Septik Artritler

Prof.Dr.Murat Turgay

Eklemin,  (sinoviyum, kartilaj, kemik) herhangi bir mikroorganizma ile infeksiyonuna septik artrit denir. Hastanın klinik durumu mikroorganizmaya (bakteriler, mantarlar, virüsler vs) ve hastanın immün yanıtına göre değişir. Hastalığın klinik seyri ve prognozu, mikroorganizmaya ve kişinin immün sistemine göre farklılık gösterirr. infektif artritlerde, en önemli bilinmesi gereken durum  erken tanı ve erken tedavidir. Tedavide gecikme geriye dönüşü olmayan eklem destrüksiyonuna ve hatta mortaliteye neden olabilir.

**SEPTİK ARTRİTTE ETYOLOJİ**

Septik artrit yapan en sık neden bakterilerdir. Stafilokoklar, hemaphofilius influenza ve gram negafil' basiller çocuklarda septik artrit yapan en sık ajanlar olarak tanımlanır; gençlerde ve erişkinlerde ise gonokoklar, stafilokoklar, streptokoklar ve pnömokoklar septik artrit yapan en sık nedenlerdir..

**Ekleme İnfeksiyöz Ajanların Giriş Yolları:** Septik artrit gelişimi için mikroorganizmaların eklem içine üç giriş yolu vardır: 1-hematojen 2-ekleme komşu yapılardaki infeksiyonun doğ­rudan yayılması, 3-Cerrahi girişim veya eklem içi ilaç en­jeksiyonu gibi prosüdürler esnasında mikroorganizmanın direkt olarak geçişi. Vücudun herhangi bir yerindeki enfeksiyon yerinden kana geçen mikroorganizmalar bakteriyemi sonucunda eklem içine geçiş gösterebilirler(hematojen yayılım). En sık bulaş yolu hematotojen yoldur.

**Septik artrit oluşumuna pre­dispozan faktörler de vardır:** Septik artrit gelişimi için 2 önemli bulgunun bulunması gereklidir 1- Eklemin daha önceden hasarlı olması 2- Hastanını immün sisteminin baskılanmış olması.(Malignite, DM, karaciğer sirozu ve parenteral ilaç kullanma alışkanlığı, im­münosüpressif veya kortikosteroid te­davisi alanlar).

**İNFEKSİYÖZ ARTRİTLERİN KLİNİĞİ**

Septik artritde, en önemli bulgu, akut monoartrittir. Ateş septik artritlerin en sık rast­lanan bir özelliğidir. Bazı hastalarda sepsis oluşabilir. Genel olarak hasta­ların %90'dan fazlasında ateş görülür. Şişlik ve eklem üzerinde kızarıklık olması önemli bir bulgudur. Bakteriyel septik art­ritler genellikle bir eklemi (monoart­rit) tutarlar. Bununla beraber olgula­rın %10'da poliartiküler infeksiyonlar görülebilir.

Diz ve kalça eklemi gibi büyük eklemler en sık tutulan eklemlerdir. Kalça ve omuz gibi eklemlerde infeksiyonu teşhis etmek zordur. Çünkü lokal semptomlar minimal olabilir ve efüzyonda fizik muayene bulguları ile tesbit edilemez. Mikobakteriyel ve fungal artritler subakut veya kronik artrit tablosu oluşturur.

**SEPTİK ARTRİTİN LABORATUVAR BULGULARI**

Rutin laboratuvar testleri yapılmalıdır. Periferik kanda lökosit sayısı olguların %30'da normaldir.  Genellikle, lökositoz ve nötrofili vardır.

            Hastalardan infeksiyon odağı ihtimali olan yerlerden kültürler alınmalıdır. Septik artritli hastadan en az 2 kez kan kültürü alınmalıdır. Gerekli durumlarda, bazı mikroorganizmalar için spesifik kültür ortamları sağlanmalıdır.

            Kesin tanı için  synovial sıvının alınıp suçlanan mikroorganizmanın sinovyal sıvıda gösterilmesidir.

            Septik artritte eklemlerin radyolojik incelenmesi yapılmalıdır. Radyolojik çalışma bize eklemin önceden ne kadar hasarlı olup olmadığının, artritle birlikte osteomyelitin var olup olmadığının ve de ileride hastanın takibinde temel olabilecek bilgileri sağlayacaktır. Radyoizotoplarla kemik sintigrafisi kalça ve omurga eklemlerinin septik artrit tanısı için faydalı olabilir.

