

## ELLİYEDİ YAŞINDA NEFES DARLIĞI VE GÖĞÜS AĞRISI ŞİKAYETLERİYLE BAŞVURAN ERKEK OLGU

FIFTY SEVEN YEARS OLD MALE PRESENTED WITH DYSPNEA AND CHEST PAIN

**İbrahim Koç, Derya Örtlek, Öner Dikensoy**

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

**e-posta:** dikensoy@yahoo.com

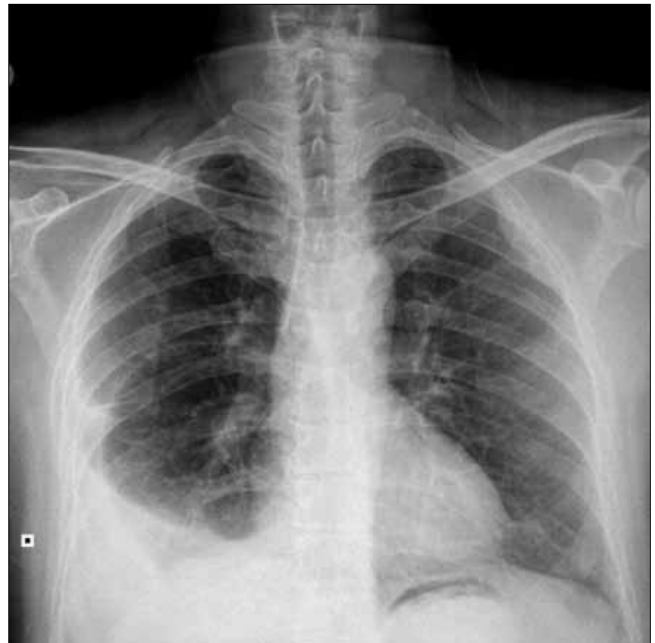
doi:10.5152/pb.2013.08

Nefes darlığı ve nefes alıp vermekle artış gösteren göğüs ağrısı şikayetleri bulunan 57 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın sorgulamasında çiftçi olduğu 40 paket-yıl sigara kullanım hikayesi olduğu ara ara öksürük ve sarı renkte az miktarda balgam çıkarma şikayetlerinin de olduğu anlaşıldı. Fizik muayenesinde sağ alt zonda solunum sesleri azalmış, sol alt zonda raller mevcuttu, diğer sistem muayeneleri normal izlendi. PA akciğer grafisinde sağ alt zonda açıklığı yukarı bakan homojen dansite artışı izlendi (Şekil 1). Plevral effüzyon düşünülen hastaya torasentez yapıldı. Seröz görünümde 20 cc kadar mayı drene edildi. Sıvı ve serum karakteristikleri Tablo 1'de görülmektedir. Sıvı sitolojisi benign olarak raporlandı. Kan testlerinde: sedimastayon hızı: 25 mm/saat, C-Reaktif Protein: 17,5 mg/mL, anti-CCP (siklik sitrülün peptit): 66,8 RU/mL, Romatoid faktör: 181 IU/mL, ANA IFA: pozitif, P-ANCA: pozitif olarak bulundu.

### Soru: Tanınız Nedir?

**Tablo 1.** Eş zamanlı alınan plevra sıvısı ve serum biyokimyası

Biokimya Değerleri	Plevra sıvısı	Serum
Glukoz, mg/dL	5	126
Total protein, g/dL	6,4	6,3
Albumin, g/dL	2,6	2,6
LDH, U/L	3436	3426



**Şekil 1.** Sağ tarafta açıklığı yukarıya bakan dansite artışı izleniyor

**Yanıt:**

Romatoid plörezi

**Tartışma**

Romatoid artritte akciğer tutulumu siktir fakat belirli vermeyebilir (1,2). RA kadınlarda daha sık görülmesine rağmen akciğer tutulumunun erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (1,2). RA'da görülen akciğer tutulumları plevral efüzyon, interstisyel fibrozis, nodüller akciğer hastalığı, bronşektazi, küçük hava yolu hastalığı, vaskülit, pulmoner hipertansiyon şeklinde olabilmektedir. Farklı yayınlarda romatoid artrit bağı plevral sıvı, romatoid artritli hastaların %3-5'inde saptanmış ve plevral tutulum erkek hastalarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (3-5).

Genellikle plevral hastalık romatoid artritin başlangıcından birkaç yıl sonra ortaya çıkar. Az sayıda olguda plevral sıvı artrit bulgularından önce ya da eşzamanlı olarak başlayabilir (5,6). Romatoid plözili olgularda subkütan nodüller siktir (3,5). Hastalar asemptomatik olabileceği gibi bakteriyel pnömoniye taklit eden yakınmalar, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi semptomlarla başvurabilmektedirler. Tanıya giden yolda ilk basamaklardan bir tanesi plevral sıvı analizidir. Sıvının görünümü seröz, bulanık sarı-yeşil, süt gibi bazende hemorajik olabilmektedir. Sıvı eksuda vafında ve tipik olarak glukozu düşüktür (<40 mg/dL), laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyi yüksektir. İlk değerlendirmede glukoz değeri düşük bulunmayan ancak romatoid plörezi düşünülen hastalarda tekrarlayan torasentezlerde glukoz değerinde progresif düşüklük saptanabilmektedir (5-10). Bu hasta grubunda ayrıca sıvı pH'sıda düşük saptanmaktadır (10). RA'da kolesterolden zengin psödoşilöz plevral sıvılar da görülebilir. Sıvı içerisindeki kolesterolün nasıl arttığı net olarak bilinmemektedir. Serum lipidlerinin veya plevra dokusundan sentezlenen lipidlerin kalınlaşan plevra dokusundan emilimlerinin engellenmesi nedeni ile sıvı içerisinde biriktiği görüşü ileri sürülmüştür. Sıvıdaki lipidlerin çoğunluğunu yüksek dansiteli lipoproteinlerin oluşturması bunu destekler niteliktedir (10).

