Olgu Sunumu - Case Report

Ultrasonografi Bulguları ile Tanı Alan Bir Polimiyaljiya Romatika Olgusu

A Polymyalgia Rheumatica Case Diagnosed with Ultrasonography Findings

Berrak TAŞ¹, Feyza Ünlü ÖZKAN¹, Pınar AKPINAR¹, İlknur AKTAŞ¹

1. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

ÖZET

Polimiyaljiya romatika (PMR), ileri yaş grubunda omuz ve pelvik kuşak ağrısı, sabah tutukluğu ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Dev hücreli arterit (DHA) ile birliktelik sıklıkla görülür. Proximal kaslarında ağrı, sabah tutukluğu, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) yüksekliği olan yaşlı bir hastada PMR tanısı akılda bulundurulmalıdır. 2012 yılında yapılan güncellemede PMR'nin klasifikasyon kriterlerine ultrasonografi (USG) bulgularının eklenmesiyle kriterlerin özgülüğü artmıştır. Burada USG bulgularının dikkate alınması ile PMR tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: ultrasonografi, polimiyaljiya romatika, tanı

ABSTRACT

Aim: Polymyalgia rheumatica (PMR) is a chronic inflammatory disease characterized by shoulder and pelvic girdle pain, morning stiffness in older age group. The association with giant cell arteritis (DHA) is frequent. In an elderly patient with proximal muscle pain, morning stiffness, elevated erythrocyte sedimentation rate (ESR) PMR should be kept in mind. In the update made in 2012, the specificity of criterias is increased by adding ultrasonographic (USG) findings to the classification criteria of PMR. Here we present a case of PMR diagnosis in consideration of USG findings.

Keywords: ultrasonografi, polimiyaljiya romatika, diagnosis

GİRİŞ

Polimiyaljiya Romatika (PMR) genellikle 50 yaş ve üzerinde boyun, omuz ve pelvik kuşağın proksimal kaslarında ağrı ve en az 30 dakika süren sabah tutukluğu ile karakterize bir hastalıktır. Kadınlarda 2-3 kat fazla görülen PMR'nin sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Gövde kaslarında miyalji ve distal artrit de bulgular arasında yer alır (1).

Dev hücreli arterit (DHA) ile sıklıkla birliktelik gösterir. Laboratuvar testlerinde akut faz reaktanları olan eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C reaktif proteininde (CRP) yükselme görülür. Kortikosteroid tedavisine hızlı cevapla klinikte düzelme ve akut faz reaktanlarında düşme gözlenmesi hastalığın önemli özelliklerindendir.

OLGU SUNUMU

72 yaşındaki kadın hasta her iki dizde ağrı ve yürüme güçlüğü şikayetiyle başvurdu. Yürüteç ile ambule olan hasta tetkik, tedavi ve rehabilitasyon amacıyla servisimize yatırıldı. Son haftalarda giderek artan halsizlik ve yorgunluktan yakınıyordu.

İletişim Bilgileri:

Sorumlu Yazar: Arş. Gör. Dr. Berrak TAŞ

Yazışma Adresi: Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İçerenköy - Ataşehir, 34752 İstanbul
Tel: +90 (216) 578 30 00

E-Posta: berraktas@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 15.08.2018

