

Kas iskelet şikayeti olan hastaya yaklaşım

Hekime baş vuran her yedi hastadan birinde kas iskelet şikayeti mevcuttur. Pek çok romatolojik hastalığın kronik olması, bazısının yaşamı tehdit etmesi ve bir çoğunun iş gücü yitimine neden olduğundan bu hastalara kısa zamanda doğru tanı ve tedavi olanaklarının sunulması çok önemlidir. Eklem ağrısı, hastaların çoğunun önde gelen yakınmasıdır. Eklem ağrısı dışında, yaygın vücut ağrısı, halsizlik, kas güçsüzlüğü, ekstremitelerde şişliği, yineleyen trombozlar, yineleyen düşükler, deri döküntüsü, üveit, ağız/göz kuruluğu, ağız içinde ve genital bölgede yaralar, yineleyen karın ağrıları, nedeni bilinmeyen ateş ve kilo kayıpları da sıklıkla romatolojik hastalıkların temel belirtilerinden olup hastaların başvuru ya da sevk edilme nedenleridir. Yine hastalıkların büyük çoğunluğu sistemik tutulum eğilimindedir.

Hastayı hekime götüren en önemli yakınma, ağrıdır. Özellikle günlük yaşamımızda ağrı oluşturmadıkça bir deformitenin, ağrısız ise bir ekstremitede zayıflığının veya deri lezyonunun hastayı hekime götürdüğü nadirdir. Ağrı, bireyseldir. Kişilerin kültür durumu, algılama ve değerlendirme özellikleri, ağrı eşiği ile değişebilen ve subjektif bir durumdur. Ağrının bireysel tolerans farkı olduğundan başkalarınınca değerlendirilmesi zordur. Öncelikle ağrının olup-olmadığı, ağrının lokalizasyonu değerlendirilmelidir. Özellikle bir veya birkaç eklemi ilgilendiren ağrı ve şişlik olduğunda olgunun anatomik yeri belirlenmelidir. Eklem ağrısı, eklemin kendisindeki, eklemi oluşturan kemiklerdeki, eklemi çevreleyen bağlar, tendonlar veya bursalardaki veya diğer yumuşak dokulardaki bir anormalliğin sonucu olabilir. Bunu yanında sinir kökü sıkışması ve tuzak nöropatisi veya diğer bir eklem patolojisi sonucunda yansıyan bir ağrı olabilir.

Hasta tarafından eklemde algılanan ve bu şekilde tanımlanan ağrı, gerçekte eklemde kaynaklanmayabilir. Lateral epikondilit (tenisçi dirseği) ağrısının dirsek ağrısı, Dequervein hastalığındaki el bilek ağrısı, servikal bir patolojiden kaynaklanan ağrının omuz veya entesopatik bir kalkaneus ağrısının ayak bileği ağrısı gibi algılanması gibi. Eğer ağrı ve duyarlılık eklemin yalnızca bir parçası üzerinde ise ve ağrı diğer kısımlarında yoksa eklem dışı bir neden söz konusudur. Eklem ağrısı şeklinde kendini gösteren veya eklem ağrısı varlığının temeldeki patolojiyi tanımlamada aldatici olabileceği periartiküler ve artiküler artrit dışı nedenleri öncelikle değerlendirilmelidir. Sonrasında artrit olan hastaların ayırıcı tanısına yönelik değerlendirmeyi yapmak daha uygun olacaktır. Ağrının yeri tanımlandıktan sonra günlük yaşam ritmi ile olan ilişkisi ortaya konmalıdır. Sabahın erken saatlerinde, bazen uykudan uyandırabilen ağrı, ankilozan spondilit ve romatoid artrit gibi inflamatuvar patolojilerde siktir. Bu hastalar saatler içinde rahatlar. Dejeneratif eklem hastalıklarında semptomlar günün ilerleyen saatlerinde ve akşama doğru hasta yoruldukça daha da artış gösterir. Şiddetli osteoartroz gece ağrıya neden olur. Omurganın dejeneratif hastalıklarında ağrı gece sıklıkla uykudan uyandırır ve kişinin yatış pozisyonunun ayarlanması ile azalabilir. Sırt ve belde lokalize devamlı gece ağrılarının enfeksiyöz bir spondilit veya tümör kökenli olabileceği unutulmamalıdır. Ağrının istirahatte olup olmadığının bilinmesi önemlidir. Hem istirahatte, hem de hareket sırasında olan bir ağrı, dejeneratif artrit gibi mekanik bir rahatsızlığı gösterir.

Ağrının yeri ve zaman ilişkisi ortaya konması sonrasında ağrıyı artıran ve azaltan nedenler ortaya konmalıdır. İklimsel değişimlerle eklem şikayetleri genelde ilişkili olmakla birlikte ayırıcı tanıda önemli bir ipucu değildir. Mekanik stres ve zorlamalar tetiği çekebilen ama ayırt edici özelliği zayıf faktörlerdir. Mekanik stres ve ağırlık taşıma ile oluşan başlama ağrısı dejeneratif eklem hastalığı için tipiktir. Omurganın, özellikle dejeneratif vasıftaki ağrıları tipik olarak yanlış pozisyonda oturma, uzanma ve yatma gibi mekanik faktörler ile artar.

Ağrının karakteri de hastalık hakkında önemli bilgiler verebilir. Örneğin bir eklem bölgesindeki ağrı artrit bir olayı düşündürürken, bir ekstremitedeki yanma duygusu bir nöropatiyi düşündürülebilir.

Ağrının şiddeti, değişik şekillerde ifade edilmekle birlikte çok şiddetli ve dayanılmaz diye ifade edilen ağrılarda olayın emosyonel boyutu da dikkate alınmalıdır. Artiküler ve periartiküler ağrı, geniş bir alana yayılabilir ve kaynaklandığı yapıdan uzaktada kendini gösterebilir. Yansıma ağrısı, orta hattı geçmeden segmental olarak yayılır. İlgili dermatom genişliği, ağrının yayılabildiği uzaklığı yansıtır. Aşırı yayılma, yalnızca uzun bir segmentin bulunduğu yerde gözlenebilir. Ağrının kaynaklandığı yapı, ne kadar distalde ise, o ölçüde doğruya yakın bir lokalizasyon yapmak olasıdır. Genelde yüzeysel yapılardan kaynaklanan ağrı, daha iyi lokalize edilebilir. Kapsül, ligament, kas ve bursa gibi yumuşak yapıların yansıyan ağrıları lokalize edilemez.

Eklem bölgesinde ağrı yapan nedenler;

1. Tendinit ve bursitler
2. Kas hastalıkları
3. Vaskülitler
4. Tıkayıcı damar hastalıkları
5. Nörolojik hastalıklar
6. Primer kemik hastalıkları
7. Yaygın ağrılı sendromlardır.

Tendinit ve bursitler, büyük ölçüde aşırı kullanıma bağlıdır. Oluşturan aktivitenin zorlayıcı olması gerekmez. Tekrarlayan hafif aktiviteler en sık nedendir. Bu sendromlarda ağrı, aktivite başlangıcında yoğundur ve aktivite sürerken azalmaya devam eder. Tanı için iş veya spor aktivitelerinin gözden geçirilmesi ve fizik muayene

önemlidir. Ekleme yakın lokal duyarlılık alanının olması ve tutulan yapının dirence karşı yapılan hareket ile ağrının artması önemlidir. Örneğin lateral epikondilite el bileğinin dirence karşı dorsifleksiyonu, lateral epikondil ve ön kol ekstansör yüzünde ağrı oluşturur. Bu patolojilerde şişlik varsa tendon kılıfı ve bursa lokalizedir. Tendinit ve bursitlerde bulgular, genelde eklem bir kısmına lokalizedir. Lokal duyarlılık vardır ve özellikle aktif hareketle daha fazla ağrı oluşur. Çünkü aktif hareket, pasif harekete göre hasta olan periartiküler yapıları daha fazla zorlar. Eklem hem aktif hemde pasif hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık varsa, bu yumuşak doku patolojisinden çok eklem kendi patolojisi olarak yorumlanabilir. Ancak omuzun supraspinatus tendiniti farklılık gösterir. Kol eklemine özelliği nedeniyle lokal tendinit ve bursit gibi yumuşak doku olaylarında hem aktif hem de pasif hareketlerle ağrı oluşabilir, fakat lokal duyarlılık olmayabilir. Diyabetli olgularda tendonların ve deri altı dokuların kalınlaşması, dupuytren kontraktürü gibi klinik belirtiler oluşturabilir.

Özet olarak tendinit ve bursitler;

Büyük ölçüde aşırı kullanıma bağlıdır.

Tekrarlayan hafif aktiviteler gösterirler

Aktivite başlangıcında yoğundur,

Aktivite sürerken azalır.

Lokal duyarlılık, dirence karşı artan ağrı-duyarlılık vardır.

Kas hastalıkları; inflamatuvar, metabolik, post-infeksiyöz ve distrofik karakterde olmasına karşın, kişiler bazen yakınmalarını hekime poliartiküler ağrıyı ön planda tutarak aktarabilir. Hastanın eklem patolojilerinden kaynaklanmayacak ölçüde yatağa bağımlı oluşu, hareketle (yorgunlukta) ağrının belirginleşmesi ve bazen gece kramplarının olması özellik arz edici ve dikkatli bir kas muayenesi kas güçsüzlüğünü ortaya çıkarabilir. Yaşlı olgularda kasa yönelik şiddetli tutukluk ve ağrı, öncelikle polimiyaljiya romatikayı düşündürür. Bu hastalarda olabilecek eklem patolojileri hekimi yanıltabilir.

Özetle kas ağrıları;

İnflamatuvar, metabolik, postinfeksiyöz, distrofik özelliktedir.

Poliartiküler ağrı olabilir

Yatağa bağımlılık yaratabilir,

Yorgunlukla ağrının belirginleşmesi

Gece krampları, muayenede güçsüzlük vardır.

Vaskülitler; belirgin eklem patolojileri vaskülitlerde olmamakla birlikte, bazen şiddetli eklem ağrısı ve hatta artrit gelişebilir. Şiddetli kas ağrıları, ateş, kilo kaybı, paresteziler, vaskülitik nitelikteki deri lezyonları ve diğer sistemlere yönelik yakınma belirtileri de göz önünde tutulmalıdır.

Tıkaçıcı damar hastalıkları; ateroskleroz, Burger hastalığı gibi vaso-okliziv hastalıklarda ve hatta kolesterol emboli sendromunda, mikroma embolileri ve antifosfolipid sendromunda, hastalık küçük damarlarda ise, parmaklarda belirgin ağrı olabilir. Birlikte üsteki deride solukluk, siyanoz, purpura ve nekroz gibi belirtiler bulunabilir. Ağrı, genelde yanıcı ve sızlayıcı karakterdedir ve gece daha belirgin olabilir. Proksimal damar tıkanıklarında tipik kladikasyon bulunur. Aorta-iliak patolojisi olan olgular gluteal ve uyrak bölgelerine yayılan ağrı ile başvurabilir.

Vasküler ağrılar efor ile ortaya çıkar ve dinlenmekle saniyeler içinde geçer.

Nörolojik hastalıklar; periferik nöropatiler ve tuzak nöropatileri gibi periferik sinirlerin kompresyon veya irritasyonları, eklem bölgesinde yansıyan ağrı oluşturabilir. Karpal tünel sendromunda elde ilk 4 parmağın palmar yüzüne yayılan, lumbosakral radikülopatilerde kalçaya yayılan, brakial pleksopatilerde omuzda duyulan ağrılarda olduğu gibi, hekimin eklem bölgesine yönelmesine neden olunabilir. Ağrı sızlayıcı karakterde, geceleri artan vasıfta ve bir periferik damar hastalığı dağılımındadır. Siniri sıkıştırıcı manevralar ile (düz bacak kaldırma testi, median sinir perküsyonu) sinir dağılımında ağrı ve parestezi oluşması tanı için anlamlıdır.

Nörolojik ağrılar genel olarak tanımla yetersiz terimlerle anlatılmaya çalışılır. Keskin ağrı ve iğneleme şeklinde, uyuşuk ekstremiteler veya hipoestezi olarak tanımlanabilir. Bir ekstremitenin kanlanmasıdaki azalma nedeniyle artan ağrı, o uzvun hareketiyle artar, hasta durup dinlenirse azalır (vasküler sinostoz). Lomber spinal stenozlardan kaynaklanan nörojenik kladikasyonlarda yürürken gelen ağrı, ayakta durup dinlenmekle değil, öne eğilmekle veya çömelmeyle yani omurganın öne fleksiyonuyla azalır. Yalancı kladikasyon olarak nitelenen bu olgularda parestezik yakınmalar da bulunabilir ve ağrı genelde iki taraflıdır.

Primer kemik hastalıkları; kemikte ağrı periost ve kemik boşluğunun etkilenmesi sonucunda duyu sinirleri nedeniyle ortaya çıkar. Kemik ağrıları yapabilecek patolojilerin başında; kemik fraktürleri, fissürleri, osteomyelit, pulmoner osteotrofik osteoartropatilerdeki periostit, hemoglobinopatiler, hematolojik maligniteler, primer veya metastatik tümörler ve metabolik kemik hastalıkları bulunur. Tutulmuş periostta bası ve yük taşıma ile ağrı oluşabilir. Paget hastalığında özellikle diz ve kalçada, subkondral kemik veya kırıkdağın deformite veya genişlemesi sonucu hem kemik ağrısı hem de artritik ağrı oluşabilir.

Çocuklarda lösemi yaygın kemik ağrıları ve hatta şişliği ile kendini gösterebilir. Sık olmamakla birlikte erişkin lösemisinde de poliartiküler yakınmalar olabilir. Özellikle diz ve ayak bileğinde gelişen osteonekroz ve zorlayıcı

sporlara bağıli multipl stres fraktürleri, mono-oligo-poliartiküler artriti taklit edebilir. Periostit, özellikle hipertrofik pulmoner artropatinin bir sonucu ise, yaygın eklem ağrısı ve duyarlılığına, hatta ısı artışına neden olabilir.

Yaygın ağrılı sendromlar; eklem ağrısı ile karşımıza gelebilir. Bu olguların büyük çoğunluğunda viral nedenler sorumlu olmakla birlikte bakteriyel de olabilmektedir. Bu enfeksiyonlar genelde benign ve kendini sınırlayıcıdır. Bunun yanında sistemik tutulumlu romatizmal kökenli hastalıklarda yaygın ağrı ve sızı oluşturabilir. Endokrin veya metabolik kökenli miyopatilerde lokalize edilemeyen fizik bulgulu yaygın ağrı ve sızı gözlenebilir. Yaygın ağrılı olgularda belirgin fiziki ve laboratuvar bulgusu yoksa fibromiyalji akla gelir. Psikik sorunları ve uyku bozuklukları olan olgularda derin duyarlı noktalar dikkatle değerlendirilmelidir.

Vücudun değişik yerlerinde, yayılan ağrı oluşturabilen bir başka patolojide miyofasial ağrı sendromudur. Bu sendromda derin duyarlı noktalar değil, ağrının özel bir yayılma gösterdiği ağrılı tetik noktalar vardır. Ağrılı ve yaşlı bir olguda özellikle omuz ve pelvis arka çevresindeki kaslarda güçsüzlük değil de ağrı varsa, PMR veya dev hücreli arterit göz önünde tutulmalıdır. PMR'da küçük eklemlerin sinoviti de görülebilir.

Yaygın ağrı ve sızısı olan hastaya yaklaşım

Klinik özellik	Tanı – önemi
50 yaş üzeri	Polimyaljia romatika, paraneoplastik sendrom
Konstitüsyonel semptomlar	İnflamatuvar barsak hastalıkları, vaskülit, sepsis, malignite
Güçsüzlük	Miyopati, endokrinopati
Tutukluk	İnflamatuvar romatolojik hastalıklar
Baş ağrısı, görme bozukluğu, çene dil kladikasyonu, duyarlı temporal arter	Temporal arterit
Uyku bozukluğu, migren, iritabl barsak sendromu, duyarlı nokta varlığı	Fibromyalji sendromu
Belirgin ve uzun süren sabah tutukluğu	Kronik yorgunluk sendromu
Yaygın ağrı ve sızı, yorgunluk, sert ödem, şiş yüz, güçsüzlük, üşüme	Hipotiroidizm

Eklem ve eklem çevresinden kaynaklanan ağrı, artralji olarak tanımlanır. Eklem yapılarından kaynaklanan ağrı, eklem istirahatte konmasıyla düzelmeli ve eklem gerilmesi ve yüklenmesi ile kötüleşmelidir. Ağrı eklemde lokalize ve hekim tarafından eklem patolojisi olduğuna karar verildikten sonra yapılacak olan, olayın yalnızca artralji ile giden bir patoloji mi yoksa artrit mi olduğuna karar vermektir.

Eklem yangısında yapılması gereken şişlik, renk değişikliği, sıcaklık ve ağrının ortaya konmasıdır. Hastanın hekim tarafından değerlendirilmesinde hastalığın sürecine göre sadece artralji (kronik olgularda olduğu gibi) veya akut evrede inflamasyonun dört bulgu ve semptomu bulunabilir. Artritte, sabah tutukluğunun daha uzun süresi yol gösterici olabilir. Romatizmal hastalığın inflamatuvar mı yoksa mekanik/dejeneratif mi olduğunu belirleyen öykü önemlidir.

