

WELLENS SENDROMU, VAKA EŞLİĞİNDE TANI VE YAKLAŞIM

Yusuf Ziya ŞENER¹

Fatih AKKAYA²

GİRİŞ:

Wellens sendromu, ilk kez 1982 yılında Hein U. Wellens tarafından tanımlanmıştır. Wellens sendromu elektrokardiyografide (EKG) prekordiyal derivasyonlarda T dalga değişikliklerini ifade eder. Bu değişiklikler derin T dalga negatifliği ya da bifazik T dalgası şeklinde prezente olur. Wellens sendromunun önemi; sol anterior desendan arter (LAD) proksimalinde ciddi bir darlık olabileceğinin ve hastanın yakın bir zamanda akut koroner sendrom geçirebileceğinin habercisi olmasıdır (1). EKG bulgusuna göre Tip A ve Tip B olmak üzere ikiye ayrılır. Tip A Wellens sendromu; özellikle V2 ve V3 derivasyonlarında olmak üzere prekordiyal derivasyonlarda bifazik T dalgalarının varlığı şeklinde tanımlanmış olup vakaların %25'inde görülen tiptir. Tip B Wellens sendromu ise prekordiyal derivasyonlarda derin simetrik T dalgaları varlığı ile karakterizedir. Tip B Wellens sendromu, vakaların %75'ini oluşturur (2). Bu bölümde Wellens sendromu ile başvuran ve LAD proksimalinde kritik darlığı olan bir hastayı prezente ettik.

OLGU SUNUMU:

62 yaşında erkek hasta, yarım saat önce başlayan ve 10 dakika (dk) süren baskı tarzında göğüs ağ-

rısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünden hipertansiyon ve tip 2 diyabet tanılarının olduğu ve aktif sigara içicisi olduğu öğrenildi. Kullandığı ilaçlar arasında amlodipin, valsartan ve metformin bulunmaktaydı. Daha önce hiç koroner görüntülemesi yoktu ve birinci derece akrabalarında koroner arter hastalığı mevcut değildi. Acil servise başvurduğunda göğüs ağrısı olmayan hastanın kan basıncı 110/70 mmHg ve nabızı 105/dk olarak tespit edildi. Fizik muayenesinde, S1 ve S2, S3 (+) ve apikal odakta 2/6 pansistolik üfürüm dışında anormal bulgu yoktu. Hastaya çekilen EKG'de V2-V3 derivasyonlarında bifazik T dalgası, V4-6 derivasyonlarında T dalga inversiyonu saptandı (Şekil-1). Yatak başı ekokardiyografi yapıldı. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %50, hafif mitral yetmezliği, septum ve anterior duvarın bazal ve mid segmentlerinde hafif hipokinezi tespit edildi. Tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Kardiyak enzim takibinde izole yüksek sensitif troponin yüksekliği tespit edildi.

Hasta akut koroner sendrom eş değeri kabul edilerek, hastaya aspirin ve tikagrelor yüklemesi yapıldı. Fraksiyone olmayan heparin infüzyonu başlandı ve yüksek doz statin tedavisi başlandı. Hastada mevcut kardiyovasküler risk faktörleri ve EKG'de Wellens bulgusu olması üzerine erken

¹ Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, yzsener@yahoo.com.tr
ORCID iD: 0000-0001-5151-5133

² Uzman Doktor, Isparta Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, drfatihakkaya@gmail.com ORCID iD:0000-0002-9016-4986

Wellens sendromu; ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü eş değeri kabul edilmemektedir ancak yakın dönemde miyokard infarktüsü gelişebileceğinin bir göstergesi olduğu için erken dönemde koroner anjiyografi yapılmalıdır. Wellens sendromu varlığında efor testi yapılmamalıdır (7).

Koroner arter hastalığı dışında bazı klinik durumlarda da EKG'de Wellens bulgusu görülebilmektedir (Pseudo-Wellens sendromu). Koroner arter vazospazmı, Takotsubo sendromu, intraserebral kanama, miyoperikardit, Wolf-Parkinson-White sendromu, pulmoner emboli, dijital toksisitesi ve hipoksi durumunda da EKG'de Wellens bulgusu saptanabilmektedir (8). Koroner kameral fistül; koroner arterlerin direk kalp boşluklarına kollateral damarlar ile açılmasıdır ve miyokardiyal iskemiye neden olmaktadır. Literatürde çoklu koroner kameral fistüle bağlı olarak EKG'de Wellens bulgusu saptanan bir hasta bildirilmiştir (9). Non-iskemik Wellens sendromunda temel mekanizmanın miyokardiyal ödem olduğu manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları ile gösterilmiştir. Koroner anjiyografide açıklayacak bulgu yok ise; Wellens sendromu ile başvuran hastalarda bu nedenle anti-inflamatuvar ilaçlar düşünülebilir (10).

SONUÇ:

Wellens sendromu; akut koroner sendrom öncülü bir tablo olup erken müdahale hayat kurtarıcıdır. Hastalarda genellikle tipik göğüs ağrısı ile birlikte ılımlı seviyede kardiyak enzim yüksekliği mevcuttur. LAD proksimalde ciddi lezyon varlığının önemli bir göstergesidir. Wellens sendromunun iki tip EKG bulgusu mevcut olup klinisyenler tarafından ikisi de tanınmalıdır ancak koroner arter hastalığı dışında başka klinik tablolarda da EKG'de Wellens bulgusu görülebileceği unutulmamalıdır. Wellens sendromu varlığında erken dönemde koroner anjiyografi yapılarak olası ST elevasyonlu miyokard infarktüsü gelişmeden müdahale edilmelidir.

KAYNAKÇA

1. de Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. *Am Heart J*. 1982 Apr;103(4 Pt 2):730-6.
2. Ghizzoni G1, Sciatti E, Vizzardi E, et al. Wellens' syndrome: a case report with atypical features. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2019 Sep 30;89(3).
3. de Zwaan C, Bar FW, Janssen JH, et al. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. *Am Heart J* 1989;117:657-65
4. Rhinehardt J, Brady WJ, Perron AD, Mattu A. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome. *Am J Emerg Med* 2002;20:638-43
5. Kardesoglu E, Celik T, Cebeci BS, et al. Wellens' syndrome: a case report. *J Int Med Res* 2003;31:585-90
6. Mufti M, Joes R, Sobnosky S, Longtine J. Wellens' Syndrome: An Atypical Presentation of an Already Silent Killer. *J Med Cases* 2018;9:173-6.
7. Lawner BJ, Nable JV, Mattu A. Novel patterns of ischemia and STEMI equivalents. *Cardiol Clin*. 2012 Nov;30(4):591-9.
8. Krause, W. (1985). Über den Ursprung einer akzessorischen A. coronaria cordis aus der A. pulmonis . *Z Rationelle Med*, 24, 225–227.
9. Ibarrola M. Wellens' syndrome and finding of multiple coronary cameral fistulae: Is it time to discard this term?. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2020;25(2):e12693.
10. F. Migliore, A. Zorzi, M. Perazzolo Marra, S. Iliceto, and D. Corrado, "Myocardial edema as a substrate of electrocardiographic abnormalities and life-threatening arrhythmias in reversible ventricular dysfunction of takotsubo cardiomyopathy: Imaging evidence, presumed mechanisms, and implications for therapy," *Heart Rhythm*, vol. 12, no. 8, pp. 1867–1877, 2015.