

JÜVENİL ROMATOİD ARTRİTTE ATLANTOAKSİYAL
SUBLUKSASYON
(BİR OLGU NEDENİYLE)

ÖREN, H., ÖZKAN, H., ÇEVİK, N., ÖREN, B.

ÖZET: Jüvenil romatoid artrit (JRA) synovial eklemleri tutan, fakat ekstraartiküler tutulum da gösterebilen kronik bir hastalıktır. JRA de servikal vertebra tutulumu sık görülmekte ve sonuçta atlantoaksiyel bölgede ve diğer servikal vertebra eklemlerinde subluksasyon gelişmektedir. Klinik olarak belirgin servikal eklem tutulumu olan, JRA tanısı alan 8 yaşındaki erkek hasta klinik ve radyolojik bulguları ile son literatür ışığı altında tartışılmıştır.

ABSTRACT: Hale ÖREN, Hasan ÖZKAN, Necla ÇEVİK, Bahattin ÖREN, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics. Atlantoaxial subluxation in Juvenile Rheumatoid Arthritis.

Juvenile rheumatoid arthritis (JRA) is a disease characterized by chronic synovitis and associated with a number of articular and in some cases extraarticular manifestations. Cervical spine involvement is common in JRA and as a result subluxations may occur in the atlantoaxial and other cervical segments. An eight-year-old boy with significant servikal segment involvement and diagnosed as JRA is presented in this article with his clinical and radiological manifestations and discussed in the light of recent literature.

Anahtar sözcükler: Juvenil romatoid artrit, atlantoaksiyal subluksasyon
Key words: Juvenile rheumatoid arthritis, atlantoaxial subluxation

GİRİŞ: Juvenil romatoid çocukluk çağıında sık görülen, kronik synovit ile karakterize, sistemik gidiş yanında hemen her zaman synovial eklemleri tuttuğu gibi bağ dokusu içeren diğer bölgeleri de tutabilen kronik bir hastalıktır(1,2). Periferik eklemlerde olduğu gibi servikal vertebra- larında da romatoid synovit, ligamentleri, eklem yüzeylerini ve komşu kemik bölgelerini tahrip etmekte ve sonuçta özellikle atlantoaksiyel bölgede ve diğer servikal vertebra eklemlerinde subluksasyon gelişebil-

Dr.Hale ÖREN, Uzm.Dr.Hasan ÖZKAN, Prof.Dr.Necla ÇEVİK, B. ÖREN, Dokuz Eylül Üniver. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

2

mektedir(1,4,5,8). Hastanın boyun hareketlerini ileri derecede kısıtlayan bu durumda paravertebral adalelerin kontraksiyonu şiddetli ağrıya neden olmaktadır.

OLGU: 8 yaşındaki erkek hasta, N.Ö., 1 aydır ayak bileklerinde ağrı ve hafif şişlik, 15 gündür her iki kalça eklemi ve dizlerde ağrı, 1 haftadır ellerde ağrı, şişlik, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Öz ve soy geçmişinde önemli bir özellik saptanmadı.

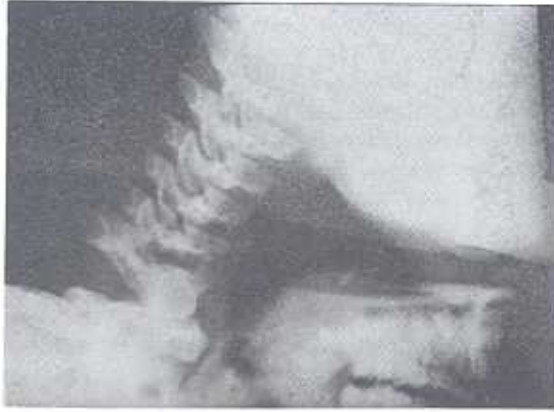
Yapılan fizik muayenesinde ağırlık: 24.5kg (10 persantil), boy: 125cm (10-25 persantil), vital fonksiyon bulguları doğal bulundu. Hasta hafif soluk renkte, ağrıları nedeniyle huzursuz ve ajite görünümdeydi. Lokomotor sistem bakısında servikal vertebranın rotasyon spazm(Resim 1), sol omuzda yumuşak doku şişliği ve hareketle ağrı, minimal hareket kısıtlılığı, sol kalça ekleminde fleksiyon ve abduksiyonla hassasiyet, her iki elde metakarpal bölgede hafif şişlik saptandı. Diğer eklemlerde hiperemi, ısı farkı, ölçüm farkı mevcut değildi. Göz dibi normal olarak değerlendirildi. Diğer sistem bakılarında 1X1cm boyutlarında umbilical herni ve sol inmemiş testis dışında patoloji saptanmadı.