Dejeneratif ve inflamatuvar eklem patolojilerinde öykü ve fizik muayene

Özellik	İnflamatuvar	Dejeneratif-Mekanik
Öykü		
Sabah tutukluğu	> 1 saat	< 30 dakika
Halsizlik	Belirgin	Minimal veya yok
Aktivite etkisi	Semptomlar azalır	Semptomlar artar
Dinlenme	Semptomları artırır	Semptomları yatıştır
Sistemik tutuluş	Vardır	Yoktur
Kortikosteoide yanıt	Belirgin	Yoktur
Ağrı	İstirahatte bile vardır, gece ağrısı uykuyuda bozabilir	Aktivite ile başlar ve giderek artar, istirahatte yatıştır
Depresyon ve emosyonel labilite	Sıklıkla gözlenir, remisyonlarda kaybolur.	Olağan değil
Fizik bulgular		
Eklem üzerinde lokalize duyarlılık	İnflamasyonun en duyarlı göstergesidir ve hemen hep vardır	Olabilir
Şişlik	Hep vardır. Sinoviyal sıvı artışı ve sinoviyal hipertrofiye bağlıdır	Olabilir
Isı ve eritem	Olağan bir bulgu olup akut sinovitlerde belirgin	Olabilir
Krepitasyon	İnce –orta büllü	Orta-iri büllü(krakman)
Kemik çıkıntılar	Olağan değil	Sık

Sabah tutukluğu, inflamatuvar eklem sıvısının değişik akışkanlığı ve perivasküler inflamasyon kombinasyonu sonucu gelişir. Hareketle, inflamasyon alanındaki sıvı klirensi sonucu katılık yavaş şekilde açılır. Yalnız başına tutukluk yeterli bir bulgu olmayabilir. Yaşlı olgularda, hipotiroidi ve Parkinson hastalığı bulunan ve minor inflamasyon oluşturan durumlarda da sabah tutukluğu olabilir. Uzun süreli (> 30 dakika) tutukluk anlamlı kabul edilir. İnflamatuvar eklem patolojilerinde tutukluğun süresi kabaca inflamasyonun şiddeti ile orantılıdır ve tedaviyle hasta iyileşirken, tutukluğun süresi kısalır. Sabah tutukluğunun sorgulanmasında hastanın sabahları kalkma zamanı ve gün içinde maksimum hareket edebildiği zaman belirlenmelidir. Bu iki belirleyici arasındaki süre sabah tutukluğunun süresi olarak kabul edilmelidir.

Sabah tutukluğu yanında ağrıyı artıran ve azaltan faktörlerinde bilinmesi artrit-artraljinin inflamatuvar veya dejeneratif-mekanik olarak ayırımının yapılmasında önemlidir.

Gece ağrısı; hastayı uykudan uyandıran ağrı nörojenik, vasküler veya enfeksiyöz kaynaklı olabilir. Özellikle kristal artropatilerde veya şiddetli yapısal eklem yıkımı sonucu olabilir. Tendinit ve bursit de, hastayı uykudan uyandırabilir. Eklem yıkımı yapmamış bir sinovitte ise uykudan uyandırma oldukça azdır.

Uyku bozukluğu; özellikle lokomotor hastalığı olanlarda önemli bir yakınmadır. Uyku bozukluğunun nedenleri, Ağrılı patoloji, kısmen fibromyalji sendromu geliştirmiş olabilir.

Akut faz yanıtının tetiklenmesi, normal uyku düzenini bozabilir.

Özellikle diz-kalça eklem patolojisi cinsel fonksiyonu bozarak, evlilik uyumunu ve sonuçta düzenini de bozabilir. Kronik-şiddetli artropatisi olan hastalarda, latent anksiyete ve depresyon sıktır.

Ağrı için verilen ilaçlar (indometazin, sulfosalazin) MSS yan etkileri nedeniyle uyku düzenini bozabilir.

Güçsüzlük; fizik muayenede görülebilir olmamakla birlikte kas performansının azalmasını ifade eder. Yorgunluk ve halsizlikle ayırımı iyi yapılmalıdır. Güçsüzlük ve yorgunluk, psikosomatik hastalıklı olgularda olagan yakınmalar olduğu için, klinik bulgularla ilişkili olmayan güçsüzlük ve halsizlik semptomları depresyon veya konversiyon reaksiyonu gibi psikolojik nedenleri düşündürmelidir. Yorgunluk ve güçsüzlük, anemi, kronik enfeksiyonlar, kardiyopulmoner hastalıklar, hipo-hipertiroidi, malignite ve kronik inflamatuvar hastalıklar gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Bu sistemik nedenler dışlanınca sinir kökü, omurilik, periferik sinirler ve nöromusküler nedenler araştırılmalıdır. Hastalar tarafından dört tip güçsüzlük tanımlanır;

Yaygın, ağrısız güçsüzlük ve kolay yorulabilirlik. Bu tip yorgunluğa örnek kullanmama atrofisi, sistemik hastalıklarda sonra gelişen kondisyonsuzluk ve miyastenidir.

Ağrısız güç kaybı. Komple denervasyon ve sinir kökü hasarı (polio) veya lokalize kas atrofisi sonucu spesifik kas hastalıklarında görülür.

Parestezili güç kaybı. Kompresyon nöropatili veya radikülopatilerde gelişir.

Ağrı ve krampla olan güçsüzlük. İnflamatuvar veya metabolik kas hastalıklarında görülür.

Günden güne, hastadan hastaya veya gün içinde değişmeyen devamlı güçsüzlük (kas gücü kaybı); periferik nöropati, kord lezyonu, veya inme gibi nörolojik nedeni düşündürür. Güçsüzlüğün objektif bir kanıt olmaksızın güçsüzlükten yakınan hastalarda fonksiyonel nedenler aranmalıdır. Primer inflamatuvar kas hastalığı veya metabolik kas hastalıklarında kas güçsüzlüğü değişkendir. Güçsüzlüğün lokalizasyon ve dağılımı, spesifik patolojileri düşündürmelidir.

Romatolojik hastalıklarda genel-global kas güçsüzlüğü, üremi oluşturmuş böbrek tutuluşunun derin anemi gibi belirtiler ile birlikteliği düşünülebilir. Hasta eklem çevresinde lokal kas güçsüzlüğü; eklem, eklem kapsülü ve çevre yapılarıdaki inflamatuvar olayın kaslara yayılmasına veya tuzak nöropatlere de bağlı olabilmesine karşın, genelde kullanmama atrofisine bağlı olarak gelişir.

Asimetrik periferik güçsüzlük genelde nörolojiktir. Sistemik proksimal güçsüzlük hem primer hem de sekonder miyopatilerin tipik özelliğidir. Proksimal kas güçsüzlüğü genelde merdiven çıkarken veya yardımsız kollarını kullanmaksızın bir koltuktan kalkarken belirgindir. Simetrik distal ve proksimal güçsüzlük, "inklüzyon cismi" miyozitlerinde görülür.

Primer inflamatuvar miyozitte, hastalığın başlangıcında kas kitlesi ve deri reflekslerde patoloji yoktur. Kas güçsüzlüğüne eşlik eden ağrı, eğer varsa vaskülit, nörotik veya iskemik olabilir. Akut başlangıçlı inflamatuvar miyozitlerde ateş, ağrı ve güçsüzlük belirgin olabilir. Kas güçsüzlüğünü romatizmal hastalıklardaki kas sertliğinden ayırt etmek gerekir. Kas sertliği uzun süreli kas hareketsizliğini izleyerek gelişir ve hareketle düzelir. Radiküler ağrılı ve bacakta şişlik varmış gibi duyusu olan bir hastada kas hafif ağrılı ve güçsüz olabilir ve polimiyozit yanlış tanısına neden olabilir.

Hangi aktivitenin ağrıyı artırdığı veya azalttığı bilinmelidir. Omurganın elemanlarından kaynaklanan mekanik ağrı, hemen daima hareketle artar ve dinlenmekle azalır. GİS, batın içi organlardan kaynaklanan ağrılarda bel bölgesine yansır. Nadiren disk hastalığı olan hastalar yatmakla ağrının arttığını ifade edebilir. Kişinin yüzükoyun yatıyor olması, omurganın hiperekstansyonu ağrıyı artırır. İnflamatuvar bel ağrısı, AS ve Scheuerman hastalığı, uzun süren inaktiviteyi takiben ağrı ve sertliğe yol açar ve aktivite ile azalır. Emosyonel olarak stabil olan bir olguda fizik muayene ile yapılan değerlendirmelerde orantısız bir ağrı, enfekte bir diskite veya epidural bir basıyı düşündürür. Genç olgularda kas iskelet sistemi değerlendirilmesinde erişkinlerde önemli yararı olan öykünün yararı azalır. Hekimler gençlerdeki bu yakınmalar genelde masum nedenlere bağlanma eğilimindedir. Oysa ki osteokondrit,

primer kemik tümörleri, gelişme bozuklukları ve enfeksiyöz artritler bu yaş grubunda dikkatle gözden geçirilmelidir. Ağrı gelişimsel büyüme ağrılarına bağlanmadan önce, değerlendirilme iyi yapılmalıdır. Büyüme ağrısı terimi, bir tanı olmaktan çok, bir tanımlama olarak kullanılır. Gerçek büyüme ağrısı, tipik olarak 8 yaş altındaki çocuklarda ve büyük eklemler arasında (bacaklarda) görülür.

SORGULAMA

Özellikle olgunun inflamatuvar nitelikte olduğunu düşünüldüğünde aşağıdakiler daha iyi irdelenmelidir;

1. Hastanın yaşı ve cinsiyeti önemli bir veridir. Hastalıkların pik yaptıkları ve sık görüldüğü yaş ve cins ayrımı tanı için önemlidir.

2. Semptomların başlangıç ve seyri dikkatle irdelenmelidir. Bunu yapmak özellikle kronik olgularda zor olabilir. Eklem yakınması akut başlangıç mı göstermiş yoksa sinsi kronik bir başlangıca mı sahip? Ağrının saniyeler veya dakikalar içinde, son derece hızlı başlaması, eklem iç yapısında bozulma, kırık, travma veya serbest cisimleri düşündürmelidir. Saatler veya bir hafta içinde akut başlangıç, inflamatuvar artritte görülebilir ancak özellikle bakteriyel enfeksiyonlar ve kristal artropatiler içinde önemli bir özelliktir. Semptomların daha uzun süre içinde başlamış olması, bazen daha akut başlangıca sahip olabilirler de tüberküloz ve fungal artritlerde olağandır.

Artropatili hastada yaş ve cinsiyet.

	Erkek	Kadın
Çocuk	Hemofili	
Genç erişkin dönemi	Reaktif artrit	SLE
	AS, Psoriatik Artrit	RA
Orta yaş dönemi	Gut	RA
		OA
Yaşlılık dönemi	Malignensi ile ilişkili artrit	OA
		Polimiyaljiya romatika
		Pirofosfat artropati

Çoğu inflamatuvar artritlerde bu tür bir başlangıca sahip olabilirler. Her kronik olayın akut bir başlangıcı olduğu düşünülürse o zaman akut ve kronik ayrımı yapılırken daha dikkatli olunmalıdır. Bazı kriterler bize bu konuda yardımcı olabilir. Akut artritlerde;

Başlangıç ani ve ağrı oldukça şiddetlidir (gut artrit).

Deri sıcak ve renklidir.

Deri nemlidir.

Periartiküler ödem vardır.

Periartiküler kas atrofisi yoktur veya minimaldir. Septik artritte kısa sürede gelişebilir.

Sinoviyal hipertrofi yoktur.

Kronik seyre sahip olan inflamatuvar eklem patolojilerinde araya zaman zaman akut alevlenmeler girse de başlangıç ani değil yavaş ve sinsidir. Ağrı, daha az şiddetlidir, eklemden renk değişikliği yoktur veya sinoviyal hipertrofi vardır.

3. Travma öyküsü var mı? Bu sorunun cevabının evet olması mevcut patolojiyi açıklamaya her zaman yeterli değildir. Travma bazen inflamatuvar bir olayın tetikleyicisi olabilir. Örneğin akut gut artrit veya spondiloartropati bir travmadan belirli süre sonra başlayabilir.

4. Artrite eşlik eden veya öncelik etmiş, değişik lokalizasyonlu bir enfeksiyon öyküsü var mı? Enfeksiyöz artritte enfeksiyon odağında komşuluk, hematojen veya lenfojen yolla yayılım olabilir ve ajan eklemden alınan materyalde gösterilebilir veya üretilebilir (gonokoksik artrit). Ya da artrit öncelik eden enfeksiyondan haftalar sonra, genellikle 1-4 hafta sonra mikroorganizma eklemden gösterilebilir, üretilebilir veya varlığıyla ilgili olmaksızın organizmanın enfeksiyona bir tepkisi sonucunda gelişmiş olabilir. Genelde reaktif artrit adını verdiğimiz bu enfeksiyon artrit ilişkisine en iyi örnek; ARA, Reiter sendromu (ürogenital bir enfeksiyonu izler) ve enterik enfeksiyonu takiben gelişen artritlerdir. Bu nedenle olgu, artrite öncelik eden respiratuvar, gastrointestinal ve veneral enfeksiyonlar açısından sorgulanmalıdır.

5. Artrit, öyküdeki bir ilaç kullanımı ile ilişkili olabilir? Genetik olarak yatkın olan bireylerde, diüretik ve salisilat kullanımının gut artritini presipite ettiği bilinir. Yine genetik yatkınlık olanlarda östrojenik preparatlar, hidralazin, prokainamid ve antikonvülsan ilaçlar lupus benzeri bir tablo içinde artrit oluşturabilir. Yine antikoagülan tedavi alanlarda eklem içi kanama olabilir ve artropati gelişebilir.

6. Benzer seyirli aile öyküsü de önemlidir. Çoğu romatolojik hastalıkta genetik yatkınlık söz konusu olmakla birlikte, genetik yatkınlık özellikle gut ve spondiloartropatiler için tartışma götürmez. Aile öyküsünde artrit yanında

psoriasis, üveit ve kronik inflamatuvar barsak hastalıkları gibi artrit ile ilişkili olabilecek sistemik patolojiler de aranmalıdır.

Olgu; kitlenme, boşalma, krepitasyon, eklemde ve hasta alanda şişlik, sıcaklık ve eklem üzeri deride renk değişikliği yönünden sorgulanmalıdır. Eklem ağrısı nedeniyle hekime başvuran çoğu olgu, sorulmadıkça eklem ağrısı ile ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, deri döküntüleri, göz yakınmaları ve diğer sistemlerden kaynaklanan problemler arasındaki ilişkiyi algılayabilir. İnflamatuvar romatolojik hastalıkların önemli kısmı sistemik tutulum yapabildiklerinden dolayı olguda; raş (fotosensitivite, psoriatik, purpurik veya peteşial), saç dökülmesi, Raynaud fenomeni, kuru göz-kuru ağız (sicca sendromu), üveit, sklerit, oral veya genital ülserler, üretrit, orşididimit, servisit, inflamatuvar barsak hastalığı semptomları, yutma güçlüğü ve plöro-perikardiyal yakınmalar, dispne, öksürük ve böbrek tutuluş belirtileri gibi diğer sistemler sorgulanmalıdır.

Fotosensitivite, güneşte kalma sonucunda raş gelişmesi hatta bazı sistemik bulguların alevlenmesi demektir ve SLE ile kutanöz LE olgularının %30-60'ında görülür. Raynaud fenomeni ise; parmaklar, burun ucu ve kulakların sıklıkla soğuk etkisi ile geçici iskemisi, yani vasküler vasospastik bir olaydır. Vasospastik olayın oluşturduğu kan akımı değişikliği üç fazlı bir renk yanıtını gösterir. Başlangıç rengi beyazdır (iskemi), sonra mavi (konjestif hiperemi), sonunda kırmızı reaktif hiperemi) renk oluşur. Raynaud tanısı, iskemik fazın soluk (ölü-beyaz) rengi ile en iyi ilişki gösterir.

7. Daha önceden uygulanmış olan tedaviye alınan cevapta konulacak tanı açısından önemlidir. Kolşisin ile artrit yakınmalarının yatışması gut hastalığı için tipiktir. İndometazinde benzer yanıt sağlar. NSAİİ ile yakınmaların gerilemesi spondiloartropatiler için dramatiktir, aynı dramatik yanıt diğer romatolojik patolojilerde, örneğin bağ dokusu hastalıklarında gözlenmez.

8. Hastadan sorgulama ile alınabilecek önemli verilerden biri de artrit seyrinin belirlenmesidir. Kronik artrit başlangıcından beri değişken hızda ilerleyici olabilir veya kısmi veya tam iyilik dönemleri ile intermitan bir gidiş gösterebilir. Bazı olgularda gezici bir artrit seyri örneği olabilir.

Artrit gezici oluşu, özellikle ARA poliartriti için tanısaldır. Bir eklemdeki olay yatışır ve tama yakın iyileşirken, yeni bir eklemde olayın geliştiğini vurgulayan bu örnek, bazen spondiloartrit ve RA gibi diğer romatolojik patolojilerde de görülebilir.

