

## Olgu Sunumu

# Akut Koroner Sendrom Ön Tanısıyla Tedaviye Başlanan Olguda Beklenmedik Sonuç: Subaraknoidal Kanama

Dr. Mustafa Umut SOMUNCU\*, Uzm.Dr. Mehmet ERTÜRK\*, Dr. Hüseyin KARAKURT\*, Dr. Ümit BULUT\*  
Uzm.Dr. Melek ÖZARSLAN\*\*

\* Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul  
\*\* Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği, İstanbul

## Özet

Herhangi bir kardiyak patolojik bulgu olmadan santral sinir sistemi yaralanmalarında; özellikle de subaraknoid, intrakranial ve subdural kanamalarda elektrokardiyografik değişiklikler, ekokardiyografide duvar hareket bozukluğu ve kardiyak spesifik markerlarda (CK-MB, Troponin I) yükselme tespit edilebilir. Bu grup hastaları miyokard enfarktüsü yanlış tanısıyla tedavi etmek ölümcül sonuçlara yol açabilir. Bu yazıda; 31 yaşında, miyokard enfarktüsünü taklit eden subaraknoid kanamalı kadın hasta vaka olarak sunulmuştur. Bu vaka sunumumuzda amacımız nörolojik patolojilerin kardiyak durumlarla karışabileceğini ve bu sebeple tanıyı netleştirmek için özellikle anemnezlere dikkat edilmesi gerektiğini göstermektir.

**Anahtar Kelimeler:** Subaraknoidal kanama, Akut koroner sendrom, Ayırıcı tanı

## Unexpected Result in Patient Who is Started Treatment with Preliminary Diagnosis of Acute Coronary Syndrome: Subarachnoidal Hemorrhage

### Summary

Without significant cardiac pathology, ischemic electrocardiographic change, segmental wall motion abnormality and elevated serum cardiac-specific markers (creatinine kinase-MB, Troponin-T) may develop after central nervous system injuries especially subarachnoid, intracranial or subdural hemorrhage. Misdiagnosing these patients as acute myocardial infarction and giving them medical therapy may result in catastrophic outcomes. In this article we report a case of a 31-year old female with subarachnoid hemorrhage mimicking acute ST elevated myocardial infarction. The aim of this case is to remind that the cardiac and norologic pathologies can become confuse and we must be careful especially at anemnesis in this group patient for accurate diagnosis.

**Key Words:** Subarachnoidal hemorrhage, Acute coronary syndrome, Differential diagnosis

## Giriş

Akut santral sinir sistemi patolojilerinde, özellikle de subaraknoid kanama (SAK) gelişen birçok hastada elektrokardiyografik (EKG) değişiklikler tespit edilebilir. Fakat bunun yanı sıra, dinamik EKG değişimi ve kardiyak enzim takiplerinde artış izlenmesi çok sık karşılaşılan bir durum değildir. EKG'deki bu değişimlere, kardiyak enzimlerdeki pozitifliğin ve hastanın müphem şikayetlerinin de eşlik etmesi durumunda kardiyak bir durumu dışlamamız mümkün olmayabilir. Bu şartlar altında hastalara miyokard enfarktüsü tedavi protokolünün uygulanması katstrofik sonuçlara yol açabilir. Bizim vakamızda kliniğimizde SAK tanısı konan, fakat yatış ön tanısı akut koroner sendrom olan bir hasta literatür taraması ile birlikte tartışılmıştır.

## Olgu Sunumu

Otuzbir yaşında kadın hasta acil servisimize atipik göğüs ağrısı, çarpıntı ve halsizlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın başvuru sırasındaki EKG sinüs ritmi olup, herhangi bir patolojik durum gözlenmemektedir (Şekil 1a).

Fizik muayenede genel durum iyi, bilinç açık, kan basıncı 134/83, nabız: 82, ateş 37,2, solunum sayısı 22 olarak tespit edildi ve genel muayenesinde herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmiş irdelendiğinde; aile öyküsü (2 abi <50 yaşında kalp krizi) ve 10 yıllık sigara içimi öyküsü saptandı.

