

ROMATOLOJİK HASTALIKLAR VE KARDİYOVASKÜLER TUTULUMLARI

Özkan VARAN¹

GİRİŞ

Romatizmal hastalıklar sistemik inflamatuvar hastalıklardır. Birçok organı tutabildikleri gibi kardiyak tutulumları da sıklıkla gözlemlenmektedir. Asemptomatik durumlardan yaşamı tehdit eden patolojilere kadar değişkenlik gösterir. Kardiyak tutulumun patogenezi inflamatuvar romatizmal hastalığa göre değişebilir. Romatizmal hastalıklar kendisi kardiyak tutulum yapabilirken, bazen devam eden inflamasyona bağlı ateroskleroz kardiyak sorunlara neden olabilir. Romatizmal hastalıklarda kalbin tüm katmanları etkilenebilir. Kardiyak tutulumlar hastalığın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Birçok vakada, erken teşhis ve tedavi, hastalığa bağlı kardiyak tutulumun yaratacağı birçok sorunu engelleyebilir.

İnflamatuvar romatizmal hastalıklarda birçok komorbid durum gözlenmektedir. Bunların arasında en sık görülen ve en çok mortaliteye neden olanı kardiyovasküler komorditelerdir⁽¹⁾. Kardiyovasküler komorbiditelerin epidemiyolojisi ve patogenezi romatoid artrit gibi inflamatuvar romatizmal hastalıklarda ortaya konulmuştur. Son araştırmalarla birlikte diğer inflamatuvar romatizmal hastalıklarda da benzer sonuçlar alınmaya başlanmıştır.

Kardiyovasküler komorbidite için sigara, hipertansiyon, obezite, hiperlipidemi, yaş cinsiyet gibi geleneksel risk faktörleri inflamatuvar romatizmal hastalar için başlıca risk faktörlerini oluşturmaktadır. Bunun yanında sistemik inflamasyon

ve tedavi seçenekleri inflamatuvar romatizmal hastalıklarda kardiyovasküler komorbidite riski oluşturmaktadır⁽²⁾.

Romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematosus sistemik skleroz ve ankilozan spondilit gibi otoimmün inflamatuvar romatizmal hastalıklar hızlandırılmış ateroskleroz ile ilişkilendirilmiştir. Kardiyovasküler riskin artmasına neden olurlar⁽³⁾. İnflamatuvar hücreler, kemokinler, sitokinler, proteazlar, otoantikorlar ve adhezyon reseptörleri bu sürece dahil olarak doğrudan miyokard, kalp kapakçıkları, perikard, iletim sistemi ve damar sistemi gibi kardiyovasküler sistemin tüm yapılarını tutabilirler. Kardiyovasküler tutulum klinik olarak hafif ve sessiz, ancak bazı durumlarda şiddetli olabilir ve hayatı tehdit edebilir. Artmış morbidite ve mortalite erken tanı ve tedavi ile azaltılabilir^(4,5).

Bu bölümün amacı, romatolojik durumlar ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki kapsamlı ilişki için erişilebilir bir referans kaynağı sağlamaktır.

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS

Sistemik lupus eritematosus (SLE), kronik, otoimmün karakterli, birçok organ ve sistemi tutan bir bağ dokusu hastalığıdır. SLE sıklıkla kardiyak tutulum yapmaktadır. Kardiyak tutulum olarak perikard, miyokard, endokard tutulumu, kapak bozuklukları, koroner arter tutulumu ve ileti bozuklukları görülebilir⁽⁶⁾.

¹ Uzman doktor, Adana Şehir Hastanesi, ozkanvaran84@gmail.com

orta boy arterleri tutan nekrotizan granümatöz bir vaskülitir. Üst ve alt solunum yolları, renal, gastrointestinal sistemi etkiler. Daha nadir de olsa kardiyak sistemi etkileyebilir. Perikardit, ileti bozuklukları, aort yetmezliği ve koroner arterit görülebilir. Koroner arterite bağlı sol ventrikül sistolik disfonksiyonu ve duvar hareket bozuklukları görülebilir^(23,24). GPA intrakardiyak trombus ile prezente olabilir⁽²⁵⁾.

