

YAŞLI BİR OLGUDA GÖRÜLEN RS3PE

Dr. Hidayet SARI
Dr. Ülkü AKARIRMAK
Dr. A. K. M. Enamul HUQ
Dr. Murat ULUDAĞ

ÖZET

Romatoid artrit (RA) yaşlılarda ve gençlerde değişik klinik şekillerde başlangıç bulguları ve klinik tablo göstermektedir. Bu olgu sunumumuzda her iki el ve ayakta gode bırakan ödem şeklinde akut enflamasyonun klinik bulgularını gösteren yaşlı bir RS3PE sendromu olgusu tartışılmıştır. Bu olgu akut başlangıç dışında, kortikosteroid tedavisine hızlı cevap vererek, eklem erozyonu yapmadan seyretmesi ile selim tip bir romatoid artrit formu olarak kabul edilmiştir. Olguda kısa süre içinde gelişen el, el bilek ve ayak eklemlerinde hareketleri ileri derecede kısıtlayan ağrı, ısı artışları ve yaygın şişlik bulunuyordu. Gürültülü gelişen tablo, hastanın günlük fonksiyonlarını ve mesleki çalışmalarını engelliyordu. Laboratuvar analizinde eritrosit sedimentasyon hızı 43 mm/h, romatoid faktör negatif, CRP 22.6 ngr/lt (normal sınırlar 0-6) bulundu. Öğretmenlik yapan 58 yaşındaki erkek hastanın beş yıllık takipleri yapılmıştır ve halen nadir ve hafif seyirli alevlenmeler dışında işini sürdürmektedir, fonksiyonel kaybı yoktur. Yaşlı nüfusun artışı ile birlikte yaşlı RA sayısı da artmaktadır ve tanı ile tedavi yönünden değişik özellikleri birlikte getirmektedir. Yaşlılarda el ve ayaklarda simetrik ödemi ile seyreden enflamatuvar hastalıkların ayırıcı tanısında yaşlı tip RA dışında RS3PE sendromu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı başlangıçlı RA, ödem, RS3 PE Sendromu

RS3PE SYNDROME (SYNDROME OF REMITING SERONEGATIVE SYMMETRICAL SYNOVITIS WITH PITTING EDEMA) IN AN ELDERLY PATIENT

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a heterogenous disease presenting with different clinical pictures and different onset in young and elderly people. In this case report an elderly RS3PE Syndrome patient with pitting edema over the hands and feet with acute inflammatory findings was reviewed. Generalized edema on hands, wrists and feet were observable and had developed in a quite short time period. On examination we found joint pain, increase in skin temperature and limitation of motions of the joints in addition to edema. These disturbing findings caused a restriction of daily living activities besides occupational activities. Laboratory analysis revealed erythrocyte sedimentation rate to be 43 mm/h, rheumatoid factor was negative while CRP was found to be 22.6 ngr/l (normal limits were between 0 and 6 ngr/l). The patient was 58 years old, male and teacher. Follow-up examinations were performed for 5 years and except mild, infrequent periods of flare-ups from time to time the patient has no functional losses and is continuing his professional activities. Together with the rise of old population there is an increase in old RA patients. These patients show different diagnostic and therapeutic characteristics. The differential diagnosis of inflammatory conditions in elderly patients presenting with symmetrical edema on hands and feet should include RA of elderly people as well as RS3PE. Sudden onset, great sensitivity of inflammation to glucocorticoid therapy and absence of joint erosion were observed in this patient. RS3PE Syndrome should be considered in elderly patients in differential diagnosis. Appreciating the differences between young and elderly onset RA should also advance the choice of treatment.

