

# Romatoid Artritte Servikal Omurga Tutulumu: Atlantoaksiyal Subluksasyon

Dr. Şule TÛTÛN (1), Dr. Levent ÖZGÖNENEL (2), Dr. Esra ÇETİN (2)

## ÖZET

Romatoid artrit (RA); kronik, inflamatuvar ve sistemik bir hastalıktır. Bu yazımızda RA'lı hastalardaki servikal omurga tutulumunu ve atlantoaksiyal subluksasyonu (AAS) tanı ve tedavi yönünden değerlendirdik. **Anahtar kelimeler:** Romatoid artrit, servikal tutulum, atlantoaksiyal subluksasyon

## SUMMARY

**The Cervical Spine Involvement in Rheumatoid Arthritis: Atlantoaxial Subluxation**  
Rheumatoid arthritis is a chronic, inflammatory and systemic disease. In this study, we assessed the diagnosis and treatment of cervical involvement and atlantoaxial subluxation in patients with RA.  
**Keywords:** Rheumatoid arthritis, cervical involvement, atlantoaxial subluxation

## GİRİŞ

Romatoid artrit (RA) bütün dünyada genel nüfusun %0.5-1 ini etkileyen ve en sık rastlanan enflamatuar artrit (1). Etiyolojisi belli olmayan, özellikle eklemleri tutan, sistemik bulgular gösteren, kronik enflamatuar bir hastalıktır. Eklem sinovyasında yangıya ve proliferasyona neden olarak başlar. Sinovyada pannus formasyonu oluşturarak kıkırdak, kemik doku ve komşu diğer dokularda yıkıma ve sonuçta eklemlerde şekil bozukluğu ve deformitelere yol açar (2). RA da en çok tutulan eklemler metakarpofalangeal (MKF), elbilekleri, proximal interfalangeal (PİF), dizler, dirsekler, metatarsofalangeal (MTF), kalçalar. Omuzlar, ayak bilekleri ve servikal vertebralardır (1,2).

RA da servikal bulgular daha az dikkati çekse de hastalık eskidikçe servikal tutulum %17-86 belirtilmektedir (1,7). Servikal tutulum gerek subluksasyonlar, gerekse pannusun neden olduğu ligament laksitesine bağlı basılar

sonucu oluşan nörolojik komplikasyonlar nedeni ile önemlidir. Hastalığın bu özelliği bilinmekle birlikte, geç farkedilebilmektedir.

Servikal omurgadaki diskovertebral eklemlerde sıklıkla osteokondral destrüksiyon oluşur ve bu eklemler servikal lateral grafilerde daralmış olarak görülürler. Servikal disk aralıkları belirgin skleroz olmadan daralmıştır. Boyun ağrısı oldukça şiddetlidir, ancak kas spazmı olmadığından pasif hareketler normal olabilir (1,2). Bu süreç 2 mekanizmaya bağlıdır: 1) İnflamatuar yapının komşu apofizer eklemlerden diskovertebral alana yayılması, 2) Apofizer eklemlerin destrüksiyonu ile başlayan vertebral dizilimin bozukluğu veya subluksasyona doğru ilerleyen kronik servikal instabilite. Servikal vertebralarda merdiven basamakları şeklinde subluksasyon ve spondilolistezis gelişir. Ayrıca vertebral son plaklarda mikrofraktürler, disk hernileri ve disk kartilajında dejenerasyon ortaya çıkar (3). Bu durum erken ve sürekli medikal tedaviyi gerekli kılar.

RA'de AAS en çok erkek cinsiyette, seropozitif, uzun süreli hastalık öyküsü olan, periferik erosiv artrit olan ve uzun süreli steroid tedavisi gören hastalarda görülür. Hastalık süresi arttıkça AAS daha çok görülür.

