

Sezaryen Sırasında Ani Gelişen Atriyal Fibrilasyon: Wolff-Parkinson-White Sendromu

SUDDENLY DEVELOPED ATRIAL FIBRILLATION DURING CAESAREAN SECTION: WOLFF-PARKINSON-WHITE SYNDROME: LETTER TO THE EDITOR

Dr. İlkben GÜNÜŞEN,^a Dr. Semra KARAMAN,^a Dr. Zeynep TÖZ,^a
Dr. Aynur ALİYEVA,^a Dr. Vicdan FIRAT^a

^aAnesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İZMİR

Özet

Taşiaritmilerle birlikte görülen ventriküler preeksitasyonlar Wolff-Parkinson-White (WPW) sendromu olarak adlandırılır. Bu sendromda gelişen atriyal fibrilasyon (AF) ise ani ölümlere yol açabilen son derece tehlikeli bir aritmidir. Fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucu ASA (American Society of Anesthesiologists) I sınıfına dahil edilen, özgeçmişinde sorunsuz 2 sezaryen operasyonu dışında özellik bulunmayan olgumuzun, 3. sezaryen sırasında gelişen ani atriyal fibrilasyonu, yapılan müdahaleleri ve postoperatif dönemde konulan WPW sendromu tanısını tartışmak istedik. Özellikle preoperatif anestezi bakı sırasında, ASA I sınıfına dahil edilen hastalarda peroperatif dönemde mortalite ve morbiditeye yol açabilecek beklenmedik sorunlarla karşılaşılabilceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; atriyal fibrilasyon; wolff-parkinson-white

Abstract

Ventricular preexcitations occurred with tachiarhythmies are called Wolff-Parkinson-White syndrome. Atrial fibrillation (AF) which developed in this syndrome is an extremely dangerous arrhythmia that can cause sudden deaths. We wanted to discuss, sudden atrial fibrillation which was developed during the third caesarean section of a woman who was classified as ASA (American Society of Anesthesiologists) I according to physical examination and laboratory findings and had no point in her medical history apart from previous 2 regular caesarean section, the interventions and post operatively diagnosed WPW syndrome. Especially, we wanted to emphasize that unexpected troubles which can cause morbidity and mortality can be experienced perioperatively in patients who are classified as ASA I during the preoperatively.

Key Words: Pregnancy; atrial fibrillation; wolff-parkinson-white syndrome

Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007, 5:158-160

A triyumdan anormal iletim yolu ile ventriküllerin erken depolarizasyonu, preeksitasyon olarak adlandırılır. Taşiaritmilerle birlikte görülen ventriküler preeksitasyon sendromlarından birisi olan Wolff-Parkinson-White (WPW) sendromunda gelişen atriyal fibrilasyonlar (AF), ani ölümlere yol açabilen son derece tehlikeli aritmilerdir.^{1,2} Hastanın onayı alınarak sunulan bu olgumuzda, preanestezi değerlendirilmede fizik

muayene ve laboratuvar tetkikleri normal olan bir hastanın 3. sezaryeni sırasında gelişen atriyal fibrilasyonu, yapılan müdahaleleri ve postoperatif dönemde konulan WPW sendromu tanısını tartışmak istedik.

32 yaşında, 160 cm boyunda, 70 kg ağırlığında, 39 haftalık elektif sezaryen planlanan özgeçmişinde genel anestezi ve epidural anestezi ile 2 sezaryen operasyonu dışında özelliği bulunmayan hastanın fizik muayenesi ve laboratuvar testleri normaldi. Yazılı onayı alınarak operasyon salonuna alınan hastaya damar yolu açılarak sıvı infüzyonu başlandı. Datex AS/3 monitörü ile DII derivasyonunda EKG, noninvaziv arter kan basıncı ve puls oksimetre monitörizasyonu uygulanan hastanın bazal TA (Tansiyon Arteriyel) 125/70

Geliş Tarihi/Received: 20.04.2007

Kabul Tarihi/Accepted: 20.09.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. İlkben GÜNÜŞEN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, İZMİR
ilkben.gunusen@ege.edu.tr