Key Words: Elderly-onset rheumatoid arthritis, edema, RS3PE syndrome

GİRİŞ

Romatoid artrit (RA) sistemik, inflamatuvar ve kronik seyirli bir hastalıktır. En sık olarak 30-50 yaşları arasında ortaya çıkar. Ancak günümüzde hastaların 1/3 kadarında 60 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır.¹² Genç ve yaşlı başlangıçlı (60 yaş üstünde) RA arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Bunlar özetlenirse:

- 1) Cinsiyet dağılımı yönünden kadın-erkek oranı yakındır. Genç başlangıçlı RA'da kadın-erkek oranı 3:1 iken yaşlı başlangıçlı RA'da 1:1 kadardır.
- 2) Akut başlangıç: Genç RA'lılardaki sinsi başlangıca karşılık yaşlılarda akut, enfeksiyon benzeri bir başlangıç sık görülür.
- 3) Büyük eklemlerin tutulumu: Büyük ve proksimal eklem tutulumu yaşlı başlangıçlı RA'da daha siktir. Bu nedenle Polimiyaljiya Romatika, yaşlılarda RA ve RS3PE sendromları arasında olası bir bağlantı söz konusu olabilir.
- 4) Yaşlı başlangıçlı RA'da sistemik bulgular yüksek eritrosit sedimentasyon hızı ile birlikte daha gürültülü bir tablo bulunabilir.
- 5) Romatoid faktörün daha az sıklıkta pozitif bulunması: Genç RA'lılar %80 seropozitif bulunurken, yaşlı RA'lılarda bu oran %32'ye kadar düşmektedir. Bu değişiklik immün sistemde yaşla oluşan değişime bağlanabilir.
- 6) Prognoz: Yaşlı RA hastasında birlikte bulunan komorbiditeye bağlı olarak prognoz daha ağır seyredebilmektedir.¹²

Romatoid artritin başlangıç bulguları, tipik hastalık ortaya çıkana kadar, özellikle bazı yaşlı hastalarda polimiyaljiya romatika'ya benzer yaygın ağrılar şeklinde olabilir. Daha nadir olarak, özellikle erkeklerde (4/1 oranında) el ve ayaklarda gode bırakan ödem şeklinde RS3PE sendromu (Syndrome of Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) (Gode bırakan ödem gösteren, gerileyen seronegatif simetrik sinovit sendromu) olabileceğini. Daniel J .McCarty ve arkadaşları ortaya koymuştur.⁶

Hastalığın bu şekildeki başlangıcında el bileği, karpal eklemler, fleksör tendon kılıfları ve interfalangial eklemlerde akut simetrik bir tutulma söz konusudur. Bu durumda eller öyle şiş görünür ki tipik RA'da görülen tek tek eklem şişmesinin yerine tüm el gode bırakan ödem şeklinde yaygın şişme gösterir. Ayakta da ayak bileği, tarsal eklemler ve metatarsofalangial eklemlerin tutulmasıyla ayak şiş ve ödemli bir hal alır. Burada da gode bırakan ödem özellikle pretibial alanlarda ortaya çıkar.⁶

Bu hastalarda romatoid faktör (RF)'ün hastalık boyunca negatif olması, hafif anemi ile yüksek sedimentasyon hızı ve serum albumin seviyelerinde azalma önemli laboratuvar bulgularıdır. Bu tür hastalarda inflamasyonun NSAID'lara yeterli cevap vermemesi dikkati çekerken, kortikosteroidlere hassasiyeti çok yüksektir. Bu tabloda hastalık başladıktan 3 ile 36 ay sonra tamamen ge-

rileme gösterdiği için kemik erozyonları meydana gelmediği ifade edilir. Bunun dışında tipik RA'nın tersine olarak ilaç tedavisi kesildiğinde bile değişken olarak birçok vakada remisyonlar devam edebilmektedir. Bu nedenle buna "selim (benign veya iyi huylu) tip RA" demek doğru olabilir.⁵

Biz de el ve ayaklarda RS3PE sendromu teşhisi koyduğumuz ve uzun süreli takip ettiğimiz bir olguyu didaktik olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk. Özellikle ellerde ödem yapan bazı hastalık kile ayırıcı tanısının yapılması ve yaşlılarda görülen RA'nın nadir bir başlangıç şekli olması açısından öğretici olguyu 5 yıldır takip etmekteyiz.

