varsa, genellikle bu hastaların bir aritriti vardır, fakat bu hastalık gout değildir.

2. Dirsekler, bilekler veya metakarpofalangial eklemelerde deformiteler varsa, ister hastalar yaşlı ister genç olsunlar tanı kronik'sinovitlidir (romatoid artrit, nadiren siäterhik lupus eritematozis).

3. Üretrit, ateş, poliartrit ve boyun sertliği olan bir hasta gonokokal artritinin zıddına Reiter sendromudur.

4. Romatoid artritli bir hastada bel ağnsı, romatoid atriite bağlı değildir, başka bir sebebe bağlı olabileceği düşünülerek araştırılmalıdır. Zira romatoid artrit kalça ve bel omurlarını tutmaz.

Gezici poliartrit ; başlangıçta tutulan eklemlemler iyileşirken diğer eklemlemlerin hastalanmasıdır. Yani eklemlemler aynı zamanda değil de, sanki sırayla hastalanmakta ve iyileşmektedir. Bu tür artritler romatoid

artrit ve sistemik lupus eritematozus da nadiren görülürken, akut romatizmal ateş (akut eklem romatizması) ve gonokokal artritinin önemli bir özelliğidir. Bu iki hastalığı ayırmakta bazı farklı klinik özellikleri yardımcı olabilir,

1. Akut romatizmal ateşteki gezici sinovitis 12 - 24 saatte zirveye ulaşır, 2 - 5 günde iyileşebilir. Karakteristik özelliği aspirin tedavisine dramatik cevap vermesidir. Salisilatla 2 - 4 günde şikayetler yatıştır, salisatlar ani olarak kesilirse, bir iki gün içinde sinovitis yeniden ortaya çıkar.

2. Gonokokal artritte eklem tutulmasının 2 major belirtisi vardır. Birincisi, gezici poliartrit ve tendosinovitisdir. Bu çoğunlukla küçük eklemlemleri tutar. İkinci örnek ise, septik eklem sendromudur. Bu ilk semptom olabileceği gibi gezici poliartritinin takipçisi de olabilir. Birinci tutulma şeklinde deri lezyonları (peteşi, püstül) sıklıkla mevcutken ikinci tutulmada, yani septik monartiküler artritte nadirdir. Meningokoksemi, gonokokal artrite benzer bulgu ve belirtiler gösterebilir. Onun için gezici poliartritli olan bir hastada, özellikle çocuklarda menenjit de akla gelmelidir.

Polindromik poliartrit; tam olarak iyileşen, sekel bırakmayan, başka eklemlemlere yayılmadan, tekrarlayan poliartiküler sinovitis durumuna denir. Böyle intermittan poliartritli olan hastaları değerlendirmede faydalı bir iki noktadan bahsetmek uygundur. Hastaya bu tanıyı koymak için hastanın spontan remisyonlara girdiğinin gözlenmesi ve uzun bir süre takip edilmesi gereklidir. Eğer hasta ilk muayenede tam olarak asemptomatikse, fizik muayene negatif olacağından semptomatik oluncaya kadar beklemek doğru tanı için daha uygun olacaktır.

İki üç günü geçmeyen kısa süreli sinovitişler, romatoid artritte, sarkoidozisde, Ailevi Akdeniz Ateşinde ve orak hücreli anemide görülür. Daha uzun süren poliartritler (7-10 gün kadar) spondilit, kolitis ülseroza, Whipple hastalığı, barsak by pass ameliyatı ile birlikte olan artritlerde, behçet sendromunda, hatta orak hücreli anemide görülmektedir.

Bir poliartiküler artritli hastada, ateşin varlığı, hem poliartrit tanısı için hem de ayıncı tanı için önemlidir. Septik artrit, her ateşli ve özellikle monartiküler artritli hastada ilk akla gelecek ve ayırıcı tanısı en kısa zamanda yapılması gereken bir hastalıktır. Bu durumda ateş, belirgin sinovitis aktivitesini yansıtır. Gout da klasik olarak ateş 38° 'yi pek geçmez. Eğer ateş yüksek ise sistemik hastalıklardan (kollajen doku hastalıklarla başta olmak üzere) aşağıdakiler düşünülmelidir.

