

ROMATOİD ARTRİT

HASTALIĞIN TANIMI

Romatoid artrit sinovyal eklemleri etkileyen progresif, sistemik, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Primer olarak eklem hastalığı görünümünde olmakla beraber çeşitli eklem dışı tutulumları da olan sistemik bir hastalıktır.

Sistemik poliartiküler tutulum karakteristik olmasına rağmen oligoartiküler ve monoartiküler tutulum ile kendini gösterebilir. Primer hedefi sinovyal eklemlerdir.

Romatoid artrit her yaşta ortaya çıkabilir fakat en sık 20-50 yaşlar arasında görülür. Kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülür.

RA ile HLA-DR4 arasındaki ilişki bu bölgede tanımlanmış en güçlü ilişkidir. HLA-DR4'ün RA'e katkısının hastalığa yatkınlıktan çok hastalığın kronikleşmesi ve erozyon gelişimi üzerine etkisi olduğu bildirilmiştir.

RA sinovite yol açan bir hastalıktır. Romatoid sinovyumda ilk olarak sinovyal mikrodolaşımda tıkanma, hücre şişmesi ve hücreler arası mesafede artış görülür. Sonucunda inflamasyon artar, sinovyum hipertrofik hale gelir ve yavaş yavaş kıkırdığı aşındırmaya başlar. Sinovyal hücrelerde artmış inflamasyon ve bunlara bağlı olarak proliferen olmuş sinovyal oluşumlara "pannus" denir.

RA için kesin tanı koyduran spesifik bir test bulunmamaktadır. Çok yönlü bir hastalık olan RA tanısını kolaylaştırmak ve standart hale getirmek amacıyla ACR sınıflama kriterleri yol gösterici olmaktadır. 7 kriterden en az 4 tanesinin var olması ve ilk 4 kriterin en az 6 haftadır devam ediyor olması gerekmektedir.

1987 ACR Kriterleri:

1. Sabah tutukluğu; eklem ve çevresinde en az bir saat süren sabah tutukluğu.
2. Üç veya daha fazla eklemde artrit; en az üç eklemde hekim tarafından kanıtlanan yumuşak doku şişliği veya sinoviyal sıvı artışı ile beraber olan artrit.
3. El eklemlerinde artrit; el bileği, metakarpofalangial (MKF) ve proksimal interfalangial (PİF) eklemlerinin en az birinde artrit.
4. Simetrik artrit; vücudun iki yarısında aynı bölgedeki eklemlerin aynı anda tutulması; bilateral PİF, MKF veya mutlak simetri olmaksızın bilateral metatarsofalangial (MTF) eklemlerin artrit.
5. Romatoid nodüller; kemik çıkıntıları üzerinde, ekstansör yüzeylerde veya eklemlerin çevresinde hekim tarafından gözlenen subkutan nodüller.
6. Romatoid faktör; herhangi bir metod ile anormal miktarda RF pozitifliği.
7. Radyolojik değişiklikler; ön-arka el ve bilek radyografilerinde erozyonlar ve/veya periartiküler osteopeni.

KLİNİK ÖZELLİKLER

RA'nın en tipik başlangıç şekli sinsi ağrı, bir saatten uzun süren sabah tutukluğu ve küçük eklemlerde görülen simetrik şişliktir. Çoğu hastada hastalığın ilk bulguları halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı, ateş gibi genel sistemik bulgulardır.

