

Romatoid artritli bir hastada atriyoventriküler tam blok

Complete atrioventricular block in a patient with rheumatoid arthritis

Dr. Mustafa Özgül,¹ Dr. Yeşim Hoşcan,² Dr. Çağatay Arslan,³ Dr. Mustafa Karabacak⁴

¹ Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Van; ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Alanya; ³Özel Isparta Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Isparta; ⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Isparta

Atriyoventriküler (AV) blok, romatoid artritli (RA) hastalarda nadirdir; fakat, sıklıkla tam blok şeklindedir. Elli beş yaşında kadın hasta, yaklaşık bir haftadır var olan yorgunluk, baş dönmesi ve presenkop yakınmaları ile başvurdu. Hasta yaklaşık altı yıldır RA tanısıyla tedavi görmekteydi. Son bir yıldır da düzenli olarak metilprednizolon 5 mg/gün kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde kalp hızı 32/dk, kan basıncı 160/80 mmHg ölçüldü, apikal 1-2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü vardı. Elektrokardiyografide AV tam blok izlendi. Transtorasik ekokardiyografide birinci derecede mitral yetersizliği saptandı. Transözofajiyal ekokardiyografide kalp boşlukları içinde romatoid nodülle uyumlu görüntü yoktu. Koroner anjiyografide koronerler normal izlendi. Hastaya koroner yoğun bakım ünitesinde geçici kalp pili takıldı. Takibinde AV tam blok ikinci derece Mobitz tip II bloka geriledi, kalp hızı 45/dk idi. On günlük takip sonrasında AV blokta iyileşme olmaması üzerine hastaya DDD-R kalıcı kalp pili takıldı.

Anahtar sözcükler: Artrit, romatoid/komplikasyon; elektrokardiyografi; kalp bloku/etioloji; kalp pili.

Atrioventricular (AV) block is rare in patients with rheumatoid arthritis (RA), but it is usually of complete type. A 55-year-old woman had complaints of fatigue, dizziness, and light-headedness, all of a week history. She had been receiving treatment for RA for about six years, and had been on methylprednisolone 5 mg/day for a year. On physical examination, her heart rate was 32 bpm, blood pressure was 160/80 mmHg. She had a grade 1-2/6 apical systolic ejection murmur. The electrocardiogram showed complete AV block. Transthoracic echocardiography showed grade I mitral regurgitation. No rheumatoid nodule was noted on transesophageal echocardiography. Coronary arteries appeared normal on coronary angiography. A temporary pacemaker was implanted in the coronary care unit, after which complete AV block improved to a second-degree Mobitz type II block. Her heart rate was 45 bpm. As no further improvement was observed in the AV block during a 10-day monitoring, she underwent DDD-R permanent pacemaker implantation.

Key words: Arthritis, rheumatoid/complications; electrocardiography; heart block/etiology; pacemaker, artificial.

Ritm-ileti bozuklukları ve kalp nedenli ani ölüm, otoimmün romatoid hastalıkların kardiyak tutulumlarının önemli birer göstergeleridir. Romatoid artritli (RA) hastalarda ani ölümün en önemli nedeni, akut koroner sendrom ve ventriküler aritmilere neden olan aterosklerotik koroner arter hastalığıdır. Romatoid artritte, atriyoventriküler (AV) nod tutulumuna bağlı çeşitli derecelerde AV bloklar nadir görülse de sıklıkla tam blok şeklindedir.^[1,2]

