

EPIDEMIJSKA PLEURODINIJA - MOGUĆI IMITATOR KORONARNE BOLESTI

Predrag Čanović, Željko Mijailović, Jagoda Gavrilović, Olgica Gajović
Infektivna Klinika, KC Kragujevac

EPIDEMIC PLEURODYNIA - POSSIBLE IMITATOR OF A CORONARY DISEASE

Predrag Canovic, Zeljko Mijailovic, Jagoda Gavrilovic, Olgica Gajovic
Clinic of Infectious Disease, Clinical Center of Kragujevac

SAŽETAK

Epidemijska pleurodinija je enterovirusna bolest koja se, uz povišenu telesnu temperaturu, manifestuje bolovima u predelu grudnog koša ili gornjeg abdomena. Zbog toga, često protiče pod kliničkom slikom ishemijske bolesti srca. U radu je prikazan bolesnik, star 26 godina, koji je primljen u Infektivnu Kliniku zbog povišene temperature, glavobolje i bolova u gornjem delu grudnog koša. Laboratorijske analize su ukazivale na prisutan inflamacijski sindrom (SE 60 mm/h, Le 12 x 10⁹/l, fibrinogen 4,8 g/l) kao i na povišenu aktivnost enzima u serumu (CK 180 U/l, ALT 95 U/l, LDH 520 U/l). Elektrokardiografski nalaz je u više navrata bio uredan, kao i radiografski pregled pluća. Serološkim ispitivanjem dva uzorka seruma (u razmaku od 14 dana) konstatovan je dijagnostički značajan porast titra neutrališućih antitela na coxsackie B virus tip 5 (1/120; 1/512). Bolesnik je lečen simptomatskom terapijom. Tok i ishod bolesti bili su povoljni. Na osnovu celokupnog kliničko-dijagnostičkog postupka došlo se do zaključka da se kod prikazanog bolesnika radi o epidemijskoj pleurodiniji izazvanoj coxsackie B5 virusom.

S obzirom da se epidemijska pleurodinija često manifestuje, uz opšte simptome infekcije, bolovima u grudnom košu u diferencijalno-dijagnostičkom razmatranju najvažnije je isključiti koronarnu bolest.

Ključne reči: epidemijska pleurodinija, koronarna bolest, coxsackie B virus.

ABSTRACT

Epidemic pleurodynia is an enteroviral disease, manifested by high fever and pain in the region of the ribcage or of the upper abdomen. Therefore, it is frequently mistaken for an ischaemic heart disease or an acute abdomen. This work describes a 26-year-old patient, who had been admitted to the Clinic of Infectious Disease Clinical, Center of Kragujevac, due to high fever, headache and pain in the upper region of the ribcage. Laboratory analysis indicated a case of inflammatory syndrome (SE 60mm/h, Le 12.0x10⁹/l fibrinogen 4.8g/l), as well as an increased enzyme activity in the serum (CK, ALT, LDH). Several times repeated electrocardiographic analysis came out regular, the same being the case with the radiographic lung examination results. Serologic analysis of two serum samples (at 14-day interval) ascertained a diagnostically significant increase of the titer of neutralizing antibodies to the Coxsackie B virus type 5 (1/120; 1/512). The patient was treated with the symptomatic therapy. The course and the outcome of disease were favorable. On the basis of the overall clinical and diagnostic procedure, the conclusion that the patient in question suffered from epidemic pleurodynia caused by Coxsackie B virus type 5 had been reached.

Bearing in mind that epidemic pleurodynia is often manifested, along with general symptoms of infection, by pain in the ribcage, it is vital to exclude a coronary disease during the diagnostic evaluation.

Key words: epidemic pleurodynia, coronary disease, coxsackie B virus.

UVOD

Epidemijska pleurodinija ili Borholmska bolest (po ostrvu Bornholmu gde je prvi put opisana) je enterovirusna bolest, akutnog ili subakutnog toka. Najčešći uzročnici bolesti su coxsackie B virusi (tipovi 1-5), ali je dokazano da uzročnici mogu biti i coxsackie virus A9, kao i neki echovirusi (tipovi 1, 6 i 9) [1]. Bolest ima sezonski karakter (leto i jesen), a može da se javlja sporadično ili epidemijski [2]. Uglavnom se javlja kod veće dece i mlađih osoba.

