



# Sadece Eklem Tutulumu ile Prezente Olan İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı

## Inflammatory Bowel Disease Presenting with Only Joint Involvement

Simge Erdem, Fettah Sametoğlu, Mesut Yılmaz, İbrahim Çil

### Özet / Abstract

İnflamatuvar bağırsak hastalığı idiyopatik ve kronik bir intestinal inflamasyondur. Bu hastalığın major semptomları diyare, rektal kanama, tenesmus, mukuslu dışkılama ve kramp şeklinde karın ağrısıdır. Hastalığın boyutu ile semptomların ciddiyeti korelasyon gösterir. Periferik artrit inflamatuvar bağırsak hastalığının ekstraintestinal manifestasyonlarından biridir. Hastaların %15-20'sinde ortaya çıkar. Eklem tutulumu genellikle asimetrik, poliartiküler, gezicidir ve büyük eklemleri etkiler. Bu olgu sunumunda inflamatuvar bağırsak hastalığı ile ilişkili simetrik, poliartiküler ve küçük eklem tutulumlu bir vakayı anlattık. Hasta 18 yaşında bir erkekti ve beş ay boyunca gastrointestinal semptomları olmadığından dolayı teşhis konulamamıştı. Hastanın kolonoskopik biyopsi sonucunun inflamatuvar bağırsak hastalığı ile uyumlu olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Periferik artrit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, simetrik poliartrit

Inflammatory bowel disease is an idiopathic and chronic intestinal inflammation. The major symptoms of the disease are diarrhea, rectal bleeding, tenesmus, passage of mucus, and crampy abdominal pain. The severity of the symptoms correlates with the extent of the disease. Peripheral arthritis is one of the extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease and is detected in about 15-20% of patients. It is usually asymmetric, polyarticular, and affects migratory large joints. In this report we describe a case of inflammatory bowel disease associated with symmetric, polyarticular, small-joint involvement. The patient was an 18-year-old male who had not been diagnosed for five months because of the absence of gastrointestinal symptoms. Colonoscopic biopsy results were compatible with inflammatory bowel disease.

**Key Words:** Peripheral arthritis, inflammatory bowel disease, symmetric polyarthritis

### Giriş

İnflamatuvar bağırsak hastalığı kronik zeminde nükslerle seyreden gastrointestinal sistemin inflamatuvar bir bozukluğudur. Ayrıca bu hastalık eklem, göz ve deri tutulumuna (eritema nodosum...), vaskülit ve hemolitik anemiye neden olabilir (1-4). Bir hasta serisinde ülseratif koliti veya Crohn hastalığı olan hastaların yüzde 36'sında bu manifestasyonların bir veya daha fazlasının olduğu görülmüştür (1).

Artrit inflamatuvar bağırsak hastalığının en sık görülen ekstraintestinal manifestasyonudur. Bu tutulumun hastanın morbiditesi ve hayat kalitesi üzerine kayda değer etkileri olabilmektedir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı ile ilişkili artropatinin seronegatif spondilartropatilerin bir subtipi olduğu düşünülmektedir. Aksial, periferik veya her iki cins eklemi de etkileyebilir. Periferik artrit genellikle eroziv nitelik taşımaz ve oligoartiküler tutulum özellikle intestinal hastalık aktivitesi ile korelasyon gösterir (5).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastalar çok büyük bir oranda gastrointestinal şikayetlerle doktora başvururlar. Ancak bizim ele almış olduğumuz vakada hastanın simetrik, poliartiküler, küçük ve büyük neredeyse tüm eklemleri tutan artriti bulunuyorken, 5 ay boyunca gastrointestinal hiçbir semptomu bulunmamaktaydı.

### Olgu Sunumu

Bilinen herhangi bir hastalık öyküsü olmayan 18 yaşında erkek hastanın ilk olarak kollarını omuz hizasından yukarı kaldıramama şikayeti başlamış. Sağlık ocağına başvuran hastanın hemogramında lökositoz, formülde sola kayma ve eritrosit sedimentasyon hızında yükseklik saptanmış; hastaya non steroid antiinflamatuvar ve miyorelaksan ilaçlar verilerek evine gönderilmiş. İki ay sonra hastanın mevcut şikayetine her iki kalçada ağrı, yürüme güçlüğü, sol omuz ağrısı da eklenmesi üzerine bir hastanenin dahiliye servisinde yatırılarak tetkike başlanmış. Hemogramında lökositoz, formülde sola kayma, eritrosit sedimentasyon hızındaki yüksekliğin devam ettiği görülmüş. Anti nükleer antikor, anti dsDNA, romatoid faktör, HLA B27 seroloji ve gen testleri negatif saptanmış. Sakroiliak eklem grafisi normal olan hastanın sakroiliak eklem MR'ında da patoloji saptanmamış. Sol omuz ağrısına yönelik sol omuz MR görüntülemesi de yapılmış. Subakromial, subdeltoid bursada minimal efüzyon saptanmış. Hasta non steroid antiinflamatuvar ilaç tedavisi

