

Romatoid Artritte Eklem Dışı Belirtiler

Dr. Mustafa BOZ (1), Dr. Ender ÜLGEN (2), Dr. Mecdi ERGÜNEY (3), Dr. Nesrin ÜNALAN (1),
Dr. Emin PİŞKİNPAŞA (2)

ÖZET

Kronik ve sakat bırakabilen bir eklem hastalığı olan Romatoid Artritin (RA) çeşitli eklem dışı belirtileri vardır. Bu belirtiler klinikte romatoid nodül gibi sık görülen iyi huylu olanından, Felty Sendromu ya da vaskülit gibi ağır olanlarına kadar, geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilir. RA'nın sistemik olarak ortaya çıkışı, kronik hastalıkların seyirine ilave olarak kÜnülüatif şekildedir, tam anlamıyla gelişen lezyonlar çok önemli olup, hatta yaşamla bağdaşmayabilir. Burada tam olmasada, RA'nın başlıca eklem dışı belirtilerini gösteren sınıflamalara örnekler ve klinik belirtilerden bahsedilmektedir.

Anahtar sözcükler: Romatoid artrit, Felty sendromu, romatizmal vaskülit, romatizmal pnömopati.

SUMMARY

Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis.

Rheumatoid arthritis is mainly a chronic and disabling articular disease with a variety of extra-articular manifestations. The clinical manifestations of extra-articular rheumatoid arthritis are wide, ranging from common and benign manifestations such as rheumatoid nodules to severe events such as Felty's Syndrome or systemic vasculitis. The incidence of systemic rheumatoid arthritis seems cumulative over the course of the chronic disease, and the severity of individuals lesions when fully developed can be of major importance and even life threatening. A classification of the main features of extra-articular rheumatoid arthritis is given (even if not perfect), and the clinical manifestations are described.

Key words: Rheumatoid arthritis, Felty's syndrome, Rheumatoid vasculitis, Rheumatoid pneumopathy.

Romatoid Artrit (RA) uzamış bir seyirle giden, kronik, eklemlerde yaygın inflamasyonla giden nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Sistemik bir hastalık olmasına rağmen öncelikle eklemleri seçer. Birçok hastada fazla ağnrlı olmaksızın iyi kontrol edilebilen, bazılarında ise çok ciddi olabilen eklem dışı belirtilere neden olur. Bunlarda ; romatizmal nodüller ve Sjögren sendromu gibi iyi huylu olabildiği gibi Felty sendromu veya periarteritis nodozanın nekrotizan vaskülit gibi sıklıkla öldürücü komplikasyonlara da yol açabilir(1).

Bu tutulumların kesin sayısını tesbit etmek güçtür. Buna karşın; P. Bacon'ın yaptığı; Romatoid Artritte eklem dışı belirtilerin sıralaması fikir verebilir(2). (Tablo 1)

*Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2-5. Dahiliye Kliniklerinde
Uzman (1), Şef Yardımcısı (2), Şef (3)*

DERİ ALTI NODÜLLERİ

Romatoid Artrit için hastaneye yatan hastaların yaklaşık yarısında görülebilen bir belirtidir.

Nodüllerin nasıl ortaya çıktığı tartışmalıdır. Bazısı lokal bir vaskülit nedeniyle oluştuğunu düşünürken, diğerleri travmatik faktörlerden (dirsek veya sakrum nodülleri gibi) bahsetmektedir. Bir kısım nodüllerin ortaya çıkışında ise metotreksatin rolü tartışmalıdır.

Histolojik olarak bu nodüller, merkezinde histiyositlerle çevrili fibrinoid nekrozu olan, etrafında ise fibroblastlar ve makrofajlardan oluşur. En sık yerleşim yeri; dirsek, parmak ve dizde cilt altında, 1-2 mm'den birkaç santimetre çapına kadar değişen boylarda olabilir. Plevrn, akciğer, karaciğer gibi iç organ nodülleri tanımlanmıştır. İçorgan nodülleri ülkemizde daha az görülmektedir(4). Romatoid Artrit seyirinde, nodüller, birdenbire veya yıllar sonra ortaya çıkabilir. Kural olarak nodüller ağrısız olup; romatoid artritin tümüyle dışlanması haricinde, kendiliğinden gerileme eğilimi yoktur. Ancak işlevsel ve estetik olarak rahatsız ettiği durumlarda cerrahi olarak çıkarılabilir. Nodüller nodüektomi sonrasında da yenileyebilirler.

