



**Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı**  
**Çocuk Romatoloji Bilim Dalı**  
**11.10.2024**

Uzm. Dr. Duygu Aydın  
Doç. Dr. Hafize Emine Sönmez, Doç. Dr. Nihal Şahin



# Olgu

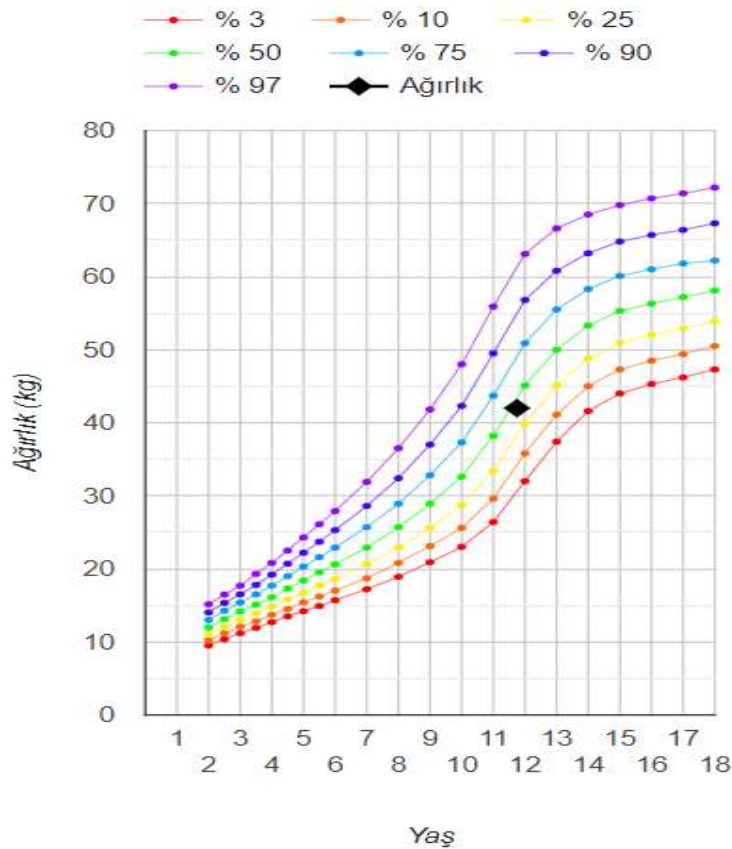
- 11 yaş 9 ay, kız
- Őikayet: diz, ayak, el parmaklarında ağrı



# Olgu

- 2 aydır ayak, bel ağrısı, sağ dizde, el parmaklarında şişlik ve ağrı, boyun hareketlerinde ağrı
- Sabah tutukluğu mevcut (15 dk)
- Ateş, döküntü yok. Son 1 ay içinde geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yok.
- Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yok

# Fizik Muayene



Ateş: 36,7°C

Nabız: 86/dk

Kan basıncı: 102/58 mmHg

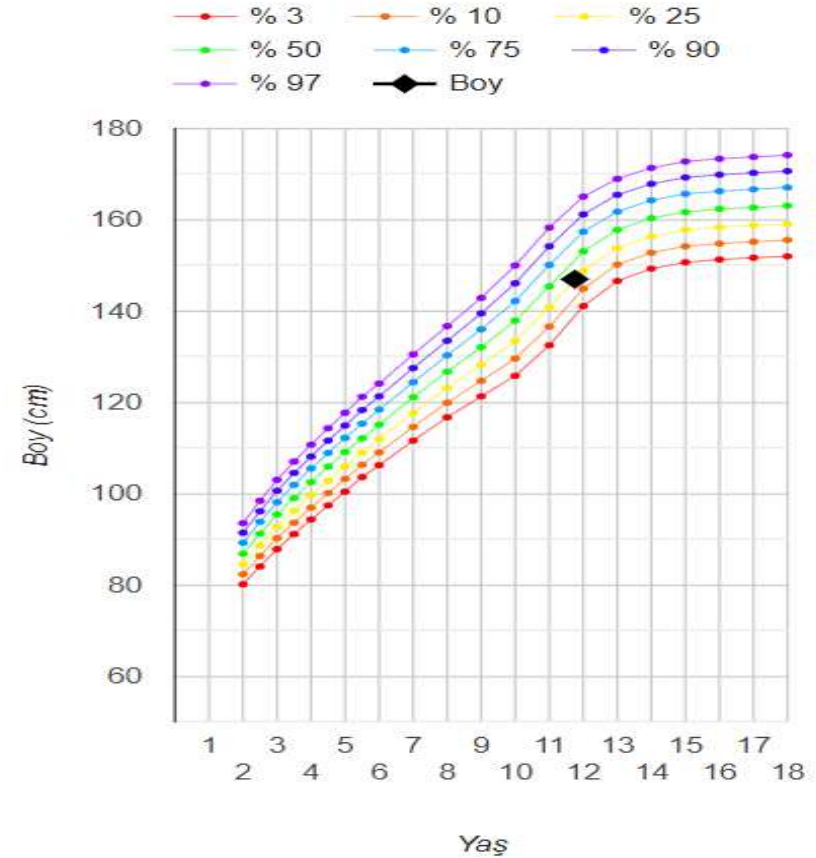
Oksijen saturasyonu: %97

Solunum sayısı: 20/dk

Ağırlık: 42 kg (25-50p, -0,17 SDS)

