

KRONİK İDİOPATİK EKSÜDATİF PERİKARDİTİS

Dr. Muzaffer Erman* Dr. Tülay Kural Dr. Uğur Kandileci*****

Kronik eksüdatif perikarditis yapan sebepler arasında tüberküloz, mikrotik infeksiyonlar, miksedema, neoplasm, periarteritis nodosa, lupus erythematosus¹, skleroderma², chylopericardium³, travmadan mütevellit hemoperikardium, ekinokok kisti, ve postirradiasyon enüda⁴ gibi sebepler sayılabilir. Buna karşılık, kronik idiopatik eksüdatif prekarditis vakaları nadir olup, 1960 yılına kadar 19 vaka yayınlanmıştır (2-15) Genel olarak vakaların çoğunda kalb yetmezliği belirtileri bulunmakla beraber, vakaların diğer bir kısmında, diğer sistem şikayetleri nedeni ile muayene edildikleri zaman, perikart eksüdası meydana çıkarılmıştır. Bu yazıda, uzun süre irritable kolon şikayetleri ile tedavi gören bir kronik idiopatik eksüdatif perikarditis vaka raporu bildirilecek ve bu konuda literatür gözden geçirilecektir.

VAK'A OBSERVASYONU

H.Ö. 55 yaşında, erkek, Samsunlu, Kl. Prot. No : 1402/72

Hasta 7-8 seneden beri, yemeklerden sonra şişkinlik, hazımsızlık, gelip geçici müphem karın ağrıları, zaman zaman kabızlık ve sulu köpüklü 3-4 gün sürüp geçen ishallerden şikayetçi idi. Öz ve soy geçmişinde kayda değer bir bulgu yoktu.

Fizik muayenede T.A. 95/60, nabız muntazam, deri ve konjunktivalar soluk renkte idi. Boyunda vena dolgunluğu ve ven pulzasyonu mevcuttu. Hepatojuguler reflux müsbetti. Kalb apex atımı görüleliyordu. Kalb matitesi ge-

* Ankara Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kl. Profesörü

** Ankara Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kl. uzman asistanı

*** Ankara Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kl. İstişanı

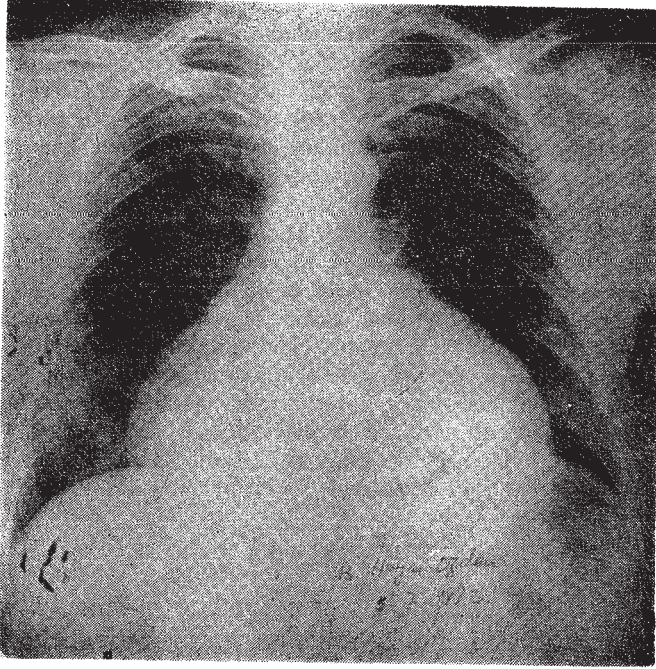
nişlemiş, kalb sesleri derinden geliyordu. Karaciger orta koltuk altı çizgisi hizasında kosta kenarını 3 - 4 cm. kadar geçiyordu. Normal kıvamda ve palpasyonla hassastı. Paradoks nabız mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Lökosit ve formülü normal, sedimentasyon : 20 mm/I. s., eritrosit : 3980000, Hb : % 80, Trombosit : 9100, Tam idrar, karaciğer fonksiyon testleri, bilinemi, açık kan şekeri, serum transaminazları, total kolesterol, kan elektrolitleri, kan proteinleri, nonprotlin nitrojen, antistreptolysin - O normal, C - reaktif protein (+) olarak bulundu. EKG'de QRS kompleksinde voltaj düşüklüğü ve nonspesifik ST - T değişikliği mevcuttu. Ponksiyonla alınan perikart sıvısında : dansite : 1016 Rivalta müsbet, % 45 gr. protit, 5 - 6 lökosit, 1 - 2 lökosit kümesi ve bol eritrosit vardı. Tbc. basılı tesbit edilemedi. Kolesterol % 20 mg. İdi. Stolojik tetkik Class II görüldü. Coxsakie virüsü ve antikoru tesbit edilemedi. Kalb sintigrafisinde kalb hudutlarının muntazam olmadığı ve kalb ile karaciger arasında 2 cm. eninde gerit şeklinde hipoaktif bir sahanın mevcudiyeti görüldü. Kılbin hemodinamik tetkikinde hastada normal kalb hemodinamisi eşliğinde eksüdatif perikarditis mevcudiyeti tesbit edildi. Vena basıncı 30 cm. su basıncında, hepatofugules neflur müsbetti. Perikart poksasyonu ile perikarttan 100 cm. sıvı boşaltıldı.

