

Spondiloartropatili Hastaların Klinik ve Radyolojik Özellikleri

Clinical and Radiological Characteristics of Spondyloarthropathy

Yasemin Turan, Mehmet Tuncay Duruöz¹, Lale Cerrahoğlu¹

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmada spondiloartropati (SpA) hastalarının klinik özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Avrupa Spondiloartropati Çalışma Grubu (ESSG) tanı kriterlerini karşılayan 120 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 48'i ankilozan spondilit (AS), 42'si reaktif artrit (ReA), 9'u psöriatik artrit (PsA), 3'ü enteropatik artrit (EA) ve 18'i sınıflandırılmayan SpA (uSpA) alt gruplarından oluşmaktaydı. Demografik veriler, klinik bulgular ile sakroiliit evrelemesi not edildi. Entezit şiddeti Mander entezis indeksi (MEI) kullanılarak hesaplandı. AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ve Hastalık Fonksiyonel İndeksi (BASFI) sırasıyla AS hastalarının hastalık aktivitesini ve fonksiyonel durumunu değerlendirmek amacıyla kullanıldı.

Bulgular: En sık görülen semptom gece ağrısı (%55,1) iken, en sık görülen radyografik tutulum sağ taraf sakroiliit (%95,8) olarak bulundu. Epin kalkaneal ise en fazla PsA (%55,5) ve EA (%33,3) hastalarında gözlemlendi. SpA hastalarındaki entezit görülme oranı %86,7 olarak bulundu. SpA hastalarında en fazla tutulan entezis bölgesinin sakroiliak bölge olduğu saptandı (%50). Üveit en fazla AS hastalarında (%16,7) gözlenirken topuk ağrısı yakınması en fazla ReA hastalarında (%47,6) gözlemlendi.

Sonuç: SpA hastalarının birçok klinik bulguları ortak olmakla birlikte hastaların en fazla rahatsız olduğu yakınmanın gece ağrısı olduğu gözlemlendi. Bu açıdan hastaların bu konuda sorgulanıp medikal tedavilerinin bu açıdan düzenlenmesi gerekmektedir olduğunu düşünmekteyiz. (*Rheumatism 2008; 23: 46-51*)

Anahtar kelime: Spondiloartropati, Klinik özellikler

Abstract

Objective: The objective of this study is to determine the clinical characteristics of patients with spondyloarthropathies (SpA).

Patients and Methods: One hundred -twenty patients that match European Spondyloarthropathies Study Group (ESSG) diagnostic criteria, were included in this study. There were 48 ankylosing spondylitis (AS), 42 reactive arthritis (ReA), 9 psoriatic arthritis (PsA), 3 enteropathic arthritis (EA) and 18 undifferentiated SpA (uSpA) patients. Demographic data, clinical parameters and grade of sacroiliitis were assessed. Enthesitis were evaluated by the Mander Enthesis Index (MEI). Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) and Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) evaluated disease activity and functional status in AS patients, respectively.

Results: The most frequently seen symptom was night pain (55.1%) and the most frequently seen radiographic involvement was right sacroiliitis (95.8%). Epin calcanei was most frequently observed in PsA (55.5%) and EA (33.3%) patients. The incidence of enthesitis in patients with SpA was 86.7%. Uveitis and heel pain were most commonly found respectively in AS (16.7%), and ReA (47.6%) patients.

Conclusion: Whereas patients with SpA had similar clinical symptoms, their most common complaint was night pain. We think that it should be kept in mind while medical treatment is put in order. (*Rheumatism 2008; 23: 46-51*)

Key words: Spondyloarthropathy, Clinical findings

Giriş

Spondiloartropatiler (SpA) sinovit ve entezitlerle karakterize, aksiyel ve periferik tutulumun görüldüğü, genetik yatkınlığın olduğu, multisistemik hastalıklar grubudur (1,2). SpA alt grupları, ankilozan spondilit (AS) prototip olmak üzere reaktif artrit (ReA), enteropatik artrit

(EA), psöriatik artrit ve sınıflandırılmayan SpA (undifferentiated SpA; uSpA)'dan oluşur. SpA'ların spondilit, periferik artrit, sakroiliit ve entezit gibi bazı ortak klinik özellikleri olmakla birlikte, bu klinik bulguların görülme sıklığı ve özelliği alt gruplarda farklılık gösterebilir (1-3).

