



Çocukluk Çağı Romatizmal Hastalıklarına Tanılandırıcı Yaklaşım

Doç. Dr. Özgür Kasapçopur

OLASI ROMATİZMAL HASTALIKLA BAŞVURAN ÇOCUĞUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocukluk çağında görülen romatizmal yakınmalar iki ana başlık altında incelenebilir. Salt eklem ağrısının var olduğu durum artralji adı ile incelenirken buna eşlik eden herhangi bir yangısal ölçütün (şişlik, kızarıklık, ısı artışı ya da fonksiyon kaybı) var olması ile klinik tablo artrit adını alır. Eklem bulgularına sıklıkla miyalji de eşlik edebilir. Eklem tutulumu değerlendirilirken önemli olan noktalardan birisi de etkilenen eklem sayısıdır. Eğer beş ya da daha çok eklem tutulmuşsa bu tutulum poliartiküler, dört ya da az eklem tutulmuşsa oligoartiküler tutulum adı ile anılmaktadır. Bir diğer belirleyici özellik ise eklem tutulumu süresidir. Altı haftadan uzun süren tutulumlar süreğen, daha kısa olanlar ise akut tutulum olarak değerlendirilir. Çocuklarda romatizmal bulgulara yol açabilecek olan hastalıklar çok geniş bir dağılım sergilemektedir. Bu hastalıklar Tablo 1’de özetlenmiştir. Romatizmal hastalıkların ayırıcı tanısında, özellikle hastalardan alınacak olan öykü ve dikkatli bir fizik muayene hekime, tanıda bir çok ipucu sağlayacaktır. Çünkü tanının hızlı ve doğru bir şekilde konması, bunu izleyerek hemen tedaviye başlanması oluşabilecek olan sakatlıkların önlenmesi açısından da önemlidir.

ROMATİZMAL YAKINMA İLE BAŞVURAN ÇOCUKTA ÖYKÜ

Eklem ağrısı ile başvuran çocukta öykü tanıya yaklaşımda hekime önemli veriler sağlamaktadır. Öykü mutlaka hem aile hem de çocuk bir arada iken alınmalıdır. Öykü alınırken dikkat edilmesi gereken noktalar Tablo 2’de özetlenmiştir. İlk olarak hastaya ağrının yerleşimi sorulmalıdır. Ağrının eklemlerden başka yumuşak dokuya da yerleşip yerleşmediğini öğrenmek ayırıcı tanı açısından önemlidir. Daha sonra ağrının tek eklem mi yoksa birden çok eklem mi yerleştiği sorgulanmalıdır. Ağrının oluşum zamanı önemlidir. Örneğin akut başlangıçlı ağrılar daha çok travmatik, enfeksiyöz ya da yangısal durum-

Tablo 1. Çocuklarda romatizmal bulgularla ortaya çıkabilecek olan hastalıklar

A- Enfeksiyöz hastalıklar	C- Mekanik-ortopedik durumlar
Septik artrit	Travma
Osteomyelit	Aseptik nekrozlar
Sepsis	İskelet displazileri
Selülit	Düz tabanlık
Diskit	Sıyrılmış femoral epifiz sendromu
Subakut bakteriyel endokardit	
Enterik enfeksiyonlar	D- Maligniteler
Bruselloz	Lösemi
Viral enfeksiyonlar	Lenfoma
Tüberküloz	Kemik tümörleri
	Yumuşak doku tümörleri
B- Yangısal hastalıklar	E- Diğerleri
Akut romatizmal ateş	Toksik sinovit
Jüvenil romatoid artrit	Hipermobilite sendromu
Vaskülitler	Postimmünizasyon sendromları
Sistemik lupus eritematosus	Raşitizm
Bağ dokusu hastalıkları	Psikojenik artralji
	Fibromyalji
	Refleks sempatik distrofi ve eritromelalji
	Ailesel Akdeniz ateşi

Tablo 2. Romatizmal bulgular ile başvuran çocuktan alınacak öyküde dikkat edilecek noktalar

