

MONOARTRİTLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ, BİR YILLIK, RETROSPEKTİF TEK MERKEZ DENEYİMİ**EVALUATION OF MONOARTHRITIS, ONE-YEAR, RETROSPECTIVE SINGLE-CENTER EXPERIENCE**Müçteba Enes Yayla¹**ÖZET**

AMAC: Mevcut çalışmada 3. Basamak bir sağlık kuruluşuna monoartrit kliniği ile başvurmuş hastaların genel özelliklerini, değerlendirmeler sonucu almış oldukları tanıları, hangi hastaların kronikleştini ve oligoartrit ya da poliartrit kliniğine ilerlemiş olduğunu ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Ekim 2019 – Ekim 2020 tarihleri arasında 18 yaşından büyük ve bilinen romatolojik bir hastalığı olmayan ilk kez monoartrit kliniğine sahip olmuş 92 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların özellikleri, değerlendirmeler sonucu almış oldukları tanıları kaydedildi. Kronik artritli hastalar ile akut artritli olan hastaların özellikleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların %66,3'ü erkekti. En fazla etkilenen eklemler diz (%38), 1. metatarsofalangeal (MTF) eklem (%31,5) ve ayak bileği eklemleriydi (%20,7). Hastaların %60,9'unda klinik, tedavi ile ya da spontan olarak düzelmişti, %39,1 hastada kronik artrit ortaya çıktı. Kronik artrit gelişen hastaların 7'sinde monoartrit tablosu oligoartrit ya da poliartrit tablosuna dönmüştü. Hastaların klinik değerlendirme süreci sonunda almış olduğu tanılara bakıldığında kristal artritler %37, periferik spondilartropati (SPA) %15,2, romatoid artrit (RA) %9,8 ve Behçet %4,3 hastada saptandı. Diğer tanılar ise septik artrit, post-streptokoksik artrit, undiferansiye bağ dokusu hastalığı, Sjögren Hastalığı, malignite ilişkili artrit, travmaya sekonder artrit ve osteoartritti. %19 hastada ise sınıflandırılmayan artrit tablosu tespit edildi. Erkek cinsiyet (p=0,028) ve hiperürisemi (p<0,001) kendini sınırlayan artritlerde daha sıkken, romatoid faktör (RF) (p=0,005) ve anti-siklik sitrüline peptit (CCP) (p=0,006) pozitifliği, progresif artrit sıklığı kronikleşen artritlerde daha sıktı.

SONUÇ: Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna çeşitli monoartrit nedenleri ile hastalar sıklıkla başvurabilmektedir. Hastaların doğru tanı ve tedaviyi zamanında alması olası morbiditeyi önlemek açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Monoartrit, gut, kendini sınırlayan artrit, kronik artrit

ABSTRACT

AIM: In the current study, we aimed to reveal the general characteristics of patients who admitted to a tertiary health institution with monoarthritis, the diagnoses they received as a result of the evaluations, which patients became chronic, and progressed to the clinic of oligoarthritis or polyarthritis.

MATERIAL AND METHOD: Between October 2019 and October 2020, 92 patients who were older than 18 years of age and had no known rheumatologic disease and had a monoarthritis clinic for the first time were analyzed retrospectively. The characteristics of all patients and the diagnoses they received as a result of the evaluations were recorded. The features of patients with chronic arthritis and patients with acute arthritis were compared.

RESULTS: 66.3% of the patients were male. The most affected joints were knee (38%), first metatarsophalangeal (MTF) joint (31.5%) and ankle (20.7%). In 60.9% of the patients, the clinic improved either with treatment or spontaneously, and chronic arthritis developed in 39.1% of the patients. In seven of the patients who developed chronic arthritis, the monoarthritis progressed to oligoarthritis or polyarthritis. Considering the diagnoses of the patients at the end of the clinical evaluation process, crystal arthritis was found in 37%, peripheral spondyloarthritis (SPA) in 15.2%, rheumatoid arthritis (RA) in 9.8% and Behçet's syndrome in 4.3%. Other diagnoses were septic arthritis, post-streptococcal arthritis, undifferentiated connective tissue disease, Sjögren's disease, malignancy-associated arthritis, arthritis secondary to trauma, and osteoarthritis. Unclassifiable arthritis was detected in 19% of the patients. While male gender (p=0.028) and hyperuricemia (p<0.001) were more common in self-limiting arthritis, rheumatoid factor (RF) (p=0.005) and anti-cyclic citrullinated peptide (CCP) (p=0.006) positivity and progressive arthritis were more common in chronic arthritis.

