doi: 10.53446/actamednicomedia.1747494

Acta Medica Nicomedia

Cilt: 9 (2026), 1-6 / Vol: 9 (2026), 1-6
https://dergipark.org.tr/tr/pub/actamednicomedia

Araştırma Makalesi | Research Article

ÇOCUK ROMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE EKLEM AĞRISI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF PATIENTS PRESENTING WITH JOINT PAIN TO A PEDIATRIC RHEUMATOLOGY OUTPATIENT CLINIC

Sumeyra Ozdemir Cicek[1*], Nihal Sahin[2], Neslihan Gunay[3], Aysenur Pac Kısaarslan[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri,Türkiye.[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye. [3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Kayseri,Türkiye.

ÖZ

Amaç: Eklem ağrısı çocuklarda sık görülen bir yakınma olup, çoğunlukla iyi huylu veya romatolojik olmayan nedenlere bağlıdır. Romatolojik hastalıklar daha nadir saptanır. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir hastanenin çocuk romatoloji polikliniğine eklem ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda altta yatan nedenleri belirlemek ve hangi klinik özelliklerin ileri inceleme gereksinimini öngördüğünü saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada 01.07.2022-01.01.2023 tarihleri arasında çocuk romatoloji polikliniğine eklem ağrısı şikayeti ile yönlendirilen hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi. Demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri hasta dosyalarından incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 254 hastanın %57,1'i kız ve yaş ortalaması 10,5±4,6 yıldı. Eklem ağrısı şikayetinin başlangıç yaşı ortanca 10 (5,3-13,5) yıl ve ortanca şikayet süresi 6 (3-12) aydı. Çocukların 115 (%45,3)'ünde patoloji saptanmazken, 20 (%7,9)'unda romatolojik hastalık, 119 (%46,9)'unda non-romatolojik hastalık tanısı konuldu. Romatolojik hastalığı olan çocukların şikayet süresi daha uzundu (medyan 9 ay [2,4–21]) (p<0,001) ve devamlı ağrı bildirme oranı %75 ile anlamlı şekilde yüksekti (p=0,001). Bu grupta ağrının aktiviteyle azalması (%40, p<0,001), istirahat ile gerilememesi (%40 istirahate yanıtlı, p<0,001), gece uyandıran ağrı (%10, p=0,007) ve masaja yanıt vermeyen ağrı (%5, p=0,01) gibi inflamatuvar özellikler belirgin olarak daha fazlaydı.

Sonuç: Çocuk romatoloji polikliniğine eklem ağrısı şikayeti ile başvuranların az bir kısmı romatolojik hastalık tanısı almıştır. Romatolojik hastalığı olan çocuklarda eklem ağrısı genellikle daha uzun süreli ve sürekli olup, ağrı karakteri çoğunlukla inflamatuvar özellik göstermektedir. Eklem ağrısı şikayeti olan çocuklarda dikkatli anamnez ve fizik muayene ile gereksiz ileri tetkik ve yönlendirmeler önlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, eklem ağrısı, inflamatuvar ağrı

ABSTRACT

Objective: Joint pain is a common complaint in childhood and is frequently associated with benign or non-rheumatologic conditions, while rheumatologic diseases are less common. This study aimed to identify the causes of joint pain in patients referred to a pediatric rheumatology outpatient clinic at a tertiary care hospital and to determine the characteristics of patients that necessitate further investigation.

Methods: This study evaluated patients who were referred to pediatric rheumatology outpatient clinic with complaints of joint pain between 01.07.2022-01.01.2023. Demographic data, pain characteristics, clinical findings, laboratory data and final diagnosis were reviewed from medical records.

Results: Of the 254 pediatric patients included in the study, 57.1% were female, and the mean age was 10.5±4.6 years. The median age at onset of joint pain was 10 (range:5.3–13.5) years. Rheumatologic disease was diagnosed in 7.9% of patients, non-rheumatologic conditions in 46.9%, and no pathology was identified in 45.3% of patients. Children with rheumatologic diseases exhibited a significantly longer duration of symptoms (median 9 months [2.4–21], p<0.001) and a higher prevalence of daily pain (75%, p=0.001). Inflammatory pain charactesistics were significantly more prevalent in rheumatologic disease group, including pain that improved with activity (40%, p<0.001), lack of response to rest (40% responsive to rest, p<0.001), nocturnal pain causing sleep disturbance (10%, p=0.007), and pain unresponsive to massage (5%, p=0.01).

Conclusion: Minority of children presenting with joint pain were diagnosed with a rheumatologic disease. In these patients, joint pain tended to be more frequent and persistent, and exhibited inflammatory characteristics. A careful and systematic evaluation based on detailed medical history and comprehensive physical examination in children with joint pain may substantially reduce the need for unnecessary advanced diagnostic testing.

