



II. Spondiloartritlerde Klinik Bulgular ve Tanı

© Pamir Atagündüz

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

1. Bel ağrısı ile poliklinikte değerlendirdiğiniz ve sonunda ankilozan spondilit dediğiniz hastanın ilk muayenesinde, en sık saptadığınız fizik muayene bulgusu nedir? Özellikle önerdiğiniz bir muayene yöntemi var mı?

Ankilozan spondilit (AS) hastalarının %75'inde görülen en erken semptom inflamatuvar bel ağrısı (İBA) olmaktadır.^[1] Bu nedenle bel ağrısı ile poliklinikte değerlendirilen hastaların fizik muayenelerinde en sık saptanan bulgu aksiyal tutulumun belirtisi olan sakroiliak eklem (SİE) hassasiyeti ve omurgada anterior fleksiyonda kısıtlanmadır. Ancak bel ağrısının nedeni SİE'nin inflamatuvar, degeneratif, travmatik, enfeksiyöz ya da aşırı yüklenmeye bağlı patolojileri olabilir. Bu nedenle fizik inceleme SİE ve omurganın etkilenimini saptamaya yöneliktir. SİE'nin provakasyon testleri ile eklem bölgesi değerlendirilir. Bu testler kompresyon-, distraksiyon-, posterior sürtünme- Gaenslen- ve Patrick (FABER) testleridir.^[2]

Kompresyon Testi: Hasta yan yatırılır, kalça 45° fleksiyona, dizler 90° fleksiyona alınır. Fizik inceleme sırasında hekim hastanın arkasında yer alır, üst iliak kristadan alttaki iliak kristaya doğru kompresyon uygulanarak SİE bölgesinde ağrının varlığı değerlendirilir.

Distraksiyon Testi: Hasta sırtüstü yatırılır. Fizik inceleme sırasında hekim kollarını çaprazlayarak her iki spina iliaka anterior superiordan (SIAS) laterale ve posteriora doğru bastırarak eklemde distraksiyon yaratarak anterior sakroiliak ligamentleri gerer.

Posterior Sürtünme Testi: Hasta sırtüstü pozisyonda iken fizik incelemeyi yapan hekim kalça eklemine 90° fleksiyona ve femuru adduksiyona getirir. Ardından femur boyunca aksiyal kuvvet uygulanarak iliak kemik hassasiyeti değerlendirilir.

Gaenslen Testi: Hasta sırtüstü pozisyonda iken fizik incelemeyi yapan hekim kendi tarafındaki bacağı muayene masasından aşağı alır, kalça eklemine mümkün olan en fazla

ekstansiyon (hiperekstansiyon) yaptırılır. Diğer bacak kalça ve diz eklemi fizik incelemeyi yapan hekim tarafından tam fleksiyona getirilir. Muayene masasından aşağı alınan taraf SİE bölgesinde ağrı değerlendirilir.

Patrick FABER Testi: Hasta sırtüstü pozisyonda iken fizik incelemeyi yapan hekim kendi tarafında yer alan kalça ve diz eklemine fleksiyona getirir ve topuğu karşı taraftaki diz üzerine alır. Böylece kalça eklemine fleksiyon, abduksiyon ve eksternal rotasyon yaptırılır. Karşı taraf, spina iliaka anterior superiora basarak sabitlenir. Böylece anterior sakroiliak ligamentler ve kalça eklemine baskı uygulanır.

Omurganın öne doğru fleksiyonunun değerlendirilmesinde ise Schoeber testi ve bu testin modifiye formu kullanılmaktadır.

Schoeber Testi: Hasta ayakta, her iki ayağı bitişik ve sırtı fizik incelemeyi yapan hekime dönükken her iki SIAS'yi birleştiren varsayımsal çizgi seviyesinin omurga ile kesiştiği nokta beşinci lomber vertebra lokalizasyonudur. Bu nokta işaretlenir ve ardından bu noktanın 10 cm yukarısına ikinci bir işaret konulur. Fizik incelemeyi yapan hekim tarafından hastanın, diz eklemleri sabit kalacak şekilde kalça eklemine kullanarak öne doğru eğilmesi ve vertebral kolonun anterior fleksiyonu sağlanır. İşaretlenen bu iki nokta arasının en az 15 cm olması beklenmektedir. 15 cm'den düşük her ölçüm anterior fleksiyonun kısıtlandığına işaret eder.

