

Bir Olgu Nedeniyle Akromegali ve Colistis Ülseroza Birlikteliği

Zeliha Ünlü¹ Mehmet Meşhur¹ Tahir Yoldaş² Refik Ali Sarı³

¹Yrd. Doç. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR ABD.

²Yrd. Doç. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD.

³Yrd. Doç. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD.

Özet

25 yıldır kolitis ülserozası olan ve tarafımızca akromegali tanısı konulan 50 yaşındaki kadın hasta sunuldu. Kas-iskelet sistemine proliferasyon etkisi olan akromegali ile ankiloz yönünde etki eden kolitis ülserozanın birlikteliği bakımından olgu irdelendi. Olguda klinik bulguların bu iki hastalığa özgü değişiklikleri tam olarak yansıtmasının, her iki hastalığın karşılıklı etkileşimi nedeniyle olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Akromegali, kolitis ülseroza.

A Case Of Acromegaly Associated With Ulcerative Colitis

Abstract

In this paper we presented a case of acromegaly, A 50 years old woman who had ulcerative colitis for 25 years was diagnosed as acromegaly. The patient was evaluated considering the proliferative effects of acromegaly on musculo-skeletal system in coexistence with ankylosing effects of ulcerative colitis. We suggested that typical clinical findings of both two disease wasn't overt because of interaction between acromegaly and ulcerative colitis.

Key words: Acromegaly, ulcerative colitis.

Hipofiz adenomları bağ dokusunda anabolik etki gösteren Growth hormonun (GH) aşırı salgılamasına neden olabilir. Ortaya çıkan tablo epifizler kapanmadan önce gigantizm, kapandıktan sonra akromegali olarak tanımlanır (1). Growth hormon bursa, eklem kapsülleri, sinovya, kartilaj ve kemiklerde proliferasyona neden olur. Kişide özellikle mandibula, eller ve ayaklardaki, kemik ve yumuşak doku değişiklikleri daha belirgindir (2). Ellerde kabalaşma, kalınlaşma, çomak parmak, prepatellar, olekranon, subakromial bursalarda kalınlaşma, mandibula ve alında genişleme, ayaklarda büyüme, hatta stapes kemiğinde ve larinks kartilajında genişleme en belirgin bulgulardır (1). Klinik tabloya artropatilerin yanı sıra miyopatiler, nöropatiler, karpal tünel sendromu, bel ve sırt ağrıları, Raynaud fenomeni sıklıkla eşlik edebilir (3).

Kolitis ülseroza, klinikte şiddeti ve süresi değişen ishal ataklarıyla karakterize inflamatuvar bir barsak hastalığıdır. Romatoloji ile ilgisi ekstrakolik komplikasyonları nedeniyledir (2). Periferik artrit, spondilit, sakroiliit en sık karşılaşılan eklem komplikasyonlarıdır. Bazı olgularda kolitis

ülserozaya ankilozan spondilit eşlik edebilir (4). Üveit, kolon veya safra yollarının maliniteleri, eritema nodozum, pyoderma gangrenozum bilinen diğer ekstrakolik komplikasyonlardır (2).

Olgu sunumunda, klinikte akromegali ve kolitis ülseroza arasında ilgi olmamakla beraber, bu birlikteliğin kas iskelet sistemine olan etkilerinin irdelenmesi amaçlandı.

Olgu Sunumu

Öykü

50 yaşında bayan hasta, belinde ve sırtında yaygın ağrılar ile sol elin ilk 3 parmağında ağrı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Elde tanımladığı ağrı özellikle geceleri artıyor ve ağrıya yanma, uyuşma, karıncalanma, yakınmaları da eşlik ediyordu. Bel ve sırt ağrıları yaklaşık 20 yıldır varken el ağrısı 2 yıl önce her iki elinde beraber başlamıştı. 2 yıl önce sağ el bileğinden sinir sıkışması nedeniyle Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Nöroşirurji kliniğinde operasyon geçirmişti. Hastaya 25 yıl önce EÜTF Dahiliye kliniğinde yapılan tetkikler sonrasında kolitis

ülseroza tanısı konulmuştu. Hasta 3 yıldır günde 3 kez bir tablet Salazopyrin kullanıyordu. Hastada kolitis ülseroza ile ilgili olabilecek ara ara olan kansız ishal, karın ağrısı, hazımsızlık yakınmaları vardı. Olgu ayrıca başağrısı ve yaygın vücut kaşıntısı, seste kalınlaşma da tanımlıyordu.

