

İleri yaş monoartritle başvuran psödogut olgusu*

Muhammet Limon, Semral Gülcemal, Sema Yılmaz

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Öz

Kalsiyum pirofosfat dihidrat depolanma hastalığı (KPPD) olarak bilinen psödogut eklem aralığında kristal birikimi ile seyreden romatolojik bir hastalıktır. KPPD kristal depolanma hastalığı sıklıkla ileri yaşta aralıklı artrite neden olan bir hastalıktır. KPPD en sık olarak diz, el bileği, omuz ve kalça eklemlerini tutar. Hiperparatiroidizm, hemokromatozis, hipomagnezemi, hipofosfatemi KPPD ile ilişkilidir. İleri yaşta monoartritle başvuran hastalarda KPPD ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu çalışmada KPPD ve paratiroid adenomu saptanan olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Artrit, psödogut, paratiroid adenom

Abstract

Pseudogout, also known as calcium pyrophosphate dehydrate deposition disease(CPPD), is arheumatological condition arising from accumulation of calcium pyrophosphate dehydrate crystals in connective tissues.Calcium pyrophosphate dehydrate deposition disease (CPPD) is the disease caused intermittent arthritis. It predominately affects the elderly. Target joints include the knees ,wrists,shoulders and hips. Hyperparathyroidism, hemocromatosis, hypomagnesemia, hypophosphatemia associate with CPPD. Acase of CPPD withparathyroid adenomais presented in this report.

Key words: Arthritis, pseudogout, parathyroidadenoma

Genel Tıp Derg 2019;29(2):92-94

Alınan: 08.05.2018 / 02.11.2018 / Yayınlanma: 10.07.2019

Yazışma adresi: Muhammet Limon, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

E-posta: dr_mlimon@hotmail.com

Giriş

Kalsiyum pirofosfatdihidratkristal depolanma hastalığı (KPPD) sıklıkla ileri yaşta aralıklı artrite neden olan bir hastalıktır.Elli yaş altında nadir olup sıklığı yaşla birlikte artmaktadır (1-2).Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı benzerdir (3).Altmışbeşli yaşlarda görülme sıklığı %10-15 olup 75’li yaşlarda görülme sıklığı %30-60’lara çıkar. KPPD en sık olarak diz,el bileği, omuz ve kalça eklemini tutar. KPPD artrit eklem aralığındaki sinovyal sıvıya kalsiyum pirofosfat kristallerinin çökmesi ile karakterize bir durumdur.KPPDmetabolik hastalıklarla birlikte bulunabilir (4).Burada ileri yaş monoartritlebaşvuran veparatiroid adenomu saptanan olgu sunulmaktadır.

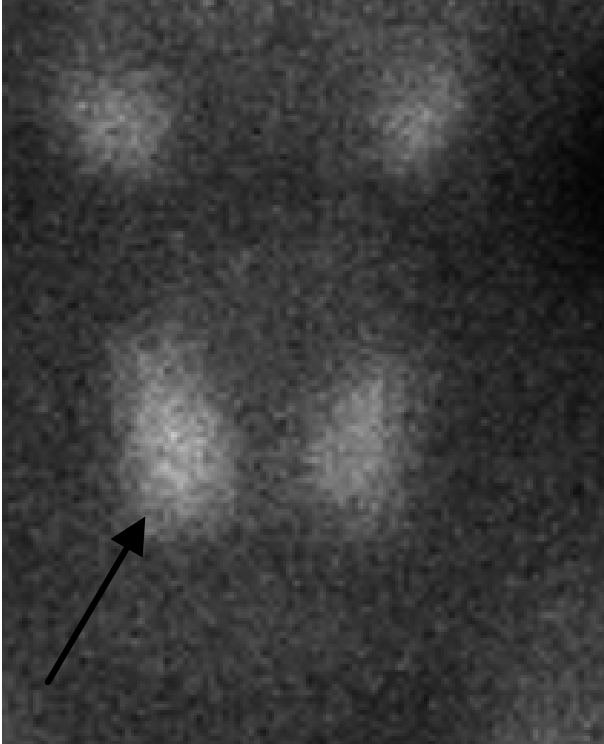
Yetmiş dokuz yaşında erkek hasta 1 haftadır olan sol diz diz ağrısı,şişlikyakınması nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde tansiyon:120/80mm/Hg, ateş:36°C,nabız:72/dk idi. Baş-boyun,akciğer, kalp ve batin muayeneleri olağandı. Romatolojik muayenesinde sol dizde şişlik ve hassasiyet vardı. Patellar şok testi pozitif.Eklemden kızı-