Eklenen artrit örneği, bir veya birkaç eklemde artrit bulgular devam ediyorken yeni eklemlerde artrit gelişmesi demektir. SpA ve BDH grubunda, özellikle bu tip artrit gözlenir.

İntermittant artrit örneği, sıklıkla RA'de bir başlangıç ve seyir olarak karşımıza çıkar.

9. Artritli eklemde belirgin sıcaklık ve özellikle derideki kızarıklık, olayın akut doğasına işaret edeceği için hasta sorgulanmasında dikkat edilmelidir. İnflamasyonlu eklem üzerindeki kızarıklık inflamasyonun doğal bir göstergesidir. Akut artritlerde sıklıkla ağrılı ve şiş bir eklem üzerindeki deride kızarıklık vardır. Ama kronik seyirli bazı artritlerde (spondiloartrit) eklem renkli olma eğilimindedir. Kronik bir eklem patolojisi olan RA'de ise, hasta eklem üzerindeki deride renk değişikliği yoktur veya çok siliktir. Eklem üzerindeki yerleşik renk değişikliği her zaman eklemdeki bir inflamasyonun bulgusu değil primer patolojinin eklem üstündeki deride olması nedeniyle deri lezyonundan kaynaklanabilir. Bunun en güzel örneği, dermatomyozit olgularında; özellikle eklem ekstansör yüzeyinde deriden biraz kabarık, pullanma eğilimi gösteren menekşe renkli gottron papülleri oluşabilir.

10. Hastalığın seyri sırasında hangi eklem tutulduğu önemlidir. Artritin, 1. MKF eklem tutuluşu ile başlaması, kısa süreli ve genelde birkaç yıl içinde tekrarlıyor oluşu, akut gut artriti için tanısaldır. ARA'da gezici ancak büyük eklemlerin tutulması dikkat çekicidir. Özellikle alt taraf eklemlerinin asimetrik oligoartriti, inflamatuvar bel ağrısı ve entesopatik yakınmalarının olmasa da SpA bir hastalığa uyar. Simetrik büyük ve küçük eklem tutuluşundan yakınılıyorsa, özellikle bir bağ dokusu hastalığı (RA) düşünmek gerekir. Tutulan eklem sayısı ve simetrisi tanısalla değerlendirilmede önemli olduğu gibi tedavinin değerlendirilmesinde de önemlidir.

Gut artriti, gövdeye yakın eklemleri, yani sıcak eklemleri tutmaz veya daha az tutar. Çene eklemine de tutmaz.

Özellikle yaşlı Alzheimer hastalığı olan hastalarda akılda tutulmalıdır.

RA'de el ve ayak DİF eklem tutuluşu, diğer eklem tutuluşlarına ve özellikle de PİF eklem tutuluşuna öncelik etmez. Simetrik DİF eklem tutuluşu özellikle psöriatik artrit (PsA) deri bulguları olmasa da tanı da öncelik alır. Bu eklemler, primer nodüler osteoartrit (OA) olgularında da önceliği alır (Heberden nodülleri) ve PİF eklemlerinde de aynı özellikte şişlik (Bouchard nodülü) görülebilir. Bu şişlik, kemik ve kıkırdak hipertrofisi sonucunda gelişmiş olduğundan, serttir ancak başlangıç aşamasında (kistik Heberden nodülleri) sert olmayan ağrılı ve hafif renkli olabileceği de unutulmamalıdır. Nodüler OA olgularında el bilek ve MKF eklem tutuluşunun olmayışı, inflamatuvar patolojilerden ayırt edicidir.

SpA grubu hastalıklarda periferik eklem tutuluşu ile birlikte veya tek başına omurga eklem tutuluşları tanı koydurucudur. Diğer inflamatuvar artrit patolojilerde aksiyel tutulum geri plandadır. Yalnız RA boyun tutulumu dikkat çekicidir ve klinik prognoz açısından önemlidir. Son yıllarda görüntüleme imkanlarının artması ile hastalarda dorsa-lomber tutulumun RA'li olgularda olabileceği ipuçlarını vermektedir (%5-7)

Krikoaritenoid eklem tutulumunun RA'de olduğu ama diğer patolojilerde böyle bir özellik göstermediği ileri sürülmektedir.

Üretritli, periferik eklem tutuluşlu bir olguda boyun omurlarının tutuluşu, daha çok SpA grubu (Reiter Sendromu) bir hastalığı düşündürür. Gonokoksik artrit genelde omurgayı tutmaz. Primer OA’te el bilek (1.MKF eklem hariç), MKF eklem ve ayak bilek eklemi tutuluşunun olağan olmadığını, hatta omuz ve dirsek eklemi tutulumunun olağan olmadığını belirtmek gerekir. BDH kuşkusuz olan ve uzun süreli artrit öyküsü olan bir hastada destrüktif bulguların olmayışı RA tanısını dışlayıcıdır.

11. Artritle seyreden hastalıklar özellikle sorgulanmalıdır. Batın sorgulama ve muayenesinde ishal atakları, batında ağrı ve intestinal kan kaybı sorgulanmalıdır.

Daire, karın ağrısı, intestinal kan kaybı ve artrit

Diare	Crohn hastalığı, Ülseratif kolit Enterojenik reaktif artrit (Reiter) Kör loop sendromu Whipple hastalığı, Çöliak hastalığı Kollajenik kolit
Abdominal ağrı	Crohn hastalığı Ülseratif kolit Whipple hastalığı Vaskülitler (HSP, lökoklastik vaskülit, RA, PAN, SLE) FMF Behçet hastalığı Amiloidoz Skleroderma
İntestinal kan kaybı	Ülseratif kolit Vaskülitik sendromlar Henoch schönlein Whipple hastalığı

FİZİK MUAYENE

Hastanın muayenesi, hasta muayene odasına girerken başlar. Hastanın yardımsız yürüyüp yürüyememesi, yürüme şekli, yüz ifadesi, duygulanımı, postürü ve yardımcı cihaz kullanma durumuna bakılır. Daha sonra hastaya yapılacak muayenenin anlatılması ve hastanın sonrasında iç çamaşırları kalacak şekilde soyulması özellikle ayakkabı ve çoraplarını çıkarması istenir. Hastanın üzerini örtmesi için uygun bir örtü sağlanır. Muayene belirli bir sıra ile yapılmalıdır. Sistemik fizik muayene yapılırken yakarıdan aşağıya, lokomotor sistem muayenesi yapılırken aşağıdan yukarı doğru bir sırayla yapılması uygun olacaktır.

Hastanın öncelikle genel durumuna, bilinç durumuna ortantasyon ve kooperasyonuna bakılır. Ateş, nabız, kan basıncı ve solunum gibi vital fonksiyonları değerlendirilir.

Baş; öncelikle hastanın saçlarına bakılarak alopesi, saçlı deride psoriatik plak ve benzeri lezyonlar, yumuşak doku şişliği veya başka bir lezyon olup olmadığı incelenir. Alopesi lupusun en önemli bulgularından biridir. Psoriatik plaklar ise artritle bir hastada sedef hastalığını akla getirir. Temporal arterin muayenesi ayrı bir özellik arz eder. Deri; ciltte bulunabilecek lezyonların incelenmesi taniya gidişte önemli bir bulgudur. Psoriatik plaklarla birlikte tırnaklarda pitting olması psoriatik artrit akla getirmelidir. Yüzde malar raş ve fotosensivite SLE için tipik bulgudur. Göz kapakları ve periorbital bölgenin morumsu bir renk alması (heliotrop döküntü) dermatomyozit için karakteristiktir. Özellikle ellerde yüzde ve ayaklarda olan deri kalınlaşması sertleşmesi ve deri altına yapışması sklerodermayı düşündürür.

İnflamatuvar romatolojik hastalıklarda sık görülen bazı deri bulguları.

Malar raş	SLE
Fotosensivite	SLE
Oral ülserler	Behçet hastalığı, SLE, Seronegatif artrit
Genital ülser	Behçet hastalığı
Akneiform lezyonlar	Behçet hastalığı
Eritema nodosum	Behçet hastalığı, SLE, sarkoidoz, Tbc, streptokok inf, enteropatik artrit, ilaçlar
Tromboflebit	Behçet hastalığı, SLE, AFS
Cilt altı kalsifikasyonu	Juvenil dermatomyozit
Raynoud fenomeni	Skleroderma, SLE, Mikst Bağ doku hastalığı
Diskoid lezyonlar	Diskoid LE, SLE

Livedo retikularis	AFS, SLE, vaskülitler
Ürtiker	SLE, ilaç alerjisi
Subkutan nodüller	RA
Keratoderme blanejorika	Reiter Sendromu
Balanitis sirsinata	Reiter Sendromu
Tırnak dibinde vaskülitik lezyonlar	SLE, vaskülit,
Basmakla solmayan purpuralar	Vaskülit
Parmak ucu gangreni	Vaskülit

Sklerodermede yüzdeki deri kalınlaşması, sertleşmesi ve ağız çevresi ve alındaki çizgilerin kaybolması ile maske yüz görünümü gelişebilir. Bu hastalarda dudak derisinin incelmeye ve yaygın telanjektaziler saptanabilir. Behçet hastalığında akneiform lezyonlar, yüzeysel tromboflebit, genital-oral aftöz lezyonlar, eritema nodosum ve Paterji fenomeni cilt bulgusu olarak görülebilir.

Gözler; gözler inflamatuvar romatolojik hastalıkların bir çoğunda en sık etkilenen organlardan biridir. Göz değerlendirmesinde fundoskopik muayene mutlaka yapılmalıdır. Genel yaklaşım olarak korneaskleral tabaka RA’te, üvea tabakası ankilozan spondilit ve juvenil romatoid artrit, retina tabakası ise SLE’de tutulur.

Kulak-burun-boğaz; Hastanın değerlendirmesinde farenjit, tonsillit bulunması, viral artralji/artrit, ARA düşündürülebilir. Oral aftöz lezyonlar Behçet hastalığı, SLE, seronegatif artrit akla getirebilir. Sjögren sendromunda ağızda kuruluk, dil altı tükürük birikiminde azalma görülebilir. Wegener granülomatoziste burunda septum perforasyonu, gutta kulak kepeğinde tofuslar görülebilir.

Kalp ve akciğer değerlendirme; özellikle dikkat edilmesi gereken

Akut romatizmal ateş: pankardit ile taşikardi, üfürmler, gallop ritmi ve kalp seslerinin hafiflemesi

SLE: plörezi, lupus pnömonisi, perikardit, Libman –Saks endokarditi

RA: plörit, plevral efüzyon, perikardit, intersitisyel akciğer hastalığı

Nekrozitan vaskülitler: hipertansiyon, koroner arterlerde vaskülit, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği.

Ankilozan spondilit: aortit, aort yetmezliği

Tüberküloz açısından ve enfeksiyon kaynağı olarak taranmalıdır.

Batın; özellikle aranması gereken organomegali ve epigastrik hassasiyet (peptik ulcus) olmalıdır. Splenomegali, primer romatizmal hastalıklara (SLE, RA, Still) bağlı olabileceği gibi romatizmal hastalıklara bağlı amiloidoza bağlı sekonder de olabilir. Ascites, hepatosplenomegali araştırılmalıdır. Artritle birlikte seyreden inflamatuvar barsak hastalıkları ile ilgili fissür, fistül, abdominal duyarlılık bulunabilir. Batın muayenesi yapılırken anal muayene ve psoriatik plak değerlendirilmesi için göbek çukuru dikkatle incelenmelidir.

Genitoüriner sistem: genital ülserler Behçet hastalığı, glans peniste harita şeklinde ödemle kendini belli eden balanitis sirsinata ve üretrit Reiter hastalığı için önemli bulgulardır.

Nörolojik değerlendirme: romatolojik hastalıklar nörolojik bulgulara -kök basısı, karpal tünel sendromu, inme, elileptik atak, kranial nöropati ve mononöritis multipleks- neden olabileceği gibi nörolojik hastalıklarda artropatik bulgulara (Charcot eklemi gibi) neden olabilir. Behçet hastalığı, vakülitler ve antifosfolipid sendromu gibi hastalıklarda merkezi sinir sistemi tutulumu ile hemen her çeşit nörolojik durum gelişebilir. Servikal spondilozlar kord basısı ile üst ekstremitelerde 2. nöron, alt ekstremitelerde 1. nöron tutulumuna ait bulgular verebilir. periferik nöropatiler vaskülitlerin tüm formlarında genellikle vaso vasorumların inflamasyonuna bağlı olarak veya tuzak nöropatiler sonucunda gelişebilir. Mononöritis multipleks’li bir poliartritli olguda, PAN öncelikle değerlendirilmelidir. RA geç evresinde servikal tutuluşa bağlı myelopati gelişebilir. Çok ilerlemiş AS olgularında kauda ekina sendromu gözlemlenebilir. Serebral fonksiyonların diffüz anormallikleri veya konvülsiyonlar, SLE’de görülür

Lokomotor değerlendirme: lokomotor değerlendirme yapılırken sadece şikayetlerin olduğu eklem ile sınırlı kalınmamalı, tüm lokomotor sistem gözden geçirilmelidir.

Postür: postürün değerlendirilmesinin yapılabilmesi için hastanın yürüyebiliyor ve ayakta olması gerekir. Bu mümkün değilse o zaman hasta sırt üstü veya yüzükoyun yatar. Normalde erişkin omurgasında servikal ve lomber lordoz görülür. Gebelikte ve şişmanlıkta lordoz artışı görülürken AS te lordozun kaybı önemli bir bulgudur.

Omurganın lateral eğimi daima anormaldir ve skolyoz olarak ifade edilir. Skolyoz hatalı duruşa bağlı ve düzeltilebilir olduğu gibi, ağırlı lezyonun bulunduğu yerdeki kas spazmına veya yapısal değişikliklere bağlı olarak devamlı olabilir. Servikal bölgedeki skolyoz tortikoliz olarak adlandırılır.

Yürüyüş: yürüyüş bir çok eklem kombinasyonuna ve üç planda olan kompleks bir olaydır. Ağırlı ve ağrısız olarak incelenebilir. Ağırlı yürüyüş, hasta ağırlığını ağrıyan ekstremiteler üzerinden olabildiğince çabuk kaldırır ve seke seke yürür. Yürüyüşün ritmi bozulmuştur. Eğer ağırlı yer ulaşabileceği bir yere orayı destekler ve diğer kolu zıt denge olarak gerdirir. Ağrısız yürüyüş, yürüyüşün ritminde çok biçimi bozulmuştur. Osteojenik, ekstremitelerde kısılma

veya kemik deformitesine bağlıdır. Artrojenik, eklem sertliği, gevşekliği veya deformitesine bağlıdır. Miyojenik, kas güçsüzlüğüne bağlıdır. Nörojenik, sinir sisteminde organik bozukluğa bağlıdır. Prostetik, yapay ekstremitelere kullanımına bağlıdır.

Eklem muayenesi:

Şişlik; eklem şişliği oldukça önemli bir bulgudur. Eklem çevresinde bursa ve tendon gibi yapılara ait şişlikler, gerçek eklem şişliği ile karışabilir. Dirsekte olekranon bursiti; dizde anserin bursit ve patellar bursit eklem şişliği zannedilebilir. Eklem şişliğinin değişik neden ve tipleri vardır.

Kemiksi şişlik; eklem kenarında yeni kemik oluşumu ve osteofit gelişimi osteoartrit için spesifiktir. En tipik örnekleri DİF ve PİF eklemlerde görülen Heberben ve Bouchard nodülleridir. Benzer değişiklikler elde 1. MKF eklemlerde de görülebilir.

Sinovial sıvı artışı; eklem şişliğinin görülen en sık nedenidir. Bir eklemden sıvı artışının saptanması, travma öyküsü yoksa genelde sinoviti gösterir. Ancak OA'de de inflamasyon olmadan veya hafif bir inflamasyon varlığında eklem şişliği veya sıvı artışı olabilir.

Sinovial hipertrofi: normalde sinoviyal zar palpe edilemeyecek kadar incedir. Kronik inflamatuvar patolojilerde ödemli, kalınlaşmış sinoviyal zar, hamur kıvamında palpe edilir. Akut inflamatuvar artritlerde genellikle sinoviyal hipertrofi gözlenmez. Sinoviyal hipertrofi genelde sıvı artışı ile birlikte görülür. Bu tür eklem şişliği oluşturan patolojilerin en önemlisi RA'tir.

Duyarlılık: eklem üzerine basmakla veya hareket ettirmekle ağrı olup olmadığının veya artıp artmadığının değerlendirilmesi gerekir. Eklemde tüm yüzeyinde saptanan duyarlılık artritini düşündürür. El ve ayak küçük eklemlerinde ağrı olması, erken artrit (RA gibi) bulgu ve belirtisi olabilir.

Peri-artiküler lokal bir duyarlılık, artrit çok bursit veya tendinit gibi lokal hastalıkların gösterir. Dizde intra veya infrapatellar bursit, dirsekte lateral veya medial kondilit, el bileğinde dequervain tenosinoviti ve yine dizde tüberositas tibianın fragmentasyon veya inflamasyonuna bağlı olarak gelişen Os good Schlatler hastalığı gibi.

