

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 180

180. On üç yaşındaki kız hasta 5 gündür süren eklemelerinde gezici karakterde ağrı ve yürüyememe şikâyetleriyle acil servise getiriliyor. Öyküsünden önceden bilinen hastalığının olmadığı, 2 hafta önce tonsillit geçirdiği öğreniliyor. Fizik muayenesinde kalp hızı 92/dakika, kan basıncı 120/80 mmHg, sol ayak bileğinde ve sağ dizinde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı belirlenirken kalpte üfürüm duyulmuyor. Ekokardiyografik incelemede hafif düzeyde mitral ve aort kapak yetmezlikleri belirleniyor. Telekardiyografisi normal, eritrosit sedimentasyon hızı 46 mm/saat ve anti-streptolizin O titresinde yükseklik saptanıyor. **Bu hasta için en olası tanı ve en uygun tedavi aşağıdakilerden hangisinde birlikte verilmiştir?**

- A) Poststreptokoksik artrit – Kortikosteroid
- B) Akut romatizmal ateş – Asetilsalisilik asit
- C) Poststreptokoksik artrit – İbuprofen
- D) Akut romatizmal ateş – Kortikosteroid
- E) Juvenil romatoid artrit – Metotreksat

Doğru Cevap: B

KAMP NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

160

TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ



Eritema marginatum

- Gövde de bazen kollarda, etrafı koyu pembe, ortası beyaz harita çizgilerini andıran, kaşıntısız, çabuk şekil değiştirip, çabuk kaybolan deri döküntüleridir. Yüzde gelişmez.

Laboratuvar bulguları

- **Sedimentasyon hızı artmıştır.** 60-120 mm/saate çıkabilir. Sedimentasyon hem hastalığın tanısında bir minör kriter hem de tedavinin başarısını takipte kullanılır.
- **CRP pozitifdir. Lökositoz vardır.**
- EKG'de **PR mesafesi uzamıştır** (>0,20 sn). **En sık saptanan EKG bulgusudur.**
- Streptokok enfeksiyonunun geçirildiğini destekleyen **antistreptolizin O (ASO)** titresini artmıştır: ASO titresini streptokok enfeksiyonundan 1 hafta sonra artmaya başlar, 3-5 hafta sonra en yüksek düzeye çıkar. 6-12 ayda enfeksiyon öncesi seviyeye döner.
- **ASO<333 Todd/U ve diğer hızlı streptokok testleri de(antideoksiribonülez B, antihyalürinidaz)**

Klinik Bilimler 180. soru
Pediatri Kamp Notu 1. Fasikül Sayfa 160

Tanı ve Tanı Kriterleri (Revize Edilmiş Jones Kriterleri - 2015****)	
Majör bulgular	
Düşük riskli topluluklar*	Yüksek riskli topluluklar
<ul style="list-style-type: none">• Kardit (klinik ve/veya subklinik**)• Artrit (sadece poliartrit)• Kore• Eritema marginatum• Deri altı nodülleri	<ul style="list-style-type: none">• Kardit (klinik ve/veya subklinik**)• Artrit (monoartrit veya poliartrit veya poliartralji***)• Kore• Eritema marginatum• Deri altı nodülleri
Minör bulgular	
Düşük riskli topluluklar	Yüksek riskli topluluklar
<ul style="list-style-type: none">• Poliartralji• Ateş ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)• Sedimentasyon $\geq 60\text{mm/sa}$ ve/veya CRP $\geq 3\text{mg/dL}$• EKG'de uzamış PR (yaşa göre) (kardit majör bulgu değilse)	<ul style="list-style-type: none">• Monoartralji• Ateş ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)• Sedimentasyon $\geq 30\text{mm/sa}$ ve/veya CRP $\geq 3\text{mg/dL}$• EKG'de uzamış PR (yaşa göre) (kardit majör bulgu değilse)
* Düşük riskli topluluklarda okul çağı çocuklarında ARA sıklığı $\leq 2/100\ 000$, tüm yaşlarda romatizmal kalp hastalığı $\leq 1/1000$	
** Subklinik kardit ekokardiyografide tam alan valvülit	
*** Poliartralji yüksek risklilerde diğer nedenler dışlanırsa majör bulgu kabul edilir. Eklem bulguları aynı hastada ya majör ya da minör bulgu kabul edilir.	

