



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/TR/intro>

Romatizmal Ateş ve Streptokok Enfeksiyonu Sonrası Gelişen Reaktif Artrit

2016'un türevi

2. TEŞHİS VE TEDAVİ

2.1 Nasıl teşhis edilir?

Klinik belirtiler ve araştırmalar özellikle önemlidir çünkü teşhis için özel bir test veya belirti yoktur. Artrit, kardit, kore, deride değişiklikler, ateş, streptokok enfeksiyonu testlerindeki anormal bulgular ve kalp atışının ritminde değişikliklerin elektrokardiyogramda görülmesi (Jones kriterleri olarak adlandırılır), teşhis konmasına yardımcı olabilir. Teşhis koymak için öncesinde meydana gelen bir streptokok enfeksiyonuna dair bir delile ihtiyaç duyulur.

2.2 Hangi hastalıklar romatizmal ateşe benzer?

Streptokoka bağlı reaktif artrit adı verilen hastalık da streptokoka bağlı farenjitten sonra görülür ama artrit özelliklerini uzun bir süre gösterir ve kardit riski daha düşüktür. Çocukluk çağı idiyopatik artrit romatizmal ateşe benzeyen bir diğer hastalıktır ama süresi 6 haftadan uzundur. Lyme hastalığı, lösemi, başka bakteri veya virüslerin neden olduğu reaktif artrit gibi hastalıklarda da artrit görülebilir. Sıradan üfürümler (kalp hastalığı olmaksızın yaygın üfürümler), konjenital (doğuştan) veya edinilmiş başka kalp rahatsızlıkları, romatizmal ateş zannedilebilir.

2.3 Testlerin önemi nedir?

Bazı testler teşhis ve takip için gereklidir. Kan testleri ataklar sırasında teşhisi teyit etmek için önemlidir.

Diğer pek çok romatizmal hastalıkta olduğu gibi sistemik iltihaplanma belirtileri de koresi olan hastalar hariç neredeyse tüm hastalarda görülür. Çoğu hastada, boğaz enfeksiyonuna dair bir iz yoktur ve boğazdaki streptokok, hastalığın başlangıcından itibaren bağışıklık sistemi tarafından temizlenmiştir. Aile ve/veya hasta, boğaz enfeksiyonunun ayrıntılarını hatırlayamıyorsa, streptokok antijenlerini tespit etmek için kan testleri mevcuttur. Bu antijenlerin (anti-streptolizin O (ASO) veya DNase B) miktarındaki artış, 2-4 hafta arayla yapılan kan testlerinde tespit edilebilir. Yüksek miktar, yakın zamanda olan bir enfeksiyonun göstergesidir ama bunun hastalığın ciddiyetiyle herhangi bir ilişkisi yoktur. Yine de testte sadece koresi olan hastaların sonuçları normal çıkmaktadır, bu da teşhisi zorlaştırır. Anormal ASO veya DNase B testi sonuçları, bağışıklık sistemini uyaran bakteriye daha önce maruz kalmış olmayı belirtir ve bu nedenle tek başına, belirtilerin görülmediği romatizmal ateş hastalarının teşhisini koymaya yeterli değildir. Antibiyotik tedavisi genellikle gerekli değildir.

2.4 Kardit nasıl teşhis edilir?

Kalp kapağı iltihabından kaynaklanan yeni bir üfürüm karditin en yaygın özelliğidir ve genellikle doktor muayenesinde kalp dinlemesi yapılırken tespit edilir. Kalbin ne kadar etkilendiğini anlamak için elektrokardiyogram (kalbin elektrik aktivitesinin bir kağıt şerit halinde dökümü) uygun olabilir. Göğüs röntgeni de kalp genişlemesini kontrol etmek için önemlidir.

Doppler ekokardiyogramı veya kalp ultrasonu da kardite çok duyarlı testlerdir. Tüm bu prosedürler kesinlikle ağrısızdır ve tek rahatsızlık çocuğun test boyunca hareket etmeden durması gerekliliğidir.

2.5 Tedavi/tam şifayla iyileşme mümkün müdür?

Romatizmal ateş dünyanın bazı bölgelerinde önemli bir sağlık sorunudur ama streptokoka bağlı farenjiti teşhis konar konmaz tedavi ederek önlenilebilir (birincil önleme). Farenjitin başlangıcından itibaren 9 gün içerisinde antibiyotik tedavisine başlanırsa akut romatizmal ateş önlenilebilir. Romatizmal ateşin belirtileri NSAİİ'lerle giderilir.

Streptokoka karşı koruma amacıyla bir aşı üretmek için araştırmalar halen sürmektedir: başlangıçtaki enfeksiyonun önlenmesi, bağışıklık sisteminin anormal tepkisine karşı koruma sağlayacaktır. Bu yaklaşım,

geleceğin romatizmal ateş önleme yöntemi olabilir.

2.6 Tedaviler nelerdir?

Geçtiğimiz birkaç yılda yeni bir tedavi yöntemi öne sürülmedi. Aspirin tedavinin ana ilacı olarak kalırken; etki mekanizması tam olarak bilinmemekte ve antienflamatuar özelliklerinden dolayı olabileceği düşünülmektedir. Artrit için başka steroid olmayan antienflamatuar ilaçların (NSAİ'ler) 6 ila 8 hafta boyunca veya hastalık kaybolana kadar kullanılması önerilmektedir.

Ciddi kardit için yatak istirahati ve 2-3 hafta süreyle ağızdan kortikosteroidlerle (prednisone) tedavi önerilir, belirtiler ve kan testleriyle iltihabın kontrol altına alındığı teyit edilirse ilacın dozu yavaş yavaş azaltılarak kesilir.