Kızarıklık ve ısı artışı; eklem muayenesinde oldukça değerlidir. Eklem üzerindeki derinin sıcak oluşu, altta inflamatuvar veya infeksiyöz bir olayın olduğunu düşündürür. Akut inflamatuvar kökenli eklem patolojilerinde eklem üzerindeki deri, kronik artritlerdekine göre daha sıcak ve daha renklidir. Kızarıklık ve sıcak bir monoartritte hemen artrosentez yapılarak mikroorganizma ve kristal araştırması yapılması gerekir. Eklem üzerinde kızarıklık, başlıca akut kristal artrit, ARA ve septik artritte görülür. Ayrıca özellikle PsA'te olmak üzere spondiloartropatilerin periferik artritleri de RA'e göre daha renklidir. FMF olgularında özellikle ayak bileği üzerinde görülen kızarıklık eklem patolojisinden çok deri lezyonu olarak kabul edilir.

Eklem hareket açıklığı ve deformitenin değerlendirilmesi: özellikle eklemde hareket açıklığı değerlendirilmelidir.

Karşı taraf eklemi ile beraber değerlendirilmelidir. Aktif ve pasif hareketle değerlendirilir ve pasif hareketle olan değerlendirme daha çok bilgi verir. Eklem hareketlerini tam ölçmek için goniometre kullanılmalıdır. Aktif hareketler tendon ve kas gücünden etkilenebilir. Normalde aktif hareketin genişliği pasif olana göre daha azdır. Pasif hareket yeteneği normal, ancak aktif hareket yeteneği kısıtlı ise miyopati, bağ/kas yırtığı veya nöropati gibi kas patolojileri veya nörolojik problem düşünülmelidir.

Eklem kilitlenmesi, genelde ligaman bozukluğu veya kas güçsüzlüğüne bağlı mekanik bir düzensizliği düşündürür. Eğer kilitlenme kısa sürede ve ağrı ile gelmişse, eklem içi düzensizlik veya serbest cisim akla gelmelidir. Eklem kilitlenmesi, fleksör tendon kılıfı nodüller kalınlaşması sonucunda gelişen tetik parmakta olduğu gibi eklem dışı yumuşak doku patolojisini de düşündürmelidir.

Sinovit eklem hareketlerinin tümünü kısıtlarken, tenosinovit gibi periartiküler lezyonlar sıklıkla sadece bir planda olan hareketi kısıtlar. Tüm yönlere veya çoğu yöne olan hareket sırasında olan ağrı, sinovitin en duyarlı bulgusudur. Tendon veya entezis problemlerinin ortaya çıkmasında en sık başvurulan yöntem izometrik değerlendirmedir. Bu yöntemle değerlendirme yapılması tendon, kas veya entezis lezyonunu düşündürür. Örneğin dirence karşı yapılan el bileği dorsifleksiyonunda lateral kondilde ağrı olması, tenisçi dirseğini gösterir. Omurga hareketlerinde kısıtlılık spondiloartropatilerde veya mekanik patolojilerle birlikte olabilir. AS tüm yönlere omurga hareket kısıtlılığı yaparken, mekanik patolojilerde genelde yalnızca öne fleksiyon kısıtlanır ve yana fleksiyon ve göğüs ekspansiyonunda kısıtlılık olmaz.

Eklem deformiteleri değişik şekillerde olabilir;

Eklemde normal hareket alanında kısıtlanma. Diz ve dirseklerde fleksiyon deformitesi.

Eklemi oluşturan kemiklerin kötü dizilimlerine bağlı. El parmaklarında kuğu boynu ve düğmeci, dizlerde genu varum-valgum deformitesi

Eklem yüzeylerindeki ilişkinin bozulmasına bağlı olarak eklemi oluşturan kemiklerin kötü dizilimi. Eklem yüzeyleri arasındaki ilişki tam kopmuşsa dislokasyon, bir miktar kopukluk varsa subluksasyon var demektir. Subluksasyon RA ve PsA gibi kronik romatolojik patolojilerde sık gözlenen bir bulgudur.

Akut monoartritli bir hasta ile karşılaşıldığında öncelikle septik artrit ekarte edilmelidir. Bunun nedeni erken tanı konulup tedavi edilmezse 1-2 gün içinde kırık harabiyeti yapabilir. Bir çok romatolojik hastalık monoartrite

neden olabilirse de klinikte en sık monoartirte yol açan hastalıklar enfeksiyöz artritler, kristal artropatiler, travmatik durumlar ve romatoid artritir. Akut monoartritli hastaya yaklaşımda her hasta grubunda olduğu gibi iyi alınan anemnez ve fizik değerlendirme monoartrit düşünülmesi gereken durumlar hatırlanarak yapılması gerekir. Monoartritli bir hastanın değerlendirmesi Şekil 1’de gösterilmiştir. Burada unutulmaması gereken bir noktada her poliartritin bir monoartrit gibi başlayabileceğidir. Yani bizim hastayı hastalığın hangi evresinde değerlendirdiğimizde önemlidir. Özellikle poliartritle seyredabilen reaktif artrit, psoriatik artrit, RA, inflamatuvar barsak hastalıkları ile ilişkili artritler ve sarkoidozda eklem tutulumu monoartiküler başlayabilir. Tutulan eklemler genelde kalça, diz, ayak bileğidir.

Akut monoartirte ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken durumlar

İnfeksiyöz artritler	Bakteriyel, Mikobakteriyel, Fungal Viral, Spiroket
Kristal artropatiler	Monosodyum urat (gut) Kalsiyum pirofosfat dihidrat (yalancı gut) Hidroksiapatit, Kalsiyum oksalat Lipid
Travma	Kırık, eklem içi zedelenme Hemartroz (travma, antikoagülan, kırık, pigmente villonodüler sinovit)
Osteoartrit (eroziv varyant)	
İskemik nekroz	
Tümör	Pigmente villonodüler sinovit Kondrosarkom, Osteoid osteoma Metastatik hastalık
Sistemik hastalıklar	AAA (FMF), Behçet hastalığı Seronegatif artritler, Romatoid artrit Sarkoidoz
İntraartiküler durumlar	Menisküs yırtığı Osteonekroz Fraktur

Monoartritli hastada genel değerlendirmede bahsedilen konular tekrar ele alınmalıdır;

1. Öncelikle eklem yakınmaları dikkatle ortaya konmalıdır.

Ağrı: ağrının karakteri, lokalizasyonu, niteliği, ve başlama zamanı ile ağrıyı artıran ve azaltan faktörler iyice sorgulanmalıdır. Sinoviyal inflamasyona bağlı ağrı, tüm eklemden hissedilir ve belirli bir yere lokalize edilemez.

Tendinit ve bursit gibi lokal olaylarda ise ağrı tüm eklemden değil, etkilenen tendon ve bursa üzerinde ve daha sınırlı alanda hissedilir.

Tutulan eklemlerde ağrı yanında şişlik, kızarıklık ve lokal sıcaklık artışı gibi inflamasyon bulguları olup olmaması değerlendirilmelidir.

Eklem yakınmalarının süresi ve nasıl başladığı sorgulanmalıdır. Ağrının saniyeler-dakikalar içinde başlaması eklem içi zedelenme, kırık, travma veya parça kopmasını düşündürür. Alt ekstremitelerde özellikle 1.MKF’de bir-iki saat içinde şiddetli inflamasyon ile birlikte ağrı gelişmesi akut gut artritini düşündürür. Septik artrit de akut gut artrit gibi saatler içinde gelişebilir.

Sabah tutukluğunun olup olmadığının varsa süresi sorgulanmalıdır. Yaygın ve yarım saati geçen sabah tutukluğu, özellikle RA ve AS gibi sistemik inflamatuvar romatizmal hastalıklarda görülür.

Ana yakınmanın öyküsü alındıktan sonra diğer semptom ve bulgular sorgulanmalıdır.

Ateş olup olmadığının ve özelliklerinin sorgulanması. Akut monoartritle başvuran bir hastada ateş olması enfeksiyon olasılığını artırır. Ancak akut gut artritinde de ateş görülebilecektir. AAA olan hastalarda ateş ve monoartritle başvuru bu nedenle akut monoartritle gelen hastalarda periyodik ataklar sorgulanmalıdır.

Halsizlik, iştahsızlık, dermansızlık ve kilo kaybı gibi genel konstitüsyonel semptomların varlığı RA ve SLE gibi sistemik romatizmal hastalıkları düşündürür.

İnflamatuvar karakterde bel ağrısı olup olmadığının sorgulanması. İnflamatuvar bel ağrısı egzersizle azalan, hareketsiz kalmakla ise artan ve sabahları tutukluk ile birlikte olan bel ağrısı demektir. Artritli bir hastada inflamatuvar karakterde bel ağrısının olması reaktif artrit ve ankilozan spondilit gibi seronegatif spondiloartropatileri düşündürür.

Oral aft olup olmadığının sorgulanması. Akut monoartritli bir hastada oral aft olması Behçet hastalığını ve seronegatif spondiloartropatileri düşündürür.

Üretrit, genital akıntı ve evlilik dışı cinsel ilişkinin olup olmadığının sorgulanması. Bunların varlığı gonokokkal artrit ve reaktif artrit düşündürür.

Göz yakınmalarının olup olmadığının sorgulanması. Konjonktivit varlığı Reiter sendromunu, tek taraflı akut ön üveit ankilozan spondiliti ve diğer seronegatif artritleri, hipopiyonlu üveit ve arka segment tutulumu ise Behçet hastalığını düşündürür. Genital ülser olup olmaması sorgulanmalıdır. İshal ve karın ağrısının olup olmaması sorgulanmalıdır. İshal öyküsü inflamatuvar barsak hastalığı ve reaktif artrit; tekrarlayan karın ağrısı atakları ise FMF düşündürür.

Hastanın sorgulanması değerlendirildikten sonra fizik muayene bölgesel ve sistemik olarak yapılmalıdır. Değerlendirilmede özellikle eklem çevre dokularından kaynaklanacak patolojiler dikkatle değerlendirilmelidir.

Artritle karışabilecek periatriküler durumlar

Omuz	Subakromiyal bursit, Bisipital bursit, Rotator cuff tendiniti Rotator cuff yırtığı
Dirsek	Olekranon bursiti, Epikondilit
El bileği	Ekstansör tendiniti, De Quervain tenosinoviti, Karpal tünel sendromu
Kalça	Trokhanterik bursit , Plantar bursit, İskiyal bursit, Fasiya lata sendromu, Meraljiya parestetika
Diz	Anserin bursiti, Patellar bursit, Prepatellar bursit, Menisküs zedelenmesi, Ligament yırtığı, Baker kisti
Ayak bileği	Peroneal tendiniti, Subaşıl bursit, Kalkeneal fasit, Eritema nodosum Addüktör sendromu, Sellülit

Pasif hareketlerde kısıtlanma yok iken aktif hareketlerde kısıtlanma olması ve eklemde belirli bir noktada duyarlılık olması tendinit ve bursit gibi yumuşak doku hastalıkları düşündürür. Sinoviyal hastalarda ise hem aktif hem de pasif hareketlerde kısıtlanma olur.

Akut monoartritli hastalarda periatriküler patolojiler ekarte edildikten sonra yapılması gereken olayın inflamatuvar mı yoksa non-inflamatuvar olduğunun saptanmasıdır. Bu ayırmada öykü ve fizik muayene bilgi vericidir ama kesin tanı sinoviyal eklem sıvısının incelenmesidir. Sinoviyal sıvıda mm^3 'te beyaz küre sayısının 2000'in üzerinde olması ve bunların %75'ten fazlasının PMNL olması inflamatuvar olayı gösterir. Sinoviyal sıvı sadece hücre sayımı olarak değil aynı zamanda görünüm, viskozite, glukoz ve protein içeriği, kristal varlığı, ADA ve mikroorganizmalar açısından değerlendirilmelidir.

Septik artrit, hızlı tanı konulması ve tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Akut monoartritle gelen hastada ilk akla gelmesi gereken durumdur. Septik artritte tutulan eklemde şişlik, kızarıklık, lokal ısı artışı ve aşırı duyarlılık görülür. Eklemde en ufak hareketi ile dahi şiddetli ağrı olur. Olguların %90'dan fazlasında yüksek ateş görülür. Septik artritte eklem tutulumu hemen daima monoartikülerdir ama özellikle bakteriyemisi olan hastalarda poliartiküler de olabilir. En sık kalça ve diz eklemi tutar. Septik artrit ile ilişkili bakteriler: Bakterides fragilis, Enterokokkus faecium, Enterokokkus faecalis, E. coli, Hemofilus influenza, Klebsiella pnömonia, Mikobakterium tüberkülozis, Neisseria gonore, Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa, Salmonella species, Stafilokokkus aureus, Stafilokokkus epidermidis, Streptokokkus pneumonia ve streptokokkus pyogenes olarak ele alınabilir. Lyme hastalığında özellikle diz eklemi olmak üzere tek eklem tutulumu şeklinde seyri daha sıktır.

KRONİK MONOARTRİT

Eklemde 3 ayı geçen artrit, artık kronik monoartrit olarak kabul edilir. Kronik monoartritin değerlendirilmesi daha zordur. En detaylı incelemelerde bile % 25'e varan vakada tanı konulamamaktadır. Yine değerlendirmede alınacak öykü ve fiziki muayene önemlidir

Sorgulamanın özellikle bu nedenlere yönelik yapılması tanıyı koymayı kolaylaştıracaktır. Tüberküloz öyküsü, kanama diyatezi, GIS bulguları, travma öyküsü, sabah tutukluğu, göz ve deri bulguları sorgulanmalıdır. Öykü, fizik muayene ve serolojik testlerle yapılacak değerlendirmeye sinoviyal sıvı değerlendirmesi önemli derecede katkıda bulunacaktır. Tanı bu değerlendirmeler rağmen konulamazsa özellikle tüberküloz ekarte edilmelidir. Tüberküloz en sık vertebraları tutar. Periferik eklemleri tuttuğunda diz ve kalça eklemi gibi ağırlık taşıyan eklemleri tutar. Tutulan eklemde belirgin sinoviyal hipertrofi ve sıvı olabilir. Sinoviyal sıvı inflamatuvar niteliktedir. Lökosit sayısı 10 000-20 000 / mm^3 arasındadır ve çoğu polimorflardan oluşur. Tanı kültür ve biopsi ile konulur.

Sinoviyal bulgulara göre kronik monoartrit nedenleri

A. Sinoviyal sıvının non-inflamatuvar olduğu hastalıklar Osteoartroz, travmatik artrit, avasküler nekroz, nöropatik artropati, refleks distrofi, malignensi
B. Sinoviyal sıvının hemorajik olduğu Hemofili, Antikoagülan tedavi, travmatik artrit, nöropatik artrit, pigmente villonodüler sinoviyal

C. Sinoviyal sıvının inflamatuvar olduğu
Tüberküloz, Brusella, Romatoid artrit, Psoriatik artrit, Reiter hastalığı,

İTERMİTAN ARTRİT

Bir çok romatolojik hastalık başlangıç ve alevlenme dönemlerinde intermitan artrite neden olabilirse de gerçek intermitan artrite yol açan hastalıklardan başlıcaları, Behçet hastalığı, Ailevi Akdeniz Ateşi, palindromatik romatizma ve intermitan hidrartozdur.

Ailevi akdeniz ateşi (AAA); Tekrarlayan kendi kendine sonlanan, ateş, peritonit, plörit ve sinovit atakları ile karakterize herediter bir hastalıktır. AAA'lı hastaların %40-75'inde artrit görülür. Artrit olgularının %95'de genelde bir haftadan kısa süren ataklar halindedir. Artrit ataklarının sıklığı değişkendir ve önceden kestirilemez. Ataklar arasında tamamen normal bulgular vardır. Atak sırasında tutulan eklem ve çevresinde ani başlayan çok şiddetli ağrı ve duyarlılık gözlenir. Tutulan eklemden aşırı sıvı olmasına karşın genelde aynı derecede ısı artışı ve kızarıklık gözlenmez. Artritin başlangıcında genelde ekstremitelerde erizipel benzeri döküntüler gelişebilir. En sık olarak genelde diz, ayak bileği ve kalçadır ama omuz, el bileği gibi üst ekstremiteleri de tutabilir. Ataklarda genelde tek eklem tutulumu olur. Ancak her seferinde aynı eklem tutulumu kaide değildir. Radyolojik incelemede erken dönemde yumuşak doku şişliği ve osteoporoz görülebilir. Sinoviyal sıvı incelenmesinde şiddetli inflamasyon bulguları görülebilir. Sinoviyal sıvıda genelde beyaz küre 100 000 /mm³ üzerindedir.ve çoğunluğu PMNL oluşturur.

Behçet hastalığı; artrit değişik serilerde farklı oranlar ifade edilse de %40-70 düzeyindedir. Behçet hastalığı artritinde belli başlı özellikler

Ataklar kalinde görülür ve genelde 2 aydan daha kısa bir sürede sekel bırakmadan iyileşir.

En sık tutulan eklemler genelde diz, ayak bileği ve dirsek gibi büyük periferik eklemlerdir.

