

Editöre Mektup

Romatizmal Ateşte Subklinik Kapak Tutulumu

Sayın Editör,

"Romatizmal ateşte subklinik kapak tutulumu: İzole artrit ve saf koreli olguların karşılaştırılması" başlıklı makaleyi ilgi ile okudum (1). Araştırmacılar yaptıkları çalışmalarında romatizmal ateşli özellikle koreli ve poliartritli hastalarda ekokardiyografi ile klinik olarak tespit edilmeyen büyük oranda kardiyak tutulum olduğunu bildirmektedirler. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular, akut romatizmal ateşin ve karditin tanısında 1992 yılında revize edilen Jones kriterlerinin (2) yeniden revize edilmesi gerektiğini, yeni tedavi ve profilaksi şemalarının oluşturulması gerektiğini düşündürmektedir.

Romatizmal ateş düşünülen bir hastada spesifik üfürümlerin duyulması (apikal sistolik üfürüm-mitral yetersizliği üfürümü, apikal middiyastolik üfürüm-Carey Coombs üfürümü, bazal diastolik üfürüm-aort yetersizliği üfürümü gibi) kardit tanısının konulmasında önemlidir. Ancak hafif karditli hastalarda duyulan üfürümlerin fonksiyonel üfürümlerle karışması ve fonksiyonel üfürümlerin mitral yetersizliği üfürümü olarak yorumlanması mümkündür. Hatta bu çalışmada da gösterildiği gibi üfürüm duyulmaksızın veya fonksiyonel üfürümü olan hastalarda renkli Doppler ekokardiyografi ile mitral yetersizliği veya aort yetersizliğinin tespiti hafif vakalarda kardit tanısının klinik olarak konulamayacağını göstermektedir. Yazarların da belirttiği gibi romatizmal ateş ve kardit tanısında ekokardiyografik inceleme ile mitral veya aort yetersizliğinin tespiti önemli bir bulgudur. Tek başına mitral yetersizliğinin normal çocuklarda da renkli Doppler ekokardiyografi ile büyük oranda tespit edilmesi "overdiagnosis"e neden olabilir. Ancak ekokardiyografik bulguların araştırmacıların belirttiği kriterler çerçevesinde değerlendirilmesi ile bu durum önlenmiş olur. Normal çocuklarda ekokardiyografi ile aort yetersizliği tespit edilmemektedir. Bu nedenle romatizmal ateş düşünülen bir çocukta ekokardiyografi ile mitral yetersizliği ile birlikte aort yetersizliğinin tespiti romatizmal karditin kesin teşhisinin konulmasında yeterli olduğu kanısındayım.

Araştırmacılar ekokardiyografi ile tespit edilen aort ve mitral yetersizliğinin minor kriter olması görüşünü savunmaktadırlar. 1995 yılında L.G. Veasy'nin (3) yayınlanan "Rheumatic fever-T.Duckett Jones and the rest of the story" başlıklı editoryal yazısında ekokardiyografi ile tespit edilen kapak tutulumları minor kriterler içerisinde değerlendirmektedir. Ben de araştırmacılar tarafından belirtilen kriterler çerçevesinde ekokardiyografi ile tespit edilen mitral veya aort yetersizliğinin kardiyak tutulumu gösterdiği ve bu bulgunun major kriter olarak da değerlendirilebileceği düşüncesindeyim. Araştırmacıların major kriter değil de, minor kriter olması gerektiği konusundaki düşüncelerinin nedenlerini öğrenmek isterim. Koreli hastalarda subklinik karditin poliartritli hastalara göre daha sık görüldüğünü belirtiyorlar. Bu nedenle poliartritli hastalarda artrit başlangıcından itibaren geçen sürenin sessiz kapak yetersizliğinin ortaya çıkması açısından önemi olabilir mi veya böyle bir ilişki var mı?

Subklinik kapak tutulumu olan veya klinik karditi olan koreli hastalarda romatizmal ateş aktivasyonunun devam edip etmediği konusunda görüşlerini almak isterim. Bu hastalarda aspirin veya steroid tedavisini hangi durumlarda önerirler?

Subklinik karditi olan koreli veya poliartritli hastalarda uzun süreli profilaksi derken bu sürenin ne kadar olması gerektiğini düşünüyorlar?

Prof. Dr. Ayşe Sarıoğlu

Kaynaklar

1. Romatizmal ateşte subklinik kapak tutulumu: İzole artrit ve saf koreli olguların karşılaştırılması. Türk Kardiyol Dern Arş 1999; 27:410-413
2. Dajani AS, et al: Guidelines for the diagnosis of the rheumatic fever: Jones criteria, updated 1992, special writing group of the committee on rheumatic fever, endocarditis and Kawasaki disease in the young. American Heart Association. Circulation 1993; 87: 302-307
3. Veasy LG: Rheumatic fever - T.Duckett Jones and the rest of the story. Cardiol Young 1995; 5: 293-301