

# Sol Dal Bloğu İle Giden Bir A - V Tam Blok Vakası

Doç.Dr.Sema ÖZER, Dr. Alpay ÇELİKER, Prof.Dr.Muhsin SARAÇLAR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kardiyoloji Ünitesi, ANKARA

## ÖZET

*Organik kalp hastalığına bağlı olmayan sol dal bloğu çocukluk çağında son derece seyrek görülmektedir. Bazı vakalarda sol dal bloğunun zamanla A - V tam bloğa ilerlediği bildirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Kardiyoloji Ünitesine senkop nedeniyle başvuran ve sol dal bloğu ile birlikte intermitan A - V tam blok gelişen bir vaka seyrek görülmesi nedeni ile sunulmuştur.*

Anahtar Kelimeler: Sol dal bloğu, A - V tam blok.

Sol dal bloğu sol ön ve arka dalın bloğuna bağlı olarak gelişir (1,2). Çocuk çağında son derece az görülmektedir (3,4,5). Aortik kapak çevresinde yapılan cerrahi girişimlere ve hipertrofik kardiyomiopatiye ikinci! gelişebilir (3,5). Organik kalp hastalığı bulunmayan kişilerde çok seyrek (5). Bu grupta yer alan hastalarda iletim sisteminin fibröz dejenerasyonu etiolojiden sorumludur (6). Sol dal bloğuna ait yayınlar erişkinler ve kalp ameliyatı geçirmiş çok az sayıdaki çocuklarla sınırlıdır. Sol dal bloğunun bazı vakalarda zamanla A - V tam bloğa ilerlediği bildirilmiştir (3,5,6). Bu bakımdan sol dal bloğu A - V tam bloğun hazırlayıcı nedenleri arasında sayılabilir.

Senkop nedeni ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kardiyoloji Ünitesine başvuran ve sol dal bloğu ile birlikte intermitan A - V tam blok gelişen bir vaka bu durumun seyrek görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 22.9.1988 Kabul Tarihi: 31.10.1988

Yazışma Adresi: Dr. Alpay ÇELİKER  
Hacettepe Üniversitesi  
Çocuk Kardiyoloji Ünitesi, ANKARA

## • SUMMARY

### **LEFT BUNDLE BRANCH BLOCK WITH INTERMITTENT COMPLETE A - V BLOCK**

*Left bundle branch block which is independent on an organic cardiac disease is very rare in childhood. Complete A - V block may develop in such cases with left bundle branch block. Therefore, a patient with left bundle branch block and intermittent A - V block followed in Hacettepe University Department of Pediatric Cardiology has been presented.*

Key Words: Left bundle branch block, Complete A - V block.

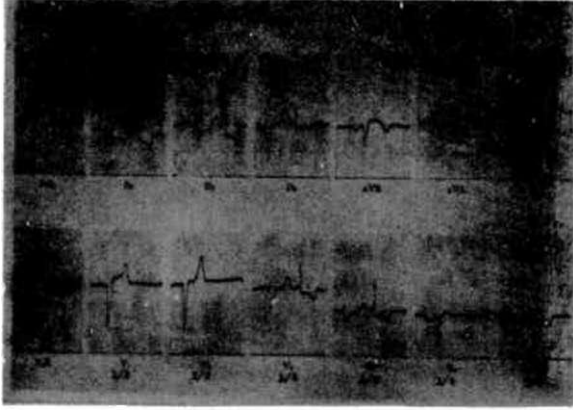
## • VAKA TAKDİMİ

Yedi yaşında erkek hasta yirmi gün önce başlayan baş dönmesi ve bayılma nöbetleri nedeniyle hastanemize başvurdu. Öyküsünden daha önce bu türden hiç yakınmasının olmadığı, yirmi gün önce baş dönmesi ve daha sonra bayılma nöbetlerinin başladığı, bu nöbetler nedeniyle yatırıldığı hastaneden Adams-Stokes nöbeti düşünülerek gönderildiği öğrenildi.