ROMATOİD ARTRİTTE EKLEM DIŞI TUTULUM SINIFLAMASI	
1. GRUP : TEMEL SİSTEMİK BELİRTİLER	
-Sorez tutulum -Romatizmal vaskülit -Romatizmal nodül	
2. GRUP : KRONİK OLARAK İMMÜN SİSTEMİN UYARILMASINA BAĞLI BELİRTİLER	
-Anemi -Adenopatiler -Felty Sendromu	
3. GRUP : ROMATİZMAL POLİARTRİTLE BİRLİKTE OLAN BELİRTİLER (diğer hastalıklarda da görülebilir)	
-Salgı bezlerinde kırıma yapan sendromlar -Fibrozis yapan alveolit	
4. GRUP : ROMATOİD ARTRİTE ÖZGÜ KOMPLİKASYONLAR	
- Osteopeni - Amloidoz	
5. GRUP : İLAÇLARA BAĞLI OLAN , İZOLE VEYA DİĞER GRUPLARLA BİRLİKTE OLAN BELİRTİLER	
Bulguların sistemlere göre sınıflamasını yaparsak(3):	
Deri tutulumu	Romatoid nodüller, Palmar eritem, Vaskülitte bağlı deri lezyonları.
Solunum sistemi	Pnöresi, İnterstiyel akciğer fibrozu, akciğerdeki romatizmal nodüller, Bronşiolit, Tıkayıcı bronşiolit, Pnömoner hipertansiyona yol açan arterit.
Dolaşım sistemi	Perikardit, Mitril valvülopati, İleti bozuklukları, Miyokardit, Koroner vaskülit.
Göz tutulumu	Keratokonjiktivitis sicca, Sklerit, Episklerit, skleromalazi perforan.
Nörolojik tutulum	Bası nöropatileri, periferik nöropati, Mononeuropati multipleks.
Kas tutulumu	Çöçüşlülük ve atrofiler.
Kemik tutulumu	Osteopeni
Hematolojik tutulum	Felty sendromu, Anemiler, Lenfoma.
Böbrek tutulumu	Amloidoz
Diğer	Funkosomatik yakınmalar.

HEMATOLOJİK BOZUKLUKLAR

Anemi

Genelde hafif, orta, enflamatuvar olarak gelişen, demir düşüklüğü ile birlikte normokrom kansızlıktır. Diğer taraftan serum demiri düşükken, organizmanın demir deposu olan ferritin yamltıcı bir şekilde normaldir. Hastalığın hecmeleri esnasında aneminin ağırlaşmasında; enflamasyonla birlikte kemik iliği sitokinlerinin kırmızı seri elemanlarının olgunlaşmasını tamamen önlemesi söz konusudur. Hastalık remisyonu girince de kısmi bir düzelleme olur.

Romatoid artritte; belirgin özellikleri olmadan diğer anemilere de rastlanır. Yapılan tedavinin komplikasyonu olarak ortaya çıkan anemiler, ülserle bağlı kanamalardan olanlar ve metotreksatın makrositer anemisi yada çok nadir olan otoimmün hemolitik anemiler sayılabilir. Diğer kan elemanlarının azalmasına bağlı anemiler nadirdir. Özellikle d-penisilamin yada altın tuzlarının kullanımı sırasında, olguların % 40 ila 49'unda; çok hafif bir eozinofili olabilir. Özellikle başta vaskülitli olanlar olmak üzere, bazı romatoid artrit türleri çok yüksek lökositoz ve yoğun bir eozinofili ile birlikte olabilir. Hatta bazıları romatizmal hastalığın tamsında roloynayabilir. Eozinofili sıklığı olguların % 18 ila 42'sinde olabilir.

