



**Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi**  
**Olgu Sunumu**  
**06.03.2019**  
**Araş. Gör. Dr. Minare RZAYEVA**



## **Olgu;**

9 yaş 7 ay, Kız hasta

## **Yakınması;**

Sağ kasıkta ağrı, sol ayak birinci parmakta şişlik

# HİKAYESİ

- Başvurudan 15-20 gün kadar önce boğaz enfeksiyonu geçirme öyküsü olan hasta, 5 gün amoksisilin klavulanat kullanmış ve kesmiş.
- 10 gün sonrasında sağ kasığında ağrı şikayeti olması üzerine acile başvurmuş. Önerilerde bulunularak gönderilmiş.
- Ertesi gün sol ayak parmağında şişlik ve ayağının üzerine basamama şikayetleri olunca tekrar aynı merkeze başvurmuş.

# HİKAYESİ

- Yapılan tetkiklerinde akut faz reaktanları yüksek saptanması üzerine ortopediye yönlendirilmiş. Ortopedi doktoru tarafından değerlendirilen hasta, tarafımıza yönlendirilmiş.

# ÖZGEÇMİŞ

- **Prenatal:** Annenin 3. gebeliği. Gebeliği boyunca düzenli doktor ve USG kontrolü mevcut. Annenin geçirdiği hastalık yok.
- **Natal:** Miadında , NSVY ile doğmuş.
- **Postnatal:** YDYBÜ öyküsü yok. Fototerapi öyküsü yok. Anne sütü ile beslenmiş. Aşıları tam ve zamanında yapılmış. Gelişimi yaşıtları ile uyumlu. Bilinen hastalık ve alerji öyküsü yok.

# SOYGEÇMİŞ

- Anne: 34 y, sağ sağlıklı
- Baba: 47 y, sağ sağlıklı
- Anne baba arası akrabalık yok.
  - 1.çocuk 11 yaş erkek sağ sağlıklı
  - 2.çocuk 10 yaş erkek sağ sağlıklı
  - 3.çocuk Hastamız
  - Dede (baba): MI nedeniyle ex.

# Vital Bulgular

- Ateş: 36.6°C
- Nabız: 88/dk
- TA: 110/70mmHg
- Solunum sayısı: 26/dk
- SpO2: %96
- Boy: 134 cm (50-75 p)
- Kilo: 26 kg (50p)

# Fizik Muayene

- **Genel durum:** İyi , bilinç açık
- **Cilt:** Turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, siyanoz, peteşi, purpura, pigmentasyon bozukluğu yok,
- **Baş boyun:** Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı simetrik. Boyunda kitle yok.
- **Gözler:** IR: +/- Göz hareketleri doğal. Konjonktiva, sklera rengi doğal.
- **Kulak-burun-boğaz:** Bilateral kulak zarları doğal. Burun tıkanıklığı, akıntısı yok. Orofarenks ve tonsiller doğal
- **Kardiyovasküler:** S1, S2 doğal. S3 yok. **Apesten sol aksillaya yayılan 3/6 şiddetinde sistolik üfürüm mevcut.** KDZ < 2sn . AFN her iki alt ekstremitede alınıyor. Kalp tepe atımı 5. interkostal aralıkta.
- **Solunum sistemi:** Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Retraksiyon yok. Dinlemekle ral, ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.
- **Gastrointestinal sistem:** Batın normal bombelikte. Barsak sesleri doğal. Palpasyonla defans, rebound yok. Hepatomegali ve splenomegali yok. Traube alanı açık.
- **Genitoüriner sistem:** Haricen kız. Anomali yok.
- **Nöromusküler sistem:** Bilinç açık. Koopere, oryante, çevreyle ilgili.Ense sertliği, kernig, brudzunski negatif. Babinski, klonus negatif. Kranial sinir muayeneleri doğal.
- **Ekstremiteler:** Kas kitlesi ve tonusu doğal. Deformite yok.