Keywords: Child, inflammatory pain, joint pain

***Corresponding author/İletişim kurulacak yazar:** Sumeyra Ozdemir Cicek; [1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye.
Phone/Telefon: +90 (507) 357 78 97, **e-mail/e-posta:** smyra_ozdemir@hotmail.com
Submitted/Başvuru: 22.07.2025 • **Accepted/Kabul:** 27.02.2026 • **Published Online/Online Yayın:** 10.03.2026

Bu eser, uluslararası CC-BY-SA lisansı ile lisanslanmıştır. Telif Hakkı © 2020 Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Giriş

Eklem ağrısı çocuklarda yaygın görülen semptomlardan biridir ve sıklığı %7,6 ile 12,5 oranında bildirilmiştir.[1,2] Dört-altı yaş arasındaki çocuklarda daha nadir bir semptomken; 12-17 yaş arasında daha sık görülmektedir.[2] Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniklerine başvuruların yaklaşık %7'sini kas iskelet sistemi ağrısı şikayeti olan hastalar oluşturmaktadır.[3] Çocuk ve adölesanların yaklaşık %50'sinin hayatları boyunca en az 1 kez kas-iskelet sistemi ağrısı bildirdikleri gösterilmiştir.[4,5] Ağrının sebebi çoğunlukla spesifik olmayan iyi huylu nedenler, post enfeksiyöz artritler, daha nadir olarak romatolojik hastalıklar veya maligniteler olabilir.[4,6]

Romatizmal hastalıklar dışındaki eklem ağrısı sebepleri travma, ortopedik nedenler, septik artrit veya osteomiyelit gibi enfeksiyonlar, reaktif artrit, büyüme ağrısı, hipotiroidi, maligniteler, orak hücreli anemi, ağrı sendromları olabilir.[7] Eklem ağrısının şiddeti travma, enfeksiyöz nedenler, septik artrit, kemik infarktı, malignite, reaktif artrit gibi sebeplerde yüksek iken, juvenil idiyopatik artritte (JİA) genellikle ağrıdan çok eklemde şişlik, tutukluk ve hareket kısıtlılığı başvuru sebebi olabilmektedir.[7]

Eklem ağrısı şikâyeti olan hastalar öncelikle çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniklerinde değerlendirilip romatolojik hastalık düşünülmesi halinde ileri değerlendirme için çocuk romatoloji polikliniklerine yönlendirilmektedir. Bu nedenle ön planda inflamatuvar bir ağrı veya romatolojik hastalık düşündürecek bulguların çocuk hekimleri tarafından bilinmesi önemlidir.

Çalışmamızın amacı eklem ağrısı ile çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvurup romatolojiye yönlendirilen hastalarda eklem ağrısı sebeplerini belirlemek ve bu hastalarda hangi özelliklerin ileri inceleme ve romatolojiye yönlendirmeyi gerektirdiğini tespit edebilmektir.

Yöntem

Çalışma Popülasyonu

Bu geriye dönük tanımlayıcı çalışma, 1 Temmuz 2022 ile 1 Ocak 2023 tarihleri arasında çocuk romatoloji polikliniğine yönlendirilen ve eklem ağrısı şikayetiyle değerlendirilen hastaları kapsamaktadır. Çalışmaya, 18 yaş altı, en az bir kontrol viziti yapılmış, tıbbi incelemeleri tamamlanmış ve kesin tanısı konulmuş olan toplam 254 hasta dahil edildi. Daha önce farklı bir merkezde değerlendirilmiş olan veya tıbbi kayıtlarında eksiklik bulunan hastalar çalışmadan dışlandı.

Hastaların demografik özellikleri, ağrı paterni (sıklığı, süresi, lokalizasyonu, özellikleri), eşlik eden semptomlar, fizik muayene bulguları (özellikle eklem bulguları), laboratuvar ve görüntüleme sonuçları, aile öyküsü ve konulan tanılar geriye dönük olarak hasta dosyalarından incelendi. Ayrıca, çocuk romatoloji başvurusundan önce yapılan tetkikler, başvuru anında istenen incelemeler, başlanan tedaviler ve başka uzmanlık alanlarına yapılan yönlendirmeler kaydedildi.

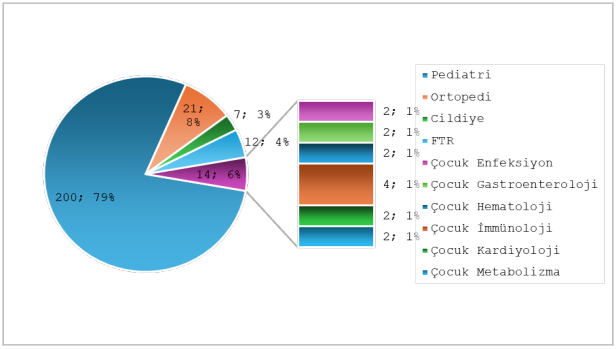
Çalışma için Kayseri Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.04.2023 tarihli, 817 sayılı etik kurul onayı alındı.

İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan değişkenler ortalama ± standart sapma şeklinde sunulurken, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler medyan (Çeyrekler arası aralık [ÇAA] 25-75) olarak ifade edildi ve ikiden fazla gruplarda karşılaştırmalar Kruskal-Wallis ile analiz edildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile tanımlandı; gruplar arası farklar Ki-kare testi veya uygun olduğunda Fisher's exact testi ile değerlendirildi. Tüm istatistiksel analizler SPSS (Sürüm 20.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı ve p <0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Toplam hasta sayısı 254'tü. Hastaların yaş ortalaması 10,5±4,6 yıl, ortanca değer 11 (6-14,5) yıl idi. Cinsiyet 145'inde (%57,1) kızdı. Hastalarda eklem ağrısının ortanca başlangıç yaşı 10 (5,3-13,5) yıl ve ortanca şikayet süresi 6 (3-12) ay idi. Çocuk romatoloji bölümüne yönlendirmelerin 200'ü (%78,7) çocuk sağlığı ve hastalıkları, 14'ü (%5,5) çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dal bölümleri, 21'i (%8,3) ortopedi, 12'si (%4,7) fizik tedavi ve rehabilitasyon ve 7'si (%2,8) deri ve zührevi hastalıklar tarafından yapılmıştı (Şekil 1).



Şekil 1. Çocuk romatoloji bölümüne yönlendiren bölümler

Eklem ağrısının sıklığı 112'inde (%44,1) ayda 1-2 gün, 79'unda (%31,1) her gün, 63'ünde (24,8%) haftada 1-2 gündü. Ağrının en sık saptanan lokalizasyonları 111 hastada (%43,7) diz, 52'inde (%20,5) bacak ve 45 (%17,7) ayak bileği idi. Diğer lokalizasyonlar ve ağrının diğer özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Eşlik eden bulgular açısından ateş 12'sinde (%4,7), döküntü 9'unda (%3,5), karın ağrısı 32'inde (%12,6), ishal 18'inde (%7,1), oral aft birinde (%0,4), kilo kaybı birinde (%0,4) vardı. Öyküde 60 (%23,6) hastada son bir ay içinde geçirilmiş infeksiyon öyküsü vardı. Kırk bir (%16,1) hastanın anne ve babası akraba idi. Ailede romatolojik hastalık öyküsü 32'sinde (%12,6) mevcuttu ve ailedeki romatolojik hastalık 15'inde (%5,9) spondiloartropati, 5'inde (%2) ailevi Akdeniz ateşi, 2'sinde (%0,8) Behçet

Hastalığı, 6'sında (%2,4) RA, birinde JİA, birinde SLE, birinde Still hastalığı, birinde gut vardı.

Tablo 1. Eklem şikayetlerinin özellikleri (n=254)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrı Sıklığı		
Ayda 1–2 gün	112	44,1
Her gün	79	31,1
Haftada 1–2 gün	63	24,8
Eklem Şikayetlerinin Lokalizasyonu		
Diz	111	43,7
Bacak	52	20,5
Ayak bileği	45	17,7
Bel ağrısı	35	13,8
Kalça	30	11,8
Dirsek	6	2,4
El bileği	6	2,4
El parmakları	5	2
Omuz	3	1,2
Ayak parmakları	2	0,8
Yaygın vücut ağrısı	6	2,4
Gezici	4	1,6
Ağrının Gün İçindeki Özelliği		
Akşamları belirginleşen ağrı	140	55,1
Gece ağrısı	35	13,8
Sabah tutukluğu	21	8,3
Ağrıya Verilen Yanıt		
Ağrı kesiciye yanıt	196	77,2
İstirahate yanıt	159	62,6
Masaja yanıt	92	36,2
Hareketle azalan ağrı	20	7,9
Eklem Muayene Bulguları		
Eklem şişliği	39	15,4
Hareket kısıtlılığı	38	15,0
Eklemde ısı artışı	28	11,0
Eklemde kızarıklık	6	2,4

Çocuk romatoloji bölümüne başvuru öncesinde 139 (%54,7) hastada tetkik yapılmıştı ve 53 (%20,9) hastaya tedavi verilmişti. Çocuk romatoloji başvurusunda yapılan tetkik sonuçlarında hemoglobin 13,3 (12,5-14,3) g/dl, lökosit 7800 (6500-9200) /mm^3, C-reaktif protein (CRP) 0,8 (0,3-2,8) mg/l, sedimentasyon (ESH) 6 (4-12) mm/s saptandı. Ayrıca 190 (%74,8) hastaya görüntüleme yapılmıştı ve beş (%2) hastada MEFV gen analizinde mutasyon saptanmıştı. Tablo 2'de tetkik sonuçları detaylı olarak verilmiştir.