CONCLUSION: Patients could frequently apply to a tertiary health institution with various causes of monoarthritis. It is important for the patients to receive the correct diagnosis and treatment in a timely manner in order to prevent possible morbidity.

Keywords: Monoarthritis, gout, self-limited arthritis, chronic arthritis

¹ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Polikliniği, Zekai Tahir Burak Ek Binası ,Ankara,Türkiye

Geliş Tarihi / Submitted : Temmuz 2021 / July 2021

Kabul Tarihi / Accepted : Ekim 2021 / October 2021

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Müçteba ENES YAYLA

Adres: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Polikliniği, Zekai Tahir Burak Ek Binası, Talatpaşa Cad. No: 128, Altındağ, Ankara, Türkiye

Tel: +90 312 306 51 60

E-posta: enesyayla@hotmail.com

Yazar Bilgileri / Author Information:

Müçteba ENES YAYLA (ORCID: 0000-0002-5998-6703)

Bu çalışma için Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2021 tarihli 651/2021 sayılı etik kurul onayı alındı.

GİRİŞ

Monoartritler tek eklemde ağrı ve şişlik ile ortaya çıkan klinik tablolardır (1). Tek eklemi ve çevresindeki yapıları etkileyebilen durumlarda oluşabileceği gibi sistemik hastalıkların bir bulgusu olarak da ortaya çıkabilirler (1, 2). Bazı olgularda monoartrit tablosu, tedavi ile ya da kendiliğinden düzelirken bazı durumlarda klinik tablo kronikleşebilmektedir. Kronikleşen olgularda oligoartrit ya da poliartrit tablosuna dönüşüm de görülebilmektedir (3, 4). Tanı anında gecikme, uygun tedavinin verilmemesi hastalar için geri dönülemez kayıplara yol açabilmektedir. Bu nedenle monoartrit ile kendini gösteren klinik tabloları yönetmek klinisyenleri zorlayabilmektedir.

Çeşitli çalışmalar monoartrit vakalarının %60-90'ının kesin bir tanı konamamaya sınıflandırılmayan artrit olarak kabul edildiğini bildirmektedir. Bunun yanında kristal artritler, infeksiyöz nedenler ve romatolojik hastalıklar önde gelen monoartrit nedenleridir (2, 4-9). Biz bu çalışmada 3. basamak bir sağlık kuruluşuna monoartrit kliniği ile başvurmuş hastaların genel özelliklerini, değerlendirmeler sonucu almış oldukları tanıları, hangi hastaların kronikleştiğini ve oligoartrit ya da poliartrit kliniğine ilerlemiş olduğunu ortaya koymaya çalıştık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ekim 2019 – Ekim 2020 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniği'ne monoartrit nedeniyle ilk kez başvuran, 18 yaşından büyük ve bilinen romatolojik bir hastalığı olmayan 92 hasta retrospektif olarak incelendi. Altı hafta içerisinde kendiliğinden ya da tedavi ile düzelen artritler, akut artritler olarak sınıflandırıldı. Altı haftadan uzun süreli artrit varlığı kronik artrit olarak tanımlandı. Monoartritten oligoartrit ya da poliartrit kliniğine ilerleyen hastalar klinik progresyon gösteren hastalar olarak tanımlandı.

Hastaların yaşı ve cinsiyeti kaydedildi. Semptomun başlangıcından ilk vizite kadar geçen süre başvuru süresi, son vizit ile ilk vizit arası takip süresi olarak tanımlandı. Etkilenen eklem lokalizasyonu belirlendi. Dosya kayıtlarından başvuru anındaki C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), anti nükleer antijen (ANA), romatoid faktör (RF), anti-sıklık sitriline peptit (CCP) ve ürik asit seviyeleri kaydedildi. Radyolojik değerlendirmeler sonucunda etkilenen eklemde erozyon olup olmadığı belirlendi.

Hastaların tanıları belirlenirken romatoid artrit (RA) için 2010 Amerikan Romatoloji Koleji (ACR)/Avrupa Romatizma ile Savaş Derneği (EULAR) RA sınıflandırma kriterleri (10), Behçet hastalığı için uluslararası Behçet Hastalığı tanı kriterleri (11), kristal artritleri için 2015 ACR/EULAR gut sınıflandırma kriterleri veya kalsiyum-pirofosfat kristallerinin sinovyal sıvıda tanımlanması (12), periferik spondiloartropati (SPA) için Uluslararası Spondiloartrit Derneği (ASAS) periferik SPA sınıflandırma kriterleri (13), psöriatik artrit (PsA) için Caspar kriterleri (14), reaktif artrit için reaktif artrit tanı kriterleri (15), primer Sjögren Hastalığı için 2016 ACR/EULAR Sjögren

