

Geçirilmiş Akut Romatizmal Ateşe Bağlı Fibrinli Perikardiyal Efüzyon ve Valvülit: Sıradışı Klinik Prezantasyon

Fibrinous Pericardial Effusion and Valvulitis Secondary to Previous Acute Rheumatic Fever: An Unusual Clinical Presentation

Osman Yılmaz, Ömer Kılıç*, Murat Çiftel

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyolojisi Kliniği, Erzurum, Türkiye

*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Erzurum, Türkiye



Öz

Akut romatizmal ateşin (ARA) sekeli olan romatizmal kalp hastalığı, gelişmekte olan ülkelerde çocuklar ve genç yetişkinlerde edinsel kalp hastalıklarının önemli bir nedenidir. Romatizmal kalp hastalığı olan hastalarda değişken derecede kapak hastalığı, kalp yetersizliği ve perikardit görülür. On iki yaşında kız hasta üç gün süren ateş, üç aydan beri olan halsizlik, çabuk yorulma ve göğüs ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Ekokardiyografide sol ventrikül komşuluğunda fibrin birikimlerinin olduğu 24 mm genişliğinde perikardiyal efüzyon görüldü. Yaklaşık 3 ay önce ayak bileklerinde ve dizlerinde gezici tarzda, 1 hafta süren şişlik, kızarıklık ve ağrısı olduğu öğrenildi. Öyküye göre yaklaşık 3 ay önce ARA atağı geçirdiği düşünülen ve fibrinli perikardiyal efüzyon ile başvuran hasta, akut romatizmal ateşin sıradışı klinik prezantasyonu olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar kelimeler

Akut romatizmal ateş, romatizmal kalp hastalığı, perikardiyal efüzyon, adölesan

Keywords

Acute rheumatic fever, rheumatic heart disease, pericardial effusion, adolescent

Geliş Tarihi/Received : 04.10.2013

Kabul Tarihi/Accepted : 13.02.2014

DOI:10.4274/jcp.14622

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Dr. Ömer Kılıç, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Erzurum, Türkiye
Tel.: +90 442 232 53 64
E-posta: omerkilic7@yahoo.com

Abstract

Rheumatic heart disease, a sequela to acute rheumatic fever (ARF), is a major cause of acquired heart disease in children and young adults in developing countries. Valvular disease of variable severity, heart failure, and pericarditis has been observed in patients with rheumatic heart disease. A 12-year-old female patient presented with fever presented for 3 days, continuing for fatigue, exhaustion, and chest pain. Echocardiography revealed a pericardial effusion with a 24-mm-thick fibrin accumulation in the neighborhood of the left ventricle. Review of the patient's medical history revealed that about 3 months earlier the patient had experienced migrating swelling, erythema, and pain of the ankles and knees that lasted for 1 week. Here, we present an ARF patient with an unusual clinical presentation who thought to have an attack of acute rheumatic fever 3 months earlier and was presented with fibrinous pericardial effusion.

Giriş

Akut romatizmal ateş (ARA) A grubu beta hemolitik streptokok ile oluşan farenjitten birkaç hafta sonra, enfeksiyona otoimmün yanıt olarak gelişen, multisistem inflamatuvar hastalıktır (1). ARA'nın sekeli olan romatizmal kalp hastalığı, gelişmekte olan ülkelerde çocuklar ve genç yetişkinlerde edinsel kalp hastalıklarının önemli bir nedenidir. Romatizmal kalp hastalığı olan hastalarda değişken derecede kapak hastalığı, kalp yetersizliği ve perikardit görülür. Öyküye göre yaklaşık 3 ay önce ARA atağı geçirdiği düşünülen ve fibrinli perikardiyal efüzyon ile başvuran hasta, ARA'nın sıradışı klinik prezantasyonu olması nedeniyle sunulmuştur.

