

Wellens Sendromu: Kritik Sol Ön İnen Koroner Arter Darlığı

Wellens' Syndrome: Critical Left Anterior Descending Artery Stenosis

Nuri Köse, Fatih Akın, İbrahim Altun

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye



Öz

Wellens sendromu (WS) sol ön inen arterin kritik daralması ile ilişkili elektrokardiyografik (EKG) T dalga değişiklikleri paternidir. EKG değişiklikleri V2-4 prekordiyal derivasyonlarda derin, simetrik veya bifazik T dalgaları olarak tariflenir. Bu sendromda T dalga değişiklikleri genellikle ağrısız dönemde oluşur. Bu değişikliklerin sebebi tam bilinmemektedir. Bu gözlenen T dalga değişiklikleri infarktüs öncesi bulgu olup anterior miyokard infarktüsüne ilerleyebilir. Bu sendrom ile başvuran olgulara provokatif test yapılmaksızın direk koroner anjiyografi planlanmalıdır. Erken koroner revaskülarizasyon yapılmadığı zaman mortalite ve morbidite sebebi olabilir. WS'ye günlük klinik pratikte sık rastlanmasına rağmen kardiyoloji kitaplarında nadiren tariflenmiştir. Amacımız WS'nin klinik önemine dikkati çekmektir. WS ile acil servise başvuran 44 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz.

Abstract

Wellens' syndrome (WS) is a pattern of electrocardiographic (ECG) T-wave changes associated with critical narrowing of the left anterior descending artery. ECG changes are described as deeply-inverted or symmetrical or biphasic T waves in V2-V4. T wave changes in the syndrome usually occur during a pain-free interval. The origin of these changes is unclear. These T wave changes are the sign of preinfarctional state and can progress to myocardial infarction. Coronary angiography should be planned for patients presenting with this syndrome without performing provocative tests. There is an increased risk for morbidity and mortality in the absence of urgent coronary revascularization. Although WS is frequently encountered in the daily clinical practice, it is rarely described in cardiology books. Our aim was to point out the clinical importance of WS. We report the case of a 44-year-old male patient who presented to the emergency department with WS.

Anahtar Kelimeler

Akut koroner sendrom, elektrokardiyografi, koroner anjiyografi

Keywords

Acute coronary syndrome, electrocardiography, coronary angiography

Geliş Tarihi/Received : 25.08.2014

Kabul Tarihi/Accepted : 17.09.2014

doi:10.4274/meandros.1800

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Dr. Nuri Köse,
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye
E-posta : dnrurikose@hotmail.com

©Meandros Medical and Dental Journal,
published by Galenos Publishing.

©Meandros Medical and Dental Journal,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

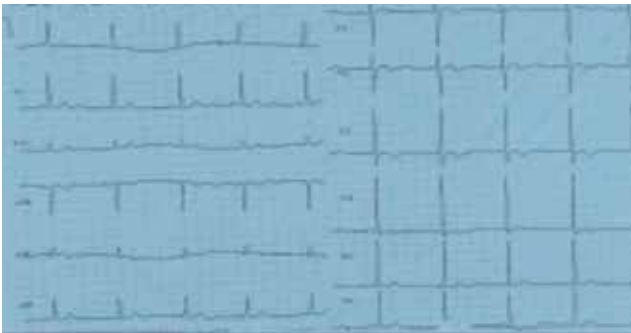
Giriş

Akut koroner sendromlu olgularda miyokardiyal iskeminin erken tanı ve tedavisinin yanı sıra sorumlu damarı tahmin etmekte önemlidir. 1982 yılında De Zwann ve ark. (1), kararsız anjinalı hastalarda karakteristik elektrokardiyografi (EKG) paterni tarif etmişlerdir. Wellens sendromu (WS) olarak bilinen bu durum T dalga inversiyonunun özel bir paterni ve sol ön inen arter (LAD) kritik darlığı ile karakterizedir.

Anterior prekordiyal derivasyonlarda (V2-4) derin, simetrik, negatif ya da bifazik T dalgaları mevcuttur. Bu sendrom LAD koroner T- dalga sendromu olarak da bilinir (2). Bu sendromun özelliği anjinal şikayeti olan bir hastada serum kardiyak enzim değerlerinde yükselme olmaksızın T dalga değişikliklerini içerir. Biz bu yazıda 44 yaşında erkek hastada EKG'de WS olarak tariflenen bulguları olan akut koroner sendrom olgusunu sunduk.