Tekrarlayıcı karakterdedir ancak uzun dönemde genelde deformasyona yol açmaz.

Atak sırasında tutulan eklemden genelde orta-şiddetli derecede şişme, duyarlılık ve ısı artışı görülür. Bazı hastalarda olaya ateş eklenebilir. Hastada artrit bulguları olmadan sadece artralji ile de seyredebilir.

Palindromik romatizma; ani başlayan ve genelde birkaç gün içinde kendiliğinden düzelen rekürren artiküler ve paraartiküler inflamasyon ataklarıyla karakterize bir hastalıktır. Tutulan eklemden ağrı, duyarlılık, şişlik, sıcaklık artışı ve kızarıklık gibi inflamasyon bulgularının olmasıyla intermitan hidroartrozdan ayrılır. Hastalık orta-ileri yaş erkeklerde daha sık görülür. Eklem ağrısı aniden başlar ve gut artritini düşündürür. Ağrı birkaç saat-birkaç gün içinde maksimale ulaşır. Tutulan eklemden ağrı, şişlik, sıcaklık artışı ve kızarıklıkta gelişir. En sık tutulan eklemler sırasıyla diz, el bileği, MTF eklemler, PİF eklemler, ayak bileği, omuz ve dirsek olarak sıralanabilir.

Her atakta genelde bir veya birkaç eklem tutulur. Ataklar arasında eklemler tamamen normaldir. Ataklar arası süre değişkendir. Bir atak biterken bir başka atak başlayacağı gibi bazen aylarca atak olmayabilir. Ataklar sırasında hastaların % 10 kadarında ilk 2 gün içinde ateş görülebilir. Ataklar sırasında akut faz reaktanlarında geçici bir yükselme saptanabilir. Hastaların 1/3 kadarında topuklarda, parmak uçlarında, distal falanks üzerinde ayak bileğinin fleksör ve dorsal yüzeylerinde, baş parmak ucunda ve aşil tendonu üzerinde ağrılı şişliklerle seyreden paraartiküler ataklarda olabilir. Bu şişlikler anjionörotik ödemden düşündürse de gergin olmaları, gode bırakmamaları ve kaşıntılı olmamaları ile anjionörotik ödemden ayrılır. Bu lezyonlar palindromik romatizma için karakteristiktir. Bu tanıyı koyarken gut, Behçet hastalığı, AAA, intermitan hidroartroz, psödogut, ve diğer intermitan artrit yapan nedenler değerlendirilmelidir. Tek başına artrit varlığı tanı için yeterli değildir. Tanı için şişlik, sıcaklık artışı, ve kızarıklık gibi inflamasyon bulgularının olması gerekir.

Palindromik romatizma hastalarının çoğu bu şekilde devam ederse de 1/3'ü de RA döner. Tedavide NSAİİ, klorokin, sulfosalazin, kolşisin ve altın tuzları kullanılabilir.

İntermitan hidrartroz; rekürren, ağrısız eklem efüzyon atakları ile karakterize bir hastalıktır. Genelde genç yaşlarda başlar. Her atakta genelde tek eklem, özellikle de diz tutulur. Eklemden belirgin efüzyon gelişmesine karşın ağrı, lokal ısı artışı, kızarıklık, duyarlılık gibi inflamasyon bulguları yoktur. Sıvı 12-24 saat içinde toplanır ve takibinde 2-4 gün içinde spontan olarak rezorbe olur. Atak sırasında ve ataklar arasında laboratuvar bulguları normaldir. Ataklar bir iki haftada bir veya ayda bir tekrarlayabilir. Hastalık ataklar halinde hayat boyu devam eder.

AKUT POLİARTRİT

Poliartrit beş veya daha fazla eklemde inflamasyonu(ağrı, şişlik, hassasiyet ve ısı artışı olarak) tanımlanır. Akut başlangıçlı poliartrit pek çok romatizmal hastalığın ilk bulgusudur. Hızlı ve etkili bir değerlendirme yapılması, artritin özellikleri ortaya konmalıdır. Eklem tutulumunun sırası, gezici, eklenen veya intermitan seyrinin belirlenmesi ve simetrik, asimetrik tutulum özelliklerinin belirlenmesi tanı açısından önemlidir.

Poliartritli bir hastaya değişik yaklaşımlar denenebilir. Aşağıda bunlardan biri verilmiştir. Hasta sorgulanırken akut poliartrit nedenleri göz önünde tutulmalıdır.

Akut poliartrit nedenleri

İnfeksiyöz	İnflamatuvar
Gonokokkal	Romatoid artrit
Meningokokkal	SLE
Lyme hastalığı	Reiter Sendromu

Akut romatizmal ateş Bakteriyel endokardit Viral (Rubella, Hepatit B, Sarkoid artrit, PV B19, EBV, HIV)	Psoriatik artrit Poliartiküler gut Serum Hastalığı
---	--

Akut romatizmal ateş (ARA); çocuklarda ve erişkinlerde A grubu B hemolitik streptokok enfeksiyonundan 3-4 hafta sonra gelişen ve eklemlerde, kalp, deri, santral sinir sistemi ve subkutan dokuyu tutan inflamatuvar bir hastalıktır. Tanı için modifiye Jones kriterleri yararlıdır, ancak kardit, deri bulgusu veya kardit olmadan da ARA gelişebileceği unutulmamalıdır. En sık gözlenen bulguları, poliartrit, kardit, subkutan nodüller, kore ve eritema marjinatumdur. streptokokkal enfeksiyon sonrasında ARA gelişme sıklığı %0.5-3 arasında ve en sık 5-20 yaşlar arasındadır.

Akut poliartrit en sık gözlenen semptomdur ve olguların %75'inde gezici tarzda büyük eklemlerin asimetrik tutulumu ile karakterizedir. Diz, ayak bileği, dirsek el bileği ve omuz ensık tutulan eklemler iken temporamandibular eklem tutulumu çok nadir olması tanı açısından önemlidir. Kalça, el ve ayak bilekleri küçük eklemleri nadiren tutulur. Klasik olarak eklemler birbiri ardına, her biri kısa süreli tutulum yapacak şekilde ve bir haftadan uzun olmamak üzere tutulur. Ateş, hemen her zaman poliartrite eşlik eder. ARA'da eklemler tipik olarak aşırı derecede ağrılıdır ve genellikle ani başlangıçlıdır.

Tutulan eklemlerde ağrı, duyarlılık, şişlik, ısı artışı, kızarıklık ve eklem hareketlerinde kısıtlılık mevcuttur. Bu bulguların kaybolması 2-3 haftayı aşmaz. MKF eklemlerde post-romatik periartiküler fibrozise bağlı "Jaccoud" tipi eklem deformitesi dışında kalıcı eklem deformitesi oluşturmaz. Artritin diğer özelliği NSAİİ'lara verdiği dramatik cevaptır. Erişkinlerde atipik seyredir. Klasik gezici artrit çok, eklenen tarzda artrit ve el küçük eklemlerinde tutulumu ile karakterizedir. Tedaviye dirençli ve daha şiddetli klinik seyir gösterebilir. Syderham koresi, eritema marjinatum ve subkutan nodüller oldukça nadir görülürken, kardit beklenenden daha sıktır. Laboratuvar bulguları nonspesifik olarak ESH, CRP düzeylerinde artış ve lökositoz saptanır. Bu veriler hastalığın tanısından çok takibinde kullanılır. ASO düzeyinde yükseklik basit streptokokkal enfeksiyonlardan sonrada yükselebileceğinden tanı için yararlı değildir. ASO yüksekliği ARA kliniği ile anlam kazanır. ASO titreside 2-4 hafta sonrasında saptanan seri ölçümlerde iki kat veya daha fazla artma anlamlıdır.

Romatoid artrit; periferik eklemlerin kronik, simetrik ve eroziv sinoviti ile karakterize sistemik bir hastalıktır. Hastaların %50 kadarında birkaç hafta ile aylar içinde yavaş bir başlangıç gösterir. İlk bulgular halsizlik, yorgunluk gibi sistemik bulgular veya eklemde ağrı, şişlik gibi artiküler olabilir. Eklem bulguları genellikle simetriktir. Ama bazı hastalarda asimetrik başlayıp, simetrik tutulumla doğru progresyon gösterebilir. Sabah tutukluğu; ağrıdan haftalar veya aylar öncesinde başlayabilir, gece hareketsiz kalma süresince intersitisyel alandaki ödeme bağlı olduğu düşünülmektedir. Sabah kalktıktan sonra bu alanlardaki sıvının hareketiyle bu sıvı lenfatik sistem tarafından absorbe edilmekte ve tutukluk geçmektedir. Akut başlangıç olguların %15'inde görülür. Hastaların %15-20 kadarında ise birkaç gün ile birkaç hafta arasında subakut bir başlangıç görülür.

Still hastalığı; bazı hastalarda da ateş, döküntü, hepatosplenomegali, lenfadenopati ile giden Still hastalığı şeklinde başlar. Bunlarda el bileklerinde tutulum daha sık görülür. Still hastalığı alevlenme ve yatışmalarla seyreden polisiklik bir kliniğe sahiptir.

RA bazı hastalarda polidromik romatizma şeklinde de başlayabilir. Hastalık %65-70'lere varan oranlarda hastalığın gidişatına bakılmaksızın destrüktif, progresif, sakat bırakıcı bir başlangıç gösterir. Ensık MKF, PİF, el bileği gelmektedir. RA'li hastaların %70-90'ında bu eklemlerde ağrı, şişlik ve duyarlılıkla seyreden tutulum gösterir. Diz, dirsek ve MTF eklemler % 60 oranında tutulur. Kalça, omuz ve ayak bilekleri daha az tutulur. Hastaların % 30'undan daha fazlasında ayak parmaklarında tutulum gözlenir.

MTF eklemlerde tutulum RA'de daha sıktır(%80-90). Beşinci MKF 'lerde gelişen kistik değişiklikler RA'in erken radyolojik bulgularındandır. RA'de torakal, lumbal ve sakral vertebral tutulum sık değildir. Ancak servikal vertebral sıklıkla tutulur. C1-C2 eklemi diskovertebral eklem olmasına karşın RA'de sık tutulur. Atlanto-aksiyal eklemde destrüksiyon gelişimi lateral grafilerde 3 mm den daha fazla genişleme şeklinde görüntü verir ve bu bulgu subluksasyon bulgusu olarak değerlendirilir.

RA'li hastalarda %50 oranında hayatın değişik dönemlerinde TME tutulumu olabilir. Krikoaritenoid eklem tutulumu%30 oranında gelişebilmektedir, ses ile ilgili ciddi bir sorun yaşanmamasına karşın, vokal kordların ortada sabit kalmasına neden olarak stridor ve solunum güçlüğüne neden olabilir. Kulak kemikleri de RA'de tutulabilecek yerlerden olduğundan işitme kayıpları gelişebilmektedir. Eklem tutulumunun şiddeti farklılık gösterebilse de sonunda eklem destrüksiyonu ve sakatlık ile sonuçlanır. Yapısal hasar hastalığın 1. ve 2. yıllarında başlar ve eklem immobilizasyonu, kas spazmı ve kısılma, kemik ve kırıkda hasarı, kemik ve kırıkda hasarı, ligament laksitesi ve tendon fasiyalarda bozulma gibi değişik mekanizmalarla eklem destrüksiyonu gelişebilir.

RA'de kas güçsüzlüğü sıklıkla ortaya çıkabilir. Bunun kasın direkt tutulumunu yoksa ağrının şiddetine bağlı gelişen refleks güçsüzlük mü olduğu kesin değildir. Normalde RA'li hastalarda kas duyarlılığı bulunmaz ama bazı hastalarda iskemik nekrozu düşündürecek kadar ağrı olabilir. RA'de en sık deri bulgusu subkutan nodüllerdir (%20-35). Özellikle olekranon üzerinde, ön kol ekstansör yüzde, yatalak hastalarda oksipital bölgede, sakrum üzerinde saptanabilir. Lastik kıvamında nodül genelde periosta yapışıktır.

RA nodülü seropozitif hastalarda görülür. Deri, ince ve atrofik olabilir. Palmar eritem ve Raynoud fenomeni görülebilir. vaskülitik lezyonlar gözlenebilir. Keratokonjonktivitis sicca RA en sık görülen göz bulgusudur. Bunların dışında özellikle sklerit ve episklerit olabilir. Skleritin granümatöz rezorbsiyonuna bağlı gelişen skleromalazi perforans RA'in nadir bir komplikasyonudur. RA'de akciğer tutulumu serozit, intersitisyel fibrozis, nodüler akciğer hastalığı, bronşiolit, pulmoner hipertansiyon, küçük hava yolu hastalığı ile giden geniş bir yelpazeye sahiptir. Perikardit genelde bulgu vermez. Yapılan biopsilerde RA'li hastaların %50'sinde perikardit saptanmıştır. İntersitisyel ve granümatöz miyokardit görülebilir. Aortit genelde AS'de görülmesine karşın RA hastalarının aort kapağında romatoid nodülleri tanımlanmıştır.

İleti sistemindeki granümatöz tutulumla ilgili olarak iletim defektleri gelişebilir. Hastalığın aktif dönemlerinde normokrom normositer anemi görülebilir. kronik hastalık anemisi şeklindedir ve inefektif eritropoeze bağlıdır. Bazı hastalarda demir, B12 ve folik asit eksikliği anemileri de görülebilir. Demir eksikliği, beslenmenin bozulması, kullanılan ilaçların emilimi bozmasına veya GİS'ten kronik kan kaybına bağlı olarak gelişebilir. Folik asit antagonisti olan MTX'e bağlı megaloblastik anemiler görülebilir. Otoimmün hastalıklarla birlikte sık görülen pernisiyöz anemi, RA ile de birlikte görülebilir. Eozinofili ve trombositoz, seropozitif ve aktif hastalığı olanlarda sıktır.

Felty sendromu; RA'in lenfadenopati, splenomegali ve nötropeni ile seyreden bir şeklidir. Nadiren hepatomegali de saptanabilir. Ateş yüksekliği, kilo kaybı ve hipersplenizm tablosu da gelişebilir. Kan hücreleri, eritrosit, trombosit ve lökosit azalmıştır. Ancak nötropeni en belirgin olanıdır. Kemik iliği hiperplastiktir. Hipersplenizm bulguları splenomegali ile düzelebilir.

RA'de böbrekler direkt olarak nadiren tutulur. Hafif, fokal segmental glomerülofrit tanımlanmıştır. Amiloidoz gelişebilir. NSAİİ'ler intersitisyel nefrit ve papiller nekroz yapabilirler. Altın tuzları ve penisilamin kullanımı membranöz glomerülofrit yapabilir.

RA'de vaskülit; tırnak dibi değişiklikleri ile karakterize distal arterit, kutanöz ülserasyon, periferik nöropati, perikardit, kalp, akciğer, GİS ve böbrekleri tutan vaskülit şeklinde görülebilir.

Romatoid faktör; IgG'ye karşı oluşan esas olarak IgM yapısında antikorlardır. Ancak IgG, IgA, IgE yapısında da antikorlar vardır. RF, RA dışında bir çok romatolojik hastalık ve inflamatuvar hastalık, bakteriyel, paraziter hastalıklarda da görülebilir.

RA tanı ve takibinde konvansiyonel yöntemler genellikle yeterli olabilmektedir. MRI ve BT nadiren gerekli olmaktadır. Radyolojik olarak ilk bulgular genelde yumuşak doku şişliğidir. Daha sonra periartiküler osteoporoz görülür. Periartiküler osteoporoz zamanla ilerler ve sistemik hal alır. Osteoporoz oluşumunda hastalık kadar diğer etmenlerde sorumludur(hareketsiz kalınması). RA en karakteristik bulgulardan biri erozyondur. Erozyon sinoviyum ile kırıkdağın birleşme yeri olan köşede başlar ve marjinal erozyon şeklinde adlandırılır. Kırıkdağın destrüksiyonu sonucunda, radyolüsent olan kırıkdağın kaybı nedeniyle eklem aralığı daralır. Daha sonra eklem deformite ve subluksasyonları görülür.

Radyolojide spesifik erozyonların olmaması, SLE'de olduğu gibi lökopeni, trombositopeni, renal tutulum ve diğer bulguların yada skleroderma gibi deride kalınlaşma, polimiyozitte olduğu gibi kas enzimlerinde yükselme, proksimal kas güçsüzlüğünün varlığı RA'ten uzaklaştırıcı veriler arasında yer alır. Asimetrik alt ekstermit oligoartriti, sosis parmak, DİF eklem tutulumu, entesopatiyi düşündüren topuk ağrısı ve inflamatuvar bel ağrısının olması daha çok deronegatif spondiloartropatileri düşündürür.

Sistemik lupus eritamotozus; akut poliartirit kliniği ile başlayabilen hastalıklardandır. Multisistem otoimmün bir hastalıktır. 15-40 yaşlarında genç kadınlarda sıktır. Genetik faktörler yanında diğer eksojen faktörlerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Klinikte halsizlik, yorgunluk ateş, kiol kaybı gibi konstitüsyonel semptomların yanı sıra yüzde kelebek şeklinde eritem, müköz membran lezyonları, nefrit, nöropsikiyatrik bulgular, serozit, pulmoner yakınmalar, miyokardit, endokardit, hematolojik bulgular, ANA ve anti-ds DNA pozitifliği yanında poliartiralji ve non-eroziv artrit izlenir. Artrit genelde poliartiküler, simetrik ve gezici karakterdedir. En sık ellerin küçük eklemlerini tutar.