TARTIŞMA

Kardiovasküler sisteme ait semptomları bulunmayan, 7 - 8 seneden beri irritable kolon şikayetleri olan, ve sistemik muayene esnasında perikart eksüdası tesbit edilen bir kronik idiyopatik eksüdatif perikarditis vakası takdir edilmiştir. 1960 yılına kadar yayınlanan 19 kronik idiyopatik eksüdatif perikarditis vakalarından (2-15) dördünde kardiovasküler sistem bulguları tesbit edilmemiş, vakamızda olduğu gibi hastaların diğer sistemlere ait şikayetler sebebi ile muayene ve tetkik edilmesi sonucu, kronik perikart eksüdası meydana çıkarılmıştır. Bu vakalarda kronik perikart eksüdasına sebep olabilecek, enfeksiyon, endokrin, kollejen doku hastalıkları veya çevre faktörleri gibi etiyolojik faktörler bulunamamıştır. 8 seneye kadar uzun süre takip edilen vakalar mevcuttur. Hastaların yaşı 7 ile 70 arasında değişmekte olup, 19 vakadan 14'ü erkekti. İdiyopatik perikart eksüdasının, vaka adedi az olmasına rağmen erkeklerde daha sık husule geldiği kanısı uyanmaktadır.

En sık raslanan semptomlar dispne, çarpıntı ve göğüs ağrısıdır. Fizik muayenede eksüdatif perikardise ait paradoks nabız, sağ kalp yetmezliği belirtileri meydana çıkar. Mamafih, bizim vakamızda olduğu gibi, vakaların bir kısmında bu bulgular aşikar değildir.

