

Dressler Sendromu (Olgu Raporu)

Jale CORDAN*
Ali AYDINLAR**
Selim NAK***

ÖZET

Akut myokard infarktüsünü takiben 4. hafta içinde gelişen bir Dressler sendromu takip ve tedavi edildi.

SUMMARY

Dressler's Syndrome (Case Report)

A case with Dressler's syndrome is followed and treated which occur during 4. th week of acute myocardial infarction.

Dressler sendromu akut myokard infarktüsünü takiben gelişebilen komplikasyonlardan biridir. Gittikçe daha az sıklıkla rastlanmaktadır. Bu nedenle bu olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU

407539-B Protokol nolu İ.B. 55 yaşında erkek. 5 yıldır angina pectoris, 1 yıldır maksima 180 mmHg civarında seyreden hipertansiyonu olan hasta 13-3-88 tarihinde, göğüs ağrısı, bulantı, kusma yakınmaları ile acil polikliniğimize başvurarak yatırıldı.

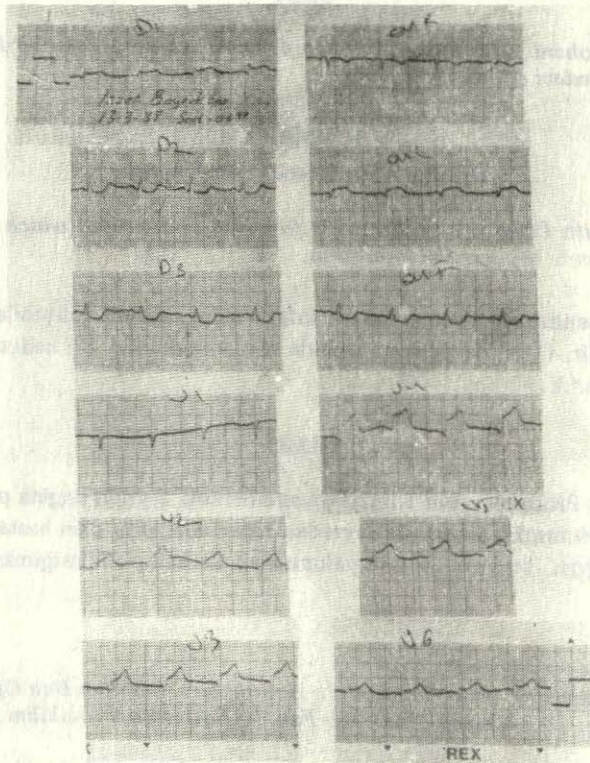
* Prof. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

** Yard. Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

*** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

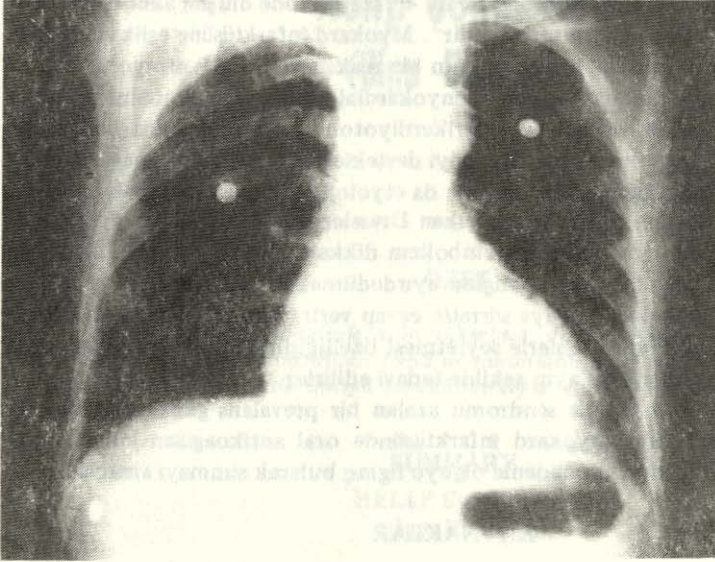
Fizik muayenesinde TA: 135/95 mmHg, NDS: 80 bulundu. Ödem, venöz dolgunluk, siyanoz, hepatosplenomegali yoktu. Kalp sesleri ritmik idi, ek ses suflı duyulmadı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bir bulgu saptanamadı.

