

Olgu Sunumu

Takotsubo Kardiyomiopatisine Bağlı Gelişen Periferik Arteriyel Emboli

Ali Kemal GÜR*[©], Esra EKER**[©], Arzu Esen TEKELİ**[©]

ÖZ

Takotsubo sendromu koroner arterlerin normal olmasına rağmen, sol ventrikül fonksiyon bozukluğu ve sol ventrikül anevrizması ile seyreden ender görülen bir patolojidir. Bu patoloji genellikle yaşlı, postmenapozal kadınlarda fiziksel veya duygusal stres altında çıkmaktadır. Bu nedenle kırık kalp sendromu, stresle ilişkili kardiyomyopati ve geçici sol ventrikül anevrizması diğer tanımlardır Amerikan Kalp Cemiyeti tarafından kardiyomyopatiler içerisinde sınıflandırılmaktadır. Bu makalemizde, emosyonel stres sonrası gelişen ve kendini akut koroner sendrom ile gösteren Takotsubo sendromu tanısı sonrası periferik embolisi olan 34 yaşında bir kadın hasta sunulacaktır.

Anahtar kelimeler: *Takotsubo sendromu, kalp yetmezliği, postmenapozal kadın, akut koroner sendrom*

ABSTRACT

Peripheral Arterial Embolism Due to Takotsubo Cardiomyopathy

Takotsubo syndrome is a rare pathology with left ventricular dysfunction and left ventricular aneurysm despite normal coronary arteries. This pathology is usually manifested by physical or emotional stress in the older, postmenopausal women. Therefore, other definitions of fractured heart syndrome, stress-related cardiomyopathy and transient left ventricular aneurysm are classified by the American Heart Association in cardiomyopathies. We present a 34-year-old female patient with peripheral embolism occurred after the diagnosis of Takotsubo syndrome that develops after emotional stress and manifests itself as acute coronary syndrome.

Keywords: *Takotsubo syndrome, heart failure, postmenopausal woman, acute coronary syndrome*

GİRİŞ

Takotsubo sendromu ender bir patoloji olmasına rağmen tedavi edilmezse mortal seyredebilen bir hastalıktır. Bu patoloji genellikle yaşlı, postmenapozal kadınlarda fiziksel veya duygusal stres altında çıkmaktadır. Bu nedenle kırık kalp sendromu, stresle ilişkili kardiyomyopati ve geçici sol ventrikül anevrizması diğer tanımlardır. Hastalarda stres sonrası anjina tarzı göğüs ağrısı görülmekte ve akut koroner sendrom kliniği gelişmektedir. Hastaların ekokardiyografilerinde sol ventrikül fonksiyonları düşük, apikal anevrizma mevcudiyeti saptanmakta, koroner anjiyografide ise

koroner arterlerin açık olduğu görülmektedir. Patofizyolojisi tam olarak aydınlığa kavuşmasa da strese bağlı adrenerejik uyarıya sekonder dolaşımdaki katekolamin seviyesinin artışına bağlı koroner vazospazm olduğu düşünülmektedir. Hastalığın tedavisinde özel bir ilaç olmamasına karşın destek tedavileri hastalığın seyri genellikle düzelmektedir.

OLGU

Daha önce kardiyak bir öyküsü olmayan 34 yaşındaki kadın hasta yoğun emosyonel bir stres sonrası ani başlayan göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Has-