Modifiye Schoeber Testi: Yukarıdaki hazırlık yapıldıktan sonra lumbosakral bileşkenin altına doğru 5 cm ve yukarısına doğru 10 cm'de olacak şekilde omurga üzerinde iki nokta işaretlenir. Hasta anterior fleksiyonda iken her iki nokta arasındaki mesafe en az 15 cm olmalıdır.^[3]

2. SpA'lı hastalarda fizik muayenede entezis noktalarında hassasiyet saptanması, entezit demek için yeterli midir? Ultrason ile entezis noktalarına bakmak da gerekli olur mu?

SpA hastalarında fizik incelemenin önemli bir ögesi entezit varlığının saptanmasıdır. Ancak yakın zamanda tek

başına fizik incelemenin entezit varlığının saptanmasında yeterli olmadığını göstermiştir. Spadaro ve ark.'ları^[4] AS'de USG ile fizik incelemede normal olarak değerlendirilen hastaların USG ile entezitlerinin saptandığını, USG ile, tek başına fizik incelemeye göre üç kat daha fazla sıklıkta entezitin belirlenebildiğini ve USG ile elde edilen bilginin SpA hastalarında fizik incelemenin önemli bir tamamlayıcısı olduğunu bildirmişlerdir. Gazel ve ark.'nın^[5] değerlendirmesinde PsA hastalarının el eklemleri ve tendonları üzerinde fizik inceleme ile hassasiyet ve ultrasonografi (USG) ile yapılan değerlendirme arasında kötü-orta derecede korrelasyon olduğu ve USG'nin fizik incelemeye üstün olduğu bildirilmiştir.

3. Aksiyal SpA tanısında ilk istenmesi gereken görüntüleme yöntemi hangisidir? Direkt pelvis grafisi mi, sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemesi mi?

AksSpA hastalarının hastalık süresi radyolojik olarak elde edilen veri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Erken dönem aksSpA hastalarında radyografik sakroiliit (direkt grafiler ile saptanan) düşük oranda bulunmaktadır. İBA, akut anterior üveit, HLA-B27 pozitifliği ve SpA için aile öyküsü olan SpA hastalarında SİE radyolojik bulguları bel ağrısının başlangıcını takip eden ilk 10 yıl içerisinde %60 civarındadır.^[6] Bu nedenle direkt grafiye ulaşımın kolaylığı ve hastalığın süresi göz önünde bulundurularak halen direkt grafiler aksSpA hastalarının radyolojik değerlendirmesinde ilk modalite olarak kullanılmaktadır. Ancak 2015 EULAR önerilerinde de yer aldığı gibi hastalığın erken dönemi ve özellikle doğurganlık çağındaki kadın hastalarda pelvik radyasyondan kaçınmak amacıyla tanısal değerlendirme içerisinde SİE'nin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) tercih edilebilir.^[7]

4. Sakroiliak eklem bilgisayarlı tomografisinin aksiyal SpA tanısındaki yeri nedir? Düşük doz bilgisayarlı tomografi nasıl uygulanır, tanıda yeri var mıdır?

AksSpA hastalarında direkt grafinin yeterli olmadığı durumlarda SİE'nin yapısal hasarını değerlendirmekte düşük doz bilgisayarlı tomografinin (BT) kullanılabilirliği yakın zamanda bildirilmiştir.^[8] Ancak düşük doz BT (DD/BT) uygulamasının SİE değerlendirmesinde bazı güçlükler bulunmaktadır.^[9] DD/BT'nin 1 mSv radyasyon dozunda tutarlı bir şekilde uygulanabildiği bilinmektedir. Ancak bu doz direkt grafiye benzer bir doz düzeyidir. Bu düşük dozda yapılan görüntüleme kalitesi iyi olmayabilir. Değişik filtreleme yöntemleri kullanılarak daha kaliteli görüntü elde edilebilir. Ancak düşük dozu elde etmek için gerekli filtreleme

yöntemi üzerinde bir uzlaşma bulunmadığından ve literatürde SİE değerlendiren DD/BT çalışmalarında birbirinden farklı görüntüleme dozları kullanıldığından halen SİE'nin DD/BT ile görüntülenmesi konusunda oluşturulmuş bir kılavuz bulunmamaktadır.

5. Aksiyal SpA düşündüğümüz hastanın görüntüleme sakroiliiti olmadığına, klinik şüpheli kuvvetli ise spinal manyetik rezonans görüntüleme yapıyor musunuz?

