



Polimiyalji Romatika Sendromunda Güncel Tedaviler: Bir Diyabetik Polimiyalji Romatika Olgusu

Current Treatments in Polimyalgia Rheumatica Syndrome: A Case with Polymyalgia Romatica and Diabetes Mellitus

Tuba Tülay Koca

Şehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği. MALATYA

Cukurova Medical Journal 2015;40(2):396-398.

SAYIN EDİTÖR,

Polimiyalji romatika (PMR) %0.3-0.7 sıklıkta özellikle 50 yaş üstü beyaz ırkı etkileyen, bilinmeyen etiyolojide ağrılı inflamatuvar bir hastalıktır. 72 yaş üzerinde pik yapmaktadır. PMR sıklıkla büyük damar vaskülitli olan, dev hücreli arterit ile ilişkilidir. Her iki durumda da bayanlar erkeklere kıyasla 2-3 kat daha sık etkilenmektedirler. Asemptomatik hastalarda büyük damarların görüntülemesi sonucu subklinik vaskülit bulguları saptanmaktadır. PMR'da görülen temel klinik bulgu boyun, omuz ve kalça kuşağında görülen ağrı ve sabah tutukludur. Serum inflamasyon parametreleri (sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein) sıklıkla yüksektir ve görüntüleme çalışmalarında semptomatik bölgelerde inflamasyon bulguları görülebilmektedir (bursit, tenosinovit, effüzyon...gibi). PMR'nın kortikosteroidlere (KS) anormal yanıtı karakteristiktir. Fakat tanı kriteri olarak kullanılmamalıdır^{1,2}.

Son yıllarda PMR tanı ve tedavi stratejileri değişmeye başlamıştır. Tek bir hastalıktan ziyade, çeşitli klinik durumlardan oluşan bir sendrom olarak ele alınmaktadır. PMR tanısı koyacak uluslararası geçerli bir rehber yoktur; anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerine

dayanarak tanı konulmaktadır. Bu gerçeklerden yola çıkarak yeni ve geniş bir patolojik yaklaşım ile polimiyaljik sendromunu (PS) tanımlayacak ve tedavi edecek, hastaların gözden kaçmasına engel olacak standardize metodlara ihtiyaç vardır. PS ve PMR için Amerikan ve Avrupa Romatizma Araştırma dernekleri (ACR/EULAR) tarafından US'un da dahil olduğu yeni kriterler son yıllarda geliştirilmeye başlanmıştır. Özellikle son yıllarda fizik tedavi alanında da kullanımı artan US; omuz, kalça eklemine ve lokalize sinovit, bursit, tenosinovitlerde inflamatuvar değişiklikleri göstererek PMR tanısına yardımcı olmaktadır. Güncel verilerle PS 50 yaş üstü bireylerde yeni başlangıçlı inflamatuvar eklem hastalığı modeli olarak belirtilmektedir^{3,4}. Bu mektubumda PMR'lı olgumuzu, tanı ve tedavideki güncel gelişmeler eşliğinde sunmak istedim.

Olgumuz 53 yaşında kadın hasta; 6 aydır her iki omuz, kalça ve dizlerde ağrı yakınması ile başvurdu. Sabah tutukluğu mevcuttu. Özgeçmişinde diyabet mellitus (DM), guatr, vitiligo ve aspirin alerjisi mevcuttu. DM için oral antidiyabetik kullanıyordu. Sistem sorgusunda yorgunluk, uykusuzluk, fotosensitivite dışında özellik yoktu.

Fizik muayenesinde: ördekvari yürüyüş; servikal hareket açıklıkları (EHA)'ları ağrılı, rotasyonları kısıtlı; omuz EHA'ları aktif kısıtlı, ağrılı; her iki omuz abduksiyonu: pasif 140°, aktif 120°; dirsek EHA'ları tam, ağrılı; el bilek ve parmak EHA'ları tam, ağrısız; lomber lordozda düzleşme, lomber EHA'ları ağrılı ve fleksiyonu kısıtlı idi. El yer zemin mesafesi (EPZ):28 cm, düz bacak kaldırma testi (DBKT) solda pozitif idi. Kalça EHA'ları ağrılı ve kısıtlılık yoktu. Sol diz suprapatellar bölgede minimal şişlik ve ısı artışı mevcuttu. Her iki diz EHA'ları ağrılı ve kısıtlı; sağ diz çevresi:42 cm, sol diz çevresi:43 cm idi. Nörolojik muayenesinde defisit yoktu.

Hastamızda ön tanılar olarak PMR, osteomalazi (OM), primer osteoporoz (OP), hipotiroidi, polimiyozit (PM), fibromiyalji sendromu (FMS) düşündük. Kas enzimlerinin CK (kreatin kinaz): 20 IU/L(29-168), CK-MB (kreatin kinaz miyokard binding): 57 IU/L (0-24) ve yapılan elektromiyografi(EMG) tetkikinin normal sınırlarda olması ve motor defisit olmaması nedeniyle PM ön tanısı ekarte edildi. Fibromiyalji noktalarında hassasiyetin olmaması üzerine FMS tanısından uzaklaşıldı. Tiroid fonksiyon testlerinin; sT3: 3,01 pg/ml, sT4: 1,29 ng/ml, tiroid stimulan hormon (TSH): 1,26 mIU/ml; normal sınırlarda olması nedeniyle hipotiroidi tanısından uzaklaşıldı. Yaygın proksimal kas güçsüzlüğü yakınması ve ördekvari yürüyüşü nedeniyle OM, primer osteoporoz ön tanılarını düşündüğümüz hastada: 25'OH vit D kan düzeyinin: 14,4 ugr/L (20-120 ugr/L), PTH: 21,7 pg/ml (N), dual X-ray absorpsiyometre (DEXA): vertebra total t skor:-1,2; z skor:-0,6 ile uyumlu gelmesi üzerine OM, primer OP tanılarını ekarte ettik.

