

# Kalp Hastalıkları ve Deri

Prof.Dr.Nüzhet ARAS, Dr.Oktay TAŞKAPAN

GATA Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD, ANKARA

Dermatolojik semptomların bulunduğu ve klinik tabloya eşlik ettiği pek çok kalp hastalığı bulunmaktadır (1). Aynı zamanda derinin rengi, yapısal özellikleri ve bunlardaki değişimler kalp hastalıklarının tanısında erken dönemde önemli ipuçları verebilmektedir (2). Bu yazıda bir dermatologu ilgilendirecek noktalar ve klinik antiteler üzerinde durulacak, ayrıca deri ve kardiyak sistemin birlikte tutulduğu hastalıklar kısaca gözden geçirilecektir.

Derinin niteliğindeki değişimler: Eritrodermi, ekfoliyatif dermatit gibi ağır dermatolojik hastalıklarda, yüksek outputlu konjestif kalp yetmezlikleri gelişebilmekte ve deri ısısı ileri derecede artmaktadır. Hipertiroidide kardiyak output artışı ve vazodilatasyona bağlı olarak yine deri ısısının arttığı ve derinin düz, nemli bir yapı gösterdiği saptanmıştır, benzer biçimde, hipotiroidi ve atherosklerotik hastalıklara ya da miyokard infarktüsüne bağlı olarak gelişen düşük outputlu konjestif yetmezliklerde ise deri ısısı azalmaktadır. Ayrıca miksödem durumlarında derinin kaba ve kuru olduğu belirlenmiştir. Kapak prolapsuslarından çeşitli konjenital kalp hastalıklarına dek çeşitli anomalilerin gözleendiği "Ehlers-Danlos sendromu" olgularında derinin hiperelastik kadifemsi bir yapıda olduğu ve sigara kağıdı biçiminde skarlar içerdiği saptanmıştır. Kıvrım bölgelerinde sarkma, ilerleyici deri gevşekliği ve düşük göz kapakları ile karakterize "Cutis Laxa" olgularında aortik dilatasyon, rüptürler ve konjestif kalp yetmezliği gelişebilmektedir. Psödoksantoma elastikum'da özellikle boyun, aksilla ve antekübital bölgelerde derinin kalın, gevşek ve sarımsı bir yapı gösterdiği bilinmektedir. Bu hastalıkta aortik ve mitral kapak kalınlaşmaları, anjina pektoris klinik tabloya eşlik eder (2, 3).

Derinin atrofik ve sert olduğu Werner sendromu'nda, şiddetli koroner atheroskleroz ve miyokard infarktüsüne bağlı ölümler bildirilmiştir (3).

Geliş Tarihi: 31.3.1992

Kabul Tarihi: 14.8.1992

Yazışma Adresi: Prof.Dr.Nüzhet ARAS

GATA Deri ve Zührevi Hastalıklar  
ABD, ANKARA

*Turk J Dermatol* 1992, 2

## Deri rengindeki değişimler

1. Siyanoz: Çocuklarda deri ve müköz membranların siyanoze olması konjenital kalp hastalıklarını düşündürmelidir (2). El parmaklarındaki siyanozun ayak parmaklarındaki siyanozdan daha şiddetli olması, büyük damarların transpozisyonu, aortik arkta bir engellenme, pulmoner hipertansiyon ya da patent duktus arterozusta şantın ters dönmesi gibi önemli kardiyak hastalıkların bir bulgusudur. Sağ elde sol ele oranla daha fazla siyanoz gözleyen bir hekim, aorta koarktasyonunu hemen aklına getirmelidir.

