



BÖLÜM 24

ÇOCUK VE ADOLESANLARDA İDİOPATİK REKÜRREN PERİKARDİT

Savaş DEDEOĞLU¹



ÖZET

Çocuk acil servisine göğüs ağrısı ile başvuran çocukların %5 inde akut perikardit görülür ve %35 oranında tekrarlayarak rekürren perikardit olarak seyreder. Rekürren idiyopatik perikarditte tanı bazen hızlı konulabilsede kliniğin tekrarlayıcı olması, tedavi stratejilerini çok etkilemektedir. Özellikle ilk ataktan sonra kullanılan steroidlerin azaltılması sırasında görülen relapsların yada dirençli vakalara bağlı uzun süre steroid kullanımı gereksinimi yeni gelişen interlökin 1 (IL-1) antagonistlerine ilgiyi çok artırmıştır. 10 yaşında idiyopatik rekürren perikardit tanısı alan bir hastaya önce konvansiyonel tedavi ile non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAID) ve kolşisin başlandı. Rekürrenlerin olması nedeniyle IL-1 antagonisti (Anakinra) kullanarak başarıyla tedavi ettiğimiz bir hasta üzerinden idiyopatik rekürren perikarditte tanı ve tedavi algoritmelerini paylaştık.

GİRİŞ

Çocuk acile göğüs ağrısı ile başvuran çocukların %5 inde akut perikardit görülür. Erişkin hastalarda akut atak düzeldikten sonra %15-30,^{1,2} çocuklarda ise %35³ oranında tekrarlayarak rekürren perikardit olarak seyreder. Rekürren atakların şiddeti ilk ataktan daha hafiftir, ancak tedavi ve takip açısından önemli bir komplikasyondur. Çocuklarda perikardit nedeni çoğunlukla bulunamazken enfeksiyöz, otoimmün nedenlerle de olabilir. Çocuklarda tedavi

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.
savas.dedeoglu@uskudar.edu.tr

optimizasyonu için NSAID tolere edilebilen en yüksek dozlarda kullanılmalı (yatan hastalarda intravenöz yol tercih edilebilir). Anti interlökinler; yüksek doz NSAID ve kolşisinin birlikte kullanımından fayda görülmediği hastalarda tercih edilebilir. Alternatif olarak da steroidler mümkün olan en düşük dozda başlanarak çok yavaşça azaltılmalıdır^{17,18}.

Anti-interlökinler (ANAKINRA) son on yılın en önemli gelişmelerinden biri olarak sayılabilir. Özellikle otoinflamatuvar fenotipindeki hastalarda rekürren perikarditte cevap son derece iyidir. İkinci basamakta kullanılması önerilebilir¹⁹.

Rekürrenslerin önlenmesindeki en önemli faktör tam düzelme sağlandıktan sonra tedavinin yavaşça ve her defasında bir ilacın azaltılıp kesilmesidir. İlk etapta NSAID ve steroidler azaltılır. Rekürrensler özellikle steroid dozu 0.2/ mg/kg altına inildiğinde ortaya çıktığından bu değer altındaki azaltmalar son derece yavaş ve uzun aralıklarla (2-6 hafta) yapılmalıdır. Anakinra kullanıldıysa doz azaltılmaya ancak tam remisyon sağlandıktan 3-6 ay sonra başlanmalıdır²⁰.

Sonuç olarak rekürren perikardit çocukluk çağında iyi prognoza sahip olmakla beraber tekrarlayıcı olması aileler açısından rahatsız edicidir. Klinik çoğu zaman öngörülemez ve yetişkin hastalarda da olduğu gibi yavaş düzeler. Rekürrensler bazen hastane yatışı gerektirebildiğinden yaşam kalitesini etkiler. Steroidlerin uzun süre kullanımı çocukluk çağında kalıcı sorunlara neden olabileceğinden yeni tedavi seçenekleri konusunda geniş, çok merkezli çalışmalar özendirilmelidir.

