

Akut Batın Nedeniyle Opere Edilen Akut Romatizmal Ateş Olgusu

Mehmet Selçuk BEKTAŞ¹, Lokman ÜSTYOL¹, Avni KAYA^{a2}, Hayrettin TEMEL¹, Ertan SAL²,
Abdurrahman ÜNER¹

¹YYU Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, VAN, Türkiye

²Van Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Kliniği, VAN, Türkiye

ÖZET

Akut romatizmal ateş bir çok sistemi tutan otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Streptokoksik bir üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben 10-14 günlük sessiz bir devreden sonra ateş, halsizlik ve solukluk semptomları ile hastalık başlar. Akut romatizmal ateşte küçük eklem tutulumu nadirdir. Ondört yaşındaki erkek hasta her iki el ve ayak bileklerinde ağrı ve şişlik nedeniyle getirildi. Olgu dış merkezde ateş, karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile akut apandisit ön tanısı ile opere edilmiş. Hastaya artrit, kardit, sedimantasyon ve C-reaktif protein yüksekliği, elektrokardiyogramda PR uzaması ve antistreptolisin O yüksekliği bulgularıyla modifiye Jones kriterlerine göre Akut romatizmal ateş tanısı kondu. Akut romatizmal ateşin akut batın tablosunda gelip majör bulgularının yanı sıra nadirde olsa küçük eklem tutulumuna olabileceğine dikkat edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Akut romatizmal ateş, akut batın

ABSTRACT

A Rheumatic Fever Case Report Operated Because of Acute Abdomen

Acute rheumatic fever is an autoimmune connective tissue disease involving multisystems. Following an upper respiratory streptococcal infection, the initial symptoms are fever, weakness and pale symptoms after a silent latent period of 10-14 days. Small joint involvement is rarely seen in acute rheumatic fever. A fourteen-year-old boy was referred to our hospital with complaints of pain and swelling on both his hands and ankles. The patient was underwent surgery for acute appendicitis at external medical center, with complaints of fever, abdominal pain and vomiting. To our patient the diagnosis was made according to modified Jones criteria including arthritis, carditis, elevated sedimentation rate, C-reactive protein, prolonged PR interval in electrocardiogram and high antistreptolysin O level. In conclusion, we should emphasize that acute rheumatic fever may also present with acute abdomen, in addition to the major symptoms and signs of disease. Later, large joint involvement and though rarely, small joint involvement can also be seen.

Key words: Acute rheumatic fever, acute abdomen

Akut romatizmal ateş (ARA) birçok sistemi tutan otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Gelişmiş ülkelerde hastalığın prevalansındaki azalmaya karşın gelişmekte olan ülkelerde hala önemini sürdürmektedir. 5-30 yaş grubunda en sık görülen kalp hastalığı nedenidir. Streptokoksik bir üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben 10-14 günlük sessiz bir devreden sonra ateş, halsizlik ve solukluk semptomları ile hastalık başlar. Bu özgül olmayan semptomları takiben hastalığın majör veya minör bulguları görülür. Hastalık klasik olarak artritinin gezici nitelikte olması; daha çok diz, dirsek, omuz bilek gibi büyük eklemleri tutması ve salisilata iyi yanıt vermesi ile ayırt edilir. ARA'da küçük eklem tutulumu nadirdir (1). Bu yazıda akut apandisit tanısı ile dış merkezde opere edilip izlem ve takibinde küçük eklem tutulumu gelişen ve ARA tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

On dört yaşındaki erkek hasta her iki el ve ayak bileklerinde ağrı ve şişlik nedeniyle getirildi. 10 gün önce sağ dizinde sonrasında sağ kalçasında ağrı ve şişlik gelişmiş. Yürümesinde

zorluk çekmiş. Beş gün önce ise ateş, karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile gittikleri hastanede akut apandisit ön tanısı ile opere edilmiş. Operasyon sonrasında el parmak eklemlerinde ağrı ve şişlik gelişmiş. Şikayetleri ağrı kesici ile azalıyor ve hareketle ağrısı artıyor. Soygeçmişinde bir özellik olmayan hastanın özgeçmişinden yirmi gün kadar önce non-spesifik üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum iyi bilinci açıktı. Kan basıncı 110/70 mmHg, kalp atım hızı 100/dakika, ateşi 38°C idi. Karın sağ alt kadranda geçirilmiş operasyona ait yara izi ve yaygın hassasiyeti vardı. Defans, rebound ve organomegalisi yoktu. Her iki el metakarpofalangeal ve her iki ayak metatarsofalangeal eklemlerde ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde en iyi sol sternal alt kenarda 1-2/6 dereceden kısa sistolik üfürümü alınıyordu. Laboratuvar incelemelerinde; beyaz küre sayısı 12.300 mm³, hemoglobin 10 gr/dL, trombosit sayısı 651.000 mm³ bulundu. Anti Streptolizin O (ASO) 829 IU/mL, sedimantasyon 60 mm/saat, C-reaktif protein 97 mg/dL, fibrinojen 4,3 gr/L idi. Antinükleer antikor ve anti-dsDNA negatifti. Telemekardiyografisi normaldi. Elektrokardiyogramda PR