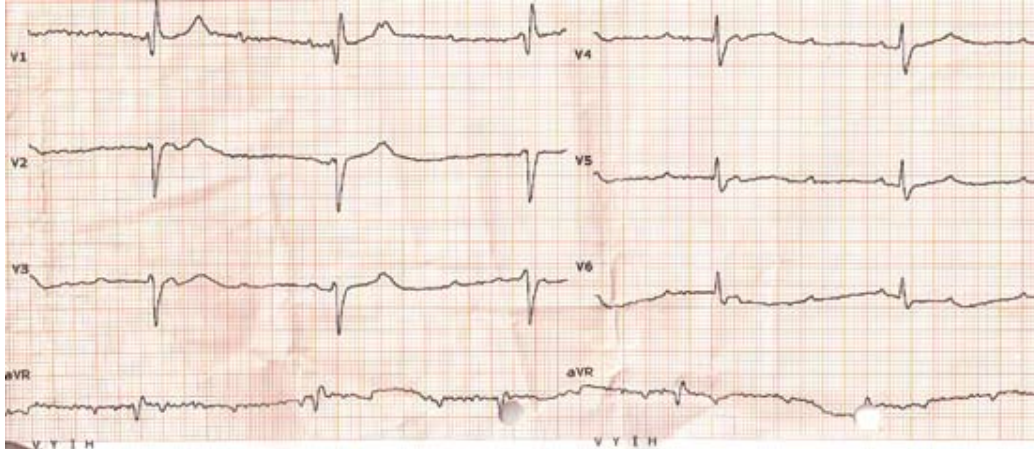
Bu yazıda AV tam blok gelişen romatoid artritli bir hasta sunuldu.

OLGU SUNUMU

Elli beş yaşında kadın hasta, yaklaşık bir haftadır var olan yorgunluk, baş dönmesi ve presenkop yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Daha önce benzer yakınmaları olmayan hasta yaklaşık altı yıldır RA tanısıyla tedavi görmekteydi. Son bir yıldır da düzenli olarak metilprednizolon 5 mg/gün kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde, hasta koopere ve oriyante idi; kalp hızı 32/dk, kan basıncı 160/80 mmHg ölçüldü, apikal 1-2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü vardı. Hastanın elle- rinde RA'ya bağlı olan ulnar deviyasyon ve tepe-vadi

Geliş tarihi: 23.12.2006 Kabul tarihi: 27.06.2007

Yazışma adresi: Dr. Mustafa Özgül, Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, 65100 Van. Tel: 0432 - 312 28 61 Faks: 0432 - 217 64 64 e-posta: drmustafaogzul@hotmail.com



Şekil 1. Romatoid artritli hastaya ait atriyoventriküler tam blok elektrokardiyogramı.

görünümü görüldü. Elektrokardiyografide AV tam blok izlendi (Şekil 1). Telekardiyografide kardiyotoraksik indeks normaldi. Laboratuvar değerleri şöyledi: Hemoglobin 12.1 g/dl, lökosit 11 900 mm³, trombosit 310 000 mm³, sedimantasyon 50 mm/saat, CRP 25 mg/dl, RF 40 IU/dl, glukoz 96.5 mg/dl, kreatinin 0.8 mg/dl, ALT 24.4 mg/dl, Na 145 mmol/l, K 4.1 mmol/l. Transtoraksik ekokardiyografide sağ ve sol boşluklar normal genişlikte, sol ventrikül sistolik fonksiyonu normal (EF %65) bulunurken, birinci derecede mitral yetersizliği saptandı. Transözofajiyal ekokardiyografide kalp boşlukları içinde romatoid nodülle uyumlu görüntü yoktu. Koroner anjiyografide koronerler normal izlendi. Hastaya koroner yoğun bakım ünitesinde geçici kalp pili takıldı. Takibinde AV tam blok ikinci derece Mobitz tip 2 bloka geriledi, kalp hızı 45/dk idi. On günlük takip sonrasında AV blokta iyileşme olmaması üzerine hastaya DDD-R kalıcı kalp pili takıldı.

TARTIŞMA

Romatoid artrit, etyolojisi belli olmayan, sistemik bulgular gösteren, özellikle kronik olarak eklemli tutan ve şekil bozuklukları ile seyreden bir hastalıktır. Hastaların yaşam süresi kardiyovasküler hastalıkların neden olduğu ölümler nedeniyle kısalmıştır.^[1] Ritm-ileti bozuklukları ve ani ölüm otoimmün romatoid hastalığı olanlarda daha yüksek oranda görülür.^[2] Romatoid artrit, hızlanmış koroner ateroskleroz, koroner vaskülit, koroner trombus, miyokardit ve pulmoner hipertansiyon, ritm bozukluğu oluşumuna katkıda bulunmaktadır.^[2]

