

BÖLÜM 16

ROMATOLOJİDE SİSTEMLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Duygu TECER¹

Romatizmal hastalıklar, eklem dışı dokuları da tutma eğilimi gösteren hastalıklardır. Hastanın öyküsünü anlatırken söylemeyi unuttuğu, mevcut yakınması ile ilişkilendirmediği veya doktorun sormayı unuttuğu noktaları hatırlatmak amacıyla tüm sistemlerin kapsamlı sorgulaması yapılmalıdır. Var olan belirtilerin özellikleri yazılmalı ve olmayan belirtiler de kayıt edilmelidir. Sistemlerin sorgulanmasında elde edilen bulgular, hastanın öyküsü ile tekrar birleştirilir ve aralarında varsa ilişki kurularak, hastanın öyküsüne son şekli verilir. Hastanın öyküsü ile bağlantısı kurulamayan diğer semptomlar da önem durumuna göre sıralanarak ayrıca not edilir.

GENEL SEMPTOMLAR

Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, halsizlik ve yorgunluk inflamatuvar romatolojik hastalıklara eşlik edebilen ve ayırıcı tanıda yardımcı olabilen genel semptomlardır.

Vücut sıcaklığı hipotalamus tarafından kontrol edilir. Normal günlük sıcaklık değişimi 0,5-1 °C'dir. En düşük vücut sıcaklığı sabah 04.00-06.00 arasında, en yüksek vücut sıcaklığı akşam 16.00-18.00 arasında ölçülür. Vücut sıcaklığının nereden ölçüldüğü önemlidir ve hasta takiplerinde mümkünse hep aynı bölgeden sıcaklık ölçümü yapılmalıdır. Normal vücut sıcaklığı, aksiller bölgede 37,0-37,2°C, oral 37,5-37,8°C, timpanik bölgede 37,8-38 °C ve rektal bölgede 38,0-38,5 °C'dir. Ateş, vücut ısısının bir uyarana yanıt olarak olağan değerlerin üzerine çıkması olarak tanımlanır. Vücut sıcaklığının 41.5°C' nin üzerinde olmasına ise hiperpireksi denir. Ateşin süresi ve gün içindeki seyri tek başına tanı koydurucu olmasa da tanı koyulmasında yarar sağlamaktadır. Otoimmün hastalıklarda ilk semptomlardan biri olarak karşımıza ateş çıkabileceği gibi, rekürrent ateş otoinflamatuvar hastalıkların karakteristik bir özelliğidir. Ancak, yenidoğanlarda, yaşlı hastalarda, kronik karaciğer yada böbrek yetmezliği olan

¹ Doç. Dr., SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, duygu-tecer@hotmail.com

hissi olur, bu şikayetler geceleri artar. Sinirin tuzaklandığı bölgenin palpasyonu ile sinirin duyuşal dağılım alanında ağrı ve elektirik çarpması hissi olabilir. Uzun süreli ve şiddetli tuzaklanma varlığında sinirin innerve ettiği kaslarda güçsüzlük ve atrofi ortaya çıkabilir. Romatoid artritli hastalarda yüksek hastalık aktivitesi varlığında mononöritis multipleks de görülebilir. Ayrıca distal aksonal sensoriyal yada sensorimotor polinöropatiler de görülebilir. Romatoid artrit tanısı olan hastalarda yeni başlayan boyun ağrısı ve oksipital nevralji varlığında atlanto-aksiyal subluksasyon akla gelmelidir. Subluksasyon sonucu gelişen miyelopati yada kord kompresyonunun neden olduğu kol ve bacaklarda güçsüzlük geç dönemde ortaya çıkar. Ayrıca, romatoid artritli hastalar, yeni başlayan vertigo, yutma zorluğu, ses değişikliği ve diplopi varlığında mutlaka subaksiyal subluksasyon için değerlendirilmelidir.

Sağda ve solda birer tane olmak üzere 12 çift kranial sinir mevcuttur. Kafa çiftleri de denilen bu sinirlerin durumları hakkında fikir edinmek için şunlar sorulmalıdır: Koku alma bozukluğu (1. kafa çifti), görme bozukluğu (2.,3., 4. ve 6. kafa çifti), orofasyal parastezi ve çiğneme güçlüğü (5. kafa çifti),

fasiyal güçsüzlük ve tad alma bozukluğu (7. kafa çifti), işitme ve denge bozukluğu (8. kafa çifti), konuşma yutma ve tad alma bozukluğu (9.,10. ve 12. kafa çifti). Kranial nöropatiler, bölgesel granülomatöz hastalığın bir sonucu olabileceği gibi vaskülitik mekanizmaların sonucu da olabilir. Sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu, sistemik skleroz ve miks bağ doku hastalığı trigeminal nöropatiye sebep olabilir. Fasiyal sinir paralizisinde ise sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu ve vaskülitler akılda bulundurulmalıdır. Tekrarlayan polikondritte en sık karşılaşılan nörolojik bulgu da kranial nöropatilerdir.

KAYNAKLAR

1. Böhm M, Luger TA. The skin in rheumatic disease. In: In: Hochberg, MC, Gravallese EM, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Eds). Rheumatology. 7th edition, Elsevier, Philadelphia 2019, pp 268 - 277
2. Hagan M, Cross R. The gastrointestinal tract in rheumatic disease. In: In: Hochberg, MC, Gravallese EM, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Eds). Rheumatology. 7th edition, Elsevier, Philadelphia 2019, pp 298- 304
3. Khan IR, Thorne JE, Jabs DA. The eyes in rheumatic disease. In: In: Hochberg, MC, Gravallese EM, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Eds). Rheumatology. 7th edition, Elsevier, Philadelphia 2019, pp 278- 285