

Sydenham Koreası (Bir Olgu Nedeniyle)

SYDENHAM'S CHOREA

Salih PAY*, Yavuz BAYKAL**, Bayram KOÇ**, Kenan SAĞLAM**, Hamiyet ÇALIŞ*,
Nurettin ÖZCAN***, Fikri KOCABALKAN****

Dr.GATA İç Hastalıkları BD,
** Yard.Doç. Dr.GATA İç Hastalıkları BD,
*** Prof.Dr.GATA İç Hastalıkları BD,
**** Prof.Dr.GATA İç Hastalıkları BD, ANKARA

ÖZET

Akut romatizmal ateş insidensi azalmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Özellikle kardiyak tutulum çok önemlidir. Sydenham koreası akut romatizmal ateşin majör bulgularından biridir. Gezici poliartrit ve karditten sonra en önemli majör bulgulardan biridir. Bazen diğer bulgulardan bağımsız olarak ortaya çıktığı için tanı koymada zorluklar olabilmektedir. Vakamız atipik prezentasyon gösteren 25 yaşındaki erkek bir hastadır.

Anahtar Kelimeler: Sydenham koreası,
Akut eklem romatizması

T Klin Tıp Bilimleri 1995, 15: 272-273

Sydenham koreası istemsiz, amaçsız, ani hareketler; adele zayıflığı ve emosyonel labilite ile karakterize bir nörolojik hastalıktır. Akut romatizmal ateşin beş majör bulgusundan biridir. Korea minör, St.vitus dansı, romatik ensefalit gibi diğer terminolojilerde bu hastalığı tanımlamak için kullanılmaktadır (1). Bu hastalık ilk kez 1686 yılında Thomas Sydenham tarafından tanımlanmıştır (2). Biz klasik Sydenham korea kriterlerine uymayan bir vakayı sunduk.

VAKA

25 yaşında erkek hasta yüksek ateş, istemsiz hareketler ve eklem şikayetleri ile polikliniğimize müracaat etti. Hasta eklemlerinde ağrı, şişlik, kızarıklık şikayetlerinin polikliniğe müracaatından 3-4 gün önce ortaya çıktığını ve artrit şikayetleri gezici tarzda olduğunu belirtmekteydi. Şikayetlerden 2-3 hafta önce üst solunum

Geliş Tarihi: 23.03.1995

Yazışma Adresi: Yavuz BAYKAL
GATA İç Hastalıkları BD,
Etlik, ANKARA

SUMMARY

Acute Rheumatic Fever (ARF) is still one of the important cause of morbidity abnormality in the developing countries, although its incidence is decreased world-wide. Cardiac involvement is the most important fact. Sydenham's chorea is major diagnostic symptom of ARF, it is the most common finding next to migratory polyarthritis and carditis. It occurs sometimes independent from the other symptoms as "pure" chorea. To make the diagnosis of ARF becomes difficult in these conditions. Our case is a 25 years old male who shows atypically presentation.

Key Words: Sydenham's chorea, Acute rheumatic fever

T Klin J Med Sci 1995, 15: 272-273

yolu enfeksiyonu geçirdiğini belirten hastada, artrit şikayetlerine ilave olarak, anlamsız konuşmalar, bazı sözcükleri sürekli tekrarlaması ve istemsiz hareketler vardı. Yapılan muayenede ateş 38.5°C, arteriyel kan basıncı 150/90 mmHg, N:120 dk., ritmik, genel durum orta, her iki el ve bacaklarda, yüzde anlamsız, amaçsız, asimetrik, ani hareketler mevcuttu. Hasta geçmiş ile ilgili bazı sözcükleri sürekli olarak tekrarlıyordu, hastada yer, zaman orientasyonu yoktu ve ajite haldeydi. Üst solunum yolu muayenesinde tonsiller ve farenkste hafif bir hiperemi dışında patolojik bulgu tespit edilemedi. Solunum sistemi normal olarak değerlendirildi. Kalp oskültasyonunda mitral odağında 2/6 şiddetinde, koltuk altına yayılımı olan sistolik üfürüm ve aort odağında 1/4 şiddetinde emici vasıfta diastolik üfürüm tesbit edildi. Hastanın sağ diz ve sağ el bileğinde kızarıklık, şişlik, hassasiyet ve hareket kısıtlılığı tespit edildi. Hasta benzer şikayetlerin sol diz ve sol ayak bileğinde de olduğunu, fakat ağrı hariç diğer bulguların kaybolduğunu ifade etti. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

