

Fotoğraflar: *Dünya Gazetesi Fotoğraf Arşivi ve TOBB Fotoğraf Servisi*

Romatoid artrit nasıl bir hastalıktır?

Özel TOBB ETÜ Hastanesi İç Hastalıkları ve Romatoloji Uzmanı Prof. Dr. Hamide Kart Köseoğlu, en sık karşılaşılan iltihaplı romatizmal hastalık olan romatoid artriti mercek altına aldı.

Romatoid artrit, en sık karşılaşılan iltihaplı (inflamatuvar) romatizmal hastalıktır. El-el bileği ve ayak-ayak bileği gibi küçük eklemler başta olmak üzere, diz, dirsek, omuz ve kalçanın yanısıra birçok eklem iki taraflı (simetrik) etkilenebilmektedir. Eklem tutulumu ilerleyici, tedavi edilmediği takdirde kalıcı şekil bozukluğuna (deformite) ve işlev kaybına (iş göremez duruma) neden olabilmektedir. Eklemlerde ağrı, şişlik, genellikle 30 dakikadan uzun süren sabah tutukluğu önemli belirtilerdendir. Omurga tutulumu olmaz ancak romatoid artrit olduğu bilinen veya düşünülen bir hastada nedeni açıklanamayan boyun ağrılarında nadir olmakla birlikte boyun ilk iki omurunun tutulabileceği akılda tutulmalıdır.

Genetik ve cinsiyetin önemi var mı?

Özel TOBB ETÜ Hastanesi İç Hastalıkları ve Romatoloji Uzmanı Prof. Dr. Hamide Kart Köseoğlu da bu hastalıkla ilgili şu açıklamalarda bulundu:

"Kadınlarda erkeklere göre 3 kat daha fazla görülmekte, kadınların aleyhine olan bu artış ileri yaşlarda azalmaktadır. Gebelik döneminde hastalık %75-80 sessiz döneme girerken doğum sonrası dönemde ilk 3 ayda alevlenme sıktır. Genetik faktörler önemlidir ama tek başına hastalık oluşumunu açıklamaz. Tek yumurta ikizlerinin her ikisinde birden görülme olasılığı %15-20'dir.

Nasıl başlar? Tanıda gecikme olur mu?

Hastaların yakınmalarının başlangıcından tanı alıncaya kadar geçen süre İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde bile ortalama 4 ay olarak rapor edilmiştir. Hastalığın yavaş ve sinsi başlaması, erken dönemdeki yakınma ve bulguların hastalığa özgü olmayışı ve tanıda kullanılan laboratuar parametrelerinin başka durumlarda da pozitif olabilmesi veya negatif olması tanıda gecikmeye neden olmaktadır.

Eklem dışı organları da tutar mı?

Hastalık sadece eklem tutulum ile sınırlı değildir. Bazen hiç bir hastalığa özgül olmayan halsizlik, yorgunluk gibi belirtilerin yanısıra ciddi organ hasarlarına da yol açabilmektedir. Kalp, akciğer, göz ve deride daha fazla olmakla birlikte birçok farklı organı etkileyebilir. Kan hücrelerinde bazı değişikliklere yol açabilir.

Tanısı nasıl konur?

Hasta mutlaka bir uzman hekim tarafından görülmelidir. Hastadan alınacak ayrıntılı bir öykü, fizik inceleme sonrası laboratuvar ve radyolojik tetkik planlanır. Laboratuvardan istenen kan testleri arasında kan sayımı, sedimentasyon hızı ve CRP gibi iltihabı destekleyen bazı tetkiklerin yanısıra hastalığın tanısını koymada daha etkili olan bazı özel testler de (Romatoid faktör, ve anti-CCP gibi) istenir. Bu testlerin pozitifliği klinik ve fizik muayene bulguları ile birlikte değerlendirilmelidir. Yine bu testler negatif olduğunda klinik ve fizik muayene bulguları ile karar verilmeli, gerekirse diğer romatizmal hastalıkları veya sistemik hastalıkları dışlamak için başka ek testler istenmelidir. Yine eklem hasarını veya akciğer gibi diğer organların tutulumunu değerlendirmede direkt grafi, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi gerekebilir.

Tedavisi nasıl yapılır?

Hastalığın oluşum mekanizmaları henüz tam olarak bilinmediğinden, tedavi ile hastalık tamamen ortadan kaldırılamamaktadır. Ancak, tedavi ile geri dönüşümü olmayan eklem hasarları önlenebilmekte ve akciğer gibi eklem dışı organ tutulumları kontrol altına alınabilmektedir. Günümüzde tedavi amaçlı kullanılmakta olan ilaçlar ile hastalığın aktivitesini baskılayıp hastanın yakınmalarını geriletmek ve eklemlerde oluşabilecek hasarları engellemek olanaklıdır.

Tedavisinde hedef ne olmalıdır?