rıklık ve ısı artışı yoktu. Hastanın eklem sıvısı analizindeWbc:22000 K/uL, nötrofil:20000K/uL, Hg:0 bulundu. Kan tetkiklerindeWBC:15000K/UL (N:4000-10000), RF:-negatif,anti-CCP:negatif, ANA: negatif, ürik asit:3.2mg/dl(N:3.7-7.7),Ca:11mg/dl(N:8.8-10.6), P:2.7mg/dl(2.3-4.7), albumin:3.4 g/dl (N:3.5-5.2), kreatinin:1.1mg/dl(0.6-1.1)saptandı. Eklem sıvı kültüründe üreme olmadı. Hastanın diz grafisindeeklem mesafesinde lineer kalsifikasyon gözlemlendi (Şekil-1). KPPD düşünülerek kolşisin 3x0,5 mg tablet ve prednizolon 15 mg/gün olarak başlandı. Hastanın etyolojikolarak araştırıldığında 3 yıldır kalsiyum değeri:10.5-11mg/dl arası seyrettiği gözlemlendi. HastanınP-TH: 230pg/ml(N:12-65),24 saatlik idrarda Ca:402mg/gün(N:100-300)saptandı. Hastanın patolojik kırık öyküsü yoktu. Paratiroid sintigrafisinde sağ tiroid lobu alt kesimposteriodaparatiroid adenomu ile uyumlu bulundu (Şekil-2). KPPDnedeninin paratiroid adenom olduğu düşünüldü. Hastanın patolojik kırık öyküsünün olmaması, kalsiyum değerlerinin 1 mg /dl den fazla artış göstermesi nedeniyle paratiroid adenom cerrahisi düşünülmedi.

Hastanın artrit bulgusu izlemde geriledi. Kortikosteroid tedavisi azaltılarak kesildi. Hasta halen kolşisin 1mg/gün almaktadır.



Şekil 1



Şekil 2

Tartışma

KPPD'nin nedeni bilinmemekle birlikte eklem travması, ailesel kondrokalsinoz ve özellikle hemokromatoz olmak üzere gençler arasında çeşitli metabolik ve endokrin sebepler hastalığa neden olabilir (5). KPPD sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. KPPD asemptomatik, akut, osteoartrit ile birlikte gösteren kronik artropatide kronik inflamatuvar artrit kliniği ile klinik bulgu verebilir (6). Asemptomatik seyredebileceği gibi kronik inflamatuvar olarak da seyredebilir. KPPD'nin septik artrit ile ayrımı yapılmalıdır. Bu nedenle eklem sıvı kültürü tetkikleri yapılarak ve eklem sıvısında kristal varlığı araştırılarak ayrıcı tanı yapılmalıdır. KPPD kliniğini taklit eden hastalıklar gut, septik artrit, romatoid artrit, osteoartrit, spondiloartrit, KPPD kristal depolanma hastalığı olan hastaların %5'inde romatoid artriti taklit eden semptomlar gelişir. Sabah tutukluğu, eklem kontraktürü ve eritrosit sedimentasyon yüksekliği olan artrit ile seyreden KPPD olguları yanlışlıkla romatoid artrit tanısı alır. KPPD nadiren aksiyal omurgada kristal depolanmasına bağlı boyun ağrısına neden olur. Sunmuş olduğumuz olguda eklem sıvı kültüründe üreme olmaması, eklem sıvı analizinde Wbc:22000 K/U olması nedeniyle septik artrit düşünülmeydi. Septik artrit tablosunda eklem sıvı analizinde beyaz küre sayısı 50000 üzerinde olur. Romatoid artrit tanısında eklem yakınmaları 6 hafta ve üzeri olması gerekir. Eklem yakınmalarının 1 haftadır olması nedeniyle romatoid düşünülmeydi. Romatoid artrit hastalarında RF %75-80'inde pozitif saptanır. Anti-CCP'nin RA için sensitivitesi %70, spesifitesi %95'dir. RF ve anti-CCP'nin negatif olması hastalığı ekarte ettirmez. Osteoartrit ileri yaş hastalarda daha sık görülür. Eklem görüntülemesinde eklem mesafesinde daralma, osteofitler, subkondral kist ve kemik sklerozu gözlenir. Olgumuzun direkt grafisi osteoartrit ile uyumlu değildi. Gut genellikle erkeklerde ve 50 yaş üzeri görülür. Eklem aralığında ürik asit kristalleri çökmesiyle hassasiyet ve kızarıklık olur. Gut artritinde kan ürik asit düzeyi normal olabilir. Olgumuzun ürik asit değeri normal olsa da eklemde kızarıklık olmaması nedeniyle gut arititi düşünülmeydi.

