

Ankilozan Spondilit ve Multipl Sklerozun Beraber Görüldüğü Bir Olgu Concomitance of Ankylosing Spondylitis and Multiple Sclerosis: A Case Report

Nurettin TAŞTEKİN, Kaan UZUNCA, Yahya ÇELİK*, Dilek KURTOĞLU

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve *Nöroloji Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

Özet

Multipl skleroz ve ankilozan spondilit etiyolojilerinde genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı iki otoimmün hastalıktır. Multipl sklerozun başta tiroid hastalıkları ve pernisiyöz anemi olmak üzere çeşitli otoimmün hastalıklarla birlikte görüldüğü, çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca romatoid artrit, lupus gibi başka romatizmal hastalıkların eşlik ettiği multipl skleroz olguları da bildirilmiştir. Bu otoimmün ve romatizmal hastalıkların yanı sıra hem multipl skleroz, hem de ankilozan spondilit tanısı alan olgu sunumlarına literatürde rastlanmaktadır. Bu olgu sunumunda, hem multipl skleroz hem de ankilozan spondilit tanısı olan 39 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur. Bu olgu ışığı altında ankilozan spondilit ve multipl skleroz birlikteliğinin etyolojisi ve tedavi yaklaşımları tartışılmıştır. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009;55:38-41.*

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, multiple skleroz

Summary

Multiple sclerosis and ankylosing spondylitis are two autoimmune diseases in which genetic and environmental factors play an important role in the etiopathogenesis. It has been shown in various studies that multiple sclerosis may be associated with various autoimmune pathological conditions such as thyroid disease and pernicious anemia. Moreover, other rheumatic diseases such as rheumatoid arthritis and lupus have been reported to be associated with multiple sclerosis. Also concomitant ankylosing spondylitis patients have been observed among reports in the medical literature. In this case report, a male patient, 39 years old, who was diagnosed as having ankylosing spondylitis and multiple sclerosis has been presented. The etiology and therapy approaches of the concomitance of ankylosing spondylitis and multiple sclerosis were discussed in the light of clinical findings of the case. *Turk J Phys Med Rehab 2009;55:39-41.*

Key Words: Ankylosing spondylitis, multiple sclerosis

Giriş

Ankilozan spondilit (AS) çoğunlukla sakroiliak eklemleri ve omurgayı, daha az olmak üzere periferik eklemleri tutan, bunun yanı sıra eklem dışı tutulumların olduğu iltihabi romatizmal bir hastalıktır (1). Eklem dışı tutulumlar oftalmolojik, kardiyak, pulmoner ve nörolojik tablolara kendini gösterebilir. Nörolojik tablolar temelde beş kategoride görülmektedir. Bunlar; kauda equina sendromu, fokal epilepsi, vertebroziler yetmezlik, periferik sinir lezyonları ve multipl sklerozdur (MS) (2-3). Literatürde AS ve MS kliniğinin bir arada görüldüğü vakalar mevcuttur (4-6). AS'ye MS'in eşlik etmesi, bir immunolojik defekt yüzünden veya MS'le ilişkili başka bir komplikasyon nedeniyle önem arz edebilir. Biz bu olgu sunumunda klinik birlikteliğin olası nedenlerini tartışarak, bu iki hastalık hakkındaki bilgilerimizi gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu

Ötuz dokuz yaşındaki erkek hasta sırt ve bel ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde, yaklaşık on dört yıldır AS tanısı ile takip edilen hastanın, ağrılarının hareketle azaldığı, istirahat ile arttığı ve 2 saat süren sabah tutukluğunun olduğu öğrenildi. Hasta gece ağrısı olduğunu ve bu ağrısı nedeniyle aralıklı olarak uykudan uyandığını belirtti.

Özgeçmişinde 2002 Temmuz'da baş dönmesi, sol kol ve bacakta uyuma, Mart 2003'de dengesizlik, Temmuz 2003'de sol gözde görme keskinliğinde azalma şikayetleri ile hastanemiz Nöroloji kliniğine baş vurduğunu ifade etti. Ataklı ve iyileşmeli (relapsing remitting) tip MS tanısıyla takip edildiği öğrenildi.

