

Bölüm

9

GENİŞ QRS KOMPLEKSLİ TAŞIKARDİLERE TANISAL YAKLAŞIM

Eftal Murat BAKIRCI¹

Geniş QRS kompleksli taşikardiler, QRS süresinin 120 milisaniye veya daha geniş ve kalp hızının 100 atım/dakika'nın üzerinde olduğu ritim bozukluklarıdır. Ayırıcı tanıda ventriküler taşikardi (VT), dal bloklu supra-ventriküler taşikardi (SVT), Wolf-Parkinson-White (WPW) sendromunda görülen antidromik atriyoventriküler reentran taşikardi (AVRT) ve antegrad iletinin aksesuar yol üzerinden olduğu her türlü SVT'ler düşünülmelidir. Ayrıca sınıf IA ve IC antiaritmik ilaç kullanımı, trisiklik antidepresanlar ve hiperkalemi QRS kompleksinde genişlemeye neden olabildiğinden ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. En önemeli husus VT'nin atlanmasıdır. Geniş QRS kompleksli taşikardi gelişen ve yanlılıkla SVT düşünülerek ayaktan takip edilen bir hastanın ani ölüm riski oldukça yüksektir. Bu nedenle aksi ispat edilene kadar bütün geniş QRS kompleksli taşikardiler VT olarak kabul edilmelidir.

Geniş QRS kompleksli taşikardi ile başvuran hastaların öncelikle klinik durumu değerlendirilmeli ve hemodinamik bozukluğu olan hastalara acil kardiyoversiyon yapılmalıdır. Hemodinamisi stabil olan hastalarda ayırıcı tanı yapılırken anamnez, fizik muayene, elektrokardiyografi (EKG) ve hastanın çeşitli manevralara cevabı değerlendirilir. Daha öncesinde miyokard infarktüsü geçirmiş ve kalp yetersizliği olan, fizik muayenesinde AV disosiyasyon kanıtları (canon "A" dalgaları, kalp seslerinde değişiklik ve S1 şiddetinde değişiklik) saptanan ve lidokain ile sinüs ritmi sağlanan bir hastada ön planda VT düşünülür. Yapısal kalp hastalığı olmayan genç bir hastada karotis masajı, verapamil, diltiazem, digoksin veya adenozin ile sinüs ritmi

¹ Doç. Dr. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, eftalka@yahoo.com

- aVR'de negatif QRS kompleksinin inen bacağında çentik olması
- aVR'de ilk 40 milisaniyedeki voltajın (V_i), son 40 milisaniyedeki volta-ja (V_f) oranının 1 veya daha küçük olması.

KAYNAKLAR

1. Adalet K. (2013). Klinik Kardiyoloji, Tanı ve Tedavi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
2. Candan İ, Oral D. (2002). Kardiyoloji. Ankara: ANTIP A.Ş.
3. Topol EJ. (2008). Çeviri Editörü: Ömer Kozan. Textbook of Cardiovascular Medicine. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
4. Griffin BP, Kapadia SR, Rimmerman CM. (2014). Çeviri Editörü: Ömer Kozan. The Cleveland Clinic Cardiology Board Review. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
5. Bonow RB, Mann DL, Zipes DP, Libby P. (2007). Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders Co.
6. Görenek B. (2010). Aritmiler, Nedenleri, Güncel Tanı ve Tedavi Yöntemleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
7. Yüksel UÇ, Köse S, Işık E. Geniş QRS Kompleksli Taşikardilere Yaklaşım. Türk Aritmi, Pacemaker ve Elektrofizyoloji Dergisi. 2008;6(2):88-96.
8. Ozin B. Differential diagnosis of wide QRS complex tachycardias by ECG. Turk Kardiyol Dern Ars. 2012;40(6):552-6.