Hastanın laboratuvar bulguları: Sedimentasyon hızı 107 mm/sa, Hb: 13 g, Hct: %41, Bk: 13.200 ml (Peri-

ferik yayma: %75 parçalı, %22 lenfosit, %3 monosit), idrar tetkiki normal olarak değerlendirildi. Biokimya analizlerinde; SGOT ve SGPT normal değerlerden yüksek, diğerleri ise normal sınırlar içinde bulundu. ASO: 200 Todd Ü/ml, (N.200 Todd Ü/ml) CRP: 96 mg/l (N:6 mg/l) tesbit edildi.

Hasta kliniğe yatırıldığında menenjit, ensefalit, Wilson hastalığı ve korea majör yönünden incelendi. Akut romatizmal ateş tanısı konulduktan sonra hastaya aspirin+penisilin tedavisine başlandı. İstemsiz hareketleri önlemek ve emosyonel labilite için haloperidol kullanıldı. Hastanın artrit, şikayetleri 3.günde, kardiyak üfürümdeki değişkenlik 8.günde ve istemsiz hareketler ve emosyonel labilitenin 13.günde ortadan kalktığı gözlemlendi. Hasta da ajitasyonu azaldıktan sonra ekokardiografi yapılabildi. Ekokardiografide 2-3° aort yetmezliği ve 2° mitral yetmezliği tesbit edildi ve daha sonra yapılan ekokardiografilerde bu bulguların sebat ettiği gözlemlendi. Anamnezden, hastanın daha önceden de gezici tarzda artrit geçirdiğinin öğrenilmesi ile akut romatizmal ateş geçirdiğini ve bu atağın da bir rekürrens olduğuna karar verildi.

TARTIŞMA

Akut romatizmal ateşin majör bulgularından olan sydenham koreası diğer romatolojik bulgular ile birlikte olabildiği gibi tek başına da ortaya çıkabilir. Diğer romatolojik bulgular olmaksızın görüldüğünde "saf" korea adını alır. "Saf" korea vakalarında akut romatizmal ateşin diğer klinik ve laboratuvar bulguları olmadığı için tanı koymak zordur. Ayrıca tüm "saf" korea ataklarının da akut romatizmal ateşe bağlı olmadığı iddia edilmektedir (3).

Sydenham koreasının fizyopatolojisinde streptokoklara karşı oluşmuş antikorların beyin dokusu ile çapraz reaksiyona girmesinin rol oynadığı düşünülmektedir. Özellikle streptokokların "M" proteinlerine karşı oluşmuş antikorlar suçlanmaktadır (4). Fizyopatolojide sorumlu tutulan diğer faktör de antinöronal antikorlardır (5). Günümüze kadar anti-nükleus kaudatus ve anti-subtalamik antikorları gibi çeşitli antikorlar tesbit edilmiştir (6).

Sydenham koreası'nın akut romatizmal ateşin diğer bulguları ile olması tanı ve tedavide önemlidir. Sydenham korealı vakaların yaklaşık %50'sinde kardit tesbit edilmektedir. Fakat Sydenham koreası hemen hemen hiç bir zaman artrit ile birlikte görülmemektedir (1). Vakamızın ilginçliği Sydenham koreasının akut romatizmal ateş için karakteristik olan gezici poliartrit ile birlikte olmasıdır. Vakamızda ayrıca kalp oskültasyonunda en iyi mitral odağında duyulan, koltuk altına yayılan, tiz, kreşendo-dekreşendo vafında, 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm ve aort odağında emici vafında 1/4 şiddetinde diastolik üfürüm tesbit ettik. Bu oskültasyon bulguları aktif kardit tutulumu ile uyumlu olarak günlük değişimler göstermekte idi.

