

Spondiloartritlerde Önemli Bir Eklem Tutulumu: Sternoklavikular Artrit

An Important Joint Involvement in Spondyloarthritis: Sternoclavicular Arthritis

^{id} Senem ŞAŞ^a, ^{id} Hüseyin KAPLAN^a, ^{id} Emre ŞENKÖY^a, ^{id} Gizem CENGİZ^a

^aErciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD, Kayseri, Türkiye

ÖZET Spondiloartrit, aksiyel iskeleti ve periferik eklemleri etkileyen benzer klinik ve patofizyolojik mekanizmalara sahip heterojen kronik inflamatuvar hastalık grubudur. Sıklıkla 2 ve 3. dekatta görülmektedir. Romatoid faktörün negatifliği, insan lökosit antijeni B27 doku antijeninin pozitifliği, sakroiliit ve spondilit tutulum, öncelikle alt ekstremit eklemlerini tutan periferik oligoartrit, entezopati varlığı, ürogenital sistem ve bağırsak enfeksiyonu, psöriyatik deri lezyonları, anterior üveit atakları, özellikle genç yaşlarda başlangıç ve ailesel genetik yatkınlık bu grubun bilinen ortak klinik özelliklerindedir. Aksiyel spondiloartritte primer olarak sakroiliyak eklem ve omurga etkilenir. Ayrıca değişen oranlarda göğüs ön duvarı tutulumuda olabilir. Sternoklavikular eklem, manubriosternal eklem ve sternokostal eklemlerin artiriti neticesinde göğüs ön duvarında ağrı oluşmaktadır. Sternoklavikular eklemi etkileyen hastalıkların ayırıcı tanısı, erken tanı ve uygun tedavi prosedürleri açısından önemlidir. Bu yazıda, sternoklavikular eklem tutulumunun eşlik ettiği bir aksiyel spondiloartrit olgusu güncel literatür eşliğinde sunulmaktadır.

ABSTRACT Spondyloarthritis is a heterogeneous group of chronic inflammatory diseases with similar clinical and pathophysiological mechanisms affecting the axial skeleton and peripheral joints. It is frequently seen in the 2nd and 3rd decades. Negative rheumatoid factor, positivity of human leukocyte antigen B27 tissue antigen, sacroiliitis and spondylitis, primarily involving lower extremity joints peripheral oligoarthritis, presence of enthesopathy, urogenital system and intestinal infections, psoriatic skin lesions, anterior uveitis attacks, especially onset at young ages and familial genetic predisposition are the common clinical features of the group. In axial spondyloarthritis, the sacroiliac joint and spine are primarily affected. In addition, anterior chest wall involvement has been reported at varying rates. Pain occurs in the anterior chest wall as a result of arthritis of the sternoclavicular joint, manubriosternal joint and sternocostal joints. Differential diagnosis of diseases affecting the sternoclavicular joint is important in terms of early diagnosis and appropriate treatment procedures. In this article, a case of axial spondyloarthritis accompanied by sternoclavicular joint involvement is presented in the light of current literature.

Anahtar Kelimeler: Sakroiliit; sternoklavikular eklem; göğüs ağrısı; spondiloartrit

Keywords: Sacroiliitis; sternoclavicular joint; chest pain; spondyloarthritis

Spondiloartritler (SpA) artiküler ve ekstra-artiküler manifestasyonlara sahip, prezentasyonuna göre aksiyel SpA ve periferik SpA olarak gruplandırılan; ortak klinik, genetik ve patofizyolojik mekanizmaları barındıran heterojen inflamatuvar hastalıklar ailesidir.¹ Primer olarak aksiyel iskeleti etkileyen aksiyel SpA'da sakroiliyak eklem,

omurga ve entezis bölgelerinde inflamasyon ortaya çıkmaktadır. İnflamasyona sekonder gelişen yeni kemik oluşumları, geç dönemde ankiloz ile sonuçlanabilir. Omurgada meydana gelen bu yapısal değişiklikler spinal mobilitede, işlevsellikte ve yaşam kalitesinde azalmayı beraberinde getirmektedir.²

Correspondence: Senem ŞAŞ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD, Kayseri, Türkiye

