

ARİTMİLERE YAKLAŞIM

31. BÖLÜM

Ferhat IŞIK¹

GİRİŞ

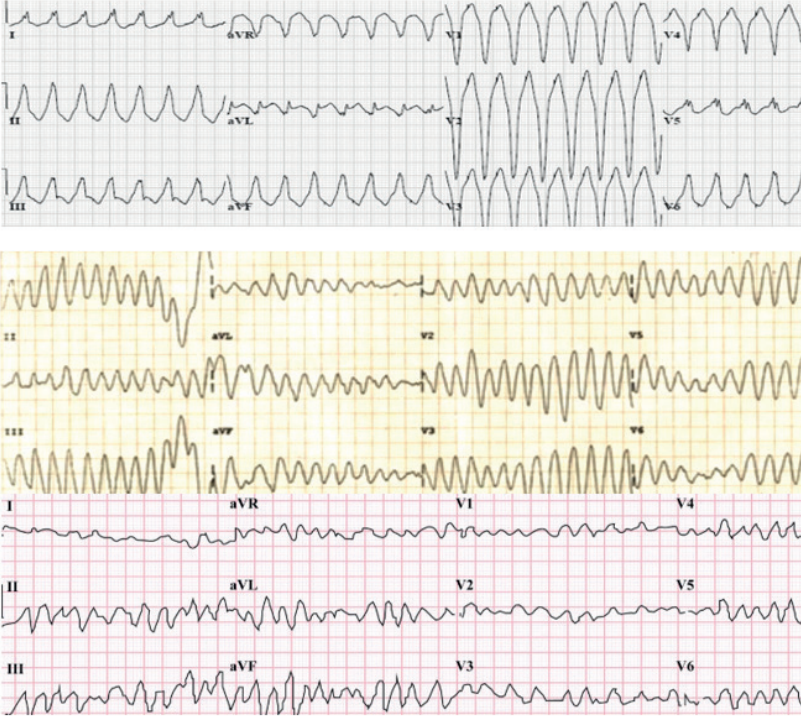
Kalp kendi başına uyarı çıkarabilen ve otonomisi olan dolaşım sisteminin en önemli organıdır. Elektriksel aktivite ile çıkan uyarı sonucunda miyokard dokusunda kasılma meydana gelir ve dolaşım başlar. Esasen kalpte uyarı çıkarabilen iki odak bulunur. Bunlar sinoatriyal nod (SA) ve atriyoventriküler (AV) noddur. Bu iki odakta da uyarı çıkarabilen özelleşmiş kardiyak hücreler bulunur. SA nod, sağ atriyumun üst ve arka kısmına yerleşik olarak bulunur, AV nod, interventriküler septumun tepesine yerleşmiştir. Uyarı SA noddan AV noda ulaşır, daha sonra His-Purkinje lifleri sayesinde tüm miyokarda yayılır. Dominant olan SA nodu olup, bunun fizyolojik sınırlarda çalıştığı duruma normal sinüs ritmi denir.

Disritmi; kalbin normal elektriksel ritminden sapmalarının ortak adıdır.

Aritmi; kalbin elektriksel aktivitesinin olmamasıdır.

Günümüzde her ne kadar aritmi tabiri kullanıyor olsa da disritmi daha uygun olan bir terimdir. Aritmilerin oluşmasında üç önemli mekanizma bulunur. Bunlar artmış otomatisite, tetiklenmiş aktivite ve ileti bozukluğudur (fibrotik dejenerasyon, iskemi veya re-entry mekanizması). Kardiyak aritmiler genel olarak bradiaritmiler ve taşiaritmiler diye iki alt başlık halinde değerlendirilir.

¹ Uzman Dr, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, frht_0316@hotmail.com



Şekil 5: Üstte; ventriküler taşikardi, ortada; torsa de pointes, altta; ventriküler fibrilasyon

Genel kural olarak taşikardik hastalarda; hasta hemodinamik olarak instabil ile kardiyoversiyon (senkron veya asenkron) yapılmalıdır. Hasta stabil ise IV antiaritmik verilmelidir. Aksi ispat edilinceye kadar tüm geniş QRS'li taşikardiler VT gibi değerlendirilip tedavi edilmelidir (6).

KONSÜLTASYON VE ACİL NOTLARI

- Aritmiler, tüm hekimlerin karşılaşılabileceği bir klinik durumdur. Bu nedenle belli başlı hatları ile aritmilerin bilinmesi klinisyenler için önem arz etmektedir.
- Bradikardik bir hastaya yaklaşımda, hastanın kliniğine göre takip edilebilir veya agresif bir tedavi yöntemi uygulanabilir.
- Taşikardik bir hasta için supraventriküler veya ventriküler taşikardi tanımlanması yapılmalı, vagal manevralardan medikal tedaviye veya kardiyoversiyona kadar geniş bir tedavi algoritması olduğu düşünülmelidir.
- Atriyal fibrilasyonlu hastalarda kısa veya uzun vadede antikoagülan tedavi önem taşımaktadır.

- Aksi ispat edilinceye kadar tüm geniş QRS'li taşikardiler VT gibi düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wu J, Schuessler RB, Rodefeld MD, Saffitz JE, Boineau JP. Morphological and membrane characteristics of spider and spindle cells isolated from rabbit sinus node. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 2001 Mar;280(3):H1232-40
2. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal* (2016) 37, 2893–2962
3. Boersma LV, Schmidt B, Betts TR, et al. EWOLUTION investigators. Implant success and safety of left atrial appendage closure with the WATCHMAN device: peri-procedural outcomes from the EWOLUTION registry. *Eur Heart J* 2016;37:2465–2474.
4. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death. *JACC* 2006;48:247-346.
5. Moss AJ, Greenberg H, Case RB, et al. Long-term clinical course of patients after termination of ventricular tachyarrhythmia by an implanted defibrillator. *Circulation* 2004;110:3760–5.
6. Akhtar M. Electrophysiologic bases for wide QRS complex tachycardia. *Pacing Clin Electrophysiol* 1983;6:81– 98.