

Bölüm 15

MONOARTRİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM

Adem ERTÜRK¹

GİRİŞ

Kas-iskelet sistemi semptomları en yaygın semptomlar arasındadır ve dünya genelinde engelliliğin en büyük nedenleri arasında yer alır. Kas iskelet sistemi semptomlarının yönetimi sadece altta yatan herhangi bir durum veya hastalık sürecinden ibaret değildir aynı zamanda kişinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamalıdır. Bu tür hastaları değerlendiren hekimlerin sorunu ve etkisini tanımlaması, nedenini belirlemesi ve bir yönetim planı geliştirmesi gerekir. Artrit kavramını ilk kez Romalı Aulus Cornelius Celsus dolor(ağrı), tumor(şişlik), calor(ısı artışı), rubor(kızarıklık) bulgularıyla tanımlamıştır. Bu tanımlamaya ilaveeten artritli hastalarda fonksiyon kaybı da görülür. Her artritte kızarıklık ve ısı artışı görülmez. Artrit için muhakkak olması gereken kriterler ağrı ve şişliktir.^(1,2,3,4)

Monartiküler ağrısı olan hastayı değerlendirmenin ilk adımı, ağrının kaynağının periartiküler yapılardan ziyade eklemde olduğunu doğrulamaktır. Artrit gibi eklem kaynaklı ağrılarda her yöndeki hareketler ağrılı ve kısıtlıyken, periartiküler kaynaklı ağrılarda bazı yöndeki hareketler ağrılı ve kısıtlıdır. Eklem kaynaklı sorunlarda hem aktif hem pasif hareketler ağrılı ve kısıtlıyken periartiküler kaynaklı sorunlarda aktif hareketler ağrılı ve kısıtlıdır, pasif hareketlerde çoğunlukla ağrı yoktur. Eklem kaynaklı sorunlarda şişlik yaygınken periartiküler kaynaklı sorunlarda şişlik lokalizedir. Bununla birlikte, omuz, kalça ve sakroiliak eklemler gibi derin yerleşimli eklemlerde şişlik belirgin olmayabilir.^(4,5,6,7)

OLUŞUM NEDENİNE GÖRE AĞRILAR

Nosiseptif ağrılar

En sık karşılaşılan grup. Dokudaki hasar sonucu ortaya çıkar. Somatik Ağrılar: Vücut yüzeyinde veya kas iskelet dokusundaki ağrı reseptörlerinin aktivasyonundan kaynaklanır. Cilt kesiği, ayak bileği burkulması ve bel ağrısı gibi.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, drademerturk@hotmail.com

