



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

Lyme Artriti

2016'un türevi

1. LYME ARTRİTİ NEDİR?

1.1 Nedir?

Lyme artriti; Ixodes ricinus kenesini de içeren sert kenelerin ısırığıyla geçen Borrelia burgdorferi (Lyme borreliosis) bakterisinin neden olduğu hastalıklardan biridir.

Borrelia burgdorferi enfeksiyonlarında deri, merkezi sinir sistemi, kalp, göz ve diğer organlar hedef olabilirken; Lyme artritinde çoğu vakada eklemler tek hedeftir. Buna rağmen kene ısırığı bölgesinde genişleyen, kırmızı deri döküntüsü şeklindeki eritema migrans denen bir deri tutulumu öyküsü olabilir.

Nadir durumlarda tedavi edilmemiş Lyme artriti olgularında merkezi sinir sistemi tutulumu gelişebilir.

1.2 Ne kadar yaygındır?

Artritli çocukların çok küçük bir kısmı Lyme artriti hastasıdır. Ancak Lyme artriti Avrupa'daki çocuk ve ergenlerde bakteriyel enfeksiyonu takiben ortaya çıkan artritler içinde muhtemelen en sık olanıdır. 4 yaşından önce çok nadir görülür ve esas olarak okul çağındaki çocuklarının hastalığıdır.

Avrupa'nın bütün bölgelerinde görülür ancak Orta Avrupa ve Baltık denizi çevresindeki Güney İskandinavya'da yaygındır. Her ne kadar Nisan ayından Ekim ayına kadar (çevre ısısı ve nemine bağlı olarak) aktif olan enfekte kenelerin ısırıklarıyla bulaşsa da Lyme artriti, enfekte edici kene ısırığıyla eklem şişliğinin başlaması arasında geçen zamanın uzun ve değişken olmasından dolayı yılın herhangi bir zamanında başlayabilir.

1.3 Hastalığın sebepleri nelerdir?

Hastalığın sebebi, *Ixodes ricinus* denen kenenin ısırığıyla bulaşan *Borrelia burgdorferi* bakterisidir. Kenelerin çoğunluğu enfekte değildir bu yüzden çoğu kene ısırığı enfeksiyonla sonuçlanmaz ve çoğu enfeksiyon, eritema migrans denen tipik deri döküntüsüyle ortaya çıksa da Lyme artriti içeren sonraki aşamalara kadar ilerlemez. Özellikle hastalık eritema migrans içeren erken dönemde ise antibiyotiklerle tedavi edilmektedir. Eritema migrans şeklinde seyreden hastalık yılda 1000 çocuktan 1'inde görülmesine rağmen hastalığın daha geç ortaya çıkış şekli olan Lyme artriti nadir bir durumdur.

1.4 Kalıtsal mıdır?

Lyme artriti enfeksiyöz bir hastalıktır ve kalıtsal değildir. Bunlara ek olarak antibiyotik tedavisine dirençli Lyme artriti bazı genetik belirteçlerle ilişkilendirilmiştir. Fakat bu yatkınlığın kesin mekanizmaları bilinmemektedir.

1.5 Çocuğumda bu hastalık neden oldu? Önlenbilir mi?

Kenelerin bulunduğu Avrupa bölgelerinde, çocukların kene ısırığına maruz kalmasını önlemek zordur. Neyse ki çoğu zaman etken organizma olan *Borrelia burgdorferi*, kene ısırığından hemen sonra bulaşmaz; bakterinin kenenin salgı bezlerinden salgıyla birlikte konağa (insan) ulaşması, birkaç saat ya da bir gün sonrasında bulabilir. Keneler, konağın kanından beslenerek, 3 ila 5 gün konağın vücuduna tutunur. Çocuklar yaz aylarında her gece, tutunmuş keneler var mı diye kontrol edilirse ve bu keneler derhal uzaklaştırılırsa *Borrelia burgdorferi* bulaşması pek olası değildir. Kene ısırığından sonra antibiyotikle önleyici bir tedavi önerilmemektedir.

Öte yandan erken bulgu olan eritema migrans meydana gelirse antibiyotikle tedavi edilmelidir. Bu tedavi, bakterinin daha fazla üremesini durduracak ve Lyme artriti engelleyecektir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) *Borrelia burgdorferi*'nin tek bir suşuna karşı geliştirilen aşı geliştirilmişti ekonomik nedenlerden ötürü piyasadan geri çekilmiştir. Bu aşı, suş farklılıklarından ötürü Avrupa'da faydalı değildir.

1.6 Kişiden kişiye bulaşır mı?

Enfeksiyöz bir hastalık olmasına rağmen bakteri kenelerle taşınmak zorunda olduğu için kişisel temasla bulaşıcı değildir (insandan insana yayılamaz).