Trombositler, inflamatuvar sendromla eş zamanlı olarak hafif yükselmiştir. Bu bağışıklık inflamasyonun kaybolmasıyla kendi kendine düzeller

Felty(Felty) Sendromu

Nötropeni(mm³'de <1000) ağırlıklı lökopeni; romatoid artrit , splenomegali ve lökopeniyle birlikte olan felty sendromunun (mm de <1000) lökopeni) özelliğidir. Anemi ve poliadenopati gibi diğer belirtilerde mevcuttur. Kuralolarak uzun süren, seropozitif, sıklıkla nodüllü ve antinükleer faktörler ve kompleman yetersizliği ile birlikte olan romatoid artritlerde ortaya çıkan felty sendromu nadir ve ürkütücü bir romatoid artrit komplikasyonudur. Sıklıkla eklemeler açısından fazla ilerleyici olmayan fakat mutlaka DRB/ 040 ve /veya DR *0404 gibi risk alellerini taşıyan romatoid artrit hastaları söz konusudur.

Bu sendromun fizyopatolojisi bilinmiyor. Lökopeninin nedeni polinükleer hücrelerin aşın kaybıdır. felty sendromunun ağırlığı, özellikle polinükleer hücrelerin çekilmesiyle ortaya çıkan tekrarlayıcı infeksiyon epizodlarıdır. Tedavisi zordur. Altın tuzları, lityum , metotresat v.b. gibileri önerilmektedir. Bu tedavilerin etkisiz kalması ve nötropenin devam etmesi durumunda; splenektomi, granülosit büyüme faktörleri yada siklofosamid tedavilerine başvurulabilir. felty sendromu, artmış büyük granüllü CD57+ lenfositler(kronik T hiperlenfositozu) ile seyreden ve psödo-felty Sendromu olarak adlandırılan diğer olgulardan ayırılmelidir(5).

Kanın hiperviskozite sendromları oldukça nadirdir.

RETİKÜLO-ENDOTELYAL SİSTEM TUTULUMLARI

Romatizmal hastalığın seyri sırasında hastaların % 50-70'inde artrit hecmelerinde oluşan satellit adenopatiler olabilir. Kural olarak eklem tutulumun iyileşmesiyle adenopatiler de düzeler. Histolojik olarak iyi huylu bir foliküler hiperplazi mevcuttur. Uzun süre devam etmesi halinde diğer tanılar düşünülmeli ve lenfoma araştırılmalıdır.

Felty sendromu dışında da; % 2-3 arasında splenomegali vardır.

RAYNAUD SENDROMU

Raynaud sendromu romatoid artrit hastalarının %2 ila 5'inde rastlansa da tipik kapillaroskopik anormallik göstermez.

SİSTEMİK VASKÜLİT

Uzun sürmüş ve ağır seyreden sero-pozitif, nodüllü romatoid artrit hastalığının seyri sırasında bazen; periarteritis nodozayı tıpa tıp taklit eden(böbrek tutulumu ha-

riç) sistemik vaskülit tablosuna rastlanabilir(6). Ortaya çıkış sıklığı milyonda 10 kadardır. İmmün kompleks mekanizmasıyla oluşmuş bir vaskülarit söz konusudur. Bu romatizmal vaskülarit esnasında; polinükleer hücrelerin anti-sitoplazma antikoru(ANCA) ya da anti-endotelial hücre antikoru, kompleman düşüklüğü veya kriyoglobülinemi bulunabileceği belirtilmektedir.

Klinik belirtiler çok farklılık gösterir. Kötü prognoz için belirleyici bir değeri olmayan turnak altı mikro-infarktüsleri gibi basit belirtiler olabildiği gibi, az çok derin olan deri ülserasyonları, varis ülserleri, vasküler purpura, el ve ayak parmaklarında gangrenler gibi daha ciddi diğer deri lezyonları görülebilir. Genel hastalık belirtileri ateş, zayıflama, genel durum bozukluğu olabilir.

Merkez sinir sistemi tutulumu nadirdir. Periferik sinir sistemi tutulumu; peri-arteritis nodozaya benzeyen, asimetrik duyu - motor bozukluğu yapan mültinevritlerle gider.

