

Akut Romatizmal Ateş Tanısı Anti-Streptolizin O ile Konulabilir Mi?

Is It Suitable to Diagnose Acute Rheumatic Fever with Anti-Streptolysin O?

ÖZET

Klinik pratikte Akut Romatizmal Ateş (ARA) tanısı için serum Anti-streptolizin O (ASO) düzeyleri kullanılmaktadır. Bunun değerlendirilebilmek için fizik muayenede üfürüm tespit edilen, şüpheli ARA öyküsü olan ve bazen sadece rutin inceleme yapılan hastalarda ASO değeri inceleyerek bu uygulamanın doğruluğunu araştırdık. Elimizdeki 52 hastanın verileri değerlendirildiği zaman ASO değeri yüksekliğinin hastaların kapak yapısı ve öyküde ARA bulunması ile ilişkisinin olmadığı görüldü. Bu nedenle klinikte sadece ASO incelenerek ARA tanısını koymanın yanlış bir uygulama olacağı kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Akut Romatizmal Ateş, Anti-Streptolizin O, Ekokardiyografi.

ABSTRACT

In clinical practice, Anti-streptolizin O (ASO) levels are used for diagnosis of Acute Rheumatic Fever (ARF). We investigated to evaluate the accuracy of using ASO in patients with a murmur in physical examination, in patients with a suspicious ARF history and sometimes only in routine examination. When we evaluate 52 patients' data, high ASO levels was not associated with nor valve structures, neither ARF history. Therefore, we showed that using ASO of levels only is an incorrect application for diagnosis of ARF in clinical practice.

Key Words: Acute Rheumatic Fever, Anti-Streptolysin O, Echocardiography.

Ç. Emre Çağlıyan,
* Onur Akpınar

Osmaniye Devlet Hastanesi,
Kardiyoloji Kliniği,
Osmaniye

* Medikal Park Gaziantep
Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği,
Gaziantep

Geliş Tarihi: 14.04.2011
Kabul Tarihi: 25.04.2011

İletişim Adresi

Dr. Onur Akpınar
Medikal Park Gaziantep
Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği,
Gaziantep, Türkiye
e-posta
onur_akpinar@yahoo.com

GİRİŞ

Sayın Editör,

Akut Romatizmal Ateş (ARA), A grubu B-Hemolitik streptokokların sebep olduğu farenjit veya tonsillit sonrası meydana gelen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Gelişmiş ülkelerde çok az sıklıkta görülmesine karşın, gelişmekte olan ülkelerde halen önemini korumaktadır. Klinik tanı için modifiye Jones kriterleri kullanılır. Bunlar; majör kriterler (kardit, artrit, subkütan nodüller, eritema marginatum, Sydenham'ın koresi), minör kriterler (artralji, ateş, akut faz reaktanların yüksekliği, PR uzaması) ve yakın zamanda grup A streptokok enfeksiyonunun gösterilmesidir. Kesin ARA tanısı, streptokok enfeksiyon bulgusu şart olmakla beraber, 2 major veya 1 major + 2 minor kriter varlığı ile konulur. Anti-streptolizin O (ASO), streptokokların hücre dışı ürünlerine karşı geliştirilmiş antikor testlerinden en sık kullanılandır. Akut dönemde ASO titreleri, hastaların %80'inde birinci haftada yükselmeye başlar, birinci ayda pik yapar ve altıncı aydan sonra düşmeye başlar ve genellikle iki yıl süreyle de yüksek seyreder. Bunun yanında yüksek saptanan tüm antikor testleri sadece geçirilmiş bir streptokok enfeksiyonunu göstermektedir.

ARA hastalarını akut dönemde saptamak önemli olsa bile, bu hastalar bazen kapak problemleri ortaya çıktıktan sonra da karşımıza çıkabilmektedir. Geç dönemde de

olsa ARA tanısının konulması, bu hastalara verilecek olan antibiyotik profilaksisi açısından önemlidir. Klinik pratikte ARA tanısı için, önerilmeyen bir uygulama olmasa da, serum ASO düzeyleri kullanılabilir. Buna göre fizik muayenede (FM) üfürüm tespit edilen hastalarda, şüpheli ARA öyküsü olan hastalarda ve bazen sadece rutin inceleme yapılan hastalarda ASO değeri incelenmekte ve buna göre hastalar tedavi edilmektedir.

Biz kliniğimizde bu tür bir uygulamanın doğruluğu hakkında küçük retrospektif bir inceleme yaptık ve bu amaçla uygun toplam 41 hastanın verilerini değerlendirdik. Bu amaçla ARF öntanısıyla EKO yapılan ve ASO istenen hastaları topladık ve bunlara uygun özellikte olan bir kontrol grubu oluşturduk. Hastalarımızın ASO değerlerinin ortalamasını alarak her iki grubu basit olarak karşılaştırdık. Elimizdeki bu veriler basit olarak gözden geçirdiğimiz zaman hastalarımızın ASO değeri ile kapak yapısı ve öyküde ARA bulunmasının hiçbir ilişkisinin olmadığını gördük. Ve bu gözlemlerimizi sizinle paylaşmak istedik. Buna göre;

Tüm hastalar öykü ve fizik muayenesine göre incelendiği zaman;

- Kontrol grubunda 24 kişinin ASO değeri
161.1 ± 110.4 IU
- ARA öyküsü olan 17 hastanın ASO değeri
187.7 ± 156.2 IU

Ayrıca ekokardiyografik olarak sadece kapak yapıları incelendiğinde;

- Kapak yapısı fibrotik olan 16 hastanın ASO değeri 158.0 ± 87.9 IU
- Normal olan 36 kişinin ASO değeri 176.3 ± 135.6 IU

Özellikle ASO değeri > 200 IU olan hastalar değerlendirildiğinde;

- Kontrol grubundaki 24 kişinin hepsinin kapak yapısı normaldi ve bu hastalardan 8'inin ASO değeri >200 IU idi.
- ARA öyküsü olan gruptaki 17 hastanın
 - Kapak yapısı normal olan 7 hastadan 3'ünün ASO değeri > 200 IU idi.
 - Kapak yapısı fibrotik olan 10 hastadan 2'sinin ASO değeri >200 IU idi.

Klinik pratikte bu uygulamanın yanlış olduğu bilinmesine rağmen ülkemizde ARF tanısında ASO sıklıkla kullanılmaktadır. Bu hatalı kullanım gerek yanlış tanıla ve beraberinde belkide uzun yıllar devam eden yanlış tedavilere neden olmaktadır. Ancak bu konu fazla bahsedilmemekte, belki de bu nedenle yanlışların düzeltilmesi mümkün olamamaktadır. Bu nedenle, biz bu mektupla ARF tanısında ASO tetkiki istenmesinin hatalı bir uygulama olduğunu tekrar hatırlatmak istedik.