**ARTRİTLİ  HASTALARA YAKLAŞIM**

                                                      Prof. Dr. Murat Turgay

            Kas iskelet sistemi yakınmaları ile gelen bir hastada,  anemnez ve fizik muayene bulguları tanıya yaklaşımda en önemli yapı taşlarını oluşturur. Bazen laboratuvar bulguları da tanıya yaklaşımda yol gösterici olabilir. Ancak fizik muayene ve anamnez bulguları tanıyı desteklemez ise tek başına laboratuvar bulgularının önemi yoktur. Anamnez ve fizik muayene bulgularıyla elde edilen bilgilerle, öncelikle yakınmaların gerçekten eklemle mi yoksa ekleme komşu yapılarla mı ilişkilidir? sorusunun cevabının verilmesi gereklidir. Bazen eklem üzerinde yerleşip ve deri ile ilgili olabilecek bir inflamatuvar olay, eklemle ilgili hissi verebilir ve tanıyı yanıltabilir. Bu nedenle tanıya yaklaşımda ilk yapılacak işlem bu yakınmaların hangi sistemle ilgili olduğunun belirlenmesidir.

            Hastada artrit mi yoksa artralji mi vardır. Artrit, eklemde inflamasyonun bulunması ve sonuçta şişlik, sıcaklık artışı, ağrı, kızarıklık ve fonksiyon bozukluğunun varlığı ile karakterizedir. Ancak bütün artrit vakalarında eklemde kızarıklık bulunması beklenmez; kızarıklık akut artritlere özgü önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkar. Artralji ise eklem ağrısı olup esasında artritin önemli bir bulgusudur.

            Artritli hastalarda anamnez alınırken bazı soruların yöneltilmesi gereklidir:

1-                 Şikayetlerin başlangıcı : Buna  göre artritleri biz akut ve kronik olmak üzere ikiye ayırmaktayız. Anamnezinde 6 haftayı aşan süre şikayetleri olan hastalarda kronik artropatiler düşünülür. Romatoid artrit bu gruba örnek teşkil eder. Buna karşın 6 haftadan daha kısa süre anamnez veren hastalarda, akut eklem romatizması gibi akut olaylar akla gelmelidir. Bazen akut gut atağında olduğu gibi artrit,  saatler içinde gelişebilir.

2-                 Tutulan eklemlerin sayıları : Buna göre tek eklem tutulumu var ise monoartrit, 2-4 sayıda eklem tutulumu var ise oligoartrit, 5 veya daha fazla sayıda eklem tutulumu var ise  poliartrit olarak isimlendirilir. Her bir hastalıkta tutulan eklemlerin sayıları farklılık gösterir. Romatoid artrit,  poliartiküler hastalıklara, gut artriti monoartiküler, akut eklem romatizması oligoartiküler tutuluma örnek olarak verilebilir.

3-                 Tutulan eklemlerin yerleri: Her romatizmal hastalıkta  tutulan eklemlerin yerleri farklılık gösterir. Romatoid artritli hastalarda  el ve ayak parmak proksimal interfalangeal eklemlerin tutulumu hastalığın bir özelliğidir. Bunun yanısıra, osteoartritli hastalarda genellikle, bel, diz ve kalça eklemleri gibi vücudun yükünü taşıyan eklemler tutulur. Sakroiliak eklemin olaya katılması seronegatif spondilartropatiler ismini verdiğimiz bir grup hastalıkların ayırıcı tanıya sokulmasını gerektirir.

4-                 Simetrik ve asimetrik tutulma : Oligopoliartiküler eklem tutulumu olan hastalarda, eklemlerin simetrik veya asimetrik tutulumunun olup olmadığının değerlendirilmesi ayırıcı tanı açısından bize önemli bilgi verir. Yani her iki diz eklemin tutulması, her iki el bilek ekleminin tutulumu, simetrik tutulum olarak nitelendirilir. Romatoid artritte simetrik bir tutulum söz konusu iken, akut eklem romatizmasında genellikle alt ekstremitede olmak üzere asimetrik bir eklem tutulumundan bahsedilir.

