

OLGU BİLDİRİMİ

Senkopla Başvuran Non Obstrüktif Hipertrofik Kardiyomyopati Olgusu*

Seyran BOZKURT¹, Ataman KÖSE¹, Deniz GÖKKIYAS¹, Ahmet ÇELİK²,
Cüneyt AYRIK¹

¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Mersin.

² Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Mersin.

ÖZET

Senkop, postural tonusun kaybolduğu, ani, kısa süreli ve dışarıdan herhangi bir müdahale olmadan kendiliğinden düzelen geçici bilinç kaybıdır. Senkop; refleks (nöral kaynaklı) senkop, ortostatik hipotansiyona bağlı senkop ve kardiyak senkop olarak sınıflandırılmaktadır. Kardiyak senkop nedenleri olarak aritmiler ve yapısal kalp hastalıkları yer almaktadır. Kalbin en yaygın yapısal kalp hastalığı hipertrofik kardiyomyopati'dir. Hipertrofik kardiyomyopatide yıllık mortalite oranı %3-6'dır. Belirtiler özgül değildir ve nefes darlığı, egzersiz intoleransı, baş dönmesi, near-senkop ya da senkopu içerebilmektedir. Biz 24 yaşında bayılma yakınması ile acil servise gelen hipertrofik kardiyomyopati tanısı alan erkek olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Senkop. Hipertrofik Kardiyomyopati. Elektrokardiyogram.

Non-Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy in Patient Presenting with Syncope

ABSTRACT

Syncope was defined as a sudden and brief loss of consciousness associated with a loss of postural tone and a spontaneous recovery. Syncope is classified as reflex (neural origin) syncope, orthostatic hypotension and cardiac syncope. Causes of cardiac syncope are arrhythmias and structural heart disease. Hypertrophic Cardiomyopathy is one of the most common structural heart disease. Hypertrophic Cardiomyopathy would appear to mortality rates of 3%-6% annually. Patients with hypertrophic cardiomyopathy symptoms are nonspecific and include dyspnea, exercise intolerance, dizziness, and near-syncope or syncope. In this study; we aimed to present case that was brought in emergency department with syncope and diagnosed with hypertrophic cardiomyopathy.

Key Words: Syncope. Hypertrophic Cardiomyopathy. Electrocardiogram.

Senkop, postural tonusun kaybolduğu, ani, kısa süreli ve dışarıdan herhangi bir müdahale olmadan kendiliğinden düzelen geçici bilinç kaybıdır¹. Senkop; refleks (nöral kaynaklı) senkop, ortostatik hipotansiyona bağlı senkop ve kardiyak senkop olarak sınıflandırılmaktadır². Refleks senkop en sık görülen senkop nedenidir ve ikinci sıklıkta kardiyak senkop görülür. Kardiyak senkop nedenleri olarak aritmiler ve yapısal kalp hastalıkları yer almaktadır². Kalbin en yaygın yapısal kalp

hastalığı hipertrofik kardiyomyopati'dir (HKM)^{3,4}. HKM'li hastaların %30'u senkopla başvurmakta ve senkop ani kardiyak ölümlle ilişkili tek semptom olarak gözlenmiştir⁵. HKM'li hastalarda senkop kötü prognozda bağımsız belirleyici olarak bulunmuştur⁵. Bu yazıda 24 yaşında senkop yakınması ile acil servise gelen ve hipertrofik kardiyomyopati (HKM) tanısı alan erkek olgu sunulmaktadır.

Olgu

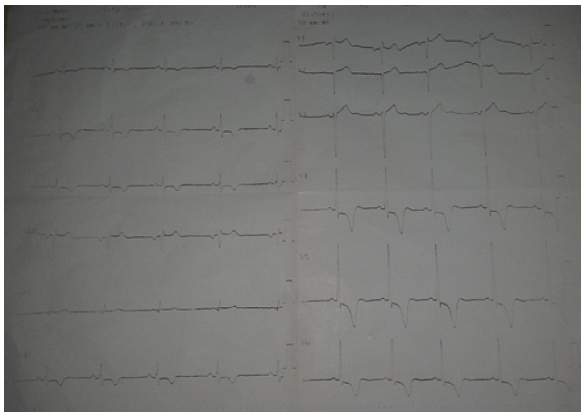
24 yaşında erkek hasta yaklaşık iki dakika süren bayılma şikayeti ile acil servise başvurdu. Öncesinde herhangi bir yakınması olmayan hastanın oturduğu yerden aniden yere yığıldığı sonrasında kısa sürede kendine geldiği yakınları tarafından söylendi. Özgeçmişinde ritim bozukluğu nedeniyle düzensiz beta blokör kullanım öyküsü olan hastanın detaylı sorgulamasında idrar kaçırma, dilini ısırma, vücutta kasılma olmadığı ifade edildi. Hasta 2 ay önce günde 6 kez

