

Atriyoventriküler tam blok tespit edilen asemptomatik iki olgu

Şevket BALTA (*), Hasan Kutsi KABUL(*), Sait DEMİRKOL (*), Uğur KÜÇÜK(*), Murat ÜNLÜ(**),
Zekeriya ARSLAN(***)

ÖZET

Atriyoventriküler tam blok iletim sisteminde fonksiyonel ya da anatomik bozukluklar sonucu atrium ve ventrikül arasındaki akımın kesilmesi ya da gecikmesine bağlı olarak gelişen ritm bozukluğudur. Atriyoventriküler tam blok konjenital ve kazanılmış olarak görülebilir. Toplumda sıklığı farklı çalışmalarda 100 binde 2 ile 4 arasında değişmektedir. Biz de etyolojisi bilinmeyen iki asemptomatik AV tam blok vakasını tanımladık. Toplumda asemptomatik atriyoventriküler tam blok vakalarının tanınmasının önemini ve bu vakalarda kalıcı kalp pili uygulamalarının endikasyonları ve komplikasyonlarını tartıştık.

Anahtar kelimeler: Asemptomatik; Atriyoventriküler tam blok.

SUMMARY

Two cases of asymptomatic complete atrioventricular block

Complete atrioventricular (AV) block is a delay or an interruption in the transmission of an impulse from atria to ventricles due to an anatomic or a functional impairment in the conduction system. Complete atrioventricular block may be congenital or acquired. The prevalence of asymptomatic third-degree AV block varies between 2 and 4 per 100,000 in different studies. We are reporting two cases of asymptomatic complete AV block with unknown etiology. The importance of recognizing an asymptomatic complete AV block in the population, the indications and complications of pacemaker placement are discussed.

Key words: Asymptomatic; Complete atrioventricular block.

Giriş

Atriyoventriküler (AV) tam blok atriyum ve ventrikül arasındaki elektriksel iletinin gecikmesi veya kesilmesine bağlı olarak gelişen ritm iletim bozukluğudur. AV tam blok akut miyokard infarktüsü, kronik iskemik kalp hastalığı, dejeneratif kalp hastalıkları, miyokardit, kardiyak cerrahi işlemler, tümörler, kollajen doku hastalıkları, travma, infiltratif hastalıklar, nöromusküler bozukluklar, konjenital nedenler, miksödem, ilaçlar ve elektrolit bozuklukları gibi bir çok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir (1). Yetişkinlerde ilaç toksisitesi, koroner arter hastalığı ve dejeneratif bozukluklar AV tam bloğun en sık nedenleridir. Genç erişkinlerde neden genellikle konjenitaldir. Kardiyak cerrahi ve elektrofizyolojik ablasyon işlemleri de bu grup hastada AV tam bloğa neden olmaktadır. Konjenital AV tam blok sıklıkla annedeki konnektif doku hastalığına bağlı plasentadan geçen antikorlara ve yapısal kalp hastalığına bağlı olarak gelişebilir. AV tam blok çoğunlukla semptomatik olmasına rağmen nadiren asemptomatik olarak kalır (2). Biz de burada AV tam bloğa rağmen asemptomatik olan iki vakayı tanımladık.

Olgu 1

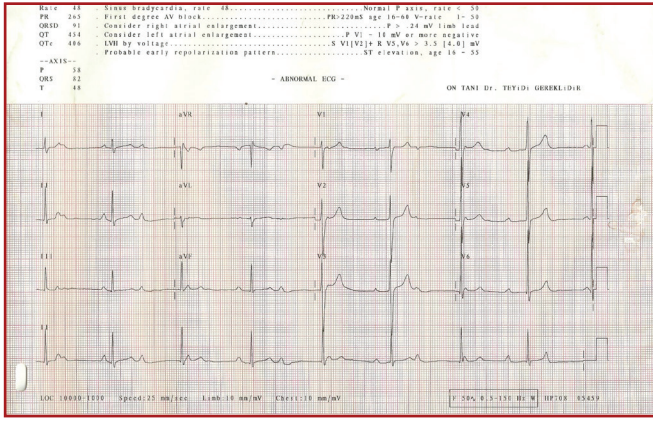
Yirmi iki yaşında erkek hasta polikliniğimize rutin sağlık kontrolü için başvurdu. Hastanın hikayesinde göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, bayılma, göz karması, baş dönmesi gibi şikayetler yoktu. Öyküsünde ateş, döküntü, eklem ağrısı ve yakın zamanda seyahat öyküsü bulunmamaktaydı. Hasta daha önce herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamıştı. Yapılan fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Çekilen elektrokardiyografide dar QRS'li kaçış ritminin eşlik ettiği atriyoventriküler tam blok vardı ve kalp hızı 48/dk idi (Resim 1). Akciğer grafisi normal sınırlardaydı. Yapılan ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu % 67 idi ve fizyolojik mitral yetmezliği vardı. Tam kan tetkiki, böbrek ve karaciğer fonksiyon testi gibi metabolik testleri ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. İdrar tetkikinde herhangi bir patoloji yoktu ve toksikolojik testleri normaldi. C3 ve C4 kompleman faktörler, Anti ds DNA, Antinükleer, Anti SSa ve Anti SSb, Anti kompleman ve anti nötrofil stoplazmik antikor normal sınırlarda idi. 24 saatlik holter tetkikinde kalp hızı 41-89 arasında idi. Doktor gözetiminde efor testinde efor kapasitesi 15 METs idi ve kalp hızı 47 den 147'ye, kan basıncı 115/75 mmHg'dan 155/80 mmHg'ya yükseldi. Efor testi ve dinlenme fazında farklı bir atriyal ve ventriküler aktivite gözlenmedi. Ayrıca hastanın QTc süresi aktiviteye uygun

