

• Uvod • Simptomi i dijagnoza • Prognoza • Radna sposobnost

Uvod

Akutni reumatski endokarditis je obolenje koje zahvata prije svega mitralne i aortne, a znatno rijeđe trikuspidalne i pulmonalne zaliske. Promjene mogu da se lokalizuju i na endokardu zida komora i pretkomora. Najkarakterističnije su ipak promjene na zidu lijeve pretkomore. Reumatski endokarditis može da se javi samostalno ili uz neku drugu reumatsku promjenu: uz tipični migratorni spoliartritis, ervthema marginatum ili rijeđe uz chorea minor.

Simptomi i dijagnoza

Početak je često AKUTAN, sa povišenom tjelesnom temperaturom, spoliartritisom, gubitkom apetita, malaksalošću, bolom u trbuhu (u djece), preznojavanjem, blijedilom, dispneom pri kretanju. Simptomi se javljaju već u toku prve sedmice bolesti.

Početak može da bude POSTEPEN I PODMUKAO, sa lako povišenom temperaturom i artralgijama, koje traju nekoliko sedmica, sa gubitkom apetita, malaksalošću, otežanim disanjem pri manjem ili većem naporu, blijedilom.

U djece sa chorea minor ne postoje simptomi na zglobovima, tjesna temperatura nije povišena. Znaci na srcu ukazuju na promjene koje omogućuju razlikovanje ovih bolesnika od bolesnika sa »čistom« chorea minor.

Akutni reumatski endokarditis skoro je uvijek udružen s pojavom ŠUMA NA SRCU. Mitralni valvulitis se rano javlja. Kao posljedica toga, nastaje insuficijencija mitralnih zalistaka i pojava sistolnog šuma. Ovaj šum obično ima karakter duvanja, ispunjava cijelu sistolnu pauzu, širi se ka aksili, ali mu je punctum maximum na vrhu. U početku je obično mek, jedva čujan, kasnije se pojačava. Sve to zavisi od stanja miokarda, stepena regurgitacije i debljine grudnog koša bolesnika. U ovoj fazi bolesti neobično je važno razlikovati ovaj šum od neorganskog šuma, koji

se često javlja u djece, pratiti njegovu promjenljivost, kao i karaktere sistolnog organskog šuma.

Neorganski šum se obično slučajno otkriva u djeteta pri sistematskom pregledu. U takvoj situaciji veoma često se postavlja pogrešna Simptomi i dijagnoza insuficijencije mitralnih zalistaka reumatskog porijekla. Neorganski šum ima svoje karakteristike pomoću kojih se može lakše dijagnostikovati. Oni su po lokalizaciji najčešće nalaze se parasternalno ili na ušću a. pulmonalis.

Parasternalni šum se najčešće čuje u trećem i četvrtom međurebarnom prostoru, lijevo uz sternum, nekad i u aksili, ali sa punctum maximumom između sternuma i vrha srca. Po jačini, to su šumovi I-III stepena (po gradaciji do šest stepeni jačine) ili P-šumovi (po gradaciji na P-šumove ili šumove I, II i III stepena jačine). To su šumovi koji obično zauzimaju prvi dio sistolne pauze, najčešće su muzikalni, hrapavi i pojačavaju se poslije zamaranja

Fonokardiografski

neorganski šum pokazuje pravilnu frekvenciju, vibratnog 'karaktera i ima karakteristike čistog tona bez primjese drugih tonova. Vibratni (neorganski) šum ne počinje odmah poslije I tona, kao što započinje sistolni šum u insuficijenciji mitralnih zalistaka, ne zauzima cijelu sistolu, već je najčešće mezosistolni. Obično traje 0,114 sekunde za razliku od sistolnog (organskog) šuma u insuficijenciji mitralnih zalistaka, koji traje 0,24 sekunde.

