

## Akut karın tablosunda gelen akut romatizmal ateş vakası

Hasan Güven<sup>1</sup>, Ayvaz Aydoğdu<sup>2</sup>, Ertürk Levent<sup>3</sup>, A. Ruhi Özyürek<sup>4</sup>, Aytül Parlar<sup>5</sup>

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi <sup>1</sup>Pediyatri Uzmanı, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>2</sup>Pediyatri Yardımcı Doçenti, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>3</sup>Pediyatri Uzmanı, <sup>4</sup>Pediyatri Doçenti, <sup>5</sup>Pediyatri Profesörü

**SUMMARY:** Güven H, Aydoğdu A, Levent E, Özyürek AR, Parlar A. (Department of Pediatrics, Ege University Faculty of Medicine, İzmir, Turkey). A case of acute rheumatic fever presenting with acute abdomen. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46: 119-121.

Acute rheumatic fever is the most common acquired heart disease worldwide in the pediatric age group. Since this disease has no specific symptoms or signs, its diagnosis is based primarily on modified Jones criteria. In this report we present a 10-year-old boy who admitted to our pediatric surgery clinic due to acute abdomen and who was diagnosed as acute rheumatic fever on his follow-up. This case illustrates that acute rheumatic fever may present with acute abdomen and that there are still handicaps in its diagnosis, especially if the patient has only one major criterion. We also want to point to the importance of silent carditis, which is diagnosed by color Doppler echocardiography, in the differential diagnosis of acute rheumatic fever.

*Key words:* acute rheumatic fever, acute abdomen.

**ÖZET:** Akut romatizmal ateş tüm dünyada çocuklardaki edinsel kalp hastalığının en sık nedeni olarak önemini sürdürmektedir. Hastalığın özgün bulgusu olmadığından tanıda modifiye Jones kriterleri kullanılmaktadır. Bu yazıda, akut karın tablosunda gelip operasyon için çocuk cerrahi servisinde izleme alınan, ancak izlemde akut romatizmal ateş tanısı alan on yaşında bir vaka sunulmuştur. Bu vaka dolayısıyla akut romatizmal ateşin akut karın tablosunda gelebileceği, başlangıçta tek major bulgu veren vakalarda tanı güçlükleri ve sessiz karditin renkli Doppler ekokardiyografi ile belirlenmesinin ayırıcı tanıdaki önemi vurgulanmıştır.

*Anahtar kelimeler:* akut romatizmal ateş, akut karın.

Akut romatizmal ateş (ARA) kalp, deri, eklem ve santral sinir sistemini tutabilen temelinde immünolojik olayların yer aldığı bir hastalıktır. Tek başına kesin tanı koydurucu laboratuvar bulgusu yoktur, tanı klinik bulgulara dayanır. Özellikle kardit gibi tek major bulgu ile seyreden vakalarda tanı koymak güç olmaktadır. Hastalığın özgün bulgusu olmadığından tanıda modifiye Jones kriterleri kullanılmaktadır<sup>1,2</sup>. Bu yazıda şiddetli karın ağrısı ile acil servise getirilen, akut karın tanısıyla çocuk cerrahi servisine yatırılan izlemlerinde ARA tanısı alan bir vaka sunulmuştur.

### Vaka Takdimi

İlk olarak bir hafta önce 39°C dereceye varan ateş yüksekliği, karın ağrısı, yarı şekilli dışkı-lama ve kusma yakınmaları ile Ege Üniversitesi

Tıp Fakültesi acil servisine getirilen on yaşındaki hasta, karında hassasiyet ve defans saptanması üzerine incelemeye alındı. Acil servisteki incelemelerinde; lökosit sayısı 14500/ml, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 105 mm/saat bulundu. Karında hassasiyet ve defans saptanması, ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı düzeyleri, karın ultrasonografisinde serbest sıvı izlenmesi üzerine akut karın (akut apandisit?) ön tanısıyla çocuk cerrahisi kliniğine yatırışı yapıldı.

Yapılan periferik kan yaymasında; %80 polimorfonükleer lökosit, %12 lenfosit, %8 çomak görüldü. İdrar incelemesi normaldi. SGOT 127 iü/l, SGPT 116 IU/L bulundu. Dışkı mikroskopisinde her alanda 4-5 eritrosit ve 1-2 lökosit vardı. Dışkı kültür ve antibiyogramında patojen bakteri üremedi. Salmonella ve brusella

grup aglütinasyon ve Rose Bengal testleri negatif bulundu. Tekrarlanan karın ultra-sonografisinde bilateral plevral sıvı izlendi. Karında mezenter lenfadenopati saptandı. Fibrinojen 13.3 gr/L, kanda amilaz 90 IU/L, antistreptolysin O (ASO) 524 IU/L, romatoid faktör (RF) 3 IU/L bulundu.