Eozinofilik granülatöz polianjitis (EGPA) küçük ve orta boy arterleri tutan granülatöz bir vaskülitir. Kronik rinosinüzit, astım ve eozinofili ile karakterizedir. EGPA hastalarında kardiyak tutulum sık görülür, yaklaşık %50 hastayı etkiler. En sık tutulum şekli perikardit ve kardiyomiyopati. Endomiyokariyal tutulum görülebilir. İntrakardiyak trombus ile prezente olabilir^(26,27).

SONUÇ

İnflamatuvar romatizmal hastalıklar miyokardı, kalp kapakçıklarını, perikardı, iletim sistemini ve arteriyel damar sistemini etkileyebilir. Artmış kardiyak mortalite riski göz önüne alındığında hastaların yakın izlemi erken tanı ve uygun tedavi önem taşımaktadır. Bu hastaların aterosklerotik kalp hastalığı açısından artmış riski bulunmaktadır. Geleneksel risk faktörlerinin tespiti ve yönetimi önem taşımaktadır. Sistemik inflamasyon baskılanmalı, uzun süreli orta-yüksek doz steroid kullanımından kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatizmal Hastalıklar, Kardiyavasküler tutulum, İnflamasyon

KAYNAKÇA

1. Avina-Zubieta, JA, Thomas, J, Sadatsafavi, M, et al. Risk of incident cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* 2012; 9 (71): 1524-1529. Doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200726.
2. Nurmohamed, MT, Heslinga, M, Kitis, GD. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2015; 12 (11): 693-704. Doi: 10.1038/nrrheum.2015.112.
3. Amaya-Amaya, J, Montoya-Sanchez, L, Rojas-Villarraga, A. Cardiovascular involvement in autoimmune diseases. *Biomed Res Int.* 2014; (2014): 367359. Doi: 10.1155/2014/367359.
4. Prasad, M, Hermann, J, Gabriel, SE, et al. Cardiorheumatology: cardiac involvement in systemic rheumatic disease. *Nat Rev Cardiol.* 2015; 3 (12): 168-176. Doi: 10.1038/nrcardio.2014.206.
5. Buleu, F, Sirbu, E, Caraba, A, et al. Heart Involvement in Inflammatory Rheumatic Diseases: A Systematic Literature Review. *Medicina (Kaunas).* 2019; 6 (55): Doi: 10.3390/medicina55060249.
6. İpek Türk, SÖ. Romatizmal hastalıklarda kalp. *Türkiye Klinikleri.* 2016; (9): 20-30. Doi:
7. J. Gerard Coghlan, BES, David P. D'Cruz. (2019). *Book The heart in rheumatic disease.* eds., pp. 312-317). Philadelphia: Elsevier
8. Roman, MJ, Salmon, JE. Cardiovascular manifestations of rheumatologic diseases. *Circulation.* 2007; 20 (116): 2346-2355. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.678334.
9. Pieretti, J, Roman, MJ, Devereux, RB, et al. Systemic lupus erythematosus predicts increased left ventricular mass. *Circulation.* 2007; 4 (116): 419-426. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.673319.
10. Lee, JL, Naguwa, SM, Cheema, GS, et al. Revisiting Libman-Sacks endocarditis: a historical review and update. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2009; 2-3 (36): 126-130. Doi: 10.1007/s12016-008-8113-y.
11. Teixeira, RA, Borba, EF, Pedrosa, A, et al. Evidence for cardiac safety and antiarrhythmic potential of chloroquine in systemic lupus erythematosus. *Europace.* 2014; 6 (16): 887-892. Doi: 10.1093/europace/eut290.
12. Seferovic, PM, Ristic, AD, Maksimovic, R, et al. Cardiac arrhythmias and conduction disturbances in autoimmune rheumatic diseases. *Rheumatology (Oxford).* 2006; (45 Suppl 4): iv39-42. Doi: 10.1093/rheumatology/kep315.
13. Pons-Estel, GJ, Gonzalez, LA, Zhang, J, et al. Predictors of cardiovascular damage in patients with systemic lupus erythematosus: data from LUMINA (LXVIII), a multiethnic US cohort. *Rheumatology (Oxford).* 2009; 7 (48): 817-822. Doi: 10.1093/rheumatology/kep102.
14. Cojocaru, M, Cojocaru, IM, Silosi, I, et al. Extra-articular Manifestations in Rheumatoid Arthritis. *Maedica (Buchar).* 2010; 4 (5): 286-291. Doi:
15. Gonzalez-Juanatey, C, Testa, A, Garcia-Castelo, A, et al. Echocardiographic and Doppler findings in long-term treated rheumatoid arthritis patients without clinically evident cardiovascular disease. *Semin Arthritis Rheum.* 2004; 4 (33): 231-238. Doi:
16. Szabo, SM, Levy, AR, Rao, SR, et al. Increased risk of cardiovascular and cerebrovascular diseases in individuals with ankylosing spondylitis: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 2011; 11 (63): 3294-3304. Doi: 10.1002/art.30581.
17. Ozkan, Y. Cardiac Involvement in Ankylosing Spondylitis. *J Clin Med Res.* 2016; 6 (8): 427-430. Doi: 10.14740/jocmr2488w.
18. Owlia, MB, Mostafavi Pour Manshadi, SM, Naderi, N. Cardiac manifestations of rheumatological conditions: a narrative review. *ISRN Rheumatol.* 2012; (2012): 463620. Doi: 10.5402/2012/463620.
19. Kahan, A, Coghlan, G, McLaughlin, V. Cardiac complications of systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford).* 2009; (48 Suppl 3): iii45-48. Doi: 10.1093/rheumatology/kep110.
20. Vassiliou, VA, Moyssakis, I, Boki, KA, et al. Is the heart affected in primary Sjogren's syndrome? An echocardiographic study. *Clin Exp Rheumatol.* 2008; 1 (26): 109-112. Doi:

