

## **Editöre Mektup**

### **Subklinik Romatizmal Kapak Tutulumu**

"Romatizmal ateşte subklinik kapak tutulumu: İzole artrit ve saf koreli olguların karşılaştırılması" başlıklı makalemize gösterilen ilgi, değerlendirme, yorum ve konuyu aydınlatıcı sorular için teşekkür ederiz (1). Halen birkaç klinik ve laboratuvar bulguyu bir araya getirmek suretiyle ARA tanısında klinisyenlere rehberlik eden Jones kriterleri, özellikle yalancı pozitif tanı konulmasını ("overdiagnosis") önlemek için 4 defa gözden geçirilip, güncelleştirilmesine karşın streptokok infeksiyonunun sık görüldüğü ve serum ASO düzeylerinin yüksek olduğu toplumlarda en az spesifik bulgusu olan ve en sık karşılaşılan poliartrit varlığında "overdiagnosis"i tam olarak önleyememektedir (2). Bazı araştırmacılar klinik kardit bulgusu olmayan ARA'li hastalarda saptanan sessiz valvüler yetersizliğin özellikle poliartritli hastalarda "overdiagnosis"i azaltmak bakımından minör kriter olarak kullanılmasını önermektedirler (3,4). Bunun yanında major kriter olması gerektiğini (5) ileri sürenler olduğu gibi, kardit tanısında ek bir katkısı olmadığını (6) ileri sürenler de vardır. Bizim çalışmamızda sessiz karditin major kriter olmasını ileri sürebilecek bir veri mevcut değildir. Tüm olgularda poliartrit veya kore şeklinde en az bir major kriter zaten mevcuttur. Ancak poliartritli olgularda overdiagnosis'i önlemek için ateş ve sedimentasyon yükselmesinden daha spesifik olan, esasen kalbin ileti sistemi tutulduğu halde kardit kabul edilmeyen PQ uzaması gibi sessiz kapak tutulumu da minör kriter kabul edilebilir ve iki minör kriterden birinin son ikisinden birisi olması şartı ileri sürülebilir. Öte yandan son güncelleştirmede sinsi başlayan ve yavaş ilerleyen "indolent" kardit, rekürren RA atağı, izole kore gibi bazı özel durumlarda kriterlerin tam olarak doldurulamaması nedeniyle bu kriterlere katı bir şekilde bağlı olmaksızın da ARA tanısı konulabileceği belirtilmektedir (7). İzole korelilerde semptomlar ortaya çıktığında genellikle romatizmal aktivite sönmüş ve geçirilmiş streptokok infeksiyonunun kanıtları da ortadan kalmış olduğundan çoğu zaman Jones kriterleri doldurulmadan tanı konulmaktadır. Ayrıca bu tablo bazı nörolojik hastalıklar ile de karıştırılabilmektedir.

Sydenham korelilerin büyük çoğunluğunda saptadığımız sessiz kapak yetersizliği minör kriter kabul edilerek ayırıcı tanıda ve sekonder protilaksi süresini belirlemede yardımcı olabilir. Sessiz kapak yetersizliğinin major kriter kabul edilmesi, büyüme ağrısı (artralji) olan ve herhangi bir nedenle sedimentasyonu yüksek olan birçok çocuğa sağlıklı toplumda sık görülen fizyolojik mitral yetersizliğinden (MY) dolayı diğer major kriterler aranmaksızın yanlış ARA tanısı konulmasına yol açabilir. Fakat bizim de hiç major kriter olmaksızın, geçirilmiş streptokoksik faranjit sonrası artralji ve düşmeyen eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) nedeniyle ekokardiyografi yapılarak sessiz mitral ve aort yetersizliği (MY+AY) saptayıp muhtemel ARA tanısı koyduğumuz, penisilin ve antienflamatuar tedavi ile sessiz kapak yetersizliğinin ortadan kalktığı ve halen profilakside olan bir olgumuz mevcuttur (yayınlanmamış bilgi). Ancak bu türden olgular sıklıkla bildirildiği ve dokümanete edildiği takdirde sessiz çift kapak yetersizliği (MY + AY) istisnai major kriter olarak ileri sürülebilir.

