

# Akut Koroner Sendromu Taklit Eden Polimiyozit Olgusu

## A Case of Polymyositis That Mimicking Acute Coronary Syndrome

Hakan YAVUZER,<sup>a,b</sup>  
Serap YADIGAR,<sup>a,b</sup>  
Serap YAVUZER,<sup>a</sup>  
Mahir CENGİZ,<sup>a</sup>  
Alper DÖVENTAŞ,<sup>a,b</sup>  
Deniz Suna ERDİNÇLER<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>İç Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Geriatri BD,  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 06.03.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 08.05.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Hakan YAVUZER  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
İç Hastalıkları AD,  
Geriatri BD, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drhakanyavuzer@gmail.com

**ÖZET** Polimiyozit, en sık görülen inflamatuvar miyopatidir. %5-10 hastada kas sistemi dışı tutulum görülmekte olup, kardiyak tutulum şeklinde prezantasyon çok nadirdir. Bu çalışmada, akut koroner sendrom gibi başvuran bir polimiyozit olgusu sunulmuştur. 84 yaşında göğüs ağrısı ile acile başvuran kardiyak açıdan riskli 84 yaşındaki kadın olguda, kardiyak enzimlerinin yüksek olması üzerine öncelikle akut koroner sendrom düşünüldü. Olguya, göğüs ağrısının yanında proksimal kas güçsüzlüğünün olması, tipik elektrokardiyografi bulgularının olmaması, koroner anjiyografisinde belirgin bir patoloji saptanmaması üzerine elektromiyografi ve kas biyopsisi yapıldı. İnflamatuvar miyopati saptanan olguya steroid ve metotreksat tedavisi başlandı. Şikâyetleri ve laboratuvar bulguları gerileyen olgu hâlen takip ve tedavi edilmektedir. Özetle, akut koroner sendromu taklit eden diğer hastalıklarda nadir bir durum olan polimiyozit tanısı da düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut koroner sendrom; polimiyozit; yaşlı

**ABSTRACT** Polymyositis is most common type of inflammatory myopathies. The presence of cardiac muscle involvement is rare while skeletal muscle involvement is %5-10. We wanted to present a patient with polymyositis that was similar to acute coronary syndrome (ACS). The diagnosis in the elderly female patient who admitted to emergency polyclinic with anginal symptoms and have elevated cardiac enzymes was considered primarily as a acute coronary syndrome. The electromyography and muscle biopsy were performed in the patient who had proximal myopathy and anginal symptoms although normal electrocardiography and coronary angiography findings. The steroid and methotrexate therapies were given to the patient with the diagnosis of inflammatory myopathy. The laboratory findings and complaints of the patient were improved after the therapy. In summary the diagnosis of polymyositis should be suspected in patients with diseases that mimic the acute coronary syndrome.

**Key Words:** Acute coronary syndrome; polymyositis; aged

**Türkiye Klinikleri J Intern Med 2016;1(1):48-50**

**P**olimiyozit, primer olarak simetrik proksimal kaslarda, progresif kas güçsüzlüğü ile birlikte anormal kas enzim yüksekliği ve patolojik elektromiyografi (EMG) bulguları ile birlikte olan, otoimmün kökenli en sık görülen inflamatuvar miyopatidir. Genellikle hafif belirtilerle başlayan polimiyozit tanısı, klinik ve histopatolojik bulguların varlığı ile konmaktadır. Kadın erkek oranı 2/1'dir. Hastaların %5-10'unda kas dışı (en sık akciğer) tutulum izlenebilmektedir. Kardiyak tutulum ise nadir olup, hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkmaktadır.<sup>1</sup> Hastalık aktivasyonu ile kardiyak tutulum arasında korelasyon yoktur. Literatürde akut koroner sendromu (AKS) taklit ederek prezente olan çok az sayıda olgu bildirilmiştir.<sup>2,3</sup>

## OLGU SUNUMU

Bilinen 10 yıldır koroner arter hastalığı (KAH) ve hipertansiyonu olan 84 yaşındaki kadın olgu, iki saatir süren, baskı tarzında, nefes darlığının da eşlik ettiği göğüs ağrısı nedeni ile acil servise başvurdu. Elektrokardiyografi (EKG)sinde sol ventriküler hipertrofi bulguları dışında AKS bulgusu saptanmayan olgunun, kreatinin fosfokinaz (CPK): 3196 (30-190) U/L, CK-MB: 351(0-25) U/L, Troponin-T: 0,56 ( $\leq 0,014$ ), aspartat aminotransferaz (AST) 177 (0-31) U/L, laktat dehidrogenaz (LDH): 1066 (240-480) U/L düzeylerinin yüksek olması ve devam eden göğüs ağrısı nedeni ile koroner yoğun bakım (KYB) ünitesine yatırıldı. Olgu yardımıyla yürümekte idi. TA: 130/70 mmHg, nabız dakika sayısı: 78, ritmik, üst ve alt ekstremitelerde kas gücü proksimal kaslarda 4/5 idi, diğer sistem muayenelerinde ise özellik yoktu.