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Dahiliye Kliniği, İstanbul, Türkiye

#### Yazışma Adresi

#### Address for Correspondence:

Simge Erdem, İstanbul Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Dahiliye Kliniği, İstanbul, Türkiye  
Tel.: +90 535 413 97 14  
E-posta: simge\_85@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received Date:  
15.05.2012

Kabul Tarihi/Accepted Date:  
04.12.2012

8 Ekim 2011 tarihinde Antalya'da gerçekleşen 13.  
Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde poster olarak  
sunulmuştur.

This study was presented as a poster in 13<sup>th</sup>  
National Internal Medicine Congress on the 8<sup>th</sup> of  
October, 2011 in Antalya.

© Copyright 2013 by Available online at  
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2013 Makale metnine  
www.istanbulmedj.org web sayfasından  
ulaşılabilir.

ve romatoloji poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edilmiş. İlk şikayetinden üç buçuk ay sonra hastanın ateş şikayeti de başlamış. Bir buçuk ay boyunca eklem ağrıları ve ateş ile birkaç sağlık merkezine daha başvuran hastanın karın ağrısı da klinik tablosuna eklenince (ilk şikayetinden beş ay sonra) Ailevi Akdeniz Ateşi hastalığı düşünülerek gen mutasyonu incelemesi istenmiş ve hastaya kolşisin 0,5 mg 2x1 po başlanmış. Hemen ardından birkaç gün içinde ishali de başlamış olan hastayı dahiliye polikliniğimizde görünce servisimize yatırdık.

Hastanın fizik muayenesinde tansiyon arteriyeli 100/50 mmHg, nabız dakika sayısı 100, ateşi 38°C idi. Hasta düşük görünümündü ve son iki ayda vücut ağırlığının 13 kg'ını kaybetmişti. Solunum sistemi muayenesi doğaldı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde taşikardisi dışında özellik yoktu; batin muayenesinde defans, rebound ve hepatosplenomegalisi yoktu, sağ alt kadranda hassasiyeti mevcuttu. Hastanın bilateral omuz, el bileği, dirsek, proksimal interfalangeal eklemler, distal interfalangeal eklemler, bilateral kalça, diz, ayak bileği eklemlerinde kızarıklık, şişlik, hareket kısıtlılığı ve ağrı vardı, yani hastanın simetrik poliartriti mevcuttu. Günde 4-5 kez olan kansız, mukussuz, kolonik tipte dışkılaması devam etmekte idi. FMF gen mutasyonu negatif olduğundan kolşisini kesildi. Laboratuvar incelemelerinde lökosit sayısı 16700/mm<sup>3</sup>, nötrofil oranı %79, hemogloblin konsantrasyonu 11,4 g/dL, trombosit sayısı 608000/mm<sup>3</sup>, total protein konsantrasyonu 5,9 g/dL, albumin 3,1 g/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 73 mm/h, C-reaktif protein 7,3 mg/L olarak saptandı. ENA profili (anti SSA, anti SSB, anti histon, anti Scl 70, anti dsDNA, anti Jo1) ve anti CCP (siklik sitrülünlenmiş peptid) negatif idi. Gaita kültürü ve mikroskopisinde de patoloji görülmedi. Göz dibi muayenesi de normaldi. Hastanın kronik ishali nedeniyle yapılan kolonoskopisinde sol kolon ve rektumda multipl dev ülserler olduğu görüldü.

Kolonoskopik biyopsi patolojisinde ülserle komşu kalın bağırsak mukozalarında kriptit, kript abseleri, hafif-orta düzeyde kript distorsiyonu görülerek inflamatuvar bağırsak hastalığı ile uyumlu bulundu. Ekstraintestinal tutulumu ön planda olan inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı konulan hastaya meselamin 3 gr/gün ve metil prednizolon 1,5 gr/kg/gün tedavisine başlandı. Beş günden sonra oral steroid tedavisine geçildi. On gün boyunca eş zamanlı olarak metronidazol 500 mg 2x1 po verilerek kesildi. Eklem ağrıları gerileyen, günlük dışkılama sayısı 1-2'ye kadar düşen hasta poliklinik takibine alındı.