sınıflandırma kriterleri (16) kullanıldı. Malignite ilişkili artrit, malignite tanısı ile ortaya çıkan ve başka herhangi bir romatolojik nedene bağlanmayan artrit olarak tanımlandı. Undiferansiye bağ dokusu; ANA pozitifliği olan ve diğer bağ dokusu hastalıkları sınıflandırma kriterlerine uymayan klinik tablolar, septik artrit; eklem sıvısı kültüründe mikroorganizmanın üretilmiş olduğu artritler; poststreptokoksik reaktif artrit; geçirilmiş β -streptokoksik boğaz enfeksiyonu kanıtının olması ve etiyolojik başka neden olmaması olarak tanımlandı. Bu sınıflandırma/tanı kriterlerinin hiçbirine uymayan hastalar sınıflandırılmayan artrit olarak kabul edildi.

Bu çalışma için Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2021 tarihli 651/2021 sayılı etik kurul onayı alındı.

Verilerin analizi SPSS versiyon 21 (SPSS, Chicago, ABD) yazılımı kullanılarak yapıldı. Kategorik veriler sıklık ve yüzde olarak sunuldu. Kantitatif veriler normal dağılıyorsa ortalama ve standart sapma (ss), normal dağılmıyorsa ortanca ve çeyrekler arası aralık (ÇAA) olarak gösterildi. Kronik artritler ve akut artritler karşılaştırılırken, kategorik veriler için ki-kare ya da Fisher's exact testlerinden uygun olanı kullanıldı. Kantitatif veriler karşılaştırılırken verilerin dağılımı göz önünde bulundurulacak Mann Whitney U veya Student-T testi kullanıldı. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel anlamlı olarak yorumlandı.

BULGULAR

Toplam 92 hasta monoartrit bulgusu ile polikliniğimize başvurdu. Hastaların %66,3'ü erkekti. En fazla etkilenen eklemler diz (%38), 1.metatarsofalangeal (MTF) eklem (%31,5) ve ayak bileği eklemleriydi (%20,7). Hastaların %60,9'unda akut artrit kliği vardı ve klinik tedavi ile ya da spontan olarak düzelmmişti, %39,1 hastada kronik artrit ortaya çıktı. Kronik artrit gelişen hastaların 7'sinde monoartrit tablosu oligoartrit ya da poliartrit tablosuna dönmüştü (**Tablo 1**).

Hastaların klinik değerlendirme süreci sonunda almış olduğu tanılarına bakıldığında kristal artritler %37, periferik SPA %15,2, RA %9,8 ve Behçet %4,3 hastada saptandı. Diğer tanıları ise septik artrit, post-streptokoksik artrit, undiferansiye bağ dokusu hastalığı, Sjögren Hastalığı, malignite ilişkili artrit, travmaya sekonder artrit ve osteoartritti. %19 hastada ise sınıflandırılmayan artrit tablosu tespit edildi (**Şekil 1, Tablo 2**).

Akut artrit tablosu olanlar ile kronik artrit tablosu olanların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldı (**Tablo 3**). Erkek cinsiyet ($p=0,028$) ve hiperürisemi ($p<0,001$) akut artritlerde daha sıkken, RF ($p=0,005$) ve Anti-CCP ($p=0,006$) pozitifliği, progresif artrit sıklığı kronikleşen artritlerde daha sıkı. ESH değeri kronik artrit grubunda daha yüksekti ($p=0,039$). Progresif artrit tablosu gelişen 7 hastanın özellikleri **Tablo 4**'te sunuldu. 3 hastada RA, 2 hastada PsA ve 2 hastada Behçet Hastalığı tanısı konuldu (**Tablo 4**).

