

Geçirilmiş miyokarditte antikonjestif tedavi ne zaman kesilmelidir?

When should anticongestive treatment be discontinued following recovery from myocarditis?

Fikri Demir*, Meki Bilici*, Alper Akın*, Ünal Uluca**, Murat Muhtar Yılmaz***, Duran Karabel**

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji BD, Diyarbakır.

**Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD, Diyarbakır.

***Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji Kliniği, İzmir.

Özet

Miyokardit miyokard dokusunun enflamasyonu ve miyokard fibrillerinin hasarı ile seyreden bir hastalıktır. Asemptomatik seyirden, kalp yetersizliği ve ani ölüme kadar değişken bulgular gösterir. Tedavinin köşe taşı, antikonjestif ilaçlar ve gerektiğinde mekanik ventilasyonu da kapsayan destekleyici tedavidir. Miyokardit düzeldikten sonra ilaç tedavisinin kesilmesi için en uygun zaman belirsizdir. Burada, izleminin beşinci ayında kalp yetersizliği bulguları düzelen ancak ilaçları kesildikten sonra kalp yetersizliği bulguları tekrarlayan hastayı sunarak antikonjestif tedavinin kesilmesi konusunda temkinli olunması gerektiğini vurgulamak istedik.

Pam Tıp Derg 2016;9(1):83-85

Anahtar sözcükler: Miyokardit, kalp yetersizliği, tedavi.

Abstract

Myocarditis is a condition characterized by inflammation and degeneration of myocardial fibres. It shows variable findings changing from asymptomatic clinical course to heart failure and sudden death. The cornerstone of the management is supportive treatment including anticongestive medications and, if required, mechanical ventilation. The appropriate time for discontinuation of those medications following recovery from the disease is unclear. Herein, in order to emphasize the importance of being deliberate about cessation of anticongestive drugs, we present a girl who recovered from myocarditis five months after the diagnosis but had recurrence of heart failure following discontinuation of medications.

Pam Med J 2016;9(1):83-85

Key words: Myocarditis, heart failure, treatment.

Giriş

Miyokardit miyokard dokusunun enflamasyonu ve miyokard fibrillerinin hasarı ile seyreden bir hastalıktır. Başta virüsler olmak üzere çeşitli mikroorganizmalar, kollajen doku hastalıkları, romatizmal ateş, Kawasaki hastalığı, ilaçlar miyokardite neden olabilirler [1]. Asemptomatik seyredebileceği gibi, miyokard hasarının sonucu olarak kalp yetersizliği bulgularıyla da başvurulabilirler [2]. Miyokarditli çocuklarda tedavinin köşe taşı halen destekleyici tedavidir ve hastaların

çoğu uzun dönem kardiyak sekel gelişmeden iyileşmektedir [3].

Miyokardite bağlı konjestif kalp yetersizliği tablosunda başvuran; destekleyici tedavi ile izleminin beşinci ayında kalp yetersizliğinin klinik ve ekokardiyografik bulguları düzelen; ancak izlemin 10. ayında ilaçları kesildikten sonra kalp yetersizliği bulguları tekrarlayan hastayı burada sunarak antikonjestif tedavinin kesilmesi konusunda temkinli olunması gerektiğini vurgulamak istedik.

Fikri Demir

Yazışma Adresi: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji BD, Diyarbakır.
e-mail: fikrid75@gmail.com