5-                 Deformite olup olmadığın değerlendirilmesi : Her bir hastalığın klinik seyri farklılık gösterir. Romatoid artritli hastalarda tedavi yapılmaz ise eklem deformitesi beklenen bir sonuçtur. Buna karşın akut eklem romatizmasında artrit,  deformite bırakmaksızın iyileşir.

6-                 Gezici tip artropatiler: Gezici tip artrit kelimesi ile, eklemlerin hastalığa katılma yaşlarının farklı olması  tanımlanır. Akut eklem romatizması, erişkinlerde gonokoksik artritler gezici tip artritlere örnek teşkil eder.

7-                 Eklem bulgularına eşlik eden sistemik bulgular irdelenmelidir. Romatizmal hastalıkların pek çoğunda eklem dışı bulgular beklenen bir olaydır. Romatoid artritli bir hastada akciğer tutulumu, nörolojik tutulum gibi, sistemik tutulumlar olabilir. Sistemik lupus eritematozus eklem dışı pek çok sistemi ilgilendiren bulgular ile karşımıza çıkar. Eklem dışı bulguların değerlendirilmesi aynı zamanda tedavinin modifikasyonu açısından da önemlidir.

8-                 Tedaviye alınan cevap her bir romatizmal hastalık için farklılık gösterebilir. Akut eklem romatizmasında eklem bulguları aspirin kullanımına, akut gut artritinde kolşisin kullanımına dramatik cevap vardır.

Eklem bulgularının en önemli belirtisi ağrıdır. Ağrı ile ilgili anamnez alırken; karakteri, yerleşim yeri, başlama özelliği ve etkileyen faktörler dikkatle sorgulanmalıdır. Gut artritinde ağrının kendine özgü özelliği vardır. Atak genellikle alkol kullanımı gibi tetikleyen bir nedenle başlar, şiddetlidir, kısa sürede inflamasyon en üst düzeylere çıkar ve kolşisine dramatik cevap verir. Romatoid artritte ise eklem ağrıları sinsi başlar ve geriye dönük anamnez en az 6 haftaya dayanır. Mekanik ağrılar ise genellikle fiziksel yorgunluğu takiben  başlar.

            Artritler, inflamatuvar ve dejeneratif olmak üzere ikiye ayrılabilir. Özellikle inflamatuvar tipteki artritler, eklem dışı sistemik bulgularla birlikte olabilir. Örneğin romatoid artritli bir hastada akciğer tutulumunun görülmesi. Bunun yanı sıra dejeneratif artritlere örnek teşkil eden osteoartrit ekleme sınırlı olarak kalır. Bu iki grubun ayrımında, ağrının istirahat sonrası veya eklemi kullanmayı takiben ortaya çıkması, sabah tutukluğunun varlığı ve süresi, tutulan eklemler ve eklem bulgularına eklenen sistemik bulguların varlığı bize yol göstericidir. Dejeneratif artropatilerde, ağrı eklemin kullanımını takiben ortaya çıkar, sabah tutukluğunun süresi genellikle 15 dakikayı geçmez, yük binen eklemlerde gelişir, tutulan eklemde genellikle sıcaklık artışı bulunmaz. Buna karşın inflamatuvar artritlerde tutulan eklemler hastalığın tanısına göre değişir, sabah tutukluğu en az 30-45 dakikadır, eklemde sıcaklık artışı ve şişlik gibi diğer inflamatuvar bulgular vardır. Sabah tutukluğunun varlığı ve süresi inflamatuvar ve noninflamatuvar artropatilerin ayrımında önemlidir. Ekstremitelerde güçsüzlük var ise, bu bulgu nörolojik sistem  veya kas ile ilgili bir nedenden kaynaklanabilir. Bu bulgu ayrıca polimiyozit gibi primer inflamatuvar bir kas hastalığı sonucu oluşabileceği gibi vaskülite bağlı nörolojik tutulum sonucu da gelişebilir. Ayrıca uzun süreli artropatilerin bir  sonucu olarak da kas atrofileri  görülebilir.