21. Danieli, MG, Gelardi, C, Guerra, F, et al. Cardiac involvement in polymyositis and dermatomyositis. *Autoimmun Rev.* 2016; 5 (15): 462-465. Doi: 10.1016/j.autrev.2016.01.015.
22. Kural-Seyahi, E, Fresko, I, Seyahi, N, et al. The long-term mortality and morbidity of Behcet syndrome: a 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center. *Medicine (Baltimore).* 2003; 1 (82): 60-76. Doi: 10.1097/00005792-200301000-00006.
23. Mukhtyar, C, Brogan, P, Luqmani, R. Cardiovascular involvement in primary systemic vasculitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2009; 3 (23): 419-428. Doi: 10.1016/j.berh.2009.02.002.
24. Miloslavsky, E, Unizony, S. The heart in vasculitis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2014; 1 (40): 11-26. Doi: 10.1016/j.rdc.2013.10.006.
25. Shakil, O, Matyal, R, Khabbaz, K, et al. Intracardiac Wegener's granulomatosis. *Ann Thorac Surg.* 2012; 4 (94): e105. Doi: 10.1016/j.athoracsur.2012.05.095.
26. Neumann, T, Manger, B, Schmid, M, et al. Cardiac involvement in Churg-Strauss syndrome: impact of endomyocarditis. *Medicine (Baltimore).* 2009; 4 (88): 236-243. Doi: 10.1097/MD.0b013e3181af35a5.
27. Saito, Y, Okada, S, Funabashi, N, et al. ANCA-negative eosinophilic granulomatosis with polyangitis (EGPA) manifesting as a large intracardiac thrombus and glomerulonephritis with angionecrosis. *BMJ Case Rep.* 2016; (2016): Doi: 10.1136/bcr-2016-216520.