# Laboratuvar

Sedimentasyon - 51 mm/h

WBC -  $7,9 \times 10^3/\mu\text{L}$

NEU -  $5,7 \times 10^3/\mu\text{L}$

LYM -  $1,8 \times 10^3/\mu\text{L}$

HGB - 11,6 g/dL

HCT - 35,2 %

MCV - 78,1 fL

PLT -  $408 \times 10^3/\mu\text{L}$

Açlık Kan Şekeri (AKŞ) - 93,4 mg/dL

Ürea - 19,13 mg/dL

BUN ( Kan üre azotu ) - 9 mg/dL

Kreatinin - 0,33 mg/dL

AST (SGOT) - 23,8 U/L

ALT (SGPT) - 9,3 U/L

GGT - 7 U/L

LDH - 257 U/L

Bilirubin, Total - 0,28 mg/dL

Bilirubin, Direkt - 0,06 mg/dL

Bilirubin, İndirekt - 0,22 mg/dL

Protein, Total - 74,34 g/L

Albumin - 37,72 g/L

Globulin - 36,62 mg/L

Sodyum (Na) - 140,8 mmol/L

Düzeltilmiş Sodyum - 140,7

Potasyum (K) - 4,34 mmol/L

Klor (Cl) - 106,2 mmol/L

Kalsiyum - 9,5 mg/dL

Düzeltilmiş Kalsiyum - 9,68 mg/dL

Magnezyum (Mg) - 2,2 mg/dL

Fosfor (P) - 3,97 mg/dL

Ürik asit - 3,63 mg/dL

ASO - 303 IU/mL

CRP - 159,76 mg/L

Hızlı Strep Testi - negatif

- Patolojik Bulgular
  - Eklem ağrısı
  - AFR yüksekliği
  - Fizik muayenede duyulan üfürüm

- Ön tanımlar ????
- Ek tetkik ???

- Hastada mevcut bulgularla Akut Romatizmal Ateş düşünüldü.
- Hastaya Ekokardiyografi çekildi. EKO sonucu;
  - Mitral yetersizlik (önemli)
  - Sol kalp boşlukları normalden geniş olarak raporlandı.
- EKG çekildi normal olarak değerlendirildi.

- Hastamızda;
  - 2 major bulgu (artrit ve kardit)
  - 1 minör bulgu (AFR yüksekliği)

mevcut. Geçirilmiş streptokok kanıtı olarak ASO yüksekliği mevcut. Hasta Akut Romatizmal Ateş tanısı aldı ve tedavisi planlandı.

- Hastaya Deposilin 1.200.000 Ü yapıldı.
- Boğaz kültürü gönderildi.

# AKUT ROMATİZMAL ATEŞ (ARA)

- A grubu B-hemolitik streptokok enfeksiyonlarından sonra görülen, nonsüpüratif enflamatuvar bir konnektif doku hastalığıdır.
- Özellikle
  - ✓ Kalp,
  - ✓ Eklemler,
  - ✓ Beyin
  - ✓ Subkutan doku tutulur.

