



Wolf-Parkinson-White (WPW) sendromu ilk kez 1930'da, soyadları Wolf-Parkinson ve White olan 3 doktor tarafından tanımlanan bir hastalıktır. Bazen tesadüfen anlaşılabilir gibi aralıklarla çarpıntıya da neden olabilir. Ancak nadiren ani ölümle sonuçlanacak ciddi ritim bozuklukları ile de karşımıza çıkabilmektedir. Hastalığın tanısı EKG ile konabilmektedir ancak bazen EKG ile tespit edilemeyip bu durumda gizli WPW hastalığından bahsedilir.

Nedenleri

WPW sendromu doğuştan olan bir hastalıktır ve bu hastalıkta kalbin kulakçık denilen odaları ile karıncık denilen odaları arasında normalde olmaması gereken ek ileti yolları vardır. WPW sendromu sonradan olabilecek bir hastalık değildir. Bazen hastalarda Ebstein anomalisi, hipertrofik kardiyomiopati ve mitral kapak prolapsusu gibi ek kalp hastalıkları da olabilir.

Sıklığı

Hastalığın görülme sıklığı 1000 kişide 2 ile 4 arasındadır. Erkeklerde biraz daha sık görülür. Her yaşta görülebilir ancak gençlerde daha sık karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalık doğuştan vardır ve genelde süt çocukluğu döneminde kaybolur ancak ergenlik döneminde tekrar ortaya çıkmaktadır.

Nasıl anlaşılır?

- Hiç belirti vermeyebilir ve tesadüfen başka bir nedenden dolayı çekilen EKG ile tanı konabilir.
- Çarpıntıya, baş dönmesine ve bayılmaya neden olabilir.
- Özellikle çarpıntı uzun sürerse kalp yetmezliğine yol açabilir.
- Ani ölüme neden olabilir.

Tanı için neler yapılır?

- Tanı 12 kanal EKG ile konabilir.
- Nadiren hastalarda bulunan ek ileti yolları EKG ile anlaşılabilir, bu hastalarda 24 saat holter monitörizasyonu işe yarayabilir.
- Gizli ek ileti yollarının tespiti için ÇARPINTI SIRASINDA ÇEKİLEN EKG çok önemlidir ve çok değerli bilgiler verir.

- Efor testi ile hastaların risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

Çarpıntı sırasında ne yapmalıyım?

- Çarpıntı sırasında yapacağınız bazı manevralar çarpıntı atağını durdurabilir. Boyunun bir tarafına yapacağınız masaj, yüzü buz gibi bir su ile yıkamak, ıkınmak veya küçük çocuklarda alına uygulanan buz torbası çarpıntı atağını durdurabilir.
- Eğer çarpıntınız bu manevralar ile durmazsa en yakın sağlık merkezine başvurunuz. Burada mutlaka EKG çektin.
- Doktorunuza bu bilgilendirme kitapçığını gösterin.

Çarpıntı sırasında acile gittiğinizde doktorunuz için bilgilendirme

- Hastanın EKG'sini çekiniz (mümkünse 12 kanal). Eğer SVT tespit ederseniz hızlı bir şekilde, mümkünse sol kola damar yolu açtırın. Bu esnada vagal uyarı için dil basacağı ile hastanızın boğazına bakabilirsiniz. Bazen bu sırada SVT atağı sonlanabilir.
- Damar yolu açıldığı zaman 10 cc SF hazırlayın. Adenozin 0.2 mg/kg'dan (maksimum 6 mg) çok hızlı veriniz ve ardından hızla 10 cc SF bolus tarzında veriniz.
- Adenozin'i hiç bir zaman ayaktan açılan damar yolundan yapmayınız çünkü kalp odalarına ulaşana kadar damarda yıkılmaktadır ve etkisi olmamaktadır.
- ADENOZİN VERİRKEN MUTLAKA EKG MONİTÖRİZASYONU YAPINIZ VE TAŞIKARDİ SONLANIRKEN EKG KAYIDI ALINIZ.
- Eğer taşikardi atağı sonlanmadı ise bir kez daha 'adenozin' 0.2 mg/kg'dan verebilirsiniz. Maksimum total doz; 12 mg'dır.
- Eğer yine sonlanmaz ise aşağıda yazılı telefon numarasına ulaşabilirsiniz.

Her hastada kateter anjiyografi yöntemi ile elektrofizyolojik çalışma (EFÇ) yapmak gerekir mi?

- Çarpıntı atakları olan ve yaşı uygun olan hastalarda mutlaka EFÇ yapmak gerekir. Eğer hastanın yaşı <8 ise ilaç tedavisi verilebilir ancak bu hastalarda da ilaca dirençli sık çarpıntı atakları var ise, kalp yetmezliği bulguları var ise, bayılma var ise EFÇ yapmak gerekebilir.
- Hiç belirtisi olmayan, tesadüfen EKG ile tespit edilen hastalarda öncelikle efor testi yapmak gerekir. Eğer efor testinde düşük risk tespit edilirse hastalar

tedavisiz izlenebilir ancak efor testinde risk düřüklüğü tespit edilemez ise mutlaka EFÇ yapmak ve risk tayini yapmak gerekir.

Bu hastalığın kesin tedavisi var mıdır?

Evet bu hastalığın kesin tedavisi vardır. Kesin tedavi elektrofizyolojik çalışma yeri ek yolun yerini tespit etmek ve bu yolu radyofrekans enerji yöntemi ile yakmaktır (RF ile ablasyon olarak bilinir). Bu işlemin başarı şansı %95'tir. Bazen özellikle riskli yerleşimli ek yolları çok düşük derecelerde dondurarak da (kriyoablasyon olarak bilinir) yok etmek mümkündür.

Bu işlemin riskleri var mıdır?

Nadiren de olsa özellikle kalbin doğal ileti yollarına çok yakın yerleşimli ek yollara ablasyon işlemi yapılırken hastanın doğal ileti yolları zarar görebilir. Bu komplikasyonun oranı %2 civarındadır. Kriyoablasyon yöntemi kullanılırsa bu oran daha da düşüktür.

Ablasyondan sonra tekrar etme riski var mıdır?

Evet tekrar etme riski vardır. Özellikle bazı özel yerleşimli ek yollarda ve kriyoablasyondan sonra tekrar etme oranları biraz daha yüksektir. Tüm vakaların %3-5'i tekrar edebilir.

Tekrar ederse tedavi nedir?

Tekrar ederse tedavi aynı şekilde ablasyon işlemini tekrarlamaktır. Bu durumda 3 boyutlu haritalama sistemleri kullanılarak veya farklı yöntemler kullanılarak tekrar etme riski en aza indirilmeye çalışılır.

Hastalığın gidişatı nasıldır?

- Başarılı bir şekilde ablasyon yapılırsa gidişat genelde çok iyidir.
- Tedavi edilmez ise çok düşük de olsa ani ölüm riski vardır.
- Belirti olmayan hastalarda yaş ilerledikçe risk azalır. ANCAK ADÖLESAN DÖNEMDE EFOR TESTİ İLE RİSK TAYİNİ YAPMAK VE GEREKİRSE EFÇ İLE RİSK TAYİNİ YAPMAK ŞARTTIR.

ACİL DURUMLARDA ULAŞABİLECEĞİNİZ CEP TELEFON NUMARASI

Doç. Dr. Fahrettin UYSAL

Tel: (505) 4769586