

Düzensiz Romatoid Artrit Tedavisi Alan Hastada Alevlenme Sonucu Oluşan Plevral Efüzyon

The Pleural Effusion Occurred by Exacerbation of Irregularly Treated Rheumatoid Arthritis Patient

Pınar YILDIZ GÜLHAN^{1*}, Muhammet GÜLHAN², Oya YILDIZ³, Hüsnü BAYKAL⁴, Erol ŞENTÜRK⁵

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Düzce; ²Tosya Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları, Kastamonu;

³Başkent Üniversitesi Göğüs Cerrahisi AD, Ankara; ⁴Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Ankara;

⁵Kastamonu Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Kastamonu

ÖZ

Romatoid artrit (RA) simetrik, poliartiküler eklem tutulumu olan sistemik bir hastalıktır. RA'lı hastalarda plevral efüzyon genellikle hastalık başladıktan bir kaç yıl sonra ortaya çıkar ve sıklıkla hastalık alevlenmesi olarak kabul edilir. RA akciğer tutulumu olarak; plevral efüzyon, plörit, hava yolu hastalığı, romatoid nodül ve interstisyel akciğer hastalığı görülür. Plevral sıvı aseptik eksuda karakterindedir ve sıvıda düşük pH, düşük glukoz ve yüksek laktat dehidrogenaz (LDH) değerleri görülür. Tanı genellikle diğer plevral sıvı nedenlerinin dışlanması sonucu konulur. Bu çalışmada, 6 ay önce RA tanısı konan ve düzensiz tedavi alan 52 yaşındaki hasta, düzensiz RA tedavisi alan hastalarda plevral sıvı gelişebileceğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur. Hastada daha önce tanı konulmamış kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) mevcuttu ve hastanın KOAH tedavisi de düzenlendi. Düzensiz RA tedavisi alan olgularda RA'ya bağlı olarak plevral efüzyon gelişebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: KOAH; plevral sıvı; romatoid artrit.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is a systemic disease with symmetrical, polyarticular joint involvement. In patients with RA, pleural effusion usually occurs a few years after the onset of the disease and is often considered as a disease exacerbation. RA may cause pleural effusion, interstitial lung disease, pleuritis, airway disease and rheumatoid nodule in the lungs. Aseptic exudative pleural effusions with low pH, low glucose and high lactate dehydrogenase (LDH) values might be seen in RA. Diagnosis is usually made by exclusion of other pleural fluid causes. In this study, a 52-year-old patient who was diagnosed as RA 6 months ago and treated irregularly was presented to emphasize that pleural effusion may develop in patients with irregular RA. The patient had previously undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and the patient's COPD treatment was also regulated. It should not be forgotten that pleural effusion may develop among RA patients with irregular treatment.

Keywords: COPD; pleural effusion; rheumatoid arthritis.

GİRİŞ

Romatoid artrit (RA) simetrik, poliartiküler eklem tutulumu olan sistemik bir hastalıktır. Yaygınlığı % 0,5 ile 2 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklere göre 2-4 kat daha sıkken akciğer, plevra tutulumu erkeklerde daha siktir (1,2). RA'lı hastalarda plevral efüzyon genellikle hastalık başladıktan bir kaç yıl sonra ortaya çıkar ve sıklıkla RA hastalık alevlenmesinin belirtilerinden biri olarak kabul edilir (3).

Klinik olarak RA'ya bağlı plevral efüzyon %3-5 oranında görülürken, otopsi çalışmalarında RA tanısı olan hastaların %35-73'ünde plevral tutulum tespit edilmiştir (4). Plevrada biriken sıvı genellikle tek taraflı ve az miktarda olup semptomatik ya da asemptomatik olabilir. Ancak bazen masif plevral efüzyon görülür ki bu ciddi nefes darlığına yol açar. Plevral sıvı aseptik eksuda karakterindedir ve düşük pH, düşük glukoz, yüksek LDH değerleri görülür. Adenozin deaminaz (ADA) yüksekliği gözlenir. Bu özellikte plevral sıvı tespit edildiğinde ayırıcı tanıya bakteriyel ampiyem, tüberküloz ve malignite girer (3).

