

# Dispepsi Şikayeti ile Başvuran Diyabetli Hastada, Tanı Konulamayan Miyokart İnfarktüsü ve Gelişen Kalp Tamponadına Bağlı Ölüm Olgusu

## Death in a Diabetic Patient with Dyspepsia Caused by Undiagnosed Myocardial Infarction and Developing Cardiac Tamponade

Abdullah AVŞAR<sup>1</sup>, Erdem OKDEMİR<sup>2</sup>, Ramazan KARANFİL<sup>3</sup>, Tuba AKKUŞ<sup>4</sup>, Ömer KAYA<sup>4</sup>, Alper KETEN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

<sup>2</sup>Uzm. Dr. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Kahramanmaraş Şube Müdürlüğü, KAHRAMANMARAŞ

<sup>3</sup>Doç. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

<sup>4</sup>Ar. Gör. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

### Özet

**Amaç:** Akut miyokard infarktüsü geçiren ve epigastrik şikayetler ile başvuran diyabet hastasında miyokard rüptürüne bağlı gelişen ölüm olgusunun, klinik ve adli tıbbi yönlerinin birlikte değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Olgu:** 59 yaşında erkek, 15 yıldır Tip 2 diyabetes mellitus hastası, mide rahatsızlığı ile başvuran hastaya antispazmotik ilaç ve sulu diyet önerilmiş, ertesi gün dispepsi şikayeti ile yapılan endoskopi de pangastrit tanısı konulmuş. Şikayetlerinde herhangi bir azalma olmaması üzerine 4. gün kolonoskopi yapılmış ve aynı gün akşam evde rahatsızlanma sonucu götürüldüğü hastanede ölmüş. Otopside; perikart boşluğunda 500 ml kan, sol ventrikül lateral duvarda 3 cm uzunluğunda ventrikül boşluğu ile iştirakli yırtık, koroner arterlerde orta ve ileri derecede daraltıcı vasıfta kalsifiye ateroskleroz plakları, sol ventrikül lateral duvarda yırtık alanı çevresinde kanamalı 5x5 cm'lik alan görüldü. Histopatolojik incelemede, kalpte 1-3 gün ile uyumlu akut miyokard infarktüsü bulguları tespit edildi.

**Sonuç:** Akut miyokard infarktüsü geçiren diyabet hastalarında epigastrik şikayetler görülebileceğinden dolayı tanının konması için en önemli şey şüphelenmektir ve tanının atlanmaması için diyabet hastalarında, ani başlayan epigastrik şikayetlerde akut miyokart infarktüsüne yönelik incelemelerin yapılması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Diyabet, akut miyokart infarktüsü, miyokart rüptürü, adli tıp

### Abstract

**Objective:** A death case who had heart attack, diabetes and atypical symptoms was aimed to be evaluated with some clinical and medico-legal aspects.

**Case:** Fifty nine year- old male with Type 2 DM for 15 years was admitted to hospital with stomach discomfort where antispasmodic drug and aqueous diet were advised. Next day, he was diagnosed with pangastritis thanks to the endoscopy performed due to complaint of dyspepsia. Upon continuing complaints, colonoscopy was performed on the fourth day and in the evening of that day, the patient died at the hospital where he was admitted because of feeling unwell at home. Internal examination revealed 500 ml blood in pericardial cavity, 3 cm complete laceration in left ventricular lateral wall, hemorrhage area around the laceration (5x5 cm), moderate/severe coronary obstructive atherosclerosis. Microscopic examination proved acute myocardial infarction in accordance with 1-3 day.

**Conclusion:** Suspecting and questioning are crucial especially in diabetics having atypical symptoms, to diagnose acute myocardial infarction. In order not to avoid the right diagnosis; AMI should be considered in geriatric diabetics with acute atypical symptoms.

**Key words:** Diabetes, acute myocardial infarction, myocardial rupture, forensic medicine

### GİRİŞ

Tüm diyabet hastalarında meydana gelen ölümlerin yaklaşık %70-80'ine kardiyovasküler hastalıklar neden olmakta ve bu ölümlerin dörtte üçünü, koroner arter hastalığına bağlı ölümler oluşturmaktadır (1, 2). Diyabet, değiştirilemeyen faktörler arasında ateroskleroz açısından en güçlü risk faktörüdür (3).