Destekleyici Bulgular

- Yakında geçirilmiş kızıl enfeksiyonu
- Boğaz kültüründe A grubu beta hemolitik streptokok üremesi
- ASO ve diğer streptokok antikor titrelerinin artması
- * **Modifiye 2015 Jones kriterlerine göre:**
 1. **İlk atak ARA tanısı:** İki majör veya bir majör, iki minör
 2. **Tekrarlayan atak ARA tanısı:** İki majör veya bir majör, iki minör veya **üç minör (yüksek riskli topluluklarda) ve bunların yanı sıra streptokok enfeksiyonunun varlığını gösteren bir bulgu ile ARA tanısı konulur.**
- * **Kore ve kronik karditte destek bulgusu aranmaz.**

İLGİLİ NOTLAR

önce tanı, sonra tedavi....
her iki referansımızı da
inceleyin!!!

Tedavi

Tedavide üç ana ilke vardır.

Primer antibiyotik tedavisi

Klinik Bilimler 180. soru
Pediatri Kamp Notu 1. Fasikül Sayfa 161

Anti-inflamatuvar tedavi

- **Hafif orta poliartrit var, kardit yok:** Aspirin 50-75 mg/kg/4 doz 2 hafta, daha sonra 2-3 haftada azaltarak kesilir.
- **Pankardit var, ama kalp yetersizliği veya kardiyomegali yok:** 90-100 mg/kg Aspirin 4-8 hafta kullanılır, sonra 4-6 haftada azaltarak kesilir.
- **Pankardit, kalp yetersizliği veya kardiyomegali var:** Prednizon 2 mg/ kg 2- 3 hafta tam doz, 2-3 haftada azaltarak kesilir. Steroid kesilmesinin son haftasında Aspirin (75-100 mg/kg) başlanır, 2-4 ay süresince devam edilir ve azaltarak kesilir.
- **Hareket kısıtlaması:** Süre bulguların ağırlığına ve tipine bağlı olarak bir hafta ile (izole artrit için) ağır karditte olduğu gibi haftalar boyu sürebilir. Eritrosit sedimentasyon hızı romatizmal aktivasyonu gösteren ve dolayısıyla aktivite kısıtlama süresinin belirlenmesinde yararlı bir kılavuzdur. Ağır kalp tutulumu haricinde sedimentasyon normale döndüğünde tam aktiviteye izin verilir. Ağır kardiyak tutulumu olanlarda taşikardi düzelineye kadar mutlak yatak istirahati verilmelidir.

Sekonder profilaksi

- **İlk ARA atağını takiben her çocuğa penisilin profilaksi uygulanmalıdır.**
- Penisiline duyarlı olanlarda eritromisin kullanılır.
- Profilaksi süresi yalnız artrit geçirenler için 5 yıl ya da 21 yaşına kadardır. Hangisi daha uzunsa o tercih edilir.
- Kardit geçiren ancak kapak lezyonu olmayanlara 10 yıl veya 21 yaşına kadardır.
- Kardit geçirmiş ve kapak lezyonu olan vakalarda 10 yıl veya 40 yaşına kadar, bazı hastalarda **ömür boyu uygulanır.**
- Korede profilaksi süresi **kardiak tutulumu** bağlıdır.

Sydenham koresinin yönetimi

- Başlangıçta streptokok eradikasyonu için 1.2 milyon ünite benzatin penisilin G verilir ve diğer romatizmal ateş bulguları olan hastalardaki gibi rekürrenslerin önlenmesi için her 28 günde bir tekrar edilir.
- Korea tedavisinde **ilk tercih fenobarbitaldir.** Alternatif olarak haloperidol, klorpromazin kullanılabilir. Bazı hastalarda kısa süreli kortikosteroid tedavi gerekebilir.
- **İzole koreli hastalarda anti-inflamatuvar tedaviye gerek yoktur.**

ARA'da sekonder profilaksi

Uygulama yolu	Antibiyotik	Doz	Sıklık
İntramusküler	Benzatin Penisilin-G	1,200,000 U	Her 3-4 haftada bir
Oral	Penisilin V	250 mg	Günde 2 kez
	Sulfadiazin	500-1000 mg	Günde 1 kez
	Eritromisin	250 mg	Günde 2 kez