

## ROMATOİD ARTRİTE BENZEYEN KRONİK TOFÜSLÜ GUT ARTRİTİ

Nurdan Kotevoğlu<sup>1</sup>, Beril Özcan<sup>1</sup>, Banu Kuran<sup>1</sup>

### ÖZET

*Poliartiküler tipte kronik gut artriti romatoid artritin klinik görünümünü taklit edebilir. İki hastalığın birlikte olabildiğini söyleyen nadir vaka takdimleri bilinmektedir. Anamnezin çok dikkatli, ayrıntılı alınması, tofusün araştırılması, radyolojik ve laboratuvar bulguların değerlendirilmesinin yanısıra; mosodyum ürat kristallerinin sinovyal dokuda veya subkütan dokuda gösterilmesi kesin tanıya götürür. Uzun yıllardır eklem şikayetleri olan ve romatoid artrit tanısı ile tedavisine başlanan ancak sonradan poliartiküler gut tanısı konulan kırksekiz yaşındaki erkek olguyu bu bilgilerin ışığında tartışmayı amaçladık.*

**Anahtar Kelimeler:** Gut, romatoid artrit, tofus, ürik asit

### SUMMARY

#### CHRONIC TOPHACEOUS GOUTY ARTHRITIS RESEMBLING RHEUMATOID ARTHRITIS

*Chronic gouty arthritis with polyarticular type may mimic clinical presentation of rheumatoid arthritis. The coexistence of these two diseases was reported in previous case studies. Correct diagnosis can be reached through careful and detailed history taking, assessing tophus, evaluating radiological and laboratory findings; besides identification of monosodium urate crystals in the synovial or subcutaneous tissue. We aimed to discuss forty-eight years old male patient, who had joint complaints for years and being treated as rheumatoid arthritis and later diagnosed as polyarticular gouty arthritis under the light of these information.*

**Key Words:** Gout, rheumatoid arthritis, tophus, uric acid.

## GİRİŞ

Romatoid artrit genellikle kronik simetrik poliartrit şeklinde seyreden, kemik erozyonları ile sonuçta eklem deformatelerine neden olan inflamatuvar bir eklem hastalığıdır. Gut ise bir kristal artropatisi olup, genellikle akut monoartiküler tutulum şeklindedir. İlk ataktan itibaren poliartiküler görünümde olan hastaların oranları %3-14 arasındadır (1). Ayırıcı tanıda zorluk arzetmesi nedeniyle bu olguyu kesin tanıya ulaşmadaki aşamaları tartışmak amacıyla sunuyoruz.

## OLGU

Kırksekiz yaşında erkek hasta yürüme güçlüğü, eklem yerlerinde ağrı, şişlik ve kısıtlılık şikayetleri ile

başvurdu. İlk olarak 19 yıl önce sol ayak bileğinde 15 gün süren ağrı ve şişlik tanımlayan hasta; sonraki 2 yıl içinde yine aynı süre devam eden 2 atak daha geçirmiş. Takip eden 3 yıl içinde yılda 3-4 kez olacak şekilde sağ ayak bileğinde 1-2 hata süren ağrı ve şişlik yakınmaları olmuş. O dönemde Gut tanısı konmuş ve steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaç (SOAİİ) kullanmış. Diz, dirsek, el bilekleri ve parmak eklemlerinde olacak şekilde poliartiküler tutulum özelliği gösterince akut romatizmal ateş tanısıyla bir dönem penisilin tedavisi uygulanmış. Dört yıl önce sağ dizinden sıvı alınmış ve steroid enjekte edilmiş. Çoğunlukla SOAİİ olmakla birlikte arada steroid kullandığı dönemler olmuş. Kliniğimize başvurmadan 45 gün kadar önce gastrointestinal ka-

<sup>1</sup> Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Kliniği

nama geçiren hastaya kısa bir süre önce Romatoid artrit tanısı konmuş; tedavisi methotrexate (10 mg/hafta), klorokin 1x1 ve Synacthen amp olarak düzenlenmişti.

Özgeçmişinde 20 yıllık düzensiz hipertansiyonu, alışkanlıkları arasında 25 yıl süreyle günde 2 paket sigara, alkol kullanımı tesbit edildi. Soygeçmişinde ise annenin tüberküloz nedeniyle eksitus olduğu, babada hipertansiyon ve tüberkülozu, kızkardeşinde diabet, erkek kardeşinde hipertansiyon olduğu öğrenildi.

