

# Romatooid Artrit Tedavisini Almakta Olan Diyabetik El: Vaka Sunumu Diabetic Hand Receiving Treatment of Rheumatoid Arthritis: Case Report

Nilgöl Üstün, Nurhan Kızıl, Ayşe Dicle Turhanođlu

Mustafa Kemal Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Hatay, Türkiye

## ÖZET

Eklem mobilite kısıtlılığı, diyabetin sık görülen bir el komplikasyonudur. Deformite oluşturarak el fonksiyonlarında belirgin azalmaya neden olabilir. Uzun hastalık süresi, kötü glisemik kontrol, nöropati, retinopati, nefropati gibi mikrovasküler komplikasyonların varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Hasta kısa hastalık süresi fakat kötü glisemik kontrollü tip 2 diyabetes mellitusu olan ve ellerinde 3 yıldır artan ağrı ve deformite şikâyetleri nedeni ile romatooid artrit tanısı ile metotreksat tedavisi almakta olan ve tarafımızdan deformiteli evre diyabetik limitli eklem mobilitesi ve ağrılı diyabetik polinöropati tanısı koyduğumuz 40 yaşındaki kadın hasta idi. Limitli eklem mobilitesi ve nöropati, klinik değerlendirme ile diğer ağrı ve deformite oluşturan hastalıklardan kolayca ayırtedilebilir. (*FTR Bil Der 2011;14: 85-7*)

**Anahtar kelimeler:** Diyabetik El, Sınırlı Eklem Hareketi, diyabetik polinöropati, rehabilitasyon

## ABSTRACT

Limited joint mobility, a frequent hand complication of diabetes, may cause deformity resulting significant reduction in the hand function. It has been associated with long disease duration, poor glycemic control, and presence of microvascular complications such as neuropathy, retinopathy, nephropathy. Here, a 40 years old female patient having short standing, poor glycemic controlled type 2 diabetes mellitus, also receiving methotrexate therapy with the diagnosis of rheumatoid arthritis because of complaints of increasing pain and deformity in the hands for 3 years and re-diagnosed as end stage diabetic limited joint mobility syndrome and painful diabetic polyneuropathy by us is discussed. Limited joint mobility and neuropathy can be distinguished easily from the other diseases characterized by pain and deformity with clinical assesment. (*J PMR Sci 2011;14: 85-7*)

**Keywords:** Diabetic Hand, Limited Joint Mobility, diabetic polyneuropathy, rehabilitation

## Yazışma Adresi Corresponding Author

Nilgöl Üstün  
Mustafa Kemal Üniversitesi, Fiziksel Tıp  
ve Rehabilitasyon, Hatay, Türkiye

Tel.: +90 326 227 63 67

E-posta: drmustun@yahoo.com.tr

Received/Geliş Tarihi: 28.07.2011  
Accepted/Kabul Tarihi: 12.10.2011

## Giriş

'Diyabetik El' terimi diyabetin eldeki komplikasyonlarını tanımlamak için kullanılır ve klinikte çeroartropati (sınırlı eklem mobilitesi), dupuytren kontraktürü ve fleksör tenosinovit olarak görülür (1).

Limitli eklem mobilitesi, en sık görülen diyabetik el komplikasyonudur. Tip 1 diyabette limitli eklem mobilitesi yaklaşık %30 civarında görülmekle beraber, tip 2 diyabetik hastalarda da görülebilir (2).

Limitli eklem mobilitesi kalınlaşmış deri ve takiben sınırlı eklem hareketi ile sonuçlanan kutanöz bir durumdur. Deri kalınlaşmasından artmış kollajen doku sorumludur.

Limitli eklem mobilitesinin özellikle uzun diyabet süresi olmak üzere kötü glisemik kontrol, retinopati, nefropati, nöropati gibi mikrovasküler komplikasyonların varlığı ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (2-4). Hem tip 1, hem tip 2 diyabette genetik komponent gösterilmiştir (2-3).

Fizik muayenede hastanın el bilekleri maksimum dorsal fleksiyonda iken metakarpofalagial ve interfalangial eklemleri tam ekstansiyona getirilemez (Prayer işareti). Prayer işareti limitli eklem mobilitesini evrelemekte de kullanılır: Evre 0, normal; Evre 1, bir veya iki interfalangial eklemin bilateral olarak tutulması; Evre 2, üç veya daha fazla interfalangial eklemin bilateral olarak tutulması; Evre 3, deformiteli el (1).

Diyabetik limitli eklem mobilitesinin iyi glisemik kontrol dışında spesifik bir tedavisi bilinmemektedir.

Eldeki deformite ve ağrı nedeniyle ayırıcı tanıda romatoid artrit ve skleroderma ilk etapta düşünülebilirse de klinik, laboratuvar ve görüntüleme ile bu hastalıklardan kolayca ayırt edilebilir.

