

# KOLŞİSİN VE DÜŞÜK DOZ STEROİD KULLANAN AKUT ROMATİZMAL KARDİT: OLGU SUNUMU

## Colchicine and Low-Dose Steroid Therapy in Acute Rheumatic Carditis: Case Report

Osman GÜVENÇ, Derya ARSLAN, Derya ÇİMEN, Bülent ORAN

### ÖZET

Akut romatizmal ateş, sıklıkla eklemleri ve kalbi tutan, A grubu  $\beta$  hemolitik Streptokokların romatojenik suşlarının yol açtığı üst solunum yolu enfeksiyonundan sonra gelişen, sistematik bir hastalıktır. Gelişmekte olan ülkelerde edinilmiş kalp hastalıklarının en önemli nedenidir. Hastalığın mortalitesini ve morbiditesini kalp tutulumu belirler. Hastalığın spesifik bir bulgusu yoktur, tanıda modifiye Jones kriterleri kullanılır. Burada, üç aydır şikâyetleri devam eden bir akut romatizmal ateş olgusu sunuldu. Hastalığın teşhisinde ve hastaya uygun tedavinin verilmesinde hala zorluklar yaşandığı vurgulanmak istendi.

**Anahtar kelimeler:** Akut romatizmal ateş; Kardit; Çocuk

### ABSTRACT

Acute rheumatic fever is a multisystemic disease which mostly effects joints and heart. The disease occurs after upper respiratory tract infection caused by group A  $\beta$ -hemolytic streptococci rheumatogenic strains. Acute rheumatic fever is the most common acquired heart disease in developing countries. Cardiac involvement determines the mortality and the morbidity of the disease. There are no specific symptoms or signs related with the disease, so modified Jones criteria are used primarily for the diagnosis. In this report we present a patient with acute rheumatic fever that has symptoms for three months. We want to highlight that there are still difficulties in diagnosis and the appropriate management of acute rheumatic fever.

**Keywords:** Acute rheumatic fever; Carditis; Child

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Kardiyoloji Bölümü  
Konya

Osman Güvenç, Uzm. Doktor  
Derya Arslan, Uzm. Doktor  
Derya Çimen, Yrd. Doç.Dr  
Bülent Oran, Prof.Dr.

#### İletişim:

Uzm. Dr. Derya ARSLAN  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Kardiyoloji Bölümü, Konya  
Tel: 00 90 332 2415000

#### e-mail:

aminederya@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 30.10.2013

Kabul tarihi/Accepted: 01.12.2014

Bozok Tıp Derg 2015;5(1):84-7  
Bozok Med J 2015;5(1):84-7

## GİRİŞ

Akut romatizmal ateş (ARA), az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, edinilmiş kalp hastalıklarının en önemli sebebidir. Bu hastalık; kalbi, eklemleri, beyni, ciltaltı bağ dokusunu ve kan damarlarını tutabilir. Kalıcı sekel, kalp tutulumu sonucu oluşur. Akut romatizmal ateş tanısını erken dönemde koymak ve hastaya uygun tedaviyi başlamak, morbiditeden ve mortaliteden sorumlu olan kardiyak tutulumun veya ağır komplikasyonların önlenmesi açısından çok önemlidir. Eğer zamanında tanı konulamazsa, hastalık ilerleyip ciddi kapak tutulumları ortaya çıkabilir (1,2). Burada, şikayetleri üç ay önce başlayan ve bu süre içinde ARA tanısı konulduğu halde, yetersiz tedavi alan, sonrasında ağır kapak yetmezliği tespit edilen bir olgu sunuldu.