Boy: 147 cm (25-50p, -0,64 SDS)

Vücut kitle indeksi: 19,44 (50-75p, 0,24 SDS)



# Fizik Muayene

- Genel durum orta-iyi. Bilinç açık, koopere, oryante. GKS:15
- Turgor tonus normal. Döküntü yok. Cilt renginde değişiklik yok. KDZ<2sn.
- Bilateral solunum sesleri eşit ve doğal.
- S1+,S2+, ritmik, ek ses duyulmadı.
- Batında hassasiyet, defans, rebound, ele gelen kitle yok.
- Sağ el 4.parmak metokarpofalangeal (MKP) eklemdede ağrı ve şişlik, sağ diz: 31 cm, sağ dizde ısı artışı mevcut. Sol diz: 29,5 cm, sağ ayak bileği 16 cm, sol ayak bileği 17,5 cm ve ağırlı. Sol 3-4. metotarsofalangeal (MTP) eklemdede ağrı. Kalça hareketleri doğal. Boyun ekstansiyonda ağırlı.
- Diğer sistem muayeneleri olağan.

# Laboratuvar-1

- Wbc: 6230/ $\mu$ L
  - Neu: 4120/ $\mu$ L
  - Lym: 1580/ $\mu$ L
  - Hgb: 10,2 gr/dl
  - MCV: 82,5
  - Rbc: 4,0
  - Plt: 375.000 / $\mu$ L
  
  - Tam idrar tetkiki:  
Dansite:1012  
Lökosit,protein, kan,nitrit:  
negatif.
- AKŞ - 88,4 mg/dL
  - Albumin - 40 g/L
  - ALT (SGPT) - 4,3 U/L
  - AST (SGOT) - 9,4 U/L
  - Kalsiyum - 9,9 mg/dL
  - Sodyum - 137,8 mmol/L
  - Potasyum (K) - 4,8 mmol/L
  - Fosfor (P) - 3,35 mg/dL
  - Kreatinin - 0,4 mg/dL
  - Magnezyum (Mg) - 2,1 mg/dL
  - LDH: 192 U/L
  - Ürik asit: 4,1 mg/dl

# Patolojik bulgular

- El parmaklarında, sağ dizde, sol ayak bileğinde Şişlik ve boyunda, belde hareketle ağrı

Ön tanılar  
Ek tetkik



# Ayırıcı tanılar

- Hematolojik maligniteler
- Enfeksiyonlar
- Akut romatizmal ateş
- Juvenil idiyomatik artrit



# Laboratuvar-2

- CRP: 74,7 mg/L (0-5)
- ESH: 40 mm/sa (0-20)
- ASO: 270 IU/ml
- Ferritin: 69,7 ug/L
- RF: negatif
- AntiCCP: negatif
- EBV IgM negatif
- EBV IgG: pozitif
- CMV IgM: negatif
- CMV IgG: pozitif
- Brucella: negatif
- Parvovirus B19: negatif
- EKG: normal sınırlarda.
- Ekokardiyografi: normal sınırlarda.
- Periferik yayma: 1 adet şüpheli hücre görüldü.

# Ayırıcı tanılar

- Hematolojik maligniteler
- Enfeksiyonlar
- Akut romatizmal ateş
- Juvenil idiyomatik artrit

- ✓ Ateş yok
- ✓ Muayenede enfeksiyon düşündürür bulgu yok
- ✓ Serolojide ve PCR tetkiklerinde pozitiflik yok



# Laboratuvar-2

- CRP: 74,7 mg/L (0-5)
- ESH: 40 mm/sa (0-20)
- ASO: 270 IU/ml
- Ferritin: 69,7 ug/L
- RF: negatif
- AntiCCP: negatif
- EKG: normal sınırlarda.
- Ekokardiyografi: normal sınırlarda.
- Periferik yayma: 1 adet şüpheli hücre görüldü.
- EBV IgM negatif
- EBV IgG: pozitif
- CMV IgM: negatif
- CMV IgG: pozitif
- Brucella: negatif
- Parvovirus B19: negatif

**Tablo I:** Jones kriterleri (2015 revizyonu).

Düşük Riskli Toplumlar	Orta-Yüksek Riskli Toplumlar
<b>Majör Kriterler</b>	
Kardit (klinik ya da subklinik)	Kardit (klinik ya da subklinik)
Poliartrit	Monoartri/ <b>poliartrit</b> veya poliartralji
Kore	Kore
Eritema marginatum	Eritema marginatum
Subkütan nodül	Subkütan nodül
<b>Minör Kriterler</b>	
*Poliartralji	Monoartralji
Ateş ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ )	Ateş ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )
ESH $\geq 60$ mm/saat ve/veya CRP $\geq 3.0$ mg/dL	<b>ESH <math>\geq 30</math> mm/saat ve/veya CRP <math>\geq 3.0</math> mg/dL</b>
†PR intervalinde uzama (yaşa göre değerlendirilmeli)	PR intervalinde uzama (yaşa göre değerlendirilmeli)
‡Geçirilmiş GAS enfeksiyonu bulguları: Yüksek veya yükselen GAS antikor titresi GAS için pozitif boğaz kültürü Pozitif hızlı GAS karbonhidrat antijen testi	
<u>İlk atak ARA tanısı: 2 majör ya da 1 majör + 2 minör kriter</u> Tekrarlayan ARA atağı tanısı: 1 majör veya 1 majör + 2 minör ya da 3 minör kriter (Geçirilmiş GAS enfeksiyonu kanıtı ile birlikte)	

**CRP:** C-reaktif protein, **ESH:** Eritrosit sedimentasyon hızı, **GAS:** Grup A streptokok

\*Eklem bulguları aynı hastada hem major hem de minör tanı kriteri olarak kabul edilmez.

