

## JUVENİL ROMATOİD ATRİT VE CERRAHİ TEDAVİSİ

(Bir vaka nedeniyle)

Dr. Çetin ÖNDER x  
Dr. Mustafa GÜLER xx  
Dr. Celâl BAKİ xxx

### ÖZET

*Juvenil Romatoid Artrit çocuklarda rastlanılan kronik bir sinovit tablosudur. Sistemik, poliartiküler veya oligoartiküler bir tutuluş gösterir. Hastalığa özgü bir laboratuvar bulgusu yoktur. Bazı infeksiyon hastalıkları, maligniteler, konjenital anomaliler ve noninflamatuar kas-iskelet lezyonları JRA e benzeyerek ayırıcı tanıda zorluk çıkarır. Prognoz genellikle iyidir. Tedavi konservatif olup, antiromatizmal ilaçlar, fizik tedavi programı, günlük yaşam aktivitelerinin korunması ve psikososyal yönden eğitimi kapsar. Ciddi eklem yıkımı ve deformitesi olan vakalarda cerrahi girişim gerekebilir.*

### GİRİŞ

Juvenil romatoid atrit çocukluk yaşlarında görülen, artraljiden poliartirite kadar değişen eklem bulgularının yanısıra, bazen karaciğer dalak, kalp gibi iç organlarda hasar oluşturabilen kronik bir hastalıktır. İlk olarak 1864 yılında Carnil'in tanımladığı hastalığa 1890 yılında Diamentberger tarafından açıklık getirilmiştir. 1897 'de F. Still JRA'in yalnız bir eklem hastalığı olmayıp iç organlarda tutabilen sistemik bir hastalık olduğunu ortaya koydu (1,2). Çocukluk çağındaki artritlerin % 5-7'si JRA dir.

Hastalığın etiyojisi bilinmemekle birlikte soğuk, nem, kötü hijyen koşulları, ruhsal ve mekanik travmalar, enfeksiyon ve kalıtım suçlanmaktadır (2,3,4).

Çok değişik klinik belirtileri olan hastalığın tanısı bazen çok zor olmaktadır. Klinikte dört şekilde görülür.

---

x KTÜ Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Yrd. Doç.  
xx KTÜ Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Reh. Anabilim Dalı Doçenti.  
xxx KTÜ Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Doçenti.

1— Akut sistemik belirtileri olan tip: Genellikle 1-4 yaşlarındaki erkek çocuklarda görülür. Sistemik belirtiler ön plandadır.

2— Poliartiküler tip: Genellikle kız çocuklarda görülür. Eklem bulguları ön plandadır. En az dört eklem tutuluşu söz konusudur.

3— Oligoartiküler tip: Dört eklemden az tutuluş vardır. Kız-Erkek oranı birbirine yakındır. Nadiren sistemik belirtileri olur (1,2,5,6).

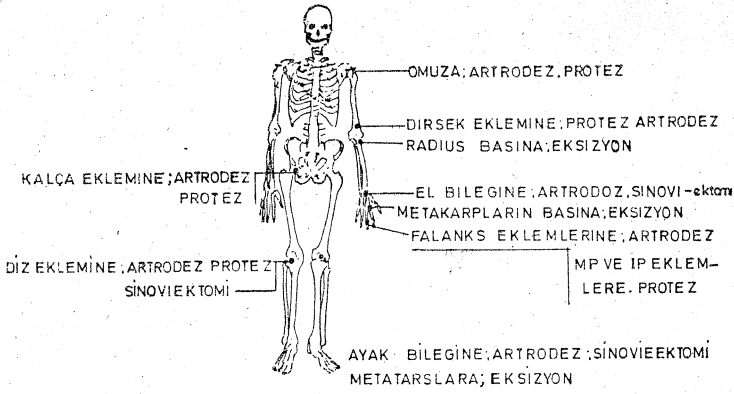
Laboratuvar bulguları: Hastalığa özgü lab. bulgusu yoktur. Akut devrede şedimantasyon yüksekliği' anemi, jökositoz, CRP pozitifliği, ASO yüksekliği, % 40 vakada ANA pozitifliği tesbit edilir. Nadiren HLA antijenleri (+) olan vakalar vardır. %15-20 vakada latex testi (+) dir. Kronik vakalarda serumda al-bümin düşük, globulinler yüksek bulunur. X-rayda yumuşak doku şişliği' periost reaksiyon, eklem yüzeylerinde dejenerasyon, kırıldak kaybı, osteoporoz ve ileri devrelerde ankiloz tesbit edilir. Hastalığın prognozu genellikle iyidir. Ölüm oranı % 2-4 olup amiloidoz, kardit sık rastlanan ölüm nedenidir.

