



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

7 Nisan 2017 Çarşamba

İnt. Dr. İsmail Talha Özdoğan





Kocaeli Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Çocuk Servisi
Olgu Sunumu
07 Nisan 2017

İnt. Dr. İsmail Talha ÖZDOĞAN

Olgu

15 yaş erkek hasta

➤Şikayet: Eklemlerde ağrı, ateş

Olgu

- 2 ay önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü
- 5 gün önce önce sağ ayak bileğinde ağrı, şişlik ve üzerine basamama şikayetleri olmuş. Eklem ağrısı ayak bileğinde, sağ dizde ve sol omuz bölgesinde de olmuş.
- Eklem ağrısına eşlik eden ateş (38.5°C)

Olgu

Özgeçmiş

- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası öyküsünde özellik yok

Soygeçmiş

- Anne: 52 yaş, sağ-sağlıklı
- Baba: 52 yaş, sağ-sağlıklı
- Aralarında akrabalık öyküsü yok.
- Sekiz kardeş, tümü sağ ve sağlıklı

Fizik muayene

- Ateş: 36.8°C
- Nabız: 104/dk
- SS: 24/dk
- Kan basıncı: 104/52mm/Hg
- SpO2: oda havasında %97

- Boy: 167 cm (50 p)
- Tartı: 60 kg (50 p)

Fizik muayene

- **Genel durum:** İyi
- **Cilt:** Deri rengi normal. Solukluk, siyanoz ve sarılık yok. Döküntü yok. Turgor normal
- **Baş-Boyun:** Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik.
- **KBB:** Kulak biçimi yerleşimi doğal. Burun tıkanıklığı akıntısı yok, orofarenks ve tonsiller doğal.
- **Gözler:** Bilateral ışık refleksi doğal, pupiller izokorik. Göz kürelerinin her yöne hareketi doğal.
- **SS:** Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Ral ve ronküs yok. Ekspiryum uzunluğu yok.

Fizik muayene

- **KVS:** Kalp ritmi doğal. S1(+), S2(+) doğal S3 yok. **Apekte 2/6 sistolik üfürüm mevcut.** Femoral atar damar nabızı iki yanlı alınıyor
- **GİS:** Çöküklük kabarıklık kitle yok. Üfürüm yok. Batın rahat, defans-rebound yok, karaciğer ve dalak büyüklüğü yok, traube açık.
- **GÜS:** Haricen erkek. Anomali yok. Kostovertebral açısı hassasiyeti yok.
- **NMS:** Bilinç açık. İletişim, yönelim, çevreye ilgi normal. Ense sertliği yok. Kafa çifti sinirlerinin muayenesi doğal. Derin tendon ve yüzeysel refleksleri iki taraflı doğal
- **Ekstremiteler:** **Sağ diz ve her iki ayak bileğinde şişlik ,ısı artışı mevcut**

Laboratuvar incelemeleri

Hgb: 10.85 g/dl

Htc: 32,82 %

Mcv: 79,88 fl

WBC: 16.547 uL

Neu: 12.170 uL

PLT: 332.5 uL

CRP: 24,3 mg/dl

ESR: 69 mm/h

Glukoz: 127 mg/dl

Kreatinin: 0,65 mg/dl

AST: 51 U/L

ALT: 38 U/L

T.Bil:1.02 mg/dl

D.Bil.: 0,5 mg/dl

Na:136.6 mEq/L

K: 4.24 mEq/L

Ca: 8.3 mg/dl

Patolojik bulgular

- Eklem ağrılarına eşlik eden ateş (38.5° C)
- 5 gün önce başlayan gezici poliartrit
- Sol ayak bileğinde şişlik ve ısı artışı
- 2 ay önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu
- Apekte 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm.
- ASO yüksekliği

ÖN
TANILAR?

EKOKARDİYOĞRAFI

02/04/2017

- 1.Mitral Yetersizlik(Hafif)
- 2.Aort Yetersizlik(Eser)

- Gezici Poliartrit
(EÇH, CRP)

AFR Yüksekliği

- Kardit(MY,AoY)

Ateş

Klinik İzlem

Akut romatizmal ateş – Kardit tanısıyla izleme alınarak tedavisi düzenlendi.

