

## Davetli Editöryal Yorum / Invited Editorial

### Avrupa Kardiyoloji Derneği 2015 Perikart Hastalıkları Tanı ve Yönetimi Kılavuzu ne yenilikler getirdi?

#### What is new in the European Society of Cardiology 2015 Guidelines for the Diagnosis and Management of Pericardial Disease?

Dr. Serpil Eroğlu

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Perikart, kalp ve büyük damar köklerini çepeçevre saran çift duvarlı kese şeklinde bir zar olup içerisinde 10–50 ml perikart sıvısı bulunur. Perikart kalbi mediastene sabitler; enfeksiyonlara karşı korur ve kalbin etrafında sanki bir yağlama etkisi sağlar. Perikart hastalıkları ile günlük klinik pratikte sık karşılaşılmamasına rağmen bu hastalıklar ile ilgili çalışmalar ve öneriler kısıtlıdır.

Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin son perikart hastalıklarının tanı ve tedavi kılavuzu<sup>[1]</sup> 2004'de yayımlanmıştır. On bir yıllık birikim, yeni geriye dönük çalışmalar ve ilk ileriye dönük çift kör randomize çalışma<sup>[2]</sup> sonucunda oldukça eski olan bu kılavuz 2015 yılında güncellenmiştir. “Avrupa Kardiyoloji Derneği 2015 Perikart Hastalıkları Tanı ve Yaklaşım Kılavuzu” klinik pratikte karşılaşılan başlıca perikart hastalıklarını perikart sendromları olarak tanımlayıp perikardit, perikart sıvı birikimi, kalp tamponadı ve restriktif perikardit olarak sınıflandırmaktadır.<sup>[3]</sup>

Bu yeni kılavuz ile ilk kez akut perikarditin klinik tanısal ölçütleri belirlenmektedir.<sup>[3]</sup> Aşağıdaki dört bulgudan ikisinin varlığı *i)* Perikart tipi göğüs ağrısı *ii)* Perikart sürtünme sesi *iii)* Akut fazda elektrokardiyografide (EKG) yeni gelişen yaygın ST yükselmesi veya PR depresyonu *iv)* perikart sıvı birikimi akut perikardit klinik tanısını koydurmaktadır.<sup>[3]</sup>

Eski kılavuzdan farklı olarak yeni kılavuzda perikardite yaklaşım algoritmaları ile belirlenmektedir. Bu algoritmalar ile özel-

likle yüksek riskli hastaların seçimi sağlanmaktadır.<sup>[3]</sup> Yüksek riskli hastaların seçiminde de kötü prognoz belirleyicileri olarak majör (çok değişkenli analizler ile belirlenen) ve minör (uzman görüşü ve literatür ile belirlenen) ölçütler kullanılması önerilmektedir. Majör ölçütler; yüksek ateş (>38°C), subakut başlangıç, perikart sıvısında önemli artış (>20 mm), kalp tamponadı, en az bir haftalık aspirin veya nonsteroid antiinflamatuar (NSAİ) ilaç tedavisine yanıtızlık; minör ölçütler ise; miyoperikardit, immünsupresyon, travma, oral antikoagülan tedavi olarak belirtilmektedir. Majör veya minör kötü prognoz ölçütlerinden birinin varlığı veya spesifik etiyoloji şüphesi varlığında hasta yüksek riskli kabul edilmektedir. Yüksek risk ölçütleri mevcut olan hastalarda hastaneye yatış ve etiyoloji araştırılması önerilmekte iken yüksek risk ölçütleri olmayan hastalarda NSAİ ilaçlar ile empirik tedavi yapılması tavsiye edilmektedir. Nonsteroid antiinflamatuar ilaç tedavisine yanıt veren hastalar düşük riskli kabul edilmekte ve ayaktan takipleri uygun bulunmaktadır.

#### Kısaltmalar:

CRP	C-reaktif protein
EKG	Elektrokardiyografi
NSAİ	Nonsteroid antiinflamatuar
PAH	Pulmoner arteriyel hipertansyon
TBC	Tüberküloz