AksSpA klinik olarak uzman görüşüne göre mevcut ama HLA-B27'nin negatif ve SİE MRG ya da direkt grafilerin negatif olarak saptandığı hastalarda omurganın MRG ile değerlendirilmesi halen herhangi bir kılavuz içerisinde yer almamaktadır. Bunun nedeni SİE MRG de akut inflamatuvar bir değişiklik olarak kemik iliği ödemi (KİÖ) saptanmadığında omurgada aksiyal tutulumu ait KİÖ saptanma olasılığının yaklaşık %8 civarında olmasıdır. Ayrıca omurganın degeneratif problemlerinde de KİÖ görülebilir.^[10]

6. Ankilozan spondilit hastalarında kemik dansitesini nasıl ölçelim?

Her ne kadar AS hastalığı yeni kemik oluşumu ile karakterize bir hastalık olsa da hastalığın inflamatuvar karakteri aynı zamanda osteoporoz riski ile doğrudan ilişkilidir ve osteoporotik vertebral kırıklar sıklıkla tanı konulmadan dikkatten kaçabilmektedir. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte görülen sindesmotiler kemik mineral yoğunluğunun değerlendirilmesini etkilemektedir. Bu nedenle yakın zamanda hastalığın hem erken hem de ilerlemiş dönemlerini içeren çalışmalar modalite olarak X-ray absorptiometry (DXA) ve single energy quantitative computed tomography (SE-QCT) arasındaki farkları ortaya koymaya yönelmiştir.^[11] Hastalığın erken ve daha az yeni kemik oluşumunun bulunduğu dönemlerinde hem DXA hem de SE-QCT osteopeni ve osteoporozu yeterli düzeyde tanımlayabilmektedir. Ancak hastalığın ileri evrelerinde ve özellikle çok sayıda sindesmotinin bulunduğu hastalarda vertebral tarabeküler kemik yoğunluğu ve kortikal kemik yoğunluğu değerlendirmesi SE-QCT ile DXA'dan daha üstündür. DXA ile saptanan değerler genellikle olandan daha yüksek olarak saptanmakta ve DXA ile vertebral trabeküler kemiğin yağlı infiltrasyon ile replase oluşu standart olarak bildirilmemektedir. Bu nedenle AS hastalarında hem erken hem de geç dönemde kemik yoğunluğunun değerlendirilmesinde önerilen yöntem SE-QCT'dir. DXA kullanılacaksa lateral ölçümler yapılarak sadece vertebra cisminin değerlendirilmesi sağlanabilir.

Kaynaklar

1. Reveille JD, Weisman MH. The epidemiology of back pain, axial spondyloarthritis and HLA-B27 in the United States. *Am J Med Sci* 2013;345:431-6.
2. Laslett M, Williams M. The reliability of selected pain provocation tests for sacroiliac joint pathology. *Spine (Phila Pa 1976)* 1994;19:1243-9.
3. Macrae IF, Wright V. Measurement of back movement. *Ann Rheum Dis* 1969;28:584-9.
4. Spadaro A, Iagnocco A, Perrotta FM, Modesti M, Scarno A, Valesini G. Clinical and ultrasonography assessment of peripheral enthesitis in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 2011;50:2080-6.
5. Gazel U, Solmaz D, Ayan G, Ivory C, Karsh J, Aydin SZ. Accuracy of Physical Examination to Detect Synovial and Extra-Synovial Pathologies in Psoriatic Arthritis in Comparison to Ultrasonography 2020;9:2929.
6. Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? *Arthritis Rheum* 2005;52:1000-8.
7. Mandl P, Navarro-Compán V, Terslev L, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis* 2015;74:1327-39.
8. Maksymowych WP, Lambert RG. Spondyloarthritis: Low-dose CT for spondyloarthritis - a brilliant new chapter? *Nat Rev Rheumatol* 2018;14:130-1.
9. Lambert RGW, Hermann KGA, Diekhoff T. Low-dose computed tomography for axial spondyloarthritis: update on use and limitations. *Curr Opin Rheumatol* 2021;33:326-32.
10. Maksymowych WP. The role of imaging in the diagnosis and management of axial spondyloarthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2019;15:657-72.
11. Lange U, Kluge A, Strunk J, Teichmann J, Bachmann G. Ankylosing spondylitis and bone mineral density--what is the ideal tool for measurement? *Rheumatol Int* 2005;26:115-20.