



Genç Bir Hastada Koksartrozun Nadir Bir Nedeni: Ailesel Akdeniz Ateşi

Meltem Vural¹, Cemal Bes², Ercan İnci³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

ÖZET

Genç bir hastada koksartrozun nadir bir nedeni: Ailesel Akdeniz Ateşi

Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) hastalığına bağlı eklem tutulumu genellikle akut, tekrarlayıcı, kendini sınırlayan ve sekel bırakmayan artrit şeklindedir. AAA ilişkili koksartroz ise oldukça nadir görülen bir durumdur. Bu yazıda, AAA ilişkili koksartroz tespit edilen genç yaşta erkek bir olgu sunulmuş ve AAA ile koksartroz birlikteliğinin patogenezi tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, koksartroz, artrit

ABSTRACT

A rare cause of coxarthrosis: Familial Mediterranean Fever

Familial Mediterranean Fever (FMF) depends on the joint involvement is usually acute, recurrent, self-limiting and is a form of arthritis sequelae. AAA is a rare status associated with coxarthrosis. In this case, a young male patient with FMF associated with coxarthrosis is presented and discussed in the pathogenesis of FMF.

Key words: Familial Mediterranean Fever, coxarthrosis, arthritis

Bakırköy Tıp Dergisi 2017;13:149-151

GİRİŞ

Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), otozomal resesif geçiş gösteren ve ülkemizde sık görülen otoinflamatuar bir hastalıktır. AAA sistemik bir hastalık olup, tekrarlayan ateş atakları, serozal, sinoviyal veya kutanöz inflamasyon ile karakterizedir (1,2). İntermittan ateş, karın ağrısı ve artrit hastalığın en sık manifestasyonudur. Buna karşın AAA'de artrit atakları kendiliğinden gerileyen, destrüktif olmayan özelliktedir (1-3). Diğer yandan koksartroz sıklıkla yaşlı populasyonda karşımıza çıkan, sinovyal eklemin etkilendiği dejeneratif bir bozukluktur. Genellikle genetik yatkınlık, yaş, etnisite, cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, endokrin ve bazı metabolik bozukluklar etiyolo-

patogenezi de yer almaktadır. Koksartroz, genellikle lokal, kendi kendini sınırlayan, progresif hyalin kartilaj kaybı, osteofit oluşumu gibi özelliklere sahiptir. İnflamatuar artritlerdeki gibi sinovyal inflamasyon bulgusu ağır seyretmemektedir (4-6). Genç yaşlarda da koksartroz görülebilmektedir. Yaşlılardan farklı olarak genç yaşta ortaya çıkan koksartrozun genellikle altta yatan predispozan bir nedeni vardır. AAA ile koksartroz birlikteliği klinik olarak sık birliktelik göstermemektedir. Ancak inflamatuar artritlerdeki gibi AAA'lı hastalarda kalça tutulumuna dair veriler mevcuttur (7,8). Burada AAA ilişkili koksartrozu olan bir olgu sunmaktayız.

OLGU SUNUMU

39 yaşında, erkek hasta kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın şikayetleri 3 yıl önce başlamış. Ortopedi polikliniğine başvuran hastada sağ koksartroz tespit edilmiş ve altta yatan hastalıklar açısından değerlendirilmek üzere tarafımıza yönlendirilmişti. İnflamatuar artrit lehine bir bulgusu olmayan hastanın sorgusunda 16

