

## BÖLÜM 22

### ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA ANAMNEZ

Mehmet Nur KAYA<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Eklem hastalıkları şikayetleri en sık görülen semptomlar arasındadır ve fonksiyon kaybına kadar gidebilmektedir. Bu tür semptomların nedenin belirlenirken hızlı ve erken davranılmalı çözüme yönelik eylem planı geliştirilmelidir. Nedeni belirlenemiyorsa, en azından anormalliği tanımlayabilmeli ve önemli olup olmadığını ve daha ileri bir değerlendirme gerektirip gerektirmediğini belirlemek gerekmektedir. Hasta kontrollerde gözden geçirildiğinde verilen tedaviye yanıt değerlendirilebilmeli, tedaviden fayda görmediği düşünülüyorsa eksiklik açığa çıkarılmalıdır. Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ileride kalıcı hasar bırakacak önemli komorbid hastalıklardandır. Birçok kas-iskelet problemleri birinci basamakta çalışan doktorlar tarafından tanımlanıp, etkin bir şekilde yönetilebilmektedir. Ancak daha az yaygın veya daha ciddi diğer sorunlar, genellikle alanında uzman bir ekip tarafından yönetilmesi gerekmektedir (1).

Bu bölümde, kas-iskelet sisteminde herhangi bir problem olup olmadığını anlamak için sisteminin değerlendirilmesinin önemli bir parçası olan anamnez almanın esasları belirlenecektir. Kas-iskelet sistemi sorunu olan bir kişinin daha ayrıntılı bir değerlendirmesi de sunulmaktadır. Bu değerlendirmeden kişinin şikayet ettiği sendrom tespit edilmeli, uygun bilgi ve araştırma ile ayırıcı tanıya gidilmelidir. Hasta merkezli bir bakım planı için kas-iskelet sistemi şikayeti olan kişinin ihtiyaç ve beklentileri dikkate alınmalıdır (2).

#### Kas İskelet Sistemi Semptomları

Herhangi bir kas-iskelet sistemi rahatsızlığında görülen yaygın semptomları ağrı, kızarıklık, sertlik, şişlik ve fonksiyon kısıtlamasıdır. Eklem hastalığı genellikle en çok ilişkili olan eklem şişliği ve fonksiyon kaybıdır, ancak eklem şişliğinin daha sık görülmesi açısından daha kıymetlidir. Alt ekstremitede eklem tutulumunu tespit etmek için yöntem olarak hem üst hem de alt uzuvları kullanan karmaşık bir aktivite olan çoraplar ve ayakkabılar da dahil olmak üzere zahmetsizce giyinme ve hassas merdivenlerden zahmetsizce inip çıkma becerisidir. Kas-iskelet sistemi

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mehmetnurkaya@yahoo.com

bozuklukları genellikle sistemik özelliklerle ilişkilidir ve kişinin sağlığına ilişkin genel bir araştırma yapılmalıdır. Aşağıdaki tarama soruları, büyük kas-iskelet sistemi problemlerinin varlığını veya yokluğunu hızlı bir şekilde belirleyecektir (3).

- Kollarınızda, bacaklarınızda, boynunuzda veya sırtınızda herhangi bir ağrı veya tutukluk var mı?
- Eklemelerinizde şişlik var mı?
- Yılanma ve giyinmede zorluk çekiyor musunuz?
- Merdivenlerden veya basamaklardan inip çıkmakta zorlanıyor musunuz?

Kas-iskelet sistemi sorunu ile başvuran veya taramada tespit edilen kas-iskelet semptomu olan hastada mevcut semptomun tedavisi için şikayet ettiği sorunun karakterizasyonu gerekir. Daha sonra kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları bilgisi ve uygun tetkikler ile klinik tanı konulabilir. Kas-iskelet sistemi sorunları, yaşamın tüm yönlerini etkileyen en yaygın semptomlardır. Bu anlayış, yalnızca bir hastalık yönetimi yaklaşımı sağlamakla kalmayıp, kişinin tüm ihtiyaçlarını karşılayan hasta merkezli bakış açısı sağlamaktadır (4). Bir kişinin kas-iskelet sistemi sorununun değerlendirilmesi için iyi klinik beceri, fonksiyonel anatomi, kas-iskelet sistemi koşullarının özellikleri, bunların komplikasyonları ve risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir (5).

