
Nedeni Bilinmeyen Ateş Yönüyle Erişkin Still Hastalığı: Yedi Olgunun İrdelenmesi

Öznur AK*, Serdar ÖZER*

* Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

Erişkin Still hastalığı (ESH) etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. ESH'nin karakteristik bulguları; ateş, döküntü ve artrit olmakla birlikte, ateş başlangıçta tek bulgu olabilir. Bu yüzden olgular çoğunlukla nedeni bilinmeyen ateş (NBA) olarak değerlendirilir. Hastalığa özgü bir laboratuvar testi yoktur. Bu hastalıkta tanı; uzamış ateşe yol açabilen diğer nedenlerin (infeksiyonlar, kanserler, kollajenazlar vb.) dışlanması ve önerilen tanı ölçütlerine göre konmaktadır. Son yıllarda yüksek ferritin değerlerinin tanıyı desteklediği ileri sürülmektedir. Bu çalışmada, 2001-2005 yılları arasında NBA tanısıyla izlediğimiz ve ESH tanısı alan yedi olgu irdelenmiştir. Olgularımızdaki en sık bulgular ateş, artralji ve döküntü olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, Erişkin Still hastalığı, Ateş

SUMMARY

Adult-Onset Still's Disease with regard to Fever of Unknown Origin: Evaluation of Seven Cases

Adult-onset Still's disease (AOSD) is a rare systemic inflammatory disorder of unknown etiology, characterized by the triad of fever, skin rash, and arthritis, however fever may be the only sign at the onset of disease, so it can present with a fever of unknown origin (FUO). There are no specific diagnostic laboratory tests for AOSD. The diagnosis is based upon suggested criteria after exclusion of other causes of prolonged fever (such as infectious diseases, neoplasms or collagen vascular diseases, etc.). A greatly elevated serum ferritin level proved to be an additional valuable diagnostic clue. In this paper, we present seven cases followed in our clinic between 2001 and 2005 with AOSD who were investigated as FUO. Fever, arthralgia, and rash were found as the most common findings in our patients.

Key Words: Fever of unknown origin, Adult-onset Still's disease, Fever

Erişkin Still hastalığı (ESH), etyoloji ve patogenezini tam olarak bilinmeyen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. İlk kez 1971 yılında Bywaters tarafından bildirilmiştir. Görülme sıklığı 0.16/100.000'dir. En sık 16-35 yaşları arasında görülür^[1,2]. Ateş, boğaz ağrısı, maküler veya makülopapüler döküntü, artralji, artrit, miyalji, karaciğer fonksiyon bozukluğu,

splenomegali ve lenfadenopati (LAP) en sık saptanan bulgulardır. Laboratuvar bulgusu olarak nötrofilik lökositoz, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR)'nda artış, C-reaktif protein (CRP) yüksekliği, antinükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF) negatifliği saptanır^[3]. Özgül bir tanı testi yoktur. Serum ferritin düzeyinde artışın ve glikozile ferritin oranında azalma-

nın hastalığın tanısında yararlı olduğu ileri sürülmektedir^[4,5].

ESH olgularında başlangıçta ateş tek bulgu olup, bu olgular nedeni bilinmeyen ateş (NBA) olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada NBA tanısı ile araştırılan ve ESH tanısı konan olgularımızın klinik ve laboratuvar bulguları irdelenmiştir.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1