Avrupa Kardiyoloji Derneği 2004 perikart hastalıklarının tanı ve tedavi kılavuzu kolşisini NSAİ ilaçların ve kortikosteroidlerin nüksü önlemede başarısız olduğu tekrarlayan perikarditte kullanılmasını önermekteydi. Kolşisin, 2015 kılavuzunda yayımlanan ilk çok merkezli randomize klinik çalışma,<sup>[2]</sup> diğer çalışmalar<sup>[4]</sup> ve metanalizler<sup>[5,6]</sup> sonucunda ilk sıra ilaç olarak ilk perikardit atağında geleneksel antienflamatuvar tedaviye (NSAİ veya Aspirin) eklenmektedir (Sınıf I kanıt düzeyi A).<sup>[3]</sup> Kolşisin iyileşme hızını artırıp nüksleri azaltmaktadır. Yükleme dozu ve kiloya ayarlanmış doz olmadan hasta uyumunu da artırmaktadır. Yeni kılavuzda kolşisinin 70 kg altındaki hastalarda günde tek doz 0.5 mg ve 70 kg'ın üstündekilerde günde iki doz 0.5 mg kullanılması önerilmektedir. Serum C-reaktif protein (CRP) düzeylerinin akut perikarditte tedavi süresi ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde yol gösterici olarak kullanılması da tavsiye edilmektedir.<sup>[3]</sup>

Ayrıca bu kılavuzda ilk kez ilaç dışı öneri olarak akut perikarditli hastalarda egzersiz kısıtlamasından da bahsedilmektedir. Atlet olmayanlarda akut perikardit semptomları düzelinceye ve CRP, EKG ve ekokardiyografi normale dönüncüye kadar egzersiz kısıtlaması, atletlerde bunlara ek olarak 3 ay süre ile egzersiz kısıtlaması önerilmektedir (Sınıf IIa kanıt düzeyi C).<sup>[3]</sup>

Yeni kılavuzda perikardit nüksünün tanısı için akut perikardit atağından sonra semptomsuz 4-6 haftadan fazla süre geçmesinin tanı için gerekli olduğu vurgulanmaktadır.<sup>[3]</sup> Nüksün immün aracılı patogenezinin yeni bilgilerle desteklenmesi nedeniyle,<sup>[7,8]</sup> dirençli tekrarlayan perikarditte yeni alternatif immünsupresif tedavi seçenekleri (azathioprin), intravenöz immünglobulin ve interlökin -1 antagonisti (anakinra) tavsiye edilmektedir.<sup>[3]</sup>

Perikart sıvı birikimine yaklaşımda eski kılavuzdan farklı olarak bir algoritma önerilmektedir.<sup>[3]</sup> Kalp tamponadı veya bakteriyel veya neoplastik etiyoloji şüphesinde, semptomlu ve tıbbi tedaviye yanıt veremeyen orta-ciddi perikart sıvısı artışında perikardiyosentez veya cerrahi drenaj yapılması tavsiye edilmektedir.

Kalp tamponadı için etiyoloji, klinik ortaya çıkış ve görüntüleme basamaklarından oluşan bir skorlama önerilmekte olup hesaplanan skor  $\geq 6$  ise hemen boşaltma,  $< 6$  ise 12-48 saatte boşaltma uygun bulunmaktadır.<sup>[3]</sup>

Kılavuzda tüberküloz (TBC) perikarditi için de öneriler yapılmakta olup, özellikle ülkemiz gibi TBC'nin endemik olduğu yerlerde yaşayan hastalarda eksudatif perikart sıvısı varlığında diğer nedenler dışlandıktan sonra ampirik antiTBC tedavi başlanması önerilmektedir. Tüberküloz tedavisi için süre altı ay olarak belirtilmekte ve konstriksiyonu azaltmak için perikart içine ürokinaz enjeksiyonu veya HIV negatif TBC perikarditli hastalarda eşlik eden steroid tedavi sınıf IIb kanıt düzeyi C ile tavsiye edilmektedir.<sup>[3]</sup>

Yeni kılavuzda çoklu görüntüleme yöntemlerine özellikle önem verilmekte olup ekokardiyografi, kalp bilgisayarlı tomografisi ve kalbi manyetik rezonans ile görüntülemenin sıklıkla birbirini tamamlayan görüntüleme yöntemleri olduğu belirtilmektedir.<sup>[3]</sup>

Son kılavuzda perikart sendromlarında yaş ve cinsiyet ile ilişkili konular daha kanıta dayalı ve açık olup ek alt başlıklar olarak vurgulanmaktadır. Özellikle gebelik esnasında gelişen perikarditle ilişkili spesifik önerilerde bulunmaktadır.<sup>[3]</sup> Yirminci haftanın altında gebelik varlığında perikardit tedavisi için NSAİ ilaçlar veya yüksek doz aspirin kullanılması tavsiye edilmektedir. Fakat 20. haftanın üzerinde aspirin ve NSAİ ilaçların duktusta erken kapanmaya ve fetusun böbrek fonksiyonlarda bozulmaya yol açması nedeniyle kullanımı önerilmemektedir. Yirminci gebelik haftasından sonra perikardit tedavisinde steroidler ve parasetamolun kullanılabilirliği belirtilmektedir. Gebelik sonrası emzirme döneminde ise NSAİ ilaçlar ve steroidler tavsiye edilmektedir. Kolşisinin hem gebelik hem de emzirme dönemlerinde kullanımının kontrendike olduğu vurgulanmaktadır.