ğerlendirirken hastanın yaşı, cinsiyeti, komorbid hastalıkları, aile öyküsü, üveit ve psöriyazis gibi ekstraartiküler bulguların varlığı, aksiyel tutulum, entesitin veya daklitin varlığı değerlendirilmelidir. Örneğin 20 yaşında tekrarlayan monoartrit atakları olan bir hastanın, tekrarlayan ateş ve karın ağrısı öyküsü de varsa, ailesinde ailevi akdeniz ateşi öyküsü varsa bu hastada öncelikle ailevi akdeniz ateşi düşünülmelidir. Başka bir olgu örneği verecek olursak, 40 yaşında psöriyazis hastalığı olan ve monoartritle gelen erkek hastanın el ve ayak tırnaklarında pittingler, onikolizis gibi değişiklikler varsa bu hastada öncelikle psöriyatik artrit düşünülebilir. Bütünsel bir yaklaşımla hastaları sistematik olarak değerlendirip detaylı bir öykü ve fizik muayeneye uygun laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerini ekleyip yorumlamak önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Woolf AD, Walsh N, Åkesson K. Core recommendations for a musculoskeletal undergraduate curriculum. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:517-524.
2. World Health Organization. International classification of functioning and health. Geneva: WHO; 2001.
3. Barton JL, Katz P, eds. Patient reported outcomes in rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am*. 2016;42(2):205-406.
4. Hochberg, M.C. (2019). *Rheumatology* (7th Edition). Philadelphia: Elsevier.
5. Monoarthritis in adults: Etiology and evaluation, Uptodate, Jul 01, 2019
6. Sack K. Monoarthritis: differential diagnosis. *Am J Med* 1997; 102:30S.
7. Ma L, Cranney A, Holroyd-Leduc JM. Acute monoarthritis: what is the cause of my patient's painful swollen joint? *CMAJ* 2009; 180:59.
8. Siva C, Velazquez C, Mody A, Brasington R. Diagnosing acute monoarthritis in adults: a practical approach for the family physician. *Am Fam Physician* 2003; 68:83.
9. Mayor MT, Roett MA, Udurihi KA. Diagnosis and management of gonococcal infections. *Am Fam Physician* 2012; 86: 931-8.
10. Pogany L, Romanowski B, Robinson J, et al. Management of gonococcal infection among adults and youth. *Can Fam Physician* 2015; 61: 869-73.
11. Louie JS, Bocanegra TS. Mycobacterial, Brucella, fungal and parasitic arthritides. In: *Rheumatology*, Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, et al (Eds), Mosby, St. Louis 2003. p.1077.
12. Mohana-Borges AV, Chung CB, Resnick D. Monoarticular arthritis. *Radiol Clin North Am* 2004; 42:135.
13. Tung CH, Chen YH, Lan HH, et al. Diagnosis of plant-thorn synovitis by high-resolution ultrasonography: a case report and literature review. *Clin Rheumatol* 2007; 26:849.
14. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. *Arthritis Rheum* 1996; 39:1.
15. Wakefield RJ, Green MJ, Marzo-Ortega H, et al. Should oligoarthritis be reclassified? Ultrasound reveals a high prevalence of subclinical disease. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:382.
16. Szkudlarek M, Narvestad E, Klarlund M, et al. Ultrasonography of the metatarsophalangeal joints in rheumatoid arthritis: comparison with magnetic resonance imaging, conventional radiography, and clinical examination. *Arthritis Rheum* 2004; 50:2103.
17. Gatter RA, Schumacher HR Jr. Joint aspiration: Indications and technique. In: *A Practical Handbook of Synovial Fluid Analysis*, Gatter RA, Schumacher HR Jr (Eds), Lea and Febiger, Philadelphia 1991. p.14.

- 18: Shmerling RH, Delbanco TL, Tosteson AN, Trentham DE. Synovial fluid tests. What should be ordered? JAMA 1990; 264:1009.
- 19: McCutchan HJ, Fisher RC. Synovial leukocytosis in infectious arthritis. Clin Orthop Relat Res 1990; :226.
- 20: Mathews C. J., Kingsley G., Fiel, M., Jones A., Weston V.C., et al. Management of septic arthritis: a systematic review. Annals of the rheumatic diseases.2007, 66(4), 440-445.
- 21: García-Arias M., Balsa A., Mola E. M. Septic arthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2011 25(3), 407-421.
- 22: Sivera F, Andres M, Carmona L, Kydd AS, Moi J, Seth R, et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature-review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. Ann Rheum Dis. 2014;73(2):328-35.
- 23: Bardin TSE, Punzi L. Crystal arthropathies. Eular textbook of rheumatic disease, 2nd edition, 2015,p. 344-72.
- 24: Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, ve ark. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Annals of the Rheumatic Diseases 2015; 74:1789-98.
- 25: Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:29-42. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209707
- 26: Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. Ann Rheum Dis 2011;70(1):25-31.
- 27: Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. N Engl J Med 2017;376:957-70.
- 28: Smolen JS, Schöls M, Braun J, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. Ann Rheum Dis 2018;77:3-17.
- 29: Ozturk M. A. et al. Therapeutic approach to familial Mediterranean fever: a review update. Clinical and experimental rheumatology 2011;29:77-86.
- 30: Ozen, S. et al. EULAR recommendations for the management of familial Mediterranean fever. Annals of the rheumatic diseases 2016;75(4):644-51.
- 31: Leccese P, Ozguler Y, Christensen R, Esatoglu SN, Bang D, Bodaghi B, et al. Management of skin, mucosa and joint involvement of Behcet's syndrome: A systematic review for update of the EULAR recommendations for the management of Behcet's syndrome. Semin Arthritis Rheum. 2018;48(4):752-62.