Sydenham koreası genellikle çocuk yaşlarında ortaya çıkan ve sıklıkla kız çocuklarını etkileyen bir has-

taliktir. Özellikle puberteden sonra büyük çoğunlukla kadınlarda gözlenmektedir (7,8). Hastalık bazen yetişkin kadınlarda da gözlenmesine rağmen cinsel gelişimini tamamlayan erkeklerde çok nadir ortaya çıkmaktadır. Vakamızın diğer ilginç bir özelliği de, hastanın erkek olması, cinsel gelişimini tamamlamış olması ve 25 yaşında olmasıdır. Sydenham korealı hastaların hareketleri ani, düzensiz ve kararsızdır. Bu hareketler ritmik ve tekrarlayıcı değildir. Koreiform hareketler istirahat ve sedasyonda azalır, uykuda ise tamamen kaybolur. İstemsiz hareketler tüm kasları tutmasına rağmen çoğunlukla elleri, ayakları ve yüzü etkilemektedir (8).

Sydenham koreası 1 hafta sürebileceği gibi, 2 yıla kadar uzayabilmektedir. Günümüzde Sydenham koreasının tedavisinde benzodiazepinler, haloperidol gibi trankilizanlar kullanılmaktadır (6). Bu tedavilere cevap alınmadığı durumlarda veya hastalık akut romatizmal ateşin diğer bulguları ile birlikte olduğunda ilave olarak akut romatizmal ateş tedavisi uygulanır.

Vakamızda ilk önce gezici poliartrit ortaya çıktı. Bunu takiben 4-5 gün sonra istemsiz hareketler, emosyonel labilite ve kardiyak üfürümler tesbit edildi. Bu üfürümlerin günlük olarak değişkenlikler göstermesi tablonun aktif kardit ile birlikte olduğunu düşündürdü. Bu veriler ile hastaya prokain penisilin 10 gün 2x800.000 Ü (1 mg/kg) ve kortikosteroitten (1 mg/kg) oluşan romatizmal ateş tedavisi uygulandı. Tedavi ile artrit bulguları 3.günde, kardiyak üfürümler 8.günde, koreiform hareketlerin 13.günde ortadan kalktığı gözlemlendi. Hasta mevcut akut romatizmal ateş tedavisi ile taburcu edilmiş olup halen poliklinikten takip edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bisno AL, Kelleş WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CD. *Textbook of Rheumatology*. 4th ed. WB Saunders Company, 1993:1209.
2. Goldenberg J, Ferra MB, Fonseca AS, Hillario MO, Bastos W, Sachetti S. Sydenham Chorea: clinical and laboratory findings. *Analysis of 187 cases*. *Rev Paul Med* 1992; 110:152.
3. Berlos Y, Quesney F, Morales A, Blasquez J, Bisno AL. Are all recurrences of "pure" Sydenham Chorea true recurrences of acute rheumatic fever. *J Pediatr* 1985; 107:867.
4. Bronze MS, Dale JB. Epitopes of streptococcal M proteins that evoke antibodies that cross-react with human brain. *J Immunol* 1993; 151:282.
5. Swedo SE, Leonard HL, Schapiro MB, Casey BS, Manheim GM, Lenane MC, Rettew DC. Sydenham's Chorea: physical and psychological symptoms of St Vitus dance. *Pediatrics*.
6. Eissat A et al. Sydenham's Chorea: A new look at an old disease. *Br J Clin Pract* 1993; 47:14.
7. Altan O ve ark. Kalp ve Damar hastalıkları. *Cerrahpaşa Tıp Fak Yay*, 1977:317.
8. Sonel A. *Kardiyoloji*. 3.baskı, 1987:325.
9. Melvin OC, Mavrice S, Malcolm BM. *Clinical Cardiology*. 6th ed, 1993.