Romatoid plevral efüzyonların ayırıcı tanısında muhtakkak şu durumlar gözlemlenmelidir: RA'ye bağı akciğer hastalığı, ilaca bağı plörezi, immunsupresyona ikincil plevral infeksiyon. Özellikle son zamanlarda RA tedavisinde kullanılan tümör nekrozis alfa inhibitörlerinin sıklıkla kullanılması bu hastalarda tedavi sonrası saptanan plevral efüzyonların ayırıcı tanısında zorluklar yaşanmasına sebep olmaktadır (11).

Romatoid plevral efüzyonlarda genellikle spesifik bir tedaviye gerek olmayıp efüzyonlar kendiliğinden gerilemektedir (12). Gerilemeyen olgularda nonsteroid antienflamatuarlar, kortikosteroidler kullanılabilceği gibi gerekirse plöredesis de yapılabilir. Semptomatik efüzyonlarda tedavi gerektiğinde ilk seçenek nonsteroid antienflamatuar indometazin olmalıdır (13). Gerektiği durumlarda 10-20 mg prednizolon plörezi gerileyene kadar kullanılabilir (12).

Olgumuz 57 yaşında erkek hasta olup nefes darlığı, plöritik göğüs ağrısı şikayetleriyle başvurmuştu. Hastanın romatizmal hastalığı düşündürecek belirgin semptom veya fizik muayene bulguları yoktu. Hastaya yapılan torasentezde plevra sıvısının rengi berrak yeşilimsi olup biyokimyasında glukozu çok düşük saptanınca hastada romatoid plörezi olabileceği düşünülerek kanda romatolojik belirteçler istendi. Romatolojik testleri romatoid artrit lehine pozitif saptanan hasta romatoloji bölümüne konsülte edildi. Romatoid artrit tanısı konan hastaya immünsüpresif tedavi başlandı.

**Sonuç ve Öneri**

Eksüdatif plevral efüzyonların değerlendirilmesinde ayırıcı tanıda birçok sebep bulunmaktadır. Her ne kadar nadir görülseler de birçok romatizmal hastalık plevral efüzyona yol açabilmektedir. Nadiren romatizmal hastalığın ilk bulgusu olarak hasta plevral efüzyon ile başvurabilir ve özellikle plevra sıvısında glukoz değeri düşük olan olgularda romatizmal plörezi düşünölmelidir.

**Kaynaklar**

1. Freemer MM, King TE Jr. Connective tissue disease. In: Interstitial Lung Disease, 4th ed, King TE Jr, Schwarz MI (Eds), B.C. Decker, Hamilton, ON, Canada 2003.p.536.
2. Tanoue LT. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. Clin Chest Med 1998;19:667. [\[CrossRef\]](#)
3. Horler AR, Thompson M. The pleural end pulmonary complications of rheumatoid arthritis. Ann Intern Med 1959;51:1179-203. [\[CrossRef\]](#)
4. Light RW. Pleural disease due to collagen vascular diseases. In: Pleural Diseases. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001:253-64.
5. Dinçer K, Çakırbay H, Dursun H, ve ark. Kollagen doku hastalıklarında pulmoner bulgular. Klin Tıp Bilimleri 1994;14:199-200.
6. Shinto R, Prete P. Characteristic cytology in rheumatoid pleural effusion. Am J Med 1988;85:587-9. [\[CrossRef\]](#)
7. Walker WC, Wright V. Rheumatoid pleuritis. Ann Rheum Dis 1967;26:467-74. [\[CrossRef\]](#)

8. Hasleton PS. The diagnosis of pleural disease. *Br J Hosp Med* 1997;58:85-9.
9. Hamm H, Pfalzer B, Fabel H. Lipoprotein analysis in a chyloform pleural effusion: implications for pathogenesis and diagnosis. *Respiration* 1991;58:294-300. [\[CrossRef\]](#)
10. Sahn SA. Immunologic diseases of the pleura. *Clin Chest Med* 1985;6:83-102.
11. Shimizu T, Ujita M, Numata T, et al. [A case of *Mycobacterium avium* pleuritis and pneumothorax in a rheumatoid arthritis patient treated with a TNF-alpha antagonist]. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 2011;49:583-7.
12. Balbir-Gurman A, Yigla M, Nahir AM, Braun-Moscovici Y. Rheumatoid pleural effusion. *Semin Arthritis Rheum* 2006;35:368-78. [\[CrossRef\]](#)
13. Avnon LS, Abu-Shakra M, Flusser D, et al. Pleural effusion associated with rheumatoid arthritis: what cell predominance to anticipate? *Rheumatol Int* 2007;27:919-25. [\[CrossRef\]](#)