

Epstein-Barr Virusu İnfeksiyonu Sonrası Gelişen Perikardit: Bir Olgu Sunumu

Pericarditis Developing After Epstein-Barr Virus Infection: A Case Report

Ahmet Şahin, Vuslat Keçik-Boşnak, Sema Tekin-Şahin, Mustafa Namıdur, İlkay Karaoğlan
Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Özet

İnfeksiyöz ve noninfeksiyöz birçok nedenle oluşabilen akut perikarditlerin en sık etkeni, viruslardır. 34 yaşında erkek, ateş, solunum sıkıntısı ve nefes alıp verirken göğüs ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Ekokardiyografide perikardiyal efüzyon, toraks bilgisayarlı tomografisinde plevral efüzyon vardı. Anti-EBV VCA IgM pozitif olarak saptandı. Nonsteroid antiinflamatuvar tedavisine iyi yanıt verdi ve klinik olarak tam iyileşme görüldü. Bu olgu da göstermektedir ki immünokompetan bir kişide gelişen perikardiyal ve plevral efüzyonun etyolojisinde Epstein-Barr virüsü da akla gelmelidir. *Klimik Dergisi 2016; 29(2): 90-2.*

Anahtar Sözcükler: Perikardit, insan herpesvirus 4, plevral efüzyon.

Abstract

Acute pericarditis may be infectious or noninfectious, and the most common agents are viruses. A 34-year-old male was admitted to hospital with fever, respiratory distress and chest pain while breathing. Echocardiography showed pericardial effusion, thoracic computed tomography demonstrated pleural effusion. Anti-EBV VCA IgM was positive. He responded to nonsteroidal anti-inflammatory treatment and clinical cure was observed. This case revealed that Epstein-Barr virus should also be remembered as an etiologic agent in immunocompetent patients with pericardial and pleural effusion. *Klimik Dergisi 2016; 29(2): 90-2.*

Key Words: Pericarditis, human herpesvirus 4, pleural effusion.

Giriş

Akut perikardit, infeksiyöz ve noninfeksiyöz nedenlere bağlı olarak gelişebilen bir klinik tablodur. İnfeksiyöz perikardit olgularının en sık nedeni viruslardır. Özellikle koksakivirus ve ekovirusların da bulunduğu enterovirus ailesi en sık infeksiyöz etkenlerdir. Akut perikardit, sistemik bir hastalığa bağlı olmadığı ve immün yetmezlik tablosu bulunmadığında genellikle kendini sınırlayan bir hastalıktır (1-3). Epstein-Barr virüsü (EBV) infeksiyonuna bağlı perikardit ise oldukça nadir görülen bir durumdur (4). Bu yazıda, immün yetmezliğin olmadığı bir zeminde EBV infeksiyonuna bağlı olarak perikardiyal ve plevral efüzyon gelişen genç bir erkek olgu sunuldu.

Olgu

Otuz dört yaşında erkek hasta son iki gündür var olan ateş, boğaz ağrısı, halsizlik ve nefes alıp vermekle artan göğüs ağrısı şikayetiyle hastanemize başvurdu. Ateş etyolojisini araştırmak için yatırılan hastanın yaklaşık dört gün boyunca ateşi devam etti. Fizik muayenede kan basıncı 90/60 mmHg, nabız 120/dakika ve ritmik, ateş 38°C, solunum sayısı 30/dakika idi. Fizik muayenede farinkste hiperemi vardı. Dinlemekle bilateral alt zonlarda solunum

seslerinin azalması dışında başka patolojik bulgu saptanmadı. Hepatosplenomegali saptanmadı; servikal, aksiller ve inguinal lenfadenomegali yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 12 800/mm³ (%49 nötrofil, %40 lenfosit, %10 monosit), hemoglobin 11.6 gr/dl, aspartat aminotransferaz 25 Ü/lt, alanin aminotransferaz 161 Ü/lt, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 112 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 97 mg/lt ve laktat dehidrogenaz 625 Ü/lt ölçüldü. Tiroid fonksiyon testleri normal, bruselloz için standard tüp aglütinasyon testi, tümör belirteçleri, anti-nükleer antikor, anti-dsDNA negatif olarak bulundu. Hemokültürlerde üreme olmadı. Periferik yaymada lenfositoz saptandı; atipik hücre görülmedi. Genel durumu stabil olmayan hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde paratrakeal, prevasküler, hiler ve karinal bölgelerde en büyüğü 1.5 cm olan lenfadenomegali izlendi. Akciğer parenkiminde buzlu cam dansiteleri, sağda lineer ateletaktazi görünümüleri ve bilateral plevral sıvı saptandı. Perikardiyal alanda en geniş yerinde 2 cm kalınlığa ulaşan perikardiyal efüzyon ve kardiyotorasik oran kalp lehine artmış olarak izlendi (Resim 1). Transtorasik ekokardiyografide kalp kapakları doğal ve ejeksiyon fraksiyonu %60'tı; vejetasyon saptanmadı. Kalbi çepeçevre saran perikardiyal efüzyon izlendi.