†Kardit varsa PR intervalinde uzama tanı kriteri olarak kabul edilmez.

‡Geçirilmiş GAS enfeksiyonu kanıtı kore, sinsi ya da geç başlangıçlı kardit durumlarında aranmamaktadır.

# Laboratuvar-2

- CRP: 74,7 mg/L (0-5)
- ESH: 40 mm/sa (0-20)
- ASO: 270 IU/ml
- Ferritin: 69,7 ug/L
- RF: negatif
- AntiCCP: negatif
- EKG: normal sınırlarda.
- Ekokardiyografi: normal sınırlarda.
- Periferik yayma: 1 adet şüpheli hücre görüldü.
- EBV IgM negatif
- EBV IgG: pozitif
- CMV IgM: negatif
- CMV IgG: pozitif
- Brucella: negatif
- Parvovirus B19: negatif

# Bu aşamada ne yapalım?



- Kemik iliği aspirasyonu
- Normosellüler heterojen , atipik hücre görülmedi.

# Ayırıcı tanılar

- Hematolojik maligniteler

Kemik iliği aspirasyonunda malign hücreye rastlanmadı

E E NE KALDI  
GERİYE?

- ~~Hematolojik maligniteler~~
- ~~Enfeksiyonlar~~
- ~~Akut romatizmal ateş~~
- **Juvenil idiyomatik artrit**



# Juvenil İdiopatik Artrit (JİA)

- Artrit; eklemdede efüzyon olması veya hareket kısıtlılığı, hareketle artan ağrı, ısı artışı bulgularından en az ikisinin bir arada olmasıdır.
- JİA, çocukluk çağıının en sık görülen romatolojik hastalığıdır.
- 16 yaşından önce başlayan 6 haftadan uzun süren en az 1 eklemi tutan ve bu artriti açıklayacak başka bulgunun olmaması JİA olarak tanımlanır.
- Hastalığın ilk altı aydaki tipi başlangıç tipi olarak kabul edilmektedir.



## Tablo 1. Jüvenil İdiopatik Artrit İLAR Sınıflaması

### Sistemik başlangıçlı JİA

*Tanım:* En az 2 hafta devam eden ve en az 3 gün intermitan vasıfta olduğu dökümante edilen ateşin eşlik ettiği bir ya da daha çok eklemde artrit ve aşağıdakilerden en az bir tanesinin varlığı:

1. Gelip geçici (sabit olmayan) eritematöz döküntü
2. Yaygın lenfadenopati
3. Hepatomegali ve/veya splenomegali
4. Serozit

*\*Dışlama:* 1, 2, 3, 4

### Oligoartiküler JİA

*Tanım:* İlk 6 ay içinde 4 ve daha az eklemi etkileyen hastalık. İki alt grubu tanımlanmıştır:

Persistan oligoartrit: Tüm hastalık seyri boyunca 4'ten fazla eklemi tutmayan

Uzamış oligoartrit: İlk 6 aylık oligoartiküler gidişten sonra 4'ten çok eklemi etkileyen hastalık

*\*Dışlama:* 1, 2, 3, 4, 5

### \*Dışlama ölçütleri

1. Psöriazis veya birinci derece akrabada psöriazis öyküsü
2. 6 yaşından büyük HLA-B27 pozitif erkek hastada artrit
3. Birinci derece akrabada ankilozan spondilit, entezit ilişkili artrit, sakroiliitin eşlik ettiği İnflamatuvar barsak hastalığı, Reiter sendromu veya akut ön üveit
4. En az 3 ay ara ile tekrarlanan 2 veya daha fazla RF IgM testinin pozitif olması
5. Sistemik JİA bulgularının varlığı

## RF negatif poliartiküler JİA

*Tanım:* Hastalığın ilk 6 aylık seyri içinde 5 veya daha fazla eklemi etkileyen artrit; RF testinin negatif olması

*Dışlama:* 1, 2, 3, 4, 5

## RF pozitif poliartiküler JİA

*Tanım:* Hastalığın ilk 6 aylık seyri içinde 5 veya daha fazla eklemi etkileyen artrit; en az 3 ay ara ile tekrarlanan 2 veya daha fazla RF testinin pozitif olması

*\*Dışlama:* 1, 2, 3, 5

## Psöriatik artrit

*Tanım:* Artrit ve psöriazis, veya artrit ve aşağıdakilerden en az bir tanesinin varlığı:

1. Daktilit
2. Tırnaklarda noktalanma veya onikolizis
3. Birinci derece akrabada psöriazis

*\*Dışlama:* 2, 3, 4, 5

## \*Dışlama ölçütleri

1. Psöriazis veya birinci derece akrabada psöriazis öyküsü
2. 6 yaşından büyük HLA-B27 pozitif erkek hastada artrit
3. Birinci derece akrabada ankilozan spondilit, entezit ilişkili artrit, sakroiliitin eşlik ettiği İnflamatuvar barsak hastalığı, Reiter sendromu veya akut ön üveit
4. En az 3 ay ara ile tekrarlanan 2 veya daha fazla RF IgM testinin pozitif olması
5. Sistemik JİA bulgularının varlığı

