

ACILDE ROMATOLOJİK HASTA YÖNETİMİ

Dr. Murat SEYİT

Evliya Çelebi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

ROMATOLOJİK ACİLLER

- ◉ Romatolojik hastalıklar NADİREN hayatı tehdit eden tablolara yol açarlar. Bu duruma ise 2 yolla neden olabilirler;

1.İç organ hasarı ile;

- ◉ SLE'ye bağlı alveolar hemoraji ya da Temporal Arteritis'deki aortik ark diseksiyonu gibi.

2. Tedavi komplikasyonları;

- Steroid



- immünsüpresyon



- Enfeksiyon

- NSAID



- GIS kanama



Renal papiller nekrozis

ROMATOLOJİK ACİLLER

1. MORTALİTE

- A. Havayolu ve Respiratuar Sistem
- B. Kardiak Hastalıklar
- C. Adrenal Yetmezlik

2. MORBİDİTE

- A. Servikal Spine ve Spinal Kord
- B. Göz
- C. Hipertansiyon
- D. Böbrek

A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

Hastalık	Sıklıkla	Orta Sıklıkla	Nadir
Tekrarlayan Polikondritis	Havayolu Obstrüksiyonu	Trakeobronşial kollaps	
RA	Nodül, efüzyon	Pulmoner fibrozis	Kricoarytenoid obstrüksiyon
SLE	Serositis, efüzyon	İnfiltrasyon	Hemoraji, fibrozis
Spondiloartropatiler		Pulmoner fibrozis	Pulmoner infiltrasyon, ARDS
Polymyositis Dermatomyositis		Hipoksili hipoventilasyon, Respiratuvar yetmezlik, İnterstisyel pnömoni	
Skleroderma	Pulmoner fibrozis	PHT	
Wegener	Sinüzit, nasal ülser, pulmoner nodüller, infiltrasyon, bronkospazm, hemoptizi	Hemoraji	
Polyarteritis Nodosa		Periferel infiltrasyon	İnterstisyel pnömoni

A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

◉ Tekrarlayan Polikondritis

- Kartilajı tutan, genellikle burun ve kulaklarda kızarıklık, şişlik, ağrı ile karakterize bir hastalıktır.
- Hastaların yaklaşık yarısında havayolu da etkilenmiştir.
 - ◉ İnflamasyon, destrüksiyon ve nihayetinde trakeobronşial kollaps ve havayolu obstrüksiyonu gelişebilir.

A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

◉ Tekrarlayan Polikondritis

- Klinik: Hastalar genelde boğazda kıkırdak dokuda hassasiyet ve boğulma hissi tarif ederler. Daha az sıklıkla stridor, öksürük ve kısa-kısa nefes alma şikayeti olur.
- Tekrarlayan ataklar asfiksiye sebep olabilir.
- Tedavi;
 - 1-Hospitalizasyon
 - 2-Ataklar esnasında yüksek doz steroid
 - 3- Gerekli hallerde trakeostomi düşünülebilir.

A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

◉ Romatoid Artritis (RA)

- RA'li hastaların %25'inde krikoadenoid tutulumuna bağlı olarak boğazda yutkunmayla, konuşmayla ağrı vardır, ağrı kulağa yayılabilir.
- Krikoadenoid tutulum eğer ciddi olursa boğulma hissi, stridor, havayolu obstrüksiyonu olabilir.
- Ciddi durumlarda acil laryngoskopi, trakeostomi gerekebilir.

A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

◉ Polimiyozit & Dermatomiyosit

- Kas tutulumuna bağlı respiratuvar yetmezliğe sebep olabilirler.
- Bu hastalarda respiratuvar yetmezlik olsa bile kas zayıflığına bağlı interkostal çekilme olmayabilir
- PAAG: Normaldir ya da eleve diafram vardır. Aspirasyon varsa ona bağlı görünüm olabilir.

A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

◉ Polimiyozit & Dermatomyosit

- İnflamatuvar kas hastalığına bağlı olduğu düşünülen respiratuvar distres varlığında entübasyonun her an gerekebileceği unutulmamalıdır.

A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

◉ Polimiyozit & Dermatomyosit

- Tedavi: Bu hastalar çok hızlı respiratuvar yetmezliğe ilerleyebilir. Hemen hospitalize edilmeli, enfeksiyon dışlanarak agresif immün süpresyon yapılmalıdır.