<ul style="list-style-type: none">• Ağrının yerleşimi<ul style="list-style-type: none">– Tek eklem tutulumu– Birden çok eklem tutulumu• Ağrının oluşum zamanı, süresi ve niteliği• Ağrının ortaya çıkış zamanı• Ağrının egzersiz ile ilişkisi• Ağrıya eşlik eden sistemik bulgular• Beslenme alışkanlıkları• Aşılama durumu• Psikolojik değerlendirme• Travma• Fonksiyonel yeterlilik

ları akla getirirse de süreğen ağrılar daha çok dejeneratif, ortopedik ve yangısal hastalıkları düşündürür. Ağrının sürekli mi yoksa aralıklı mı ortaya çıktığı da hekime önemli ipuçları sağlar. Kısa süreli ve aralıklı gelen ağrıların çoğunlukla ihmal edilebilmesine karşın bir saatten uzun süren ve yineleyen ağrıların dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Gezici eklem ağrılarında öncelikle akut romatizmal ateş (ARA), daha az oranda ise diğer reaktif artritler düşünülmelidir. Eklem ağrısı eğer çocuğun günlük aktivitelerini engelliyorsa altta yatan önemli bir sorun var demektir. Eklem ağrısının ortaya çıkış zamanı da mutlaka değerlendirilmelidir. Sabahları ortaya çıkan ağrılar çoğunlukla yangısal (juvenil idyopatik artrit (JIA) vs), geceleri ortaya çıkan ağrılar ise mekanik ve ortopedik kökenlidir. Egzersizi izleyerek ortaya çıkan ağrılar çoğunlukla mekanik ve ortopedik kökenli ağrıları, egzersizle kaybolanlar ise yangısal kökenli ağrıları düşündürür. Örneğin geceleri ortaya çıkan ve ağrılı bölgeye yerel masaj uygulaması ile gerileyen artraljiler ön planda büyüme ağrısına bağlıdır.

Hastanın yaşadığı bölge, beslenme alışkanlıkları (örneğin, çiğ süt ile yapılmış peynir yeme) ve aşılama durumu da tanıda önemli veriler sağlamaktadır. Özellikle ülkemizde ailesel Akdeniz ateşinin (AAA) sık olarak görüldüğü bölgelerden köken alan çocuklarda yineleyen ateş ve karın ağrısı atakları ile birlikte yineleyen artralji ya da sekel bırakman iyileşen monoartrit yakınması da varsa ön planda AAA düşünülmelidir. Çünkü ülkemizdeki AAA'lı çocukların yaklaşık %70'inde eklem bulguları gözlenmektedir. Ayrıca egzersizle ortaya çıkan bacak ağrısı AAA tanısında kullanılan küçük ölçütlerden birisidir.

Tendonların kemiğe bağlanma yerinde yangısal reaksiyonla birlikte ortaya çıkan entesopati klinikte topuk ağrısı ile ortaya çıkar. Entesopatinin saptandığı durumda ayırıcı tanıda akla gelecek birinci olasılık juvenil spondilartropatiler olmalıdır.

Ülkemizde hemen hemen endemik bir enfeksiyon olarak görülen bruselloz da ateş ile birlikte en sık eklem bulguları ile ortaya çıkabilir. Ayrıca, özellikle MMR aşısını izleyerek de artralji gözlenebilir.

Psikojenik kökenli olarak da eklem ağrılarının ortaya çıkabileceği göz önüne alınarak hastaların okul başarı durumları, uyku düzensizlikleri ve ev içi sosyal durumları da mutlaka değerlendirilmelidir.

Eklem ağrılı çocuklarda var olan sistemik bir hastalığı düşündürecek olan ateş, yürüme bozukluğu, kilo kaybı ve kas güçsüzlüğü gibi bulgular da not edilmelidir. Hastanın rahat bir şekilde yolda yürüyüp yürümediği ve merdivenlerden çıkıp çıkamadığı kas güçsüzlüğü şüphesinde sorgulanmalıdır. Bu durumda akla gelecek olasılıklar müsküler distrofiler, postenfeksiyöz miyopatiler ve yangısal miyopatiler (polimiyozit, dermatomiyozit) olmalıdır. Özellikle, eklem ağrısı ile birlikte ateşin bulunması öncelikle enfeksiyöz daha sonra da yangısal nedenleri düşündürmelidir. Çünkü bir çok sistemik bakteriyel ve

viral enfeksiyon eklem ağrısına yol açabilmektedir. Ateş ve kilo kaybı ile birlikte olan eklem ağrılarında ise ilk planda lösemi ve diğer maligniteler düşünülmelidir. Tüm bunların yanı sıra ağrılı çocuğun fonksiyonel yeterliliği de göz önüne alınmalıdır.