Bununla birlikte, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları yaygındır ve bir arada bulunabilir. Her semptomun tek bir tanı ile ilgili olduğu varsayılmamalıdır. Kas-iskelet sistemi semptomu ile başvuran hastanın beklentilerini karşılamalı ve endişeleri belirlenmelidir. Hastayı değerlendirirken yönetim planı, hangi tedavi başlanacağı ve prognozun beklenen durumlarla ilgili tam anlamıyla bilgilendirilmelidir, bu durum özellikle çok önemlidir çünkü çoğu zaman hastanın beklentileri karşılanamaz ve bazı tedavilerden kısa sürede fayda sağlanamaz. Bu nedenle hekimin empati kurması, kişinin güvenini kazanması ve anlayışlı yaklaşması önemlidir. Bir kişi yeniden değerlendiriliyorsa, tedaviye yanıtın hem hastalık süreci hem de sorunun etkisi açısından belirlenmesi gerekir. Tedavi planında herhangi bir değişiklik gerekip gerekmediğine karşılıklı olarak karar vermek için beklenen yanıtla karşılaştırılmalıdır. Kas-iskelet sistemi semptomlarını ve tedavi yanıtını değerlendirebilmek için birçok ölçme ve değerlendirme materyalleri bulunmaktadır. Hastayı değerlendirme birkaç aşamadan oluşmaktadır: dinleme, gözlemlenme, sorgulama, inceleme yapma, araştırma, bulguları yorumlama ve sonucu iletme. Değerlendirme sırasında hastanın genel görünümünü, hareketlerini ve tarzını gözlemleyin. Tanı ve yönetim planı yapmak için farklı kas-iskelet sistemi koşullarının tipik özelliklerini ve modellerini tanımak için bilginizi ve deneyiminizi kullanın. Bu aynı zamanda araştırma, derleme ve gelecekteki sorunları da yönlendirecektir (6).

Vakaların çoğunda, özellikle görünüşte basit lokal bir sorun gibi görülmekte mevcut semptomlar sistemik bir semptomun habercisi olabilir, bu sebeple kişinin eksiksiz bir değerlendirmesini yapmak gerekir. Bir kas-iskelet sistemi sorunuyla uğraşırken, araştırmalar genellikle yalnızca tanıyla ilgili klinik şüpheyi doğrulamak ve hastalık aktivitesini, prognozu ve tedavi seçimini ölçmeye yardımcı olmak için gereklidir.

### **Anamnez**

Anamnez, değerlendirme sürecinin açık ara en önemli kısmıdır. Önce kişiyi polikliniğe neyin getirdiğini netleştirmek gerekmektedir. Burada sorulması gereken önemli sorular semptomların neler olduğu, ne zaman ortaya çıktığı, nasıl geliştiği ve ne gibi etkileri olduğudur. Tıbbi geçmiş ve yaşam tarzı veya meslekle ilgili risk faktörleri gibi potansiyel olarak ilgili diğer faktörleri önemini korumaktadır. Kişi günlük yaşam aktivitelerini, iş, uyku veya boş zaman aktivitelerini yapmaktan alıkonuyor mu? Kişinin ev içi ve sosyoekonomik çevresi gibi etkisini etkileyebilecek faktörler var mı gibi sorular önem taşımaktadır (7).

### **Semptomlar**

Spesifik olarak kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilgili semptomlar çoğunlukla aktiviteleri sınırlayabilen, katılımı kısıtlayabilen fonksiyon kaybının eşlik ettiği ağrı ve sertliktir. Hareketlilik ve el becerisi çoğu zaman sınırlıdır. Spesifik olmayan semptomlar da mevcut olabilir. Potansiyel olarak ciddi durumlar için kırmızı bayraklar tanınmalıdır. Kırmızı bayrak olarak ateş yüksekliği, gece terlemesi, kilo kaybı, duyu ve motor fonksiyon kaybı, idrar ve defekasyon yapmada zorluk olarak tanımlanabilir. Bu semptomların karakterizasyonu, doktorun bir kas-iskelet sistemi şikayetini birkaç "sendromdan" birine ayırmasına ve sendrom içinde ayırıcı tanı yapmasına yardımcı olur (8).

