

Olgu Sunumu

Erken Repolarizasyon mu Akut Koroner Sendrom mu?: Elektrokardiyografik Mimikri Olgu Sunumu

Uzm.Dr Kerim ESENBOĞA*, Dr. Yakup Yunus YAMANTÜRK*, Uzm.Dr. Nil ÖZYÜNCÜ*, Uzm.Dr. Türkan Seda TAN*, Prof.Dr. Eralp TUTAR*

Öz

Erken repolarizasyon genellikle erken yaşta ve sporcu popülasyonda gördüğümüz ventriküler aritmi ilişkili olabildiği gösterilen elektrokardiyografide yaygın veya bölge sınırlı konkav karakterde ST segment elevasyonu ile karakterize bir klinik durumdur. Koroner arter hastalığı risk faktörlerini taşıyan ve anjina benzeri / ekivalanı olabilecek semptomlarla olan hastane başvurularında akut koroner sendromla karışabilen bu durum, gereksiz invazif koroner anjiyografi yapılmasına neden olabilmektedir. Amacımız bu olgu sunumu ile erken repolarizasyonun spesifik tanı bulgularının daha iyi tanınması, akut koroner sendrom ve akut perikardit ile ayırıcı tanısında kullanılabilecek önemli elektrokardiyografi, laboratuvar ve görüntüleme yöntemi bulgularının vurgulanmasına katkıda bulunmak ve gereksiz anjiyografi yapılmasının önüne geçilmesini sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, Akut perikardit, Erken repolarizasyon, Elektrokardiyografi

Early Repolarization or Acute Coronary Syndrome: A Case Report of Electrocardiographic Mimicry

Abstract

Early repolarization is a clinical condition characterized by concave ST segment elevation which may be diffuse or localized in the electrocardiography, which is usually associated with Ventricular arrhythmia in an athlete population. That phenomenon could get involved with acute coronary syndrome, therefore some patients coming with complaints that equivalent of angina pectoris who has early repolarization pattern and coronary artery disease risk factors can be subjected to invasive coronary angiography. The aim of this case report is to better identify the specific diagnostic findings of early repolarization, to contribute to the emphasis of important electrocardiography, laboratory and imaging methods that can be used in differentiate from acute coronary syndrome and acute pericarditis.

Keywords: Acute coronary syndrome, Acute pericarditis, Early repolarization, Electrocardiography

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Yazışma Adresi: Yakup Yunus Yamantürk, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Sıhhiye, Ankara

e-posta: yyyamanturk@gmail.com

Geliş Tarihi: 03.10.2019 Revize Tarihi: 17.10.2019 Kabul Tarihi: 24.10.2019

ORCID No: KE: 0000-0002-7516-9113, YYY: 0000-0003-2636-4710, NÖ:0000-0002-1845-5287, TST: 0000-0002-9349-3371,

ET: 0000-0002-8795-9251

Quick Response Kod:	Bu makaleye online erişim
	Website: http://www.medicalnetwork.com.tr • http://www.mnkardiyoloji.com.tr • e-posta: kardiyoloji@medicalnetwork.com.tr
	Bu çalışmanın kaynak olarak gösterimi: Esenboğa K. Yamantürk YY. Özyüncü N. Tan TS. Tutar E. Erken Repolarizasyon mu Akut Koroner Sendrom mu?: Elektrokardiyografik Mimikri Olgu Sunumu. MN Kardiyoloji. 2020;27(2):113-115

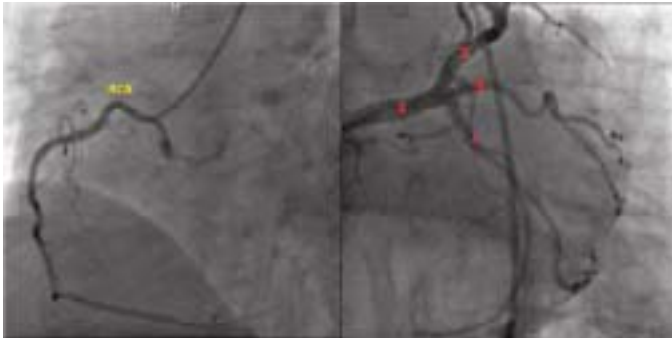
Giriş

Erken repolarizasyon paterni (ERP) J noktasında ekstremiteler derivasyonları için en az 0,5 mm, prekordiyal derivasyonlarda ise en az 2 mm'lik horizontal/ inen ya da çıkan karakterde ST segmentinde yükselme ile karakterize olan bir elektrokardiyografi antitesidir. ST segment yükselmesinin olduğu derivasyonlara ve elevasyon karakterindeki farklılıklara göre sınıflandırılma farklılıkları