Hastayı uzun diyabet süresi olmadığı halde, deformiteli evre limitli eklem mobilitesi ve polinöropatisi olduğu ve özellikle de bu



Resim 1. El bileği, MCP eklemleri, interpalangial eklemleri, başparmak interfalangial eklemlerinde kontraktürlere bağlı deformiteli el görünümü



Resim 2. Pozitif prayer işareti

deformite ve ağrılar nedeniyle romatoid artrit tanısı ile metotreksat tedavisi almakta olduğu için sunmayı istedik.

## Hasta Sunumu

Kırk yaşında kadın hasta, ellerinde ağrı ve hareket kısıtlılığı, fonksiyon kaybı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hikayesinden mevcut şikayetlerinin 3 yıldır olduğu ve hızlı ilerlediği öğrenildi. El palmar yüzlerinde belirgin deri kalınlaşması, sarımsı görünüm mevcuttu. Her iki el bileğinde fleksiyon ve ekstansiyon yönünde belirgin hareket kısıtlılığı vardı, metakarpofalagial eklemlerde fleksiyon, proksimal interfalangial eklemlerde ekstansiyon, distal interfalangial eklemlerde fleksiyon, başparmak metakarpofalagial eklemlerinde fleksiyon, başparmak interfalangial eklemlerinde ekstansiyon kontraktürü vardı (Deformiteli el evresi) (Resim 1 ve Resim 2). Hastanın eli ilk bakışta deri kalınlaşması nedeni ile sklerodermayı ve deformiteleri nedeniyle romatoid artrit akla getiriyordu. Hasta romatoid artrit tanısı ile 2 yıldır metotreksat tedavisi almakta idi ve tedaviden fayda görmediğini ifade ediyordu. Hastanın her iki ayağında pençe parmak deformitesi mevcuttu. Elinde ya da ayağında artrit yoktu. Ağrısı mekanik nitelikteydi, nöropatik komponentler de taşıyordu. Sorgulamada hastanın 3 yıldır tip 2 diyabet tanısı aldığı, oral antidiyabetik kullandığı, fakat açlık kan glukozunun 250-300mg/dl civarında seyrettiği öğrenildi. Hastanın laboratuvar bulgularında hemoglobin 12,0 g/dl, açlık kan glukozu 332 mg/dL, HbA1c %12,6, kreatinin 0,5 mg/dl, CRP 0,361 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 30 mm/h, romatoid faktörü 20 IU/mL, antinükleer antikoru negatif, tam idrar tetkikinde 2+ glukozu mevcuttu. Çekilen el grafisinde erozyon yoktu.

LANSS nöropatik ağrı skalası 13/24 pozitif. Hastada mevcut bulgularla diyabete bağlı son evre limitli eklem mobilitesi ve polinöropati olduğu düşünüldü. Nöropatik şikayetleri için sinir ileti çalışması yapıldı, sensorimotor demyelizan polinöropati saptandı (Tablo 1 ve Tablo 2), otonom

Tablo 1. Duyu sinir ileti çalışması

Sinir	Latans (ms)	Amplitüd ( $\mu$ V)	Hız (m/s)
Sağ median-3. parmak	3,40	12,6	47,1
Sol median-3. parmak	3,35	11,7	47,8
Sağ ulnar-5. parmak	2,70	11,4	51,9
Sol ulnar-5. parmak	2,45	18,0	61,2
Sağ sural-lat. malleol	2,75	20,2	36,4
Sol sural-lat. malleol	3,65	6,0	27,4

Tablo 2. Motor sinir ileti çalışması			
Sinir	Latans (ms)	Amplitüd ( $\mu V$ )	Hız (m/s)
Sağ median-APB			
Bilek	3,20	9,0	
Dirsek	7,00	8,7	44,7
Sol median-APB			
Bilek	3,90	5,6	
Dirsek	7,25	5,5	47,8
Sağ ulnar-ADM			
Bilek	2,75	5,4	
Dirsek üstü	5,65	5,2	58,6
Dirsek altı	7,35	4,6	64,7
Sol ulnar-ADM			
Bilek	2,95	7,2	
Dirsek üstü	5,90	6,2	50,8
Dirsek altı	7,95	5,9	53,7
Sağ peroneal-EDB			
Ayak bileği	4,95	2,6	
Fibula başı	11,80	2,5	36,5
Sol peroneal-EDB			
Ayak bileği	4,55	4,2	
Fibula başı	10,80	3,4	40,0
Sağ tibial			
Ayak bileği	4,70	4,1	
Diz	15,05	3,6	37,7
Sol tibial			
Ayak bileği	4,65	5,7	
Diz	14,85	5,2	36,3

fonksiyonu gösteren sempatik deri yanıtları alınamadı. Hastanın göz muayenesinde retinopati ve 24 saatlik idarında mikroalbuminüri saptanmadı. İnsülin tedavisine geçildi. Hastanın almakta olduğu metotreksat tedavisine son verildi. Mevcut nöropatik ağrılarına yönelik günde 2 kez 150 mg pregabalin tablet başlandı. Takiplerinde ağrılarında hafif bir rahatlama olduğu öğrenildi. Hasta deformitelerine yönelik cerrahi tedaviyi kabul etmedi.