## Entezit ilişkili artrit

*Tanım:* Artrit ve entezit veya aşağıdakilerden en az ikisinin varlığında artrit veya entezit:

1. Sakoilliak eklem duyarlılığı ve/veya inflamatuvar spinal ağrı
2. HLA B27 pozitifliği
3. > 6 yaş erkek
4. Akut ön üveit (genellikle ağrı, kızarıklık ve fotofobinin eşlik ettiği)
5. Birinci derece akrabada ankilozan spondilit, entezit ilişkili artrit, sakroiliitin eşlik ettiği İnflamatuvar barsak hastalığı, Reiter sendromu veya akut ön üveit

*\*Dışlama:* 1, 4, 5

## Sınıflandırılmayan JIA

*Tanım:* Yukarıdaki hiçbir tanımlamaya uymayan veya birden çok tanımlamaya uyan artrit

### **\*Dışlama ölçütleri**

1. Psöriazis veya birinci derece akrabada psöriazis öyküsü
2. 6 yaşından büyük HLA-B27 pozitif erkek hastada artrit
3. Birinci derece akrabada ankilozan spondilit, entezit ilişkili artrit, sakroiliitin eşlik ettiği İnflamatuvar barsak hastalığı, Reiter sendromu veya akut ön üveit
4. En az 3 ay ara ile tekrarlanan 2 veya daha fazla RF IgM testinin pozitif olması
5. Sistemik JIA bulgularının varlığı

# Romatoid Faktör (RF) nedir?



- Romatoid faktör IgG'nin Fc kısmına karşı gelişmiş tipik olarak IgM yapısında bir antikordur.
- Pediatrik romatoloji pratiğinde RF ölçümünün esas faydası RF pozitif ve RF negatif olarak iki poliartiküler JİA tipinin ayrımında kullanılmasıdır.
- Erişkin romatoid artrit aksine JİA'lı çocukların büyük kısmı RF pozitifliğine sahip değildir.

## Romatoid Faktör (RF)

- Romatoid faktör pozitif poliartritli hastalarda hastalık daha agresif seyreder ve bu hastalarda uzun dönemde diğer JIA alt tiplerine göre daha yüksek sakatlık ve daha düşük remisyon oranı bildirilmiştir.
- Jüvenil idioptik artrit **tanısının konulması veya dışlanmasında RF testi genellikle faydalı değildir** ve sadece poliartrit bulgusu olan hastalarda RF çalışma endikasyonu vardır.

# RF yüksekliđi yapabilen nedenler:

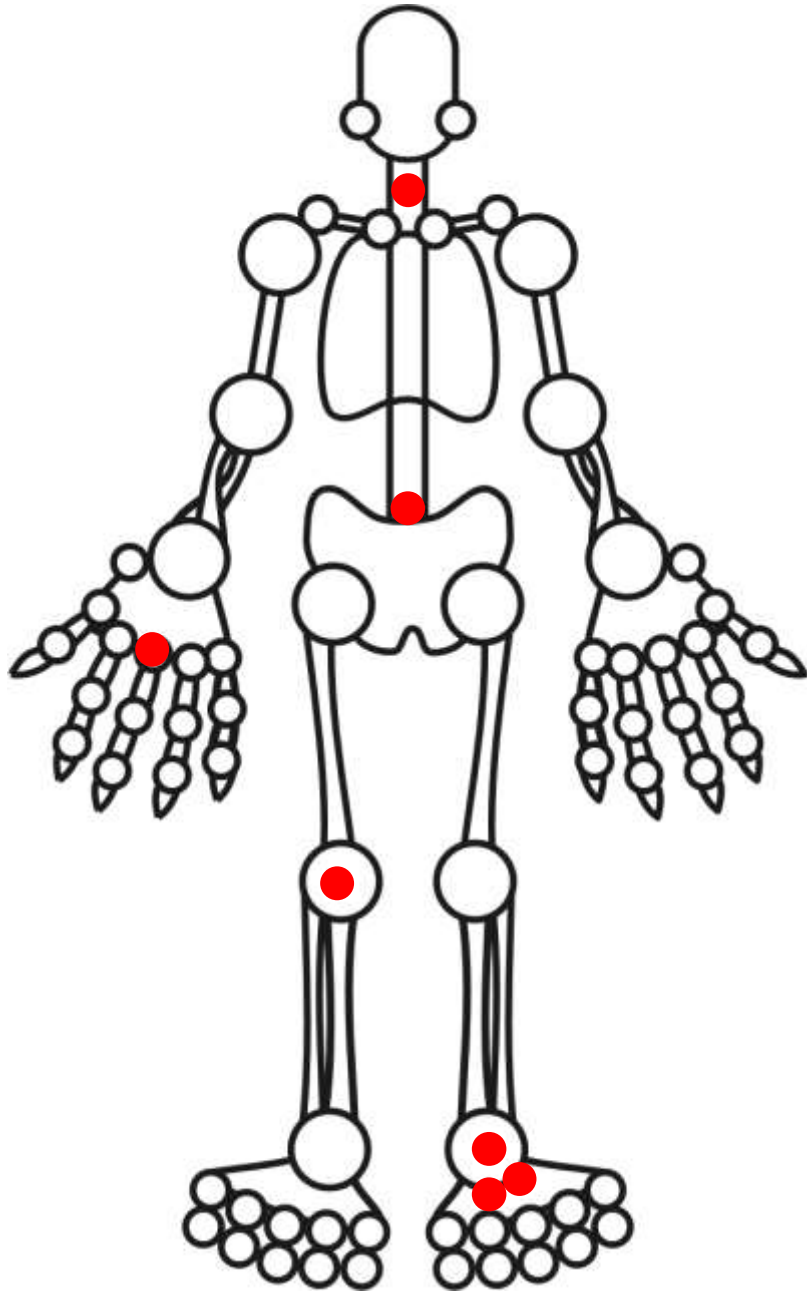
- ❖ Hepatit B ve hepatit C gibi kronik enfeksiyonlar
- ❖ EBV enfeksiyonu
- ❖ Tüberküloz
- ❖ Malignite
- ❖ Subakut infektif endokardit
- ❖ Primer Sklerozan Kolanjit
- ❖ Sarkoidoz
- ❖ Sistemik Lupus Eritematosus
- ❖ Sjögren sendromu
- ❖ Skleroderma
- ❖ Miks bağ dokusu hastalıkları