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

**Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

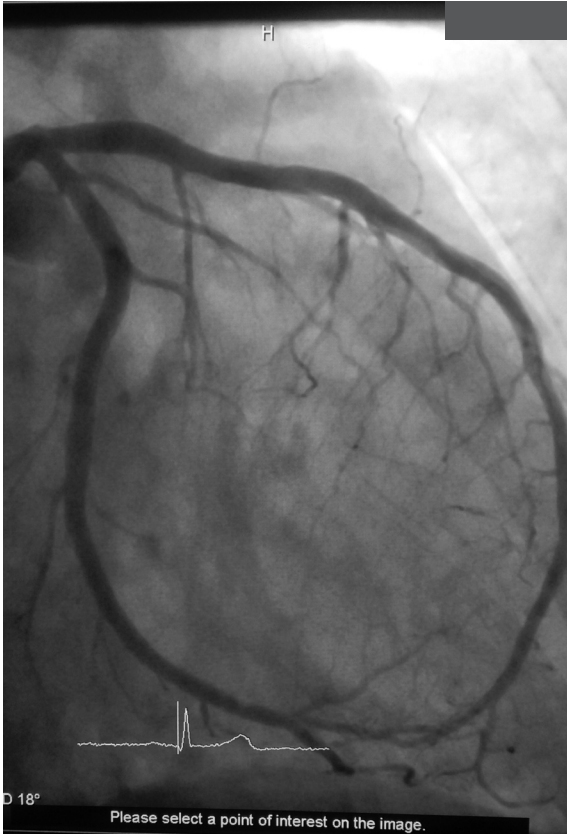
Yazışma adresi: Dr. Öğr. Gör. Ali Kemal Gür, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

e-mail: dralikemal@gmail.com

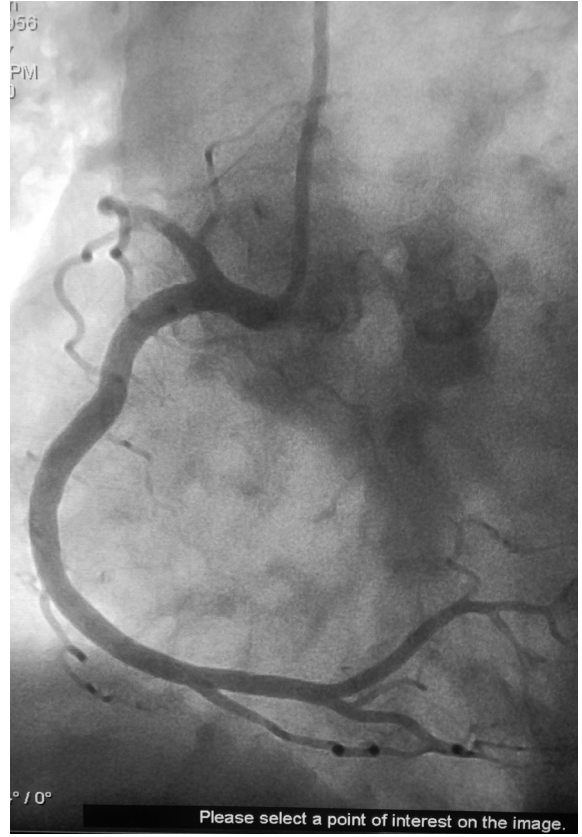
ORCIDLER: A. K. G. 0000-0002-6460-4941, E. E. 0000-0001-7709-8091, A. E. T. 0000-0002-6525-7267

Alındığı tarih: 18.10.2017

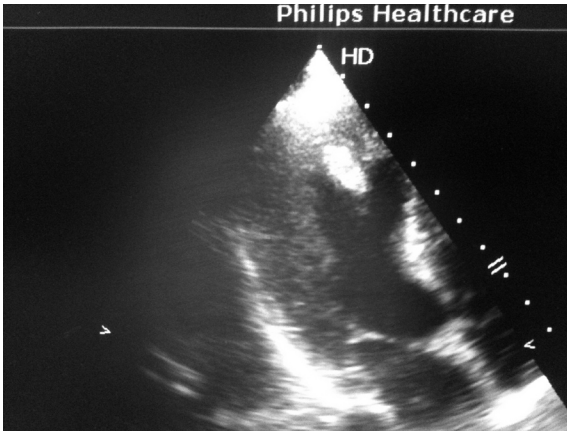
Kabul tarihi: 31.10.2017



Resim 1. Koroner anjiografi görüntüsü (Sol Sistem).



Resim 2. Koroner anjiografi görüntüsü (Sağ Sistem).



