

HİPERLİPİDEMİLERDE KAS-İSKELET SİSTEMİ BULGULARI

Turan Uslu* • Mehmet Tosun* • Bilge Belenoğlu* • Cihangir Erem** • Asım Örem***

ÖZET

Biz bu çalışmada hiperlipidemili hastalarda kas-iskelet sistemi bulgularını araştırdık ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırdık.

64 kişilik hasta grubunda, 7 hastada oligoartrit, 15 hastada **gezici** aşil tendon ağrısı, 4 hastada aşil tendon ksantomu, 4 hastada tendinitis ve 10 hastada ise ciltaltı ksantom saptandı. 30 kişilik kontrol grubunda ise sadece 2 hastada aşil tendon ağrısı tespit edildi.

Hiperlipidemi ve kas-iskelet sistemi belirtilerinin birlikteliğini destekleyen çok sayıda çalışma vardır. Çalışmamızda, hiperlipidemi ve kas-iskelet bozuklukları arasında önemli bir birliktelik olduğunu bulduk.

Anahtar kelimeler: Hiperlipidemi, kas-iskelet sistemi tutulumu.

SUMMARY

Musculoskeletal Manifestations in Hyperlipidemia

In this study, we have studied the type, incidence and clinical significance of musculoskeletal disorders in patients with hyperlipidemic and compared with healthy controls.

We reported in 64 patients with hyperlipidemia, 7 patients with oligoarthritis, 15 patients with **transient** Achilles tendon pains, four patients with Achilles tendon xantoms, four patients with tendinitis and ten patients with subcutan xantoms. In controls, we reported only two patients with Achilles tendon pain.

A number of studies suggest that there is an association between hyperlipidemia and musculoskeletal manifestations. Our study implied that there is significant association between hyperlipidemia and musculoskeletal disorders.

Key words: Hyperlipidemia, musculoskeletal manifestations.

MATERYAL VE METOD

Çalışma kapsamına, hiperlipidemi tanısı ile izlenen 48 kadın, 16 erkek toplam 64 hasta alındı. Hastalar bir gece aç kaldıktan sonra, biyokimya laboratuvarında lipoprotein elektroforezi yapıldı. 64 hastayı lipoprotein analiz sonuçlarına göre sınıflandırdık. Sınıflandırmada, Fredrickson sınıflandırması kullanıldı (6). Kontrol grubu olarak polikliniğimize gelen, aynı yaş ve cinsiyet özelliklerini taşıyan, fakat lipoprotein düzeyleri normal sınırlarda olan 30 hasta alındı. Hasta ve kontrol grubu yaş, cins, geçmişte ve halen mevcut romatizmal şikayetler yönünden sorgulandı. Her iki grup özellikle aşil tendiniti, artrit, ksantom ve diğer romatolojik belirtilerin tespiti için değerlendirildi. Tam kan, tam idrar, sedimentasyon,

Hiperlipidemilerle, kas-iskelet sistemi semptomlarının ilişkilerini gösteren pek çok çalışma vardır. Hiperlipidemilerde, en sık rastlanan romatolojik bozukluklar; tendon ksantomları, aşil tendiniti, aşil tendon ağrısı, migratuar poliartrit ve oligoartrit (1-5).

Romatizmal yakınma ve bulguların görülme sıklığı, çalışmadan çalışmaya büyük farklılık gösterir (6). Bu farklılığın nedeni, hiperlipidemilerin sınıflandırılması, hastaların seçimi ve çalışmaların düzenlenmesindeki farklılıklardır. Hatta hiperlipidemi ile romatolojik semptomlar arasında hiçbir ilişki olmadığını gösteren, kontrolsüz çalışmalar da vardır (7).

Biz bu çalışmada, hiperlipidemisi olan 64 hastayı romatolojik manifestasyonlar yönünden değerlendirdik ve 30 kişilik kontrol grubuyla karşılaştırdık.

* K.T.Ü. Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Reh. ABD / TRABZON

** K.T.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD / TRABZON

*** K.T.Ü. Tıp Fakültesi Biyokimya ABD / TRABZON

ASO, CRP, latex titrasyonları ve rutin biyokimyasal tetkikler yapılarak, kas-iskelet sistemi bozukluklarının ayırıcı tanısı yapıldı.