bulunan bu elektrokardiyografi (EKG) paterninde tipik perikarditte olduğu gibi aVR'de resiprokal ST depresyonu görülebilmektedir. Koroner arter hastalığı (KAH) risk faktörlerini taşıyan ve klinik tablo olarak akut iskemik kalp hastalığıyla karışabilecek atipik semptom tarifleyen bazı hastalarda ERP ve benzeri EKG bulgularının varlığı doğru yaklaşım açısından güçlükler getirmektedir.

Olgu Sunumu

Bilinen hipertansiyonu, Tip 2 diabetes mellitus ve sigara kullanımı öyküsü bulunan 58 yaşında erkek hasta acil servisimize bulantı, kusma ve baş dönmesi şikayetiyle başvurdu. Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi ve karın muayenesinde pozitif muayene bulgusuna rastlanmadı. Başvuru EKG'sinde sinüs ritminde olup, hızı 66 atım/dk, D1-aVL derivasyonunda ST depresyonu ve T negatifliği, DII, DIII ve aVF'de patolojik Q ($q/R > 0,25$), konkav biçimli DIII'te 2-2,5 mm olmak üzere $> 0,5$ mm ST elevasyonu, prekordiyal derivasyonlarında normal R progresyonu, v1'de T pozitifliği, v5-V6'da konkav 1 mm'lik ST elevasyonu mevcuttu. Modifiye Cornell ve Sokolow & Lyon kriterine göre sol ventrikül hipertrofisi bulunan hastada v6'da ST/T dalga yüksekliği oranı: 0,20 ($< 0,25$) hesaplandı. V4'ünde balık kancası bulgusu yoktu. Takip EKG'lerinde dinamik değişiklik izlenmedi. (Şekil 1). Hs-Troponin I'i 4,1 pg/mL, kreatin kinaz MB'si 4,4 ng/mL kreatinini 0,85 mg/dL, potasyumu 4,5 mEq/L, sodyum: 136 mEq/L, mMagnezyum: 1,8 mEq/L, amilaz: 93 IU/L, alanin transaminaz enzim seviyesi: 32 U/L, aspartat transaminaz enzim seviyesi: 40 U/L ve total bilirubin: 0,40 mg/dL olarak saptandı. Başvuru sırasında kullanmakta olduğu ilaçlar; irbesartan 150 mg 1x1, metformin 1000 mg 2x1, insülin glarjin 25 ünite/gün, gliklazid 60 mg 1x1, linagliptin 5 mg 1x1 şeklinde idi. Yapılan transtorasik ekokardiyografisinde interventriküler septum kalınlığı 1,5 cm, çıkan aort çapı 4,3 cm, sol atriyum çapı 4,5 cm olarak ölçüldü. Miyokardı hipertrofik olan hastanın, sol ventrikülünde segmenter duvar hareket kusuru yoktu. 1. derece mitral yetmezlik, minimal triküspid ve pulmoner yetmezliği görüldü. Hastanın sistolik pulmoner arter basıncı 30 mmHg olarak hesaplandı.



Şekil 1: Sağ koroner arter ve dalları (solda) / sol koroner arteriyel dolaşım (sağda): 1) Sol ana koroner arter, 2) Sol ön inen arter, 3) İntermedian arter, 4) Sirkumfleks arter. Koroner arterlerde herhangi bir darlık veya oklüzyon bulunmamaktadır.

Hasta olası anstabil angina pectoris / sessiz iskemi riskine karşın asetilsalisilik asit (ASA) 300 mg ve klopidogrel 600 mg yüklenerek kateter laboratuvarına alındı. Yapılan kontrastlı görüntülemelerde sol ön inen arter, sirkumfleks arter (Cx) ve sağ ana koroner arter (RCA) normal izlendi (Şekil 2).

