

Ufuk YETKİN*
Ersin ÇELİK**
İsmail YÜREKLİ***
Murat AKSUN****
Nagihan KARAHAN****
Ali GÜRBÜZ***

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar
Cerrahisi A.D., SİVAS

**Afyon Devlet Hastanesi, KDC Uzman Dr.

***İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

**** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği

Bu çalışma; "24th Annual World Congress of the
WSCTS (World Society of Cardio-Thoracic Surgeons),
held from 6 to 10 September 2014 at the CICG,
Geneva, Switzerland" kongresinde tebliğ edilmiştir.

Yazışma Adresi: İsmail YÜREKLİ

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği
e-mail: ismoyurekli@yahoo.com

**Onyediyıldır Primer Sjögren Sendromu Tanısıyla Te-
davi Altındaki Senil Olguda Başarılı Koroner Revas-
külerizasyon Stratejimiz**

**Our Successful Coronary Revascularization Strategy
In A Senile Case With A Diagnosis Of Primary Sjög-
ren Syndrome For 17 Years**

Öz

Kardiyak tutulum bulguları olan Sjögren sendromlu olgular genelde asemptomatiktir. Bu çalışmada 17 yıldır primer Sjögren sendromu tanısıyla tedavi altındaki senil olguda başarılı koroner revaskülerizasyon stratejimizi sunmayı amaçladık. Birçok yandaş morbid faktörü beraberinde bulunduran bu gibi olgularda gerekli önlemlerin optimal özenle gerçekleştirilmesi durumunda koroner revaskülerizasyonun yüksek başarı oranıyla uygulanabileceği ve hastanın oluşturulan yaşam konforu artımıyla uzun sağkalımının temin edilebileceği inancındayız.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, koroner revaskülerizasyon, senilite.

Abstract

Sjögren syndrome cases with cardiac involvement are usually asymptomatic. In this study we aimed to present our successful coronary revascularization strategy in a senile case with a diagnosis of primary sjögren syndrome for 17 years. Additional severe coronary stenosis was also diagnosed in our case. Coronary revascularization can be successfully performed in such cases with much comorbidity after constituting necessary precautions. These patients may be followed with longer life expectancy and improved quality of life.

Keywords: Sjögren syndrome, coronary revascularization, senility.

Giriş

Enflamatuvar romatizmal hastalıklar, eklemler haricinde de belirtiler verebilen sistemik hastalıklardır (1). Son derece çeşitlilik gösterebilen eklem dışı bu belirtiler bazen ön planda gözlenebilmektedir.

Olgu Sunumu

Olgumuz 70 yaşında kadındı. Başvurusundan 2 hafta önce göğüs ağrısı yakınmasıyla acil servise başvuran olguya nonST MI tanısı konulmasının ardından gerçekleştirilen koroner anjiyogramında ciddi çoklu koroner arter hastalığı tanınması ve erken cerrahi planlanması üzerine Kliniğimize yatırıldı. Koroner an-

jiyogramında sol ana koroner arterinde %30'luk stenoz ve 3 ana koroner arterinde de ciddi stenotik lezyonlar bulguları. Transtorasik ekokardiyogramında sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu sol ventrikülografisinde de belirlendiği gibi %45 olarak saptandı. Ayrıca 1-2° mitral ve triküspit kapak yetmezliği de bulguları. Pulmoner arter basıncı 35mmHg değerine yükselmisti. Hastanın bilateral renkli karotid arteriyel Doppler incelemesinde sağ internal karotid arterde %50'nin altında stenoz bulguları. Olgumuzun özgeçmişinde 17 yıldır tedavisi dış merkezde sürdürülen Sjögren sendromu tanısı mevcuttu. Olgunun başvuru esnasında devam ettiği peroral 32mg/gün prednisolon tedavisi açısından istenen Romatoloji konsültasyonunda perop 40mg ve postop ilk 3 gün de 32mg/gün IV prednisolon tedavisi ve de sonrasında peroral rutin pozolojiden kortikoterapisine devamı önerildi. Bu bulgularla koroner revaskülarizasyon operasyonuna alınan olguda mediyan sternotomiye takiben perikardın ileri derecede yapışık olduğu bulguları. Ardından rutin KPB(kardiyopulmoner bypass)'a girilerek öncelikli olarak perikardiektomi uygulandı. Ardından LAD, Diag.-1, OM-2 ve RCA 'ya toplam 4 adet bypass nativ safen greftle gerçekleştirildi. KPB'den sorunsuz ayrılan olgunun yoğun bakım izleminde artraljiye yönelik fizyoterapist rehberliğinde erken mobilizasyonu ve göz kuruluğu açısından da suni gözyaşı damla uygulaması gibi ek önlemler gerçekleştirildi. Olgumuz postoperatif 9. günde cerrahi şifa ile taburcu edildi. Geç dönem poliklinik izlemi sorunsuz devam etmektedir. Hastadan yayın amaçlı yazılı onam alındı.