OLGU SUNUMU

Altı ay önce RA tanısı konan 52 yaşındaki erkek hasta acil servise 2 gündür başlayan nefes darlığı, sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hasta sağlık güvencesi olmadığı için RA tedavisini düzensiz olarak almaktaydı. Öksürük, balgam şikayeti mevcut değildi. 60 paket/yıl

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Pınar YILDIZ GÜLHAN, pinaryildiz691@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 15.05.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 03.07.2018

sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede sağ alt zonda solunum sesleri alınmıyordu ve her iki akciğerde dağımık ronküsleri mevcuttu. Çekilen posteroanterior akciğer (PA AC) grafisinde sağ kostofrenik sinüs kapalı, sağ alt zonda heterojenite ve sol alt zonda fibrotik çekintiler mevcuttu (Resim 1). Solunum fonksiyon testinde Forse Ekspiratuar Akımın 1. Saniyedeki Volümü (FEV1): 1,60 L (%69), Forse Vital Kapasite (FVC): 1,71 L (%63), %FEV1: 94, Zirve Ekspiratuar Akım (PEF): 180 (%50), Maksimal Midekspiratuar Akım (MEF): 2,34 (%74) idi. Hastanın oda havasında O2 saturasyonu %83 idi. Laboratuvar tetkiklerinde; kan glukoz düzeyi: 125 mg/dl, total protein: 6,2 g/dl, LDH: 169 U/L, sedimantasyon: 105, Romatoid Faktör (RF): 202, Cytric Cytrullinated Peptide (CCP): (+) idi. İki gündür başlayan sağ yan ağrısı, nefes darlığı olan, hipoksemi gelişen ve D-Dimer değeri 2250 (normal: 0-500) idi. Hastaya toraks BT anjiyografi çekildi, emboli lehine bulgu saptanmadı. Torasentez mayisinden yapılan tetkiklerinde; glukoz: 23 mg/dl, total protein: 4,4 g/dl, LDH: 990 U/L, Romatoid faktör (RF): 220 olup sıvı eksuda vafındaydı. Plevra sıvı sitolojisinde özellik yoktu. Balgamda 3 kez ve plevral sıvıda 1 kez bakılan tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Üç kez gönderilen balgam ARB sonucu negatif geldi. Dış merkezde yapılan bronkoscopisinde endobronşial lezyon izlenmedi. RA'ya bağlı plevral efüzyon düşünülen hastaya, Romatoloji bölümüne danışılarak RA tedavisi düzenlendi. Hastaya 40 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci haftasında PA AC grafisinde ve semptomlarında belirgin regresyon izlendi. Sağ kostofrenik sinüs açık izlendi (Resim 2). Solunum fonksiyon testinde orta derecede obstrüksiyonu olan hastaya bronkodilatatör tedavi başlandı.



