

# Atrioventriküler Tam Blok ve Presenkop Atağı ile Başvuran Akut Romatizmal Ateş Olgusu

## A CASE OF ACUTE RHEUMATIC FEVER PRESENTED WITH COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK AND PRESYNCOPE

Ömer ALYAN\*, Özcan ÖZDEMİR\*, Gökhan CİHAN\*, Deniz DEMİRKAN\*\*

\* Dr., Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği,

\*\* Prof.Dr., Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Akut romatizmal ateş (ARA) halen ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Birinci derece atrioventriküler (AV) blok minör Jones kriterlerinden birisidir, ancak hastalığın seyri sırasında farklı bir çok ritm bozuklukları da görülebilmektedir. Çok nadir olmakla birlikte ilk bulgusu AV tam blok ve senkop olan veya izleminde AV tam blok gelişen olgu sunumları literatürde yer almaktadır.

**Olgu:** Bu yazıda AV tam blok saptanarak kliniğimize gönderilen ve tetkiklerinin sonucunda ARA reaktivasyonu saptanan ve aspirin tedavisiyle bloğu çözülen bir hasta sunumu yapılmıştır.

**Sonuç:** Özellikle ülkemiz gibi ARA'nin halen toplumsal bir sağlık problemi olduğu bölgelerde, senkop atakları ve ileri derece AV blok ile başvuran çocuk ve adolesan yaş grubundaki hastalarda ARA ayırıcı tanıda mutlak düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut romatizmal ateş,  
Atrioventriküler tam blok

T Klin Kardiyoloji 2003, 16:103-106

### Summary

**Aim:** Acute rheumatic fever (ARF) is still a public health problem in our country. Although first degree atrioventricular (AV) block is one of minor Jones criteria, various other arrhythmias may be observed during ARF. Rarely, complete AV block develops during the course of disease or rare cases manifested initially by syncope and high degree AV blocks were reported in the literature.

**Case:** In this paper, a case referred to our clinics with a diagnosis of complete AV block, diagnosed as ARF reactivation after all tests and in whom complete AV block resolved with aspirin therapy, was presented.

**Conclusion:** In countries where ARF is still a public health problem, as in our country, when a child or adolescent patient is admitted with syncope attacks and high grade AV blocks, ARA should be considered in diagnosis.

**Key Words:** Acute rheumatic fever,  
Complete atrioventricular block

T Klin J Cardiol 2003, 16:103-106

Romatizmal ateş genellikle konnektif doku hastalığı veya kollajen vasküler bir hastalık olarak sınıflandırılır. Anatomik belirleyicisi, kollajen fibrillerine ve konnektif dokuya olan hasardır. Ülkemizde Akut Romatizmal Ateş (ARA) epidemiyolojisine yönelik yapılan bir çalışmada, Karaaslan ve arkadaşları (1), Konya yöresinde pediatrik kardiyoloji bölümüne başvuran hastaların %3.4'üne romatizmal ateş tanısı konduğunu bulmuşlardır. Bursa'da yapılan diğer bir çalışmada ise ARA tanısı almış 207 olgu değerlendirilmiş ve 154 hastada kardit saptanmış (2), sonuçta ARA' in bu bölgeler ve ülkemiz için halen ciddi bir sağlık sorununu olduğunu sonucuna varılmıştır.

T Klin J Cardiol 2003, 16

Birinci derece atrioventriküler (AV) blok minör modifiye Jones kriterlerinden (3) birisidir. Ancak literatürde bir çok ritm bozukluğu ile ARA birlikteliği (4,5) gösterilmiş ve nadiren AV tam bloğa da yol açabildiği bildirilmiştir (6-10). Bu yazıda AV tam blok ve presenkop atağıyla başvuran ve ARA reaktivasyonu tanısı almış, aspirin tedavisi ile AV tam bloğun düzeldiği bir olgu sunumu yapılmıştır. Böylelikle, özellikle çocuk ve genç yaş grubunda benzer semptom ve bulgularla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda ARA'inde düşünülmesi gerektiğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