## OLGU SUNUMU

Oniki yaşındaki kız hastanın üç ay önce, her iki ayak bileğinde şişlik, kızarıklık, ağrı ve yürüyememe şikayetleri başlamış. Hasta dış merkezde değerlendirilip artrit olduğu kabul edilmiş ve erişkin kardiyoloji tarafından yapılan ekokardiyografik incelemede (EKO) hafif mitral ve aort yetmezliği tespit edilmiş. Hastanın o dönemdeki akut faz reaktanlarının ve Antistreptolizin O (ASO) düzeyinin belirgin yüksek olduğu, yapılmış olan tetkiklerinden anlaşıldı. Hastaya tek doz depo penisilin yapılmış ve prednizolon 5 mg tablet, sabah ve akşam 1 tablet (0.16 mg/kg/gün) olarak başlanmıştır. Hastanın eklem ağrılarında ve artrit şikayetinde gerileme olmuş. İlaça başladıktan bir ay sonra eklem şikayetleri tekrarlayan hastaya, aynı hastanenin fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğinde değerlendirilmiş ve tedavisine kolşisin eklenmiş. Hasta, sık boğaz enfeksiyonu geçirdiği için hastanemizin kulak burun boğaz bölümüne başvurmuş ve tonsillektomi yapılması planlanmış, ASO değeri yüksek olduğu için genel çocuk polikliniğinden görüş istenmiş. Üç ay boyunca düşük doz steroid ve iki aydır kolşisin kullanan hastanın geçirilmiş boğaz enfeksiyonu öyküsü yoktu, fizik muayenesinde genel durumu iyi, vital bulguları stabildi, boğaz enfeksiyonu yoktu ve vücut ısısı normaldi, sağ el bileğinde artrit ve en iyi sol prekordiyumda duyulan 3/6 sistolik ejeksiyon üfürümü mevcuttu, kalp yetmezliği bulgusu, elektrokardiyografisinde PR uzaması veya ritim bozukluğu görülmedi, akut faz reaktanları ve ASO değeri yüksek olan hastanın rutin

biyokimya değerleri normaldi. Çocuk kardiyoloji polikliniğinde yapılan EKO değerlendirmesinde üçüncü derece mitral kapak yetmezliği vardı, akım velositesi 5 m/sn, akım jet uzunluğu 35 mm idi, ayrıca birinci derece aort kapak yetmezliği tespit edildi, sistolik fonksiyonları doğaldı. Hasta, iyi tedavi edilmemiş akut romatizmal ateş olarak kabul edildi, servise yatırıldı ve kolşisin tedavisi kesildi. Üç aydır düşük doz steroid tedavisi kullanmakta olan hasta, çocuk endokrin bölümü ile konsülte edildi. Adrenokortikotrop hormon (ACTH) ve kortizol değerleri normal olan hastaya 2 mg/kg/gün dozunda prednizolon oral olarak başlandı. Yatak istirahati ve tuzsuz diyet verildi. İlk dozu hemen yapılmak üzere üç haftada bir benzatin penisilin-G profilaksisinin yapılması planlandı. Tedaviyle hastanın akut faz reaktanları ve artrit bulguları geriledi. Steroid tedavisi iki hafta verildikten sonra azaltılarak dört haftada kesildi, steroid tedavisi azaltılmaya başlandığında tedaviye asetilsalisilik asit 100 mgr/kg/gün, günde dört doz olarak eklendi, iki hafta bu dozda devam edildi. Hastanın artrit tamamen düzeldi, kontrollerde akut faz reaktanlarının normal olduğu görüldü. Asetilsalisilik asit tedavisi dört haftada azaltılarak kesildi. Sekonder profilaksiye devam edildi. Mitral ve aort yetmezliklerinde gerileme olmadı. Hasta, geçirilmiş ARA kardite bağlı üçüncü derece mitral yetmezlik ve hafif aort yetmezliği tanısıyla poliklinikte takip edilmektedir.

