

ROMATOİD ARTRİT'TE PULMONER SİSTEM KOMPLİKASYONLARI (Bir vaka nedeniyle)

Dr. Lale Cerrahoğlu x
Dr. Hamza Memur xx
Dr. Mustafa Cerrahoğlu xxx
Dr. Süleyman Aktaş xxxx

ÖZET :

Hastamızda romatizmal şikayetler 4 ay gibi kısa bir süreye dayanmaktaydı. Romatizmal şikayetlerin başlangıcından 3 ay sonra öksürük şikayeti başlamıştı.

Plevral sıvı çalışmaları effüzyonlu plevral inflamasyon gösterdi. Klinik ve laboratuvar bulgulara göre Romatoid Artrit ve plevral inflamasyon teşhisi konuldu. Primer hastalığa yönelik tedaviyle hem romatizmal şikayetler hem akciğer komplikasyonu kayboldu.

GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER :

Romatoid Artrit, periferik eklemlerin simetrik bir şekilde tutulması ile karakterize sebebi kesin olarak bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. Spontan remisyon ve alevlenmelerle karakterize dir. % 10-20 hasta, hastalığın seyri sırasında tam remisyona girebilir. Romatoid inflamatuvar olay genellikle tutulan organda perivasküler inflamasyon ve/veya romatoid granülomatöz nodüller oluşturan ekstraartiküler yayılım gösterebilir (1,15,16).

Eklem dışı komplikasyonlar arasında romatoid akciğer hastalığına sıklıkla rastlanır. Romatoid Artrit (R.A.) ile birlikte olan dört türlü farklı pulmoner sendrom mevcuttur. Bunlar:

- 1— Diffüz interstisyel fibrozis veya fibrozan alveolit.
- 2— Effüzyonlu veya effüzyonsuz plevral inflamasyon.

x Atatürk Üniv. Tıp Fak. FTR Anabilim Dalı Öğr. Üyesi (Yrd. Doç).

xx Atatürk Üniv. Tıp Fak. FTR Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

xxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. GKDC Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

xxxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. FTR Anabilim Dalı Öğr. Üyesi (Prof. Dr.)

3— Parankimal romatoid nodüller.

4— Pulmoner vaskülit tir (4,15).

Bunlardan başka daha seyrek olarak Caplan sendromu, bronşiektazi, hava yolları obstrüksiyonu, obliteratif bronşiolit, pulmoner infiltrasyon görülebilir (8,13,15).

R.A'e aynı zamanda tüberküloz, pnomoni ve amfizem gibi diğer akciğer hastalıkları da eşlik edebilir (13,15).

Akciğer lezyonları genellikle diğer eklem dışı bulgularla beraber bulunur ve ortaya çıkmasında birçok faktör rol oynayabilir: Bunlar: 1-Yaş ve cins, 2-Hastalığın süresi ve şiddeti, 3- Genetik faktörlerin rolü, 4- Hastanın mesleği, 5-Hastanın sigara içip içmemesi, 6-Anti-inflamatuvar kullanımı, 7-Plevra veya pulmoner enfeksiyon mevcudiyeti dir (4).

R.A'li hastaların yaklaşık % 2 sinin göğüs filmlerinde interstisyel infiltrasyon görülür. Genellikle sero (+) erkek hastalarda ortaya çıkar, artrit tablosu gelişmeden önce de meydana gelebilir, mevcudiyeti kötü prognozu gösterir (11, 15). Dispne ve az miktarda balgamli öksürük tipiktir. Artrit bulgularına ilaveten tırnaklarda çomaklaşma, akciğerin alt zonlarında işitilebilen kreptan raller bulunur, ileri dönemlerde hastanın solunum fonksiyonları bozulur (8,11,12,15).

