

## Akut Periferik Artrit ile Başvuran Ankilozan Spondilit Tanılı Hastada Ayırıcı Tanının Önemi

### The Importance of Differential Diagnosis in Patients with Ankylosing Spondylitis Presenting with Acute Peripheral Arthritis

 Nurdan YILMAZ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Tokat, TÜRKİYE

Bu çalışma, 6. Ulusal Karadeniz Romatoloji Kongresi (11-13 Mayıs 2018, Kars)'nde sözlü olarak sunulmuştur.

**ÖZET** Gut ve ankilozan spondilit, sık gözlenen romatolojik hastalıklardır. Ayrıca gut hastalığının skleroderma, romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus ve ankilozan spondilit gibi romatolojik hastalıklara eşlik edebildiği bilinmektedir. Ancak ankilozan spondilit ve gut birlikteliğine dair literatürde az sayıda olgu rapor edilmiştir. Ankilozan spondilit tanısı ile takipli 52 yaşındaki kadın hasta sol ayak 1. metatarsofalangeal eklemünde ağrı, şişlik ve kızarıklık yakınması ile başvurdu. Klinik, radyolojik ve laboratuvar değerlendirmeleri sonucunda ankilozan spondilit ve gut artriti birlikteliği tanısı konularak düzenlenen medikal tedaviyle olgunun yakınmaları geriledi. Bu çalışmada, ankilozan spondilit tanılı bir olguda periferik artrit sebebi olarak gut hastalığının da ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği vurgulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit; gut; birliktelik; periferik artrit

**ABSTRACT** Gout and ankylosing spondylitis are common rheumatic diseases. It is also known that gout may accompany rheumatic diseases such as scleroderma, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and ankylosing spondylitis. However, few cases have been reported in the literature regarding the coexistence of ankylosing spondylitis and gouty arthritis. A 52-year-old female patient with ankylosing spondylitis applied to our outpatient clinic with complaints of pain, swelling and redness in the first metatarsophalangeal joint. After clinical, radiological and laboratory evaluations of the patient; she was diagnosed with coexisting ankylosing spondylitis and gouty arthritis. Complaints of the patient regressed with proper medical treatment. In this study, it is emphasized that gout should be kept in mind in the differential diagnosis of peripheral arthritis in patients with ankylosing spondylitis.

**Keywords:** Ankylosing spondylitis; gout; coexisting; peripheral arthritis

Batı toplumlarında ankilozan spondilit (AS) prevalansı %0,2-1,0 arasında bildirilmiştir. AS, tipik olarak üçüncü dekatın erken dönemlerinde başlamaktadır. Erkeklerde kadınlara göre iki-üç kat daha sık görülmektedir. Hatta son çalışmalarda, iki cinsiyet arasında hastalık sıklığı açısından önemli bir fark olmadığı bildirilmektedir.<sup>1</sup>

Gut hastalığı ise daha çok orta yaşta erkeklerde görülen, insidansı son yıllarda artarak %3'e ulaşmış bir klinik durumdur. En az 10 yıl kadar asemptomatik hiperurisemi sonrası erkeklerde dördüncü-beşinci

dekatlarda, kadınlarda ise altıncı-yedinci dekatlarda pik yapar.<sup>2,3</sup>

Gut hastalığı skleroderma, romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus gibi farklı romatolojik hastalıklarla birlikte de gözlenebilmektedir.<sup>4-7</sup> Literatür gözden geçirildiğinde, AS ve gut birlikteliğine dair az sayıda yayın vardır.<sup>8-10</sup> Bu çalışmada, AS tanısı ile uzun süredir takip edilen; akut periferik artrit ile başvurarak eşlik eden gut artriti tanısı alan bir olgu sunulmuştur. Bu olgu sunumu ile; bilinen farklı bir romatolojik hastalığı olsa bile akut periferik artrit

**Correspondence:** Nurdan YILMAZ

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Tokat, TÜRKİYE/TURKEY

**E-mail:** nurdanyilmazdr@hotmail.com



Peer review under responsibility of Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Science.

**Received:** 26 Mar 2019

**Received in revised form:** 13 Jun 2019

**Accepted:** 13 Jun 2019

**Available online:** 21 Jun 2019

1307-7384 / Copyright © 2020 Turkey Association of Physical Medicine and Rehabilitation Specialist Physicians. Production and hosting by Türkiye Klinikleri.