### **Ağrı**

Ağrı, kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının en sık görülen semptomudur ve insanlar üzerinde en büyük etkiye sahiptir, özellikle uyku olmak üzere işlevlerini ve yaşam kalitelerini etkiler. Hastadan ağrının nerede hissedildiğini ve en şiddetli olduğu yeri göstermesini istenmelidir. Ağrı genel mi yoksa lokal mi? Ne kadar kolay lokalize edilebilir? Artiküler ve periartiküler ağrı genellikle geniş bir alana yayılır ve kökeninden çok uzakta ortaya çıkar. Bu yansıyan ağrı, etkilenen yapının miyotomal veya sklerotomal orijini ile ilgili dermatomda hissedilir. Kemik ve periosteumdan gelen ağrı çok az yayılır ve daha güvenilir bir şekilde lokalize olur (8). Generalize ağrıya fibromiyalji veya polimiyalji romatika neden olabilir. Birkaç eklemdeki ağrı artriti düşündürürken, miyelom veya metastatik malignite

gibi kemik bozuklukları, sadece eklemlerle ilgili olmayan birden fazla ağrı bölgesi olanlarda düşünölmelidir. Ağrının anatomik kökenini netleştirmek için hastayı mutlaka muayene etmek gerekmektedir. Ağrının özellikleri, başlama zamanı, modu ve günlük paterni tanısal ipuçları sağlar. Şiddet, ağrının olası etkisini göstermesine rağmen subjektiftir (9).

İki tür ağrı vardır. Nosiseptif ağrı, periferik dokularda ağrılı bir stimulusun sağlam bir sinir sistemi tarafından iletilmesine neden olan bir uyarın veya lezyondan kaynaklanırken, nöropatik ağrı, sinir sistemini etkileyen bir lezyon veya hastalığın doğrudan bir sonucu olarak ortaya çıkar. Nosiseptif ağrının farklı nedenlerinin kendine has özellikleri vardır. Örneğin, gut genellikle gecenin ortasında başlar ve hızla dayanılmaz, kalıcı bir yanma ağrısına dönüşürken, osteoartrit, kullanıma bağlı ağrı ve hareketsizlikle etkilenen eklemlerin sertliği ile karakterizedir. Mekanik ağrı genellikle kullanıma bağlıdır. İltihaplı eklem ağrı istirahatte daha çok kendini göstermektedir ve genellikle günün sonunda şiddeti daha çok artmaktadır. Allodini (normalde ağrıya neden olmayan bir uyarının neden olduğu ağrı), hiperaljezi (ağrıya karşı artan bir hassasiyet olduğunda) ve hiperestezi (zararlı olmayan bir uyarın ağrı hissine neden olduğunda) içerebilir. Kemik ağrısı tipik olarak istirahatte ve geceleri mevcuttur. Bu tür ağrılar ipucu verir ancak tanısal değildir (9).

Periartiküler problemler genellikle belirli bir tekrarlayan aktivite türü tarafından indüklenir. Spinal stenoz dinlenme ile hızla düzelen, ancak daha fazla aktiviteden sonra tekrarlamak üzere aktiviteye bağlı kalça ve bacak ağrısı öyküsünden şüphelenilebilir. Dinlenmenin aksine egzersize yanıt sakroileit veya spondilitin tipik bir özelliğidir. Dinlenme genellikle osteoartrit kaynaklı ağrıyı iyileştirir ancak inflamatuvar ağrı üzerinde çok az etkisi vardır. Basit analjeziklere karşı antiinflamatuvar yanıt, ankilozan spondilit gibi semptomların inflamatuvar bir nedenini mekanik sırt ağrısından ayırmaya yardımcı olabilir. Polimiyalji romatikanın glukokortikosteroid tedavisine yanıtı karakteristiktir (9).

## **Tutukluk/Katılık**

Tutukluk farklı durumları tanımlamak için kullanılır ve bu semptomun doğru bir şekilde ilişkilendirildiğinden emin olmak için dikkatli bir inceleme gereklidir. İnsanlar genellikle uzun süre dinlendikten sonra, anormal bir egzersiz seviyesinden sonraki gün veya yaşlandıkça daha yaygın olan genel bir "tutukluk" tanımlar. Daha spesifik olarak, insanlar sıklıkla semptomatik eklemlerde tutukluğu tanımlar (10). İnflamatuvar bir eklem bozukluğu genellikle uzun süreli sabah ve akşam eklem tutukluğu ile ilişkilendirilirken, osteoartrit hareketsizlikten sonra kısa süreli tutukluk ile ilişkilidir. Kuşak kaslarının sabah tutukluğu, polimiyalji-

ya romatikanın karakteristiğidir. Sabah tutukluğunun süresi, romatoid artrit veya polimiyaljiya romatikanın aktivitesini gösterebilir.

Parmakların hareket katılığı tenosinovit, eklem hastalığı, sistemik sklerozda görüldüğü gibi yumuşak dokuların kompresyonu ile ilgili olabilir. Belirli bir hareketi ani olarak gerçekleştirilememesi durumu kilitlenme olarak tanımlanabilir. Bu durum diz eklemünde gevşek bir vücut veya yırtık menisküsün klasik bir semptomudur ancak tenosinovit darlığına sekonder tetikleme ile parmakta da ortaya çıkar (11).

