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

Romatizmal Ateş ve Streptokok Enfeksiyonu Sonrası Gelişen Reaktif Artrit

2016'un türevi

1. ROMATİZMAL ATEŞ NEDİR?

1.1 Nedir?

Romatizmal ateş, streptokok adı verilen bir bakterinin yol açtığı boğaz enfeksiyonunun neden olduğu bir hastalıktır. Çeşitli streptokok gruplarından sadece A grubundakiler romatizmal ateşe neden olur. Streptokokun yol açtığı iltihap, okul çağındaki çocuklarda görülen faranjitin (boğaz enfeksiyonu) yaygın nedenlerinden biri olmasına rağmen, faranjit geçiren her çocukta romatizmal ateş gelişmez. Hastalık kalpte iltihaplanmaya ve hasara yol açabilir; öncelikle eklemlerde anlık ağrı ve şişkinlik olarak kendini gösterir ve daha sonra kardit (kalpte iltihaplanma) veya beyinde iltihaplanma dolayısıyla gelişen kore adı verilen normal dışı istemsiz hareket bozukluğuna neden olur. Ek olarak deride döküntü ve nodüller görülebilir.

1.2 Ne kadar yaygındır?

Antibiyotiğin olmadığı dönemde romatizmal ateş vakaları sıcak iklimli ülkelerde daha fazla görülmekteydi. Faranjit tedavisinde antibiyotik kullanımı yaygınlaştıktan sonra, hastalığın görülme sıklığı azaldı fakat halen dünyanın her yerinde 5 ila 15 yaş aralığındaki pek çok çocuğu etkilemekte ve vakaların küçük bir kısmında kalp hastalığına neden olmaktadır. Eklemleri etkilemesinden dolayı çocuk ve ergenlerin romatizmal hastalıkları arasında sayılmaktadır. Romatizmal ateş dünyanın her yerinde eşit olarak yaygın değildir.
Romatizmal ateşin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişir: hiçbir vakanın

görülmediği ülkeler de, orta veya yüksek oranda vakaların görüldüğü (yıllık 100.000 kişi başına 40'tan fazla vaka) ülkeler de vardır. Dünyada 15 milyondan fazla romatizmal kalp hastalığı vakası olduğu; her sene 282.000 yeni vaka ve 233.000 ölüm yaşandığı tahmin edilmektedir.

1.3 Hastalığın sebepleri nelerdir?

Bu hastalık, Streptococcus pyogenes veya Grup A β hemolitik Streptococcus adı verilen bakterinin yol açtığı boğaz enfeksiyonuna karşı normal dışı bağışıklık cevabının bir sonucudur. Hastalığın başlangıcından önce, boğaz ağrır ve daha sonra süresi değişken olan, herhangi bir belirtinin görülmediği bir dönem geçer.
Boğaz enfeksiyonunun tedavisi, bağışıklık sisteminin uyarılmasının durdurulması ve yeni enfeksiyonların önlenmesi için antibiyotik gereklidir zira yeni enfeksiyonlar yeni hastalık atağına neden olabilir. Tekrar eden atak riski hastalığın başlangıcından itibaren 3 sene içerisinde daha yüksektir.

1.4 Kalıtsal mıdır?

Doğrudan ebeveynlerden çocuklara aktarılamadığı için romatizmal ateş, kalıtsal bir hastalık değildir. Yine de ailenin birkaç üyesinin birden romatizmal ateş hastası olduğu vakalar mevcuttur. Bunun nedeni, genetik faktörlerle birlikte streptokok enfeksiyonunun kişiden kişiye yayılması ihtimali olabilir. Streptokok enfeksiyonu, solunum yolları ve tükürük yoluyla bulaşabilir.

1.5 Çocuğumda bu hastalık neden oldu? Önlenebilir mi?

Çevre ve streptokok suşu hastalığın gelişiminde önemli faktörlerdir ama aslında kimin hastalığa yakalanacağını tahmin etmek zordur. Artrit ve kalp iltihabı, streptokok proteinlerine karşı verilen anormal bağışıklık sistemi cevabı nedeniyle gelişir. Hastalığa yakalanma olasılığı, bazı streptokok tiplerinin yatkın birini enfekte etmesiyle yükselir. Kalabalık önemli bir çevresel faktördür zira enfeksiyonların yayılmasına zemin hazırlar. Romatizmal ateşin önlenmesi, streptokokun sağlıklı çocuklarda yol açtığı boğaz enfeksiyonunun hızla teşhis ve antibiyotikle tedavi edilmesiyle mümkündür (önerilen antibiyotik penisilindir).