Çocuk romatoloji bölümünde 115 (%45,3) hastada patoloji saptanmazken, 20 (%7,9)'unda romatolojik hastalık, 119 (%46,9)'unda non-romatolojik hastalık tanısı konuldu. Romatolojik tanılar 14'ünde (%70) JİA, 5'inde (%25) ailevi Akdeniz ateşi (AAA), birinde (%5) kronik non-bakteriyel osteomiyelitti (KNO). Non-romatolojik tanılar en sık 22'sinde (%18,5) reaktif artrit, 21'inde (%17,6) büyüme ağrısı, 13'ünde (%10,9) enfeksiyon ilişkili artralji, 10'unda (%8) skolyoz, 8'inde fibromiyalji (%6,7), 8'inde (%6,7) travma, 5'inde (%4,2) kalçanın geçici sinovitiydi. Diğer 45 (%37,8) hastada farklı non-romatolojik tanılar mevcuttu.

Tablo 2. Eklem ağrısı şikâyeti ile çocuk romatoloji polikliniğine başvuran hastaların laboratuvar tetkikleri

Tetkik	
Hemoglobin (g/dl)	13,3 (12,5-14,3)
Lökosit (/mm^3)	7800 (6500-9200)
Trombosit (x10^9/L)	328 (283-382)
C-reaktif protein (mg/L)	0,8 (0,3-2,8)
Sedimentasyon (mm/s)	6 (4-12)
AST (IU/L)	21 (17-26)
ALT (IU/L)	12 (10-15)
D vitamini değer aralığı (n=127)	
<10 ng/ml	20 (15,8)
10-20 ng/ml	55 (43,3)
>20 ng/ml	52 (40,9)
B12 vitamini değer aralığı (n=165)	
<200 pg/mL	10 (6,1)
200 - 300 pg/mL	49 (29,7)
>300 pg/mL	106 (64,2)
Folik asit değer aralığı (n=158)	
2 -4 ng/mL	9 (5,7)
>4 ng/mL	149 (94,3)
Ferritin değer aralığı (n=152)	
<15 mcg/l	14 (9,2)
15-30 mcg/l	46 (30,3)
>30 mcg/l	92 (60,5)
Anti-streptolizin A (n=23)	
Pozitif	2 (8,7)
Brucella coombs testi (n=167)	
Pozitif	4 (2,4)
Anti-nükleer antikor (n=30)	
Pozitif	5 (16,7)
HLA B 27 (n=51)	
Pozitif	6 (11,8)
Immunglobulinler (n=18)	
Normal	13 (72,2)
MEFV gen analizi (n=5)	
V726A homozigot	1
M694V/V726A heterozigot	1
M694V/E148Q heterozigot	1
F479L/E167D heterozigot	1
E148Q heterozigot	1
Manyetik rezonans (n=78)	
Normal	27 (34,6)
İnflamatuvar artropati	16 (20,5)
Diğer patolojiler	35 (44,9)
Direkt grafi (n=105)	
Normal	88 (83,8)
Skolyoz	9 (8,6)
Diğer patolojiler	8 (7,6)
Ultrasonografi (n=16)	
Normal	11 (68,7)
Sinovyal efüzyon	5 (31,3)

Veriler medyan (Çeyrekler arası aralık 25-75) ve n (%) olarak sunulmuştur. Yüzdeler, ilgili değişken için verisi bulunan hasta sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Hastaların tanılarına göre klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 3. Çocuk romatolojide konulan tanılara göre klinik özelliklerin karşılaştırılması