Kliniğimizdeki yakın takibinde kan şekeri regülasyonu iyi seyreden (sabah açlık kan glukozu ölçümleri 111 mg/dL ve 107 mg/dL olarak raporlandı) hasta ASA 100 mg 1x1, metoprolol 25 mg 1x1, atorvastatin 40 mg 1x1, pantoprazol 40 mg 1x1, losartan 100 mg 1x1 ve yatışındaki mevcut olan antidiyabetik tedaviyle taburcu edildi.



Şekil 2: Hastamızın taburculuktan 1 ay sonra çekilen elektrokardiyografisi: Acil servise başvuru elektrokardiyografisi ile farklılık taşımamakta olup, klasik inferior erken repolarizasyon vakalarından farklı olarak D1 ve aVL derivasyonlarındaki ST depresyonu dikkat çekicidir. Sol ventrikül hipertrofisi uyumlu olan bu bulgunun, lateral prekordiyal derivasyonlarda görülmemesi de ilginç bir elektrokardiyografi bulgusuydu.

Tartışma

Genellikle genç kişilerde görülen, 50 yaşın üzerinde az, 70 yaş üzerinde ise oldukça nadir rastlanan ERP, akut perikardit ve akut miyokard enfarktüsü (AME) tablosundaki EKG değişikliklerini taklit edebilmektedir. Akut perikardit ile ayrımında genellikle V4 derivasyonunda karşımıza çıkan çentikli J dalgası ya da balık kancası paterni adını verdiğimiz görüntü ya da ST/T dalga yüksekliği oranının 0,25'ten küçük olması kullanılmaktadır. AME ile ayrımında ise; (I) genellikle aVR dışında resiprokal değişiklik yapmaması, (II) tipik iskemik semptomların, kardiyak belirteç pozitifliğinin ve anlamlı yük-

selişinin bulunmaması, (III) koroner arter hastalığı risk faktörlerini barındırmayan ve genç hastalarda karşımıza çıkması klinik yaklaşımda yol göstericidir. Ancak sunduğumuz vakada klasik ERP'ye ek olarak inferior derivasyonlarda (DII, DIII, aVF) derin Q dalgası varlığı, yüksek lateral derivasyonlardaki resiprokal ST depresyonu, v1' de T pozitifliği (Cx ve RCA ilişkili KAH göstergesi olabilmektedir) KAH risk faktörlerinin pozitifliği, diyabetik zemin nedeniyle göz ardı edilemeyecek atipik semptomların varlığı, elektif olarak koroner arter girişimi seçeneğine yönelmemizde belirleyici olmuştur.

Klasik ERP'li olgulara nazaran iskemi ayırıcısının daha

zor yapıldığı vakamızdaki bazı EKG değişikliklerinin sol ventriküler hipertrofi (LVH) ve septum hipertrofisine bağlı olduğu düşünülmüştür. LVH ve septum hipertrofisi q, r, s dalgalarının amplitüdündeki değişikliklere ek olarak ST segmentinde de oldukça değişkenlik gösteren bulgulara yol açabilmektedir. Vakamızdaki DI, aVL'deki ST segmentindeki çökmenin LVH'ye bağlı strain paternine, inferior derivasyonlardaki derin Q dalgasının septum hipertrofisine sekonder geliştiği düşünülmüştür. Sol ventriküler hipertrofide DI ve aVL'de görülen ST segmentindeki strain paterninin beklenenin aksine V4-5-6'da görülmemesinin ise erken repolarizasyon paternine sekonder olduğu düşünülmüştür.

Kaynaklar

1. Tikkanen JT. Olli Anttonen BS. Juhani Juntila M. et al. Long-Term Outcome Associated with Early Repolarization on Electrocardiography. N Eng J Med. 2009;361:2529-37.
2. Rogers E. Maddrey A. Stamoolis CE. Kesselman MM. Early Repolarization vs Acute Pericarditis Morphology: A case report of Electrocardiographic Mimicry. Cureus. 2019; 11(4):e4468.
3. Mirvis DA. Goldberger-Chapter AL. 12: Electrocardiography; Ventricular Hypertrophy. Braunwald's Heart Disease, 10th Ed. 127-9.