



BÖLÜM 10

Akut Romatizmal Ateş Profilaksisi

Onur ÇOLAK¹

GİRİŞ

Akut romatizmal ateş (ARA) *Grup A Streptococcus* (GAS)'un farenskte enfeksiyonu sonrasında gelişen non-süpüratif komplikasyon olarak tanımlanabilir. Semptom ve bulgular faranjiti takip eden 2-3 haftalık periyodla artrit, kardit, korea, subkutan nodüller ve eritemamarjinitum olarak ortaya çıkabilir¹.

Bir hastada ARA öyküsü yok ise GAS'a bağlı faranjit tanısı konduğunda, uygun antibiyoterapi ile tedavi edilerek ARA gelişmesinin önlenmesini primer profilaksi olarak tanımlayabiliriz. Daha önceden ARA tanısı olan hastada belirlenmiş periyodlarla antibiyoterapi uygulanması ile GAS'a bağlı faranjit atağını engelleyerek tekrarlayan ARA atağının önlenmesini ise sekonder profilaksi olarak tanımlayabiliriz². Akut romatizmal ateşte profilaksi vermek hastalığın ilerlemesi ve oluşturduğu hasarı engellemek adına önemlidir. Daha önce romatizmal kardit atağı geçirenlerde, GAS'a bağlı olarak tekrarlayan faranjit atakları karditle sonuçlanabilir ve bu durum kardiyak hasarın daha da artmasına neden olabilir. Faranjit ataklarının tekrarlama olasılığı yüksek olan grupları ise aşağıdaki gibi sıralayabiliriz^{3,4}:

1. Sekonder profilaksiye (antibiyotik profilaksisi) zayıf uyum gösterenler,
2. Faranjit ataklarının arasındaki sürenin kısalması ve son ataktan sonraki sağlıklı geçirdiği sürenin azalması,
3. Kalabalık yerlerde bulunma (okul, asker koğuşu vb.) ve aile, sağlık çalışanı gibi faranjit atağı geçirenlerle yakın temas⁵,
4. Genç yaş.

AKUT ROMATİZMAL ATEŞTE SEKONDER ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ

ARA öyküsü olan kişilerde GAS'a bağlı faranjit atağında tekrar ARA geçirme riski yüksektir. Her atakta daha şiddetli kalp hasarı meydana gelebilir. Bu yüzden romatizmal kalp hastalığının şiddetini azaltmak adına GAS'a bağlı faranjit ataklarını önlemek önem arz etmektedir. Akut GAS faranjitine bağlı kardit geçiren hastalarda sürekli antibiyotik profilaksisi önerilmektedir. Bu hastalarda antibiyotik profilaksisi için, tekrar ARA semptom atağını beklemek önerilmez⁶.

Antibiyotik profilaksisi esnasında hasta veya birlikte yaşadığı kişilerden biri akut GAS faranjiti geçirdiğinde acilen tedavi edilmelidir. Tedavide

¹ Uzm. Dr. Onur ÇOLAK, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü dronurcolak@gmail.com



penisilin veya alternatif olarak klindamisin kullanılabilir.

Profilaksi süresi ARA tekrarlama riski ve hastalığın şiddetine göre belirlenebilir. ARA ya bağlı kardit atağı geçiren hastada altta yatan kalp kapak hastalığı mevcut ve bu durum klinik veya ekokardiyografik olarak kanıtlanmış ise profilaksi süresi 10 yıl veya 40 yaşına kadar uygulanmalıdır ve hangi süre uzunsa o tercih edilmelidir. Bazen ömür boyu profilaksi olarak uygulanabilir^{3,7}. ARA'ya bağlı kardit atağı geçirmiş ve bazalde kalp hastalığı yok ise 10 yıl veya 21 yaşa kadar hangi süre uzun ise o seçilerek profilaksi uygulanmalıdır^{3,7}. ARA'ya bağlı kardit atağı gelişmemişse 5 yıl veya 21 yaşa kadar devam edilebilir ve yine burada da hangisi süre uzun ise o seçilerek profilaksi uygulanmalıdır^{3,7}. Kardit geçiren çocukta profilaksi genç erişkinlik olan 21 yaşa kadar devam etmelidir ve genellikle akut ataktan sonra tekrarlayan ataklar yok ise 10 yıllık antibiyotik profilaksisi yeterli olmaktadır^{3,8,9}. Prostatik kapak replasmanını da içeren kapak cerrahisi yapılan hastalarda, operasyon sonrasında profilaksiye devam edilmelidir.