Gönderilme tarihi: 23.03.2015

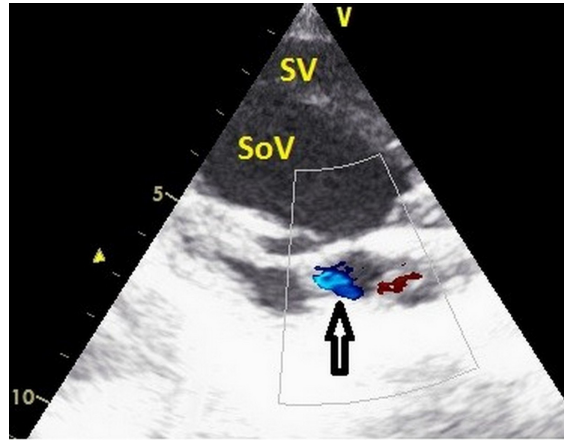
Kabul tarihi: 03.04.2015

Olgu sunumu

Yirmi aylık kız hasta, iki aylık iken bir haftadır süren hızlı nefes alma, huzursuzluk ve inleme şikâyeti ile kliniğimize başvurmuştu. Şikayetleri başlamadan önce geçirilmiş herhangi bir enfeksiyon öyküsü yoktu. Ateşi olmamıştı. Aile öyküsünde özellik yoktu. Fizik muayenede vücut ağırlığı: 4.6 kg (25. persentil), boyu: 56 cm (25-50. persentil) ölçüldü. Taşikardik (kalp hızı: 160 atım/dk) ve taşipneik (solunum sayısı: 70/dk) idi. S1, S2 normaldi, S3 duyulmuyordu. Apikal bölgede 1/6 şiddetinde pansistolik üfürüm saptandı. Dinlemekle solunum sesleri doğaldıç Karaciğer kot altında 3 cm ele geliyordu. Kan basıncı 75/40 mmHg ölçüldü. Diğer sistem bulgularında özellik yoktu. Telekardiyogramda kardiyomegali (kardiyotorasik oran: 0.58) ve hafif pulmoner konjesyon bulguları vardı. Elektrokardiyogramda sinüs taşikardisi ve V5 ile V6 derivasyonlarında bifazik T dalgaları saptandı. Ekokardiyografik incelemesinde, sol ventrikülün oldukça geniş (Diyastol sonu çap: 39 mm) ve sferik yapıda olduğu, sol ventrikül kasılmasının oldukça azaldığı (Ejeksiyon fraksiyonu (EF): %27), hafif mitral yetersizliği olduğu görüldü. Troponin I: 0.13 ng/mL (n<0.06) ve CK-MB: 32 ng/mL (n<20) bulundu. Tam kan sayımı, C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı ve biyokimyasal parametreleri normal idi. Hasta miyokardit/dilate kardiyomiyopati ön tanıları ile servise yatırıldı. Dopamin 10 mcg/kg/dk, furosemid 1 mg/kg/gün, kaptopril 1 mg/kg/gün dozunda başlandı.

Etiyolojiye yönelik yapılan viral seroloji, tiroid fonksiyon testleri ve metabolik tetkikler normal bulundu. Boğaz, kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Yatışının üçüncü gününde tedaviye idame dozunda digoksin (2x1 damla) eklendi. Klinik bulgularında düzelme olunca yatışının beşinci gününde dopamin kesildi. Kontrol ekokardiyografisinde sol ventrikül dilatasyonunun hafif gerilediği (Diyastol sonu çap: 36 mm) ve kasılmasının önceki incelemeye göre arttığı (EF: %35) izlenince ve troponin I ile CK-MB değerlerinin normale döndüğü görülünce hasta digoksin, furosemid ve kaptopril tedavisi ile yatışının yedinci gününde taburcu edildi. Poliklinik izlemlerinde yapılan ekokardiyografik incelemelerinde sol ventrikül sistolik fonksiyonu giderek düzeldi ve hastalık başlangıcından beş ay sonra yapılan ekokardiyografik incelemede normal sınırlarda bulundu (EF:%64, diyastol sonu çap: 26 mm). Mitral yetersizlik düzelmişti.

Hastanın 20 aylık iken yapılan son ekokardiyografi kontrolünde sol ventrikülün geniş olduğu (Diyastol sonu çap: 48 mm), kasılmasının azaldığı (EF: %47) ve hafif düzeyde mitral yetersizlik olduğu gözlemlendi (Resim 1). Hastanın herhangi bir şikayeti yoktu. Öyküsünde, sekiz ay önce kliniğimiz yerine başka bir merkezde kontrol muayenesi olduğu ve bulguları normal saptandığı için ilaçlarının kesildiği öğrenildi. Kalp yetersizliği bulguları nedeniyle tekrar idame dozunda digoksin (2 x 3 damla), furosemid (1 mg/kg/gün) ve kaptopril (1 mg/kg/gün) başlandı. Hasta halen çocuk kardiyolojisi polikliniğimizde izlenmektedir.



Resim 1. Parasternal uzun eksen penceresinde genişlemiş sol ventrikül. Hafif mitral yetersizlik ok ile gösterilmiştir. SoV: sol ventrikül, SV: sağ ventrikül.

Tartışma

Miyokardit, miyokard fibrillerinin hasarı ile karakterize, kalp yetersizliği bulgularıyla seyredebileceği gibi, hastanın asemptomatik de olabildiği bir hastalıktır. Spesifik klinik prezantasyonunun olmaması; semptom ve bulgularının değişken ve hafif olabilmesi nedeniyle kolaylıkla atlanabilmektedir [1,2]. Miyokarditin çocuklardaki insidansı yaklaşık olarak 1/100.000 olarak bildirilmekle birlikte, pek çok hastanın tanı almaması nedeniyle bu oranın daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir [4]. Miyokarditli çocuklarda en sık karşılaşılan semptomların hızlı nefes alma (%69), kusma (%48) ve beslenmede azalma (%40) olduğu bildirilmiştir [5]. Bizim hastamız da hızlı nefes alma ve inleme ile başvurmuş ve fizik muayenesinde taşipne, taşikardi ve hepatomegalisi saptanmıştı. Shu-Ling ve

ark. [6] da, acil servise başvuran miyokarditli hastalarda yapmış oldukları çalışmada da taşikardi (%48.7) ve hepatomegali (%41) en çok saptanan bulgulardan ikisi idi.