* 13-16 Kasım tarihleri arasında düzenlenen 4. Avrasya Acil Tıp Kongresinde (EACEM 2014) poster olarak sunulmuş ve özet kitabında yayınlanmıştır.

Geliş Tarihi: 16.Aralık.2014
Kabul Tarihi: 26.Şubat.2015

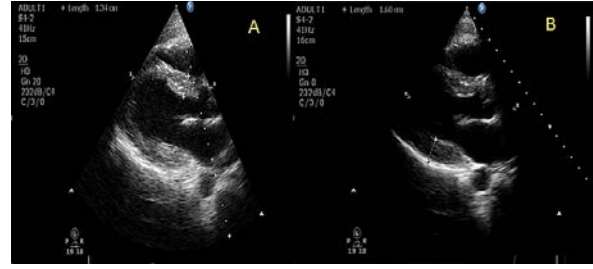
Dr. Seyran BOZKURT
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı,
Mersin.
Tel: 0324 241 00 00
e-posta: seyranbozkurt@yahoo.com

bayılmasının olduğunu, ancak herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığını belirtti. Bu bayılmalarının olduğu dönemlerde alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle ateş yüksekliğinin olduğu öğrenildi. Aile öyküsünde amcasının genç yaşta aniden öldüğü ifade edildi. Hastanın kan basıncı:100/60 mmhg, nabız:72/dk, solunum sayısı:20/dk, ateş: 37⁰ C, oksijen saturasyonu %98, parmak ucu kan şekeri:119 mg/dl ölçüldü. Hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, koopere, oryante idi. Pupiller izokorikti. Ense sertliği saptanmadı. Nörolojik muayenesi doğaldı. Kalp ritmik ve normokardikti. Solunum sesleri doğal ve her iki hemitoraksta eşitti. Batın muayenesinde patoloji tespit edilmedi. Senkop etyolojisi açısından çekilen elektrokardiyografide (EKG): sinüs ritmi, V4-5-6 da yüksek amplitüdümlü R dalgaları, DII-III, aVF, V4-5-6'da asimetrik T dalga negatifliği ve minimal ST depresyonu saptandı (Şekil 1). Öncesinden iskemik kardiyak hastalık öyküsü olmayan hasta kardiyoloji bölümüne konsülte edildi. Senkop öyküsü ve EKG'de iskemik değişikliklerin olması nedeniyle hastaya transtorasik ekokardiyografi (EKO) planlandı. Hastamızın EKO bulgularında sol ventrikül hipertrofisi; interventriküler diastolik çap ve posterior duvar diastolik çapın arttığı gözlenmiştir (Şekil 2A,B). Obstrüksiyon bulgusuna rastlanmadı. Yapılan kan tetkiklerinde glukoz: 118 mg/dl (referans aralığı (rr):50-80), üre: 22 mg/dl, kreatinin:1.14 mg/dl (rr: 0-1.2), sodyum: 140 mEq/L, beyaz küre: 4.2x10³µ (rr: 6-17.5), hemoglobin: 14.4 g/dl (rr: 13.4-19.8), platelet: 228 x10³µ saptandı. Kardiyak enzimler normal sınırlarda tespit edildi. Hasta hipertrofik kardiomyopati ön tanısıyla kardiyoloji servisine yatırıldı. Yattığı serviste yapılan laboratuvar, görüntüleme ve holter tetkikinde patoloji tespit edilmedi. Hasta 5 gün sonra medikal tedavisi düzenlenerek kardiyoloji servisinden taburcu edildi.



Şekil 1:

Elektrokardiyografi: V4-5-6 da yüksek amplitüdümlü R dalgaları, DII-III, aVF, V4-5-6'da asimetrik T dalga negatifliği ve minimal ST depresyonu



Şekil 2 A-B.