1.6 Bulaşıcı mıdır?

Romatizmal ateş bulaşıcı değildir ama streptokoka bağlı farenjit bulaşıcıdır. Streptokoklar kişiden kişiye bulaşırlar ve bu nedenle evin, okulların veya spor salonlarının kalabalık olmasıyla enfeksiyon arasında ilişki bulunur. Dikkatlice el yıkamak ve streptokoka bağlı boğaz enfeksiyonu olan kişilerle yakın temastan kaçınmak hastalığın yayılmasını durdurmak için önemlidir.

1.7 Başlıca belirtileri nelerdir?

Romatizmal ateş genellikle her hastaya özgü olabilecek bir belirtiler kombinasyonu ile kendini gösterir. Antibiyotiklerle tedavi edilmemiş streptokoka bağlı farenjit veya tonsilitin ardından gelir.
Farenjit veya tonsilitte ateş, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kırmızı damak ve bademcikler ile iltihaplı salgılar ve boğazda şişmiş, ağrıyan lenf düğümleri vardır. Yine de bu belirtiler, okul çağındaki çocuklar ve ergenlerde oldukça hafif olabilir veya hiç olmayabilir. Akut enfeksiyon giderildikten sonra 2-3 haftalık, herhangi bir belirtinin görülmediği bir dönem olur. Bundan sonra çocukta ateş ve aşağıda bahsedilen hastalık belirtileri görülebilir.

Artrit

Artrit çoğunlukla aynı anda birkaç büyük eklemi etkiler veya bir eklemden diğerine gezerek bir ya da ikisini aynı anda etkileyebilir (dizler, dirsekler, bilekler veya omuzlar). Buna "gezici ve geçici artrit" denir. Ellerde ve omurgada artrit daha az görülür. Eklem ağrısı, görünürde şişlik olmamasına rağmen ciddi boyutta olabilir. Antienflamatuar ilaçların alımından sonra ağrı hızla geçer. Aspirin en sık kullanılan antienflamatuar ilaçtır.

Kardit

Kardit (kalpte enflamasyon) hastalığın kendini gösterebileceği en ciddi halidir. Dinlenirken ya da uykuda kalp atımlarının hızlanması, romatizmal kardit şüphesini uyandırabilir. Kalp muayenesinde anormal bulgular ve üfürüm, kalbin etkilendiğine dair başlıca göstergedir. Üfürüm derecesi hafiften, şiddetliye kadar uzanabilir. Şiddetli üfürüm, kalp kapaklarının iltihabına (endokardit) işaret edebilir. Kalbi çevreleyen zarda iltihap (perikardit) varsa, kalbin çevresinde sıvı birikir ancak bu

durum genellikle yakınmaya neden olmaz ve kendi kendine düzelir. Miyokarditin en ciddi vakalarında kalbin kasılması bozulur ve güçsüzleşir. Öksürük, göğüs ağrısı, nabızda ve solunumda artış ile kendini belli eder. Kardiyoloğa danışmak ve ileri tetkik gerekebilir. Romatizmal kalp kapak hastalığı, romatizmal ateşin ilk atağının sonucu olabilir ama genellikle tekrarlayan ateşlerin sonucudur ve erişkinliğin ilerleyen dönemlerinde sorun haline gelebilir, dolayısıyla önlenmesi gereklidir.

Kore

Kore sözcüğü, Yunancada "dans" anlamına gelmektedir. Kore, beyinde hareketlerin koordinasyonunu kontrol eden kısımların iltihaplanmasından dolayı oluşur. Romatizmal ateşi olan hastaların %10 ila 30'unu etkiler. Artrit ve karditten farklı olarak, hastalığın ilerleyen evrelerinde, boğaz enfeksiyonundan 1 ila 6 ay sonra ortaya çıkar. Erken belirtileri, istemsiz titreme yüzünden okul çağındaki hastaların el yazılarındaki bozulma, giyinme ve kendi ihtiyaçlarını karşılamada, hatta yürüme ve beslenmede problemler olarak sayılabilir. İstemsiz hareketler bilinçli olarak kısa süreler için baskılanabilir, uykuda kaybolabilir ya da stres ve yorgunlukla artabilir. Öğrencilerde konsantrasyon kaybı, endişe ve ağlamaya yatkın duygu durum bozukluğu nedeniyle okul başarısına etki eder. Hafifse davranış bozukluğu olarak değerlendirilip gözden kaçabilir. Kendi kendini sınırlar fakat yine de destekleyici tedavi ve takip gereklidir.