Olgunun servikal muayenesinde presyonla hassasiyeti yoktu. Eklem hareket açıklığı tüm yönlerde kısıtlı, lateral fleksiyon

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Nurettin Taştekin, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı 22030 Edirne, Türkiye
Tel: +90 284 235 76 41/4715 E-posta: zentastekin@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** Şubat/February 2008 **Kabul Tarihi/Accepted:** Şubat/February 2008

© Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / © Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, Published by Galenos Publishing. All rights reserved.

ve rotasyon ağırlı idi. Torakal muayenesinde inspeksiyonda açıklığı sağa bakan skolyozu mevcuttu, palpasyonla hassasiyeti yoktu. Lomber eklem hareket açıklığı kısıtlı ağırlı, el yer mesafesi 15 cm, Modifiye Schober testi 3 cm, FABER, Mennel ve Gaenslein testleri bilateral pozitif olarak değerlendirildi. Göğüs ekspansiyonu 2 cm, tragus-duvar mesafesi 15 cm, oksiput-duvar mesafesi 0 cm, çene-manibrium mesafesi 12 cm olarak ölçüldü. Hastanın nörolojik muayenesinde motor ve duysal kayıp saptanmadı. Derin tendon refleksleri normoaktifti, patolojik refleksi yoktu. Periferik eklem tutulumuna ait bir muayene bulgusuna rastlanılmadı.

Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ): 1,8, Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI): 3,6 olarak hesaplandı. Hastada HLA-B27 (+), lökosit 9600/mm³, ESR 30 mm, CRP 1,57 mg/dl, Ig A:172 mg/dl idi.

Radyolojik değerlendirmesinde; suprapubik pelvis AP radyografisinde bilateral evre dört sakroileiti mevcuttu (Resim 1).

Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) periventriküler, infratentoriyel ve jukstakortikal yerleşimli toplamda 9'dan fazla sayıda T2 sekanda hiperintens lezyonu mevcuttu (Resim 2,3).

Olgu, AS tedavisi için 3 aydır 50 mg/gün indometazin (Endol 25 mg 2x1), kullanılmaktaydı. Mevcut medikal tedaviye devam etmesi uygun görülerek solunum, postür ve eklem hareket açıklığı egzersizlerini içeren egzersiz programı verildi. Olgunun periyodik takipleri yapılmaktadır. Olguya uzun dönem immünmodülatör tedavi olarak interferon beta 1a subkütan haftada üç kez olmak üzere başlandı. Bu tedavi altında MS ile ilişkili herhangi bir atak tekrarı ve özürülüğünde ilerleme tespit edilmedi.

Tartışma

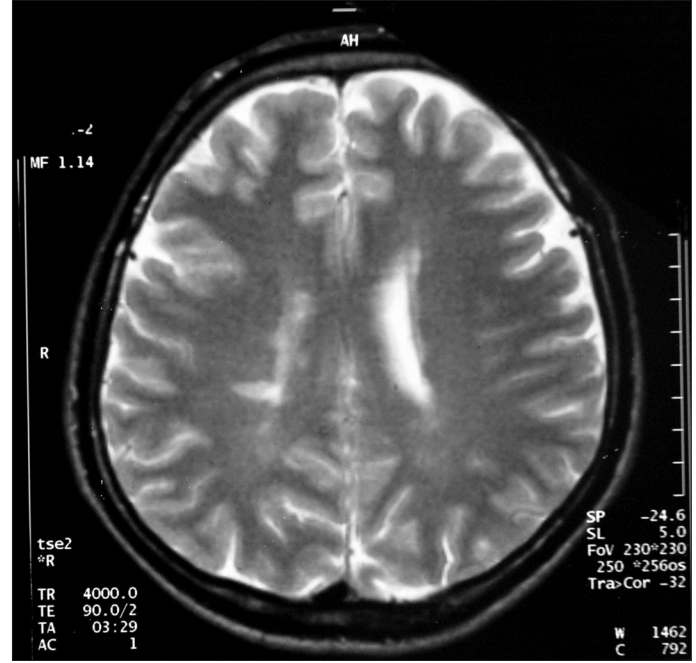
AS'li hastalarda ekstraartiküler tutulum açısından nörolojik patolojiler önemli yer tutmaktadır (2-3). MS ve MS-benzeri tablolara AS birlikteliğinin olduğu az sayıda vaka bildirilmiştir (4-5). Gerek nörolojik bulguların eklenmesi ile kas-iskelet sistemi tutulumuna ait sorunların ağırlaşması, gerekse medikal tedavi planlanmasındaki çakışmalar bu birlikteliğin irdelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

AS'nin medikal tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar, demiyelizan sürecini hızlandırma ve/veya nörolojik toksisite oluşturma