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

| | N=92 hasta |
|--|--------------|
| Yaş, yıl | 50,33±15,77 |
| Cinsiyet, erkek* | 61 (66,3) |
| İlk vizite kadar geçen semptom süresi, gün† | 22 [27] |
| Etkilenen eklem* | |
| Diz | 35 (38) |
| Ayak küçük eklemleri | 30 (32,6) |
| Ayak bileği | 19 (20,7) |
| El küçük eklemleri | 3 (3,2) |
| El bileği | 2 (2,2) |
| Dirsek | 2 (2,2) |
| Omuz | 1 (1,1) |
| Laboratuvar, serolojik ve radyolojik özellikler | |
| CRP, mg/L† | 24,1 [49,7] |
| ESH, mm/saat† | 25 [30] |
| RF pozitifliği* | 8/69 (11,6) |
| Anti-CCP pozitifliği* | 8/63 (12,7) |
| ANA pozitifliği* | 14/52 (26,9) |
| Hiperürisemi* | 38/61 (62,3) |
| Kemik erozyonu* | 12/74 (16,2) |
| Artritlerin özellikleri* | |
| Akut Artrit | 56 (60,9) |
| Kronik Artrit | 36 (39,1) |
| Progresif Artrit | 7 (7,6) |
| Oligoartrite dönüşüm | 3 (3,3) |
| Poliartrite dönüşüm | 4 (4,3) |
| Başlangıç tedavisi* | |
| Kolşisin | 33 (64,1) |
| NSAİİ | 20 (21,7) |
| Glukokortikoid | 20 (21,7) |
| Metotreksat | 9 (9,8) |
| Sulfasalazin | 2 (2,2) |
| Hidroksiklorokin | 2 (2,2) |
| Antibiyotik | 2 (2,2) |
| Diğer tedaviler | 3 (3,3) |

*Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

†Veriler ortanca ve çeyrekler arası aralık olarak verilmiştir
ANA; anti-nükleer antikor, CCP; siklik sitrülüne peptit, CRP; c-reaktif protein, ESH; eritrosit sedimentasyon hızı, N; hasta sayısı, NSAİİ; non-steroid antiinflamatuvar ilaç, RF; romatoid faktör.

TARTIŞMA

Monoartritlerin sistemik hastalıkların başlangıç semptomu olabilmesi ve septik artrit gibi hızlı müdahale gereksinimi olan tablolarda ortaya çıkabilmesi doğru tanı ve tedaviyi önemli kılmaktadır. Tanı, iyi bir öykü ve fiziksel

incelemenin yanı sıra laboratuvar ve klinik özellikler ile değerlendirilerek konabilir (1). Monoartritlerde en sık etkilenen eklemler diz (%54,3-100), el bilek (%1,5-26,1), kalça (%0-14,8), ayak bileği (%5) ve dirsek (%1) eklemleridir. Ayrıca monoartrit vakalarının %16-100'ü kendini sınırlamakta ve tam iyileşme görülebilmektedir (4, 5, 8, 17-19). Bizim verilerimizde de en sık diz, ayak küçük eklemleri ve ayak bileği eklemlerinin tutulumu görülmüş ve hastalarımızın %60,9'unda akut monoartrit tablosu tedavi ile ya da kendiliğinden düzelmisti (**Tablo 1**). Diğer monoartrit serilerine oranla, hastalarımızda kristal artritinin sık oluşu ayak küçük eklemlerinde artrit oranının daha yüksek oluşuna neden olmuş görülmektedir (4, 5, 8, 17, 18).

Monoartritlere romatolojik hastalıklar, enfeksiyon ve non-inflamatuvar durumlar gibi birçok klinik tablo sebebiyet verebilir. En sık nedenler arasında kristal artritleri, RA, SpA ve osteoartrit tabloları ön plana çıkmaktadır (20). Literatür ile uyumlu olarak hastalarımızda da en sık kristal artritler, periferik SPA ve RA tanılarını olduğunu gördük (**Tablo 2, Şekil 1**).