1. Romatoid Artrit : Yüksek ateş, üç durumdan birine bağlıdır, a) Vaskülit, b)Plevra veya daha seyrek olarak perikardı tutan serozitis, c) Kronik steroid tedavisi alan hastalarda ilacın ani kesilmesi

veya azaltılmasıyla ortaya çıkan rebound fenomeni. Juvenil romatoid artritte yüksek ateş, hastalığın belirgin karakteristiği iken, adult romatoid artritte ateş görülmez. Şayet ateş varsa bir enfeksiyona bağlı olabileceği hatırdan çıkarılmamalıdır.

2. Sistemik lupus eritematosus da ateş, olguların pek çoğunda görülür. Çoğu kez ilk semptomlarıdır.

3. Eritema Nodosum da ateş görülmesi sıktır, bazen deri veya eklem lezyonlarının yokluğunda bile ateş olabilir.

4. Ailevi Akdeniz ateşinde periyodik kann ağrısı, göğüs ağrısı (plörit) ve artrit ile birlikte seyreden ateş her zaman görülebilecek önemli özelliklerdendir.

5. Henoch - Schönlein purporasında kann ağrısı, hematüri ve alt ekstremelerde purpura yanında ateş ve poliartrit görülebilmektedir.

6. Akut eklem romatizmasında ateş, minor belirti olarak kabul edilmesine rağmen, romatizma tanısı almış olan bir hastada önemli aktivite belirtisi sayılır.

7. Behçet sendromunda, alt genital ülserler ve iritis yanında tromboembolik fenomenler, ateş ve artrit de önemli semptom ve bulgulardandır.

8. Kolitis ülserozada görülen kanlı-müküslü ishal ve ateşe, bazen toksik tablo ile beraber poliartrit de eşlik edebilir.

9. Sarkoidozisde, çoğu kez eritema nodosumla birlikte, bazen de eritema nodosum olmadan ateş ve artrit (monartrit veya poliartrit) görülebilir (Şekil - 5).

10. Juvenil romatoid artritte (özellikle Stili hastalığı şeklinde) sinovitis olmadan ateş vardır. Karakteristik olarak çabuk kaybolan, gövdesel deri döküntüleri ve ateşle birlikte seyreden bu hastalıkta, ateşin sebebi belli değildir.

11. Subakut bakteriyel endokarditte, kalp kapaklığı hastalığı yanında hematüri, yüksek ateş, splenomegali, sütlü kahverengi cilt ve poliartriküler artritler beraber çomak parmak görülebilir. Yani ateşli poliartriküler inflamatuvar barsak hastalıkları gibi subakut bakteriyel endokardit de ekarte edilmelidir.

12. Bruselloziste, hepato-splenomegali, lenfadenopati ve ateşle birlikte görülen eklem ağrıları, poliartritiden ziyade miyalji ve artralji şeklindedir. Bu klinik tabloyu sergileyen hastalarda diğer bir akut veya subakut hastalık olan Salmonella enfeksiyonları ekarte edilmelidir.

13. Özellikle çocuklarda, akut lösemiye bağlı olarak anemi, kanama diyatezi ve ateşle birlikte artritler görülebilir. Lökosit formülü ve gerekirse kemik iliği yapılarak ayıncı tanıya gidilmelidir.

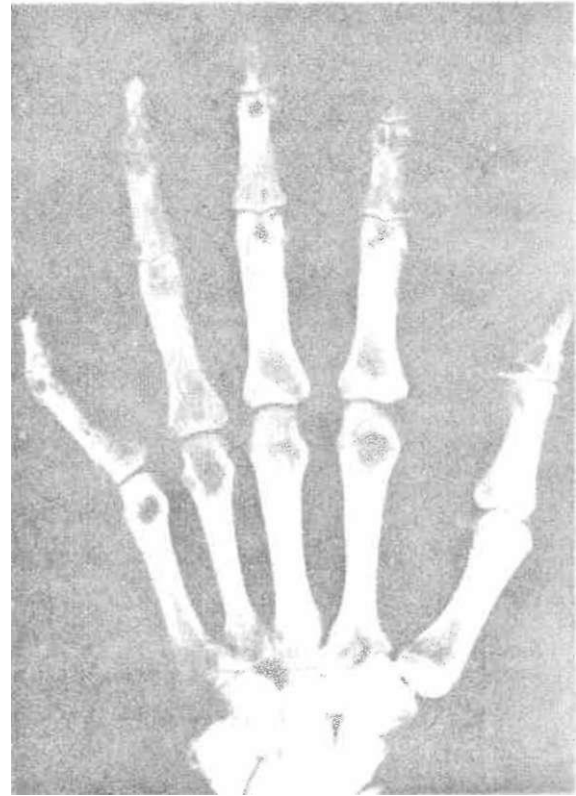
14. Reiter sendromu ve ankilozan spondilitisde de ateş sıklıkla görülür.