Literatürde SpA hastalarının klinik verilerini araştıran çalışmalar olmakla birlikte Türkiye'de bu tarz çalışmalar

bulunmamaktadır. Bu konuda verilerimiz olması amacıyla çalışmamızda SpA hastalarının klinik özelliklerini araştırmayı planladık.

Hastalar ve Yöntem

Avrupa SpA çalışma grubu (European Spondylarthropathy Study Group; ESSG) (4,5) sınıflandırma kriterlerini karşılayan erişkin hastalar (16 yaş üstü ve 75 yaş altı) rastgele çalışmaya dahil edildi. Malignitesi, fibromyalji ve diğer sistemik inflamatuvar romatizmal hastalıkları bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Katılımcıların hiç biri birden fazla romatizmal hastalığa sahip değildi. SpA hastalarını alt gruplara ayırmak için AS'de modifiye New York kriterleri (6), ReA'da Calin Kriterleri (7), PsA için olası psöriatik artrit kriterleri (8,9) kullanıldı. İnflamatuvar bağırsak hastalığı ile birlikte aksiyel artrit ve periferik eklem inflamasyonu olması ile enteropatik artropati grubuna ve ESSG kriterlerini karşılayan fakat yukardaki tanı kriterlerine uymayan hastalar da uSpA grubuna dahil edildi (1).

Tanı kriterleri;

Modifiye New York kriterleri; bilateral ikinci derece veya tek taraflı 3-4. derece sakroiliit ile birlikte en az bir klinik kriter varlığı (1;Egzersiz ile geçen dinlenme ile geçmeyen 3 aydan uzun süren bel ağrısı ve katılığı, 2; Bel omurlarının 3 planda egzersiz ile rahatlayan dinlenme ile geçmeyen hareket kısıtlılığı, 3;Yaş ve cinsiyete göre göğüs ekspansiyonun normal değerinin altında olması) (6).

Calin Kriterleri;

Asimetrik seronegatif oligoartrit ile birlikte klinik bulgulardan (1.Üretrit veya servisit 2. Diyare , 3. İnflamatuvar göz hastalıkları 4. Mukokutanöz lezyon 5. Balanit 6. Oral ülserasyon 7. Keratoderma) bir tanesinin olması ReA için tanı koydurur (7).

Olası PsA kriterleri:

Psöriatik deri lezyonları, primer osteoartrit yok iken, DIF eklemlerinin tutulması, tırnaklarda belirgin noktalanmalar (pitting>20), PsA'in ailede olması, fleksör tenosinovit ve sosis parmak, asimetrik eklem tutulması PsA tanısını koydurur (8,9).

Hastaların %90'ı düzenli klinik takipteydi ve antiromatizmal ilaç kullanıyorlardı.

Kesitsel bir çalışma planlanarak bütün hastaların verileri bir defada değerlendirildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti kaydedildi. Vücut Kütle İndeksi (VKİ) kg/m² olarak hesaplandı. Aile öyküsü, hastalık süresi (ay) ve sabah tutukluğunun süresi (dakika), gece ağrısı varlığı, oral ülser ve üvertin öyküsü veya varlığı kaydedildi. İstirahat ve hareketle olan ağrıları 100 milimetrelilik Visüel Analog Skala (VAS) üzerinde değerlendirildi. Ağrılı (68 eklem) ve şiş eklem

sayısı (64 eklem; omuz ve kalça eklemleri hariç) değerlendirildi. Entezis bölgelerinin değerlendirmesi için 66 noktayı ölçen Mander Entezis İndeksi (MEI) kullanıldı. Bu indekse göre muayene edilen entezis bölgeleri şunlardı; nukhal krestler, manubriosternal eklem, kostakondral eklemler, femurun büyük tuberositi, femurun medial ve lateral epikondilleri, aşil tendonu, plantar fasya, servikal, torasik ve lomber spinöz prosesler, iskiyal tuberositler ve spina iliaka posterior superior. Bu bölgelere başparmak ile basınç uygulanır ve ağrısız ise sıfır, minimal ağrılı ise 1, orta şiddette ağrılı ise 2, çekme hareketi oluşacak ölçüde ağrılı ise 3 olmak üzere 0-3 arasında skorlanır. Toplam maksimum puan 90, minimum puan ise; 0'dır (10). En sık görülen entezit bölgesi not edildi. Bilateral enteziti olan bölgeler için entezit skoru en yüksek olan tarafın puanı hesaplamaya alındı. Tüm alt gruplardaki entezit puanlarının toplamı ise toplam entezit skoru (TES) olarak kaydedildi.