Atipik bulguları; karın ağrısı yakınması ve defans bulgularında azalma, "rebound" bulgularının olmaması sedimentasyon yüksekliği nedeniyle çocuk cerrahi servisinde ameliyat edilmeden izlenen vakaya tetkikleri yapılarak pediatri konsültasyonu istendi.

Karın ağrısından bir hafta sonra, önce dizler ve ayak bileklerinde, daha sonra el ve ayakta küçük eklemlerde gezici eklem ağrıları gelişen hasta, ailevi Akdeniz ateşi, kollajen doku hastalığı, ARA ön tanılarıyla çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğine yatırıldı. Hastanın öyküsünde geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu yoktu. Fizik muayenesinde büyüme geriliği yoktu; kan basıncı 120/70 mmHg, kalp hızı 100/dakika, ateş 37°C bulundu. Karında yaygın hassasiyet saptandı, defans, rebound ve organomegali yoktu. Sağ el metakarpofalangeal ve sağ ayak metatarsofalangeal eklemlerde ağrı vardı, şişlik ve kızarıklık gözlenmedi. Kardiyovasküler sistem muayenesinde apikal I/VI şiddetinde, fonksiyonel karakterde sistolik ejeksiyon üfü-rümü alınıyordu.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde yapılan incelemelerinde lökosit sayısı 19700/ml, hemoglobin 9,8 gr/dl, hematokrit %30, trombosit sayısı 548.000/mm<sup>3</sup>, SGOT 28 IU/L, SGPT 75 IU/L, CPK ve CK-MB normal bulundu. ESR 100 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 10.7 mg/dl, fibrinojen 5,6 gr/l olup, antinükleer antikor, anti-DNA antikor, Anti-HAV IgM ve Anti-HBc IgM negatif olarak saptandı. Karın ultrasonografisinde sağ internal iliak artere komşu 16 x 5 mm boyutunda lenfadenopati saptandı. Karın tomografisinde reaktif mezenterik lenfadenopati dışında patoloji bulunmadı. Çift kontrast kolon grafisi ve telekardiyografisi normal bulundu. EKG'de PR uzaması (0.18 sn) vardı. Renkli Doppler ekokardiyografi (RDE) incelemesinde, birinci derece aort yetmezliği, hafif derecede mitral yetmezliği belirlendi.

Vakada ateş ve karın ağrısı, karında hassasiyet ve serbest sıvı olması, minimal plevral sıvı saptanması, gezici eklem ağrıları, akut faz reaktanlarının güçlü pozitif olması, fibrinojen

yüksekliği bulguları ile öncelikle ailevi Akdeniz ateşi atağı düşünülerek kolşisin 1 mg/gün başlanmıştı. Eklem ağrıları için asetil salisilik asit verilmesi düşünüldü. Sistemik lupus eritematosus ve diğer kollajen doku hastalıkları yönünden incelenmesi, karında lenfadenopati saptandığı için malignite yönünden incelenmesi planlandı. Malignite saptanmayan vakanın EKG ve RDE bulguları ARA'yı destekledi. Hastaneye başvurusunun onuncu gününde sol ayak bileğinde ve sol el bileğinde artrit, sağ ayak bileğinde artraljisi oldu. Hastaya artrit, kardit, ESR ve CRP yüksekliği, EKG'de PR mesafesi uzaması ve ASO yüksekliği bulgularıyla modifiye Jones kriterlerine göre ARA tanısı kondu. Kolşisin kesilerek prednizolon günde 2 mg/kg başlandı; prokain penisilin yapıldı. Hastanın yakınmaları hızla düzeldi. Bir hafta sonraki kontrolde ESR 54 mm/saat, CRP negatif bulundu; dört hafta sonunda ESR 18 mm/saat'e düştü. Steroid tedavisi kesildikten altı ay sonra yapılan RDE incelemesinde hafif derecede aort ve mitral yetersizliği dışında bulgu saptanmadı.

### Tartışma

Akut romatizmal ateş gelişmekte olan ülkelerde halen edinsel kalp hastalıklarının en önemli sebeplerindendir. Hastalığın spesifik bir bulgusu olmadığından tanı güçlükleri sürmektedir. Geçirilmiş streptokok enfeksiyonu kanıtlarını göstermedeki sorunlar, artrit kısa süreli olabilmesi veya erken başlanan antienflamatuvar tedaviyle baskılanması, karditin sessiz olabilmesi tanı güçlüğüne yol açabilmektedir<sup>3</sup>. ARA ülkemizde de sıklığında azalma eğilimi olsa bile halen önemli bir toplum sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir.

