



Bu ayki konumuz; "Akut Romatizmal Ateş". Sorularımızı Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD'den Prof. Dr. Rana Olguntürk yanıtladı.

1- Akut romatizmal ateşin önemi nedir?

Akut romatizmal ateş (ARA), 5-30 yaş grubunda en sık görülen kalp hastalığı nedenidir. 45 yaş altında kardiyak nedenlere bağlı ölümlerde romatizmal kalp hastalığı en sık görülen nedendir.

Bütün yaşlarda kalp hastalıklarının %25-40 nedeni romatizmal kalp hastalığıdır. Her yıl 10-20 milyon yeni olgunun görüldüğü tahmin edilmektedir. Hastalığın morbiditesi ve oluşturduğu sekeller mortalitesinden daha da önemlidir.

2- Akut romatizmal ateşin ülkemizde görülme sıklığı nedir?

"Türkiye Romatizmal Ateş Çalışma Grubu"nun 14 merkezden aldığı 2000 yılı verilerine göre pediatri polikliniklerine başvuran hastalarda ARA sıklığı 10.8/10.000, çocuk kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalar arasındaki sıklık ise % 1.9 bulunmuştur. Ankara bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre (1995) son 20 yılda ARA prevalansında 9-10 kat azalma saptanmıştır.

3- Romatizmal ateş görülmesinde genetik eğilim var mı ? Ailede ARA varsa daha mı titiz davranmalı ?

Romatizmal ateş etyopatogenezinde bir genetik ön yatkınlığın olduğu uzun yıllardan

beri bilinmekle birlikte mekanizma tam olarak anlaşılamamıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar farklı bölgelerde değişik HLA tiplerinin (örneğin HLS-DR1-4-7, DW10, DRW 11,53 ya da Allotip D8/17 gibi) ARA ve özellikle romatizmal kalp hastalığına duyarlılık bulgusu olarak hastalarda sık bulunduğunu göstermiştir. Ailede ARA varsa kesinlikle daha titiz davranmalıdır. Aile öyküsü hastalığa karşı duyarlılığı artırmaktadır. Kuşku ailelerde her ÜSYE'de kesinlikle boğaz kültürü yapılmalı ve anti-streptokoksik tedavi uygulanmalıdır.

4- ARA hangi yaşlarda görülür? Altı aylık bebeklerde de olabilir mi?

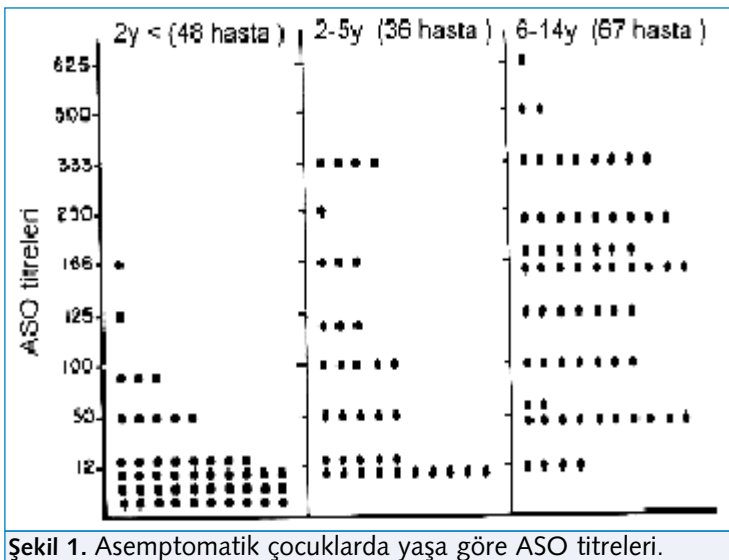
ARA'nın ilk atağı 5-15 yaş arasında görülür. En sık sekiz yaşındaki çocuklarda görülür. Beş yaş altında ender görülür. Hastalığın çok yaygın olduğu 1940-1960 yılları arasında Amerika'da yapılan çalışmalarda iki yaş altında %0.7, beş yaş altında %8.4 oranında görülmüştür. Bu olasılık epidemik durumlarda daha belirgindir. Beş yaş altında çocukların streptokok ile karşılaşma riskleri düşüktür. Streptokoksik ÜSYE geçirmenin serolojik bulgusu olan ASO titrasyonu iki yaş altındaki çocuklarda çok düşük iken, 6-14 yaş arasında normalin üst sınırında ve hatta normalin üstünde bulunmuştur (Şekil 1).

5- ÜSYE olgularına Penisilin verelim mi?

Eğer boğaz kültüründe beta hemolitik streptokok üremişse penisilinle tedavi edilmesi uygundur. Önerilen tedavi paranteral uzun etkili penisilin (Benzatin Penisilin G) ya da oral penisilin (fenoksimetil penisilin); penisilin alerjisi varsa eritromisindir.

6- Post-streptokoksik reaktif artrit ile ARA ayırıcı tanısı nasıl yapılabilir?

Post-streptokoksik reaktif artritin (PSRA), ARA ile benzerlikleri olması nedeni ile onun bir varyantı olduğunu kabul edenler olduğu gibi, farklı bir tablo olduğunu düşünenler de vardır. ARA ile PSRA arasındaki ayırıcı tanı özellikleri Jones kriterleri esas alınarak Tablo 1'de özetlenmiştir.