	Patoloji yok (n=115)	**Romatolojik hastalık tanısı (n=20)**	**Non-Romatolojik hastalık tanısı (n=119)**	**p**
Yaş (yıl)	10,5 (5,5-14,5)	13,5 (10,6-15)	11 (5,5-14,5)	0,19
Şikâyet süresi (ay)	6 (3-12)	9 (2,4-21)	2 (0,5-12)	**<0,001**
Erkek	64 (55,7)	14 (70)	67 (56,3)	0,48
Ailede romatolojik hastalık varlığı	15 (3)	3 (15)	14 (11,8)	0,91
Akraba evliliği	16 (13,9)	4 (20)	21(17,6)	0,66
Son 1 ay içinde geçirilmiş enfeksiyon	23 (20)	0	37 (31,1)	**0,005**
Ağrının sıklığı				
Ayda 1-2 gün	73 (63,5)	1 (5)	38 (31,9)	
Haftada 1-2 gün	30 (26,1)	4 (20)	29 (24,4)	**0,001**
Her gün	12 (10,4)	15 (75)	52 (43,7)	
Ağrının özellikleri				
Gece uyandırma	8 (7)	2 (10)	25 (21)	**0,007**
Akşam artma	82 (71,3)	10 (50)	48 (40,3)	**<0,001**
İstirahate yanıt	92 (80)	8 (40)	59 (49,6)	**<0,001**
Aktiviteyle azalma	1 (0,9)	8 (40)	11 (9,2)	**<0,001**
Masaja yanıt	43 (37,7)	1(5)	47 (39,5)	**0,01**
Analjeziklere yanıt	82 (71,3)	18 (90)	96 (80,7)	0,08
Sabah tutukluğu	1(0,9)	9 (45)	11 (9,2)	**<0,001**
Eklem muayene bulguları				
Eklem şişliği	2 (1,7)	11 (55)	26 (21,8)	**<0,001**
Eklemde ısı artışı	0	6 (30)	22 (18,5)	**<0,001**
Eklemde hareket kısıtlılığı	0	8 (40)	30 (25,2)	**<0,001**
Eklemde kızarıklık	0	1 (5)	5 (4,2)	0,052
Eşlik eden diğer şikayetler				
Ateş	2 (1,7)	0	10 (8,4)	**0,03**
Döküntü	7(6,1)	1 (5)	3 (2,5)	0,38
Karın ağrısı	18 (15,7)	1 (5)	13 (10,9)	0,31
İshal	11 (9,6)	0	7 (5,9)	0,24
Kilo kaybı	0	0	1 (5)	NA
Laboratuvar parametreleri				
Hemoglobin (g/dl)	13,5 (12,7-14,4)	13,0 (12,3-14,3)	13,2 (12,3-14,3)	0,17
Lökosit (/mm^3)	7600 (6500-9400)	8300 (6575-10075)	7800 (6500-9000)	0,73
	329 (280-381)	354,5 (280,5-395,3)		
Trombosit (x10^9/L)		2,75 (0,4-13,5)	325 (290-390)	0,42
	0,7 (0,3-1,8)	12 (6-18)		
C-reaktif protein (mg/L)	5 (3-11)		0,9 (0,3-3,5)	**0,03**
Sedimentasyon (mm/s)			6 (4-12)	0,07

Veriler medyan (Çeyrekler arası aralık 25-75) ve n (%) olarak sunulmuştur. Üç grup karşılaştırmalarında kategorik değişkenlerde Ki-kare testi, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Romatolojik hastalık tanısı alan çocuklarda diğer iki gruba (patoloji yok ve non-romatolojik hastalık) kıyasla bazı klinik bulgular anlamlı olarak daha sık gözlendi. Romatolojik hastalığı olan çocukların şikâyet süresi daha uzundu (medyan 9 ay [2,4–21]) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Ağrının sıklığı açısından da romatolojik hastalığı olan çocuklarda her gün ağrı bildirme oranı %75 ile anlamlı şekilde yüksekti (p=0,001). Bu grupta ağrının aktiviteyle azalması (%40, p<0,001), istirahate yanıt vermemesi (sadece %40 istirahate yanıtlı, p<0,001), gece uyandıran ağrı (%10, p=0,007), ve masaja yanıt vermeyen ağrı (%5, p=0,01) gibi inflamatuvar özellikler belirgin olarak daha fazlaydı. Eklem muayenesi özellikleri açısından romatolojik hastalık tanısı konulanlarda eklem şişliği (%55), eklemde hareket kısıtlılığı (%40), eklemde ısı artışı (%30) ve sabah tutukluğu (%45) diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek oranlarda gözlendi (tüm p<0,001). Son bir ayda geçirilmiş enfeksiyon öyküsü romatolojik hastalık grubunda hiç gözlenmezken, diğer gruplarda %20 ve %31,1 oranındaydı (p=0,005). Ateş varlığı da romatolojik hastalık grubunda (%0) düşük olmakla birlikte bu fark anlamlıydı (p=0,03). Diğer eşlik eden bulgular açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ayrıca bu grupta CRP düzeyleri (medyan 2,75 mg/L [0,4–13,5]) diğer gruplardan belirgin şekilde yüksekti (p=0,03).

Çalışmaya dahil edilen 254 hastanın 168'ine (%66,1) tedavi başlandı, 86'sına (%33,9) ise herhangi bir tedavi verilmedi. En sık uygulanan tedavi, 70'inde (%27,6) lüzum halinde non-steroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİ) tedavisiydi. Bunu sırasıyla 57'inde (%22,4) uzun süreli NSAİ, 44'ünde (%17,3) D vitamini takviyesi izlemiştir. Diğer uygulanan tedaviler arasında kolşisin (n=5; %2), metotreksat (n=8; %3), sülfasalazin (n=5; %2) ve 10'unda (%4) B12 vitamini verildi. Ayrıca birer hastada prednizolon ve antibiyotik tedavisi olarak seftriakson

tedavide yer aldı. Yönlendirme verilerine göre, hastaların %74'ü (n=188) başka bir uzmana veya birime yönlendirildi. En sık yönlendirme yapılan bölümler; fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) (%10,6; n=27), ortopedi (%9,8; n=25) ve çocuk enfeksiyon hastalıkları bölümü (%2,4; n=6) oldu. Bunun dışında çocuk alerji (%0,4; n=1), çocuk endokrinoloji (%0,4; n=1), kalp ve damar cerrahisi (%0,8; n=2) bölümlerine yönlendirme yapıldı ve 4 (%1,6) hastaya egzersiz önerisi verildi.