Nakon inkubacije od 3-4 dana, bolest se manifestuje povišenom telesnom temperaturom, glavoboljom i karakterističnim bolovima u predelu grudnog koša ili gornjem delu abdomena. Bolovi se javljaju u napadima i relativno kratko traju. Najčešće se ispoljavaju u vidu probadanja, rede u vidu stezanja. U oko 7% bolesnika sa pleurodinijom može se čuti pleuralno trenje kao znak afekcije pleure (suvi pleuritis) [3]. Retko se javlja i pleuralni izliv. Moguć je i perikarditis, čak i orhitis, ali izuzetno retko [3, 4]. Epidemijska pleurodinija je sklona recidivima, tako da bolest može imati

više-fazičan tok [4, 5]. To je i razlog što kod nekih bolesnika traje više nedelja.

Pleurodinija nastaje kao rezultat invazije interkostalnih mišića enterovirusima za vreme viremične faze infekcije [4, 5]. Prema tome, histopatološku osnovu ove bolesti čini virusni miozitis.

Egzaktna dijagnoza može se postaviti izolacijom virusa iz ždretonog sekreta i stolice ili serološkim reakcijama, pri čemu je, četvorostruki i veći porast titra antitela u drugom uzorku seruma dijagnostički signifikantan [6].

Bolest, po pravilu, ima benigni tok.

Prikaz bolesnika

Bolesnik muškog pola, star 26 godina, primljen je u Infektivnu Kliniku KC-a u Kragujevcu zbog povišene telesne temperature, glavobolje i bolova u predelu grudnog koša. Razboleo se na četiri dana pre prijema, povišenom temeparturom od 39°C i glavoboljom. Imao je dve ređe stolice i povraćao jedanput. Trećeg dana bolesti osetio je bolove u vidu stezanja u gornjem delu grudnog koša. Bolovi su se povremeno javljali i trajali po 15-20 minuta.

Pri prijemu, osim febrilnosti, lake hiperemije ždrele i oslabljenog disajnog šuma na plućima, ostali fizikalni nalaz bio je uredan. U ličnoj anamnezi, bolesnik je negirao bilo kakve preegzistirajuće bolesti.

Laboratorijskim ispitivanjem utvrđena je ubrzana sedimentacija eritrocita (60 mm/h) i leukocitoza sa blagom neutrofilijom (Le 12 x 10⁹/l, Ne 75%). Biohemijski testovi su ukazivali na povišenu aktivnost enzima u serumu: kreatin kinaza (CK) 180 U/l, alaninaminotransferaza (ALT) 95 U/l, laktička dehidrogenaza (LDH) 520 U/l, kao i na povišenu vrednost fibrinogena (4,8g/l). Vrednosti troponina bile su u referentnim granicama. Na radiografiji pluća nisu videne patološke promene, a elektrokardiografskim pregledom konstatovan je sinusni ritam, bez promena u ST segmentu i T talasu. I kasniji elektrokardiografski pregledi nisu ukazivali na srčanu bolest (ishemijsku bolest srca ili miokraditis).

Serološkim ispitivanjem dva uzorka krvi bolesnika (u razmaku od 14 dana), konstatovan je dijagnostički značajan porast titra neutrališućih antitela na coxsackie B virus tip 5 (1/120; 1/512). Korišćen je test neutralizacije. Na ostale serotipove coxsackie B virusa nije naden dijagnostički značajan porast titra antitela.

Bolesnik je lečen simptomatskom terapijom, pre svega, nesteroidnim antiinflamacijskim lekovima (Indometacin). Od četvrtog dana hospitalizacije postao je afebrilan, bolovi u grudnom košu su bili znatno manjeg intenziteta, ali su se i dalje povremeno javljali

tokom narednih nekoliko nedelja. Pri otpustu (desetog dana od hospitalizacije), kod bolesnika je došlo do normalizacije zapaljenskog sindroma (SE 15 mm/h, fibrinogen 3,6 g/l, Le 8,2 x 10⁹/l) i do značajnog smanjenja aktivnosti enzima (CK 108 U/l, ALT 45 U/l, LDH 320 U/l).

Na kasnijim kontrolama konstatovana je potpuna normalizacija biohemijskog sindroma, uz povremene blage subjektivne tegobe (bolovi u grudnom košu) koje su se održavale još mesec dana posle otpusta.

DISKUSIJA

Zapaljenske miopatije su bolesti koje se karakterišu zapaljenjem poprečnoprugastih mišića. Tu spadaju zapaljenja mišića uzrokovana različitim infektivnim, ali i neinfektivnim agensima (tabela 1.) [7].