Omuz ve kalça kuşağı ağrısı, proksimal kas güçsüzlüğü; romatoid faktör negatif, sedimentasyon değeri: 48 mm/saat, C-reaktif protein (CRP):83 mg/L laboratuvar bulguları; sol diz lateral grafide suprapatellar bölgede intensite artışı (suprapatellar bursit, Şekil 1); bakılan ultrasonografi (US)'de her iki kalça ekleminde effüyon varlığı nedeniyle PMR tanısı koyduk ve 16

mg metilprednizolon tedavisi başladık. Hasta diyabet hastası olduğu için 4x1 kan şekeri takibi yapıldı.

PMR hastaları, yanlış tanı ile gözden kaçırılmaktadırlar. Ayırıcı tanı impingement sendromu, omuz osteoartriti, rotator manşet kalsifiye tendiniti, bursit, romatoid artrit (RA), spondiloartropatiler (SpA) gibi inflamatuvar romatizmal hastalıkları, içerir. Tedavide KS hala standart tedavidir. Başlangıç tedavi 15-25 mg/gün ile başlar, haftalık doz azaltımı 10 mg/günlük doz olana kadar devam eder. Takiben aylık 1mg doz azaltımı yapılır. KS'lere bağlı yan etkileri olan hastalarda metotreksat (MTX), leflonomid (LFN) ek tedavi olarak verilebilir. Hastaların çoğu klinik septomların başladığı tarihten 6 ay ila 2 yıl sonrasında ilaç tedavisini bırakabilmelerine karşın; bazı hastalar daha uzun vadeli kullanıma ihtiyaç duyarlar. Kronik relapslarda ve KS'lere bağlı yan etki gelişen hastalarda inflamatuvar sitokinleri hedefleyen yeni biyolojik ilaçlar faydalı olabilir. Relapslar sık görülmesine rağmen doğru tanı ve tedavi ile prognozu çok iyi seyreder⁵.

KS'ler potansiyel yan etkileri nedeniyle olabildiğince kısa süreli kullanılmalıdır. Bazı PMR hastaları KS başlangıç ve doz azaltımı tedavisine kötü yanıt verirler. Bu hastalarda MTX, LFN 2. jenerasyon ilaç olarak kullanılmakla birlikte; kabul edilmiş alternatif tedavi seçenekleri yoktur. Mori ve ark.'larının yaptığı çalışmada KS yanıtı olmayan PMR hastalarında MTX, sülfasalazoprin (SLZ) ve tocilizumab (TCZ) tedavilerinin etkili olduğu gösterilmiştir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar IL-6'nın PMR patogenezinde anahtar rol oynadığını göstermiştir. Bu nedenle KS tedaviye dirençli veya intoleran hastalarda 2. jenerasyon ilaç olarak TCZ kullanılmaya başlanmıştır. Macchioni ve ark.'larının yaptığı çalışmada IL-6 reseptör monoklonal antikoru TCZ 8 mg/kg/ay tedavisi, PMR tanılı 2 hastaya uygulanmış ve herhangi bir yan etki görülmeden iyi yanıt alındığı saptanmıştır. Sonuç olarak TCZ monoterapisi veya KS ile

kombinasyone olarak PMR hastalarında güvenli ve efektif bulunmuştur⁶.

Al Rashidi ve ark'ları⁷ KS'e iyi yanıt verdiği halde yan etkisi nedeniyle kullanamadıkları PMR hastasında TCZ tedavisi başlamış ve hastanın

klirik, biyokimyasal parametrelerinde iyileşme ile birlikte 1 yılın sonunda tam remisyon sağlamayı başarmışlardır. PMR kontrolünde TCZ umud vaat edici bir ilaç olarak gözükmele birlikte daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.



Şekil 1. Her iki diz lateral grafide suprapatellar intensite artışı görülüyor.

KAYNAKLAR

1. Pipitone N, Salvarani C. Update on polymyalgia rheumatica. *Eur J Intern Med.* 2013;24:583-9. doi:10.1016/j.ejim.2013.03.003.
2. Amer F, McNeil J. Polymyalgia rheumatica: clinical update. *Aust Fam Physician.* 2014;43:373-6.
3. De Bandt M. Current Diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatica. *Joint Bone Spine.* 2014;81:203-8.
4. Kermani TA, Warrington KJ. Advances and challenges in the diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatica. *Ther Adv Musculoskeletal Dis.* 2014;6:8-19.
5. Talke M, Schmidt WA. Polymyalgia rheumatica in daily routine practice. *Z Rheumatol.* 2014;73:408-14.
6. Mori S, Koga Y. Glucocorticoid-resistant polymyalgia rheumatica: pretreatment characteristics and tocilizumab therapy. *Clin Rheumatol.* 2014. doi:10.1007/s10067-014-2650-y.
7. Al Rashidi A, Hegazi MO, Mohammad SA, Varghese A. Effective control of polymyalgia rheumatica with tocilizumab. *J Clin Rheumatol.* 2013;19:400-1.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Tuba Tülay Koca
Şehir Devlet Hastanesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
E-mail: tuba_baglan@yahoo.com

Geliş tarihi/Received on : 12.09.2014

Kabul tarihi/Accepted on: 27.10.2014