ROMATİZMAL YAKINMA İLE BAŞVURAN ÇOCUKTA FİZİK MUAYENE

Romatizmal yakınma ile başvuran çocukta yapılacak olan tam bir fizik muayene hekime önemli veriler sağlar. Romatizmal yakınması olan çocuğa yapılacak fizik muayenede dikkat edilmesi gereken noktalar Tablo 3'de özetlenmiştir. Çocuğun büyüme ve gelişme durumu mutlaka değerlendirilmelidir. Eğer çocuk büyüme-gelişme geriliğine sahip ise öncelikle süregelen hastalıklar ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Ateşin varlığı, tipi, gidişi ve ateş düşürücülere yanıtı hastanın ayırıcı tanısında çok önemlidir.

Artraljili çocuklarda cilt muayenesi çok önemlidir. Hastada var olan döküntüler ve deri altı nodülleri mutlaka belirtilmelidir. Döküntünün varlığı öncelikle enfeksiyöz ve yangısal nedenleri akla getirir. Viral hepatitler, kızamıkçık, parvovirüs B19, koksakie enfeksiyonları, arbovirüsler ve diğer bir çok viral enfeksiyon özellikle makülopapüler döküntü ve eklem ağrısı ile birlikte ortaya çıkar. Eritema marginatum, akut romatizmal ateşin önemli bir bulgusudur. Veziküller ile süren su çiçeğinde de artralji gözlenir. Eritema nodosum deriden kabarık döküntüler ve eklem ağrısı ile karşımıza çıkabilir ve bu gibi durumlarda ilk planda tüberküloz, streptokok enfeksiyonları, Behçet hastalığı ve sarkoidoz akla gelmelidir. Bunun yanı sıra bir çok kronik romatizmal hastalığın ve

Tablo 3. Romatizmal bulgular ile başvuran çocuktan yapılacak fizik muayenede dikkat edilecek noktalar

- Ateş
- Döküntü
- Subkutan nodüller
- Eklem bulguları
 - Şişlik
 - Gerginlik
 - Hareket kısıtlılığı
 - Hareket sırasında ağrı
- Tırnak ve tırnak yatağı bozuklukları
- Hepatosplenomegali
- Lenfadenomegali
- Kas gücü değerlendirilmesi
- Yapısal iskelet anomalileri

akut vaskülitlerin gidişi sırasında eklem ağrıları ile birlikte çeşitli döküntüler görülebilir. Sedef döküntüsünün varlığı da aranması zorunlu döküntü tiplerinden birisidir. Palpabl purpura ile başvuran bir çocukta ülkemizde en sık görülen vaskülit olan Hennoch-Schönlein purpurası düşünülmelidir.

Tüm eklemlerin ayrıntılı muayenesi her hastada yapılmalıdır. Eğer artrit varlığına ilişkin bir veri saptanırsa, bunun süresi değerlendirilerek hastaya artrit ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Çocukluk çağına ülkemizde %14 oranında görülen ve eklem ağrısına yol açabilen hipermobilité sendromu da artraljili çocuklarda mutlak aranmalıdır. Ayrıca ülkemizde nadir görülsé de ergenlik dönemindeki çocuklarda fibromiyalji sendromunun tanı ölçütleri de aranmalıdır.

Hastaya yapılan kardiyolojik muayenede saptanan kapak lezyonları öncelikle akut romatizmal ateş lehine yorumlanmalıdır. Ayrıca, sistemik lupus eritematosus (SLE) gibi bazı kronik romatizmal hastalıkların da kapak tutulumu yapabileceği unutulmamalıdır.

Hepatosplenomegali ve lenfadenomegali hemen hemen tüm enfeksiyöz, yangısal ve malign hastalıklarda eklem ağrısı ile birlikte bulunabilen bir fizik muayene bulgusudur. Varlığı süregelen romatizmal hastalıklar özellikle de sistemik JİA lehine yorumlanabilir.

