

OLGU 5

Atriyal Flutter Ablasyonu Olgusu

Çağlar KAYA¹

Olgu Sunumu

50 yaşında erkek hasta 2 haftadır olan çarpıntı ve halsizlik şikâyeti ile kardiyoloji polikliniğimize başvurdu. Göğüs ağrısı veya nefes darlığı tariflemedi. Anamnezinde hipertansiyon tanısı ve sigara içicisi olduğu öğrenildi. Bilinen koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus veya kalp yetmezliği öyküsü yoktu. Daha önceden de benzer şikâyetler ile başka bir merkezde acil servise başvurduğunu ve hastaneye yatırılarak tedavi gördüğünü belirtti. Yapılan fizik muayenesinde kan basıncı 120/70 mmHg, kalp hızı 120 atım/dk idi. Solunum sayısı 26/dk, oksijen saturasyonu %95, vücut ısısı 37° C idi. Kardiyak muayenesinde kalp sesleri taşikardik olduğu ve mitral odakta 1-2/6 sistolik üfürüm saptandı. Hastaya çekilen elektrokardiyografi (EKG)' de atriyal flutter (AFL) ritminde olduğu gözlemlendi (Şekil 1).

Ardından yapılan ekokardiyografi (EKO) incelemesinde ejeksiyon fraksiyonu (EF) %50 (Simpson yöntemi) olarak hesaplandı. Taşikardik izlenen hastada hafif kapak hastalıkları (mitral ve triküspit yetersizliği) saptandı. Sol atrium çapı 39 mm, sağ atrium çapı 42 mm, sistolik pulmoner arter basıncı 28 mmHg olarak ölçüldü. Sol ventrikül sistol ve diyastol sonu çapları normal sınırlarda idi. Hastanın anamnezinde belirttiği 1 ay önce ilk atak olarak başvurduğu dış merkezde semptomatik olması nedeniyle koroner yoğun bakım ünitesine yatırılarak amiodarone infüzyonu almış ve sonrasında DC kardiyoversiyon ile normal sinüs ritmi (NSR) sağlandığı sonrasında B bloker tedavisi ile taburcu edildiği öğrenildi. Tekrar benzer şikâyet ve klinik ile gelen hastada EKG de AFL saptanması üzerine tetkik ve tedavi amaçlı elektrofizyolojik çalışma (EFÇ) yapılmasına karar verildi. İlk değerlendirme de konsantrik aktivasyonlu ve TCL 220 msn olan tipik AFL olduğu görüldü (Şekil 2).

¹ Uzm. Dr., Edirne Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, caglakaya2626@gmail.com

altında olduğu belirtilmektedir. İşlem çok zor gözükmesine de EFÇ ve ablasyon kuralları tam doğru uygulanmalı vaka öncesi ve sonrası değerlendirmeler mutlaka yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Scheinman M.M., Yang Y., Cheng J. I. E. Atrial flutter: Part II Nomenclature. Pacing and clinical electrophysiology: PACE. 2004;27:504-506.
2. Elesber AA, Rosales AG, Herges RM, et al. Relapse and mortality following cardioversion of new-onset vs. recurrent atrial fibrillation and atrial flutter in the elderly. Eur Heart J.2006;27:854-60.
3. Tezcan UK, Tıkız H, Demir AD, et al. Radiofrequency Catheter Ablation Treatment of Typical Atrial Flutter with Anatomical Approach: Case Report. Turk Kardiyol Dern Ars. 1997;25:183-187
4. Cosio F.G. Atrial flutter, typical and atypical: a review. Arrhythmia Electrophysiol Rev. 2017;6:55-62.
5. Babaev A, Suma V, Tita C, Steinberg J S et al. Recurrence rate of atrial flutter after initial presentation in patients on drug treatment. The American journal of cardiology. 2003;92:1122-1124.
6. Schmieder S, Ndrepepa G, Dong J, et al. Acute and long-term results of radiofrequency ablation of common atrial flutter and the influence of the right atrial isthmus ablation on the occurrence of atrial fibrillation. European heart journal, 2003;24:956-62.
7. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. European heart journal, 2021;42:373-498.
8. Gil-Ortega I, Pedrote-Martínez A, Fontenla-Cerezuela A. Spanish Catheter Ablation Registry Collaborators. Spanish Catheter Ablation Registry. 14th Official Report of the Spanish Society of Cardiology Working Group on Electrophysiology and Arrhythmias. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2015;68:1127-37.
9. Anselme F, Klug D, Scanu P, et al. Randomized comparison of two targets in typical atrial flutter ablation. Am J Cardiol 2000;85:1302-7.
10. Weiss C, Becker J, Hoffmann M, et al. Can radiofrequency current isthmus ablation damage the right coronary artery? Histopathological findings following the use of a long (8 mm) tip electrode. Pacing Clin Electrophysiol 2002;25:860-2.