Daha sık olarak, fakat daha iyi bir prognoz gösteren; subjektif ve objektif bulgular gösteren sadece duysal polinevrit söz konusu Olabilir(7).

Böbrek tutulumu nadirdir. Proteinin varlığı, romatizmal vaskülitin böbrek tutulumundan ziyade, renal amiloidoz veya ilaçlara bağlı bir komplikasyonu düşündürür. Amiyotrofi, diffüz miyalji gibi kas tutulumları da gözlenebilir.

Mide-barsak tutulumu da; perforasyon, ülser, karın ağrısı yapabilen peri-arteritis nodozamnkinе birebir benzerlik gösterir.

Sero-pozitif, uzun sürmüş ve ağır seyreden bir romatoid artrit olan erkek hastada klinik tamnın konması nispeten kolaydır. Romatizmal vaskülarit tanısı histolojik olarak konur. Esasında fibröz bir endarterit olan turnak yatağı lezyonundan ziyade nekroz vaskülarit tamsim doğrulayan; eilt veya hasta bölgenin distalindeki nöromusküler lezyondan alınan biyopsi en iyisidir.

Prognozu karanlıktır. Refrospektif araştırmalara göre ortalama sürvi hastaların % 57 'sinde 5 yıldır.

Uzun bir remisyondan sonra dahi olguların dörtte birinde yeniden alevlenme bulunmuştur.

Ciltte bir vaskülarit bulunması, vücudun en az 3-4 üyesinde(kol ve bacaklar) nörolojik bir tutulum olması ve kompleman(C4 fraksiyonu) düşüklüğü kötü prognoz belirtileridir.

Tedavisi oldukça zor olup; mültinevrit tipinde periferik nörolojik ve musküler tutulumu olan periartris nodozamn tedavisine(yüksek dozda intra-venöz kortikoid ve immünosüpresit) çok benzer.

Duysal poli-nevrit ve turnak altı infarktüsü gibi iyi huylu şekillerinde basit kortikoterapi yeterlidir.

Metotreksatin da bazı olgularda romatizmal nodüller yaptığı ya da cilt, nörolojik ve solunum sistemini etkile-

yerek sistemik vaskülarit tablosuna neden olduğunu bilmekte yarar vardır. Çünkü ilacın kesilmesiyle kural olarak bu tablo gerileyecektir(8).

KASLARIN İLTAHABI TUTULUMLARI

Romatoid artrit seyrinde iki tip kas tutulumu görülebilir. İlki; romatoid artritli eklemlerin etrafındaki kaslardaki amiyotrofi(interossöz amiyotrofi), çok nadir olan diğer de; interstisyel lenfosit ve plazmosit infiltrasyonu ile giden miyozitlerdir. Ancak bu ikincisini artık neredeyse terk edilen d-penisilamin veya salazoprin ya da anti-malerial alımın yapması muhtemel komplikasyonu olarak ortaya çıkan miyozitlerden ayırdedilmelidir.

KARDİOVASKÜLER TUTULUMLAR

Olguların %1 'inden azında şemptom veren perikardit vardır. Ekokardiyogram bu perikarditlerin yaklaşık % 40'ım ortaya çıkarır, otopsi serilerinde ise olguların %25 ila 40'ında bulunur.

Kliniği değişkendir. Kural olarak, seyri kortikoterapiye duyarlıdır. Muhtemelen perikardit,

sıklıkla erkek hastalarda, romatizmal eklem hastalığının hecmeleri sırasında kendini gösterir. Tamponad ya da konstriktif perikardit nadirdir. Bazen perikardda romatizmal nodüller bildirmiştir(9).

Endokard tutulumu çok nadirdir. Otopsi serilerinde; olguların %20'sinde kapak lezyonları bildirilmiştir. Klinik olarak şemptom veren lezyonlar nadir, fakat ileri derecede ülserasyonları, varis ülserleri, vasküler purpura, el ve ayak parmaklarında gangrenler gibi daha ciddi diğer deri lezyonları görülebilir. Genel hastalık belirtileri ateş, zayıflama, genel durum bozukluğu olabilir.

