

Bölüm

7

SUPRAVENTRİKÜLER ARİTMİLER

Hüsnü DEĞİRMENÇİ¹

TANIMLAMALAR

Supraventriküler taşikardi (SVT): His bandı ve üzerindeki dokulardan kaynaklanan istirahatte kalp hızının 100'ün üzerinde olmasıyla karakterize taşikardilerdir. Uygunsuz sinüs taşikardisi, fokal veya multifokal atriyal taşikardi, tipik atriyal flutterı da içeren makroreentran atriyal taşikardi, juntional taşikardi, Atriyovenriküler reentran taşikardi(AVNRT), aksesuar yol aracılı değişik reentran taşikardiler (AVRT) (AF dahil değil) bu grupta değerlendirilir.

Paroksizmal supraventriküler taşikardi: Ani başlayıp sonlanan düzenli ve hızlı bir taşikardiyle karakterize klinik sendromdur. Genellikle AVNRT ve AVRT ile karakterizedir. SVT'nin bir alt tipi gibi değerlendirilebilir.

Atriyal fibrilasyon: Koordine olmayan atriyal aktivasyon ve sonuç olarak inefektif atriyal kontraksiyonla karakterize Elektrokardiyografi (EKG) bulgusu olarak, düzensiz atriyal aktivite, P dalgalarının olmaması, AV ileti varlığında düzensiz R-R aralıklarıyla karakterize supraventriküler bir aritmidir. En az 30 sn sürünce atriyal fibrilasyondan bahsedilir.

Sinüs Taşikardisi: Sinüs nodundan kaynaklanan hızın 100 ve üzerinde olduğu taşikardilerdir. Fizyolojik ve uygunsuz sinüs taşikardisi olmak üzere 2 başlıkta toplanır.

¹ Doç. Dr. Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, husnuds1982@gmail.com

Atriyal flutterli hastalarda akut tedavide; hemodinami stabil değilse hız kontrolünde sınıf 2a öneriyle amiodaron; ritm kontrolünde sınıf 1 öneriyle senkronize kardiyoversiyon önerilir. Hemodinami stabilse; hız kontrolünde iv beta bloker, diltiazem, verapamil sınıf 1 öneriyle amiodaron sınıf 2a öneriyle önerilir. Hemodinami stabil olan hastalarda ritm kontrolünde senkronize kardiyoversiyon, oral dofetilid, iv ibutilid, sağ atriyal pacing sınıf 1 öneriyle önerilir. Atriyal flutterin kronik tedavisinde ise; hız kontrolünde sınıf 1 öneriyle beta bloker, diltiazem verapamil önerilirken ritm kontrolünde sınıf 1 öneriyle kateter ablasyonu sınıf 2a öneriyle amiodaron, sotalol ve dofetilid önerilir.

Gebelerde SVT'de vagal manevralar, iv adenozin öncelikli olarak uygulanır. Eğer bu tedaviler etkisizse iv metoprolol veya propranolol sınıf 2a öneriyle uygulanır. Medikal tedaviye cevapsız hemodinamik stabil olmayan hastada sınıf 1 öneriyle kardiyoversiyon yapılır. Yüksek derecede semptomatik olan gebe hastalarda digoksin, flekainid, metoprolol, propafenon, propranolol, sotalol ve verapamil kronik tedavide sınıf 2a öneriyle verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Richard L. Page, José A. Joglar, Mary A. Caldwell, Hugh Calkins, Jamie B. Conti, Barbara J. Deal, N.A. Mark Estes, Michael E. Field, Zachary D. Goldberger, Stephen C. Hammill et al. 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia. *Circulation*. 2016;133:e506–e574.
2. Marek Jastrzębski, Paweł Moskal, Piotr Kukla, Kamil Fijorek, Roksana Kisiel, Danuta Czarnecka. Specificity of wide QRS complex tachycardia criteria and algorithms in patients with ventricular preexcitation. *Ann Noninvasive Electrocardiol* 2018 Mar;23(2):e12493. doi: 10.1111/anec.12493.
3. Sachin Sondhi, Ayushi Mehta, Vikas Banayal and Munish Dev. Basic Understanding of Supraventricular Tachycardia for Post Graduates. *EC Cardiology* 4.2 (2017): 57-73.
4. Khalil Kanjwal, Anil George, Sumeet K. Maimigi. Establishing the Mechanism of Supraventricular Tachycardia in the Electrophysiology Laboratory. *The Journal of Innovations in Cardiac Rhythm Management*, 4 (2013), 1217–1230.
5. Nishan De Vas Goonewardane, Suresh Kottogoda. Supraventricular Tachycardia. *Journal of Arrhythmia*. 2019;35(Suppl. 1):641–692.
6. D. G. Katritsis. Supraventricular tachycardias: differential diagnosis at bedside and in the electrophysiology laboratory. *Continuing Cardiology Education*, doi: 10.1002/cce2.31 (126-134).