2. Kırmızılık ve epizodik kızarıklık (flushing): Derideki kırmızılık, eritroderma, ekfoliyatif dermatitis ve polisitemi gibi hastalıklarda ortaya çıkabilmektedir. Özellikle eritrodermi tablolarında, kardiyak sistem ileri derecede etkilenmektedir. "Vücudun en az %80'inin eritem ve squamlarla kaplı olması" diye tanımlanan bu durum; psoriasis, atopik dermatit, kontakt dermatit, seboreik dermatit, pemfigus follaseus, pitriasis rubra pilaris, epidermolitik hiperkeratoz gibi hastalıkların ağır formlarında; mikozis fungoides, sezary sendromu, hodgkin lenfoma, akut ya da kronik lösemiler, multipl myeloma gibi malign hastalıkların seyri sırasında; ayrıca çeşitli ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilmekte ve termoregülasyon bozuklukları, hematolojik sistemdeki değişimler, sıvı-elektrolit dengesi, metabolik ve gastrointestinal sistemdeki patolojilerin yanısıra, organizmanın hemodinamiğinde de önemli anomalilere yol açmaktadır (4, 5).

Öncelikle, derideki patolojik değişimler ve buna bağlı olarak artan oksijen gereksinimi nedeniyle kardiyak debinin büyük bölümü deriye yönelmiş ve diğer organların beslenmesi görece olarak azalmıştır. Bunu kompanse etmeye çalışan kalpte kardiyak debiyi arttırmaya yönelik bir çaba gözlemlenir ve taşikardi gelişir. Plazma hacmi fazlaşırken, artmış kapiller perméabilité ve hipoalbuminemiye bağlı olarak deride yaygın ödem ortaya çıkar (4, 5, 6). Sistemik vasküler direnç azalmasının gündeme geldiği ve venöz dönüşün ileri derecede arttığı şiddetli anemi, akut beriberi, tirotoksikoz, paget hastalığı ve geniş arteriovenöz fistül olgularındaki gibi

©ritrodermi koşullarında da, (buraya dek fizyopatolojik özelliklerini kısaca tanımladığımız) yüksek debili kalp yetmezliği gelişebilmekte ve miyokardın oksijen gereksinimindeki artışlara bağlı olarak özellikle yaşlı hastalarda önemli sorunlar yaratabilmektedir (4, 6).

Pollisitemi olgularında ise "eritreml" diye tanımlanan ve kızarıklık ile siyanozun birlikte olduğu özel bir görünümü oluşturmaktadır. Polisetemilerde de atım hacmi artışına bağlı olarak yüksek debili kalp yetmezlikleri gelişebilmektedir.

Feokromasitoma, karsinoid sendrom, sistemik mastositosis ve sipple sendromu olgularında hem kalp hem de deri tutulumu söz konusudur.

3. Sarılık: Artmış intrahepatik basınç ve pasif konjesyona bağlı olarak, kalp yetmezliklerinde de hiperbilirubinemi ve sarılık ortaya çıkabilir.

Terlemedeki değişimler: Akut myokard infarktüsü, kardiyojenik şok ve sol kalp yetmezliği olgularında belirgin terleme artışı olmaktadır. Bu olgularda ekstremitelerde soğukluk ve solukluğun yanısıra yapışkan bir ter ortaya çıkmaktadır. Aşırı terleme ile birlikte saptanan hipertansiyon olgularında feokromasitoma düşünülmelidir.

### **Tırnak, el ve kollardaki değişiklikler:**

1. Çomak parmak (clubbing): Endokardit ve konjenital kalp hastalıklarında ortaya çıkabilmektedir.

2. Quincke nabızı: Bu tanım, aortik regürjitasyon olgularında, tırnak yataklarında kalp atımları ile senkron olarak ortaya çıkan epizodik kızarıklığı belirtmektedir.

3. Omuz-ei sendromu: Bu sendrom genellikle sol tarafta gözlemlenen ve eritem, şişme, parlak bir indurasyon, ödem, ağrı, duyarlılık, elde ileri derecede hareket kısıtlanması ile kendini gösteren ağrılı bir periartritir. Eskiden miyokard infarktüsü geçiren hastalarda uzun süre yatmaya bağlı olarak yaklaşık %15 oranında gözlemlenen bu komplikasyon son yıllarda ileri derecede azalmıştır (3).