### **Eklem Şişliği**

Şişme yumuşak dokuları, eklemi veya kemiği içerebilir. Bir yaralanmayı takip etti mi? Hızlı mı yoksa yavaş mı ortaya çıktı? Acı veriyor mu? Gelip gidiyor mu yoksa yavaş yavaş genişliyor mu? Doğasını ve nedenini belirlemek için dikkatli bir inceleme gereklidir. Eklem şişmesi bir hastalık belirtisidir, bu belirtinin eklem veya periartiküler yapı ile ilgili olup olmadığını doğrulamak, efüzyonun, inflamatuvar sinovyal proliferasyon veya kemik büyümesinden kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemek için muayene gereklidir. Ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemleri gerekebilir. Herhangi bir deformitenin tanınması, normal varyasyonu anormal bulgulardan ayırt etmek için kas-iskelet sistemine hakim olmayı gerektirir (12).

### **Eklem Hareket Kısıtlılığı**

Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları genellikle ana şikayet olabilecek çeşitli aktiviteleri gerçekleştirilmede zorluklara neden olabilmektedir. Belirli hareketlerin ve işlevlerin kısıtlanıp kısıtlanmadığını ve bu kısıtlamanın ağrı ve sertlikle mi ilgili yoksa birincil bir sorun mu olduğunu belirlemek gerekmektedir. Ağrısız hareket kaybı tendon kopması veya nörolojik bir neden olduğunu düşündürür (12).

### **Yorgunluk ve Halsizlik**

Yorgunluk fibromiyalji dahil olmak üzere birçok romatizmal hastalıkta görülen en yaygın romatizmal bozuklukların bir belirtisidir. Yorgunluk depresyonla ilgili olabilir. Ayrıca ağrıya bağlı kötü uykudan da kaynaklanabilir. Yorgunluk ciddi şekilde engelleyici olabilir ve kişi için çok üzücüdür. Romatoid artrit veya bağ doku hastalıkları ile ilişkili olarak sistemik hastalık aktivitesinin iyi bir göstergesidir. Fibromiyaljinin yorgunluğu genellikle konsantrasyon eksikliği ve kalitesiz uyku ile ilişkilidir (10).

Kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının gelişimi ve sonucu için tanınan risk faktörleri arasında obezite, fiziksel aktivite eksikliği, yetersiz beslenme, depresyon, sigara, aşırı alkol alımı, önceki yaralanmalar ve insanları spor veya meslek gibi burkulmalara ve zorlanmalara maruz bırakan faaliyetler yer alır. Kas-iskelet sis-

temi rahatsızlıklarının gelişimi ve sonucu için tanınan risk faktörleri arasında obezite, fiziksel aktivite eksikliği, yetersiz beslenme, depresyon, sigara, aşırı alkol alımı, önceki yaralanmalar ve insanları spor veya meslek gibi burkulmalara ve zorlanmalara maruz bırakan faaliyetler yer alır (11).

### **Eklem Fonksiyon Kısıtlılığı**

Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları genellikle sistemik özelliklere sahiptir. Hastanın genel sağlık durumunu sorun ateş, gece terlemeleri veya kilo kaybı gibi sistemik semptomların, malignite, enfeksiyon veya aktif hastalık gibi ciddi bir sistemik bozukluğun varlığını gösterebilecek diğer kırmızı bayraklar olup olmadığını sorgulamak gerekmektedir. Daha önce herhangi bir travma ya da tekrarlayan ya da olağandışı bir kullanım oldu mu? Örneğin olası bir seronegatif spondiloartrit ile yakın zamanda geçirilmiş bir ishal hastalığı, üretrit, üveit, sedef hastalığı ve mukokutanöz problemler sorgulanmalıdır. Önceki tıbbi öykü, sistemik lupus eritematozuslu bir kişide önceden açıklanamayan epilepsi atağı, antifosfolipid sendromlu fetal kayıp veya tromboz veya çocuklukta hipermobilité veya geçmiş eklem travması gibi mevcut soruna dair ipuçları veren geçmiş olayları içerebilir (12). Osteoartrit aile öyküsü bazı durumlarda ayırıcı tanıda yardımcı olabilir, ancak hemen hemen herkesin artritli bir akrabası vardır ve ailevi ilişkiler nadiren öngörüdür. Yararlı ipuçları, ailede yakın zamanda görülen grip benzeri bir hastalığı veya viral artrit için diğer yakın temasları içerir; ellerin küçük eklem poliartraljisinin erken romatoid artrit veya nodal osteoartrit olup olmadığına karar verirken anneyi etkileyen nodal artrit; veya sırt ağrısı olan genç bir erkekte ailede ankilozan spondilit, iritis veya sedef hastalığı öyküsü önemli ipuçları arasındadır (13).

Kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının gelişimi ve sonucu için tanınan risk faktörleri arasında obezite, fiziksel aktivite eksikliği, yetersiz beslenme, depresyon, sigara, aşırı alkol alımı, önceki yaralanmalar ve insanları spor gibi mesleki burkulmalara ve zorlanmalara maruz bırakan faaliyetler yer alır. Sırt ağrısının kronikliği için tanınan “sarı bayraklar” arasında iş tatminsizliği, hafif işlerin olmaması, depresyon ve düşük eğitim seviyesi yer alır (12).

### **SONUÇ**

Kas-iskelet sistemi durumuyla ilişkili ağrı ve sakatlığın etkisi, hastanın ihtiyaçları ve istekleriyle bağlantılı olarak değerlendirilmelidir. Kas-iskelet sistemi fonksiyonunu sürdürmek veya eski haline getirmek yönetimin amacı olmalıdır. Hastanın günlük aktivitelerinde ne yapması gerektiği, ne yapmak istediği ve kas-iskelet sisteminin bunlar üzerindeki etkisini belirleyebilmek açısından önemlidir. Kas-iskelet sistemi sorunları genellikle hareketliliği, el becerisini etkiler ve özellikle iş

kaybının önemli bir nedenidirler. Hastanın hayal kırıklıklarını ve endişelerini öğrenmek gerekmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etki, çeşitli geçerciliği olan genel ve hastalığa özgü anketler, tercihen hastayla ilgili sonuç ölçütleri kullanılarak resmi olarak değerlendirilebilir. Hastanın sosyoekonomik geçmişini bilmek, durumu ve etkisini değerlendirmede ve yönetimi planlamada önemlidir. Mesleğin nedensel bir rolü veya semptomlar üzerinde bir etkisi olabilir veya alternatif olarak semptomların meslek üzerinde bir etkisi olabilir. Kişinin mesleğini anlamak, kişinin ihtiyaçları ve işe geri dönmesine nasıl yardım edileceği konusunda daha net bir fikir verir.

## KAYNAKLAR

1. Woolf AD, Walsh N, Åkesson K. Core recommendations for a musculoskeletal undergraduate curriculum. *Ann Rheum Dis*; 2004;63: 517-524.
2. Doherty M, Dacre J, Dieppe P, et al. The "GALS" locomotor screen. *Ann Rheum Dis*; 1992;51: 1165-1169.
3. World Health Organization. International classification of functioning and health. Geneva: WHO; 2001.
4. Barton JL, Katz P, et al. Patient reported outcomes in rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am*; 2016;42(2): 205-406.
5. Yazici Y, Erkan D, Harrison MJ, et al. Methotrexate use in rheumatoid arthritis is associated with few clinically significant liver function test abnormalities. *Clin Exp Rheumatol*; 2005;23: 517-520.
6. Zerwekh JE. Blood biomarkers of vitamin D status. *Am J Clin Nutr*; 2008;87: 1087-1091.
7. Gabay C, Kushner I. Acute phase proteins and other systemic responses to inflammation. *N Engl J Med*; 1999;340: 448-454.
8. Keenan RT, Swearingen CJ, Yazici Y. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein levels are poorly correlated with clinical measures of disease activity in rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and osteoarthritis patients. *Clin Exp Rheumatol*; 2008;26: 814-819.
9. Wolfe F, Michaud K. The clinical and research significance of the erythrocyte sedimentation rate. *J Rheumatol*; 1994;21: 1227-1237.
10. Klareskog L, Stolt P, Lundberg K, et al. A new model for an etiology of rheumatoid arthritis: smoking may trigger HLA-DR (shared epitope)-restricted immune reactions to autoantigens modified by citrullination. *Arthritis Rheum*; 2006; 54:38-46.
11. Roubey RAS. Autoantibodies to phospholipid-binding plasma proteins: a new view of lupus anticoagulants and other antiphospholipid autoantibodies. *Blood*; 1994; 84:2854-2867.
12. Stegeman CA. Predictive value of antineutrophil cytoplasmic antibodies in small-vessel vasculitis: is the glass half full or half empty? *J Rheumatol*; 2005; 32:2075-2077.
13. Finkelstein JD, Merkel PA, Schroeder D, et al. Antiproteinase 3 antineutrophil cytoplasmic antibodies and disease activity in Wegener granulomatosis. *Ann Intern Med*; 2007; 147:611-619.