

Bölüm 2

SİSTEMİK HASTALIKLARIN KARDİYOVASKÜLER BELİRTİLERİ

Burak AÇAR¹

Birçok sistemik hastalık kardiyovasküler sistemi tutabilir. Bu hastalıkların erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi hastalar için önem arz etmektedir. Bu bölümde önemli sistemik hastalıkların kardiyovasküler belirtileri anlatılacaktır.

1.ROMATOLOJİK HASTALIKLAR

1.1.Romatoid Artrit

Romatoid artrit (RA) etiyojisi tam bilinmeyen öncelikle eklemleri etkileyen kronik, sistemik ve inflamatuvar bir hastalıktır. Artrit genellikle simetrik, eğer kontrol edilmezse kıkırdak ve kemikte erozyona, eklem anormalliklerine yol açar. Eklem dışında çeşitli sistemleri de etkiler ki bunlardan en önemli grubu kalp hastalıkları oluşturmaktadır. Klinik olarak perikardit ve miyokardit, RA seyrinde daha nadir görülmekle birlikte koroner arter hastalığı (KAH), kalp yetersizliği ve atriyal fibrilasyon (AF) insidansı artan kardiyolojik hastalıklardır (Kim, Schneeweiss, Liu, & Solomon, 2013).

Perikardit. RA seyri boyunca hastaların %10'unda klinik olarak bulgu veren perikardit meydana gelirken, %30'unda ise asemptomatik perikardiyal efüzyon saptanır. Restriktif perikardit nadirdir ve semptomatik perikarditi olan hastaların çoğunda romatoid faktör (RF) pozitifdir. Perikardit genelde aktif romatolojik hastalığı olan hastalarda gözlemlendiğinden tedavisinde esas olan RA'yı kontrol altına almaktır. Tedavisi perikarditin diğer bakteriyel olmayan perikardit tedavisi gibidir, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar öncelikle denenir, dirençli vakalarda ise steroidler kullanılır. **Şiddetli** eksüdatif perikarditi olan RA hastalarında ise yüksek doz prednizon (1 mg/kg gün) gerekebilir. Konstriktif perikardit ve buna bağlı kalp yetersizliği gelişen olgularda ise öncelikli tedavi cerrahidir (Gabriel, 2010).

Miyokardit. RA seyrinde nadiren görülür, granülomatöz veya interstisyel olabilir ve daha çok aktif eklem hastalığı ve diğer sistem bulguları ile beraber seyreder. Granülomatöz miyokardit RA'e oldukça spesifik, interstisyel form

¹ Uzm. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, burakacarmd@yahoo.com

Pulmoner sarkoidozu olan birçok hasta tedavi almadan spontan iyileşir. Tedavi semptomlara, akciğer fonksiyonlarının kötüleşmesine ve radyografik bulgulara bağlıdır. Kardiyak, oküler, nörolojik veya renal sarkoidozda ise saptandığı anda tedavi önerilir. Kortikosteroid tedavisi kardiyak sarkoidozun ilerleyişini yavaşlatıp mortaliteyi azaltabilir, fakat ani kardiyak ölümü engellemez. Asemptomatik yüksek dereceli AV blokta veya semptomatik blokta kalıcı kalp pili implantasyonu gerekir. Spontan devamlı ventriküler aritmisi olan, daha önce kardiyak arrest hikayesi olan hastalarda implante edilebilen kardiyoverter defibrilatör (ICD) gerekir. Bunun yanında kalıcı kalp pili implantasyonu planlanan hastalarda veya açıklanamayan senkoku olan veya indüklenen senkoku olan hastalarda ICD önerilir (Doughan & Williams, 2006).