## Tartışma

Limitli eklem mobilitesinde, artmış kollajene bağlı deri kalınlaşmıştır. İlerleyen evrelerde metakarpofalangial, interfalangial eklemlerde fiks fleksiyon kontraktürleri gelişebilir. Hastanın el bilek hareketlerinin hem fleksiyon hem ekstansiyon yönünde ileri kısıtlı olması, metakarpofalangial eklemlerin fleksiyon kontraktüründe olması ilk bakışta romatoid artrit elini anımsatsa da el bilek, el, ayak eklemlerinde artrit olmaması, eklemlerin bu kadar hareket kısıtlılığına rağmen genişlememiş olması, distal interfalangial eklemler fleksiyon postüründe iken proksimal interfalangial eklemlerin ekstansiyonda fiks olması

(gerçek kuğu boynu deformitesi değil), el palmar yüzeylerinin artmış kollajene bağlı sarımsı, kalınlaşmış olması, el ve el bilek grafisinde bu kadar eklem hareket kısıtlılıklarına rağmen hiç erozyonun olmaması, hastanın kan tablosunun normal olması romatoid artrit uzaklaştırıyordu. Hasta ellerinde lokalize edemediği ağrıdan yakınıyordu, fakat fizik muayenede eklemlerinde ağrı yoktu. Sorgulamada ağrısının nöropatik karakterde olduğu anlaşılıyordu.

El palmar yüzeylerdeki sarımsı görünüm, kalınlaşmış deri belki sklerodermayı düşündürbilirdi ama hastanın ön kolunda ve yüzünde deri kalınlaşmasının olmaması, hastada raynaud fenomeninin olmaması, dijital ülserlerin olmaması, tırnak deri kıvrımlarında gözle görülebilen kapiller değişikliklerin olmaması, deri altı küçük kalsiyum nodüllerinin olmaması, sklerodermaya eşlik edebilecek diğer sistem yakınmalarının olmaması, kan tablosunun normal olması, ilaveten hastanın kötü seyirli diyabetinin olması sklerodermadan uzaklaştırıyordu.

Limitli eklem hareketinin, özellikle diyabetin süresi olmak üzere, kötü glisemik kontrol ve beraberinde olan retinopati, nefropati, nöropati gibi mikrovasküler komplikasyonların varlığı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (2-3,7). Özellikle tip 1 diyabetik hastalarda daha sık görülmekle beraber hastada olduğu gibi tip 2 diyabette de görülebilir(2).

Hastanın diyabeti kısa süreliydi, retinopati ve nefropati gibi diğer komplikasyonlar gelişmemişti fakat şeker regülasyonu kötüydü ve nöropatisi mevcuttu. Hastanın ellerindeki ileri deformite, fonksiyon kaybı, ağrı ilk bakışta romatoid artrit, skleroderma gibi hastalıkları akla getirebilse de hasta klinik olarak değerlendirildiğinde şikayetlerinin diyabetin komplikasyonlarına bağlı olduğu kolaylıkla anlaşılabilir.

## Sonuç

Diyabetik limitli eklem hareketi ve diyabetik nöropati tanısı klinik değerlendirme ile diğer deformite ve ağrı oluşturan ayırıcı tanılardan kolaylıkla ayırteedilebilir.

## Kaynaklar

1. Rosenbloom AL. Limitation of finger joint mobility in diabetes mellitus. J Diabet Complications 1989;3:77-87.
2. Smith LL, Burnet SP, McNeil JD. Musculoskeletal manifestations of diabetes mellitus. Br J Sports Med 2003;37:30-5.
3. Crispin JC, Alcocer-Varela J. Rheumatologic manifestations of diabetes mellitus. Am J Med 2003;114:753-7.
4. Ramchurn N, Mashamba C, Leitch E, et al. Upper limb musculoskeletal abnormalities and poor metabolic control in diabetes. Eur J Intern Med 2009;20:718-21.
5. Lawson PM, Maneschi F, Kohner EM. The relationship of hand abnormalities to diabetes and diabetic retinopathy. Diabetes Care 1983;6:140-3.
6. Jennings AM, Milner PC, Ward JD. Hand abnormalities are associated with the complications of diabetes in type 2 diabetes. Diabet Med 1989;6:43-7.
7. Papanas N, Maltezos E. The diabetic hand: a forgotten complication? J Diabetes Complications 2010;24:154-62.