

Tbc. Konstriktif Perikardit
(İki Vak'a Dolayısıyla)

Dr. Aydoğan ALBAYRAK (x)
Dr. Hilmi ÖZKUTLU (xx)
Dr. Bakı KOMSUOĞLU (xxx)

ÖZET

Kliniğimizde yatırılarak ayrıntılı tetkikeri yapılan iki konstriktif tbc. perikardit dolayısıyla literatürün ışığı altında konstriktif perikarditis etyolojisi, pathogenesisi ve ayırıcı tanısı üzerinde tartışıldı.

Vak'a: 1- (A.K. 40 Yaşında Erzurum'lu Prot. No.: 136/2216-2106).

Nefes darlığı, çarpıntı, sağ kaburga altında ağrı şikâyeti ile yatırıldı.

Hikâyesinden, 20 yıl önce öksürük ve ateşinin olduğu geceleri terlediği bu hastalık sebebiyle askere alınmadığı ve ismini bilmediği bir takım ilaçlar kullandığı, öksürük ve balgamla kan geldiği ilaçlardan sonra öksürüğün azaldığı kanın kesildiği öğrenildi.

Son dört yıldan beri nefes darlığının her geçen gün arttığı, normal iş yapamadığı, ve karnının hafif şiştiğini fark ederek hastanemize başvurduğu saptandı.

Fizik Muayenede: Genel durum iyi. Ateş: 36,5!, Nabız: 100/dak. ritmik, zayıf, TA: 100/80 mm Hg. Boyunda 45° de venöz dolgunluk var.

Kalp atımları inspeksiyon ve palpasyonla belli olmuyor. dinlemekle sesler çok hafif olarak alınıyor. Karaciğer kosta kenarını 4 parmak geçiyor, üzeri düz, orta sertlikte. Batında diz dirsek pozisyonunda asit var. Alt ekstremitelede (+) molleolar ödem. Venöz basınç 26 cm. su. Pulsus Parad 20 mm Hg.

Labratuvar Bulguları :

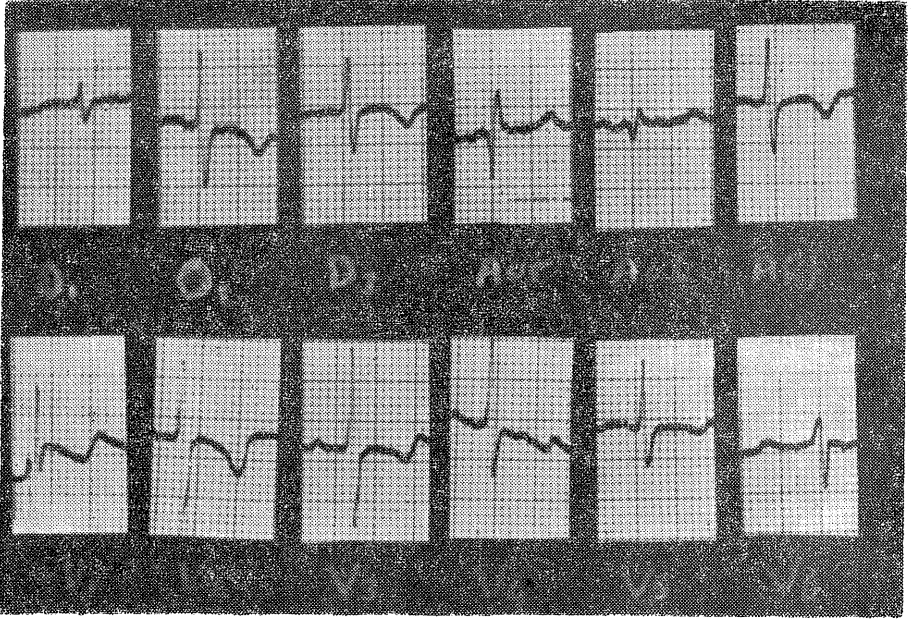
İdrar: Normal, Hb: 17 gr % BK: 4600 % 80 notrofil, % 20 lenfusit, NPN: 18 % mg. Karİrot: 6,4 % gr. 3,2 gr % Alb. 3,2 gr % glob. SGOT: 12, SGPT: 20 Na: 138, 4,5 mEq/lt. Bilürübin 0,4 % mg. Prot. Zamani: 14 "Kontrol 14" -Aktivite % 100 PPD (+) Balgamda ARB (-).