EKLEM TUTULUMU

- **El ve el bileği:** RA'de el bileği, MKF ve PİF eklemler etkilenirken, DİF eklemler genellikle korunur. MKF'de subluksasyon ve unlar deviasyon, el bileğinde ise radial deviasyon olur. Parmaklarda sıklıkla kuğu boynu ve düğme iliği deformiteleri gelişebilir. En sık bulgu; el bilek eklemlerinin ekstansiyon, parmakların ise fleksiyon yönünde kısıtlanmasıdır. Karpal tünel içinde median sinirin sıkışması ilk ortaya çıkan bulgulardandır.
- **Dirsek:** Dirsekte ekstansiyon yönündeki kısıtlanma en erken bulgudur. Medial lezyonlar ulnar sinire lateraldeki lezyonlar ise radial sinirin posterior interossöz dalına bası yaparak tuzak nöropatiye neden olabilir.
- **Omuz:** Omuz tutulumu ilerleyici ve geç hastalığı olan hastalarda daha sık görülür. Superior subluksasyon gelişebilir.
- **Ayak:** Hastaların %10'unda ilk erezyonlar MTF eklemlerde izlenir. Subtalar ve talonavikular eklemlerde gelişen sinovit nedeni ile ağrı, katılık, subtalar dislokasyon görülebilir.
- **Ayak bileği:** Çok fazla fonksiyon kaybına yol açmaz.
- **Diz:** Eklemdaki şişlik ve efüzyon sebebiyle quadriceps atrofi ve fleksiyon kontraktürü gelişebilir. Baker kisti gelişebilir. Uzun süreli diz tutulumunda kıkırdak dokuda kayıp ile kollateral ve çapraz bağlarda laksite ve valgus deformitesi oluşabilir.
- **Kalça:** Genellikle hastalığın ileri evrelerinde ortaya çıkar ve yük verme ile ağrı oluşması ya da hareket kısıtlılığının olması kalça tutulumunu gösterir.
- **Vertebral kolon:** RA'da torasik ve lumbal vertebral tutulum nadirken servikal vertebralar sık tutulur. C1-C2 seviyesi en sık tutulan boyun bölgesidir. Reflekslerde canlılık, kas tonusunda artış, kuadriparazi, şiddetli ve geçirilemeyen baş ağrısı, ani ölüm RA servikal tutulum komplikasyonlarından.

EKLEM DIŞI BULGULAR

Eklem tutulumu ön planda olmakla birlikte RA pek çok organı da etkileyebilen sistemik bir hastalıktır. Artrit kliniği başlamadan önce, yorgunluk, kilo kaybı gibi sistemik bulgular ortaya çıkabilir.

- **Kaslar:** RA'da kas zayıflığı genellikle eklemdaki inflamasyona sekonder kas atrofisine bağlıdır.
- **Kemikler:** Pannus dokusu komşu kemiğe invaze olarak fokal osteolizise neden olur. Bu da karakteristik kistik erozyonları oluşturur. İnflamasyonlu eklemde komşu kemikte osteopeni gözlemlenebilir.

- **Deri:** RA'da özellikle el ve parmak derisinde romatoid nodüller görülür. Ayrıca palmar eritem yaygındır, nadir olarak reynaud fenomeni görülür.
- **Göz:** En sık göz tutulumu hastaların %10-35'nde görülen keratokonjonktivitis sikadır.
- **Solunum sistemi:** Akciğer tutulumu sıktır. Plevra tutulumu yaygın ve genellikle asemptomatiktir. Parankimal pulmoner nodüller genellikle asemptomatiktir ve seropozitif RA'lılarda ortaya çıkar.
- **Sinir sistemi:** Sinovyal inflamasyonun, hipertroik dokuların ve subkutan nodüllerin periferik sinire basısı sonucu gelişen nöropraksiya en yaygın görülen nörolojik bozukluklardır. Median, ulnar, posterior tibial ve radial sinirin posterior interosseöz dalı en sık etkilenen sinirlerdir.
- **Kardiovasküler sistem:** En sık tutulum perikardittir. Nodüler veya diffüz fibrosis nedeniyle myokardial tutulum gelişebilir. Endokardit, nodül veya vaskülit nedeniyle kapak yetersizliği, iletim bozuklukları, koroner arter tıkanıklığı görülebilir.
- **Gastrointestinal sistem:** RA'ya özgü bir anormallik yoktur.
- **Karaciğer tutulumu:** Aktif RA; karaciğer enzimlerinin, özellikle AST ve ALP'nin yükselmesine neden olabilir.
- **Renal sistem:** RA'da renal tutulum seyrek.
- **Hematopoetik sistem:** RA'da serum demiri düşüktür, ancak demir eksikliği olmadığından, patoloji, demir kullanım bozukluğuna bağlı olduğundan demir bağlama kapasitesi azalmıştır. RA'da anemi şiddeti, hastalık şiddeti ile özellikle periferik artritle doğru orantılıdır. Trombositoz sık görülen bir bulgudur.