Deri döküntüleri

Romatizmal ateşin daha az yaygın bulguları deri döküntüleridir. "Eritema marjinatum", kırmızı halkalar olarak görünürken, "deri altı nodülleri" ise genellikle eklemler üzerindeki normal derinin altında ağrısız, hareketli tahıl tanesi büyüklüğünde sertliklerdir. Bu bulgular, vakaların % 5’inden azında ortaya çıkar ve gizli ve geçici görünümleri nedeniyle gözden kaçabilirler. Bu belirtiler tek başlarına değil, miyokardit (kalp kasının iltihaplanması) ile birlikte görülürler. Ebeveynler tarafından hastalığın erken evrelerinde ilk bakışta fark edilebilecek diğer şikayetler ise ateş, yorgunluk, iştah kaybı, solukluk, karın ağrısı ve burun kanamasıdır.

1.8 Hastalık her çocukta aynı mıdır?

Hastalık en yaygın olarak, artritli ve ateşi olan daha büyük çocuklarda veya ergenlerde üfürüm olarak kendini gösterir. Daha küçük hastalar kardit ve ciddiyeti hafif eklem şikayetleriyle gelirler.
Kore tek belirti olabilir veya karditle beraber görülebilir, ama bir kardiyoloğun yakın takip ve incelemesi gereklidir.

1.9 Çocuklardaki hastalık erişkinlerdeki hastalıktan farklı mıdır?

Romatizmal ateş, okul çağındaki çocukların ve 25 yaşına kadar olan genç bireylerin hastalığıdır. 3 yaşından önce seyrek rastlanır, hastaların %80'inden fazlası 5 ile 19 yaşları arasındadır. Yine de sürekli antibiyotik alınması önlemine uyulmazsa hayatın sonraki evrelerinde de kendini gösterebilir.

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 artriti 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 önlenebilir. 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 (NSAİİ'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 NSAİİ'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 ağrıdan korkan hastaların enjeksiyonu reddetmeleridir. Bu nedenle hastalık, topikal anestezikler ve enjeksiyonlardan önce rahatlama 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 bütünleyici 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 bütünleyici 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.

3. GÜNLÜK HAYAT

3.1 Hastalık çocuğun ve ailenin günlük hayatını nasıl etkiler?

Uygun bakım ve düzenli kontrollerle, romatizmal ateşi olan çocukların çoğu normal bir yaşam sürer. Yine de kardit ve korede alevlenmeler sırasında aile desteği önerilir.
Başlıca sorun; antibiyotiklerle önleyici tedaviye hayat boyu uyulmasını sağlamaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bu konuya eğilmeli ve tedaviye uyulması için özellikle ergenler eğitilmelidir.

3.2 Okul hayatı nasıl etkilenir?

Eğer düzenli kontroller sırasında kalpte hasar kaldığı görülmezse, rutin okul hayatı ve günlük aktiviteler konusunda özel bir tavsiye verilmez; çocuklar tüm aktivitelere katılabilirler. Çocuğun yalnız akademik başarı elde etmesi için değil aynı zamanda gerek yaşıtları gerekse yetişkinler tarafından kabul ve takdir görmesi amacıyla normal bir şekilde okul faaliyetlerine katılması için aileler ve öğretmenler ellerinden geleni yapmalıdır. Korenin akut evrelerinde okul hayatında bazı sınırlamalar olabilir ve aileler ile öğretmenler 1 ila 6 ay kadar bunlarla başa çıkmak zorundadırlar.

3.3 Spor yapmasını etkiler mi?

Spor yapmak her çocuğun günlük hayatının vazgeçilmez bir parçasıdır. Tedavinin amaçlarından biri de çocukların mümkün olduğunca normal bir yaşam sürmelerine ve kendilerini yaşıtlarından farklı görmemelerine olanak tanımaktır. Bu sebeple, tolere edildiği şekliyle tüm aktiviteler yapılabilir. Fakat yine de akut evrede, kısıtlı fiziksel aktivite veya yatak istirahati gerekli olabilir.

