

Undiferansiye Spondiloartropati: Vaka Sunumu

Dr. Şule TÛTÛN (1) , Dr. Şeyma ÖZEN (2), Dr. Derya SAYLIK (2), Dr. Nil ÇAĞLAR (3), Dr. Esra ÇETİN (4), Dr. Özer BURNAZ (4)

ÖZET

Andiferansiye spondiloartropatiler (uSpA) terimi, spondiloartropatilerin klinik ve radyolojik belirtilerini gösteren; ama bu gruba giren ankilozan spondilit, psöriyatik artrit, reaktif artrit, enteropatik artrit gibi belirli bir hastalığın tanı kriterlerini tam olarak tamamlamayan hastaları tanımlamak için kullanılır. Andiferansiye spondiloartropati, seronegatif spondiloartropati spektrumu içinde sık görülen bir tablodur. Andiferansiye spondiloartropatinin zaman içinde belirli bir spondiloartropati kliniği geliştirmesinden dolayı hastaların sistematik izlemi önerilmektedir.

Bu vakada biz, Avrupa Spondiloartropati Çalışma Grubu kriterlerine göre seronegatif spondiloartropati saptanan ve spondiloartropati grubundaki herhangi bir hastalık kriterlerini karşılamayan ve uSpA olarak tanı konan 26 yaşında bayan bir hastayı sunduk.

Anahtar Sözcükler: *Andiferansiye Spondiloartropati, Ankilozan Spondilit.*

SUMMARY

Undifferentiated Spondyloarthropathy: A Case Report

Undifferentiated spondyloarthropathies (uSpA) represent a group of patients with clinical and radiographic features suggestive of a seronegative spondyloarthropathy but not fulfilling the diagnostic criteria for any of the established diseases (ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, reactive arthritis, enteropathic arthritis) in this group. Undifferentiated spondyloarthropathy is one of the common disease subset in the spectrum of seronegative SpA. Since uSpA may gradually develop definite SpA, systematic follow up is recommended.

In this case, we present a 26-year-old woman who fulfilled the European spondyloarthropathy Study Group (ESSG) criteria for seronegative spondyloarthropathies but not meet criteria for any of the disease and diagnosed as uSpA.

Key Words: *Undifferentiated Spondyloarthropathy, Ankylosing Spondylitis.*

GİRİŞ

Undiferansiye spondiloartropati (uSpA) iyi tanımlanmış spondiloartropati formlarından herhangi birini karşılamayan hastalarda spondiloartropati bulgularını tanımlamak için kullanılır (1). Tahmin edilemeyen hastalık seyri, bazı hastalardaki hastalık ciddiyeti, ve sık olmayan tedavi direnci tedavi kararında büyük zorluklar oluştur-

maktadır (2). USpA terimi ilk kez 1982'de Burns ve arkadaşları tarafından, SpA'li hastaların ya aksiyal, ya da periferik tutulumu olan iki akraba grubu için önerilmiştir. Daha önceleri uSpA'ler, spondiloartropati ailesinin bir alt grubu olarak kabul edilmeyip, olguları romatoid artrit, bağ dokusu hastalıkları ve diğer romatizmal bozuklukları olan hastalardan ayırt edebilmek için geçici bir tanı niteliğinde kullanılırken, son zamanlarda yapılan çalışmalarla, spondiloartropati spektrumuna dahil edilmişlerdir (3).

Bu olgu sunumunda bel ve kalça ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvuran, radyolojik incelemeler ve laboratuvar tetkikleri ile Undiferansiye Spondiloartropati tanısı konan 26 yaşında bayan hasta sunulmuştur.

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Şef Yardımcısı (1)

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Asistanı (2)

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Şefi (3)

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzmanı (4)



