

BÖLÜM 3

BRADİARİTMİLER

Bayram Ali UYSAL¹

GİRİŞ

Bradikardiler çoğu asemptomatik olup spesifik tedavi gerektirmeyen ancak bazıları hayati tehdit oluşturan sık görülen elektrokardiyografik (EKG) bulgularıdır.

Bradikardi kalp hızının dakikada 50-60 atımdan düşük olması olarak tanımlanmaktadır ve genç atletik bireylerde normal bir fenomen olarak, istirahat ve uyku sırasında ise fizyolojik olarak gözlemlenebilmektedir. Bradikardiye neden olan patoloji sinüs düğümü, atriyoventriküler (AV) düğüm dokusu ve His-Purkinje ileti sistemi içinde ortaya çıkabilir.

SİNÜS NOD DİSFONKSİYONU

2018 ACC/AHA/HRS kılavuzunda sinüs düğümü disfonksiyonu fizyolojik olmayan sinüs hızının dakikada 50 vurunun altında olması ve/veya sinüs duraklamalarının 3 saniyeden uzun olması olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁾. Sinüs nod disfonksiyonu uygunsuz sinüs bradikardisi, Sinoatrial (SA) çıkış bloğu, SA duraklama ve hasta sinüs sendromu gibi durumları içerir.

1. Uygunsuz Sinüs Bradikardisi

Sinüs hızının dakikada 60 vurunun altında olduğu ve egzersize kalp hızı yanıtının yetersiz olduğu du-

rum olarak tanımlanmaktadır. Kronotropik inkompetans olarakta bilinmektedir.

2. Sinüs-Atriyum Bloku

SA düğümünden kaynaklanan uyarıların SA kavşağı gecikerek aşmaları ya da aşamamaları sonucu SA bloğu meydana gelir. AV bloğunda olduğu gibi SA bloğunda üç dereceye ayrılır.

Birinci Derece SA Bloku

SA kavşağında iletimin gecikmesi sonucunda birinci derece SA bloğu oluşur. EKG ile tanısı konulmaktadır.