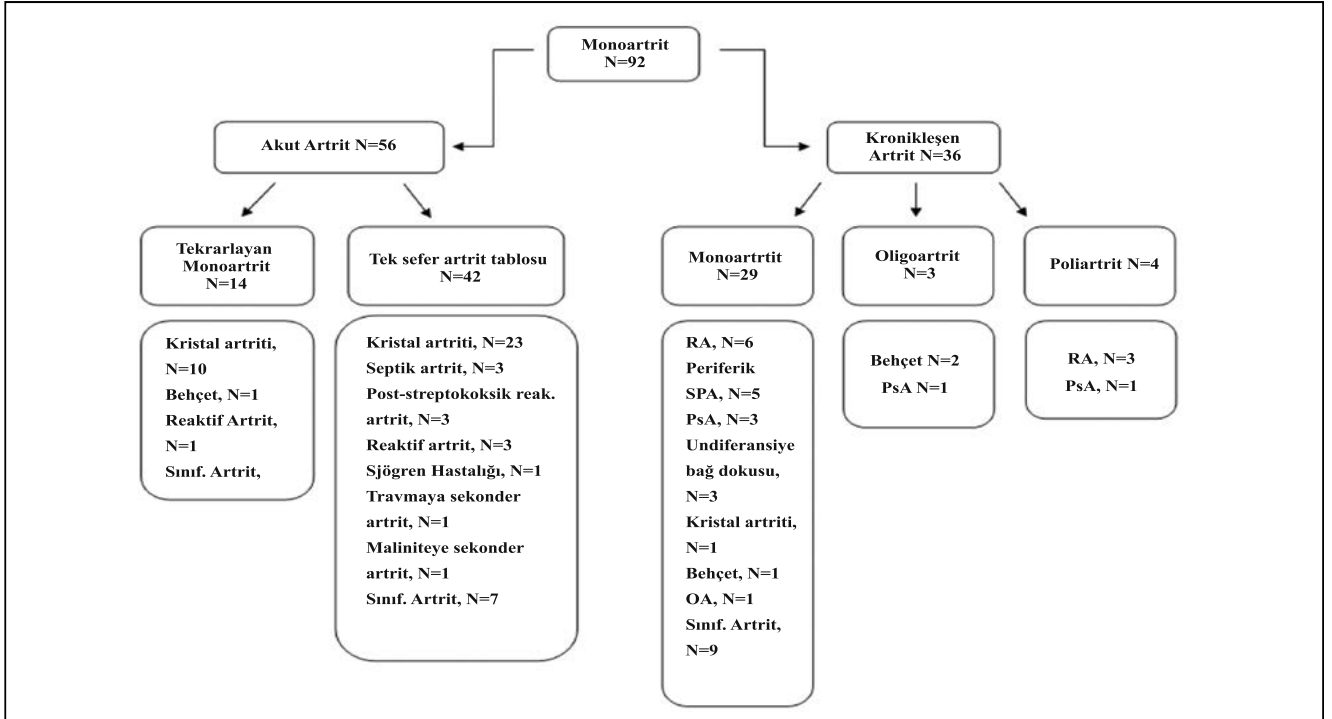
Hasta serimizde en sık kristal artrit tanısını koymuştuk (**Tablo 2**). Gut, çoğunlukla 1. metatarsfalangeal eklem monoartriti (podogra ayağı) ile klinik bulgu gösterir ve hiperürisemi ile ilişkilidir. Genellikle kendini sınırlayan bir artrit tablosu oluşturur (21). Polikliniğimiz 3. basamak bir sağlık kuruluşu romatoloji polikliniği olsa da hastalar daha önce herhangi bir doktor başvurusu yapmadan, romatoloji polikliniğimize gelebilmektedirler. Bundan dolayı yurtdışında 1. basamaktaki hekimlerin daha sık gördüğü kristal artrit hastalarını biz kendi vaka serimizde yoğun olarak saptadığımızı düşünmekteyiz. Hastaların uygun tedaviyle neredeyse tamamında artrit remisyona girdiği (33/34 hasta) ve %29,4'ünde izlem süresince klinik tablonun tekrarladığını gördük.

Periferik SPA monoartritlerin %0-18,5'inde görülebilmektedir (5). Monoartrit tablosu bu hastalarda oligoartrit ya da poliartrit tablosuna ilerleyebilmektedir. Tanı sürecinde hastaların eşlik eden üveit, inflamatuvar bel ağrısı, entezit ve daktilit bulguları olup olmadığının sorgulanması önemlidir (1).

Tablo 2. Tüm hastaların tanısal değerlendirilmesi*

| | Tüm hastalar | Akut artrit | Kronik artrit |
|------------------------------------|--------------|-------------|---------------|
| Kristal artritler | 34 (37) | 33 (58,9) | 1 (2,8) |
| Sınıflandırılmayan artrit | 18 (19,6) | 9 (16,1) | 9 (25) |
| Periferik spondiloartropati | 14 (15,2) | 4 (7,1) | 10 (27,7) |
| Psöriatik Artrit | 5 (5,4) | 0 | 5 (13,9) |
| Reaktif Artrit | 4 (4,3) | 4 (7,1) | 0 |
| Romatoid artrit | 9 (9,8) | 0 | 9 (25) |
| Behçet Sendromu | 4 (4,3) | 1 (1,8) | 3 (8,3) |
| Septik artrit | 3 (3,3) | 3 (5,4) | 0 |
| Post-streptokoksik reaktif artrit | 3 (3,3) | 3 (5,4) | 0 |
| Undiferansiye bağ dokusu hastalığı | 3 (3,3) | 0 | 3 (8,3) |
| Sjögren Hastalığı | 1 (1,1) | 1 (1,8) | 0 |
| Malignite ilişkili artrit | 1 (1,1) | 1 (1,8) | 0 |
| Menisküs yırtığına sekonder artrit | 1 (1,1) | 1 (1,8) | 0 |
| Osteoartrit | 1 (1,1) | 0 | 1 (2,8) |
| Toplam | 92 (100) | 56 (100) | 36 (100) |

*Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.