Otuz altı yaşında erkek hasta, 10 gündür süren ateş, artralji ve yürüyememe şikayetleriyle kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş 39°C (oral) ve nörolojik muayenede alt ekstremitelerde kuvvet kaybı saptandı. Derin tendon refleksleri normoaktif, duyu muayenesi ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulguları olarak; lökosit sayısı: 29.800/mm³, nötrofil: 27.400/mm³, hemoglobin: 13 g/dL, trombosit sayısı: 421.000/mm³, ESR: 90 mm/saat, CRP> 200 mg/L (normal: 0-5 mg/L) olarak bulundu. Akciğer grafisi, idrar ve biyokimyasal tetkikleri normaldi. Nöroloji konsültasyonu sonrası her iki alt ekstremitede kas gücü 2/5 (paraparezik) olarak bulundu. Torakolomber manyetik rezonans görüntüleme patoloji saptanmadı. Yatışının beşinci günü boğaz ağrısı gelişti. Bacak ağrıları azalmakla birlikte, devam etti. Rose-Bengal, ANA ve RF negatif olarak bulundu. Beşinci gün ateşle birlikte gövde ve kollarda makülopapüler döküntü, dokuzuncu gün sağ dizde artrit gelişti. Karın tomografisinde hepatomegali saptandı. Toraks tomografisi normaldi. NBA açısından karaciğer iğne biyopsisi yapıldı. Patolojisinde minimal hepatit tespit edildi. Kan kültürleri ve diğer kültürlerinde üreme olmadı. Olası infeksiyon, neoplazmalar, kollajen doku hastalıklarının ekarte edilmesiyle ateşinin 14., yatışının 10. günü ESH tanısı kondu. Ferritin değerinin > 2000 ng/mL (normal: 30-400 ng/mL) olması tanıyı destekledi. İndometazin 100 mg/gün olarak başlandı. Tedavinin üçüncü günü ateşi düştü, eklem ağrıları azaldı. Bir yıl izlenen hastada relaps gelişmedi.

Olgu 2

Yirmi dört yaşında bayan hasta, ateş ve kollardan başlayıp gövdeye yayılan döküntülerinin olması sebebiyle özel bir sağlık merkezine başvurmuş. Ampirik antibiyotik ve analjezik reçete edilmiş. Bu ilaçları 10 gün kullanmasına karşın yakınmaları gerilememiş. Yaygın kas ağrısı ve halsizlik yakınmaları da eklenen hasta kliniğimize yatırıldı. Oral olarak ölçülen ateşinin 38.7°C olması, kollarda ve bacaklarda makülopapüler döküntü saptanması dışında fizik

muayenesi normaldi. Yatışının üçüncü günü el bileği ve dirsek eklemlerinde ağrı ve şişlik gelişti. Laboratuvar bulguları olarak; lökosit sayısı: 16.800/mm³, nötrofil: 15.000/mm³, hemoglobin: 11.5 g/dL, trombosit sayısı: 195.000/mm³, ESR: 45 mm/saat, CRP> 200 mg/L, alanin aminotransferaz (ALT): 55 IU/L, aspartat aminotransferaz (AST): 62 IU/L, ferritin > 2000 ng/mL olarak bulundu. RF, ANA ve Rose-Bengal negatifti. Akciğer grafisi, karın ultrasonografi (USG)'si normaldi. Kültürlerinde üreme olmadı. Ateşinin 20., yatışının 10. gününde ESH tanısı ile indometazin 100 mg/gün başlandı. Üç gün kullanmasına karşın ateşi ve eklem ağrılarının devam etmesi üzerine tedavi 50 mg/gün prednizolon olarak değiştirildi. Prednizolon tedavisinin beşinci gününde ateşi düştü, eklem ağrılarında azalma oldu ve altı aylık izlemde relaps görülmedi.

Olgu 3

Yirmi dört yaşında bayan hasta, üç haftadır süren ateş, eklem ağrısı ve eklem hareketlerinde kısıtlılık şikayetleriyle kliniğimize yatırıldı. Hasta bu şikayetleri için iki kez sağlık kuruluşuna başvurmuş ve ampirik antibiyotik, analjezik kullanmıştı. Fizik muayenesinde 39°C ateş, alt ve üst ekstremitelerde ağrı ve hareket kısıtlılığı tespit edildi. Lökosit sayısı: 38.200/mm³, nötrofil: 36.000/mm³, hemoglobin: 11 g/dL, trombosit sayısı: 120.000/mm³, ESR: 82 mm/saat, CRP: 96 mg/L, ALT: 60 IU/L, AST: 66 IU/L, ferritin > 2000 ng/mL bulundu. İdrar tetkiki ve diğer biyokimyasal testleri normaldi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Rose-Bengal, RF ve ANA negatifti. Akciğer grafisi, karın USG ve tomografisi normaldi. Periferik yaymasında atipik hücre görülmedi. Hastanın yatışının beşinci günü ateş esnasında gövdede makülopapüler döküntü izlendi. Diğer tanıların ekarte edilmesiyle ateş başlangıcının yaklaşık birinci ayında, yatışının 10. gününde ESH tanısı kondu. Hastaya 100 mg/gün indometazin başlandı. Yanıt alınamaması üzerine tedavi prednizolon 50 mg/gün ve metotreksat 20 mg (haftada bir) olarak değiştirildi. Tedavinin yedinci günü ateşi düştü, ağrıları azaldı. Tedavinin 10. ayında relaps gelişti.

