



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Kronik tofuslü gut ve sakroiliit birlikteliği: bir olgu sunumu

Coexistence of chronic tophi with gout and sacroiliitis: a case report

Neşe Merve Karataş¹, İpek Türk²

¹Osmaniye Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, ²Romatoloji Kliniği, Osmaniye, Turkey

Cukurova Medical Journal 2021;46(2):840-843

Abstract

Spondyloarthritis (SpA) which is the most common cause of sacroiliitis, can also be seen in trauma, infection, malignancies and crystal arthropathies. Axial skeletal manifestation is expected in chronic gout, manifestation in the sacroiliac joint is even less common. The expected age range for gout-related sacroiliitis is 45-80, and it is extremely rare under the age of 40. The case we present is the youngest case in the literature and it is important to remind other causes of sacroiliitis etiology other than SpA.

Keywords: Gout, sacroiliitis, inflammatory back pain

Öz

Sakroiliitin en sık nedeni spondiloartritler(SpA) olsa da travma, enfeksiyon, maligniteler ve kristal artropatilerde de görülebilir. Aksiyal iskelet tutulumu süregelen gutta beklense de sakroiliak eklem bölgesinde tutulum daha da nadirdir. Gut ilişkili sakroiliit için beklenen yaş aralığı 45-80 olmakla beraber 40 yaşın altında oldukça nadirdir. Sunduğumuz olgu literatürdeki en genç olgu olmakla beraber sakroiliit etiolojisinde SpA dışındaki nedenleri hatırlatması açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Gut, sakroiliit, inflamatuvar bel ağrısı

GİRİŞ

Gut monosodyum urat kristallerinin (MSU) depozisyonu ile karakterize kronik bir hastalıktır. Serum ürik asit düzeyi yüksekliği sıklıkla eşlik eder. Tofüs varlığı ise kronik ve ilerlemiş hastalığı gösterir¹. MSU kristal depozisyonu sıklıkla birinci metatarsofalangeal eklem gibi periferik eklemlerde görülmeyle birlikte diğer eklem/dokularda da olabilir^{2,3}. Sakroiliak eklemlerde MSU depozisyonu ve sakroiliit kliniği ile seyreden olgular bildirilmiştir^{4,5}. Sakroiliitin en sık nedeni spondiloartritler(SpA) olsa da travma, enfeksiyon, maligniteler ve kristal artropatilerde de görülebilir^{6,7}. Aksiyal iskelet tutulumu kronik gutta beklense de sakroiliak eklem bölgesinde tutulum daha da nadirdir^{8,9}. Gut ilişkili sakroiliit için beklenen yaş aralığı 45-80 olmakla beraber 40 yaşın altında oldukça nadirdir¹⁰. Sunduğumuz olgu literatürdeki en genç olgu olmakla beraber sakroiliit etiolojisinde SpA dışındaki nedenleri hatırlatması açısından önemlidir.

OLGU

19 yaşında erkek hasta polikliniğimize şiddetli bel ağrısı ve sabah tutukluğu ile başvurdu. Bel ağrısı inflamatuvar tipte olan hastanın sabah tutukluğu da 2 saatten fazla sürüyordu. 2 sene önce tekrarlayan poliartrit (her 2 ayak bileği ile bilateral 1-5 metatarsofalangeal eklemler), yüksek pozitif akut faz reaktanları (CRP, C-Reaktif Protein: 93,3 mg/L) ve negatif seroloji (RF: Romatoid Faktör) ile seronegatif romatoid artrit (RA) tanısı konmuş. Hastaya oral metotreksat (MTX) ve salazoprin tedavileri başlanmış. Hasta verilen tedaviden çok fayda görmemiş. Hastanın kliniğine daha sonra bel ağrısı şikayeti eklenince çekilen sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntüleme (MRG) aktif sakroiliit saptanması üzerine hasta SpA kabul edilerek MTX ve salazoprin kesilmiş, non-steroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) başlanmış. Hasta ilaçlarını aldığı dönemde kısmen iyi olmakla beraber ilaçlarını kestüğünde bel ağrısı ve tutukluk şikayeti artarak devam ettiği için kliniğimize başvurdu. Hastanın bel ağrısı inflamatuvar

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Neşe Merve Karataş, Osmaniye Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Osmaniye, Turkey E-mail: drmervekartal@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 11.12.2020 Kabul tarihi/Accepted: 08.03.2021 Çevrimiçi yayın/Published online: 20.05.2021

karakterde olup vizüel analog skala (VAS) skoru 80 olarak belirlendi.



