

AKUT KORONER SENDROMU TAKLİT EDEN APİKAL HİPERTROFİK KARDİYOMYOPATİ OLGUSU

Mehmet KAPLAN¹ Süleyman ERCAN²
Muhammed OYLUMLU³ Vedat DAVUTOĞLU⁴

ÖZET

Apikal hipertrofik kardiyomyopati, hipertrofik kardiyomyopatinin nadir bir formudur. Tanı akılda tutulmazsa yanlışlıkla akut koroner sendrom olarak tanımlanabilmektedir. Prekordiyal derivasyonlardaki derin dev T dalgaları apikal hipertrofik kardiyomyopatinin tipik elektrokardiyografi bulgusudur. Ekokardiyografik olarak lokalize apikal hipertrofinin gösterilmesi bu hastalık için tanısaldır. Bu yazımızda akut koroner sendromu taklit eden tipik hipertrofik kardiyomyopati olgusunu paylaşacağız.

Anahtar Kelimeler: Apikal Hipertrofik Kardiyomyopati, Akut Koroner Sendrom, Elektrokardiyografi, Ekokardiyografi.

A CASE OF APICAL HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY MIMICKING ACUTE CORONARY SENDROME

ABSTRACT

Apical hypertrophic cardiomyopathy is a rare variant of hypertrophic cardiomyopathy. If does not keep in mind it may lead to misleadingly to the diagnosis of acute coronary syndrome. Presence of deep giant T wave inversion in mid precordial lead is typical electrocardiography finding of apical hypertrophic cardiomyopathy. Demonstration of localized hypertrophy in apex by means of echocardiography is diagnostic for this disease. Herein we share a case of typical apical hypertrophic cardiomyopathy mimicing acute coronary syndrome.

Keywords: Apical Hypertrophic Cardiomyopathy, Acute Coronary Syndrome, Electrocardiography, Echocardiography

¹Arş. Gör. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

² Öğr.Gör. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

³ Uzm. Dr. Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi

⁴ Öğr. Gör. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

İletişim/ Corresponding Author: Vedat DAVUTOĞLU

Geliş Tarihi / Received : 21.05.2012

Tel: 0 342 360 60 60/ 76290 e-posta: vedatdavutoglu@gmail.com

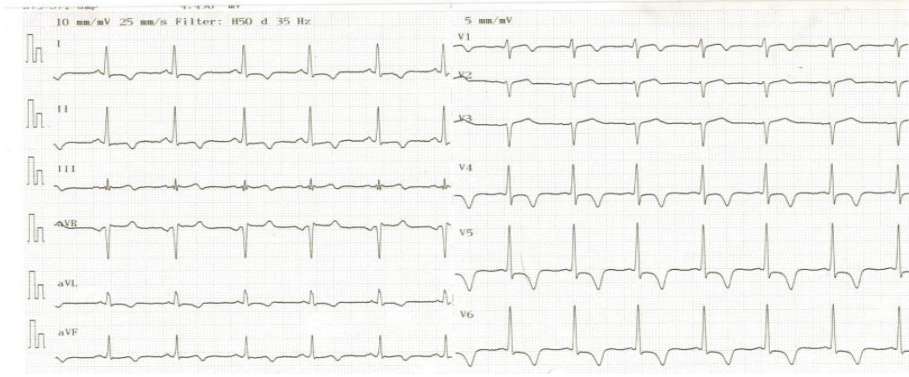
Kabul Tarihi / Accepted : 02.09.2012

GİRİŞ

Apikal hipertrofik kardiyomyopati, hipertrofik kardiyomyopatinin nadir bir varyantı olarak kabul edilmektedir. Japon araştırmacılar, hipertrofinin özellikle sol ventrikül apeksine lokalize olduğu; elektrokardiyografide (EKG) prekordiyal derivasyonlarda dev negatif T dalgaları (>10 mm), sol ventrikülografide diyastol sonunda karakteristik maça ası görüntüsünü veren ilk apikal hipertrofik kardiyomyopati olgularını tarif etmişlerdir (1-2) İlk önceleri Asya kökenlilere özgü olduğu düşünülse de ; zamanla dünyanın diğer bölgelerinde de Japon olgulara benzer vakalar bildirilmiştir (3). Hipertrofik kardiyomyopatilerin genel popülasyondaki prevalansı % 0.02-0.2 olarak bildirilmiştir. Apikal hipertrofi sıklığı ise tüm hipertrofik kardiyomyopatiler içerisinde % 1-2 olarak bildirilmekteyken, Japonya'da bu oran % 25'lere ulaşmaktadır (4). Apikal hipertrofik kardiyomyopati nadir görülmekle birlikte, koroner arter hastalığını taklit edebilmesi ayırıcı tanıdaki önemini arttırmaktadır. Apikal hipertrofik kardiyomyopatinin koroner arter hastalığıyla birlikteliği çok nadir görülmektedir (5). Bu yazıda EKG ve klinik bulgular açısından akut koroner sendrom ile karışan apikal hipertrofik kardiyomyopati vakasını sunmayı amaçladık.