Soygeçmişinde önemli bir özellik yoktu.

Fizik Muayene

Olgunun bilinci açık, koopere, oryante ve genel durumu iyiydi. Boyu: 158 cm, kilosu: 72 kg, kan basıncı: 170 / 95 mm / hg, nabızı: 80 / dk idi.

İnspeksiyonda olguda akromegaliyi düşündüren, ancak kendisinin farkında olmadığı, yüzde şişlik, hatlarda belirginleşme, alında genişleme, çenede prognatizm, ellerde kalınlaşma vardı (Resim 1). Sistemik muayenesi normaldi.

Kas iskelet sistemi muayenesinde;

Boyunda, aktif eklem hareket açıklığı range sonu ağrı ile birlikte kısıtlıydı. Paraservikal kaslarda spazm vardı.

Omuzlarda, aktif eklem hareketleri açık ancak ağrılıydı.

Dirseklerde, eklem hareket açıklığı normaldi.

Ellerde, bilateral kaba ve kalın görünüm olup parmaklarda minimal çomaklaşma vardı. Sağ elde palmar yüzde 10 cm lik operasyon skarları izleniyordu. Sol el ve el bileği aktif hareketleri açık ancak ağrılıydı. Sol elde karpal tünel testlerinden Phallen ve tinnel testleri pozitifdi.

Bilateral üst ekstremitelerde kas gücü (klasik kas testine göre) sol el dışında normaldi. Sol elde parmaklarda fleksiyon ve baş parmakta oppozisyon:3, parmaklarda ekstansiyon, abduksiyon ve adduksiyon:4 değeri idi. Sol elde tenar kaslarda belirgin atrofi vardı.

Duyu bilateral üst ekstremitelerde sol el dışında normaldi. Sol elin ilk 3 parmağında yüzeysel duyuda hipostezi vardı.

Derin tendon refleksi üst ekstremitelerde normaldi.

Sırtta kifozite artışı vardı. Bel hareketleri ağrılı olmasına karşılık oldukça açıktı. Paralomber kaslar palpasyonla ağrılıydı.

Kalçalarda aktif eklem hareketleri açıktı.

Dizlerde bilateral krepitasyon vardı. Diz eklemleri hafifçe genişlemişti ve minimal effüzyon

mevcuttu. Belirgin ısı artışı ve deformite yoktu. Aktif hareketler range sonu ağrılıydı.

Ayak ve ayak bilekleri normaldi. Bilateral alt ekstremitelerde kas gücü ve duyu normaldi. Derin tendon refleksi normoaktif. Patolojik refleks yoktu.

Laboratuvar Bulguları

Hemogram: Hb 12,7 g/dl, Htc % 39,9, BK 6700, Periferik yayma (N), ESR 1 saatte 5 mm.

Lateks fiksasyon yöntemi ile bakılan ASO, CRP, RF serolojik testleri(-)

Tam idrar tetkiki: Lökosit (+) 25 / ml, eritrosit (+) 25 / ml, protein (-), glukoz (-) bilirubin (-), mikroskopi: nadir lökosit, nadir epitel hücresi.

Biyokimya; AKŞ: 110 MG / dl, BUN: 19.4 mg/dl, kreatinin: 0.6 mg / dl, total kolesterol: 212 mg / .dl, trigliserid: 137 mg / dl, alkale fosfataz: 127 İ.Ü/L, sGOT: 40 İ.Ü/L, sGPT: 31 İ.Ü/L, kreatinin kinaz: 98 İ.Ü/L, kalsiyum 9.0 mg/dl, inorganik fosfor: 3.4 mg/dl

Radioimmunoassay tetkikle düzeyleri: GH: 40 ng/ml (0-10), kortizol (sabah): 13 mg/dl (7-25), ACTH (sabah): 65 pg / ml (10-70), prolaktin: 17 ng/dl (0-20), FSH: (amenore) 126 mİ.Ü./ml, LH: (amenore) 31 mİ.Ü./ml, TSH: 1.31 u/U/ml (0.23-4.00), FT3: 5.11 pg/ml (3.50-6.10), FT4: 0.96 ng/dl (0.90 - 1.90) şeklindeydi.

