

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS'DA ÖZELLİK GÖSTEREN İKİ OLGUNUN EKG BULGULARI

Murat Duman*

A. İlhan Özdemir**

Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) birçok organ ve doku gibi, kalbi de tutar. Kardiyo-vasküler tutulma oranı olarak % 55 ile % 80 arasında değişen klinik ve patolojik raporlar mevcuttur (2,7,16,18). Çok sık olarak myokardit ve perikardite, daha seyrek olarak da endokardite raslanmaktadır. Bu hastalıkta Libman-Sacks endokarditine seyrek raslanmasının nedeni belkide klinik olarak tanının güç olmasındandır.

Kolljen doku hastalıklarının genel özelliği olan vaskülitis SLE'nın da en önemli patolojik bulgusudur. Koroner arteritise neden olması hastalığın natüründen gelen bir özellik olmasına karşın, büyük koroner artreleri tıkayacağı pek düşünülemez. Bununla beraber genellikle 40 yaşın altındaki lupuslu kadın hastalarda bir koensidans olarak kabul edilemeyecek sıklıkta myokard infarktüsüne raslandığı yaygınmıştır (1,7,9,14).

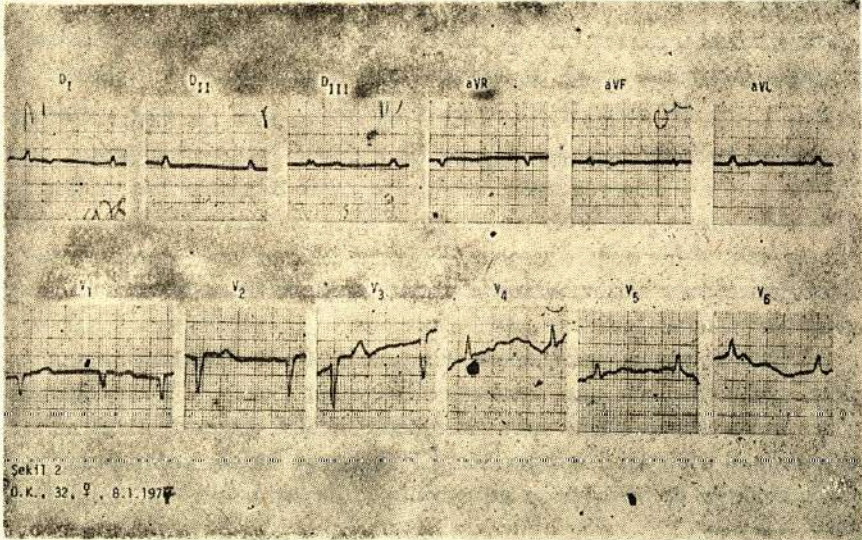
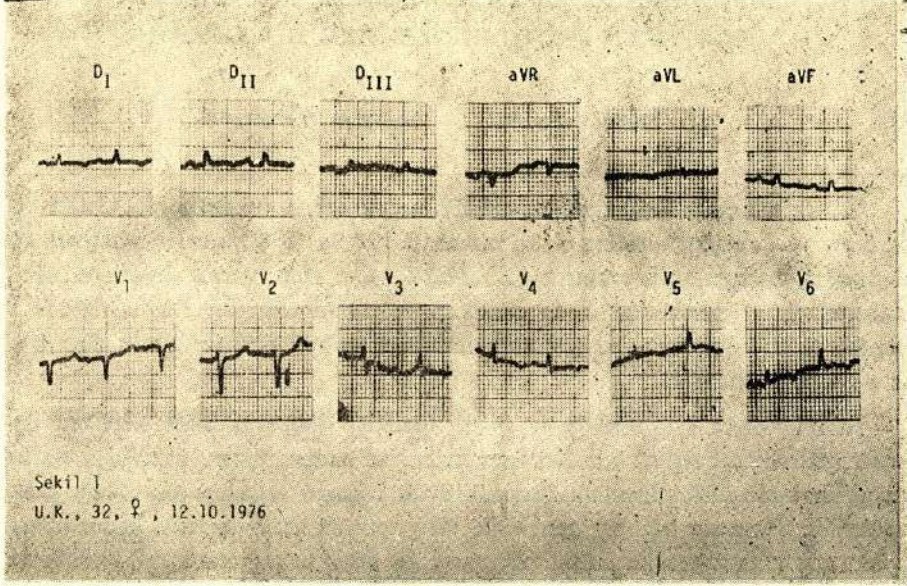
Kliniğimizde inceleme olanağı bulduğumuz 25 lupuslu hastanın ikisinde EKG ile myokard infarktüsü örneği saptanarak takdim edilmesi yararlı görüldü.