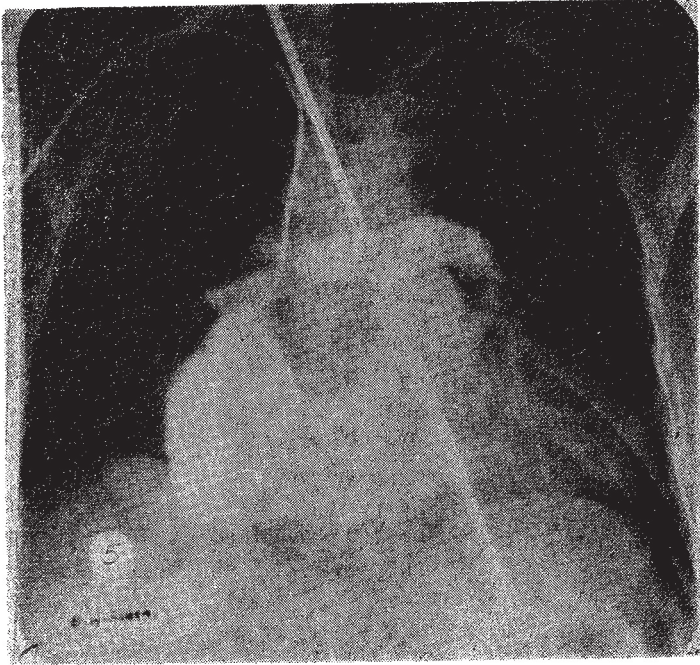


Şekil: 1 — Kronik idiyopatik eksüdatif perikarditis vak'asında global kalb büyüklüğü.

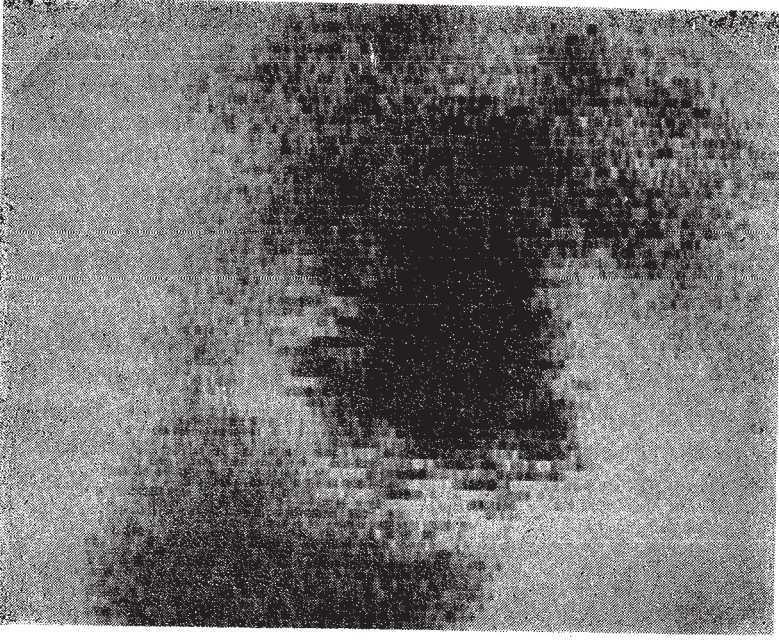
Göğüs röntgeno - gramında, kalb siliyetinde global olarak büyük görülür. (Şekil 1) Anjiokardiografi, kalb boşlukları çevresindeki perikart eksudasını meydana çıkarma bakımından karakteristik bulgular verir. Vakamızda yapılan sağ kalb anjiogramında, sağ kalb boşlukları dışında kalan ve perikart sıvısının husule getirdiği gölge sahasının ileri derecede büyüdüğü görülmektedir. (Şekil 2) Radioisotop ile yapılan kalb havuzu sintirafisinde, perikart eksudası için karakteristik olmak üzere, kalp boşluklarının düzenli dolmadığı ve kalp havuzu ile karaciğer radyoaktif sahalari arasında 2 cm eninde şerit şeklinde hipoaktif bir sahanın mevcudiyeti tesbit edilmiştir. (Şekil 3). Literatürde yayınlanan 19 kronik idiyopatik perikarditis vakalarında anjiokardiografik ve sintigrafik çalışmalara ait bir kayıt mevcut değildir. EKG larde ekseriya normal sinüs ritmi görülür, mamafih atrial fibrilasyonlu üç vaka bildirilmiştir. Düşük voltajlı QRS komplekslerine sık rastlanır, ST ve T

değişiklikleri hemen her vakada mevcuttur. Vakamızın EKG'sinde QRS kompleksinin düşük voltajı ve nonpesifik ST-T değişiklikleri tesbit edilmiştir. (Şekil 4) Yayınlanan 19 vakadan 7 sinde Pnömo perikkordiografi ve kalp cerrahisi ile veya postmortem olarak, kardiomegalinin mevcudiyeti meydana çıkarılmıştır. Bunlardan ikisinde ve hipertansiyon ve atrial fibrilasyon olan diğer iki vakadada sağ atriumda organize trombus mevcuttu. Bizim vakamızda perikardiosentesis ile, perikart eksüdası boşaltıldıktan sonra alınan kalb silüeti normal hudutlarda bulunmuştur (Şekil 5).