Otopside R.A. li hastaların yarısında plevral kavitede inflamasyon delilleri gözlenmiştir(15). Genellikle ileri yaşlarda, sero(+) ve nodüller hastalığı olan erkeklerde ortaya çıkar (7,14). Aktif hastalığı olanlarda daha sık görülür, bazen R.A. tanısı konmadan önce ortaya çıkabilir (3). İnflamasyon effüzyonlu veya effüzyonsuz plöreziye neden olabilir. Plevral kavitede biriken sıvı miktarı çok değişken dir, tek taraflı veya çift taraflı olabilir, dispne ve göğüs ağrısına yol açabilir. Plevra sıvısı sterildir, 4 gr/dl veya daha fazla protein, çok miktarda laktik dehidrojenaz ve çok sayıda lökosit bulunduran seröz eksüda vasfında dır. Plevral sıvıda glikoz düzeyi düşüktür, romatoid plevral inflamasyonun glikozun plevraya geçişini engellediği düşünülmektedir(1,5,15,16), ancak tüberküloz kökenli plevral sıvıda da glikoz düzeyi düşük olduğundan romatizmal akciğer hastalığı tanısında yalnız bu bulgunun değerlendirilmesi önem taşımaz.

Parankimal romatoid nodüller, göğüs filminde 1 mm-7 cm çaplar arasında değişen büyüklükte, sınırları belirgin kitleler olarak görülürler. Genellikle asemptomatiktir, nodül kavite yaptığı zaman semptomlar ortaya çıkar. Nodüller daha çok akciğerin üst kısımlarında parankimde görülürler, bazen yaygın olabilirler, bu hastalarda eosinofili sıktır. Histolojik olarak subkütan nodüle benzer, kesin tanı için torokotomi gerekir (9,11,13,15).

Pulmoner arterit ve hipertansiyon genellikle sistemik vaskülit ile birlikte gelişebilir. Göğüs filminde pulmoner vasküler damarlarda artma ve sağ ventrikül büyümesi ile birlikte kardiomegali bulunabilir (15).

Çalışmamızda dikkatli bir muayene ve tetkikle, erken tanı konularak, primer hastalığa yönelik tedavi ile akciğer komplikasyonunun yerleşmeden önlenilebileceğini vurgulamayı amaçladık.

VAKA TAKDİMİ

L.T. 55 yaşında erkek hasta. Kars/Iğdır doğumlu. Klinik protokol No: 11774. Hasta kliniğimize 24.11.1988 tarihinde el parmak eklemlerinde, el bileklerinde, dirsek ve dizlerinde ağrı ve şişlik, sabahları hareket etmekte güçlük çekme şikayetleri ile başvurmuştu.

HİKAYESİ: 4 ay evvel sağ dizinde şişme ile birlikte ağrı başlamış, daha sonra el parmak eklemlerinde, el bileklerinde, omuzlarda ve dizlerde ağrı olmuş, ağrılar özellikle geceleri ve sabahları fazla oluyor ve uykudan uyandığında hareket etmekte güçlük çekiyormuş, zaman zaman öksürük şikayetleri oluyormuş. Adını hatırlamadığı çeşitli ilaçlar kullanmış, hiçbirinden fayda görememiş. Bunun üzerine polikliniğimize müracaat eden hasta R.A. ön tanısı ile tetkik ve tedavi için yatırıldı.

FİZİK MUAYENE: Hasta soluk, kumral renkli, zayıf görünümde. Üst ekstremitelerde derin tendon refleksleri normal alınıyor, patolojik refleks yok. Her iki omuz hareketleri açık ve ağrılı, bilateral el-bilek ve parmakların hareketleri ağrılı ve kısıtlı. Her iki diz ve ayak bileğinde şişlik mevcut olup, hareketler açık ve ağrılı. Sağ dizde patella şoku alınıyor. Alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri normal alınıyor, duyu kusuru yok.

LABARATUVAR BULGULARI: CRP: (+), Latex RF: (+) ASO: (—). Eritrosit sedimentasyon hızı: 74mm/saat. Eritrosit: 3850000. Lökosit: 7800 Hb: 12.5 gr, Hct: % 31.2. Trombosit: +++, Alkalen fosfataz: 29 IU Periferik yayma: % 74 PNL, % 16 lenfosit, % 4 monosit, % 4 retikülosit, % 2 çomak. serum Ca: %8.9 mgr, Na: 138 mEq/lt, K: 3.9 mEq/lt, Kolesterol: 145 %mg Trigliserit: 80 %mg, LDH: 226 U/ml, Total protein: 7.1 % mg