## Tartışma

İnflamatuvar bağırsak hastalığı ile artrit arasındaki ilişki aslında 1929 yılında ifade edilmiştir (6). Ancak 1950'lere kadar inflamatuvar bağırsak hastalığı ile birlikte periferik artrit, romatoid artrit ayırt edilememiştir. 1960'larda spondilartropati konsepti kurulmuştur (2, 7, 8).

Artrit inflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastaların %9 ile 53'ünde ortaya çıkar (9-17). Bağırsak tutulumu fazla olan hastalarda artrit görülmesi daha olasıdır. Erkek ve kadınlar eşit olarak etkilenir. Hem çocuklar hem de yetişkinler bu komplikasyon için risk altındadır (18).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı olanların %1 ile 26'sında spondilit meydana gelir (9-12, 15, 19). Spondilit tek eklem tutulumu şeklinde olabildiği gibi tip I periferik artropati ile ilişkili de oluşabilir (20).

Tip I artropatide periferik artrit akut olma eğilimindedir, oligoartikülerdir (altı ya da daha az eklemi etkiler), sıklıkla bağırsak hastalığının alevlenmesiyle ilişkilidir, bağırsak hastalığı seyrinin başında ortaya çıkar, kendini sınırlayıcıdır (%90'ı altı ay içinde), eklem deformitesi ile sonuçlanmaz (19, 21). Birçok epizod altı ile on hafta sürer ancak nöksler sıkırtır ve inflamatuvar bağırsak hastalığının nöksleriyle beraber ortaya çıkma eğilimindedir. Bu hastalarda diğer ekstraintestinal manifestasyonların (eritema nodosum, üveit gibi) ortaya çıkma sıklıkları da yüksektir. İlginçtir ki bu hastaların %31'inde artropati, inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısının konulmasından 3 sene önce bile görülebilmektedir (16, 22).

Tip II artropatide hastaların poliartiküler hastalığı vardır ve metakarpofalangeal eklemleri özellikle etkilenmiştir (19). Diğer eklemler (diz, ayak bileği, dirsek, omuz, el bileği, proksimal interfalangeal, metatarsofalangeal eklemler) daha az sıklıkla etkilenir. Yaklaşık olarak inflamatuvar bağırsak hastalığı olanların yarısında gezici artrit mevcuttur. Aktif sinovit aylarca persiste edebilir ve düzenli olarak nöks edebilir. Nüks ve remisyonlarla yıllarca devam edebilir. Poliartiküler form kronikleşme eğilimindedir ve destrüktif olabilir. Artiküler tutulumun seyri bağırsak hastalığından bağımsızdır. Üveit hariç diğer ekstraintestinal manifestasyonlarla birlikte bulunma olasılığı nadirdir (16, 22). Tip II artropati inflamatuvar bağırsak hastalığı olanların %3 ile 4'ünü etkiler. Artiküler tutulum nadiren bağırsak hastalığı tanısından önce oluşur (19).

Ayrıca undifferansiye spondilartropati veya ankilozan spondilitte prezente olmuş hastaların sıklıkla subklinik intestinal inflamasyona sahip olduğu ve bunun artrit sorumlu olabileceği ile bu durumun inflamatuvar bağırsak hastalığına ilerleyebileceğini öne süren yayınlar bulunmaktadır (20, 22-24).

İntestinal hastalığın aktivitesi sırasında periferik kandaki lökosit seviyesi, hematokrit düzeyi, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein konsantrasyonu genellikle artar. Bu yüzden artrit ve spondiliti değerlendirmede minimal bir yardımcı olabilir. Serum romatoid faktör seviyeleri artmaz.

Hastalığın tedavisi klinik durumun ciddiyetine göre değişir. Hafif oligoartriti olan hastalar genellikle istirahat, fizyoterapi ve eklem içi steroid enjeksiyonlarına cevap verir (25). Hastaların çoğu nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlara cevap verir çünkü bu ilaçlar semptomları ve eklem inflamasyonunu kontrol altına alır. Ancak eklem destrüksiyonunu durduramazlar ve önemli yan etkileri görülebilir. Bu etkiler inflamatuvar bağırsak hastalığının alevlenmesi veya ince bağırsak ile kolonda ülser oluşumu şeklinde olabilir (26-28).