Olgu 1 : Ü. K. (Prot. No : 39/692-76), 32 yaşında, ev kadını. Üç yıl önce cilt lezyonları nedeniyle yapılan biyopsi ile sistemik lupus eritematosus tanısı almıştır. Bu arada düzensiz steroid, aspirin ve adını bilmediği birçok ilaç kullanmıştır. Bu süre içinde genellikle iyi olduğunu söyleyen hasta kliniğimize yatmadan 4 ay önce normal bir doğum yapmıştır. Doğumu takiben genel durum bozulduğundan kliniğimize yatırılmıştır. Klinikte yapılan testlerle lupus hücresi ve lupus için otoantikörler müsbet bulunarak tanı desteklenmiştir. Başlangıçta EKG de genel voltaj düşüklüğü, sinüzal takikardi ve nonspesifik ST-T değişikliği saptandı ve bu bulgular hastada mevcut olan perikardite uyuyordu (Şekil 1). Tedaviden çok fayda gören hasta idame dozda steroidle taburcu edildi. Taburcu olduktan sonra 3 ay iyi olduğunu söyleyen hasta ani bir göğüs ağrısını takiben nefes darlığı ve genel durum bozukluğu ile kliniğimize müracaatla 2. kez yatırıldı. Acil Serviste digita-

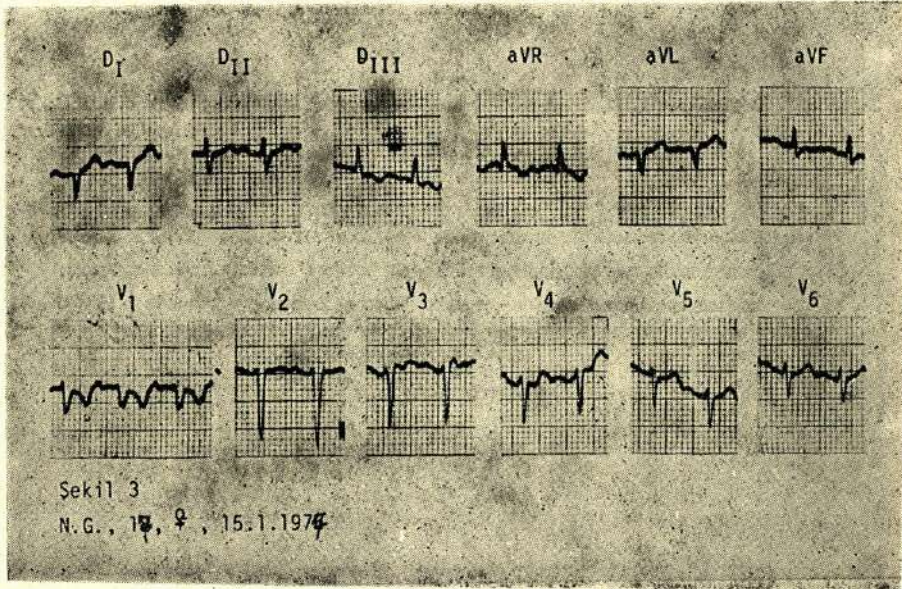
* İç Hastalığı Kliniği Doçenti

** İç Hastalığı Kliniği Profesörü ve Kürsü Başkanı

lize edilen hastanın ikinci günü alınan EKG inde atrial fibrilasyon, anteroseptal myokard infarktüsü örneği saptandı (Şekil 2). Bunun üzerine steroid dozu ilk günden itibaren 80 mg/gün e artırıldı. Hasta dolaşım yetmezliğine ek olarak hızla gelişen böbrek yetmezliğinden bir hafta sonra vefat etti.