E-mail: senemsas@gmail.com

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

Received: 12 Oct 2021 **Received in revised form:** 24 Mar 2022 **Accepted:** 28 Mar 2022 **Available online:** 31 Mar 2022

1307-7384 / Copyright © 2022 Turkey Association of Physical Medicine and Rehabilitation Specialist Physicians. Production and hosting by Türkiye Klinikleri.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Aksiyel SpA'lı hastaların %26-45'inde göğüs ön duvarı tutulumunun olduğu tahmin edilmektedir. Sternoklavikular eklem, manubriosternal eklem ve sternokostal eklemlerin artiriti neticesinde göğüs ön duvarında ağrı oluşmaktadır.^{3,4} SpA'larda da değişen oranlarda sternoklavikular eklem artritini bildirilmektedir.⁵ Bu yazıda, sternoklavikular eklem tutulumunun eşlik ettiği aksiyel SpA tanılı bir olgu güncel literatür eşliğinde sunulmaktadır.

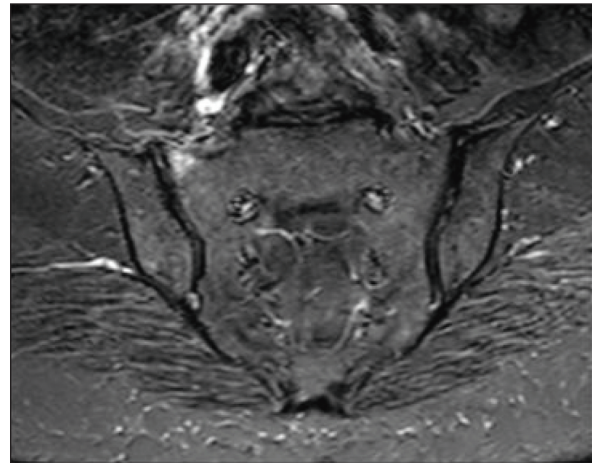
OLGU SUNUMU

Elli yaşında kadın hasta, yaklaşık 10 gündür olan göğüs ön duvarında ağrı ve şişlik şikâyeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın anamnezi detaylandırıldığında yaklaşık 15 yıldır inflamatuvar karakterde bel ağrısı mevcut olduğunu ve 1 yıldır aksiyel SpA tanısıyla dış merkezde takip edildiğini ifade etti. Romatolojik sorgulamada hasta inflamatuvar bel ağrısı, spinal ağrı, yer değiştiren gluteal ağrı ve entezit semptomları tarifliyordu. Hastanın ateş, kilo kaybı, inflamatuvar bağırsak hastalığı veya psöriyazis öyküsü yoktu ve sigara ve alkol kullanmıyordu. Hastanın öz geçmişinde hiperlipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı mevcuttu. Fizik muayenede torakal kifoz artışı yoktu. Sağ sternoklavikular eklemden şişlik, minimal kızarıklık ve hassasiyeti mevcuttu (Resim 1). FABERE testi, FADIR testi, sakroiliyak kompresyon testi bilateral pozitif. Göğüs ekspansiyonu 4 cm, el parmak-zemin mesafesi 22 cm, Schober testi 3 cm, lomber lateral fleksiyon 16 cm, servikal rotasyon 58°, çene-sternum mesafesi 2 cm, oksiput-duvar mesafesi 5 cm, tragus-duvar mesafesi 15 cm ve inter-malleolar mesafe 96 cm olarak ölçüldü. Laboratuvar bulgularında; insan lökosit antijeni B27, anti nükleer antikör ve *Brucella* tüp aglutinasyon testleri negatif. Eritrosit sedimentasyon hızı 5 mm/saat (0-20), C-reaktif protein 6,73 mg/L (0-5), romatoid faktör 11,7 IU/ml (0-14), prokalsitonin 0,02 (0-0,5) olarak saptandı. "Maastricht Ankylosing Spondylitis Ethesis Score" 6 idi. Hastanın suprapubik pelvis grafisinde sağ sakroiliyak eklemde evre 2 sakroiliit, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sağ sakroiliyak eklemden aktif sakroiliit tutulumu raporlandı (Resim 2). Hasta tarafından eklem ponksiyonu yapılması kabul edil-