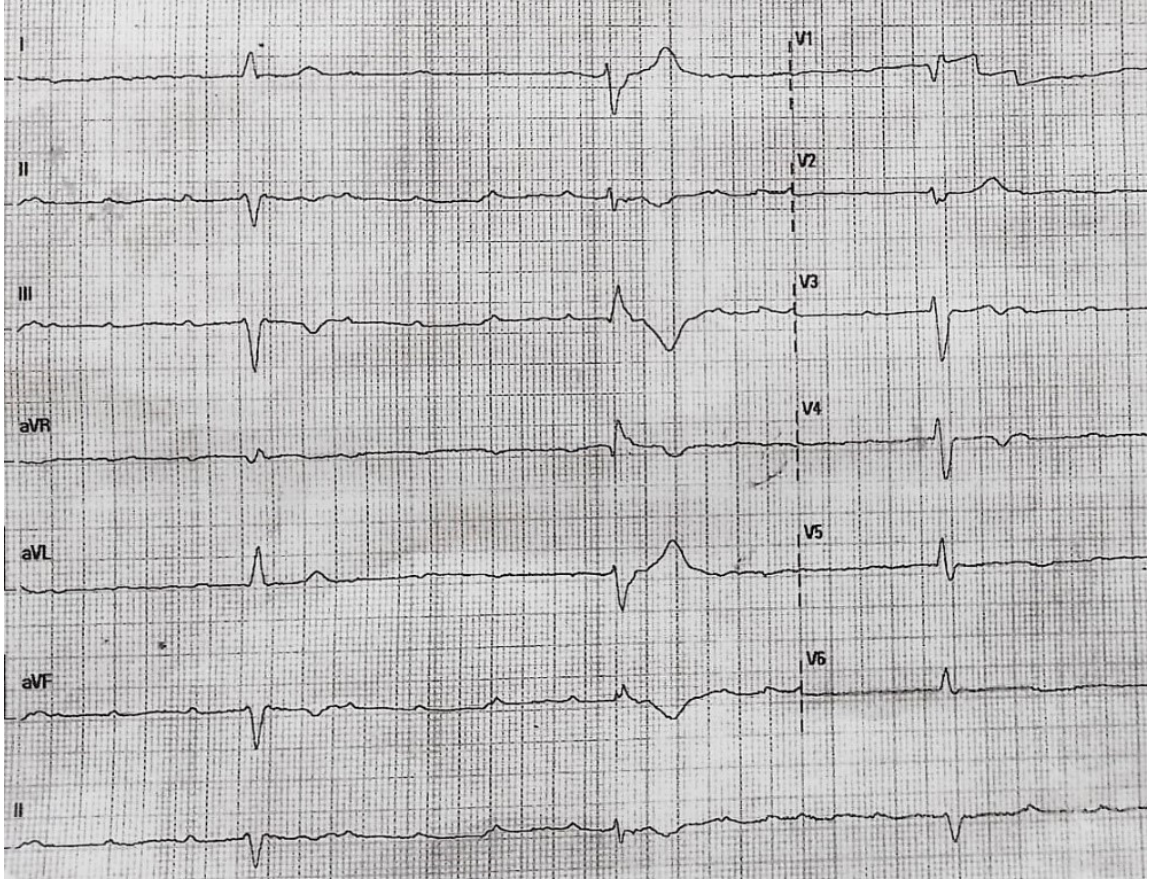
İkinci Derece SA Bloku

İkinci derece SA bloğu, sinüs uyarılarının SA kavşağı zaman zaman geçememeleri sonucunda meydana gelmektedir. Tip I, Tip II, 2:1 çıkışlı ve ileri SA bloku tiplerine ayrılmaktadır.

Tip I SA Bloku

Tip I SA bloğu, Mobitz Tip I ya da Wenckebach periyodu olarakta adlandırılmaktadır. Tip I SA bloğunda, SA düğümünde üretilen uyarılar SA kavşağında gittikçe gecikerek iletilmekte ve sonunda bir uyarı SA kavşağı geçememektedir. EKG' de PP

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, dr.bali82@hotmail.com



Şekil 3. Üçüncü derece AV bloğu, düzenli P dalgaları ile QRS kompleksleri arasında ilişki izlenmemektedir.

ber sol ön fasikül bloğu, sağ dal bloğu ile beraber sol arka fasikül bloğu), bifasiküler blokla beraber birinci derece AV blok varsa trifasiküler blok denilmektedir.

İntraventriküler ileti bozukluklarının nedenleri AV blok nedenleri ile benzerdir. İzole sağ veya sol fasikül bloğu olan hastalarda ileri AV bloğa ilerleme nadirdir. Ancak bifasiküler bloğu olan veya sol fasikül bloğu ve sol aks sapması olan hastaların tam kalp bloğuna ilerleme sıklığı yaklaşık yılda %6'dır⁽⁶⁾.

SONUÇ

Bradikardi yaygın olarak görülen bir aritmidir. Bradikardili hastaların değerlendirilmesinde ve tedavilerinin yönlendirilmesinde EKG en önemli tanı aracıdır. Ayrıca bu hastaların değerlendirilmesinde detaylı bir öykü ve fizik muayenede gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, et al. 2018 ACC/AHA/HRS guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay. J Am Coll Cardiol 2018 Oct 31. pii: S0735-1097(18)38984-8.
2. Uçak D. Elektrokardiyografi, Cerrahpaşa Tıp Kitabevi, 2005
3. Braunwald E. Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine, 5'h ed. WB Saunders Com, Philadelphia 1997; pp: 648-9
4. Johnson RL, Lamb LE, Electrocardiographic findings in 67,375 asymptomatic individuals. VII. A-V block. Am J Cardiol 1960;6:153
5. Erikssen J, Otterstad JE. Natural course of a prolonged PR interval and the relation between PR and incidence of coronary heart disease. A 7-year follow-up study of 1832 apparently healthy men aged 40-59 years. Clin Cardiol 1984;7:6-13.
6. Dhingra RC, Amat-Y-Leon F, Wyndham C, et al. Significance of left axis deviation in patients with left bundle branch block. Am J Cardiol. 1978;42:551-556.