Transtorasik ekokardiyoloji parasternal uzun aks görüntülemeye artmış interventriküler septum ve posterior duvar diyastolik duvar kalınlıklarının görünümü

Tartışma

Senkop sık görülen zorlu semptomdur. Olguların yaklaşık %60'ında senkop nedeni açıklanamamaktadır⁶. Vakaların büyük çoğunluğunda senkop nedeni ciddi bir durumu işaret etmesede, bazen altta yatan ciddi kardiyak veya nörolojik hastalıkların bulgusu olabilir¹. Kardiyak senkop nedenleri olarak aritmiler ve yapısal kalp hastalıkları yer almaktadır². Kalbin en yaygın yapısal kalp hastalığı olan HKM otozomal dominant geçişli ve 1/500 oranında görülmektedir^{3,4}. HKM'de senkopun prognostik sonuçları yeterli sayıdaki büyük hasta popülasyonu ile sistematik olarak ele alınmamıştır⁷. HKM'de yıllık mortalite oranı %3-6'dır^{3,8}. HKM genç hastalarda ani kardiyak ölümün en sık tanımlanan nedenidir^{3,4}. HKM'li hastalar ılımlı semptomlar gösterebilir veya tamamen asemptomatik olabilirler. Şikayetler genellikle sol ventrikül çıkış yolundaki obstrüksiyon ve diyastolik disfonksiyonu ile ilişkilidir^{3,9}. Belirtiler özgül değildir ve nefes darlığı, egzersiz intoleransı, baş dönmesi, near-senkop ya da senkopu içerebilmektedir^{3,9}. Genel popülasyonda senkoplu çok küçük bir hasta grubunun sağlık kurumuna başvurduğu bildirilmiştir. Bilinç kaybı geçirenlerin %44'ünün (ortalama yaş 51, yaş aralığı 20-96) tıbbi yardım almadıkları, genç popülasyonda bu oranın daha da yüksek olduğu tespit edilmiştir². Bizim olgumuzda da hastanın daha önceden bayılma ataklarının olduğu ancak herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı belirtilmiştir. HKM tanısı için gerekli tetkikler; göğüs röntgeni, EKG ve Doppler inceleme ile transtorasik EKO'yu içermektedir³. Genç hastalarda senkop nedeni çoğunlukla refleks nedenli düşünülüp çoğu hastaya EKG çekilememektedir. Literatürde bazı senkoplu olguların yeterli değerlendirme yapılamadığı için yanlış tanı alabildiği bildirilmiştir. Uzun süre antiepileptik kullanan hastanın detaylı öykünün ardından çekilen EKG'de anormallik saptanması üzerine hasta kardiyak senkop olarak değerlendirilmiş ve medikal tedavisi ona göre düzenlenmiştir¹⁰. Benzer şekilde bipolar bozukluk ve epilepsi öyküsü olan 47 yaşındaki erkek hasta tekrarlayan düşme ve senkop

Senkop ve Hipertrofik Kardiyomyopati

atakları ile acil servise başvurmuş. Detaylı öykü ve fizik muayenenin ardından senkop ataklarının nörolojik nedenlere bağlı olmadığı düşünülerek EKG çekilmiş. EKG'deki bulgulara dayanarak hastaya EKO planlanmış ve senkop nedenleri kardiyak nedenlere (HKM) bağlı olduğu düşünülmüş ve medikal tedavisinin düzenlendiği bildirilmiştir⁹. 329 senkop ve near-senkop yakınmaları ile hastaneye başvuran hastalar üzerinde yapılan çalışmada EKG'nin senkop tanısını belirlemede tek başına önemli rol oynadığı bildirilmiştir¹¹. HKM hastalarının çoğu anormal EKG bulgularına sahiptir. HKM hastalarının EKG bulguları miyokard hipertrofinin tipi, ölçüsüne bağlıdır. LVH'nin karakteristik bulguları yaygındır ve anterolateral derivasyonlarda (V4, V5, V6, I ve aVL'de) yüksek amplitüdü R dalgaları bulunur³. Sol ventrikül hipertrofisi ile birlikte geniş QRS kompleksi ve ST segment ve T dalga anormallikleri sık bulunan bulgudur³. Genel durumu iyi, vital bulguları stabil olan hastamıza senkop etyolojisi açısından EKG çekilmiş ve benzer bulgulara rastlanmıştır. HKM de EKO bulguları olarak sol ventrikül duvar kalınlığının 15 mm veya üzerinde olması veya ailesinde HKM olanlarda 13 mm ve üzerinde duvar kalınlığının gözlenir¹². Hastamızın transtorasik EKO'sunda parasternal uzun aks görüntülemesinde artmış interventriküler septum ve posterior duvar diyastolik duvar kalınlıklarının görünümü saptandı. Hastamızın EKO bulgularında herhangi bir obstrüksiyona rastlanmadı. HKM'li hastalarda senkop hemodinamik temele bağlı olabilir⁷. Ateş yüksekliğinin varlığının senkopun tetikleyicisi olarak düşünülmüştür. Populasyon çalışmalarında hastaların yaklaşık üçte birinde takip süresince senkop rekürrensi görülür². Hastanede yattığı süre içerisinde ve 1 ay sonraki takibe çağrıldığı sürede rekürrens gözlenmedi. Ancak hastaneye gelmeden önceki 2 aylık süreçte 6 kez bayılma atağının olduğu belirtilmiştir.

