

Akut Tonsilit Sonrası Gelişen AV Tam Blok

Uz.Dr.Hasan GÖK, Uz. Dr. Remzi KARAOĞUZ, Doç.Dr.Muharrem GÜLDAL, Doç.Dr.Çetin EROL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi, ANKARA

ÖZET

20 yaşında bir erkek hasta göğüs ağrısı, göğüste sıkıntı, baş dönmesi ve bayılma şikayetleriyle kliniğimize yatırıldı. Hastanın AV tam bloku vardı; hikayesi ve bulguları ile kalbin iletim sisteminin selektif tutulduğu ihtimalini düşündürdü. Geçici pacemaker takılmasından sonra AV iletim tedricen normale döndü.

Anahtar kelimeler: Miyokardit, AV iletim bozukluğu, geçici tranvenöz pacing.

SUMMARY

ATRIOVENTRICULAR BLOCK COMPICATING ACUTE STREPTOCOCCAL TONSILLITIS

A 20 year old man was admitted to our department with complaint of chest pain, chest discomfort, dizziness and presyncope. The patient had a complete heart block. The patient's history and findings suggested the possibility of selective injury to the conduction system of the heart. After temporary pacemaker the AV conduction gradually returned to normal.

Key words: Myocarditis, Atrioventricular block, temporary padng.

Çeşitli miyokardit tiplerinde AV tam blokla kendini gösteren iletim bozukluklarına çok nadiren rastlanmaktadır (1,2). Bakteriler, virüsler başta olmak üzere parazitler, sproketfer, fiziksel ve kimyasal ajanlar gibi farklı etyolojik faktörler direk veya toksik yahut da otoimmün mekanizma ile bu ciddi komplikasyonu yapabilirler (3).

İletim sistemine lokalize bir akut myokardit vak'asında AV tam blok örneğini tesbit ettik.

VAK'A TAKDİMİ

20 yaşında bir erkek hasta; 2 ay öncesinden başlayan, eforla artıp dinlenmekle geçen göğüs sıkıntısı ve ağrısının 7 gündür devamlı olması, baş dönmesi ve bayılma hissinin eklenmesi ile başvurdu.

Fizik muayenesinde KB 110/70 mmHg, nabız 40/dk. düzensiz, her iki tortsilla hiperemik ve hipert-

fit, akciğerleri temiz, mezokardiyak odakta 2/6 fjetinde kssa sistolik bir üfürüm vardı. Karaciğer vdaik büyümemişti, lenfadenopatisi yoktu.