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

mmHg, Kalp Atım Hızı (KAH) 98 atım dk⁻¹, SpO₂ (periferik oksijen saturasyonu) %98 idi. Cilt anti-sepsisi sonrası, oturur pozisyonda L_{4,5} aralığından 18 G Touhy iğnesiyle (Portex, minipack UK)[®] direnç kaybı yöntemiyle epidural kateter takıldı ve aortakaval basıyı önlemek amacıyla sol yan pozisyon verilerek nazal kanülle 4 L dk⁻¹ oksijen başlandı. Epidural kateterden, test dozu olarak 2 ml %2 lidokainin ardından 2 ml (0.05 mg ml⁻¹) Fentanyl + 16 ml (5 mg ml⁻¹) Levobu-pivakain uygulandı. Duyusal blok seviyesinin T₄'e ulaşması üzerine cerrahi insizyona izin verildi. Operasyonun 25. dk'da 2800 gr sağlıklı kız bebek doğdu. Plasentanın doğurtulmasının ardından, EKG izleminde 5 atım dk⁻¹ altında ve hastanın hemodinamisini bozmayan ventriküler erken vuruların (VEV) olduğu görüldü. Ancak anamnezinde kardiyak öyküsü olmayan, 2 kez sorunsuz sezaryen operasyonu geçiren, operasyon sırasında anestezi düzeyi yeterli ve ağrı duymayan hastanın erken vurularının operasyon öncesi ve operasyon sırasında yaşanan anksiyeteye bağlı olabileceği düşünüldü. Yaklaşık 5 dk sonra VEV lerin sıklığında artış saptanması üzerine 80 mg iv yoldan %2 lidokain yapıldı. Lidokain uygulamasından 3-4 dk sonra, nabız hızının 150-170 atım dk⁻¹ ulaştığı ve hızlı ventrikül yanıtı atriyal fibrilasyonun (HVYAF) geliştiği görüldü. Bu dönemde TA:100/65mmHg, SpO₂ %99 ve alınan arter kan gazı sonucu normaldi. Digoksin 250 µg iv yavaş olarak uygulandı ve bunu takiben EKG de ritmin, normal sinüs ritmine döndüğü görüldü. Hasta yeniden sorgulandığında, önemli olabileceğini düşünmediği için preanestezik bakıda söylemediği çocukluk çağında geçirilmiş Akut Romatizmal Ateş (ARA) öyküsü olduğu öğrenildi. Operasyon sonuna kadar başka bir sorun yaşanmadı. Postoperatif dönemde çekilen EKG'de, PR mesafesinde kısalma ve delta dalgalarının tesbit edilmesi üzerine hastaya WPW sendromu tanısı konuldu.

Batı ülkelerinde WPW sendromu görülme sıklığı % 0.15-0.31 olarak bildirilmektedir.³ Bu sendrom da paroksizmal supraventriküler taşikardi, atriyal fibrilasyon (AF), atriyal flutter gibi çeşitli aritmiler görülebilir. Tipik EKG bulgusu, kısa PR mesafesi, geniş QRS kompleksi ve ventriküllerin