Lökosit: 7,3 (4,1-10,3)  $\times 10^3/\mu\text{L}$ , hemoglobin: 11,2 (12-17,2) g/dL, hematokrit: %36 (42-52), trombosit:  $28,6 \times 10^3/\mu\text{L}$  idi. Alanin aminotransferaz (ALT): 192 (0-31) U/L, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 57 (<20) mm/saat ve C-reaktif protein (CRP): 14 (0-5) mg/L olan olgunun diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Ekokardiyografi (EKG)'sinde sol ventrikül hipertrofik olup, septum bazalinde hafif hipokinezi, hafif mitral ve aort yetersizliği izlendi. Ejeksiyon fraksiyonu %55 bulunurken, perikard sıvısı da görülmedi. Koroner anjiyografisinde anlamlı değişiklik yoktu. KYB izlemeleri sırasında göğüs ağrısı gerileyen, EKG'sinde AKS bulgusuna rastlanmayan, ancak CPK düzeyleri gerilemeyen olgu geriatri servisine yatırıldı. Olgu AKS ve yüksek CPK ile prezente olan rabdomiyoliz, malignite ilişkili miyopati, ilaçlar ve inflammatuar miyopati gibi nedenler açısından incelendi. EMG'de üst ve alt ekstremitelerde motor ve duysal yanıtlar normal, ancak aktif spontan denervasyon ve membran ekstabilitate artışının eşlik ettiği "miyogen tutulum" izlendi. Kas biyopsisi "inflammatuar miyopati" ile uyumlu gelen olguda malignite dışlanması amacıyla çekilen tomografilerinde maligniteye rastlanmadı. CPK düzeyleri 2000-3000 U/L arasında seyreden olguda göğüs ağrısı tekrarlamadı. Polimiyozit tanısı ile 30 mg/gün prednizolon

başlandı. İki aylık tedavi sonrasında olgunun CPK düzeyinde yeterli gerileme olmaması üzerine tedavisine metoteraksat 15 mg/g eklendi. İzleyen süreçte CPK düzeyleri geriledi ve kas gücü düzeldi.

Polimiyozitin diğer sistem tutulumları olmayan olgu, gelişebilecek olası malignite açısından da izlem altındadır.

## TARTIŞMA

Polimiyozit en sık görülen inflammatuar miyopati- dir. İlk kez Oppenheim tarafından tanımlanan bu hastalık genellikle hafif belirtilerle başlamaktadır.<sup>1</sup> Primer olarak proksimal iskelet kaslarını tutan hastalık nadir olarak kalp kasını tutmaktadır.<sup>4</sup> Bizim olgumuzda ilk başta anjina tarzında göğüs ağrısının olması, önceden bilinen KAH'ın hikâyesi nedeni ile ilk planda AKS olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Polimiyozitte kardiyak tutulum perikardiyal efüzyon, perikardit, aritmiler, miyokardiyal hasar ve kalp yetersizliği şeklindedir. En sık görülen semptomlar ise kas güçsüzlüğü (%90), nefes darlığı (%10), anjina (%7) ve ödem (%3) şeklindedir.<sup>5-9</sup> Olgumuzun izlemlerinde, göğüs ağrısına neden olabilecek diğer nedenler (enfeksiyon, perikardiyal efüzyon, reflü vd.) dışlandı ve göğüs ağrısının devam etmemesi nedeni ile ilk başvurudaki anjina semptomunun, polimiyozit tutulumuna bağlı olduğu düşünüldü. Olgumuzdaki AKS prezantasyonu, polimiyozit için çok nadir olup, literatürde az sayıda olgu bildirimi mevcuttur.<sup>2,3</sup>

Polimiyozit, klinik bulgular açısından zengindir. Kas güçsüzlüğü en sık görülen, hastayı hekime götüren başlıca şikâyettir. Kas güçsüzlüğü proksimal kaslarda ve simetriktr. Klinik tablonun sebebinin, gerçek kas güçsüzlüğü mü; yoksa asteni, kardiyopulmoner hastalık, artrit, anemi, kaşeksi, depresyon ve fibromiyalji gibi başka nedenlere mi bağlı olduğunun saptanması gerekir. Olgumuz, tipik polimiyozit semptomu olan kas güçsüzlüğünün belirgin olmaması ve polimiyozitte nadir prezantasyon şekillerinden biri olan kardiyak semptomlarla başvurması nedeni ile ilginçtir. Askari ve Huettner'in çalışmasında kardiyak tutulum iskelet kası tutulumundan birkaç yıl