Resim 1: Suprapubik Pelvis Grafisi
Sağda Grade 2 sakroileit

VAKA SUNUMU

S.B İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR polikliniğine başvuran, 4 aydır bel ve sağ kalça ağrısı olan 26 yaşındaki bayan hastanın ağrıları aniden başlamış. Kunt ve devamlı karakterde, yayılım gstermeyen ağrısı olan hastanın ağrıları gece ve sabahları artıyormuş. Hasta uyuma ve karıncalanma tariflemiyordu. Oğgeçmişi ve soygeçmişinde ozellik yoktu. 2 saat süren sabah tutukluğu tarifliyordu. Sistem sorgusunda ozellik yoktu. Fizik muayenede TA:120/80mmHg, nabız 83/dak idi. Diğer sistemlerin fizik muayenesi normaldi. Lökomotor sistem muayenesinde üst ekstremitte hareketleri açık ağrısızdı. Servikal ve torakalde eklem hareket açıklığı tam ve ağrısız olan hastanın lomber eklem hareket açıklığı tam kısıtlı ve ++++ ağrılı idi. El parmak zemin mesafesi 45 cm, Schober 3 cm, tragus duvar mesafesi 15, göğüs ekspansiyonu 5 cm idi. Sağda Laseque +, DBK- idi. BASFİ 5,6, BASDAİ 7, ASQoL 13'dü. Her iki kalça, diz, ayak bileği hareketleri tüm yönlerde açık, ağrısızdı. Dizlerde krepitasyon ve sıvı saptanmadı. Nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar incelemede rutin tam kan ve biyokimya talileri normaldi. Tam idrar tetkikinde +++ pozitif lökosit saptandı. Brucella, salmonella serolojik testleri ve idrar, boğaz kültürleri negatifti. Üretral sürüntüde Mikoplazma Hominis, Mikoplazma Genitalium, Üreoplazma Ürealitikum, Klamidya Trahomatis, Neisseria Gonerhea tespit edilmedi. Göz muayenesinde üveit saptanmadı. Yapılan ilk laboratuvar incelemelerinde, CRP



Resim 2: Sakroiliak MR T2 görüntüleme
Sağda hiperintens belirgin sinyal artışı

4,89, Sedimentasyon 58, PPD-, Paterji testi -, RF-, HLA B27- idi. Hastanın çekilen sakroiliak grafisinde sağda Grade 2 sakroileit saptandı (Resim 1). Çekilen Sakroiliak MR da sağ sakroiliak eklem iliak yüzde T1 hipo T2 hiperintens belirgin sinyal artışı, sağ sakroiliak eklem aralığında sıvı saptandı. (Resim 2). MR da destrüktif görüntüsü olan hastadan biopsi alındı ve biopsi sonucunda enflamasyon tespit edildi. Radyolojik bulguları ve laboratuvar tetkikleri ile anklizon spondilit tanı kriterlerini karşılamayan vaka Undiferansiye AS olarak kabul edildi. Hastaya klinikte yattığı süre zarfında Salisilazosulfopiridin 500mg tablet 2x2, İndometazin kapsül 2x1 başlandı Eklem hareket açıklığı, germe, güçlendirme ve solunum egzersizleri hastaya öğretildi.

Hastanın 3 ay sonunda yapılan muayenesinde TA:120/70 mmHg, nabız 80/dak idi. Lökomotor sistem muayenesinde üst ekstremitte hareketleri açık ağrısızdı. Servikal ve torakalde eklem hareket açıklığı tam ve ağrısız olan hastanın lomber eklem hareket açıklığı + kısıtlı ve ++ ağrılı idi. El parmak zemin mesafesi 26 cm, Schober 5 cm, tragus duvar mesafesi 15 cm, göğüs ekspansiyonu 5 cm idi. Sağda Laseque -, DBK - idi. BASFİ 3,9 BASDAİ 1,15, ASQoL 6 idi. Her iki kalça, diz, ayak bileği hareketleri tüm yönlerde açık ağrısızdı. Dizlerde krepitasyon ve sıvı saptanmadı. Nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar incelemede rutin tam kan ve biyokimya tahlilleri normaldi. Tam idrar tetkikinde ozellik yoktu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde, CRP 0.567, Sedimentasyon 12 mm/ saat idi. Takiplerde hastanın Sedimentasyon ve CRP sinde düşme ağrılarında azalma saptandı.

TARTIŞMA

Andiferansiye spondiloartropatiler (uSpA) terimi, spondiloartropatilerin klinik ve radyolojik belirtilerini gösteren; ama bu gruba giren ankilozan spondilit, psöriyatik artrit, reaktif artrit, enteropatik artrit gibi belirli bir hastalığın tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan hastaları tanımlamak için kullanılır. Andiferansiye SpA deyiiminin birkaç anlamı vardır:

1. Daha sonra tam klinik tablosu gelişecek belirli bir SpA kliniğinin erken dönemi
2. Kesin SpA'nin, hastalığın klinik tablosunu göstermeyecek şekilde gelişen eksik bir formu
3. Belirli bir SpA tablosu şeklinde ayrılmayan çakışma sendromu
4. Henüz bilinmeyen, ileride tanımlanabilecek bir SpA alt grubu (4).