            Fizik muayene bulguları ile eklemde effüzyon varlığı, eklem üzerinde sıcaklık, aktif ve pasif eklem hareketlerinde ağrı ve hareket kısıtlılığının bulunması, sinovit açısından yol göstericidir. Buna karşın, bursit, tendinit gibi durumlarda, ağrılı noktaların bulunması, aktif hareketlerin sınırlanması buna karşın pasif hareketlerin korunması söz konusudur. Tendon boyunca palpasyonla veya bir direnç karşısında ağrı varsa tendinit düşünülür. Fizik muayenede tesbit edilen krepitasyon, eklem yüzeylerinin dejenerasyonda ortaya çıkar.

**Monoartritli hastalara yaklaşım :** Tek bir eklemi tutan ve o ekleme sınırlı tutulum gösteren artrite; *monoartrit* ismi verilir. Ayırıcı tanıda, tutulan eklem sayısının yanı sıra tutulum süresi de önemlidir. Monoartrit yapan nedenler sınırlı sayıdadır ve genellikle 4 grup altında toplanırlar. Bunlar içinde, travma, enfeksiyonlar (septik, granülamatöz), kristal artropatileri (gut,  psödogut) ve poliartritle seyreden  bir hastalığın başlangıç bulgusu olarak ortaya çıkan monoartritler sayılabilir. Akut monoartrit, romatolojik acil müdahele gerektiren tablolardan birini teşkil eder. Akut monoartrit nedenlerinden biri olan “septik artrit” tanısındaki gecikmeler;  hastanın sakat kalmasına ve hatta ölümüne sebep olabilir. Septik artrit, kristal artropatileri ve travmatik artrit tanılarını koymak, diğer monoartrit nedenlerine kıyasla kısmen daha kolaydır. Poliartrit / oligoartritle seyreden bir romatolojik hastalığın başlangıç döneminde ortaya çıkan monoartrit tablosu, tanısal sorun oluşturabilir. Bu durumda diğer monoartrit nedenlerinin ekarte edilip, zaman  süreci içinde hastalığın gerçek klinik özelliğinin ortaya çıkmasıyla kesin tanı konabilir. Eklemdeki tutulum süresi 6-8 haftayı aşan vakalarda, kronik monoartritle seyreden hastalıklar düşünülmelidir.

            Monoartritli bir hastanın ayırıcı tanısında, hasta yaşı ve cinsiyeti de önemlidir. Monoartrit ile gelen her olguda, klinik tablo değerlendirilmeli, eklem dışı sistemik bulgular, hastalığın ciddiyeti, fonksiyonel kısıtlamalar ile travma ve kanama diatezi açısından iyi bir anamnez ve fizik muayene yapılmalıdır. Puberta öncesi dönemde, kristal artropatisi ve intermitant hidrartroz çok nadiren görülür; bu yaş döneminde hastaların özellikle konjenital defektler açısından yakından takip edilmesi gereklidir. Genç ve cinsel yönden aktif bir monoartrit vakasında, gonokokkal artrit veya reaktif artrit  tanısı düşünülebilir. Akut monoartrit nedenlerinden biri olan gut artriti,  erişkin erkeklerde daha sıklıkla görülür.

            Monoartritli bir olgunun ayırıcı tanısında birkaç basamak vardır.