erken uyarıldığını gösteren delta dalgasıdır. Yüzeysel anestezi, sempatik sistem aktivasyonu, hipoksi, iskemi, elektrolit bozukluğu, mekanik gerilme gibi faktörler aritmiyi tetikleyebilir. Atriyal fibrilasyonda; sinus ritminin kontrolünde ibutilid, propafenon ve amiodaron; kalp hızı kontrolünde ise beta bloker, diltiazem, verapamil ve digital önerilmekteyse de, WPW sendromunda görülen atriyal fibrilasyonda verapamil, propranolol ve digoksinin ventrikül yanıtını arttırabileceğinden kontrendike olduğundan lidokain ve prokainamidin ise kullanılabileceğinden söz edilmektedir. Bu tip hastalarda amidorondan kaçınılmasını öneren araştırmacılar vardır.^{1,2,4,5} Hızlı ventrikül yanıtı atriyal fibrilasyon da nabız hızı genellikle 160-180 atım dk⁻¹'dir ve digitalizasyona çok iyi yanıt verir. Digoksinin, ventrikül hızını kontrol altına almakta başarısız olduğu durumlarda tedaviye beta blokerler, verapamil veya Tip I antiaritmikler eklenebilir.⁶ Preanestezik değerlendirilmede EKG; fizik muayenesi normal sağlıklı kişilerde 40 yaş üzerine önerilmektedir.⁷ Ancak anestezi uygulamaları öncesi yapılan bu değerlendirilmede, hastaların eğitim ve kültür düzeyindeki farklılıklar anestezi hastalar için tam bir ASA (American Society of Anesthesiologists) sınıflaması yapamamasına ve sonuçta operasyon sırasında yanlış yönleneşine neden olabilir. Anamnezde ARA öyküsünden söz edilmediği için preoperatif dönemde hastadan EKG istenmemiştir. Oysa bu durum hasta tarafından belirtilseydi ARA ya bağlı kardiyak patoloji olabileceği düşünülerek EKG istenecek ve PR mesafesindeki kısalma, delta dalgaları tesbit edilebilecekti. Sonuç olarak operasyon sırasında gelişen HVYAF'nun, WPW sendromuna bağlı bir aritmi olabileceğini düşünülerek digoksin uygulanmayacaktı. Burada tartışılması gereken bir konu da, ritmin digoksin uygulaması sonrası VF gelişmeden normal sinüs ritmine dönmeleridir. Yapılan çalışmalarda geçici sol veya sağ atrial reentry mekanizmalarla AF'nin kendiliğinden sonlanabileceğinden söz edilmektedir.⁸ Bu olguda da digoksin etkisi görülmeden ritmin spontan olarak normal sinüs ritmine döndüğünü düşünmekteyiz.

Sonuçta olgumuzda, preoperatif dönemde tanısı konmamış WPW sendromu nedeniyle gerçek

anlamda bir ASA sınıflandırması yapılamamıştır. Operasyon öncesi, gebelik dışında fonksiyonlarını kısıtlayan sistemik bir hastalık tariflememesine karşın, operasyon sırasında ciddi morta-liteye neden olabilecek kardiyak bir patolojisi saptanması nedeniyle postoperatif değerlendirmede ASA III sınıfına dahil edilebileceğini düşünmekteyiz. Preanestezik değerlendirme sırasında sorunsuz görünen hastalarda operasyon sırasında mortalite ve morbiditeye neden olabilecek acil kardiyak sorunlarla karşılaşılabileninden dikkatli olunması gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ. Cardiovascular physiology & Anesthesia. In: Morgan GE, ed. Clinical Anesthesiology. 3rd ed. Appleton&Lange; 2002. p.359-85.
2. Keating L, Morris FB, Brady WS. Electrocardiographic features of Wolff-Parkinson-White syndrome. Emerg Med J 2003;20:491-3.
3. Sidhu J, Roberts R. Genetic basis and pathogenesis of Familial WPW Syndrome. Indian Pacing Electrophysiol J 2003;3:197-201.
4. Spinar J, Vitovec J. Atrial fibrillation. Vnitr Lek 2003;49: 748-53.
5. Schatz I, Ordog GJ, Karody R, Bhasin V. Wolff-Parkinson-White syndrome presenting in atrial fibrillation. Ann Emerg Med 1987;16:574-8
6. Soydan İ, Halil H. Geleneksel antiaritmik tedaviye yanıt vermeyen bir aritmi olgusu. Ege Tıp Dergisi 1992;31:709-11
7. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ. The Practice of Anesthesiology. In: Morgan GE, ed. Clinical Anesthesiology. 3rd ed. Appleton&Lange; 2002. p.1-14
8. Ndrepepa G, Weber S, Karch M, et al. Electrophysiologic Characteristics of the Spontaneous Onset and Termination of Atrial Fibrillation. Am J Cardiol 2002;90:1215-20.