Gonokokkal artrit: üşüme, titreme, ateş, artralji ile hasta karşımıza gelir. Bakteriyel artritlerin % 20-40 kadarı gonokoksiktir. Özellikle diz, dirsek, el ve ayak bilekleri tutulumu ile seyreder.

Reiter sendromu ve diğer reaktif artritler; akut poliartiritlerin nadir olmayan nedenlerini oluştururlar. Reiter sendromunda klinik olarak artrit, uretrit ve konjonktivit ile karakterizedir. Oral kavite ve genital bölgede mukokutanöz lezyonlar, avuç içi ve ayak tabanında papülo-püstüler lezyonlar sıktır. Üretral akıntı veya prostatit bulgusu karakteristiktir. Artrit genelde büyük eklemleri tutar, ancak el ve ayak parmaklarını da tutar. Başlangıçtaki poliartirit dönemini haftalar ve aylar süren kalıcı inflamasyon izler. Hastaların %75'inde HLA B27 pozitifdir. Reaktif artritler klasik olarak vücudun bir bölgesindeki enfeksiyona bağlı olarak gelişen steril inflamatuvar artitler olarak tanınmaktadır.

Klamidya trokomatis, yersinia enterokolika ve salmonella tifimiriium tanımlanan mikroorganizmalardır. Hastalarda gastrointestinal semptomlar yanında artrit, uretrit, konjonktivit, kardit ve eritema nodosum gibi bulgular izlenir. Günümüzde Reiter sendromu da reaktif artritlerin bir klinik manifestasyonu olarak kabul edilmektedir.

Rubella ve diğer viral artritler; akut poliartrit ve artraljiye neden olabilmektedir. Rubella enfeksiyonunda eklem bulguları genellikle kendini sınırlayıcıdır, fakat tekrarlayıcıdır. El küçük eklemleri daha çok etkilense de büyük eklemleri de tutabilir. Artrit genellikle deri döküntüsü ile birlikte görülür, ateş ve suboccipital lenfadenopati siktir. Hepatit B enfeksiyonunda simetrik poliartiküler tutulum siktir; el küçük eklemleri, el bilek, dirsek ve dizler etkilendir ve sabah tutukluğu gelişebilir. Ürtikeriyel, peteşiyel ve purpurik döküntüler eklem yakınmalarına eşlik eder. Sarılık gelişirken eklem bulguları geriler. Hepatit dışında arbovirus, adenovirüs, varisella enfeksiyonlarında ve enfeksiyöz mononükleoziste prodrom dönemleri ardından gelişen artrit gelişebilir.

Parvovirüs B19 tipik olarak simetrik poliartrite neden olabilir. Eklem bulguları kadınlarda erkeklere göre daha siktir. Bulgular genelde 2-4 haftada gerilemekle birlikte bazı olgularda kronik seyrederek RA ile karışabilir. Artritle seyreden viral hastalıklar ve özellikleri, etki mekanizmaları aşağıda belirtilmişti (viral etiyojoloji poliartrit için sınırlı değildir, monoartrit tablosuda olabilir).

KRONİK POLİARTRİT

Poliartrit, 5 veya daha fazla eklemde şişlik, ısı artışı veya kızarıklık gibi inflamatuvar kanıtlardan en az birinin bulunması şeklinde tanımlanabilir. Oligoartrit ise, 2-4 eklemde inflamasyonu için kullanılan terimdir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, aynı tarafta küçük el veya ayak eklemlerinin tek bir eklem olarak sayılması gereğidir. Örneğin sağ eldeki 2,3,4 MKF eklemlerin tutulması bu üç eklemde tutulumu üç olarak değil tek olarak kabul edilmelidir. Ek olarak sol elde bir veya birden fazla eklem tutulumu varsa, bu da ikinci eklem tutulumu olarak sayılmalıdır. Eklem yakınmalarına kronik diyebilmek için en az 6 hafta sürmesi gerekmektedir.

Süre dışında kronik artritleri, akut artritlerden ayırt eden bazı özellikler vardır. Kronik artritlerde periartiküler kaslarda atrofi, eklemde sinoviyal membran hipertrofisi ve krepitasyon beklenir. Buna karşın eklem üzerindeki deride renk değişikliği azdır ve periartiküler ödemde pek görülmez. Eklem ağrısı genelde birinci veya üçüncü derece arasındadır. Kısaca, kronik poliartrit tanımı, en az 6 hafta süren ve en az 5 eklemde olan artrit tanımıdır.

Kronik poliartritler tüm lokomotor sistem problemleri içinde hastayı hekime en sık getiren nedendir. Yaygın eklem ağrılarında yakınan hastada, öncelikle bu yakınmaların gerçekten artrite bağlı olup olmadığı ortaya konmalıdır. Eklemde hiç inflamasyon kanıtı olmaksızın yalnızca ağrı varsa, artralji söz konusudur ve kronik poliartralji, kronik poliartritten ayırt edilmelidir. Yaygın vücut ağrısı yapabilen hastalıklar da, karışıklığa neden olabilir.

Eklemde de içine alacak şekilde yaygın vücut ağrılarının neden olabilen ve kronik poliartritin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken patolojiler: Postviral artralji ve miyaljiler, fibromiyalji, kas ve eklemleri zorlama, hipotiroidi, metabolik kemik hastalıkları, paraneoplastik hastalıklar, miyopatiler, romatoid artrit, sjögren sendromu, polimiyalji romatika, hipermobilete, benign artralji ve miyopatiler kronik yorgunluk sendromu, hipofosfatemiler. Eklem çevresi yapıardan kaynaklanan ağrılar; tendinit ve bursit gibi patolojilerin neden olduğu ağrılar ve periartiküler kaslardan kaynaklanan ağrılar; uzun süreli ve yaygın olduklarında kronik poliartritlerle karışabilir. İnflamatuvar kas hastalıklarında, klasik olarak kas güçsüzlüğü ön planda olması beklenirse de, periartiküler bölgede belirgin olabilir.

Polimiyalji romatika: yaşlı kişilerde proksimal kas gruplarında, belirgin ağrı ve sabah tutukluğu ile seyreder. Özellikle omuz ve kalça patolojileriyle karışabilir.

Vaskülitler: artrit genelde ön planda değildir, ancak sıklıkla poliartralji ve miyalji mevcuttur.

Vaso-okluziv hastalıklar: aterosklerozis obliterans ve tromboanjitis obliterans gibi patolojilerde iskemiye bağlı ekstremitelerde ağrılar, eklem ağrısı sanılabilir. Büyük arterlerden kopan aterosklerotik plakların periferik gitmesiyle gelişen kolesterol emboli sendromunda da, kas ve eklem ağrıları gelişebilir.

Nörolojik hastalıklar: nedeni ne olursa olsun, nöropatinin neden olduğu paresteziler, eklem ağrısı olarak algılanabilir. Tuzak nöropatinin prototipi olan karpal tünel sendromu, el bileği ve ya ayak eklemlerinde artrit ile karıştırılabilir.

Omurga hastalıkları: spinal stenoz veya kauda ekino sendromu gib, medulla spinalise ve çevre dokulara bası yapan patolojilerde, gluteal bölgelerde ve alt ekstermitelerde ortaya çıkan (nörojenik kladikasyon), eklem patolojisiyle karışabilir.

Kemik hastalıkları: çocuklarda lökozların, erişkinlerde ise metastatik tümörlerin, miyeloproliferatif hastalıkların ve myelomun neden olduğu kemik ve eklem ağrıları da, karışıklığa neden olabilir.

Periostit: hipertrofik osteoartropatilerdeki yaygın periostit de, kronik poliartritle karışabilir.

Diğerleri: fibromiyalji, hipotiroidi, hiperparatiroidi ve osteomalazi gibi hastalıklarda da, bu şekilde yaygın ağrılar ortaya çıkabilir ve kronik poliartritle karışabilir.

Tüm bu olasılıklar dışlanıp, kronik bir poliartritle karşı karşıya olduğumuza karar verirsek bu aşama sonrasında ayırıcı tanıya gidebiliriz. Kronik poliartritlerin prototipi RA'dır. RA dışında bağ dokusu hastalıkları, juvenil idiyopatik artritlerin bazı alt grupları, spondiloartrit grubu hastalıklar, osteoartritler, metabolik artropatiler ve sarkoidoz da kronik poliartrit yapabilir. Akut monoartrit tablosuyla karşımıza çıkan gut hastalığı, kronik formunda poliartritle karşımıza çıkabilir. İyi bir tanı için ilk etapta hastalığın başlangıç yaşı ve cinsiyeti önemlidir.

Artrotik patolojinin hangi periferik eklemi tuttuğu (alt-üst taraf, küçük-büyük eklem, simetrik-asimetrik), seyir örneği (gezici, eklenen, ineternit) ve aksiyal iskelet tutulum olup olmaması, tanıya yardımcı olur. Aile öyküsü, geçmişte alınan tedavi ve yanıtlar önemlidir.

Kronik poliartritle seyredilen hastalıklar.

Romatoid artrit	
Juvenil idiopatik artrit (poliartiküler ve sistemik formlar)	
Diğer bağ dokusu hastalıkları	SLE, Primer Sjögren sendromu, Sistemik skleroz, MBDH Erişkin Still hastalığı, PAN
Primer osteoartrit	
Kronik tofuslü gut	
Kalsiyum pirofosfat dihidrat artrit	
Spondiloartritler	Psoriatik artrit, Entesopatik artropati, Reaktif artritler, AS
Diffüz ankilozan iskelet hiperosteozu	
SAPHO sendromu	
Behçet hastalığı	
Sarkoid poliartriti	
Metabolik hastalıklar	Okronozis, Hemokromatozis, Familial tip IV hiperlipoproteinemi, Akromegali, Miksödem
Maligniteye ikincil artritler (karsinomatoz paraneoplastik poliartritler)	
Hipertrofik osteoartropatiler	
Spondiloepifiziyal displaziler	
Amiloidoz	
Poststreptokoksik reaktif artritler	

Başlangıç yaşı ve cinsiyet: RA, görülme sıklığı 20-40 yaşlarında doruk noktaya ulaşan ve kadınlarda, erkeklere göre 3 kat daha fazla görülen bir hastalıktır. BDH grubundan olan SLE özellikle doğurganlık ayındaki kadınlarda, erkeklerden 9 kat daha sık görülür. Diğer taraftan SpA grubu hastalıklar ve özellikle de grubun prototipi olan AS, genç erkeklerde daha siktir. Gut özellikle yaşlı erkeklerde görülür ve premenopozal kadınlarda çok nadirdir. Osteoartrit de genelde yaşlı bireylerde görülür.

Eklem tutuluş şekli: üst taraf küçük eklemlerinin simetrik tutulması, RA ve diğere BDH için tipiktir. RA dışındaki diğer BDH ları; SLE, SjS (Sjögren sendromu), sistemik skleroz ve MBDH'dır. MKF eklemler ve PİF eklemlerinin ve el bileklerinin simetrik artrit, RA için tipiktir. Buna karşılık DİF eklemler RA'de pek sık tutulmaz. Simetrik eklem tutulumu demek için, mutlak simetri aranmaz. Örneğin sağ el 2. MKF ve sol 3. MKF tutulumu simetrik demektir. Özellikle diz ve ayak bileği gibi alt taraf büyük eklemlerinin asimetrik tutuluşu ön planda olduğu bir kronik poliartrit veya oligoartrit varlığında, SpA grubu hastalıklar akla gelmelidir. Bu grupta AS, reaktif artritler (Reiter sendromu), psoriatik artrit(PsA) ve enteropatik artrit vardır. Yaşlı olgularda bile, MKF, el bilek ve dirsek eklem deformitesi varlığında, etiyolojide RA gibi inflamatuvar bir patolojinin (sinovitin) varlığını gösterir. DİF eklemleri simetrik tutulumunda akla osteoartrit gelmelidir. Bunun dışında DİF tutulumu yapan diğer hastalıklarda PsA ve Reiter sendromu akla gelmelidir.

Primer OA'in özellikle tuttuğu ve tutmadığı eklemler vardır. RA ensık tuttuğu el bileği ve MKF eklemler, primer OA'te pek tutulmaz ve bu iki patolojinin ayrımında oldukça önemlidir. Primer OA 'te ise dirsek ve ayak bileklerini pek tutmaz. Buna karşın primer OA'te sıklıkla ellerde DİF eklemleri, baş parmağın MKF eklemi, diz ve kalça eklemi ve vertebralar tutulur. Primer OA'in tutmadığı bir eklemde, non-inflamatuvar, dejeneratif bir artrit varsa, mutlaka başka bir etiyoloji aranmalıdır.örneğin noninflamatuvar, dejeneratif bir kronik poliartritte, hemokromatozis akla gelmelidir. Non inflamatuvar olduğu için böyle bir olguda RA düşünülemez. Primer OA'in MKF eklemlerini tutmadığı hatırlanırsa dejeneratif artrit, hemokromatozis gibi sekonder bir patolojinin yaptığı düşünülmelidir.

Kronik gut poliartriti, TME, omuz ve kalça eklemlerini tutmaz. Kronik poliartritli bir hastada sabahları belirgin olan ve daha sonraları açılan bir ses kısıklığının olması krikoaritenoid eklem tutuluşunu akla getirmelidir. Bu ise RA lehinedir. Hastada topuk dikenini gibi (epin kalkanei) entezisis bulguları varsa, SpA grubundan bir hastalık akla gelmelidir. Ancak obez hastalarda mekanik yüklenme nedeniyle olabileceği de akıldan çıkarılmamalıdır. Burada dikkat edilmesi gereken SpA grubu hastalıklarda inflamatuvar epinler daha kabadır, iç yapıları heterojendir. OA gibi dejeneratif patolojilerde görülen stres epinleri ise, düzgün kenarlıdır ve homojendir.

Seyir örneği: bir veya birkaç eklemde patoloji devam ederken, diğer eklemlerde de artrit ortaya çıkması eklenen artrit olarak ifade edilir. Bu seyir örneği nonspesifiktir ve RA'te, diğer bağ dokusu hastalıklarında ve SpA grubu hastalıklarında görülebilir. bir veya bir grup eklemdeki artrit yatışırken, başka eklem gruplarında artrit çıkması gezici artrit olarak tanımlanır. Kronik poliartritler grubunda bu örneğe nadir rastlanır. Özellikle ARA seyrinde ve bazende gonokoksik artritte görülebilir. Palindromik veya intermitan artrit ise, bir veya birkaç grubtaki artrit hiç sekel bırakmadan remisyona girmesi ve bir süre sonra yeniden alevlenmesi ve bir süre sonra tekrar remisyona girmesi ve bir süre sonra tekrar alevlenmesini ifade eder. RA, bazen palindromik başlangıç gösterebilir. Gut hastalığı, kronik poliartiküler tofuslü gut haline gelmeden önce, bu süreçten geçebilir.

Aksiyel eklem tutuluşu: SpA grubu hastalıklarda ve özellikle de bu grubun prototipi olan AS'de skroiliak eklemlerin inflamasyonu (sakroileit) ve omurga tutuluşu tipiktir. Klinik olarak inflamatuvar tipte bel ağrısı vardır.

Yani hareketsizlik sonrasında artan, sabahları maksimum olan ve ekzersizle düzelen bir bel ağrısı vardır. Omurga tutuluşunun derecesine bağlı olmak üzere, bel ve boyun hareketleri de kısıtlı olabilir. Ayrıca göğüs hareketleri de kısıtlanmış olabilir. SpA grubunda entezis varlığı da söz konusudur. Bunun entepik örneği aşıl tendonu ve plantar fasiya yapışma yerindeki inflamasyondur ve kendini topuk ağrısı olarak gösterir.

Kısaca, kronik poliartritli hastada inflamatuvar nitelikte bel ağrısı, sakroileit, vertebral tutuluş veya entezis varsa SpA grubu hastalıklar akla gelmelidir. Servikal ve atlantookspital eklem dışında aksiyal tutulum olması bizi RA den uzaklaştıracağı gibi RA eşlik eden sekonder bir neden taranmalıdır.

Konstitüsyonel bulgular ve sabah tutukluğu: kronik poliartritli bir olguda ateş, gece terlemesi, iştahsızlık, kilo kaybı ve genel sabah tutukluğu gibi konstitüsyonel yakınmalar varsa, inflamatuvar bir patolojiyle karşı karşıya olduğumuzu düşünebiliriz. Yine sabah sertliğinin bir saatten uzun sürmesi, inflamatuvar patolojiyi destekler.

İnflamatuvar patolojiler arasında ilk akla gelen RA, SpA, BDH 'dir. Sabah sertliği RA'de elin küçük eklemlerinde; SpA'lerde ise belde olur. Konstitüsyonel semptomları, sabah tutukluğu ve ekstra-artiküler semptomları olan yaşlı olgularda kronik poliartritler, daha dikkatli incelenmelidir.