Olgu 4

Yirmi dört yaşında bayan hasta, ateş, halsizlik ve eklem ağrısı şikayetleriyle kliniğimize yatırıldı. Analjezik kullanmasına rağmen hastanın şikayetleri aralıklı olarak iki haftadır devam etmekteydi. Muayenesinde ateş 39°C, farenkste hiperemi, hepatomegali ve eklem hareketlerinde kısıtlılık tespit edildi. Lökosit sayısı: 22.000/mm³, nötrofil: 20.000/mm³, hemoglobin: 11.7 g/dL, trombosit sayısı: 176.000/mm³,

ESR: 76 mm/saat, CRP > 200 mg/L ve ferritin > 2000 ng/mL olarak bulundu. Rose-Bengal, RF ve ANA negatifti. Akciğer grafisi normaldi. Yatışının yedinci günü gövde ve kollarda makülopapüler döküntü izlendi. Karın ve göğüs tomografisi normal olarak bulundu. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. ESH hastalığı tanısı ile prednizolon 50 mg/gün ve metotreksat 20 mg (haftada bir) başlandı. Tedavinin yedinci günü ateşi düştü, eklem ağrıları azaldı. Bir yıl izlenen hastada relaps görülmedi.

Olgu 5

Kırk iki yaşında erkek hasta, boğaz ağrısı, kollarda ağrı, güçsüzlük ve kilo kaybı yakınmalarıyla kliniğimize yatırıldı. Ampirik antibiyotik ve analjezik kullanmasına rağmen şikayetleri 10 gündür devam etmekteydi. Fizik muayenesinde 38.4°C ateş, hepatomegali, dirsek, el bileği ve metakarpal eklemlerde hassasiyet saptandı. Lökosit sayısı: 18.600/mm³, nötrofil: 16.000/mm³, hemoglobin: 14.7 g/dL, trombosit sayısı: 227.000/mm³, ESR: 84 mm/saat, CRP: 132 mg/L ve ferritin > 2000 ng/mL olarak bulundu. Rose-Bengal, ANA ve RF negatifti. Kültürlerinde üreme olmadı. Akciğer grafisi normaldi. Karın USG'sinde hepatomegali saptandı. Ateş başlangıcından 20 gün sonra, yatışının 10. günü ESH tanısıyla metotreksat ve prednizolon 60 mg/gün başlandı. Üçüncü gün ateşi düştü, yakınmaları geriledi. Altı ay izlemede relaps gelişmedi.

Olgu 6

Otuz yaşında erkek hastanın 20 gün önce ateş, boğaz ağrısı, halsizlik, eklem ağrısı ve el bileğinde şişlik yakınması olmuş. Bu şikayetlerinden üç gün sonra kollarda ve bacaklarda ateşle birlikte kızarıklık ortaya çıkmış. Ateş düşürücü kullanmasına rağmen ateşinin devam etmesi üzerine kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesi 38.9°C'lik ateş dışında normaldi. Lökosit sayısı: 19.400/mm³, nötrofil: 18.000/mm³, hemoglobin: 11.3 g/dL, trombosit sayısı: 526.000/mm³, ESR: 85 mm/saat, CRP: 156 mg/L, RF, ANA ve Rose-Bengal negatifti. ALT: 149 IU/L, AST: 81 IU/L, ferritin > 2000 ng/mL olması dışında diğer sonuçları normaldi. Akciğer grafisi ve karın USG'si normal olarak bulundu. Ateş başlangıcından bir ay sonra kliniğimize yatışının sekizinci günü ESH tanısı ile 100 mg/gün indometazin başlandı. Tedavinin beşinci günü ateş ve yakınmaları geriledi. Bir yıl izlenen hastada relaps gelişmedi.

