

## Tanınız Nedir? (Devamı) Instructive Case (Continued)

### Tartışma

#### Kızıl sonrası gelişen poststreptokoksik reaktif artrit:

Hastanın şikayetlerinin başlangıcından iki hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu ve kızıl geçirme öyküsü, ateş, artrit varlığı, ASO değerinin, ESH'nın yüksek olması nedeniyle hasta Poststreptokoksik reaktif artrit (PSRA) olarak değerlendirildi. Hastaya kliniğimize başvurmadan önce on günlük penisilin tedavisi verilmiş olması ve boğaz kültüründe üreme olmaması nedeniyle antibiyotik tedavisi verilmedi. Takiplerinde klinik bulguları düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

Çocuklarda akut tonsillofarenjitin en sık bakteriyel etkeni A grubu beta hemolitik streptokoktur (GABHS). Eritrojenik eksotoksinler üreten GABHS suşları kızıl olarak bilinen tipik bir döküntülü hastalık oluşturur. Başlangıç akut ve ateş, titreme, kusma, baş ağrısı ve toksisite ile karakterizedir. Yaygın güneş yanığına benzer 'skarlatiniform' ekzantem koltuk altları, kasık ve boyunda daha belirgin olur ve basmakla solan nokta şeklinde kırmızı maküler veya küçük papüllerle karakterizedir. Bazı kişilerde deri kaz derisi gibi yada zımpara kağıdı gibi hissedilebilir. Basmakla solmayan hiperpigmentasyon alanları deri kıvrım yerlerinde özellikle antekubital fossalarda görülür (Pastia çizgileri). Ağız etrafı dışında yanaklar kızarıktır (perioral solukluk). Farenks inflamedir, tonsiller hiperemik ve ödemlidir ve gri-beyaz eksuda ile örtülmüş olabilir. Dilde önce beyaz çilek dili görünümü; birkaç gün sonra kırmızı çilek dili görünümü olmaktadır. Kızılın ekzantem ve enantemi ateşin seyrine paralel gitme eğilimindedir ve tedavi edilmeyen hastalarda 5-7 gün sürer; erken antibiyotik tedavisi fizik bulguları hafifletir. Deskuamasyon ilk haftanın sonuna doğru ince pullanma şeklinde yüzden başlar, gövde ve en sonunda el ve ayakları tutacak şekilde devam eder (1-3).

Streptokokal farenjitin kendi kendini sınırlayan bir hastalık olduğu bilinmektedir. Hastalık tedavi edilmesene bile ateş ve akut semptomlar hastalığın başlangıcından itibaren 3-4 gün içinde gerilemektedir (9). Olgumuzun fizik muayenesinde tonsillalar üzerinde eksüda tespit edilmesine rağmen, ateş, boğaz ağrısı, submandibuler/servikal lenfadenomegali gibi şikayet ve klinik bulgular yoktu. Biz streptokokal farenjite bağlı gelişen tonsiller eksüdanın ne kadar süre içinde kaybolduğunu belirten bir literatür bulamadık. Hastamızdaki bu bulgu streptokokal farenjit sonrası akut semptomlar düzelse bile tonsiller eksüdadaki düzelenin zaman alabileceğini düşündürmektedir.

GABHS enfeksiyonlarını izleyen steril artritler akut romatizmal ateş (ARA) ve PSRA olarak iki klinik tablo oluşturabilirler. Reaktif artrit genellikle gastrointestinal ve/veya genitouriner sistem olmak üzere, vücudun herhangi bir bölgesin-

deki primer enfeksiyonla ilişkili fakat farklı bir lokalizasyonda ortaya çıkan inflamatuvar artritler için kullanılır. Streptokok enfeksiyonu sonrası görülen ve Jones kriterlerini tam karşılamayan artritler poststreptokoksik reaktif artrit (PSRA) olarak isimlendirilir. ARA'da korkulan bulgu kardit, çocuklarda ilk atakta %30-90 ortaya çıkabilir. PSRA daha çok erişkinlerde görülmekte olup, yaş dağılımı 8-14 yaş ve 21-37 yaş arasında pik yapmaktadır. PSRA, ARA'ya göre daha kısa süre öncesinde geçirilmiş boğaz enfeksiyonunun ardından akut başlangıçlı bir artrittir. Latent period 2 haftadan kısa (3-10 gün gibi) sürer (ARA'da 3 haftadır).

