

Ani Sessiz Ölümler



Gökhan Akdur

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

Ani kardiyak ölüm (AKÖ), kalp kökenli olduğu düşünülen ve belirtilerin başlamasını izleyen ilk saat içinde ortaya çıkan ani ve beklenmedik ölümleri tanımlar. Toplumda önemli bir mortalite nedeni olup hastane dışı AKÖ insidansı yılda 100.000 kişide yaklaşık 85'e ulaşmaktadır. Olgular çoğunlukla 40 yaş üzerindeki erkeklerde görülür. Bu yaş grubunda koroner arter hastalığı (KAH) temel nedenken, genç bireylerde yapısal bir bozukluk olmadan gelişen elektriksel hastalıklar ön plandadır. Otopside yapısal bir neden saptanmayan olguların bulunması, elektriksel mekanizmaların AKÖ'deki önemini göstermektedir.

Risk faktörleri klasik kardiyovasküler riskler, yapısal kalp hastalıkları, primer elektriksel bozukluklar ve geri döndürülebilir nedenler şeklinde sınıflandırılabilir. Hipertrofik kardiyomiyopati (HKMP), aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisi (ARVK) ve dilate kardiyomiyopati gibi yapısal hastalıklarda fibrozis ve skar dokusu ventriküler aritmileri kolaylaştırmaktadır. Uzun QT sendromu ve Brugada sendromu gibi elektriksel bozukluklarda kalp yapısı normal olmasına rağmen malign aritmiler ortaya çıkabilir. Bunun yanında elektrolit dengesizlikleri, hipovolemi ve hipoksi gibi geri döndürülebilir durumlar da ani ölüm riskini artırmaktadır. Ventriküler taşikardi (VT) ve ventriküler fibrilasyon (VF), AKÖ'de en sık görülen ritimleridir. Monomorfik VT genellikle miyokard enfarktüsü sonrası skar dokusu üzerinden gelişirken, polimorfik VT değişken QRS morfolojisi ile seyrederek ve çoğunlukla akut iskemi veya elektrolit bozukluklarının sonucudur. QT uzamasına bağlı gelişen torsades de pointes, VF'ye ilerleyerek ölümcül sonuçlara yol açabilir.

Sporcularda ani kardiyak ölüm nadir görülse de genç atletlerde travma dışı ani ölümlerin önemli bir nedenidir. Otuz beş yaş altı sporcularda HKMP, koroner arter anomalileri, ARVK ve kalıtsal aritmi sendromları öne çıkarken ileri yaşlarda KAH baskın hale gelmektedir. Yoğun egzersizin tetiklediği sempatik aktivite, sıvı kaybı ve elektrolit değişiklikleri aritmi riskini artırır. Bu nedenle bazı ülkelerde sporcu taramalarında elektrokardiyografi (EKG) kullanılması ve spor alanlarında otomatik eksternal defibrilatör (AED) bulundurulması önerilmektedir.

Diyaliz hastalarında ani kardiyak ölüm oranları genel nüfusa göre çok daha yüksektir. Sol ventrikül hipertrofisi, fibrozis, üremik kardiyomiyopati ve elektrolit değişimleri ventriküler aritmiler için zemin oluşturmaktadır. Özellikle düşük

potasyum içeren diyalizat, hızlı ultrafiltrasyon ve seanslar arası sıvı birikimi aritmi riskini artıran önemli etkenlerdir. Hafta sonu aralığının ardından yapılan ilk diyaliz seansında ani ölüm oranlarının artması bu fizyolojik değişikliklerle ilişkilidir. Diyalize başlanan ilk 90 gün ise mortalite açısından en kritik dönem olarak kabul edilmektedir.

Kalp yetersizliği (KY) hastalarında ani kardiyak ölüm, hastalığın seyrinde sık görülen bir durumdur. Orta evre KY'de ölümlerin çoğunda aritmi neden olurken, ileri evrede pompa yetmezliği daha baskın hale gelir. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD), ejeksiyon fraksiyonu düşük olan hastalarda hem primer hem de sekonder korumada etkili bir tedavi seçeneğidir; ancak asistoli veya nabızsız elektriksel aktivite gibi ritimlerde etkinliği sınırlıdır.

Sonuç olarak AKÖ, farklı klinik alt gruplarda ortaya çıkabilen ve hızlı müdahale gerektiren ciddi bir tablodur. Risk faktörlerinin erken tanınması ve uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesi sağkalımı belirgin şekilde artırmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Holmberg MJ, Ross CE, Fitzmaurice GM, Chan PS, Duval-Arnould J, Grossestreuer AV, et al. Annual incidence of adult and pediatric in-hospital cardiac arrest in the United States. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019;12:e005580. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005580
2. Bagnall RD, Weintraub RG, Ingles J, Duflou J, Yeates L, Lam L, et al. A prospective study of sudden cardiac death among children and young adults. *N Engl J Med*. 2016;374:2441–2452. doi:10.1056/NEJMoa1510687
3. Harmon KG, Drezner JA, Wilson MG, Sharma S. Incidence of sudden cardiac death in athletes: a state-of-the-art review. *Br J Sports Med*. 2014;48:1185–1192.
4. Bleyer AJ, Russell GB, Satko SG. Sudden and cardiac death rates in hemodialysis patients. *Kidney Int*. 1999;55:1553–1560.
5. Shen L, Jhund PS, Petrie MC, Claggett BL, Barlera S, Cleland JGF, et al. Declining Risk of Sudden Death in Heart Failure. *N Engl J Med*. 2017;377:41–49.

Cite as:

Akdur G. Ani Sessiz Ölümler. *Phnx Med J*. 2025;7(3):120.

Bu bildiri 7-9 Kasım 2025 tarihleri arasında Nevşehir’de yapılan 2. Kapadokya Acil Tıp Sempozyumu Cerrahpaşa Günlerinde sunulmuştur.

