



## BÖLÜM | 19

# Ventriküler Taşikardiler ve Tedavi Yönetimleri

Murat SEYİT<sup>1</sup>

### Giriş

Dünyada yaklaşık olarak her yıl meydana gelen 17 milyon kardiyovasküler mortalının yaklaşık dörtte biri ani kardiyak ölüm (AKÖ) olarak meydana gelmektedir (1). AKÖ görünüşte sağlıklı bir bireyin 1 saat içerisinde travmatik olmayan beklenmedik ölümcül olaydır veya tanık olunmadığı süre içerisinde son 24 saatte sağlıklı olan bireyi ifade eder (2).

AKÖ'lerinin önlenmesinin altta yatan sebeplerinin başında ventriküler aritmiler (VA) yatar (3). Kardiyak arrestin en sık elektriksel mekanizmalar içerisinde ventriküler fibrilasyon (VF), ventriküler taşikardi (VT), asistoli, nabızsız elektriksel aktivite yer almaktadır.

Kardiyovasküler nedenli ölümlerin yaklaşık %50'si anidir ve bunların çoğu ventriküler aritmilere (VA) bağlı olarak gelişmektedir (4).

### Ventriküler Taşiaritmiler

#### Tanım

Ventriküler taşikardiler dakikada hızı 100 vurunun üzerinde olan 3'ten fazla sayıda olan purkinje liflerinin altından kaynaklanan ritim olarak tanımlanabilir. Geniş kompleks taşikardiler içerisinde yer alır. Ritim kaynağı ventriküler miyokard veya altından kaynaklanır. En yaygın görülen ventriküler taşikardi monomorfik taşikardidir.

<sup>1</sup> Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Acil Tıp AD., muratseyit@yahoo.com

### **Implante edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD)**

ICD'ler hastalarda 30 yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. İlk kullanım alanı VF iken daha sonraki denemeler, ani ölüm riski taşıyan hastalarda yararı olduğunu göstermiştir (8). Belgelenmiş VF veya hemodinamik olarak tolere edilmeyen ventriküler taşikardisi olan hastalarda veya miyokard enfarktüsünden sonraki 48 saat içinde, sağ kalım beklentisi olan hastalarda ICD implantasyonu önerilir.

### **Girişimsel Tedavi**

#### **Kateter ablasyonu**

Kateter ablasyonu, ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon ile ortaya çıkan iskemik kalp hastalığı sekeli olan hastalar için önemli bir tedavi seçeneği haline geldi. ICD şokları olasılığını azalttığını ve tekrarlayan ventriküler taşikardi ataklarını azalttığını göstermiştir (9).

### **Sonuç**

Sürekli ventriküler taşikardi hemodinamik kollpasa yol açabilir ve acil kardiyoversiyon endikasyonudur. Bu semptomlar arasında göğüs ağrısı, dispne, hipotansiyon, bilinç durumunda bozulma sayılabilir.

Stabil olmayan hastalar derhal 100 J monofazik şok ile döndürülmelidir. Monomorfik ventriküler taşikardilerde senkronizasyon gereklidir. Polimorfik ventriküler taşikardiler ise ventriküler fibrilasyon gibi senkronize olmayan maksimum enerji seviyesi (360 J) ile defibrile edilmelidir. Hasta stabilse öncelikle medikal tedavi düşünülmelidir. Ülkemizde olmamakla birlikte prokainamid veya sotalol monomorfik ventriküler taşikardi tedavisinde kullanılırlar. Lidokain de kullanılabilir. Lidokain de kullanılabilir.

Ventriküler fibrilasyon, monomorfik ventriküler taşikardi, polimorfik ve nabızsız ventriküler taşikardinin büyük oranda son basamağı olup dakikalar içinde yaşamın kaybedilmesi ile sonuçlanan malign bir ritim bozukluğu olup derhal defibrile edilmelidir (360 J monofazik, 200 J bifazik).

### **Kaynaklar**

1. Mendis SPP, Norrving B. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization, 2011.
2. Zipes DP, Camm AJ, Borggreffe M, Buxton AE, Chaitman B et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention

of sudden cardiac death – executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death) Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Eur Heart J* 2006;27: 2099–2140.

3. *European Heart Journal* (2015) 36, 2793–2867 doi:10.1093/eurheartj/ehv316
4. Leal MA, Field ME, Page RL. Ventricular arrhythmias in the elderly: evaluation and medical management. *Clin Geriatr Med* 2012;28:665–77.
5. Campbell T, Bennett RG, Kotake Y, Kumar S. Updates in Ventricular Tachycardia Ablation. *Korean Circ J*. 2021 Jan;51(1):15-42. doi: 10.4070/kcj.2020.0436. PMID: 33377327; PMCID: PMC7779814.
6. Schron EB, Exner DV, Yao Q, et al. Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial: impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation* 2002;105:589–594
7. Mosholder AD, Mathew J, Alexander JJ, Smith H, Nambiar S. Cardiovascular risks with azithromycin and other antibacterial drugs. *N Engl J Med* 2013;368: 1665–1668.
8. Smith T, Jordaens L, Theuns DA, van Dessel PF, Wilde AA, Hunink MG. The costeffectiveness of primary prophylactic implantable defibrillator therapy in patients with ischaemic or non-ischaemic heart disease: a European analysis. *Eur Heart J*. 2013;34:211–219.
9. Carbucicchio C, Santamaria M, Trevisi N, Maccabelli G, Giralaldi F, Fassini G, Riva S, Molt-rasio M, Cireddu M, Veglia F, Della Bella P. Catheter ablation for the treatment of electrical storm in patients with implantable cardioverter-defibrillators: short- and long-term outcomes in a prospective single-center study. *Circulation* 2008;117:462–469.