Poliartiküler Artrilerde Görülen Sistemik Bulgular : Akciğer Belirtileri

Trakeolaringeal lezyonlardan krikoidaritenoid eklemin inflamasyonu, romatoid artritin mutad belirtisidir ve gerçekten poliartritlerin diğer şekillerinde görülmez. Semptom olarak kronik laringeal ağrı ve disfoni vardır. Bu şikayetler sabahleyin artar (moming stiffness). Torakal ağrı polikondritise aittir ve trakeal kollaps nadir görülür fakat fatal seyreden bir komplikasyondur. Romatoid atritte Sjögren sendromunda görülen kronik müköz membran kumluğu, laringeal semptomları provoke eder.

Bronşial lezyonlar : Romatoid atritte kronik bronşit normal populasyona göre daha sıktır. Pulmoner fibrozis, pulmoner fonksiyonu azaltarak dispne nedeni olabilir. Bu durum özellikle romatoid artritte, sistemik lupus eritematosusda, polimiyozitide veya dermatomiyozitide ve progressif sistemik sklerozis (skleroderma) olgularında geç dönemde görülmektedir.

Pulmoner infiltrasyon, sistemik lupus eritematosusda nisbeten mutad bir olaydır ve geçicidir. Bundan başka nekrotizan Vaskulitis olan Wegener granülomatosisinde ve nadiren Sjögren sendromunda da görülebilir. Özellikle Wegener granülomatosisinde üst ve alt solunum yolu ile birlikte böbrek parankim tutul-



Şekil - 5 : Sarkoidozisli bir hastada falanks metatizlerinde osteolitik defektler .

ması sıklıkla görülmektedir. Akciğer nodülleri romatoid artritde görülür. Genellikle multipl olurlar. Çapları da 0.5 - 5 cm arasında değişir. Romatoid akciğer nodul yapısı, subkutan deri nodülleri, yüksek titrede romatoid faktör fitresi ile birlikte genellikle erkeklerde görülür. Bu görünümüyle metastatik akciğer malignitelerinden, bazen kavernozeleştiği için tüberkülozdan ayırımında güçlük çekilebilir.

Akciğer vasküler lezyonlarma bağlı polmoner hipertansiyon oluşabilir. Pulmöner hipertansiyon oluşumunda pulmoner fibrozis ve kronik hipoksinin katkısı önemlidir. Bu durum en çok progressif sistemik sklerozis (skleroderma) te görülmekte SLE ve RA'de de sık görülmektedir.

Plevra hastalıkları olarak inflamatuvar plöritis; romatoid artrit, sistemik lupus eritematozis ve diğer vaskulitlerin olağan belirtilerindendir. Noninflamatuvar romatizmal hastalıklarda, psöriatik artritlerde Reiter sendromunda, veya spondilartropati-lerde görülmez.

Deri Belirtileri :

Nodüller : Romatoid artrit ve gout da görülür. Fizik muayene görünümü aynı olsa da biyopsi sonuçları her iki hastalık için ayrıdır. Klinik ayırımında birkaç özellikten faydalanılabilir.

1. Romatoid nodüller hastalığın başlangıcından hemen sonra, hatta başlamadan önce de (simül-tanöz) oluşabilir. Tofüsler ise geç görülür, hastalığın ilk iki yılı içinde görülmeleri bile nadirdir. Bundan dolayı iki yılı geçmemiş bir poliartritli hastada olekranon deri altı nodülleri varsa, tanı romatoid artritdir.

2. Tofüslerden aspirasyon yapılsa urat kristalleri görülebilir.

3. Romatoid nodüller genellikle ani olarak çıkarlar, tofüslerin büyümeleri ise zamanla artarak gelişir.

Eritem : Stili hastalığında primer olarak gövdede oluşan geçici döküntüler karakteristiktir. Sistemik lupus eritematozisde, özellikle güneş gören yerlerde eritemler görülür. Yüzde kelebek tarzında görülen rash, tanı koyduracak kadar karakteristiktir (Butter fly rash).

Skvamöz Erüpsiyonlar : Bunlar Reiter hastalığı ve psoriasisde karakteristiktir.

