

Takotsubo kardiyomiyopatisi hakkında klinik deneyimimiz ve ülkemizden bildirilen ilk olgu serisi

Sayın Editör,

Küçükdurmaz ve ark.nın^[1] “Takotsubo kardiyomiyopatisi hakkında klinik deneyimimiz ve ülkemizden bildirilen ilk olgu serisi” isimli yazılarını ilgi ile okumuş bulunmaktayız. Beş olgunun tipik, bir olgunun ise ters Takotsubo kardiyomiyopatisi (TK) olduğu serilerinde görülmeyen bir özelliğe sahip olan (bazal, apikal hiperkinezi ve midventriküler anevrizma) olgumuzu da sunmak istedik.

Öncesinde kardiyak yakınması olmayan 62 yaşında kadın hasta acil servise yoğun emosyonel stres sonrası başlayan sıkıstırıcı nitelikteki göğüs ağrısı ile başvurdu. Elektrokardiyografide (EKG) T dalga negatifliği ve geçici ST yükselmesi gözlenen hastanın troponin T değeri 0.9 olarak bulundu. Koroner anjiyografisinde koroner arterler normal bulundu. Sol ventrikülografide, mid-ventriküler anevrizmatik segment, hiperkinetik bazal ve apikal segmentler tespit edildi. İzleme süresinde ekokardiyografide midventriküler anevrizmatik segmentin kasılmasının tamamen düzeldiği görüldü. Atipik TK olabileceği düşünülen hastaya tekrar invazif olarak sol ventrikülografi yapılması uygun olmayacağından sol ventrikül işlev bozukluğunun düzeldiği kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile gösterildi. Sine MRG’de mid-ventriküler kasılma defektinin tamamen düzeldiği ve geç kontrast tutulumunun da bulunmadığı gösterildi (Şekil 1a-c).

Küçükdurmaz ve ark.nın serilerindeki gibi hastamızın da menopoz sonrasında, emosyonel stres öyküsüne sahip olması, geçici ST elevasyonu ve ardından T negatifliği ve QT uzamasının görülmesi, minimal troponin yükselmesinin varlığı TK için tipik sayılabilecek bulgular idi. Farklı olarak hastamızda midventriküler segment anevrizmatik idi. Daha nadir olarak gözlenen apikal bölgenin korunmuş olduğu midventriküler atipik tutulum paternli hastaların rahatlıkla gözden kaçırılabilir olması nedeniyle dikkatleri bu atipik olgu grubuna çekmeyi amaçladık.

TK tanısı, yazarların da vurguladığı gibi, normal koronerlere sahip akut koroner sendromlu hastalara erken dönemde ventrikülografi veya ekokardiyografik incelemenin yapılması ile mümkün olacaktır. Ventrikülografi veya ekokardiyografiyi yorumlarken apikal bölge dışındaki bölgelerin de tutulabileceğini vurgulamakta fayda görüyoruz.

Dr. Yusuf Karavelioğlu, Dr. Emrah Erenen[#]

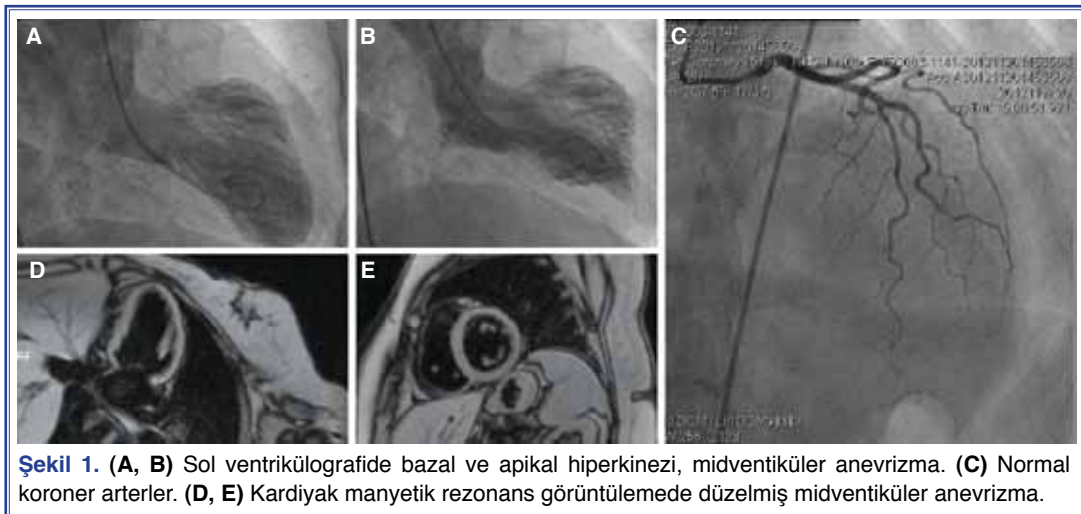
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Çorum; [#]Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi, Çorum

e-posta: drcomtr@gmail.com

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Kaynaklar

1. Küçükdurmaz Z, Karapınar H, Oflaz MB, Gül I, Aydın G, Güneş H, et al. Our clinical experience of Takotsubo cardiomyopathy and the first case series from Turkey. [Article in Turkish] Turk Kardiyol Dern Ars 2013;41:212-7.



Şekil 1. (A, B) Sol ventrikülografide bazal ve apikal hiperkinezi, midventriküler anevrizma. (C) Normal koroner arterler. (D, E) Kardiyak manyetik rezonans görüntülemesinde düzelmiş midventriküler anevrizma.