



Kalça ekleminde septik artriti taklit eden psödogut artriti: Olgu sunumu

Sudiptamohan MUKHOPADHYAY, Abhijit GUHA, Anthony PERERA

Wales Üniversitesi Hastanesi Ortopedi Bölümü, Cardiff, Galler, İngiltere

Kalsiyum pirofosfat dihidrat (KPPD) hastalığı ürat artropatisinden sonra ikinci en sık görülen kristal artropatisidir. Rahatsızlık en sık diz omuz, el bileği, dirsek ve ayak bileği eklemlerini tutar. Hastalığın akut ve ağır bir artrit yapan formu psödogut olarak adlandırılmaktadır. Sunumumuzda klinik tablosu septik artrit ile karışan bir kalça eklemi psödogutu olgumuzu değerlendirdik. Hastanın kesin tanısı ancak eklem sıvısının mikroskopik analizi sonrasında konmuştur.

Anahtar sözcükler: Kalça; psödogut; septik artrit.

alsiyum pirofosfat dihidrat (KPPD) hastalığı ürat artropatisinden sonra ikinci en sık görülen kristal artropatisidir. Rahatsızlık genellikle diz, omuz, el bileği, dirsek ve ayak bileği eklemlerini tutan poliartrit tablosu ile ortaya çıkar. Nadiren el ve ayaktaki küçük eklemler de tutulabilir. KPPD hastalığının çok farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilmesi rahatsızlığın 7 farklı alt grup (Tablo 1) altında sınıflanmasına neden olmuştur.^[1] Psödogut yaklaşık olarak her dört KPPD hastasının birinde görülen ve hastalığın ağır bir artrit ile seyrettiği bir tablodur. Psödogut bulguları romatoid artrit, osteoartrit veya nöropatik artriti taklit edebilir.^[1] Kalça eklemi psödogutunun kronik kalça ağrısı nedeni olabileceği de bildirilmiştir.^[2]

Sunumumuzda kalça ekleminde septik artriti taklit eden bir psödogut olgusunu değerlendirdik. Literatür taramamıza göre bu olgu kalça ekleminde septik artriti taklit eden ilk psödogut olgusudur.^[3]

Olgu sunumu

Seksen dokuz yaşında bir erkek hasta kalça ekleminde akut olarak ortaya çıkan şiddetli ağrı, yürüye-

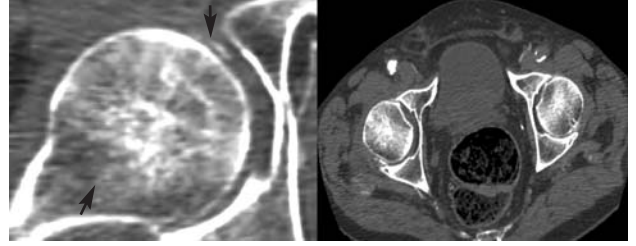
meme ve ateş yakınmaları ile başvurdu. Hastanın daha önce kalçasında herhangi bir yakınması yoktu. Her iki dizinde de osteoartriti bulunan hastanın diz eklemlerinde daha önce akut bir alevlenme olmamıştı. İskemik kalp hastalığı, kronik böbrek yetersizliği, hipotiroidi, abdominal aort anevrizması ve divertikülit rahatsızlıkları olan hastanın aile hikayesinde gut veya psödogut lehine bir anamnez alınmadı.

Hasta düzenli olarak levotiroksin, aspirin, diltiazem, lansoprazol, amiodaron ve simvastatin tedavileri alıyordu.

Fizik muayenede sağ kalça üzerinde ısı artışı ve yüzeysel palpasyonla bile aşırı bir hassasiyet saptandı. Kalça eklemi hareketleri ileri derecede kısıtlı ve ağrılı idi. Kan sayımında lökosit sayısı normal sınırlarda, CRP önce 290 mg/dL, ardından 315 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı ise 40 mm/saat olarak bulundu. Hastanın böbrek fonksiyonlarında hafif derecede bozulma vardı. Radyografilerde sağ kalça eklemi kapsülünde kalsifikasyon odakları görüldü (Şekil 1). Kalça eklemi bilgisayarlı tomografisinde eklem aralığında kalsifikasyon ve eklem çevresinde



Şekil 1. Kalça ekleminde kalsifikasyon odaklarını (oklar) gösteren kalça radyografileri.



