



AKUT ROMATİZMAL ATEŞ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

A grubu beta-hemolitik streptokoklara bağlı tonsillofarenjite ikincil olarak gelişen yaygın enflamatuvar bir bağ dokusu hastalığıdır. Streptokok antijenlerine karşı gelişen antikorların eklem, kalp, bazal ganglion gibi dokularda oluşturduğu hasar sonucu gelişir.

Sosyoekonomik durumu düşük toplumlarda daha sık görülür. Sıklıkla 6-15 yaş grubunda ortaya çıkar.

Akut tonsillofarenjitin tedavisi akut romatizmal ateş gelişimini engeller.

Tanı

Öykü

1-5 hafta, ortalama 3 hafta önce geçirilmiş tonsillofarenjit öyküsü

Belirti ve bulgular

- Gezici poliartrit (%75): Diz, ayak bileği, dirsek, el bileği
- Kardit (%40-50): Taşikardi, üfürüm (mitral ve aort yetmezliği), perikardit, kardiyomegalii, kalp yetmezliği bulguları
- Eritema marginatum (%10): Özellikle gövde ve kolların iç yüzünde
- Deri altı nodülleri (%2-10): Ekstansör yüzlerde, tendon kılıflarına yapışık nodüller
- Sydenham koresi (%15): Tonsillofarenjitten 1-6 ay sonra
- Ateş
- Artralji

Laboratuvar bulguları:

- Tam kan sayımı
 - Lökositoz
 - Periferik yayma: (özellikle ayırcı tanı için)
- Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): Genellikle 60 mm/st üzerinde
- Yüksek antistreptolizin O (ASO) düzeyi, titresi: Erişkinlerde 240 Todd ü, çocukların 320 Todd ü üzerinde
- C- reaktif protein (CRP) pozitifliği
- EKG: Uzamış PR aralığı, taşikardi
- Boğaz kültürü: Sıklıkla negatif
 - Telekardiyografi
 - Ekokardiyografi

Akut romatizmal ateşe özgül bir testin bulunmaması nedeniyle, tanı, belirti ve bulguların modifiye Jones kriterlerine göre değerlendirilmesiyle konur. Geçirilmiş streptokok enfeksiyonunu gösteren bir kanıt eşliğinde, iki majör bulgu ya da bir majör ve iki minör bulgu tanıyı kuvvetle düşündürür.

Modifiye Jones kriterleri

Majör bulgular	Minör bulgular	Grup A Streptokok enfeksiyonu kanıtı
<ul style="list-style-type: none"> - Kardit - Poliartrit - Sydenham koresi - Eritema marginatum - Deri altı nodülleri 	<p>Klinik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ateş - Artralji <p>Laboratuvar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akut faz reaktanlarında (ESH, CRP) artış - PR aralığında uzama 	<ul style="list-style-type: none"> - Yüksek veya yükselmekte olan streptokok antikor titresi - Pozitif boğaz kültürü

Geçirilmiş streptokok enfeksiyonu kanıtı varlığında kore bulunması akut romatizmal ateşi düşündürmelidir.

Akut romatizmal ateş tanısı düşünüldüğünde bildirimi yapılır.

Ayırıcı Tanı

- Juvenil romatoid artrit
- Reaktif artrit
- Sistemik lupus eritematosus
- Septik artrit
- Akut lösemi

Tedavi

1. Streptokok enfeksiyonunun tedavisi

- Benzatin penisilin (kas içine, tek doz)		<27 kg	600.000 ü
		>27 kg	1.200.000 ü
		veya	
- Penisilin V (ağızdan)	Çocukta	50.000 ü/kg/gün	
	Erişkinde	2-3 milyon ü/gün	
		2-3 doza bölünerek, toplam 10 gün	
Penisilin alerjisi varsa			
- Eritromisin (ağızdan)	Çocukta	40 mg/kg/gün, 2-4 dozda, 10 gün	
	Erişkinde	günde 2-4 kez 500 mg, 10 gün	

2. Antienflamatuvlar tedavi

- Asetil salisilik asit

50-75 mg/kg/gün (en çok 4 gr)
4 dozda, 2-3 hafta içinde azaltılarak kesilir.

Profilaksi

- *Benzatin penisilin* (kas içine) kış aylarında 3 haftada bir yaz aylarında 4 haftada bir
- *Penisilin V* (ağızdan) günde iki kez 250.000 ü
Penisilin alerjisi varsa
- *Eritromisin* günde iki kez 250 mg

Profilaksi süresi

İzole artrit : Yirmi yaşa kadar veya ataktan sonra en az 5 yıl
Kardit: Yaşam boyu

Sevk

- Kalp yetmezliği varsa, diürez, gerektiğinde dijitalizasyon, (Kalp Yetmezliği rehberine bakınız. Sayfa 45) yapılip *benzatin penisilin* ve antienflamatuvlar tedavi uygulanarak hasta acilen sevk edilir.
- Kore ön tanısıyla değerlendirilen hastalar sevk edilir.
- Tanı kesin değilse ve kardiyak bulgu yoksa,
 - ESH yüksekse *benzatin penisilin* uygulanır ve hasta antienflamatuvlar tedavi verilmeden sevk edilir.
 - ESH düşükse: *benzatin penisilin* ve izlem yapılır.
- Tanı kesinse, *benzatin penisilin* ve antienflamatuvlar tedavi verilir ve hasta sevk edilir.

Kaynaklar

1. Ayoub EM. Acute Rheumatic Fever. Allen HD, Gutgesell HP, Clark EB, Driscoll DJ, ed. Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:1226-41.
2. El Said GM, El-Refaee MM, Sorour KA, El-Said HG. Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR, ed. The Science and Practice of Pediatric Cardiology. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1998:1691-724.
3. Lan AJ, Colford JM, Colford JM Jr. The Impact of Dosing Frequency on the Efficacy of 10-day Penicillin or Amoxicillin Therapy for Streptococcal Tonsillopharyngitis: A Meta-analysis. Pediatrics 2000; 105: E19.
4. Braunwald, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001.