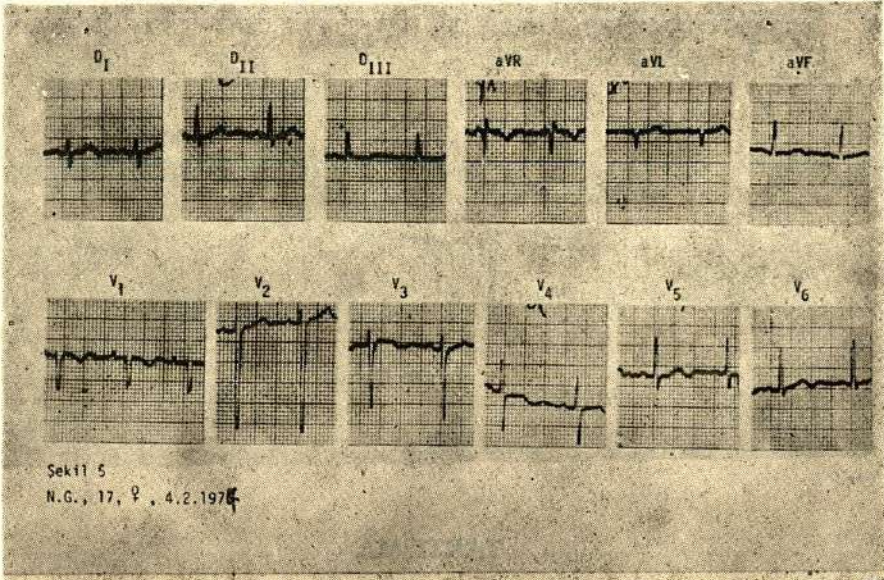
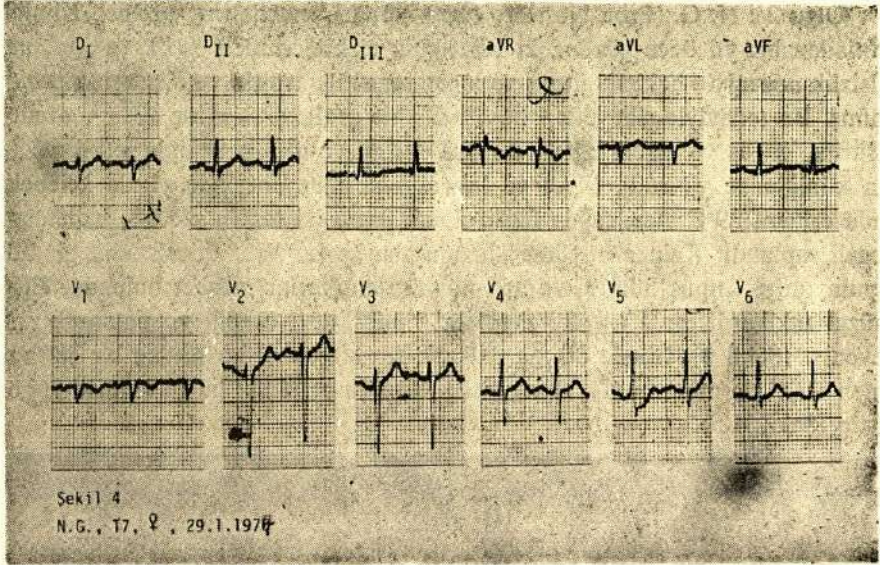


