

Rekurentná perikarditída ako prvý klinický prejav systémového lupus erythematosus

Kružliak P, Chamulová M

Interné oddelenie, Nemocnica Zvolen, a.s.

Kružliak P, Chamulová M. **Recurrent pericarditis as the first clinic sign of systemic lupus erythematosus.** Cardiology Lett. 2012;21(3):210–211

Abstract. Recurrent pericarditis is a rare, but major, clinical manifestation of systemic lupus erythematosus. We report a case of a young woman with recurrent pericarditis as the first sign of systemic lupus erythematosus. Fig. 2, Ref. 4, Online full text (Free, PDF) www.cardiology.sk

Key words: systemic lupus erythematosus – chest pain – recurrent pericarditis – echocardiography

Kružliak P, Chamulová M. **Rekurentná perikarditída ako prvý klinický prejav systémového lupus erythematosus.** Cardiology Lett. 2012;21(3):210–211

Abstrakt. Rekurentná perikarditída je vzácna, ale klinicky závažná manifestácia systémového lupus erythematosus. Prezentujeme kazuistiku mladej pacientky, u ktorej rekurentná perikarditída bola prvým klinickým prejavom ochorenia. Obr. 2, Lit. 4, Online full text (Free, PDF) www.cardiology.sk

Kľúčové slová: systémový lupus erythematosus – bolesť na hrudníku – rekurentná perikarditída – echokardiografia

34-ročná žena bola vyšetrená a prijatá na interné oddelenie pre bolesť pichavého charakteru lokalizovanú do pravej časti prekordia, bez vyžarovania, zintenzívňujúcu sa pri pohybe, kašli, výraznejšia bola v ľahu než v sede. Prvýkrát sa bolesť objavila asi tri mesiace pred vyšetrením, vtedy bola veľmi intenzívna, zvyraznená pri inspiácii. Následne približne mesiac pacientka bola bez ťažkostí. Potom sa objavila druhá epizóda bolesti, približne rovnakého charakteru, bola pichavá a pomerne intenzívna, trvala asi týždeň a spontánne ustúpila. Na vyšetrenie do nemocnice ju odoslal praktický lekár, ktorého navštívila v tom čase pre ďalšiu epizódu bolesti na hrudníku a zvyrazňujúcu sa dýchavicu, ktorá výrazne obmedzovala jej fyzickú aktivitu. Zvýšenú telesnú teplotu nemala. Kašeľ bol suchý, mierne dráždivý, spútum nevykašľavala. Fajčenie, ako aj abúzus alkoholu a drog negovala. Vzhľadom na anamnézu prekonala len bežné ochorenia, bola bez závažnejšieho predchorenia a pravidelnej medikácie. Rodinná anamnéza bola významná pre výskyt arteriálnej hypertenzie a astmy bronchiale u otca. Pri fyzikálnom vyšetrení sme zistili arteriálny tlak krvi 120/70 mmHg, srdcová frekvencia bola

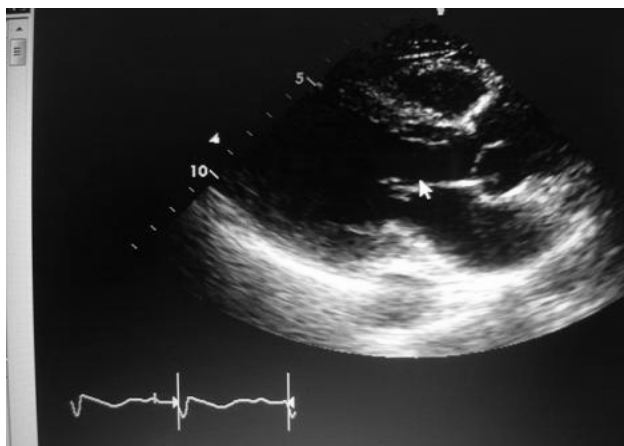
90/min., dychová frekvencia 16/min. a telesná teplota 36,9 °C. Bola prítomná generalizovaná lymfadenopatia predných krčných, supraklavikulárnych a axilárnych lymfatických uzlín. Uzliny boli diskretne zväčšené, palpačne mäkké, pohyblivé vzhľadom na spodinu, bez začervenania okolia kože nad uzlinou. Pri fyzikálnom vyšetrení srdca sa zistila tachykardia, fyziologická prvá a druhá srdcová ozva, ako aj prítomnosť drsného bifázického šelestu na srdcovom hrote. Brucho bolo mäkké, palpačne priehmatné, bez hmatnej rezistencie a peritoneálneho dráždenia. Na EKG bola prítomná sínusová tachykardia s difúznymi konkávnymi eleváciami segmentu ST, predovšetkým vo zvodoch I, II, III, aVF, V2 až V6, elevácia PR segmentu v aVR a depresie PR segmentu v I, II, III, aVF, V2-V6. RTG hrudníka bol bez infiltratívnych zmien pľúcnych polí, ale s paratracheálnou lymfadenopatiou. V laboratórnom obraze bola prítomná pozitivita antinukleárných protilátok a protilátok proti DNA. Histologickým biopsickým vyšetrením lymfatickej uzliny bola zistená folikulárna reaktívna hyperplázia, bez známkov malignity. Echokardiograficky sme verifikovali miernu koncentrickú hypertrofiu ľavej komory

