

# Midventriküler Obstrüksiyon ve Apikal Anevrizma Bulunan Hipertrofik Kardiyomiyopati Olgusu

A CASE OF HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY ASSOCIATED WITH MIDVENTRICULAR OBSTRUCTION AND APICAL ANEURYSM: ORIGINAL IMAGE

Dr. Hürkan KURŞAKLIOĞLU,<sup>a</sup> Dr. Atila İYİSOY,<sup>a</sup> Dr. Turgay ÇELİK,<sup>a</sup>  
Dr. Basri AMASYALI,<sup>a</sup> Dr. Sedat KÖSE,<sup>a</sup> Dr. Ersoy IŞIK<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kardiyoloji AD, GATA, ANKARA

**M**idventriküler obstrüksiyon ve apikal anevrizma bulunan bir hipertrofik kardiyomiyopati (HKMP) olgusu sunulmaktadır. Olgumuzda ilginç olarak sol ventrikülün hipertrofik bölgesini besleyen aberan koroner arterler bulunmakta ve bunlar sistolik kompresyona uğramaktadır.

Altmış üç yaşındaki kadın hasta yaklaşık bir yıldır mevcut olan ve son bir aydır artış gösteren göğüs ağrısı, çarpıntı ve eforla gelen nefes darlığı yakınmalarıyla polikliniğe müracaat etti. Göğüs ağrısı eforla ortaya çıkan retrosternal baskı tarzındaydı ve istirahat ile birkaç dakikada rahatladığını ifade ediyordu. Daha önce müracaat ettiği birinci basamak sağlık kuruluşlarında kendisine bir anormallikten bahsedilmemiş. Fizik muayenede arteriyel kan basıncı (AKB): 95/55 mmHg nabız: 88/dakika ve ritmikti. Sternum sol alt kenarında 3/6 şiddette sistolik ve hafif-orta şiddette diyastolik üfürüm duyuluyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. EKG'de V2-6 derivasyonlarında T dalga negatifliği mevcuttu. Telegrafide kardiyomegali ya da pulmoner konjesyon bulguları yoktu. Ekokardiyografik incelemede sol ventrikülde midventriküler hipertrofi mevcut olduğu ve bu

bölgede 90 mmHg gradient bulunduğu görüldü. Sol ventrikül apeksi anevrizmatikti. Talyum (Tl 201) miyokard perfüzyon sintigrafisinde sol ventrikül apeksinde sabit perfüzyon defekti tespit edildi. Bu bulgularla hasta kalp kateterizasyonu ve sağ femoral arter yoluyla yapılan işlemde sol ventrikülde midventriküler obstrüksiyon bulunduğu ve sol ventrikül apeksinin anevrizmatik olduğu görüldü (Resim 1). Sol ventrikül apikal ve bazal bölümleri arasında 80 mmHg basınç gradienti saptandı. Epikardiyal koroner arterler normaldi. Ancak sol ventrikülün hipertrofik bölgesini besleyen aberan arteriyel ağ bulunduğu ve bu ağın sistolde kompresyona uğradığı görüldü (Resim 2a ve 2b).