Pediyatrik miyokarditlerde en sık görülen telekardiyogram bulgusu kardiyomegali, en sık görülen elektrokardiyogram bulguları sinüs taşikardisi, ST-T anormallikleri ve atriyoventriküler bloktur [6]. Akut miyokardit tanısında elektrokardiyografi ve telekardiyogramın birlikte kullanılmasının iyi bir sensitiviteye sahip olduğunu bildirilmiştir [7]. Benzer şekilde, olgumuzun telekardiyogramında kardiyomegali, elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi ve V5 ile V6 derivasyonlarında bifazik T dalgaları saptandı. Durani ve ark. [5]'in yakın zamanda yapmış oldukları bir çalışmada, miyokarditli çocuklarda ekokardiyografide en sık olarak duvar hareket anormallikleri (hipokinezi, akinezi ve diskinezi) saptanmıştır. Hastamızın başvuru sırasındaki ekokardiyografik incelemesinde, sol ventrikül kasılmasının global olarak oldukça azaldığı ve sol ventrikülün oldukça geniş olduğu görüldü.

Miyokarditli çocuklarda tedavinin köşe taşı destekleyici tedavidir, hastaların çoğu uzun dönemde kardiyak sekel gelişmeden iyileşmektedir [3]. Bununla birlikte, bazı hastalar genellikle disritmiye bağlı ani kardiyak ölümlerle kaybedilebilmekte veya bazılarında ise dilate kardiyomyopati gelişebilmektedir. Hastalığın akut fazında hastalar inotropolar, diüretik ve ard yük azaltıcı ilaçlar yanında gerekli durumlarda mekanik ventilasyon veya ekstrakorporal membran oksijenizasyonu tedavisi ile desteklenmelidirler [8]. Miyokardit ile ilişkili kardiyomyopatinin tam olarak düzelmesi iki yılı bulabilmektedir [9]. Antikonjestif destekleyici tedavi ile hastamızın klinik bulguları giderek düzeldi ve izleminin beşinci ayında ekokardiyografik bulguları normal saptandı. Hastanın bulguları yeni düzeldiği için antikonjestif tedaviye devam edilmesi planlandı ancak izlemin 10. ayında kontrol muayenesi için gittikleri başka bir merkezde miyokarditin düzeldiği düşünülerek tedavisinin kesilmesiyle hastamızda tekrar sol ventrikül sistolik disfonksiyonu gelişti. Literatürde ekokardiyografik düzelme gözlenen miyokarditlerde tedavinin kesilme zamanı ile ilgili yeterli veri yoktur. Tam olarak düzelmenin iki yılı bulabildiği düşünüldüğünde, tedaviye

ekokardiyografik düzelmeden sonra birkaç ay daha aynı dozda devam edilmesi; sonrasında ise kademeli olarak doz azaltılarak ve ilaç eksiltilerek iki yıla kadar sürdürülmesi uygun olabilir.

Sonuç olarak, geçirilmiş miyokardit sonrası kardiyak disfonksiyon düzelse de antikonjestif tedavinin kesilmesi açısından temkinli olunmalıdır. Tedavisinin kesilmesi planlanan hastaların ilaçlarının yakın izlem ile kademeli olarak azaltılarak iki yıl içinde kesilmesi uygun olabilir.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkilerinin olmadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

1. Esfandiarei M, McManus BM. Molecular biology and pathogenesis of viral myocarditis. *Annu Rev Pathol* 2008;3:127-155.
2. Simpson KE, Canter CE. Acute myocarditis in children. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2011;9:771-783.
3. Robinson J, Hartling L, Vandermeer B, Crumley E, Klassen TP. Intravenous immunoglobulin for presumed viral myocarditis in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 1:CD004370.
4. Stiller B. Management of myocarditis in children: the current situation. *Adv Exp Med Biol* 2008;609:196-215.
5. Durani Y, Egan M, Baffa J, Selbst SM, Nager AL. Pediatric myocarditis: presenting clinical characteristics. *Am J Emerg Med* 2009;27:942-947.
6. Shu-Ling C, Bautista D, Kit CC, Su-Yin AA. Diagnostic evaluation of pediatric myocarditis in the emergency department: a 10-year case series in the Asian population. *Pediatr Emerg Care* 2013;29:346-351.
7. Freedman SB, Haladyn JK, Floh A, Kirsh JA, Taylor G, Thull-Freedman J. Pediatric myocarditis: emergency department clinical findings and diagnostic evaluation. *Pediatrics* 2007;120:1278-1285.
8. Vashist S, Singh GK. Acute myocarditis in children: current concepts and management. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2009;11:383-391.
9. Kühn U, Schultheiss HP. Myocarditis in children. *Heart Fail Clin* 2010;6:483-496.