İnflamatuvar bulgular ve aksiyal tutulum

İnflamatuvar patoloji	
Aksiyel tutuluş + kronik poliartrit	Ankilozan spondilit (özellikle juvenil başlangıç), Reiter Sendromu Enteropatik artrit, Psoriatik artrit
Aksiyel tutulum olmaksızın, oligoartiküler tutulum	Psoriatik artrit, Reiter sendromu, Enteropatik artrit, Poliartiküler gut Behçet hastalığı
Aksiyel tutulum olmaksızın, poliartiküler periferik eklem tutulumu	RA, Diğer bağ dokusu hastalıkları
Non-inflamatuvar (dejeneratif) patoloji	
Osteoartrit (primer veya sekonder)	

Kronik poliartritli bir hastada, konstitüsyonel semptomlar yoksa, akut faz reaktanları negatif ise, non-inflamatuvar patolojiler akla gelmelidir. OA gibi dejeneratif patolojiler, bu grubun en belirgin hastalığıdır. Bu grupta sabah tutukluğu yoktur veya yarım saatin altındadır. Kronik tofuslü gut, bazen inflamatuvar bazende noninflamatuvar poliartrit oluşturabilir. Nadiren ellerin küçük eklemlerindeki birikim o kadar uniform ve simetrik olabilir ki, klinik olarak RA'den ayırılmıdukdça zordur.

Tedavi yanıtı: kronik poliartritli bir olguda, sinovitin 20 mg ve altındaki prednizolon dozlarına yanıt vermesi, RA ve diğer BDH'ları için tipiktir. SpA grubunda ise semptomların kontrolü için bu doz pek yeterli olmaz ve daha yüksek dozlar gerekir.

İndometazin gibi NSAİİ ile dramatik yanıt alınması, RA ve BDH'dan ziyade SpA grubu ve gut için daha tipiktir. Hatta, SpA'lerin NSAİİ'lara 48 saat içinde verdikleri dramatik cevap o kadar dramatiktir ki, bu klini yanıt AMOR'un SpA'ler için önerdiği tanı kriterleri arasındadır. ARA tedavisinde dramatik yarar sağlayan salisilatlar, kronik poliartritlerde genelde etkisizdir.

Öz ve soy geçmişi: geçmişteki benzer bulgu ve hastalık öyküleri sorgulanmalıdır. Kronik poliartrit öncesinde haftalar – aylar içerisinde üst solunum yolu enfeksiyonu, daire şüphesi, şüpheli cinsel ilişki, uretrit veya konjonktivit öyküsü olması, SpA grubundan reaktif artritleri akla getirir. Psoriasis varlığında PsA, inflamatuvar barsak hastalığı varlığında enteropatik artrit varlığı araştırılmalıdır. Pozitif aile öyküsü, özellikle kalıtımın önemli olduğu SpA'ler açısından çok anlamlıdır.

Eklem dışı bulgular:

Trakealaringeal lezyonlar: özellikle sabahları belirgin ses kısıklığı ve disfoni yakınması varsa, krikoaritenoid eklem inflamasyonu ve dolayısı ile RA akla gelmelidir. Çünkü krikoaritenoid eklem tutuluşu RA dışında pek görülmez.

Pulmoner fibrozis: RA ve diğer BDH grubunda diffüz intersitisyel akciğer fibrozisi sık görülür. Bu bulgu, SpA'lerde pek beklenmez; AS'lerde ise pulmoner tutulum varsa genelde üst loblarda lokalizedir.

Bronşial lezyonlar: kuru inatçı öksürüğün varlığı, bronşial salgı bezlerinin atrofisine bağlı olabilir, SjS akla getirir.

Pulmoner nodüller ve infiltrasyon: pulmoner nodüller en tipik olarak Wegener granülomatoziste görülür, bazen kavitasyon gelişebilir. SLE, WG, Churg-Strauss sendromunda pulmoner infiltrasyon görülebilir.

Plevral belirtiler: kronik poliartritli hastada plörezi, öncelikle RA ve SLE'u düşündürür. RA'de plevral sıvının glukoz içeriğinin düşük olması tanısaldır. Non-inflamatuvar hastalıklarda ve SpA'lerde plörezi pek beklenmez.

Dermatolojik belirtiler:

Nodüller: Kronik poliartritli hastalarda nodül varlığı öncelikle RA ve gut lehinedir. RA ve gut tofuslerini ayırt etmede en güvenli yöntem biopsidir. Özellikle polarize ışık mikroskopunda, tofus yapısında iğne biçiminde urat kristallerinin görülmesi tipiktir. Romatoid nodüller, RA eklem bulgularıyla aynı zamanda veya yıllar sonra ortaya çıkabilir. Tofüsler ise gut tanısından yıllar sonra ortaya çıkar ve hastalığın ilk iki yılı içinde nadiren görülür. Bu

nedenden dolayı iki yıldan daha az süredir poliartriti olan hastalarda olekranon nodülleri, tofüssten ziyade, romatoid nodülleri lehinedir.

RA nodülleri ve gut tofusleri olekranon üzerine yerleşirlerse RA nodülleri subolekranon bölgesinde, gut tofusünde ise olekranon çıkıntısı üzerindedir. Romatoid nodülleri genelde inflamasyon bulguları ile ortaya çıkar ve zamanla küçülürler. Tofüsler ise büyüklük itibarıyla gitikçe genişler ve başlangıçta inflamasyon bulguları göstermezler. Tofüsler genelde düzensizdir, beyazımsı görünürler ve içlerinde macun benzeri materyal bulunur. Eritem: Still hastalığında, geçici trunkal raş tipiktir ve genellikle öğleden sonraları daha belirgindir. Fotosensitif eritematöz döküntüler, SLE'de sık olup, yüzde kelebek görünüşünde, nazolabial kıvrımları koruyan eritematöz raş patognomiktir. MKF ve PİF eklemlerinin dorsal yüzlerinde eritemli papüllerin (Gotron papülleri) ve üst göz kapaklarında menekşemsi renk değişikliğinin (Helikotrop raş) varlığı ise, dermatomyozit için tipiktir. Skuamöz erupsiyonlar: Reiter sendromu ve psoriasis için tipik olup, ayırımı zordur. Tırnakların noktalanması (yüksük parmak), psoriaziste görülür.

Vaskülitik lezyonlar: periungal eritem, tırnak yatağında kıymığımsı kanamalar, deri ülserleri ve dijital iskemi, BDH lehinedir.

Alopesi: SLE lehinedir.

Pigmentasyon ve depigmentasyon: sistemik skleroz olgularında daha sıktır.

Renal ve ürolojik belirtiler: kronik poliartriti olan bir olguda hematüri, lupus nefritini akla getirebileceği gibi vaskülitleri de düşündürür. Hematürinin etiyojisinde ürolithiazis varsa bu durumda gut hastalığı akla gelir. Tedavide kullanılan siklofosamid hemorajik sistit, NSAİİ'lar ise intersitisyel nefrit ve papiller nekroz yaparak hematüriye neden olabilir. Proteinüride ise; RA ve SpA grubu hastalıkların seyrinde ortaya çıkan amiloidoz akla gelebilir. Üretrit varlığında, SpA grubundan Reiter sendromu akla gelmelidir. Balanitis sirsinata, Reiter sendromu için; ağrılı tekrarlayan ve yerinde iz bırakan genital ülser ise Behçet hastalığı için tipiktir.

Kardiak belirtiler: perikardit, RA ve SLE 'de sık görülür. SpA'lerde, OA'de ve gut seyrinde pek olası değildir.

AS'te hastalığın geç evresinde ve genellikle 10 yıldan sonraki olgularda aort yetmezliği görülebilir. Kronik poliartritli hastada kardiyomyopati varlığında, ScS, amiloidoz ve hemokromatozis akla gelmelidir.

Gastrointestinal bulgular: özofajial disfonksiyonel disfonksiyona bağlı disfajide özellikle ScS'da posterior faringeal kasların tutulumuna bağlı disfaji ise inflamatuvar kas hastalıklarında görülür. Kronik poliartrite eşlik eden diyare ve malabsorpsiyon varlığı, inflamatuvar barsak hastalığı ile birlikte enteropatik artropatiyi düşündürür. Diğer olasılıkta amiloidoz gelişimidir. Amiloidoz özellikle SpA grubunda RA'de görülür. Kolonun antimesenterik kısmında geniş ağızlı divertiküllerin varlığı ScS için tanısaldır.

Nörolojik belirtiler: periferik nöropatiler vaskülitlerin tüm formlarında genellikle vaso vasorumların inflamasyonuna bağlı olarak veya tuzak nöropatiler sonucunda gelişebilir. Mononöritis multipleks'li bir poliartritli olguda, PAN öncelikle değerlendirilmelidir. RA geç evresinde servikal tutuluşa bağlı myelopati gelişebilir. Çok ilerlemiş AS olgularında kauda ekina sendromu gözlenebilir. Serebral fonksiyonların diffüz anormallikleri veya konvülsiyonlar, SLE'de görülür. Poliartrit nedeniyle, NSAİİ bir ilaç olan ibuprofen verilen olgularda, nadiren aseptik menenjit gelişebilir.

Laboratuvar testleri: ESH ve CRP gibi akut faz reaktanlarının yüksek olması, albümin/globülin oranının ters dönmesi ve kronik hastalık anemisinin varlığı inflamatuvar bir hastalığı destekler. Lökositoz ve trombositoz, aktif RA'de olağandır. Lökopeni ve trombositopeni, SLE için anlamlı olabilir. RF pozitifliği, sadece romatolojik patolojiler için spesifik olmasa da RA, primer Sjögren sendromunu düşündürülebilir. Gut tanısı klinik ve serum ürik asit düzeylerinin yüksekliği ile konulur. Hiperürisemi tanıyı destekler ama normal seviyelerde ürik asit tanıyı dışlamaz. Kronik poliartritli bir hastada, SpA grubu hastalık düşünülüyorsa, HLA-B27 tanıyı destekler.

Sinoviyal sıvı değerlendirilmesi, laboratuvar bölümünde bahsedilmiştir.

Sinoviyal biopsi, kronik poliartritlerin ayırıcı tanısında genellikle kullanılmaz. Biopsiyle gut tofusü ve RA ayırt edilebilir. Kas biopsisiyle inflamatuvar kas hastalıklarının tanısı konulabilir.

LABORATUVAR YÖNTEMLERİ

Artritin akut-kronik olması, veya mono-oligo-poli artrit olması durumunda düşünülmesi gereken tanılarda değişecektir. Hekimin tüm bu değerlendirmeler sonunda ön tanıları oluşturur ve hekim bu aşamadan sonra ön tanılarına yönelik laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerini yine ön tanısına göre belirler, basamak basamak uygular. Burada bir çok seçenek içinden seçim yapması için, hekimin deneyim, tecrübe ve bilgisini hastayı ele aldığı ilk andan itibaren etkili bir şekilde kullanması gerekir. Özellikle geniş imkanlara sahip olunan merkezlerde bu daha da büyük önem taşır. Yapılacak tetkikler tanıya göre değişir. Yapılabilecek laboratuvar tetkikleri basit ve ucuz olandan, zor ve pahalı olana doğru sensivite ve spesifiklik göz önünde tutularak yapılmalıdır. Yapılacak tetkikler tarama ve/veya direkt tanıya yönelik yapılabilir. Bu geniş seçenekleri isterken neyi aradığımızı iyi bilmemiz gerekir.

Tam kan sayımı: Özellikle romatizmal hastalıklarda demir eksikliği anemisi, otoimmün hemolitik anemi, megaloblastik anemi, lökopeni, lökositoz, trombositopeni ve trombositoz gibi hematolojik bulgular sık görülür. Kronik hastalık anemisi; genelde normokrom normositer ve hb:10 g/dl civarında bir anemidir. Bazen hipokromda

olabilir. Hem serum demiri hemde serum demir bağlama kapasitesi düşüktür. Aneminin derecesi hastalık aktivitesi ile uyum gösterir. İnflamasyon düzelince hemoglobin değeri de normale yükselir. Sık görüldüğü romatizmal hastalıklardan bazıları şunlardır; RA, JRA, AS ve diğer spondiloartropatiler, SLE ve diğer bağ dokusu hastalıkları, nekrozitan vaskülitler, polimyaljiya romatika ve dev hücreli arterit, Behçet hastalığı. Demir eksikliği hastalığı; genelde kronik NSAİİ kullanımına bağlıdır. Özellikle RA ve OA'lı hastalarda görülür. Otoimmün hemolitik anemi; SLE'de coombs pozitifliği ve otoimmün hemolitik anemi sık görülür. Felty sendromunda hipersplenizme bağlı hemolitik anemi sık görülebilir. Kemik iliği supresyonuna bağlı anemi; SLE 'de hipoplastik veya aplastik anemi, görülebilir. Lökositoz; primer olarak romatizmal hastalığa, infeksiyona veya kullanılan steroidlere bağlı olabilir. Lökositoya yola açabilen romatizmal hastalıklar; vaskülitler, JRA, ARA, gut veya psödogut, reaktif artritler, AAA-FMF, eozinofili myalji sendromu. Lökopeni; SLE, Sjögren ve Felty sendromunda lökopeni ve lenfopeni görülebilir. Trombositoz; RA, JRA ve bazı vaskülitlerde trombositoz görülebilir ve hastalık aktivitesi ile korelasyon gösterebilir. Lupus antifosfolipid sendromu ve Felty sendromunda trombositopeni sıktr. Akut faz yanıtı: İnflamatuvar uyarılarla karşılaşmayı takiben saatler içinde ortaya çıkan bir takım sistemik ve metabolik değişikliklere verilen genel isimdir. Akut faz yanıtının çoğu bileşeni, vücudun immünolojik cevap ortaya çıkmadan önce ortaya koyduğu savunma ve adaptasyon mekanizmalarını yansıtır. Akut faz cevabı bakteriyel infeksiyon, travma, MI, kollajen doku hastalıkları, ve gut gibi çok sayıda ortaya çıkabilir. Bu cevabın en önemli bileşeni, akut faz proteini adı verilen heterojen bir grup plazma proteininin konsantrasyonlarında meydana gelen değişimlerdir. İnflamatuvar olay kendini sınırlayıcı ise veya tedavi edilirse, akut faz proteinleri günler veya haftalar içinde normale döner. İnflamatuvar uyarının boyutu ne kadar fazla ise, akut faz proteinlerinin konsantrasyonlarında meydana gelen değişiklik de o kadar fazla olur ve uyarın devam ettiği sürece devam eder. Seruloplazmin ve kompleman gibi bazı proteinlerin konsantrasyonu %50 oranında artarken, α 1 asit glukoprotein, α 1 proteinaz inhibitörü, haptoglobülin ve fibrinojen konsantrasyonları birkaç kat, C- reaktif protein (CRP) ve serum amiloid A (SAA) birkaç bin kat artar. Albümin ise akut faz cevabı sırasında konsantrasyonları düşen bir akut faz proteindir. Akut faz proteinlerinin konsantrasyonlarında meydana gelen değişiklik esas olarak karaciğerdeki senteze bağlıdır. Bu olayda temel olarak interlökin-6 (IL-6) ve daha az oranda IL-1 ile TNF- α rol oynar. İnsanlardaki akut reaktanları görevlerine göre 3 grupta incelenir.

Akut faz reaktanları

Akut Faz Proteinleri			
Konağın savunma proteinleri	Proteinaz inhibitörleri	Antioksidanlar	Fonksiyonu bilinmeyenler
CRP Manan binding protein Kompleman Fibrinojen	α 1 proteinaz inhibitör α 1 antitripsin α 2 antiplazmin C1 inhibitör	Seruloplazmin Hemopeksin Haptoglobülin	SAA α 1 asit glukoprotein

Akut faz proteinleri savunmada önemli bir rol oynar. Patojen etkenlerin tanımlanmasında ve eliminasyonunda inflamasyon sırasında ortaya çıkan proteolitik enzimler ve oksijen metabolitleri tarafından oluşturulan hasarın sınırlandırılmasında ve hasara uğramış dokuların onarılmasında önemli rol oynar. SAA ve α 1 asit glukoproteininin ise görevleri tam olarak bilinmemektedir. SAA, major bir akut faz proteindir ve yapıca amiloid A proteini ile ilişkilidir. SAA, plazmada lipoproteinlerin yüksek dansiteli lipoprotein HDL fraksiyonuyla dolaşan bir apolipoproteindir.