KPPD kristal depolanma hastalığındaki kompans polarize ışık mikroskopisinde eşkenar dörtgen şeklinde kristaller saptanır. Eklem sıvı incelemesinde beyaz küre 5000-25000 K/uL arası değişir. Kanda hemogramda lökositoz, sedimentasyon ve C-reaktif protein değerlerinde artış saptanır.

nır.

KPPD olgularında radyografik kondrokalsinozis saptanabilir. Ultrasonografi ile yüksek spesifite ve sentivite ile tanı konulabilir (7). Kesin tanı için sinovyal sıvı analizinde kalsiyumpirofosfat kristallerinin görülmesi gereklidir. Kondrokalsinozis punktat ve lineer dansiteler olarak görünmektedir.

Hiperparatiroidizm, hemokromatozis, hipomagnezemi, hipofosfatemi KPPD hastalığının artan sıklığı ile ilişkilidir (8). İleri yaşta monoartritle başvuran hastalarda psödogut ayırıcı tanıda düşünülmalıdır.

Primer hiperparatiroidi, hiperkalseminin en sık nedenlerinden birisidir. Kan kalsiyum ölçümlerinin rutin tarama testleri içinde değerlendirilmesinden sonra sıklığı artmıştır. Bir veya birden daha fazla sayıda adenom, hiperplazi ve çok nadir olarak karsinom olarak saptanmaktadır. Patojik kırıklar, kafatasında buzlu cam görünümü, tuz-biber görünümü, subperiostal rezorpsiyon radyolojik olarak görülebilmektedir (9).

KPPD akut atak tedavisi gut atak tedavisi gibidir. Tedavi seçenekleri arasında kolşisin, nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar ve kortikosteroidler yer alır (10). Yılda 3 ve daha fazla atak öyküsü olan hastalarda kolşisin profilaksisi (1 mg/gün) önerilir. Dirençli hastalarda IL-1 blokeri anakinra tedavide verilebilir. KPPD tedavisinde eklemlerden kristalleri temizleyecek spesifik bir ilaç yoktur. Altta yatan nedene yönelik tedavi yapılarak kristallerin oluşumu azaltılabilir.

Kaynaklar

1. Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, et al. The prevalence of chondrocalcinosis in the elderly and its association with knee osteoarthritis: the Framingham Study. *J Rheumatol* 1989;16:1241-5.
2. Musacchio E, Ramonda R, Perissinotto E, et al. The impact of knee and hip chondrocalcinosis on disability in older people: the ProVA Study from north eastern Italy. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1937-43.
3. Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, et al. The prevalence of chondrocalcinosis in the elderly and its association with knee osteoarthritis: the Framingham Study. *J Rheumatol* 1989; 16:1241-5.
4. Jones AC, Chuck AJ, Arie EA, et al. Diseases associated with calcium pyrophosphate deposition disease. *Semin Arthritis-Rheum* 1992;22:188-202.
5. Jones AC, Chuck AJ, Arie EA, et al. Diseases associated with calcium pyrophosphate deposition disease. *Semin Arthritis Rheum* 1992; 22:188.
6. Filippou G, Frediani B, Gallo A, et al. A "new" technique for the diagnosis of chondrocalcinosis of the knee: sensitivity and specificity of high-frequency ultrasonography. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1126-8.
7. Richette P, Ayoub G, Lahalle S, et al. Hypomagnesemia associated with chondrocalcinosis: a cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 2007;57:1496-501.
8. Mc Carty DJ. Calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease-1975. *Arthritis Rheum* 1976; 19 Suppl3:275.
9. TEMD Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2017, s:145.
10. Zhang W, Doherty M, Pascual E, et al. EULAR recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part II: management. *Ann Rheum Dis* 2011; 70:571.