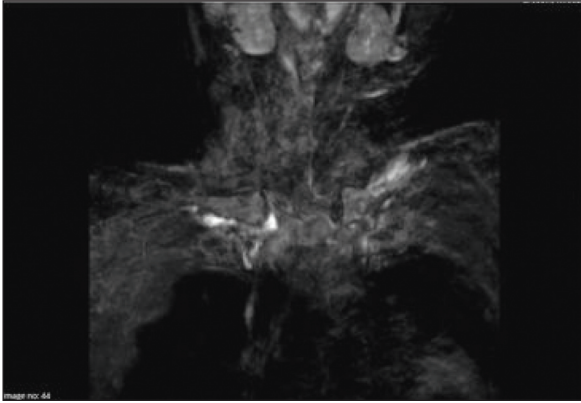
memesi üzerine sternoklavikular eklem MRG uygulandı. Sternoklavikular MRG'de ise sağ sternoklavikular eklemden hafif efüzyon, sinoviyal yüzeylerde kalınlaşma ve kontrast tutulumu gözlemlendi (Resim 3). Hasta asametasin 120 mg/gün kullanıyordu. Daha önce indometazin ve diklofenak tedavilerine yanıt-sızlık mevcuttu. Bath Ankylosing Spondylitis Hastalık Aktivite İndeksi [Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)] değerinin 5,4 olarak hesaplanması ve sakroiliit saptanması üzerine tümör nekrozis faktör alfa (TNF- α) inhibitörü tedavisi planlandı. Hastaya golimumab tedavisi başlandı. Takiplerinde BASDAI değeri 1,8 olarak ölçüldü ve sternoklavikular eklem artritini geriledi. Hâlen kliniği-



RESİM 1: Sağ sternoklavikular eklemden şişlik ve kızarıklık.



RESİM 2: T1 yağ baskılı sekans sakroiliyak manyetik rezonans görüntüleme sağda kemik iliği ödemi ile uyumlu hiperintens patolojik sinyal değişikliği.



RESİM 3: Sağ sternoklavikular eklem manyetik rezonans görüntülemesinde efüzyon, sinoviyal yüzeylerde kalınlaşma ve kontrast tutulumu.

mizde olgunun takiplerine devam edilmektedir. Hastadan resimlerin ve verilerin yayınlanması için sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onay alındı.

TARTIŞMA

SpA hastalarında, erken teşhis daha iyi hastalık yönetimi sağlasa da genellikle semptomların başlangıcı ile tanı konulması arasında geçen süre 5-10 yıl olarak tahmin edilmektedir.⁶ Göğüs ön duvarı tutulumu prevalansı ile ilgili veriler değişkenlik göstermekte olup, olguların %4-18'inde ilk semptom olarak ortaya çıkabilmektedir. Burada sunulan olguda, sternoklavikular artrit hastalık aktivitesini desteklemektedir.

Sternoklavikular eklem farklı hastalık gruplarında etkilenebilme potansiyeline sahiptir. Altta yatan neden idiyopatik, neoplastik, enfektif, romatolojik veya dejeneratif durumlara bağlı olabilir. Ek olarak sternoklavikular eklem kaynaklı ağrılar; boyun ve omuz kaynaklı, kardiyak ve pulmoner patolojilere bağlı göğüs ağrısını taklit edebildiği için ayırıcı tanı önemlidir.⁵⁻⁷ Sternoklavikular eklem septik aritri intravenöz ilaç kullanımı, santral venöz kateter varlığı, diabetes mellitus, travma ve immünsupresyon gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. En sık etken *Staphylococcus aureus*'tur. Daha az olarak *Pseudomonas*, *Brucella* ve *Escherichia coli* enfeksiyonları beklenir. Endemik bölgelerde tüberküloz enfeksiyonu da akla gelmelidir. Osteoartritte eklem aralığında daralma, kapsüler hipertrofi ve osteofit beklenen görüntüleme bulgularıdır. Ayırıcı tanıda dü-