Hastanın müşahade takibinde kontrol EKG'sinde V2- V6'da ST depresyonu ve T negatifliği izlendi (şekil

1b). Hastanın ilk bakılan kardiyak enzim sonuçlarında troponin I: 0,25, ikincisinde ise troponin I: 0,38 olarak tespit edildi fakat CK-MB değerleri negatifti. Ekokardiyografide (EKO); asendan aortada dilatasyon (4,2 cm), orta aort yetersizliği, hafif mitral yetersizliği ve sol ventrikül hipertrofisi patolojileri mevcuttu, bununla birlikte duvar hareket kusuru saptanmadı.

Şekil 1a



Şekil 1b



Şekil 1a ve 1b: Hastanın ilk ve kontrol EKG'si

Hastanın troponin değerlerinin 25 kattan fazla yükselmesi, dinamik EKG değişikliği olması ve beraberinde göğüs ağrısı tariflemesi üzerine hasta NON-ST miyokard enfarktüsü ön tanısıyla koroner yoğun bakıma yatırıldı.

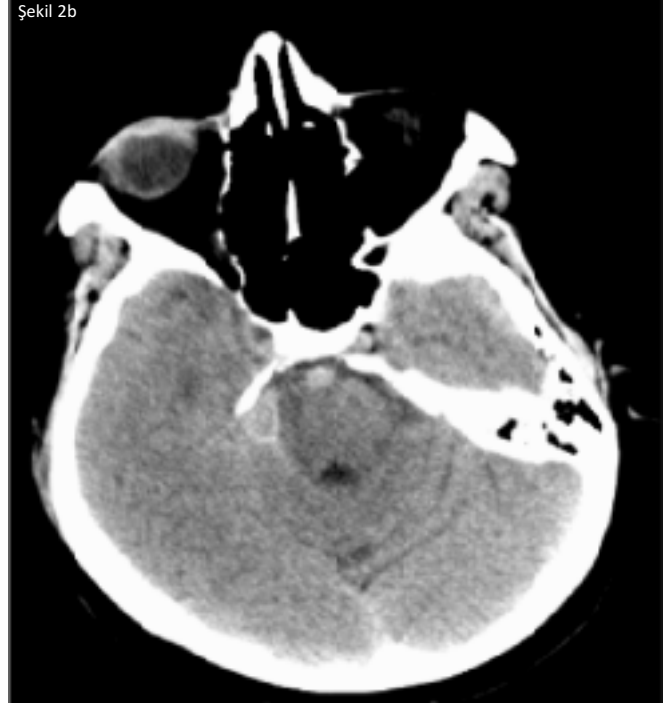
Bu bulgular sonucunda hastaya yoğun bakımda NON-ST MI tanısıyla antikoagülan ve antitrombotik (enoksaparin 0,6 2x1 S.C., klopidogrel 75 1x1 P.O., asa 100 1x1 P.O.), antiiskemik (metoprolol 50 2x1 P.O.), anti-hiperlipidemik ve antihipertansif tedavi başlandı. Hastanın yapılan koroner anjiyografisi tamamiyle normal olarak rapor edildi (Şekil 2a). Yatışının ikinci gün-

nünde gece 02.30'da ağrı kesicilere dirençli baş ağrısı olması üzerine hastanın beyin tomografisi çekildi (Şekil 2b). Radyoloji ile nörolojiye konsülte edildi ve sağ pons komşuluğunda yaklaşık 1,2 cm çapında çevresi ödemli hematom ve beraberinde subaraknoidal kanama olarak rapor edildi. Bunun üzerine hasta 112 transfer merkezi ekibi eşliğinde beyin cerrahisi kliniğine sevk edildi. Hastanın özgeçmişini daha ayrıntılı bir şekilde tekrar sorgulandığında 2 aydır şiddetli baş ağrılarının olduğu fakat doktora başvurmadığı öğrenildi.

