



ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ  
*ULUDAĞ MEDICAL JOURNAL*

Sayın Yrd. Doç. Dr. Seyran Bozkurt,

"Senkopla Başvuran Non Obstrüktif Hipertrofik Kardiyomyopati Olgusu" başlıklı makaleniz danışman görüşleri ve yayın kurulumuzun kararıyla dergimizde yayımlanmak üzere Feb 26, 2015 tarihinde kabul edilmiştir. Basım için sıraya alınan çalışmanızdan dolayı sizi kutlar, dergimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Özhan Eyigör  
Editör

## **Senkopla Başvuran Non Obstrüktif Hipertrofik Kardiyomyopati Olgusu**

<sup>1</sup>Seyran Bozkurt, <sup>1</sup>Ataman Köse, <sup>1</sup>Deniz Gökkıyas, <sup>2</sup>Ahmet Çelik, <sup>1</sup>Cüneyt Ayrık

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

### **İletişim Adresi**

Seyran Bozkurt

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Acil Tıp Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Tel:03242240000

E-mail:seyranbozkurt@yahoo.com

**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 kardiyomyopatidir. Hipertrofik kardiyomyopatide yıllık mortalite oranı %3-6 dır. Belirtiler özgül değildir ve nefes darlığı, egzersiz intoleransı, baş dönmesi, near-senkop ya da senkobu 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 İn 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

## **Giriş**

Senkop, postural tonusun kaybolduğu, ani, kısa süreli ve dışarıdan herhangi bir müdahale olmadan kendiliğinden düzelen geçici bilinç kaybıdır (1). Senkop; refleks (nöral kaynaklı) senkop, ortostatik hipotansiyona bağlı senkop ve kardiyak senkop olarak sınıflandırılmaktadır (2). Refleks senkop en sık görülen senkop nedenidir ve ikinci sıklıkta kardiyak senkop görülür. Kardiyak senkop nedenleri olarak aritmiler ve yapısal kalp hastalıkları yer almaktadır (2). Kalbin en yaygın yapısal kalp hastalığı hipertrofik kardiyomyopati (HKM) (3,4). HKM'li hastaların %30 'u senkopla başvurmakta ve senkop ani kardiyak ölümlle ilişkili tek semptom olarak gözlenmiştir (5). HKM' li hastalarda senkop kötü prognozda bağımsız belirleyici olarak bulunmuştur (5). 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 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 öldüğu ifade edildi. Hastanın kan basıncı:100/60 mmhg, nabız:72/ dk, solunum sayısı:20/dk, ateş: 37<sup>0</sup> 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 amplitüdü 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:  $4.2 \times 10^3 \mu$  (rr: 6-17.5), hemoglobin: 14.4 g/dl (rr: 13.4-19.8), platelet:  $228 \times 10^3 \mu$  saptandı. Kardiyak enzimler normal sınırlarda tespit edildi. Hasta hipertrofik kardiyomyopati 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.

## **Tartışma**

Senkop sık görülen zorlu semptomdur. Olguların yaklaşık %60'ında senkop nedeni açıklanamamaktadır (6). Vakaların büyük çoğunluğunda senkop nedeni ciddi bir durumu işaret etmesede, bazen altta yatan ciddi kardiyak veya nörolojik hastalıkların bulgusu olabilir (1). Kardiyak senkop nedenleri olarak aritmiler ve yapısal kalp hastalıkları yer almaktadır (2). 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 alınmamıştır (7). HKM' de yıllık mortalite oranı %3-6 dir. (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 edilmiştir (2). 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 içermektedir (3). 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 düzenlenmiştir (10). Benzer şekilde bipolar bozukluk ve epilepsi öyküsü olan 47 yaşındaki erkek hasta tekrarlayan düşme ve senkop 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 bildirilmiştir (9). 329 senkop ve near-senkop yakınmaları ile hastaneye başvuran hastalar üzerinde yapılan çalışmada EKG'nin senkop tanısını belirlemede tek başına önemli rol oynadığı bildirilmiştir (11). HKM hastalarının çoğu anormal EKG bulgularına sahiptir. HKM hastalarının EKG bulguları miyokard hipertrofisinin tipi, ölçüsüne bağlıdır. LVH'nın karakteristik bulguları yaygındır ve anterolateral derivasyonlarda (V4, V5, V6, I, ve aVL'de) yüksek amplitüdü R dalgaları bulunur (3). Sol ventrikül hipertrofisi ile birlikte geniş QRS kompleksi ve ST segment ve T dalga anormallikleri sık bulunan bulgulardır (3). 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 gözlenir (12). Hastamızın transtorasik EKO'sunda parasternal uzun aks görüntüleme 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 olabilir (7). Ateş yüksekliğinin varlığının senkopun tetikleyicisi olarak düşünülmüştür. Populasyon çalışmalarında hastaların yaklaşık üçte birinde takip süresince senkop rekürrensi görülür (2). 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 Manifestions 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- Maron 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.