



# Romatoid Artrit Benzeri Simetrik Poliartrit ile Başvuran Squamöz Hücreli Akciğer Kanserli Olgu

## Patient with Squamous Cell Lung Cancer Presenting as Rheumatoid Arthritis-Like Polyarthritits

Sevcan UĞUR<sup>1</sup>, Cahit KAÇAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Balıkesir, Türkiye

<sup>2</sup> Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

Yazışma Adresi  
Correspondence Address

**Sevcan UĞUR**  
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi,  
Romatoloji Bölümü,  
Balıkesir, Türkiye  
E-posta: dr\_sevcanuğur@hotmail.com

Geliş tarihi \ Received : 23.05.2018  
Kabul tarihi \ Accepted : 26.08.2018  
Elektronik yayın tarihi : 04.10.2018  
Online published

Bu makaleye yapılacak atıf:  
Cite this article as:  
Uğur S, Kaçar C. Romatoid artrit benzeri simetrik poliartrit ile başvuran squamöz hücreli akciğer kanserli olgu. Akd Tıp D 2019; 5(2):380-2.

Sevcan UĞUR  
ORCID ID: 0000-0001-5617-629X  
Cahit KAÇAR  
ORCID ID: 0000-0002-1632-1621

### ÖZ

Romatolojik hastalıklar malignite ile ilişkili olabilir. Paraneoplastik sendrom malignite ile ilişkili olan hastalıklar olarak tanımlanır ve artrit ile prezente olabilir. Artrit malignitelerin erken bulgusu olabilir. Biz romatoid artrit benzeri simetrik poliartrit ile başvuran ve akciğer kanseri tanısı alan olguyu sunduk.

**Anahtar Sözcükler:** Romatoid artrit, Paraneoplastik sendrom, Poliartrit

### ABSTRACT

Rheumatologic diseases may be associated with malignancies. Paraneoplastic syndrome is defined as malignancy related disorders and can present with arthritis. Arthritis may be an early manifestation of occult malignancies. In this report, we presented a patient diagnosed with lung cancer who presented as rheumatoid arthritis-like symmetric polyarthritits.

**Key Words:** Rheumatoid arthrit, Paraneoplastic syndrome, Polyarthritits

### GİRİŞ

Romatolojik hastalıklar bazı solid veya hematolojik malignitelerle ilişkili olabilir. İnflamatuvar miyopatiler, seronegatif Romatoid Artrit (RA) ve bazı atipik vaskülitler en sık belirtilen paraneoplastik romatizmal hastalıklardır (1). RA'yı taklit eden hızlı başlangıçlı artritler gizli malignitelerin erken belirtisi olabilir (2). Biz bu makalede romatoid faktör (RF) ve siklik sitriline peptid antikoru (anti CCP antikoru) negatif, simetrik poliartrit ile prezente olan, akciğer malignitesi tanısı alan 65 yaşındaki olguyu sunmayı planladık. Biz bu olgu sunumu ile artrit ile başvuran hastalarda romatizmal hastalık sınıflandırma kriterlerini karşılarsalar bile doğru tanı için sistemik değerlendirilme yapılmasının önemini vurgulamak istedik.

