

OLGU SUNUMU

Wellens Sendromu: Olgu sunumu

Mehmet ARSLAN¹, Ali DUYGU², Uğur KÜÇÜK³¹Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Çanakkale,²Yenişehir Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Bursa,³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale.

Geliş tarihi: 30.12.2020; Kabul tarihi: 11.03.2021

Sorumlu yazar: Mehmet ARSLAN, Adres: Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Hamidiye Mh. Rauf Denktaş Cd. No 17A, Kepez, Çanakkale, E-posta: mehmetarslan@icloud.com, Telefon:+905054534493.

ÖZET

Wellens sendromu sol ön inen arterin kritik daralması neticesinde elektrokardiyografide çoğunlukla ağrısız periyodlarda T dalga değişiklikleri izlenen klinik tablodur. Vakamız 57 yaşında bayan hasta iki gündür aralıklı olan atipik göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Elektrokardiyografisinde Wellens sendromu olarak tanımladığımız ön yüz derivasyonlarda negatif T dalgaları izlendi. Kardiyak enzim değeri hafif yüksek tespit edildi. Hasta akut koroner sendrom olarak değerlendirildi ve koroner anjiyografi laboratuvarına alındı. Yapılan görüntüleme sol ön inen arterin orta segmentinde %99 kritik darlık tespit edildi ve perkütan girişim yapıldı.

Anahtar kelimeler: Wellens sendromu, miyokard infarktüsü, elektrokardiyografi, T dalga anormalliği

Wellens' Syndrome: Case report

ABSTRACT

Wellens' syndrome is a clinical picture characterized by T wave changes mostly observed in painless periods on electrocardiography as a result of the critical narrowing of the left anterior descending artery. In our case, a 57-year-old female was admitted to the emergency department with the complaint of intermittent atypical chest pain for two days. In the electrocardiography, negative T waves were observed in the anterior leads defined as Wellens' syndrome. Cardiac enzyme markers were slightly elevated. The patient was evaluated as an acute coronary syndrome and was taken to the catheter laboratory. In coronary angiography, 99% critical stenosis was detected in the middle segment of the left anterior descending artery and percutaneous intervention was performed.

Keywords: Wellen's syndrome, myocardial infarction, ECG, T wave abnormality

GİRİŞ

Wellens sendromu çoğunlukla ağrısız periyodlarda çekilen elektrokardiyografide (EKG) izlenen T dalga değişikliklerinin olduğu sol ön inen (LAD) koroner arterin proksimal kısmının kritik darlığını düşündüren klinik tablodur. İki farklı tipte EKG paterni tanımlanmıştır. İlk patern (Tip A) daha az yaygındır, ancak daha spesifiktir ve esas olarak prekordiyal derivasyonlarda V2 ve V3'te bifazik T dalgaları izlenir. Bunun aksine, ikinci patern (Tip B) daha yaygındır, daha az özgüdür, daha kolay fark edilir ve anterior derivasyonlarda derin, simetrik olarak ters T dalgaları ile karakterizedir [1, 2]. Bu iki paterni, özellikle de A tipini tanıma yeteneği son derece önemlidir, çünkü EKG değişiklikleri kolayca gözden kaçabilir, bu da ölümcül sonuçlara yol açabilir [3].

OLGU SUNUMU

57 yaşında bayan hasta iki gündür aralıklı olan atipik göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Son iki haftadır olan efor anjinası tarifledi. Hastanın hipertansiyon dışında koroner arter hastalığı için herhangi bir risk faktörü yoktu. Fizik muayenesinde kan

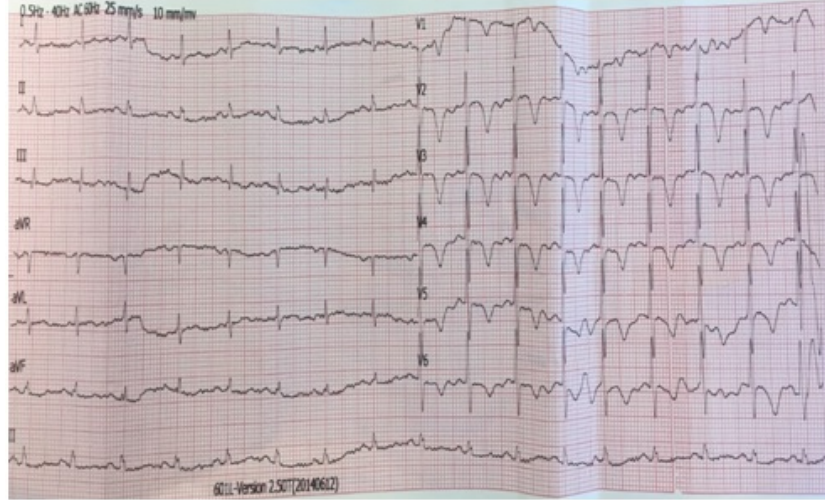
basıncı 170/90mmHg, nabız 100/dakika ve ritmik, solunum sayısı 20/dk, oda havasında oksijen saturasyonu %96 ölçüldü.

EKG'de Wellens sendromu tip B ile uyumlu olarak ön yüz derivasyonlarda negatif T dalgaları saptandı. (Şekil 1). Yapılan acil transtorasik ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %55 olarak hesaplandı, sol ventrikül apeksi ve anterior duvar apikal hafif hipokinetik olarak izlendi. Laboratuvar incelemeleri, kardiyak enzimlerinin hafif yükseldiğini gösterirken, diğer rutin laboratuvar sonuçları normal sınırlar içindeydi (troponin I: 1,3ug/L).