SONUÇLAR

Tablo I'de, hiperlipidemili hastaların Fredrickson sınıflandırmasına göre dağılımı ile hasta ve kontrol grubunun yaş ve cinsiyet özellikleri gösterilmektedir.

Serimizde, 4 (%6) hastada tendon ksantomu, 2 (%3) hastada aşil tendiniti, 16 (%25) hastada aşil tendon ağrısı, 8 (%12.5) hastada oligoartrit vardı. Ayrıca 10 (%16) hastada subkutan ksantom vardı. Bunların 6'sında (%60) aşil tendon ağrıları, ikisinde (%20) oligoartrit vardı. Subkutan ksantomlu iki hastada hiçbir kas iskelet sistemi semptomu yoktu.

Eklem ağrıları dışarıda bırakılırsa toplam 26 (%41) hastada kas-iskelet sistemi yakınmaları mevcuttu. Kontrol grubunda ise sadece iki hastada (%7) aşil tendon ağrısı vardı.

Tüm hastaların hiperlipidemileri, orta ve hafif şiddetli idi. Tablo II 'de hasta ve kontrol grubunda görülen romatizmal bulgular görülmektedir.

TARTIŞMA

Kas-iskelet sistemi yakınmalarına genel popülasyonda oldukça sık rastlanır. Bu yakınmalar kas-iskelet sisteminin dejeneratif, enflamatuar ve travmatik hastalıklardan kaynaklanabileceği gibi, endokrin

Tablo I : Hasta ve kontrol grubunun yaş ve cinsiyet özellikleri

Hiperlipidemi Tipi	Kadın	Erkek	Toplam	Yaş ortalaması
II A	10	2	12	56.8
II B	16	10	26	46.5
IV	22	4	26	55.6
Toplam	48	16	64	52.1
Kontrol	25	5	30	51.9

Tablo II : Hasta ve kontrol grubundaki kas-iskelet sistemi bulguları

Rom. Yak	Tip II A (n = 12)	Tip II B (n = 26)	Tip IV (n = 26)	Toplam (n = 64)	Kontrol (n = 30)
Eklem ağrısı	12	22	16	50	16
Tendon ksantomu	1	2	1	4	0
Aşil tendiniti	1	2	1	4	0
Aşil tendon ağrısı	6	3	8	16	2
Oligoartrit	2	3	3	8	0
Subkutan ksantom	2	1	7	10	0

bozukluklar, psikosomatik nedenler, sistemik enfeksiyonlar, malign hastalıklar gibi birçok sistemik hastalıklardan da kaynaklanabilir. Hiperlipidemilerin de değişik romatolojik ağrılara neden olabileceğine dair çok sayıda çalışma vardır (1-5).

Bu çalışmanın amacı, hiperlipidemi ve kas iskelet sistemi bozuklukları arasındaki ilişkiyi göstermektir. Özellikle Tip II ve Tip IV hiperlipidemilerinde çeşitli kas-iskelet sistemi bulguları görülmektedir. Poliartrit, oligo veya monoartrit, geçici tendon ağrıları, tendon ksantomları en sık rastlanan bulgulardır (1). Nadir de olsa gut ve periartrit de görülebilir (8).

Tip I hiperlipidemi ile ilgili artiküler tutulum rapor edilmemiştir. Tip III hiperlipidemide el ayasında subkutan ksantomlar bulunabilir, fakat bunun artropati ile ilişkisi gösterilememiştir (8).

Oluşan artropatinin patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte kolesterol kristallerinin olaya neden olduğu sanılmaktadır. Mekanizması izah edilememekle birlikte mekanik irritasyonun enflamasyona neden olduğu sanılmaktadır (7, 9).

Hiperkolesterolemili bir hastada retrokalkaneal bursadan aspire edilen sıvıda ve aşil tendon nodüllerinde lipid kristalleri gösterilmiştir (10).

Bizim çalışmamızda hastaların %78 'inde, kontrol grubunun ise %53'ünde eklem ağrıları mevcuttu. Struthers ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Tip II hiperlipidemili 64 hastanın 19 'unda osteoartrite bağlı eklem ağrıları bulunmuş, ancak yazarlar bunu sebepsel bir ilişkiden çok hastaların yaşına bağlamışlardır (11). Biz de eklem ağrılarını, hastalarının çoğunun yaşının 50'nin üzerinde olmasından dolayı, dejeneratif eklem hastalığına bağladık ve değerlendirmeye almadık.