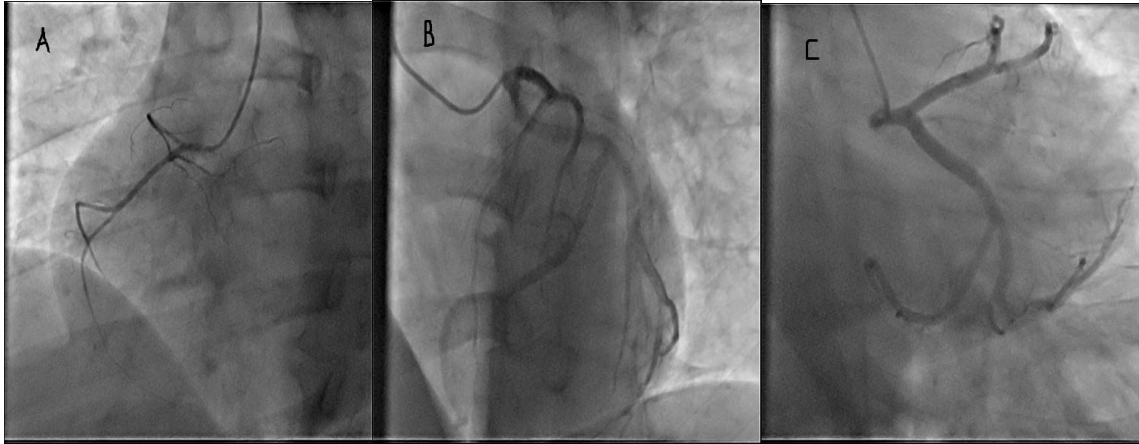
OLGU

30 yaşında daha önceden bilinen kardiyak öyküsü olmayan erkek hasta, acil servise baskı şeklinde göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde sigara içiciliği dışında özellik yoktu. Hastanın kan basıncı 115/70 mmHg, nabız 76 atım/dakika idi. Fizik muayenesinde sistem muayeneleri normal sınırlarda değerlendirildi. Biyokimyasal tetkiklerinden patolojik değer olarak trigliserid düzeyi 366 mg/dl olarak bulundu. EKG'de ritim sinüs, V4-V6 derivasyonlarında belirgin T dalga inversiyonu, ekstremitte derivasyonlarında T dalga negatifliği bulundu.



Resim 1: Elektrokardiyografi (Yaygın T Dalga Değişiklikleri)

Hasta tipik göğüs ağrısı ve iskemik EKG değişiklikleri nedeniyle akut koroner sendrom ön tanısı ile hospitalize edildi. EKG takiplerinde değişiklik olmayan ve kardiyak enzimleri normal olan hastaya unstabil angina tanısı ile koroner anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografide tüm damarlar açıktı.



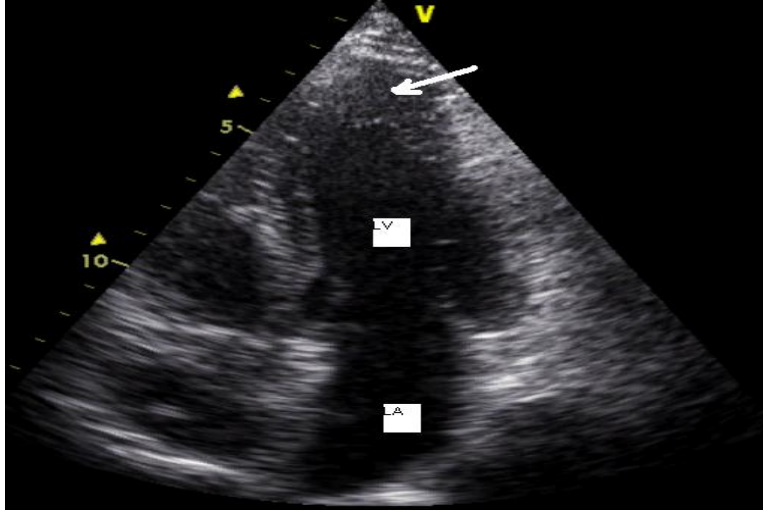
A: Sol Kaudal Görüntü

B: Sol Kranial Görüntü

C: Sağ Kaudal Görüntü

Resim 2: Koroner Anjiyografi

EKG bulgusu sebat eden hastanın yapılan transtorasik ekokardiyografisinde standart görüntülemelerde interventriküler septum ve sol ventrikül posterior duvar kalınlığı normal sınırlarda izlenirken apikal segmente lokalize belirgin hipertrofi izlendi.