Akut miyokart infarktüsü (AMI) geçiren diyabet hastalarında şikayetler sıklıkla atipik ve yanlış yönlendirici olabilir. Akut miyokart infarktüsünde görülen tipik bulgulardan, belli

bölgelere yayılan göğüs ağrısı, hastaların büyük çoğunluğunda hiç görülmeyebilir veya belli belirsiz olabilir. AMİ geçiren diyabet hastalarının %32-42'sinde başvuru nedenleri konfüzyon, nefes darlığı, öksürük, yorgunluk ve karın ağrısının eşlik ettiği bulantı-kusma gibi epigastrik şikayetlerdir (1, 3). AMİ geçiren diyabet hastalarında atipik şikayetler ile başvuru olacağından dolayı tanının konması ve erken tedavinin başlanması için en önemli şey şüphelenmektir.

AMI sonrasında ani ölüme yol açan önemli nedenlerden biride kardiyak rüptürdür. Rüptür infarktandan etkilenen alana bağlı

İletişim: Yrd. Doç. Dr. Abdullah AVŞAR, KSÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Tel : 0 505 228 88 64  
e-posta : drabdullahavsar@gmail.com  
Kabul Tar: 03.03.2016

olarak kalbin farklı bölgelerinde görülebilir. Sol ventrikül serbest duvarı, ventriküler septum ve papiller kaslar sık etkilenen bölgelerdir. Sol ventrikül serbest duvar rüptürü, ventriküler septum ve papiller kas rüptüründen 10 kat daha fazla görülmektedir (4). Kardiyak rüptürlerin %85'i AMİ'nin ilk haftasında meydana gelir, rüptür infarktüsün gerçekleştiği gün görülebileceği gibi, 2 hafta sonra da meydana gelebilmektedir. Sol ventrikül serbest duvar rüptürü genellikle masif hemoperikardiyum ve kalp tamponadı sonucu ani ölüme neden olur (5,6). AMİ geçiren hastalarda infarktüse neden olan koroner arter revaskularize edilmez ise rüptür komplikasyonunun gelişme riski daha yüksektir (7). Bu çalışmada; ani başlayan mide şikayeti ile hastaneye başvuran diyabet hastasında miyokard rüptürüne bağlı gelişen kalp tamponadı sonucu ölüm olgusu tartışılmıştır.

**Resim 1.** Perikart boşluğundan boşaltılan pıhtılı kan



## OLGU SUNUMU

59 yaşında erkek, 15 yıldır tip 2 diabetes mellitus (DM), oral antidiyabetik kullanıyor, sigara kullanımı ve başka kronik hastalığı yok.

**Resim 2.** Sol ventrikül lateral duvarında yırtık



Ölümden 3 gün önce başka bir şikayetin eşlik etmediği mide rahatsızlığı ile gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastanın 22.09.2014 tarihli laboratuvar sonuçlarında; glukoz 380 mg/

dL, HbA1c %9.9, sedimantasyon 24 mm/h, c-reaktif protein (CRP) 63mg/L olarak tespit edilmiş ve üst abdomen ultrasonografi de (US) umbilikal bölgede minimal herni dışında özellik görülmemiş, antispazmotik ilaç ve sulu diyet önerilmiş, ertesi gün dispepsi tanısı ile yapılan endoskopi de pangastrit tanısı konulmuş. İlaç kullanımına rağmen şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine 25.09.2014 tarihinde yapılan kolonoskopi de, internal hemoroidler dışında özellik görülmemiş ve hasta evine gönderilmiş. Aynı gün akşam saatlerinde banyoda kusma sonrasında, yere yığılan ve 112 tarafından hastaneye götürülen (kütle CK-MB 6,68ng/mL, Troponin I 7,298 ng/mL) kişi yapılan müdahalelere rağmen ölmüştür. Ailenin mide rahatsızlığı için doktor tarafından uygulanan tedaviden şikayetçi olması üzerine adli vaka olarak değerlendirilmiş savcılığa bildirilmiş ve sonrasında otopsi işlemi yapılmıştır. Yapılan adli otopside; dış muayenede travmatik herhangi bir lezyon tespit edilmedi. İç muayenede;