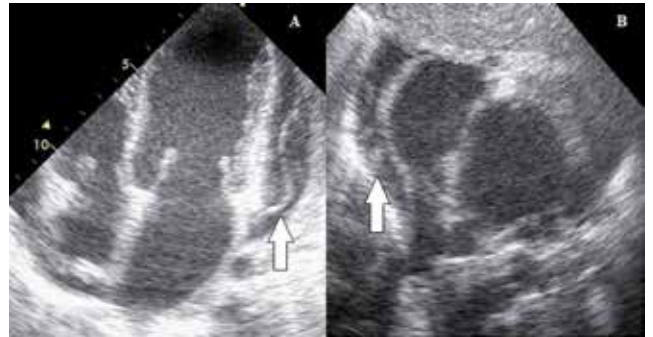
Olgu Sunumu

On iki yaşında kız hasta üç gün süren ateş, üç aydan beri olan halsizlik, çabuk yorulma ve göğüs ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede aksiller ateşi 39,3 °C, kalp atım hızı 130/dk, arteriyel tansiyonu 110/75 mmHg bulundu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde sol apikal bölgede ve tüm prekordiyal alana yayılım gösteren 3/6 pansistolik üfürüm duyuldu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 12.000/mm³, C-reaktif protein (CRP) 20,2 mg/dL (0-1), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 86 mm/saat, anti streptolizin O (ASO) 175 IU/ml (0-200) bulundu. Boğaz sürüntüsü ve kan kültüründe üreme olmadı. Akciğer grafisinde kalp gölgesinde genişleme saptandı (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol kalp lehine kardiyomegali ve yaklaşık 12 mm genişliğinde perikardiyal efüzyon saptandı. Sol akciğer alt lop anteriomedio bazal segmentte fibroatektazik değişiklikler izlendi. Ekokardiyografide sol ventrikül komşuluğunda fibrin birikimlerinin olduğu 24 mm genişliğinde perikardiyal efüzyon görüldü (Resim 2A). Sağ atriyum komşuluğunda 12 mm septalı efüzyon görüldü, sağ atriyuma bası belirtisi yoktu (Resim 2B). Renkli doppler ekokardiyografide ağır mitral ve aort yetersizliği saptandı (Resim 3). Sol ventrikül diyastol sonu çapı artmış ve septum hareketleri paradokstu. Elektrokardiyografide (EKG) PR mesafesi 0,2 saniye ölçüldü, belirgin voltaj düşüklüğü saptanmadı. Yaklaşık 3 ay önce ayak bileklerinde ve dizlerinde gezici tarzda, 1 hafta süren şişlik, kızarıklık ve ağrısı olduğu öğrenildi.

Perikardiyal efüzyon ile aort ve mitral kapak yetersizliği olması üzerine antiinflamatuvar olarak metilprednizolon (60 mg/gün, dört dozda), pürülan perikardit şüphesiyle meropenem (60 mg/kg/gün, üç dozda) başlandı. Ayrıca konjestif kalp yetersizliği için enalapril (0,1 mg/kg/gün) ve furosemid (1 mg/kg/günaşırı) başlandı. Tedavinin 3. haftasında akciğer grafisinde kalp gölgesi normale döndü (Resim 4), perikardiyal efüzyon tamamen kayboldu ve kapak yetersizliklerinde belirgin düzelme oldu (Resim 5), ESH ve CRP değerleri normal bulundu. Üç haftalık tedavinin ardından, enalapril ve furosemid tedavilerine devam edilmek üzere, 21 günde bir benzetin penisilin



