

## OMUZ - EL SENDROMU GELİŞEN ASİMETRİK ROMATOİD ARTRİT OLGUSU

Süreyya Ergin\*

Ayşe Küçükdeveci\*\*

Omuz-el sendromu omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı, ipsilateral elde distrofik cilt değişiklikleri ve vazomotor değişimler, elde ve bilekte ağrı ve şişmeyle karakterize bir hastalıktır (1). Bu sendromun ortaya çıkmasını provake eden bazı durumlar : Travma, kırık, hemipleji, primer santral sinir sistemi hastalıkları, artritik veya diskojenik kaynaklı servikal omurga hastalıkları, periferik nöropati, myokard infarktüsü, rotator manşonun ağrılı lezyonları, antituberkuloz antikonvulsif, barbiturat türü ilaçların kullanımı, neoplastik hastalıklar gibi (2,3,4). Olguların % 25'inde ise provake eden bir faktör bulunamamıştır (1,2).

### OLGU

58 yaşında T.Y. adlı kadın hasta 15.12.1987 tarihinde sol omuz ve sol elinde ağrı, şişlik yakınması ile başvurdu. Öyküsünden 4 yıldır zaman zaman sol omuz ve sol el bileğinde ağrı ve şişlik olduğu, sağ ayak bileğinin bir kez şiştiği, ayrıca dizlerde ayaklarda ve ellerinde gezici tarzda eklem ağrıları olduğu öğrenildi. Hasta yaklaşık bir saat süren sabah sertliği tarif etmekteydi.

Fizik muayenesinde; sol omuz hareketleri ağrılı ve limitli, sol elinde bilek metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemleri içine alan lokal şişlik ve bilekte yumuşak doku hipertrofisi mevcut, sol el bileği hareketleri ağrılı ve tama yakın limitli idi. Bunun dışında diğer eklemlerde patoloji saptanmadı.

\* A.Ü. Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Profesörü

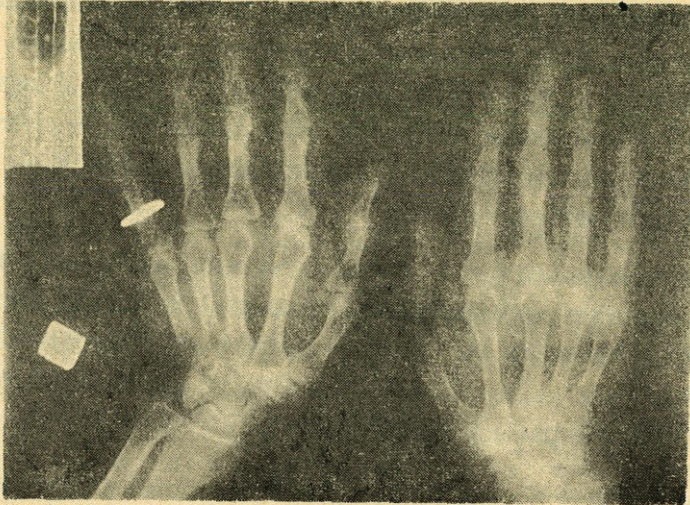
\*\* A.Ü. Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Araştırma Görv.