başvuran hastalarda gut artriti tanısının akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamak amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Yaklaşık 15 yıldır AS tanısı ile takip edilmekte olan 52 yaşındaki kadın olgu, sol ayak 1. metatarsofalangeal (MTF) ekleminde gece uykudan uyandıracak kadar şiddetli ağrı, şişlik ve kızarıklık yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Olgunun yapılan fizik muayenesinde, sol ayak 1. MTF ekleminde artrit saptandı. Sakroiliak eklem için yapılan “Femoral ABduction External Rotation (FABERE)”, Gaenslen, sakroiliak kompresyon ve distraksiyon testleri ağrılı idi. Lomber ve servikal bölgede eklem hareket açıklıkları kısıtlı idi. Göğüs ekspansiyonu 3 cm; Schöber’i ise 4,5 cm olarak ölçüldü. Sakroiliak eklem ve omurgada radyolojik olarak AS ile uyumlu lezyonlar saptandı. Ayağı için yapılan görüntülemelerde herhangi bir patoloji saptanmadı (Resim 1). Olgunun daha öncesinde periferik eklem tutulumu, üveit veya travma öyküsü yoktu. Öz geçmişinde, AS için konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıtından dolayı etanercept ve adalimumab kullanım öyküsü vardı. En son altı ay önce, tedaviye yetersiz yanıt nedeni ile sertolizumab pegol 50 mg/ay tedavisine geçilmişti. Beraberinde sulfasalazin (SSZ) 2 g/gün tedavisine ek olarak aralıklı nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç kullanımı vardı. Yapılan tetkiklerinde sedimentasyon: 45 mm/saat, C-reaktif protein: 12 mg/L, ürik asit: 9,6 mg/dL ve kreatinin: 1,4 mg/dL olarak tespit edildi. Olgunun bilinen Tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları mevcut idi. 1. MTF küçük bir eklem olduğu için sinoviyal sıvı aspirasyonu yapılamadı. Bu hâliyle klinik olarak AS ve akut gut artriti tanıları düşünüldü. Kreatinin yüksekliği saptanan olgudan dâhiliye konsültasyonu istendi. Renal ultrasonografi ve 24 saatlik idrar ve kan tetkik sonuçlarına göre evre 1 kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı alan olguya dâhiliyenin de görüşü alınarak; mevcut tedavisine ek olarak prednizolon 5 mg/gün ve kolşisin 1,5 mg/gün tedavisi başlandı. Sonrasında yakınmaları gerileyen olgu 1 mg/gün kolşisin profilaksisi; KBY ve diğer ek hastalıkları yönüyle dâhiliye poliklinik kontrolleri ile takip edilmektedir. Olgunun takiplerinde yeni bir gut atağı gözlenmemiş olup, boyun ve sırt ağrıları için “hot pack”, ultrason ve transkutanöz elektriksel stimülas-



RESİM 1: Olgunun ayak grafisi.

yondan oluşan bir fizik tedavi programına alınmıştır. Ayrıca olgumuza, postür ve germe egzersizlerini içeren bir ev egzersiz programı verilmiştir.

Hastanın sözlü ve yazılı aydınlatılmış onamı alındı.

## TARTIŞMA

AS, özellikle genç hastalarda omurga ve sakroiliak eklem tutulumu ile seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Periferik eklem tutulumu ve ekstraartiküler bulgular da gözlenebilmektedir.<sup>11</sup> AS için genetik yatkınlık da söz konusudur. Gut; hiperürisemi, tekrarlayan artrit atakları, eklem içinde ve çevre dokuda monosodyum urat kristallerinin depolanması ile karakterize bir hastalıktır.<sup>12</sup> Gut, erkeklerde daha sık gözlenir; primer gutlu hastaların %90’ını erkek hastalar oluşturur. Kadınlarda ise genellikle postmenopozal dönemde ortaya çıkar.<sup>12</sup> Tipik olarak ilk eklem tutulumu 1. MTF eklemdir. Ayrıca ayak bileği, diz ve dirsek sık tutulan diğer eklemlerdir. Nadiren omurga ve sakroiliak eklem tutulumu da söz konusu olabilir.

Gut ve diğer romatizmal hastalıkların birlikteliği nadirdir; romatoid artrit ve gut birlikteliği ise çok nadir gözlenir.<sup>4,5</sup> Gutun eşlik edebildiği hastalıklar içinde sistemik lupus eritematozus ve sistemik skleroz yer almaktadır.<sup>4,6</sup> Ancak insidansa dair kesin bir veri yoktur. AS ve gut birlikteliği literatürde yine nadiren raporlanmıştır.<sup>8-10,13,14</sup> Bu durum, AS ve gut arasında negatif korelasyon olabileceğini düşündür-

mektedir. Ancak bir retrospektif çalışmada, bilinenin aksine AS ve gut birlikteliğinin daha sık olduğu gözlenmiştir.<sup>8</sup> Gut ve AS'nin erkeklerde daha sık görülme, genetik yatkınlık, eklem ve entezis tutulumu, nonsteroidal antiinflamatuarlara iyi yanıt gibi bazı ortak özellikleri vardır. Her ikisi de ayak bileği ve tarsal eklemleri tutabilmekle birlikte, 1. MTF tutulumu gut için tipiktir; bu bulgu AS'de beklenmez.