Resim 1. sol ayak 2. Parmakta belirgin synovial hipertrofi ve tofus.

Fizik muayenede lomber schober testi pozitif olup sakroiliak eklem ilişkili kompresyon testi ve gaenslen testi pozitif. Sol ayak bileği palpasyonla hassastı, kızarıklık şişlik yoktu. Sol ayak 2. parmakta diffüz şişlik, synovial hipertrofi palpe edildi. Bu şiş olan parmağın dorsumunda beyaz renkli tofus benzeri şişlik dikkat çekiyordu (Resim 1). Hasta bu parmağın son 6-7 aydan beri şiş olduğunu üzerindeki beyazlığı da birlikte farkettiğini söyledi. Metatarsal squeeze testi bilateral pozitif bulundu. Sol ayak bileği

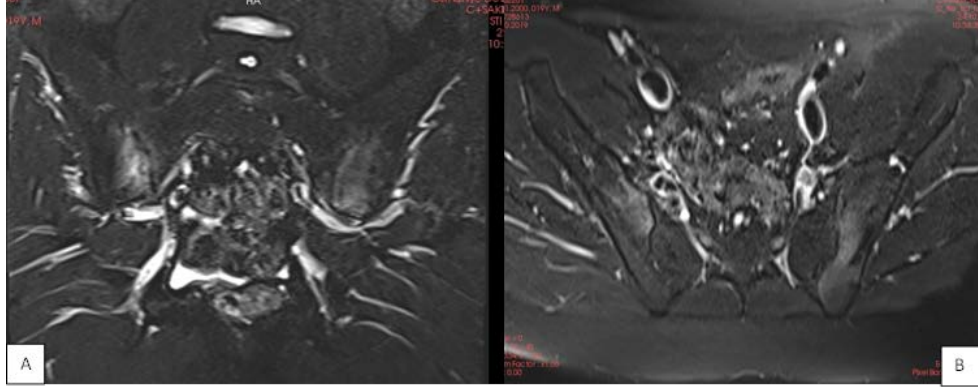
dorsifleksiyonunda direnç uygulandığında ağrısı oluyordu. Haricen fizik muayenesi doğaldı.

Özgeçmişinde; sedef, inflamatuvar bağırsak hastalığı, üveit, podogra, döküntü, oral-genital aft negatif olarak sorgulandı. Soygeçmişte; romatizmal hastalık dahil ek özellik yok, anne ve baba arasında 2. dereceden akrabalık mevcuttu.

Daha önceki RA ve SpA ön tanılarına yönelik hastanın tetkikleri tekrarlandı ve detaylandırıldı. Hastanın laboratuvar tetkik sonuçları tablo1’de verilmiştir. RF ve Anti-siklik sitrülünize peptit (Anti-CCP) negatif olup, anti-nükleer antikor (ANA), extractable nucleer antigen (ENA) ve diğer otoimmün paneli negatif saptandı. Çok ciddi akut faz reaktan yüksekliği (CRP: 451 mg/dL) ve hiperürisemi (14 mg/dL) mevcuttu. Hastanın akut faz reaktanlarının çok yüksek olması nedeni ile malignite ve enfeksiyon açısından hasta detaylıca tarandı. Brucella negatif coombs testi ile ekarte edildi. Aktif bakteriyel, viral, fungal enfeksiyon odağı saptanmadı. Soliter ya da hematolojik aktif malignite saptanmadı. Hastanın sakroiliak eklem MRG’si kontrastlı ve STIR (short tau inversiyon recovery) sekanslarını da içerecek şekilde tekrarlandı. Her 2 sakroiliak eklemde belirgin bilateral aktif sakroilit olduğu gösterildi (Resim 2). Human leucocyte antibody B27 (HLA-B27) analizi negatif saptandı. Tofüsten iğne ucu ile alınan örnek mikroskop altında kontrol edildiğinde urat kristali ile uyumlu iğne şeklinde kristaller görülmesi ile gut tanısı kesinleştirildi.