- 1.2 milyon ünite benzatin Penisilin kas içi
- 2mg/kg/gün dozunda Prednizolon
- Lansor 30mg
- Tuzsuz diyet
- Mutlak yatak istirahati

AKUT ROMATİZMAL ATEŞ (ARA)

Duyarlı bireylerde, A grubu β hemolitik streptokoklar ile oluşan üst solunum yolu enfeksiyonundan 1-5 hafta sonra ortaya çıkan; kalp, eklemler, beyin, deri ve derialtını tutan sistemik enflamatuvar bir hastalıktır.

-
-
- Gelişmekte olan ülkelerde, çocuk ve ergenlerde edinsel kalp hastalığının en sık nedenidir.
 - Okul çağı çocuklarında ARA sıklığı yılda $\leq 2/100.000$ (**insidans**) ya da tüm yaşlarda romatizmal kalp hastalığı yaygınlığı $\leq 1/1\ 000$ (**prevelans**) olan topluluklar düşük riskli; diğerleri orta ve yüksek riskli olarak tanımlanmaktadır.
 - Güvenilir epidemiyolojik çalışmaların olmadığı topluluklar da orta ve yüksek riskli grupta kabul edilmektedir.
 - **Türkiye’de ARA sıklığı yılda $\geq 20/100 .000$ ve tüm yaşlarda romatizmal kalp hastalığı yaygınlığı $\geq 5/1.000$ ’dir**

-
- Kız=Erkek
 - **Predispozisyon:**
 - Ailede ARA
 - Düşük sosyoekonomik düzey
 - 5-15 yaş
 - Streptokok epidemilerinden sonra ARA sıklığı %3
 - ARA tanılı hastalarda yeniden ARA geçirme olasılığı %50-65 olup kalp yetmezliği ve ölüm riski artar.
 - Bakteri virölansı (M 1,3,5,6,18,19,ve 24) ve genetik yatkınlık (HLA DR2 ve DR4)
 - Monozigotik ikizlerde dizigotlara göre daha sık

PATOGENEZ

Otoimmunité

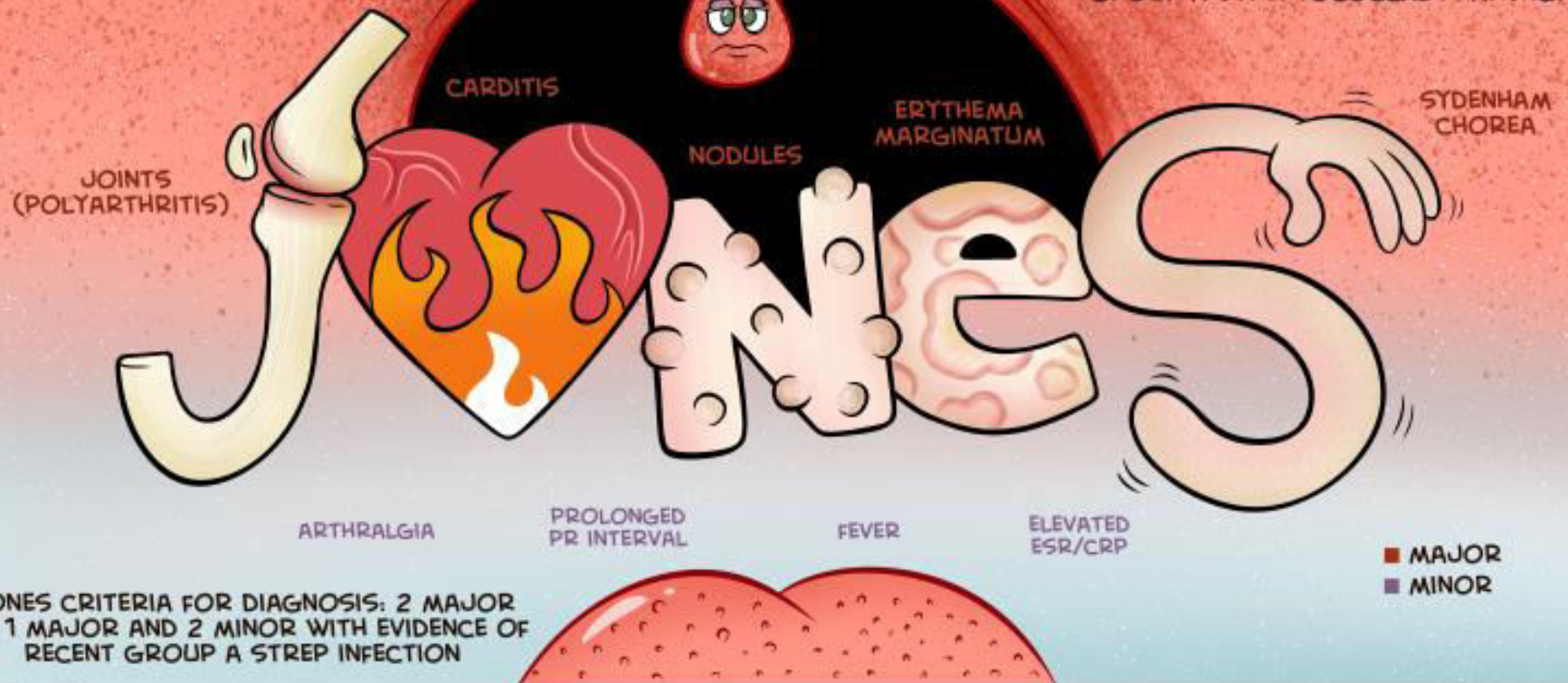
- Streptokokların bazı antijenleri ile kalp kası antijenleri arasında çapraz reaksiyon gelişir. Eksüdatif ve proliferatif karakterde değişiklikler oluşur ki eksüdatif lezyonlara en iyi örnek perikardit, proliferatif lezyonlara örnek **Aschoff** nodülleridir.
- Akut dönemde eklemlerde sinovial membran infiltrasyonu ve seröz effüzyon vardır, ancak eklem yüzeylerinde erozyon ya da pannus oluşumu gözlenmez.