Şekil 1. Hastaların tanısal değerlendirme şeması
N; Hasta sayısı, OA; osteoartrit, PsA, psöriatik artrit, RA; romatoid artrit, SPA; spondiloartropati.

Tablo 3. Akut artritler ile kronik artritlerin karşılaştırılması

| | Akut artritler N=56 | Kronik artritler N=36 | P |
|---|------------------------|--------------------------|------------------|
| Yaş, yıl* | 52,4±15,7 | 47,1±15,4 | 0,087 |
| Cinsiyet, erkek† | 42 (75) | 19 (52,8) | 0,028 |
| İlk vizite kadar geçen semptom süresi, gün* | 7 [19,5] | 10,5 [25,25] | 0,454 |
| CRP, mg/L* | 20,4 [34,2] | 30,45 [59,6] | 0,082 |
| ESH, mm/h* | 22 [28] | 35 [28] | 0,039 |
| RF pozitifliği† | 0/34 | 8/35 (22,9) | 0,005 |
| Anti-CCP pozitifliği† | 0/29 | 8/34 (23,5) | 0,006 |
| ANA pozitifliği† | 5/21 (23,8) | 9/31 (29) | 0,677 |
| Hiperürisemi† | 33/42 (78,6) | 5/19 (26,3) | <0,001 |
| Kemik erozyonu† | 6/44 (13,6) | 6/30 (20) | 0,530 |
| Progresif artrit† | 0 | 7 (19,4) | 0,001 |
| Eklemler Tutulumları† | | | |
| Diz | 16 (28,6) | 19 (52,8) | 0,020 |
| Ayak küçük eklemleri | 28 (50) | 2 (5,6) | <0,001 |
| Ayak bilek | 9 (16,1) | 10 (27,8) | 0,176 |
| El küçük eklemleri | 1 (1,8) | 2 (5,6) | 0,559 |
| El bilek | 1 (1,8) | 1 (2,8) | 1 |
| Alınan Tedaviler † | | | |
| Glukokortikoid | 8 (14,3) | 12 (33,3) | 0,031 |
| Metotreksat | 0 | 9 (25) | <0,001 |
| Sulfasalazin | 0 | 2 (5,6) | 0,151 |
| Hidroksiklorokin | 0 | 2 (5,6) | 0,151 |
| Kolşisin | 29 (51,8) | 4 (11,1) | <0,001 |

*Veriler ortanca ve çeyrekler arası aralık olarak sunulmuştur.

†Veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur

ANA; anti-nükleer antikor, CCP; siklik sitriline peptit, CRP; c-reaktif protein, ESH; eritrosit sedimentasyon hızı, N; hasta sayısı, RF; romatoid faktör.

Tablo 4. Progresif artrit kliniği gösteren hastaların klinik, demografik ve laboratuvar özellikleri

| Hasta | İlk vizite kadar geçen semptom süresi, gün | Etkilenen eklem | CRP, mg/L | RF/CCP Pozitifliği | Kemik erozyonu | Kronisite | Tanı |
|-----------------|--|-----------------|-----------|--------------------|----------------|---------------|--------|
| Erkek, 32,6 yıl | 4 | Diz | 141 | +/- | Yok | Kronik artrit | Behçet |
| Erkek, 44,2 yıl | 41 | Ayak bileği | 34,4 | +/- | Yok | Kronik artrit | PsA |
| Kadın, 27,5 yıl | 31 | Ayak bileği | 7,7 | | Yok | Kronik artrit | Behçet |
| Kadın, 56,7 yıl | 10 | Diz | 190 | -/+ | Yok | Kronik artrit | RA |
| Kadın, 57,7 yıl | 22 | El bileği | 195 | -/- | Yok | Kronik artrit | PsA |
| Kadın, 53,5 yıl | 2 | 2.MKF | 31,7 | +/+ | Yok | Kronik artrit | RA |
| Kadın, 45,1 yıl | 31 | 2.MTF | 20,1 | +/+ | Yok | Kronik artrit | RA |

CCP; siklik sitrüline peptit, CRP; c-reaktif protein, MKF; metokarpofalangeal eklem, MTF; metotarsofalangeal eklem, PsA, psöriatik artrit, RF; romatoid faktör.

Tüm hastalarımıza baktığımızda, 14 hasta (%15,2) periferik SPA tanısı almış, bu hastaların 5'i aynı zamanda PsA tanı kriterlerini de sağlamıştı (Tablo 2). Progresyon gösteren hastaların %28,6'sında (2/7) da PsA tablosu olduğu görünmekteydi (Tablo 4).