## TARTIŞMA

Akut romatizmal ateş, A grubu  $\beta$  hemolitik Streptokok enfeksiyonlarından sonra ortaya çıkan, nonsüpüratif enflamatuvar bir hastalıktır. Bu hastalık, gelişmiş ülkelerde seyrek olarak görülürken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise edinsel kalp hastalıklarının en önemli nedenidir (1,2). En sık 5-15 yaşları arasında görülür. Duyarlı kişilerde, toplu yaşanan yerlerde, yoksul olan, sosyoekonomik olarak geri kalmış bireylerde ve kış ile ilkbahar aylarında daha sık görülür (1,2). Klinik bulgular, Streptokokus pyogenes'e bağlı oluşan faranjiti ya da tonsilliti takiben 1-5 hafta süren latent bir periyoddan sonra başlar. Hastalarda; gezici olan, genellikle büyük eklemleri tutan, akut başlayan poliartit (%75-80), endokard, miyokard ve perikard tutulumu yapabilen kardit (%45-50), Sydenham koresi (%10), eritema marginatum (%5) ve subkutan nodüller (%5) görülebilir.

Akut faz reaktanları akut dönemde artmıştır. Tanı konulabilmesi için hastanın A grubu  $\beta$  hemolitik Streptokok enfeksiyonu geçirdiğinin kanıtlanması gereklidir (1-3). Hastalığın gidişatını belirleyen, kardiyak tutulumdur. Endokard tutulumu en sık görülen şeklidir ve kapak yetmezliği şeklinde ortaya çıkar. En sık mitral kapak tutulur. Miyokardit ve buna bağlı kalp yetersizliği, perikardit, aritmi ve iletim bozuklukları da olabilir (1,2).

Dünyada her yıl 500 000 civarında yeni ARA olgusu tespit edilmektedir. Bu hastalık nedeniyle her yıl yaklaşık 233 000 hasta ölmektedir (4). Türkiye, hastalığın orta sıklıkta görüldüğü ülkeler arasında yer almaktadır (1). Yapılan araştırmalar, toplumun % 3-6'sının ARA'ya duyarlı olduğunu göstermektedir (4). Sonuç olarak ARA, ülkemizde sık karşılaştığımız bir hastalıktır ve çocuklarda edinsel kalp hastalıklarının en önemli nedenidir.

Akut romatizmal ateş tanısının konulmasında bir takım zorluklar yaşanabilmektedir: Anamnezde hastanın boğaz enfeksiyonu geçirdiğinin öğrenilememesi, artrit olmaması, tek eklem veya küçük eklem tutulumu şeklinde olması, hafif geçmesi veya sadece artralji olması, Streptokokus pyogenes enfeksiyonu geçirildiğinin kanıtlanamaması, EKO'da tespit edilen kapak tutulumu olmasına rağmen klinik olarak kardit tanısı konulamaması ve üfürüm duyulmaması (Sessiz kardit) gibi (5). Hastalarda kore veya sessiz kardit olması durumunda Jones kriterlerinin karşılanmasına gerek yoktur (6). Akut dönemde kapak yetmezlikleri görülürken, yıllar içinde fibrozis nedeniyle kapak darlıkları oluşur (1,2). Kesin tanı koydurucu bir laboratuvar testinin de olmamasından dolayı ARA tanısı bir sorun olmaya devam etmektedir (1). Bizim olgumuzda ise hastalığın başlangıcında artrit, kardit ve akut faz reaktanlarında yükseklik vardı. Ayrıca A grubu  $\beta$  hemolitik Streptokok enfeksiyonunun geçirildiği, laboratuvar bulgusu olarak gösterilmişti. Yaş da, ARA'nın en sık görüldüğü yaş aralığıyla uyumlu idi. Hastanın geçirilmiş boğaz enfeksiyonu öyküsü yoktu. Modifiye Jones kriterlerine göre iki majör ve bir minör bulgunun yanında geçirilmiş Streptokokus pyogenes enfeksiyonunu gösteren ASO yüksekliği vardı ve ARA tanısı, hastalığın klinik olarak ortaya çıktığı ilk dönemde konulabilirdi.

Hastaya primer ve sekonder antibiyotik profilaksisinin yapılması, rekürrenslerin önlenmesi için çok önemlidir. İlk atağında kardit olan hastalarda, tekrarlayan ataklar sırasında kardit geçirme riski yüksektir ve romatizmal kalp hastalığı oluşur. Bunu önlemenin en etkin yolu, hastaya tanı konulduğunda sekonder profilaksinin başlanmasıdır (1).