## LABORATUAR BULGULARI

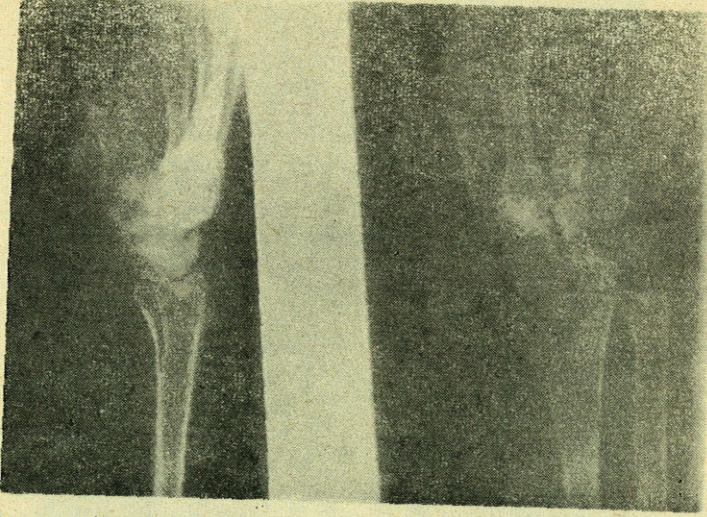
Hemoglobin : 12,5 gr/dl, Hematokrit : % 43,9, Lökosit : 6800/mm<sup>3</sup>, Eritrosit : 5 160 000, Açlık kan şekeri : 99/mm/dl, BUN : 16 mm/dl, Kreatinin : 0.8 mg/dl, Ürik asit : 5.6 mg/dl, Serum kalsiyumu : 9.9 mg/dl, İnorganik fosfor : 4.8 mmg/dl, SGOT : 14 Ü/L, SGPT : 12 Ü/L, Alkalen fosfataz : 74 Ü/L, Direk bilirubin : 0.1 mg/dl, Total bilirubin : 1.2 mg/dl, Total protein : 6.7 g/dl, Albumin : 3.7 g/dl, İdrar tetkiki : normal, mikroskopisinde 7-8 eritrosit, 6-7 epitel mevcut. Direk üriner sistem grafisi normal. Haftalık eritrosit sedimantasyon hızı ölçümleri : 30 mm/st, 15 mm/st, 20 mm/— st, 27 mm/st, 16 mm/st ve 30 mm/st. ASO : 200 Todd Ünitesinin altında, CRP : + + +, Latex RF : + + +, protein elektroforezinde; Albumin % 54.8, Alfa 1 globulin : % 3.1, Alfa 2 globulin 12,9, Beta globulin : % 11.0, Gama globulin : % 18.2, Kompleman C3 : 153 mg/100 ml, Kompleman C<sub>4</sub> : 60 mg/100 ml, ANA : 1/40 dilusyonda (—), Anti DNA : (—), IgA : 263 mmg/100 ml, IgG : 1830 mg/100 ml, IgM : 217 mg/100 ml, Brucella aglutinasyonu (—).

Tüm iskelet sisteminin direk radyolojik grafilerle lokal olarak taranmasında osteoporoz, servikal ve lumbal vertebralarda dejeneratif değişimler saptandı. Sol omuz grafisi normaldi. Direktel grafilerinde terminal osteoporoz (Resim 1), sol el bileğinde eklem aralığında



Resim 1 : Direkt her iki el grafisinde terminal osteoporoz dikkatli çekmektedir.





Resim 2 : 2 yönlü sol el bileği grafisinde eklem aralığında daralma, periartiküler demineralizasyon ve karpal kemiklerde erozif değişimler görülmektedir.

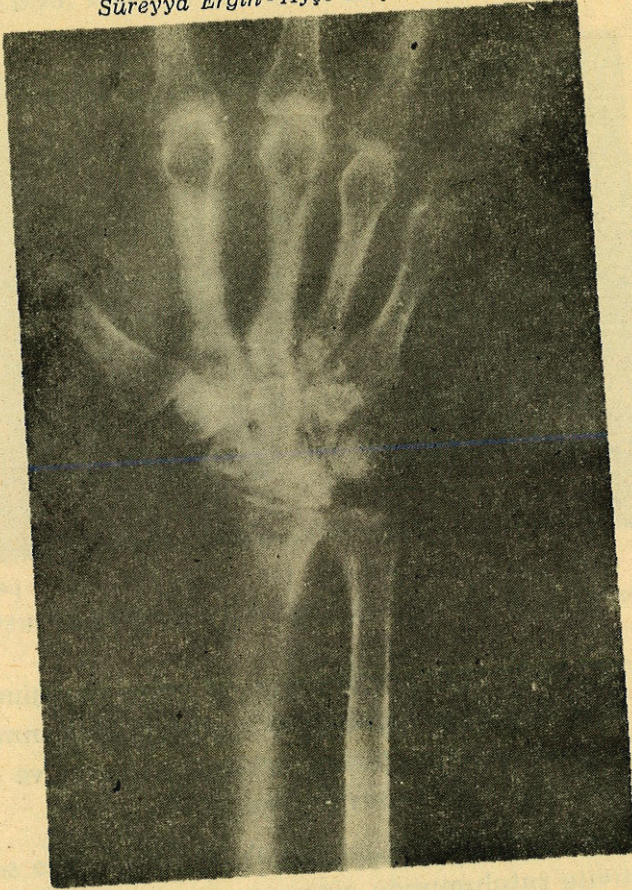
daralma, periartiküler demineralizasyon ve erozif değişimler (Resim 2) mevcuttu. Bilateral el tomografisinde kesitlerin incelenmesinde sol da özellikle 3 cm. de belirgin olmak üzere kemiklerin ve eklemlerin görünümü erozif artritle uyumluydu (Resim 3).