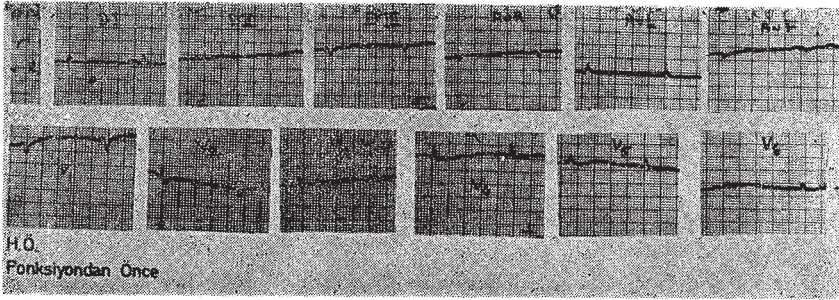
Kalb kateterizasyonu, vakamızda normal kalb dinamiği eşliğinde eksüdatif perikarditis mevcudiyetini açıklamıştır. (Kateter No : 890) eksüda püerikart içerisinde uzun sürede ve tedricen birikirse, perikart, bu süre içerisinde yeterli derecede genişliyebileceği için, basınç çok az artar. Bu nedenle önemli bir hemodinamik deği-



Şekil: 2 — Vakanın sağ kalb anjiogramında sağ kalb boşlukları dışında kalan perikard sıvısının husule getirdiği gölge alanının ileri derecede genişlediği görülmektedir.

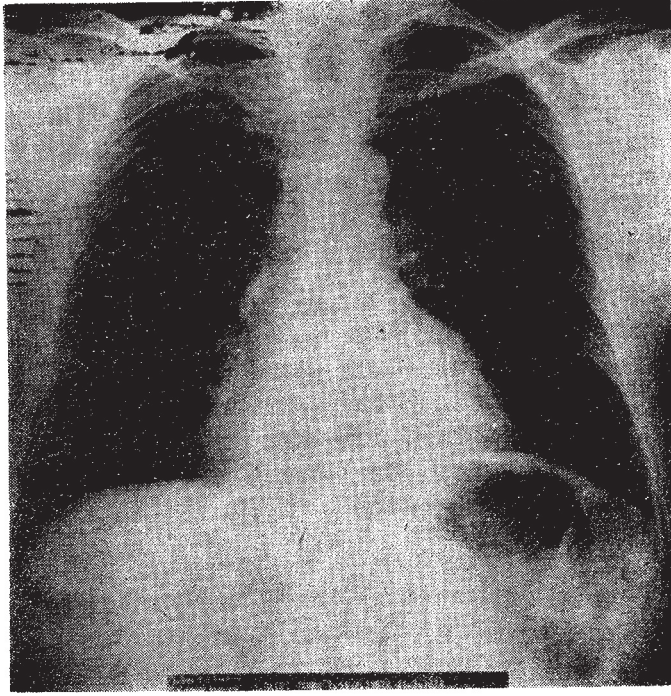


Şekil : 3 — Radiorisotop ile yapılan kalb havuzu sintigrafisinde, kalb havuzu ile, karaciğer radioktif sahaları arasında, şerit şeklinde hipoaktif alan görülmektedir



Şekil: 4 — Vakanın EKG sinde QRS kompleksinin düşük voltajı ve nonospesifik ST görülmektedir.