***1-Artritin varlığının kanıtlanması:***

Ağrı, nonspesifik bir semptomdur; bu nedenle bunun gerçekten eklem ile ilişkili olup olmadığının ayrımının yapılması gereklidir. Eklemde şişlik ve eklemin hareketini kısıtlayan ağrının olması artrit açısından önem taşır. Diz, el bileği ve dirsek gibi eklemlerin artritinde, şişlik kolaylıkla tesbit edilebilirken, kalça ekleminde bunun belirlenmesi mümkün değildir. Bu son durumda, eklem üzerine direkt olarak basınç uygulanması ile hassasiyet olması veya eklem hareketinin ağrı nedeniyle sınırlanması yol göstericidir. Yalnızca  kullanımı takiben oluşan, istirahat ile geçen ve ağırlık taşıyan eklemlerde ağrının yoğunlaşmış olması, olayın mekanik olduğuna işaret edebilir.

          Yumuşak doku enfeksiyonları, artrit ile karıştırılabilir. Psoas abseleri kalça ağrılarına neden olabilir. Bu durumda, mağnetik rezonans görüntülemeler veya ultrasonografik incelemeler hekime yardımcı olabilir. Ayrıca, kemik ağrıları ve nöropatik ağrıların,  eklem ağrıları ile ayırıcı tanılarının yapılması gereklidir.

***2-Monoartrit / poliartrit ayrımı:***

Hastada “ poliartrit mi var ?, yoksa monoartrit mi var ? ” sorusunun tanımlanması çok önemlidir; çünkü monoartrit nedenleri kısmen belirlidir ve acil müdahele gerektirebilir. Bunun için boyun ve bel bölgesi de dahil, bütün eklemlerin dikkatle muayenesi yapılmalıdır. Semptomatik eklem ile bunun simetriği olan eklemin radyolojik muayenesi, kondrokalsinozis veya osteoartrit tanılarının konulmasında yardımcı olabilir.

***3-Sinovyal sıvı analizi:***

Monoartritli bir hastada, tanıyı koymak amacıyla, artrosentez ve sinovyal sıvı analizi yapılmalıdır. Septik artrit ve kristal artropati tanısını kesin olarak koymak sinovyal sıvı analizi ile mümkündür.

            Sinovyal sıvının fiziksel özellikleri, monoartrit etyolojisi açısından bize öncü bilgi verebilir; uygun klinik bilgi ile birlikte hemorajik  bir görünüm genellikle travmatik artrit teşhisini düşündürür.

            Sinovyal sıvının görünümü, inflamasyon derecesi ile paralel şekilde bulanık karakter gösterir. Monoartritli bir hastanın sinovyal sıvı örneği, mutlaka gram boyanıp, septik artrit açısından dikkatle incelenmelidir. Beraberinde, adi kültürlere, mantar ve tüberküloz için özel kültür ortamlarına ekimler yapılmalıdır.

Monosodyum ürat ve kalsiyum pirofosfat kristallerine bağlı, kristal artropatileri genel olarak monoartrit ile seyreder. Bu hastalıkların teşhisi, sinovyal sıvı örneğinin polarize ışık mikroskopu altında incelenmesi ile kolaylıkla konabilir.

Sinovyal sıvıdaki beyaz hücre sayısı ve serum glukoz düzeyi ile mukayeseli sinovyal sıvı glukoz düzeyleri, inflamatuvar artropati teşhisinde yol gösterici olabilir. Beyaz hücre sayısı, septik artritli vakalarda 50000/mm3 ‘den fazladır. Yine, enfeksiyöz artritlerde, kesin tanı koydurucu olmamakla birlikte, sinovyal sıvı glukoz düzeyleri, serum glukoz düzeylerinin yarısından daha düşüktür.

            Romatoid artrit gibi poliartritler ile seyreden, ancak başlangıçta monoartritle seyreden olgularda, sinovyal sıvı analizleri spesifik tanı koydurucu nitelik taşımaz. Bu olgularda, klinik süreç boyunca hastanın yakından takip edilmesi, tanının konulmasında belki de en önemli özelliği teşkil eder. Bu son durumda sinovyal sıvı analizi özellikle, septik artrit ve kristal artropatisi tanılarının ekarte edilmesinde yarar sağlar.