Resim 3: Transtorasik Ekokardiyografi

Ok İşareti: Sol Ventrikül Apeksindeki Hipertrofi, LV: Sol Ventrikül, LA: Sol Atrium

Kalp boşlukları normal genişlikte ve sol ventrikül sistolik fonksiyonu normal sınırlardaydı. Mitral kapakta sistolik öne hareket yoktu ve sol ventrikül çıkış yolunda valsalva manevrası ile de gradyent alınmadı. Hastaya mevcut bulgularıyla apikal nonobstruktif hipertrofik kardiyomyopati tanısı kondu. Yaşam tarzı değişiklikleri önerisi ve beta bloker tedavisiyle hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Hipertrofik kardiyomyopati açıklanamayan sol ventrikül hipertrofisi ile kendini gösteren ve kardiyak sarkomerik proteinleri kodlayan genlerdeki mutasyonlardan kaynaklanan genetik geçişli bir hastalıktır. Yaklaşık % 55'i ailesel, kalanı da sporadik olarak ortaya çıkmaktadır. Hipertrofik kardiyomyopatili hastalarda sol ventrikül hipertrofisinin segmental dağılımı ve şiddeti, hastalığın ortaya çıkış yaşı ve klinik özellikleri farklılıklar gösterebilmektedir. Bu fenotipik değişkenlikte, hastalıktan sorumlu gen ve mutasyon sayısındaki farklılıkların yol açtığı genetik heterojenite ve çevresel faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir (6).

Hipertrofik kardiyomyopati hasta populasyonunda apikal hipertrofik kardiyomyopati sıklığı % 1-2 olarak bildirilmiştir. Ekokardiyografi hastalığın tanısında en yararlı tanı yöntemidir. Ekokardiyografinin non-diagnostik olduğu vakalarda sol ventrikül apeksine lokalize hipertrofilerin tespiti için manyetik rezonans görüntülemesi yararlı olabilir. Ayrıca kateterizasyon işlemi sol ventrikülografide apikal segmentin sistolde belirgin biçimde

oblitere olması sonucu izlenen maçı ası görüntüsü apikal hipertrofik kardiyomyopati için karakteristiktir. Prekordiyal derivasyonlarda dev negatif T dalgaları apikal hipertrofik kardiyomyopati için tipiktir (8).

Apikal hipertrofik kardiyomyopatinin prognozu diğer hipertrofik kardiyomyopati tiplerine göre daha iyidir, hastaların büyük bir kısmı klinik olarak stabil seyreder veya asemptomatiktir (7). Ancak hastaların % 30'unda myokardiyal enfarkt, aritmi, konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler komplikasyonlar gelişmektedir. Apikal hipertrofik kardiyomyopatilerin çok az bir kısmında koroner arter hastalığı eşlik ettiğine dair vakalar bildirilmiştir. Apikal hipertrofik kardiyomyopati klinik ve EKG bulguları ile vakamızda olduğu gibi akut koroner sendrom veya miyokardiyal iskemi ile kolaylıkla karışabilir (9).

Sonuç olarak; özellikle kardiyak enzimleri negatif olan göğüs ağrılı hastalarda apikal hipertrofik kardiyomyopati ayırıcı tanıda düşünülmez ise, hastalar yanlışlıkla akut koroner sendrom tanısı alabilir. Göğüs ağrısı ile beraber EKG'de V3-V5 derivasyonlarında dev T dalga negatifliği varsa apikal hipertrofik kardiyomyopati akılda tutulmalı ve ekokardiyografi öncelikle yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- 1.Sakamoto T, Tei C , Murayama M, et all: Giant T wave inversion as a manifestation of asymmetrical apical hypertrophy of the left ventricle; echocardiographic and ultrasono-cardiotomographic study. Jpn Heart J 1976; 17 ;611-29
- 2.Yamaguchi H, Ishimura T , Nishiyama S, et all: Hypertrophic nonobstruktive cardiomyopathy with negative giant T waves. Am J Cardiol 1979;44;401-12
- 3.Webb JG, Sasson Z, Rakowski H ,Liu P,Wigle ED,et all; Apikal hipertrophic cardiomyopathy; clinical follow-up and diagnostic correlates.JACC 1990; 15; 83-90
- 4.Louie EK,Maron BJ,et all: Apical hipertrophic cardiomyopathy;clinical and two dimensional echocardiographic assessment.Ann Intern Med 1987;106;663-70
- 5.Seneviratne SL, Premawardena AP, Ranasinghe GW, Gunatilake SB, de Silva HJ. Apical cardiomyopathy;an important differential diagnosis in ischemic chest pain. Ceylon Med J 1996; 41;109-110
- 6.Marian AJ, Roberts R,et all; Recent advances in the moleculer genetics of hipertrophic cardiomyopathy; Circulation 1995;92; 1336-37

7.Zack PM,Blausey WL,et all; Symptomatic Japanese-type apical hypertrophic cardiomyopathy non-Asian patient; Favorable response to treatment with verapamil.Am Heart J 1994;128;613-6

8.Douglas Wigle E,et all: The diagnosis of hupertrophic cardiomyopathy; Heart 2001;86; 709-714

9. Eriksson MJ, Sonnenberg B, Woo A,et all: Longterm outcome in patients with apical hypertrophic cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol 2002;39;638-645