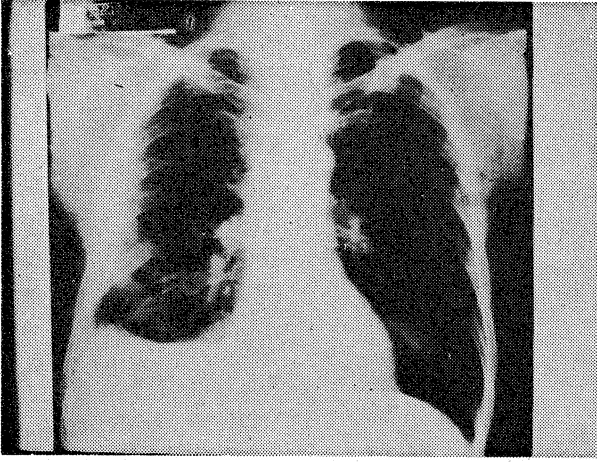
Albümin: 3.5 % mg Globülin: 3.6 % mg

Protein elektroforezi: Albümin % 47, α_1 globülin % 6, α_2 globülin % 17, β globülin % 14, γ globülin % 16.

İdrarda eser protein dışında herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır. Sağ dizden alınan eklem sıvısı analizinde: Latex RF (+), sıvı viskozitesi azalmış, mûsin pıhtısı bozuktur.

Radyolojik bulgular: Akciğer grafisinde sağ sinüs kapalı gözüküyordu. Torasentez ile hastadan 800 cc civarında mayi alındı (Resim-1) Torasentez ile alınan plevra mayi biyokimyasal analizi: Glukoz % 50 mg, Protein: 4 gr/dl, LDH: 964 % mg, Albümin: 2.5 gr.

Plevral mayide Latex RF: (+), kültürde üreme omadı, ARB görülmedi.



Resim-1: Torasentez yapılmadan önce çekilen posteroanterior akciğer röntgenografisi.

Bu tetkiklerle ve hastanın klinik bulguları ile hastaya Romatoid Artrit ve Akciğerde effüzyonlu plevral inflamasyon tanısı konuldu (2,15).

TARTIŞMA

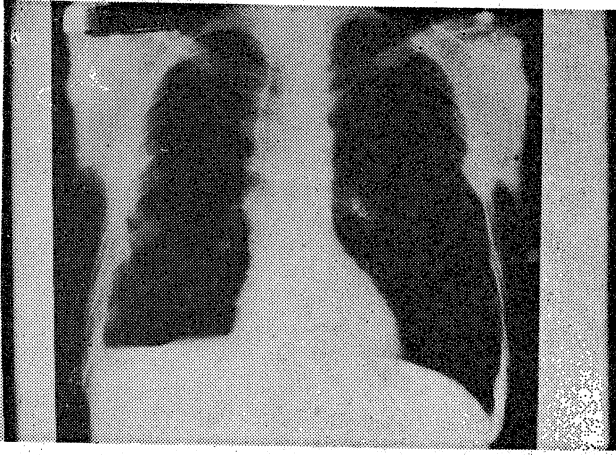
R.A in genellikle dört intratorasik komplikasyonu olduğu kabul edilir (4,5,15). Bunların içinde en sık görüleni plevral effüzyondur. Radyolojik olarak % 0,6 oranında saptanır. Plevral effüzyon genellikle aktif eklem hastalığı olan, sero (+) R.A li hastalarda ortaya çıkar. Romatoid plevral hastalık kendi kendine gerileme eğilimindedir, hastaların 2/3 si 6 ay içinde kendiliğinden iyileşme gösterir. Israrlı plevral ağrı, çok miktarda plevral effüzyon ve dispne tedavi için endikasyondur (7,15).

Hastaya tetkikleri tamamlanıncaya kadar hiç bir medikal tedavi uygulanmadı. Hastaya tanı konulduktan ve akciğerdeki sıvı toplanmasının primer hastalığın komplikasyonu olarak geliştiği tesbit edildikten sonra, hastaya primer hastalığına yönelik tedavi uygulandı.

Önce indometasin tedavisi denendi. Hastanın şikayetlerinde azalma olmayınca ve torasentez ile boşaltılan plevral mayide tekrar artma tesbit edilince hastaya sentetik A.C.T.H (0.5 mg Beta 1-24 Tetracosactide) tedavisi uygulandı (6,10).