Olgu 2 : N. G. (Prot. No : 76/1267-77), 17 yaşında kız, öğrenci. Kliniğimize yatmadan bir yıl önce yüzündeki kızarıklık, eklemlerindeki şişlik ve ağrı, ateş ve halsizlik nedeniyle hekime gitmiş ve lupus tanısı ile aspirin ve düzensiz steroid kullanmış. Bu tedaviyle şikayetleri büyük ölçüde azalmış. Son bir aydır mevcut olan öksürük, göğüs ve eklem ağrıları, nefes darlığı ve ateş nedeniyle tetkik ve tedavi için kliniğimize yatırıldı. Fizik ve laboratuvar muayenesinde yüzde kelebek tarzında eritem, 39°C ateş, sağda fazla olmak üzere iki taraflı plörezi, hepatosplenomegali saptandı. Kalpde büyüme olmamasına karşın hafif midsistolik bir üfürüm duyuluyordu. Lupus hücresi ve anti-nükleer antikorlar müsbet bulundu. EKG de sinüzal takikardi, anteroseptal myokard infarktüsü örneği ve patolojik sol aks mevcuttu (Şekil 3). Günde 80 mg. yüksek doz steroid tedavisinden bir hafta sonra alınan EKG da minimal ST-T değişikliği dışında patolojik bulgu kalmadığı gözlenmiştir (Şekil 4,5).



TARTIŞMA

Sistemik Lupus Erythematosus (SLE) da kalbin hastalanması olağandır ve genellikle hastalığın diğer belirtilerinden sonra ortaya çıkar. SLE un kalbi de tuttuğu ilk kez 1924 yılında Libman ve Sacks tarafından bildirilmiştir (13). Hejtmancik ve arkadaşları (7) 142 olguluk serilerinde kalple ilgili lezyonlara % 58, Harvey ve arkadaşları (6) % 55, Robles-Gill ve arkadaşları (16) % 57.5 oranında saptamışlardır.



SLE de myokardit, perikardit ve endokarditten başka kardiyomyopatinde oluşabileceğini Strauer ve arkadaşları (20) kalp yönünden semptomsuz 5 kadın hastada hemodinamik inceleme ile gösterdiler. Dubois, SLE lu 35 yaşındaki bir kadında saptanan myokard infarktüsünü koroner arteritise bağlamıştır (3). Bringden ve arkadaşları lupuslu 27 otopsi olgusunun ikisinde myokard infarktüsü saptamışlardır (2). Hejtmancik ve arkadaşları 142 lupuslu hastanın 61 inde (% 45)

göğüs ağrısı olduğunu, fakat yalnızca 6 ında klasik angina pectoris görüldüğünü yayınladılar (7). Yine aynı araştırmacılar 16 otopside ancak birinde myokard infarktüsü olduğunu gösterip onuda koroner aterosklerozuna bağlamışlardır.

Kong ve arkadaşları klinik olarak kalp lezyonları olan 30 SLE lu hastanın otopsilerini incelemişler ve nonspesifik EKG değişikliklerine rağmen 2 olguda saptadıkları myokard infarktüsünün koroner Aterosklerozuna bağlı olduğunu ileri sürdüler (11). İsakraklides ve arkadaşları 29 yaşında bir lupuslu kadında otopsi ile teyid edilmiş Myokard infarktüsünü rapor ettiler (9). Bonfiglio ve arkadaşları 16 yaşında lupuslu bir kızda klinik ve patolojik olarak koroner arteritis, tromboz ve myokard infarktüsü olduğunu bildirdiler. Yine aynı araştırmacılar genç yaşta 3 kadın hastadaki göğüs ağrılarını koroner angiogramlarla koroner istemiğe bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir (1). Meller ve arkadaşları da 3 SLE lu genç kadında klinik olarak myokard infarktüsü olduğunu ve bununda prematüre koroner aterosklerozuna bağlı olduğunu otopsi bulguları ile gösterdiler (14).