Laboratuvar tetkiklerinde; Eritrosit: 4.350.000/mm³, lökosit: 15.400/mm³, Hgb: 13.4 gr, Ht: 42, sedimentasyon: 9-25-58/mm, periferik yaymada, çomak: % 10 parçalı: % 49, eosinofil: % 1, monosit: % 4, lenfosit: % 36 bulundu. Üre: 28 mg, kreatinin: 1.2 mg, ürik asit: 4.8 mg, şeker: 89 mg, Na: 140 mEq, K: 4.2 mEq/l, Cl: 111 mEq/l, Ca: 9,8 mg, alkali fosfataz: 206 u/l (N 80-220), SGOT: 134 u/l (N 5-50), SGPT: 52 u/l (N 5-60), T. kolesterol: 230 mg/dl, HDL kolesterol: 53 mg/dl, trigliserid: 84 mg/dl, lipid elektroforezinde bir patoloji yok idi. İdrar tetkiki normaldi. EKG sinde akut anterior myokard infarktüsü örneği vardı (Resim: 1). Akut myokard infarktüsü tanısı ile kesin yatak istirahatine alınan hastanın damar yolu açıldı. Dipyridamol 225 mg/gün, asetil salisilik asit 100 mg/gün, isosorbiddinitrat 30 mg/gün, medazepam 15 mg/gün tedavisine başlandı. Takib eden günlerde başlangıçtaki lökositoz kayboldu. Tansiyonu ve nabızı normal seyretmekte iken yatışının 3. gününde taşikardi, S₄ gallop, arcusu 2 cm geçen hepatomegali gelişti. Kalp yetersizliği tanısı ile oral yoldan digoksin ile digitalizasyonu takiben kalp yetersizliği semptomları kayboldu. Yatışının 14. gününde ortaya çıkan multifokal sık ventriküler erken atımlar 50 mg IV puşe ve bunu takiben perfüzyon tarzında lidokain ile tedavi edildi.

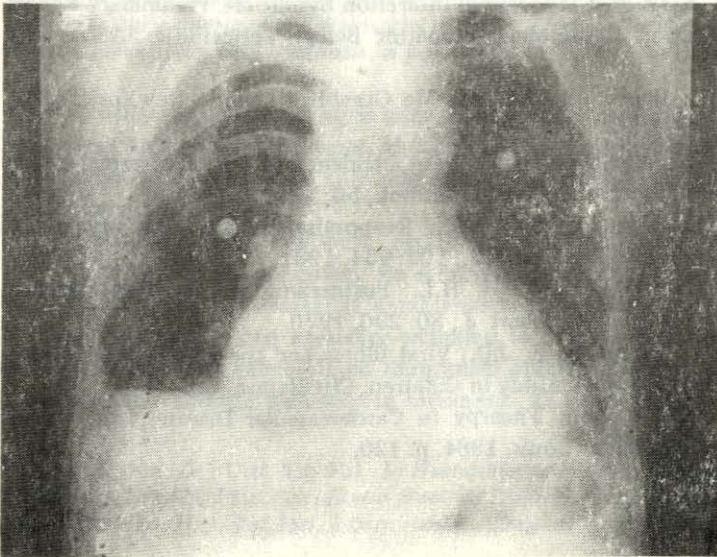


Resim:1

Yatışının 23. gününde 38.2°C a kadar yükselen ateşleri olmaya başladı. Bu sırada lökosit sayısı 12.000/mm³ e, eritrosit sedimentasyon hızı 85-116-127 mm ye yükseldi. Telegrafide kalp/toraks indeksi kalp lehine bozulmuştu (Resim: 2). Serum enzim tetkiklerinde yükselme olmadı. Enfeksiyon odağı saptanamaması ve kültürlerinde üreme olmamasına rağmen amoksisilin 1500 mg/gün oral olarak başlandı. Akut myokard infarktüsünün 30. gününde perikardial frotman ortaya çıktı. Yeniden çekilen telegrafide kalp/toraks indeksinin kalp lehine ileri derecede değiştiği, kalp gölgesinin perikarditi düşündürecek şekilde genişlediği saptandı (Resim: 3).



