

Bölüm 29

DİZ AĞRISI YAPAN ROMATİZMAL HASTALIKLAR

Işıl Fazilet TURNA¹
Sevil KARAGÜL²

GİRİŞ

Sinovyal boşluk hacmi ve eklem kıkırdak alanı açısından en büyük eklem, diz eklemidir. Enflamatuvar artritlerde; sinovyumun, tendonların ve bursanın genetik, otoimmün, çevresel bir çok nedene bağlı olarak enflamasyonu ile artrit ve artralji bulgusu oluşur.

Sinovyal membran, eklem yüzeylerini, tendon kılıflarını ve bursaları ince bir bağ dokusu tabakası şeklinde kaplar. Sinovyum iki ayrı hücre tipinden oluşur. Bunlar A tipi sinoviyositler (makrofaj) ve B tipi sinoviyositlerdir (fibroblast). Sinovyal fibroblastlar, kollajen, fibronektin ve laminin gibi eklem yapısını oluşturan bileşenlerin yanı sıra, sinovyal matriksin hücre dışı bileşenlerini de üretirler. Ayrıca sinovyal sıvıyı salgılayarak eklem aralığını kayganlaştırır ve kıkırdak beslenmesini sağlarlar.

Enflamatuvar artitlerde, artralji, hareket kısıtlılığı, şişlik, akut dönemde kızamıklık ve yarım saatten uzun süren sabah tutukluluğu major bulgulardır. Özellikle sabah tutukluluğunun süresi enflamatuvar olan ve olmayan eklem hastalıklarının ayırımında önemlidir (1,2,3).

Eklem ağrısının özelliklerinin detaylı sorgulanması ve dikkatli fizik muayene ayırıcı tanıda ilk basamaktır. Öyküde şikayet süresi (akut / kronik), tutulan eklem sayısı (mono / oligo / poliartiküler), eklemlerin tutulum şekli (simetrik / asimetrik) eşlik eden semptomların ve iç organ tutulumu varlığının sorgulanması doğru tanıda önemlidir.

¹ Uzm. Dr., Işıl Fazilet TURNA, Acıbadem Atakent Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, isilturna@gmail.com

² Uzm. Dr., Sevil KARAGÜL, İstanbul Gedik Üniversitesi, Medicana Çamlıca Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon sevilcagir88@hotmail.com

pasif veya aktif hareketleri ile artan ağrı olması sıklıkla en baskın bulgudur (25).

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ

Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA); ateş, peritonit, sinovit ve plörit atakları ile seyreden, otozomal resesif geçişli, sebebi tam bilinmeyen bir hastalıktır. Hastalık ataklar ve remisyonların birbirini takip etmesiyle seyreder (26).

Artrit atakları, ateş ve karın ağrısından sonra 3. sıklıkla gözlenen bir bulgudur. Tek başına da ortaya çıkabilir diğer semptomlara da eşlik edebilir. Özellikle çocukluk çağlarında eklem yakınmaları yıllarca hastalığın tek bulgusu olabilir ve diğer bulgular daha sonra eklenir. Sadece artralji olguların %50'sinden azında görülmektedir. Ailevi Akdeniz ateşinde eklem tutulumu daha çok akut veya subakut formda izlenir, %5'inde kronik seyir izlenir. Akut eklem tutulumunda, ilk 24 saatte genellikle çok yüksek ateş artrite eşlik eder. Genellikle ayak bileği, diz ve kaça gibi alt ekstremitenin büyük eklemlerinden biri etkilenir. Bulgular ve şikayetler sıklıkla 24- 48 saat içinde zirveye ulaşır sonra hızla düzelir ve sekel bırakmazlar (26). Özetle; gezici olmayan, non-eroziv, sekel bırakmayan, eklemleri asimetrik olarak tutan mono veya oligoartiküler tarzda bir artrit meydana getirir.

Etkilenen eklemdede ağrı ve kısıtlılık ön plandadır, kızarıklık ve ısı artışı, bu kadar akut ve şiddetli artrit tablosunda beklenenden daha az sıklıkla gözlenmektedir. Sinovyal sıvı inflamatuvar özellikte olup görünümü bulanık veya pürülan olabilir. Bu tip ataklar genellikle 3-5 gün içinde geriler, ancak bazen de 1 - 4 haftaya kadar nadir de olsa uzayabilir. Kronik artrit durumunda mono, oligo veya nadiren poli-artritle seyredebilir bu eklem tutulumunda da eritem ve lokal ısı artışı az görülür. Hareket kısıtlılığı daha uzun süreli gözlemlendiği için ve komşu kaslarda atrofi olabilir. Ateş ve artrite eşlik etmeden miyaljiler de bazen kas atrofisine neden olabilir (26,27).