Görüldüğü gibi SLE lu genç yaşta kadınlar koensidas olarak kabul edilemeyecek sıklıkta koroner arter hastalığı bildirilmiştir. Bir seri çalışmada 40 yaşının altında 398 myokard infarktüslü olgunun yalnızca bir tanesinin kadın olması ve onunda juvenil diabetli ve hiperlipidemii olması konunun önemini vurgular (17).

SLE deki anginal ağrı ve myokard infarktüsü bazılarında koroner arteritise bağlanırken (1,2,3), öbürleri erken oluşan koroner Aterosklerozuna bağlanmıştır (7,9,11,14).

Bizim takdim ettiğimiz iki olgudan birisi 32 yaşında olup ilk yatışında perikardite bağlı EKG değişiklikleri varken, 3 ay sonraki ikinci yatışında myokard infarktüsü örneği ve atrial fibrilasyon geliştiği saptanmıştır. Kalp ve böbrek yetmezliği tablosu içinde bir hafta sonra vefat etmiştir. 2 nci olgumuz 17 yaşındaki genç kızda ise steroid tedavisinden önce EKG de mevcut myokard infarktüsü örneğinin yüksek doz steroid tedavisinden kısa zaman sonra düzmesi, hastada klinik olarak myokardit ve perikarditin bulunmaması koroner arteritis tanısını destekler kanısındayız.

SLE de EKG anormallikleri olağandır. Perikardit ve myokardite bağlı ST-T değişikliklerine sıklıkla raslanılmaktadır. Myokard infarktüsünün ifadesi olan Q veya QS örneği Lupus kardiyopatisinde, infarktüs dışında, görülmesi beklenemez. Bu nedenle bizim 2 olgumuzda görülen EKG değişikliklerinin myokard infarktüsüne bağlamak yerinde olur kanısındayız.

SLE lu hastalarda görülen myokard infarktüsü, erken koroner atherosklerozuna mı, yoksa primer olarak hastalığın kendisinin neden olduğu arteritise mi bağlıdır?

Rich ve Gregory lupusta koroner arteritisin sklerotik lezyonlar yaptığını ve bunun ileri safhasında atherosklerozdan ayrılamayacağını ileri sürdüler ve bu lezyonları antigen-antikor reaksiyonlarıyla izah ettiler (15). Yine koroner atherosklerozunda steroidlerin fazla kullanılmasıyla rolü belli değildir. Gerçi romatoid artritde faza doz steroidin myokard infarktüsüne yol açtığına dair raporlar vardır (4,10, 21). Bizim birinci olgumuz 3 ay için yüksek doz steroid alınımını takiben bahsedilen EKG değişikliği olmuştur. Fakat ikinci olgumuzda yüksek doz steroid alınımı söz konusu olmadığı gibi, steroidden sonra EKG daki myokard infarktüsü örneği ortadan kalkmıştır.

Taubenhaus ve arkadaşları EKG da görülen myokard infarktüsü örneklerini Lupusa bağlı primer myokardiyal nekroz bölgelerine bağlamışlardır (22). Bir diğer kollajen doku hastalığı olan periarteritis nodosada koroner arter tıkanması ve myokard infarktüs olasılığı SLE göre çok daha sıktır (8,9).

Kanımızca SLE lu hastalarda görülen myokard infarktüsü örneği hem koroner arteritis hemde erken gelişen koroner atherosklerozu sonucu oluşabilmektedir. İkinci olgumuz koroner arteritise bağlı EKG değişikliğine bir örnek olabilir.

ÖZET

Kliniğimizde izleme olanağı bulduğumuz 25 SLE lu olgunun ikisinde EKG ile myokard infarktüsü örneği saptandı. Birinci olgu tedaviye rağmen kalb ve böbrek yetmezliğinden vefat etti. İkinci olgunun EKG inde bulunan myokard infarktüsü örneği steroid tedavisiyle kayboldu.

Lupuslu iki genç kadında görülen EKG bozuklukları koroner arter hastalığı ile açıklanmıştır. İkinci olguda steroid tedavisinden sonra EKG anormalliğinin düzelmesi koroner arter hastalığının vaskülitise bağlı olduğu izlenimini vermiştir.