İnflamatuvar bağırsak hastalığınınin etkili tedavisi periferik artrit kontrol etmede sıklıkla yardımcı olur. Spinal tutulum daha problemlidir. Spondilitin radyolojik progresyonunu yavaşlatan kesin bir tedavi gösterilememiştir. Bazı ajanlar özellikle sülfosalazin, azatiopürin, 6-merkaptopürin, metotreksat, glukokortikoidler ve tümör nekrozis faktör (TNF) inhibitörleri hem bağırsak hem de eklem inflamasyonunda yardımcı olabilir (29-34).

## Sonuç

Ele aldığımız vakada hastanın gastrointestinal sistem semptomları yokken 5 ay boyunca sadece eklem tutulumu mevcuttu. Bu yönüyle tip I artropatiye uyan hastamızda, elin küçük eklemlerinin dahil olduğu poliartiküler tutulumunun olması ve artrit intestinali-

nal aktiviteden bağımsız oluşu ile de tip II artropatiye daha yakın durmaktadır.

İnflamatuvar bağırsak hastalığı en sık gastrointestinal sistem semptomları ile karşımıza çıksa da değişik prezentasyonlar da görülebilmektedir. Sadece periferik artrit ile bize başvuran hastalarda ishal, karın ağrısı gibi semptomlar olmasa da bu hastalık grubu ayırıcı tanılarımız arasında yer almalıdır.

#### Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

#### Yazar Katkıları

Fikir - F.S., M.Y.; Tasarım - S.E., İ.Ç.; Denetleme - F.S., Kaynaklar - S.E., M.Y.; Malzemeler - İ.Ç., M.Y.; Veri toplanması ve/veya işleme - S.E., M.Y.; Analiz ve/veya yorum - F.S., S.E.; Literatür taraması - S.E., M.Y.; Yazıyı yazan - S.E.; Eleştirel inceleme - F.S., M.Y.

#### Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

#### Author Contributions

Concept - F.S., M.Y.; Design - S.E., İ.Ç.; Supervision - F.S.; Funding - S.E., M.Y.; Materials - İ.Ç., M.Y.; Data Collection and/or Processing - S.E., M.Y.; Analysis and/or Interpretation - F.S., S.E.; Literature Review - S.E., M.Y.; Writing - S.E.; Critical Review - F.S., M.Y.