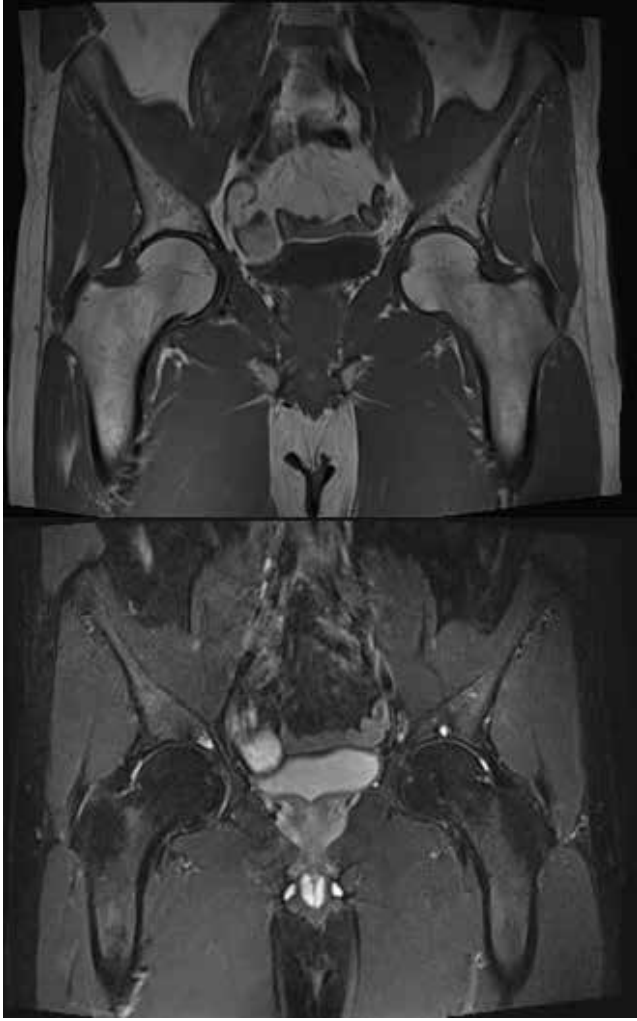
Yazışma adresi / Address reprint requests to: Meltem Vural, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Zuhuratbaba, Bakırköy, İstanbul

Telefon / Phone: +90-212-414-1144

Elektronik posta adresi / E-mail address: drmeltemvural@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 08 Nisan 2014 / April 08, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance: 22 Ocak 2015 / January 22, 2015



Resim 1: Hastanın kalça eklemine yönelik manyetik rezonans görüntülemesi

yaşından beri 2-3 aylık periyotlarla gelen ve 24 saat kadar süren tekrarlayıcı karın ağrısı şikayeti vardı. Hastanın öyküsünden hastaya 2 yıl önce Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) tanısı konulduğu ve buna yönelik olarak Kolşisin tb 3x1 tedavisi başlandığı öğrenildi. Direkt antero-posterior pelvis grafisinde sağ kalça eklem aralığında daralma, eklem superiorunda osteofit formasyonu saptandı. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde (MRI) kalça eklem aralığında daralma, femur başı düzensizliği, subkondral skleroz, marjinal osteofit ile ilgili bulgular mevcuttu (Resim 1). Koksartrozu tespit edilen hastada etyolojiye yönelik olarak yapılan sorgusunda geçirilmiş travma, obezite, alkol ve intravenöz ilaç kullanımı, diyabetes

mellitus veya doğumsal anomali öyküsü yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde olası koksartroz nedeni olabilecek hiperparatiroidi, hipotiroidi gibi endokrin hastalıklar, hemokromatozis gibi metabolik hastalıklar, antifosfolipid antikor varlığı tespit edilemedi. İnflamatuvar artritler yönünden serolojik tetkikleri normaldi. Bu bulgular varlığında hastanın koksartrozunun AAA ile ilişkili olduğu düşünüldü ve hastalığın agresif kontrolü için Kolşisin 2mg/gün dozuna yükseltildi.