Sadece AS hastalarına, AS için hastalık aktivitesini ölçen Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) (11,12) ve fonksiyonel durumu değerlendiren Hastalık Fonksiyonel İndeksi (BASFI) (13,14) uygulandı.

Hastaların sakroiliak eklem standart antero-posterior grafisi birinci yazar tarafından yorumlanarak New York kriterlerine göre sakroiliitin derecesi evrelendi. Ayrıca bilateral ayak lateral grafisi yine aynı yazar tarafından değerlendirilerek epin kalkaneal varlığı not edildi.

Laboratuvar incelemede, Westergren methodu ile eritrosit sedimentasyon hızı (mm/saat), nefelometri yöntemiyle C reaktif protein (CRP) (mg/L) düzeyi ölçüldü.

İstatistiksel değerlendirmeler; Software Statistical Package Sciences (SPSS) for windows version 11,0 kullanılarak deskriptif değerlendirme ile yapıldı. Alt gruplar arasındaki klinik ve demografik verilerin farklılığı one-way ANOVA testi ve ki-kare testi ile değerlendirildi. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya 61'i kadın, 59'u erkek olmak üzere 120 SpA hastası katıldı. Bunların 48'i (%40) AS, 42'si (%35) ReA, 9'u (%7,5) PsA, 3'ü (%2,5) EA ve 18'i (%15) uSpA'dan oluşmaktaydı. Olguların demografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. AS hastalarının çoğu erkeklerden oluşuyordu (%81,3). Diğer SpA gruplarında ise kadın popülasyonu daha fazlaydı. SpA'nın alt gruplarından en genç popülasyona sahip hasta grubu AS [ortalama 39±11,2) yıl], en yaşlı popülasyona sahip hasta grubu ise EA [ortalama 53,3±13,6) yıl] olarak bulundu. AS hastalarının VKİ'si diğer hastalara göre daha yüksekti. Ailede romatizmal hastalık öyküsü PsA hastalarında daha fazla bulundu (%66,7). İkinci sıklıkta AS hastalarında görüldü (%35,4) (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik veriler

	AS (n=48)	ReA (n=42)	PsA (n=9)	EA (n=3)	uSpA (n=8)	Toplam (n=120)	P
Cinsiyet (K/ E)	9/39	28/14	7/2	3/0	14/4	61/59	<0.001*
Yaş [yıl, ort±SS]	39±11.2	46.5±10.5	51.2±8.8	53.3±13.6	40.9±10.4	43.2±11.4	0.001*
VKI [kg/m ² ort±SS]	25±4.4	27±4.4	28.5±6	28.2±2.6	24.9±4.1	26.1±4.5	0.064
Aile öyküsü [n (%)]	17(35.4)	6(14.3)	6(66.7)	1(33.3)	2(11.1)	32(26.7)	

K: Kadın, E: Erkek, VKİ: Vücut kütle indeksi, *=istatistiksel olarak anlamlı

Olguların klinik özellikleri yönünden dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir. SpA hastalarımızın en uzun hastalık süresi AS hastalarında ortalama 142,5±217,2 ay olarak bulundu. SpA hastalarımızın en sık görülen yakınması gece ağrısıydı (%55,1) (Tablo 3).

PsA hastalarında ağırlı eklemi olan hasta sayısı %77,2 ve şiş eklemi olanların oranı da %22,8 olarak bulundu. uSpA hastalarında ise periferik tutulum %70,6 oranında bulundu.

Olguların radyolojik değerlendirmesinde, sağ taraf ve sol taraf sakroiliit AS ve PsA'lı hastaların hepsinde mevcuttu. Epin kalkaneı ise en fazla PsA (%55,5) ve EA (%33,3) hastalarında gözlemlendi (Tablo 3).

SpA alt grupları arasında cinsiyet, yaş, hastalık süresi, hassas eklem ve şiş eklem sayısı, üveit ve sakroiliit açısından anlamlı farklılık bulunmakla birlikte diğer klinik parametreler açısından anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo1,2,3).