Sydenham korelilerde sessiz kapak yetersizliğinin daha sık görülmesi geçirilmiş streptokok infeksiyonu ile semptomların ortaya çıkmasına kadar geçen latent dönemin uzun olması ile ilgili olabilir. Muhtemelen bunlar karditi daha önce ve subklinik olarak geçirmekte, kore semptomlarıyla başvurduklarında akut faz yanıtı bulunmayanlar rezidüel sessiz kapak yetersizliği olmaktadır. Poliartrit olguları ise latent dönem kısa ve klinik tablo dramatik olduğundan erken başvurumaktadırlar. Böylece rekürrens olmadan tedavi ve profilaksiye alındıklarından sessiz kardit daha seyrek görülüyor olabilir. Korede nörolojik semptomlar nadir olmayarak tekrarlayıcı, ancak en geç 2 yıl içinde sekel bırakmadan iyileşen selim bir tablodur. Profilaksiden etkilenmeyen rekürren kore atakları çoğunlukla streptokok infeksiyonu ile ilişkisiz ve gerçek romatizmal aktiviteden bağımsızdır (8). Bu nedenle ilk karşılaşılan korede saptanan klinik olarak aşık veya sessiz karditin aktif olup olmadığına yükseltecek başka bir neden yok ise akut faz yanıtına (ESH, CRP) bakılarak karar verilebilir. Akut faz yanıtı yüksek olanlarda karditin ağırlığına ve "overt" olup olmamasına göre steroid veya aspirin tedavisinden biri tercih edilebilir.

Profilaksi süresini belirlemede temel etken geçirilmiş kardit veya rezidüel romatizmal kapak hastalığı

(RKH) olup olmadığıdır. Bulgularımız ARA'lı hastaların sekonder profilaksi sürelerinde subklinik karditin de gözönüne alınarak değişiklik yapılması gerekebileceğini; subklinik kardit olanlarda profilaksi süresinin sessiz kapak tutulumu olmayanlardan daha uzun olması gerektiğini düşündürmektedir. Biz halen AHA'nın önerilerin benzer şekilde kardit olmayanlarda son AIZA atağından itibaren 5 yıl veya 20 yaşına kadar (daha uzun olanı tercih ederek), kardit geçirmiş ve iyileşmiş olanlarda 10 yıl veya 30 yaşına kadar, rezidüel RKH olanlarda ise ömür boyu profilaksi önermekteyiz. Sessiz kapak yetersizliği ile ilgili şu andaki veriler yeni bir profilaksi politikası önermek için yeterli olmamakla birlikte, başlangıçta aşkar karditi olup tedaviyle iyileşmiş olanların çoğunda da sessiz kapak yetersizliği saptandığı bildirildiğinden (10) ve tecrübelerimizin de bu yönde olmasından dolayı, başlangıçta sessiz yetersizliği olan olgularda da, en az 10 yıl veya erişkin dönemine kadar (30 yaş) profilaksi yapılmasının daha uygun olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu konuda kesin bir öneride bulunabilmek için prospektif, kontrollü ekokardiyografik çalışmalar gerekmektedir. Sonuç olarak, şu aşamada sadece, rekürren kardit geçirme riski yüksek grupların ekokardiyografik olarak belirlenmesi ve rekürren karditlerin sessiz lezyonlardan alevlenip alevlenmediğinin ortaya konulması bakımından klinik olarak kardit bulgusu olsun olmasın, tüm ARA'lı hastalara ekokardiyografik inceleme yapılması ve sessiz kapak yetersizliği olanlarda profilaksi süresinin daha uzun tutularak bu olguların izlenmesi önerilebilir.

**Uz. Dr. Ahmet Çelebi**

**Doç. Dr. Gülay Ahunbay**

## KAYNAKLAR

- 1. Sarıoğlu A:** Romatizmal ateşte subklinik kapak tutulumu (Editöre Mektup). Türk Kardiyol Dern Arş 1999, 27:444
- 2. Schiffman RN:** Guideline maintenance and revision. 50 years of the Jones criteria for diagnosis of rheumatic fever. Arch Pediatr Adolesc Med 1995, 149: 727-32
- 3. Minich LL, Tani LY, Pagotto LT, Shaddy RE, Veasy LG:** Doppler echocardiography distinguishes between physiologic and pathologic silent mitral regurgitation in patients with rheumatic fever. Clinical Cardiol 1997, 20: 924-26
- 4. Veasy LG:** Rheumatic fever-T. Duckett Jones and the rest of the story (editorial). Cardiol young 1995, 5: 293-301
- 5. Wilson NJ, Neutze JM:** Echocardiographic diagnosis of subclinical carditis in acute rheumatic fever (editorial). Int J Cardiol 1995, 50: 1-6
- 6. Vasan RS, Shrivastava S, Vijayakumar M et al:** Echocardiographic evaluation of patients with acute rheumatic fever and rheumatic carditis. Circulation 1996, 94: 73-82
- 7. Special Writing Group on the Committee of Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association.** Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever; Jones Criteria, 1992 update. JAMA 1992, 268: 2069-73
- 8. Berrios X, Quesney F, Morales A et al:** Are all recurrences of pure Sydenham chorea true recurrences of acuterheumatic fever?, J Pediatr 1985, 107: 867-72
- 9. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, Peter G, Shulman S and the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association:** Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: A statement for health professionals. Pediatrics 1995, 96: 758-64
- 10. Veasy LG, Tani LY, Hill HR:** Persistence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. J Pediatr 1994, 124: 9-16