***4-Hastanın yeniden değerlendirilmesi:***

Sinovyal sıvı analizi, spesifik bir tanı koymamızı sağlayamamış ise;

a)     Hastanın anamnezi ve fizik muayene bulguları enfeksiyonu düşündürüyor ise (üretriti bulunan, ateşli bir hasta gibi) sinovyal sıvı bakteri kültür sonuçları gelinceye kadar antibiyotik tedavisi yapılmalıdır.

b)     Enfeksiyonu düşündüren bulgu yoksa, hastalar 3. günü bakteriyel enfeksiyon ihtimalini ekarte etmek amacıyla tekrar değerlendirilmelidir.

Kültür sonuçlarına göre; şayet kültürde üreme yok ve effüzyon birikimi yoksa ileri tetkik için beklenebilir. Ancak effüzyon birikimi tekrarlarsa hastanın monoartrit/poliartrit mi? ayrımının ve sinovyal sıvı analizinin tekrar yapılması gereklidir. Nadiren hastanın ilk değerlendirilmesinde atlanmasına karşın tekrarlayan muayene ve incelemelerle,  septik artrit veya kristal artropati  tanısı konabilir.

Monoartritli hastaların bir kısmında, artrit bulguları hastaya kesin tanı konulamadan kendiliğinden düzelir. Bazı hastalarda ise, monoartiküler başlangıç, poliartiküler seyir ile devamlılık gösterebilir ve sonuçta romatoid artrit gibi poliartiküler bir artropati tanısı konulabilir. Çok az sayıdaki hastalarda,  bütün bu aşamalarda yapılan inceleme ve değerlendirmelere rağmen monoartrit süreklilik gösterebilir. Bu vakalarda sinovyal biyopsi düşünülebilir.

***5-Sinovyal biyopsi:***

Altı haftayı geçen bir periyotta monoartritli bir hastada teşhis konulamamış ise,

sinovyal biyopsi endikasyonu vardır. Bazı hastalıkların kesin tanısı yalnızca sinovyal biyopsi ile konulabilir. Örneğin tüberküloz tanısında, sinovyal dokudaki granülom formasyonunun histopatolojik değerlendirilmesi ile sinovyal doku kültür sonuçları önem taşır. Pigmente villonodüler sinovit tanısında da sinovyal biyopsi değerlidir. Sinovyal biyopsi ile tanı konulan monoartrit nedenleri arasında;

- Granülomatöz enfeksiyon

- Pigmente villonodüler sinovit

- Amiloidoz

- Sinovyal malignite sayılabilir.

Sinovyal biyopsi örnekleri, histopatolojik olarak değerlendirilmeli ve mantar/mikobakterium tüberküloz için kültürü yapılmalıdır.

            **Akut  monoartrit :**

1-    Gut

2-    Psödogut

3-    Travmatik eklem hastalığı

4-    Enfeksiyöz artrit ( bakteriyel )

5-    İntermitant hidartroz

6-    Osteoartrit

7-    Romatoid artrit

**Kronik monoartrit :**

1-    Enfeksiyöz artrit ( tüberküloz, mantar )

2-    Travmatik artrit

3-    Osteoartrit

4-    Tofüslü Gut

5-    Nöropatik artropati

6-    Neoplazmlar

**Önemli ipuçları :**

·         Akut monoartrit, eklemde enfeksiyon olabilme ihtimali nedeniyle,  acil tıbbi müdahale gerektiren tablolardan birini oluşturur.

·         Monoartritin en sık nedenleri, enfeksiyöz artrit ve kristal artropatileridir.

·         Artrosentez teşhiste önemli yer tutar.

