



EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

Prostat karsinomlu hastada geç başlangıçlı romatoid artrit benzeri poliartrit

Late onset rheumatoid arthritis like polyarthritis in a patient with prostate carcinoma

Pınar Doruk Analan

Başkent Üniversitesi, Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2017;42(3):587-588

Sayın Editör,

Malign neoplazmların seyri sırasında romatoid artrit (RA) benzeri romatolojik sendromlar görülebilir¹. Bu sendromlar, direk tümör invazyonu olmadan tümör tarafından salgılanan çok çeşitli tümör kaynaklı biyolojik mediatörlerin sonucu olarak meydana gelirler. Bu sendromların bir kısmı malignitenin remisyonda olduğu dönemlerde teşhis edilir. Bu nedenle malignite ve romatolojik sendrom birliktelikleri rastlantısal olabileceği gibi kanser tanısı öncesinde, izleminde ya da rekürrensinde görülebilir. Kesin prevalansı bilinmemekle birlikte nadir görüldüğü düşünülmektedir. Klinik şüphe doğru tanı için en önemli faktördür². Bu mektupta kliniğimize geç başlangıçlı simetrik poliartrit ile başvuran remisyonundaki bir prostat karsinomlu hasta aktarılmıştır.

77 yaşında erkek hasta halsizlik, yaygın vücut ağrısı, eklemlerde ağrı ve şişlik şikayetleri ile medikal onkoloji bilimdalı tarafından tarafımıza konsülte edildi. 2008 yılında prostat karsinomu nedeniyle radyoterapi gören hastanın takiplerinde malignite ilişkili herhangi bir negatif durum söz konusu olmadığı belirtildi. Her iki el ve el bileği, dirsekler, omuzlarda ağrı, şişlik şikayeti mevcut olan hasta saatlerce süren sabah tutukluğu tarifliyordu.

Hastanın sistemik muayenesi, üst ve alt ekstremitte nörolojik değerlendirmesi normaldi. Her iki el bileği, metakarpofalangial ve proksimal interfalangial, diz ve ayak bileği eklemlerinde simetrik olarak şişlik, hassasiyet, ısı artışı olan hastanın bu eklemlerinde

hareket açıklığı normal sınırlarda ancak ağrılı idi.

Laboratuvar incelemesinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, prostat spesifik antijen düzeyi normal sınırlarda idi. Hemoglobin 12 g/dl (12-16), hematokrit % 36.6 (36-46), lökosit 9.95 K/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 62 mm/saat, C-Reaktif protein (CRP) 116 mg/L, romatoid faktör (RF) 295 IU/mL ve anti-siklik sitriline peptid antikor (anti-CCP) 118 U/ml idi. Antinükleer antikor zayıf pozitif idi. Ön-arka el-el bilek grafisinde yumuşak doku şişliği dışında patoloji yoktu.

Hastanın paraneoplastik hastalık açısından yapılan toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografileri, tüm vücut kemik sintigrafisi normal olarak saptandı. Medikal onkoloji bölümünün takibinde yeni metastaz saptanmadığı, stabil kabul edilerek ek tedavi verilmediği öğrenildi.

Hastaya oral prednizolon 5 mg/gün, oral metotreksat 15 mg/hafta, folik asit 5 mg/hafta başlandı. Bir hafta sonraki kontrolde hastanın eklem şikayetleri tamamen geçmişti ve verilen medikal tedavi herhangi bir yan etkiye neden olmamıştı. Kas-iskelet sistemi muayenesi normal sınırlarda idi. Belirgin klinik olarak düzelme olması üzerine medikal tedavisine aynen devam önerildi.

Bir ay sonraki kontrolünde hastanın remisyon durumu devam ediyordu ve kas-iskelet sistemi muayenesi normaldi. ESH 38 mm/saat, CRP 9.12 mg/L'e düşmüştü. DAS 28 skoru 2.55 idi.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Pınar Doruk Alan, Başkent Üniversitesi, Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana, Turkey E-mail: doruk.pinar@gmail.com
Geliş tarihi/Received: 23.02.2017 Kabul tarihi/Accepted: 10.04.2017

Prednizolon dozunun tedricen azaltılarak kesilmesi ve metotreksat tedavisine aynen devam önerildi. Hasta halen polikliniğimizde takip edilmektedir.