● Tedavi edilmeyen olguların %80'ninde ilk iki yıl içinde eklem hasarı oluşmak-

tadır. Bu nedenle bu ilk iki yıllık süre tedavi açısından 'fırsat penceresi' olarak tanımlamaktadır. Erken başlanmış tedavi ile hedefleri tutturmak daha olasıdır. Erken tanı, hastalık şiddetinin başlangıçta belirlenmesi, erken ve etkili tedavi ilk hedeftir.

- Hastalığı baskılayarak, hastanın yaşam kalitesini düzeltmek, günlük ve mesleksel aktivitelerini eksiksiz yerine getirebilmesini sağlamak ve bunu sürdürebilmek,
- Eklemlerde oluşabilecek hasarları (dışarıdan görülebilen ve röntgen ile tespit edilen) en aza indirmek ve hatta engellemek,
- Hastanın tedaviye aktif katılımını sağlamak ve bilgilendirmek,
- Hastaya en uygun tedaviyi vermek, etkinlik ve yan etki (kan tablosu değişiklikleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, vb) açısından uygun takip sıklığını belirlemek,
- Tedavinin mevcut bazı yandaş hastalık veya durumlar ile ilgili etkileri açısından hastayı tedavi öncesi (viral hepatit B ve C, tüberküloz, gebelik, kalp yetmezliği, hipertansiyon, kanser vb) değerlendirmek, ayrıca hasatlığın kendisi veya kortizol gibi bazı ilaçların etkisi ile gelişme riski olan osteoporoz ve kalp hastalıkları açısından izlemek gerekli önlemleri almak temel hedeflerdir.

Tedavide kullanılan ilaçlar

Metotreksat, sulfasalazin, hidroksiklorokin ve leflunomid gibi hastalığın seyrini olumlu yönde değiştiren, yavaşlatan geleneksel temel etkili ilaçlar ilk tercihdir. Tedavide uzman hekim tarafından belirlenen özel bir durum yoksa (alerji, yan etki vb) önce bu ilaçlar ile başlanır. Metotreksat bu gruptaki en önemli ilaçtır, tek başına veya hastalığı kontrol edemediği durumlarda bu gruptaki diğer ilaçlar ile uzman hekim tarafından kombine (beraber) kullanılabilir. Bu ilaçların etkinliği 2-3 ay bazen 6 aya kadar uzayabilir. Bu dönemde 'köprü tedavisi' olarak düşük doz (5-10mg/gün prednizon) kortizol önerilebilir. Kortizol ağrı kesici değildir, bu amaçla kullanılmaz ancak iltihabı baskıladığı için ağrı ve diğer yakınmalar azaltır. Doz değişikliğine kullanım süresine mutlaka hekim karar vermelidir. Bu ilaçlardan (rejimin içinde metotreksat olmak üzere) 3- 6 aylık kullanımdan sonra yanıt alınamadığı veya devam edilemediği durumlarda damardan veya kas içine haftalık, 2 haftalık bazen 2 aylık periyodlar ile uygulanan biyolojik tedavi ajanları (İnfliksimab, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab, Etanersept, Rituksimab, Tocilizumab, Abatasept, gibi)













Özel TOBB ETÜ Hastanesi İç Hastalıkları ve Romatoloji Uzmanı Prof. Dr. Hamide Kart Köseoğlu

ya da son dönem kullanıma giren ağızdan alınan Xeljanz kullanılmaktadır. Bu ilaçlar uzman hekimler tarafından hastanın durumuna göre seçilir. Her ilaç her hasta için uygun değildir.

Tedavi süresi ne kadar?

Çoğunlukla yaşam boyu izlenmesi gereken bir hastalıktır. Tedavinin etkinliğini iyi değerlendirmek gerekir. Hastalık klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak sessiz döneme girerse ilaç sayısı ve dozu uzman hekim tarafından tekrar değerlendirilip, bazı değişiklikler veya azaltmalar yapılabilir.

Ne sıklıkta kontrole gidilmeli?

Başlangıçta tedavinin etkinlik ve yan etkilerini yakından izlemek için daha sık kontrol istenebilir, daha sonra hastalık durumuna (sessiz ve alevlenme) ve alınan ilaçlara göre bazen değişmek ile birlikte yılda 2-4 defa yeterli olabilir.

Engellenebilir mi?

Birçok mekanizma suçlanmak ile birlikte başlangıçta da değinildiği gibi oluşum mekanizmaları tam olarak açıklanamamıştır. Ancak bilinen bir gerçek varsa o da sigaranın hastalık oluşumunda rolü olduğudur. Bu nedenle sigarayı bırakmak için bir nedenimiz daha var. Erken tanı ile hastalık ortadan kaldırılmaz ancak hastalığı başta eklemler üzerinde olmak üzere tüm sistemlerde yarattığı hasar erken farkedilip, yavaşlatılıp veya durdurulabilir.