1.7 Başlıca belirtileri nelerdir?

Lyme artritinin başlıca belirtileri, etkilenen eklem/eklemlerde sıvı birikimi ile şişlik ve hareket kısıtlılığıdır. Büyük miktarlarda şişlikler, sıklıkla çok az ağrı ile seyrederek ya da ağrısızdır. En sık etkilenen eklem diz eklemidir ancak diğer büyük eklemler ve hatta küçük eklemler de etkilenebilir. Diz tutulumunun hiç olmaması nadirdir: Olguların üçte ikisi diz eklemine monoartriti şeklindedir. Olguların %95'inden fazlasında, çoğu kez bir süre sonra geriye kalan tek iltihaplı eklem olan diz eklemi olacak şekilde, oligoartiküler (4 ya da daha az eklem) bir seyir görülür. Olguların üçte ikisinde Lyme artriti, epizodik artrit olarak ortaya çıkar (örneğin; birkaç günden birkaç haftaya kadar olan sürede artrit kendiliğinden kaybolabilir ve belirtisiz bir dönem geçtikten sonra aynı eklemde artrit yeniden ortaya çıkabilir).

Eklem iltihabı ataklarının sıklığı ve süresi genellikle zaman içinde azalır fakat bazı olgularda iltihap artabilir ve sonunda artrit kronikleşebilir. Ancak nadir de olsa başlangıçtan itibaren uzun süren artritler de vardır (artritin 3 ay veya daha fazla sürmesi).

1.8 Hastalık her çocukta aynı mıdır?

Hayır. Hastalık akut (yani sadece tek bir artrit atağı vardır), epizodik ya da kronik olabilir. Artrit küçük çocuklarda daha akut seyrederken, ergenlerde daha kronik seyretmektedir.

1.9 Çocuklardaki hastalık erişkinlerdeki hastalıktan farklı mıdır?

Hastalık yetişkinlerde ve çocuklarda benzerdir. Ancak çocuklarda erişkinlerden daha yüksek sıklıkta artrit görülebilir. Buna karşılık çocuk ne kadar küçükse hastalığın seyri o kadar hızlıdır ve antibiyotik tedavisinin başarılı olma şansı o kadar yüksektir.

2. TEŞHİS VE TEDAVİ

2.1 Nasıl teşhis edilir?

Ne zaman nedeni bilinmeyen, yeni ortaya çıkan bir artrit görülse; Lyme artrit, ayırıcı tanı için akla gelmelidir. Klinik şüphe, kan testlerini ve bazı durumlarda sinoviyal sıvı (şişmiş eklemden alınan sıvı) incelemelerini içeren laboratuvar tetkikleriyle doğrulanır.

Enzim immüno-assay denen bir test ile kanda *Borrelia burgdorferi* karşıtı antikorlar tespit edilir. Eğer enzim immüno-assay ile bulunan IgM tipi antikorlar varsa immüno-blot ya da Western-blot denilen doğrulayıcı testler uygulanmalıdır.

Eğer nedeni bilinmeyen bir artrit varsa ve enzim immüno-assay ile *Borrelia burgdorferi* için IgM antikorları bulunup Western-blot ile doğrulanmışsa, tanı Lyme artritidir. Tanı; sinoviyal sıvı analizinde, polimeraz zincir reaksiyonu denen bir teknik kullanılarak *Borrelia burgdorferi* bakterisinin geninin gösterilmesiyle doğrulanır. Ancak bu laboratuvar testi, serolojik antikor ölçümlerine nazaran daha az güvenilirdir. Özellikle bu test, enfeksiyon varlığını tespit etmede hatalı sonuç verebilir ve enfeksiyon yok olduğu halde enfeksiyon varlığına dair sonuç verebilir. Lyme artrit tanısı, bir çocuk doktoru tarafından ya da çocuk hastanesi tarafından konmalıdır. Ancak antibiyotik tedavisi başarısız olursa, çocuğun sonraki tedavisinin düzenlenmesinde bir pediatrik romatoloji uzmanı yer almalıdır.

2.2 Testlerin önemi nedir?

Serolojik incelemelerin yanı sıra iltihap belirteçleri ve kan biyokimyası incelemeleri yapılır. Ek olarak artrit diğer enfeksiyöz nedenleri de göz önünde bulundurulmalı ve uygun laboratuvar tahlilleriyle test edilmelidir.

Lyme artrit, enzim immüno-assay ve immüno-blot teknikleri ile doğrulandığı zaman antibiyotik tedavisine yanıtı göstermeyecekleri için bu testleri tekrarlamak yararlı olmaz. Aksine bu testler, başarılı tedaviye rağmen yıllarca pozitif kalabilir.

2.3 Tedavi/tam şifayla iyileşme mümkün müdür?

Lyme artriti enfeksiyöz bakteriyel bir hastalık olduğundan tedavi antibiyotiklerin uygulanması ile olur. Lyme artritli hastaların %80'inden fazlası, bir ya da iki kür antibiyotik tedavisi uygulamasından sonra tam olarak iyileşmektedir. Geri kalan %10-20'lik kesim için, antibiyotik tedavisi genellikle hastalığı şifayla tedavi etmez ve anti-romatizmal tedavi gereklidir.