Olgu 7

Yirmi üç yaşında erkek hasta, 10 gün önce ateş, nonproduktif öksürük şikayetleriyle özel bir sağlık

kuruluşuna başvurmuş, akciğer grafisinde sol orta ve alt zonlarda nonhomojen dansite artışı ve sol sinüs kapalılığı saptanıp, atipik pnömoni tanısıyla yatırılarak antibiyotik tedavisine başlanmış. Tedavinin dördüncü gününde gövdede döküntü gelişmiş, ilaç allerjisi düşünülerek antibiyotiği değiştirilmiş. Ateşi, öksürüğü ve ellerde şişliği olan hasta yatışının 10. günü kliniğimize sevk edildi. Gelişinde ateşi 38.7°C, splenomegali ve ellerde yaygın kızarıklık dışında fizik muayenesi normaldi. Lökosit sayısı: 17.800/mm³, nötrofil: 16.600/mm³, ESR: 98 mm/saat, hemoglobin: 10.1 g/dL, trombosit sayısı: 240.000/mm³, ALT: 38 IU/L, AST: 67 IU/L, CRP > 200 mg/L ve ferritin > 2000 ng/mL (dilüsyonlu: 11.837 ng/mL) olması dışında diğer laboratuvar bulguları normaldi. Yatış gününde çekilen akciğer grafisinde ilk filme göre düzelme saptandı. Rose-Bengal, ANA, RF, anti-HIV, *Mycoplasma pneumoniae* IgM, herpes simpleks virüs (HSV) tip 1-2 IgM, sitomegalovirüs (CMV) IgM, *Legionella pneumophila* ürener antijen testi, Gruber Widal aglutinasyonu negatif bulundu. Toraks tomografisi, ekokardiyografisi normaldi. Karın tomografisinde hepatosplenomegali saptandı. Sekizinci gün yaygın miyalji ve artralji gelişti. Gövdede makülopapüler döküntü izlendi. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi normal bulundu. Yakınmalarının başlangıcından 20, yatışından 10 gün sonra ESH tanısı ile metotreksat 20 mg (haftada bir) ve prednol 60 mg/gün başlandı. Yaklaşık bir yıldır izlenen hastada relaps görülmedi.

TARTIŞMA

ESH'nin NBA tablosu içerisinde önemli bir yeri vardır. Eklem bulguları ve döküntü olmaksızın ateş, tek bulgu olarak saptanabilir. Özgül bir tanı testi yoktur. Tanı; infeksiyon, malignite, kollajenaz gibi sistemik hastalıkların dışlanarak, çeşitli araştırmacılar tarafından geliştirilen tanı kriterlerinin uygunluğuna göre konulmaktadır. Bu kriterlerden en duyarlı olanları Fautrel ile Yamaguchi ve arkadaşlarının tanı kriterleridir^[6,7]. Tablo 1'de bu tanı kriterleri görülmektedir. Fautrel ve arkadaşlarının tanı kriterlerinin duyarlılığı %98.5, Yamaguchi ve arkadaşlarının kriterlerinin ise %92 olmakla beraber, Yamaguchi kriterleri daha yaygın olarak kullanılmaktadır^[6,7]. Bizim olgularımız da Yamaguchi kriterlerine göre tanımlanmıştır.

ESH'nin klasik triadı; ateş, döküntü ve artrit olmakla beraber, bu üç bulgu hastaların ancak %43'ünde görülür^[8]. Mert ve arkadaşlarının 20 olguluk, Ayaşlıoğlu ve arkadaşlarının altı olguluk serilerinde olduğu gibi bizim olgularımızda da en fazla görülen bulgular; ateş, artralji ve döküntüdür^[9,10].

Tablo 1. Yamaguchi ve Fautrel'in ESH tanı kriterleri^[6,7]

	Majör	Minör
• Yamaguchi ve arkadaşları (1992)	Ateş Artralji Döküntü Lökositoz	Boğaz ağrısı LAP veya splenomegali Karaciğer disfonksiyonu RF ve ANA negatifliği
Tanı: İki majör olmak üzere beş kriter gereklidir		
• Fautrel ve arkadaşları (2002)	Ateş Artralji Geçici eritem Farenjit Nötrofili (> %80) Glikozile ferritin (< %20)	Makülopapüler döküntü Lökositoz > 10.000/mm ³
Tanı: Dört majör veya üç majör + iki minör kriter gereklidir		

LAP: Lenfadenopati, RF: Romatoid faktör, ANA: Antinükleer antikor.