Merkez sinir sistemi tutulumu nadirdir. Periferik sinir sistemi tutulumu; peri-arteritis nodozaya benzeyen, asimetrik duyu - motor bozukluğu yapan mültinevritlerle gider.

Daha sık olarak, fakat daha iyi bir prognoz gösteren; subjektif ve objektif bulgular gösteren sadece duysal polinevrit söz konusu olabilir(7).

Böbrek tutulumu nadirdir. Proteinin varlığı, romatizmal vaskülitin böbrek tutulumundan ziyade, renal amiloidoz veya ilaçlara bağlı bir komplikasyonu düşündürür. Amiyotrofi, diffüz miyalji gibi kas tutulumları da gözlenebilir.

Mide-barsak tutulumu da; perforasyon, ülser, karın ağrısı yapabilen peri-arteritis nodozamnkinе birebir benzerlik gösterir.

Sero-pozitif, uzun sürmüş ve ağır seyreden bir romatoid artrit olan erkek hastada klinik tamnın konması nis-

peten kolaydır. Romatizmal vaskülarit tanısı histolojik olarak konur. Esasında fibröz bir endarterit olan tırnak yatağı lezyonundan ziyade nekrozan vaskülarit tamsım doğrulayan; cilt veya hasta bölgenin distalindeki nöromusküler lezyondan alınan biyopsi en iyisidir.

Prognozu karanlıktır. Refrospektif araştırmalara göre ortalama sürvi hastaların % 57 'sinde 5 yıldır.

Uzun bir remisyondan sonra dahi oliguların dörtte birinde yeniden alevlenme bulunmuştur.

Ciltte bir vaskülarit bulunması, vücudun en az 3-4 üyesinde(kol ve bacaklar) nörolojik bir tutulum olması ve kompleman(C4 fraksiyonu) düşüklüğü kötü prognoz belirtileridir.

Tedavisi oldukça zor olup; multinevrit tipinde periferik nörolojik ve musküler tutulumu olan periartris nodozam tedavisine(yüksek dozda intra-venöz kortikoid ve immünosüpresit) çok benzer.

Duysal poli-nevrit ve tırnak altı infarktüsü gibi iyi huylu şekillerinde basit kortikoterapi yeterlidir.

Metotreksatin da bazı olgularda romatizmal nodüller yaptığı ya da cilt, nörolojik ve solunum sistemini etkileyerek sistemik vaskülarit tablosuna neden olduğunu bilmekte yarar vardır. Çünkü ilacın kesilmesiyle kural olarak bu tablo gerileyecektir(8).

KASLARIN İLTAHABİ TUTULUMLARI

Romatoid artriti seyrinde iki tip kas tutulumu görülebilir. İlki; romatoid artritle eklemlerin etrafındaki kaslardaki amiyotrofi(interossöz amiyotrofi), çok nadir olan diğeri de; interstisyel lenfosit ve plazmosit infiltrasyonu ile giden miyozitlerdir. Ancak bu ikincisini artık nerdeyse terkedilen d-penisilamin veya salazoprin ya da anti-malarya alımının yapılması muhtemel komplikasyonu olarak ortaya çıkan miyozitlerden ayırılmelidir.

KARDİOVASKÜLER TUTULUMLAR

Olguların %1 'inden azında semptom veren perikardit vardır. Ekokardiyogram bu perikarditlerin yaklaşık % 40'ını ortaya çıkarır, otopsi serilerinde ise olguların %25 ila 40'ında bulunur.

Kliniği değişkendir. Kural olarak, seyri kortikoterapiye duyarlıdır. Muhtemelen perikardit, sıklıkla erkek hastalarda, romatizmal eklem hastalığının hecmeleri sırasında kendini gösterir. Tamponad ya da konstriktif perikardit nadirdir. Bazen perikardda romatizmal nodüller bildirmiştir(9).