Bilgilendirme ve teşekkür: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı başkanı Prof. Dr. Özgür Kasapçopur ve çalışma arkadaşlarına hasta konusundaki desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Imazio M, Bobbio M, Cecchi E, et al. Colchicine in addition to conventional therapy for acute pericarditis. *Circulation*. 2005;112:2012-6. 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.542738
2. Imazio M, Brucato A, Cemin R, Ferrua S, Maggiolini S, Beqaraj F, et al. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis. *N Engl J Med*. 2013;369:1522-8. 10.1056/NEJMoa1208536
3. Ratnapalan S, Brown K, Benson L. Children presenting with acute pericarditis to the emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2011; 27:581-5. doi: 10.1097/PEC.0b013e-31822251ba
4. Dalla Pozza R, Hartl D, Bechtold S, et al. Recurrent pericarditis in children: elevated cardiac autoantibodies. *Clin Res Cardiol* 2007; 96:168-175.

5. Raatikka M, Pelkonen PM, Karjalainen J, et al. Recurrent pericarditis in children and adolescents: report of 15 cases. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42:759–764.
6. Gaspari S, Marsilli M, Imazio M, et al. New insights in the pathogenesis and therapy of idiopathic recurrent pericarditis in children. *Clin Exp Rheumatol* 2013; 31:788–794.
7. Brucato A, Imazio M, Gattorno M, et al Effect of anakinra on recurrent pericarditis among patients with colchicine resistance and corticosteroid dependence: the AIRTRIP randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 316:1906–1912. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.15826>
8. Buckley L, Viscusi MM, Van Tassel B, Abbate A (2017) Interleukin-1 blockade for the treatment of pericarditis. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother.* 2018 Jan 1;4(1):46-53. doi: 10.1093/ehjcvp/pvx018.
9. LeWinter MM Clinical practice. Acute pericarditis. *N Engl J Med* 2014; 371:2410–2416. <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvx018>
10. Shakti D, Hehn R, Gauvreau K, et al. Idiopathic pericarditis and pericardial effusion in children: contemporary epidemiology and management. *J Am Heart Assoc.* 2014; 3:e001483. 10.1161/JAHA.114.001483
11. Imazio M, Bobbio M, Cecchi E, et al. Colchicine as first-choice therapy for recurrent pericarditis: results of the CORE (Colchicine for Recurrent pericarditis) trial. *Arch Intern Med.* 2005; 165:1987–91. 10.1001/archinte.165.17.1987 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
12. Imazio M, Belli R, Brucato A, Cemin R, Ferrua S, Beqaraj F, et al. Efficacy and safety of colchicine for treatment of multiple recurrences of pericarditis (CORP-2): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet.* 2014; 383:2232–7. 10.1016/S0140-6736(13)62709-9
13. Ozen S, Demirkaya E, Amaryan G, et al. Results from a multicentre international registry of familial Mediterranean fever: impact of environment on the expression of a monogenic disease in children. *Ann Rheum Dis.* 2014; 73:662–7. 10.1136/annrheumdis-2012-202708 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
14. Tutar E, Yalçinkaya F, Ozkaya N, Ekim M, Atalay S. Incidence of pericardial effusion during attacks of familial Mediterranean fever. *Heart.* (2003) 89:1257–8. 10.1136/heart.89.10.1257
15. Sarı İ, Birlik M, Kasifoğlu T. Familial Mediterranean fever: an updated review. *Eur J Rheumatol.* 2014; 1:21–33. 10.5152/eurjrheum.2014.006 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
16. Verma S, Eikelboom JW, Nidorf SM, et al. Colchicine in cardiac disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord.* 2015; 15:96. doi: 10.1186/s12872-015-0068-3
17. Imazio M, Brucato A, Cumetti D, et al. Corticosteroids for recurrent pericarditis. *Circulation.* 2008; 118:667–71. 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.761064 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
18. Artom G, Koren-Moran N, Spodick DH, et al. Pretreatment with corticosteroids attenuates the efficacy of colchicine in preventing recurrent pericarditis: a multi-centre all-case analysis. *Eur Heart J.* 2005;26:723–7. 10.1093/eurheartj/ehi197 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
19. Brucato A, Emmi G, Cantarini L, et al. Management of idiopathic recurrent pericarditis in adults and in children: a role for IL-1 receptor antagonism. *Intern Emerg Med.* 2018; 13:475–89. 10.1007/s11739-018-1842-x [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
20. Epcacan S, Sahin S, Kasapcopur O. Anaphylactic reaction to anakinra in a child with steroid-dependent idiopathic recurrent pericarditis and successful management with canakinumab *Cardiology in the Young* 2019; 29: 549 – 551.