Günde bir ya da iki kez 40°C'lere ulaşan ateş, hemen hemen tüm hastalarda vardır. Özellikle hastalığın ilk dönemlerinde tek bulgu olarak saptanabilir. Ateşle birlikte özellikle gövde ve ekstremitelerde olan maküler veya makülopapüler geçici döküntü, bazı hastalarda başlangıçta, bazılarında izlem sırasında ortaya çıkabilir^[2,11]. Döküntüye bazen kaşıntı eklenmesinden dolayı ilaç allerjisi ile karışabilir ve tanının gecikmesine yol açabilir. Döküntü, bizim olgularımızın yalnızca birinde başlangıçta, diğerlerinde ise beşinci-yedinci günler arasında saptanmıştır.

Artralji, genelde hastaların tümünde görülen bir bulgudur. Bazen artrit eşlik edebilir. En sık diz, el ve ayak bilek eklemleri tutulur, genelde simetriktir. Olgularımızda artralji ön planda olup, diz ve el bilek eklemi tutulumu olan iki olguda artrit görülmüştür. Artralji bazı olgularda çok şiddetli olabilir. Olgularımızdan biri yürüyememe şikayeti ile başvurmuştu. Bu hastanın nörolojik muayenesinde motor güçsüzlük saptanmasına rağmen torakolomber manyetik rezonans normaldi. Antiinflamatuvar tedavi ile bu şikayeti düzeldi ve bunun şiddetli ağrıya bağlı olduğu düşünüldü. ESH'de klinik bulguların görülme oranları ve bizim olgularımızdaki bulgular Tablo 2'de görülmektedir^[11].

Boğaz ağrısı hastalarda sık görülen bir bulgu olup, üst solunum yolu infeksiyonuyla karışmaktadır. Döküntü ve artrite göre hastalığın başlangıç döneminde görülmesi sebebiyle bazı araştırmacılar erken tanı kriteri olarak ele alınması gerektiğini önermektedir^[8]. Bizim olgularımızın beşinde kliniğimize yatışın-

Tablo 2. ESH'de ve bizim olgularımızda en sık görülen bulgular^[11]

Klinik bulgular	Sıklık (%)	Olgularımız (n)
• Ateş	95	7
• Artralji	99	6
• Tipik döküntü	88	6
• Boğaz ağrısı	58	5
• Artrit	94	2
• Kilo kaybı	38	1
• Lenfadenopati	60	-
• Splenomegali	52	1
• Hepatomegali	40	3
• Plörit	29	1
• Pnömoni	13	1

da ya da hastalığın başlangıç döneminde boğaz ağrısı yakınması saptanmıştır.

ESH'de karaciğer ve dalak gibi organ tutulumu sık rastlanan bulgulardır. Daha az olguda ise pulmoner tutulum bildirilmiştir. Pulmoner bulgular, en sık alt veya orta lobları tutan pulmoner infiltratlar ve/veya küçük pleval efüzyon şeklindedir. Pulmoner tutulum hastalığın başlangıcı veya alevlenme döneminde görülebilir^[12]. Bizim bir olgumuzda semptomlar ateş, öksürük şeklinde başlamış, akciğer grafisinde

pulmoner infiltrasyon ve efüzyon saptanarak atipik pnömoni düşünülmüş ve tedavi başlanmıştır. Tedaviye rağmen ateşi devam eden hastada infeksiyöz hastalıklar ekarte edilerek ESH tanısı konmuştur.

ESH'de laboratuvar bulguları olarak; nötrofilik lökositöz, ESR artışı, CRP yüksekliği, normokrom normositer anemi, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk (ALT, AST), ANA ve RF negatifliği bulunur. Son zamanlarda yüksek ferritin değerinin özellikle > 3000 ng/mL'nin üzerinde olması ve glikozile ferritin, total ferritin %20'sinden düşük olması ESH'ye tanı koymada yararlı olduğu ileri sürülmektedir^[13,14]. Bizim tüm olgularımızda nötrofil hakimiyetinde lökositöz, ESR, CRP'de artış ve ferritin yüksekliği bulunmuştur.