A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

◉ SLE

- Plevral efüzyon  pleuritic göğüs ağrısı
- Pulmoner hemoraji
- Efüzyonu olan hastalarda böbrek hastalığı yoksa NSAID'in faydalı olduğu gösterilmiştir.
 - ◉ Indometazin 25-50mg X 3
 - ◉ Eğer NSAID verilemiyorsa prednisone 16 mg X 3 PO verilebilir.

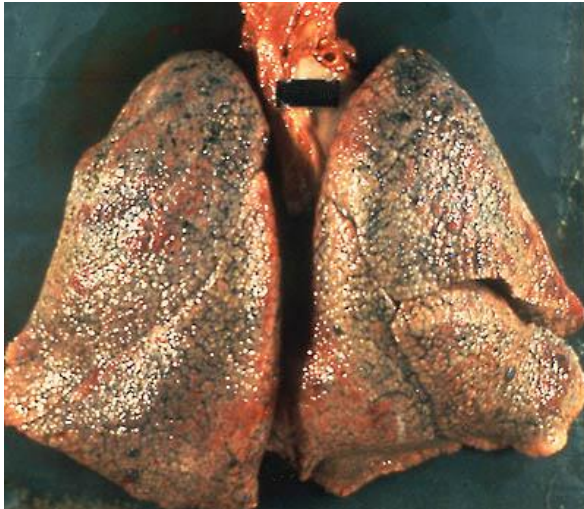
A- HAVAYOLU-RESPIRATUVAR SISTEM

◉ Pulmoner Hemoraji;

- SLE, Goodpastur, Hipersensitivite vaskülit, Wegener.

◉ Pulmoner Fibrozis;

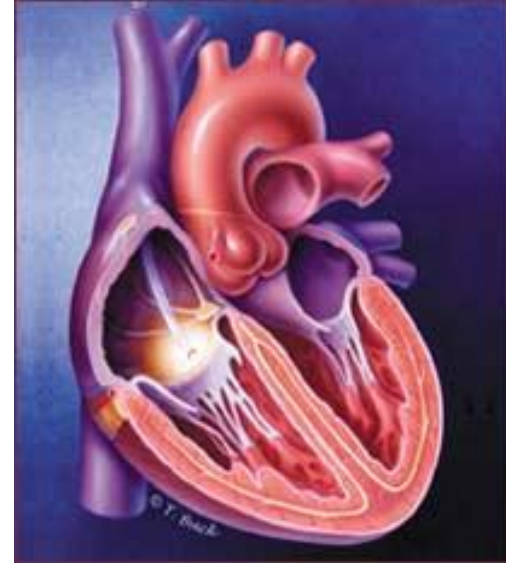
- Anilozan Spondilit, Scleroderma ve nadiren RA



1-MORTALİTEYE SEBEP OLABİLEN ROMATOLOJİK ACİLLER

B. Kardiak Hastalıklar

- Perikardit, Pankardit
- Miyokardial İskemi
- Kalp Kapak Hastalıkları
- İleti Bozuklukları



B- KARDIAK HASTALIKLAR

○ Perikardit;

- RA ve JRA başta olmak üzere çoğu romatolojik hastalığın (SLE) en sık kardiyak tutulum şeklidir perikardit.
- Genellikle NSAID ile tedavi mümkündür. RA ve SLE’de perikardial tamponad pek beklenen durumlar değildir.

B- KARDIAK HASTALIKLAR

◉ AMI- Miyokardial İskemi

- SLE'nin uzun dönem tedaviyle birlikte geç dönem prematür aterosklerotik hastalıklara bağlı mortalite de artmaktadır.
- SLE'lilerdeki her prekordial göğüs ağrısı kostakondritise bağlanmamalı, Özellikle de uzun süredir SLE tanısı olan hastalarda her zaman miyokardiyal iskemi akılda tutulmalıdır.

B- KARDIAK HASTALIKLAR

◉ AMI- Miyokardial İskemi

- Romatizmal hastalığa sahip hastaların çoğundaki miyokardial iskemi bu hastalıklarla direkt olarak ilişkili değildir.
- İstisna  PAN ve Kawasaki
- PAN; Küçük ve orta çaplı aterleri tutar.
 - Ciltte nodüller, ürtikerial döküntüler vardır, abdominal angina ve renal tutulumla bağlı HT ve hematüri olabilir.
 - Koroner arterler sıklıkla tutulmuştur

B- KARDIAK HASTALIKLAR

○ Kardit

- ARA pankarditin en önemli sebebidir.
- ARA , A grubu streptokokal farengiti takip eden 1-2 hafta içerisinde gelişir.
 - Ateş
 - Akut poliarteritis (erişkinde) → ARA ?
 - Gezici artrit. (çocuklarda)
- ARA, Klinik: Subkutan nodüller, korea, eritema marginatum.