**CİLT ENFEKSİYONLARINDAN SONRA GÖRÜLMEZ.**

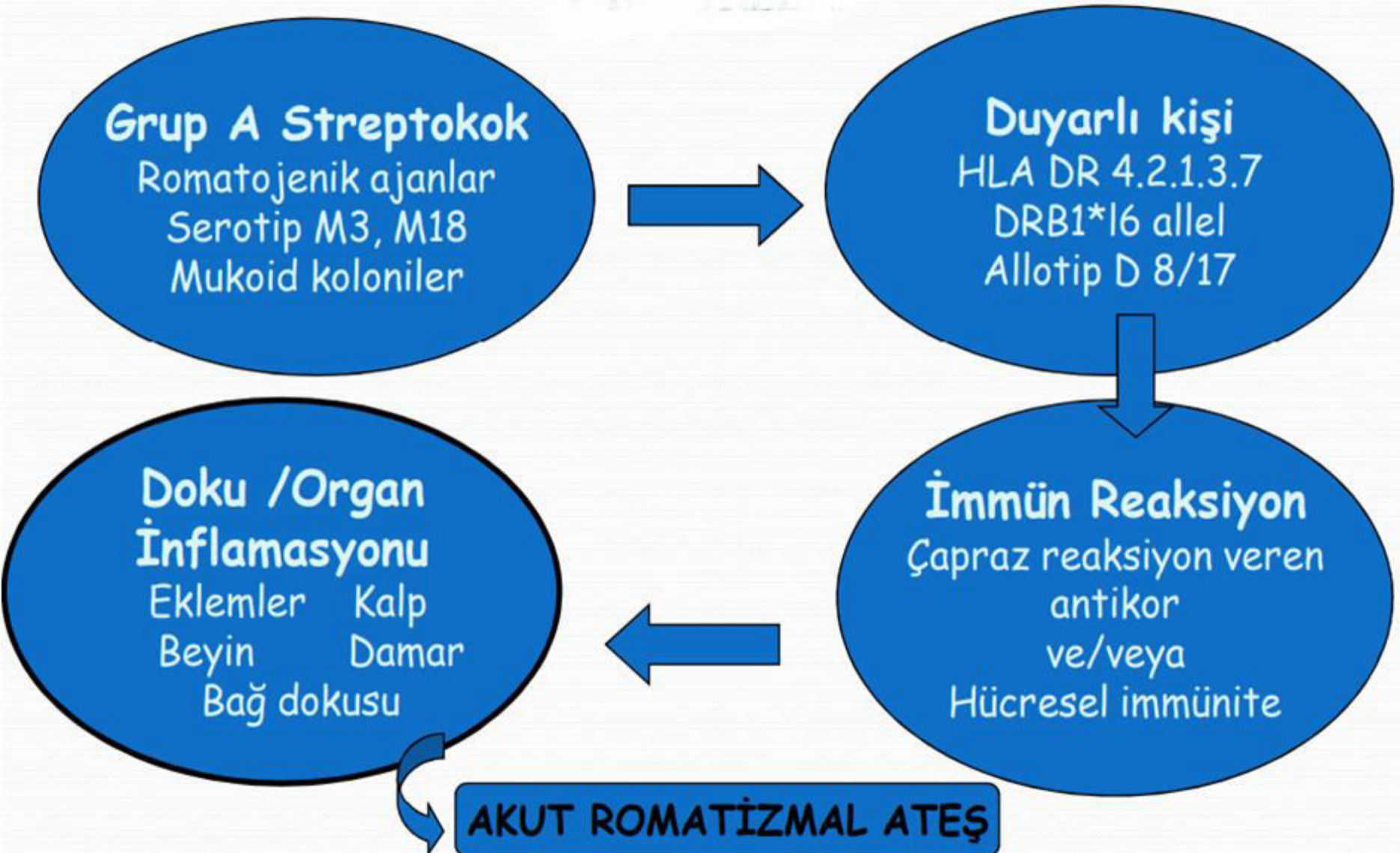
# EPİDEMİYOLOJİ

- Gelişmekte olan ülkelerde, çocuk ve adölesanlardaki edinsel kalp hastalığının en sık nedenidir.
- Okul çağı çocuklarında ARA sıklığı yılda  $\leq 2/100\ 000$  (*insidans*) veya 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.

# EPİDEMİYOLOJİ - 2

- 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 virülansı (M 1,3,5,6,18,19,ve 24) ve genetik yatkınlık (HLA DR2 ve DR4) mevcuttur.
- Monozigotik ikizlerde dizigotlara göre daha sık görülmektedir.

# Pataogenez



# ARA – Modifiye Jones Kriterleri

## 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<sup>a</sup>

Orta ve yüksek riskli topluluklar

Kardit (Klinik ve/veya subklinik<sup>b</sup>)

Kardit (Klinik ve/veya subklinik<sup>b</sup>)

Artrit (Sadece poliartrit)

Artrit (Monoartrit veya poliartrit veya poliartralji<sup>c</sup>)

Kore

Kore

Eritema marginatum

Eritema marginatum

Deri altı nodülleri

Deri altı nodülleri

## C. Minör bulgular

Düşük riskli topluluklar<sup>a</sup>

Yüksek riskli topluluklar

Poliartralji

Monoartralji

Ateş ( $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ )

Ateş ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )

EÇH  $\geq 60$  mm/sa ve/veya CRP  $\geq 3$  mg/dL<sup>d</sup>

EÇH  $\geq 30$  mm/sa ve/veya CRP  $\geq 3$  mg/dL<sup>d</sup>

EKG'de uzamış PR (yaşa göre)

EKG'de uzamış PR (yaşa göre)

(kardit major bulgu değilse)

(kardit major bulgu değilse)

<sup>a</sup>Düşük riskli topluluklarda okul çağı çocuklarında ARA sıklığı yılda  $\leq 2/100\ 000$  veya tüm yaşlarda romatizmal kalp hastalığı  $\leq 1/1\ 000$ .