Resim 1. Tedavi öncesi akciğer grafisinde kalp gölgesinde genişleme

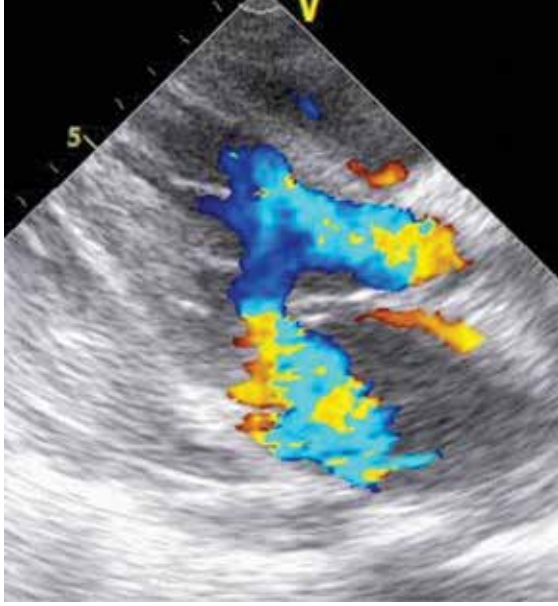


Resim 2. Tedavi öncesi ekokardiyografide sol ventrikül komşuluğunda fibrinli perikardiyal efüzyon (ok) (2A) ve sağ atriyum komşuluğunda septalı efüzyon (ok) (2B)

G profilaksisi ile ayaktan takibi yapıldı. Dokuz aylık izleminde herhangi bir sorun görülmedi.

Tartışma

ARA'ya bağlı kalp tutulumu olduğunda endokard, myokard ve perikard etkilenebilir. Perikardit



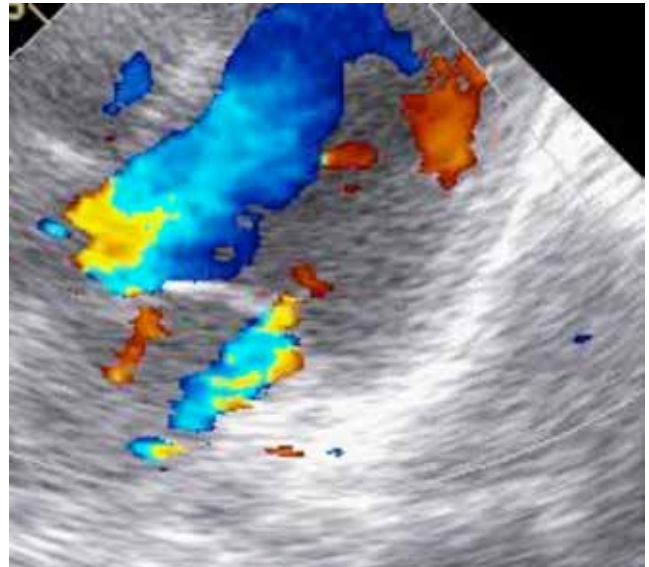
Resim 3. Renkli doppler ekokardiyografide tedavi öncesinde ağır mitral ve aort yetersizliği



Resim 4. Tedavi sonrası akciğer grafisinde kalp gölgesi normale döndü

asemptomatik olabileceği gibi çeşitli derecelerde sıvı birikimi ile birlikte. Genellikle sıvı birikimi yavaş olduğu için kardiyak tamponad son derece nadir görülür (2-4). Ekokardiyografide aort ve mitral kapak yetersizliği ile perikardiyal efüzyon saptanan olgumuzda, yaklaşık üç ay önce ayak bileklerinde ve dizlerinde gezici tarzda şişlik, kızarıklık ve ağrısı öyküsü olması geçirilmiş akut romatizmal ateş atağı olarak değerlendirildi. Başvuru sırasında saptanan perikardit ve valvülit ilk atak sırasında oluşan karditin devamı ya da ARA'nın rekürrensine bağlı olabilir. Kardiyomegaliye bağlı bası sonucunda olduğu düşünülen sol akciğerde fibroatektazik değişikliklerin olması, ASO düzeyinin normal bulunması ve boğaz kültüründe üreme olmaması ilk atakla ilgili bir tablo olduğunu düşündürmüştür. ARA'nın erken döneminde ASO genellikle yüksek bulunur. Ancak streptokokal enfeksiyonla ARA'nın saptanması arasındaki süre iki aydan fazlaysa, ASO düzeyi azalmış veya normal bulunabilir (5). Olgumuzda da öykü ve ekokardiyografi bulgularıyla ARA atağı geçirildiği düşünülmesine rağmen aradan üç ay gibi bir süre geçtiği için ASO düzeyi normal bulunmuştur.

