

Endokrin Hastalıkların Romatizmal Bulguları

Ömer Tarım

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Prof.Dr.

Hemen bütün endokrin hastalıklar eklemlerde ve periartiküler dokularda bazı belirti ve bulgulara neden olabilir. Bu nedenle endokrin hastalıkların romatizmal bulguları klinikte sıkça rastlanan sorunlardır (1).

Hipotalamus-hipofiz

Gigantizmde eklem kıkırdağında hipertrofi ve sinovial kalınlaşma sonucunda artropati gelişebilir. Karpal tünel sendromu görülebilir ve sıklıkla bilateraldir. Sinovial ödem ve tendonlardaki hiperplazi nedeniyle median sinir basısı gelişebilir. Gigantizm ve akromegaliye bağlı myopati, proksimal kas güçsüzlüğü, atrofi ve myalji ile kendini gösterebilir. Kreatin kinaz düzeyi yükselebilir (2).

Hipotalamik hipopituitarizm, nadiren nöromusküler belirtilere neden olabilir. Tersine, bu durum temporal arteritise bağlı olabilir. Poliarteritis nodoza ve temporal arteritisli hastalarda uygunsuz antiidiüretik hormon sendromu gelişebilir (3).

Hipotiroidizm

Hipotiroidizmli hastalarda yaygın eklem ve kas ağrısından parmaklarda parestezi ve akut artrite kadar belirti ve bulgular olabilir. Erişkinlerde daha sık görülen miksödem artropatisi de hatırlanmalıdır. Proksimal kas güçsüzlüğü ile birlikte kreatin kinaz yüksekliği polimyozit ile karıştırılabilir. Kas güçsüzlüğü nedeniyle, myastenia gravis ve hipo, hiper-kalemik periyodik paralizinin ayırıcı tanısını yapmak gerekebilir. Hipotiroidizmli hastalarda egzersize bağlı rabdomyolizis de tanımlanmıştır. Açıklanamayan kreatin kinaz yüksekliğinde hipotiroidizm düşünülmelidir (4).

Ağır hipotiroidizmde mukopolisakkarid birikimine bağlı karpal tünel sendromu ve median sinir basısı gelişebilir. Hipotiroidizmde böbreklerden ürik asit atılımı azaldığı için hiperürisemi görülebilir (5).

Hashimoto tiroiditi ile birlikte romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus (SLE), skleroderma ve Sjögren sendromu gibi bağ dokusu hastalıkları görülebilir (6).

Hipertiroidizm

Hipertiroidizmde pretibial miksödem, karpal tünel sendromu, dev hücreli arteritis ve polimyaljia romatika görülebilir.

Antitiroid ilaçlar nedeniyle ortaya çıkan artralji, antiinflamatuvar tedavi gerektirecek kadar ağır olabilir (7).

Paratiroid hastalıkları

Primer hiperparatiroidizm görülen hastaların yaklaşık yarısında, romatizmal hastalıkları taklit eden myalji ve benzeri belirtiler görülmektedir. Paratiroid hormon (PTH)'un doğrudan kollajen üzerindeki etkisi ile ligamentlerde laksite gelişebilir ve eklem stabilitesi bozulabilir. Eroziyonlu artrit metakarpofalangeal ve radiokarpal eklemleri tutabilir. Romatoid artrit aksine lezyonlar eklem ulnar yüzündedir, eklem aralığı daralmaz ve proksimal interfalangeal eklemler daha az tutulurlar (8).

Geç tanı alan primer hiperparatiroidizmli hastalarda eklem kıkırdağında radyolojik olarak kondrokalsinozis saptanabilir (8).

Hipoparatiroidizmde, omuz ve kalçalarda, paraspinal bölgelerde, yumuşak doku, kas ve tendonlarda kalsifikasyon görülebilir. Yumuşak doku kalsifikasyonu, psödohipoparatiroidizmde de olabilir (8).