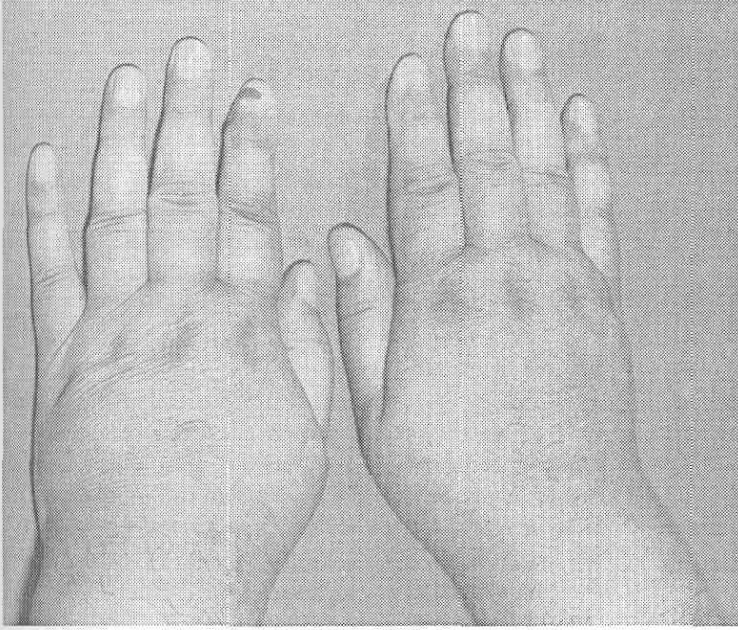
OLGU

M.G. 58 yaşında, erkek, mesleği öğretmen olan hasta her iki el, el bileği, ayak ayak bileği ve parmaklarında şişme, ağrı ve hareket zorluğu nedeniyle baş vurdu. Şişme kısa bir süre içinde yaygın olarak oluşmuştu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki el ve ayağında gode bırakan tarzda inflamatuvar bulgular, özellikle ısı artışı ve şişlik olduğu görüldü. Presyonla el sırtında gode bırakan ödem ve hassasiyet saptandı (Resim 1, 2, 3). Her iki el bileği, el parmak PİF ve MKF eklemlerinde hareketlerin ileri derecede kısıtlı ve ağrılı olduğu saptandı. Ayak bilekleri ve ayakların muayenesinde de gode bırakan ödem, ağrı ve hareket kısıtlılığı bulunuyordu. Nörolojik defisit yoktu. Kas kuvvetleri normal olarak saptandı.

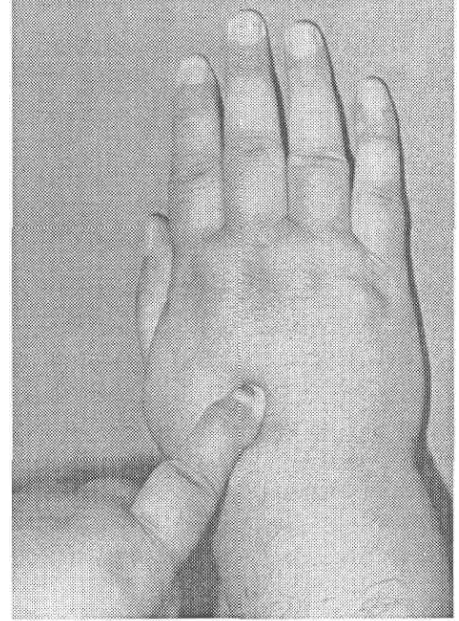
Hastanın el radyografisi incelemesinde el bileği, karpal eklemler, metakarpofalangial eklemler. PIF eklemi çevresinde peri-artiküler osteopeni, her iki el 2. parmak DİP eklemlerde dejeneratif değişiklikler ve eklem aralığında daralma mevcuttu.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 11700/mm³, Hb: 15.6mg/dl, Htc: %46.3, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR): 43mm/h, RF: Negatif, CRP: 22.6 ngr/L (normal sınırlar merkez laboratuvarımızda 0-6 ngr/L olarak kabul ediliyordu). Tam idrar tetkikinde 1-2 lökosit mevcuttu.