önce başlamıştır.<sup>10</sup> Odabaşı ve ark.nın çalışmasında akut kalp yetmezliği, Stougiannos ve ark.nın çalışmasında ise hastalara miyokard infarktüsü sonrası tanı konmuştur.<sup>2,3</sup>

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi, bilinen rutin öykü ve fizik muayeneden bazı farklılıklar göstermektedir. Yaşlanmanın doğal sonucu gibi düşünülen durumların altında, aslında sessiz ama ciddi tehdit oluşturan hastalıklar yatabileceği gibi, sık rastlanan hastalıklar da atipik semptomlarla ortaya çıkabilmektedir.

Yaşlılarda hastalıkların klinik prezantasyonu gençlerden farklı olabilmektedir. Örneğin; pnömoni, ateş olmaksızın fonksiyonel kapasitede azalma veya genel durumda bozulma gibi ortaya çıkabilir. Semptomun ne zaman başladığını belirleyebilmek için hastalara fonksiyonel kısıtlılıkla ilgili sorular sorulmalıdır. Ayrıca yine sistemlerle ilgili semptomlar hastalara tek tek sorulmalıdır. Örneğin; kardiyovasküler sistemle ilgili; göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, ödem, hipertansiyon, geçirilmiş AKS öyküsü, nörolojik sistemle ilgili; senkop,

nöbet, güçsüzlük, tremor, koordinasyon bozukluğu, dengesizlik gibi yaşlılarda sık rastlanılan hastalıklara ait semptomlar ve yine yaşlılarda sık rastlanılan üriner inkontinans, düşme, dengesizlik, konstipasyon, depresyon gibi geriatrik sendromlar ile ilgili sorular sorulmalıdır.

Hastalık tablolarının nonspesifik prezantasyonları işlevsel ve/veya bilişsel bozulmayla, etkilenen organdan uzak başka sistemlerdeki etkilerle ortaya çıkabilmektedir. Baş dönmesi, sersemlik, yeme-içme zorlukları, kilo kaybı, kendine iyi bakamama ve genel kötüleşme bunlardan bazılarıdır. Bizim olgumuzun literatürdeki ağır kardiyak tutulumu olan olgulardan farklı olarak daha hafif semptomlarla başvurmuş olması, yaşlılardaki atipik klinik prezantasyonların önemini göstermektedir.

Özetle; tipik göğüs ağrısı ile başvuran, AKS'yi taklit eden polimiyozit olgusu, alışılanın dışında bir durumdur. Ayırıcı tanısı zordur ve koroner anjiyografi gerektirebilir. AKS ile başvuran yaşlı hastalarda nadir bir durum olan polimiyozitin kardiyak tutulumu da akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

- DeVere R, Bradley WG. Polymyositis: its presentation, morbidity and mortality. *Brain* 1975; 98(4):637-66.
- Odabasi Z, Yapundich R, Oh SJ. Polymyositis presenting with cardiac manifestations: Report of two cases and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg* 2011;112(2): 160-3.
- Stougiannos PN, Mytas DZ, Katsaros AA, Kakkavas AT, Androulakis AE, Kallikazaros IE, et al. Chest pain and ST-segment elevation in a patient with polymyositis: a case report. *Cases J* 2009;2(1):84.
- Lundberg IE. The heart in dermatomyositis and polymyositis. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45 Suppl 4:iv18-21.
- Rechavia E, Rotenberg Z, Fuchs J, Strasberg B. Polymyositic heart disease. *Chest* 1985; 88(2):309-11.
- Haupt HM, Hutchins GM. The heart and cardiac conduction system in polymyositis and dermatomyositis: a clinicopathologic study of autopsied patients. *Am J Cardiol* 1982; 50(5):998-1006.
- Bhan A, Baithun SI, Kopelman P, Swash M. Fatal myocarditis with acute polymyositis in a young adult. *Postgrad Med J* 1990;66(773): 229-31.
- Tami LF, Bhasin S. Polymorphism of the cardiac manifestations in dermatomyositis. *Clin Cardiol* 1993;16(3):260-4.
- Kuru S, Inukai A, Sobue G, Yasuma F, Konayaga M, Matsuoka Y. [A patient of polymyositis with severe myocardial damage and conduction block]. *Rinsho Shinkeigaku* 1999;39(2-3):356-9.
- Askari AD, Huettner TL. Cardiac abnormalities in polymyositis/dermatomyositis. *Semin Arthritis Rheum* 1982;12 (2):208-19.