Monoartrit ile başvuran hastaların %0-40'ında izlemde RA tanısını konmaktadır (5). Omuz, el ve el bilek eklemlerindeki monoartritlerde RA gelişim oranı biraz daha fazla olmaktadır (19). Ayrıca hastalardaki RF ve Anti-CCP pozitifliği RA gelişimi açısından prediktör faktörlerdendir (22). Bizim serimizde de tüm hastaların %9,8'i RA tanısı alırken, kronikleşen monoartrit tablolarının %25'i izlemde RA sınıflandırmasına uymuştu.

Monoartrit tablolarında iyi bir anamnez, fizik inceleme ve laboratuvar tetkiklerinin yardımı ile hastaların tanısı konabilse de %7-90 hasta sınıflandırılmayan artrit olarak kabul edilmektedir (5). Biz hastalarımızın neredeyse %20'sinde tanı ya da sınıflandırma kriterlerine uygunluk saptayamadık. Bunda izlem süremizin kısa olmasının etkisi olabileceği gibi, akut monoartritlere neden olabilen birçok viral faktörün detaylı incelenmemiş olması da etken olabilir.

Monoartitli hastaların yaklaşık 1/3'ünde kronik inflamatuvar hastalıklara ilerleme görülebilmektedir. RF, anti-CCP pozitifliği, kadın cinsiyet, sigara içiciliği, el bilek ve el küçük eklemlerinin artrit ve ESH yüksekliği kronikleşmeye zemin hazırlayan faktörlerdendir. Kronikleşen monoartritlerin çoğunluğunda da RA, PsA ve SPA tanıları konmaktadır (4, 19). Bizim serimizde de önceki veriler ile uyumlu olarak, %39,1 hastada kronikleşme gerçekleşmişti ve hastaların büyük çoğunluğu periferik SPA, RA, sınıflandırılmayan artrit, Behçet ve PsA olarak tanı almıştı (Tablo 2). Kronik artrit gelişen hastalarda RF ve anti-CCP pozitifliği daha fazla, ESH de bu hastalarda daha yüksekti. Ayrıca kadın cinsiyeti ve radyolojik olarak erozyon varlığını beklenildiği üzere bu hastalarda daha yoğun saptadık. Literatürden

farklı olarak diz eklemi tutulumu kronik hastalarda, ayak küçük eklem tutulumu da akut artrit tablolarında daha sık görülmekteydi. Serimizdeki kristal artritlerinin çok oluşu ve gut hastalığının doğal seyri olarak akut ve kendini sınırlayan bir artrit oluşu ayak küçük eklemlerindeki farkı açıklamaktadır. El bilek ve el küçük eklemlerinde artrit tablosu ile gelen hastalarımızın sayısının azlığı nedeniyle karşılaştırma yapmanın doğru sonuç vermediği düşüncesindeyiz. Daha fazla hasta içeren vaka serilerinde el bilek eklemi artritlerinin, özellikle RA gibi bazı klinik tablolar açısından önemli bir gösterge olduğu düşünüldüğünde, kronikleşme için ön gördürücü bir tablo olabileceği varsayılabilir.

RF ve Anti-CCP pozitifliği, kadın cinsiyet ve radyografide erozyon varlığı monoartritlerin oligoartrit ya da poliartrite dönüşümünde risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (2). Biz yedi hastamızda klinik tablonun progresyon gösterdiğini saptamıştık. Hasta sayısının az oluşu nedeniyle istatistiksel bir karşılaştırma sunmadık ve hastaların genel özelliklerini Tablo 4'te verdik. Hastaların %66'sında RF, %50'sinde Anti-CCP pozitifliği, çoğunluğunda kadın cinsiyet hakimdi ve radyografide erozyonları yoktu. Radyografide erozyon görmememizde en büyük etkenin kısa izlem süresi olduğu kanaatindeyiz. Hastalar yeteri kadar uzun izlendiğinde, özellikle kronik artrit tablosu gelişmiş hastalarda progresyonun ve radyografik erozyonun daha fazla görülebileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın tek merkezli oluşu, bir yıllık süreç içerisindeki hastaları içermesi ve izlem süresinin kısa oluşu gibi kısıtlılıkları mevcuttur. Bunun yanında Türkiye'de üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu romatoloji polikliniğine monoartrit kliniği ile başvuran hastaların tanı süreçlerini değerlendiren az sayıda çalışmadan biri olması gibi güçlü yanları da mevcuttur.