Makalenin Kabul Tarihi: 31.10.2018

Öyküde son üç aydır kötüleşen solda daha fazla olmak üzere her iki omuz, diz ve kalça kuşağında ağrı ve yarım saat süren sabah tutukluğu tarifliyordu. Bilinen hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı mevcuttu. Sistem sorgulamasında kardiyopulmoner, gastrointestinal ve genitoüriner sisteme ait semptom yoktu. Fizik muayenede her iki dizde eklem hareket açıklığı (EHA) kısıtlı (fleksiyon sağda 100, solda 120 derece) ve ağrılıydı, ısı artışı saptanmadı, sağda minimal efüzyon mevcuttu. Diğer eklemlerde artrit bulgusu saptanmadı. Bel EHA açık ve ağrısızdı. Sağ kalça EHA ağrılı, sağ trokanterik bursa üzerinde hassasiyet mevcuttu. Sol omuz EHA tüm yönlerde kısıtlı ve ağrılı, sağ omuz EHA açık, tüm yönlerde ağrılıydı. Manuel kas testinde bilateral iliopsoas ve kuadriseps kas gücü 4+/5 bulundu, üst ekstremitelerde kas gücü kaybı yoktu ancak ağrı nedeniyle kullanmada güçlük mevcuttu. Nörolojik muayene, kardiyovasküler ve solunum sistemi ile batın muayenesi normaldi.

ESH: 110 mm/saat CRP: 4,4 mg/dl lökosit: 8.8 10³ u/L hemoglobin: 9,7 g/dL MCV: 84,5 fL platelet: 418 10³ u/L, 25 (OH) D vitamini: 12,4 ng/mL Ca: 9,3 mg/dL P: 4,9 mg/dL parathormon: 31,8 pg/mL RF, anti CCP ve ANA negatif olarak saptandı. Karaciğer, böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitler normal sınırdıydı. İdrar tetkikinde hematüri, proteinüri ya da silendir görülmedi. D vitamini replasmanı verilen, fizik tedavi ve alt ekstremitelerde güçlendirme programına alınan hastada sedimentasyon yüksekliğini araştırmak amacıyla ileri tetkikler yapıldı. Akciğer grafisinde vasküler yapıda belirginleşme saptanması üzerine çekilen toraks BT'de mediastende maksimum 13,5 mm çaplı lenfadenopatiler (LAP) saptandı, göğüs hastalıkları tarafından radyolojik takip önerildi. Boyun, aksiller ve abdomen USG'de patolojik LAP saptanmadı. Protein elektroforezi normal sınırlardaydı, prokalsitonin, idrar kültürü, Brusella testleri ve gaitada gizli kan negatif bulundu.

Her iki omuz ve kalça eklemi USG ile değerlendirildi; solda daha belirgin olmak üzere bilateral subdeltoid bursit ve bisipital tendinit, sağ kalçada trokanterik bursit saptandı (Resim 1-2). Hastanın yatışı sırasında her iki el MKP eklemlerinde ve sağ el bileğinde ağrı ve şişlik gelişti. Klinik ve USG bulguları ile PMR olarak değerlendirilen olguya 12,5 mg/gün prednizolone başlandı.

Tedavinin üçüncü gününde eklem ağrılarında azalma gözlemlendi, 10. gün yapılan laboratuvar kontrolünde sedim: 27 CRP: 0,1 idi. Tek kanedenyle ambule olan olgu 10 mg/gün prednizolone ile taburcu edilerek takibe alındı.

Resim 1: Sağ omuz bisipital tendinit.

Resim 2: Sağ kalça trokanterik bursit.

TARTIŞMA

PMR başlıca omuz ve kalça kuşağında ağrı ve tutuklukla karakterize periartiküler inflamatuvar hastalıktır (1).

Hastalığın altında yatan etyolojik faktör bilinmemekle birlikte 50 yaş üzerinde sıklığının artması yaş, belirli ülkelerde sık olması çevre, bazı ailelerde yığılma olması ve HLA-DR4'le ilişkisi genetik olan bağlantısını göstermektedir (2). Ayrıca enfeksiyon ajanları suçlanmış ancak kesin bir ajan bulunamamıştır (3).

Tipik olarak boyun, omuz ve pelvik kuşakta ağrı yapan PMR, genellikle boyun ve omuzda tutukluk ve ağrı ile başlar (4, 5). Olgumuz dizlerde ağrı ve yürüme güçlüğü olan 72 yaşında kadın hastaydı. Proksimal kas güçsüzlüğü, yarım saat süren sabah tutukluğu, sedimentasyon yüksekliği mevcuttu. Bu bulgularla inflamatuvar ağrı düşünülen hastanın sedimentasyon yüksekliğini araştırmak amacıyla ileri tetkikler yapıldı.