şiklik husule gelmiyebilir (15). Yayınlanan bir vakada, kalb kteterizmi ile sağ ventrikül trasesinde tipik erken diastolik çöküntü (dip) ve plato tesbit edilmiştir (12). Yüksek bulunan sağ ventrikül diastolik basıncı ve intra perikardial basıncı perikardio - sentesis ile nor-



Şekil: 5 — Vakada perikardiosentesis ile perikard sıvısı boşaltıldıktan sonra kalb silueti normal hudutlarda bulunmuştur.

male dönmüştür. Kateter yapılan diğer bir vak'ada, muhtemel olarak uzun süre devam eden pasif pulmoner konjestion sonucu vasküler hasardan mütevellit pülmoner hipertansiyon tesbit edilmiştir. (16, 17).

Karaciğer hasarı veya konsriktif perikarditis husule getirmeden evvel, kronik eksüdatif perikarditisi tanısının yapılması önemlidir. Global kalb büyümesi ile birlikte, sağ kalb yetmezliği bulunan vakalarda, kronik eksüdatif perikarditisten şüphe edilmelidir. Rumatizmal, aterosklerotik, konjenital kalb hastalıkları için karakteristik bulguların bulunmayışı bu şüpheyi artırmalıdır. Kalb seslerinin derinden işitilmesi, paradoks nabız, Ewart belirtisi, EKG de QRS kompleksinin düşük voltajı, radyoskopi veya kimografi ile kalb pulzasyonlarının azalmasının tesbiti, kronik eksüdatif perikarditisin tanısı için önemli bulgulardır. Anjiokardiografi ve kalb

havuzu sintigrafisi, perikart eksüdasının mevcudiyetini teyit eder. Bu incelemeler ile perikart eksüdası tesbit edilirse perikardiosentesis yapılmalıdır. Alınan sıvıda protein miktarı, hücre şekilleri ve kültürü ile bakteri cinsinin tayini yapılır, çeşitli durumlarda röntgen filimleri çekilirse, kalbin büyüklüğü ve kontrolü, tümör mevcudiyeti, veya parietal perikardın kalınlığı hakkında bilgi edilebilir. Perikart biopsisi çok kıymetli bir teşhis vasıtasıdır, ve etiolojik teşhis bu metolla temin edilir.

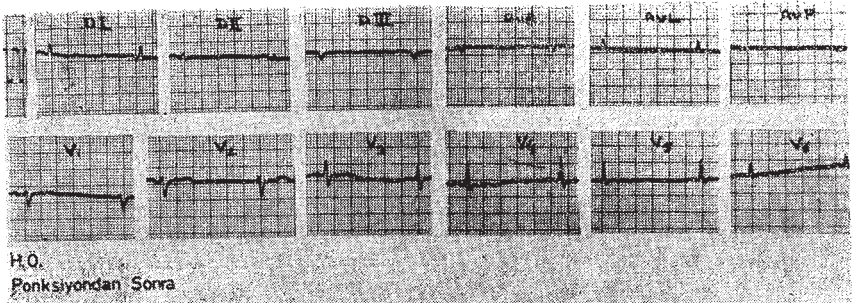
Kronik perikart eksüdası husule getiren bir çok sebepler mevcuttur. Bundan dolayı etiolojik teşhis, tedavi bakımından çok önemlidir. Kronik idiyopatik eksüdatif perikarditis vakalarında, bilinen etiolojik faktörlerden hiç biri tesbit edilmemiştir. Akut bening idiyopatik perikarditis ile, kronik idiyopatik perikart eksüdaları arasında bir münasebetin mevcut olup olmadığı kati olarak bilinmemektedir. Klinik perikarditis vakalarında, bütün virüsler, bilhassa coxsackie - Bvirus'u rol oynar.