U akutnom mitralnom valvulitisu može doći i do pojave mezo-dijastolnog šuma (Carey-Coomsov šum). On nastaje odmah poslije III tona zbog vibracija uslijed naglog zatezanja srčanog mišića, ili zbog naglog povećanja napetosti mitralnih zalistaka i chorda tendinea. Čuje se na ograničenom prostoru iznad vrha srca, u lijevom bočnom položaju. Javlja se samo ako postoji sigurni mitralni valvulitis. U stvari, on potvrđuje značaj sistolnog šuma na vrhu.

Za razliku od dijastolnog dobovanja u stenozi mitralnog ušća, Carey-Coomsov šum traje kraće i nema presistolno pojačanje. Sem toga, dijastolno dobovanje se javlja nekoliko mjeseci ili godina poslije akutnog reumatskog endokarditisa.

Sistolni šum na ušću a. pulmonalis neorganskog je karaktera i javlja se češće nego organski šum, koji je lokalizovan parasternalno. To je, u stvari, šum istiskivanja krvi iz desne komore u plućnu arteriju. On je kratak i najčešće se čuje u drugom međurebarnom prostoru, lijevo od sternuma. Nekad može da se čuje i na vrhu srca. Zauzima prvi dio sistole, različite je jačine. Pojačava se pri pokretima i najbolje se čuje u ležećem položaju. Udisanjem amil-nitrata pojačava se jačina neorganskog, a smanjuje jačina šuma organske mitralne insuficijencije.

Aortni valvulitis se rijede javlja. Dijastolni šum tipa regurgitacije na bazi je koristan znak u dijagnostici ovog obolenja, jer uvijek označava endokarditis jačeg stepena. U prvoj fazi bolesti šum je mek i javlja se u ranoj dijastoli, odmah poslije II tona. Najbolje se čuje u III međurebarnom iprostoru, lijevo uz sternum, a nekada i u II međurebarnom prostoru, desno uz sternum. Nekad se teško čuje, pa je najbolje auskultovati stetoskopom sa membranom, i to u ekspirijumu. Ukoliko se regurgitacija povećava, utoliko se šum bolje čuje.

Sistolni šum na aortnom ušću može da se čuje i u toku akutnog reumatskog endokarditisa. Ubrzan srčani rad, ubrzan protok krvi kroz ušće, akutne, eksudativne reumatske promjene na aortnim zaliscima omogućuju nastanak ovog šuma. Ovaj šum ima kvalitete sistolnog šuma tipa istiskivanja, ali nije posljedica stenozе ušća. Stenoza ušća nastaje tek poslije nekoliko godina poslije prvog akutnog napada reumatskog endokarditisa i ona je definitivna hronična promjena na ušću.

Radiološki znaci

U slučaju akutnog reumatskog endokarditisa, rtg pregled srca ne mora da pokaže niti uvećanu srčanu sjenku niti znake zastoja u hilusima i plućima.

U nekim slučajevima, kada je akutni reumatski endokarditis udružen s akutnim reumatskim miokarditisom i perikarditisom, srce može biti uvećano. Katkad je to uvećanje neznatno. Tada je potrebno češće ponavljati uzimanje rendgenograma srca (2-3 puta tokom prvog mjeseca bolesti). Znatno smanjenje srčane sjenke na rendgenogramu, pod dejstvom ležanja i antireumatskog liječenja, biće, retrospektivno, dokaz da je postojalo uvećanje srca. U drugim slučajevima, uvećanje srčane sjenke na rendgenogramu je znatno veće prilikom prvog pregleda bolesnika zbog dilatacije ili prisustva tečnosti u perikardnoj kesi. Ukoliko je miokarditis jače izražen, srce je prošireno i lijevo i desno od sternuma.

Akutni reumatski endokarditis može biti udružen sa miokarditisom i dovesti do poremećaja u hemodinamici. Dolazi do zastoje srčane insuficijencije i izraženih, prepunjenih hilusa i grubih linearnih senki, koje se radijarno šire od hilusa ka bazama. Konfluentne, nehomogene sjenke u

donjim i srednjim plućima spoljima ukazuju na edem pluća.