Sonuç olarak; diz eklemine romatolojik tutulumunun ayırımında semptom ve bulgular detaylı bir şekilde gözden geçirilmelidir. Sık görülen hastalıklar öncelikle düşünülmeli, nadir görülen hastalıklar atlanmamalı, ayırıcı tanıda bu hastalıkların klinik ve laboratuvar özelliklerinin akılda tutulmasına özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ece K, Arman Mİ (2015), Alt Ekstremitte Ağrıları. Hasan Oguz (Ed). *Tıbbi Rehabilitasyon* içinde (s.984-986). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
2. Rolle, N. A., Jan, I., Sibbitt, W. L., Band, et al. Extractable synovial fluid in inflammatory and non-inflammatory arthritis of the knee. *Clinical Rheumatology*. (2019). doi:10.1007/s10067-019-04524-2
3. Altan L, Ökmen MB. (2018), Diz Ağrısı Yapan Romatizmal Hastalıklar. Jale İrdesel (Ed.). *Diz Ağrıları* (s.59-63). Ankara: Türkiye Klinikleri

4. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet*. (2019) Apr 27;393(10182):1745-1759. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30417-9
5. Atay MB. (2016) Osteoartrit. Beyazova M, Kutsal YG (Ed) *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* içinde. (s.2533-2562) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi
6. Felson DT. Osteoarthritis. In:Fauci AS (ed). *Harrison's Rheumatology*. 3rd Edition (s.232-244)
7. Ergin S. (2016) Romatoid Artrit. Beyazova M, Kutsal YG (Ed) *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* içinde. (S.2199-2220) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi
8. Sahah A, Clair W. Rheumatoid Arthritis. In:Fauci AS (ed). *Harrison's Rheumatology*. 3rd Edition (s.87-105)
9. Şendur F, Aydeniz A. Spondiloartropatilerin temel özellikleri ve ayırıcı tanı ve tedavisinin genel kriterleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2001; 2(2) : 31 – 35
10. Sen R, Hurley JA. Seronegative Spondyloarthropathy. StatPearls Publishing; 2019 Apr 4.
11. Özgül A (2016) Spondiloartritler. Beyazova M, Kutsal YG (Ed) *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* içinde. (S.2263-2280) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi
12. Taurog JD. The Spondyloarthritides. In:Fauci AS (ed). *Harrison's Rheumatology*. 3rd Edition (s.135-151)
13. Arasil T (2016) Ankilozan Spondilit. Beyazova M, Kutsal YG (Ed) *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* içinde. (s.2241-2260) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi;
14. Doğanşargil E, Keser G. Behçet's disease. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2005;1(43):80-91.
15. Gur A, Sarac AJ, Burkan YK, et al. Arthropathy, quality of life, depression, and anxiety in Behçet's disease: relationship between arthritis and these factors. *Clin Rheumatol* 2006;25(4):524-31.
16. Karaoğlan B. Behçet Hastalığında Klinik Bulgular ve Lokomotor Sistem Tutulumu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2008;54(1);34-7.
17. Kutzin MK, Firestein BL. Altered uric acid levels and disease states. *Jpharmacol Exp Ther* 2008;324:1-7.
18. Richette P, Bardin T. Gout. *Lancet* 2010; Jan23;375:318-28.
19. Süldür N. (2011). Kristal artropatileri. Kutsal YG, Beyazova M. *Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon* içinde. 2309-34. Ankara; Güneş tıp yayınevi.
20. Sundry JS. Progress in the pharmacotherapy of gout. *Curr Opin Rheumatol* 2010;22:188-93.
21. Steinbach LS. Calcium pyrophosphate dihydrate and calcium hydroxyapatite crystal deposition diseases: imaging perspectives. *Radiol Clin North Am* 2004;42:185-205.
22. Doherty M. Calcium pyrophosphatate dihydrate crystal deposition disease. *Rheumatology* 2009;48:711-5.
23. Aslanger E, Şirinoğlu I. *Romatizmal Ateş*. In: Çeviri editörü Aslanger E, Şirinoğlu I, eds. *Braunwald kalp hastalıkları*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008;2093-9
24. Cantürk F. Akut romatizmal ateş ve poststreptokokal artrit. In: Türkçe çeviri editörü: Arasil T, ed. Ankara: Güneş Kitabevi, 2006,1684-94
25. Cobankara V, Kiraz S. Ailesel Akdeniz Ateşi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2000;31:310-319.
26. Bakkaloglu A. Familial Mediterranean fever. *Pediatr Nephrol* 2003;18:853-9.