şünülmeye gereken bir diğer hastalık olan sinoviyal akne-püstüloz-hiperostoz-osteit (SAPHO) sendromunun erken döneminde osteolitik kemik yıkımı beklenirken, geç dönemde hiperostoz ve skleroz gibi osteoproliferatif değişiklikler görülür.^{3,8} Romatoid artritli hastalarda, sternoklavikular eklem tutulumu diğer eklemlerdeki etkilenmelere benzer şekildedir. Seronegatif SpA'larda ve kristal artropatilerde de sternoklavikular eklemde tutulum olabilir.⁸ Seronegatif SpA'lı hastaları içeren bir ultrasonografi (USG) çalışmasında, olguların %35'inde sternoklavikular ve manubriosternal eklemlerde tutulum saptanmıştır. Bununla birlikte göğüs ön duvarında yer alan bu eklemlerin tutulumu ile hastalık süresinin, sakroiliit ve inflamatuvar bağırsak hastalığı varlığının ilişkili olduğu bildirilmiştir. Göğüs ön duvarında ağrı ve şişlik ile karakterize ve daha çok 2-4. kostokondral bileşikleri etkileyen Tietze sendromunda da nadiren sternoklavikular eklem tutulumu olabilmektedir. Diğer nedenler dışlandıktan sonra klinik olarak tanı konulur.^{8,9} Olgumuzda inflamatuvar bağırsak hastalığı, kendisinde veya yakınlarında psöriyazis veya psöriyatik artrit öyküsü mevcut değildi. Burada sunulan olgunun SpA tanısı olması, prokalsitonin değerinin negatif olması nedeniyle septik artrit düşünülmedi. Olgunun klinik ve radyolojik bulguları, aksiyel SpA'nın sternoklavikular eklem tutulumu ile uyumluydu.

Sternoklavikular eklem patolojilerinin görüntülemesinde direk grafinin sağladığı bilgiler sınırlıdır.¹⁰ MRG altın standart yöntem olmamakla birlikte teşhis açısından iyi bir araç olabilir. Klinik bulgu olmayan bazı SpA hastalarında göğüs ön duvarında MRG bulguları saptanabilir. MRG kemik iliği ödemi, erozyon ve sinovit gibi lezyonları ortaya koymada diğer görüntüleme yöntemlerine göre daha spesifiktir. MRG'de kapsüler distansiyon, ekstrakapsüler sıvı artışı, periartiküler kas ödemi ve büyük kemik erozyonları enfeksiyon lehine değerlendirilmektedir.¹¹ Bilgisayarlı tomografi ise tarama amaçlı veya yapısal kemik lezyonlarının saptanmasında daha uygun bir görüntüleme yöntemi olabilir.¹² Son yıllarda USG'nin de kullanımı giderek yaygınlaşmakta ve kas-iskelet sistemi patolojilerinin teşhisinde faydalıdır ancak deneyimli uygulayıcı bağımlı bir yöntemdir.¹⁰ Bu olguda, sternoklavikular eklem görüntüleme yöntemi

olarak USG yerine MRG kullanılmıştır. Olgunun MRG bulguları, inflamasyon lehine raporlanmıştır.

Sternoklavikular eklem travmatik olmayan tutulumlarında tedavi yöntemi altta yatan nedene bağlı olarak farklılık gösterir. Septik artritlerde erken dönemde aspirasyon ve uygun antibiyotik seçimi yeterli iken geç dönemde debridman, kemik rezeksiyonu ve artroplastiyeye kadar uzanan cerrahiler gerekebilir. Burada sunulan olgu, eklem aspirasyonunu kabul etmemiştir. Klinik, laboratuvar ve radyolojik parametreler SpA'yı destekliyordu.

Osteoartritte sıklıkla konservatif tedavi [aktivite modifikasyonu, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), intraartiküler steroid enjeksiyonu] uygulanır. İnflamatuvar artritlerde ise NSAİİ ve hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç [disease-modifying antirheumatic drug (DMARD)] ve biyolojik tedaviler uygulanmaktadır.^{8,13} SpA tedavisinde biyolojik tedavi TNF- α ve interlökin-17 üzerinden uygulanmaktadır.¹ SAPHO sendromu tedavisinde, standart bir yaklaşım olmamakla birlikte hastalık progresyonunu engellemek amacıyla antibiyotikler, bifosfonatlar, sentetik/biyolojik DMARD ve steroid enjeksiyonlarından faydalanılır. Ciddi deformite varlığında cerrahi tedavi seçeceği düşünülebilir.^{8,13} Ayrıca sternoklavikular eklemeye yönelik USG eşliğinde enjeksiyonun yararlı olduğu bildirilmiştir.¹⁴ Sencan ve ark. sağ

