

# Romatizmal Kalp Hastalığı ile Doğumsal Kalp Hastalığının Birlikte Görülmesi

Yusuf İzzet AYHAN (\*), Murat ANIL (\*\*), Ferhan Meriç (\*), Sevil ÖZCAY (\*\*\*)

## SUMMARY

### Combined Rheumatic and Congenital Heart Disease

We evaluated combined rheumatic and congenital heart disease in 4 patients. Congenital defects were ventricular septal defect, patent ductus arteriosus, operated valvular pulmonary stenosis, bicuspid aortic valve plus aortic valve stenosis. Rheumatic manifestations were mitral and aortic valve regurgitation in 3 patients and mitral regurgitation in one patient. Sydenham' chorea was seen together with rheumatic valve disease in one patient. The incidence of combined rheumatic and congenital heart disease was % 3 in our 124 rheumatic fever patients. Conclusion: because of high incidence of rheumatic fever in Turkey, when clinical and laboratory findings of rheumatic fever are established in patients with congenital heart disease, diagnosis of combined rheumatic and congenital heart disease could be made.

**Key words:** Rheumatic heart disease, congenital heart disease

**Anahtar kelimeler:** Romatizmal kalp hastalığı, doğumsal kalp hastalığı

Romatizmal kalp hastalığı, gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sık olarak görülmekte ve edinsel kalp hastalıkları içinde ilk sırayı almaktadır. SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Polikliniği'nde, izlenmekte olan romatizmal ateş tanısı almış 124 hasta bulunmaktadır. Bu hastaların tüm kardiyolojik hasta grubumuz içindeki oranı % 15'dir. Kliniğimizde bu 124 romatizmal ateşli hastada yapılan bir çalışmada, romatizmal kalp hastalığı görülme sıklığı % 86'dır<sup>(1)</sup>. Doğumsal kalp hastalığı görülme sıklığının klasik olarak % 1 oranında olduğu düşünülürse, iki hastalığın birlikte görülme riskinin mevcut olduğu açıktır. Kliniğimizde romatizmal ateş tanısı almış hasta grubumuz içinde yer alan 4 olguda romatizmal kalp hastalığı ile doğumsal kalp hastalığının birlikteliği saptandı.

## OLGULAR

**Olgu 1:** A.Y. 14 yaşında erkek hasta. Üç gün önce sol dizde şişlik ve ağrı, ardından sağ dizde ağrı ve yürüyememe şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ dizde şişlik, kızarıklık, hasasiyet ve oskültasyonda apekte 2/6 şiddetinde regürjitan tipte üfürüm, sol parasternal bölgede diastolik üfürüm, apekte sistolik klik ve suprasternal tril mevcuttu. Laboratuvar bulgularında; sedimantasyon yüksekliği (120 mm/s), CRP pozitifliği, ASO yüksekliği (400 Todd ü.) ve telegrafide kardiyomegali saptandı. Tekrarlanan hemokültürlerde üreme olmadı. Ekokardiyografik incelemede biküspid aort kapağı, hafif aort kapak darlığı, orta derecede aort kapak yetersizliği, hafif mitral kapak yetersizliği belirlendi. Hastaya romatizmal ateş tanısı ile steroid tedavisi başlandı, ardından aspirin ile bu supresyon tedavisi tamamlandı ve penisilin profilaksisine alındı. 6 ay sonra tekrarlanan ekokardiyografide mitral kapak yetersizliği kaybolmuştu.

**Olgu 2:** T.U. 13 yaşında erkek hasta. Dört gün önce dizlerinde ve ardından ayak bileğinde şişlik şikayeti ile başvurdu. 5 yıl öncesinde romatizmal ateş tanısı ile penisilin profilaksisine alınmış, ancak daha sonra kesmişti. Fizik muayenede sağ ayak bileğinde şişlik, ağrı, kızarıklık ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde sternum solunda 4. interkostal aralıkta 4/6 ve apeksde 3/6 şiddetinde regürjitan tarzda üfürüm ve sternum solunda tril tesbit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde; sedimantasyon yüksekliği (120 mm/s) ve CRP pozitifliği tesbit edildi. Hemokültürlerde üreme olmadı. Ekokardiyografide orta derecede mitral kapak yetersizliği, hafif aort kapak yetersizliği, sol ventrikülde genişleme ve 8.2 mm genişlikte perimembranöz-outlet ventriküler septal defekt saptandı. Steroid ve aspirin ile supresyon tedavisi uygulandı ve benzathin penisilin profilaksisine alındı.

**Olgu 3:** H.Ç. 12 yaşında erkek hasta. 3 gündür süren ateş, diz ve dirseklerinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde ilk kez 3 aylıkken kalbinde üfürüm duyulduğu ancak tetkik edilmediği belirtiliyordu. Fizik muayenede ateş 39°C, sağ diz ve sol dirsek eklemine şişlik, kızarıklık ve ısı artışı mevcuttu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde sol infraklavikuler bölgede devamlı üfürüm, apeksde 3/6 regürjitan üfürüm ve 3. ses mevcuttu. Tetkiklerinde sedimantasyon yüksekliği (130 mm/s), CRP pozitifliği, ASO yüksekliği (400 Todd ü.) saptandı. Hemokültürlerinde üreme olmadı. Yatışından 2 gün sonra ateşi düştü. Ekokardiyografik incelemede geniş patent ductus

İstanbul, SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği Çocuk Kardiyolojisi Uzmanı\*, Asist. Dr.\*\*., Klinik Şefi\*\*\*

arteriosus, orta derecede aort kapak yetersizliği ve hafif mitral kapak yetersizliği belirlendi. Ekokardiyografide endokardit lehinde bulgu saptanmadı. Steroid ve ardından aspirin uygulandı, penisilin profilaksisine alındı. Yaklaşık 8 ay sonra hastaya PDA ligasyonu girişimi uygulandı.