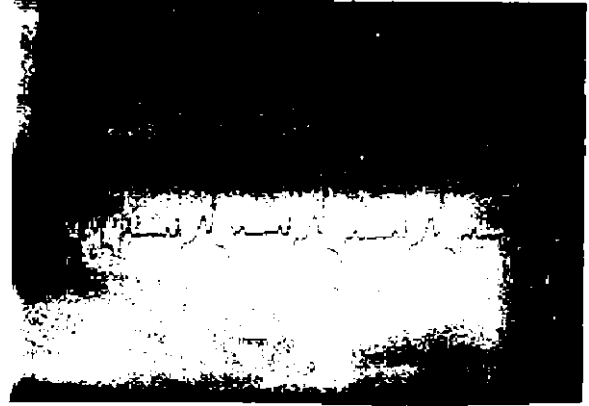
Fizik muayenesinde; ağırlık 27 kg (75 persentil), boy 125 cm (75 persentil), ateş 36.5°C, arteryel kan basıncı 90/50 mmHg, periferik nabızlar 60/dk ve aritmik idi. Belirgin bir üfürüm duyulmadı. Diğer bulgular normal olarak değerlendirildi.

Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 14.50 gr/dl, lökosit sayısı 10 400/mm<sup>3</sup>, serum elektrolit değerleri normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı 8 mm/saat, serum laktik dehidrogenaz 380 Ü (N 150-400 Ü), kreatin fosfokinaz 103 Ü (N 22-190 Ü) bulundu.

Elektrokardiyogramda ikinci derece A - V blok (Mobitz tip 2), bigeminc ventriküler ekstrasistol, -15° sol aks deviasyonu ve sol dal bloğu (QRS 0.12 saniye) saptandı (Şekil 1 ve 2). İki boyutlu ekokardi-



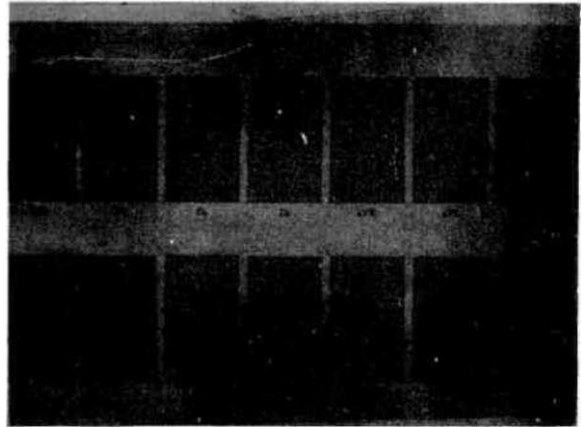
Şekil 1. İkinci derece A-V blok, bigemine ventriküler ekstrasistol,  $-15^\circ$  sol aks deviasyonu ve sol dal bloğu görülmektedir.



Şekil 2. Resim 1 deki ritm bozukluğunun uzun I\*, olarak çekilen trase örneği görülmektedir.

yogramda intrakardiyak yapılar ve miyokard fonksiyonları normaldi. Sol ventrikül içinde çok küçük üç papiller kas kesiti görüldü.

Aynı gün endokardiyal geçici pacemaker takılan hastada işlem sırasında ve daha sonra intermitan A-V tam blok gelişti. Bu ataklar sırasında ileri derecede bradikardi ve hipotansiyon saptandı. Bundan sonra yoğun bakım ünitesinde izlenen hastada A-V tam bloğun gözlenmediği zamanlarda çekilen elektrokardiyogramlarda sol dal bloğu devam ediyordu (Şekil 3). İntermitan A-V lam bloğun sürmesi nedeniyle kalıcı pacemaker takılmasına karar verildi. Transvenöz yolla endokarda yerleştirilmek istenen elektrot sabit olarak kalmadığı için, yatışının onaltıncı gününde kaıcı miyokardiyal pacemaker takıldı. Daha sonra durumu stabil seyreden hasta taburcu edildi.



Şekil 3. Sol dal bloğu örneği görülmektedir.