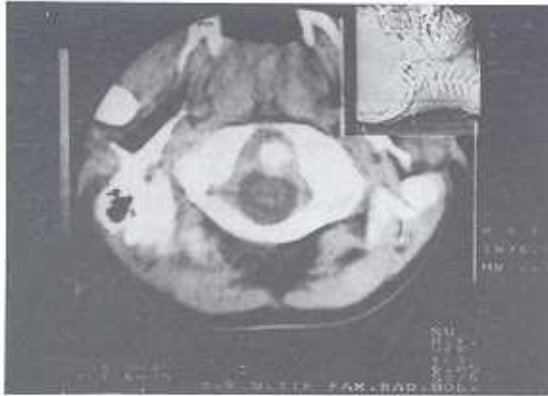
Resim 1. JRA'da atlantoaksiyal subluksasyon (Bir olgu nedeniyle)

Laboratuvar tetkiklerinde rutin idrar normal, hemoglobin 12g/dl, hematokrit %37, lökosit 14.000/mm³, periferik yaymada %84 parçalı, %14 lenfosit, %2 stab izlendi. Eritrosit morfolojisi normokrom normositer olarak değerlendirildi. Trombosit sayısı 492.000/mm³, sedimentasyon 1 saatte 57mm bulundu. Radyolojik tetkiklerinde pelvis, her iki el, ayak, dirsek, lomber ve torakal vertebra grafileri normal, her iki diz

grafisi: JRA'ya yorumlanan özellikle femur epifizinde bilateral büyüklük, femur alt uçta subkortikal defekt, epifiz kenarlarında dantela görünümü, servikal grafilerde atlantoaksiyal subluksasyon saptandı (Resim 2). Servikal bilgisayarlı tomografide axis odontoid parçasının sol lateral ve posteriora minimal subluksasyon (6mm gösterdiği izlendi (Resim 3).



Resim 2. JRA'da atlantoaksiyal subluksasyon (Bir olgu sunumu)



Resim 3. JRA'da atlantoaksiyal subluksasyon

Olgu JRA ve buna bağlı atlantoaksiyal subluksasyon olarak değerlendirildi. Asetil salisilik asit 100mg/kg/G ve kas spazmı için myorelaksan (Metakarbamol 375mg/G) bağlandı. Hasta ayrıca servikal traksiyona alındı. Yedinci gun bulguların gerilemesi ile servikal boyunluk uygulandı, boyun egzersizleri önerildi. Klinik takipleri sırasında hastanın yakınmaları kayboldu, klinik ve laboratuvar bulgularında belirgin düzelme izlendi.

TARTIŐMA: Juvenil romatoid artritte meydana gelen kronik synovitin servikal vertebralardaki ligamentleri, eklem yüzeylerini ve komşu kemik yüzeylerini etkilemesi sonucu eklemlerdeki stabil yapı kaybolmaktadır. En sık görülen instabilite tipleri anterior atlantoaksiyal subluksasyon, vertikal subluksasyon ve odontoid uzantısının ie kayması-subaksiyal stabilizasyon-bozukluğudur. Daha az olarak posterior, lateral ve rotatuar atlantoaksiyal subluksasyon veya dislokasyon görülmektedir(4).

Subluksasyon geliŐme olasılığı hastalığın Őiddetine ve süresine göre deđiŐmektedir. Özellikle uzun süre poliartikuler form anısı ile takibedilen hastaların %70-80'inde radyolojik olarak da kanıtlanabilen servikal vertebra deformiteleri bildirilmektedir(3,5). Romatoid artritli hastalarda atlantoaksiyal subluksasyon geliŐme sıklığı %25 dolayındadır, bu defekt ilk 10 yılda %8, ikinci 10 yılda %13, nc on yılda ise %48.9 olarak bildirilmektedir(6).