Ancak özellikle AS'nin akut artritlerinde veya gutun kronik formunda eklem tutulumlarının birbirinden ayrılması zordur.<sup>8</sup> Her ne kadar 1. MTF tutulumu ve podogra görünümü gut artriti için tipik olsa da ayrıca tanıya romatoid artrit, psödogut, septik artrit; halluks valgus, halluks rijidus ve osteoartrit gibi diğer inflamatuvar ve dejeneratif eklem hastalıkları girmektedir.<sup>15</sup>

Olgumuzun postmenopozal bir kadın olması, tek taraflı 1. MTF eklem tutulumu, eşlik eden evre 1 KBY mevcudiyeti, hiperürisemi varlığı, yakınmalarının gece aniden başlaması ve tipik podogra görünümü diğer ön tanılardan uzaklaştırmıştır. Eklem sıvısında monosodyum urat kristallerinin gösterilmesi tanısaldır, ancak 1. MTF eklemde küçük bir eklem olması yönüyle aspirasyonu zordur.<sup>15</sup> Eklem tutulumunun ani başlangıcı, ağrının şiddeti ve eklemde kızamık ve şiş olması ön planda gut tanısını düşündürmüştür. Çalışmamızda, erken tanı, kolşisin profilaksisi ve diyet önerileri ile yapılan takiplerinde

nüks gözlenmemiştir. Eşlik eden hipertansiyon ve evre 1 KBY mevcudiyeti sebebiyle olgumuz AS ve sekonder gut tanısı almıştır.

Diüretikler, antitüberküloz ilaçlar ve düşük doz asetil salisilik asit hiperürisemi ve gut açısından suçlanmaktadır. AS'de özellikle periferik eklem tutulumu için kullanılan SSZ, idrarla atılırken 5-aminosalisilik asit (5-ASA) e dönüşmektedir. Olgumuz 2 g/gün SSZ kullanmakta idi. Bilindiği üzere 5-ASA düşük dozda urat retansiyonuna bağlı hiperürisemi yaparken, yüksek dozlarda (4-5 g/gün) ürikozüriktir. Olgumuzun kullandığı dozdaki SSZ'nin hiperürisemi yapması beklenmemektedir. Ancak SSZ'nin urat ekskresyonu üzerine olan etkileri için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.<sup>8</sup>

Her ne kadar çalışmamızda olgumuzun eklem tutulumu gut için tipik özellikler gösterse de gut artirinin periferik eklem tutulumlu spondiloartritlerle benzer özellikler gösterebileceğini; özellikle ayak bileği, diz ve dirsek gibi eklem artritlerinde gut tanısının gözden kaçabileceğini ve bunun da hem hastaya hem Sosyal Güvenlik Kurumuna ilave yükler getirebileceğini vurgulamak istedik. Bu nedenle gut ve AS birlikteliği akut periferik artrit ile gelen AS hastalarında akılda bulundurulmalıdır. Böylece hastayı doğru tanı ile en uygun şekilde tedavi ederek, hem hastanın yaşam kalitesi artırılmış hem de gereksiz ileri tedavilerin önüne geçilmiş olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Akar S, Önen F. Epidemiology of ankylosing spondylitis. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2007;3:1-12.
- Wallace KL, Riedel AA, Joseph-Ridge N, et al. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adults in a managed care population. *J Rheumatol.* 2004;31:1582-7.
- Kutlu O, Ecirli Ş, Gencer V, et al. Tophaceous chronic gout: case report and literature update. *Euras J Fam Med.* 2016;5:49-52.
- Olaru L, Soong L, Dhillon S, et al. Coexistent rheumatoid arthritis and gout: a case series and review of the literature. *Clin Rheumatol.* 2017;36:2835-8. [Crossref] [PubMed]
- Bajaj S, Fessler BJ, Alarcón GS. Systemic lupus erythematosus and gouty arthritis: an uncommon association. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:349-52. [Crossref] [PubMed]
- Madej M, Morgiel E, Łuczak A, et al. [Coexistence of systemic sclerosis and gout? Hyperuricemia in systemic sclerosis: case report and literature review]. *Ann Acad Med Stetin.* 2012;58:28-32.
- Ho HH, Lin JL, Wu YJ, et al. Gout in systemic lupus erythematosus and overlap syndrome: a hospital based study. *Clin Rheumatol.* 2003;22:295-8. [Crossref] [PubMed]
- Ho HH, Yu KH, Chen JY, et al. Coexisting ankylosing spondylitis and gouty arthritis. *Clin Rheumatol.* 2007;26:1655-61. [Crossref] [PubMed]
- Wong DM, Chalmers IM. Coexistent acute gouty arthritis and ankylosing spondylitis. A rare occurrence. *J Rheumatol.* 1994;21:773-4.
- Zlnay D, Rovenský J, Bosák V, et al. The coincidence of ankylosing spondylitis and gouty arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2004;10:47-50. [Crossref] [PubMed]
- Kınıklı G. [Spondyloarthropathies]. Kınıklı G, editör. *Romatoloji.* Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 2013. p.252-63.
- Turgay M. [Crystal arthropathies]. Kınıklı G, editör. *Romatoloji.* Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 2013. p.282-6.
- Duda J, Rovensky J, Tauchmannova H, et al. Coincidence of ankylosing spondylitis, gouty arthritis and chondrocalcinosis articularis. *Isr Med Assoc J.* 2005;7:679.
- Yıldız N, Tomruk Sütbeyaz S, et al. Coexisting ankylosing spondylitis and gouty arthritis. *Turk J Phys Med Rehab.* 2011;57:111-3.
- Schlesinger N. Diagnosis of gout: clinical, laboratory, and radiologic findings. *Am J Manag Care.* 2005;11:S443-50.