USpA'ler, çocuklardan, 50 yaş üzerine kadar uzanan geniş bir spektrumda görülse de genelde gençlerde ve orta yaşlı erişkinlerde görülür. Kadın erkek oranı çeşitli serilerde değişmekle birlikte 1-3 / 1 oranında olduğu bildirilmektedir. uSpA'li hastaların klinik belirtileri, SpA'lerin romatolojik ve ekstraartiküler belirtilerini paylaşan heterojen bir tablo gösterir. Bunlar;

1. Genellikle oligoartiküler ve alt ekstremitte tutulumunun olduğu asimetrik artrit
2. Entesopati
3. Sakroileit ve diğer inflamatuvar aksiyel tutulumlar (spondilit, intervertebral, kostavertebral eklemlerin artrit)
4. Karakteristik sistemik belirtiler (üveit, mukokütanöz lezyonlar)
5. Romatoid Faktör negatifliği
6. HLA-B27 ile ilişkisi (4).

USpA'de görülen sakroiliak tutulum, diğer spondiloartropatilerde olduğu gibi, asimetrik olabilir (5). USpA'li hastaların küçük bir kısmında (%10) eklem dışı bulgular saptanır. Bunlar akut anterior üveit, ürogenital semptomlar, mukokütanöz bulgular, nonspesifik gastrointestinal bulgulardır. Üveit genellikle tek taraflıdır (6).

Avrupa Çalışma Grubu sınıflandırma kriterlerine gö-

re spondiloartropati saptadığımız hastanın; genç yaşta olması, sakroileitin olması, romatoid faktörü negatif ve ankilozan spondilit, psöriyatik artrit, reaktif artrit, enteropatik artrit gibi belirli hastalıkların tanı kriterlerini taşıması uSpA tanısını destekliyordu.

Ayırıcı tanıda sakroileit yapan nedenler göz önünde bulunduruldu:

Ankilozan spondilit; en az 3 aydır devam eden egzersizle düzeliyor istirahatle düzelmeyen bel ağrısı, lomber omurganın sagittal ve frontal düzlemlerdeki hareket kısıtlılığı, göğüs ekspansiyonunun yaş ve cinse göre normal sınırların altında olması, Evre 2-4 bilateral yada Evre 3-4 unilateral sakroileitin olmasıyla tanı konur (7). Vakamızda lomber hareketlerde kısıtlılık olmasına karşın unilateral Evre 2 sakroileit görülmesi nedeniyle ankilozan spondilit tanısından uzaklaşıldı.

Reaktif artrit, gastrointestinal veya genitoüriner kaynaklı bir enfeksiyondan sonra primer odaktan uzakta sistemik ve eklem tutulumuyla sınırlı olmayan, daha önce belirgin bir enfeksiyon olmaksızın da ortaya çıkabilen, akut süpüratif olmayan, steril, inflamatuvar bir artropatidir. Reaktif artrit ile birlikte olduğu bildirilen enfeksiyon ajanları arasında en önemlileri; Chlamydia, Campylobacter, Salmonella, Shigella, Streptococcus ve Gonococcus'tur (7). Hastamızda PCR yöntemi ile bakılan üretral sürüntüde M. Hominis, M.Genitalium, Ü. Ürealiticum, K.Trachomatis, N.Gonorrhoeae'nın negatif olması, Salmonella, Shigella için seroloji testleri ve kültürlerin negatif olması ve artrit başlangıcından önce diare tanımlanmaması nedeniyle bu tanıdan da uzaklaşıldı.

Psöriais ve inflamatuvar barsak hastalığı semptomlarını tariflemeyen hastada psöriyatik artrit ve enteropatik artrit tanısından uzaklaşıldı.

Brucella ve tüberküloz da sakroileit yapan nedenler arasında olmasından dolayı, hastada bakılan Brucella aglütinasyon testi ve balgamda ARB kültürünün negatif olması, klinik bulguların bruselloz ve tüberkülozu düşündürmemesi, PA akciğer grafisinin normal olması nedeniyle bu tanılardan da uzaklaşıldı.