JRA düŐünülen veya Őüphe edilen bütün hastalarda boyun hareketlerinde kısıtlılık ve hassasiyet olup olmadığı araŐtırılmalıdır. Boynun aktif hareketlerinin maksimum düzeyi saptanmalı, oksipitoservikal ve atlantoaksiyal eklemlerdeki instabilite baŐı ne eğerek ve ikinci ve nc servikal vertebra spinlerinde baŐı arkaya dikkatlice hareket ettirerek tetkik edilmelidir. Instabilite varlığında bu manevra sırasında hastada ağrı meydana gelmekte ve pozitif Lhermitte bulgusu saptanmaktadır. Oksipital baŐ ağrısı(10), vertebra artere baŐı sonucu vertigo, kord basısı nedeniyle nörolojik bulgular ortaya çıkabilmektedir (4,5,8,9). Hiperaktif refleksler, pozitif Babinsky cevabı gibi piramidal bulgular spinal kord basısının erken bulgularıdır. Ciddi basılarda mesane disfonksiyonu, tetrapleji gelişmektedir. Radyografilerde saptanan deformite veya instabilite nörolojik disfonksiyonla uyum göstermeyip, nörolojik bulgular servikal spinal kord ve sinir köklerinin ekstradural granülasyon dokusu ile basısı veya vertebral arterlerin kompresyonu sonucu geliŐen iskemi ile de meydana gelebilmekte, romatoid vaskülit nedeniyle kk damarların oklüzyonu da nörolojik disfonksiyona neden olabilmektedir(4,11,12).

Kliniğimize her iki diz, el, ayak bileği, kalça eklemleri yanısıra boyun hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı yakınmaları olması nedeniyle baŐvuran olguda anamnez, fizik muayene, laboratuvar, radyolojik tetkik-

ler ve klinik gidiş görümlerine ilişkin olarak, buna bağlı atlantoaksiyal subluksasyon tanıları konusunda hastada saptanmış patolojiler saptanmamıştır.

Olguda servikal grafiler yanında servikal bilgisayarlı tomografi ile sfenoid parçasının sol lateral ve orta erdeme spinal (6mm) subluksasyonu gösterdiği izlenmiştir. Servikal kordun 11 kord basısı saptanmıştır. C7 vertebra arkaqlar kaval ve arkaqlar arasında arasındaki mesafenin 10-12mm olması halinde tüm "foraminal" defisit olduğu ve atlasın eklemlerinin baskılamasının "foraminal" kord zararının bileneceği bilinen bir durumdur. Olguda 6mm defisit bulunması, servikal defisit saptanması ve atlasın 17 boyutları subluksasyonu ile lateral ve medial defisit saptanması, defisit atlantoaksiyal subluksasyonu gösterdiği yanında servikal kordun gelişmesine neden olmekte, servikal kordun orta iliac atlantoaksiyal yer değişmelerine spinal kordun baskıya maruz olacağından daha ciddi sonuçlar doğurabileceği bildirilmektedir(4). Özellikle spinal kord basısından şüphelenilen olgularda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkikine başvurulabilir. Yumuşak doku kontrastı en gelişmiş BT tekniği ile bile sınırlı kalmakta(14). MRG yumuşak doku yanısıra beyin suyu, spinal kord ve ilgili sinir yapılarını göstermesi açısından önem taşımaktadır(15,16,17). İntratekal kontrast madde verimine gerek olmaması, iyonize radyasyon içermemesi(17), değişik düzlemlerin kullanılabilmesiyle detaylı olarak anatomik bilgilerin elde edilebilmesi(14) ve myelografi ile saptanabilen patolojileri aynı şekilde gösterebilmesi (16) MRG tetkikinin üstünlükleridir.

Olgumuzun klinik takibi esnasında asetil salisilik asit (100mg/kg/G) tedavisine iyi yanıt alınmış olup kısa süre içinde eklem bulgularında belirgin düzelme saptanmıştır. Atlantoaksiyal subluksasyon nedeniyle nörolojik defisiti olmayan hastaya başlangıçta servikal traksiyon uygulanmış, bulguların gerilemesi üzerine servikal boyunluk verilerek takip altına alınmıştır. Takiplerde herhangi bir nörolojik defisit saptanmayıp boyun hareketlerindeki kısıtlılık ve hassasiyetin tamamen kaybolduğu, bulgularda belirgin düzelme olduğu, 1 yıl sonra istenilen MRG tetkikinde patoloji olmadığı izlenmiştir.