Sağlıklı çocukların %3-8'inde herhangi bir enfeksiyon sonrası gelişebilen geçici RF pozitifliği görülebilir.

# Antisiklik Sitrüline Peptid Antikorları (Anti-CCP) nedir?

- Romatoid artrit (RA) inflamasyon sinoviyum **sitrüline peptidleri** içerir ve RA'lı hastalar sitrüllin içeren substratlara spesifik olarak bağlanan antikor üretirler.
- RA ve JİA dışında pozitifliği saptanmaz.
- Bu antikorlar esas olarak poliartiküler JİA'lı çocuklarda bulunmakla birlikte, nadiren diğer JİA tiplerinde de ortaya çıkabilirler.
- Anti-CCP antikorları daha şiddetli hastalıkla ilişkili olup (RF negatif hastalarda bile) daha agresif tedavi ihtiyacına işaret edebilir.
- Negatif saptanması hastalığı dışlamaz.



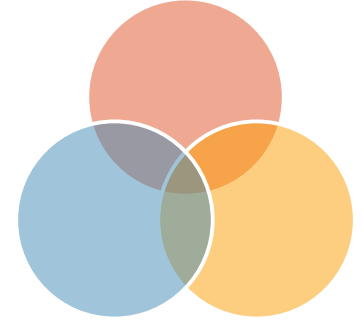
Poliartriküler  
Juvenil  
İdiopatik  
Artrit



# Poliartiriküler Juvenil İdiopatik Artrit (pJIA)

- Hastalığın ilk 6 ayında  $\geq 5$  eklem tutulumu vardır.
- Poliartiriküler JIA, tüm JIA tanılı hastaların  $\approx 20$ 'inde görülür ( RF negatif: %15-20, RF pozitif pJIA: %5-10).
- pJIA tanılı hastaların yaklaşık %85'i RF negatiftir.
- Sıklıkla 1-3 yaş ve 9-14 yaşlarında pik yapar.
- Kızlarda erkeklerden daha siktir (3/1-13/1).

# Klinik özellikler- RF negatif pJIA

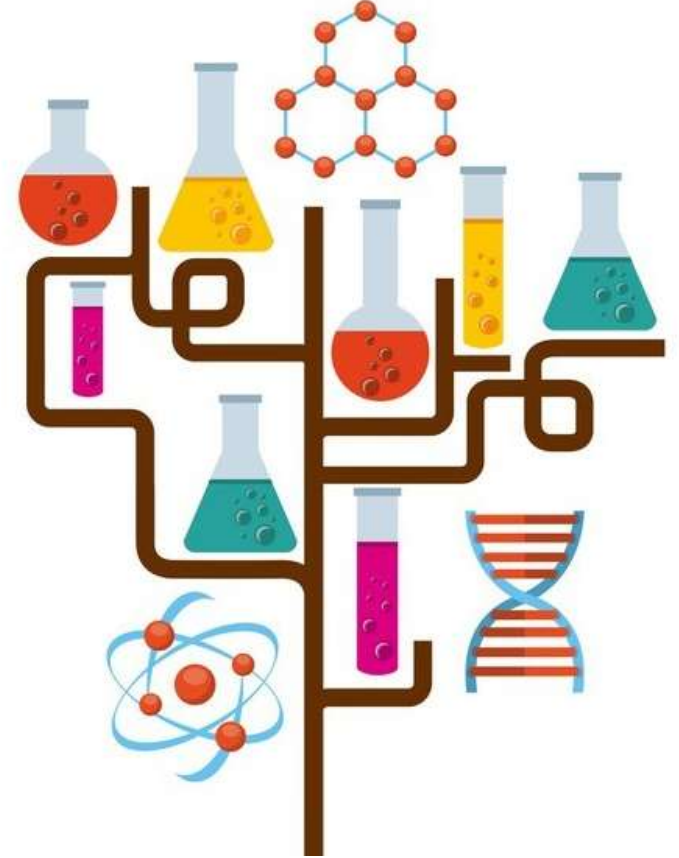


• En az üç farklı klinik formu vardır:

1. Geç başlangıç yaşı, simetrik poliartrit, yüksek akut faz reaktanları, ANA negatifliği ve değişken prognozu ile erişkin RF (-) romatoid artrit benzer.
2. Erken başlangıç yaşı, asimetrik poliartrit, normal veya ılımlı yüksek akut faz reaktanları, ANA pozitifliği, artmış kronik ön üveit riski ile oligoartiküler JIA'ya benzer.
3. Sinoviyal hipertrofi ve eklem efüzyonunun olmadığı veya minimal olduğu poliartropati, eklem katılığı, hareket kısıtlılığı ve normal akut faz reaktanlarının olduğu tablo (dry sinovit) .