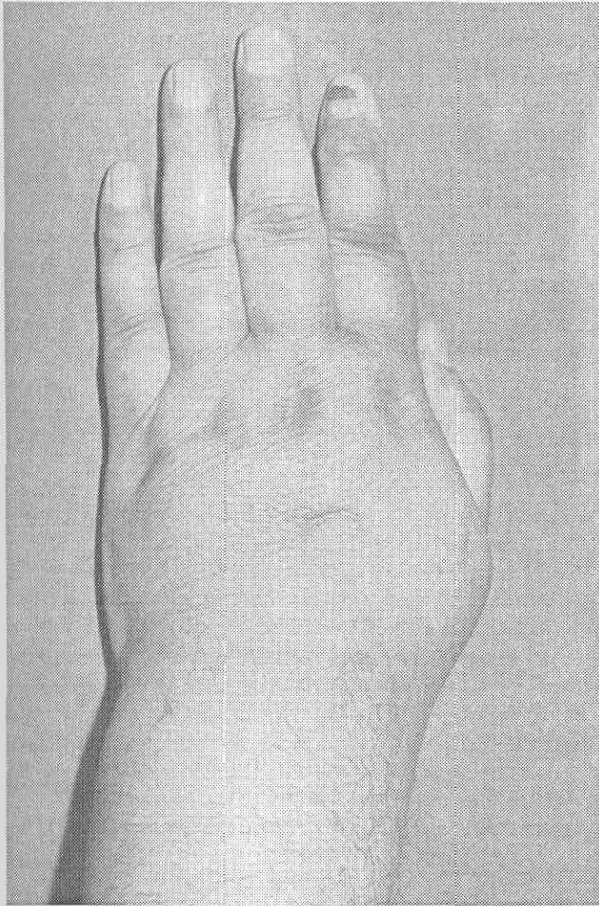
Hastaya günde 750mg prednisolon %5'lik 1000 ml dextroz içine konarak 2 saat sürede verildi, pulse steroid tedavisi 3 gün üst-üste yapıldı. İdame tedavisi olarak MTX haftada 10mg, Deflaza-kort 6 mg, (Flantadin) sabah 1x1, Asetetasin kap. 60 mg (Rantu-dil) 2x1 olmak üzere hastaya verildi. Yoğun üç günlük steroid tedavisi ile enflamasyonun hızla baskılanması sağlandı. Hastanın 1 hafta içinde ellerindeki şişlik büyük oranda azaldı. Aynı şekilde ayaklarda başlangıçta bulunan şişlikler de belirgin olarak düzeldi. Eklem hareketleri açıldı ve ağrıları günlük yaşantısını kısıtlamayacak dereceye indi. Hasta bu tedavi ile işine döndü. Beş yıldır takip edilen hastanın zaman zaman, daha hafif olmak üzere alevlenme dönemleri olmaktadır. Bu dönemlerde Deflazakort dozu artırılarak hastalık kontrol altında tutulmaktadır. Fonksiyonel kayıp ve deformite gelişmemiştir. Hasta mesleğini sürdürmektedir.



Resim 1: İki elde yaygın şişme.



Resim 2: Muayenede gode bırakan ödem varlığı.



Resim 3: Sol elde gode bırakan ödem izi

TARTIŞMA

RS3PE Sendromu 1985 yılında McCarty ve arkadaşları tarafından 7 erkek ve 2 kadında el ve ayaklarda gode bırakan ödemle birlikte el ve ayak bileği ve parmaklarında akut başlayan, simetrik polisinovit olarak ortaya konmuştur. Bu hastalarda romatoid faktörün bulunmaması ve başlangıcın saatlar süren kısa bir zaman içinde gelişmesi, klinik olarak ödem ve enflamasyona ait laboratuvar bulgularının hızla düzelmesi bu vakaların özellikleri olarak sunulmuştur.⁶ Bizim olgumuzda da 58 yaşında erkek hasta olması ve bu şikayetlerin aniden başlayıp, laboratuvar ile birlikte klinik bulguların bir hafta içinde steroid tedavisine olumlu cevap vermesi bu görüşü desteklemektedir.