Yatak içindeki hareketleri bile zor ve yavaş olan hastanın, giyinip soyunmasında yardıma ihtiyaı vardı. Çok zor yürüyebiliyordu. Her iki dirseği ağrılı, şiş ve sıcaktı. Sağ dirsekte ekstansiyon hareketinin kısıtlı olmasının yanısıra olekranon bursiti mevcuttu ve içinde 0.5x0.5 büyüklüğünde bir adet nodül palpe ediliyordu. Her iki el bileği şiş, sıcak ve ağrılıydı. Sol el proksimal interfalangial (FIF) eklemi ve sağ el 2. PIF eklemi fusiform şiş ve ağrılıydı. Dorsal yüzlerinde çok küçük nodüller palpe ediliyordu (Resim 1). Tam yumruk yapamıyordu. Her iki diz, ağrılı, sıcak, şiş ve fleksiyonda minimal kısıtlıydı. Bilateral patellar çok alınıyordu. Her iki ayak bileği, metatarsofalangial (MTF) eklemler, interfalangial eklemler sıcak, şiş ve ağrılıydı (Resim 2). Sağ



**Resim 1.** Sol el 3. proksimal interfalangial (PIF) eklemi ve sağ el 2. PIF ekleminde fusiform şişlik.



**Resim 2.** Her iki ayak bileği, metatarsofalangial (MTF) eklemler ve interfalangial eklemlerde şişlik

ayak dorsofleksiyonu minimal kısıtlıydı. Her iki ayak bileğinin inversiyon hareketleri ise ileri derecede kısıtlıydı. Sistemik muayenede TA: 160/100, nabız: 98/dk, kalp sesleri doğal, tüm odaklarda 2/6 sistolik üfürüm mevcuttu. Kulak heliksinde mikronodüller mevcuttu. Sedimantasyonu 88 mm/dk, hemoglobin 9.9 gr/dl, CRP 12 ng/ml, RF negatif, kreatinin 2.05 mg, ürik asit 13.5 mg, kolesterol 214 mg (50-200), kreatinin klirensi 39 ml/dk idi. Serum demir ve demir bağlama kapasitesi düşük, tiroid hormonları normaldi. İdrar tahlilinde eser proteinüri bulundu, 24 saatlik idrarda ürik asit 144 (250-750). Ayak grafisinde talus medialinde destrüksiyon, bilateral 1. MTF'lerde daralma, erozyon, bilateral tarso-metatarsal tutulum ve yaygın erozyon mevcuttu (Resim 3). El grafilerinde PIF'lerde özellik yoktu.

Gz konsültasyonunda grade II hipertansif retinopati saptandı. Gastrointestinal sistemin endoskopik tetkikinde duodenal ülser, renal ultrasonda ise bilateral renal kortikomedüller bölgede noktasal ekojeniteler (rat nefropatisi?) görüldü. Olekranon bölgedeki nodülün biyopsi sonucu gut tofus olarak sonuçlandı.

Küçük eklemler dahil olmak üzere, simetrik poliartiküler tutulumu ile RA görünümüne çok benzeyen



**Resim 3.** Talus medialinde detrüksiyon, bilateral 1. MTF'lerde daralma, erozyon, bilateral tarsometatarsal tutulum ve yaygın erozyon.

bu. Klinik tablo, poliartiküler gut olarak kabul edildi. Allopurinol 150 mg/gün, Colchium 1 mg/gün, Norvase 10 mg/gün olarak tedavisine başlandı. Takiplerinde ürik asit 11.3 mg, 10.7 mg, 7.0 mg ve 5.9 mg şeklinde progresif düşüş gösterdi. Eklem bulgularının gerilemesinin yanısıra sedimentasyonu hızla düştü, hareketler rahatladı, kreatinin 1.75 mg ve 2.0 mg civarında seyretti.

## TARTIŞMA

Monoartiküler olan ve tanısı daha kolay olan akut gut artritten farklı olarak poliartiküler tutulum az sayıda hastada başlangıçtan beri varolabileceği gibi; ilk ataktan ortalama 11.6 yıl (3-42 yıl) sonra kronik poliartiküler gut şekline dönebilir (1). Olgumuzda da monoartiküler başlangıç daha sonra oligoartiküler şekle dönüşmüş, yıllar içinde de poliartiküler eklem tutulumu belirginleşmiştir. Eklemlerdeki inflamasyon ve hasar hiperüriseminin düzeyine ve süresine de bağlıdır (2).