120 SpA hastasının 104'ünde (%86,7) entezit vardı. En çok entezit ReA hastalarında (%93) mevcuttu. İkinci sıklıkta ise AS hastalarında (%79,2) bulunmaktaydı. EA, PsA, uSpA hastalarının toplamında %22,5 oranında entezit saptandı. En sık ve en az görülen entezis tutulum bölgeleri ve toplam entezit skoru Tablo 4'de verilmiştir. Buna göre; SpA hastalarının tümünde TES en yüksek olan bölge sakroiliak eklemler (%50) iken, TES skoru en az olan bölge sağ iskiyal tüberosit (%4,2) olarak bulundu.

Tartışma

Bizim çalışmamızdaki hastaların %50,8'ini kadın hastalar oluşturmakla birlikte AS hastalarının %81,3'ünü erkekler oluşturuyordu. Literatürde AS'nin erkekleri, kadınlara göre 2-3 kez daha sık etkilediği bildirilmiştir (15). Çalışmamızda bu oran daha fazla (yaklaşık 4 kat) olarak bu-

Tablo 2. Spondiloartropati hastalarının alt gruplarının klinik ve laboratuvar özellikleri (Ortalama±SS)

	AS	ReA	PsA	EA	uSpA	Toplam	P
Hastalık süresi (ay)	142.5±217.2	83.8±79.3	138.3±107.3	135.2±117.1	84±84.2	112.2±108.8	0.003*
Sabah tutukluğu (dk)	51.3±69.6	28.8±55.1	36.7±57.2	25±30.4	40.7±45.3	40.1±59.9	0.499
Hassas eklem sayısı	1.3±1.3	3±4.8	5.1±4.9	7.7±8.3	1.7±1.6	2.4±3.7	0.002*
Şiş eklem sayısı	0.1±0.3	0.2±0.4	1.3±2.3	0.3±0.6	0	0.2±0.8	<0.001*
İstirahat ağrısı (VAS)	45.4±20.1	51±30.7	24.6±23.3	60.7±36.1	40.8±32	45.5±27.3	0.072
Hareket ağrısı (VAS)	34±19.8	39.6±27.3	31.7±21.2	65.3±27.4	33.2±24.4	36.5±23.9	0.178
BASDAI (0-10)	4 ±1.6	D	D	D	D	D	
BASFI (0-10)	2.9±2.6	D	D	D	D	D	
MEI (0-90)	11.8±11	12±13.6	12±13.6	213±17.5	11.8±12	11.8±11	0.639
ESH (mm/h)	27.2±27.3	20.1±19.9	19.2±11.1	30.7±4.9	16.7±9.3	22.6±21.7	0.328
CRP (mg/L)	19.6±42.9	8.1±11.4	4.8±3.7	9.7±5.5	5.6±6.1	12.1±28.6	0.223

BASDAI Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASFI: Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, MEI : Mander entezis İndeksi, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP:C Reaktif Protein, D:Değerlendirilmedi.

Tablo 3. Spondiloartropati hastalarının alt gruplarının klinik, radyolojik özellikleri

	AS n (%)	ReA n (%)	PsA n (%)	EA n (%)	uSpA n (%)	Toplam n (%)	P
Gece ağrısı	25 (54.3)	26 (60.5)	3 (33.3)	1(33.3)	10 (58.8)	65 (55.1)	0.855
Üveit	8(16.7)	1(2.4)	0(0)	0(0)	0(0)	9(7.5)	0.043*
Sosis parmak	0(0)	1(2.4)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2.4)	0.759
Oral mukozal aft	4(8.3)	3 (7.1)	1 (11.1)	0 (0)	1(5.9)	9(7.5)	0.967
Balanit	0(0)	2(4.8)	0(0)	0(0)	0(0)	2(4.8)	0.437
Topuk ağrısı	9(39.6)	20(47.6)	4(44.1)	2(66.7)	8(44.4)	53(44.2)	0.873
Sağ epin kalkaneı	4(8.3)	3(7.1)	2(22.2)	1(33.3)	1(5.9)	11(9.7)	0.257
Sol epin kalkaneı	5(10.4)	5(11.9)	3(33.3)	0(0)	1(5.9)	14 (1.2)	0.265
Sağ sakroiliit toplam	48(100)	38(90.4)	9 (100)	3(100)	17(94.4)	115(95.8)	<0.001*
Evre 2		9(18.8)	34(81)	9 (100)	2 (66.7)	17(94.4)	
Evre 3		20(41.7)	3(7.1)	1(33.3)			
Evre 4		19(39.6)	1(2.4)				
Sol sakroiliit toplam	48(100)	36	9(100)	1(33.3)	1(33.3)	95(79.2)	<0.001*
Evre 2		11(22.9)	31(73.8)	8(88.9)	1(33.3)	1(33.3)	
Evre 3		19(39.6)	4 (9.5)	1(11.1)			
Evre 4		18 (37.5)	1(2.4)				