Püstüller : Bunlar neisserial bakteriyemide (gonokokal ve meningokokal artritlerde) bulunurlar.

Üntiker : Herhangi bir vaskülitide bulunabilir. En karakteristik olarak kronik aktif hepatit ve primer biliyer siroz artritlerinde görülür.

Nedbeleşme : Herhangi bir derin varkültise bağlı

olarak skar dokusu gelişebilir. Behçet hastalığında nedbeleşme sıklıdır.

Renal ve Urogenital Belirtiler :

Glomerülit : Sistemik lupus eritematozis ve Wegener granülomatozisinde sık rastlanan bir bulgudur. Bu iki hastalık dışında böbrekler, sklerodermada, periarteritis nodozada ve romatoid artritde hastalığa seyrek te olsa iştirak ederler. Fakat akut eklem romatizmasında (ateşli romatizmada) böbrekler genellikle hastalığa katılmazlar. Gout veya hiperparatiroidizmde görülen nefrolitiyazise bağlı olarak hematüri ve kolik tarzında ağrı görülür. Hematüri, artritlerde kullanılan fenasetin ve siklofosfamide bağlı olabilir. Yine amiloidozise bağlı proteinüri ve nefrotik sendrom, kollajin doku hastalıklarının seyri esnasında da görülür. Yine proteinüri altın veya penisillamin tedavisine bağlı olarak gelişen toksisite de görülebilmektedir.

Üretritis, esas olarak gonokokal artrit ve Reiter sendromunun özelliğidir.

Kardiyak Belirtiler :

Perikardit : Sistemik Lupus Eritematozis, akut romatizma ve romatoid artritte sık görülen bir hadisedir. Progressif sistemik skleroziste de sık görülürse de çoğunlukla böbrek tutulması sonucu gelişen böbrek yetmezliğinde görülen üremiye bağlıdır.

Kardiyomiyopati; hemokromatozis ve sklerodermada görülür. Akut eklem romatizması (AER) ise pankardit (Özellikle valvüler kalp hastalığı) yapar.

Ankilozan spondilit ve subakut bakteriel endokardit de yine poliartritle birlikte olan kapak lezyonlarında akla gelmelidir.

Karaciğer Belirtileri :

Sistemik romatizmal hastalıklar genellikle karaciğeri klinik olarak belirgin ölçüde hastalandırmazlar. En sık bulgu hepatomegali şeklindedir. Başka bir ifadeyle karaciğer yetmezliğine bağlı bulgular ve belirtiler görülmez. Nadiren amiloidoziste ve sistemik lupus eritematozusta siroz olguları görülmüştür. Buna karşın Wilson hastalığı ve hemokromatozis te sık olarak karaciğer sirozu görülür.

Gastrointestinal Belirtiler :

Artritli hastalarda kullanılan ilaçlara bağlıdır. İlaçların pek çoğu ülserojen olduklarından, bu tür hastalarda dikkatle kullanılmalıdır.

Progressif sistemik skleroziste (skleroderma) özofagus disfonksiyonu % 90 olguda görülmektedir.

Klinikte poliartritli bir hastada disfaji de mevcutsa akla ilk gelecek hastalık skleroderma olmalıdır.

İnflamatuvar barsak hastalıklarında poliartiküler artritler görüldüğü için diyare veya malabsorbsiyonlu ve artritli hastalarda araştırılmalıdır.

Diyare keza sıklıkla Reiter sendromunun başlangıcından önce olabilir. Bunun sebebi genel olarak infeksiyonlardır. Yine gastrointestinal şikayetlerin, Whipple hastalığı ve sklerodermada görülebileceği akıldan uzak tutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hart F.D : French's Sndox of Eleventh caitron Differential Diagnosis 1979, 452 - 468 Page Bristol Y. WRIGHT and Sons Ltd.
2. Krupp M.A.Chatton J. U: Current Medical Diagnosis and treatment Longe Med. Pub. 1981 Page 485
3. The Medical Clinics of March 1977 Rheumatic Diseases
4. Seminars in Arthritis and Rheumatism Vol. X, No: 2 Nov. 1980.
5. Fye K.H. Total X : Rheumatic Diseases Basic and Clinical logy.Edition 1980,Longe Med. Pub. Page 442 - 479
6. Beeson P.B. Mc Dermott V. Text book of Medicine Fourteenth edition,Part : VI , Diseases of The Joints Page : 140 W.B. Saunders Comp. 1975.