EKG znaci

EKG nije od velike koristi za dijagnozu akutnog reumatskog endokarditisa. Produžen P-R interval može da se javi, ali ne tako često.

Funkcionalni znaci

Zbog izraženih promjena u zglobovima, dispnee, malaksalosti, bolesnik je, u klasičnom slučaju, nepokretan i treba da ostane u postelji. Ukoliko uz akutni reumatski endokarditis postoji i akutni reumatski miokarditis, dolazi do poremećaja u hemodinamici i do zastojne srčane insuficijencije.

Laboratorijski znaci

SE je ubrzana i dostiže vrijednosti od 100 mm u jednom satu ilii čak i više.

Postoji leukocitoza i umjerena anemija.

Koncentracija fibrinogena u plazmi je povećana u većini slučajeva kao i koncentracija alfa-2 globulina.

Bakteriološki i imunološki nalazi

Grupa A beta-hemolitičkog streptokoka se veoma rijetko izoluje kulturom brisa iz ždrijela.

ASTO titar je povećan u 70-90% slučajeva.

Imunoelektroforetski se dokazuje povećanje IgA globulina u serumu ovih bolesnika u oko 70% slučajeva.

Prvih dana i nedelja povećan je i komplement u serumu nekih bolesnika.

Minimalni dijagnostički program

Simptomi i dijagnoza akutnog reumatskog endokarditisa postavlja se na osnovu podataka o nedavno preležanom akutnom tonzilofaringitisu, akutnom migrirajućem spoliartitisu koji pretežno zahvata velike zglobove, sistolnog ili dijastolnog šuma uz tahikardiju, ubranu SE, leukocitozu, povećan ASTO titar u serumu, povećanje alfa-2 globulina u elektroforegramu.

U djece, klasična klinička slika akutnog reumatskog endokarditisa ne viđa se tako često. Djece je obično blijedo, bez apetita, neveselo, sa povremenim temperaturama, blagim bolovima u zglobovima i mišićima, sa izraženom malaksalošću, ubranim srčanim radom, tihim srčanim tonovima, pojavom šumova na srcu, ubranom SE, anemijom, leukocitozom, povećanim ASTO titrom i koncentracijom fibrinogena u plazmi, kao i povećanim alfa-2 globulinima na elektroforegramu.

Prognoza

Ukoliko su promjene na endokardu izraženije u toku prvog napada akutnog reumatskog endokarditisa, utoliko će ostati veće posljedice na zaliscima i ušćima. Bolesnici sa sistolnim šumom na vrhu, po jačini I°, poslije 5 godina u 18% slučajeva pokazuju znake valvularne mane, dok bolesnici sa sistolnim šumom II0 i III0 poslije 5 godina pokazuju znake valvularne mane u 32%. Djeca koja su u vrijeme prvog napada imala i sistolni i dijastolni šum, poslije 5 godina pokazuju u 52% znake valvularne mane, dok djeca sa pankarditisom i zastojućom srčanom insuficijencijom poslije 5 godina imaju u 70% znake valvularne mane.

Akutni reumatski endokarditis dovodi do stvaranja valvularnih mana: insuficijencije zalistaka i stenoze ušća. Zavisno od genetičkih faktora bolesnika, socijalno-ekonomskih uslova života, klimatskih faktora i sprovedene profilakse, bolesnik sa preležanim akutnim reumatskim endokarditisom i stvorenom valvularnom manom može biti pošteđen recidiva, daljeg progresivnog oštećenja srca (stvaranja novih valvularnih mana, ožiljnih promjena u miokardu), uvećanja srca i pojave zastojne srčane insuficijencije.

U nekim slučajevima recidivi dovode brzo do proširenja akutnog reumatskog procesa na druge zaliske i miokard, omogućujući razvoj zastojne srčane insuficijencije i onesposobljavajući bolesnika za rad, pa čak i običan svakodnevni život.