Endokard tutulumu çok nadirdir. Otopsi serilerinde; olguların %20'sinde kapak lezyonları bildirilmiştir. Kli-

nik olarak semptom veren lezyonlar nadir, fakat ileri derecede ciddidir. Endokardda da romatizmal nodüller bildirilmiştir. Hatta amiloid ya da nodüle bağlı ritim bozukluğu ve çok nadir olarak da inflamatuvar aortit tanımlanmıştır. Koroner arterler de romatizmal vaskülitte bağlı olarak tutulabilir.

GÖZ TUTULUMU

Kuru göz şeklinde belirti veren keratokonjonktivitis sicca en sık görülen göz bulgusudur(%10-35). Hastalığın geç dönemlerinde görülür, ancak hastalığın şiddetiyle ilişkili değildir. Eskiymiş, ağır, nodüllü sero-pozitif kronik romatoid artrit, ciddi göz komplikasyonu gösterebilir. Bunlardan sklerit sıklıkla derideki mikro-infarktüsler ya da sistemik bir vaskülarit tablosuyla birlikte dir. Klinikte kızarmış, yaşlar akan bir gözle karşılaşılır. Muayenede; az çok yüzeysel olan(episklerit veya derin sklerit) inflamasyona uğramış bir kornea bölgesiyle karşılaşılır. Episklerit iyi huylu olsa da, sklerit ağır bir komplikasyondur.

Görme kaybı riski önemli derecede olup; yüksek doz kortikoid tedavisini zorunlu kılar.

Skleritle oluşan lezyon; sklera üzerinde, o bölgenin incelendiğini gösteren morumsu esmer bir sikatris(skleromalasi:mavi sklera) bırakır.

Arteriyor üveit, iritis v.b gibi diğer göz tutulumlarına romatoid artrit seyrinde rastlanmaz.

Uzun süreli kortikoid tedavisinde katarakt ortaya çıkabilir.

Saliver ve lakrimal salgı sisteminin tutulumu hastaların 2/3'ünde mevcuttur. Fakat sıklıkla semptom vermiyor; sistematik muayene ile bulunur(Schirmer,roz Bengal,break-up testleri ve parotis sintigrafisi, sialometre). Burada sekonder Sjögren sendromu söz konusudur(2).

PLÖROPÜLMONER TUTULUM

Romatizmal Plörezi

En fazla görülen akciğer tutulum şekli olup, genelde orta derecede, bazen iki taraflı olabilir.

RA hastalığı bu bulgu ile de başlayabilir. Ponksiyon sıvısı; eksüdatif tipte, proteinden zengin(4g/dl), bulamk, glükozu düşük(10-50mg/dl), LDH yüksekliği ve lenfosit hakimiyetinde(100-3000/mm³, tipik olan formlarda) ve romatoid faktör İhtiva eder. Tüberküloz plörezi de glikoz düzeyinin düşük olduğu unutulmamalıdır. Kompleman yoğunluğunun düşük olması kuraldır. Romatoid artritin süresi ve şiddeti ile ilişkisizdir.

Plevral biyopsi, nadiren romatizmal nodülleri olsa da nonspesifik bir iltihabı gösterir.

Ponksiyon, tüberküloz ve tümorallezyonlar gibi ayıncı tamların yapılmasında çok faydalıdır. Bu plörezi kortikoisteroid tedavisine duyarlıdır(4).

Diffüz İntestiyel Akciğer Fibrozu

Akciğerlerin parenkimal tutulumu için en klasik örnektir. Plözinin aksine, geç ortaya çıkar ve erkek seropozitif ve nodülü bulunan hastalarda daha sık görülür. Kliniği idiyopatik akciğer fibrozuna benzer. Sıklığı değişik olarak bildirilmektedir; sadece radyolojik tam yapırsa nadir, solunum fonksiyon testlerine göre değerlendirilirse daha siktir(% 20). Gerçektende uzun süre devam eden ağır şekilleri ve restriktif sendromla birlikte olan gerçek akciğer fibrozunun nadir olması muhtemeldir. 'Bal peteği' görünümüleri seyrekir. Fibrozun patogenezi tartışmalıdır. Mezenşimal hücrelerin artan reaktivitesi sorumlu tutulabilir. Tedavisi fibrozun eskiliğine ve bronko-alveoler lavajdaki po li-nükleer hücre(sikatri oluşumu) veya lenfositöz(inflamasyon) durumlarına bağlıdır. Prognosu umumiyetle karanlıktır.