S.B İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Şef Yardımcısı(1)  
S.B İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Uzmanı(2)

AAS anterior, posterior, vertikal ve lateral olmak üzere 4 türdür (1-4). C1 vertebra (atlas) ile C2 vertebra (eksen) arasında transvers, alar ve apikal ligamentlerle stabilitesi sağlanan bir eklemleşme vardır (AAS) (8). C2'nin odontoid çıkıntısının ön yüzü ile atlas tüberkülünün posterior inferioru arasındaki mesafenin (ön atlantodontoid mesafe) 3mm'den büyük olması anterior AAS'dir. Posterior atlantodontoid mesafe ise 14mm'den küçük olursa ciddi paralizi riski ortaya çıkar (1,2,4). RA da en fazla anterior tip görülür. Vertikal AAS:C1-C2 arasındaki lateral artikulasyonların kollapsı ile oluşur. Odontoid çıkıntı, yukarı yükseleceğinden beyin sapı basısı meydana gelebilir. Ağız açık olarak çekilen AP grafilerde, odontoid çıkıntı Fischgold-Metzger hattını geçmemelidir. (Bu hat kafatasının iki digastrik oluşu arasından geçen hattır (3). Lateral AAS:Lateral eklemlerin tek taraflı lezyonuna bağlıdır. Rotatuar tiptir. Posterior AAS:Odontoid çıkıntının destrüksiyona uğraması veya C2 den kırılarak ayrılması sonucu meydana gelir.

## KLİNİK BELİRTİLER

AAS her zaman klinik belirti vermeyebilir. Ancak ilerlemiş tiplerinde medulla basısına neden olabilir. İlk belirti oksiputa yayılan boyun ve baş ağrısıdır (1,2,5). Ayrıca sertleşme ve krepitasyon, boyun ekstansiyonunda kısıtlılık vardır. Anterior AAS romatoid artrit %22-44 oranlarındadır. SHARP-PURSER testi (+)'dir. (Fleksiyondaki başın C2 nin spinöz çıkıntısı fikse edilmişken ekstansiyona getirilmesidir.)

Daha az görülen ama daha ciddi olan iki özellik yaş ilerleyen kuadriparezi ve ellerde ağrısız uyuşma ve duyu kaybıdır. Başın hareketi sırasında omuzlar ve kollara yayılan parestezi vertebral arter kompresyonuna bağlı olabilir.

İleri vakalarda görülebilen spinal kord bası bulguları:

- Servikal omurga fleksiyonunda başın öne doğru düşüyor gibi hissedilmesi
- Bilinç düzeyinde değişiklikler
- Düşme atakları
- Sfinkterlerde kontrol kaybı
- Disfaji, vertigo, konvülsiyon, hemipleji, dizartri, periferik pareteziler
- Patolojik refleksler (1,5,6)

Boyun hareketleri esnasında ağrı veya krepitasyon

olan hastalarda, radiküler semptomları olanlarda veya kol ve bacaklarda güçsüzlüğü olan hastalarda ameliyatlardan önce boyun fleksiyon ve ekstansiyonda lateral radyografiler çekilip AA eklem tetkik edilmelidir.

## TANI

**Direkt Radyografi:** Servikal omurganın fleksiyon ve ekstansiyonda çekilen direkt lateral grafiler, ağız açık çekilen AP grafiler önemlidir. Antefleksiyonda çekilen grafide ön atlantodontoid mesafe ölçülebilir. 3mm'nin üzeri patolojiktir. Ağız açık odontoid grafide lateral AA eklem yüzeyleri ve eklem mesafeleri karşılıklı olarak değerlendirilebilir. Bu eklemlerin yüzeyindeki düzensizlik, asimetrik daralma görülebilir (3). RA da AAS çoğunlukla nörolojik bulgu vermediğinden ileri tetkiklere ışık tutması bakımından direkt grafiler önemlidir.

**Bilgisayarlı Tomografi:** Erozyonların yaygınlığını, çevre dokularla ilişkisini, spinal kordun kompresyonunu gösterir. Ancak pannusu göstermez. Bunu sağlamak için ve MR çekiminin kontrendike olduğu hallerde intratekal kontrastlı BT çekilir.