Deri ve kalp tutulumunun birlikte olduğu hastalıklar kısaca şöyle özetlenebilir:

#### **1. İskemik Kalp Hastalıkları**

a. Familial hiperlipidemi: Bu olgularda ksantomatozisler ortaya çıkabilmektedir. Yıllar geçtikçe koroner kalp hastalığı gelişme sıklığının ileri derecede arttığı belirlenmiştir (1, 2, 3.).

b. Kulak loblarında çizgi biçiminde kıvrımlaşma: Kulak lobları boyunca çapraz, tek ya da çift taraflı olarak uzanan bu kıvrımların konjenital mi akkiz mi olduğu, hangi mekanizma ile oluştuğu bilinmemektedir. Ancak bu deri bulgusunun varlığı yüksek düzeyde bir koroner kalp hastalığı gelişme riskinin düşündürmelidir. Yapılan klinik anjiyografik ve postmortem çalışmalar bu görüşü destekler niteliktedir (3).

c. Kolesterol embolisi: Abdominal aortada ileri derecede atherosklerozis gelişimi olan hastalarda, mikroembolizasyonlara bağlı olarak sistemik ağrı yakınmalarının yanısıra abdomen alt bölümünü ve alt ekstremiteleri tutan livedoretikülaris gelişimi, slyanoz, ülserasyonlar ve dijital gangrenler oluşabilmektedir. Bu olgularda poliarteritis nodoza'yı taklit eden indurasyonlu plak ve nodüller geliştiği de bildirilmiştir (3).

2. Bakteriye! Endokarditis: Bu hastalıkta gelişen deri lezyonlarının dolanan immün komplekslere bağlı olduğu düşünülmektedir. En sık görülen mukokütan bulgu, özellikle omuzlarda, bacaklarda ve topuklarda gelişen peteşilerdir. Bunun yanısıra purpuralar, parmakların distal bölümlerinde yerleşen küçük kırmızı ve ağrılı papüllerle karakterize "osler nodülleri", palmopant yerleşimli soluk kırmızı maküllerle kendini gösteren "janevay lezyonlarf ayrıca tırnak altındaki splinter hemimorajiler hastalığın diğer tanısıl deri bulgularını oluştururlar (1, 2, 3).

3. Romatizmal Ateş: Bu hastalığın tanısındaki iki majör bulgu deri ile ilgilidir. Bunlar "eritema marjinalum" ve "subkütan nodüler"dir. Karditis ise diğer bir majör bulgudur. Romatizmal ateş tanısı konulan olguların %2'sinde ise eritema nodozum ve purpuralar gözlemlenmiştir (1, 3, 7).

Eritema marjinalum romatizmal ateşte tanısıl değer taşır, ancak spesifik bir bulgu değildir. Sepsis, ilaç erüpsiyonu, glomerulonefrit gibi klinik tablolarla birlikte ya da bilinen bir neden olmaksızın ortaya çıkabilmektedir (7).

4. LEOPARD sendromu: Yaygın ve çok sayıda lentigonun yanısıra elektrokardiyografik olarak belirlenebilen ileti defektleri, aritmiler sol aks deviasyonu ve ventriküler hipertrofi bulguları, oküler hipertelorizm, pui-moner stenoz, genital anormallikler, büyüme ve gelişme geriliği, nörosensoryal sağırılık ile karakterize bir sendromdur. Herediter nitelikte ve otozomal dominant geçişlidir (1, 3, 8).

5. Miksomalar: Kalbin en sık görülen benign tümörü olarak bilinen ve ençok sol atriumda yerleşen miksomalar oldukça ilginç ve çeşitli deri bulguları verirler. Bunlar, parmak pulpalarında basmakla solmayan, palpasyon ile duyarlı, menekşe renginde anüler veya serpijinöz lezyonlar, prüriik eritemli papüllerdir. Ayrıca ekstremitelerde siyanoz gelişimi ve ekimotik lezyonlar gözlemlenebilmektedir. Son yıllarda atrial miksomaların, lentigolar. nevomelanositik nevüsler ve dermal miksomatöz nodüllerle birlikte olduğu LAMB ya da NAME sendromu (var olan bulguların baş harfleri alan ırak) tanımlanmıştır (3).

6. Sarkoidozis: Deri tutulumu olan bazı sarkoidozis olgularında kardiyak ileti defektleri, aritmiler, konjestif kalp yetmezliği ve ventriküler aritmilere bağlı tam blok ve ani ölümler gözlenmiştir (1). Bazı olgularda ise deri tutulumu olmaksızın "primer miyokardial sarkoidozis" gelişebilmektedir (8).