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kardiyoloji Bilim Dalı Ankara

**Beytepe Asker Hastanesi Kardiyoloji Kliniği Ankara

***Gelibolu Asker Hastanesi Kardiyoloji Kliniği Çanakkale

Ayrı basım isteği: Şevket BALTA,
GATF Kardiyoloji Bilim Dalı,
Etlik-06018, ANKARA
e-mail: drsevketb@gmail.com

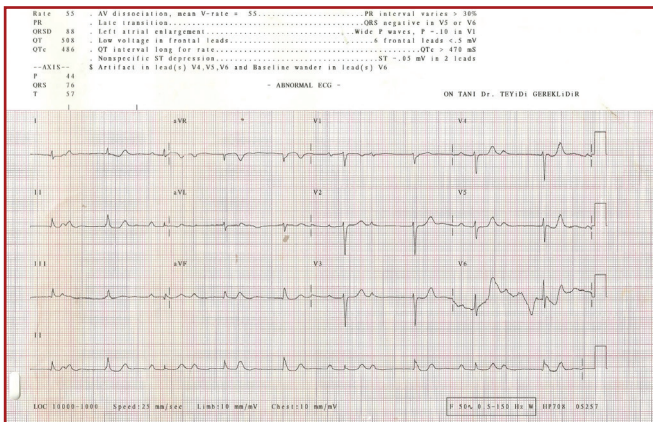


Resim 1. Rutin tetkikler esnasında çekilen EKG'de AV tam blok görüntüsü

olarak daraldı. Hastaya tüm bu bulgular ışığında kılavuz önerilerine göre sınıf 2b endikasyonu nedeniyle kalıcı kalp pili tavsiye edildi. Hasta öneriyi kabul etmedi. Hasta tedavisiz takibe alındı. Üç aylık izlemde herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Olgu 2

Elli altı yaşında bayan hasta aile sağlığı merkezinde yapılan rutin kontrollerde elektrokardiyografide tam blok saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi planlanması için kliniğimize sevk edildi. Hikayesinde göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, bayılma, göz karaması, baş dönmesi gibi şikayetler yoktu. Özgeçmişinde kronik hastalık ve herhangi bir nedenle ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Ayrıca hastanın öyküsünde ateş, döküntü, eklem ağrısı ve yakın zamanda seyahat öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde herhangi bir patoloji yoktu. Elektrokardiyografide dar QRS'li kaçış-junctional ritmin eşlik ettiği atriyoventriküler tam blok vardı ve kalp hızı 55/dk idi (Resim 2). Akciğer grafisi normal sınırlarda idi. Yapılan ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu % 63 ve 1' triküspit yetmezliği vardı. Yapılan tam kan tetkiki, böbrek ve karaciğer fonksiyon testi gibi metabolik testleri ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. İdrar tetkikinde herhangi bir patoloji yoktu ve toksikolojik testleri normaldi. C3 ve C4 kompleman faktörleri, Anti ds DNA, Antinükleer, Anti SSa, Anti SSb, ve anti nötrofil stoplazmik antikor normal idi. 24 saatlik holter tetkikinde kalp hızı 48-95 arasında idi. Nadir atriyal ekstrasistol gözlemlendi. Hastaya doktor gözetiminde efor testi yapıldı. Efor kapasitesi 12 METs ve kalp hızı 53 den 139'a, kan basıncı 125/75 mmHg'dan 139/86 mmHg'ya yükseldi. Efor testi ve dinlenme fazında farklı bir at-



Resim 2. Elli altı yaşında bayan hastanın çekilen EKG'de AV tam blok görüntüsü

riyal ve ventriküler aktivite gözlenmedi. Ayrıca hastanın QTc süresi aktiviteye uygun olarak daraldı. Hastaya kılavuz önerilerine göre kalıcı kalp pili sadece tavsiye edildi. Hasta tedavisiz takibe alındı. İki aylık izlemde herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Tartışma