103

## Olgu

İki hafta önce diz ve ayak bileklerinde ağrı ve şişlik yakınmaları başlayan 22 yaşındaki erkek hasta, presenkop atağıyla götürüldüğü bir merkezde çekilen elektrokardiyogramında (EKG) AV tam blok saptanması üzerine hastanemize gönderildi. Hasta başvuru EKG'nda ventrikül hızı 45 /dk, atrial hız 75 /dk ve dar QRS kompleksleri olan AV tam blok saptandı (Şekil 1). Hastanın hikayesinden yaklaşık 1 ay öncesinde bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği ve 15 yaşında ARA tanısı aldığı, benzetin penisilin profilaksisi önerildiği ancak hastanın bir süre sonra tedaviyi bıraktığı öğrenildi. Fizik muayenesinde 38.8 °C ateşi ölçülen hastanın kardiyak oskültasyonunda apikal ve mezokardiyak odaklarda 2/6 pansistolik üfürüm saptandı. Hastanın sol dizinde ağrı, şişlik ve hassasiyet mevcuttu. Transtorasik ekokardiyografisinde mitral kapağın kaba yapılı olduğu görüldü, renkli Doppler ile birinci dereceden mitral ve triküspid yetersizliği saptandı. Tetkiklerinde Antistreptolisin O (ASO): 850 IU/ml (N: 0-200), Sedimentasyon: 44 mm/saat (N: 0-20), C- Reaktif Protein (CRP): 45 mg/l (N: 0-5) olarak bulundu. Hastaya ARA re-aktivasyonu düşünülerek benzetin penisilin (1200 000 ünite /tek doz) ve aspirin (100 mg/kg/gün) başlandı. Tedavinin henüz ikinci gününde AV tam blok çözüldü, önce birinci derece AV blok bir hafta sonra da sinüs ritmi izlendi. Aspirin dozu bir hafta sonra 70 mg/kg/gün olacak şekilde azaltılarak tedaviye devam edildi ve her iki haftada 1 gr azaltılarak 2 ay sonra hasta kontrole çağrıldı. İki ay sonra yapılan kontrol ekokardiyografide, renkli Doppler ile minimal mitral yetersizliği ve birinci derecede triküspid yetersizliği izlendi.

## Tartışma

ARA'deki elektrokardiyografik bozuklukların en sık nedeninin toksemiye bağlı vagal hipertoni (11) olduğu düşünülse de, AV düğüm ve his demetinde inflamatuvar ve vasküler değişiklikler de ileri derece AV bloklardan sorumlu olabilir (12). Ayrıca bazı vakalarda AV düğümün direkt tutulumu patolojik olarak gösterilmiştir (13). Patofizyolojiyi açıklamaya yönelik bir çalışmada ise, streptokok-

kal bir ekzotoksin olan streptolysin 'O'nun intravenöz olarak tavşanlara enjeksiyonunu takiben erken dönemde doza bağımlı sinüzal bradikardi geliştiği ve bunu giderek artan AV blokların izlendiği görülmüştür (14).

Cristal ve arkadaşları 70 ARA olgusunun verilerini değerlendirerek (11) ileri derece AV bloğun kardiyak tutulumun bir bulgusu olduğu ancak valvülit ile ilişkili olmadığı belirtmişlerdir. İleri derece AV bloğun prognostik bir anlamı olmadığı, miyokardiyumdaki ileti yollarının tutulduğunun bir göstergesi olduğu ancak geri dönüşümsüz miyokard hasarına bağlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

ARA seyri esnasında ileri derece AV blokların saptandığı benzer olgular (6-10 ,15) literatürde yer almaktadır. Bazı hastalarda geçici transvenöz pacemaker takılması gerekmiş (6), bir olguda AV tam bloğun 12 aylık takip sonrasında da devam ettiği görülmüş (16). İtalya'da ARA re-aktivasyonu sonrasında önce geçici sonra kalıcı pacemaker implantasyonu yapılan bir bayan hasta rapor edilmiştir (17).

