

Bölüm 10

GENİŞ QRS KOMPLEKSLİ TAŞIKARDİLERİN TEDAVİ VE YÖNETİMİ

Muharrem Said COŞGUN¹

Uğur KARABIYIK²

Geniş QRS Kompleksli Taşikardinin (GQKT) ilk değerlendirmesi sırasında hızlı hareket edilmeli ve öncelikle hastanın stabil olup olmadığı belirlenmelidir. İlk önce hem hastanın ABC'lerini (hava yolu, solunum, dolaşım) hem de hemodinamik durumunu değerlendirmek çok önemlidir çünkü acil durumda yönetiminize rehberlik edecektir. Hasta yanıt vermiyorsa, hava yolunu korumuyorsa veya nefes almıyorsa (ancak nabızı varsa), hava yolunun güvenliğini sağlamak için derhal entübe edilmelidir. Hastanın pulse oksimetrede düşük oksijen satürasyonu (<%90) varsa ek oksijen başlanmalıdır. Hastanın nabızı yoksa hemen göğüs kompresyonlarına başlanmalı ve İleri Kardiyak Yaşam Desteği protokolü yönergeleri izlenmeli. Göğüs rahatsızlığından yakınan tüm hastalara intravenöz erişim, elektrokardiyografi (EKG), kardiyak ritim izleme ve kan basıncı izleme sağlanmalıdır. Hemodinamik açıdan stabil olmayan bir hastada GQKT olduğu tespit edildiğinde, morbidite ve mortaliteyi azaltacağı için acil kardiyoversiyon (KV) veya defibrilasyon (DF) bir sonraki adımınız olmalıdır. Stabil olmayan bir hastanın nabzının varlığı veya yokluğu, hangi tip kardiyoversiyonun kullanılacağını belirleyen temel faktördür. Hastanın nabızı varsa, kalp durmasına neden olma riskini azaltmak için kalbin elektriksel aktivitesi (QRS kompleksi) ile koordine edileceğinden senkronize KV tercih edilecektir. Hastanın nabızı yoksa, bu bir kalp durması olarak kabul edilir ve acil DF gerektirir. Stabil olmayan hastalarda geri döndürülebilir nedenlerin (akut iskemi, miyokardiyal enfarktüs, elektrolit anormallikleri, ilaç toksisiteleri vb.) dikkate alınması önemlidir,

¹ Dr. Öğr. Üyesi Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD,
drsaidcosgun2009@hotmail.com

² Uzm. Dr. Niğde Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, uk38uk@hotmail.com

GQKT için farmakolojik tedavi uygularken dikkate alınması gereken en önemli faktörlerden biri, hastanın atipik (aksesuar) alternatif bir iletim yoluna sahip olma olasılığıdır. Bu alternatif yollar AV düğümünün dışında veya AV düğümünün içinde olabilir ve AV düğümüne kıyasla daha hızlı elektiriksel iletim hızları nedeniyle sorunludur. Bu yollar kullanımı, ventriküler miyokardın daha hızlı aktivasyonu ile sonuçlanır ve pozitif bir geri besleme döngüsü oluşturarak çok yüksek ventriküler hızlara yol açabilir. Bu yolların kullanımı ve komplikasyonları, AV düğüm blokajı yapan ilaçlar (adenozin, kalsiyum kanal blokerleri, beta blokerler vb.) ile artabilir. Düzensiz GQKT'de (veya anormal bir yol için şüphe varlığında) hatalı olarak adenozin verilmesi, koroner iskemiye neden olabilir veya hızlı ventrikül yanıtı AF'yi, VF veya TdP gibi tehlikeli aritmileri hızlandırabilir.

Kalsiyum kanal blokerleri (diltiazem ve verapamil) kardiyak kasılmaların gücünü zayıflatır (negatif inotropi) ve AV düğümü yoluyla elektrik iletimini yavaşlatır (negatif dromotropi). Eğer hastanın alternatif bir iletim yolu varsa, bu ilaçlar nedeniyle hemodinamik bozulma, artan VT oranı ve VF'ye dejenerasyon gelişebilir.

GQKT ile başvuran ve bilinen kalıcı kalp pili olan hastalarda cihaz potansiyel bir aritmi nedeni olarak düşünülmeli ve farklı şekilde yönetilmelidir. Doğrudan kalp pilinin üzerine bir mıknatıs yerleştirilir ve muhtemelen bu aritmeyi sonlandırır. Mıknatıs, kalp pilinin atriyal algılama yeteneğini devre dışı bırakarak çalışır ve esasen asenkron bir pacing formuna yeniden programlar.

KAYNAKLAR

1. B Garner J, M Miller J. Wide Complex Tachycardia - Ventricular Tachycardia or Not Ventricular Tachycardia, That Remains the Question. *Arrhythm Electrophysiol Rev.* 2013 Apr;2(1):23-9.
2. Garmel GM. Wide Complex Tachycardias: Understanding this Complex Condition Part 2 - Management, Miscellaneous Causes, and Pitfalls. *West J Emerg Med.* 2008 May;9(2):97-103.
3. Vereckei A. Current algorithms for the diagnosis of wide QRS complex tachycardias. *Curr Cardiol Rev.* 2014 Aug;10(3):262-76.
4. Garmel GM. Wide Complex Tachycardias: Understanding this Complex Condition: Part 1 - Epidemiology and Electrophysiology. *West J Emerg Med.* 2008 Jan;9(1):28-39.

5. Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, Halperin HR, Hess EP, Moitra VK, Neumar RW, O'Neil BJ, Paxton JH, Silvers SM, White RD, Yannopoulos D, Donnino MW. Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015 Nov 03;132(18 Suppl 2):S444-64.
6. Goyal A, Sciammarella JC, Chhabra L, Singhal M. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Jul 31, 2020. Synchronized Electrical Cardioversion.
7. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 1994 Jul 11;154(13):1449-57.
8. Hina K, Kusachi S, Takaishi A, Yamasaki S, Sakuragi S, Murakami T, Kita T. Effects of adenosine triphosphate on wide QRS tachycardia. Analysis in 18 patients. *Jpn Heart J*. 1996 Jul;37(4):463-70.
9. Deakin CD, Morrison LJ, Morley PT, Callaway CW, Kerber RE, Kronick SL, Lavonas EJ, Link MS, Neumar RW, Otto CW, Parr M, Shuster M, Sunde K, Peberdy MA, Tang W, Hoek TL, Böttiger BW, Drajer S, Lim SH, Nolan JP, Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 8: Advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2010 Oct;81 Suppl 1:e93-e174.
10. Strååt E, Henriksson P, Edlund A. Adenosine provokes myocardial ischaemia in patients with ischaemic heart disease without increasing cardiac work. *J Intern Med*. 1991 Oct;230(4):319-23.
11. Koplan BA, Stevenson WG. Ventricular tachycardia and sudden cardiac death. *Mayo Clin Proc*. 2009 Mar;84(3):289-97.