# Laboratuvar özellikleri- RF negatif pJIA

- RF (-): ilk 6 ayda en az 3 ay arayla 2 kez saptanan RF negatifliği
- ESH, CRP orta derecede yüksek bulunur.
- Lökositoz ve trombositoz görülebilir.
- Hastaların yaklaşık yarısında ANA pozitifdir.



## Tedavi- RF negatif pJIA

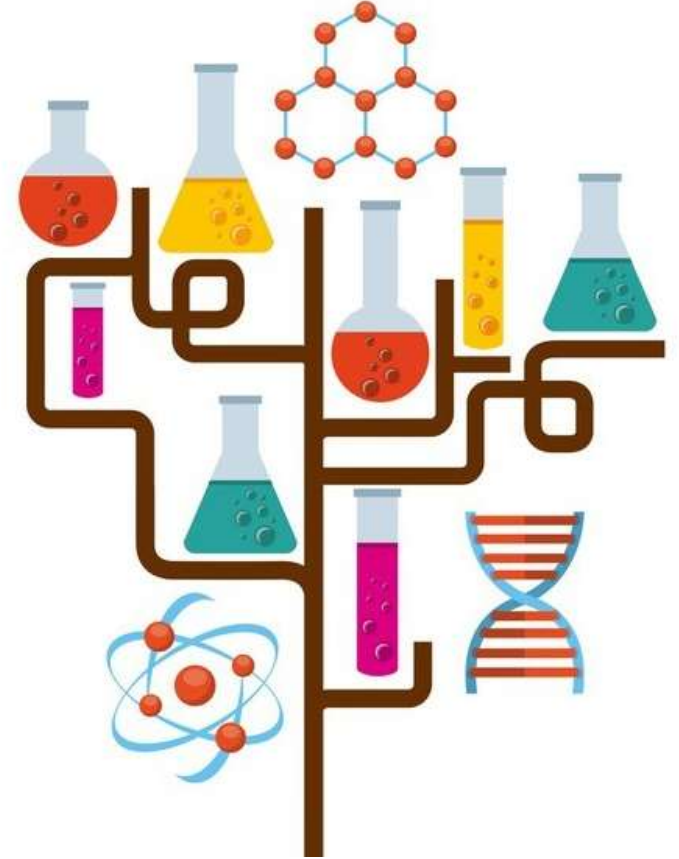
- Genellikle başlangıç tedavisinde **metotreksat** veya leflunomid gibi hastalık modifiye edici ilaçlar (DMARDs) kullanılır.
- İntolerans durumunda sulfasalazin verilebilir.
- DMARD etkisi başlayana kadar düşük doz oral streoid verilebilir.
- Aktif artritlerde intrartiküler streoid enjeksiyonu yapılabilir.
- Dirençli hastalarda biyolojik ajanlara geçilmelidir.

## Klinik özellikler- RF pozitif pJIA

- Sıklıkla üst ve alt ekstremitenin büyük ve küçük eklemleri tutulsa da servikal vertebralar ve temporamandibular eklem de tutulabilir.
- Torakal ve lomber vertebra ve sakroiliak eklemler genellikle korunur.
- Genellikle büyük eklemler tutulsa da, karakteristik paterni MKP, ve proksimal interfalangeal (PIP) eklemleri etkileyen simetrik artritir.

## Laboratuvar özellikleri- RF pozitif pJIA

- İnflamatuvar belirteçler RF negatif pJIA'dakine benzerdir.
- RF sıklıkla yüksek titrelerde pozitiftir.
- Anti-sitrullin peptid antikoru (antiCCP) da pozitif olabilir.



## Tedavi- RF pozitif pJIA

- Kötü prognozu nedeniyle erken ve agresif tedavi gerektirir.
- İlk tercih metotreksattır (alternatif leflunamid olabilir).
- Ağrılı eklemlere intraartiküler enjeksiyon uygulanabilir ve oral düşük doz steroid (köprü) başlanabilir.
- Yüksek veya orta dereceli hastalık aktivitesinde biyolojik ajanlara (etanercept, adalimumab, infliksimumab, tosilizumab gibi) tercih edilebilir.