PSRA, gezici artrit geliştirmez. Oysa ARA gezici artrit gösterir. Büyük eklemleri ve öncelikle alt ekstremit eklemlerini tutar. Mono-oligo ve poliartrit eşit orandadır. Simetrik veya asimetriktir. ARA da çoğu asimetriktir. En çok dizler, ayak-el bilekleri, küçük ve büyük eklemleri tutulabilir. ARA da küçük eklem tutulumu nadirdir. Aspirin ve NSAİİ'ye iyi yanıt vermezler. ARA'da aspirine yanıt önemli bir özelliktir. Kronik, uzun bir seyir gösterebilirler. 1 hafta sürebilir veya 8 ay kadar uzayabilir. Ortalama 2 ay devam eder. ARA, 4-6 haftada, en fazla 8 haftada biter (4,5). Akut başlangıçlı, simetrik veya asimetrik, gezici olmayan ve herhangi bir eklemi tutabilen artrit vardır. Artrit uzamış veya yineleyen karakterdedir ve salisilat ve NSAİİ'lere iyi yanıt vermez. Artrit öncesinde ABHS enfeksiyonu vardır. ARA'daki artrit başka major bulgusu genellikle yoktur ve ARA tanısı için modifiye Jones kriterleri genellikle dolmamaktadır. Bizim hastamızın, her iki dizinde artrit mevcuttu ve bir hafta içerisinde spontan olarak düzeldiği görüldü. ARA'lı hastaların %50'sinde kalp tutuluğu olabilir. İlk atakta %30'u aşan oranda kardit olur. PSRA'da antimikrobial profilaksi alanlarda kardit görülmemiş, antimikrobial profilaksi almayan PSRA'lı hastaların %6'sında hafif mitral kapak hastalığı ortaya çıkmıştır. PSRA'de Sydenham koreasi ve eritema marginatum gösterilmemiştir. Eritema nodosum (ARA' da %4-7) ve eritema multiforme ARA'dan daha sık bildirilmiştir (2-4,6).

Laboratuvar olarak; PSRA'da lökosit sayısı genelde normaldir. Aktif artritli hastaların çoğunda sedimentasyon ve CRP yüksektir. Serum RF (-) dir. ANA ve HLA B27 varlığı sağlıklı popülasyonla uyumludur. PSRA tanısı için ABHS varlığı gösterilmesi gerekir. Yeni geçirilmiş akut farenjit ve pozitif ABHS gösteren boğaz kültürü öyküsü olabilir. Tedavi alan hastalarda boğaz kültürü %10 pozitif olabilir. Tedavi almazsa 1/3 hastada pozitif olur. GABHS enfeksiyonundan 1 hafta sonra ASO yanıtı başlar; 3-6 haftada en yüksek değere ulaşır, 6-8 haftada düşmeye başlar. ARA'lı hastaların %80-85'inde tek başına ASO pozitifdir.

Tanıda pozitif boğaz kültürü ile birlikte artan ASO değerleri önemlidir. Boğaz kültürü negatifse, ASO'nun aralıklı kontrolü ve antiDNAase-B düzeyine bakmak iyi olur. Streptokokal farenjite etkin tedavi, penisilin veya türevlerinin 10 gün süreyle kullanılmasıdır. PSRA'lı hastalarda NSAİİ ile semptomlar giderilebilir. Tedaviye yanıt tam olmayabilir ve birkaç ay tedavi gerekebilir (4-8).

## Kaynaklar

1. Gerber MA. Group A Streptococcus. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (Eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 18th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2007: 1135-45.
2. Todd JK, Doğru Ü (çeviri editörü). Streptokok enfeksiyonları. Krugman'ın Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları. Anne A. Gershon, Peter J. Hotez, Samuel L. Katz, Çeviri editörü Prof.Dr. Güler Kanra, 11. Baskı. Ankara, Güneş Kitap Evi Ltd. Şti.; 2006. s. 641-54.
3. Mackie SL, Keat EA. Poststreptococcal reactive arthritis: what is it and how do we know?. Rheumatology 2004; 43(8): 949-54.
4. Tutar E, Atalay S et al. Poststreptococcal reactive arthritis in children: is it really a different entity from rheumatic fever?. Rheumatol Int 2002; 22(2): 80-3.
5. Ayoub EM, Majeed HA. Poststreptococcal reactive arthritis. Curr Opin Rheumatol 2000; 12(4): 306-10.
6. Shulman ST, Ayoub EM. Poststreptococcal reactive arthritis. Curr Opin Rheumatol 2002; 14(5): 562-5.
7. Deighton C, Ceadsby K. The new British Society for Rheumatology disease modifying anti-rheumatic drugs guidelines. Musculoskeletal Care 2006; 4(3): 174-81.
8. Özyürek AR. Poststreptokoksik reaktif artrit. Güncel Pediatri 2007; 5(1): 160-1.
9. Martin JM, Green M. Group A Streptococcus. Semin Pediatr Infect Dis 2006; 17: 140-8.