Hasta acil olarak koroner anjiyografiye alındı ve LAD orta segmentte tama yakın obstrüksiyon izlendi (Şekil 2). Sirkümfleks ve sağ koroner arter plaklı idi. LAD ye 4,0x16mm çıplak metal stent (14 atm) implante edildi. Hasta 48 saat sonra komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Wellens sendromu, ilk olarak 1982 yılında Zwaan, Wellens ve arkadaşları tarafından kararsız anjinası olan bir hasta alt grubunda ağrısız bir dönemde tanımlanmıştır [1]. Yedi yıl sonra, aynı yazarlar Wellens sendromlu hastalar üzerinde başka bir prospektif çalışma gerçekleştirdi ve koroner anjiyografi yoluyla



Şekil 1. Elektrokardiyogramda anterior derivasyonlarda izlenen derin T dalgaları.

önemli bir proksimal LAD hastalığı ile %100 ilişki olduğunu doğruladı [2].

Wellens sendromu, tip A veya tip B olarak sınıflandırılır. Tip A, V2 ve V3'te bifazik T dalgası ile, tip B ise aynı derivasyonlarda derin T dalga inversiyonu ile karakterize edilir. Vakaların %25'ini tip A, %75'ini ise tip B oluşturur. Bununla birlikte, her iki tipte de bu EKG değişiklikleri tüm perikardiyal göğüs derivasyonlarını kapsayacak şekilde uzayabilir [1].

Wellens sendromu her zaman akut bir süreç değildir. Günlerden haftalara kadar gelişebilir. EKG paterni genellikle hasta göğüs ağrısı çekmediği dönemde ortaya çıkar. Hasta göğüs ağrısı yaşadığında, ST segmenti ve T-dalgası paterni hiperakut dik T dalgalarına normalleşiyor gibi görünebilir veya hatta ST segment yükselmelerine dönüşebilir [2].

Wellens sendromu kritik proksimal LAD hastalığını temsil eder ve müdahale edilmezse doğal seyri



Şekil 2: Koroner anjiyografide sol ön inen arter orta segmentte %99 darlık izleniyor.

anterior miyokard infarktüsüdür. Bu ilerleme o kadar olasıdır ki, farmakolojik tedavi yönetimi tek başına doğal süreci durdurmak için yeterli değildir. Wellens sendromunun başlangıcından enfarktüse kadar geçen süre 1-23 gün arasında değişmektedir ve ortalama 8,5 gündür [1].

Koroner anjiyografi, Wellens sendromlu hastaların %100'ünün proksimal LAD'de %50 veya daha fazla stenoza sahip olacağını göstermiştir [2]. Daha spesifik olarak, lezyon %83 oranında ikinci septal perforatörün proksimalinde yer almaktadır [4].

Rhinehardt ve arkadaşları [4], Wellens sendromu için şu tanı kriterlerini tanımlamıştır: i) V2-3'te derin ters veya iki fazlı T dalgaları (V1-6'ya kadar uzayabilir), ii) izoelektrik veya minimal olarak yükseltilmiş ST segmenti (<1 mm), iii) prekordiyal Q dalgası olmaması, iv) korunmuş prekordiyal R dalga progresyonu, v) yakın geçmişte anjina, vi) ağrısız durumda bulunan EKG paterni ve vii) normal veya hafif yükselmiş serum kardiyak belirteçleri.

Wellens sendromunda kardiyak biyobelirteçler, tipik olarak normal oldukları veya yalnızca minimum düzeyde yükseldikleri için yanlış bir şekilde güven verici olabilir. Bu sendromlu hastaların sadece %12'sinde yüksek kardiyak biyobelirteç seviyeleri vardır ve bunlar da normalin üst sınırının iki katından daha azdır [2].

Erken teşhis ve uygun müdahale ile Wellens sendromunun prognozu iyidir. Miyokardiyal talebin artması miyokardiyuma giden sınırlı kan akışı nedeniyle miyokard enfarktüsünü hızlandırabileceği için Wellens sendromunda stres testinden kaçınılmalıdır [5].

Wellens sendromu, prekordiyal derivasyonlarda terminal T dalga inversiyonları veya bifazik T dalgaları ve negatif kardiyak belirteçleri olan hastalarda yüksek dereceli proksimal LAD stenozunu düşündürdüğüne dikkate alınması gereken önemli bir tanıdır. Bu hastalar acil serviste kaldıkları süre boyunca stabil ve ağrısız olsalar da müdahale edilmezse çok sayıda hasta anterior miyokard infarktüsü ile sonuçlanmaktadır. Erken teşhis ve müdahale ile önemli morbidite ve

mortaliteyi önleyebileceğinden bu EKG değişikliklerinin tanınması çok önemlidir.

Çıkar çatışması: Yok
Finansal destek: Yok

KAYNAKLAR

1. de Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. *Am Heart J.* 1982;103(4 Pt 2):730-6.
2. de Zwaan C, Bär FW, Janssen JH, Cheriex EC, Dassen WR, Brugada P, et al. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. *Am Heart J.* 1989;117(3):657-65.
3. Tandy TK, Bottomy DP, Lewis JG. Wellens' syndrome. *Ann Emerg Med.* 1999;33(3):347-51.
4. Rhinehardt J, Brady WJ, Perron AD, Mattu A. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome. *Am J Emerg Med.* 2002;20(7):638-43.
5. Sowers N. Harbinger of infarction: Wellens syndrome electrocardiographic abnormalities in the emergency department. *Can Fam Physician.* 2013;59(4):365-6.