**7. Amiloidozis:** Özellikle primer amiloidozis olgularında deri bulgularının yanısıra, ortostatik hipotansiyon ile birlikte elektrokardiyogramda voltaj düşüklüğü ve ileti bozuklukları, kardiyomegali, konjestif kalp yetmezliği ortaya çıkmaktadır (1, 3).

**8. Anderson-Fabry Hastalığı:** Yaygın, punktat, telanjektatik vasküler papüllerle karakterize bu hastalıkta çoğu kez kalp tutulumu söz konusudur. Aritmiler en sık görülen bulgudur (1).

**9. Whipple Hastalığı:** Deride yaygın hiperpigmentasyon, bacaklarda nodüler lezyonların yanısıra, valvüler yetmezliğe dek giden perikardit, miyokardit ya da endokardit gelişimi saptanmıştır (1).

**10. Lipoid Proteinozis:** Kardiyak tutulum oldukça ender görülür. İleti defektleri ve aritmiler bildirilmiştir (3).

**11. Multisentrik Retikülohistiyozis:** Özellikle ellerde, yüzde ve müköz membranlarda tipik sarı-kahverengi sert papül ve nodüllerle karakterize olan ve sistemik semptomların bulunduğu ender görülen bu hastalıkta, kardiyomegali, konjestif kalp yetmezliği ve iskemik kalp hastalıkları geliştiği bildirilmiştir (3).

**12. Diffüz Neonatal Hemanjiomatozis:** İç organların da tutulduğu, gövdede çok sayıda hemanjrom varlığı ile kendini gösteren bu hastalıkta, yüksek debili kalp yetmezlikleri de gelişebilmektedir (1).

**13. Kon^ektif Doku Hastalıkları: SLE,** progressif sistemik sklerozis, dermatomyozitis ve kıkırdağın inflamatuvar yıkımı ile karakterize olan "relapsing polikondritis" olgularında, ileti bozukluklarından kapak yetmezliklerine ve perikarditlere dek çok çeşitli kardiyak komplikasyonların çıktığı bildirilmiştir. Ancak kortikosteroidlerin yaygın olarak kullanıma girdiği günü-

müzde bu komplikasyonların görülme sıklığı ileri derecede azalmıştır (1, 3).

**14. Kardiyak Pacemaker:** İmplantasyon yerinin üzerine uyan deri bölgesinde irritant, toksik ya da alerjik yapıda reaksiyonlar geliştiği saptanmıştır. Bu gibi durumlarda hemen her zaman implante edilen materyalin rejeksiyonu söz konusudur (1).

## KAYNAKLAR

1. Roberts SOB, Welsmann KO. The Skin in Systemic Disease. In: Textbook of dermatology. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL. Blackwell scientific Publ, 4 ed. Oxford, 1986:2362-3.
2. Gazes PC. Clinical Cardiology, A bedside Approach. Year book medical publishers. IncChlcagi, 1975:16-7.
3. Fransks AG. Cutaneous Aspects of cardiopulmonary disease. In: Dermatology en general medicine. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg MI, Austen KF. Mc Graw hill book company. Third edition, New York, 1987:1980-94.
4. Tüzün Y. Eksfoliatif dermatit (eritrodermi), Dermatoloji (Editörler) Tüzün Y, Kotoğ/an A, Saylan T. Nobel Tıp Kitapevi, 1985:384-7.
5. Burton JL. Essantials of dermatology. Churchill livingstone, Edinburgh, London and New York, 1979:171-2.
6. Sokolov M, Mc Ilroy MB, Cheitlin MD. Clinical cardiology, fifth edition, Prentice-Hall international Inc, 1990:299-304.
7. Braunwald E. Heart Disease, A textbook of cardiovascular medicine. WB Saunders Company, 1984:1650.
8. Arnold HY, Odom RB, James WD. Diseases of the skin, Clinlal dermatology. Eighth edition. Philadelphia:WB Saunders Company, 1990:844.