Şekil 2. Kondrokalsinozisi (oklar) gösteren bilgisayarlı tomografi kesitleri.

kolleksiyon saptandı (Şekil 2). Manyetik rezonans kesitlerinde ise kalça ekleminde effüzyon, eklem çevresinde enflamatuvar değişiklikler ve trokanterik bursit bulguları görüldü (Şekil 3) Kalça ekleminin lokal anestezi ve skopi kontrolü altında yapılan aspirasyonunda 2 ml yoğun kıvamlı sarı mayi aspire edildi.^[4] Mayinin mikroskopik incelemesinde az sayıda polimorfonükleer lökositler ve lenfositler görülmesine rağmen herhangi bir mikroorganizma bulunmadı. Polarize ışık altında yapılan mikroskopik incelemede KPPD kristalleri görüldü ve psödogut tanısı kondu.

Kronik böbrek yetersizliği ve duodenum ülseri rahatsızlıkları nedeniyle nonsteroidal antiinflamatuar ilaç verilemeyen hastaya opioidlerle analjezik tedavi uygulandı. Analjezik tedavinin üçüncü gününden itibaren hastanın ağrısı azalmaya başladı. CRP değeri 1 hafta içinde 111 mg/dL'ye geriledi ve mobilize olabilmeye başladı. Hasta uygulanan rehabilitasyon programını takiben yatış tarihinden 17 gün sonra taburcu edildi.

Tartışma

Psödogut ataklarının tipik olarak yaşlı hastalarda görüldüğü ve ortalama ortaya çıkış yaşının 71 olduğu bildirilmiştir.^[1] Semptomatik KPPD hastalığının kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^[5] KPPD hastalığı riskinin yaşla arttığı^[6] ve hipofosfatazya, hipomagnezemi ve hiperparatiroidi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir, ancak hipotiroidi ile ilişkisi kesin olarak bilinmemektedir.^[7] Anormal pirofosfat ve kalsiyum metabolizması hastalığa zemin hazırlayabilir. Olgumuzda olduğu gibi ileri yaşta böbrek fonksiyonlarının bozulması da bir neden olabilir.

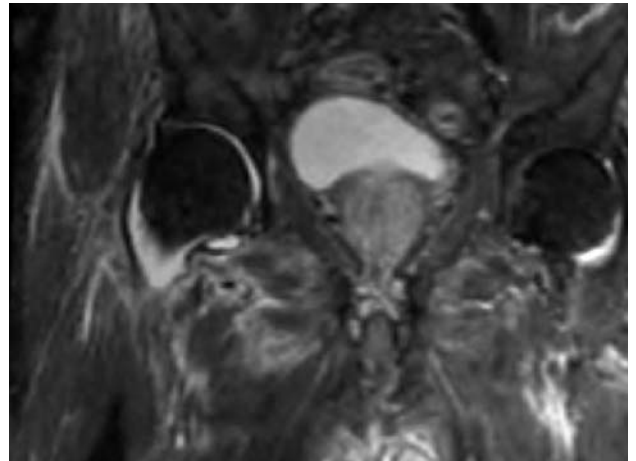
KPPD hastalığının patogenezinde ürikaza dirençli KPPD kristallerinin çökerek kıkırdak dokusu ve sinoviyal sıvılarda birikmesi söz konusudur. Travma kristallerin sinoviyal sıvıda çözünmesini kolaylaştı-

Table 1. KPPD hastalıklarının sınıflandırması.