EKG : Voltaj düşüklüğü, ST basıklığı, T negatifliği.

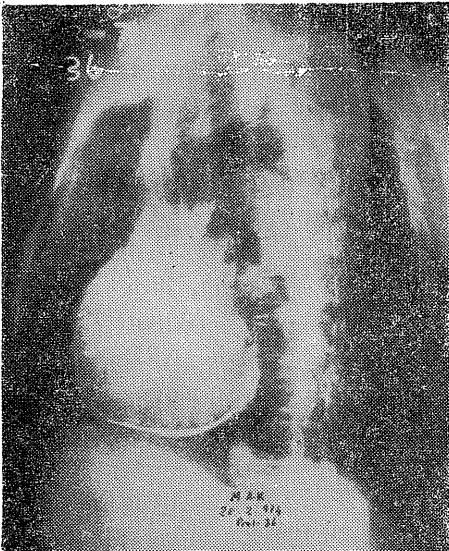
(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kürsü Yöneticisi.

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kürsüsü Mütchassısı.

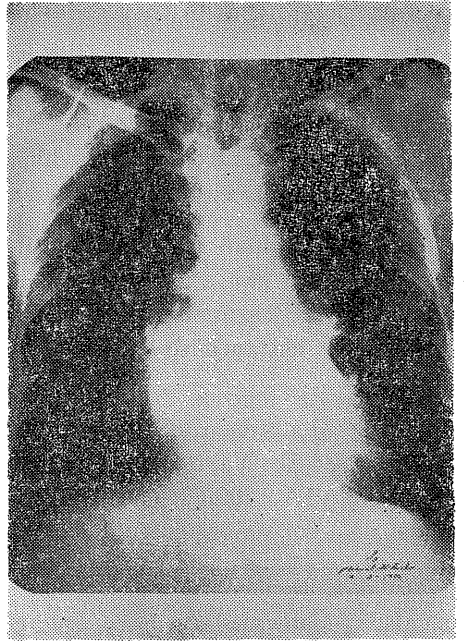
(xxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kürsüsü Mütchassısı.



Resim: 1- Aynı vak'anın EKG'si.



Resim: 2- Aynı Vak'anın Sağ Oblik Grafisi.



Resim: 3 Aynı Vak'anın Teleradyografisi.

Teleradyografi: Akciğerlerde eski Tbc. kalsifikasyonları ve kalbin ön alt kesiminde perikardial kalsifikasyon.

Floroskopide kalp pulsasyonları azalmış.

Tanı: Kronik Konstriktif Perikardit (Kalsifiye Tbc.).

Vak'a: g- (H.A. 14 yaşında Prot. No.: 1036/13198-13161).

Nefes darlığı vücudundaki şişlik şikâyeti-ile yatırıldı. Dört ay önce sıvılı Tbc perikardit tanısı ile servisimizde yatmış. Antitüberkülo tedavi il taburcu olmuş. İlaçlarını tariflediği gibi kullanmamış. Son bir aydır tekrar nefes darlığı artmış. Karnı önce olmak üzere bacaklarda şişmiş.

Fizik Bulguları: Genel durum bozuk, hasta dispneik, hafif siyanozlu. Ateş: 36,8°C, Nabız: 98/dak. ritmik zayıf. TA: 90/70 mm Hg. *Konjonktivalar subikterik*. Boyunda 45! de mandibulaya kadar venöz dolgunluk. Sağ sinus kapalı, kalp pulsasyonları belli olmuyor. Kalp sesleri derinden geliyor. Batında serbest *aşit* var. Karaciğer palpabl. hafif ağırlı. Pretibial (+ +) gode bırakan ödem var. Venöz Basınç: 22 cm. su Pulsus Parad: 20 mm Hg.

