

# OLGU 5

## Kolon kanseri vakasında Takotsubo Kardiyomiyopatisi

Önder DEMİRÖZ<sup>1</sup>

Kolon kanseri nedeniyle 2016 yılında hemikolektomi+ KT, 1992 ve 2008'de iki kez renal transplant (2018 yılında organ reddi mevcut) öyküsü olan hastanın kronik böbrek yetmezliği ile haftanın üç günü hemodiyaliz ihtiyacı bulunuyormuş. 1 aydır genel durum bozukluğu olan hasta son hemodiyalizden sonra gelişen bilinç bulanıklığı nedeniyle acil servise getirildi. Hastanın herhangi bir kardiyak hastalık geçişinin olmadığı öğrenildi. Hastanın acile başvurusunda ilk değerlendirmede oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu mevcut. Vücut sıcaklığı 36,4 °C, kan basıncı 73/51 mmHg, oksijen saturasyonu %97, nabız 78 atım/dk olarak bulundu. Fizik muayenede Glasgow koma skoru (GKS) 13 bulundu. Hasta i.v. hidrasyondan sonra kan basıncının 83/56 mmHg düzeyinde kalması üzerine IV noradrenalin ile dahili yoğun bakım ünitesine alındı. Biyokimyasal tetkiklerinde CRP (165 mg/dl) ve prokalsitonin yüksekliği (5, 8 ng/ml) ve lökositoz (24560 / mL göze çarpmaktaydı. Takibinde hipotansiyonu nedeniyle enfeksiyon hastalıkları tarafından değerlendirilen hastaya ampirik antibiyoterapi ve destek tedavisi başlandı. Endokardit şüphesi üzerine yapılan yatakbaşı transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) %65 ve hafif mitral yetersizliği dışında bulgu izlenmedi. Yoğun bakım takibinde kardiyak arrest geçiren hasta kardiyolojiye tekrar danışıldı.

### Klinik Değerlendirme ve Tanı

Hastanın CPR sonrası çekilen EKG'sinde (Şekil 1) 74 atım/dk sinüs ritmi, DI ve aVL'de T negatifliği, V2-3-4'te yeni gelişen 1 mm ST elevasyonuna ek olarak T negatifliği izlendi. Kontrol amacıyla yapılan ekokardiyografide (Şekil 2) LVEF: %35, sol ventrikül tüm duvarların orta ve apikal segmentleri anevrizmatik yapıda ve bazal segmentler hiperkinetik olarak izlendi. Hastaya akut STEMI ön tanısıyla

<sup>1</sup> Uzm. Dr., SBÜ, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, onderdmrz1@windowlive.com

## Kaynaklar

1. Akashi YJ, Goldstein D S, Barbaro G, Ueyama T. Takotsubo cardiomyopathy: a new form of acute, reversible heart failure. *Circulation*. 2008;118:2754-62
2. Sato H, Tateishi H, Uchida T. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Kodama K, Haze K, Hon M, eds. *Clinical Aspect of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure*. Tokyo, Japan: Kagakuhyouronsha; 1990: 56-64
3. Kume T, Akasaka T, Kawamoto T, et al. Assessment of coronary microcirculation in patients with takotsubo-like left ventricular dysfunction. *Circ J*. 2005; 69: 934-9
4. Wittstein I S, Thiemann D R, Lima JAC, et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *N Engl J Med*. 2005; 352: 539-548
5. Movahed A, Reeves W C, Mehta P M, et al. Norepinephrine-induced left ventricular dysfunction in anesthetized and conscious, sedated dogs. *Int J Cardiol*. 1994; 45: 23-33.
6. Lyon A R, Rees P S, Prasad S, Poole-Wilson P A, Harding S E. Stress (Takotsubo) cardiomyopathy: a novel pathophysiological hypothesis to explain catecholamine-induced acute myocardial stunning. ***Nat Clin Pract Cardiovasc Med***. 2008; 5: 22-29.
7. Mori H, Ishikawa S, Kojima S, et al. Increased responsiveness of left ventricular apical myocardium to adrenergic stimuli. ***Cardiovasc Res***. 1993; 27: 192-8.
8. Virani S S, Khan A N, Mendoza C E, Ferreira A C, de Marchena E. Takotsubo cardiomyopathy, or broken-heart syndrome. *Tex Heart Inst J*. 2007;34:76-9.
9. Elesber AA, Prasad A, Lennon RJ, Wright RS, Lerman A, Rihal CS. Four-year recurrence rate and prognosis of the apical ballooning syndrome. ***J Am Coll Cardiol***. 2007; 50: 448-452.