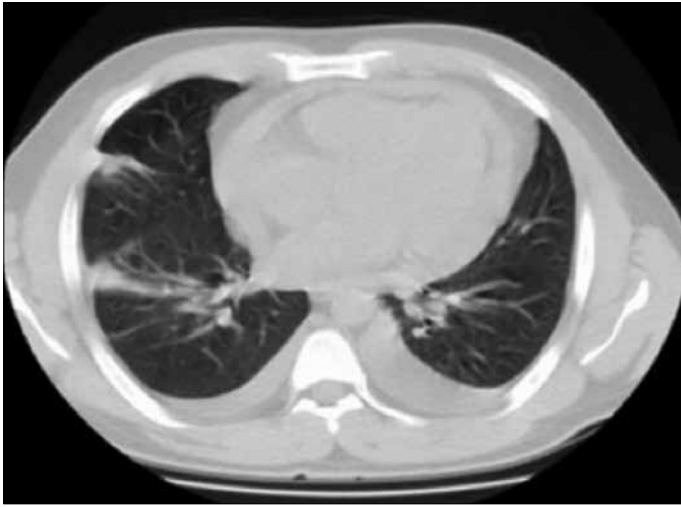
Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Ahmet Şahin, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
E-posta/E-mail: ahmet27sahin@hotmail.com

(Geliş / Received: 6 Aralık / December 2015; Kabul / Accepted: 19 Mart / March 2016)

DOI: 10.5152/kd.2016.21





Resim 1. Toraks BT'de akciğer parenkiminde buzlu cam dansiteleri, sağda lineer atelektazi görünüşleri, bilateral plevral sıvı ve perikardiyal alanda 2 cm kalınlığa ulaşan perikardiyal efüzyon.

Kardiyoloji konsültasyonunda perikardiyal tamponad bulguları gelişmediği için acil perikardiyosenteze gerek görülmeden hastaya nonsteroid antiinflamatuvar (ibuprofen 600 mg/gün) başlandı. Bu arada istenen anti-EBV VCA IgM pozitif olarak sonuçlanınca hastaya EBV perikarditi tanısı konuldu. İki gün sonra hastanın ateşi ve solunum sıkıntısı geriledi. Takiplerinde herhangi bir şikayeti olmayan hasta yatışının beşinci gününde taburcu edildi. On gün ibuprofen 600 mg/gün kullanıp kontrole gelen hastanın şikayetleri tamamen geçmişti ve fizik muayene bulguları doğaldı. Kontrol laboratuvar tetkikleri normal olarak sonuçlandı. Ekokardiyografide perikardiyal efüzyon izlenmedi.

İrdeleme

EBV, çoğunlukla çocukluk çağı ve geç ergenlik döneminde enfeksiyon etkeni olarak görülmektedir. En sık enfeksiyöz mononükleoz tablosu şeklinde karşımıza çıkar. Enfeksiyöz mononükleoz, ateş, halsizlik, boğaz ağrısı, polimiyalji, karaciğer enzimlerinde yükselmeler, organomegali ve genel lenfadenopatiyle karşımıza çıkabileceği gibi asemptomatik de seyredebilir. Birkaç haftada genellikle komplikasyonsuz iyileşir (5). Ancak nadiren bazı komplikasyonlara neden olabilir. Hepatit, splenik rüptür, trombositopeni, ensefalit, hava yolu obstrüksiyonu, pnömoni, plevral sıvı ve hiler lenfadenopati nadir komplikasyonlarındandır (6). Kardiyak komplikasyonlar arasında, yine çok nadir olmak üzere myokardit ve perikardit vardır (7,8).

Viral perikarditler genellikle kendini sınırlayan ılımlı bir seyir izler ve hastaların çoğu tamamen iyileşir. EBV enfeksiyonuna bağlı perikardit de oldukça nadir görülmekte ve kendini sınırlamaktadır (9). Akut perikarditli olguların çoğunluğu, ani başlayan, omuz ve boyna yayılan, keskin retrosternal göğüs ağrısından yakınıdır. Ağrı genellikle nefes alma, yutkunmayla ve sırtüstü yatar pozisyonda artarken, oturmak ve öne doğru eğilmekle azalır. Hastalar ayrıca ateş, öksürük, halsizlik, myalji ve artraljiden yakınabilir. Bizim olgumuzda da bunlarla uyumlu olarak, son iki gündür olan ateş, boğaz ağrısı, halsizlik ve nefes alıp vermekle artan göğüs ağrısı şikayeti vardı.

Perikardit tanısı genellikle klinik özelliklerden yola çıkılarak koyulur. Hafif bir ateş yaygındır; ancak 38°C'den yüksek

ateş olması nadirdir ve bakteriyel perikardit tanısını destekler. Bizim hastamızın da takiplerinde 38°C'yi geçen ateşi olmadı. Akut perikarditli hastalarda genellikle lökositoz, eritrosit sedimentasyon hızında ve CRP düzeyinde artma vardır. Hastamızın laboratuvar değerlerinde de artış vardı.