Tartışma

Çalışmamızda başta çocuk sağlığı ve hastalıkları olmak üzere diğer kliniklerden eklem ağrısı şikâyeti ile çocuk romatoloji polikliniğine yönlendirilen hastaların sadece %7,9'unun romatolojik hastalık saptandı ve bu grupta en sık JİA tanısı konuldu. Başvuranların %45,3'ünde herhangi bir patoloji saptanmazken, %46,9'u ise romatolojik olmayan hastalık tanısı aldı. Bulgularımız romatolojik hastalığı olan çocukların ayırt edici biçimde daha uzun süreli, sürekli ve inflamatuvar özellikler taşıyan ağrıya sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle ağrının aktivite ile azalması, istirahate yanıt vermemesi, gece uykudan uyandırması ve patolojik muayene bulgularının varlığı romatolojik hastalık açısından uyarıcı özelliklerdir.

Literatürle uyumlu şekilde çalışmamızda çocuklarda eklem ağrısı en sık diz ve alt ekstremitede bildirilmişti.[8,9] Hastaların %81,9'unda ağrı bölgesi alt ekstremite ve sırasıyla diz, bacak ve ayak bileği idi. Bel ve kalça ağrısı %25,6 hastada mevcuttu. Üst ekstremite ağrısı %8 oranında tariflenmişti.

Çalışmamızda eklem ağrısı ile polikliniğimize başvuran hastaların %7,9'unda romatolojik hastalık tespit edildi. Karadağ Ş.G. ve ark.'nın yayınladığı bir çalışmada 1 yıllık süre içinde çocuk romatoloji polikliniğine refere edilmiş olan tüm hastaların %52'sinde romatolojik hastalık tespit edildiği ve bu hastaların %47,3'ünde periyodik ateş sendromları, %18'inde JİA, %14,4'ünde vaskülit tanısı konulduğu bildirilmiştir.[10] Biz çalışmamızda sadece eklem ağrısı ile başvuran çocukları dahil ettiğimiz için periyodik ateş sendromları tanısının daha düşük oranda konulduğunu ve vaskülit tanısı konulan hastamızın olmadığını düşünmekteyiz. Çalışmamızda romatolojik hastalığı olan çocuklarda ağrının devamlı olması, süresinin daha uzun olması, aktivite ile azalması, istirahate ve masaja yanıt vermemesi ve gece uykudan uyandırabilmesi gibi inflamatuvar özellikler belirgindi. Bu bulgular JİA ve diğer otoimmün artropatilerde tanımlanan inflamatuvar ağrı özellikleriyle paralellik gösterdi.[4]

Çalışmamızda çocuk romatoloji polikliniğine başvuran hastaların %45,3'ünde romatolojik veya non-romatolojik hastalık tespit edilmedi. Bu gruptaki hastaların ağrı özellikleri incelendiğinde ağrı sıklığı diğer gruplara göre daha az idi. Ağrı akşam saatlerinde artmakta ve %80'inde istirahat ile düzelmekteydi ve bu da ön planda inflamatuvar değil mekanik ağrı düşündürmekteydi. Bu hastaların bazal laboratuvar tetkikleri de normal aralıkta saptandı. Bu hastalarda iyi huylu ekstremite ağrıları olduğu düşünüldü. İyi huylu ekstremite ağrıları okul çağındaki çocuklarda sık görülür.[11] Aralıklı, bilateral uyluk, diz arkası ve baldır bölgesinde tarif edilir, çoğunlukla dinlenmekle düzelir ve bu çocuklarda fizik muayene normaldir.[11] Bu özellikler dikkate alındığında bu bulgular, eklem ağrısı şikayeti olan hastalarda ağrı özelliğinin iyi sorgulanarak mekanik ağrı düşündüren ve fizik muayenede patoloji saptanmayan hastalarda ek ileri inceleme yapmaya gerek olmadığını düşündürmektedir.

Eklem ağrısı şikâyeti ile çocuk romatoloji polikliniğine başvuran hastaların %46,9'unda non-romatolojik hastalık saptandı. Romatolojik olmayan hastalıklar reaktif artrit, büyüme ağrısı, enfeksiyon ilişkili artralji, skolyoz, fibromiyalji, travma ve diğer ortopedik nedenler idi. Çalışmamızda hastaların %18,5'inde enfeksiyon ilişkili reaktif artrit ve %10,9'unda enfeksiyon ile ilişkili artralji tespit edildi ve bu iki grup non-romatolojik hastalıkların en büyük kısmını oluşturmaktaydı. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde romatoloji kliniklerine başvuran çocukların %11,8-33,6'sında postenfeksiyöz artrit/artralji saptandığı bildirilmiştir.[8,9,12] Eklem ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda özellikle yakın zamanda enfeksiyon geçirme öyküsü olanlarda enfeksiyon ile ilişkili artrit/artralji olabileceği düşünülmelidir ve bu hastalarda özellikle ülkemizde sık görülen brusella ve akut romatizmal ateş gibi hastalıklar zamanında tedavi edilmezse ciddi komplikasyonlara neden olabileceğinden ayırıcı tanıda ilk olarak akla gelmelidir.