SONUÇ

Monoartrit romatoloji polikliniklerinde sıkça karşılaşı-

lan klinik bir tablodur. Hastaların doğru tanı ve tedaviyi zamanında alması olası morbiditeyi önlemek açısından önemlidir. Biz bu çalışmada monoartrit tablosu ile başvuran hastaların değerlendirmeler sonrasında almış oldukları tanıları, kronikleşen ve progresyon gösteren hastaların farklılıklarını ortaya koymaya çalıştık.

Teşekkür: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemektedir. Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Yazarlık Katkıları:

Konsept ve tasarım, veri toplama, analiz, literatür derleme ve makalenin yazımı: Müçteba Enes Yayla

KAYNAKLAR

- 1.)Becker JA, Daily JP, Pohlgeers K. Acute monoarthritis: diagnosis in adults. *Am Fam Physician.* 2016; 94: 810-6.
- 2.)Jeong H, Kim AY, Yoon HJ, et al. Clinical courses and predictors of outcomes in patients with monoarthritis: a retrospective study of 171 cases. *Int J Rheum Dis.* 2014; 17: 502-10.
- 3.)Melikoğlu MA. Monoartrite Yaklaşım. *Romatizma/Rheumatism.* 2007; 22: 137-43.
- 4.)Inaoui R, Bertin P, Preux P-M, et al. Outcome of patients with undifferentiated chronic monoarthritis: retrospective study of 46 cases. *Joint Bone Spine.* 2004; 71: 209-13.
- 5.)Binard A, Alassane S, Devauchelle-Pensec V, et al. Outcome of early monoarthritis: a followup study. *J Rheumatol.* 2007; 34: 2351-7.
- 6.)Hülsemann J, Zeidler H. Undifferentiated arthritis in an early synovitis out-patient clinic. *Clin Exp Rheumatol.* 1995; 13: 37-43.
- 7.)Chisari E, Yaghmour KM, Peat F, et al. Patients Presenting with a Hot, Swollen Joint: A Single-Centre Retrospective Analysis. *Current rheumatology reviews.* 2020; 16: 38-42.
- 8.)Kaarela K, Tiitinen S, Luukkainen R. Long-term prognosis of monoarthritis: a follow-up study. *Scand J Rheumatol.* 1983; 12: 374-6.
- 9.)Blocka KL, Sibley JT. Undiagnosed chronic monarthritis. Clinical and evolutionary profile. *Arthritis Rheumatol.* 1987; 30: 1357-61.

- 10.)Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010; 62: 2569-81.
- 11.)Weichsler B, Davatchi F, Lehner T, et al. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet (British edition).* 1990; 335: 1078-80.
- 12.)Neogi T, Jansen TLTA, Dalbeth N, et al. 2015 gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheumatol.* 2015; 67: 2557-68.
- 13.)Zeidler H, Amor B. The Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general: the spondyloarthritis concept in progress. *Ann Rheum Dis.* 2011; 70: 1-3.
- 14.)Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheumatol.* 2006; 54: 2665-73.
- 15.)Selmi C, Gershwin ME. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmun Rev.* 2014; 13: 546-9.
- 16.)Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, et al. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for primary Sjögren's syndrome: a consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. *Arthritis Rheumatol.* 2017; 69: 35-45.
- 17.)Lequesne M, Jaffres R, Cassan P, et al. The course of monoarthritis of unknown origin. Study of 47 cases followed-up for more than 3 years. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1972; 39: 749-55.
- 18.)Devlin J, Gough A, Huissoon A, et al. The outcome of knee synovitis in early arthritis provides guidelines for management. *Clin Rheumatol.* 2000; 19: 82-5.
- 19.)Norli ES, Brinkmann GH, Kvien TK, et al. Joint Distribution and Two-Year Outcome in 347 Patients With Monoarthritis of Less Than Sixteen Weeks' Duration. *Arthritis Care Res.* 2020; 72: 705-10.
- 20.)Laura McGregor MF. In: Gary S. Firestein SEG, Iain B. McInnes, James R. O'Dell, editor. Kelley and Firestein's textbook of rheumatology. Acute Monoarthritis. Tenth Edition ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017. p.605-14.
- 21.)McGregor L. FM. Kelley and Firestein's textbook of rheumatology. Tenth edition ed, Philadelphia, PA: Elsevier; 2017.
- 22.)de Rooy DP, van der Linden MP, Knevel R, et al. Predicting arthritis outcomes—what can be learned from the Leiden Early Arthritis Clinic? *Rheumatology (Oxford).* 2011; 50: 93-100.

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.), 2021 ; 54(3) : 399-404

Bu çalışma için Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2021 tarihli 651/2021 sayılı etik kurul onayı alındı.