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

Kreatinin mg/dL	0.8	RF (nefelometrik) UI/mL	23.4
GFR	126.93	CRP (nefelometrik) mg/L	451
ALT u/L	7.0	Anti-CCP U/mL	0.6
AST u/L	17	C3 g/L	1.9
Ürik Asit mg/dL	14.26	C4 g/L	0.5
Alkalem Fosfataz u/L	83	ANA titre	Negatif
Kalsiyum mg/dL	10.3	Anti-ds DNA IU/mL	3.37 (Negatif)
HGB g/dL	11.7	Anti-SSA	Negatif
RBC 10 ⁶ /µl	4,64	Anti-SSB	Negatif
PLT 10 ³ /µl	321	Anti-Jo1	Negatif
Tam Otomatik İdrar Tahlili	Normal	Anti-ribozomal P	Negatif
Brucella (coombs antiserumu ile)	Negatif	Anti histon antikor	Negatif
Anti-HCV	0.034 (Negatif)	ENA Paneli	Negatif
HBsAg	0.261 (Negatif)	Anti-Sm	Negatif
Diğer Viroloji paneli	Negatif	Anti-Scl70	Negatif
HLA-B27	Negatif		



Resim 2. Bilateral Sakroiliit ile uyumlu sakroiliak eklem MRG görüntüleri,

A: Koronal oblik kesitte STIR (short tau inversion recovery) sekansı, B: Aksiyal oblik kesitte T2 yağ baskılı sekans.

Hastanın ürik asit yüksekliğinin çok fazla olması üzerine sekonder nedenlerine yönelik olarak da hasta ilgili birimlere ve laboratuvarlara yönlendirilerek tekrar detaylı tetkik edildi. Pediatrik metabolizma tarafından yapılan organik asidemi, aminoasit metabolizma hastalıkları, üre siklus defektleri ve yağ asidi oksidasyon defektleri açısından yapılan taraması normal saptandı. Hastanın self mutülizm ve mental retardasyonu olmaması Lesch-Nyhan gibi enzimatik defektlerden uzaklaştırsa da genetik olarak inkomplet vaka açısından tarandı ve negatif olarak sonuçlandı. Hiperürisemi yapan bir ilaç kullanım öyküsü de bulunmuyordu. Tüm bu sonuçlarla hasta primer ve kronik tofuslü gut kabul edildi.

Tedavisine steroid (prednol 10 mg), febuksostat 80 mg (1x1) ve kolşisin 5 mg (3x1) ile devam edildi. Takipte 2 hafta içerisinde VAS skoru sifıra kadar geriledi. Hasta tamamen rahatladığını ifade etti. Hastanın CRP değeri 2 hafta içinde 58,8 mg/L ye kadar geriledi. Hastanın ürik asit düzeyi birinci ay kontrolünde halen yüksek seyrettiği için (11,4 mg/L) febuksostat dozu 120mg'a çıkıldı. Takipte bir ay sonrasında ürik asit düzeyi 10 mg/dL'a düştü, CRP 39,2 mg/L olacak şekilde geriledi. Takipte CRP 6mg/L düzeyine kadar gerileyince steroid tedavisi de azaltılarak kesildi ve hastanın tedavisine febuksostat 120mg ve kolşisin 0,5 mg 2x1 ile devam edildi. Hasta son bir yıldır ürik asit düzeyi <5 mg/dL ve aktif şikayeti olmadan, febuksostat ve kolşisin ile takip edilmektedir.