Olgu Sunumu

Kırk dört yaşında erkek hasta 5 dakika sürüp geçen retrosternal göğüs ağrısı şikayeti ile aynı gün acil servise başvurdu. Bir aydır efor anjinası öyküsü tarifliyordu. Koroner arter hastalığı için aile öyküsü pozitif ve sigara içicisi idi. Hastanın muayene sırasında semptomu yoktu. Fizik muayenesinde kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 62/dakika ve ritmikti. Diğer sistem muayeneleri doğal idi. EKG'de ritim sinüzal, normal aks ve WS tip 2 olarak tanımlanan V2-4 derivasyonlarda negatif T dalgaları saptandı (Şekil 1). Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül apikal duvar hareketlerinde hafif hipokinezi tespit edildi. Hasta akut koroner sendrom tanısı ile kardiyoloji kliniğine yatırıldı. Seri kreatin kinaz-miyokardiyal band ve troponin T kardiyak enzim takiplerinde yükselme izlenmedi ve diğer testleri normaldi. Medikal tedavisinde nitrat, düşük molekül ağırlıklı heparin, asetilsalisilik asit, klopidoğrel, beta bloker, statin başlandı. Koroner anjiyografide LAD orta segmentte lümende %95 darlık yapan kritik darlık saptandı (Şekil 2). Sirkümfleks ve sağ koroner arter normaldi. LAD kritik lezyona perkütan koroner girişim uygulandı ve paklitaksel salınımlı stent implante edildi. Hastanın bir gün sonra taburcu öncesi çekilen EKG'sinde ön göğüs



Şekil 1. Başvuru sırasında çekilen elektrokardiyografide V2-4 derivasyonlarda negatif T dalgaları

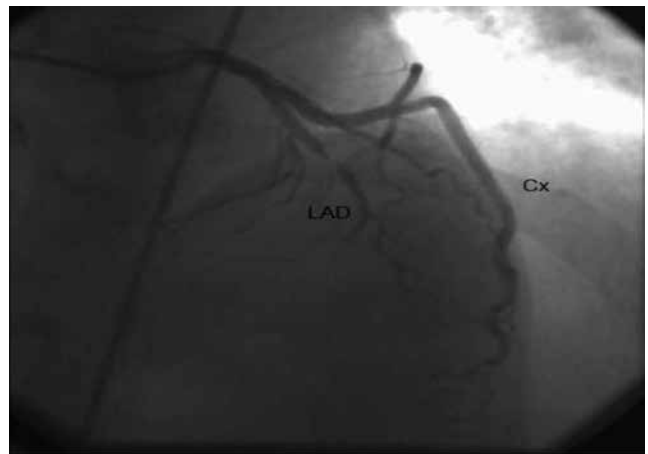
derivasyonlarında negatif T dalgaları sebat ediyordu. Ancak 1 ay sonraki kontrolünde EKG tamamen normaldi.

Tartışma

İlk olarak 1982 yılında De Zwann ve ark. (1) anterior miyokard infarktüsü (MI) gelişme riski yüksek hastalarda karakteristik EKG paterni tarif etmişlerdir. De Zwaan ve ark.'nın (1) yaptığı ilk çalışmada kararsız anjina ile başvuran hastaların 145 hastanın 26'sında (%18) karakteristik EKG paterni izlemişlerdir. Bu alt grupta koroner anjiyografi yapılmayan hastaların büyük kısmının birkaç hafta içinde anterior MI ile başvurduklarını tespit etmişlerdir. Daha sonra yaptıkları prospektif bir çalışmada hastaneye yatırılan 1260 hastanın 180'inde (%14) karakteristik EKG paterni tespit etmişlerdir. Bu hastaların hepsine koroner anjiyografi yapmışlar ve %50'den

Tablo 1. Wellens sendromunun klinik ve elektrokardiyografik kriterleri

Anjina hikayesi
Normal ya da hafifçe yükselmiş kardiyak enzimler (genellikle normalin iki katından az)
V2-3 ve bazen V1-4, V5, V6 derivasyonlarda bifazik ya da ters, simetrik, derin T dalgaları
İzoelektrik hatta veya minimal yüksek ST segmenti (<1 mm)
Prekordiyal R dalga progresyon kaybının olmaması
Prekordiyal Q dalgalarının yokluğu