Diffüz İnterstyel Pnömpati

İnce kesitlerle yapılan tomografik(scanner) incelemelerindeki ilerlemeler ve metoteksat kullammı öncesi akciğer tutulumunun olup olmadığı konusunda yapılan sistematik araştırmalar; tomodansitometrik görüntüde gitgide daha sık olarak 'kirli cam' görünümüne rastlanmaktadır.

Akciğer grafisi normal veya mikro-nodüler olabilir, nadiren de bal peteği(fibrozun tamamen yerleştiği durumlarda) görünümüyle karşılaşılabılır. Yüksek ayrışım (resolution) tomografik incelemeler de; en çok kaidelelerde olmak üzere mikro-nodüller, "kirli cam" denilen interstiyellezyonlar görüntülenir. Bazen de mediastinal adenopatiler gözlenebilir.

Bu tür tetkiklerin prognoza olan faydası bilinmiyor. Bronko-alveoler lavajda; sıvı ilk başta lenfositten zengin ve CD4 /CD8 oram yükselmiş hücrelerle doludur(Kronik tutulum). Bu tip tutulumun seyri değişikendir. Sıklığı %20 civarında olabilir. Prognosu bilinmiyor ve gerekirse tedavisi konusunda bir konsensus bulunmuyor. Yüksek dozda kortikoterapi etkili gibidir. Metotreksatın faydası bilinmiyor(1 O).

Tıkayıcı Bronşiolit

Nadir fakat ciddi bir hastalıktır. Bazen ani olarak genellikle D-penisilamin, salazopirin veya altın tuzları gibi ilaçların kullammıyla ortaya çıkar. Klinik olarak kuru öksürükle birlikte olan dispne ve 'kuş sesi' gibi tarif edilen çok karakteristik rallerin varlığı ile tanınır.

Solunum fonksiyon testleri; distal küçük hava yollarında lokalize(bronkodilatatörle düzelmeyen) ciddi bir obstriktif sendromu gösterir. Seyri, ilacın kesilmesine rağmen gittikçe kötüleşebilir.

Organize Olmuş Pnömoni İle Olan Tıkayıcı Bronşiolit

Kuru öksürük, dispne, kreptan raller, ateş, radyolojik olarak az çok sistemli halde gezici olabilen alveoler infiltratlar ve hecmelerle seyreden bir klinik tablo vardır. Histolojik olarak, organize olmuş pnömonik lezyonlarla, alveol içi ve bronş içi hücre proliferasyonu mevcuttur. Tıkayıcı bronşiolitin aksine kortikoterapiye iyi yamıt verir.

Bronşektazi

Romatizmal poliartrit ve bronş dilatasyonu birlikteliği çok uzun zamandan beri bilinmektedir. Eski ve ciddi romatoid artrit esnasındaki bronş genişlemesi; genişlemiş bronşların tekrarlayan infeksiyon hecmelerinin uyandıracığı eklem hastalığından daha fazladır. Sebep sonuç ilişkisi henüz yerleşmemiştir.

Ayrıca kömür madeni işçilerinde görülen değişken seyirli romatizmal nodüllerin akciğer yerleşimlerini, romatoid artrit ve akciğer silikozuyla birlikte yaptıkları klasik Caplan-Colinet Sendromu gibi kömür madenierindeki çok özgül formunu hatırlatmak gerekir.

Yatrojenik Pnömpati

Metotreksat etkisinin iyice anlaşıldığı, kortikoterapiye duyarlı ağır dispneyle ortaya çıkan pnömatinin metotreksat olan hastaların %1-2'sinde görüldüğünü hatırlatmak uygun olur.

