

SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİLERDE TANI VE TEDAVİ

Dr. Ahmet Kaya BİLGE

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Supraventriküler taşikardi (SVT) ritm bozukluklarının en sık görülen nedenlerindedir. Büyük çoğunluğu idiopatik olmakla birlikte yapısal kalp hastalıkları zemininde de görülebilir. Tüm yaş gruplarında görülebilir ve 35/100000'lik bir insidansa sahiptir. Kontrol edilmemiş taşikardinin bir çeşit kardiyomyopatiye yol açabilme potansiyeli nedeniyle zamanında ve uygun tedavi önem arzeder. Güncel tedavi yaklaşımları farmakolojik kontrol ve aritmojenik substratın kateter ablasyonu ile ortadan kaldırılmasını içerir.

Sınıflama

Taşikardiler genellikle supraventriküler, ventriküler ve atrio-ventriküler (Aksesuar yol taşikardileri) olmak üzere üçe ayrılır. Fakat klinik pratikte aksesuar yol taşikardileri de SVT kategorisinde değerlendirilir.

Supraventriküler taşikardiler:

- Sinüs taşikardisi
- Atriyal taşikardi, atriyal flutter, atriyal fibrilasyon
- AV nodal reentrant taşikardi
- Kavşak taşikardileri
- Aksesuar yol taşikardileri ise; Ortodromik ve antidromik Atrio-ventriküler reentrant taşikardi (AVRT) alt grupları içinde değerlendirilir.

Klinik değerlendirme

Kalp hızı 100/dk üzerinde taşikardi ile müracaat eden bir hastada ilk değerlendirme bu taşikardinin SVT mi yoksa VT mi? olduğu sorusuna yanıt vermektir.

Burada en önemli ayırıcı kriter QRS genişliğidir. Dar QRS (< 120 msn) bir taşikardi kesin olarak SVT dir. Geniş QRS bir taşikardi ise büyük olasılıkla VT olmakla birlikte % 10 civarında bir vakada SVT olabilir (Antidromik AVRT, bloklu veya aberran iletili SVT).

Kliniğe dar QRS taşikardi ile müracaat etmiş bir hastada spesifik ayırım ve tedavi yaklaşımında öncelikle ritmin düzene bakılmalıdır. Ritm düzenli değil ise; atriyal fibrilasyon, değişen blok dereceli atriyal flutter veya atriyal taşikardi akla gelmelidir.

Ritm düzenli ise; QRS kompleksleri arasında p dalgaları aranmalıdır.

- Eğer hiç p seçilemiyorsa (kısa RP taşikardi); AV nodal reentrant taşikardidir
- RP mesafesi yine kısa (RP<PR) fakat > 70 msn olup, QRS'in hemen sonrasında seçilebiliyorsa Ortodromik AVRT akla gelmelidir.
- Eğer RP mesafesi uzun ise (RP>PR); ön planda atriyal taşikardi düşünülmelidir. Daha nadir sebepler olarak da atipik AV nodal reentrant taşikardi ve paroksizmal junctional reentrant taşikardi sayılabilir

Tedavi yaklaşımlar

Paroksizmal bir taşikardi mevcudiyetinde genel değerlendirilmeden sonra hemodinamik parametrelere bakılmalıdır. Eğer hemodinamik olarak tolere edilemiyorsa kardioversiyon (CV) tek tedavi seçeneğidir.

Hemodinamisi stabil bir hastada dar QRS ve düzenli bir taşikardi ise:

- Vagal manevralar
- İV adenozone
- İV verapamil/diltiazem
- İV betabloker uygulanmalıdır

Taşikardi sonlandırılmazsa ; clas I veya III antiaritmikler verilebilir. Eğer tüm bu farmakolojik yaklaşımlar etkisiz kalırsa overdrive pacing veya DC CV yapılmalıdır.

Düzensiz ritmi bir taşikardi varlığında ise yaklaşım atriyal fibrilasyondaki gibi olmalıdır.