lundu. ReA hastalarında ise kadın popülasyonu (%66,7) daha fazlaydı. Yurt dışında yapılan çalışmalarda ReA hastalarında kadın, erkek oranı eşit (1) olduğu rapor edilmiştir. Fakat kadınlarda hastalık daha hafif ve asemptomatik seyrettiği için tanının gözden kaçabileceği bilinmektedir (7). PsA hastalarında da kadın popülasyonu (%77,8) erkeğe oranla fazlaydı. PsA genelde kadın ve erkeği eşit oranda tutar (8). Bizim çalışmamızdaki PsA hasta sayısı toplamı 9 olduğu için genel popülasyonla yapılan çalışmalarla kıyaslamak hatalı olabilir. EA hastalarının tümünü kadınlar oluştuyordu. uSpA hastalarımızın %77,8'inde kadınlar erkeklerle göre daha fazlaydı. Alaska eskimolarında yapılan bir çalışmada uSpA hastalarında erkeklerde, kadınlara göre 2 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (16). Türk toplumunda prevalansın cinsiyete göre dağılımıyla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlamadık.

Sabah tutukluğu süresi açısından alt gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 2). Ancak anlamlı olmasa da en uzun sabah tutukluğu süresi olan hasta grubu AS' idi. AS hastalarında sabah tutukluğu en sık görülen semptomlardan biridir. Sabah tutukluğu süresi ve şiddeti hastalık aktivitesini değerlendiren BASDAI'nin son 2 sorusunu oluşturmaktadır (11).

Hassas ve şiş olan eklem sayısının ortalaması en fazla EA hastalarında ikinci sıklıkta ise PsA hastalarında bulundu. EA hastaları ve PsA hastalarının toplamı tüm hastaların %10'unu oluşturduğundan bu oran ihmal edilebilir. Bu açıdan ReA hastalarında ağırlı eklem sayısı ortalaması ve şiş eklem sayısı ortalaması yüksek olması beklediğimiz bir sonuçtu. Çünkü akut oligoartrit, ReA hastalığının tanı kriterleri (Calin kriterleri) arasında yer almaktadır (7,17). Hastaların hepsinde akut oligoartrit olmamasının sebebi ise hastaların bazılarının tanısının önceden konması ve biz hastaları çalışmamıza aldığımızda aktif dönemde olmamasından kaynaklanmaktadır. ReA'da, periferik eklem tutulumu sıklığı diğer SpA'lara göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (17,18). Daha önce yapılan bir çalışmada bu oranın %90 olduğu rapor edilmiştir (18). Bizim çalışmamızda ReA hastalarının periferik eklem tutulumlarının fazla görülmesi yapılan diğer çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. PsA hastalarında ağırlı eklemi olan hasta sayısı %77,2 ve şiş eklemi olanların oranı da %22,8 olarak bulundu. PsA'da asimetrik oligoartrit görülme oranı %15-40 olarak bildirilmiştir (19). uSpA hastalarında ise

periferik tutulum %70,6 oranında bulundu. Yapılan bir çalışmada uSpA hastalarındaki periferik artrit oranının %60-100 arasında olduğu bildirilmiştir (16). Bu oranın bizim uSpA hastalarımızın periferik tutulum oranıyla uyumlu olduğu görülmektedir. AS hastalarının yaklaşık %25'inde periferik eklem tutulumunun görüldüğü daha önce rapor edilmiştir (20). Bizim AS hastalarımızdaki hassas eklem sayısı ve şiş olan eklem sayısı tüm SpA hastalarının yarısını oluşturmaktaydı.

Oral mukozal aft açısından SpA alt grupları arasında anlamlı farklılık yoktu. Alt gruplar arasında oran olarak en fazla (%11,1) PsA hastalarında, ikinci sıklıkta ise AS (%8,3) hastalarında bulundu. EA hasta grubunda oral ülserasyona hiç rastlanılmadı. ReA hastalarında da oral mukozal aft oranı yüksekti (%7,1). Oral mukozal aftlar ReA'nın tanı kriterlerinden biridir. Hastalığın erken döneminde ve geçici olarak görülen belirtilerdir. Ağrısız olduğu için gözden kaçabilir (17). Yapılan bir çalışmada uSpA hastalarındaki oral mukozal aftların görülme oranının %8 olduğu rapor edilmiştir (16). Bizim uSpA hasta grubumuzda bu oran %5,9 olarak bulundu.