PATOGENEZ

- ARA da pankardit yani kalbin üç tabakasının da tutulumu söz konusudur. En çok **mitral kapak** tutulur. Romatizmal kardit sekel bırakabilir.
- Romatizmal endokarditin en karakteristik lezyonu,posterior mitral kapağın üzerindeki atriumdaki kalınlaşmış doku alanıdır. (**Mc Callum plakları**). Miyokarditin göstergesi **Aschoff nodülleri**dir.
- MSS de korteks, serebellum ve bazal ganglionlardaki küçük kan damarlarında hücresel dejenerasyon ve hiyalinizasyon olur.

RHEUMATIC FEVER

INFLAMMATORY DISEASE INVOLVING THE JOINTS, HEART, SKIN, AND NERVOUS SYSTEM AFTER AN EPISODE OF UNTREATED GROUP A STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS



ARA – Modifiye Jones Kriterleri – 2015

Güncellemesi

A. Tüm hastalarda geçirilmiş A grubu streptokok enfeksiyonu kanıtı olmalı (kore dışında)	
Tanı: ilk atak ARA	İki majör veya bir majör, iki minor bulgu
Tanı: tekrarlayan atak ARA	İki majör veya bir major, iki minör veya üç minör
B. Majör bulgular	
Düşük riskli topluluklar ^a	Orta ve yüksek riskli topluluklar
Kardit (Klinik ve/veya subklinik ^b)	Kardit (Klinik ve/veya subklinik ^b)
Artrit (Sadece poliartrit)	Artrit (Monoartrit veya poliartrit veya poliartralji ^c)
Kore	Kore
Eritema marginatum	Eritema marginatum
Deri altı nodülleri	Deri altı nodülleri
C. Minör bulgular	
Düşük riskli topluluklar ^a	Yüksek riskli topluluklar
Poliartralji	Monoartralji
Ateş ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)	Ateş ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
EÇH ≥ 60 mm/sa ve/veya CRP ≥ 3 mg/dL ^d	EÇH ≥ 30 mm/sa ve/veya CRP ≥ 3 mg/dL ^d
EKG'de uzamış PR (yaşa göre)	EKG'de uzamış PR (yaşa göre)
(kardit major bulgu değilse)	(kardit major bulgu değilse)

^aDüşük riskli topluluklarda okul çağı çocuklarında ARA sıklığı yılda $\leq 2/100\ 000$ veya tüm yaşlarda romatizmal kalp hastalığı $\leq 1/1\ 000$.

^bSubklinik kardit patolojik ekokardiyografik valvulittir.