<sup>b</sup>Subklinik kardit patolojik ekokardiyografik valvulittir.

<sup>c</sup>Poliartralji 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.

<sup>d</sup>CRP laboratuvarın üst sınırının üstünde olmalıdır, en yüksek çıkan EÇH değeri kullanılır.

# Akut Romatizmal Ateş TANI

- İzole 'Sydenham' kore tanı için yeterlidir.
- Daha önce geçirilmiş ARA öyküsü olanlarda tüm kriterler aranmaz.
- İki major kriter, her zaman bir major iki minör kriterden daha güçlü ARA bulgusudur.
- Artrit varlığında artralji, kardit varlığında PR uzaması minör kriter olarak kabul edilmez.
- Kore varlığı dışında geçirilmiş streptokok enfeksiyonunu destekleyen bulgu yok ise tanıda çok dikkatli davranılmalıdır.
- Erken dönemde salisilat tedavisine başlanması hastalığın bulgularını maskeleyebilir.

# Akut Romatizmal Ateş TANI

- Son Jones ölçütlerinde ARA tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan hastaların, diğer bir tanı düşünülmüyor ise olası ARA olarak tedavisi ve 12 ay benzatin penisilin proflaksisine alınarak izlemi; 12 ay sonra tekrar değerlendirilerek profilaksinin devamına ya da kesilmesine karar verilmesi önerilmiştir.

# Artrit

- Artrit ARA'da görülen en sık belirti (%70-75) olmakla birlikte, en az özgün olanıdır.
- Amerikan Romatizma Birliği'ne göre artrit tanımı, en az bir eklemdede şişlik olması veya bu bulunmadığı durumda enflamasyonun diğer dört bulgusundan (ağrı, fonksiyon kaybı, ısı artışı, kızarıklık ) en az ikisinin birarada bulunmasıdır.
- Daha çok büyük yaştaki hastalarda görülür.
- Büyük eklemleri ve tek taraflı olarak tutar.
- Sıklıkla diz, dirsek, el bileği ve ayak bileği etkilenir.

# Artrit

- Kalça ve omuz eklemleri büyük eklemler olmasına rağmen nadiren tutulur.
- Artrit karakteristik olarak asimetrik ve gezicidir.
- Her eklemdaki artrit iki haftadan kısa sürer. ARA'da görülen gezici artrit tedavi edilmese bile genellikle birkaç gün ya da birkaç haftada (en geç 4 haftada) hasar bırakmadan kendiliğinden iyileşir.
- Salisilatlara dramatik yanıt verir.
- Uygun dozda salisilat tedavisi altında 48 saatten daha uzun süren artritlerde başka bir tanıya yönelmelidir.

# Kardit

- Artritten sonra **ikinci sıklıkta** görülür (%50-60), artritin 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.

# Eritema Marginatum

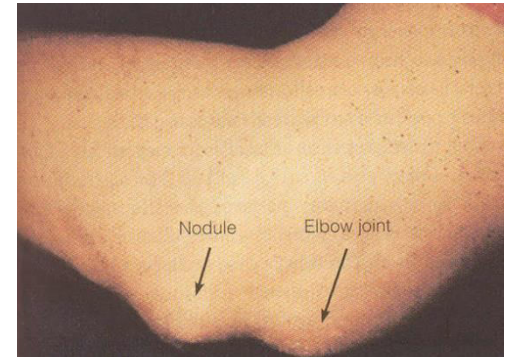
- Nadir görülür (%1).
- Genellikle gövdede, kolların ve bacakların iç yüzünde görülen, yüzde görülmeyen; ağrısız ve kaşıntısız, ortadan itibaren solan, kenarları düzensiz haritavari, eritem şeklindedir.
- Nem, ısı ve sıcak banyo lezyonları arttırır.
- Birkaç gün devam ederek kendiliğinden düzelir.
- Akut romatizmal ateşin majör bulgusu olmasına rağmen akut glomerülonefrit ve ilaca bağlı döküntü gibi durumlarda da saptanabildiğinden diğer bir majör bulgu olmadan tek başına tanı koydurmaz.