Hastalarımızın %17,6'sında büyüme ağrısı saptanmıştı. Literatürde ülkemizde ekstremite veya eklem ağrısı şikayetleri ile başvuran çocuk hastaların oranı %10,8-15 arasında bildirilmiştir.[8,9] Büyüme ağrısı, akşam saatlerinde ortaya çıkan, aralıklı, bilateral, ekleme lokalize olmayan bacak ağrısı varlığı ve fizik muayene ve laboratuvar bulgularının normal olması şeklinde tanımlanır.[13,14] Çocukluktan puberteye kadar olan periyodda sık görülür.[3,14] Ağrının sürekli olması, ağrı şiddetinin zamanla artması, tek taraflı olması, sabah halen devam etmesi, ekleme sınırlı olması, şişlik, eritem veya hassasiyet varlığı, eklem hareket açıklığında azalma veya topallama varlığında büyüme ağrısından uzaklaşılır ve altta yatan organik nedenlerin araştırılması gereklidir.[13]

D vitamini bakılmış olan hastalarımızın %59,1'inde D vitamini düzeylerinin 20 ng/mL'nin altında olduğu dikkati çekmiştir. Naiboğlu S. ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ekstremite ağrısı ile çocuk polikliniğine başvuran hastaların %73,9'unda D vitamini düzeylerinin 20 ng/mL'den düşük tespit edildiği bildirilmiştir.[15] Büyüme ağrısı olan çocuklarda D vitamini eksikliği %86,6 olarak bildirilmiştir ve bu çocuklarda D vitamini replasmanı yapıldığında ağrı skorlarında anlamlı düşüş olduğu tespit edilmiştir.[16] Biz de çalışmamızda D vitamini eksikliği saptadığımız hastalarımıza D vitamini tedavisi verdik, fakat çalışmamızda tedaviye yanıtı değerlendirmedik.

Kronik inflamatuvar olmayan kas-iskelet ağrılarında tedavide asetaminofen, NSAİ ilaçlar, egzersiz programları ve düzenli günlük fiziksel aktivite düzenlemesi yer almaktadır.[11] Çalışmamızda inflamatuvar olmayan ağrı tespit edilen hastalarda gereklilik halinde veya düzenli NSAİ tedavisi uygulandı ve uygun egzersiz programlarının oluşturulması amacıyla FTR bölümüne yönlendirildi.

Hastalarda tespit edilen romatolojik hastalıklar sıklık sırasına göre JİA, AAA ve KNO idi. Benzer şekilde Özdel S. ve ark.'nın bacak ağrısı nedeniyle çocuk romatoloji polikliniğine başvuran hastaları değerlendirdikleri çalışmada da en sık tespit edilen romatolojik hastalık %7,4 oranında JİA idi.[8] Çocuklarda en sık görülen kronik artrit JİA olması nedeniyle bu beklenen bir durumdur. İkinci sıklıkta romatolojik hastalık olarak AAA saptanmıştı. AAA hastalarında klinikte ön planda tekrarlayan ateş ve karın ağrısı şikâyeti olması nedeniyle bu hastalar sıklıkla tekrarlayan ateş şikâyeti ile başvurmaktadır. Akut veya kronik artrit, egzersiz sonrası bacak ağrıları daha az görülen şikayetlerdir. Fakat eklem/bacak ağrısının tekrarlıyor olması, fizik muayenede artrit bulgularının varlığı ve akut faz reaktanlarının yüksek bulunması AAA için önemli ip uçları olarak akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları retrospektif bir çalışma olması, görece olarak 6 aylık kısa bir süreyi kapsaması olarak sayılabilir. Ancak bu çalışmanın literatüre özgün katkısı, çocuk romatoloji polikliniğine eklem ağrısı nedeniyle yönlendirilen çocukların gerçek yaşam verileri üzerinden değerlendirilmesidir. Klinik olarak inflamatuvar özellik göstermeyen, fizik muayenesi normal olan hastalarda gereksiz laboratuvar tetkiklerinin ve ileri görüntülemelerin azaltılması mümkün olabilir. Bu yaklaşım, hem sağlık kaynaklarının etkin kullanımına katkı sağlayabilir hem de hasta ve aileler üzerindeki gereksiz yükü azaltabilir.