^cPoliartralji yüksek risklilerde diğer nedenler dışlanırsa major bulgu kabul edilir. Eritema marginatum ve deri altı nodülleri eskisi gibi nadiren tek başına majör bulgu kabul edilir. Eklem bulguları aynı hastada ya majör ya da minör bulgu kabul edilir.

^dCRP laboratuvarın üst sınırının üstünde olmalıdır, en yüksek çıkan EÇH değeri kullanılır.

Majör bulgular

Artirit

- En sık görülen bulgudur. Büyük çocuklarda daha sık, 5 yaş altında azdır. Daha çok büyük eklemleri tutar. İki veya daha fazla eklem tutulur ve gezici karakterdedir. Tipik artrit bulguları vardır ve tanı için gereklidir (ağrı, fonksiyon bozukluğu, ısı artışı, kızarıklık). Her eklemdaki artrit bir haftadan kısa sürer. Salisilatlarla tedaviye çok iyi yanıt verir, uygun dozda salisilat tedavisi altında 48 saatten daha uzun süren artiritlerde diğer tanılar düşünülmelidir. İki-4 haftada kendiliğinden düzelir

-
-
- Son Jones ölçütlerinde düşük riskli topluluklarda yine sadece gezici poliartrit majör bulgu olarak kabul edilir iken, ülkemizin de içinde bulunduğu **orta ve yüksek riskli topluluklarda gezici poliartrit, aseptik monoartrit ya da poliartralji majör bulgu olarak kabul edilmiştir**
 - Eklem bulgularının majör bulgu olarak kullanıldığı hastalarda artralji minör bulgu olarak kullanılmaz.

Majör bulgular

Kardit

- Artritten sonra **ikinci sıklıkta** görülür (%50-60), artiritin aksine **küçük yaşlarda** daha sıktır.
- **Sessiz kardit, üfürüm, konjestif kalp yetmezliği** (5-10).
- **Endokardit, Miyokardit** (%5-10), **Perikardit** (%5-10).
- **Mitral Yetmezliği; Aort Yetmezliği; Triküspit Yetmezliği, Pulmoner Yetmezliği.**
- **Hafif kardit, Orta dereceli kardit, Ağır kardit.**

-
-
- Genellikle ilk 1-2 haftada ortaya çıkar. Karditin 4 major bulgusu vardır:

- Yeni ortaya çıkmış üfürümler
- Kardiyomegali
- Konjestif kalp yetmezliği
- Perikardiyal efüzyon

-
-
- Eski Jones ölçütlerinde ve Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerinde majör bulgu olan kardit klinik bulgulara dayandırılmaktaydı.
 - Klinik olarak kardit bulguları saptanmadan ekokardiyografi ile saptanan patolojik kapak tutulumuna subklinik kardit ya da sessiz kardit denilmektedir.
 - 2015 yılında yeniden düzenlenen Jones ölçütlerinde subklinik kardit hem düşük hem de orta ve yüksek riskli topluluklarda majör bulgu olarak kabul edilmiştir.

Majör bulgular

Syndenham koresi

- Poliartrit ve karditten çok daha seyrek ve sessiz dönemi uzundur (1-6 ay).
- Kızlarda ve adölesan dönemde daha sıktır.
- ARA'nın geç bir bulgusu olduğundan kore saptandığında, diğer bulgular görülmeyebilir.
- Gövde ve ekstremitelerde (özellikle üst ekstremitelerde), istem dışı hızlı amaçsız hareketler, emosyonel dengesizlik ve hipotoni ile kendini gösterir. Uykuda kaybolur, başka nörolojik bulgu pek görülmez.
- Ortalama 3 ay sürer.

Majör bulgular

Eritema marginatum

- Nadirdir.
- Gövdede, kolların ve bacakların iç yüzünde; ağrısız ve kaşıntısız; ortadan itibaren solan eritem şeklindedir.
- Eritem artrit gibi gezicidir.

Majör bulgular

Deri altı nodülleri

- Nadir görülür.
- Eklemlerin ekstansör yüzlerinde, 0.5-2 cm büyüklüğünde, ağrısız nodüllerdir.
- Birkaç gün-birkaç haftada kaybolur.