Hastamıza bize başvurusu öncesinde dış merkezde malignite ve infektif endokardit ekartasyonu için tetkikleri yapılmıştı, protein elektroforezi, gaitada gizli kan, prokalsitonin, idrar kültürü, brusella testleri, PPD, viral markerlar, ENA paneli, tiroid fonksiyon

testleri, akciğer grafisi, toraks BT, aksiller, boyun ve abdomen USG ile enfeksiyon ve malignite dışlandı. Hastamızın takibinde her iki el MKP eklemlerinde ve sağ el bileğinde ağrı ve şişlik gelişti. PMR'de noneroziv kendi kendini sınırlayan asimetrik periferik artritler ve distal ekstremitelerde şişlikleri görülebilir (6). Simetrik eklem tutulumu ve sabah tutukluğunun olması romatoid artrit ile karışmasına yol açabilir (7) ancak PMR'de RF ve CCP negatiftir.

PMR'de laboratuvar bulguları genelde nonspesifiktir (6). Akut faz yüksekliği diğer inflamatuvar hastalıklar, enfeksiyon ve neoplazilerde de mevcuttur bu nedenle ayırıcı tanıda bu hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır.

Tanıda dikkat edilmesi gereken diğer hastalık ise sıklıkla birlikte görüldüğü dev hücreli arterittir (DHA). DHA, 50 yaş üzerinde, sıklıkla kadınlarda görülen büyük ve orta çaplı arterleri etkileyen inflamatuvar bir vaskülit tablosudur. Oftalmik arterin etkilenmesine bağlı tek veya çift taraflı bulanık görme, geçici veya kalıcı görme kaybı olabilir. DHA, PMR hastalarının yaklaşık %15'inde gözlenirken; DHA'lı hastaların yaklaşık %40'ında PMR semptomları saptanır (8). Kortikosteroidler DHA'nın tedavisinde çok değerlidir. Vasküler ve sistemik bulguları ortadan kaldırır, körlük insidansını azaltır. Tanı konulduktan sonra zaman kaybetmeden tedaviye başlanmalıdır.

Tablo 1: PMR sınıflama kriterleri skorlama algoritması; mutlak gerekli kriterler; 5 veya daha üzeri yaş, bilateral omuz ağrısı ve anormal CRP ve/veya ESR *

	US olmaksızın puanlar (0-6)	US + varlığında puanlar (0-8)
Sabah tutukluğu süresi >45 dak	2	2
Kalça ağrısı veya hareket açıklığının kısıtlanması	1	1
RF veya ACPA yokluğu	2	2
Diğer eklem tutulumunun yokluğu	1	1
En az bir omuzda subdeltoid bursit ve/veya biceps tenosinovit ve/veya glenohumeral sinovit posterior veya aksiller) en az bir kalçada sinovit ve/veya trokanterik bursit	Uygulanamaz	1
Her iki omuzda subdeltoid bursit, biceps tenosinovit veya glenohumeral sinovit	Uygulanamaz	1

* US olmaksızın yapılan algoritmada 4 veya üzeri bir skor, US ile yapılan algoritmada 5 veya üzeri bir skor PMR olarak sınıflandırılmaktadır.

† Opsiyonel ultrason kriterleri.

ACPA, antisitülinize protein antikor; CRP, C-reaktif protein; ESR, eritrosit sedimentasyon hızı; PMR; polimiyalji romatika; RF, romatoid faktör; US, ultrason.

Tedaviye 2-3 gün içinde dramatik bir yanıt alınır. Hastalara günlük tek doz 0.5-1 mg/kg prednizolon veya eşdeğeri başlanmalıdır (9). Hastamızda DHA düşündürecek kafa derisi hassasiyeti, görme bozuklukları, temporal baş ağrısı ve çene kladikasyonu gibi bulgular yoktu.