Minimal yakınma ve bulgusu olan andiferansiye spondiloartropatili hastalara tedavi gerekmez. İnflamatuvar semptomları olan hastalarda NSAİD ilaçlar kullanılır. Ağrı ve tutukluğun giderilmesinde oldukça etkilidirler. Fizik tedavi ve egzersiz tedavisi ile ağrının semptomatik olarak giderilmesi, fonksiyonel postürün devamı,

eklem hareket açıklığının korunması sağlanabilir. Sürekli artrit ve entezopatiyle birlikte olan kronik uSpA , immünesüpresif tedavi gerektirebilir. Bu hastalarda ankilozan spondilitli hastalarda olduğu gibi, Salisilazosulfopiridin kullanılır. 2-3 gram dozda kullanım, klinik, inflamasyon ve laboratuvar bulgularının düzeltilmesinde etkilidir. Salisilazosulfopiridine yanıt vermeyen hastalarda MTX (Methotrexate) denenebilir. Son yıllarda spondiloartropatili hastalarda, üzerinde çalışılan ilaçlardan biri de TNF-alfa blokörleridir (8).

Braun ve ark. 6 ay boyunca bir 1200 hastaya Salisilazosulfopiridin, 118 hastaya plasebo verdikleri çalışmanın sonunda BASDAİ skorlarında fark edilir bir düzelme saptadılar (9). Hastamızda Salisilazosulfopiridin tedavisi sonucunda BASDAİ skorlarında anlamlı düzelme saptandı.

Çeşitli takip çalışmalarında uSpA'li hastaların bir kısmının belirli bir spondiloartropati tipine dönüştüğü gözlenmiştir. Kumar ve ark. yaptığı 11 yıllık bir çalışmada uSpA'li hastaların %68'nin ankilozan spondilite, %5'inin psöriatik artrite döndüğü, %18'nin aynen devam ettiği, %9'unun da remisyona girdiği bulundu(10). US-pA'lerde, zaman içinde özellikle ankilozan spondilite dönmelerine rağmen, hafif hastalık tablosu mevcuttur. Uzun dönemde fonksiyonel kapasite sıklıkla bozulmaz ve prognoz iyidir. Progresyon oranının % 43-80 olduğu sanılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. **Zeidler H, Mau W, Khan MA** Undifferentiated Spondyloarthropathies. Rheum Dis Clin North Am 1992;18:187-2002
2. **Berthelot JM, Saraux A, Le Henaff C, et al.** Confidence in the diagnosis of early spondyloartropathy: a prospective follow-up of 270 early arthritis patients. Clin Exp Rheumatol 2002;20:319-326
3. **Burns T, Marder A, Becks E, et al.** Undifferentiated Spondyloarthritis:a nosological missing link? Arthritis Rheum 1982; 25(suppl):142.
4. **Zeidler H, Mau W, Khan MA.** Undifferentiated Spondyloarthropathies.Rheum Dis Clin North Am 1992; 18(1):187-202
5. **Lawrence HB.** Ankylosing Spondylitis and Undifferentiated Spondyloartropathy <http://e.medicine.com>. 17 Ağustos 2001 (CME).
6. **Mielants H, Veys E.** GIS Tract and Rheumatic Disease. In:Klippel JH, Dieppe PA.Rheumatology. Barcelona:Mosby1998; 2.8.4.
7. **Arasıl T.** Ankilozan Spondilit. In: Beyazova M, Kutsal Y. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon cilt:2. Ankara: Güneş Kitabevi,2000:1577-97.
8. **Brandt J, Haibel H.** Succesful short term treatment of severe Undifferentiated SpA with the anti Tumor Necrosis Factor-a monoclonal antibody Infliximab. J Rheumatol 2002;29:118-22.
9. **Braun J, Alten R, Burmester G, et al.** Efficacy of ssulfosalazine in undifferentiated spondyloarthritis and early ankylosig spondylitis-a multicenter randomized controlled trial.Arthritis Rheum 2004; 50:4100.10. Kumar A et al. Long-term outcome of undifferentiated spondyloartropathy. Rheumatol Int 2001; 20:221-4.