a perikardiálny výpotok (**obrázok 1**). Sérologické vyšetrenia protilátok proti vírusu HIV, echovírusom, coxsackie vírusom a vírusu Epstein-Barrowej, ako aj proti mykoplazmám a chlamýdiám boli s negatívnym výsledkom. U pacientky sme indikovali kombinovanú imunosupresívnu terapiu prednizónom v dávke 20 mg denne a azatioprin 50 mg/deň. Pri uvedenej liečbe sa klinický stav zlepšil. Po troch mesiacoch liečby sme zistili, že došlo k regresii generalizovanej lymfadenopatie, ako aj perikardiálneho výpotku, pričom známky myokarditídy, ani endokarditídy sme nepozorovali.

Diskusia

Perikarditída je typické sekundárne ochorenie. Býva súčasťou chorôb srdca a mediastína. Vyskytuje sa po infarkte myokardu, pri traume, pri radiačnom poškodení, pri systémových autoimunitných ochoreniach, urémii, neoplázii, pri drogovej toxicite, zápalových procesoch myokardu a pľúc, ktoré prechádzajú na perikard. Môže vzniknúť aj po kardiochirurgickej operácii (1, 2). Incidencia perikarditídy pri systémovom lupus erythematosus (SLE) sa pohybuje medzi 12 až 48 %, klinicky diagnostikovaná bola v 25 %, autopsiou potvrdené postihnutie perikardu sa vyskytlo v 62 % prípadov (3). Lymfadenopatia sa vyskytuje v 40 % prípadov pacientov s SLE a biopticky býva typicky verifikovaný nález reaktívnej alebo imunoblastickej hyperplázie. Hoci lymfómové ochorenia sa u pacientov s SLE vyskytujú častejšie, bioptické vyšetrenie lymfatickej uzliny je dostačujúce na odlíšenie zápalových, respektíve reaktívnych prejavov základného ochorenia od lymfoproliferácie. Laboratórne testy zahŕňujú stanovenie protilátok proti DNA, ribonukleoproteínu, anti-Sm, anti-Ro a anti-La protilátok. 60 – 70 % pacientov s SLE má pozitivitu anti-DNA protilátok. V 30 – 40 % prípadov je dokazovaná anti-Sm pozitivita (1 – 3). Veľmi závažnou komplikáciou akútnej perikarditídy sú neskoršie opakujúce sa rekurentné epizódy perikardiálneho zápalu, vyskytujúce sa v 15 – 32 % prípadov. Optimálna metóda pre prevenciu nie je presne stanovená, akceptované sú modality, ako podávanie nesteroidných antireumatík, kortikosteroidov, imunosupresív a perikardiek-tómia. V terapii častých recidív rekurentných perikarditíd sa osvedčil s veľmi dobrým efektom kolchicín (4).

U našej pacientky dominovala v klinickom obraze rekurentná bolesť na hrudníku s pichavým charakterom už niekoľko mesiacov predtým, než bola vyšetrená na našej ambulancii. Diagnóza SLE s perikarditídou bola stanovená na základe klinického obrazu, anamnestických údajov, fyzikálneho vyšetrenia, EKG, echokardiografického a laboratórneho nálezu. Na základe klinického obrazu a uvedených vyšetrení predpokladáme, že pacientka prekonala akútnu perikarditídu v tom období, keď sa vyskytol prvý atak bolesti na hrudníku perikardiálneho charakteru, s následnými rekurentnými vzpla-



Obrázok 1 Echokardiografický nález – mierna koncentrická hypertrofia ľavej komory a perikardiálny výpotok

Figure 1 Echocardiography showing concentric hypertrophy of left ventricle and pericardial effusion

nutiami sprevádzanými opakujúcimi sa atakmi bolesti, neskôr aj s dýchavicou. Naš predpoklad, že SLE bol etiologickým faktorom rekurentnej perikarditídy podporuje aj skutočnosť, že v čase diagnózy bola u pacientky prítomná generalizovaná lymfadenopatia, čo je tiež raritný prejav pokročilého štádia SLE predovšetkým u mladých ľudí.

Záver

Rekurentná perikarditída je vzácnym, ale klinicky závažným prvým prejavom systémového lupus erythematosus. V tomto kontexte sa s ňou môžeme stretnúť predovšetkým u mladých ľudí. Preto v rámci diferenciálnej diagnostiky alergického hrudného syndrómu, respektíve dýchavice, musíme brať do úvahy aj na túto modalitu.

Literatúra

1. Braunwald E. Pericardial Disease. In: Kasper DL, Fauci AS, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL eds. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: NY: McGraw-Hill; 2005:1414-1420.
2. Bashore T, Granger C. Inflammatory Pericarditis. In: Ed McPhee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis and treatment. 46th edition. 2007, <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=4685&searchStr=pericarditis>
3. Moder KG, Miller TD, Tazelaar HD. Cardiac involvement in systemic lupus erythematosus. Mayo Clin Proc 1999;74:275-284.
4. Adler Y, Finkelstein Y, Guindo J, et al. Colchicine treatment for recurrent pericarditis. A decade of experience. Circulation 1998 Jun 2; 97(21):2183-2186.