sağ akciğer 710gr, sol akciğer 680gr ve kalp 400gr tartıldı. Perikart boşluğundan 500ml kısmen pıhtılı kan boşaltıldı (Resim 1). Sol ventrikül lateral duvarda 3 cm uzunluğunda ventrikül boşluğu ile iştirakli yırtık alanı görüldü (Resim 2). Tüm koroner arterlerde lümeni orta ve ileri derecede tıkaçıcı vasıfta kalsifiye ateroskleroz plakları görüldü. Miyokart kesitlerinde sol ventrikül lateral duvardaki yırtık alanı çevresinde normal dokudan daha hiperemik, yer yer kanamalı 5x5 cm'lik şüpheli akut miyokard infarktüs alanı görüldü (Resim 3) ve histopatolojik inceleme için örneklendi. Toksikolojik incelemede lidocaine bulunmuş olup, sistemattikdeki diğer maddeler (uyutucu-uyuşturucu maddeler dahil) bulunmamıştır. Histopatolojik incelemede,

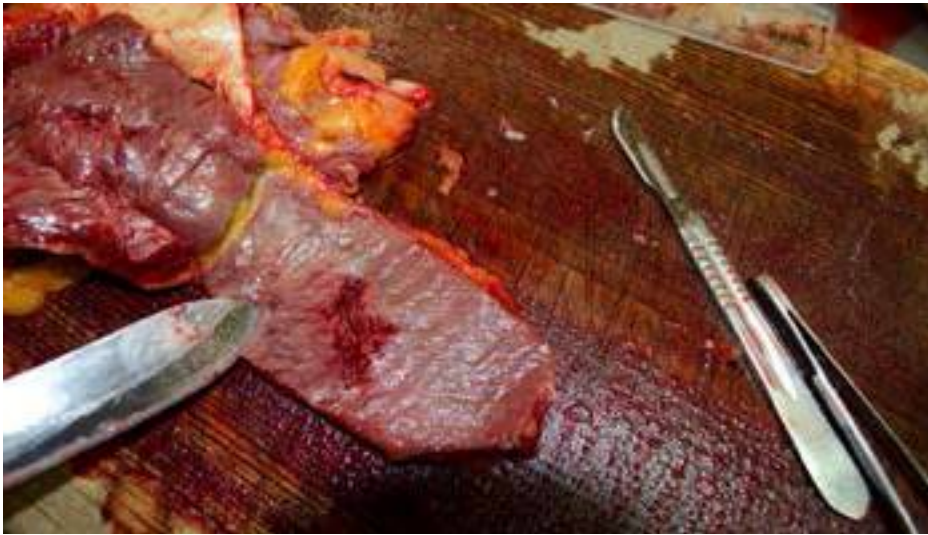
koroner arter lümenlerinde ileri derecede daraltıcı ateroskleroz plakları ve kalpte 1-3 gün ile uyumlu akut miyokard infarktüs bulguları tespit edilmiştir. Tüm bu bulgular doğrultusunda ölümün miyokard infarktüsü zemininde gelişen miyokard rüptürü ve kalp tamponadı sonucu meydana geldiği tespit edildi.

## TARTIŞMA

Miyokard infarktüsü sonucu ventrikül rüptürü meydana gelmesindeki risk faktörleri olarak ileri yaş, kadın cinsiyet, hipertansiyon ve ilk kez AMİ geçirmek sayılmaktadır (8). Yapılan bir çalışmada AMİ sonrası sol ventrikül rüptürü gerçekleşen 100 olgudan sadece 5'inin 60 yaş altında olduğu bildirilmiştir (9). İleri yaşta olmamasına rağmen olgumuzun ilk kez AMİ geçirmiş olması miyokard rüptürü gelişimi için önemli risk faktörlerindedir.