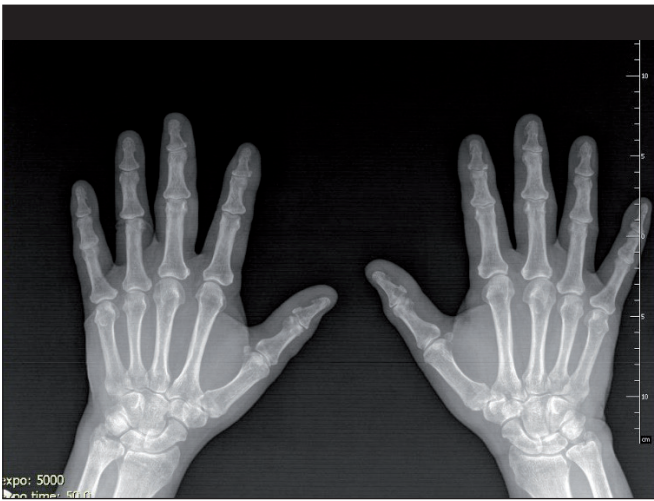
### OLGU

Altmış beş yaşındaki erkek hasta her iki el bileğinde, metakarpofalengial (MKF) ve proksimal interfalengial (PIF) eklemlerde ağrı ve şişlik şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Şikayetleri 2 ay önce başlamıştı. Yakın zamanda geçirilmiş bir enfeksiyon öyküsü yoktu. 50 paket/yıl sigara içimi vardı. Öz geçmişinde özellik yoktu. Oral ve genital ülser, ağız ve göz kuruluğu, ateş, kilo kaybı, gece terlemesi yoktu. Yakın zamanda başlayan öksürük şikayeti vardı. Lokomotor sistem muayenesinde her iki el bileğinde, 2-5 MKF ve PIF eklemleri hassas ve şişti (Şekil 1). Hassas ve şiş eklem sayısı 16 idi. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 10,9 g/dL, C-reaktif protein 20,5 mg/dL, lökosit sayısı 11,35 x 10<sup>3</sup>/µL, ferritin 649,4 ng/mL idi. Eritrosit sedimentasyon hızı 124 mm/saat, RF, anti CCP antikoru, anti nükleer antikor ve hepatit belirteçleri negatifti. Ön arka el grafisinde RA için spesifik bir bulgu

yoktu (Şekil 2). Hasta tutulan eklem tipi, sayısı ve akut faz yüksekliği ile 2010 American College of Rheumatology (ACR)/ European League Against Rheumatism (EULAR) RA sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Hastanın ön arka akciğer grafisinde sağ akciğer alt lobunda şüpheli bir görünüm mevcuttu (Şekil 3). Toraks tomografisinde sağ akciğer alt lob anteriorunda irregüler, spekülür uzanım gösteren kitlesel görünüm vardı. Hasta göğüs hastalıklarına konsülte edildi ve bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide sağ akciğer alt lobunda segmenter ve subsegmenter seviyenin kitle lezyonu ile kapalı olduğu gözlemlendi. Pozitron emisyon tomografisinde sağ alt lob seviyesinde 36X39 mm kitlesel lezyon saptandı ve SUW max 9,1 idi. Prednizolon 7,5 mg/gün başlandı. Göğüs cerrahisi bölümüne konsülte edilen hastanın sağ akciğerdeki kitlesel lezyonu eksize edildi. Histopatolojik değerlendirmede akciğer squamöz hücreli karsinom saptandı. Cerrahi sonrasında onkoloji bölümüne yönlendirildi. Hastanın romatoloji polikliniğindeki tedavisi ve takibi devam etmektedir.



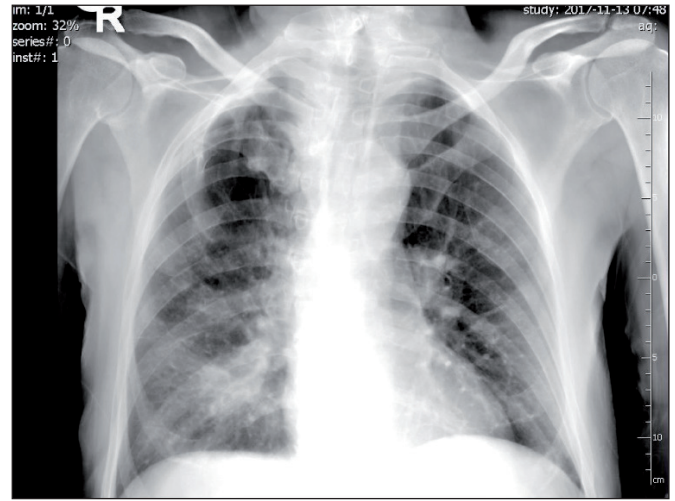
**Şekil 1:** Olgunun el bilekleri, 2-5 MKF ve PİF eklemlerinde hassasiyet ve şişlik.



**Şekil 2:** Olgunun el grafisi.

## TARTIŞMA

Altmış yaşından sonra başlayan RA geç başlangıçlı RA olarak isimlendirilir (3). Bizim olgumuz ACR/EULAR 2010 RA sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Ancak ACR/EULAR 2010 sınıflandırma kriterleri başka nedenlerle artrit kliniği gösteren birçok hastanın RA olarak sınıflandırılmasına neden olabilir (4). Geç başlangıçlı RA daha dengeli cinsiyet dağılımı gösterir, sistemik özellikler gösterebilir akut başlangıç ve yüksek hastalık aktivitesi vardır (5). Paraneoplastik sendrom malignite ile ilişkilidir ancak direkt olarak kanser hücreleri ile ilişkili değildir (6). Paraneoplastik romatizmal hastalıklar sıklıkla malignite tanısına öncülük eder, seyri sıklıkla primer tümör ile paralel seyrederek ve çoğu olguda tümörün çıkarılması semptomların geçmesine neden olur (1). İleri yaşta başlangıç, kontitüsyonel semptomların eşlik etmesi, hızlı başlangıçlı inflamatuvar artrit, paraneoplastik semptomların başlangıcı ile kanser tanısı arasındaki yakın zamansal ilişki, konvansiyonel medikal tedaviye yanıtın kötü olması paraneoplastik romatizmal hastalıkların özelliklerindedir. Eklem tutulumu alt ekstremitte eklemlerinin baskın olduğu, asimetrik oligo-poliartiküler tutulum gösterir (7). Bununla birlikte RA'ya benzer tutulum da olabilir (2). RF negatifliği, romatoid nodülün olmaması, RA'ya spesifik radyolojik bulguların olmaması, ileri yaşta başlangıç, romatizmal hastalık için aile öyküsünün olmaması paraneoplastik artrit destekler (6). Anti CCP antikor pozitifliği RA için yüksek spesifiteye sahiptir (8). Bizim olgumuzda RF ve anti CCP antikoru negatifti, romatoid nodül ve RA'ya spesifik radyografik bulgular yoktu. Solid tümörler artrit ile birlikte tanı alabilirler veya artrit tümörden sonra başlayabilir (1). Bizim olgumuzda artrit akciğer kanseri tanısından 2 ay önce başlamıştı. Olgumuzda artrit