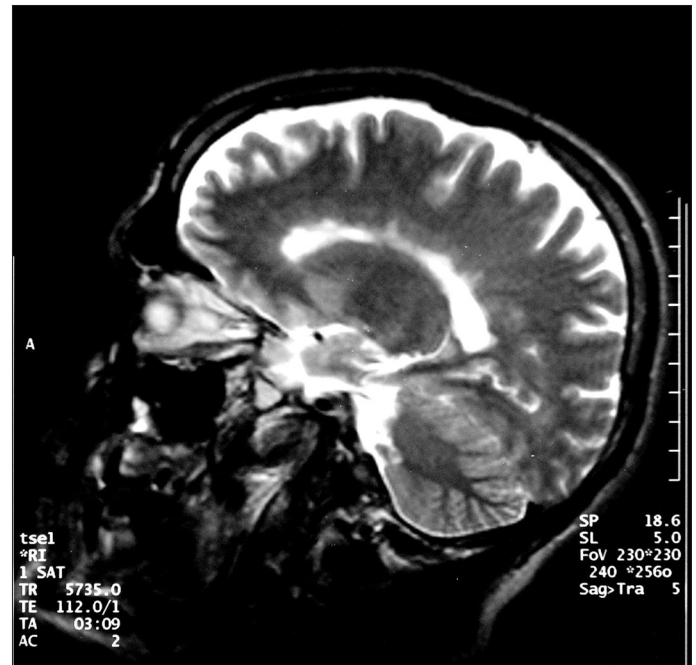


Resim 1. Suprapubik pelvis radyografisi-evre IV sakroileit.

riski taşımaktadır. Mevcut medikal tedaviler içerisinde yer alan indometazinin santral sinir sistemine toksik olduğundan söz edilmektedir. Ancak akut MS tablosunda tedavide kullanılan İnterferon beta 1a'nın tedavinin başlangıç döneminde gözlenen nöroendokrin yan etkilerini baskılayarak, tedaviye olumlu etkisi olduğu da literatürde belirtilmiştir (7). *Peroxisome proliferator-activated receptor gamma* (PPAR-gamma) aktivasyonunun kronik nöroinflamatuvar hastalıkların tedavisinde olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. İndometazin ve ibobrufen gibi bazı antiinflamatuar ilaçlar, PPAR-gamma'nın aktivasyonunu artırarak MS tedavisinde olumlu etkilerinin de olabileceği konusunda çalışma mevcuttur (8).



Resim 2. Periventriküler hiperintens plaklar.



Resim 3. Korpus kalozuma dik, ovoid hiperintens plaklar.

AS tedavisinde kullanılan anti-TNF tedavilerinin demyelizan hastalık yapıcı yan etkisi olması, hastalığın değerlendirilmesini yaparken kapsamlı bir nörolojik inceleme yapma zorunluluğumuzu ortaya koyar. Literatürdeki AS ile MS birlikteliği olan hastalardan hiçbirinde anti-TNF tedavisinin kullanılmamış olması da tedavi sonrası gelişmiş bir demyelizan tablo birlikteliğinin şu ana kadar görülmediğine işaret eder.

Hanrahan ve ark.nın (4) yaptıkları bir çalışmada HLA-B27 pozitif 420 vakada %10,2 oranında MS tespit etmesi ve diğer vakaların incelenmesi sonucunda her iki hastalığın birlikteliğinde HLA-B27 pozitifliğinin biraz ön plana çıktığı gözlemlenmektedir. Fakat literatürde bir vakada HLA-B27 negatif olması (6), literatürdeki vaka sayısının kısıtlı olması genetik değerlendirme açısından elimizde somut bir sonuç olmadığını gösterir. Bizim vakamızda HLA-B27 pozitif olduğundan HLA haplotipleri açısından genel literatüre uyumludur.

AS ve MS genetik, çevresel faktörlerle ilişkili otoimmün iki hastalık olarak bir arada görülebilmektedir. Her iki hastalığın birlikte görüldüğü olgularda medikal tedavi programlarının düzenlenmesinde klinik yönden dikkatli olunması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Khan MA. Ankylosing spondylitis: clinical features. In: Klippel JH, Dippe PA (eds). Rheumatology 2nd edition. Vol 1. London: Mosby, 1998.p.1-10.
2. Mathews WB. The neurological complication of ankylosing spondylitis. J Neurol Sci 1968;4:561-73.
3. Thomas DJ, Kendall MJ, Whitfield AGW. Nervous system involvement in ankylosing spondylitis. British Medical Journal 1974;1:148-50.
4. Hanrahan PS, Russell AS, McLean DR. Ankylosing spondylitis and multiple sclerosis: an apparent association? J Rheumatol 1988;15:1512-14.
5. Karatepe AG, Kaya T, Gedizoglu M, Günaydın R, Ürper S. Ankilozan spondilit ve multiple skleroz birlikteliği: olgu sunumu. Romatoloji 2006;21:114-7.
6. Tan FU, Tellioglu S, Aydın G, Erdemoğlu AK, Keleş I. Ankylosing spondylitis in an HLA B27 negative patient. Acta Neurol Belg 2004;104:169-72.
7. Bergh FT, Kumpfel T, Yassouridis A, Lechner C, Holsboer F, Trenkwalder C. Acute and chronic neuroendocrine effects of interferon- β 1a in multiple sclerosis. Clin Endocrinol 2007;66:295-303.
8. Mrak RE, Landreth GE. PPAR gamma, neuroinflammation, and disease. J Neuroinflammation 2004;14;1:5.