**MR (Manyetik rezonans görüntüleme):** Avantajı kontrast gerektirmemesi ve her planda görüntü elde edilebilmesidir.(1,5,9). Erozyon, pannus, yumuşak doku inflamasyonları görülebilir. Reiter ve Boden servikal spinal anormalliği ve nörolojik defisiti olan tüm hastalarda MR taramasını önermişlerdir (10).

## TEDAVİ

**Konservatif Tedavi:** Sinovitin azaltılmasına yönelik medikal tedavi çok önemlidir. Diğer konservatif tedavi yaklaşımları semptomatiktir. Servikal kollar (boyunluk) yaygın olarak kullanılmaktadır. Boyunluk psikolojik destek, ağrı azalma, stabilite hissi sağlar. Ancak bazı vakalarda sublüksasyonu artırabilir. Rijid ortezlerin özel bir yararı yoktur ve iyi tolere edilemezler. Konservatif tedavinin başarısı için hasta eğitimi önem taşır (5).

**Cerrahi Tedavi:** En sık uygulanan girişim posterior füzyon yoluyla stabilizasyondur. Cerrahi tedavi sonuçları oldukça yüz güldürücüdür. 26 hastadan oluşan bir seride hastaların %92'sinde ağrıların ortadan kalktığı ve %89'unda nörolojik fonksiyonların düzeldiği bildirilmiştir (1). Cerrahi tedavi boyun ağrısı ve radiküler ağrı-

sı olan hastalarda semptomatik iyileşme açısından, nörolojik defisitli hastalara göre daha başarılıdır.

Cerrahi tedavi endikasyonları inatçı ağrı ve nörolojik defisitlerin varlığıdır. Sık görülmesi ancak her zaman belirti vermemesi nedeni ile subluksasyonun varlığı cerrahi girişim için endikasyon değildir. İnstabilitenin ilerlemesi relatif cerrahi endikasyondur.

Diğer bir endikasyon spinal kord çapının C1-C2 seviyesinde 6 mm.nin altında olması, posterior atlantodental aralığın 14mm.den küçük olması ve 31.5 mm.nin üzerinde kranial migrasyonun bulunmasıdır.

## SONUÇ

Romatoid artritte servikal tutulum gerek subluksasyon gerekse sinovyal pannusun ölümcül olabilecek veya sakat bırakabilecek nörolojik komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle göz ardı edilmemelidir.

## KAYNAKLAR

- 1- **Harris E., Budd R., Firestein G.**, Servikal omurga.Romatoloji 2006;1869-1872
- 2- **Gümüşiş G., Doğanavşargil E.** Romatoid artrit. Klinik Romatoloji 1999;271-272
- 3- **Mc. Rae R.** Servikal omurga.Klinik Ortopedik Muayene 2004;36-37
- 4- **Tekeoğlu İ., Demir S., Şenol S.** Üç olguda atlantoaksiyal subluksasyon.Türkiye Fiziksel Tıp ve Reh.Dergisi ,cilt 2 -53 .2007; 78-79
- 5- **Mc. Carty D, Koopman W.** Correction of Arthritic deformities of the spine.Arthritis and Allied Conditions 1993; 963-964
- 6- **Bartlett S, Bingham C, Moricic M.** Romatoid artrit.Romatizmal hastalıklarda Klinik Tedavi 2007; 157-158
- 7- **Oda T.Fujiwara K, Yoenobu K.** Naturel course of servikal spine lesions in rheumatoid artrit.Spine 1995; 20:1128-35
- 8- **Reynolds H., Carter SW, Murtagh FR.** Servikal rheumatoid arthriti, value of flexion and extension views in imaging.Radiology.1987; 164:215- 218
- 9- **Beyazova M, Gökçe Kutsal Y.** Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon 2000; 1548-1570

**10- Reiter MF, Boda SD.** Inflammatory disorders of the cervical spine. Spine 1998;23(24)2755-66

---