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Infekcijske miopatije (bakterije, virusi, protozoe, cestode, namatode, gljive)2. Toksičke miopatije (pokvareno ulje uljane repice, heroin, kokain, cimetidin, D-penicilamin, etanol)3. Miozitis udružen sa bolešću "kalem protiv domaćina"4. Osifikantni miozitis5. Idiopatske zapaljenske miopatije (nepoznat uzrok) |
|--|

Tabela 1. Zapaljenske miopatije (7)

Epidemijska pleurodinija spada u grupu infektivskih miopatija. Najčešće je uzrokuju coxsackie B virusi, ređe drugi enterovirusi. Poznata je uloga coxsackie B virusa i u nastanku drugih kliničkih sindroma kao što su: miokarditis, perikarditis, meningitis, encefalitis, akutna respiratorna bolest, herpangina i sl. [5, 8, 9].

Pleurodinija nastaje kao rezultat direktne invazije interkostalnih mišića enterovirusima za vreme viremične faze infekcije, za razliku od nekih idiopatskih zapaljenskih miopatija, gde oštećenje mišića nastaje autoimunskim mehanizmom posredovanim T citotoksičnim limfocitima [1, 4, 7].

Kod prikazanog bolesnika dijagnoza pleurodinije postavljena je na osnovu kliničke slike, povišene aktivnosti enzima u serumu i na osnovu seroloških analiza koje su sugerisale da je coxsackie B5 virus uzročnik bolesti. Klasična serološka tehnika koja se i danas primenjuje u slučaju coxsackie B virusnih infekcija je test neutralizacije. U tumačenju rezultata, najsigurniji je četvorostruki porast titra neutrališućih antitela [6, 10]. U slučaju nalaza visokog titra koji se ne menja ("stacionirani titar") većina autora smatra dijag-

nostički značajnim titar od 1/128 i veći [6]. Kod prikazanog bolesnika dijagnostički značajan porast titra antitela nađen je samo na coxsackie B5 virus (ne i na ostale serotipove ovog virusa), tako da se sa velikom verovatnoćom može smatrati uzročnikom bolesti. Potrebno je, međutim, istaći da nisu rađena serološka ispitivanja na druge enteroviruse (echoviruse, coxsackie A viruse).

Bolovi koje bolesnik osećao u predelu grudnog koša zahtevali su povremeno elektrokardiografsko praćenje kako bi se isključila, pre svega, koronarna bolest. Miokarditis je teško egzaktno dokazati bez biopsije miokarda, ali klinički, elektrokardiografski i radiografski nalaz na srcu nisu ukazivali na virusnu afekciju srčanog mišića. Torakalni bolovi su recidivirali nekoliko nedelja posle početka bolesti što je jedna od značajnih kliničkih karakteristika pleurodinije. Tok i ishod bolesti bili su povoljni.

ZAKLJUČAK

S obzirom da se epidemijska pleurodinija često manifestuje, uz opšte infektivne simptome, bolovima u predelu grudnog koša ili gornjeg abdomena, u diferencijalno-dijagnostičkom razmatranju važno je isključiti koronarnu bolest ili neko hirurško abdominalno oboljenje.

LITERATURA

1. Modlin JF. Coxsackieviruses, echoviruses, and newer enteroviruses. In: Mandel, Douglas, Bennets, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill-Livingstone, 2000: 1904-19.
2. Vujošević M. Enterovirusne infekcije. In: Šašić M, ed. Infekcije nervnog sistema. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000: 116-34.
3. Pallansch MA, Anderson LJ. Coxsackievirus, echovirus and other enteroviruses. In: Gorbach SL, ed. Infectious Diseases. 2 nd.ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1998: 2164-70.
4. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 1998: 1811-18.
5. Soldo I. Enteroviroze. In: Raič A, ed. Virusne bolesti. Zagreb: Jugoslovenska medicinska naklada, 1990: 107-19.
6. Žerjav S. Uloga Coxsackie B virusa u oboljenjima srca i laboratorijska dijagnostika. Acta Infectol Yugoslav 1996: 1: 55-64.
7. Damjanov N. Polimiozitis, Dermatomiozitis i druge zapaljenske miopatije. In: Pilipović N, ed. Reumatologija. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000: 415-27.
8. Roivainen M. Enteroviruses and myocardial infections. Am Heart J 1999; 135 (5): 479-83.
9. Zaoutis T, Klein JD. Enterovirus infections. Pediatr Rev 1998; 19 (6): 183-91.
10. Sawyer MH. Enterovirus infections: diagnosis and treatment. Pediatr Infect Dis J 2001; 18 (2): 1033-39.