Şekil 1. Asemptomatik çocuklarda yaşa göre ASO titreleri.

Tablo 1. Jones kriterlerine göre ARA ile PSRA'nın ayrııcı özellikleri.

	ARA	PSRA
Yaş	5-15	3-15
Cins	1:1	1:1
Eritema marginatum	%0-13	-
Kore	%0-30	-
Kardit	%30-90	Ender
Artrit		
Gezici	+++ (20-28)	
Kalıcı	-	+++ (25-150 gün)
Büyük Eklem	+++	+++
Küçük Eklem	+	+++

7- Profilaksi için önerileriniz nelerdir?

Romatizmal ateş rekürrens gösteren bir hastalık olduğu için hastalığın sekonder profilaksisi çok önemlidir. Hastalığı geçiren bir çocuğun tekrar geçirmesi önlenmelidir.

"Türkiye Romatizmal Ateş Çalışma Grubu"nun da kabul ettiği profilaksi süresi artrit ve kore için 20 yaş, kardit için ise ömür boyu benzatin penisilin uygulamasıdır.

Profilaksinin kesilebilmesi için son beş yılda rekürrens görülmemelidir.

8- Sessiz kardit nedir?

Son yıllarda dinlemekle üfürüm duyulmayan bazı olgularda ekokardiyografi ile mitral ya da aort kapağında yetmezlik

akımlarının görülmesi sessiz kardit kavramını gündeme getirmiştir. Bu nedenle kardit bulguları olsun ya da olmasın tüm ARA'lı hastaların sessiz kardit yönünden ekokardiyografik incelemelerinin yapılması uygun olacaktır.

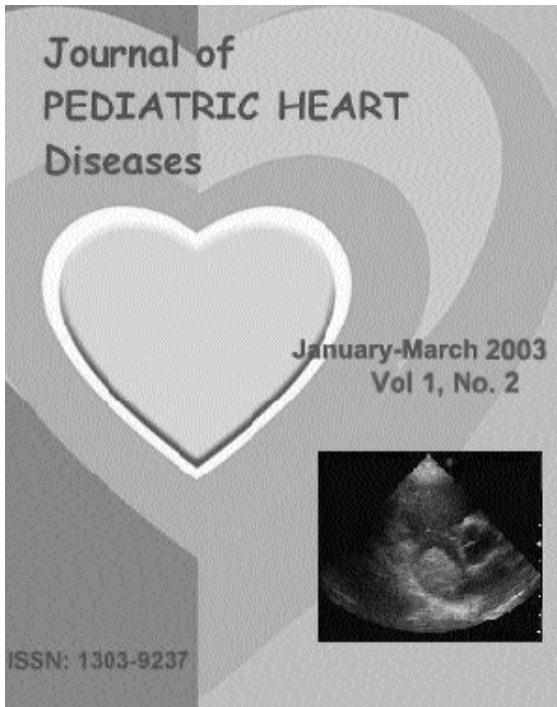
9- Sessiz kardit tedavisi nasıl olmalı?

Sessiz karditlerin aktif kardit olarak kabul edilip edilmeyeceği konusunda henüz tam olarak bir fikir birliği olmamakla birlikte kliniğimizde sessiz kardit de tıpkı kardit gibi steroid ile tedavi edilmekte ve yatak istirahati uygulanmaktadır. Bu hastalar klasik kardit olarak kabul edildiğinden profilaksi de karditdeki gibi olmalıdır.

10- Kardit tedavisinde salisilat kullanılabilir mi?

Kardit tedavisinde bazı kaynaklar kalp yetmezliği ya da kardiyomegali olmayan olgularda salisilat tedavisini önermekle birlikte Türk Pediatrik Kardiyoloji Derneği Romatizmal Ateş Çalışma Grubu üyeleri kardit tanısı kesin olan tüm hastalarda prednizolon tedavisini önermektedir. Karditli hastalar kesinlikle yatak istirahatine alınır. Kalp yetmezliği varsa digital, diüretik ve ACE inhibitörleri verilir. Rebound'u önlemek için steroid kesilirken salisilat başlanmalıdır.

Okuduklarımızdan



Ülkemizde doğurganlık hızına göre kaba bir hesaplama yılda 12.000-15.000 çocuk kalp hastalığı ile doğmaktadır. Bu çocukların büyük bir kısmı tedavi ile topluma sağlıklı bir birey olarak kazandırabilecekken 1/3'ü hiçbir tıbbi yardım alamadan kaybedilmektedir. Kazanılmış kalp hastalıkları da eklenince çocukluk çağında ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, solunum sistemi ve malnutrüyondan sonra üçüncü sırayı almaktadır.

Bu nedenle kalp hastalıklarına yaklaşımda bilinci artırmak ve pediyatr ve pediatrik kardiyologların bilgi birikimlerini birbirleriyle paylaşabilmeleri için Prof. Dr. Rana Olguntürk editörlüğünde Çocuk Kalp Hastalıkları Dergisi, Ocak 2003 tarihinde yayın hayatına internette başladı. Yılda dört sayı olarak planlanan dergiye yazarlar online yazı gönderebilmek şansına da sahipler.

Adresi: www.tjphd.cjb.net

ISSN: 1303-9237