Laboratuvar Bulguları:

İdrar normal, Hb: 12,6 gr. BK: 5500 nôt. % 64, Lenfo % 36, NPN: 25 mg %, Na. 138, K. 3,5 mEq/lt. Kan prot 5,5 gr %, Alb. 3,4 gr % 2,1 % mg., Globlin, Bilürübin 2,2 % mg total, direkt 1,5 mg. Batın ve Plevral sıvıda üreme olmadı. PPD (+).

EKG: Sinüzal taşikardi, voltaj düşüklüğü, ST basıklığı, T negatifliği.

Teleradyografi: Kalp normal büyüklükte, sağda plevral sıvı. Floroskopide kalp pulsasyonları alınmıyor.

Tanı: Konstriktif Perikarditis (Tbc).

TARTIŞMA:

Konstriktif perikarditler zamanımızda oldukça seyrek rastlanan ve git-tikçe azalan bir hastalıktır. *Etyolojisi*nde antitüberkülo tedavinin geniş halk kitlelerine uygulanmasına rağmen sosyo-ekonomik şartları bozuk bölgelerde (1,2,3,4,5,7,8,9,12). Tbc. başta olmak üzere bakterileri (1,2,3,4,4), *virüsleri* (1,2,4), protozoaları, mantarları, üremi kollajen doku hastalıklarını ve neoplazmaları sıralamak mümkündür. İdiopatik -ve perikard içi kanamaların geç komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir (4,8).

Otopsili vak'aların % 0,5 ile % 1 % 1 arasında perikard tbc ve buna bağlı fibröz oluşumlar saptanmıştır. Bunların ancak % 5 ile % 10 nu klinik olarak Tbc. değerlendirilmiştir (1).

Tbc perikardit tbc un hiler ve mediastinal lenf düğümlerine ulaşması veya plorapulmoner Tbc. de perikarda direkt bulaşma veya retrograd lenfatik iletim ile olur (1,2). Genellikle effüzyonlu perikardit şeklindedir. Noksan tedavi yada doktora zamanında gitmeme sonucunda perikard kalınlaşmış, fibröz değişime uğramış ve kalbin diastolik dolması sınırlandırılmıştır. Böylece kalbin atım hacmi azalır. Dakika hacmini artırmak için taşikardi ortaya çıkar. Venöz kanın kalbe dönmesi, kalbe ve büyük venalar üzerine perikardın baskısı yüzünden zorlaşır, kanın venös

göllenmesi sonucunda vena basıncı yük- selir. Atım hacminin düşmesi sonucunda böbreklere az kan gider, bu da tuz re- tansiyonuna ve kan volümünün art- masına, dolayısıyla venöz dolgunlu- ğun şiddetlenmesine sebep olur (1,2,3, 4,5,6,7,8,9,10,11).

Konstriktif perikaditin en karakter- istik radyografik bulgularından biri perikardtaki kireçlenmedir (1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10,11). Bu en iyi sağ ön oblik grafide saptanır. Bununla beraber her hangi bir kireçlenmenin şart olmadığı gibi her kireçlenme halinde mutlaka bir konstrüksiyonun yerleşmeside şart de- ğildir (1,2,4),7,8,9,10,12).

Perikardin kalsifikasyonu 1755 de Haller tarafından yazıldı ve 1842 de Chevers konstrifktif perikarditin kli- nik bulgularını tarif etti. Daha sonra 1896 da Friedel Pick asit, bacaklarda ödem, büyük ve sert karaciğer olarak Pick Sendromunu tanımladı (5).