Eklem bulguları ile başvuran çocuklarda ağız içi yaraların varlığı da sorgulanmalıdır. Bu durumda akla gelebilecek olasılıklar Behçet sendromu, Stevens-Johnson sendromu, Kawasaki sendromu ve kızıl benzeri streptokoksik enfeksiyonlar olabilir.

Eklem ağrısı ile başvuran çocukları tümünde dikkatli bir ortopedik muayene yapılması zorunludur. Örneğin düz tabanlık, skolyoz ve aseptik nekrozlar gibi bir çok ortopedik bozukluk başlangıçta eklem ağrıları ile ortaya çıkabilir.

Süreğen romatizmal hastalığı bulunan tüm çocuklara mutlaka göz muayenesi yapılmalıdır. Göz muayenesinde de değerlendirilmesi gereken ise ön üveit muayenesidir. Özellikle oligoartiküler JİA'lı ve juvenil spondilartropati-li çocuklarda ön üveit var olan bir bulgudur.

ROMATİZMAL YAKINMA İLE BAŞVURAN ÇOCUKTA LABORATUAR VERİLERİ

Eklem yakınması ile başvuran çocukta laboratuar verilerinin değerlendirilmesinin tam tanı koydurucu özelliği yoktur. Özellikle başlangıçta alınacak olan tam kan sayımı ve eritrosit sedimentasyon hızı ölçümü tanıda yardımcı olabilmektedir. Lökositöz enfeksiyöz, yangısal ve malign durumlarda görülebilen bir bulgu olmasına karşın ayırıcı tanıda formül lökosit değerlendirmesi yardımcı olacaktır. Özellikle, çocukluk çağına sıkça görülebilen ve romatizmal bulgular ile ortaya çıkan çocukluk çağı lösemilerinin bir çoğunun tanı-

Tablo 4. Romatizmal yakınmalar ile başvuran çocukta değerlendirilebilecek laboratuvar verileri

• Tam kan sayımı
• Eritrosit sedimentasyon hızı
• Tam idrar tahlili
• Sinovyal sıvı analizi
• Kan ve diğer kültürler
• Streptokoksal testler
• RF, ANA ve HLA B 27
• Immünglobülin düzeyleri
• PPD
• Kemik iliği aspirasyon biopsisi
• Radyolojik ve sintigrafik incelemeler

sı formül lökosit incelenmesi ile olasıdır. Trombositoz öncelikle yangısal hastalıkları, trombositopeni ise maligniteleri akla getiren bir başlangıç bulgusudur. Anemi ise bir çok süregelen romatizmal hastalıkta ve malignitelerde görülebilen bir bulgudur. Çok net olarak açıklanamayan ağrılı durumlarda eğer çok az da kan sayımında patolojik veri var ise mutlaka kemik iliği aspirasyonu yapılmalıdır.

Akut faz yanıtının varlığını gösteren en basit test eritrosit sedimentasyon hızıdır. Yükselişi enfeksiyöz, yangısal ve neoplazileri, düzeyinin normal kalması ise çoğunlukla mekanik, ortopedik ve psikojenik kökenli eklem ağrılarını düşündürür.

Çocuklarda eğer enfeksiyöz kökenli bir hastalık düşünülüyorsa hastalarda tanılandırmaya yönelik mikrobiyolojik ve serolojik (Örneğin; çeşitli kültürler ve grup aglütinasyonları vs) testlerin yapılması gerekebilir. Bu noktada önemli olan ve tartışmaya en açık olan konu ise ASO düzey ölçümüdür. ASO düzeyi ARA dışında hiçbir romatizmal hastalığın tanısında tanı koydurucu değildir. Ayrıca, ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalar ile sağlıklı çocuklardaki ASO düzeyinin kanıtlanmış poststreptokoksik enfeksiyonu olan çocuklardan istatistiksel olarak farklı olmadığı gösterilmiştir.

Romatizmal yakınmalarla başvuran çocuklarda eğer süregelenleşme söz konusu ise romatoid faktör (RF) ve antinükleer antikor (ANA) pozitifliği aranmalıdır. Fakat bu testlerin varlığı tanılandırmada hiçbir zaman tam olarak yardımcı olmaz, ancak sınıflamada yararlı olabilir. Ayrıca unutulmaması gereken bir diğer nokta da, sağlıklı çocuklarda %4 oranında RF ve ANA pozitifliğinin saptanmasıdır. Süregelen romatizmal hastalığı olan çocuklarda ayrıca HLA-B27 doku grubu pozitifliği de aranmalıdır.