Minör bulgular

1. Ateş

- ✓ Günümüzde daha seyrek görülür
- ✓ Bir önceki Jones ölçütlerinde 39°C ve üzeri ateş minör bulgu olarak kullanılır iken, son yayınlanan Jones ölçütlerinde düşük riskli topluluklarda ateşin $38,5^{\circ}\text{C}$ ve üzerinde, **orta ve yüksek riskli topluluklarda 38°C ve üzerinde olması minör bulgu olarak kabul edilir.**

2. Artralji

- ✓ Eklem bulguları majör bulgu olarak kullanılan hastalarda minör bulgu olarak kullanılmaz.
- ✓ **Düşük riskli topluluklarda poli-artralji, orta ve yüksek riskli topluluklarda mono-artralji minör bulgu olarak kullanılır.**

Minör bulgular

3. PR mesafesinde uzama

Yaşa ve kalp hızına göre PR mesafesinin uzun olması minör bulgu olarak kullanılmalıdır.

Kardit geçirenlerde PR mesafesinde uzama minör bulgu olarak kullanılmaz.

4. Akut enfeksiyonu gösteren laboratuvar bulguları;

- ✓ **Eritrosit Çökme Hızı (EÇH)**
 - Düşük riskli topluluklarda > 60mm/st
 - Orta ve yüksek riskli topluluklarda > 30 mm/st
 - Tedavi görenlerde 2-4 haftada normale döner
- ✓ **C-reaktif protein (CRP)**
 - CRP > 3mg/dl

Geçirilmiş A grubu streptokok enfeksiyonunu destekleyen bulgular

- Antikor testleri, boğaz kültürü ve hızlı streptokok antijen testleri kullanılır.
- En çok kullanılan antikor testleri ASO ve anti-DNAse B'dir.
- ASO düzeyinin yüksek bulunması yalnızca geçirilmiş streptokok enfeksiyonu göstergesi olup tek başına ARA tanısı koymak için kesinlikle yeterli değildir.

Laboratuvar bulguları

- Sedimentasyon hızı artmıştır. Tedavinin başarısının takipte en önemli kriterdir.
- CRP pozitifdir. Lökositoz ve anemi vardır.
- EKG de PR mesafesi uzamıştır (> 0.20 sn). En sık saptanan EKG bulgusudur.
- Streptokok enfeksiyonun geçirildiğini destekleyen Antistreptolizin O (ASO) titresini artmıştır.
- ASO titresini streptokoksik enfeksiyondan 1 hafta sonra artmaya başlar, 3-5 hafta sonra en yüksek düzeye çıkar. 6-12 ayda enfeksiyon öncesi düzeylerine döner.

27. $\frac{1}{2} \times 100 = 50$ $\frac{1}{2}$ of the population is female.

371 " " 1 200 000 " " " " " " " "

Discussion

27. **Übersetzen Sie die folgenden Begriffe in die deutsche Sprache:**

[illegible]

Artirit tedavisi

Aspirin, 80 mg/kg/gün (max.3.5/gram/gün), 4x1,
P.O, İki hafta,

İki hafta yatak istirahati

- İki hafta sonra ESH, CRP düzeylerinde düşme varsa, 50 mg/kg/gün aspirin bir hafta süreyle devam edilir,
- Aspirin tedavisine yanıt yoksa kan salisilat düzeyine bakılarak aspirin dozu 100mg/kg/gün'e çıkılabilir.

Hafif Kardit ve Sessiz Kardit Tedavisi

- Genel olarak karditli hastalarda steroid tedavisi önerilir.
- Steroidle enflamasyon daha çabuk düzelir, ancak uzun dönem kalıcı sorunlar açısından farklılık yoktur.

1.Aspirin tedavisi; 2 hafta tam doz, 2-4 hafta azaltılarak kesilir,

2.Steroid tedavisi; 2 hafta tam doz, 2 haftada azaltılarak kesilir

Ağır Kardit Tedavisi

- Steroid; 2mg/kg/gün (max.60mg/gün), 4-6 hafta, 2 hatada azaltılarak kesilir.

Steroid azaltılmaya başlanınca aspirin tedavisi eklenir.

Sydenham koresi tedavisi

- Anti-enflamatuar ilaçlara gerek yok.
- Fenobarbital, haloperidol, kloropromazin tedavide kullanılabilir.

TEŞEKKÜRLER.....