

# BÖLÜM 17

## SEPTİK ARTRİT

Ahmet ÇULCU<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Septik artrit, eklem aralığının bakteriyel invazyonu ile karakterize akut bir eklem hastalığıdır. Hastalığın başlangıcı; bakterilerin kan yolu ile, çevre dokulardan invazyon ile veya cerrahi/travma sonucu direkt inokülasyonu ile olabilir. Sorumlu mikroorganizma, bireyin immün sistem durumu, tanıdaki gecikme ve tedavinin doğru şekilde uygulanması hastalığın prognozunda oldukça etkilidir. Septik artrit gelişmesinde risk faktörleri; romatoid artrit, osteoartrit, geçirilmiş artroplasti cerrahisi, düşük sosyo-ekonomik düzey, intravenöz ilaç kullanımı, alkolizm, diyabet, eklem içi steroid uygulamaları ve cilt ülserleri olarak bildirilmiştir (1).

### KLİNİK

Hastaların önemli bir kısmında kıkırdak harabiyetine sebep olan bu hastalığın erken tanınıp tedaviye başlanması prognoz açısından önemlidir. En önemli muayene bulguları, pasif harekette ağrı, kızarıklık ve şişliktir. Ancak immün sistem cevabı az olan hastalarda bu bulgular belirgin olmayabilir.

Septik artrit her yaştaki bireylerde gözükabilir ancak en sık çocuklarda ve yaşlılarda gözükmektedir. Risk faktörleri olan kişilerde, immün yetmezliği olanlarda septik artrit ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken bir durumdur. Ayrıca alınan öykü ve predispozan durumların belirlenmesi, patojen bakteri hakkında da bilgi verebilmektedir (Tablo 1).

Septik artrit şüphesi olduğunda eklem sıvısı alınmalı ve hızlıca kültüre, gram boyamaya, hücre sayımına ve kristal analizine gönderilmelidir. Tam kan sayımı, C-reaktif protein (CRP), sedimantasyon testleri istenmelidir. CRP değerinin 105 mg/L'den yüksek olması enfeksiyon açısından anlamlıdır. Eklem sıvısının yoğun ve bulanık olması, milimetre küpte 50,000'den fazla çekirdekli hücre olması, yüksek nötrofil oranı ve polimorfonükleer lökosit (PMNL) oranının %80'dan fazla

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Yüksekova Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, dr.ahmetculcu@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Mathews CJ, Weston VC, Jones A, et al. Bacterial septic arthritis in adults. *The Lancet*. 2010;375(9717): 846-855. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61595-61596.
2. Singhal R, Perry DC, Khan FN et al. The use of CRP within a clinical prediction algorithm for the differentiation of septic arthritis and transient synovitis in children. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume* 2011;93(11): 1556-1561. doi: 10.1302/0301-620X.93B11.26857.
3. Stimmmer MM. Infectious arthritis: tailoring initial treatment to clinical findings. *Postgraduate medicine*. 1996;99(4): 127-31, 35-39.
4. McCutchan HJ, Fisher RC. Synovial leukocytosis in infectious arthritis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 1990(257): 226-230.
5. Tarkowski A. Infection and musculoskeletal conditions: Infectious arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2006;20(6): 1029-1044. doi: 10.1016/j.berh.2006.08.001.
6. Goodman SB, Schurman D. Management of pyarthrosis. *Chapman's orthopaedic surgery*. 2001;3: 3561-3577.
7. Bartlett JG, Auwaerter PG, Pham PA. Johns Hopkins ABX Guide 2012: Jones & Bartlett Publishers; 2011.