Radyoloji

Kafa grafilerinde sella tursikada genişleme, sella üzerinde kalsifikasyon görüntüsü vardı.

Bilgisayarlı beyin tomografisinde: Hipofiz glandı sol paramedianında 1 cm çapında hipodens kitle, sella tabanında erode görünüm saptandı.

Servikal grafilerde spondilartroz ile uyumlu osteofitik değişiklikler, foreman intervertebralislerde düzensizlik olup disk aralıkları normaldi.

El grafilerinde falanks kortekslerinde hafif kalınlaşma, eklem aralıklarında minimal genişleme, minimal unguallı tuft oluşumları, yumuşak dokuda yaygın şişlik, sağ el 5. parmak proksimal interfalanks eklemlerinde daha belirgin olmak üzere minimal erozyonlar vardı (Resim 2).

Diz grafilerinde, eklem aralığı normaldi, ancak eminensialarda sivrileşme vardı. Ayak ve ayak bileği grafileri normal olarak yorumlandı.

Lumbosakral grafilerde disk mesafeleri normaldi. Lomber spondilartroz ile uyumlu osteofitik oluşumlar izleniyordu. Sakroiliak eklemler açıldı.

EMG

Sol median sinir parmak duyu iletim hızında yavaşlama (30 m/sn) ve uyarılmış kas cevabında azalma (10 mV) olup bulgular karpal tünel sendromuyla uyumluydu.

Bu bulguların ışığında, olguya kolitis ülserozaya eşlik eden akromegali tanısı konuldu. Hasta klinik tanı konulduktan 15 gün sonra EÜTF Nöroşirurji kliniğinde hipofiz adenomu ön tanısıyla transsfenoidal yolla opere edildi. Operasyon materyalinin patolojik tetkikinde bening adenom saptandı. Operasyondan 15 gün sonra olguda akut organik beyin sendromu gelişti. Operasyona bağlanan bu durum antipsikotik tedavi ile düzeldi. Operasyondan 3 ay sonra yapılan kontrolde karpal tünel sendromu klinik bulgularında, yüzdeki ve ellerdeki görünümde belirgin düzelme saptanırken, sırt ve bel ağrılarının devam ettiği görüldü. Kontrol EMG tetkikinde median sinirde duyu iletim hızında kısmi düzelme saptandı (45 m/sn). Hasta halen günde 3 tane Salazopyrin EN tab. kullanmakta ve tarafımızdan ülseratif kolit ve kas iskelet bulguları yönünden takip edilmektedir.

Tartışma

Akromegalide saptanan proliferasyon daha çok fibröz, kartilaj ve adipoz dokuda olmaktadır. Klinik bulgular hastalığın süresinden çok GH düzeyindeki yükseklik ile ilişkili olup, tedaviye yumuşak doku değişiklikleri ve karpal tünel sendromu bulguları iyi cevap verir (1). Olgumuzda da adenektomi operasyonundan 3 ay sonra yapılan kontrolde özellikle karpal tünel ve yumuşak doku bulgularında gerileme vardı.

Distal unguallarda genişleme akromegali olgularının %67 sinde vardır ve bu ellerde çomak parmak görünümü verir (5). Akromegalili hastaların yarısı, sırt ve bel ağrısından yakınır. Ağrılı bölgeler sıklıkla lumbosakral bölgede olmakla beraber servikal ve torakal bölgede de olabilir. Sırt ve bel ağrılarında mekanik, metabolik, dejeneratif faktörler suçlanmıştır. Hastalarda ciddi düzeyde ağrı ve tutulama karşın bel hareket açıklığı tam, hatta artmıştır. Bunun nedeni intervertebral disk mesafelerinin genişlemiş olmasıdır. Radyolojik olarak da intervertebral disk mesafeleri genişlemiş ve kalsifiye olarak izlenebilir. Hipertrofik spurlar bunlara eşlik eder.