Literatürde yayınlanan vakalarda, virüs çalışmaları yapılmamıştır. Vakamızda yapılan coxsackie virüs antikor çalışmaları negatif sonuç vermiştir. Mamafi yayınlanan vakaların bir kısmında kardiomegali bulunması, perikarditle birlikte myokart lezyonunun, muhtemel olarak viral myokarditisin birlikte bulunduğu kanısını uyardırmaktadır. Hakikaten literatürde yayınlanan kronik idiyopatik eksüdatif perikarditis vakalarından beşinde kardiomegali tesbit edilmiş olup, bunlardan ancak birinde hipertansiyon mevcuttu (15). Her ne kadar Wood (17) hipertansiyon ile birlikte bulunan kronik perikart eksüdalarında kalb hipertrofisini, tamponat sebebi ile meydana çıkan aortik koroner gradientin azalması sonucu kronik hipoksiye bağlarsa da, yalnız hipertansiyon bulunan vakalarda da kalb hipertrofisinin hipertansiyondan mütevellit olduğunu kabul etmek daha makul olur. Bundan başka yayınlanan kronik idiyopatik perikart eksüdalarının çok azında (5 vakadan birinde), hipertansiyon birlikte bulunduğu, kardiomegaliyi, yukarıda belirttiğimiz gibi, bir miyokart lezyonuna bağlamak makûl olur. Perikart eksüdası ve miyokart lezyonu husule getiren bu ajanın kardiotropik virüslardan biri olması da muhtemeldir. Maalesef yayınlanan vakalarda viral incelemeler yapılmamıştır. Bizim vakada, sadece coxsackie virüs antikor araştırmaları negatif sonuç vermiştir.

Yayınlanan vakalardan on dördünde parsiyel veya tam perikardiektomi yapılmış ve iyi sonuç alınmıştır. Bizim vakamızda, klinik ve hemodinamik olarak, önemli tamponat veya kalb yetmezliği belirtileri mevcut olmadığından, sadece perikardiosentesis ile perikart eksüdası boşaltılmış ve steroid tedavisine başlanmıştır. Perikart eksüdası boşaltıldıktan sonra vena basıncı normale dönmüş, karaciğer küçülmüş ve röntgenolojik olarak kalb silüeti tamamiyle normale dönmüştür. Buna rağmen EKG'deki düşük voltajda bir düzelme olmamıştır (Şekil: 6).

Bu bulguda, düşük QRS kompleksi voltajının, perikart eksüdasından ziyade, muhtemel olarak myokart lezyonundan mütevellit olduğu kanısını uyandırmıştır. Literatürde bir vaka steroid ile tedavi edilmiş ve iyi sonuç alınmıştır.

Kronik idiopatik eksüdatif perikarditisin klinik seyri belli değildir. Bazı hastalar uzun müddet semptom vermeden yaşarlar, diğer sistem şikayetleri ile hastalık meydana çıkar. Bizim vak'ada bu gurubun bir örneğini teşkil etmektedir. Mamefi, literatürde yayınlanan vakalardan 5'inde perikart kontriksiyonu husule gelmiştir. Bunların cerrahi tedavisi fatal seyretmiştir. Bu çeşit eksüdatif perikarditiste, konstriktif perikarditis ensidansı yüksek bulunmuş ve erkek eksüdatif safhada, perikardiektomi tavsiye edilmiştir (16).



Şekil : 6 — Vakada perikard sıvısı boşaltıldıktan sonra QRS komplekslerinin ve T dalgalarının düşük voltajında ve nonspesifik ST değişikliklerinde bir düzelme olmamıştır.

Ö Z E T

Bir asemptomatik kronik idiyopatik eksüdatif perikarditis vakası takdim edilmiş ve buna benzer 19 vaka raporu gözden geçirilmiştir. Hastalığın seyri belli değildir. Vakaların çoğunda hepatomegali ve ödem ile birlikte kronik tamponat husule gelebilir, diğerlerinde kontriktir perikarditis teşekkül edebilir. Mamafi, bazı vakalar asemptomatik kalabilir.