Özel bir grup olarak yaşlılarda perikart hastalıkları ile ilgili bilgiler az olup eşlik eden hastalıklar ve ilaç etkileri söz konusudur. İndometazin yaşlılarda endike olmayıp, kolşisin dozunun ikiye bölünmesi, böbrek yetersizliği ve ilaç etkileşiminin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.<sup>[3]</sup>

Yeni kılavuzda pediatrik gruptaki perikardite de yer verilmekte olup tedavide yüksek doz NSAİ ilaçlar, nüksleri önlemek için kiloya göre ayarlanmış dozda günde 2-3 kez kolşisin tavsiye edilmektedir.<sup>[3]</sup> Aspirinden Reye sendromuna yol açma riski, kortikosteroidlerden ise büyüyen çocuktaki yan etkileri nedeniyle kaçınılması önerilmektedir.

Bu kılavuzda ayrıca pulmoner arteriyel hipertansiyonda (PAH) perikart tutulumundan bahsedilmektedir.<sup>[3]</sup> Pulmoner arteriyel hipertansiyonlu hastalarda perikart sıvısı %25–30 oranında görülmektedir ve 6 dakika yürüme testi, beyin natriüretik peptid düzeyleri ve prognozla ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Yeni kılavuzda eski kılavuzdan farklı olarak perikart hastalıklarında girişimsel tekniklerin (ekokardiografi ve floroskopi kılavuzluğunda perikardiyosentez, perikart biyopsisi, perikardiyoskopi) ve cerrahi işlemlerin (perikardiyal pencere, perikardiyektomi) ayrı bir bölümde kılavuza eklenmiş olduğu görülmektedir.

Kılavuzun sonunda da “Perikart kılavuzunda yapılması ve yapılmaması gerekenler” hakkında son mesajlar eklenerek bu kılavuz ile hala cevaplanmamış soruların olduğundan bahsedilmektedir. Bu yeni kılavuzda da eski kılavuzdaki gibi perikart hastalıkları ile randomize kontrollü çalışmaların azlığı nedeniyle sınırlı sayıda sınıf IA öneriler mevcut olup, eski kılavuzda olduğu gibi genelde uzman görüşü olarak C kanıt düzeyi ile öneriler sunulmaktadır.

Sonuç olarak, Avrupa Kardiyoloji Derneği 2015 Perikart Hastalıkları Tanı ve Yaklaşım Kılavuzu perikardit ve perikart sıvısına yaklaşımda yeni algoritmalar sunarak ve akut perikarditte kolşisin tedavisinin ilk basamakta yer almasını sağlayarak günlük klinik pratiğimizde yer alacak gibi görünmektedir. Perikart hastalıklarının sık görülmesi nedeniyle bu konudaki sorulara yanıt verecek randomize kontrollü çalışmalara gereksinim olduğu da bir gerçektir.

***Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.***

## KAYNAKLAR

1. Maisch B, Seferović PM, Ristić AD, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary; The Task force on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European society of cardiology. Eur Heart J 2004;25:587–610. [CrossRef](#)
2. Imazio M, Brucato A, Cemin R, Ferrua S, Maggolini S, Beqaraj F, et al. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis. N Engl J Med 2013;369:1522–8. [CrossRef](#)
3. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2015;36:2921–64. [CrossRef](#)
4. Imazio M, Bobbio M, Cecchi E, Demarie D, Demichelis B, Pomari F, et al. Colchicine in addition to conventional therapy for acute pericarditis: results of the COLchicine for acute PERicarditis (COPE) trial. Circulation 2005;112:2012–6. [CrossRef](#)
5. Imazio M, Brucato A, Belli R, Forno D, Ferro S, Trincherio R, et al. Colchicine for the prevention of pericarditis: what we know and what we do not know in 2014 - systematic review and meta-analysis. J Cardiovasc Med (Hagerstown) 2014;15:840–6. [CrossRef](#)
6. Alabed S, Cabello JB, Irving GJ, Qintar M, Burls A. Colchicine for pericarditis. Cochrane Database Syst Rev 2014;8:CD010652. [CrossRef](#)
7. Brucato A, Brambilla G, Moreo A, Alberti A, Munforti C, Ghirardello A, et al. Long-term outcomes in difficult-to-treat patients with recurrent pericarditis. Am J Cardiol 2006;98:267–71
8. Caforio AL, Brucato A, Doria A, Brambilla G, Angelini A, Ghirardello A, et al. Anti-heart and anti-intercalated disk auto-antibodies: evidence for autoimmunity in idiopathic recurrent acute pericarditis. Heart 2010;96:779–84. [CrossRef](#)