EBV enfeksiyonu tanısında polimeraz zincir reaksiyonuyla kanda EBV DNA nükleik asidi tespit edilebilir. Serolojik yöntemlerle heterofil antikorlar ve EBV'ye özgü antikorlar da araştırılabilir. Anti-EBV VCA IgG sonucundan bağımsız olarak anti-EBV VCA IgM pozitifliği, akut primer EBV enfeksiyonunu gösterir (3,10-12). Heterofil antikorlardan en çok kullanılan monospot testi enfeksiyöz mononükleozlu hastaların yaklaşık %90'ında pozitiftir. Duyarlılığı ve özgüllüğünün yüksek olması nedeniyle rutin olarak kullanılmaktadır (9). Bununla birlikte bu test hastamızda negatifti. Perikardiyal sıvıdan EBV DNA tespiti perikardit tanısında yardımcıdır (2). Biz ise tanıyı serum anti-EBV VCA IgM pozitifliğiyle koyduk.

Tedavide, genellikle nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar yeterli olmakta, ciddi perikard efüzyonu ve tamponad gelişen olgularda ise perikardiyosentez gerekmektedir (13).

Ayrırcı tanıda pnömoni, pulmoner emboli, tüberküloz, malignite, bakteriyel perikardit ve myokarditler, sepsis ve kalp yetmezliği düşünülmelidir. İmmün sistemi normal olan genç bir hasta üst solunum yolu enfeksiyonu benzeri bulgular ve nefes alıp vermekle artan göğüs ağrısı kliniğiyle başvurduğunda EBV enfeksiyonu da ön tanı olarak düşünülmelidir. EBV enfeksiyonunun tamponada ilerlemesi nadir görülen bir durumdur. Ancak benzer klinik tabloyla başvuran hastada perikardiyal ve plevral sıvı, hatta perikardiyal tamponad gelişebileceği akılda tutulmalıdır. EBV enfeksiyonuna bağlı perikardit yaşamı tehdit eder ve tamponada da yol açabileceği için bu olgular oldukça yakın takip edilip, transtorasik ekokardiyografiyle değerlendirilmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Diamond C, Telles J. Pericarditis and myocarditis. In: Gorbach SL, Batlett JG, Blacklow NR, eds. *Infectious Diseases*, 3rd ed. New York: Lippincott, Williams & Wilkins, 2004: 589-97.
2. Knowlton KU, Savoia MC, Oxman MN. Myocarditis and pericarditis. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015: 1774-8.
3. Büyükbese MA, Uçmak H. Infectious pericarditis. *Eur J Gen Med*. 2013; 10(Suppl. 1): 1-5.
4. Permanyer-Miralda G. Acute pericardial disease: approach to the aetiological diagnosis. *Heart*. 2004; 90(3): 252-4. [\[CrossRef\]](#)
5. Cohen JL. Epstein-Barr virus infections, including infectious mononucleosis. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th ed. New York: McGraw Hill, 2008: 1106-8.
6. González Saldaña N, Monroy Colín VA, Piña Ruiz G, Juárez Olguín H. Clinical and laboratory characteristics of infectious mononucleosis by Epstein-Barr virus in Mexican children. *BMC Res Notes*. 2012; 5: 361. [\[CrossRef\]](#)
7. Roubille F, Gahide G, Moore-Morris T, et al. Epstein-Barr virus (EBV) and acute myopericarditis in an immunocompetent

- patient: first demonstrated case and discussion. *Intern Med.* 2008; 47(7): 627-9. [\[CrossRef\]](#)
8. Zafir B, Aviv A, Reichman N, Flatau E. Epstein-Barr virus-associated pericarditis and pericardial effusion: case report and diagnostic aspects. *Eur J Intern Med.* 2005; 16(7): 528-30. [\[CrossRef\]](#)
 9. Johannsen EC, Kaye KM. Epstein-Barr virus (infectious mononucleosis, Epstein-Barr virus-associated malignant diseases, and other diseases). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases.* 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015: 1754–70.
 10. Hess RD. Routine Epstein-Barr virus diagnostics from the laboratory perspective: still challenging after 35 years. *J Clin Microbiol.* 2004; 42(8): 3381-7. [\[CrossRef\]](#)
 11. Gulley ML. Molecular diagnosis of Epstein-Barr virus-related diseases. *J Mol Diagn.* 2001; 3(1): 1-10. [\[CrossRef\]](#)
 12. Sirekbasan S, Çelik DG, Abdelkareem A, *et al.* Epstein-Barr virusu infeksiyonu tanısında EBV IgM/IgG ve monospot testlerinin irdelenmesi. *Klimik Derg.* 2012; 25(3): 107-10. [\[CrossRef\]](#)
 13. Lentini S, Klingel K, Skowasch D, Kandolf R, Bauriedel G. Epstein-Barr virus-associated pericarditis. *Dtsch Med Wochenschr.* 2001; 126(38): 1043-6. [\[CrossRef\]](#)