1974 yılında Corrigan ve arkadaşları "selim tip romatoid art-rit" dedikleri 110 yaşlı romatoid artrit'inin 29'unun akut şiddetli başlangıç sonrası iyi bir prognoz gösterdiklerini belirtmişlerdir. Bu olguların da bir kısmının RS3PE Sendromu olması ihtimali vardır. Bu hastalardaki hastalık şekli polimyaljia romatika'ya çok benzer olması nedeniyle dikkat çekici bulunmuştur. Ancak polimyaljia romatika'da steroide cevabın çok iyi olması, "yaşlı selim tip romatoid artrit" de ise nonsteroidler ve uzun etkili ilaçlarla yeterli iyiliğin sağlandığı görülür.²

McCarty ARA (Amerikan Romatizma Derneği) kriterlerine göre romatoid artrit tanısı konulan 199 hastayı (147 kadın, 52 erkek) incelemiştir. Seronegatif romatoid artrit olan 3 olgudan 1 'inde ve hastalığın başlangıç yaşı 55 üzerinde olan seropozitif hastaların sadece 12'sinde akut başlangıç ve kemik erozyonları olmadığı görülmüştür. Bu araştırmacı RS3PE sendromu olan vakalarda fleksör digitorum tendonlarında tenosinovit, nadiren ateş, yorgunluk gibi sistemik bulgular, eritrosit sedimentasyon hızında yükselme, orta derecede anemi ve hipoalbuminemi gibi nonspesifik bul-

gular tespit etmiştir.⁶

Benzer şekilde, özellikle son yıllarda ileri yaşlarda başlangıç gösteren RA olguları dikkati çekmektedir. Pittau ve arkadaşları¹⁰ ile Olive ve arkadaşlarının⁵ bildirdiği olgular bunlar arasındadır.

1997 yılında belirlenen RS3PE kriterleri:

- 1- 50 yaş üzerinde olma
- 2- Ellerde gode bırakan ödem varlığı
- 3- Akut başlayan poliartrit
- 4- Romatoid faktörün negatif olmasıdır.⁸

Bizim olgumuzda sedimantasyon hızı fazla yok fazla yükselmiş değildi. Romatoid faktör ve diğer laboratuvar bulguları normal bulundu. McCarty'nin takip ettiği 10 vakanın tümü kırsal kökenliydi.⁶ Bizim olgumuzun ise şehirde yaşadığı tespit edildi. Takip edilen 12 hastanın 11 'inde hastalığın ilk başlangıç ayının mayıs ve kasım ayları arasında olduğu saptanmış olup bizim olgumuz da mayıs ayında karşımıza gelmiştir. Bu durum Romatoid Artrit patojenezinde coğrafik ve mevsimsel özelliklerinin de rol oynadığını düşündürmektedir.

RS3PE sendromunda eller ve ayaklarda gode bırakan ödem yapması nedeni ile ayırıcı tanısı önemlidir.

El sırtında gode bırakan ödem yapan ve bu hastalıkla karışabilen birçok romatizmal hastalık mevcuttur. Bunlar sırasıyla; kompleks bölgesel ağrı sendromu, amiloid artropati, psöriatik artropati, kristal artropati, romatoid artrit, Reiter Sendromu ve mikst konnektif doku hastalığıdır.⁵ Ayırıcı tanının doğru olarak yapılabilmesi için konnektif doku hastalıklarının, paraneoplastik artropatilerin ve kondrokalsinozis gözönünde bulundurulması gerekir.^{3,11}

RA, Polimiyaljiya romatika ve RS3PE arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Seronegatif RA'nın bu iki hastalıktan ayrılmasında zorlukla karşılaşılabılır veya kesişen tablolar söz konusu olabilir.¹²

Yaşlılarda yaygın ağrı sendromları oldukça yaygın olarak bu-lunur. Seronegatif RA bu nedenler arasında yer alır.

Kompleks bölgesel ağrı sendromu genellikle tek taraflıdır ve laboratuvar bulguları normaldir. Amiloid artropatide elde şişme görülür fakat bu durum ilerleyicidir ve düzelme görülmez. Reiter Sendromu ve psöriatik artrit tenosinovitle ilgili olarak sosis parmak olabilir fakat tutulum asimetriktir ve gode bırakmaz. Mikst konnektif doku hastalığında ise simetrik el şişliği görülebilir fakat hastalar daha gençtir ve Raynaud fenomeni ve diğer klinik bulgular görülür. Anti nükleer antikor (ANA) pozitif bulunur. Kalsiyum pirofosfat dihidrat kristal depolanması ile ilgili subakut enf-lamasyonda bir veya iki elde gode bırakan ödem görülebilir. Ancak radyolojik olarak kondrokalsinozis ve eklem sıvısında kristallerin bulunması ile teşhis konabilir. Bizim olgumuzda bunlar mevcut değildir.