Kalp tutulumu olan hastalarda enfektif endokardite yönelik profilaksi de gerekli durumlarda verilmelidir (6,7). Hasta, tanı konulduktan sonra yatak istirahatine alınır. Kardit geçiren hastalarda kortikosteroid tedavisi uygulanır. Steroid dozu azaltılırken tedaviye asetil salisilik asit eklenmelidir (1). Antienflamatuar tedavinin, hastalığın seyrini değiştirdiği kanıtlanamamıştır ama kortikosteroid tedavisi ile akut faz reaktanlarında hızlı bir düzelmeye sağlandığı ve cerrahi tedaviye yani kapak değişimine giden hasta sayısının azaldığı bilinmektedir (1,2).

Bizim hastamızda, şikayetlerin başladığı dönemde yapılan EKO incelemesinde hafif kapak yetmezliği varken, üç ay sonra hastaya ARA tanısını koyduğumuzda hastada iki kapak tutulumu olduğunu ve mitral kapaktaki yetmezliğin üçüncü derece olarak ilerlediğini gördük. Eğer antibiyotik profilaksisi ve antienflamatuar tedavi zamanında uygun bir şekilde başlansaydı, belki de hafif olan kapak yetmezliği ilerlemeyecekti. Hastada efor dispnesi, çarpıntı veya konjestif kalp yetmezliği gibi klinik bulgular, ayrıca sol boşluklarda genişleme veya sistolik fonksiyonlarda bozulma gibi EKO bulguları bulunmamaktadır.

Ne yazık ki hastamızın ileride, valvüloplasti veya kapak değişimi için cerrahi tedavi adayı olabileceği açıktır. Hastalara tanı konulmasında yaşanan gecikmeler sonucunda olguların bir kısmı tekli veya ikili kapak değişimine giderken, hastaların bir kısmında ağır kalp yetersizliği sonucunda ölümler görülebilir. Ameliyat edilen hastalarda da kanama ve tromboemboli, aritmiler, endokardit ve gebelikle ilgili sorunlar, hastanın yaşam kalitesini azaltmakta ve büyük problemlere neden olabilmektedir (1).

Bu olgu sunumuyla, ARA hastalığının tanısını koymakta ve uygun tedaviyi vermek için hastayı çocuk kardiyoloji bölümüne yönlendirme konusunda yaşanan sıkıntıların günümüzde hala devam ettiğini; 2013 yılında, tıp alanındaki tüm ilerlemelere ve hekimlerin bilgi ve farkındalıklarının artmasına rağmen bu konudaki aksaklıkların sürdüğünü hatırlatmak istedik.

## KAYNAKLAR

1. Akalın F. Akut romatizmal ateş ve yenilikler. Türk Ped Arş. 2007;42(3):85-93.
2. Owlia M, Mirzaei M. Acute rheumatic fever: Over-estimation or mis-conception? Int J Cardiol. 2013;168(5):5107-8.
3. Lee JL, Naguwa SM, Cheema GS, Gershwin ME. Acute rheumatic fever and its consequences: A persistent threat to developing nations in the 21st century. Autoimmun Rev. 2009;9(2):117-23.
4. Ilgenfritz S, Dowlathshahi C, Salkind A. Acute rheumatic Fever: case report and review for emergency physicians. J Emerg Med. 2013;45(4):103-6.
5. Williamson L, Bowness P, Mowat A, Ostman-Smith I. Lesson of the week: difficulties in diagnosing acute rheumatic fever-arthritis may be short lived and carditis silent. BMJ. 2000;320(7231):362-5.
6. Lilic N, Kumar P. A timely reminder--rheumatic fever. N Z Med J. 2013;126(1373):88-90.
7. Barash J. Rheumatic Fever and post-group A streptococcal arthritis in children. Curr Infect Dis Rep. 2013;15(3):263-8.