Resim 3. Ekokardiyografi apikal trombüs materyali.



Resim 4. Çıkarılan emboli materyalleri.

tanın çekilen EKG'de anterior miyokard infarktüsü tanısı konuldu. Troponin değeri 25 üstü, CKMB değeri 286 idi. Acil koroner anjiografisinde (Resim 1, 2) herhangi bir patoloji görülmeyen hastanın yapılan ekokardiyografisinde EF %30, global hipokinezi, sol ventrikül anevrizması ve apikal trombüs saptandı (Resim 3). Hastanın pulmoner arter basıncı 65 mmHg, tansiyon arteryel 80/50 mmHg, nabız 120-130/dk.,

satürasyon 90 idi. Koroner anjiografi sonrası yoğun bakıma alınan hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin 0.6 u, 300 mg asetil salisilik asit, klopidogrel 75 mg, diüretik (spironolakton 25 mg, furosemid 40 mg) tedavisi başlandı. Hastaya Takotsubo sendromu tanısı konularak hastaya medikal tedavi başlandı.

Hastanın yoğun bakım takipleri sırasında 2. gün sağ

bacakta ani başlayan şiddetli ağrısı olması üzerine kalp damar cerrahisinden konsültasyon istendi. Yapılan muayene sonrasında hastanın periferik nabızlarının alınmadığı, bacağın soğuk ve soluk olduğu görüldü. Hastaya periferik emboli ön tanısı ile arteriyel doppler USG istendi. USG’de femoral arterin total tıkalı oldu rapor edildi. Üç mg dormicum İM ile premedikasyon yapılarak hasta ameliyat odasına alındı. Standart EKG ve puls oksimetre monitörizasyonu yapıldıktan sonra hastaya 80 mg bupivakain ile femoral blok uygulandı. Lokal anestezi ile kombine edildi ve femoral bölgeden yapılan insizyonla femoral artere 5 numara Fogarty katateri ile embolektomi uygulandı (Resim 4). Embolektomi sonrası nabızların açıldığı görüldü. Yoğun bakıma alınan hasta postoperatif 15. gün şifa ile taburcu edildi.

Hastanın taburculuk sonrası 1. ay yapılan kontrol ekokardiyografisinde EF %45, pulmoner basınç 30 mmHg, anevrizmatik kesenin olmadığı görüldü.

TARTIŞMA

İlk defa 1990 yılında Satoh ve ark.^[1] tarafından tarif edilen Takotsubo sendromunda sol ventrikülografide kalbin şekli erken dönemde Japon balıkçılarının ahtapot avlamak için kullandıkları ahtapot tuzağı anlamına gelen “tako-tsubo” terimi bu hastalık için kullanılmaktadır. Takotsubo sendromu emosyonel stres altında akut koroner sendrom kliniği yaratan ve genellikle prognozu iyi seyirli bir patolojidir. Dorfman ve ark.’nın^[2] yaptığı bir sistemik derlemede, 789 hasta incelenmiş ve %87 hastada emosyonel stres bozukluğu saptanmış, %67 olgunun postmenapozal kadın hasta olduğu görülmüştür. Koroner anjionun normal sol ventrikül fonksiyon bozukluğu ve anevrizması ile karakterize bir hastalık olup, medikal destek tedavisi ile düzelebilmektedir. Hastalarda akut koroner sendrom kliniği ve biyokimyasal parametre bozukluğu mevcuttur. EKG’de miyokard infarktüsü bulguları ve laboratuvar tetkikleri içerisinde troponin ve CK-MB yüksekliği vardır. Bu kliniğe oluşturabilecek birkaç teori öne atılmıştır^[3,4]. Patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olsa da strese bağlı adrenerjik uyarıya sekonder dolaşımdaki katekolamin seviyesinin artışına bağlı koroner vazospazm bu teorilerden birisidir.