Grup A	Psödogut
Grup B	Psödoromatoid artrit
Grup C ve D	Psödoosteoartrit
Grup E	Asemptomatik
Grup F	Psödonörotrofik
Diğerleri	Tofuslu form, spinal KPPD depozisyonu, "crowned (taçlı) dens" sendromu, spinal stenoz

arak akut atakları tetikleyebilir. Kristaller hem fibrokıkırdak, hem de hiyalin kıkırdak dokusuna çökebilir. Kesin etyopatogenez henüz bilinmemektedir. Yaşlanan kıkırdak dokusunun kristallerin çökmesi için daha uygun bir ortam sağlayıp sağlamadığı da bilinmemektedir.^[8] Polimorfonükleer lökositlerin artması akut bir atağı desteklemektedir. CRP artmıştır ve septik artrit taklit edecek şekilde eklem şiş ve ağrılı olabilir.

Radyografilerde saptanan kondrokalsinozisi KPPD hastalığı ile ilişkili olabilir. Diz ve el bileği



Şekil 3. Eklem effüzyonu ve çevre dokulardaki enflamasyonu gösteren manyetik rezonans kesitleri.

kondrokalsinozisin sık görüldüğü eklemlerdir. Literatür incelememize göre daha önce kalça ekleminde monoartiküler psödogut artriti ile ilgili bir bildiri bulamadık. Hastalığın ileri evrelerinde eklem aralığı daralması ve subkondral kist oluşumu gibi radyografik değişiklikler de görülebilir.

Kalçada akut enflamasyon, hareket kısıtlılığı ve ağrı ile başvuran yaşlı hastalarda ilk dışlanması gereken rahatsızlık septik artritir. Bununla birlikte sadece septik artrit klinik kuşkusuna dayanarak acil cerrahi girişim düşünülmemelidir. Skopi kontrolünde aspirasyonla eklem mayisi almaya çalışmalı ve mikrobiyolojik inceleme ile tanı doğrulanmalıdır. Hastamızda mikroskopik inceleme ile tanı konmuş ve nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar kullanılamamasına rağmen opioid analjeziklerle semptomatik rahatlama sağlanmıştır. Klinik şikayetleri kademeli olarak gerileyen hasta taburcu edilmiştir. Daha önce bildirilen kalça psödoartrozu olgusunda tanı kalça artroskopisi ile konmuştur.

Olgumuz kalça eklemi ağrısı ayırıcı tanısında psödogut artritinin de akla getirilmesi gerektiğini göstermektedir. Herhangi bir cerrahi girişim öncesinde mutlaka aspirasyon ve mikroskopik inceleme yapılmalıdır.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Rosenthal, AK, Ryan LM. Calcium pyrophosphate crystal deposition disease; pseudogout; articular chondrocalcinosis. In: WJ Koopman, editor. Arthritis and Allied Conditions. 14th ed. Philadelphia: Lea and Febiger; 2001. p. 2348-71.
2. Hamilton LC, Biant LC, Temple LN, Field RE. Isolated pseudogout diagnosed on hip arthroscopy. J Bone Joint Surg Br 2009;91:533-5.
3. Hamblen DL, Currey HL, Key JJ. Pseudogout simulating acute suppurative arthritis. J Bone Joint Surg Br 1966; 48:51-5.
4. Rosenthal AK, Ryan LM. Treatment of refractory crystal-associated arthritis. Rheum Dis Clin North Am 1995;21: 151-61.
5. Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, Kannel W, Meenan RF. The prevalence of chondrocalcinosis in the elderly and its association with knee osteoarthritis: the Framingham Study. J Rheumatol 1989;16:1241-5.
6. Mitrovic DR, Stankovic A, Iriarte-Borda O, Uzan M, Quintero M, Miravet L, et al. The prevalence of chondrocalcinosis in the human knee joint. An autopsy survey. J Rheumatol 1988;15:633-41.
7. Jones AC, Chuck AJ, Arie EA, Green DJ, Doherty M. Diseases associated with calcium pyrophosphate deposition disease. Semin Arthritis Rheum 1992;22:188-202.
8. Crawford R, Puddle B, Hunt N, Athanasou NA. Deposition of calcium pyrophosphate in tissue after revision arthroplasty of the hip. J Bone Joint Surg Br 1999;81: 552-4.