**Olgu 4:** K.A. 12 yaşında erkek hasta. Bir haftadır el ve ayaklarında istemsiz hareketler, yürüme ve konuşmada zorluk, yazı yazma ve yemek yemede güçlük nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde 2.5 yaşında pulmoner kapak darlığı tanısı ile opere edildiği öğrenildi. Fizik muayenede kore saptandı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde sternum solunda 2-3. interkostal aralıkta 2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü ve apekte 2/6 sistolik regürjitan üfürüm mevcuttu. Nöroloji konsültasyonunda Sydenham koresi düşünüldü. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon 30 mm/s, CRP (-), ASO 400 Todd ü. olarak tespit edildi. Yapılan ekokardiyografik incelemede hafif pulmoner kapak darlığı, hafif pulmoner kapak yetersizliği ve orta derecede mitral kapak yetersizliği saptandı. Hasta geçirilmiş romatizmal ateş, Sydenham koresi ve romatizmal mitral kapak hastalığı olarak kabul edildi. Kore için haloperidol tedavisi başlandı ve penisilin profilaksisine alındı.

## TARTIŞMA

Romatizmal ateş ve sonucunda gelişen kapak hastalıkları çocuk kardiyoloji polikliniği sırasında sıkça karşılaştığımız problemlerden biridir. Doğumsal kalp anomalileri de hasta grubumuz içinde ilk sırayı almaktadır. Her iki problemin birlikte olduğu olgular nadiren görülebilmektedir. Çalışmamızda sunulan olgularımızda mevcut doğumsal anomaliler sırasıyla bicuspid aort kapağı ve hafif aort kapak darlığı, ventriküler septal defekt, patent ductus arteriosus, pulmoner kapak darlığı olarak belirlendi. Literatürde romatizmal ateşe eşlik eden bicuspid aort kapağı, pulmoner ven dönüş anomalisi, koroner arter-pulmoner arter fistülü, cor triatriatum gibi anomaliler bildirilmiştir (2-5).

Hastalarımızdan birinde doğumsal kalp anomalisine tek başına mitral kapak yetersizliği, diğerlerinde ise aort ve mitral kapak yetersizliği birlikte eşlik ediyordu. Bir hastamız Sydenham kore'sine bağlı semptomlarla başvurdu. Hastalarımızdan ilk üçü eklem problemi ile başvurdu ve bunlarda gezici artrit mevcuttu. Aynı zamanda

akut faz reaktanları da pozitif bulundu. Bu hastalara 1992 yılında modifiye edilen Jones kriterlerine uygun olarak romatizmal ateş tanısı kondu. Son olguda ise Sydenham koresi'nin saptanması romatizmal ateş tanısı için yeterli bulundu ve bu hastada mevcut olan mitral kapak yetersizliği sekel olarak kabul edildi. Tüm olgularda, özellikle endokardit ayırıcı tanısı, klinik ve laboratuvar veriler ile yapıldı. Olguların tamamında tekrarlanan (farklı lokalizasyonlardan en az 4 kez) hemokültürlerde üreme olmadı ve endokardit lehinde ekokardiyografik bulgu saptanmadı. Bir hastada (olgu 3) başvuru sırasında yüksek ateş mevcuttu, ancak yatısından iki gün sonrasında kayboldu.

Sonuç olarak doğumsal kalp anomalili çocuklarda uygun klinik ve laboratuvar kriterler mevcutsa, dikkatli bir ayırıcı tanı ve özellikle de endokardit ekarte edilerek romatizmal ateş tanısı düşünülmelidir. Ülkemizde, romatizmal ateş görülme sıklığının hala yüksek olması nedeniyle her iki hastalığın birlikte görüldüğü durumlarda romatizmal ateşin erken tanısı ve düzenli penisilin profilaksisi ile romatizmal kapak hastalığının ileride oluşturabileceği problemlerden korunmak mümkün olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Ayhan Yİ, Canbolat A, Meriç F, Özçay S: Romatizmal ateş tanısıyla izlediğimiz 124 hastanın değerlendirilmesi. Göztepe Tıp Dergisi, 15(2):99-102, 2000.
2. Wanderman KL, Gueron M: Coexistence of congenital bicuspid aortic valve and rheumatic heart disease. Chest 71(4):562, 1977.
3. Halpern BL, Murray GC, Conti CR, Humphries JO, Gott VL: Continuous murmur due to the combination of rheumatic mitral stenosis and rare type of anomalous pulmonary venous drainage. Circulation 42(1):165-70, 1970.
4. Lanzillo G, Alessandrini F, Bartoccioni S, Bombardieri G, Intonti MA, Pragliola C, Morelli M, Baruffi E: Surgical correction of congenital left coronary-pulmonary artery fistula and rheumatic mitral valve disease. Scand J Thorac Cardiovasc Surg 23(2):189-91, 1989.
5. de Belder MA, Argano V, Burell CJ: Cor triatriatum sinister, not mitral stenosis in an adult with previous Sydenham's chorea: diagnosis and preoperative assesment by cross sectional echocardiography. Br Heart J 68:9-11, 1992.