^a Yazışma Adresi: Dr. Avni KAYA, Van Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Kliniği, VAN, Türkiye

* 52. Milli pediatri kongresi

mesafesi 0.19 saniye idi. Ekokardiyografisinde birinci derece aort yetmezliği, birinci derece mitral yetmezliği saptandı. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Olguya artrit, kardit, ateş, artralji, sedimantasyon ve C-reaktif protein yüksekliği, elektrokardiyogramda PR mesafesi uzaması ve ASO yüksekliği bulgularıyla modifiye Jones kriterlerine göre ARA tanısı kondu (Tablo 1). Hastaya prednizolon, prokain penisilin başlandı. Yatak istirahatine alındı. Tedavi sonrası hastanın şikayetleri hızla düzeldi. Kontrolde sedimantasyon 2 mm/saate, C-reaktif protein 3,02'e, ASO 341'e, elektrokardiyogramda PR mesafesi 0.12 saniyeye düştü. Profilaktik benzatin penisilin G başlanarak hasta şifa ile taburcu edildi. Hasta takibinin sekizinci ayında olup semptomsuz izlenmektedir.

Tablo 1. Modifiye Jones kriterlerine göre hastamızda bulunan özellikler.

Majör bulgular	Hastamızda görülenler
Artrit	+
Kardit	+
Subkütan nodüller	-
Eritema marginatum	-
Sydenham koresi	-
Minör bulgular	
Artralji	+
Ateş	+
Akut faz reaktanların yüksekliği	+
PR mesafesinin uzaması	+
Yakın Zamanda grup A streptokok Enfeksiyonunun Geçirildiğinin İspatı	
Boğaz kültüründe veya hızlı antijen tespit yöntemi ile grup A streptokoku göstermek	-
Yüksek ASO	+

TARTIŞMA

Akut romatizmal ateş gelişmekte olan ülkelerde halen edinsel kalp hastalıklarının en önemli sebeplerindendir. Hastalığın spesifik bir bulgusu olmadığından tanı güçlükleri sürmektedir. Geçirilmiş streptokok enfeksiyonu kanıtlarını göstermedeki sorunlar, artrit kısa süreli olabilmesi veya erken başlanan antienflamatuvar tedaviyle baskılanması, karditin sessiz olabilmesi tanı güçlüğüne yol açabilmektedir (2). ARA ülkemizde de sıklığında azalma eğilimi olsa bile halen önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. ARA'da kalp tutulumu genellikle endokardiyal tutulum şeklindedir. Tek

KAYNAKLAR

- Olguntürk R. Akut Romatizmal Ateş. Klinik Pediatri, 2002; 1: 20-25.
- Ayoub EM. Acute rheumatic fever. In: Emmanouilides GC, Riemenschneider TA, Allen HD, Gutgesell HP (eds). Moss and Adams Heart Disease in Infants, Children and Adolescents Including the Fetus and Young Adult (2nd ed) Vol. 2. Baltimore: Williams and Wilkins 1995: 1400-1416.
- Lin JS, Rodriguez-Torres R. Appendectomy in children with acute rheumatic fever. Pediatrics 1969; 43: 573-577.
- Güven H, Aydoğdu A, Levent E, Özyürek AR, Parlar A. Akut karın tablosunda gelen akut romatizmal ateş vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46: 199-211.
- İmdadoğlu T, Ergüven M, Laloğlu M, Bilgiç O. Atipik Eklem Tutulumlu Akut Romatizmal Ateş Olgusu. 4. Uludağ Pediatri Kış Kongresi poster özetleri-2008. poster no: 287 sayfa 240.
- Shulman ST, Ayoub EM. Poststreptococcal reactive arthritis. Curr Opin Rheumatol 2002; 14: 562-565.

Kabul Tarihi: 06.12.2010