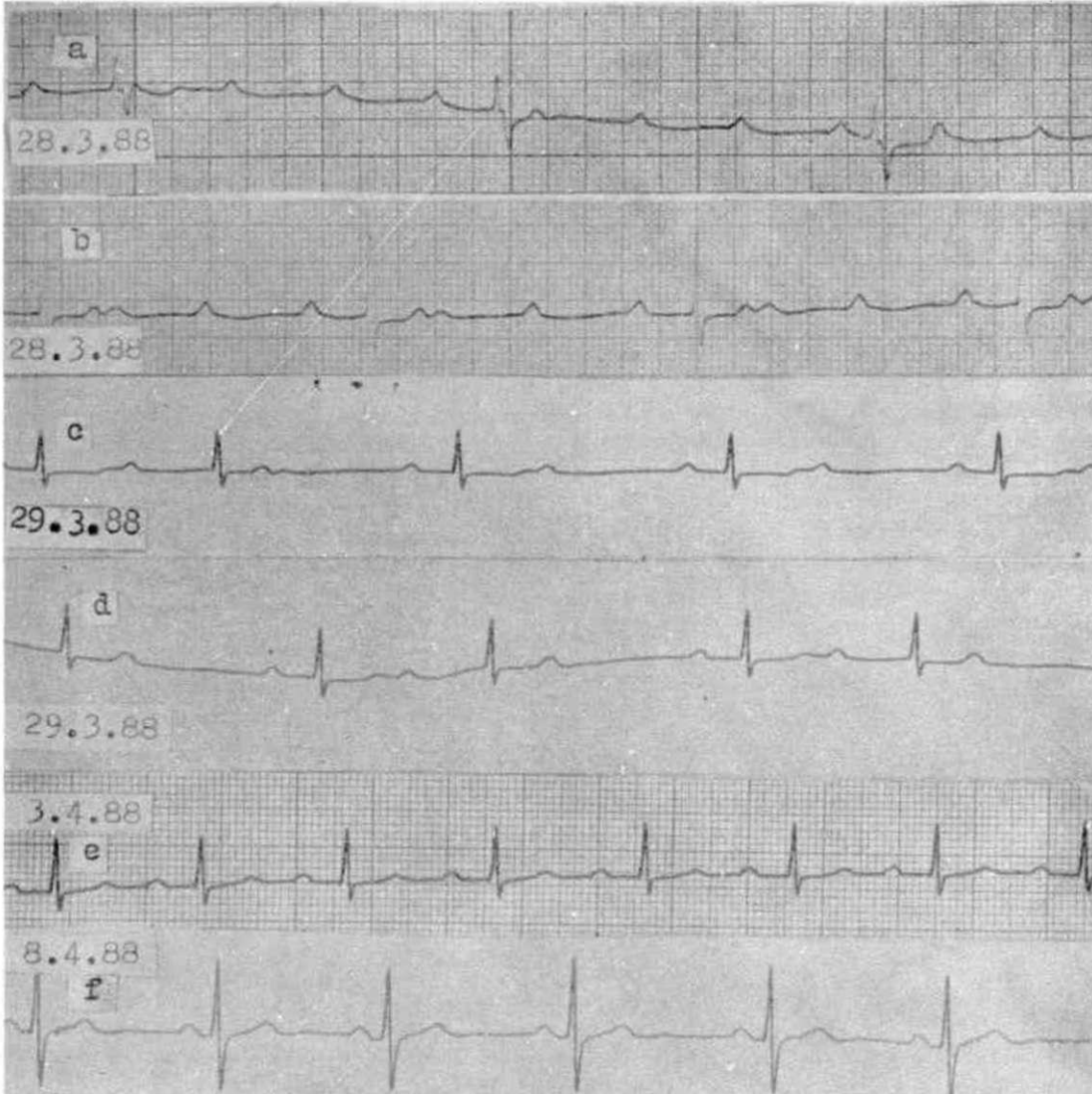
Laboratuvar tetkikinde lökosit 7600/mm³, hematokrit %40, sedimantasyon hızı 54 mm/saat, periferik yaymada %3 çomak, %63 parçalı, %31 lenfosit, %2 monosit, %1 atipik ye genç hücre bulundu. ASO: 400 Todd U., CRP (++++), RF testi (-), ANA testi (-), Anti-DNA testi '13 ü/mi, Ig A 406 mg/dl, Ig E 1500 mg/dl, Ig M 280 mg/dl idi. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Diğer rutin laboratuvar testleri normaldi. Virüs kültürleri ve antikor titrasyonları yaptırılmadı.

Teleradiografisi ve ekokardiogramı normaldi, elektrokardiogramında AV tam blok örneği mevcuttu (Şekil 1a), Acil geçici transvenöz pacemaker yerleştirildi ve günlük 800.000 0 penisilin procain ile 3 gr. Aspirin başlandı.

Hastanın pacemaker'i 60/dk. hıza ayarlandı ve sık ssk 40/dk. hıza indirilerek kendi ritmi kontrol edildi. Semptomlarında dramatik bir düzelme görüldü, iletim bozukluğu yatışının 2. gününde kısmen, 5. gününde tamamen çözükle (Şekil 1a-f). Onuncu günün-

Geliş Tarihi: 1.7.1988 Kabul Tarihi: 13.7.1988

Yazışma Adresi: Dr.Hasan GÖK
Kardiyoloji Araştırma ve Uygulama
Merkezi, Cebeci - ANKARA



Şekil 1. Hastanın geliş eiekuokardiyogramı ve pacemaker takılmasından sonraki seyri.

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| a. AV tam blok ömeği | d. Mobitz tip I AV Wok |
| b. Advanced blok | e. Birinci derece AV blok |
| c. 2:1 AV blok | f. Normal ritm trasesi (çıkış EKG) |

de pacing sonlandırıldı ve taburcu edildi. Aritmi ihtimali sebebiyle 24 saatlik ambulator EKG rnonitoring'e bağlandı ve normal holter kayıt sonuçları elde edildi. Bir ay ara ile 2 kez kontrolü yapıldı, hastanın hiçbir şikayeti yoktu ve EKG normal bulundu.