PsA hastalarında sakroiliit görülme oranı %78 olduğu bildirilmiştir (21). Biz AS ve PsA hastalarında sakroiliit oranını %100 olarak bulduk. Literatürlerde de AS hastalarında sakroileit/spondilit oranı %100 olarak verilmiştir (22). ReA hastalarında bilateral sakroiliit oranı %83,7 iken tek taraflı sakroiliit oranı %90,4 olarak bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda ReA hastalarında sakroiliit oranı %40-60 olduğu bildirilmiştir. ReA'da hastalığın kronikleşmesi ve süresi ile sakroiliak eklem tutulum sıklığının arttığı bildirilmiştir (18). Bizim ReA hastalarımızın hastalık süresi (ortalama 83,8±79,3 ay) uzun olduğu için sakroiliak eklem tutulumu oranlarının fazla olması bu nedene bağlanabilir. uSpA hastalarında tek taraflı sakroiliit oranı %94,4 olarak tespit edildi. Yapılan bir çalışmada uSpA'da sakroiliit oranı, %16-30 olarak bulunmuştur. uSpA'nın popülasyon çalışmalarında radyografik sakroiliit ile ilgili çok az bilgi vardır (16). Türk popülasyonunda ise herhangi bir çalışma yoktur.

AS hastalarına uygulanan BASDAI'nin ortalaması 4±1,6, BASFI ise 2,9±5,2,6 olarak bulundu. AS'li hastalarımız BASDAI skoruna göre hastalar aktif dönemde olmakla birlikte hastaların fonksiyonel durumları fazla etkilanmemişti. Barkham ve ark.ları BASDAI skoru arttıkça fonksiyonel bozukluğun arttığını gözlemişlerdir (23).

Tablo 4. Spondiloartropati alt gruplarında entezit görülme sıklığı

Entezit bölgeleri	AS n (%)	ReA n (%)	PsA n (%)	EA n (%)	uSpA n (%)	TES n (%)
Sakroiliak eklemler	25(52.1)	20(47.6)	5(55.6)*	2(66.7)	8 (44.4)	60 (50)*
Torakal spinöz proses	28(58.3)	15(35.7)	1(11.1)	2(66.7)	7(38.9)	53 (44.2)
Lomber spinöz proses	30(62.5)*	11(26.2)	2(22.2)	2(66.7)	8 (44.4)	53 (44.2)
Sol medial epikondil	17(35.4)	22 (52.4)*	4 (4.4)	2 (66.7)	9 (50)*	54 (45)
Sol major tüberosit	20(41.7)	14(33.3)	3(33.3)	1(33.3)	9 (50)*	47 (39.7)
Servikal spinöz proses	20(41.7)	16(38.1)	3(33.3)	3(100)*	5(27.8)	47 (39.7)
Sol lateral epikondil	11(22.9)	11(26.2)	2(22.2)	2(6.7)	9 (50)*	35 (29.2)
Sol aşil tendonu	1(2.1)**	5 (11.1)	1(11.1)	0(0)**	3(16.7)**	10 (8.3)
Sağ iskiyal tüberosit	2(4.2)	0(0)**	0(0)**	0(0)**	3 (16.7)**	5 (4.2)**