## TARTIŞMA

A-V tam blok atriyal uyarıların ventriküllere ulaşımının tamamen kesilmesine bağlı olarak gelişir (1,2). Konjenital veya akkiz olabilir (1). Son yirmi gün öncesine kadar yakınması olmayan vakamızda A-V bloğun akkiz olduğunu düşünmekteyiz. Kardiyak cerrahi girişime ikincil olmayan akkiz A-V tam blok çocuklarda seyrek olarak görülür (3). Enfeksiyöz nedenler, iletim sisteminin fibröz dejenerasyonu ve tümöre bağlı zedelenme nedeniyle gelişebilir (5,6). Değişik kardiyomiyopatilerde etiolojide yer alır (4).

Sol dal bloğu sol ön ve arka dalcığın bilateral bloğuna bağlı olarak gelişir (1,2). Elektrokardiyografik olarak anormal geniş QRS kompleksi (çocuklarda QRS 0.10 saniyeden geniş), Dİ, aVL ve V<sub>6</sub> derivasyonlarında Q dalgalarının olmamasıyla karakterizedir (1). Sol dal bloğu çocuklarda çok seyrek (3,4,5). Aortik kapak çevresinde yapılan cerrahi girişimlere

miyokardit, endokardit ve çeşitli kardiyomiyopatilere (3,4,5), iletim sisteminin fibröz dejenerasyona ikincil (6) olarak gelişebilir. Yapılan araştırmalarda sol dal bloğu tanısı alan bazı vakalarda A-V tam blok geliştiği bildirilmektedir (3,5,6). Gillette ve arkadaşları sol dal bloğu olan vakalarda kardiyak patoloji varsa A-V tam blok gelişebileceğini, diğer vakalarda ise prognozun belirlenemeyeceğini ileri sürmektedir (3). Hastamızın A-V bloğu düzeldikten sonra çekilen elektrokardiyogramlarında sol dal bloğunun devam etmesi; intermitan A-V tam bloğun sol dal bloğuna ikincil olarak geliştiğini düşündürmektedir. Eski elektrokardiyogramların elde edilememesi nedeniyle sol dal bloğunun başlangıç zamanı bilinmemektedir.

Holter monitör ve bazı vakalara yapılan elektrofizyolojik çalışmalarla sol dal bloğu saptanan hasta

lann prognozları belirlenebilmektedir (5). Elektrofizyolojik çalışmalarda A-V düğüm fonksiyonlarının ölçülmesi gereklidir(5). Vakamızın ağır semptomlarla gelmesi nedeniyle bu çalışmalar halen yapılamamıştır.

Sonuç olarak, sol dal bloğu bulunan vakalarda A-V tam blok gelişebileceğini gözönünde tutarak bu türden vakaların yakından izlenmesi ve bazılarında elektrofizyolojik çalışmaların yapılmasının gerekliliğini vurgulamak isteriz.

### KAYNAKLAR

1. Garson A. Electrocardiography. In: Anderson RH, Macartney FJ, Shinebourne EA, Tynan M (ed). Paediatric Cardiology (1st ed). London: Churchill Livingstone pp 235-319, 1987.
2. Goldman MJ: Principles of Electrocardiography (11th ed). Los Altos: Lange Medical Publications pp 113-139, 1982.
3. Gillette PC, Garson A, Porter CJ, Mc Namara DG, Arrhythmias In: Anderson RH, Macartney FJ, Shinebourne EA, Tynan M (ed). Paediatric Cardiology (1st ed). London: Churchill Livingstone pp 1273-1292, 1987.
4. Gillette PC, Garson A, Porter CJ, Mc Namara DG. Dysrhythmias. In: Adams FH, Emmanouilides GC (ed). Heart Disease in Infants, Children and Adolescents (3 rd ed). Baltimore: The Williams and Wilkins Co pp 725-710, 1983.
5. Garson A: Arrhythmias in pediatric patient. Med Clin North Am 68(5): 1171-1210, 1984.
6. Trevino AJ, Beller BM: Conduction disturbances of the left bundle branch system and their relationship to complete heart block. Am J Med 51: 376-384, 1971.