TARTIŞMA

Akut streptokok tonsilüti, kızıl ve akut romatizma (AR) hastalığında miyokardit ve iletim bozukluklarının insidensi hakkında çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Clarke ve Keith'in 508 AR hastasını kapsayan çalışmasında AV iletim bozukluğu %84 oranında bildirilmiş ve bunların yalnız 3 tanesinde AV tam blok tesbit edilmiştir (2). Başka bir çalışmada kızıl'da

% 39'a kadar çıkan miyokarditle uyumlu EKG bulguları bildirilmişse de 2831 kızıl vak'asının yalnız birinde AV tam blok bulunmuştur (3). Clarke ayrıca akut streptokok infeksiyonlu 51 hastada AV iletim bozukluğu olmadığını göstermiş; follüküler tonsillitle birlikte olan AV tam blok vak'asında gizli AR hastalığının ekarte edilemeyeceğini ifade etmiştir.

Miyokarditte kardiomegalinin derecesi genellikle miyokardiyai iriflamasyonun derecesi ile orantılıdır. Kardiomegalisi olmayan vak'alarda iletim sistemi gibi kalbin stratejik kısımlarının tutulabileceği bildirilmiştir (1,4). Bu durum iletim sistemi hücrelerinin, kalb kası hücrelerinden daha fazla glikojen ihtiva et-

meşine bağlanabilir (5). Vakamı/da olduğu gibi akut tonsillit sonrası gelişen geçici miyokardit ve AV tam blok ütoimtnun reaksiyonlara atfedilse de streptokok toksinlerine bağlı olması daha muhtemeldir. Hasta bi/e gelmeden önce antibiotik kullandığı için boğaz kültüründe streptokok üretilmemiştir. AV tam blokla başvuran hastamızda kalbin iletim sisteminin selekti! olarak tutulduğu totalize myokardit olabileceği düşünüldü, gizli seyreden AR hastalığı ihtimali ekarte edilemedi. Vak'amız Brooks ve Delaveris'in yayınladıkları vak'a ve Lim ve arkadaşlarının bildirdikleri 2 vak'a ile uygunluk göstermektedir (1,4). Lim'in de işaret ettiği gibi streptokok infeksyonu ile birlikte Cocksackie miyokardidi de olabilir. Mahoney ve arkadaşlarının belirttikleri gibi viral miyokardit düşünülen çoğu vak'alarda virüs izolasyonu ve antikor titrasyonu yükselmesi olmasa da teşhis klinik bulgulara ve fatal vak'alarda endomiyokardiyal biyopsi bulgularına dayandırılmalıdır (6,7).

Miyokarditlerde ölüm en fazla şiddetli kalb yetmezliği ve distritmilerden olmaktadır (4,6). Vakamız da baş dönmesi ve bayılma hissinin olması azalmış kardiyak output's bağlı olabilir. Atropin verilmesi ile iletim bozukluğu düzeltilemedi. Aşırı bradikardi ve near-senkop tanımladığı için Stokes-Adams sendromu epizodunu önlemek için yoğun bakım ünitesine alınıp acil geçici transvenöz pacemaker yerleştirildi ve dramatik cevap alındı. Mahoney ve arkadaşlarının belirttiği gibi bu tip vak'alarda acil kardiyak pacing uygulanmalıdır (6). iletim bozukluğu genellikle birkaç gün

içinde çözülürse de bazen birkaç haftayı alabilir. AV tam bioka bağlı aşırı bradikardi iki haftadan daha fazla sürerse kalıcı pacemaker takılması tavsiye edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Brook« GL, Delaveris SL; Atrioventricular dissociation in rheumatic fever: Report of a case journal of A O A 88:37/89-39/91, 1985.
2. Clarke M, Keith JD: Atrioventricular conduction in acute rheumatic fever. Br Heart J 34:472-479, 1972.
3. Friedman WF: Acquired heart disease in infancy and childhood. In: Braunwald E. ed.. Heart Disease. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1009-1022,1988.
4. Lim CH, Ton CCS., Chia BL, Low LP: Stokes-Adams attacks due to acute nonspecific myocarditis. Am Heart J 90:172-178, 1975.
5. Coraco J, Anion R, Raz L: Atrioventricular block complicating acute streptococcal tonsillitis. Br Heart J 59:389-390, 1988.
6. Mahoney LT, Marvin WJ, Atkins DL, Clark EB, Ivauner RM: Pacemaker management for acute onset of heart block in childhood. J Pediatr 107: 207-211, 1985.
7. Bromberg BL, Beckman RH, Heidelberg K: Heart block with viral myocarditis. J Pediatr 108: 790, 1986.