Sonuç olarak çocuk romatoloji polikliniğine başvuran hastaların büyük kısmında romatolojik bir hastalık saptanmadığı görülmektedir. Eklem ağrısı şikâyeti ile özellikle çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniklerine başvuran çocukların detaylı anamnez, iyi bir fizik muayene ve uygun laboratuvar tetkikleri ile değerlendirme yapılarak gereksiz ileri incelemelerin önlenmesi mümkün görünmektedir.

Etik Standartlara Uygunluk

Çalışma için Kayseri Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.04.2023 tarihli, 817 sayılı etik kurul onayı alındı.

Çıkar Çatışması

Yazarların konuyla ve/veya herhangi başka bir yazar ile ilgili maddi veya manevi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkısı

SOC; Çalışmanın tasarımı, literatür taraması, hastaların değerlendirilmesi, veri toplama, makalenin yazımı, NS; veri analizi, sonuçların değerlendirilmesi ve makalenin eleştirel olarak gözden geçirilmesi, NG; veri toplama, makalenin eleştirel olarak gözden geçirilmesi, APK; makalenin eleştirel olarak gözden geçirilmesi ve son onayın verilmesi.

Finansal Destek

Bu çalışma için herhangi bir kurum veya kişiden finansal destek sağlanmamıştır.

Kaynaklar

1. Abujam B, Mishra R, Aggarwal A. Prevalence of musculoskeletal complaints and juvenile idiopathic arthritis in children from a developing country: a school-based study. *Int J Rheum Dis.* 2014;17(3):256-260. doi:10.1111/1756-185X.12276.
2. Malievskiy VA. Arthralgia in children: the epidemiological study. *Pediatr Rheumatol.* 2011;9:P144.
3. Sen ES, Clarke SL, Ramanan AV. The child with joint pain in primary care. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014;28(6):888-906. doi:10.1016/j.berh.2015.04.008.
4. Sönmez HE, Karadağ ŞG, Aktay Ayaz N. Musculoskeletal complaints: when should we consult a pediatric rheumatologist? *J Pediatr Acad.* 2022;1:6-10. doi:10.51271/jpea-2022-152
5. Tallen G, Bielack S, Henze G, et al. Musculoskeletal pain: a new algorithm for differential diagnosis of a cardinal symptom in pediatrics. *Klin Padiatr.* 2014;226:86-98. doi:10.1055/s-0034-1366989
6. Balan S. Approach to joint pain in children. *Indian J Pediatr.* 2016;83(2):135-139. doi:10.1007/s12098-015-2016-8.
7. Haines KA. The approach to the child with joint complaints. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(4):623-638. doi:10.1016/j.pcl.2018.03.003.
8. Özdel S, Bağlan E, Bülbül M. Çocuk romatoloji polikliniğine bacak ağrısı nedeni ile başvuran hastaların değerlendirilmesi: tek merkez deneyimi. *Ortadogu Med J.* 2020;12(2):181-185. doi:10.21601/ortadogutipdergisi.644329.
9. Küçük Ö, Korkmaz M, Erdoğan Y, Biçer S. Çocuk hastalarda alt ekstremite ağrısı etiyolojisine yönelik retrospektif değerlendirme. *Cumhuriyet Med J.* 2012;34:411-415. doi:10.7197/1305-0028.1424
10. Karadağ ŞG, Sönmez HE, Tanatar A, Çakmak F, Çakan M, Ayaz NA. Profile of new referrals to a single pediatric rheumatology center in Turkey. Rheumatol Int. 2020;40(2):313-321. doi:10.1007/s00296-019-04421-6.
11. Weiss JE, Stinson JN. Pediatric pain syndromes and noninflammatory musculoskeletal pain. Pediatr Clin North Am. 2018;65(4):801-826. doi:10.1016/j.pcl.2018.04.004.
12. Şahin Onat Ş. Eklem ağrılı çocuklarda tanısal yaklaşım. *Abant Med J.* 2014;3(2):201-209. doi:10.5505/abantmedj.2014.08108
13. Evans AM, Scutter SD. Development of a questionnaire for parental rating of leg pain in young children: internal validity and reliability testing following triangulation. *Foot*. 2004;14(1):42-48.
14. Evans AM, Scutter SD, Lang LM, et al. "Growing pains" in young children: a study of the profile, experiences and quality of life issues of four- to six-year-old children with recurrent leg pain. *Foot*. 2006;16(3):120-124.
15. Naiboğlu S, Naiboğlu E, Sayman ÖA, Demirkan FG. Retrospective evaluation of pediatric patients with extremity pains. *Bagcilar Med Bull*. 2020;5(2):40-44. doi:10.4274/BMB.galenos.2020.03.10
16. Vehapoglu A, Turel O, Turkmen S, et al. Are growing pains related to vitamin D deficiency? Efficacy of vitamin D therapy for resolution of symptoms. *Med Princ Pract*. 2015;24(4):332-338. doi:10.1159/000431035.