## Tedavi- RF pozitif pJIA

- Kötü prognozu nedeniyle
- İlk tercih metotreksattır
- Ağrılı eklemlere intraartiküler düşük doz steroid (köprü)
- Yüksek veya orta derecede ağrıya neden olan ajanlara (etanercept, adalimumab gibi) tercih edilebilir.

pJIA tanılı hastada kötü prognozla ilişkili olan durumlar;

- Kalça veya servikal eklemi tutulumu,
- RF veya anti-CCP pozitifliği
- Radyografik olarak hasar (erozyon, eklem aralığında daralma)



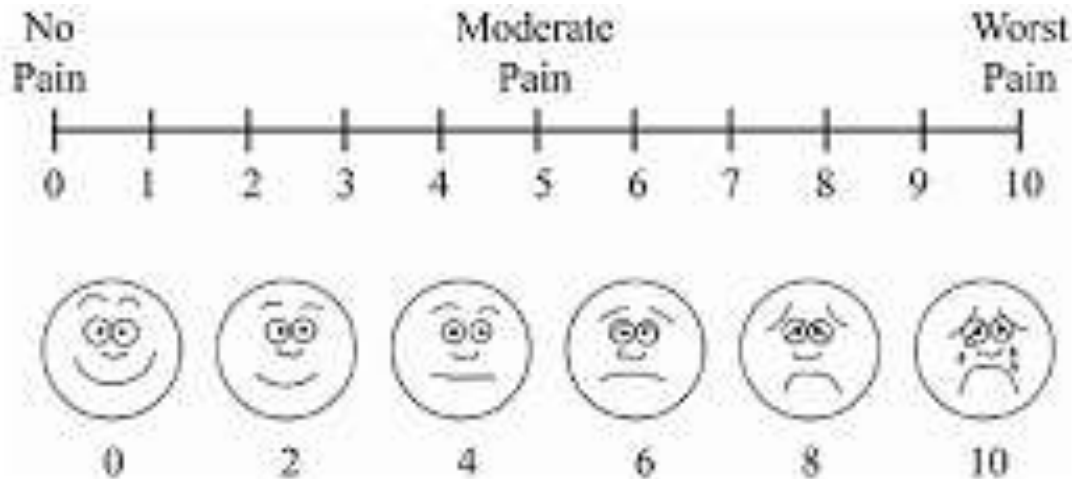
## Tedavi- RF pozitif pJIA

- Kötü prognozu nedeniyle erken ve agresif tedavi gerektirir.
- İlk tercih metotreksattır (alternatif leflunamid olabilir).
- Ağrılı eklemlere intraartiküler enjeksiyon uygulanabilir ve oral düşük doz steroid (köprü) başlanabilir.
- Yüksek veya orta dereceli hastalık aktivitesinde biyolojik ajanlar (etanercept, adalimumab, infliksimab, tosilizumab gibi) tercih edilebilir.

# JIA'da hastalık aktivitesi ölçütleri- JADAS

## JADAS (Juvenile Arthritis Disease Activity Score)

- JADAS 4 ana başlıktan oluşmaktadır. JADAS skoru bu 4 bölümün aritmetik toplamı ile hesaplanır.
- 1. **Doktor Görsel Analog Skoru (D-GAS):** 0 ile 10 arası puanlama ile hastalık durumunun klinisyen tarafından değerlendirilmesidir. En iyi skor 0, en kötü skor 10 puandır.



# JIA'da hastalık aktivitesi ölçütleri- JADAS

2. Hasta/Aile Görsel Analog Skor (HA-GAS): Hastanın ya da ailesinin 0-10 arası puanlama ile hastalık durumunun değerlendirilmesidir. En iyi skor 0, en kötü skor 10 puandır. Değerlendirmeyi 8 yaş altı çocuklarda ebeveyni yapar.

3. Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH), C-Reaktif Protein (CRP): ESH için  $[ESH \text{ (mm/saat)} - 20]/10$  ve CRP için  $[CRP \text{ (mg/L)} - 10]/10$  formülü ile yeni hesaplamalar yapılır. Örneğin hastanın ESH değeri 80 mm/sa ise  $80 - 20 / 10 = 6$  puan verilir.

# JIA'da hastalık aktivitesi ölçütleri- JADAS

4. **Aktif eklem sayısı:** Aktif eklem değerlendirilirken eklem şişliği temel alınır. Eğer eklemde şişlik yok veya servikal ve kalça eklemінде olduğu gibi şişlik tespit edilemiyor ise hareketle hassasiyet ve hareket kısıtlılığı dikkate alınır. Eklem sayısı değerlendirilirken JADAS skorunun 3 (10-27-71) versiyonu vardır:

✓ **JADAS 10:** Eklem türüne bakılmaksızın sis veya hassas eklem her biri sayılır. Kaç eklem sayıldıysa o kadar puan alınır. Maksimum 10 puan alınır. Eğer 10'dan fazla eklem sayıldıysa skorda 10 puan alır.

# JIA'da hastalık aktivitesi ölçütleri- JADAS

✓ **JADAS 71:** Servikal, torasik, lumbal vertebralar tek eklem olarak sayılır. Sakroiliak eklemler dahil edilmemiştir. Bunun dışındaki tüm eklemler tek tek sayılır. Bu eklemler servikal/torakal/lomber vertebra(1), temporamandibular eklemler (2), sternoklavikular eklemler (2), akromioklavikular eklemler (2), omuzlar (2), dirsekler (2), el bilekleri 2), metakarpofalangeal eklemler (10), proksimal interfalangeal eklemler (10), distal interfalangeal eklemler (8), kalça eklemleri (2), dizler (2), ayak bilekleri (2), subtalar eklemler (2), tarsometatarsal eklemler (2), metatarsofalangeal eklemler (10), interfalangeal eklemlerdir (10).

# JIA'da hastalık aktivitesi ölçütleri- JADAS

✓ **JADAS 27:** Seçilmiş eklemlerde sayım yapılır. Servikal vertebra (1), dirsekler (2), el bilekleri (2), 1-2-3. metakarpofalangeal eklemler (6), proksimal interfalangeal eklemler (10), kalça eklemleri (2), dizler (2) ve ayak bilekleri (2) sayılarak hesaplama yapılır. Diğer eklemler sayılmaz.