# Eritema Marginatum



# Subkutan Nodüller

- Nadir görülür (%1<).
- 0,5-2 cm büyüklüğünde, eklemlerin ekstansör yüzlerinde, skapula ya da mastoid üzerinde, ağrısız, çevreye yapışık olmayan nodüllerdir.
- Birkaç gün, bazen 1-2 hafta nadiren de 1 ayda kaybolur.
- Özellikle rekürenslerde ve ağır karditle birlikte saptanır.
- ARA'nın majör bulgusu olmasına rağmen JIA, SLE gibi hastalıklarda da saptanabildiğinden diğer bir majör bulgu olmadan tek başına tanı koydurmaz.



# Sydenham Koresi

- **%10-15 sıklıkta görülür.**
- **Latent dönem; 1-6 ay (Ortalama 4 ay)**
- Puberteye yakın çağda (8-12 yaş) ve kızlarda daha siktir.
- **Önemli bir kısmına sessiz (subklinik) kardit eşlik eder.**
- Emosyonel labilite (ağlama-gülme atakları) ve kişilik değişiklikleri ile başlar, kısa bir süre sonra motor inkoordinasyon gelişir.
- Sert, ani ve ritmik olmayan hareketler hasta stres altında iken gözlenir, uykuda ve sedasyonla kaybolur.

# Sydenham Koresi

- El yazısı bozulur, düğme ilikleyemez.
- Dil dışarıda iken aniden içeri çeker, konuşma bozulur.
- Tokalaşırken el sıkmayı sürekli yapamaz, elinden objeleri düşürür.
- Spontan amaçsız koreiform hareketler ve kas güçsüzlüğü olur.
- Genellikle iki taraflı, bazen tek taraflıdır (hemikore).
- Kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Ortalama üç ay sürer, 17 aya kadar uzayabilir.

# Minör Kriterler

## 1. Ateş;

- ✓ Günümüzde daha seyrek görülür.
- ✓ Bir önceki Jones ölçütlerinde  $39^{\circ}\text{C}$  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  $38^{\circ}\text{C}$  ve üzerinde olması minör bulgu olarak kabul edilir.

## 2. Artralji;

- ✓ Eklem bulguları majör bulgu olarak kullanılan hastalarda minör bulgu olarak kullanılmaz.
- ✓ Düşük riskli topluluklarda poliartralji, orta ve yüksek riskli topluluklarda monoartralji minör bulgu olarak kullanılır.

# Minör Kriterler

## 3. PR mesafesinde uzama;

- ✓ Yaşa ve kalp hızına göre PR'nin 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

# Grup A Streptokok enfeksiyon geçirme kanıtı

1. **Boğaz KAB (+)**
  2. **Hızlı antijen testi (+)**
  3. **Antikor titreleri: Yüksek veya artmakta olan titreler (ASO, Anti DNaz B vs)**
- *Farenjit veya kızıl öyküsü, laboratuvar verileriyle kanıtlanmadıkça yeterli değil.*
  - *Boğaz kültürü veya hızlı antijen testleri, antikor düzeyleri kadar güvenilir değil (yeni enfeksiyon ile kronik taşıyıcılığı ayırt etmez).*

# ARA Tedavi

- Sadece artrit veya hafif-orta karditlerde Aspirin tercih edilebilir.
- Ağır karditlerde ise steroid verilmelidir. (prednison- 2 mg/kg/g 4 dozda)
- Mide koruyucu tedavi verilmelidir.
- Her hastaya deposilin yapılmalı ve profilaksi planlanmalıdır.

- Hastamıza;
    - Ağır kardit olarak değerlendirildiği için prednol başlandı (2 mg/kg/g) ve mide koruyucu başlandı.
    - Kalp boşluklarında genişleme olması ve kalp yetmezliği bulguları nedeniyle lasix, kapril ve digoksin başlandı.
    - Yatak istirahati ve tuzsuz diyet
- tedavileri başlandı. Takibine devam ediliyor.

# Profilaksi

| Kategori                                                                               | Süre                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Karditsiz romatizmal ateş                                                              | En az 5 yıl veya 21 yaşına kadar, hangisi uzunsa                           |
| Karditli romatizmal ateş, ancak rezidüel kalp hastalığı yok (kapak hastalığı yok)      | En az 10 yıl veya erişkin döneme kadar, hangisi uzunsa                     |
| Karditli romatizmal ateş, rezidüel kapak hastalığı mevcut (sebat eden kapak hastalığı) | Son ataktan sonra en az 10 yıl veya en az 40 yaşına kadar, bazen ömür boyu |

# DİNLEDİĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