Sonuç

Senkop acil serviste sık görülen ve uğraştırıcı bir şikayet nedenidir ve acil serviste yönetimi konusunda belirsizlikler mevcuttur. Ailede ani kardiyak ölüm öyküsü bulunan ve daha önce senkop atakları olan

hastalarda acil serviste erken dönemde kardiyoloji konsültasyonu ve EKO istenmelidir. Özellikle genç yaş gurubunda en sık senkop nedeni refleks senkop olarak bildirilse de bu yakınma ile acil servise başvuran hastalarda detaylı öykü alınmalı ve EKG çekilmeli duruma göre ileri tetkikler planlanmalıdır.

Referanslar

1. İkiz Ma, Çetin İ, Ekici F et All. Pediatric Syncope: Is Detailed Medical History The Key Point For Differential Diagnosis? *Pediatr Emerg Care*. 2014;30(5):331-4
2. Moya A, Sutton R, Ammirati F et al. Guidelines For The Diagnosis And Management Of Syncope (Version 2009). *Eur Heart J* 2009;30(21):2631-71
3. Kelly B, Mattu A, Brady WJ. Hypertrophic Cardiomyopathy: Electrocardiographic Manifestations And Other Important Considerations For The Emergency Physician. *Am J Emerg Med* 2007;25(1):72
4. Zhang L, Mmagu O, Liu L et al. Hypertrophic cardiomyopathy: Can The Noninvasive Diagnostic Testing Identify High Risk Patients? *World J Cardiol* 2014;6(8): 764-770
5. Haghjoo M, Faghfurian B, Taherpour M. Predictors of Syncope in Patients with Hypertrophic Cardiomyopathy. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2009;32(5):642-7
6. Graf D, Schlaepfer J, Gollut E Et All. Predictive Models Of Syncope Causes In An Outpatient Clinic. *Int J Cardiol*. 2008 Jan 24;123(3):249-56
7. Spirito P, Autore C, Rapezzi C Et All. Syncope And Risk Of Sudden Death In Hypertrophic Cardiomyopathy *Circulation*. 2009;119:1703-1710
8. Maraon BJ. Hypertrophic Cardiomyopathy:A Systematic Review. *Jama* 2002;287:1308-1320
9. Yusuf Kasirye Y, Manne JR, Epperla N, et al. Apical Hypertrophic Cardiomyopathy Presenting as Recurrent Unexplained Syncope. *Clin Med Res* 2012 Feb;10(1):26-31
10. Benson MR, Kotagal V, Oral H. A 26-Year-Old Woman With Recurrent Loss Of Consciousness. *J Gen Intern Med*. 2011;26(12):1507-12
11. Graf D, Schlaepfer J, Gollut E, et al. Predictive Models Of Syncope Causes In An Outpatient Clinic. *Int J Cardiol*. 2008;123(3):249-56
12. Gersh BJ, Maron BJ, Bonow RO, et al. 2011 ACCF/AHA Guideline For The Diagnosis And Treatment Of Hypertrophic Cardiomyopathy: Executive Summary: A Report Of The American College Of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force On Practice Guidelines. *Circulation* 2011; 124:2761.