Yapılan bir çalışmada kalp rüptürü olgularının %98'inde koroner arterlerde ateroskleroz izlenmiştir (9). Benzer başka bir çalışmada ise olguların %72'sinde 2 veya 3 koroner arterde lümeni ileri derecede daraltıcı ateroskleroz plakları tespit edilmiştir (10). Olgumuzun 3 ana koroner arter lümeninin de orta ve ileri derecede tıkaçıcı kalsifiye ateroskleroz plağı ile tıkalı bulunması literatür ile benzerlik göstermektedir.

Resim 3. İnfarktüs alanı



Kardiyak rüptürler sıklıkla sol ön inen koroner arterin beslediği uç bölgelerde anterior ya da lateral duvarda görülmekte, ancak miyokart infarktüsü (MI) lokalizasyonuna bağlı olarak kalbin değişik bölgelerinde de görülebilmektedir (11). Sol ventrikül duvar yerleşimli rüptürler sıklıkla ön duvarda (%45) ve arka duvarda (%38) görülmektedir, yan duvarda %9, apekte ise %6 oranında rüptür görüldüğü bildirilmiştir (10). Olgumuzda rüptür yeri literatürde nadir görülen sol ventrikül yan duvardır.

Kardiyak rüptürler sıklıkla MI'den sonraki 3-6. gün arasında olur ve rüptürlerin %85'i AMİ'nin ilk haftasında meydana gelir, ancak olgumuzda olduğu gibi nadiren infarktüs sonrası ilk 3 günde gelişebileceği gibi, infarktüs 2 hafta sonra da meydana gelebilmektedir (6).

Perikart boşluğunda bulunan 250-300 ml hacimdeki kan miktarı, kardiyak tamponada yol açmaktadır (12). Ülkemizde kardiyak rüptür sonucu ölüm meydana gelen olguların otopsi bulgularının incelendiği bir çalışmada, perikart içinde kadınlarda ortalama 352.3 ml, erkeklerde 467 ml kan tespit edilmiştir (6). Olgumuzda kalp tamponatına neden olan perikart içindeki kan miktarı 500 ml olarak ölçülmüştür.

Özellikle diyabetik hastalarda, kardiyak otonomik nöropati nedeniyle, sessiz miyokart infarktüsü insidansı yüksektir (13). Diyabet hastalarında sessiz iskeminin diğer hastalara göre daha sık görülmesi nedeniyle kardiyovasküler olayların tanısı zorlaşmakta ve kardiyovasküler mortalite riski artmaktadır (2). Olgumuz, ani başlayan mide rahatsızlığı ile hastaneye başvurmuş laboratuvar, ultrasonografik inceleme ve muayene bulguları sonucunda dispepsi rahatsızlığı nedeniyle antispazmotik ilaç tedavisi başlanarak evine gönderilmiştir. Ancak laboratuvar incelemelerinde AMİ ne yönelik herhangi bir analiz yapılmamıştır. Başvurunun 2. gününde endoskopi, şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine 4. gün kolonoskopi işlemi yapılmış ve tüm incelemeler doğal olarak bulunup evine gönderilmiştir, aynı akşam hasta evinde ölmüştür. Diyabet hastası olan olgumuz, ani başlayan epigastrik şikayet nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurduğu, ancak AMİ'nin den şüphelenilmemesi ve buna yönelik gerekli testlerinin yapılmaması nedeniyle AMİ tanısı atlanmıştır ve şikayetin başlamasından sonraki 3. gün gerçekleşen miyokart rüptürüne bağlı kalp tamponadı sonucu ölüm gerçekleşmiştir.