PMR seyrinin heterojen olması, değerlendirme parametrelerinin kesin olmaması ve ayırıcı tanı için farklı tanıların gözden geçirilmesinin gerekmesi hastalığın yönetimini zorlaştırmaktadır (9).

2012 yılında Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) ve Avrupa Romatizma ile Savaş Derneği (EULAR) tarafından USG'nin dahil edildiği yeni EULAR/ACR PMR kriterleri yayınlanmıştır (10) (Tablo 1).

USG ve MRG hastalarda görülen periartiküler inflamasyonu (bursit, tenosinovit) göstermekte yardımcıdır. 2012 yılında sınıflama kriterleri içerisinde USG'nin dahil edilmesiyle spesifite ve sensivitede artış gözlenmiştir (11). Hastamızın her iki omzu ve kalça eklemi USG ile değerlendirildi; solda daha belirgin olmak üzere bilateral subdeltoid bursit ve bisipital tendinit, sağ kalçada trokanterik bursit saptandı.

Sonuç olarak, ileri yaşlarda eklem ağrısı ve akut faz yüksekliğinin inflamatuvar, enfeksiyöz ve neoplastik pek çok hastalıkta gözlenebileceği akılda bulundurulmalıdır. Hastalara dikkatli ayırıcı tanı yapılmalı ve uzun dönemde izlenmelidir. Ayırıcı tanı için kas iskelet sistemi USG'si yapılması ve bulguların dikkate alınması PMR tanısında yardımcıdır.

KAYNAKLAR

1. Van Hecke O. Polymyalgia rheumatica—diagnosis and management. *Aust Fam Physician* 2011;40: 303-6.
2. Weyand CM, Hunder NN, Hicok KC, Hunder GG, Goronzy JJ. HLA-DRB1 alleles in polymyalgia rheumatica, giant cell arteritis, and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994;37(4): 514-20.
3. Weyand CM, Goronzy JJ. Polymyalgia Rheumatica and Giant cell arteritis. In: *Arthritis and Allied Conditions, A Textbook of Rheumatology*. Koopman WJ, (ed). Philadelphia. WW Lippincott 2001: 1784-96.
4. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia Rheumatica and Giant-Cell Arteritis. *N Engl J Med* 2002;347(4): 261-71.
5. Roche NE, Fulbright JW, Wagner AD, Hunder GG, Goronzy JJ, Weyand CM. Correlation of IL-6 production Arthritis Rheum Dis 1993;36(9): 1286-94.
6. Matteson EL; EULAR/ACR Study Group for Development of Classification Criteria for Polymyalgia Rheumatica. *EULAR/ACR 2012 classification criteria for polymyalgia rheumatica*. *Presse Med* 2013;42: 543-6.
7. Yurdakul FG, Bodur H, Sivas F, Başkan B, Eser F, Yılmaz O. Clinical Features, Treatment and Monitoring in Patients With Polymyalgia Rheumatica: Original article *Arch Rheumatol* 2015;30 (10): 1-6.
8. Myklebust G, Gran JT. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. *Br J Rheumatol* 1996;35: 1161-8.
9. Nesher G. Polymyalgia Rheumatica. *Diagnostic Criteria in Autoimmune Diseases*. Y Shoenfeld, Cervera R, ME, Gershwin (eds), 2008, pp 77-79, Humanapress, NJ (USA).
10. Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, Schmidt WA, Schirmer M, Salvarani C. 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2012;71(4): 484-92.
11. Macchioni P, Boiardi L, Catano M, Pazzola G, Salvarani C. Performance of the new 2012 EULAR/ACR classification criteria for polymyalgia rheumatica: comparison with the previous criteria in a single-centre study. *Ann Rheum Dis* 2014;73(6): 1190-3.