Klemp ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada, hiperlipidemili hastaların %74 'ünde kas-iskelet şikayetleri bulmuşlardır. Aynı çalışmada kontrol grubunda ise bu oran % 57 idi (12). Biz dejeneratif eklem hastalığına bağlı şikayetlerin hiperlipidemi ile ilişkisi olmadığını düşündüğümüzden bizim oranlarımız daha düşüktür.

Serimizde en sık rastlanan kas-iskelet sistemi bulgusu aşil tendon ağrıları idi (%25). Mathon ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada Tip II-b hiperlipidemilerde %28 oranında aşil tendon ağrıları tesbit etmişlerdir (13).

Oligoartrit bizim hastalarımızın %12.5'inde görülürken, birçok çalışmada bu oran % 4-32 arasında değişmektedir (6).

Hastalarımızın %6 'sında tendon ksantomları vardı. Hiperlipidemilerde el bileği, ayak bileği, to-

puk, diz ve omuz eklemi çevrelerinde tendon ksantomları görülebilir (9).

Bizim çalışmamızda bir hastada el bileği ksantomu, üç hastada da aşil tendon ksantomu vardı.

Hastalarımızın %6 'sında aşil tendiniti vardı. Mathon ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran %11 idi (13).

Serum ürik asit düzeyi nasıl gut gibi eklem ya-

kınmalarına neden oluyorsa, hiperlipidemilerin de kas-iskelet sistemi yakınmalarına neden olduğu kuvvetle muhtemeldir. Bizim çalışmamız da bu doğrultuda sonuçlar vermiştir. Ancak lipid düşürücü tedavinin bu yakınmalara etkileri ile birlikte, daha geniş kapsamlı ve daha kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Buckingham R B, Bole G G, Bassett D R. Polyarthritis associated with Type IV hyperlipoproteinemia. Arch Intern Med, 135 : 286-290, 1975.
2. Careless D S, Cohen M G. Rheumatic manifestations of hyperlipidemia and antihyperlipidemi drug therapy. Semin Arthrit Rheum, 23(2) :90-98, 1993.
3. Fishel B, Rosenbach TO, Yaron M, al. Hyperlipidemias and rheumatic manifestations. Clin Rheumatol, 5 : 75 - 79, 1986.
4. Glueck C J, Levy R I, Fredrickson D S. Acute tendinitis and arthritis. A presenting symptom of familial Type II hyperlipoproteinemia. JAMA, 206 : 2895 -2897, 1968.
5. Goldman J A, Glueck C J, Abrams N R, et al. Musculoskeletal disorders associated with Type IV hyperlipoproteinemia. Lancet, II : 449 - 452, 1972.
6. Khachadurian A K. Migratory polyarthritis in familial hypercholesterolemia (Type II hyperlipoproteinemia). Arthritis Rheum, 11: 385-393, 1968.
7. Klemp P, Halland M A., Majoos F L , et al. Musculoskeletal manifestations in hyperlipidemia : a controlled study. Ann Rheum Dis, 52 : 44-48, 1993.
8. Mathon G, Ciagne C, Birun D, et al. Articular manifestations of familial hyperlipoproteinemia. Ann Rheum Dis. 44: 599 - 602, 1985.
9. Schumacher H.R, Michaels R. Recurrent tendinitis and achilles tendon nodule with positively birefringent crystals in a patient with hyperlipoproteinemia. J Rheumatol, 16 : 1387 -138 9, 1989.
10. Shapiro J R, Fallat R W, Tsang R C, et al. Achilles tendinitis and tenosynovitis. A diagnostic manifestation of famial Type II hyperlipoproteinemia in children. Am J Dis Child, 128 : 486 - 490, 1974.
11. Struthers GR, Scott DL, Bacon PA, et al. Musculoskeletal disorders in patients with hyperlipidemia. nn Rheum Dis, 42 : 511 - 53, 1983.
12. Weisman M H. Arthritis Associated with Hematologic Disorders, Storage Diseases, Disorders of Lipid Metabolism, and Dysproteinemias. In: Arthritis and Allied Conditions. Eds.:McCarty DJ, Koopman WS., Philadelphia, Lea and Febiger, 1993, 1457-1482.
13. Welin L, Larsson B, Swardsudd K, et al. Serum lipids, lipoproteins and musculoskeletal disorders among 50 years old women and 50 year old men. Scand J Rheumatol, 7: 7-12, 1978.