Kore vakalarında, kişisel bakım ve okul hayatı konusunda ailenin desteği gerekebilir. Korede hareketleri kontrol etmek için steroidler, haloperidol veya valproik asitle ilaç tedavisi başlatılıp yan etkileri için hasta yakından gözlemlenir. Yaygın görülen yan etkiler arasında; uyku hali ve doz ayarlamasıyla kolayca kontrol edilebilecek olan titreme mevcuttur. Bazı kore vakalarında uygun tedaviye rağmen rahatsızlık birkaç ay boyunca sürebilir.

Tanı konulduktan sonra, akut romatizmal ateşin tekrar etmesini önlemek için antibiyotiklerle uzun süreli koruma sağlanması önerilir.

2.7 İlaç tedavisinin yan etkileri nelerdir?

Kısa süreli semptomatik tedavide salisilatlar ve diğer NSAİ'ler genellikle iyi tolere edilir. Penisilin alerjisi riski oldukça düşüktür ama ilk birkaç enjeksiyon boyunca kullanımı takip edilmelidir. Dikkat edilmesi gereken başlıca şeyler; enjeksiyonların ağrılı olması ve ağızdan korkan hastaların enjeksiyonu reddetmeleridir. Bu nedenle hastalık, topikal anestezi ve enjeksiyonlardan önce rahatlatma konusunda hastanın eğitilmesi tavsiye edilir.

2.8 İkincil koruma ne kadar sürmelidir?

Hastalığın başlangıçtan sonraki 3-5 sene içerisinde tekrar etmesi riski daha yüksektir ve kardite bağlı hasar riski her atakta artar. Bu süre boyunca, streptokoka bağlı yeni enfeksiyonları önlemek amacıyla

düzenli antibiyotik tedavisi alınması, romatizmal ateşi olan tüm hastalara, hastalığın ciddiyetinden bağımsız olarak önerilir zira hastalığın hafif olanları dahi alevlenebilir.

Doktorların çoğu, önleyici antibiyotik tedavisinin son ataktan sonra en az 5 yıl boyunca veya çocuk 21 yaşına gelene kadar devam etmesinde hemfikirdir. Kalpte hasar bırakmayan karditte, ikincil önleyici tedaviye 10 yıl boyunca veya hasta 21 yaşına gelene kadar (hangisi daha uzun sürecekse) devam edilmesi önerilir. Eğer kalpte hasar varsa, 10 senelik veya 40 yaşına kadar süren ikincil önleyici tedavi önerilir; eğer hastalık sonucu kapakçık değişimi gerekli olduysa tedavi 40 yaşından da sonraya kadar sürebilir.

Bakteriyel endokarditin antibiyotiklerle önlenmesi kalp kapakçığı hasarı olduğu halde dişlerini yaptıran veya ameliyata girecek olan tüm hastalara tavsiye edilir. Bu gereklidir çünkü bakteri vücudun diğer kısımlarından, özellikle ağızdan ilerleyebilir ve kalp kapağında enfeksiyona neden olabilir.

2.9 Standart olmayan/tamamlayıcı tedaviler hakkında ne söylenebilir?

Çok sayıda bütünüleyici ve alternatif tedavi bulunmaktadır ve bu durum, hastalar ve aileleri için kafa karıştırıcı olabilir. Bu tedavileri denemenin tehlike ve faydaları dikkatle düşünülmelidir zira kanıtlanmış faydaları çok azdır ve gerek zaman gerekse çocuğa getirdiği yük ve maddi külfet bakımından maliyetli olabilir. Eğer bütünüleyici ve alternatif tedavileri araştırmak istiyorsanız bu seçenekleri çocuk romatolojisi uzmanınız ile görüşmek mantıklıdır. Bazı tedaviler standart ilaç tedavileri ile etkileşime girebilir. Doktorların büyük kısmı, tıbbi tavsiyelere uyduğunuz sürece tamamlayıcı tedavilere muhalif olmayacaktır. Reçeteli ilaçlarınızı almayı bırakmamanız çok önemlidir. Hastalığı kontrol altına almak için kortikosteroid gibi ilaçların gerekli olduğu hallerde hastalık halen aktif iken bunları almayı bırakmak çok tehlikeli olabilir. Lütfen ilaç tedavisiyle ilgili meseleleri, çocuğunuzun hekimiyle görüşün.

2.10 Hangi tür düzenli kontroller gereklidir?

Düzenli kontroller ve periyodik testler hastalığın uzun süreli seyrinde gerekli olabilir. Kardit ve korenin görüldüğü vakalarda yakın takip önerilir. Belirtilerin gerilemesinden sonra, önleyici tedavi için kontrollü

bir program oluşturulması ve bir kardiyoloğun gözetiminde uzun süreli takiple kalpte hasar oluşup oluşmadığının takip edilmesi önemlidir.

2.11 Hastalık ne kadar sürer?

Hastalığın akut belirtileri birkaç gün veya hafta içerisinde azalır. Yine de, akut romatizmal ateş ataklarının tekrarlama riski hep vardır ve kalp etkilendiyse belirtiler yaşam boyu sürebilir. Sürdürülen antibiyotik tedavisi streptokoka bağlı farenjitin tekrar etmesini uzun yıllar önler.

2.12 Hastalığın uzun dönemli olası seyri (prognozu) nasıldır?

Belirtilerin ne zaman alevleneceği ve ciddiyeti önceden tahmin edilemez. İlk atakta kardit görülmesi hasar açısından potansiyel bir risk faktörü olmakla birlikte kardit sonrası bazı vakalarda tamamen iyileşme görülebilir. En ciddi kalp hasarında, kapak yenilemek için kalp ameliyatı gerekebilir.

2.13 Tamamen iyileşmek mümkün müdür?

Eğer kardit kalp kapakçığına ciddi bir hasar vermediyse tamamen iyileşmek mümkündür.