Olguntürk ve arkadaşlarının<sup>2</sup> 1995 yılında Ankara'da 4086 okul çocuğunda yaptıkları bir taramada kümülatif prevalans 3.7/1000 bulunmuştur. Modifiye Jones kriterleri arasında bulunmayan, ancak ARA'nın iyi bilinen belirtilerinden olan karın ağrısı diğer bulgulardan önce gelişebilir<sup>3</sup>. Bazı vakalarda karın ağrısı ARA'nın ilk belirtisi olabilir<sup>4</sup>. Seyrek de olsa şiddetli karın ağrısı ile başvuran hatta cerrahi girişim uygulanmış vakalar bildirilmiştir<sup>5</sup>. Bizim vakamız da ateşle birlikte ilk geliş yakınmaları arasında olan karın ağrısı ve seyrek olarak geliştiği bildirilen plevral efüzyon ayırıcı tanı güçlüğüne yol açtı. İzlemlerde eklem bulgularının ortaya çıkması, akut faz reaktanlarının çok yüksek bulunması, karındaki hassasiyetin

azalması, defansın kaybolması ve rebound bulgusunun olmaması nedeniyle akut karın (akut apandisit?) tanısından uzaklaşıldı. Bu nedenle vakamızda olduğu gibi akut karın tablosunda değerlendirilen vakalarda, ARA ve ailevi Akdeniz ateşi gibi seröz dokuları tutan hastalıklar ayırıcı tanıda düşünölmeli; karın ağrısı cerrahi açıdan değerlendirilirken diğer bulgular, özellikle eklem bulguları ve akut faz reaktanları dikkatle incelenmelidir.

Klasik olarak kardit tanısında; kapak tutuluşlarını gösteren üfürümler, konjestif kalp yetmezliği ve perikardiyal frotman kullanılmaktadır. Ancak son yıllarda modifiye Jones kriterleri ile ARA tanısı konan ve karditin klasik bulgularını taşımayan vakalarda, RDE ile değişik oranlarda mitral ve aort yetmezlikleri saptanarak sessiz kardit tanısı konmaktadır<sup>6-8</sup>.

Çelebi ve arkadaşları<sup>9</sup> klinik olarak saf koreli ARA vakalarında %93 oranında, izole artritli vakaların ise %65'inde sessiz kapak yetersizliği bildirmişlerdir. Sağlıklı popölasyonda da görölebilen fizyolojik mitral yetmezliğinden ayırım için bazı kriterler geliştirilmiştir<sup>10</sup>. Belli ölçütlerle saptanan sessiz karditin tanı kriterleri arasına alınabileceği yönünde görüşler vardır<sup>7,8,10</sup>.

Ancak yalancı pozitif tanı olasılığı nedeniyle sessiz kardit olarak tanımlanan bulguların ARA için ne derece özgün olduğunun tam olarak belirlenmesi gerekmektedir. Kore ve artrit nedeniyle incelenen vakaların, ayırıcı tanısı yapılırken RDE ile de taranması uygun bir yaklaşım olabilir. Streptokoksik boğaz enfeksiyonlarından sonraki birkaç haftalık dönemde gelen diğer artrit ve artraljili vakalarda ARA yönünden dikkatli olunmalıdır. Bu vaka nedeniyle ARA'nın akut karına benzer tabloda gelip majör bulguların daha sonra ortaya çıkabileceğine ve sessiz kardit yönünden RDE bulgularının, ARA ayırıcı tanısı ve sekonder

profilaksi süresi üzerine etkisine dikkat çekilmek istemiştir.

#### KAYNAKLAR

1. Special Writing Group of the Committee on 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: 2069-2073.
2. Olguntürk R, Aydın GB, Tunaöglü FS, Akalın N. Rheumatic heart disease prevalence among school children in Ankara, Turkey. Turk J Pediatr 1999; 41: 201-206.
3. Ayoub EM. Acute rheumatic fever. In: Emmanouilides GC, Riemenschneider TA, Allen HD, Gutgesell HP (eds). Moss and Adams Heart Disease in Infants, Children and Adolescents Including the Fetus and Young Adult (2nd ed) Vol. 2. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995: 1400-1416.
4. Picard E, Gedalia A, Benmeir P, Zucker N, Berki Y. Abdominal pain with free peritoneal fluid detected by ultrasonography as presenting manifestation of acute rheumatic fever. Ann Rheum Dis 1992;51: 394-395.
5. Lin JS, Rodriguez-Torres R. Appendectomy in children with acute rheumatic fever. Pediatrics 1969; 43: 573-577.
6. Wilson NJ, Neutze JM. Echocardiographic diagnosis of subclinical carditis in acute rheumatic fever. Int J Cardiol 1995; 50: 1-6.
7. Folger GM, Hajar R, Robida A, Hagar HA. Occurrence of valvular heart disease in acute rheumatic fever without evident carditis: colour flow Doppler identification. Br Heart J 1992; 6: 434-438.
8. 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.
9. Çelebi A, Ahunbay G, Batmaz G, Eray S, Onat T. Romatizmal ateşte subklinik kapak tutulumu: İzole artrit ve saf koreli olguların karşılaştırılması. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 1999; 27: 410-413.
10. 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. Clin Cardiol 1997; 20: 924-926.