Resim 1. Başvurudaki posteroanterior akciğer grafisi



Resim 2. Tedavinin 2. haftasında posteroanterior akciğer grafisi

TARTIŞMA

RA, etyolojisi belli olmayan, sistemik bulgular gösteren, özellikle kronik olarak eklemeleri tutan ve şekil bozuklukları ile seyreden otoimmün bir hastalıktır (5). Akciğerlerin içerdiği yoğun bağ dokusu ve damarlanması nedeni ile RA hastalığında akciğerde tutulum olur. RA akciğer tutulumu olarak; plevral efüzyon, plörit, hava yolu hastalığı, romatoid nodül, pulmoner vaskülit interstisyel pulmoner fibrozis, bronşiyolit, obliterans organize pnömoni, obliteratif bronşiyolit, foliküler bronşiyolit, lenfositik interstisyel pnömoni hastalığı görülür. RA'da plevral efüzyon eksüda özelliğinde olup %80 olguda glukoz 30 mg/dL altında, LDH 700 mg/dL üzerindedir (1,4,6,7). Bizim olgumuzda da glukoz: 23 mg/dl ve LDH: 990 olup bu değerler ile uyumluuydu. Artritin ağır seyrettiği, subkutan nodül ve yüksek titrede RF'nin bulunduğu olgularda plörezi daha sıktır (1). Bizim olgumuzda da RF değeri 220 olup yüksek seviyede idi ve subkutan nodülleri mevcuttu. Plevral sıvının RA'ya bağlı olduğunu söylemeden önce diğer efüzyon nedenlerinin dışlanması gereklidir. Çünkü RA'ya sekonder plevral efüzyonun kesin tanı testi bulunmamaktadır. Hastamızdan alınan torasentez mayisinde sitoloji ve kültür sonuçları normal gelmiş, yapılan bronkoscopi işleminde herhangi bir patoloji saptanmamış olup metilprednizolon tedavisi ile dramatik regresyon izlenmiştir. RA'ya bağlı plevral efüzyon tedavisinde amaç kronikleşip fibroze gidişi engellemektir. Bu amaçla klasik RA tedavi ilaçları olan nonsteroid anti-enflamatuarlar, kortikosteroidler ve diğer immün supresifler kullanılabilir (8,9). Bizim olgumuzda iki hafta 40 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlanmış ve regresyon izlendikten sonra romatoloji bölümünün önerisi ile düşük doz (4 mg/gün) metilprednizolon tedavisine devam edilmiştir.

Hastaların semptomları masif efüzyon olmadığı sürece genellikle şiddetli değildir. Hastamızın KOAH'a bağlı semptomlarının olması ile birlikte sağ yan ağrısının oluşu semptomlarını şiddetlendirmiştir. Düzensiz RA tedavisi alan olgularda RA'ya bağlı olarak plevral efüzyon gelişebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hoca NT, Yurdakul AS. Kollajen doku hastalıklarında akciğer tutulumu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004;52(2):189-98.
2. Korkmaz C. Kollajen doku hastalıklarında akciğer. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A, editörler. Solunum sistemi ve hastalıkları temel başvuru kitabı. İstanbul: Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi; 2010. s.2353-71.
3. Beş C, Gül Ş, Onaran H, Çetinkaya E, Özgül MA. Romatoid artrit'e bağlı plevral efüzyon. toraks.org.tr [Internet]. [Erişim tarihi: 10.01.2017]. Erişim adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/462013105334-1415.pdf>. doi: 10.5152/pb.2013.04.
4. Döngel İ, Bayram M, Hayta E, Yıldırım S, İmamoğlu H, Duksal F. Plevral efüzyonla prezente olan romatoid artrit. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2012;34(4):500-3.
5. Aydın M, Erkan M, Bulur S, Yazıcı S, Alemdar R, Çağlar S. Romatoid artritli bir hastada atriyoventriküler tam blok. Konuralp Tıp Dergisi. 2011;3(3):26-8.
6. Bulcun E, Ekici M, Ekici A, Şentürk E, Tireli G, Altınkaya V, ve ark. Romatoid artrit'e bağlı plevral ve perikardiyal efüzyonlu olgu. Solunum Hastalıkları Dergisi. 2009;20(2):60-3.
7. Assayag D, Lee JS, King TE Jr. Rheumatoid arthritis Associated interstitial lung disease: A Review. Medicina (B Aires). 2014;72(2):158-65.
8. Baççioğlu A, Kalpaklıoğlu F, Güngör Ö, Çimen D. Bilateral plevral efüzyon sonrası tanı alan romatoid artrit olgusu. toraks.org.tr [Internet]. [Erişim tarihi: 10.01.2017]. Erişim adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1832014154752-147.pdf>. doi: 10.5152/PB.2014.004.
9. Ozdemir-Kumbasar O. Kollajen vaskuler hastalıklara bağlı plevral efüzyonlar. Gozu O, Kokturk O, editörler. Plevra hastalıkları. İstanbul: Turgut yayıncılık; 2003. s.199-206.