Resim-2: Ayak dorsumunda yerleşim gösteren subkutan nodül.



B- KARDIAK HASTALIKLAR

◉ Kardit

■ Tanı:

- Klinik(hikaye, FM) + Streptokokal enfeksiyon (yakın zamanlı)
- Boğaz kültürü, ASO-streptozim(1 ayda 4 katına ulaşan titre)
- PAAG, EKO, EKG, Sedim, CRP

- Genellikle salisilat ateş ve artritin gerilemesi için yeterlidir. Hastalar klinik bulgular ve laboratuvar bulguları normalleşene kadar yatar pozisyonda istirahatte olmalıdır.

B- KARDIAK HASTALIKLAR

➤ Kalp Kapak Hastalıkları

- HLA-B27 pozitif Akilozan spondilit hastalarda kapaklardaki fibrotik değişiklik sebebiyle dejenerasyon olabilir. Uzun süreli ciddi hastalık formları dışında genellikle asemptomatiktirler.
- Tekrarlayan polikondritlerde AY aort anevrizması olabilir.

➤ İleti Bozuklukları

- Fibrotik değişiklikler-**skar** dokusu nedeniyle ileti yollarında bozukluk, **AV blok** olabilir.

B- KARDIAK HASTALIKLAR

Hastalık	Sıklıkla	Orta Sıklıkla	Nadir
SLE	Perikardit	Angina, miyokardit	Tamponat, konstriktif perikardit
Ankilozan spondilit		AD,AY, Aort diseksiyonu	
Tekrarlayan polikondritis		AY, Aort diseksiyonu	
Polimiyozit Dermatomyozit		Aritmi, miyokardit	
Skleroderma		Miyokardiyal fibrozis, aritmi (AV blok)	Kor pulmonale
Vaskülitler		Angina, MI, Perikardit	

C- ADRENAL YETMEZLİK

- ◉ Steroid kullanan romatolojik hastalığı olanlarda gerek bu steroid kullanımına gerekse steroidin ani kesilmesine bağlı ciddi adrenal problemler olabilir.
- ◉ Akut adrenal yetmezliğin en sık bulguları;
 - hT
 - Letarji
 - Hipoglisemi
 - Mental değişiklikler

C- ADRENAL YETMEZLİK

- ◉ Steroid bağımlı olan hastalarda adrenal yetmezlik düşünüldüğünde
 - IV SF sıvı,
 - glukoz,
 - 100 mg hidrokortizon IV.

2-MORBİDİTEYE SEBEP OLABİLEN ROMATOLOJİK ACİLLER

A- SERVİKAL KANAL-SPINAL KORD

⦿ RA ;

- Pannus oluşumu ve ligament destrüksiyonuna bağlı atlantoaksiyal subluksasyon olabilir.
- Çok şiddetli olmayan travmalarda bile kompresyon fraktürü olabilir. Buna bağlı spinal kord injurisi olabilir.
- Odantoidin posteriora subluksasyonu instabil olabilir
- Lhermitte Sign: Servikal kanal instabilitesinin klasik bulgusudur;
 - Boynun fleksiyonuyla enseden aşağı yayılan elektrik şoklanması hissi



A- SERVİKAL KANAL-SPINAL KORD

◉ Tanı;

- X-ray
- Servikal BT,
- MR

A- SERVİKAL KANAL-SPINAL KORD

◉ Seronegatif spondiloartropatiler (Ankilozan spondilit)

- İnflexible servikal kanal minör travmayla dahi kırılabilir.
- Dikkatli FM, hikaye.
- Bu hastalar entübe edilirken eğer servikal tutulumdan şüpheleniliyorsa, atlantoaksial instabilite akılda tutulmalı, entübasyon sırasında boyun sabitlenmelidir.