Ayırıcı tanıda infeksiyöz hastalıklar (septik artrit, osteomyelit, viral artrit), maligniteler/lösemi, nöroblastoma), kemik ve eklerin noninflamatuvar durumları (ekstremitenin büyüme ağrıları, psikojenik kromatizma, konjenital anomaliler), romatizmal hastalıklar (SLE, R. Fever, scleroderma), ve vazkülit sendromları düşünülmalıdır.

Tedavi; hastalığın, hastanın yaşına, türüne, klinik gidişi ve dönemine göre düzenlenir. Hastaların %75'i iyi bir tedavi programı ile kalıcı yıkım olmadan tedavi olabilmektedir. Kan seviyesi 20-30 mg/dl olacak şekilde 1-2 ay süreyle verilen salisilatlar en iyi ve en güvenilir tedavi araçlarıdır. Diğer NSAİD lar, steroidler, sıtma ilaçları, altın tuzları, D-penisillamin, immüsupressifler gerektiğinde kullanılabilir. Medikal tedavi ile birlikte fizik tedavi ajanları ve egzersizler hastanın toleransına göre uygulanabilir. İnatçı vakalarda sinoviyektomi uygulanır. Ankiloz gelişmişse epifizlerin kapanmasından sonra uygulanabilecek diz ve kalça protezleri günlük yaşamın rahat sürdürülmesine yardım eder. JRA'da cerrahi tedavi şekil 1 de özetlenmiştir. Unutulmaması gereken bir diğer konuda çocuğun ve ailesinin artrit konusunda kültürel ve psikolojik, gerekirse mesleki ve ekonomik eğitimidir.

## VAKA TAKDİMİ

C.K., 78792 (dosya no), 32 yaşında erkek hasta. Bütün eklemlerinde, bel ve boynunda yaygın ağrı, hareket sınırlılığı ve şekil bozukluğu şikayeti ile başvurdu. 15 yıldır. R.A. tanısıyla tedai görmüş. Şikayetleri ilaçlarla azalıyor fakat tekrarlıyor. Kalça ağrısının yürümesini engellediğini belirtti. 10 yıl evvel sağ, bilahere sol kalçasına protez konulmuş, sonra sol diz pretezi takılmış. Hastamız 1 yıldır ağrılarının çok arttığını ilaçlarla dahi rahatlamadığını belirtti.



ŞEKİL 1. JUVENİL ROMATOİD ARTRİTE CERRAHİ TEDAVİ (2,3)

Öz ve soygeçmişinde özellik yok. Sistemik ve vital bulguları normal değerlendirildi. Servikal bölgede lordoz düzleşmiş, adale spazmı, hassasiyet ve boyun hareketlerinde ağrı ve sınırlılık mevcut. Omuzları atrofik görünümde, hassas, hareketleri ağrılı ve sınırlı, dirseklerin hareketleri sınırlı ve ağrılı, el bilekleri şiş, lokal hareket hassasiyet mevcut, hareketleri sınırlı ve ağrılı, parmak eklemlerinde R.A e özgü deformiteler gelişmiş, interosseal adaleler atrofik değerlendirildi. Bel ve kalçaların hareketleri orta derecede sınırlı ve ağrılı bulundu. Dizlerde lokal hareket, hipertrofi mevcut. Dizlerde fleksiyon deformitesi gelişmiş. Diz hareketleri ağrılı. Diz adaleleri atrofik, ayak bilekleri hipertrofik ve parmaklarda deformiteler gelişmiş olarak gözlemlendi.

Lab. Bulguları: Hb: 8.9 gr., B.K: 6800., Sedim: 50mm/h., Hct: 27. NPN: 22 glikoz: 85, Na: 140, K: 5 mg Billurubin: 0.8/0.4' Alkalen fosfataz 2.3, SGOT: 28, SGPT: 19, asit fosfataz: 0.57, Kreatinin: 0.5, ASO: 250 Todd. CRP (—), Latex (—), idrar normal, EKG ve Tele normal değerlendirildi. X-Ray: Her iki elde falanks eklemlerinde ileri derecede dejenerasyon, eklem aralığında daralma, litik lezyonlar ve osteoporoz mevcut Her iki kalça ve dizde protez mevcut.

## TARTIŞMA

JRA tanısı konulan medikal tedavi olarak Voltaren 25mg (XI) olarak ve analjezik, miyorelaksan, vitamin antidepressif (imipramin) den ibaret ilaç kombinasyonu uygulandı. Her iki kalçaya total protez revizyonu yapılan hastamız postoperatif olarak rehabilite edilerek taburcu edildi.

