

Akut romatizmal ateşin değişken yüzü

Changing face of acute rheumatic fever

Dr. Canan Ayabakan, Dr. Figen Akalın

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

Jones kriterleri, 1944'ten beri tüm dünyada akut romatizmal ateşin (ARA) tanısında hekimlere yol göstermektedir. Ancak, ARA'da farklı klinik tablolar ve patognomonik olmayan bulgular hala tanı gücünü yaratmaktadır. Bu özellikleri vurgulamak amacıyla sıra dışı klinik bulgulara sahip dört hastamızı tartışıyoruz.

Birinci Olgu: On dört yaşında erkek hasta, 8 ay önce ateş, dizlerde ve ayak tabanlarında ağrıyla başka bir merkeze başvurduğunda 7 gün oral penisilin tedavisi almış, ancak Jones kriterlerine göre major bulgusu olmadığı için ARA düşünülmemiş ve sekonder profilaksi başlanmamıştı. İki ay önce kendiliğinden geçen boğaz ağrısı ve bir aydır halsizliği olan hasta anemi ve hepatomegali nedeniyle araştırılırken üfürüm duyulduğu için pediatrik kardiyoloji bölümüne danışıldı. Kalp yetersizliği bulgularının yanısıra, aort ve mitral yetersizlik üfürümleri saptandı. Ekokardiyografide sol atriyum ve sol ventrikülde dilatasyon, orta dereceli aort yetersizliği ve önemli mitral yetersizlik vardı. Bu sıradaki akut faz belirleyicileri yüksek olduğu için 2 hafta prednizolon ve 4 hafta salisilat tedavisi aldı. Penisilin profilaksisinin yanı sıra digoksin, furosemid ve enalapril tedavisi başlandı.

Bu olgu sinsi seyirli kardite örnek oluşturmaktadır. İlk atakta artritin ön planda olmayışı ve olasılıkla subklinik karditin bulunması ARA tanısını zorlaştırmıştır. Akut romatizmal ateşin sık görüldüğü bölgelerde Jones kriterlerine katı şekilde uyulması özellikle tekrarlayan ataklarda ARA tanısının gözden kaçmasına neden olabilmektedir. İlk atakta karditi olmayan hastalarda tekrarlayan ataklar olmadığı halde romatizmal kapak hastalığının sessizce geliştiği bilinmektedir (1). Bu hastalarda, olgumuzdaki gibi, sessiz karditin ilk atakta fark edilmemiş olduğu, profilaksi uygulanmadığında ise belirgin kardit şeklinde reaktivasyonun ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Artrit veya koreli (chorea) olgularda Doppler ekokardiyografi ile subklinik valvüler yetersizliklerin saptanması bu görüşü desteklemektedir (2).

İkinci Olgu: Altı buçuk yaşında kız hasta; kendiliğinden geçen üst solunum yolu enfeksiyonundan (ÜSYE) 12 gün sonra gezici poliartrit ve ateş ile başvurdu. Antistreptolizin O (ASO), C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) yüksekti. Klinik ve ekokardiyografik olarak kardit saptanmadığı için salisilat tedavisi başlandı. Ateş ve artrit tedavisiyle 24 saatte düzel-

di. Yedi hafta boyunca salisilat düzeyi 15-20 mg/dl arasında tutulmasına rağmen ESR yüksek seyrettiği için tedavi kesildi. Diğer kollajen doku hastalıklarına yönelik yapılan tetkikler normal bulundu. On iki hafta sonra ESR normale döndü. Bu sırada ateş ve eklem yakınmaları tekrarlamadı. Hasta penisilin profilaksisi ile izleme alındı.

Akut romatizmal ateşinde ESR akut dönem geçtikten sonra normale döner, hatta tedavi edilmezse 6-12 hafta yüksek kalabilir (3). Bu olguda geçirilmiş streptokok enfeksiyonuyla birlikte bir major (gezici poliartrit) ve iki minör (ateş ve yüksek ESR, CRP) kriterin olması bizi kolaylıkla ARA tanısına yöneltmiş ancak ESR'nin salisilat tedavisine rağmen 12 hafta yüksek kalması daha sonra tanının doğruluğunun sorgulanmasına neden olmuştur.