JADAS 10'da 0 ile 40 arasında bir puan, JADAS 27' de 0 ile 57 arasında bir puan, JADAS 71'de 0 ile 101 arasında bir puan alınır.

# JİA'da hastalık aktivitesi ölçütleri- JADAS

pJİA	JADAS 10/71	JADAS 27	oJİA	JADAS 10/71	JADAS 27
İnaktif Hastalık	$\leq 1$	$\leq 1$	İnaktif Hastalık	$\leq 1$	$\leq 1$
Düşük HA	1.1-3.8	1.1-3.8	Düşük HA	1.1-2	1.1-2
Orta HA	3.9-10.5	<b>3.9-8.5</b>	Orta HA	2.1-4.2	2.1-4.2
Yüksek HA	$>10.5$	<b><math>&gt;8.5</math></b>	Yüksek HA	$>4.2$	$>4.2$
<i>HA: Hastalık Aktivitesi pJİA: poliartiküler JİA</i>			<i>HA: Hastalık Aktivitesi oJİA: oligoartiküler JİA</i>		

Hastamızda yatışta, JADAS27:  $6+8+2+7= 23$

Hastamızda poliklinik kontrolünde, JADAS27:  $2+3+0+1= 6$

# Olgumuz

- Sağ dizde belirgin çap farkı ve ağrısı olan hastanın sağ dizine eklem içi steroid enjeksiyonu uygulandı.
- Kemik iliği aspirasyonunda malign hücreye rastlanmayan hastaya sistemik metilprednizolon (ilk iki gün 10 mg/kg/gün intravenöz, sonrasında 2 mg/kg/gün ağızdan) ve subkutan metotreksat(10-15 mg/m<sup>2</sup>/hafta) tedavisi başlandı.
- Takipte steroid azaltılmaya geçildi.



# Olgumuz

- Tedavi öncesi topallaması olan hasta poliklinik kontrolüne topallama olmadan yürüyerek geldi.
- Muayenede eklem çap farkları gerilemiş (sağ diz ile sol diz arasındaki çap farkı 0,7 cm e düşmüştü- diğer eklemlerde şişlik ağrı yok), diğer sistem muayeneleri doğaldı.
- Bakılan tetkiklerinde akut faz reaktanları negatif.
- Üveit açısından göz muayenesi yapıldı, normal saptandı.
- Poliklinik takipleri devam etmektedir.



## NIH Public Access

### Author Manuscript

*Arthritis Care Res (Hoboken)*. Author manuscript; available in PMC 2012 April 1.

Published in final edited form as:

*Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 April ; 63(4): 465–482. doi:10.1002/acr.20460.

## 2011 American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Initiation and Safety Monitoring of Therapeutic Agents for the Treatment of Arthritis and Systemic Features

TIMOTHY BEUKELMAN, MD, MSCE<sup>1</sup>, NIVEDITA M. PATKAR, MD, MSPH<sup>1</sup>, KENNETH G. SAAG, MD, MSc<sup>1</sup>, SUE TOLLESON-RINEHART, PhD<sup>2</sup>, RANDY Q. CRON, MD, PhD<sup>1</sup>, ESI MORGAN DeWITT, MD, MSCE<sup>3</sup>, NORMAN T. ILOWITE, MD<sup>4</sup>, YUKIKO KIMURA, MD<sup>5</sup>, RONALD M. LAXER, MDCM, FRCPC<sup>6</sup>, DANIEL J. LOVELL, MD, MPH<sup>3</sup>, ALBERTO MARTINI, MD<sup>7</sup>, C. EGLA RABINOVICH, MD, MPH<sup>8</sup>, and NICOLINO RUPERTO, MD, MPH<sup>7</sup>

Arthritis Care & Research  
Vol. 66, No. 7, July 2014, pp 1063–1072  
DOI 10.1002/acr.22259  
© 2014, American College of Rheumatology

ORIGINAL ARTICLE

## Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance Consensus Treatment Plans for New-Onset Polyarticular Juvenile Idiopathic Arthritis

SARAH RINGOLD,<sup>1</sup> PAMELA F. WEISS,<sup>2</sup> ROBERT A. COLBERT,<sup>2</sup> ESI MORGAN DeWITT,<sup>4</sup> TZIELAN LEE,<sup>3</sup> KAREN ONEL,<sup>4</sup> SAMPATH PRAHALAD,<sup>7</sup> RAYFEL SCHNEIDER,<sup>8</sup> SUSAN SHENOI,<sup>1</sup> RICHARD K. VEHE,<sup>9</sup> AND YUKIKO KIMURA,<sup>10</sup> FOR THE JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS RESEARCH COMMITTEE OF THE CHILDHOOD ARTHRITIS AND RHEUMATOLOGY RESEARCH ALLIANCE



# Textbook of PEDIATRIC RHEUMATOLOGY

*Eighth Edition*



PETTY | LAXER | LINDSLEY  
WEDDERBURN | MELLINS | FUHLBRIGGE



[https://cocukromatoloji.org/wp-content/uploads/2018/11/JIA-guncel\\_tedavi-kilavuzu.pdf](https://cocukromatoloji.org/wp-content/uploads/2018/11/JIA-guncel_tedavi-kilavuzu.pdf)



Teşekkürler