Tedavinin başlangıcında eritrosit sedimantasyon hızı 74 mm/saat iken, intramusküler uygulanan sentetik A.C.T.H (0.5 mg)'un yedinci enjeksiyonundan sonra 30 mm/saat oldu. Enjeksiyon sayısı uygulama programına göre 18'e tamamlandı. Kontrol akciğer filminde effüzyonda gerileme tesbit edildi (Resim-2).

Hastaya eklemleri ve akciğerleri ile ilgili şikayetleri olduğunda tekrar kliniğimize müracaatı önerildi ve taburcu edildi.



Resim-2: Tedavi uygulandıktan sonra çekilen posteroanterior akciğer röntgenografisi.

SUMMARY

COMPLICATIONS OF PULMONARY SYSTEM IN RHEUMATOID ARTHRITIS BECAUSE OF A CASE

The patient have rheumatic complaints for four years. Three months after rheumatic complaints coughing has begun.

Pleural fluid studies displaced pleural enflamation with effusion. According to clinical and labratory studies Rheumatoid Arthritis and pleural enflamation were diagnosed. By treating primary disease both rheumatic complaints and lung complications have disappeared.

KAYNAKLAR

- 1- Akoğlu T. ve Akoğlu E.: Klinik Romatoloji. Currey H.L.F (Ed). 3 üncü baskıdan türçe çeviri. Adana Kemal Matbaası A.Ş. 1980. S :43-44,
- 2- Arnett F.C., Edworthy S.M., Block D.A. et al: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of Rheumatoid Arthritis. Arthritis and Rheumatism. 31 (3): 315-323. 1988.
- 3- Baim S., Samuelson O.C. and Ward J.R.: Rheumatoid Arthritis, Amyloidosis and Cylous effusions. Arth and Rheum., 22 (2): 182, 1979.
- 4- Baydur A. and Mongan E.S.: Thoracic manifestations in Rheumatoid Arthritis. Excerpta Medica Arthritis and Rheumatism. Section 31 24 (3): 121. 1988.

- 5- Crisp A.J., Armstrong R.D., Graham R. and Dussek J.E.: Rheumatoid Long Disease, Pneumothorax and Eosinophilia. *Annals of the Rheum Dis* 41: 137, 1982.
- 6- Dilşen N., Övül C., Koniçe M.: Synacthen depot (Beta 1-24 Tetracosactide) ile Romatizmal hastalıkların tedavisinde aldığımız sonuçlar. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecm.* 40: 127-133 (1977) den ayrı baskı.
- 7- Jurik A.G. and Graudal H.: Pleurisy in Rheumatoid Arthritis. *Scand J Rheumatol.* 12 (2): 75, 1983.
- 8- Landensuou A., Mittle J. and Vilppula A.: Bronchiolitis in Rheumatoid Arthritis. *Chest.* 5 : 705, 1984.
- 9- Macfarlane J.D., Franke C.K. and Van Lecuwen A.W.F.M.: Progressive Cavitating Pulmonary Changes in Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis.* 43: 98, 1984.
- 10- Massias J.P.: Indications for depot Tetracosactide in rheumatology A.C.T.H.A. practical review of progress to date. Edited by R. Schuppli. Basle, pp 168-181 (an international symposium Dubrovnik, 23 rd-24 th April 1973).
- 11- Sokoloff L.: The Pathology of Rheumatoid Arthritis and Allied Disorders, in *Arthritis and Allied Conditions*, 7. edition, Edited by : Hollander J.L. Philadelphia 1966, pp 187-210.
- 12- Oxholm P., Madsen E.B., Monthorpe R.: Pulmonary function in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheum.*, 11: 109, 1982.
- 13- Petrie G.R., Bloomfield P., Grant I.W.B. et al.: Upper lobe fibrosis and cavitation in rheumatoid disease. *Br j Dis Chest.*, 74 (3): 262, 1980.
- 14- Reza M.J.: Extraartiküler manifestations of rheumatoid arthritis, in *Rheumatology*. Edited by Bluestone R. Boston 1980. pp 142-165.
- 15- Richard H., Winterbauer: Rheumatoid lung Disease, in *Current Therapy of Respiratory Disease*. Edited by Reuben M. Cherniack B.C. DECKEN INC. Philadelphia 1984-1985, pp 182-184.
- 16- Yazıcı H. Romatoid Artrit. Romatizmal Hastalıklar. Editörü: Tuna N. Hacettepe Taş Kitapçılık L.Ş. Ankara 1982. S: 314-333.