Antibiyotik profilaksisinin devamı veya kesilmesi için, hastada kar-zarar dengesi gözetilerek ve kişiselleştirilerek uygun süreye karar verilebilir.

ANTİBİYOTİK SEÇİM

Tüm hastalarda parantral profilakside önerilen antibiyotik benzatin penisilin G'dir. Oral ajanlar benzatin penisilin G'ye ulaşamadığında veya alerji durumunda kullanılabilir. Penisilin alerjisi hikayesi veya test edilmiş alerjisi mevcut ise benzatin penisilin G'ye alternatif antibiyotik profilaksisi değerlendirilmelidir.

Parantral profilaksi için uzun etkili benzatin penisilin G her 21 veya 28 günde bir intramusküler uygulanabilir^{3,10,11}. Hastalarda ARA atakları devam ediyorsa periyod 21 güne indirilebilir¹². ARA insidansının yüksek olduğu toplumlarda kısa aralıklı profilaksi uygulanması (14 veya 21 gün) önerilir. Oral profilaksi alternatifleri ara-

sında penisilin V, makrolid grubu antibiyotikler ve sulfadiazin yer almaktadır. Bu ajanlardan oral tedavi için seçilecek öncelikli ajan penisilin V'dir. Penisilin alerjisi varlığında genellikle en uygun ajan olarak makrolid grubundan (azitromisin) bir antibiyotik seçilebilir. Sulfadiazin ve sulfisoksazol nadiren tercih edilirler. ARA insidansının düşük olduğu bölgelerde 28 günde bir uygulanan periyod tercih edilebilir. Benzatin penisilin G 27 kg üzerinde olan yetişkin hastalarda yukarıda belirtilen periyodlarda 1.2 milyon ünite intramusküler uygulanmalıdır. 27 kg altındaki çocuklarda ise 600 bin unite intramusküler uygulanmalıdır. Oral Penisilin V kilo ayırımı yapmaksızın 250 mg 12 saat aralıklarla 2 periyod olarak uygulanmalıdır. İntramusküler benzatin penisilin G profilaksisi ARA ataklarını önlemede oral profilaksiden daha başarılıdır¹³.

Profilaksinin başarısı antibiyotik kullanımında hasta uyumuna, GAS'a bağlı faranjit atağı geçiren bireylerden kendini korumasına bağlıdır.

KAYNAKLAR

1. Rammelkamp CH Jr, Stolzer BL. The latent period before the onset of acute rheumatic fever. *Yale J Biol Med* 1961; 34:386.
2. Bennett J., Dolin R., Martin JB., (2019), Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9th Edition, NY: Elsevier, Nonsuppurative Poststreptococcal Sequela: Rheumatic Fever and Glomerulonephritis;198:2468-2469
3. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation* 2009; 119:1541.
4. The dogal history of rheumatic fever and rheumatic heart disease. Ten-year report of a cooperative clinical trial of ACTH, cortisone, and aspirin. *Circulation* 1965; 32:457
5. Bland EF, Duckett Jones T. Rheumatic fever and rheumatic heart disease; a twenty year report on 1000 patients followed since childhood. *Circulation* 1951; 4:836.



6. Veasy LG, Wiedmeier SE, Orsmond GS, et al. Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United State. *N Engl J med* 1987; 316:421.
7. World Health Organization. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation. Geneva. WHO, 20 Oct to Nov, 2001. WHO Tech Rep Ser 2001; 923.
8. Rammelkamp CH Jr. Epidemiology of streptococcal infections. *Harvey Lect* 1955-1956; 51:113.
9. Berrios X, del Campo E, Guzman B, Bisno AL. Discontinuing rheumatic fever prophylaxis in selected adolescents and young adults. A prospective study. *Ann Intern Med* 1993;118:401.
10. Stollerman GH, Rusoff JH. Prophylaxis against group A streptococcal infections in rheumatic fever patients: use of new repository penicillin preparation. *J Am Med Assoc* 1952; 150:1571.
11. Broderick MP, Hansen CJ, Faix DJ. Factors associated with loss of penicillin G concentrations in serum after intramuscular benzathine penicillin G injection: a meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J* 2012; 31:722.
12. Parnaby MG, Carapetis JR. Rheumatic fever in indigenous Australian children. *J Pediatr Child Health* 2010; 46:527.
13. Feinstein AR, Wood HF, Epstein JA, et al. A controlled study of three methods of prophylaxis against streptococcal infection in a population of rheumatic children. II. Results of the first three years of study, including methods for evaluating the maintenance of oral prophylaxis. *N Engl J Med* 1959; 260:697.