Şekil 2. Koroner anjiyografide anteroposteriyör-kraniyal görüntülemeye sol ön inen koroner arterde orta segmentte lümende %95 darlık görüntüsü

LAD: Sol ön inen arter, Cx: Sirkümfleks arter

tam tıkanıklığa değişen önemli LAD lezyonları saptamışlardır (3). WS önemli LAD darlığının sebep olduğu prekordiyal derivasyonlarda simetrik, ters T dalgaları veya bifazik T dalgaları ile karakterizedir (1). WS'nin iki tipi tanımlanmıştır. WS tip 1, V2-3 derivasyonlarında bifazik T dalgaları ile karakterizedir. WS tip 2, tipik olarak V2-3 ve bazen V1-4, V5, V6 derivasyonlarda derin, simetrik, negatif T dalgaları ile karakterizedir ve vakaların çoğunluğunu oluşturur. Bu gözlenen T dalga değişiklikleri infarktüs öncesi bulgu olup klinik seyir anterior Mi'ye ilerleyebilir. T dalga değişiklikleri geçici olabilir, tedavi ile düzelebilir veya aylarca devam edebilir. Hastalarda yakın zamanda olan göğüs ağrısı hikayesi vardır. Göğüs ağrısı bu EKG değişiklikleri olduğu zamanda genelde yoktur. ST segmenti genelde izoelektrik hattadır ve prekordiyal derivasyonlarda patolojik Q dalgaları yoktur (Tablo 1) (2-4). WS'li hastalar uygun tedavi edilmediği takdirde anterior Mi'ye ilerleme riski yüksektir. Bu durum ise sonuçta önemli bir morbidite ve mortalite artışına yol açabilir. Ayrıca bu hastalara stres testi yapmak riskli olabilir. Miyokard perfüzyon sintigrafisi gibi zaman alıcı tetkikler tedaviyi geciktireceği için zaman kaybına yol açabilir. Bu hastalara direk koroner anjiyografi yapılmalı ve revaskülarizasyon için uygun tedavi stratejisi seçilmelidir. Anjinal hastalarda WS'nin teşhisi hayati önem taşıyabilir (4,5). Bizim sunduğumuz hastada WS olarak tariflenen tipik EKG paterni mevcuttu. Bu sendroma sahip hastalarda sorumlu lezyon çoğunlukla LAD proksimal segmente olabileceği gibi bizim olgumuzda olduğu gibi orta segmentte de olabilir (6). Acil servislerde anjinal göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda özellikle troponin normal olduğu durumlarda hastanın yatırılması ertelenebilmektedir. Halbuki Wellens tipi EKG paterni olan hastaların hastaneye yatışı geciktirilmemelidir.

Sonuç

Sonuç olarak WS tanısı konan hastalar hastaneye yatırılmalı, medikal tedavi başlanmalı ve provakatif testler yapılmaksızın direk koroner anjiyografi

planlanmalıdır. Böylece bu hastalar anterior Mi'ye ilerlemeden erken girişim yapılarak kardiyak mortalite ve morbidite azaltılabilir.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Nuri Köse, Konsept: Nuri Köse, Fatih Akın, Dizayn: Nuri Köse, İbrahim Altun, Veri Toplama veya İşleme: Nuri Köse, Fatih Akın, Analiz veya Yorumlama: Nuri Köse, Fatih Akın, İbrahim Altun, Literatür Arama: Nuri Köse, İbrahim Altun, Yazan: Nuri Köse.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. De Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in the left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. *Am Heart J* 1982; 103: 730-6.
2. Aufderheide TP, Gibler WB. Acute ischemic coronary syndromes. In: Rosen P, Barkin R, editors. *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, 4th St Louis: Mosby-Year Book; 1998.p.1688-91.
3. de Zwaan C, Bär FW, Janssen JH, Cheriex EC, Dassen WR, Brugada P, 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. Tatli E, Aktöz M. Wellens' syndrome: the electrocardiographic finding that is seen as unimportant. *Cardiol J* 2009; 16: 73-5.
6. Kardesoglu E, Celik T, Cebeci BS, Cingozbay BY, Dincturk M, Demiralp E. Wellens' syndrome: a case report. *J Int Med Res* 2003; 31: 585-90.