  Artrosentez septik artrit tamsı ve sorumlu patojenik ajanı tespit için en önemli prosedürdür. Sinoviyal sıvının aspirasyonu herhangi bir eklem infeksiyonu için zorunludur. Kalça ve omuz eklemleri için artrosentez ancak, radyolojik olarak sağlanacak yardımla aspirasyon gerçekleşxtirilebilir.Yinede kalça eklemi aspirasyonunu ortopedik cerrahın yapması daha uygun olur. Çünkü ortopedistin artroskopik ya da cerrahi drenaj yapması gerekli olabilir.

Sinoviyal sıvının analizi hem spesifik mikrobiyolojik teşhise hem de tedavinin başlamasına esas teşkil edecektir. Sinoviyal sıvı, inflamasyonda ve bakteriyel infeksiyonlarda sarıdır. Sinoviyal sıvının bulanık hatta pürülan olması bakteriyel infeksiyonu gösterir. Sinoviyal sıvıda bakteriyel infeksiyon varsa lökosit sayısı 100 000/mm3 kadar çıkabilir ve bu hücrelerin çoğu nötrofillerdir. Septik artrite sebep olan bakterilerin %65'i gram pozitiftir. Sinoviyal sıvıdaki glukoz miktarı kandaki glukoz miktarına göre, septik artritlerde bu oran 0.5'in altına iner.

**SEPTİK ARTRİT TEDAVİSİ**

Septik artritte erken tam ve tedavi son derece önemlidir. Çünkü tedavinin gecikmesi geri dönüşümü olma-yan eklem hasarına sebep olur ve mortalite ile sonuçlanabilir. . Bu bakımdan başlangıç tedavisi (inisyal) tanı şüpheli bile olsa acilen, çoğu kez sinoviyal aspirasyon sıvısının gram boyasının sonucuna göre,ampirik olarak başlanır. Hangi antibiyotik kullanılacaksa hemen ve parenteral yolla başlanmalıdır. En sık neden staf aureus olduğu için başlangıç tedavisi kültür  sonucu gelinceye kadar, bu mo’a yönelik olmalıdır.

Antibiyotik tedavisine başlandıktan başka hasta eklem genellikle ektansiyon pozisyonunda hareketsiz tutulmalıdır. Eklem ağrısı azaldıktan sonra hareketlere izin verilebilir.

Septik artritli hastalarda ilk antibiyotik tedavisinden sonra hastanın durumu günlük değerlendirilmelidir. Hastanın ateşi, iştahı, gücü, eklemin hareket yeteneğindeki değişiklik, perifer kanda lökosit sayısı, eklem dışı enfeksiyon odaklarının iyileşmesi takip edilmelidir.

Septik artritde gram boyasına göre başlanan başlangıç antibiyotik tedavisi kültürlerin sonuçlarına göre yeniden düzenlenebilir. Bbakteriyel patojenlerde 2-4 haftalık antibiyotik tedavisi gereklidir. Bu süre mikroorganizmanın cinsine, tedaviye alınan cevaba ve hastanın genel durumuna göre değişebilir. Septik artrit prostetik total eklem artroplastilerinde gelişirse tedaviyi uzman ortopedistle yürütmek gerekir.

Septik artrit kapalı bir alanda oluştuğu için seri eklem sıvısı aspirasyonlarıyla drenajlar yapılmalıdır. Bu drenajlar sayesinde intraartiküler basınç azaltılır ve lökosit enzim aktiviteleri düşürülür. İntraartiküler adezyonlar yüzünden artrosentez yeterli olmazsa, operatif temizleme gerekir. Bunun için son yıllarda artroskopik teknikler kullanılmaktadır. Açık cerrahi drenaj için endikasyonlar şunlardır: 1-kalça eklemi infeksiyonu 2-İğne aspirasyonu ile eklemin yeterli drenajının sağlanamaması, 3-Antibiyotik tedavisine lokal veya sistemik cevabın yetersizliği (tedaviye rağmen eklem sıvı kültürleri pozitifse, antibiyotik tedavisinin 3. ve 4. günlerinden sonra da ateş devem ediyorsa antibiyotik tedavisine cevap yetersiz demektir).