Olgudan tıbbi bilgilerinin bilimsel dergide yayınlanması konusunda aydınlatılmış yazılı onam alınmıştır.

TARTIŞMA

Gut hastalığında değişik eklem ve yumuşak dokulara çöken MSU kristallerine bağlı çeşitli kas-iskelet semptomları olabilir¹. 1. Metatarsofalangeal eklem tutulumu ve podogra oldukça tipiktir ve en sık tutulan eklemdir¹¹. Isı farklılıkları, pH değişiklikleri, sinovium ve kartilajın yapısal özellikleri vb nedenlerle MSU kristalleri çözülemez hale gelmekte ve dokularda birirmektedir³. Periferik eklemlerin daha sık tutulduğu bilinmekle birlikte aksiyal iskelet tutulumu da olabilir¹². Vertebra tutulumu sakroiliak eklemlerden daha siktir. Omurga tutulumu için risk faktörleri; uzun süreli hastalık öyküsü, eşlik eden dejeneratif disk hastalığı ve renal transplant öyküsü olarak belirlenmiştir⁸. Sakroiliak eklem tutulumu ise hastalığın başlangıç dönemlerinde daha siktir. Segovio ve arkadaşlarının sonuçlarına göre sakroiliak eklem, tedavisiz kalmış ya da yetersiz tedavi alan gut hastalarında erken dönemdeki atak bölgelerinden birisidir¹³. Sakroiliitin en sık sebebi spondiloartropatiler olsa da enfeksiyon, travma, malignitelere sekonder olarak da gelişebilmektedir⁶⁻⁸. Gut aslında iyi bir taklitçi olması ile meşhur bir hastalık olup en sık RA ile karışabilmektedir⁴. Bizim sunduğumuz olgu da başlangıçta RA gibi poliartiküler bir tablo ile seyrederken daha sonrasında başlayan inflamatuvar bel ağrısı ile SpA olarak değerlendirilmiştir. Hastanın tofusünden alınan materyalde urat kristallerinin gösterilmesi ile de hastanın gut tanısı kesinleştirildi. Sakroiliak eklemdaki kristal depozisyonunu kesin bir şekilde gösterebilmek için gereken invaziv protokolü mevcut imkanlarımız ile gerçekleştiremedik. Sakroiliak eklemdaki

kristallerin dokudan örnek almadan non-invaziv olarak DECT (dual energy computed tomography) ile saptanabilmesi mümkün olsa da mevcut imkanlarımız ile hastamızda DECT görüntülemesi de sağlayamadık. Bu bağlamda sakroiliitin kesin olarak kronik tofuslü guta bağı olduğunu söyleyemsek de hastamız gut tedavisi sonrası fayda görmüş, inflamatuvar bel ağrısı tamamen geçmiştir. Bu noktada unutulmaması gereken bir diğer konu da genç hastada şiddetli hiperürisemi ile karşılaştırıldığında etyolojide sekonder nedenlerin ya da enzimatik defektlerin de taranması da gereklidir¹⁴. Sunduğumuz olguda ilave bir patoloji saptamadığımız için hiperürisemi primer idiopatik olarak değerlendirildi.

Olgumuzu dikkate değer kılan diğer konu ise 19 gibi genç bir yaşta bu denli agresif bir seyir izliyor olması idi. Literatürde gut sakroiliitinin genellikle 40 yaş üzerinde beklendiği vurgulanmıştır^{8,15}. Chen W. ve arkadaşları tarafından bildirilen 2 olgunun yaşları 32 ve 24 olup Lu F. ve arkadaşlarının bildirdikleri olgu ise 29 yaşındadır^{4,10}. Sunduğumuz vaka literatürdeki olgularla karşılaştırıldığında bildirilen en genç olgu olmakla beraber genel kabul olarak gut ilişkili sakroiliit 45 yaşından önce beklenmemektedir.