DIĞER BELİRTİLER

Geç dönemlerde ortaya çıkan sekonder amiloidoz nadir olmayarak otopsi serilerinin %15'inde bulunur. Primer amiloidoz daha nadirdir. Belli başlı belirtileri; proteinüri, nefrotik sendrom, ilerleyen renal yetersizlik gibi böbrekle ilgilidir. Tam histolojik olarak konur; tedavide özellikle chlorambucile(Leukeran 2-5mg) gibi immun sistem baskılayıcıları kullamlır. Prognosu karanlıktır.

Osteoporoz, romatoid artrit esnasında karmaşık bir nedenle ortaya çıkan eklem dışı bir belirtilerdir. Eklem çevresindeki kemiklerde, periartiküler osteoporoz olabilir. Bir taraftan doğrudan hastalığın şiddetine bağlı iken, diğer taraftan da özellikle kortikoterapi veya metotreksata, billıassa da kortikoterapiyle birlikte olduğu zaman ki yan etkisine bağlıdır. Larinks kıkırdağın artrit, tekrarlayan otitler veya algılama(perception) sağırlığına bağlı duyma azalması görülebilir.

Ayrıca yoğun kemik kırıkları, kollarda nedeni bilinmeyen ödem(lenfatik yetersizlik?) ve avuçlarda iltihabi bir görüntü olabilir.

Anlatılan tüm bu eklem dışı bulgu ve belirtilerin dışında; hastalamn psikosomatik sorunlarında artabilir.

SONUÇ

Romatoid poliartrit çok değişik ve bazen hastalığın tüm ağırlığını yüklenen eklem dışı belirtilerle komplike olabilir. Bazıları hayati tehlikeye sahip olup; hastalığın ağırlığının klinik göstergeleri olarak kabul edilebilir. Bu liste daha da uzayabilir, ancak bu lezyonların sıklık ve ciddiyeti kuralolarak romatoid artritin süresi ve agresivitesi ile ilgilidir. Bu nedenle hastalığa en iyi tedaviyi uygulamak için erken tanınması önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Meyer O, Belmatoug N.** Pronostic initial de la polyarthrite rhumatoïde. Criteres cliniques et biologiques. In: Kalin MF, Kuntz D, Dryll A, Meyer O, Bardin Th' CL Guerin. L'actualite rhumatologique.(eds). Paris: Expansion scientifique Française, 1996: 45-54
- 2- **Bacon PA.** Extra-articular rheumatoid arthritis. In:Mc Carty Dj (Ed). Arthritis and allied conditions, eleventh edition. Philadelphia. Lea and Fibiger, 1989:1976-99.
- 3- **Gümüşdiş G.** Romatoid artrit. In:Gümüşdiş G ve Doğanavşargil E. Klinik Romatoloji,İstanbul, 1999,259-278.
- 4- **Hamuryudan V.** Romatoid artrit. In:Yazıcı H, Özdoğan H, Fresko İ(eds)Romatolojik Hastalıklar, İstanbul, 2003, 19-29.
- 5- **De Bendt M, Meyer O:** Manifestation extra-articulaires de la polyarthrite rhumatoïde, La revue du Praticien(paris) 1997,47,2012-16.
- 6- **Jennette JC et al.** Nomenclature of systemic vasculitis. Proposal of an internal concensus conference. Arthritis Rheum, 1994,37;187.
- 7- **Puechal X, Said G, Hilliquin et al.** Peripheral Neuropathy With necrotizing vasculitis in rheumatoid arthritis. A clinicopathologic and prognosis study of thirty-two patients. Arthritis Rheum 1995;38:1618-29.
- 8- **Kremer et al.** Methotrexate for rheumatoid arthritis. Suggested guidelines for monitoring liver toxicity. Arthritis Rheum, 1994, 37, 3 16.
- 9- **İmeryüz N, Yazıcı H, Koçak H, Erk M, Özder A, Karcier SM, Özkan M, Öngen G, Yurdakul S.** Pericardial and pulmonary involvement in rheumatoid arthritis in Turkey. Clin Rheumatol. 1994; 13: 239-43.
- 10- **De Bandt M, Meyer O.** Manifestations extra-articulaires de la polyarthrite rhumatoïde, la Revue du Praticien(paris) 1997,47,2012-16.