3.4 Beslenme nasıl olmalıdır?

Beslenmenin hastalığı etkilediğine ilişkin bir kanıt yoktur. Genel anlamda çocuğun yaşına uygun, dengeli ve normal bir beslenme sürdürmesi gerekir. Büyüme çağındaki bir çocuk için yeterli protein, kalsiyum ve vitaminleri içeren sağlıklı ve dengeli bir beslenme tavsiye edilir. Kortikosteroidler iştahı açtığı için bu ilaçları kullanan hastalar aşırı yemekten kaçınmalıdır.

3.5 İklim hastalığın seyrini etkiler mi?

İklimin hastalığın ortaya çıkış şekillerini etkileyebileceğine dair bir kanıt yoktur.

3.6 Çocuk aşılanabilir mi?

Hekim, vaka bazında değerlendirerek çocuğun hangi aşıları yaptırabileceğine karar verecektir. Genel olarak aşılar, hastalık aktivitesini artırıyor ve hastalarda ciddi boyutta istenmeyen olaylara yol açıyor gibi görünmemektedir. Öte yandan zayıflatılmış canlı aşılardan

genellikle kaçınılır zira yüksek dozda bağışıklık baskılayıcı ilaçlar veya biyolojik ajanlar alan hastalarda varsayımsal olarak enfeksiyonu tetikleme riski vardır. Canlı olmayan aşılar hastalar için, bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç alan hastalar için dahi, güvenli görünmektedir. Fakat çoğu çalışmanın, aşıya bağlı olarak ender görülen hasarı tam olarak değerlendirmesi mümkün olmaz.
Bağışıklık sistemini baskılayıcı (immün-suprasif) ilaç kullanan bir hastada, hekimler, aşılama sonrasında patojene özgü antikor konsantrasyonu ölçümü yapılmasını tavsiye etmelidir.

3.7 Cinsel yaşam, gebelik ve doğum kontrolü hakkında neler söylenebilir?

Hastalık sebebiyle cinsel aktivite veya gebelikte bir kısıtlama bulunmamaktadır. Yine de bu ilaçları alan hastalar, bunların fetüs üzerindeki olası toksik etkileri hakkında daima çok dikkatli olmalıdır. Hastalara doğum kontrolü ve gebelik hakkında hekimlerine danışmaları tavsiye edilir.

4. STREPTOKOK ENFEKSİYONU SONRASI GELİŞEN REAKTİF ARTRİT

4.1 Nedir?

Çocuklarda ve genç yetişkinlerde streptokoka bağlı artrit vakaları tanımlanmıştır. Buna genelde "reaktif artrit" veya "streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen reaktif artrit" (PSRA) adı verilir.
PSRA başlıca olarak 8 ila 14 yaş aralığındaki çocukları ve 21 ila 27 yaşları arasındaki genç yetişkinleri etkiler. Genellikle boğaz enfeksiyonundan 10 gün sonra gelişir. Başlıca büyük eklemleri etkileyen akut romatizmal ateş kaynaklı artritten (ARF) farklıdır. PSRA'da büyük ve küçük eklemler ile eksenel iskelet etkilenir. Genellikle ARF'den uzun sürer – yaklaşık 2 ay, bazen daha uzun.
Hafif ateş ve iltihabı gösteren anormal laboratuvar testi sonuçları (C-reaktif protein ve/veya eritrosit sedimentasyon hızı) mevcuttur. İltihap belirteçleri ARF'de olduğundan daha düşüktür. PSRA tanısı, yakın zamanda geçirilmiş streptokok enfeksiyona dair kanıt bulunan artrit; streptokok antikoru testlerinden alınan anormal sonuçlar (ASO, DNAse B) ve "Jones kriterlerine" göre ARF'nin belirtilerinin yokluğuna dayanır.

PSRA, ARF'den ayrı bir rahatsızlıktır. PSRA hastalarında kardit oluşumuna ihtimal verilmez. Günümüzde, Amerikan Kalp Vakfı, belirtilerin görülmesinden sonraki bir sene boyunca önleyici antibiyotik tedavisi alınmasını önermektedir. Buna ek olarak bu hastalar, klinik ve ekokardiyografik kardit kanıtları bakımından dikkatlice gözlemlenmelidir. Eğer kalp hastalığı görülürse, hasta ARF gibi tedavi edilmelidir değilse önleyici tedavi kesilebilir. Kardiyoloğun takibi tavsiye edilir.