

OLGU 3

Apikal Hipertrofik Kardiyomiyopati Vakası

Ahmet Ferhat KAYA¹

Olgu Sunumu

55 yaşında erkek hasta, uzun süredir olan son zamanlarda artan nefes darlığı, yorgunluk ve çarpıntı şikayetleri ile kardiyoloji polikliniğine başvuruyor. Eşlik eden ek bir şikayeti olmayan hastanın geçmiş özellikleri sorgulandığında önemli bir ayrıntı saptanmıyor. Fizik muayenesinde anlamlı bir patoloji izlenmeyen hastanın kan basıncı 110/60 mmHg, nabız düzenli 90 atım/dk, ateşi 36,5 °C idi. Kardiyak oskültasyon ile kalp ve solunum sesleri olağan izlendi. Bunun üzerine hastaya elektrokardiyografi (EKG) ve transtorasik ekokardiyografi (TTE) planlandı

Klinik Değerlendirme ve Tanı

Hastanın EKG'si sinüs ritminde olup, V1-6' da derin T negatiflikleri, D1-aVL' de ST depresyonu ve T negatifliği, D3-aVF'de bifazik T dalgaları izlendi (Şekil- 1A). TTE 'de görüntü kalitesi kötü olan hastanın, sol ventrikül (LV) sistolik fonksiyonları normal olup, biatrial dilatasyon izlendi fakat kötü ekojenite nedeniyle detaylı bir inceleme yapılamadı. Patolojik EKG bulguları ile beraber koroner arter hastalığın düşündürülen şikayetlerinin olması üzerine hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Hastanın koroner arterlerinin normal olduğu saptandı. Bu aşamada hastanın hipertrofik kardiyomiyopatiyi (HCM) düşündürülen EKG bulguları ile beraber şikayetleri de göz önünde bulundurularak hastaya HCM ön tanısı ile kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çekilmesi planlandı. Kardiyak MRG' de apikal bölgede geç gadolinyum tutulumu (LGE) izlenmesi üzerine hastaya apikal HCM tanısı konuldu (Şekil 1B, video 1). Hastaya betabloker tedavi başlandı ve sonrasında şikayetlerinin gerilediği izlendi. Hastanın 5 yıllık ani kardiyak ölüm riski düşük olarak hesaplandı ve implante edilebilir kardiyoverter- defibrilatör (ICD) planlanmadı.

¹ Uzm. Dr., Muş Devlet Hastanesi, kayaferhatahmet@gmail.com

rezeksiyonu yoluyla sol ventrikül hacmini arttırmaktır. Sol ventrikülün apeksi kesilerek transapikal miyektomi yapılır. Fazla doku, papiller kaslara dikkat edilerek kesilebilir. İkinci klinik konu, yalnızca tromboembolik materyalin değil, aynı zamanda ventriküler aritmilerin de olası bir kaynağı olan apikal anevrizmalarla ilgilidir. Miyektomi sırasında mevcut anevrizmanın eksizyonu yapılmalıdır. Ventrikülotomi, bir teflon yama ve lineer dikişler kullanılarak kapatılır. Apikal miyektominin kısa ve uzun dönem sonuçları çok iyidir; diyastol sonu hacimde önemli bir artış gözlemlenebilir. Deneyimli merkezlerde operatif mortalite düşüktür ve %1'i geçmez.

Klinik Seyir ve Prognoz

Apikal HCM, diğer HCM formlarıyla karşılaştırıldığında, olumlu bir uzun vadeli prognoza sahiptir. Apikal HCM' li 105 hastadan oluşan bir Kuzey Amerika kohortununun 15 yılı aşkın takipte, %1,9 gibi düşük bir kardiyovasküler mortalite izlendi (2). Özellikle diyastol sonu gradiyenti yüksek ve apikal anevrizması olan hastalar tromboembolik olaylara daha fazla maruz kalmaktadır. Şiddetli apikal hipertrofisi, azalmış sol ventrikül diyastol sonu hacmi veya apikal anevrizması olan hasta cerrahi tedaviden fayda görebilir ve cerrahiye sevk edilmelidir. Özetle, apikal HCM hastalarının genel kardiyovasküler mortalite sıklığı düşüktür ve prognoz nispeten iyimserdir.

Sonuç

Apikal HCM nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen, göğüs ağrısı, düşük egzersiz toleransı, senkop gibi spesifik olmayan şikayetleri olan veya aile öyküsünde HCM olan hastalar, apikal HCM varlığı açısından incelenmelidir. Ayrıca apikal HCM' li hastaların birinci derece akrabaları da kısa bir kardiyolojik muayeneden geçirilmelidir. EKG incelemesi belirli bir klinik görüntü vermez, bu nedenle tanıyı doğrulamak için ekokardiyografik veya tercihen kardiyak MRG incelemesi yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Green J J, Berger J S, Kramer C M, Salerno M. Prognostic value of late gadolinium enhancement in clinical outcomes for hypertrophic cardiomyopathy. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2012;5:370–377.
2. Eriksson M J, Sonnenberg B, Woo A, et al. Long-term outcome in patients with apical hypertrophic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39:638–645.