TARTIŞMA

Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) hastalığında eklem tutulumu genellikle alt ekstremité ağırlıklı ve monoartrit şeklindedir. Eklem tutulumu ataklar halinde görülür ve ataklar genellikle 3-5 gün içinde geriler ancak bazen arititin süresi 4 haftaya kadar devam edebilir. AAA ilişkili artrit genellikle nonerozif özellikte olup tutulan eklemde sekel bırakmadan iyileşir. Ancak kronik seyirli ve kalıcı hasar ile sonuçlanan eklem tutulumu ve sakroiliit de görülebilir. AAA hastalarının yaklaşık %7'sinde seronegatif spondiloartrit görüldüğü bildirilmiştir (9). AAA hastalığına bağlı kronik destrüktif artrit AAA ilişkili artritlerin %5'inden azını oluşturmaktadır (8). Kalça eklemi tutulumu da kronik destrüktif artritlerden biri olup genellikle kalça replasman cerrahisi gerektirecek ağırlıkta olmaktadır (7,8,10). Bu olguda AAA ile birliktelik gösteren koksartroz olgusu sunulmuştur. Daysal ve arkadaşları benzer biçimde 21 yaşında AAA ile birliktelik gösteren bir koksartroz olgusu bildirmiş, ayırıcı tanıda idiopatik juvenil artrit birlikteliğinin dışlanamadığını ifade etmişlerdir. Ancak MRI bulgularındaki kronik artrit açısından tipik olabilecek anlamlı sinoviyal hipertrofi, efüzyon ve erozyonların olmayışı olguyu bu tanıdan uzaklaştırmaktadır (11). Benzer biçimde bizim olgumuzda da MRI açısından benzer özellikler mevcuttu. Eklem aralığında daralma ve skleroz bulguları olgumuzda yer almakla birlikte bu bulgular kronik artrit için karakteristik değildir. Sonuç olarak koksartroz nedeniyle başvuran ve özellikle genç yaşta bu patolojisi tespit edilen hastalarda, ülkemizde oldukça sık görülen AAA hastalığının akılda tutulması ve buna yönelik klinik sorgulama yapılması son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Yilmaz S, Erdem H, Tunay S, Torun D, Genc H, Tunca Y, Karadag O, Simsek I, Bahce M, Pay S, Dinc A. The presence of MEFV gene mutations in patients with primary osteoarthritis who require surgery. *Korean J Intern Med* 2013; 28: 594-598.
2. Ben-Chetrit E, Levy M. Familial mediterranean fever. *The Lancet* 1998; 351: 659-664.
3. Yigit S, Tural S, Tekcan A, Tasliyurt T, Inanir A, Uzunkaya S, Kismali G. The role of IL-4 gene 70bp VNTR and ACE gene I/D variants in Familial Mediterranean fever. *Cytokine* 2014; 67: 1-6.
4. Poulsen E, Christensen HW, Penny JØ, Overgaard S, Vach W, Hartvigsen J Reproducibility of range of motion and muscle strength measurements in patients with hip osteoarthritis - an inter-rater study. *BMC Musculoskelet Disord* 2012; 13: 242.
5. Piscitelli P, Iolascon G, Innocenti M, et al. Painful prosthesis: approaching the patient with persistent pain following total hip and knee arthroplasty. *Clin Cases Miner Bone Metab* 2013; 10: 97-110.
6. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 778-799.
7. Langevitz P, Livneh A, Zemer D, Pras M. Familial Mediterranean fever. In: Maddison PJ, Isenberg DA, Woo P and Glass DN (Eds) *Oxford Textbook of Rheumatology*. 2nd edition, Oxford University press, Oxford, 1998: p. 1445-1450.
8. Younes M, Kahn MF, Meyer O. Hip involvement in patients with familial Mediterranean fever. A review of ten cases. *Joint Bone Spine* 2002; 69: 560-565.
9. Çobankara V, Kiraz S. Ailesel Akdeniz Ateşi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2000; 31: 310-319.
10. Kaushansky K, Finerman GA, Schwabe AD. Chronic destructive arthritis in familial Mediterranean fever: the predominance of hip involvement and its management. *Clin Orthop Relat Res* 1981; 155: 156-161.
11. Daysal S, Akcil G, Goker B, Haznedaroglu S, Ercan N, Ozturk MA. Infliximab therapy in a patient with familial Mediterranean fever and chronic hip arthritis. *Arthritis Rheum* 2005; 53: 146-147.