TES: Toplam Entezit Skoru, (*)=En sık görülen bölge, (**) =En az görülen bölge

Alt gruplar arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte entezitin en çok görüldüğü hastalık grubu ReA hastaları (%93) idi. İkinci sıklıkta ise AS hastalarında (%79,2) bulunmaktaydı. EA, PsA, uSpA hastalarının toplamında %22,5 oranında entezit saptandı. Entezitler bütün SpA'larda olduğu gibi ReA'larında karakteristik özelliğidir. En sık tutulan entezis bölgeleri, aşil tendonu ve plantar fasyanın kalkaneusa yapıştığı yerlerdir (10,24). Bizim ReA hastalarımızda en sık tutulan entezis bölgesi sol medial epikondil olarak bulundu. SpA hastalarının tümünde TES en yüksek olan bölge sakroiliak eklemler (%50) iken, TES skoru en az olan bölge sağ iskiyal tüberosit (%4,2) idi. AS hastalarında en sık tutulan entezis bölgeleri, aşil tendonu ve plantar fasyanın kalkaneusa yapıştığı bölge olarak bilinmektedir (25). Bizim AS hastalarımızda en sık görülen entezit bölgesi lomber spinöz prosesler bulunurken en az tutulan bölge ise sol aşil tendonuydu. Kaya ve ark.larının yaptıkları çalışmada da AS hastalarında en sık tutulan entezis bölgesi L5 ve S1 spinöz proses olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada bizim AS hastalarımızla uyumlu olarak aşil tendonunu en az tutulan bölge olarak bulunmuştur (26). Ayrıca Mander ve arkadaşları da AS hastalarında aşil tendonu en az tutulan entezis bölgesi olduğunu rapor etmişlerdir (10). ReA hastalarımızda en fazla görülen entezis bölgesi sol medial epikondil iken uSpA hastalarımızda en sık görülen entezis bölgesi sol medial epikondil, sol major tüberosit, sol lateral epikondil olarak bulundu. Daha önce yapılan çalışmada uSpA hastasında %56 oranında entezit görüldüğü bildirilmiştir. Bu hastalarda en sık tutulan entezis bölgesinin aşil tendonu, plantar fasya, kostokondral bileşke, iliak krestler ve tibial tüberkülden olduğunu bildirmişlerdir (16).

SpA hastalarımızın laboratuvar incelemelerinde CRP düzeyi yüksek bulunurken ESH normal olduğu gözlemlendi. Bu konuda AS ile ilgili yapılan çalışmalarda aktif hastalığı olan AS hastalarının sadece %50-70'inde ESH ve CRP seviyesinin yükseldiği gözlenmiştir (27-30). Bizim AS hastalarımızın BASDA skoru 4 olduğundan hastalık aktif dönemde değildi. Ayrıca CRP and ESH'nin periferik artriti olmayan AS hastalarında hastalık aktivitesini tespit etmede yetersiz olduğu daha önce bildirilmiştir (31). Bizim AS hastalarımızda periferik artriti ortalaması oldukça düşük bulunmuştu (Tablo 2). Bu açıdan hastalarımızdaki CRP yüksekliğini hastalık aktivitesine bağlamak yanlış olur.

SpA hastalarımızda hastaların en fazla yakınması gece ağrısı (%55,1) idi. Gece ağrısı yakınmasının alt gruplar arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte oran olarak en fazla ReA hastalarında bulunması hem entezit görülme oranının hem de ağrılı eklem sayısının fazla olmasına bağlanabilir. Linder ve arkadaşları SpA hastalarında yaptıkları çalışmada üveit görülme oranını %10 olarak bulmuşlardır (32). Bizim hastalarımızda üveit görülme oranı %7,5 olarak bulundu. SpA alt grupları arasında üveit oranı açısından anlamlı farklılık vardı ve üveit yakınması en fazla AS hastalarında (%16,7) gözlemlendi. AS hastalarındaki üveit oranının %25-30 oranında olduğu daha önce bildirilmiştir (9). SpA hastalarının 53'ünde topuk ağrısı yakınması mevcutken, 25'inde radyografik olarak sağ veya sol bölgede epin kalkane varlığı saptandı. Bu sonuç bize SpA hastalarındaki her topuk ağrısının epin kalkane'den kaynaklanmadığını mekanik nedenlerinin de araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak bu çalışmada SpA hastalarının klinik özelliklerinin görülme sıklığı tanımlanmıştır. SpA hastalarının birçok klinik bulguları ortak olmakla birlikte hastaların en fazla rahatsız olduğu yakınmanın gece ağrısı olduğu gözlemlendi. Bu nedenle hastaların tedavileri düzenlenirken bu konu göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Medicine* 2002;136:896-907.
2. Olivieri I, van Tubergen A, Salvarani C, van der Linden S. Seronegative spondyloarthritides. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002; 16: 723-39.
3. De Keyser F. Spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol* 2007; 19: 333-4.
4. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathies. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 1218-27.
5. Erturk M, Alaca R, Tosun E, Duruoz MT. Evaluation of the Amor and ESSG classification criteria for spondyloarthropathies in a Turkish population. *Rev Rhum Engl Ed*. 1997; 64: 293-300.
6. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 361-8.
7. Calin A. Reactive arthritis and Reiter's syndrome-the clinical spectrum. In: Calin A, Taurog JD (Eds). *The Spondylarthritides*. New York, Oxford University Press, 1998:41-57.
8. Arasil T. Psöriatik artriti. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, ed; *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000: 1598-1603.
9. Kabasakal Y. Spondilartritler. In: Doğanavşargil E, Gümüşşiş G (Eds). *Klinik Romatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2003: 501-39.
10. Mander M, Simpson JM, McLellan A, Walker D, Goodacre JA, Dick WC. Studies with an enthesitis index as a method of clinical assesment in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1987; 46: 197-202.
11. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994;21:2286-91.
12. Akkoc Y, Karatepe AG, Akar S, Kirazlı Y, Akkoc N. A Turkish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index: reliability and validity. *Rheumatol Int* 2005; 25: 280-84.
13. Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea J, Mallorie P et al. A new approach to defining functional ability in Ankylosing Spondylitis: The development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol* 1994; 21: 2281-85.
14. Karatepe AG, Akkoc Y, Akar S, Kirazlı Y, Akkoc N. The Turkish versions of the Bath Ankylosing Spondylitis and Dougados Functional Indices: reliability and validity. *Rheumatol Int* 2005; 25: 612-18.
15. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 8-18.
16. Zeidler H, Mau W, Khan MA. Farklılaşmamış Spondilartropatiler (çeviri). Khan MA, (Ed); *Spondilartropatiler* (içinde). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2000: 291-31.
17. Toivanen A, Toivanen P. Reactive arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004; 18: 689-703.
18. Akyokuş A. Reaktif Artritlerin Tanı ve Tedavisinde Son Gelişmeler. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1998; 44: 91-94.
19. Savaş S, Başak B, Çetin M. Psöriasisli Hastalarda Eklem Tutulumunun Klinik ve Radyolojik Olarak Değerlendirilmesi. *Romatizma* 2000;3:185-89.