Sonuç olarak sakroiliit saptadığımız hastalarda tanıya giderken atipik durumlar da olabileceğini akılda tutmalı, fizik muayenemizi detaylı ve dikkatli yapmalıyız. Eğer hasta verdiğimiz tedaviye yanıt vermiyorsa bir üst basamak tedaviye geçmeden önce tanımızı tekrar gözden geçirmeli ve sürprizlere hazırlıklı olmalıyız.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasanı: NMK, İT; Veri toplama: NMK, İT; Veri analizi ve yorumlama: İT; Yazı taslağı: NMK; İçeriğin eleştirel incelenmesi: İT; Son onay ve sorumluluk: NMK, İT; Teknik ve malzeme desteği: NMK; Süpervizyon: İT; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik Onay: Bu çalışma olgu sunumu olması nedeniyle etik onay gerekmemektedir. Bu olgu sunumu için hastadan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design: NMK, İT; Data acquisition: NMK, İT; Data analysis and interpretation: İT; Drafting manuscript: NMK; Critical revision of manuscript: İT; Final approval and accountability: NMK, İT; Technical or material support: NMK; Supervision: İT; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: Ethical approval is not required since this study is a case report. Informed consent has been received from the patient for this case report.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. *Lancet*. 2016;388:2039-52.,
2. Chhana A, Pool B, Wei Y, Choi A, Gao R, Munro Jet al. Human cartilage homogenates influence the crystallization of monosodium urate and inflammatory response to monosodium urate crystals: a potential link between osteoarthritis and gout. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71:2090-9.
3. Martillo MA, Nazzal L, Crittenden DB. The crystallization of monosodium urate. *Curr Rheumatol Rep*. 2014;16:400.
4. Chen W, Wang Y, Li Y, Zhao Z, Feng L, Zhu J et al. Gout mimicking spondyloarthritis: case report and literature review. *J Pain Res*. 2017;10:1511-4.
5. Namas R, Hegazin SB, Memişoğlu E, Joshi A. Lower back pain as a manifestation of acute gouty sacroiliitis: Utilization of dual-energy computed tomography (DECT) in establishing a diagnosis. *Eur J Rheumatol*. 2019;6:216-8.
6. Antonelli MJ, Magrey M. Sacroiliitis mimics: a case report and review of the literature. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18:170.
7. Slobodin G, Hussein H, Rosner I, Eshed I. Sacroiliitis - early diagnosis is key. *J Inflamm Res*. 2018;11:339-44.
8. Escudero R, Almodovar R, Zarco P, Bueno Á, Dhimes P, Mazzucchelli R et al. Inflammatory back pain in a 44 year old male. *Reumatol Clin*. 2015;11:325-7.
9. Lumezanu E, Konatalapalli R, Weinstein A. Axial (spinal) gout. *Curr Rheumatol Rep*. 2012;14:161-4.
10. Lu F, Jiang J, Zhang F, Xia X, Wang L, Ma X. Lumbar spinal stenosis induced by rare chronic tophaceous gout in a 29-year-old man. *Orthopedics*. 2012;35:e1571-5.
11. Abhishek A, Roddy E, Doherty M. Gout - a guide for the general and acute physicians. *Clin Med (Lond)*. 2017;17:54-9.
12. Hasegawa EM, de Mello FM, Goldenstein-Schainberg C, Fuller R. Gout in the spine. *Rev Bras Reumatol*. 2013;53:296-302.
13. Alarcon-Segovia D, Cetina JA, Diaz-Jouanen E. Sacroiliac joints in primary gout. *AJR Am J Roentgenol*. 1973;118:438-43.
14. Yamanaka H. Gout and hyperuricemia in young people. *Curr Opin Rheumatol*. 2011;23:156-60.
15. Jain N, Duggal L, Gupta D. Gouty polyarthritis with sacroiliitis: a rare association and insight into newer management and dietary strategies. *Int J Rheum Dis*. 2008;11:195-8