İleri derece AV blok, ARA seyri esnasında veya ilk bulgusu olarak (18-20) gelişebilmekte ve literatürdeki iki olgu dışında steroid ve aspirin tedavisiyle düzelmektedir. Özellikle ülkemiz gibi ARA'nın halen toplumsal bir sağlık problemi olduğu bölgelerde, senkop atakları ve ileri derece AV blok ile başvuran çocuk ve adölesan yaş grubundaki hastalarda ARA'nın ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Karaaslan S, Oran B, Reıslı I ,Erkal I. Acute rheumatic fever in Konya Turkey. *Pediatr Int* 2000 ; 42 (1) : 71- 5.
2. Bostan MÖ, Çil E. Bursa ilindeki çocuklarda akut romatizmal ateş'in değerlendirilmesi. *T Klin Kardiyoloji* 2001;14: 276- 81.
3. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones Criteria, 1992 update. Special Writing group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. *JAMA* 1992; 268 (15): 2069- 73.
4. Kaul UA, Gambhin DS, Khalilullah M. Torsade de pointes. Manifestation of acute rheumatic carditis. *Indian Heart J* 1983; 35: 117-9.

**Şekil 1.** Hastanın AV tam bloklü elektrokardiyogramı.

5. Lahiri K, Rane HS, Desai AG. Clinical profile of rheumatic fever; a study of 168 cases. *J Trop Pediatr* 1985;31:273-5.
  6. Lenox CC, Zuberbuhler JR, Park SC, et al. Arrhythmias end Stokes-Adams attacks in acute rheumatic fever. *Pediatrics* 1978; 61 : 599-603.
  7. Goodman RF, Pick A. An unusual type of intermittent AV dissociation in acute rheumatic myocarditis. *Am Heart J* 1961 ; 61 : 259-63.
  8. Brooks GI, Delaveris SL. Atrioventricular dissociation in rheumatic fever: Report of a case . *J Am Osteopath Assoc* 1985: 85: 37-9.
  9. Reddy DV, Chun LT, Yamamoto LG. Acute rheumatic fever with advanced degree AV block. *Clin Pediatr* 1989; 28 (7) : 326-8.
  10. Kok OP, Ramanathan M. Transient complete AV block during acute rheumatic fever; a case report. *Med J Malaysia* 1987; 42(3): 215-6.
  11. Cristal N, Stern J, Gueron M. Atrioventricular dissociation in acute rheumatic fever. *Br Heart J* 1971 ; 33 : 12-5.
  12. Clark M, Kieth JD. Atrioventricular conduction in acute rheumatic fever. *Br Heart J* 1971;33 : 12-5.
  13. Gross L, Fried BM. Lesion in auriculo-ventricular conduction system occurring in rheumatic fever. *Am J Pathol* 1936; 12: 31-6.
  14. Gupta S, Gupta RK. Studies on the toxic effects of streptolysin 'O': Electrocardiographic changes in mammals. *Indian J Physiol Pharmacol* 1977 ; 21 (3) : 199-202.
  15. Barold SS, Sischy D, Punzi J, Kaplan EL, Chessin L. Advanced atrioventricular block in a 39-year-old man with acute rheumatic fever. *Pacing Clin Electrophysiol* 1998; 21(11Pt 1 ):2025-8.
  16. Shah CK, Gupta R. Persistent complete heart block following acute rheumatic fever in 12 year-old girl. *J Assoc Physicians India* 1993; 41(61 ): 389-90.
  17. Campana A, Cappuccio L, De Santis M, Petrone M, Di Mauro M. Total atrioventricular block in recurrent rheumatic fever. *G Ital Cardiol* 1986; 16(1): 95-8.
  18. Thakur AK. Complete heart block as a first manifestation of acute rheumatic fever. *Indian Heart J* 1996; 48 (4): 428-9.
  19. Rohatgi R, Gupta D, Mittal SR. Stokes Adams attack as the first manifestation of acute fever. *Int J Cardiol* 1993; 38: 203-4.
  20. Woo KS. Stokes Adams attack as the first manifestation of acute rheumatic carditis. *Int J Cardiol* 1993; 41: 88-9.
- 
- Geliş Tarihi:** 02.09.2002
- Yazışma Adresi:** Dr. Ömer ALYAN  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi  
Kardiyoloji Kliniği,  
Sıhhiye 06100 ANKARA