Bir hastada zayıf ve paradoksal nabız, yüksek venöz basınç, sessiz kalp, erken üçüncü kalp sesi ve perikard kireçlenmesi saptandığında konstriktif perikardit düşünülmelidir. Bu bulguların tümünü birden saptamakta şart de ğil- dir. Burada tanı için önemli bir bulgu ileri derecede sağ kalp yetersizliği bul-

gularına karşı kalp büyüklüğünün nor- mal kalışı veya kalsifikasyonun bulunuşu- dur (1),2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13).

Konstriktif perikardit en çok ka- raciğer sirozu ile karışır, Buna rağmen öirinciye ait arter ve ven nabızları, tanıyı hemen sağlamaya yeterlidir. Di- ğer sağ kalp yetersizliği vak'alarında ise, ya kapak lezyonlarının yada akci- ğer hastalıklarının saptanması ayırıcı tanı için yeterlidir. Perikardit ile kardi- yomyopati arasında ayırıcı tanı söz ko- nusu olursa perikard kireçlenmesi, ya da bu bulgularla beraber, başka bir has- talık saptanmadığı durumlarda ola- naksızdır. Yardımcı laboratuvar bul- guları ve torakotomi fikir verir (1,2,3, 4,5,,7,9,).

Bununla beraber kardiyomopatinrin çoğunda hatta, bunların konstriktif di- ye anılan örneklerinde bile kalp bü- yümesi görülür.

En etkili tedavi, kalınlaşan peri- kardı cerrahi olarak çıkarmaktır. Bu- nunla beraber konstriktif perikardit bazan Tbc. perikarditin akut veya sub- akut dönemlerinde ortaya çıkar. Bu du- rumlarda Antitüberküloz tedavi ile birlikte kortikosteroidleri de kullanmak gerekir. İlaç tedavisi seyrek olarak ba- şarılıdır.

SUMMARY

Constructive pericarditis

On account of two cases of tu- berculose constrictive pericarditis, who were investigated in the department of

internal medicine; etiology, pathoge- nesis and differential diagnosis of this condition have been discussed under the light of related literature.

Yararlanılan Kaynaklar :

1. Friedberg, C. K.: Diseases of Heart, 3 th. Edition Philadelphia London W. B. Saunders Company, 1967, page 933-963.
2. Steinke J., at al.: Tporn G. W. Harrison's Principles of internal Medicine Mc Graw. Hill Book Company 1974 page 1210-21214.
3. Titiz, İ., Oktay, S., H.: İç Hastalıkları CSemptomatoloji ve Tedavi, III. Baskı, Ankara, Bilgi Basımmevi, 1970, sayfa 216-222.
4. D. G. Julian (Çev. N. Harmana) Kardiyoloji Sayfa 242-252 Milli Eğitim Basımevi İst. 1974.
5. Arthur, E., Baue, M. D.: The Annals of Thoracic Surgery Vol 14-1 July 1972.
6. David Van Reken, M. D. Infectious Pericarditis in Childran, The journal of Pediatrics Vol 85-2 Aug 74.
7. Cha-es, R. Hatcher, Et al.: Pericardiectomy for rucurrent pericarditis, The journal of thoracic And cardiovascular surgey. vol: 62, 3 Sep 71.
8. Richard H. Dean, Experience with pericardiectomy, The Annals of Thoracic Surgery Vol: 15-4 Ap. 73.
9. Das, P. B. Pericardiectomy: İndications and results. The journal of Thoracic And Cardiovascular Surgery. Vol: 66, 1 July 73.
10. Roger, E., Moraski: Constrictive Pericarditis Due to chronic Uremia. The New England journal of Medicine Vol: 281-10 sep 1969.
11. Ramsey, H. W., et al.: The Differential diagnosis of Restrictive Myyocardiopathy and Chronic Constrictive pericarditis Without Calcification, Am. j. Gard., 25: 638-8, jun 70.
12. Tuberculous Pericardial disease, Med. j. Malaya, 24: 267-72 jun 70. Chia, Bl, et al.:
13. Clauss, RH.: Pericardial disease, Cardiovascular Clin., 3: 45-58, 71.