A- SERVİKAL KANAL-SPINAL KORD

◉ Diğer

- SLE → Transvers miyelit
- Vaskülit → Anterior Spinal Arter Sendromu (doğrudan aortadan dallanır)

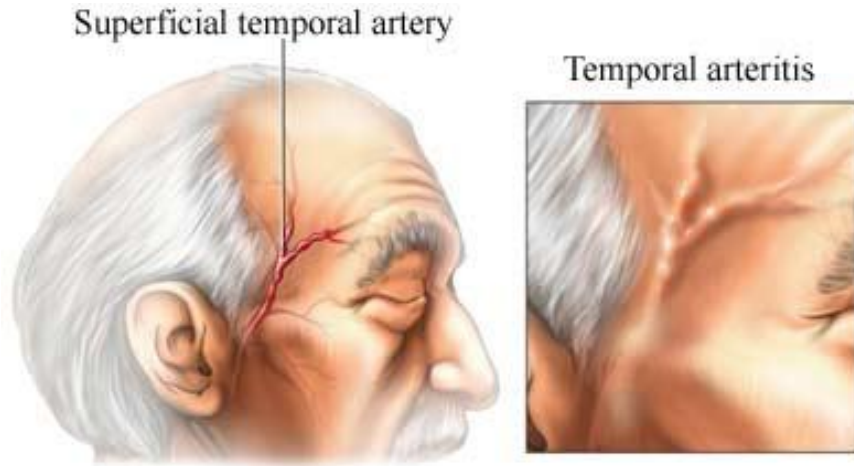
B- GÖZ

- ◉ Temporal arterit (büyük damarları tutar-aorta ve dalları)
 - Ani körlükte akla gelmelidir.
 - Torasik aorta ve dallarının tutuluma , diğer büyük arterlerin tutulumuna bağlı olarak karakteristik semptom ve bulguları ortaya çıkar;
 - Yeni baş ağrısı
 - Başta dokunmakla hassasiyet
 - Görmede değişiklikler (artan-azalan görme bozukluğu)
 - Brakial nabızda azalma ya da hiç alınamaması
 - Konuşurken ya da çiğneme hareketi yaparken çenede takılma olması.

B- GÖZ

⦿ Temporal arterit

- Sedim genellikle >50
- CRP >2.45
- Önce görme değişiklikler, sonra körlük gelişir.
- 50 yaş üzeri, yeni başlayan baş ağrısı olan, görmesinde sürekli değişen bozukluklar; çene, dil ya da üst ekstremitelerinde takılma şikayeti olan hastada mutlaka şüphelenilmeli.



B- GÖZ

⦿ Temporal arterit

- TANI: kesin tanısı temporal arter **biopsisi**yle konur.
- Ancak, TA kliniği tanıyı destekliyorsa biopsi beklenmeden 60mg/gün prednisone başlanmalıdır, zira körlüğü önleyebilir. Biopsi çıkana kadarki süre beklenmemeli bu süre dahi körlüğe ilerleyen süreç için yeterlidir. (1 hafta)

B- GÖZ

◉ Sjörgen Sendromu

- Lacrimal ve tükürük kanallarının lenfositik infiltrasyonuna sekonder kuru ağız-kuru göze sebep olabilir.
- Bu tablo korneal ülserasyon ve üzerine enfeksiyon eklenmesi için müsaittir.

C- HIPERTANSİYON

- ◉ PAN, Wegener, SLE → Renal tutulumu bağlı
- ◉ RA → ilaç kullanımına bağlı (renal papiller nekroz)

C- HIPERTANSİYON

- ◉ Skleroderma-sistemik sklerozis;
 - Hızlı oluşan cilt bulguları ve yeni başlayan hipertansiyon Sklerodermayı düşündürmeli. Hızlı ilerleyen bir böbrek yetmezliği görülebilir. Sklerozis ve hiperreninemiye neden olan renal perfüzyon azamıyla HT gelişebilir.
 - Dehidratasyon, diüretikler bu süreci hızlandırabilir, tetikleyebilir.
 - Tedavi; Hospitalizasyon ve ACE inhibitörleri (kaptopril) ile HT kontrol altına alınmalıdır.

D-BÖBREK

- ◉ SLE ve Wegener glomerulonefriti görülebilir.
- ◉ Önce hematüri, proteinüri görülür
- ◉ Antitrombin III'ün üriner kaybına bağlı renal ven trombozu gelişebilir.
 - Yan ağrısı ve proteinüri görülür.
- ◉ Diffüz sklerodermaya bağlı Hipertansiyon, mikroanjiopati gelişimi günler ile birkaç hafta sürecinde hızla gelişebilir.



D-BÖBREK

- ⦿ Romatizmal hastalığı olan herhangi bir hastanın böbrek fonksiyonlarındaki en küçük bir bozulmada hemen gerekli önem gösterilmeli ve ister kullanılan ilaçlara sekonder ister hastalığın kendi olsun tedavi edilebilir nedenler araştırılmalıdır.

TEŞEKKÜRLER

Dr. Murat SEYİT