

Derleme

Romatoid Artrit İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması

An Evidence Based Guideline For Rheumatoid Arthritis For Primary Care

Yusuf ÜSTÜ¹, Mehmet UĞURLU²

¹ Doç.Dr., Eğitim Görevlisi, Ankara Atatürk EAH Aile Hekimliği Kliniği

² Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Özet

Romatoid Artrit (RA); dünyada en sık (popülasyonun yaklaşık % 1'i) görülen inflamatuvar artrit. Orta yaşlarda daha çok kadınlarda görülürken (2:1), yaş ilerledikçe bu oran 1:1'e yakın olur. Kadınlarda en sık 50-55 yaşlarında arasında, erkeklerde ise daha geç yaşlarda görülür. RA tedavisine güncel yaklaşım, erken ve agresiftir. Tedavi edilmez veya tedavi başlanmasında gecikme olması durumunda 10 yıl içinde pek çok hastada kalıcı deformiteler gelişir. Aile hekimi, 50-55 yaşlarında özellikle bayan hastalarda, ellerde ve ayaklarda küçük eklemlerde simetrik ağrı ve şişlik, sabahları eklemlerde 30 dakikadan fazla süren tutukluk saptaması halinde, gecikmeksizin Romatoloji/ FTR uzmanına sevk etmelidir.

Anahtar kelimeler: Romatid artrit, Birinci basamak

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA), is the most commonly (in about %1 of the population) observed inflammatory arthritis. Being observed more in women during middle ages (the ratio 2:1), this ratio gets closer to 1:1 while age gets higher. The illness is observed mostly between ages 50-55 in women, while it is seen in older ages in men. The current approach to RA is early and aggressive. If it is not treated or treated late, permanent deformities occur in many of the patients within ten years. If the family physician observes symmetric pain and swelling in minor joints of hands and feet, and morning stiffness in 50-55 years old women, he should consult the patient to a specialist in physical medicine and rehabilitation.

Key Words: Rheumatoid arthritis, first step health care

Tanım¹

- RA, dünyada en sık (popülasyonun yaklaşık % 1'i) görülen inflamatuvar artrit².
- Erken ve agresif tedavi gerektiren kronik eroziv bir artrit.
- Genç kadınlarda daha sık iken (2:1), yaş ilerledikçe bu oran 1:1'e yakın olur.

- Kadınlarda en sık 50-55 yaşlarında arasında, erkeklerde daha geç yaşlarda görülür.

Etyoloji ve Risk Faktörleri

- Genetik faktörler ve çevresel etkiler rol oynar. Enfeksiyon ajanları suçlanmaktadır.

Klinik Bulgular

Tanı klinik, laboratuvar ve radyolojik testlerle konur. Laboratuvar ve radyolojik testler aynı zamanda prognostik bilgi sağlar^{3,4}.

- Ağrı ve tutukluk ilk görülen non-spesifik semptomdur.
- Sabahları eklemlerde 30 dakikadan fazla süren tutukluk görülür.
- En sık ellerde ve ayaklarda küçük eklemlerde simetrik artrit ile karakterizedir. Tanımlanmış 14 eklemden en az 3'ünde şiş eklem saptanmalıdır.
- Aktif simetrik artrit > 6 haftadan fazla devam etmiş olmalıdır.
- Tendonların ekstensor yüzeylerinde bulunan Romatoid nodül gibi ekstra-artiküler bulgular veya vaskülitik deri tutulumu daha az sıklıkta görülebilir.

Ayırıcı tanı

- Psoriatik artrit, enfeksiyöz artrit, gut, SLE, osteoartrit düşünülmalıdır.

Prognoz

RA'in erken tanısı ve uygun tedavisi uzun dönemde fonksiyon kaybını ve eklem hasarını azaltır. Hastalık süresi ilerledikçe eklem hasarı ve fonksiyon kaybı artar.

Agresif tedavi edilmediği takdirde iş kaybı, yaşam kalitesinde azalma, eklem replasmanı ve ölüme neden olabilir⁵.

- Tedavi edilmez veya tedavi başlanmasında gecikme olması durumunda 10 yıl içinde pek çok hastada kalıcı eklem deformiteleri ve sakatlık gelişir⁶.
- Erken tedavi iş göremezliği % 60 oranında azaltır.

Primer koruma

- RA'de primer koruyucu tedbir yoktur.