SUMMARY

Electrocardiographic Findings in Two Patients with Systemic Lupus Erythematosus

Out of 25 cases with SLE diagnosed in our clinic, two patients showed EKG patterns of myocardial infarction. One of these patients was a 32 year old female, who did not respond to therapy and died in a very short time after the diagnosis. The other patient, a 17 year old female, responded with excellent recovery to high dose steroid therapy, and complete reversal of EKG changes were observed.

EKG abnormalities seen in two young female with SLE have been attributed to the disorders of coronarial artery. In second case, the correction of the EKG abnormality after steroid therapy led us to conclude that coronary arteritis was responsible from the myocardial infarction pattern.

KAYNAKLAR

1. Bonfiglio TA ve ark : Coronary arteritis coclusion and myocardial infarction due to lupus erythematosus. Am Heart J 83 : 153, 1972
2. Bringcen W ve ark. : The heart in systemi clupus erythematosis. Br Heart J 22 : 1, 1960
3. Dubois EL : Lupus erythematosus, McGraw Hill Book Co Inc New York, 1966
4. Finck P : Cortisone over dosage in rheumaoid arthritis. Arterial and parenchymatous necrosis, autopsy case report. Arch Path 60 : 374, 1955
5. Griffitt GC ve ark : Acute and subacute disseminated lupus erythematosus A correlation of clinical and postmortem findings in eighteen cases. Circulation 3 : 492, 1951
6. Harvey AM ve ark : Systemic lupus erythematosus. Review of the literature and clinical analysis of 138 cases. Medicine 33 : 291, 1954
7. Hattmancik MR ve ark : The cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus. Am Heatr J 68 : 119, 1946
8. Holzinger DR ve ark : The heart in periarteritis nodosa. Circulation 25 : 610, 1962
9. Isakrakldes VG ve ark : Coronary atherosclerosis and myocardial in farction associated with systemic lupus erythematosus. Am Heart J 87 : 637, 1974
10. Kampner JW ve ark : Thex relationship of therapy with cortisone to the incidence of vascular lesion in rheumatoid arthritis Ann Int Med 46 : 831, 1957
11. Konjb TQ ve ark : Clinical diagnosis of cardiac involvement in systemic lupu scrythematosus. Circulation 26 : 7, 1962
12. Lessar RA ve ark : Natural history of lupus erythematosus disseminatus, Ann Int Med 38 : 717, 1953
13. Libman E, Sacks B : A hitherto undescribed form of vascular and mural endocarditis. Arch Int Med 33 : 701, 1924
14. Maller J ve ark : Myocardial infarction due to coronary atherosclerosis in three young adults with systemic lupus erythematosus Am J Cardiology 35 : 309, 1975
15. Rick AR ve ark : Experimental anaphylactic lesions of the coronary arteries of the sclerotic type, commonly associated with rheumaticfever and disseminated lupus erythematosus, Bull John Hopkins Hosp 81 : 312 1947

16. Robles-Gill J ve ark : Cardiopathy of the connective tissue diseases Abstract IV. World Congress of cardiology PP 295, 1961
17. Roth O ve ark : Long range observations in fifty-three young patients with myocardial infarction Am J Cardiology 19 : 331, 1967
18. Shearn MA : The heart in systemic lupus erythematosus. Am Heart J 58 : 452, 1959
19. Spiegel R : Clinical aspects of periarteritis nodosa, Arch Int Med 58 : 993, 1936
20. Strauer BE ve ark : Lupus Kardiomyopathie bei unkompliziertem lupus erythematoses disseminatus. Dtsch Med Wschr 100 : 2138, 1975
21. Swezey RL : Myocardial infarction due to rheumatoid atrheritis JAMA 199 : 855, 1967
22. Taubenhaus M ve ark : Cardiovascular manifestations of collagen diseases, Circulation