**Şekil 3:** Olgunun akciğer grafisinde sağ akciğer alt lobunda şüpheli görünüm.

başlangıcı ile malignite tanısı arasındaki zamansal ilişki artritin paraneoplastik olduğunu destekliyordu. Morel ve ark. paraneoplastik artritli hastalarda en sık görülen solid tümörün akciğer adenokarsinomu olduğunu belirtmişlerdir (9). Bizim olgumuzda da pumoner malignite vardı ancak squamöz hücreli karsinom vardı. Bizim olgumuzda RA'ya benzer şekilde üst ekstremitede, simetrik, küçük eklem tutulumu vardı bu nedenle paraneoplastik artritin atipik prezentasyonu olarak değerlendirilebilir. Literatür gözden geçirildiğinde paraneoplastik artritli olguların çoğunun ilk başvuruda RA tanısı aldığı ve tedaviye yanıtızlık nedeniyle araştırılırken malignite tanısı almış olduğu görüldü. Bizim

olgumuz ise RA sınıflandırma kriterlerini karşılmasına rağmen ayrıntılı sistemik değerlendirme sonucunda başvuruda malignite tanısı aldı. Bu yönüyle bizim olgumuz literatürde bildirilmiş olgulardan farklıydı.

İleri yaşta ve akut başlangıç gösteren simetrik poliartrit varlığında yanlış tanıdan uzaklaşılması ve erken teşhis için altta yatan malignite ayırıcı tanıda araştırılmalıdır. Doğru tanı için eklem bulguları ile sistemik semptomlar birlikte değerlendirilmelidir. Bu olgu sunumu ile artritin gizli malignitelerin erken bulgusu olabileceğini vurgulamak istedik.

## KAYNAKLAR

1. Racanelli V, Prete M, Minoia C, Favoino E, Perosa F. Rheumatic disorders as paraneoplastic syndromes. *Autoimmun Rev* 2008;7:352-8.
2. Stummvoll GH, Aringer M, Machold KP, Smolen JS, Raderer M. Cancer polyarthritis resembling rheumatoid arthritis as a first sign of hidden neoplasms. Report of two cases and review of the literature. *Scand J Rheumatol* 2001;30:40-4.
3. Xu X, Li QJ, Xia S, Wang MM, Ji W. Tripterygium glycosides for treating late-onset rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Altern Ther Health Med* 2016;22:32-9.
4. Van der Linden MP, Knevel R, Huizinga TW, Van der Helm-van Mil AH. Classification of rheumatoid arthritis: Comparison of the 1987 American College of Rheumatology criteria and the 2010 American College of Rheumatology/European League against Rheumatism criteria. *Arthritis Rheum* 2011;63:37-42.
5. Bajocchi G, La Corte R, Locaputo A, Govoni M, Trotta F. Elderly onset rheumatoid arthritis: Clinical aspects. *Clin Exp Rheumatol* 2000;18:49-50.
6. Larson E, Etwaru D, Siva C, Lawlor K. Report of anti-CCP antibody positive paraneoplastic polyarthritis and review of the literature. *Rheumatol Int* 2011;31:1635-8.
7. Fam AG. Paraneoplastic rheumatic syndromes. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000;14(3):515-33.
8. Niewold TB, Harrison MJ, Paget SA. Anti-CCP antibody testing as a diagnostic and prognostic tool in rheumatoid arthritis. *QJM* 2007;100:193-201.
9. Morel J, Deschamps V, Toussierot E, Pertuiset E, Sordet C, Kieffer P, Berthelot JM, Champagne H, Mariette X, Combe B. Characteristics and survival of 26 patients with paraneoplastic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2008;67:244-7.