Adrenal hastalıkları

Kemiklerde endojen veya eksojen hiperkortizolizme bağlı aseptik (avasküler) nekroz görülebilir. Yüksek doz kortikosteroid tedavisi, özellikle SLE ve renal transplantasyon hastalarında aseptik nekroz açısından risklidir. En çok etkilenen eklemler kalça, dizler ve omuzlardır. Radyolojik bulgular klinik semptomlardan aylar, hatta yıllar sonra ortaya çıkabilir. İlk bulgular subkondral radyolusen alanlardır, sonraki aşamada skleroz ve osteoporoz alanları görülür. Zamanla kemik konturlarında değişiklikler, çökme ve fragmentasyon ortaya çıkar. Erken tanı önemlidir ve bu konuda kemik sintigrafisi ve manyetik rezonans görüntüleme, klasik radyografiden üstündür (9).

Avasküler nekrozun tedavisi tartışmalıdır. Eğer mümkünse kortikosteroid tedavisi kesilmeli veya dozu azaltılmalıdır. Ağır vakalarda cerrahi tedavi kaçınılmaz olabilir (9).

Uzun süre kortikosteroid tedavisi alan hastalarda, doz azaldığı zaman veya ilaç aniden kesildiğinde romatizmal semptomlar görülebilir. Ayrıca adrenal yetersizlikte, myalji ve eklem yakınmaları olabilir (9).

Cinsiyet hormonları

Cinsiyet hormonlarının önemli immün regülatuar rolleri vardır. Genel olarak, immün reaktiviteyi androjenler baskımlarken östrojenler uyarır. Hormon düzeylerindeki değişiklikler, bazı otoimmün hastalıkların seyriyi değiştirebilir (10).

Östrojenler, SLE patogenezinde önemli rol oynar. Kızlarda çok daha sık görülmesi ve lupuslu hastalarda östrojen metabolizmasının bozulması, bu düşünceyi desteklemektedir. Oral kontraseptif kullanan bazı hastalarda, antinükleer antikor saptanabilir, bazılarında Reynaud fenomeni, artralji veya artrit gelişebilir. Bu semptomlar, genellikle ilacın kesilmesinden sonra düzeler; fakat nadiren semptomlar sürebilir ve SLE'den farksız bir tablo ortaya çıkabilir (10).

Oral kontraseptiflerin, mevcut lupusu alevlendirebileceği konusu tartışmalıdır. Bazı araştırmacılar, eğer lupus inaktif ise kullanılabilirliğini belirtirken bazı yazarlar da SLE tanısı olan hastaların bu gruptaki ilaçları kesinlikle kullanmaması gerektiğini belirtmektedir. Altta yatan böbrek hastalığı olanlarda, böbrek işlevleri hızla bozulabilir. Yüksek düzeyde antifosfolipid antikorları olanlarda, oral kontraseptif kullanımı ile birlikte derin ven trombozları gelişebilir. Bu olasılık ilacın östrojen içeriği yükseldikçe artmaktadır (10).

Romatoid artrit östrojenle ilişkisi ise lupustaki ilişkinin tam tersidir. Romatoid artrit gebelikte hafifleyebilir ve oral kontraseptif kullanımı da hastalığın seyriyi iyi yönde etkileyebilir. Östrojen, kortikosteroid kullanan hastalarda bile kemik rezorpsiyonunu azaltmaktadır (10).

Diabetes mellitus

Hem tip 1 ve hem de tip 2 diyabette bazı romatizmal sendromlar görülebilir. Eklem kapsülünün kalınlaşması ile ortaya çıkan periartrit veya adheziv kapsülit tablosu en sık omuz eklemi tutar ve genellikle altı ay içinde düzeler (11).

Refleks sempatik distrofi sendromu ise ekstremitelerde ağrı ve yanma ile birlikte vazomotor işlev bozukluğudur. Eklemelerde ağrı ve şişme görülür. Radyolojik görüntüsü yama tarzında osteoporozdur. Tedavide kortikosteroidler ve gerekirse sempatektomi uygulanabilir. Fizyoterapi yararlı olabilir (11).