20. Zochling J, Braun J. Assessment of ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2005;23 (suppl. 39):133-141.
21. Battistone MJ, Manaster BJ, Reda DJ, Clegg DO. The prevalence of sacroilitis in psoriatic arthritis: new perspectives from a large, multicenter cohort. A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Skeletal Radiol* 1999; 28: 196-201.
22. Braun J, van der Heijde D, Dougados M, Emery P, Khan MA, Sieper J et al. Staging of patients with ankylosing spondylitis: a preliminary proposal. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 19-23.
23. Barkham N, Kong KO, Tennant A, Fraser A, Hensor E, Keenan AM, et al. The unmet need for anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) therapy in ankylosing spondylitis. *Rheumatol* 2005; 44: 1277-81.
24. François R J, Braun J, Khan M A. Entheses and enthesitis: a histopathologic review and relevance to spondyloarthritides. *Curr Opin Rheumatol* 2001; 13: 255-64.
25. McGonagle D, Khan MA, Marzo-Ortega H, O'Connor P, Gibbon W, Emery P. Enthesitis in spondyloarthropathy. *Curr Opin Rheumatol* 1999; 11: 224-50.
26. Kaya T, Bal S, Gunaydin R. Relationship between the severity of enthesitis and clinical and laboratory parameters in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2007; 27: 323-7.
27. Mau W, Zeidler H, Mau R, Majewski A, Freyschmidt J, Stangel W et al. Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis. Results of a 10-year follow-up. *J Rheumatol* 1988; 15: 1109-14.
28. Spoorenberg A, van der Heijde D, de Klerk E, Dougados M, de Vlam K, Mielants H, et al. Relative value of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in assessment of disease activity in ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 1999; 26: 980-4.
29. Braun J, Brandt J, Listing J, Zink A, Alten R, Krause A, et al. Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab – a double-blind placebo controlled multicenter trial. *Lancet* 2002; 359: 1187-93.
30. Dougados M, Gueguen A, Nakache J-P, Velicitat P, Zeidler H, Veys E, et al. Clinical relevance of C-reactive protein in axial involvement of ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 1999; 26: 971-4.
31. Sheenan NJ, Slavin BM, Donovan MP, Mount JN, Mathews JA. Lack of correlation between clinical disease activity and erythrocyte sedimentation rate, acute phase protein or protease inhibitors in ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol* 1986; 25: 171-74.
32. Linder R, Hoffmann A, Brunner R. Prevalence of the spondyloarthritides in patients with uveitis. *J Rheumatol*. 2004; 31: 2226-9.