Total kalça artroplastisi bugün ortopedide çeşitli kalça lezyonlarının cerrahi tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak R.Ali ve JRA'li vakalarda cerrahi girişim nadiren yapılmaktadır(7,8,9). hastalığın genellikle genç ve orta yaşlılarda görülmesi dolayısıyla artroplastinin komplikasyonları düşünülerek

çekimser davranılmaktadır. Ancak tedaviden elde edilecek başarıda kar, zarar iyi hesaplanıp cerrahi girişime öyle karar verilmelidir. Total eklem artroplastisi gerektiren inatçı ağrı yetişkin R.A. inde sık rastlanılmasına rağmen JRA. li hastalarda nadiren rastlanır. JRA . de cerrahi girişim için indikasyon fonksiyonel sınırlılık ve deformeitedir. Kalça için %13, diz için %18 vakada ağrı artroplastisi için endikasyon oluşturmaktadır(1,2,3,6). Aynı hastada kalça ve diz artroplastisi birlikte yapılması gerekiyorsa önce kalça tedavisi yapılmalıdır. Zira diz ekleminde sertlik olunca kalça eklemi rehabilitasyonu yapılabilir, fakat kalça ekleminde sertlik mevcutsa diz eklemi rehabilitasyonu zor olmaktadır. Diz artroplastisinde gaye deformitenin düzeltilmesi ve dizin fleksiyon ve ekstansiyonunda eklem stabilitesinin sağlanmasıdır (8,9,10).

İskelet gelişiminin yeterli olmaması cerrahi girişim için mutlak bir kontrendikasyon teşkil etmez. Ancak epifizlerin kapanmış, kemiklerin gelişmiş ve hastanın yaşlı olmasının avantajları vardır(8,9). Artroplastisi yapılırken zamanlama ne kadar iyi yapılırsa başarı şansı da o kadar yüksek olmaktadır (10).

Artroplastinin bazı komplikasyonları olabilir. Yapılan bir çalışmada artroplastisi yapılan 64 hastadan ikisinde enfeksiyon, 3 hastada kısmi siyatik sinir paralizisi, 1 hastada kısmi femoral sinir paralizisi 1 hastada dislokasyon geliştiği ve 4 kalçada revizyon gerektiği bildirilmektedir. (3,4,5).

## *JUVENİLE CHRONİC ARTHRİTİS AND SURGİCAL THERAPY*

### *SUMMARY*

JRA is defined as the condition of chronic synovitis in children Recognizable subgroups are systemic-onset disease (20) rheumatoid factor-negative or positive and polyarthritis(%30) and pauciarticular arthritis. There are no diagnostic laboratory tests. A wide variety of conditions (infectious diseases childhood malignancies, congenital conditions and noninflammatory musculoskeletal lesions) can mimic JRA and must be considered in the differential diagnosis. The outlook for most children with JRA is good. Therapy rests on the conservative use of antirheumatic drugs, active physical therapy programs' maintenance of activities and psychosocial development of the child. Orthopaedic surgery can be helpful in the rehabilitation of children who suffered from severe joint destruction or deformity.

### *LİTERATÜR*

- 1- Yücel, K.: Juvenil Rom. Artrit., (Romatizmal hastalıklar, ed. N.-Tuna) Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara, 1982, 356-374.

- 2- Schaller, J.G.: Chronic arthritis in children, Clin Orth. and Related research, 182 (January): 78-89, 1984.
- 3- Scott, R.D., et al.: Total hip and total knee arthroplasty In juvenil rheuk arth., Clin. Ort. and Rel. Resecarch., 182, 90-98, 1984.
- 4- Cassidy, J.I.: Juvenyl Rh. arth., (in Kelley, W.N., Harris, E.D., Ruddy, S., Sledge, C.B.) Textbook of Rheumatology., Phil., WB Saunders Comp., 1981, 1279-1305,
- 5- Rennebohm, R., Correll, J.K.: Comprehensive management of JRA Nursing Clinics of N. America, 19 (4): 647-662, 1984.
- 6- Brewer, E.J.: Pittaılls in the diagnosis of JRA, Pediatdic Cl. of North America, 53(5): 1105-1032.
- 7- Chandler, H.P. Reinick, F.T., Wixson, P.L. and Mc cart, J.C.: Total hip replacement in patients younger than thirty years old., Five year Follow-up study, J. Bone Joint surg, 63-A: 1426, 1981.
- 8- Scott, R.D., and Sledge, CB: The surgery of JRA. (in Kelley, W.N., et al., Textbook of Rheumatology, Phil, WB Saunders Comp., 198, 2014-2019.
- 9- Yunus, M.B., Masi A.T.: Juvenil primary firomiyalgia, Arth. Rheum, 28(2): 138- 145, 1985.
- 10- Kuzgun, Ü., Seyhan, F., Yazıcıoğlu, Ö.: Romatoid artrit ve A. Spondilitte kalça lezyonlarının total artroplastisi ile tedavisi Fiz. Ted. ve Reh. Derg., Cilt: 4 (3-4): 52-59, 1981.