

GİRİŞ

Supraventriküler taşikardi (SVT), His demeti seviyesinde veya üzerinde kardiyak dokuyu içeren taşikardileri tanımlamak için kullanılan heterojen bir aritmi grubudur (1). SVT'nin prevalansı 2,25/1000 kişidir ve tümünde 2:1 kadın baskınlığı mevcuttur (2). SVT, özellikle semptomlar sık veya aralıksız olduğunda hasta morbiditesini artırır ve atriyal fibrilasyonu (AF) ve ventriküler pre-eksitasyonu olan küçük bir hasta grubunda hayatı tehdit edici olabilir.

Ayırıcı Tanı

Sol veya sağ dal bloğunun yokluğunda, SVT'ler genellikle dar kompleks taşikardiler olarak adlandırılır ve en yaygın SVT'ler atriyoventriküler nodal reentrant taşikardi (AVNRT), atriyoventriküler reentrant taşikardi (AVRT) ve atriyal taşikardidir (AT). Altta yatan mekanizmanın belirlenmesi için yüzey elektrokardiyogramının (EKG) yakından incelenmesi AVNRT veya AVRT vakalarının %80 kadarında tanıyı ortaya çıkarabilir, ancak karşılaştırma için genellikle sinüs ritminde bir EKG gerekir (Şekil 1) (3).

Atriyoventriküler Nodal Reentrant Taşikardi

AVNRT, genel popülasyonda en sık görülen SVT'dir ve invaziv kardiyak elektrofizyoloji çalışması (EFÇ) yapılan hastaların %60'ından fazlasını oluşturur (4). AV düğümü içinde farklı iletim hızlarına ve refrakter dönemlere sahip, işlevsel olarak farklı iki elektrofizyolojik yolun varlığı ile ortaya çıkar: hızlı yol (fast pathway) ve yavaş yol (slow pathway). Hızlı ve yavaş yollar arasında tekrarlayan yeniden

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD., muammer-28@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7385-120X



litesinde önemli iyileşme potansiyeli sağlaması, azalan hastane başvurularına ve maliyete neden olması, özellikle %95'i aşan belgelenmiş kür oranlarını (majör komplikasyonların <%1' in altında olduğu) sağlaması nedeniyle, başta AVNRT ve AVRT olmak üzere, tüm SVT'ler için birinci basamak tedavi seçeneği haline gelmektedir. (2). Aşık bir yolun mevcut olduğu ve semptomların seyrek olduğu AVRT'de, ani kardiyak ölüm riskini değerlendirmek önemlidir. Sürekli ambulatuvar izleme veya egzersiz testi, düşük riskli bir yolu düşündüren aralıklı veya ani pre-eksitasyon kaybını gösterebilir (16). Bu mevcut değilse, risk sınıflandırması için yolun elektrofizyolojik özelliklerini karakterize etmek üzere invaziv bir kardiyak işlem (elektrofizyolojik çalışma) gerekebilir. Yüksek riskli bir yolun teşhis edilmesi durumunda kateter ablasyonu şiddetle tavsiye edilir.

SONUÇ

Sonuç olarak; SVT hastaneye yatış ve acil başvuruların yaygın bir nedenidir. Başlangıç, sonlanış ve taşikardi sırasında sinüs ritminde EKG'nin yakından incelenmesiyle sıklıkla bir tanı formüle edilebilir. Bu, gerekli tedavinin yöntemine ve aciliyetine rehberlik edebilir ve ayrıca uzun vadeli yönetim için ilk hasta danışmanlığına izin verebilir (17).

KAYNAKLAR

1. Katritsis DG, Boriani G, Cosio FG et al. European Heart Rhythm Association (EHRA) consensus document on the management of supraventricular arrhythmias, endorsed by Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca y Elect. *Eur Heart J* 2018;39:1442–1445.
2. Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E et al. 2019 ESC guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2019;ehz467.
3. Kalbfleisch SJ, El-Atassi R, Calkins H, et al. Differentiation of paroxysmal narrow QRS complex tachycardias using the 12-lead electrocardiogram. *J Am Coll Cardiol* 1993;21:85–89.
4. Orejarena LA, Vidaillet H, Destefano F et al. Paroxysmal supraventricular tachycardia in the general population. *J Am Coll Cardiol* 1998;31:150–157.
5. Katritsis DG, Camm AJ. Classification and differential diagnosis of atrioventricular nodal re-entrant tachycardia. *Europace* 2006;8:29–36.
6. Erdinler I, Okmen E, Oguz E et al. Differentiation of narrow QRS complex tachycardia types using the 12-lead electrocardiogram. *Ann Noninvasive Electrocardiol* 2002;7:120–126.
7. Delacréz E. Clinical practice. Supraventricular tachycardia. *N Engl J Med* 2006;354:1039–1051.
8. Katritsis DG, Josephson ME. Differential diagnosis of regular, narrow-QRS tachycardias. *Heart Rhythm* 2015;12:1667–1676
9. Lee KW, Badhwar N, Scheinman MM. Supraventricular tachycardia part I. *Curr Probl Cardiol* 2008;33:467–546.



10. Appelboam A, Reuben A, Mann C et al. Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;386:1747–1753.
11. Rankin AC, Oldroyd KG, Chong E, et al. Value and limitations of adenosine in the diagnosis and treatment of narrow and broad complex tachycardias. *Br Heart J* 1989;62:195–203.
12. Turley AJ, Murray S, Thambyrajah J. Pre-excited atrial fibrillation triggered by intravenous adenosine: a commonly used drug with potentially life-threatening adverse effects. *Emerg Med J* 2008;25:46–48.
13. Nath S, DiMarco JP, Haines DE. Basic aspects of radiofrequency catheter ablation. *J Cardiovasc Electrophysiol* 1994;5:863–876.
14. Stambler BS, Dorian P, Sager PT et al. Etripamil nasal spray for rapid conversion of supraventricular tachycardia to sinus rhythm. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:489–497.
15. Sharma AD, Yee R, Guiraudon G, et al. Sensitivity and specificity of invasive and noninvasive testing for risk of sudden death in Wolff-Parkinson-White syndrome. *J Am Coll Cardiol* 1987;10:373–381.
16. Kotadia ID, Williams SE, & O'Neill M. Supraventricular tachycardia: An overview of diagnosis and management. *Clinical Medicine* 2020;20(1):43.