İleti bozuklukları çoğunlukla aktif dönemdeki otoimmün romatoid hastalıklarda oluşur ve sıklığı ritm bozukluklarından fazladır.^[2] Vilecco ve ark.^[3] RA'lı 60 hastanın %35'inde sağ dal bloku saptamışlar; ileti dokularına karşı antikör düzeylerini ileti sorunu

olan hastalarda, ileti sorunu olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Romatoid artitte AV blok nadirdir; fakat, sıklıkla tam blok şeklindedir, anti-inflamatuvar ve immüsupresif tedaviye yanıtıdır.^[2] Olgumuzda da AV tam blok, hasta steroid tedavisi altındayken gelişmişti. Romatoid artritli hastalarda AV tam blok oluşumunu kolaylaştıran faktörler şunlardır: a) İleti dokularını sıkıştıran romatoid nodül; b) ileti dokularında iskemiyeye neden olan koroner arterit; c) hızlanmış ateroskleroza bağlı artmış koroner arter hastalığı; d) klorokin kardiyotoksitesisi; e) fokal miyokardit; f) ileti sistemini içeren sekonder amiloidozis.^[4] Ben Hamda ve ark.^[5] RA'lı bir olguda AV tam blokun olası nedeni olarak transözofajiyal ekokardiyografide interventriküler septumda fibröz romatoid nodül saptamışlardır. Adhiyaman ve ark.^[6] oluşan AV blokun, RA'nın ciddiyetini gösteren bir bulgu olabileceğini vurgulamışlardır. Reuss-Borst ve ark.^[7] RA'lı bir olguda oluşan AV tam blok nedeninin uzun süreli klorokin kullanımı olduğunu bildirmişlerdir. Hastamızda, transözofajiyal ve transtoraksik ekokardiyografide romatoid nodül ve miyokarditle uyumlu bulgu saptanmadı. Hasta klorokin kullanmıyordu. Gelişen AV blok yukarıda sayılan diğer nedenlerden birine bağlı olabilir. Romatoid artritli hastalarda oluşan ileti kusuru medikal tedaviye yanıtız olduğu için hastaya DDD-R kalıcı kalp pili takıldı.

Sonuç olarak, RA'da gelişen AV tam blok nadir bir komplikasyon olmasına karşın yaşamı tehdit edicidir; AV tam blok pek çok nedenle oluşabilmekte ve medikal tedaviye yanıt vermemektedir. Bu nedenle, bu hastalara kalıcı kalp pili takılması önerilen tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Mandell BF, Hoffman GS. Rheumatic diseases and the cardiovascular system. In: Zipes DP, Libby P,

- Bonow RO, Braunwald E, editors. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 7th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2005. p. 2101-16.
2. Seferovic PM, Ristic AD, Maksimovic R, Simeunovic DS, Ristic GG, Radovanovic G, et al. Cardiac arrhythmias and conduction disturbances in autoimmune rheumatic diseases. *Rheumatology* 2006;45 Suppl 4:iv39-42.
 3. Villecco AS, de Liberali E, Bianchi FB, Pisi E. Antibodies to cardiac conducting tissue and abnormalities of cardiac conduction in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Immunol* 1983;53:536-40.
 4. Kubba S, Bali HK, Bahl A, Nand Kumar S. Recurrent syncopal attacks in a lady with rheumatoid arthritis. *J Postgrad Med* 2004;50:291-2.
 5. Ben Hamda K, Betbout F, Maatouk F, Gamra H, Addad F, Touzi M, et al. Rheumatoid nodule and complete heart block: diagnosis by transesophageal echocardiography. *Ann Cardiol Angeiol* 2004;53:101-4. [Abstract]
 6. Adhiyaman V, Oke A, Aziz K, White AD. Progressive heart block in active rheumatoid arthritis. *Int J Clin Pract* 2000;54:544-5.
 7. Reuss-Borst M, Berner B, Wulf G, Müller GA. Complete heart block as a rare complication of treatment with chloroquine. *J Rheumatol* 1999;26:1394-5.