Atriyal fibrilasyon

En sık görülen sürekli kardiyak ritm bozukluğu olup, yaşla birlikte sıklığı artmaktadır. Genel toplumda yaklaşık %1 sıklığında izlenirken, 65 yaş üzerinde insidans %10'ların üzerine çıkar. Atriyal fibrilasyon aritmi nedeniyle hastane yatışlarının 1/3'nü oluşturur.

Genellikle üç grup içinde sınıflandırılır:

- Paroksizmal: 7 gün içinde spontan düzelir
- Persistan: 7 günden uzun sürmüş ve kardioversiyon ile düzelme ihtimali olan
- Permanent: kardioversiyona rağmen sinüse döndürülemeyen kronik atriyal fibrilasyon

Atriyal fibrilasyon neden olduğu klinik problemler ile önemli morbitide ve mortalite riski taşır. Trombo-emboli ve inme, konjestif kalp yetersizliği, olumsuz hemodinamik etkiler nedeniyle egzersiz toleransında azalma başlıca problemlerdir. Tromboemboli tüm atriyal fibrilasyonlular için bir risk olmakla birlikte, özellikle 75 yaş üzeri, hipertansif, diyabetik, kalp yetersizliği olan veya yapısal kapak hastalarında risk çok daha yüksektir.

Atriyal fibrilasyon tedavisinde:

- 1) Kalp hızı kontrolü
- 2) Sinüs ritminin sağlanması ve devam ettirilmesi (ritm kontrolü)
- 3) Trombo-emboli riskinin azaltılması
- 4) Yaşam kalitesinin artırılması temel amaçlardır.

Hangi hastada hız, hangisinde ritm kontrolünün yapılacağı kararı hastanın genel ve klinik özelliklerine göre alınmalıdır. Zira güncel kanıtlar iki tedavi metodu arasında mortalite açısından bir fark olmadığını ortaya koymuştur.

- A) Atriyal fibrilasyon atağı ile müracaat eden bir hastada öncelikle reversible ve altta yatan nedenler değerlendirilmelidir (hipoksemi, anemi, tirotoksikoz, elektrolit bozuklukları, toksik nedenler gibi...).
- B) Tüm taşikardilerde olduğu gibi hemodinamik değerlendirme yapılmalıdır.
- Eğer hemodinami bozuk ise kardioversiyon tedavi seçeneğidir.
 - Hemodinamisi stabil olan hastalarda ise
 - 1) Öncelikle kalp hızı kontrolü yoluna gidilmelidir.
 - Bunun için EF'si < %40 veya kalp yetersizliği olanlarda; digoksin, amiodarone (özel durumlarda ve hastanın sinüse dönebileceği unutulmamalı!), diltiazem kullanılabilir
 - EF > %40 veya kalp yetersizliği olmayanlarda; diltiazem, verapamil, betablokerler tercih edilebilir.
 - 2) Kalp hızı kontrolünü takiben hastaların sinüse döndürülüp döndürülemeyeceğinin kararı verilmelidir.
 - Episod süresi 48 saatten kısa ise elektriksel veya farmakolojik olarak CV yapılabilir.

- Episod süresi 48 saatten uzun olan veya episode süresi kesin olmayan hastalarda sinüse döndürmeden önce en az 3-4 hafta süreyle antikoagulan kullanılmalıdır. 3-4 hafta bekleyemeyecek hastalarda alternatif erken kardioversiyonda uygulanabilir. Bunun için hastaya TEE yapılır ve sol atriumda trombüs görülmemesi halinde heparin eşliğinde CV uygulanır. Sinüse döndükten sonra da hastalar en az 1 ay süreyle antikoagulan kullanılmalıdır.

Atriyal fibrilasyon tedavisinde özel bir durum WPW sendromu varlığıdır. AV nodu bloke eden ajanların (betabloker, digoksin, Ca antagonisti) kullanılması ventriküler fibrilasyon riskini artırabileceğinden bu ajanlar kullanılmamalıdır. Bu kombinasyonun varlığında taşikardi hemodinamiyi bozuyor ise direkt CV yapılmalıdır. Eğer hemodinami normal ise Class I veya III antiaritmikler ile sinüs ritminin temini yoluna gidilmelidir. Akut atak sonlandıktan sonra ise hasta kateter ablasyonu yapılabilen bir merkeze yönlendirilmelidir.