Eritrosit sedimantasyon hızı: Eritrosit sedimantasyon hızı (ESH), akut faz yanıtını değerlendirmede en sık kullanılan testtir. ESH aslında akut faz proteinlerinin konsantrasyonlarındaki yükselmeyi indirekt olarak gösterir. Temel olarak fibrinojen, daha az olarak diğer akut faz reaktanının artışına yanıt olarak eritrositlerin çökme hızı artar. Esas olarak plazma proteinlerindeki artış ESH'de yükselmeye neden olur: birincisi, fibrinojen düzeyinde artış. Fibrinojen plazmada en yaygın olarak bulunan ve ESH üzerine etkisi en fazla olan asimetrik yüklü bir proteindir. Fibrinojen düzeyinde orta düzeyde bir artış ESH'de önemli derecede artmaya neden olur. İkincisi; monoklonal immünglobülin düzeyinde önemli miktarda artış. Bu da akut faz yanıtından bağımsız olarak ESH'de artışa neden olur. Eritrositlerdeki şekil değişiklikleri de ESH'yi etkiler. Bu nedenle ESH'deki artış her zaman akut faz cevabını doğru olarak yansıtmayabilir. Polistemia vera, herediter sferositoz, mikrositoz, kaşeksi, akantozis, orak hücreli anemi sekonder polisitemiler ve hipofibrinojenemiler ESH'nin düşmesine neden olurlar. Anemi ve makrositoz ise ESH'yi yükseltir. ESH için erkeklerde 15 mm/saat, bayanlarda ise 20 mm/saat normal olarak kabul edilir. ESH yaşa bağlı olarak değerlendirirken erkeklerde $\text{yaş}/2$, kadınlarda $\text{yaş}+10/2$ formülü kullanılabilir.

ASO (antistreptolizin O): Bir akut faz reaktanı değildir. Streptokokların ekstrasellüler O proteinine karşı gelişen antikorları saptamak için kullanılan bir testtir. Yaygın ama çok sık olarak yanlış değerlendirilmelere neden olmaktadır. Yalnızca geçirilmiş streptokok enfeksiyonunun göstergesi olduğu unutulmamalıdır. Tek bir ölçüm değil 2-4 hafta arayla yapılacak ölçümlerle artışın gözlenmesi önemlidir. Streptokok enfeksiyonu sonrasında 4-5 haftada düşmeye başlar ama altı ay hatta bir yıl süreyle yüksek değerlerde seyredebilir.

İdrar değerlendirilmesi: Kronik poliartriti olan bir olguda hematüri, lupus nefritini akla getirebileceği gibi vaskülitleri de düşündürür. Hematürinin etiolojisinde ürolithiazis varsa bu durumda gut hastalığı akla gelir. Tedavide kullanılan siklofosamid hemorajik sistit, NSAİİ'lar ise intersitisyel nefrit ve papiller nekroz yaparak hematüriye neden olabilir. Proteinüride ise; RA ve SpA grubu hastalıkların seyrinde ortaya çıkan amiloidoz akla gelebilir.

Ürik asit düzeyleri: Normal erişkinlerde yaşa ve cinsiyete göre değişkenlik gösterir. Erişkin kadın için 6, erkekler için 7 mg/dl üzerindeki değerler yüksek olarak kabul edilir. Hipertürisemi primer olabileceği gibi, lenfoproliferatif ve miyeloproliferatif hastalıklara, malignansilere, psoriazise, hemolitik anemiye veya böbrek yetmezliğine sekonder olarak gelişmiş olabilir.

Her ürikasit yüksekliği bulunan hastanın gut artriti olmadığı ve her gut artritinde ürikasit düzeylerinin yüksek olmayacağını hatırlatmalıyız. Gut tanısında önemli olan ürikasit düzeylerinin yüksekliği değil diğer kristal artropatilerinde olduğu gibi eklem sıvısında kristallerin gösterilmesidir.

Kas enzimleri: CPK, LDH, AST ve aldolaz kas enzimleridir. İnfeksiyöz miyozitlerde, dermatomyozitlerde yüksekliği önem arz eder.

Viral markırlar: Rubella, Meningokok, Lyme hastalığı, Hepatit B, EBV, HIV 'e yönelik viral belirleyiciler antikor titrelerine bakılabilir.

Eklem sıvısı incelenmesi: Alınabildiğinde eklem sıvısı oldukça önemlidir. Alının sıvıdan hücre sayımı, mikroorganizma izolasyonu(kültür ve direkt boyama), kristal artropatiler için mikroskopik değerlendirme, glukoz, LDH, ALP, total protein yapılabilir. Aşağıdaki şekilde sinoviyal sıvı değerlendirilmesine yaklaşım ele alınmıştır.

Sinovyal sıvı incelemesinin güvenilirliği;

Mikroskopik incelemenin gecikerek yapılması

Pratikte sinovyal sıvı incelemesinin yüksek güvenilirliği yok.

Sensivitenin düşmesinin nedeni: çok küçük ve çok düşük konsantrasyondaki kristalle

Sinoviyal sıvı değerlendirilmesi.

	Normal	Non-inflamauvar	İnflamatuvar	septik	Hemorajik
Volüm (ml-Diz)	< 3,5	Sıklıkla >3,5	Sıklıkla >3,5	Sıklıkla >3,5	Genelde >3,5
Görünüm	Berrak	Berrak	Berrak-bulanık	Bulanık	Kanlı
Renk	Temiz	Sarı	Sarı-opak	Sarı-yeşil	Kırmızı
Viskozite	Yüksek	Yüksek	düşük	değişken	Değişken
Beyaz küre(WBC-mm ³)	<200	200-2000	2000-10 000	>100 000	200-2000
PMNL (%)	<25	<25	≥50	≥ 75	50-75
Kültür	Negatif	Negatif	Negatif	Sıklıkla pozitif	Negatif
Total protein (gr/l)	1-2	1-3	3-5	3-5	4-6
LDH	Çok düşük	Çok düşük	yüksek	değişken	Benzer
Glukoz (mg/dl)	Kandaki değere yakın	Kandaki değere yakın	>25 kandan düşük	<25 kandan çok düşük	Kandaki değere yakın

Otoantikorlar: Bireyin kendi dokularında bulunan molekülere bağlanabilen immunglobünlendir. Bu antikorlar bireyin kendisine karşı bağışıklık yanıtı oluşturmasının önemli bir parçasıdır, fakat otoimmünite saptanan her bireyde otoimmün bir hastalıktan söz edilemez. Otoimmün hastalığın ortaya çıkması, genetik, hormonal ve çevresel bir çok faktörün bir araya gelmesine bağlıdır.

Fizyolojik yönü tartışılmakla beraber normal bireylerde de otoantikorlar saptanabilir. Otoantikorlar organa özgül antijenlere veya organizmada yaygın olarak bulunan antijenlere karşı gelişebilir. Artritle seyreden bir çok hastalıkta –özellikle romatizmal hastalıklarda- otoantikorlar bizi tanıya götürür.

Romatoid faktörler: RF'ler IgG'nin Fc bölgesine bağlanan otoantikordır. RF, RA'nin tanıda yardımcı laboratuvar bulgusu olarak kullanılmakta ve RA sınıflandırma kriterleri içinde yer almaktadır. Tanı açısından özellikle henüz klinik tablo yerleşmediği ve radyolojik hasarın belirgin olmadığı erken dönemlerde yararlı olabilir. Buna karşın RF'nin RA için spesifik olmadığı unutulmamalıdır. Sağlıklı kontrol gruplarında %5 altında olan RF pozitifliği, yaşlılarda %15'e kadar ulaşabilir, fakat titresi genelde 1/160 veya daha düşüktür.

Romatoid faktörlerin saptandığı hastalıklar

Romatizmal hastalıklar	RA, Sjögren Sendromu, SLE, Skleroderma, Mikst bağ doku hastalığı, Polimiyozit, Vaskülitler (wegener granülomatozis),JRA, Sarkoidoz	
İnfeksiyonlar	Bakteriyel İnfeksiyonlar	Subakut bakteriyel endokardit, Tüberküloz, Lepra, Sifiliz, Bruselloz, Salmonelloz
	Viral infeksiyonlar	İnfluenza, AIDS, İnfeksiyöz mononükleoz, Hepatit
		Parazitöz, Tripozomiazis, Sıtma, Aşılama sonrasında
Malign hastalıklar	Özellikle radyoterapi ve kemoterapi sonrasında, Lenfoproliferatif hastalıklar sonrasında, Waldenström makroglobünesisi	
Krioglobülemi		
Hipergammaglobülinemik purpura		
Kronik karaciğer hastalıkları		
Kronik intersitisyel akciğer hastalıkları		
Silikozis		

Hipergammaglobülemi veya dolaşan immun komplekslerin ön planda olduğu kronik hastalıklarda, diğer diffüz bağ dokusu hastalıklarında, kanserlerde ve bazı infeksiyonlarda RF pozitif bulunabilir. RA'li hastaların ancak %70-80 kadarında RF pozitifliği bulunmaktadır.

Bazı RF'li hastalarda IGM RF'ü gösteren çöktürme testleri negatif bulunurken IgG RF'ü pozitif olabilir. RF'ün pozitif bulunduğu RA'li hastalarda RF'ü negatif olan hastalara göre eklem dışı bulgular daha sık görüldüğü ve klinik seyrin daha şiddetli olduğu belirlenmiştir.

Antinükleer antikorlar: Hücre çekirdeğindeki antijenlere bağlanabilen antinükleer antikorların (ANA) saptandığı ilk serolojik test, SLE'li hastalarda LE hücresinin belirlenmesidir. Antikor titresi düşük olan sonuçlar (1/40) SLE, skleroderma ve Sjögren sendromu gibi diffüz bağ dokusu hastalıkları için daha az spesifiktir ve sağlıklı kontrollerde de saptanabilir.

İmmünfloresans paterni serumda ön planda bulunan antikorların bağlandığı nükleer veya stoplazmik antijenlere göre değişir. Florasans paterninin "diffüz (homojen)" veya "periferik (halka)" şeklinde rapor edilmesi olmamakla birlikte SLE'ü düşündürür. "Nükleolar" patern skleroderma; bölünen hücrelerde sentromer bölgelerinin boyanması (antisentromer patern) ise sınırlı deri tutulumlu skleroderma lehinedir. "İnce benekli" görünüm, antikorların ribonükleik asit veya değişik RNA-protein yapısındaki (Sm, Ro, La vb) antijenlere bağlandığına işaret eder.

Önemli antikör aktivitelerinde floresans aktivite şiddeti 2+ veya daha yüksektir. SLE'lu hastalarda bazı koşullarda ANA negatifliği bulunabilir (ANA negatif lupus).

Klinikte SLE tanısı ön planda düşünülmekte ise sadece anti-Ro pozitifliği olabileceği ve remisyondaki veya renal yetersizliği olan hastalarda ANA testinin negatif bulunabileceği göz önünde tutulmalıdır. Bunların dışında çok yüksek titrede ANA (prozon fenomeni), aşırı immun kompleks oluşumu ile idrar veya plevral sıvılara kayıplar gibi nedenlerle ANA negatifliği bulunur. Sonuç olarak ANA, SLE için duyarlılığı yüksek olmakla birlikte romatizmal hastalıkların tanısında özgül bir test değildir. Diffüz bağ dokusu hastalığı düşünüldüğünde diğer serolojik testler değerlendirilmelidir.

ANA pozitifliği saptanan durumlar

Romatizmal hastalıklar	SLE(> % 95), Sjögren sendromu (>%80), Skleroderma (>% 90), Polimiyozit dermatomiyozit (40-80),RA (%30), MBDH (%100) Romatizmal hastalığı olanların yakınlarında (%15-20)
Karaciğer hastalıkları	Karaciğer sirozu, Otoimmün hepatit

	Primer biliyer siroz, Alkolik karaciğer hastalığı
Akciğer hastalıkları	İdiyopatik akciğer fibrozisi, Asbestoz Primer pulmoner hipertansiyon
Kronik enfeksiyonlar	Tüberküloz, Lepra, Salmonella, Klebsiella, Sıtma Parazitolar
Malign hastalıklar	Lenfoma, Lösemi, Melanom, Solid tümörler
Otoimmün / hematolojik hastalıklar	ITP, Otoimmün hemolitik anemi Primer antifosfolipid sendromu
İlaçlar	Prokainamid, Hidralazin, Fenotiyazinler, Kinidin İzoniyazid, Difenilhidantoin
Diğerleri	Tip I DM, Graves hastalığı, Multipl skleroz, Son dönem böbrek yetmezliği, Organ transplantasyonu sonrasında

Bağ dokusu hastalıklarında otoantikolar

	Otoantikör	Antijen spesifitesi	ANA patern	Hastalık ilişkisi
Nükleik asitler	Anti-DNP	Deoksiribomük leoprotein	Homojen/periferal	SLE, ilaç bağ. LE)
	Anti-DNA	Deoksi ribonükleik asid	Homojen/periferal	SLE, SLE nefrit
	ds DNA			SLE, SLE nefrit
	ssDNA			SLE, RA, sjögren, SLE (ilaç bağımlı)
	Anti RNA	Ribonükleik asid	?	SLE
Histon	Anti nükleolar	4-6s RNA,	Nükleolar	Sistemik skleroz, SLE
	Anti-histon		Homojen/periferal	SLE (ilaç bağımlı)
Non-histon nükleer protein	Anti-histon (H3)		Geniş leke-benek	SLE
	Anti-Sm(anti-ENA)	Smith	Benek-leke	SLE
	Anti RNP(anti-ENA)	Ribonükleoprotein	Benek-leke	SLE, MBDH
	Anti-SS-A/Ro		Benek-geniş	SLE, Sjögren, subakut kutanöz LE
	Anti-SS-B		Benek-çok ince	SLE, Sjögren sendromu
	Anti-MA-1	MA-1	?	SLE
Anti-Scl-70	Skleroderma 70	Leke-benek	Sistemik skleroz	

	Anti-PCNA	Proliferatif hücre nükleer antijen	Benek olabilir	SLE
Sitoplazmik	Anti-setriol	Sentriol	Geniş benek	Sistemik skleroz
	Anti-golgi	Golgi	Perinükleer	SLE
	Anti-mitokondri	Mitokondri	Düzensiz granür	SLE, primer biliyer siroz
	Anti-ribozomal	Ribozom/ribonükleik asit	İnce benekli	SLE
	Anti-vimentin	Vimentin	Geniş fibriller	RA,Sjögren sendromu
	ANCA	Serin proteaz ve myeloperoksidaz		Wegener, PAN, Glomerülonefritis
Diğer	Anti-sentromer	Kromozomal sentromer	ayrı benek	Raynaud, sistemik skleroz
	Anti nükleer matriks	Nükleer matriks	düzensiz	SLE,MBDH
	Anti-Mi-1	Mi-1	?	Polimiyozit (erişkin)
	Anti-Jo-1	Jo-1	Sitoplazm?	Polimiyozit
	Anti-Ku	Ku	?	Polimiyozit (erişkin)
	Anti-Sistern	Su(sistern A,B,C)	?	Polimiyozit (erişkin)
	Anti-PM-1	Pm-1 (Pm-Scl)	?	Polimiyozit / sistemik skleroz / overlap
	Anti-RANA	RANA	Benek-leke	RA

Gen mutasyon taraması: Bu gün özellikle AAA’de kullanılmaktadır. Yüze yakın mutasyonun olduğu bilinmektedir ve pratikte bunlardan özellikle dört tanesi ile değerlendirilme yapılmaktadır

Doku tiplendirilmesi: Bunları yanında doku gruplarının incelenmesi de artritli hastanın ayırıcı tanısında yapılabilecek tetkikler arasındadır.

Doku grupları ve artritli seyredilen hastalıklar.

Hastalık	HLA
Ankilozan spondilit	B 27
Reiter sendromu	B27
İnflamatuvar barsak hastalığı (artritli birlikte olan)	B 27
Psoriatik artrit	B27
Poliartiküler JRA	DR4
Erişkin RA	DR4, DW4, DW14
Pauciartiküler JRA	DR8, DR5, DR21
Juvenil dematomyozit	DR3
SLE	DR2, DR3
Sjögren sendromu	DR3

9.ÖZET VE DEĞERLENDİRME

Hekime baş vuran her yedi hastadan birinde kas iskelet şikayeti mevcuttur. Pek çok romatolojik hastalığın kronik olması, bazısının yaşamı tehdit etmesi ve bir çoğunun iş gücü yitimine neden olduğundan bu hastalara kısa zamanda doğru tanı ve tedavi olanaklarının sunulması çok önemlidir. Eklem ağrısı, hastaların çoğunun önde gelen yakınmasıdır. Eklem ağrısı dışında, yaygın vücut ağrısı, halsizlik, kas güçsüzlüğü, ekstremitelerde şişliği, yineleyen trombozlar, yineleyen düşüklükler, deri döküntüsü, üveit, ağız/göz kuruluğu, ağız içinde ve genital bölgede yaralar, yineleyen karın ağrıları, nedeni bilinmeyen ateş ve kilo kayıpları da sıklıkla romatolojik hastalıkların temel belirtilerinden olup hastaların başvuru ya da sevk edilme nedenleridir. Yine hastalıkların büyük çoğunluğu sistemik tutulum eğilimindedir

Sonuç olarak romatolojik yakınmalarla başvuran hastanın mutlaka ayrıntılı öyküsü alınmalı, yalnızca ekleme odaklanmamalı, eşlik eden belirtiler mutlaka sorulmalı, fizik bakı özenli yapılmalıdır. Uygun ve pratik laboratuvar incelemelerinden yararlanılmalıdır.

10. KAYNAKLAR

Klippel ve Dieppe Romatoloji

Romatizmal Hastalıklara Giriř: 2000 MD yayıncılık

Romatizmal Hastalıklarda Tedavi El Kitabı: 2003 MD yayıncılık

Up to Date 11.3