Biz burada asemptomatik olarak farklı zamanlarda tesadüfen tespit edilen iki AV tam blok vakasını tanımladık. Çocuklarda yüzde 2 oranında tespit edilmesine rağmen yetişkinlerdeki oranı net değildir. AV tam blokların çocuklarda en sık nedeni konjenital iken, yetişkinlerde ilerleyen yaşa bağlı olarak gelişen dejenerasyon, ilaç kullanımı ve koroner arter hastalığıdır. Konjenital tam bloğun etyolojisinde hasta bireylerin annelerindeki subklinik veya klinik kollajen doku hastalığının ilişkisi öne sürülmektedir. Bu hastalıklara sahip annelerden plasental yolla geçen IgG tipi anti SSa/Ro veya anti SSb/La varlığı ile tam kalp bloğu arasındaki ilişki tanımlanmıştır (3). Ayrıca otozomal dominant görülen ailesel konjenital AV tam bloklar vardır. Konjenital AV tam blok tipik olarak intrauterin ve erken bebeklik döneminde görülmesine rağmen nadiren yetişkin yaşa kadar asemptomatik seyredip tesadüfen tanı konabilir. Ayrıca çocuklarda ablasyon ve cerrahi sonrası AV tam bloklar gözlenmekte ve bu hastalar ileri yaşlara kadar asemptomatik kalabilmektedir. Bizim iki hastamızda da öykülerinde ablasyon ve kardiyak cerrahi yoktu. Lyme hastalığı, viral ve bakteriyel miyokardite bağlı olarak tam blok gözlenebilir. Diğer nedenler arasında romatizmal kardit, intrakardiyak tümörler, familiyal disotonomiler, anestezi ilaç kullanımı bulunmaktadır. Ayrıca uyuşturucu madde kullanımında atriyoventriküler blok nedenleri arasında görülmektedir. Olgularımızda yapılan toksikolojik analizde herhangi bir patolojiye tespit edilmedi.

Bu hastalara olası ani kardiyak ölüm nedeniyle kalıcı kalp pili gerekebilir. ACC/AHA kılavuzu kalıcı kalp pilini hasta şikayetleri, kalp fonksiyonları ve kalp hızına göre sınıflandırmıştır. Bu kılavuza göre semptomatik veya ventriküler aritmi gelişen yada uyanırken kalp hızı 40/dk altında olan üçüncü derece bloklar sınıf 1 endikasyon olarak sunulmuştur. Ayrıca üçüncü derece blokların nöromusküler hastalığa bağlı gelişmesi veya atriyoventriküler bloğun kateter ablasyonu sonrası gelişmesi sınıf 1 endikasyonlar arasındadır. Bu hasta grubunda asemptomatik fakat uyanırken kalp hızı 40/dk üzerinde olan hastalar sınıf 2 olarak gösterilmiştir. Bizim iki vakamızda da kalıcı kalp pili endikasyonu sınıf 2 endikasyon olarak tespit edildi. (4). Ayrıca hastalara yapılan efor testi sırasında bazal kalp hızının düşük olmaması, ventriküler yanıtın iyi olması ve egzersiz sırasında atriyal ve ventriküler ekstra atım görülmemesi iyi prognostik faktörler olarak görülmektedir (5). Bu veriler ışığında hastalara kalıcı kalp pili uygulamalarının avantajları ve komplikasyonları detaylı şekilde anlatıldı. Bilgilendirme sonrası iki hastada kalıcı kalp pili uygulamalarını kabul etmedi.

Kalıcı kalp pili her ne kadar ani kardiyak ölümden korusa da, kalp pili uygulaması ve sonrasında görülen komplikasyonlar nedeniyle uzun süredir endikasyonlar hakkındaki tartışmalar devam etmektedir. Bu komplikasyonlar arasında basit cilt enfeksiyonundan endokardite varan ciddi enfeksiyonlar, kardiyak perforasyon ve vena cava trombozu gibi ciddi komplikasyonlar görülmektedir. Ayrıca bu işlem hastaların sosyal hayat-

larında önemli kısıtlamalara ve zorunlu hayat tarzı değişikliklerine neden olmaktadır.

Herhangi bir şikayetle hastaneye başvuran hastalarda rutin olarak elektrokardiyografi çekilmeli ve asemptomatik atriyoventriküler tam blok tanısı konan ve kılavuzlara göre sınıf 1 endikasyon konan hastalara kalıcı kalp pili önerilmelidir. Bunun dışındaki gruplarda kalıcı kalp pili uygulamasını kabul etmeyen hastalar rutin olarak yıllık ekokardiyografi, holter ve efor testi ile izlenmelidir.

Kaynaklar

1. Alyan O, Ozdemir O, Soylu M, Demir A, Topaloğlu S, Kaçmaz F, et al. Atriyoventriküler Tam Bloklı Hastaların Etiyolojik, Demografik, Klinik Özellikleri ile Pacemaker İhtiyaçlarına Göre Sınıflandırılmaları. Anadolu Kardiyol Derg. 2003;3(3):203–10.
2. Michaëlsson M, Jonzon A, Riesenfeld T. Isolated congenital complete atrioventricular block in adult life. A prospective study. Circulation. 1995;92(3):442–9.
3. Celiker A. Çocuk ve genç erişkinlerde atriyoventriküler bloklar. Türk Aritmi, Pacemaker ve Elektrofizyoloji Dergisi. 2003;1(2):63–9.
4. Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen K a, Estes N a M, Freedman R a, Gettes LS, et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices) developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons. Journal of the American College of Cardiology 2008;51(21):e1–62.
5. Spodick D. Normal sinus heart rate: sinus tachycardia and sinus bradycardia redefined. Am Heart J. 1992;124(4):1119–21.