#### Kaynaklar

- Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: a study of 700 patients. *Medicine (Baltimore)* 1976; 55: 401-12. [\[CrossRef\]](#)
- Wright V, Watkinson G. The arthritis of ulcerative colitis. *Bir Med J* 1965; 2: 670-5. [\[CrossRef\]](#)
- Snook JA, de Silva HJ, Jewell DP. The association of autoimmune disorders with inflammatory bowel disease. *Q J Med* 1989; 72: 835-40.
- Gudbjörnsson B, Hällgren R. Cutaneous polyarteritis nodosa associated with Crohn's disease. Report and review of the literature. *J Rheumatol* 1990; 17: 386-90.
- Arvikar SL, Fisher MC. Inflammatory bowel disease associated arthropathy. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2011; 4: 123-31. [\[CrossRef\]](#)
- Bargen JA, Jackman RJ, Kerr JG. Complications and sequelae of chronic ulcerative colitis. *Ann Intern Med* 1929; 3: 335-52. [\[CrossRef\]](#)
- Bywaters EG, Ansell BM. Arthritis associated with ulcerative colitis; a clinical and pathological study. *Ann Rheum Dis* 1958; 17: 169-83. [\[CrossRef\]](#)
- Ford DK, Vallis DG. The clinical course of arthritis associated with ulcerative colitis and regional ileitis. *Arthritis Rheum* 1959; 2: 526-36. [\[CrossRef\]](#)
- Rudwaleit M, Baeten D. Ankylosing spondylitis and bowel disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20: 451-71. [\[CrossRef\]](#)
- Inman RD. Arthritis and enteritis—an interface of protean manifestations. *J Rheumatol* 1987; 14: 406-10.
- Lubrano E, Giacci C, Ames PR, Mazzacca G, Oriente P, Scarpa R. The arthritis of coeliac disease: prevalence and pattern in 200 adult patients. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 1314-8. [\[CrossRef\]](#)
- Weiner SR, Clarke J, Taggart N, Utsinger PD. Rheumatic manifestations of inflammatory bowel disease. *Semin Arthritis Rheum* 1991; 20: 353-66. [\[CrossRef\]](#)
- Schorr-Lesnick B, Brandt LJ. Selected rheumatologic and dermatologic manifestations of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1988; 83: 216-23.
- Scarpa R, del Puente A, D'Arienzo A, di Girolamo C, della Valle G, Panarese A, et al. The arthritis of ulcerative colitis: clinical and genetic aspects. *J Rheumatol* 1992; 19: 373-7.
- Leirisalo-Repo M, Turunen U, Stenman S, Helenius P, Seppälä K. High frequency of silent inflammatory bowel disease in spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 23-31. [\[CrossRef\]](#)
- de Vlam K, Mielants H, Cuvelier C, De Keyser F, Veys EM, De Vos M. Spondyloarthropathy is underestimated in inflammatory bowel disease: prevalence and HLA association. *J Rheumatol* 2000; 27: 2860-5.
- Tromm A, May D, Almus E, Voigt E, Greving I, Schwegler U, et al. Cutaneous manifestations in inflammatory bowel disease. *Z Gastroenterol* 2001; 39: 137-44. [\[CrossRef\]](#)
- De Keyser F, Elewaut D, De Vos M, De Vlam K, Cuvelier C, Mielants H, et al. Bowel inflammation and the spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1998; 24: 785-813. [\[CrossRef\]](#)
- Gravallese EM, Kantrowitz FG. Arthritic manifestations of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1988; 83: 703-9.
- Wordsworth P. Arthritis and inflammatory bowel disease. *Curr Rheumatol Rep* 2000; 2: 87-8. [\[CrossRef\]](#)
- Fomberstein B, Yerra N, Pitchumoni CS. Rheumatological complications of GI disorders. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1090-103.
- De Vos M, Mielants H, Cuvelier C, Elewaut A, Veys E. Long-term evolution of gut inflammation in patients with spondyloarthropathy. *Gastroenterology* 1996; 110: 1696-703. [\[CrossRef\]](#)
- Mielants H, Veys EM, Cuvelier C, De Vos M, Goemaere S, De Clercq L, et al. The evolution of spondyloarthropathies in relation to gut histology. II. Histological aspects. *J Rheumatol* 1995; 22: 2273-8.
- Mielants H, Veys EM, Cuvelier C, De Vos M, Goemaere S, De Clercq L, et al. The evolution of spondyloarthropathies in relation to gut histology. III. Relation between gut and joint. *J Rheumatol* 1995; 22: 2279-84.
- Juillierat P, Mottet C, Froehlich F, Felley C, Vader JP, Burnand B, et al. Extraintestinal manifestations of Crohn's disease. *Digestion* 2005; 71: 31-6. [\[CrossRef\]](#)
- Kaufmann HJ, Taubin HL. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs activate quiescent inflammatory bowel disease. *Ann Intern Med* 1987; 107: 513-6. [\[CrossRef\]](#)
- Bjarnason I, Hayllar J, MacPherson AJ, Russell AS. Side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. *Gastroenterology* 1993; 104: 1832-47.
- Kaufman HL, Fischer AH, Carroll M, Becker JM. Colonic ulceration associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Report of three cases. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 705-10. [\[CrossRef\]](#)
- De Keyser F, Van Damme N, De Vos M, Mielants H, Veys EM. Opportunities for immune modulation in the spondyloarthropathies with special reference to gut inflammation. *Inflamm Res* 2000; 49: 47-54. [\[CrossRef\]](#)
- Rispo A, Scarpa R, Di Girolamo E, Cozzolino A, Lembo G, Atteno M, et al. Infliximab in the treatment of extra-intestinal manifestations of Crohn's disease. *Scand J Rheumatol* 2005; 34: 387-91. [\[CrossRef\]](#)
- Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut* 2006; 55: i36-58. [\[CrossRef\]](#)
- Fornaciari G, Salvarani C, Beltrami M, Macchioni P, Stockbrügger RW, Russel MG. Musculoskeletal manifestations in inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol* 2001; 15: 399-403.
- Herfarth H, Obermeier F, Andus T, Rogler G, Nikolaus S, Kuehnbacher T, et al. Improvement of arthritis and arthralgia after treatment with infliximab (Remicade) in a German prospective, open-label, multicenter trial in refractory Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2688-90. [\[CrossRef\]](#)
- Van Bodegraven AA, Peña AS. Treatment of Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2003; 6: 201-12. [\[CrossRef\]](#)