

VAKALAR EŞLİĞİNDE MYOKARDİTE YAKLAŞIM

Perihan VARIM¹

GİRİŞ

Miyokardit; miyositlerin hasara uğradığı inflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların çoğunda semptom bulunmaz veya nonspesifik semptomlar ile seyrederek. Bu nedenle bir çok olgu tanı alamaz. 40 yaş altı ani ölümlerin önde gelen sebeplerinden olduğu otopsi çalışmaları ile ortaya konmuştur. Rutin yapılan biyopsilerin yaklaşık %5'inde miyokardit saptanmıştır. Açıklanamayan kalp yetmezliği nedeniyle yapılan endomiyokardiyal biyopsilerde miyokardit oranı %5 - %85 arasında bulunmuştur¹⁻⁴.

PATOFİZYOLOJİ

Pek çok neden miyokardite yol açabilir. Enfeksiyöz, toksik, otoimmün kaynaklı olabilir. Enfeksiyöz nedenler miyokarditin en sık nedenidir. Viral enfeksiyonlar tüm miyokardit nedenleri arasında en sık görülendir. Viral ajanlar içerisinde de miyokardite en sık yol açan ajan coxsackievirus B'dir. Bunun haricinde bakteriler, mantarlar, protozoalar, riketsiyalar, spiroketler da miyokardite yol açabilir⁵⁻⁷.

Miyokardit oluşumunda 3 mekanizma ön plana çıkmaktadır. Enfeksiyöz ajanın doğrudan hasa-

rı, bakteriyel toksin tarafından miyokardiyal hasar oluşturulması, enfeksiyonun aktive ettiği immun reaksiyon (otoimmünite). Bu üç mekanizma içerisinde en çok destek gören otoimmünite teorisi dir. Immün yetmezliği olan gebelerde ve AIDS hastalarında miyokarditin de daha sık görülmesi bu teoriyi ön plana çıkarmaktadır. Yaş, ailesel ve genetik faktörlerde miyokardit duyarlılığına etki eder⁸.

Tanı Temelleri

- Geçirilmiş viral enfeksiyon ile beraber yeni gelişen kalp yetmezliği
- Kardiyak belirtiçlerde ve eritrosit sedimentasyon hızında artış
- EKG'de aritmi, taşikardi, iletim anomalileri görülmesi
- EKO'da sistolik ya da diyastolik disfonksiyon, duvar hareket anomalisi, mural tombüs, boşluklarda genişleme görülmesi
- Endomyokardiyal biyopside inflamatuvar hücrelerin görülmesi

KLİNİK

Miyokarditler genel olarak asemptomatik olarak seyrederek. Semptomatik olanlarda da spesifik bir semptom yoktur. Hastalar çoğunlukla ateş, halsizlik, kas ve eklem ağrısı gibi gribal semptomlardan

¹ Uzm. Dr., Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye, perihanvarim@hotmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8827-1280

günde 1 paket sigara kullanıyor. Hastanın herhangi bir hayvan ile temas öyküsü yoktu. Hasta boya badana ustası olarak çalışıyor.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde nabız 85/dk, solunum sayısı 24/dk ve tansiyon arteryal 90/60 mmHg olarak saptanıyor. Hastanın aksiller ısı ölçümü 37.6°C ve kapiller oksijen saturasyonu % 88 olarak saptandı. Kardiyovasküler muayenede patolojiyeraştlanmadı. Akciğer muayenesinde sağ alt zonlarda solunum sesi alınmıyordu. Batın ve boyun muayenesinde patoloji saptanmıyor. Herhangi bir cilt bulgusu da yoktu. Hastanın çekilen

EKG'sinde anterior derivasyonlarda ST elevasyonu saptandı. Hastadan Troponin I, hemogram ve biyokimya istendi. Hastanın troponin I değeri 32 µg/L (N < 0.1 µg/L) Bunun üzerine hastaya koroner arter anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografide damarsal bir patolojiye rastlanmadı. Hastanın hemogramında eozinofili dışında anormallik yoktu. Eozinofil değeri $0,9 \times 10^9/L$ (N < 0.4) saptandı. Hastaya Ekokardiyografi yapıldı. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) %50 olarak saptandı ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu yoktu.

Hastaya endomiyokardiyal biyopsi yapılmasına karar verildi. Endomiyokardiyal biyopsi eozinofilden yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu ile uyumlu geldi. Enalapril 2.5 mg ve carvedilol 3.125 mg günde iki kez oral yoldan başlatılmış ve optimal dozlara titre edildi. Hastaya ayrıca 1mg/kg'den IV prednizolon başlandı. IV tedavi bir hafta sonunda doz azaltılarak orale çevrildi. Hasta taburcu edildi. 1 ay sonra kontrale çağrılan Hastanın Eozinofil değeri $0,2 \times 10^9/L$ (N < 0.4)'ye geriledi. Hastanın oral steroid tedavisi kesildi diğer tedavilere devam edildi. Hastaya EKO yapıldı. Hastanın EF'sinin %65'e çıktığı saptandı.

Hastanın boya badana ustası olması, sürekli kimyasal maddeye maruz kalmasına sekonder eozinofilik miyokardit olduğu düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Richardson P, McKenna W, Bristow M. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition and Classification of cardiomyopathies. *Circulation*. 1996;93:841-842
2. Maron BJ, Towbin JA, Thiene G; American Heart Association; Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; Council on Epidemiology and Prevention. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation*. 2006;113:1807-1816. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174287.
3. Drory Y, Tuetz Y, His Y. Sudden Unexpected Death in persons less than 40 years of age. *Am J Cardiol* 1991;68:1388-92
4. Passarino G, Burlo P, Ciccone G, Prevalence of myocarditis at autopsy in Turin, Italy. *Arch Pathol Lab Med*. 1997;121:619-622
5. Elliott P, Andersson B, Arbustini E. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society Of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. 2008;29:270-276. doi: 10.1093/eurheartj/ehm342
6. Kindermann I, Barth C, Mahfoud F. Update on myocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59:779-792. doi: 10.1016/j.jacc.2011.09.074
7. Winters GL, McManus BM. Myocarditis. In: Silver MD, Gotlieb AI, Schoen FJ, eds. *Cardiovascular Pathology*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2001:256-84
8. Klingel K, Sauter M, Bock CT. Molecular pathology of inflammatory cardiomyopathy. *Med Microbiol Immunol*. 2004;193:101-107. doi: 10.1007/s00430-003-0190-1.
9. Maeder M, Fehr T, Rickli H., Sepsis-associated myocardial dysfunction: diagnostic and prognostic impact of cardiac troponins and natriuretic peptides. *Chest* 2006;129:1349-66.
10. Skouri HN, Dec GW, Friedrich MG. Noninvasive imaging in myocarditis. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:2085-93
11. Aretz HT, Billingham ME, Edwards WD. Myocarditis. A histopathologic definition and classification. *Am J Cardiovasc Pathol* 1987;1:3-14
12. Hunt SA. ACC/AHA 2017 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines *J Am Coll Cardiol* 2017;46:e1-82