Konservatif tedaviye cevap vermeyen, ciddi oksipital ağrı, nörolojik disfonksiyon ve subluksasyonun progresyon göstermesi cerrahi endikasyonları arasında yer almaktadır(4,5).

Jüvenil romatoid artrite bağlı servikal vertebra tutulumu sık görüldüğünde ve bazı olgularda hastalığın ilk belirtisi olarak sık tekrarlayan tetikolizlere rastlandığından medulla spinalis basısı ile tetrapleji gibi ciddi komplikasyonlara yol açabildiği göz önüne alınarak JRA'li hastaların izleminde bu yönden dikkatli olunması gerekmektedir.

Bu konuya bir kez daha dikkati çekmek amacı ile olgunun takdimi uygun görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Jacobs, J.C.: Pediatric Rheumatology for the Practitioner. Springer-Verlag Company 1982; 179-273.
2. Boone, J.E., Baldwin, J., Levine, C.: Juvenile Rheumatoid Arthritis. In Bain HW (ed). The Pediatric Clinics of North America-Chronic Disease in Children. WB Saunders Company 1974; 885-926.
3. Berdon, W.E., Condon, V.R., Currarino, G., Girdany, B.R., Kuhn, J.P., Lee, F.A.: Caffey's Pediatric X-Ray Diagnosis. Year Book Medical Publishers 1985; 322.
4. Fielding, J.W.: The atlantoaxial Joint. In Evarts CMC(ed). Surgery of the Musculoskeletal System. Churchill Livingstone 1983; 247-248.
5. Santavirta, S., Slatis, P., Kankaanpää, U., et al.: Treatment of the cervical spine in rheumatoid arthritis. The Journal of Bone and Joint Surgery 1988; 658-667.
6. Wolfe, B.K., O'Keefe, D., Mitchell, D.M., Tchang, S.P.K.: Rheumatoid Arthritis of the Cervical Spine: Early and progressive Radiographic Features. Radiology 1987; 145-148.
7. Ranawat, C.S., O'Leary, P., Pellici, P. et al.: Cervical spine fusion in rheumatoid arthritis. The Journal of Bone and Joint Surgery 1973; 458.
8. Crellin, R.Q., Maccabe, J.J., Hamilton, F.B.: Severe subluxation of the cervical spine in rheumatoid arthritis. The Journal of Bone and Joint Surgery 1970; 244.
9. Meijers, K.A.E., Van Beusekom, G.T., Luyendijk, W. et al.: Dislocation of the cervical spine with cord compression in rheumatoid arthritis. The Journal of Bone and Joint Surgery 1974; 668.
10. Santavirta, S., Konttinen, Y.T., Lindavist, C., Sandelin, J.: Occipital headache in rheumatoid cervical facet Joint Arthritis. Lancet 1986; 695.
11. Jones, M.W., Kaufmann, J.C.E.: Vertebrobasilar artery insufficiency in rheumatoid atlantoaxial subluxation. The Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry 1976; 122-128.
12. Kudo, H., Iwano, K., Yoshizawa, H.: Cervical cord compression due to extradural granulation tissue in rheumatoid arthritis. A review of five cases. The Journal of Bone and Joint Surgery 1984; 425-430.
13. Fielding, J.W., Cochran, G.V.B., Lawsing, J.R. et al.: Tears of the transverse ligament of the atlas. The Journal of Bone and Joint Surgery 1974; 1683.
14. Stark, D.D., Bradley, W.G.: Musculoskeletal system. In Harms S.E., Greenway, G. (Ed): Magnetic Resonance Imaging. The C.V. Mosby Company 1988; 1323-1433.
15. Senac, M.O., Deutsch, D., Bernstein, B. et al.: Magnetic of

Roentgenology, 1986; 873-878.

5. Eisen, AM., Martel, W., Ellis, JH., Mc Cune, WJ.: Cervical Spine Involvement in Rheumatoid Arthritis: MR Imaging, Radiology 1987; 159-163.
6. Reynolds, H., Carter, SW., Murtagh, FR., Rechtine, GR.: Cervical Rheumatoid Arthritis: Value of Flexion and Extension Views in Imaging Radiology 1987; 164: 215-218.