

Asemptomatik Bradikaritmili Hastalarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi

Göksel ÇİNİER¹

Giriş

Asemptomatik bradikaritmiler klinik pratiğimizde kardiyak ve kardiyak dışı nedenlerle yapılan testler sırasında sıkça karşımıza çıkmaktadır. Özellikle son zamanlarda uzun dönem kardiyak ritim kaydı yapabilen medikal cihazların kullanım sıklığının artması nedeniyle semptom vermeyen aritmilerin sıklığında artış beklenmektedir.

Güncel Avrupa ve Amerikan kardioloji kılavuzları semptomatik bradikaritmili vakalarında birkaç istisna dışında kalıcı kalp pili takılmasını önermektedirler. Bu derlemede sinüs nod disfonksiyonu (SND) ve atrioventriküler blok (AVB) nedeniyle gelişen asemptomatik bradikaritmilerin güncel kanıta dayalı tanısı, yönetimi ve tedavisi ele alınacaktır.

Asemptomatik bradikaritmili hastalarının tanı ve değerlendirilmesi

Bradikaritmili epizodunun temel fizyolojik etkisi sol ventriküler atım hacminin dakika kalp hızının çarpılmasıyla elde edilen kardiyak debideki düşüştür. Sol ventrikül atım hacmindeki artış dakika kalp hızındaki düşüşü kompanse ettiği sürece hastalarda semptom oluşmayabilir. Bradikaritmilerin sebep olduğu semptomlar genellikle spesifik olmayıp senkop, yorgunluk, egzersiz kapasitesinde azalma, baş dönmesi, konsantrasyon eksikliği ve unutkanlıktır.

Bradikaritmili epizodlarının neden bazı hastalarda semptoma açarken diğerlerinde herhangi bir semptoma yol açmadığı tam olarak anlaşılamamıştır ancak bu durumun hastaların bireysel özellikleri ve hemodinamiklerine, diğer kardiyovasküler hastalıkların varlığına ve otonomik tonusa bağlı olabileceği düşünülmektedir. Örneğin kondisyonlu bir atlette 1. Derece AVB herhangi bir semptoma yol açmamanın yanında artmış vagal tonusa bağlılıkla sıklıkla görülen bir bulguyken, sol ventrikül hipertrofisi ya da korumuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği gibi sol ventrikülün dolum bozukluğuna yol açan komorbid hastalıkların bulunduğu hastalarda sıklıkla semptomatik olmaktadır. ⁽¹⁾ Bu nedenlerden dolayı bradikaritmili ile başvuran hastalarda semptomdan bağımsız olarak detaylı bir medikal öykü ve fizik muayene şarttır.

Klinisyenler sadece bradikaritmili semptomlarıyla odaklanmamalıdır. Bradikaritmiler kardiyak sarkoidoz ve Lyme karditi gibi daha sistemik bir hastalığın da bulgusu olabilmektedirler. Birden fazla organ tutulumunun görüldüğü bradikaritmili ile başvuran genç bir hastada kardiyak sarkoidoz mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. ⁽²⁾ Özellikle apneik epizodları sırasında hastalarda bradikaritmiler ve ileti defektlerinin sık görülmesi nedeniyle, aralıklı noktönel bradikaritmisi olan hastalar uyku apnesi açısından değerlendirilmelidirler. ⁽³⁾

Asemptomatik bradikaritmili ile başvuran hastaların rutin değerlendirilmesi sırasında klinisyenler

¹ Uzman Doktor (Kardiyoloji) Kaçkar Devlet Hastanesi, cinierg@gmail.com

sırasında gerçekleşmesi halinde hastalar semptomatik hale gelebilir. 2018 yılında yayımlanan Amerikan Kardiyoloji Cemiyeti kılavuzuna göre 1. derece, Mobitz tip I ve 2:1 AVB hastalarının asemptomatik olması ve blok düzeyinin AV nod olarak saptanması durumunda kalıcı kalp pili implantasyonu önerilmemektedir. Ancak aynı zamanda geniş QRS dalgası bulunması durumunda infranodal düzeyde bir blok olduğu düşünülerek egzersiz testi ya da elektrofizyolojik çalışma yapılmalıdır. ⁽⁴⁾ 2019 EHRA asemptomatik bradikardi yönetimi konsensüs yazısında Mobitz tip I bloğu bulunan asemptomatik hastalarda kesin kararı vermeden önce ileri tetkik ve tanı yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir. ⁽⁴⁾ SND hastalarından farklı olarak AVB saptanan hastalarda kalıcı kalp pili endikasyonu semptom gidermenin yanı sıra prognoz açısından da önerilebilmektedir. Bu nedenle altta yatan tedavi edilebilir nedenler olmadığı takdirde Mobitz tip II ve 3. derece AVB saptanan hastalarda semptomdan bağımsız olarak kalıcı kalp pili implantasyonu önerilmektedir. ⁽⁴⁾

Sonuç

Asemptomatik bradiaritmi epizodu ile başvuran hastaların prognozu genellikle iyi olup bu hastalara takip dışında herhangi bir tedavi önerilmemektedir. Bunun yanında özellikle daha ileri ileti defektine ilerleyebilecek ve sistemik bir hastalığın bulgusu olabilecek vakalar için klinisyenler dikkatli olmalı bu hastalar daha detaylı değerlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

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: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*. 2018;25701.
2. Birnie DH, Nery PB, Ha AC, Beanlands RS. Cardiac sarcoidosis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68(4):411-21.
3. Mehra R, Benjamin EJ, Shahar E, Gottlieb DJ, Nawab R, Kirchner HL, et al. Association of no-

- cturnal arrhythmias with sleep-disordered breathing: The Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173(8):910-6.
4. Arnar DO, Mairesse GH, Boriani G, Calkins H, Chin A, Coats A, et al. Management of asymptomatic arrhythmias: a European Heart Rhythm Association (EHRA) consensus document, endorsed by the Heart Failure Association (HFA), Heart Rhythm Society (HRS), Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), Cardiac Arrhythmia Society of Southern Africa (CASSA), and Latin America Heart Rhythm Society (LAHRS). *EP Europace*. 2019.
5. D'Souza A, Sharma S, Boyett MR. CrossTalk opposing view: bradycardia in the trained athlete is attributable to a downregulation of a pacemaker channel in the sinus node. *The Journal of physiology*. 2015;593(8):1749-51.
6. Tresch DD, Fleg JL. Unexplained sinus bradycardia: clinical significance and long-term prognosis in apparently healthy persons older than 40 years. *The American journal of cardiology*. 1986;58(10):1009-13.
7. Dharod A, Soliman EZ, Dawood F, Chen H, Shea S, Nazarian S, et al. Association of asymptomatic bradycardia with incident cardiovascular disease and mortality: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *JAMA internal medicine*. 2016;176(2):219-27.
8. Goldberger JJ, Johnson NP, Gidea C. Significance of asymptomatic bradycardia for subsequent pacemaker implantation and mortality in patients > 60 years of age. *The American journal of cardiology*. 2011;108(6):857-61.
9. Senturk T, Xu H, Puppala K, Krishnan B, Sakaguchi S, Chen LY, et al. Cardiac pauses in competitive athletes: a systematic review examining the basis of current practice recommendations. *Ep Europace*. 2016;18(12):1873-9.
10. Carroz P, Delay D, Girod G. Pseudo-pacemaker syndrome in a young woman with first-degree atrio-ventricular block. *Europace*. 2009;12(4):594-6.