ESH'nin tedavisi nonsteroid antiinflatuvar (NSAİ), kortikosteroid ve immünsüpresif ilaçlarla yapılmaktadır. İki olgumuzda NSAİ ile yanıt alınmış olup, diğerlerine kortikosteroid ve metotreksat başlanmıştır. Genelde olgular ilk atak sonrası düzelirken, reaktivasyon veya kalıcı eklem deformitesi gelişen olgular da bildirilmiştir^[2,10,12]. Bizim tüm olgularımız tanı konduktan sonra romatoloji kliniği olan merkezlerde izlenmiş olup, durumları ile bizi bilgilendirmişlerdir. Bir olgumuzda relaps gelişmiş, diğer olgularımızın ilk atak sonrası klinik ve laboratuvar bulguları düzelmiştir.

Sonuç olarak, ESH multisistemik bir hastalık olup, başta infeksiyonlar olmak üzere malignansi ve diğer romatolojik hastalıklarla karışabilmekte ve NBA tablosu içinde önemli bir yer tutmaktadır. Özgül bir tanı testinin olmaması sebebiyle NBA algoritmi içerisinde diğer olası tanıların ekarte edilerek, bazı araştırmacıların önerdiği kriterlere göre tanı konmaktadır. Yüksek serum ferritin düzeyi ateş, döküntü ve eklem bulguları olan olgularda tanıya yol gösterici olarak kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Bywaters EG. Still's disease in the adult. *Ann Rheum Dis* 1971;30:121-33.
2. Şendur F, Güner G, Aydeniz A. Erişkin Still hastalığı. *Romatizma* 2004;19:73-9.

3. Pouchot J, Sampalis JS, Beaudet F, et al. Adult Still's disease: Manifestations, disease course, and outcome in 62 patients. *Medicine (Baltimore)* 1991;70:118-36.
4. Van Reeth C, Le Moel G, Lanse Y, et al. Serum ferritin and isoferritins are tools for diagnosis of active adult Still's disease. *J Rheumatol* 1994;21:890-5.
5. Schiller D, Mittermayer H. Hiperferritinemia as a marker of Still's disease. *Clin Infect Dis* 1998;26:534-5.
6. Fautrel B, Zing E, Golmard JL, et al. Proposal for a new set classification criteria for adult-onset Still's disease. *Medicine* 2002;81:194-202.
7. Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, et al. Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. *J Rheumatol* 1992;19:424-30.
8. Nguyen KH, Weisman MH. Severe sore throat as a presenting symptom of adult onset Still's disease. A case series and review of the literature. *J Rheumatol* 1997;24:592-7.
9. Mert A, Özaras R, Tabak F ve ark. Fewer of unknown origin: A review of 20 patients with adult-onset Still's disease. *Clin Rheumatol* 2003;22:89-93.
10. Ayaşloğlu E, Turgay M, Kınıklı G, Duman M, Tokgöz G. Erişkin Still hastalığı: 6 olgu bildirisi. *Klinik Derg* 2000;13:12-6.
11. İnal V. Erişkin Still hastalığı. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E (editörler). *Klinik Romatoloji*. İstanbul: Deniz Matbaası, 1999:281-5.
12. Cheema GS, Quismorio FP. Pulmonary involvement in adult-onset Still's disease. *Curr Opin Pulm Med* 1999;115:1738-40.
13. Fautrel B, Le Moel G, Saint-Marcoux B, et al. Diagnostic value of ferritin and glycosylated ferritin in adult onset Still's disease. *J Rheumatol* 2001;28:322-9.
14. Vignes S, Le Moel G, Fautrel B, Wechsler B, Godeau P, Piette JC. Percentage of glycosylated serum ferritin remains low throughout the course of adult onset Still's disease. *Ann Rheum Dis* 2000;59:347-50.

Yazışma Adresi:

Dr. Öznur AK

Doğu Caddesi, Kral Sitesi

A Blok, D:12

Rahmanlar-İSTANBUL

e-mail: akoznur@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: 21.03.2006

Kabul Tarihi: 14.10.2006