TC-99 m'le yapılan tüm vücut kemik sintigrafisinde sol el bilek ekleminde aktivite tutulumunda artma saptandı.

Klinikte yattığı süre içinde nefes darlığı yakınması olan hastanın akciğerlerinde bir patoloji saptanmadı. Kardiyolojik yönden değerlendirilen hastanın 2. kalp sesinde çiftleşme, telekardiografisinde sol ventrikülde belirginleşme ve EKG'de sol dal bloğu saptandı. Ekokardiografik incelemede sol ventrikülde hafif büyüme IVS'de sol dal bloğuna bağlı anormal hareket gözlemlendi, sol atrium ve kapaklar normaldi.

Hasta 29.1.1988 tarihine dek, 1,5 ay kadar hastanede kaldı. Bu süre içinde antiinflamatuvar, oral kalsiyum ve kalsitonin tedavisiyle beraber sol omuz ve sol el bileğine intermitan istirahat ateli ve fizik tedavi uygulandı. Sol omuz ve el bileğindeki ağrı yakınması geçen hastanın sol omuz ve el-bilek hareketlerinde limitasyonda belirgin azalma, sol elindeki şişlikte gerileme gözlemlendi.





Resim 3 : Sol el bileği tomografik incelemesinde 3 cm.'lik kesitte kemiklerdeki eroziv değişimler belirgin olarak göze çarpmaktadır.

### TARTIŞMA

Bu vak'ada ilginç olan bir nokta hastanın klinik olarak tipik bir Romatoid Artrit tablosu göstermemesiydi. 4 yıldır çeşitli eklemlerinde yakınmaları olmasına karşın kalıcı eklem bulgusu sadece sol üst ekstremitesinde gözlenmekteydi. Ancak gerek laboratuvar tetkiklerindeki romatoid faktör pozitifliği, protein elektroforezinde albuminin hafif düşük, alfa 2 ve gama globulinlerin yüksek olması, kompleman ve IgG değerlerinin hafif yüksekliği, gerekse sol el grafilerinde görülen terminal osteoporoz ve eroziv değişimler Romatoid Artriti destekler nitelikteydi (5).



Amerikan Romatizma Derneğinin Kasım 1987'de kabul edilen Romatoid Artrit tanı kriterleri şunlardır (6).

- 1 — En az 1 saat süren sabah sertliği,
- 2 — Klinisyen tarafından gözlenen 3 veya daha fazla eklemde şişme (artrit),
- 3 — Proksimal interfalangeal, metakarpofalangeal veya el-bilek eklemlerinde şişme,
- 4 — Simetrik artrit,
- 5 — Romatoid nodül,
- 6 — Romatoid faktör pozitifliği,
- 7 — El ve/veya el-bilek eklemlerinde radyografik erozyonlar ve/veya periartiküler osteopeni,

Bu kriterlerin ilk dördünün en az 6 hafta sürmesi gerekmekte ve bu 7 kriterden dördünün varlığıyla Romatoid Artrit tanısı konmaktadır. Bizim vak'amızda da beş kriterin (1., 2., 3., 6. ve 7. kriterler) varlığıyla Romatoid Artrit teşhisi konabilmekte ve hasta seropozitif unilateral erozif Romatoid Artrit olgusu olarak kabul edilmektedir (7).