Romatolojik paraneoplastik sendromlar içinde % 42.5 ile en sık görülen sendrom poliartritir. Daha önce geç yaşta başlama, akut başlangıç, alt ekstremitelerde belirgin simetrik/ asimetrik eklem tutulumu, el ve el bilek eklemlerinin korunması, benign radyolojik değişiklikler, RF negatifliği tanımlanmıştır³. Ancak literatürde bizim vakamıza benzer şekilde simetrik el el-bileği tutulumlu ve RF pozitif vakalar da bulunmaktadır⁴. Klinik şüphe doğru tanı için en önemli faktör olup kesin diagnostik test bulunmamaktadır. Romatoid nodül yokluğu, spesifik olmayan sinovit, aile hikayesinin olmaması, özellikle tedavi bitiminde kalıcı olan yada beklenmeyen anemi ve konstitüsyonel semptomlar varlığında bu sendrom akla getirmelidir^{1,3,5,6}.

Tanı genellikle diğer olasılıkların dışlaması esasına dayandırılır. Ayırıcı RA başta olmak üzere oldukça geniş spektrumludur. Her iki hastalık da haftalar ile aylar içerisinde ortaya çıkmakta, etkilenmiş eklemlerde hareket kısıtlılığı, sabah tutukluğu ve yumuşak doku şişliği, kronik inflamasyon ve hastalık ile uyumlu olarak anemi, yüksek sedimentasyon ve CRP değerleri oluşturmaktadır⁷. RA ile ayırıcı tanıda RF'ye göre yüksek spesifite ve düşük sensitivite gösteren anti-CCP kullanılabilir. RA'da % 98 gibi yüksek spesifite gösteren anti-CCP antikoru bu sendrom ile ilişkilendirilememiştir^{7,8}. Ancak literatürde bizim vakamızla uyumlu olarak anti-CCP pozitif vakalar da vardır.

Klinik gidişat genellikle primer tümör ile paraleldir. Semptomlar genellikle anti-romatolojik tedaviye yanıt vermezken primer tümörün radikal tedavisi ile bu sendromda regresyon meydana gelir^{5,6}. Altta yatan malignitenin tedavisi ile romatolojik patolojide regresyon gözlenmesi, kemik ve eklemlerde metastaz yokluğu yada tümör rekürrensi ile semptomların yeniden ortaya çıkması paraneoplastik sendromu akla getirmelidir^{6,7,9,10}.

Bu olgunun medikal onkoloji bölümü takiplerinin stabil olması ve verilen anti-romatolojik tedavi klinik

ve laboratuvar bulgularındaki düzelmeyi pozitif yönde etkilemiş olabilir.

Bu olgudan yola çıkarak maligniteli hastalarda ileri yaşta görülebilecek simetrik, multipl eklem tutulumlu aktif artritlerin kanser poliartriti ile uyumlu olabileceği düşünülebilir. Primer tümörün ve metastazların tedavisine ek olarak uygulanacak anti-romatolojik tedavi de hastaların şikayetlerini azaltmada önemli olabilir.

KAYNAKLAR

1. Ochi K, Horiuchi Y, Seki M, Nishi K, Nozaki H, Yabe H. Polyarthritis and posterior interosseous nerve palsy associated with gastric carcinoma. *Rheumatol Int.* 2012;32:257-9.
2. Doruk P, Adam M, Leblebici B. Metastatik meme karsinomlu hastada RA- benzeri paraneoplastik sendrom: bir olgu sunumu. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi.* 2013;16:62-5.
3. Racanelli V, Prete M, Minoia C, Favoino E, Perosa F. Rheumatic disorders as paraneoplastic syndromes. *Autoimmun Rev.* 2008;7:352-8.
4. Morel J, Deschamps V, Toussiot E, Pertuiset E, Sordet C, Kieffer P, et al. Characteristics and survival of 26 patients with paraneoplastic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:244-7.
5. Mok CC, Kwan YK. Rheumatoid-like polyarthritis as a presenting feature of metastatic carcinoma: a case presentation and review of the literature. *Clin Rheumatol.* 2003;22:353-4.
6. András C, Csiki Z, Ponyi A, Illés A, Dankó K. Paraneoplastic rheumatic syndromes. *Rheumatol Int.* 2006;26:376-82.
7. Zupancic M, Annamalai A, Brenneman J, Ranatunga S. Migratory polyarthritis as a paraneoplastic syndrome. *J Gen Intern Med.* 2008;23:2136-9.
8. Larson E, Etwaru D, Siva C, Lawlor K. Report of anti-CCP antibody positive paraneoplastic polyarthritis and review of the literature. *Rheumatol Int.* 2011;31:1635-8.
9. Hakkou J, Rostom S, Bahiri R, Hajjaj-Hassouni N. Paraneoplastic rheumatic syndromes: report of eight cases and review of literature. *Rheumatol Int.* 2012;32:1485-9.
10. Fam AG. Paraneoplastic rheumatic syndromes. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2000;14:515-33.