Kronik idiyopatik eksüdatif perikarditisin teşhis, ayrıca teşhis ve tedavisi tartışılmıştır.

S U M M A R Y

An asymptomatic case of chronic idiopathic exudative pericarditis is presented and 19 similar case report are reviewed. The course is unpredictable. A significant percentage will have chronic tamponad with hepatomegaly and others will develop constrictive pericarditis. However, some patient will be asymptomatic.

The diagnosis, differential diagnosis, and treatment of the pericarditis. However, some patient will be asymptomatic.

L I T E R A T Ü R

- 1 — ERMAN M. Kalb Hastalıkları Teşhis ve Tedavisi. Ank. Ü. Tıp Fak. Yayınlarından 2. Baskı, 1961, Sayfa 904
- 2 — MELTZER J. İ: Pericardial effusion in generalized scleroderma. Amer. J. Med. 20 : 638, 1956
- 3 — GROVES. L.K. AND EFFLER D. B : Primary Chylopericardium. New England J. Med. 250 : 520, 1954
- 4 — BLUMENFELD, H. AND THOMAS S. F: Chronic massive pericardial effusion following Roentgen therapy for carcinoma of the breast. Radiology 44 : 335, 1945
- 5 — SHANGHVI L. M., AND SAMUEL K. C: Pericardial biopsi with Vim-Silverman needle. Arch. Int. Med. 101 : 1147, 1948
- 6 — BARKER P. S. JR. AND JOHNSTON F. D: Chronic pericarditis with effusion. Circulation 2 : 134. 1950

- 7 — ADA A. E. W., JONES O.R., AND SHEERAN, A. D : Cholesterol pericarditis. J. Thoracic Surg. 20 : 29, 1950
- 8 — MANNIX E. D., Jr. AND DENNIS, C : The surgical Treatment of chronic pericardial effusion and cardiac tamponade. J. Thoracic Surg. 29 : 381, 1955
- 9 — YU P. N. Cr., LOVEJÖY, F. W., JR. JOOS, H. A. NYE, R. E. AND SIMPSON J. H.: An unusual case of massive pericardial effusion wiht hemodynamic studies. Ann. Int. Med. 39 : 928, 1953
- 10 — CONTRO. S. DEGIULI, CR., AND RAGGAZINI, F : Chronic effusive pericarditis. Circulation. 11 : 844, 1955
- 11 — CREECH. O., JR. HICKS, W. M., JR. SYDER, H. B. AND ERIKSON E. Cholesterol pericarditis. Circulation. 12 : 193, 1955
- 12 — GOLDNER M. CR. AND KROOP I, CR. A. Clinical conference on chronic pericardill effusion. J. Chronic Dis. 4 : 535, 1956
- 13 — SOLOFF, L. A. AND ZATUCHNI, J : The definitive diagnosis of effusive or consrtictive pericarditis. Amer. J. M. Sc. 234 : 687, 1957
- 14 — GENEFCIN, A : Chronic pericardial effusion in brothers with a note on «cholesterol pericarditis». Amer. J. M. 26 : 496, 1959
- 15 — SCHENER, J.: Chronic Idiopathic Pericardial effusion. With special reference to the development of constrictive pericaditis Circulation: 21 : 21, 41, 1960
- 16 — FRIEDBERG, C. K: DISEASE OF THE HEART : W. B. Saunders comp. Philadelphia and London. 1966, Slyfa 938
- 17 — WOOD, P.: Diseases of the Heart and Circulation. Philadelphia, J. B. Lipincott Co. 1956
- 18 — NULL F. C. JR. CASTLE C. H : Adult pericarditis and myocarditis due to Coxsakle virusB, Type 5, New England J. Mer 261 : 937, 1959
- 19 — SANDERS V : Idiopathic diseas of the myocardium, a prospective study. Arch. Int. Med. 112 : 661, 1963

(Mecmuaya geldiği tarih 21 Kasım 1972)