Vakada ilginç olan bir diğer nokta da öykünün uzun süreli olmasına karşın omuz-el sendromunda beklenen 3 devreli klasik tablonun görülmemesiydi. Hastada klinik olarak sadece akut dönem bulguları olan elde ve bilekte şişlik, ağrı ve hassasiyet mevcut, buna karşın vazomotor değişimler, trofik değişimler yoktu. Ayrıca tüm vak'alarda görülmesi kural olmayan omuz-el sendromunun tipik radyolojik bulgusu benekli osteoporoz da gözlenmemekteydi. Oysa TC-99 m'le yapılan kemik sintigrafisinde sol el bileğinde aktivite tutulumunda artma saptanması omuz-el sendromunu destekleyen bir bulguydu (2).

Kalıcı eklem değişikliklerinin tek bir ekstremitede lokalize olarak kalması gözönünde bulundurularak, tüm bu klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularıyla hastayı seropozitif unilateral erozif Romatoid Artrit üzerinde gelişen akut safhada omuz-el sendromu olarak değerlendirdik. Nitekim verilen antiinflamatuvar, kasiyum, kalsitonin tedavisi ve fizik tedaviyle omuz-el sendromu tablosunun gerilemesi teşhisimizi kuvvetlendirdi.

Gerek klasik kitaplarda, gerek literatürde Romatoid Artritle omuz-el sendromunun birlikte görüldüğüne dair bir yayına rastlanmamaktadır. Bu açıdan değer taşıması nedeniyle bu vakanın yayınlanması uygun görülmüştür.



## ÖZET

Bu makalede 53 yaşında 4 yıllık seropozitif unilateral erozif Romatoid Artritli bir hastada gelişen omuz-el sendromundan bahsedilmektedir. Hastaya uygulanan antiinflamatuvar, kalsiyum, kalsitonin tedavisi ve fizik tedaviyle klinik tabloda düzelme gözlenmiştir.

## SUMMARY

## Asymetrical Rheumatoid Arthritis Patient Who Developed Shoulder - Hand Syndrome

In this article, a case of shoulder-hand syndrome with rheumatoid arthritis has been described. A 53-year old woman having a 4-year seropositive unilateral erosive rheumatoid arthritis presented shoulder-hand syndrome. After treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, oral calcium, calcitonin and physical therapy, the patient showed recovery of the clinical picture of this syndrome.

## REFERANSLAR

1. Curran, J.F., Ellman, M.H. and Brown, N.L. : Rheumatological aspects of painful conditions affecting the shoulder. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 173 : 27, 1983.
2. Kozin, F. : Painful shoulder and reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Arthritis and Allied Conditions-A Textbook of Rheumatology*, editör : McCarty, D.J. 10. Basım, 1985, s. : 1322-1355.
3. Taggart, A.J., Iveson, J.M.I. and Wright, V. : Shoulder-hand syndrome and symmetrical arthralgia in patients with tuba-ovarian carcinoma. *Annals of Rheumatic Diseases*, 43 : 391, 1984.
4. Mc Gill, P.E., Calman, K.C. : Shoulder-hand syndrome in patients with ovarian carcinoma. *Annals of Rheumatic Diseases*, 44 : 72 (1), 1985.
5. Baum, J. and Ziff, M. : Laboratory findings in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Allied Conditions-A Textbook of Rheumatology*, editör : McCarty D.J. 10. Basım, 1985, s. : 643-659.
6. Arnett, F.C. and ark. : The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, Vol. 31 : 315, 1988.
7. Williams, R.C. Jr. and McCarty, D.J. : Clinical picture picture of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Allied Conditions-A Textbook of Rheumatology*, editör : McCarty D.J. 10. Basım, 1985, s. : 605-619.