KAYNAKLAR

- Birnie, D. H., Nery, P. B., Ha, A. C., & Beanlands, R. S. (2016). Cardiac Sarcoidosis. *J Am Coll Cardiol*, 68(4), 411-421. doi:10.1016/j.jacc.2016.03.605
- Chatzis, A., Giannopoulos, N., Baharakakis, S., Saridakis, N., Agapitos, E., & Stamatelopoulos, S. (1999). Unusual cause of a stroke in a patient with seronegative rheumatoid arthritis. *Cardiovasc Surg*, 7(6), 659-660.
- Denas, G., Jose, S. P., Bracco, A., Zoppellaro, G., & Pengo, V. (2015). Antiphospholipid syndrome and the heart: a case series and literature review. *Autoimmun Rev*, 14(3), 214-222. doi:10.1016/j.autrev.2014.11.003
- Doughan, A. R., & Williams, B. R. (2006). Cardiac sarcoidosis. *Heart*, 92(2), 282-288. doi:10.1136/hrt.2005.080481
- Erbil, R., Aboyans, V., Boileau, C., Bossone, E., Bartolomeo, R. D., Eggebrecht, H., . . . Guidelines, E. S. C. C. f. P. (2014). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 35(41), 2873-2926. doi:10.1093/eurheartj/ehu281
- Erlach, J. F., & Paz, Z. (2010). Postpericardial injury syndrome: an autoimmune phenomenon. *Clin Rev Allergy Immunol*, 38(2-3), 156-158. doi:10.1007/s12016-009-8147-9
- Gabriel, S. E. (2010). Heart disease and rheumatoid arthritis: understanding the risks. *Ann Rheum Dis*, 69 Suppl 1, i61-64. doi:10.1136/ard.2009.119404
- Guillemin, L., Lhote, F., Gayraud, M., Cohen, P., Jarrousse, B., Lortholary, O., . . . Casasus, P. (1996). Prognostic factors in polyarteritis nodosa and Churg-Strauss syndrome. A prospective study in 342 patients. *Medicine (Baltimore)*, 75(1), 17-28.
- Janosik, D. L., Osborn, T. G., Moore, T. L., Shah, D. G., Kenney, R. G., & Zuckner, J. (1989). Heart disease in systemic sclerosis. *Semin Arthritis Rheum*, 19(3), 191-200.
- Kim, S. C., Schneeweiss, S., Liu, J., & Solomon, D. H. (2013). Risk of venous thromboembolism in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 65(10), 1600-1607. doi:10.1002/acr.22039
- Misra, D. P., & Shenoy, S. N. (2017). Cardiac involvement in primary systemic vasculitis and potential drug therapies to reduce cardiovascular risk. *Rheumatol Int*, 37(1), 151-167. doi:10.1007/s00296-016-3435-1

- Miyakis, S., Lockshin, M. D., Atsumi, T., Branch, D. W., Brey, R. L., Cervera, R., . . . Krilis, S. A. (2006). International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost*, 4(2), 295-306. doi:10.1111/j.1538-7836.2006.01753.x
- Newburger, J. W., Takahashi, M., Beiser, A. S., Burns, J. C., Bastian, J., Chung, K. J., . . . et al. (1991). A single intravenous infusion of gamma globulin as compared with four infusions in the treatment of acute Kawasaki syndrome. *N Engl J Med*, 324(23), 1633-1639. doi:10.1056/NEJM199106063242305
- Royo-Leyva, F., Ratliff, N. B., Cosgrove, D. M., 3rd, & Hoffman, G. S. (2000). Study of 52 patients with idiopathic aortitis from a cohort of 1,204 surgical cases. *Arthritis Rheum*, 43(4), 901-907. doi:10.1002/1529-0131(200004)43:4<901::AID-ANR23>3.0.CO;2-U
- Roldan, C. A., Shively, B. K., & Crawford, M. H. (1996). An echocardiographic study of valvular heart disease associated with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*, 335(19), 1424-1430. doi:10.1056/NEJM199611073351903
- Rosenbaum, E., Krebs, E., Cohen, M., Tiliakos, A., & Derk, C. T. (2009). The spectrum of clinical manifestations, outcome and treatment of pericardial tamponade in patients with systemic lupus erythematosus: a retrospective study and literature review. *Lupus*, 18(7), 608-612. doi:10.1177/0961203308100659
- Ruiz, D., Oates, J. C., & Kamen, D. L. (2018). Antiphospholipid Antibodies and Heart Valve Disease in Systemic Lupus Erythematosus. *Am J Med Sci*, 355(3), 293-298. doi:10.1016/j.amjms.2017.07.007
- Tomasson, G., Peloquin, C., Mohammad, A., Love, T. J., Zhang, Y., Choi, H. K., & Merkel, P. A. (2014). Risk for cardiovascular disease early and late after a diagnosis of giant-cell arteritis: a cohort study. *Ann Intern Med*, 160(2), 73-80. doi:10.7326/M12-3046
- Zentner, D., West, M., Ades, L. C., & Council, C. C. G. D. (2017). Update on the Diagnosis and Management of Inherited Aortopathies, Including Marfan Syndrome. *Heart Lung Circ*, 26(6), 536-544. doi:10.1016/j.hlc.2016.10.023