Kifozda artış sıklıkla saptanır (1,3). Bazı olgularda poliartralji beraberinde sabah katılığı ve sedimantasyonda yükseklik saptanılıp klinik tablo romatoid artritle karışabilir (1).

Kolitis ülserozada % 2-25 sıklıkla spondilit bildirilmiştir (6, 7). Hastalarda belde katılık ve kısıtlılıkla beraber genel düşkünlük hali vardır. Küçük periferik eklemlerde de tutulum olabilir ama asıl tutulum dizler, kalçalar ve omuzlardadır (8). Radyolojik olarak yumuşak dokuda şişlik, periartiküler demineralizasyon görülür. Periferik eklem tutulumlarının aksine spondilit bulguları, barsak hastalığının aktivitesi ile paralellik göstermeyebilir. Barsak hastalığının kontrol edilmesi spondilitin seyrine etki etmez (4).

Olguda akromegaliye ilişkin klinik bulgular belirgin olmakla beraber radyolojik değişiklikler özellikle ellerde ve lumbosakralde beklendiği kadar belirgin değildi. Barsak hastalığı kontrol altındaydı ancak sırt ve omuz ağrıları oldukça fazlaydı. Kolits ülserozanın sıklıkla etkilediği lumbosakral bölgede eklem aralığında daralma ve ankiloz yönünde belirgin tutulum yoktu. Bu tablo kas-iskelet sisteminde akromegalinin proliferasyon, kolitis ülserozanın ise daha çok ankiloz yönünde etkilerinin olması nedeniyle, hastada bu iki hastalığın etkileşiminin bu hastalıkların karakteristik görünümünün ortaya çıkmasını engellediği düşüncesini akla getirmektedir. Literatürde bel ve sırt ağrılarının akromegali tedavisiyle GH düzeyindeki düşmeye iyi cevap verdiği bildirilmektedir (10). Ancak olgumuzda bel ve sırt ağrıları diğer akromegali semptomlarının gerilemesine karşın devamlılık gösterdi.

Literatür taramasında iki hastalığın birlikte sunulduğu çalışma saptanmadı.

Sonuç olarak kas iskelet sistemine birbirinden farklı yönlerde etki eden akromegali ve kolitis ülserozanın etkileşimleri birbirlerinin etkisini azaltıcı yönde olmuştur, hastanın durumu ileri derecede bozulmamıştır denilebilir.

Kaynaklar

- 1- Cronin ME. Rheumatic aspect of endocrinopathies. In: McCarty DJ, editor. Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology. 12 th. Edition. Philadelphia: Lea & Febiger, 1989; 1843-1859.
- 2- Berkow R, Talbott JH. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Rahway: Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, 1977; 980-987.

- 3- McGuire JL, Lambert RE. Artropathies associated with endocrine disorders. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, editors. *Textbook of Rheumatology. 6th Edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993; 1536-1539.*
- 4- Wollheim FA. Enteropathic arthritis. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, editors. *Textbook of Rheumatology. 6th Edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993; 985-988.*
- 5- Anton RC. Hand measurement in acromegaly. *Clin Radiol* 1972; 23: 445-450.
- 6- Moll JM. Inflammatory bowel disease. *Clin Rheum Dis* 1985; 11: 87-111.
- 7- Zvaifler NJ, Martel W. Spondylitis and chronic ulceratif colitis. *Arthritis Rheum* 1960; 3: 76-87.
- 8- Wilske KR, Decker JL. The Articular manifestations of intestinal disease. *Bull Rheum Dis* 1983; 15: 362-365.
- 9- Bowen GE, Kirsner JB. The arthritis of ulcerative colitis and regional enteritis. *Med Clin North Am* 1965; 49: 17-32.
- 10- Layton MV, Fudman EJ, Barkan A, Braunstein EM. Acromegalic artropathy characteristics and response to therapy. *Arthritis Rheum* 1990; 31: 1-6.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Zeliha Ünlü
CBÜ Tıp Fakültesi

MANİSA.