Özellikle aseptik nekroz, Brodie absesi, osteomyelit, bel ağrısı gibi yerel ağrılı durumlarda söz konusu bölgenin radyolojik incelemesi mutlaka yapılmalıdır. Doğrudan radyolojik incelemede şüpheli bulgular saptanın ise söz konusu bölgelere tomografik ve MRI incelemeleri yapılabilir. Yaygın ağrının olduğu durumlarda da hastalarda tanılandırıcı bir veri elde edilememiş ise hastalara sintigrafik inceleme yapılabilir.

Ayrıca tanıya yönelik olarak yerel doku biyopsileri de yapılabilir.

ROMATİZMAL YAKINMA İLE BAŞVURAN ÇOCUKTA AYIRICI TANI

Romatizmal yakınma ile başvuran çocukların ayırıcı tanısını yapmakta iki ana verinin kullanılması yararlı olacaktır. Bu verilerden birincisi ateş, ikincisi ise tutulan eklem sayısıdır. Aşağıda bu verilerin birlikteliği ile olan durumlarda ayırıcı tanının nasıl yapılabileceği tartışılmıştır.

1. Ateş ile birlikte olan tek eklem tutulumu: Ateşle birlikte olan tek eklem tutulumunda ilk planda enfeksiyonlar akla gelmelidir ve özellikle de septik artrit ve osteomyelit olasılığı değerlendirilmelidir. Yerel yumuşak doku enfeksiyonları da benzer klinik tabloya yol açabilir. Sistemik enfeksiyonlar sırasında ya da onları izleyerek benzer durumlar olabilir.

Oligoartiküler JIA'larda başlangıçta ateşle birlikte eklem ağrısı olabilir. Oligoartiküler JIA özellikle yaşı küçük kız çocuklarında, büyük eklem tutulumu ile birlikte ise akla gelmelidir. Eğer 3- 6 yaşında bir çocukta tek tutulan eklem kalça ve hastada respiratuar enfeksiyon bulguları var ise ilk planda geçici (toksik) kalça sinoviti düşünülmelidir. Ayrıca hemofili, yangısal barsak hastalığı, diskitis ve maligniteler ayırıcı tanıda hatırlanması gereken hastalıklardır.

Ateşle birlikte olan, yineleyen ve sekelsiz olarak iyileşen monoartritlerde ülkemizde mutlaka ailesel Akdeniz ateşi de ayırıcı tanıda yer almalıdır.

2. Ateşsiz tek eklem tutulumu: Ateşsiz tek eklem tutulumunda öncelikle mekanik-ortopedik nedenler düşünülmelidir. Bu klinik tabloya en çok travma ve aseptik nekrozlar yol açar. Ateş olmaksızın kalçaya yerleşen ağrısı olan hastalarda hematolojik bir bozuklukta yoksa ilk planda kalça eklemine aseptik nekrozu (Legg-Calve-Perthes hastalığı) düşünülmelidir. Ergenlik dönemindeki bir erkek çocukta egzersizler sonrası ortaya çıkan diz ağrısında Osgood-Schlatter hastalığı akla gelmelidir. Geceleri belirginleşen, hematolojik ve radyolojik parametrelerin normal olduğu ve dinlenme ile kısa sürede geçen ağrılarda ise ön planda büyüme ağrısı düşünülmelidir. Ayrıca benzer klinik tabloya oligoartiküler JRA, spondilartropatiler, kronik osteomyelit, yansıyan ağrı, hemoglobinopatiler, maligniteler ve psikojenik artralji yol açabilir.