Üçüncü Olgu: On dört yaşında kız hasta, 2 hafta önce kendiliğinden geçen tonsillitten sonra ateş ve gezici poliartritle başvurdu. El, ayak bilekleri ve ellerde interfalanjiyal eklemler tutulmuştu. Tetkiklerinde ASO, CRP ve ESR yüksekti. Üfürüm ve kalp yetersizliği bulgusu yoktu. Ekokardiyografide hafif mitral ve aort yetersizliği saptanarak salisilat tedavisi başlandı. Tedavinin 35. gününde sol hemikore gelişti. Yedi hafta boyunca salisilat düzeyi 15-20 mg/l arasında olmasına rağmen normale dönmeyen ESR ve hemikore nedeniyle yapılan kraniyal manyetik rezonans görüntüleme normal bulundu, anti-DNA ve antinükleer antijen negatifti. Kontrol ekokardiyografide mitral yetersizlikteki artış ve yüksek ESR nedeniyle prednizolon tedavisine geçildi.

Dördüncü Olgu: On iki yaşında erkek hasta, ÜSYE geçirdikten 20 gün sonra ateş ve gezici poliartritle başvurdu. Fizik incelemede masum üfürüm, elektrokardiyografide uzun PR aralığı, ekokardiyografide hafif mitral yetersizlik mevcuttu. Tetkiklerinde ASO, ESR, CRP yüksekti. Dört haftalık salisilat tedavisine rağmen, salisilat düzeyi 19.8 mg/dl iken ESR 92 mm/saat olduğu ve kontrol ekokardiyografide aort yetersizliği eklendiği için prednizolon tedavisine geçildi.

Üçüncü ve dördüncü olguların ortak özelliği, poliartrit ve subklinik karditin bulunması, salisilat tedavisine rağmen uzun süre ESR'nin yüksek kalması ve karditin hastalığın seyri sırasında ilerlemiş olmasıdır. Literatürde ARA'da 2-4 hafta içinde tedaviye rağmen kardit bulgularının ilerleyebileceği (2) ve ARA'nın

aktif dönemi antienflamatuvar tedaviden bağımsız olup, antienflamatuvar tedavi enflamasyonu baskılasa da karditin gelişimini durdurmadığı (3) bildirilmiştir. Tedavide salisilat veya steroid kullanımının uzun dönemde romatizmal kapak hastalığının seyri üzerinde etkili olmadığını belirten yayınlar mevcuttur (4). Diğer taraftan steroid ile ARA'lı hastalarda akut faz reaktanlarının daha çabuk normale döndüğü gösterilmiştir (3). Karditte rutin steroid tedavisi uygulanan merkezlerde daha az kapak replasmanı yapılması (4) ve steroid tedavisi alan subklinik karditli hastaların kapak yetersizliklerinin daha erken normale dönmesi (5) bizim de bu hastalarda steroid tedavisini tercih etmemize neden olmuştur. Bu nedenlerle ilk 4 hafta ARA'lı hastaların yakın izlenmesi ve gerekirse tedavi değişikliği düşünülmesinin yararlı olacağı kanısındayız.

Kore streptokok enfeksiyonundan ortalama 3 ay sonra görülür, bu süre 17 aya kadar uzayabilir. Çoğunlukla kore ortaya çıkanı kadar akut faz reaktanları normale dönmüştür. Bulgular tipikse kraniyal görüntüleme yapmak gereksizdir (3), fakat üçüncü olguda atağın başlangıcından bir ay sonra, ESR henüz yüksekken hemikore gelişmesi başta sistemik lupus eritematosus olmak üzere diğer nörolojik tutulumlu hastalıkların dışlanmasını gerektirmiştir.

Akut romatizmal ateş günümüzde de farklı başvuru semp-

tomları ve klinik seyriyle çocuk hekimlerini uğraştırmaya devam etmektedir. İlk kez tarif edildiği günden bu yana teknolojideki gelişmelere rağmen tanı koydurucu laboratuvar yöntemlerinin bulunamamış olması, tanı kriterlerinin ve tedavi yöntemlerinin yeniden gözden geçirilmesini gündeme getirmeye devam edecektir.

Kaynaklar

1. Bland ER, Jones TD. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: a 20 year report on 1000 patients followed since childhood. *Circulation* 1951; 4: 836-43.
2. Narula J, Chandrasekhar Y, Rahimtoola S. Diagnosis of active rheumatic carditis. The echoes of change. *Circulation* 1999; 100: 1576-81.
3. El-Said GM, El-Refae MM, Sorour KA, El-Said HG. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. In: Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR, editors. *The Science and Practice of Pediatric Cardiology*. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams and Wilkinson; 1998: p.1691-724.
4. Visvanathan K, Manjarez RC, Zabriskie JB. Rheumatic fever. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 1999; 1: 253-8.
5. Özkutlu S, Halloğlu O, Ayabakan C. Evaluation of subclinical valvular disease in patients with rheumatic fever. *Cardiol Young* 2003; 13: 495-9.