2.4 Tedaviler nelerdir?

Lyme artriti ağızdan antibiyotik ile 4 haftada ya da damar içi antibiyotik ile en az 2 haftada tedavi edilebilir. Amoksisiline ya da doksisisiline (sadece 8 yaş üzeri çocuklarda verilebilir) uyum problemi varsa, seftriakson (ya da sefotaksim) ile intravenöz (damar içi) tedavi uygulaması daha avantajlı olabilir.

2.5 İlaç tedavisinin yan etkileri nelerdir?

Ağızdan antibiyotiklerle, ishal ya da alerjik reaksiyonlar gibi yan etkiler oluşabilir. Ancak, çoğu yan etki nadir ve hafiftir.

2.6 Tedavi ne kadar sürmelidir?

Antibiyotik tedavisi tamamlandıktan sonra, tedaviyi sonlandırmadan önce, hastalıkta tedavi edilememiş devam eden artrit varlığı ihtimaline karşılık, 6 hafta beklenmesi önerilir.

Böyle bir durumda, başka bir antibiyotik tedavisi verilebilir. İkinci antibiyotik tedavisinin de tamamlanmasından 6 hafta sonra hala artrit varsa, anti-romatizmal ilaçlar başlanmalıdır. Genellikle, steroid olmayan anti-romatizmal ilaçlar kullanılır ve kortikosteroidler etkilenen eklemin içerisine, sıklıkla da diz eklemine enjekte edilir.

2.7 Hangi tür düzenli kontroller gereklidir?

Yararlı olan tek kontrol, eklemlerin muayene edilmesidir. Artritin kaybolmaya başlamasından itibaren olan dönem ne kadar uzun ise tekrarlama olasılığı da o kadar azdır.

2.8 Hastalık ne kadar sürer?

Bir ya da iki antibiyotik tedavisinden sonra olguların %80'inden fazlası iyileşir. Geri kalan olgularda, artrit aylar ya da yıllar içerisinde ortadan kalkacaktır. Zamanla, hastalık tamamen sona erer.

2.9 Hastalığın uzun dönemli olası seyri (prognozu) nasıldır?

Antibiyotik ile tedaviden sonra çoğu olguda, hastalık hiçbir hasar bırakmadan geçmektedir. Kısıtlı hareket açıklığı ve erken osteoartrit gibi belirgin eklem hasarlarının oluştuğu özel vakalar bulunmaktadır.

2.10 Tamamen iyileşmek mümkün müdür?

Evet. Hastaların %95'inden fazlası tamamen iyileşmektedir.

3. GÜNLÜK HAYAT

3.1 Hastalık çocuğun ve ailenin günlük hayatını nasıl etkiler?

Ağrı ve hareket kısıtlılığına bağlı olarak çocuk, spor aktivitelerinde kısıtlama ile karşılaşabilir; örneğin, daha önceki kadar hızlı koşamama gibi. Çoğu hastada, hastalık hafif seyrederek ve çoğu problem, önemsiz ve geçicidir.

3.2 Okul hayatı nasıl etkilenir?

Kısa bir süre için okuldaki sportif aktivitelere katılımına ara vermek gerekli olabilir, çocuk hangi aktivitelere katılmak istediğine kendisi karar verebilmelidir.

3.3 Spor yapmasını etkiler mi?

Çocuk/ergen bu konuya kendisi karar vermelidir. Eğer çocuk bir spor kulübünde düzenli, planlı bir programa dahil ise bu programın gereklerinin azaltılması ya da hastanın isteğine göre ayarlanması avantajlı olabilir.

3.4 Beslenme nasıl olmalıdır?

Dengeli bir diyet olmalı ve büyüyen çocuğun ihtiyaçlarını karşılayacak

yeterli protein, kalsiyum ve vitamini içermelidir. Beslenme değişiklikleri hastalığın seyrini etkilemez.

3.5 İklim hastalığın seyrini etkiler mi?

Keneler her ne kadar ılık ve nemli bir iklime ihtiyaç duysa da enfeksiyon bir kez eklemlere ulaştıktan sonra hastalığın sonraki seyri, iklim değişikliklerinden etkilenmez.

3.6 Çocuk aşılabilir mi?

Aşılarla ilişkin hiçbir kısıtlama yoktur. Aşılamaların başarısı, hastalık ya da antibiyotik tedavilerinden etkilenmez ve hastalığa ya da tedaviye bağlı ek yan etkiler görülmesi beklenmez. Günümüzde Lyme borreliozis için kullanılabilen bir aşı yoktur.

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

Hastalık sebebiyle cinsel aktivite veya gebelikte bir kısıtlama bulunmamaktadır.