                MONOARTRİT

                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                        ß                                                                                                ß

                 **ARTRİT**                                                **NONARTİKÜLER  ROMATİZMA**

ß                                                                                                                                                                                                   ß

            **MONOARTRİT**

            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        ß                         ( + ) bulgu

SİNOVYAL SIVI ANALİZİ          Þ          GUT, PSÖDOGUT, ENFEKSİYÖZ ARTRİT

                                                                       TRAVMATİK ARTRİT

                                              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                  ( - ) bulgu

                                                        Þ           TEKRAR DEĞERLENDİRME

            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ß         DEVAM EDEN MONOARTRİT

            SİVOVYAL BİYOPSİ       Þ             TÜBERKÜLOZ, AMİLOİDOZ, MALİGNİTE

                                                                          PİGMENTE VİLLONODÜLER SİNOVİT

**Poliartiküler hastalara yaklaşım** : Poliartiküler hastalıkları ikiye ayırabiliriz : inflamatuvar ve inflamatuvar olmayan. Poliartiküler eklem hastalıklarına klinik yaklaşımda daha önce eklemle ilgili sorgulamadan elde edilen bilgiler önem taşır. Eğer sinovit saptanırsa ve kronik bir hastalık düşünülürse sistemik romatizmal hastalıklar ayırıcı tanıya sokulur. Ayrıca ayırıcı tanıda otoantikorlar, CRP, sedimantasyon hızı ve radyolojik araştırmalar hem hastalığın tanısında hem de organ tutulumları açısından değerlendirmede bize yardımcıdır.

            **Poliartrit**

                 ß

 fizik muayene ve anamnez

               ß

         SİNOVİT   Þ YOK Þ Hassas noktalar (+) Þ     fibromiyalji, bursit, tendinit

              ß VAR

Semptomlar 6 haftadan fazla

              ß

 Sistemik romatizmal hastalık

              ß

     Laboratuar testleri (CRP, Sedim, otoantikorlar vb )

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

              **Poliartritlerin sınıflaması**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**İnflamatuvar**

***Aksiyal ve periferik eklem tutulumlu***

         Ankilozan spondilit

          Reiter sendromu

          Enteropatik artrti

          Psöriatik artrit

***Periferik oligoartiküler tutulum***

         Psöriatik artrti

         Reiter sendromu

         Romatizmal ateş

         Poliartiküler gut hastalığı

         Enteropatik artrit

         Behçet hastalığı

         Bakteriyel endokardit

***Periferik poliartiküler tutulum***

         Romatoid artrit

         SLE

         HIV enfeksiyonu

***İnflamatuvar olmayan (osteoartrit)***

         Herediter

         Ellerin osteoartriti

         Primer jeneralize osteoartrit

         Travmatik osteoartrit

         Lokal yaralanmayı takiben osteoartrit

         Obezlerde diz osteoartrit

         Ağır egzersiz programını takiben kondromalazi

         Yaşlıların osteoartrit

***Metabolik hastalıklardaki osteoartrit***

         Hemakromatozus

         Okronozus

         Akromegali

***İdiopatik***

                                               KAYNAKLAR

1-ACR Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines: Guidelines for the initial Evaluation of the Adult Patient with Acute Musculoskeletal Symptoms. Arthritis Rheumatism 39 (1): 1-8, 1996.

2-Bacon PA, Moots RJ: Extra-articular RA, Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB (eds):  Textbook of Rheumatology, 5.baskı, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997, p:1071.

3-Dieppe P, Sergent JS: History, Klippel J.H., Dieppe P.A (ed): A Textbook  of  Rheumatology, 2.baskı, Mosby-Year Book Limited. 1998, p:1.1-6.

4-Felsonaji AS: Veakness. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sleedge Cm (eds): Textbook of Rheumatology, 5.baskı, W.B: Saunders Company, Philadelphia, 1997, p:388.

5-Hawkins RA : Approach to the patients with monoarticular symptoms. Rheumatology Secrets,  ed. by West SG. Hanley-Belfus Inc., Philadelphia, 1997 p:79.