Hekim, tedavi sonucu ortaya çıkacak olan riskten ancak kusur yapması (malpraktis) halinde sorumlu tutulabilir. Malpraktis (tıbbi uygulama hatası) "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhis koyması veya yanlış tedavi vermesi

veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar" şeklinde tanımlanmıştır; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerekmektedir (14). Tıbbi uygulama hataları başlıca tanı ve tedavi süreci ile ilişkili hatalardır. Olgumuzda, tanının atlanması ve yanlış tedavi uygulanmasına bağlı olarak bir zarar (ölüm) meydana gelmiştir. DM hastasında ani başlayan epigastrik şikayetlerde ayırıcı tanı da AMİ'nin düşünülmemesi ve buna yönelik testlerin yapılmaması nedeniyle tanı atlanmıştır. Ayrıca, hastaya dispepsi tanısı konmuş ve buna yönelik ilaç tedavisi başlanmış, ancak hastanın şikayetlerinin geçmemesi nedeniyle tekrarlayan başvurularının olmasına rağmen doktor tarafından tanının tekrar gözden geçirilmediği görülmektedir. Hekim, hastasına

teşhis koymak için ayrıntılı anamnez alma, fizik muayene ve tetkiklerin sonuçlarının özenle değerlendirilmesiyle yükümlüdür.

## SONUÇ

Epigastrik yakınmalar ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akut koroner sendromlar da düşünülmelidir. AMİ geçiren diyabetik hastalarda atipik şikayetler ile başvurular görülmektedir, bu hastalara AMİ tanısı konması için en önemli şey şüphelenmektir. AMİ tanısının atlanmaması için diyabet hastalarında, ani başlayan şikayetlerde AMİ'ne yönelik incelemelerin yapılması gerekmektedir. Hekimin bilgi ve becerisini kullanarak doğru tanı koyma yükümlülüğü bulunmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Johnstone MT, Nesto R. Diabetes mellitus and heart disease. In: Pickup JC, Williams G, editors. Joslin's Diabetes Mellitus. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005:975- 998.
2. Öngen Z. Ateroskleroz patogenezi. Erol Ç, editör. Klinik Kardiyoloji. Birinci baskı. Ankara: Nobel Yayınevi, 2004:1-20.
3. Işık S, Delibaşı T, Berker D, Aydın Y, Güler S. Kalp Hastalarında Diyabet Yönetimi. Anadolu Kardiyoloji Derg 2009;9:238-247.
4. Gersh BJ, Chesebro JH, Clements IP. Acute myocardial infarction: management and complications. In Cardiology: Fundamentals and Practice. Vol 2. Edited by RO Brandenburg, V Fuster, ER Giuliani, DC McGoon. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1987:1153-1219.
5. Usal A, Acraturk E, Bozkurt A, Birand A. Left ventricular free wall and interventricular septal rupture after acute myocardial infarction. Cukurova Univ.Tıp Fak.Derg 1995;20:55-63.
6. Akyıldız EÜ, Çelik S, Ersoy G. İnfarkt sonrası gelişen kardiyak rüptürler; adli otopsi serisi. Anadolu Kardiyol Derg 2007;7:253-256.
7. Yavuz Ş, Eriş C, Ata Y, Celkan A, Mavi M, Özdemir İA. Akut Miyokard İnfarktüsünde Koroner Bypass Cerrahisi. Turk Gogus Kalp Dama Derg 1998;6:465-72.
8. Wehrens XH, Doevendans PA. Cardiac rupture complicating myocardial infarction. Int J Cardiol 2004;95:285-292.
9. Batts KP, Ackermann DM, Edwards WD. Postinfarction

- rupture of the left ventricular free wall: clinicopathologic correlates in 100 consecutive autopsy cases. *Hum Pathol* 1990;21:530-535.
10. Hutchins KD, Skurnick J, Lavenhar M, Natarajan GA. Cardiac rupture in acute myocardial infarction. A Reassessment. *Am J Forensic Med Pathol* 2002;23:78-82.
  11. Şimşek H, Şahin M, Akdağ S. Gümrükçüoğlu HA, Tuncer M. Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası Gelişen Subakut Serbest Duvar Rüptür Olgusu. *Van Tıp Derg* 2011;18(2):117-120.
  12. Olsen EGJ. Ischemic diseases of the myocardium and its complications. In: Silver MD, editor. *Cardiovascular pathology*. New York: Churchill Livingstone, 1983:393-439.
  13. Bradley RF, Partamian JO. Coronary heart disease in the diabetic patient. *Med Clin North Am* 1993;78:1093-1104.
  14. Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler 1. Baskı. Ankara. TTB Yayınları. 1998.