Resim: 2



Resim: 3

Dressler sendromu tanısıyla antiagregan tedavi kesilerek 60 mg/gün prednison tedavisi başlanmasını takiben 4. günde perikardial frotman kayboldu. Ateş, lökosit sayısı ($7.000/mm^3$), eritrosit sedimentasyon hızı (11-31-60 mm) azaldı. Kortikosteroid tedavisi sırasında gelişen hiperglisemi diyet ile kontrol altına alındı.

Kortikosteroid dozu kademeli olarak azaltılan hasta poliklinik takibine gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Dressler, göğüs ağrısı, plörezi, perikardial frotman, lökositoz, bazen pulmoner infiltrasyonun eşlik ettiği bir sendrom tanımladı¹. Dressler sendromu sıklıkla infarktüstün 2-8 hafta sonra ortaya çıkar². Fakat hasta henüz hastanede iken de ortaya çıkabilir. Pek çok otorite onun infarktüsün ilk 48 saati içinde oluşan akut perikarditten ayrı bir antite olarak kabul etmektedir³. Myokard infarktüsüne eşlik eden perikarditis belki de myokardial hasara immun bir reaksiyondur⁴. Postmyokardial infarktüs sendromunun viral aktivasyon ve myokardial antikorların kombinasyonu ile oluştuğunu öne sürenler vardır⁵. Postperikardiyotomi sendromu buna benzer bir klinik tablo meydana getirerek bu etyolojiyi desteklemektedir⁶. Antikoagülan tedavinin meydana getirdiği perikardial kanama da etyolojide önesürülmektedir.

İnfarktüstün hemen sonra ortaya çıkan Dressler sendromunun ayırıcı tanısında infarktüsün yayılımı ve pulmoner embolizm dikkate alınmalıdır. Geç olgularda ikinci infarktüs ve stabil olmayan angina ayırılmelidir. Semptomlar genellikle nonsteroid antiinflamatuvar tedaviye süratle cevap verir. Dirençli olgular steroid tedavi gerektirir⁷. Hastalığın nökslerle seyretmesi özelliğidir. Aylar veya yıllar sonra ortaya çıkan rekürrensler yine aynı şekilde tedavi edilirler.

Postmyokardial infarktüs sendromu azalan bir prevalans göstermektedir. Bu azalma muhtemelen akut myokard infarktüsünde oral antikoagülan kullanımının azalmasının bir sonucudur. Bu nedenle olguyu ilginç bularak sunmayı amaçladık.

KAYNAKLAR

1. DRESSLER, W.: A Post Myocardial Infarction Syndrome. Preliminary Report of a Complication Resembling Idiopathic Benign Pericarditis, JAMA, 160: 1379, 1956.
2. HURST, J.W.: Heart. 6th. Edition, Mc Graw-Hill Comp., NewYork, 1986, p. 1267.
3. LICHSTEIN, E., ARSURA, E.: Current Incidence of Post Myocardial Infarction (Dressler's) Syndrome. Am. J. Cardiol., 50: 1269, 1982.
4. KOSSOWSKY, W.A., LYON, A.F.: Reappraisal of the Post Myocardial Dressler's Syndrome, Am. Heart. J., 102: 954, 1981.
5. BURCH, G.E., COLCOLOUGH, H.L.: Postcardiotomy and Postinfarction Syndromes a Theory, Am. Heart. J., 80: 290, 1970.
6. ENGLE, M.A., ZABRISKIE, J.B.: Viral Illness and the Post Pericardiotomy Syndrome. A Prospective Study in Children, Circulation, 62: 1151, 1980.
7. FORTUIN, N.J.: Current Therapy in Cardiovascular Disease, I th edition, CV Mosby Comp., Saint Louis, 1984, p. 120.

Prof. Dr. Jale CORDAN
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
BURSA