Polimiyaljiya romatika ile RS3PE sendromu başlangıçta oldukça karışabilen hastalıklardır. Ancak polimiyaljiya romatikada simetrik gode bırakan ödem görülmez.⁶ Omuz ve kalça kuşağı kas-

larında kuvvetsizlik söz konusudur. Bizim olgumuzda böyle bir kas kuvvetsizliği bulgusu yoktu.

McCarty'den önce de birçok araştırmacılar 1 yılda tam düzelme gösteren, daha çok büyük eklemlerin tutulumu, enflamasyonla ilgili bulguların fazla olduğu ve akut başlangıç gösteren bir subgrup bildirmişlerdir. Bu sendrom daha çok "yaşlılarda selim tip romatoid artrit" olarak adlandırılmıştır. Bu olgularda RS3PE sendromunu ilk belirlemede görülen el ve ayaklarda gode bırakan ödem tam olarak ifade edilmemiştir.⁶ Ancak bir kısım olgularda ödemin birlikte bulunması olasıdır. Polisinovit saptanan ileri yaştaki hastaların el ve ayak muayenesinde ödeme özellikle dikkat edilmesi önerilmelidir.⁶

Sonuç olarak romatoid artrit tek grup bir hastalık olmadığı, yaşlılarda görülen selim tip romatoid artrit dışında, el ve ayaklarda gode bırakan ödem şeklinde, kanda romatoid faktörü olmayan, akut başlangıçlı ve prognozu iyi olan bir tenosinovit şeklinde başlayabileceği bilinmelidir. Bu özellikler bu olguda da tespit edilmiş olup ayırıcı teşhis ve tedavide dikkate alınması gereği düşünülerek bu olgunun sunulması uygun görülmüştür.

KAYNAKLAR:

1. Bardin T, Legrand L, Nareau U, et al: HLA antigens and seronegative rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1985; 44: 50-53.
2. Corrigan AB, Robinson RG, Terety TR, Dick-Smith JB, Walters D: Benign rheumatoid arthritis of the aged. *British Medical Journal* 1974; 1: 444-446.
3. Gowin KM: Diffuse pain syndromes in the elderly. *Geriatric Rheumatology. Rheumatic Disease Clinics of North America* 2000; 26(3): 673-683
4. Klimiuk P, Clague RB, Grennan DM, et al: Autoimmunity to native type II collagen. A distinct genetic subset of rheuma-loid arthritis. *The Journal of Rheumatology* 1985; 12: 5.
5. McCarty DJ: Clinical picture of rheumatoid arthritis. McCarty DJ, Koopman WJ (Ed): *Arthritis and Allied Conditions.. Cilt 1. Lea Febiger.London* 1993; s: 785-787
6. McCarty DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB: Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE) syndrome. *JAMA* 1985; 254: 2763-2767.
7. Olivo D, D'Amore P, Pientini C, et al: Benign edematous polysynovitis in the elderly (RS3PE syndrome). *Clin Exp Rheumatol* 1994; 12(6): 669-73.
8. Olive A, del Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tenu X: The clinical spectrum of remitting seronegative symmetrical syn-ovitis. *J Rheumatol* 1997;24(2): 333-6.
9. Usvoldo H: Patern recognition in arthritis. Klippel JH. Dieppe PA. (Cd): *Rheumatology. Cilt 1. St. Louis.Mosby, 1998,s: 2-3.5.*
10. Pittau E, Bogliola A, Tinti A, Perpignano G: RS3PR syndrome. A new rheumatic inflammatory syndrome in advanced age. *Clin Ther* 1995; 146 (11): 663-73.
11. Şendur F, Özer H, Türeli C: RS3PE: Bir olgu sunumu. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999; 3:8-16.
12. Yazıcı Y, Paget SA: Elderly-onset rheumatoid arthritis. *Geriatric Rheumatology. Rheumatic Disease Clinics of North America* 2000; 26 (3): 517-526.