Sekonder koruma

- Hepatit B ve C durumu, PPD, tam kan ve karaciğer fonksiyon testlerinin; DMARD veya biyolojik ajanlara başlanmadan önce kontrol edilmesi gerekir.

Tedavi

- RA tedavisine güncel yaklaşım, erken ve agresif şekilde özetlenebilir⁷.

İlaç tedavisi:

- (Disease-modifying antirheumatic drug (DMARD)= modifiye edici antiromatizmal ilaçlar) başlanmadan, tanı bir romatolog/ FTR uzmanı tarafından teyit edilmelidir^{8,9}.
- NSAID ve Analjezikler semptomları gidermek için sıklıkla kullanılırlar, fakat hastalığın progresyonuna etkili değildirler.
- Romatoid Artrit ve diğer inflamatuvar eklem hastalıklarında en sık kullanılan ajanlar; Kortikosteroidler, DMARD (Disease Modifying Anti-Rheumatismal Drugs/Hastalık Modifiye Edici Anti-Romatizmal ilaçlar) ve biyolojik (tumor necrosis factor antagonist) ilaçlardır. Metotreksat (MTX) RA tedavisinde en sık kullanılan güvenilir bir DMARD'tır.
- Kullanılan ilaçların yan etkileri (miyelosupresyon, pulmoner yan etkiler, GIS yan etkiler, Raş hepatotoksisite, lenfoproliferatif, renal, hiperürisemi, Maküler hasar vs.) açısından dikkatli olunmalıdır.

Hasta eğitimi

- Hastalara eklemlerini doğru kullanma ve deformiteleri önlemeye yönelik teknikler öğretilmelidir.
- Tüm hastalar, RA'li diğer hastalar ile kendi kendine yardım grubu ile buluşmaları teşvik edilmelidir.
- Hasta kaynakları
- Hasta dernekleri

İzleme

Tanı konduktan sonra, klinik sonuçlar yılda hastalığın ilerlemesini izlemek ve hızla ilerleyen hastalığı tanımlamak için ölçülebilir olmalıdır.

- Hastalık aktivite skorları, RA hastalarında optimum bakımı sağlamak için rutin olarak kullanılmaktadır.

Aile hekimi ve RA

- Akılda tutulması gereken, 50-55 yaşlarında özellikle bayan hastalarda, ellerde ve ayaklarda küçük eklemlerde simetrik ağrı ve şişlik, sabahları eklemlerde 30 dakikadan fazla süren tutukluk saptaması halinde, hastanın kapsamlı bir değerlendirilmesi için, gecikmeksizin RA tedavisinde uzmanlaşmış bir merkeze erken sevk edilmesidir.
- Romatoloji/ FTR uzmanının detaylı geri bildirim, aile hekiminin hastayı takibini kolaylaştıracaktır.

Kaynaklar

1. Luqmani R , Hennell S, Estrach C, Birrell F, Bosworth A, Davenport G, et al. On Behalf Of The British Society For Rheumatology And British Health Professionals In Rheumatology Standards, Guidelines And Audit Working Group: British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (the first two years). *Rheumatology (Oxford)* 2006, 45:1167-1169.
2. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2001;358:903-911.
3. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1988; 31:315-24.
4. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980;23:137-145.
5. Pincus T, Sokka T. How can the risk of long-term consequences of rheumatoid arthritis be reduced? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2001;15:139-170.
6. Wolfe F, Rasker JJ, Boers M, Wells GA, Michaud K. Minimal disease activity, remission, and the long-term outcomes of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2007;57:935-942.
7. Pincus T, Callahan LF. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously--predictive markers, socioeconomic status and comorbidity. *J Rheumatol*. 1986;13:841-845.
8. Lee HS, Irigoyen P, Kern M. Interaction between smoking, the shared epitope, and anti-cyclic citrullinated peptide: a mixed picture in three large North American rheumatoid arthritis cohorts. *Arthritis Rheum*. 2007;56:1745-1753.
9. Deighton C, O'Mahony R, Tosh J, Turner C, Rudolf M. Management of rheumatoid arthritis: summary of NICE guidance, BMJ Publishing Group Ltd 2009, BMJ. 2009; 338: b702.

Yazışma Adresi / Correspondence:

Doç. Dr. Yusuf Üstü

e-posta: dryustu@gmail.com