ARA'ya bağlı karditte perikardiyal efüzyon fibrinöz özelliktedir (6). Ancak fibrin birikimleri, ARA'ya bağlı perikarditte sadece bir olguda gösterilmiştir (4). Olgumuzun perikardiyal efüzyonunda fibrin birikimlerinin görülmesi perikarditin ilk atak sırasında oluştuğunu destekliyordu. Literatürde A grubu



Resim 5. Tedavi sonrasında perikardiyal efüzyon ile aort ve mitral yetersizliğinde azalma oldu

streptokok enfeksiyonuna bağlı pürülan perikardit olguları bildirilmiştir (7,8). Pürülan perikardit tedaviye rağmen yüksek mortalitesi (%40) olan ağır bir klinik tablodur (9). Ateş, CRP ve ESH yüksekliği nedeniyle hastamıza pürülan perikardit şüphesiyle meropenem başlanmasına karar verilmiştir.

ARA için tanımlanan Jones kriterlerine göre bir major (kardit) ve iki minör (ateş, akut faz reaktanlarında artış) bulgusu olan hastamızda geçirilmiş streptokok enfeksiyonu kanıtlanamadı. Ancak pankardit ve 3 ay önce eklem şikayetlerinin olması nedeniyle metilprednizolon başlandı. Kardiyak tamponad bulgularının olmaması ve ekokardiyografide sağ atriya bası olmaması nedeniyle perikardiyosentez yapılmadı. Ekokardiyografi ile günlük izlemde kısa sürede perikardiyal efüzyonda azalma izlendi. Perikardiyosentez yapılmaması perikarditin bakteriyel kaynaklı olup olmadığı konusunda şüpheyi gidermedi. Ancak gezici poliartrit öyküsü, mitral ve aort kapaklarında ağır valvülit olması, akut faz reaktanlarının yüksek olması, romatizmal kalp hastalığının fibrinöz perikardit şeklinde sıra dışı bir klinik prezentasyonu olduğunu düşündürdü.

Kaynaklar

1. Guilherme L, Kalil J. Rheumatic fever: from innate to acquired immune response. *Ann N Y Acad Sci* 2007;1107:426-33.
2. Rocha Araujo FD, Brandao KN, Araujo FA, Vasconcelos Severiano GM, Alves Meira ZM. Cardiac tamponade as a rare form of presentation of rheumatic carditis. *Am Heart Hosp J* 2010;8:55-7.
3. Unal N, Kosecik M, Saylam GS, Kir M, Paytoncu S, Kumtepe S. Cardiac tamponade in acute rheumatic fever. *Int J Cardiol* 2005;103:217-8.
4. Tan AT, Mah PK, Chia PL. Cardiac tamponade in acute rheumatic carditis. *An Rheum Dis* 1983;42:699-701.
5. Stollerman GH, Markowitz M, Taranta A, Wannamaker LW, Whittemore R. Jones criteria (revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. *Circulation* 1965;32:664-8.
6. Roberts WC. Pericardial heart disease: its morphologic features and its causes. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2005;18:38-55.
7. Angoulvant F, Bellanger H, Magnier S, Bidet P, Saizou C, Dager S. Acute purulent pericarditis in childhood: don't forget β -haemolytic group-A Streptococcus. *Intensive Care Med* 2011;37:1709-10.
8. Bhaduri-McIntosh S, Prasad M, Moltedo J, Vazquez M. Purulent pericarditis caused by group a streptococcus. *Tex Heart Inst J* 2006;33:519-22.
9. Pankuweit S, Ristic AD, Seferović PM, Maisch B. Bacterial pericarditis: diagnosis and management. *Am J Cardiovasc Drugs* 2005;5:103-12.