Şekil 2a



Şekil 2b



Şekil 2a ve 2b: Hastanın Koroner Anjiyogram ve Beyin BT'si

## Tartışma

Subaraknoid kanama olan hastalar başta olmak üzere santral sinir sistemi hastalıklarında EKG değişiklikleri olabilir. Genel patolojiler baktığımızda; keskin P dalgası, kısalmış PR aralığı, uzamış QT, negatif T dalgaları, ST depresyonları ve nadiren de ST elevasyonları karşımıza çıkabilmektedir.<sup>1,2</sup> Ayrıca EKG bulgusunun yanında bazen EKO'da duvar hareket kusuru ve kan değerlerinde kardiyak enzim pozitifliği de bu hastalarda görülebilmektedir. Bu kardiyak patolojilerin altta yatan mekanizmasına bakıldığında kesin olmamakla birlikte bazı varsayımlar öne sürülmüştür. Öne çıkarılan baktığımızda; parasempatik ve sempatik uyarılma, sempatik tonusun artması ve bunun sonucunda katekolaminlerin sistemik dolaşıma geçerek miyokardiyuma ulaşması ve beraberinde gelişen elektrolit imbalansı sayılabilir.<sup>3</sup> Katekolaminin miyokarda ulaşması; hem vazokonstriksiyona sebep olarak hem de kardiyotoksik etki yaparak subendokardiyal kanamalara yol açabilir.<sup>4</sup> Otopsi raporlarına bakıldığında ise SAK geçiren hastalarda difüz subendokardiyal hemorajiler ve tüm miyokardiyumda olabilecek küçük fokal nekroz alanları görülmüştür.<sup>5,6</sup>

Bizim vakamızı özellikli yapan ise hastanın dinamik EKG değişikliğinin müşahade takibi sırasında tespit edilmiş olmasıdır. Ayrıca troponin 1 değerinin de

pozitifliğinin artarak devam etmesi vakanın akut koroner sendromdan ayrımını zorlaştırmıştır. Yaş ve cinsiyet açısından risk grubunda olmamakla birlikte, sigara ve aile öyküsünün varlığı ve bunun diğer bulgularla birleşmesi sonucu koroner sendromun dışlanması gerekliliği bizi koroner anjiyografi yapmaya itmiştir.

Bu vakamızda hastanın semptomlarını tam anlamıyla tarif edememesi yanlış tanıya neden olmuştur. Belki de hastanın ilk değerlendirmesinde acil servisin yoğunluğunda anamnezin yüzeysel olarak alınması da buna katkıda bulunmuş olabilir. Bu vakada görüldüğü gibi hastanın semptomlarının birinci derece önemli olduğu, dinamik EKG değişikliği ve kardiyak enzim yüksekliği olsa bile hastanın risk faktörleri ve özgeçmişi ile birlikte değerlendirilmesi gerekliliği önem arz etmektedir.

Sonuç olarak özellikle koroner olaylar için risk grubu düşük olan ve ayrıntılı anemnez sonucu baş ağrısı, baş dönmesi ve buna benzer şikayetleri bulunan hastalarda nörolojik bir hadisenin ekartasyonu elzemdir. Özellikle akut koroner sendrom düşündüğümüz ve ivedilikle antikoagülan ve antitrombosit tedavi başlayacağımız hastalarda kafa içi kanama şüphesi var ise tedaviye başlamadan önce bu şüphe fizik muayene ve tetkiklerle dışlanmalıdır; aksi takdirde şifa niyetiyle başladığımız ilaçlar ölümcül sonuçlara neden olabilir.

## Kaynaklar

1. Harries AD. Subarachnoid haemorrhage and electrocardiogram: A review. *Postgrad Med J* 1981;57:294.
2. Melin J, Fogelholm R. Electrocardiographic findings in subarachnoid hemorrhage. *Acta Med Scand* 1983;213:5-8.
3. Yamaguchi T. A Case of Subarachnoid Hemorrhage with Electrocardiographic and Echocardiographic Changes Simulating Transmural Myocardial Infarction. *Jpn J Med* 1991;30(2):142-5
4. Woon Je Heo , Subarachnoid Hemorrhage Misdiagnosed as an Acute ST Elevation Myocardial Infarction. *Korean Circ J* 2012;42(3):216-9.
5. Koskelo P, Punsar S, Sipila W. Subendocardial haemor-

rhage and E.C.G. changes in intracranial bleeding. *Br Med J*. 1964;1(5396):1479-80.

6. Connor RCR. Myocardial damage secondary to brain lesions. *Am Heart J* 1969;78(2):145-8.

## Yazı Kayıt

**Geliş Tarihi:** 16.12.2013

**Kabul Tarihi:** 19.02.2014

**Yazışma Adresi:** Mustafa Umut Somuncu, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

**e-posta:** umutsomuncu@hotmail.com