sternoklavikular artritli olan limitli sistemik sklerozlu bir kadın hastada, floroskopi eşliğinde intraartiküler steroid enjeksiyonunun olumlu etkisini yayımlamışlardır.¹⁵ Burada sunulan olgunun tedavisi sistemik olarak biyolojik tedavi ile yapılmıştır. Sternoklavikular artrit yanısıra sakroiliit ve entezit gibi tutulumların olması nedeniyle sentetik DMARD ve invaziv bir işlem olan intraartiküler enjeksiyon uygulanmamıştır.

Sonuç olarak sternoklavikular eklem tutulumu çeşitli romatizmal hastalıklarda ilk semptom olarak ya da hastalığın seyrinde görülebilmektedir. Sternoklavikular eklem veya göğüs ön duvarını etkileyen hastalıkların bilinmesi hem ayırıcı tanının yapılması hem de hastalıkların erken teşhisinde yararlı olabilir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

KAYNAKLAR

- Carron P, De Craemer AS, Van den Bosch F. Peripheral spondyloarthritis: a neglected entity-state of the art. RMD Open. 2020;6:e001136. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Nikiphorou E, Baraliakos X. Treat to target in axial spondyloarthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2019;45:519-35. [Crossref] [PubMed]
- Rennie WJ, Jans L, Jurik AG, et al. Anterior chest wall in axial spondyloarthritis: imaging, interpretation, and differential diagnosis. Semin Musculoskelet Radiol. 2018;22:197-206. [Crossref] [PubMed]
- Lee TH, Lee CM, Kim TH, et al. Anterior chest wall involvement in spondyloarthritis patients as detected by magnetic resonance imaging: a case series and literature review. Journal of Rheumatic Diseases. 2021;28:159-64. [Crossref]
- Huang PY, Chang LS, Guo MM, et al. Successful treatment in a child with enthesitis-related arthritis involving the sternoclavicular joint: a case report. BMC Pediatr. 2019;19:373. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Elhai M, Paternotte S, Burki V, et al. Clinical characteristics of anterior chest wall pain in spondyloarthritis: an analysis of 275 patients. Joint Bone Spine. 2012;79:476-81. [Crossref] [PubMed]
- Sas S, Erdem HR, Uysal B. Brucellar arthritis involving left sternoclavicular joint: a case report. Acta Med Anatol. 2016;4:126-8. [Crossref]
- Edwin J, Ahmed S, Verma S, et al. Swellings of the sternoclavicular joint: review of traumatic and non-traumatic pathologies. EFORT Open Rev. 2018;3:471-84. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Durmaz HÖ, Erdem HR. [Tietze's syndrome: a case report]. YIU Saglik Bil Derg. 2021;2:63-6. [Crossref]
- Kawashiri SY, Edo Y, Kawakami A. Early detection of inflammation and joint destruction revealed by ultrasound in a patient with sternoclavicular septic arthritis. Intern Med. 2019;58:865-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Kang BS, Shim HS, Kwon WJ, et al. MRI findings for unilateral sternoclavicular arthritis: differentiation between infectious arthritis and spondyloarthritis. Skeletal Radiol. 2019;48:259-66. [Crossref] [PubMed]
- Verhoeven F, Guillot X, Godfrin-Valnet M, et al. Ultrasonographic evaluation of the anterior chest wall in spondyloarthritis: a prospective and controlled study. J Rheumatol. 2015;42:87-92. [Crossref] [PubMed]
- Zwaenepoel T, Vlam K. SAPHO: Treatment options including bisphosphonates. Semin Arthritis Rheum. 2016;46:168-73. [Crossref] [PubMed]
- Min KS, Lopez A, Powlan FJ, et al. Ultrasound-guided sternoclavicular joint injection: technique and case series. JSES Reviews, Reports, and Techniques. 2021;1:393-7. [Crossref]
- Sencan S, Güler E, Cüce I, et al. Fluoroscopy-guided intra-articular steroid injection for sternoclavicular joint arthritis secondary to limited cutaneous systemic sclerosis: a case report. Korean J Pain. 2017;30:59-61. [Crossref] [PubMed] [PMC]