Diyabetik el, damarlar, baş dokusu ve periferik sinirlerdeki patolojiler sonucunda ortaya çıkar. Eklem hareketlerinde kısıtlanma ağrısızdır ve en çok el eklemlerinde kendini gösterir. Bu durum tip 1 diyabetli genç hastalarda daha sık görülür ve bu gruptaki hastaların yaklaşık %42'sini tutar. Olayın 'glukoz toksitesi' ile açıklanabileceği ve iyi kontrol sağlanamayan hastalarda glukozun baş dokusuna bağlanması ve sorbitol biriki-

mi sonucunda geliştiği düşünülmektedir. Bu nedenle yüksek hemoglobin A1c'nin fizik muayene ile saptanabilen bir bulgusu olarak da görülebilir. Hastanın göğsünün üzerinde avuç içlerini karşılıklı birbirine yapıştırması istendiğinde, bunu başaramadığı ve parmaklar arasında belirgin aralık kaldığı görülür. İyi kontrol edilmeyen diyabette, dermal fibrozise bağlı cildde gergin ve mumsu görünümüyle skleroderma benzeri lezyonlar görülebilir. Parmakların fleksör tendonlarında tenosinovit, ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olabilir. Bu durum, karpal tünel sendromu ile birlikte görülebilir. Dupuytren kontraktürü, yaşlılarda görülür ve çocukta son derece nadirdir (11).

Karpal tünel sendromu ile birlikteliği tanımlanan en sık hastalık diyabettir. Hastalar, median sinirin inervasyon alanında uyuşma ve karıncalanmadan yakınır. Diyabetik elin tedavisi öncelikle diyabet regülasyonunun iyileştirilmesini gerektirir. Patogeneze sorbitol birikimi de suçlandığı için aldoz redüktaz inhibitörleri yarar sağlayabilir (12).

Duysal nöropatiye bağlı destrüktif artropati (Charcot eklemi) çocukta son derece nadirdir.

Tip 1 diyabet ve romatoid artrit birliktelik gösterebileceği ve romatoid artritli hastaların yakın akrabalarında tip 1 diyabet sıklığının arttığı bildirilmektedir (11).

Kaynaklar

1. Liote F, Orcel P. Osteoarticular disorders of endocrine origin. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000; 14:251-76.
2. Colao A, Marzullo P, Vallone G, et al. Reversibility of joint thickening in acromegalic patients: an ultrasonography study. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83:2121-5.
3. Luzar MJ, Whisler RL, Hunder GG. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion in association with temporal arteritis. *J Rheumatol* 1982; 9:957-60.
4. Cruz MW, Tendrich M, Vaisman M, Novis SA. Electroneuromyography and neuromuscular findings in 16 primary hypothyroidism patients. *Arq Neuropsiquiatr* 1996; 54:12-8.
5. Erickson AR, Enzenauer RJ, Nordstrom DM, Merenich JA. The prevalence of hypothyroidism in gout. *Am J Med* 1994; 97:231-4.
6. Gaches F, Delaire L, Nadalon S, et al. Frequency of autoimmune diseases in 218 patients with autoimmune thyroid pathologies. *Rev Med Interne* 1998; 19:173-9.
7. Delamere JP, Scott DL, Felix-Davies DD. Thyroid dysfunction and rheumatic diseases. *J R Soc Med* 1982; 75:102-6.
8. Helliwell M. Rheumatic symptoms in primary hyperparathyroidism. *Postgrad Med J* 1983; 59:236-40.
9. Mok CC, Lau CS, Wong RW. Risk factors for avascular bone necrosis in systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol* 1998; 37:895-900.
10. Buyon JP. Oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *Ann Med Interne (Paris)* 1996; 147:259-64.
11. Rosenbloom AL, Silverstein JH. Connective tissue and joint disease in diabetes mellitus. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996; 25:473-83.
12. Eaton RP, Sibbitt WL Jr, Shah VO, et al. A commentary on 10 years of aldose reductase inhibition for limited joint mobility in diabetes. *J Diabetes Complications* 1998; 12:34-8.