Takotsubo sendromu olan hastalarda kalp yetmezliği, kardiyojenik şok, ventriküler rüptür, ventriküler veya

atrial aritmiler, akut pulmoner ödem, stroke, periferik emboli ve ölüm gibi komplikasyonlar görülebilir^[5]. Akut koroner sendromun mekanik komplikasyonları içerisinde sayılan bu komplikasyonlar %1-5 oranında mortalite ve morbiditeyi arttıran faktörlerdir. Tedavisi destek tedavisi, intraaortik balon takılması gibi nedene yönelik olmalıdır^[6]. Tedavi edilen hastaların 2-6 hafta arasında ventrikül fonksiyonları geri dönmektedir. Hastamızda görülen komplikasyon apikal anevrizmaya bağlı trombüsün periferik dolaşıma katılarak periferik emboliye neden olmasıdır. Yoğun bakım yatışının 2. gününde ani başlangıçlı ağrı ile kendini gösteren periferik emboli oluştu.

Takotsubo sendromu spontan strese bağlı olabileceği gibi peroperatif ve postoperatif hastalarda da görülebilir. İlk defa 2006 yılında Gavish ve ark.^[7] tarafından katarakt operasyonu sırasında genel anestezi ile ilişkili akut miyokardiyal disfonksiyon gelişen bir hasta bildirildi. Hastanın daha sonra yapılan koroner anjiyografisinde herhangi bir patoloji saptanmadığı rapor edildi.

Kogan ve ark.’nın^[8] yaptığı bir olgu sunumunda, 62 yaşındaki kadın hastaya mitral kapak operasyonu sonrası göğüs ağrısı olması nedeniyle hastaya yapılan koroner anjiyoda herhangi bir patoloji saptanmaması, düşük debi ve apikal anevrizma olması üzerine hastaya Takotsubo sendromu tanısı konulmuş.

SONUÇ

Akut koroner sendrom kliniği ile kendini gösteren ve genellikle iyi seyirli olan Takotsubo kardiyomiyopatisi az görülen bir hastalık olmasına rağmen mortalitesi ve morbiditesi ile akıldan uzak tutulmamalı ve yoğun bakım şartlarında takip ve tedavi açısından gözlenmelidir. Periferik emboli ile başvuran olan hastalarda kardiyak kaynaklı emboli açısından ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

KAYNAKLAR

1. Sato H, Tateishi H, Uchida T, Dote K, Ishihara M. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Kodama K, Haze K, Hon M, editors. Clinical aspect of myocardial injury: from ischemia to heart failure. Kagaku Hyoronsha, Tokyo, 1990:56-64.
2. Dorfman TA, Iskandrian AE. Takotsubo cardiomyopathy: state-of-the-art review. J Nucl Cardiol. 2009;16(1):122-34.

- <https://doi.org/10.1007/s12350-008-9015-3>
3. Akashi Y, Holger N, Lyon A. Epidemiology and pathophysiology of Takotsubo syndrome. *Nature Reviews Cardiology*. 2015;12:387-97.
<https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.39>
 4. Peter W, Matthew H, Andrew C, Alexander L. Pathophysiology of Takotsubo Syndrome. *Circulation J* 2014;78(7):1550-8.
 5. Gianni M, Dentali F, Grandi AM, Sumner G, Hiralal R, Lonn E. Apical Ballooning Syndrome or takotsubo cardiomyopathy: A systematic review. *Eur Heart J*. 2006;27(13):1523-9.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl032>
 6. Templin C, Jelena R, Diekmann J, Napp C, Bataiosu D, Jaguszewski M, et al. Clinical features and outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *New Engl J Med*. 2015;373:929-38.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1406761>
 7. Gavish D, Rozenman Y, Hafner R, Bartov E, Ezri T. Takotsubo cardiomyopathy after general anesthesia for eye surgery. *Anesth*. 2006;105(3):621-3.
<https://doi.org/10.1097/00000542-200609000-00029>
 8. Kogan A, Ghosh P, Schwammenthal E. Takotsubo Syndrome after cardiac Surgery. *The Annals of Thoracic Surg*. 2008;85(4):1439-41.
<https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2007.10.003>