Tartışma

Romatizmal hastalıklar; genellikle periferik eklemlerin enflamasyonu ile karakterize eklem ve eklem çevresinde progresif yıkım yapan kronik nonspesifik sistemik hastalıklar grubudur (2). Romatizmal hastalıklar; vücudun hemen hemen her dokusunda yerleşebilir. Hastalık, aslında bir sistem hastalığı olmasına karşın, belirtiler sadece bir organda ortaya çıkabilir. Sjögren sendromu uzun süredir devam eden ağız ve göz kuruluğu, artralji ile karakterize bir bağ dokusu hastalığıdır (1, 3). Ye ve arkadaşlarının Sjögren sendromu tanılı 124 olgulu çalışmada kardiyak tutulumun çoğunlukla asemptomatik olduğu bildirilmiştir

(3). Bu çalışmada perikardiyal efüzyon oranı %20.2, sol ventrikül diyastolik disfonksiyon oranı %13.7, pulmoner arteriyel hipertansiyon oranı %12.9, sol atriyal genişleme oranı %7.3, mitral kapak yetmezliği %4.8, aortik genişleme %5.6, triküspit kapak yetmezliği oranı %3.2, sol ventriküler genişleme %2.4 ve sol ventrikül sistolik disfonksiyon oranı %0.8 olarak bulgulanmıştır. Sjögren sendromunda, kardiyak tutulumlu hastalarda sıklıkla bulgulan kalp kapak yetmezliği, pulmoner hipertansiyon ve sol ventrikülün sistolik disfonksiyon belirtileri sol ana koroner arter stenozlu ciddi koroner arter hastalığı da sergileyen olgumuzda da saptanmıştır. Kalp tutulumundan vaskülit sorumludur (4). Olgumuzda operasyon esnasında bulgulan konstriktif perikardit lezyonunun görülmesi genelde bu hastalarda nadir olarak bildirilmektedir (5). Bu çalışmada da görüldüğü üzere birçok yandaş morbid faktörü beraberinde bulunduran bu gibi olgularda gerekli önlemlerin optimal özenle gerçekleştirilmesi durumunda koroner revaskülarizasyonun yüksek başarı oranıyla uygulanabileceği ve hastanın oluşturulan yaşam konforu artımıyla uzun sağkalımının temin edilebileceği inancındayız.

Kaynaklar

1. Vassiliou VA, Moyssakis I, Boki KA, Moutsopoulos HM. Is the heart affected in primary Sjögren's syndrome? An echocardiographic study. Clin Exp Rheumatol. 2008;26(1):109-112.
2. Felson DT: Epidemiology of the Rheumatic Diseases. In: McCarty DJ, Koopman WJ, eds. Arthritis and Allied Conditions 12th ed. Philadelphia: Lea&Febiger, 1993: 17-49.
3. Ye YC, Zeng Y, Zhu WL, Zhao Y, Zeng XF, Zhang SY, Fang Q, Li XM. Cardiac manifestations in Sjögren syndrome. Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. 2008;36(4):327-331.
4. Çalgüneri M, Ertenli İ, Kiraz S: Romatoid Artrit. Romatizmal hastalıklar. Ed: Tuna N. 3. baskı, Hacettepe Taş Ankara. 1994, 310-323.
5. Crawford MH, Sargent J: Cardiopulmonary Symptoms in Rheumatic Disease. In: Klippel JH, Dippe PA, eds. Rheumatology. 2nd ed. London: Mosby, 1993: Vol. 1, section 2, 7.1-7.8.