Gut ve romatoid artritin birlikteliğinden bazı olgu sunumlarında sözedilmiştir (3-4). Genellikle bu iki hastalığın aralarında negatif etkileşim olduğu kabul edilir. Romatoid artritte bağ dokusu değişikliklerinin

kristal depolanmasını engellediği (5), sinovyal sıvıda fagositik fonksiyonların bozulduğu (6), hiperüriseminin antiinflamatuvar veya immünsupresif etki yaptığı (7), kristal-nötrofil etkileşiminde romatoid faktörün rolü olduğu ileri sürülmüştür (4). Simetrik sinoviyal şişlik ve eklem deformiteleri, olekranon çevresindeki subkutan nodüller, bursit, tenosinoviyal ve adale atrofileri hem gutta hem de romatoid artitte bulunabilir. Amiloidoz ve karpal tünel sendromu da her iki hastalıkta bulunabilir (8). Dikkatli ve ayrıntılı anamnez almanın yanısıra; laboratuvar ve röntgen bulgularının iyi değerlendirilmesi önemlidir. Alkol kullanımı, yüksek proteinli diyet, obezite, hipertansiyon, hipertrigliseridemi, renal parenkimal hastalık bulguları, taş öyküsü, hiperürisemi ve/veya hiperürikozürinin varlığı ayırıcı tanıda önemlidir. İki hastalığın radyolojik ayrımı her zaman kolay değildir. Kronik gut artritin küçük eklem tutulumu eroziv romatoid artrite benzer (9). Kronik tofuslü gutta periartiküler osteoporoz hemen hemen hiç yoktur. Erozyonlar asimetrik yerleşimli ve eklem kenarlarından uzakta, sklerotik bir sınırla belirgin ayrılmıştır. Romatoid artitte simetrik tutulum ve periartiküler osteoporoz görülür, erozyonlarda skleroz belirgin değildir (9).

Olgumuzda başlangıçtaki mono/oligoartiküler tutulumu yıllar içinde poliartiküler ataklar izlemiştir. Hipertansiyonu, uzun yıllara giden alkol kullanımı öyküsü vardı. Hiperüriseminin yanısıra renal fonksiyonların belirgin azaldığı tesbit edildi. Renal ultrasonda ürat nefropatisi düşünüldü. Radyolojik bulgular gut artriti düşündürse de; simetrik küçük eklemlerin de tutulduğu poliartiküler tablonun kesin tanısını olekranon bursadan alınan tofusün patolojik tanısı sağladı. Medikal tedaviye çok iyi cevap verdi.

Romatoid artrit ve gut'un birlikteliği nadir bazı olgu sunumlarıyla bildirilse de, kronik tofuslü gut'un romatoid artriti taklit edebileceğini veya tam tersinin de doğru olabileceğini akılda bulundurmak gerekir.

Dikkatli anamnez bilgisi, iyi bir fizik muayene önemli olmakla birlikte, radyolojik görüntü ve laboratuvar bulgularının kesin tanıya götürmediği durumlarda tesbit edilebilirse, subkütan veya periartiküler tofusün biyopsisi ve histolojik analizi sonucu

monosodyum ürat kristallerinin gösterilmesiyle romatoid nodülden kesin olarak ayırımı sağlanır (10). Doğru tanı uygun tedavinin düzenlenebilmesi için de çok önemlidir.

#### KAYNAKLAR

1. Ruddy S, Harris DE, Sledge C. Crystal associated synovitis: In: Kelly WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, eds. Kelley's Textbook of Rheumatology. Sixth edition. Philadelphia: WB Saunders Company 2001; 1339-76.
2. Cohen MG, Emmerson BT. Gout: In: Klippel JH, Dieppe PA eds. Rheumatology. London: Mosby, 1998: 14: 14.13.
3. Gordon TP, Ahern MJ, Reid C, Roberts-Thompson PJ. Studies on the intersection of rheumatoid factor with monosodium urate crystals and case report of coexistent tophaceous gout and rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1985; 44: 384-9.
4. Adelowo OO, Tophaceous gout in a Nigerian with rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol 1986; 15:272-74.
5. Schumacher HR. Pathogenesis of crystal induced synovitis. Clin Rheum Dis 1977; 3: 105-31.
6. Scott JT. Gout. Ann Rheum Dis 1983; 42 (suppl): 16-18.
7. Turner RA, Pisko EJ, Agudelo CA, Counts GP. Uric acid deffects in vitro models of rheumatoid arthritis and autoimmune process. Ann Rheum Dis 1983; 42: 338-42.
8. Talbot JH, Altman RD, Yu TF. Gouty arthritis masquerading as rheumatoid arthritis or vice-versa. Semin Arthritis Rheum 1978; 8: 77-114.
9. Resnick D, Niwayama G. Gouty arthritis: In: Resnick D and Niwayama G, eds. Diagnosis of Bone and Joint Diseases. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 1619-72.
10. Schapira D, Stahl S, Izhak OB, Gurman AB, et al. Chronic tophaceous gouty arthritis mimicking rheumatoid arthritis. Semin Arthritis Rheum 1999; 1: (29): 56-63.