3. Ateş ile birlikte birden çok eklem tutulumu: Ateş ve poliartraljinin birlikte olduğu durumlarda da ön planda düşünülecek hastalıklar enfeksiyöz ve yangısal kökenli hastalıklardır. Enfeksiyonlardan da ilk olarak sepsis düşü-

nülmelidir. Birden çok eklem tutulumu ile süren sepsise en çok yol açan mikroorganizmalar ise *Hemophilus influenzae* ve *Staphylococcus aureus*'dur. Kızamıkçık, hepatit A ve B enfeksiyöz mononükleoz, kabakulak, koksakie, parvovirüs ve adenovirüs enfeksiyonu gibi bir çok viral hastalıkta poliartralji görülebilir. Ülkemizde ateş ile birlikte olan kalça eklemi ve bel ağrılarında özellikle bruselloz ve salmaonelloz da ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Özellikle okul çağındaki çocuklarda ortaya akut poliartritlerin tümü ülkemizde aksi kanıtlanana dek akut romatizmal ateş olarak değerlendirilmelidir.

Akut romatizmal ateş, sistemik ve poliartiküler JİA, SLE, bağdokusu hastalıkları ve vaskülitler poliartralji ile birlikte olabilir. Ayrıca maligniteler ve hemoglobinopatiler de benzer tablo ile karşımıza çıkabilir. Süt çocukluğunda belirgin destrüktif artropatilerle süren durumlarda, CINCA (chronic, infantile, neurologic, cutaneous, arthropathy) sendromu da düşünülmelidir.

4. Ateşsiz birden çok eklem tutulumu: Bu durumda ilk anımsanacak tanımlar ARA, poliartiküler JRA, SLE, vaskülitler ve bağ dokusu hastalıkları gibi çeşitli süregelen romatizmal hastalıklar olmalıdır. Ayrıca, hipermobilitate ile birlikte olan juvenil episodik artralji de klinikte ateşsiz yineleyen poliartralji ile karşımıza çıkar.

Postenfeksiyöz durumlarda bazen ateşsiz poliartralji olabilir. Renal osteodistrofi, raşitizm, MMR aşılması sonrası ve kemik displazilerinde de poliartralji görülebilir. Özellikle iskelet displazilerinden spondiloepifiziyal displazia tarda süregelen poliartriti yansılar şekilde ortaya çıkabilir. Ekstremitelerde ateşsiz ağrı ve yanma ortaya çıkabilen akrosiyanotik durumlarda ise ilk akla gelecek tanımlar refleks sempatik distrofi ve eritromelaljidir.

KAYNAKLAR

1. Ansell BM. Rheumatic disorders in childhood. Butterworths, 1980.
2. Cassidy JT, Petty RE. Textbook of Pediatric Rheumatology. WB Saunders Company 2001.
3. Green M. Pediatric diagnosis: Interpretation of symptoms and signs in children and adolescents. WB Saunders Company 1998.
4. Maddison PJ, Isenberg DA, Woo P, Glass DN. Oxford Textbook of Rheumatology. Oxford University Press. 1998
5. Priour AM, Dougados M. Pediatric Rheumatology. *Baillieres Clinical Rheumatology* 1998; 12: 181-374.
6. Arsoy N, Kasapçopur Ö. Çocuklarda romatizmal hastalıklar. In: Onat T (ed). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Eksen yayınları, 1996: 969-93
7. Maini RN, Zvaifler NJ. Rheumatoid arthritis and other aynovial disorders. In: Klippel JH, Dieppe PA (ed) Rheumatology Mosby-Wolfe 1998: 5.17.1-5.25.10
8. Kasapçopur Ö. Çocukluk çağı romatizmal hastalıkları. Hamuryudan V (editor): Modern Tıp Seminerleri (13): Artritler, Güneş Kitabevi Yayınları, 2000; 126-137
9. Özdoğan H, Kasapçopur Ö. Juvenil İdyopatik Artritler. Karaaslan Y, Oksel F (Ed): Romatizmal Hastalıklar Tedavi El Kitabı, MD Yayıncılık 2003: 157-168.
10. Özdoğan H, Kasapçopur Ö, Dede H, Arsoy N, Beceren T, Yurdakul S, Yazıcı H. Juvenile chronic arthritis in a Turkish population. *Clinical and Experimental Rheumatology* 1991; 9: 431-5.
11. Kasapçopur Ö, Özdoğan H. Ailevi Akdeniz Ateşi. Karaaslan Y, Oksel F (Ed): Romatizmal Hastalıklar Tedavi El Kitabı, MD Yayıncılık 2003: 149-56.