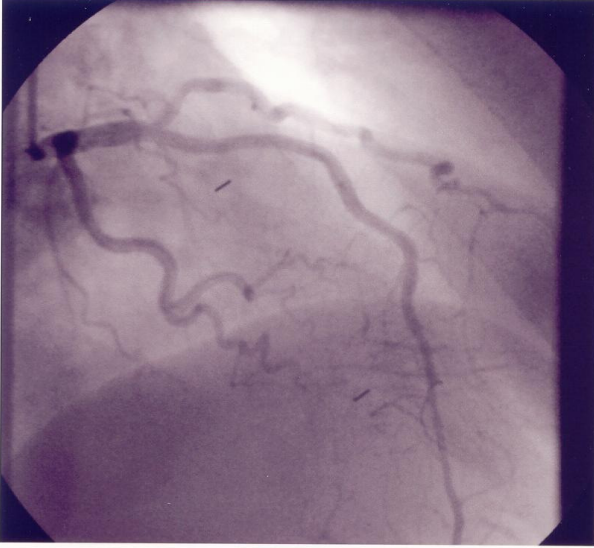


**Resim 1.** Sol ventrikülografide midventriküler obstrüksiyon ve apikal bölgedeki anevrizma izlenmekte.

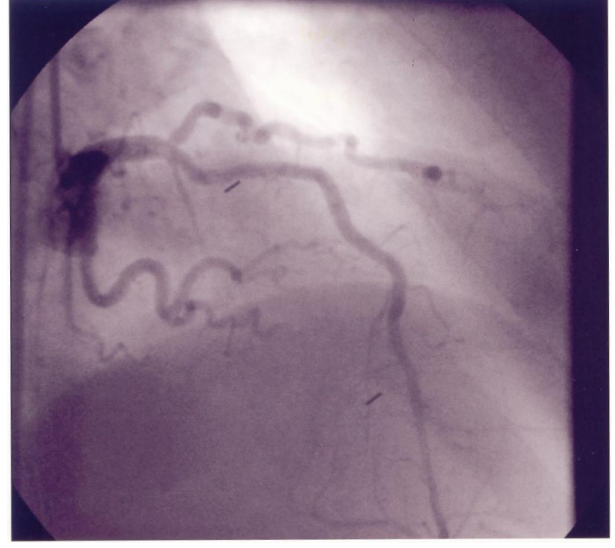
Geliş Tarihi/Received: 23.08.2004 Kabul Tarihi/Accepted: 25.02.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Hürkan KURŞAKLIOĞLU  
GATA, Kardiyoloji AD,  
06018, Etlik, ANKARA  
shurkan@superonline.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri



**Resim 2a.** Diyastolde midventriküler bölgede optuse marginal ve diagonal arterlerin dallarının oluşturduğu aberan arteriyel ağ görülüyor.



**Resim 2b.** Sistolde aberan arteriyel ağ kompresyona uğramış durumda.

Hasta beta bloker (karvedilol 12.5 mg/gün) tedavisiyle takibe alındı. Altı aylık takip sonunda şikayetlerinde önemli derecede azalma olduğunu ifade etti.

Olgumuzda sol ventrikülün hipertrofik bölgesini besleyen aberan arteriyel ağ bulunmakta ve bu aberan arteriyel ağ sistolik kompresyona uğramaktadır.

Midventriküler obstrüksiyon HKMP'nin nadir görülen bir tipidir ve epikardiyal koroner arterler normal olduğu halde apikal miyokard infarktüsü sonucu duvar hareket bozukluğu ile komplike olabilir. Fighali ve ark. midventriküler obstrüksiyon bulunan HKMP olgularında aterosklerotik koroner arter darlığı olmadan bölgesel ya da generalize sol ventrikül duvar hareket bozukluğu oluşabildiğini göstermişlerdir.<sup>1</sup> Yazarlar midventriküler seviyedeki ciddi obstrüksiyonun apikal hipertrofiye sebep olduğunu ve bunu da apikal dilatasyonun izlediğini ileri sürmektedirler. Bu hipotez son derece akılcıdır ve bizim olgumuz için de geçerli olabileceği düşünülebilir. Ayrıca bizim olgumuzda midventriküler hipertrofi bölgesinde koroner arterlerin kompresyona uğraması da iskemi sebebi olabilir. Hem apikal bölgenin önündeki önemli basınç yükü hem de bahsedilen koroner anormallikler bu bölgede infarktüs ya da anevrizma oluşumuna kat-

kıda bulunmuş olabilir. Harada ve ark. benzer bir olguda apikal anevrizma gelişiminden aynı mekanizmaların sorumlu olabileceklerini ileri sürmektedirler.<sup>2</sup> Gerçekten de HKMP olgularında epikardiyal koroner arterler normal olsa da küçük arterlerin sistolik kompresyonunun iskemi hatta infarktüse neden olabileceği bilinmektedir.<sup>3</sup> Ancak apikal anevrizma gelişiminde bu faktörlerin hangisinin ne derece etkili olduğunu ortaya koymak mümkün değildir.

Sol ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu bulunan HKMP olgularının tedavisinde septal arterlerin alkol ablasyonu, DDD pacemaker veya septal myotomi gibi cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemlerin midventriküler obstrüksiyondaki etkinliği pek bilinmemektedir. Bu tip olgularda beta blokerler, verapamil veya klas I antiaritmik ajanlar kullanılmaktadır.<sup>3</sup> Bizim olgumuzda da beta bloker ile tedaviye başlanmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Fighali S, Krajcer Z, Edelman S, Leachman RD. Progression of hypertrophic cardiomyopathy into a hypokinetic left ventricle: Higher incidence in patients with midventricular obstruction. *J Am Coll Cardiol* 1987;9:288-94.
2. Harada K, Shimizu T, Sugishita Y, et al. Hypertrophic cardiomyopathy with midventricular obstruction and apical aneurysm. *Jpn Circ J* 2001;65:915-9.
3. Maron BJ. Hypertrophic cardiomyopathy. *Curr Probl Cardiol* 1993;18:642-93.