

Bölüm 31

AKUT ROMATİZMAL ATEŞ

Veysel Ozan TANIK¹

GİRİŞ

Akut romatizmal ateş (ARA) ; duyarlı kişilerde, A grubu beta hemolitik streptokoklar ile oluşan üst solunum yolu infeksiyonundan 1 ile 5 hafta sonra ortaya çıkan, kalp, eklemler, beyin, kan damarları, deri ve deri altı bağ dokusunu tutan otoimmün bir hastalıktır. Dünyada gelişmiş ülkelerde seyrek görülmekle birlikte özellikle gelişmekte olan ülkelerde halen bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir.

ARA epizotlarını önleyici önlemleri alınmadıkça aynı kişide tekrarlama eğilimi gösteren bir hastalıktır ve bu tekrarlar arttıkça hastanın kalp kapağında meydana gelen hasar ilerler ve romatizmal kalp hastalığı (RKH) ortaya çıkar. ARA gelişmekte olan ülkelerde edinsel kalp hastalığının en sık nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. (Carapetis , Mc Donald & Wilson , 2005)

EPİDEMİYOLOJİ

ARA sıklığı 20.yüzyılın ikinci yarısında daha hijyenik ve daha az kalabalık yaşam koşullarına , ayrıca antibiyotik tedavisinin bulunması ve yaygınlaşması bağlı olarak zamanla azalmaya başlamıştır. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre her yıl ortaya çıkan 500.000 ARA vakasının %97 si gelişmekte olan ülkelerdedir. Gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda ARA insidansı 100.000’de 200 veya daha fazla iken bu sıklık Amerika Birleşik Devletleri ,Japonya gibi gelişmiş ülkelerde 100.000’de 1 veya daha azdır. (Carapetis , Mc Donald & Wilson, 2005)

ARA pik insidansı 5-15 yaş arasındadır. 5 yaşından önce nadir olarak rastlanır. Rekürren ataklar adolesan ve genç erişkinlerde sık olarak gözlenir.ARA sıklığı cinsiyete bağlı olarak değişim göstermez ancak nedeni net olarak bilinmemekle birlikte RKH kadınlarda daha sıktır.

Toplu yaşanan kurumlarda, yatılı okul ve kışlalarda, aynı evde yaşayan kişi sayısı arttığında etken mikroorganizma ile karşılaşma olasılığı da arttığından

¹ Uzman Dr., Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, drozantanik@gmail.com

ARA atağından sonra en az 5 yıl veya 21 yaşına kadar profilaksi önerilmektedir. Ciddi kapak hastalığı olanlar ve kalp kapak cerrahisi geçiren hastalarda ömür boyu profilaksi gerekmektedir. Amerikan Kalp Cemiyeti tarafından yayınlanan en son kapak klavuzunda RKH bulunan hastalara dental ve cerrahi işlemler öncesi endokardit profilaksisine ihtiyaç duyulmadığı söylenmiştir.

Tablo 3. Akut Romatolojik Ateş için sekonder profilaksi süresi

Hasta Kategorisi	Profilaksi Süresi
Kardit kanıtı bulunmayanlar	Son ataktan 5 yıl sonrasına kadar veya 18 yaşına kadar (Hangisi daha uzunsa)
Kardit kanıtı bulunanlar (Orta dereceye kadar mitral yetmezlik)	Son ataktan 10 yıl sonrasına kadar veya 25 yaşına kadar (Hangisi daha uzunsa)
İleri derece kapak tutulumu olanlar	Ömür boyu
Kapak cerrahisi geçirenler	Ömür boyu

KAYNAKÇA

- Ayoub EM. Acute rheumatic fever. In: Moss and Adams' Heart Disease in infants, children and adolescents. Allen HD, Gutgesel HP, Clark EB, Driscoll DJ (eds). 2001. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.: 1226-41.
- Carapetis JR, Mc Donald M, Wilson N. 2005. Acute rheumatic fever. Lancet ; 366: 155-66.
- Cilliers A. Treating acute rheumatic fever. 2003. BMJ. ; 327(7416):631-2.
- Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J, Remenyi B, Taubert KA, Bolger AF, Beerman L, Mayosi BM, Beaton A, Pandian NG, Kaplan EL; American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. 2015. Circulation. 19;131(20):1806-18. doi:10.1161/CIR.0000000000000205
- Guilherme L, Faé K, Oshiro SE, Kalil J. Molecular pathogenesis of rheumatic fever and rheumatic heart disease. 2005. Expert Rev Mol Med.;7(28):1-15. Review.
- Khanna AK, Buskirk DR, Williams RC Jr, Gibofsky A, Crow MK, Menon A, Fotino M, Reid HM, Poon-King T, Rubinstein P, et al. Presence of a non-HLA B cell antigen in rheumatic fever patients and their families as defined by a monoclonal antibody. 1989. J Clin Invest. ;83(5):1710-6.
- Lennon D, Stewart J, Anderson P. Primary Prevention of Rheumatic Fever. 2016. Pediatr Infect Dis J. ; 35(7):820. doi: 10.1097/INF.0000000000001168.
- McDonald M, Currie BJ, Carapetis JR. Acute rheumatic fever: a chink in the chain that links the heart to the throat? 2004. Lancet Infect Dis. ;4(4):240-5. Review.
- Modi G.M., Mayosi B.M., Acute rheumatic fever. Hochberg MC , Silman AJ , Smolen JS , et al. Rheumatology. 5th ed. Elsevier: ST louis ; 2010:1093—1102.
- Ozer S, Hallioğlu O, Ozkutlu S, Çeliker A, Alehan D, Karagöz T. Childhood acute rheumatic fever in Ankara , 2005. Turkey. Turk J Pediatr ; 47:120-4.

- Parks T, Smeesters PR, Steer AC. Streptococcal skin infection and rheumatic heart disease. 2012. *Curr Opin Infect Dis.*;25(2):145-53. doi: 10.1097/QCO.0b013e3283511d27. Review.
- Reményi B., Wilson N., Steer A., Ferreira B, Kado J, Kumar K, Lawrenson J, Maguire G, Marijon E, Mirabel M, Mocumbi AO, Mota C, Paar J, Saxena A, Scheel J, Stirling J, Viali S, Balekundri VI, Wheaton G, Zühlke L, Carapetis J. World Heart Federation criteria for echocardiographic diagnosis of rheumatic heart disease--an evidence-based guideline. 2012. *Nat Rev Cardiol.*;9(5):297-309. doi: 10.1038/nrcardio.2012.7. Review.
- Tandon R. Is it possible to prevent rheumatic fever? . 2004. *Indian Heart J* ; 56: 677-9.
- Tubridy-Clark M, Carapetis JR. Subclinical carditis in rheumatic fever: a systematic review. 2007. *Int J Cardiol*; 119: 54-8.
- World Health Organization. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert panel. [WHO Technical Report Series No. 923. Geneva:WHO] 2004;923:1-122, back cover.