



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Olgu Sunumu

18.04.2019

Araş. Gör. Dr. Aslıhan EROĞLU ZAMAN



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı
Olgu Sunumu

18.04.2019

Araş. Gör. Dr. Aslıhan EROĞLU ZAMAN

6 aylık erkek hasta;

- **Yakınması:** Kalp atışlarında hızlanma
- **Hikayesi:** Ailesi tarafından kalp hızının yüksek olduğu farkedilen hastamız dış merkez çocuk acile götürülmüş. Buradan tarafımıza yönlendirilmiş. Son günlerde huzursuluğu mevcutmuş. Babası 2 gün önce de kalbinin hızlı attığını farketmiş ama birkaç dakika sürmesi üzerine doktora başvurmamışlar.

- **Özgeçmiş:** 38+4 GH'sında 3150 gram C/S ile doğmuş. YDYBÜ'sinde yatışı olmamış. Anne sütü azlığı nedeniyle mama takviyesi almış. Anne sütünü 3 ay almış. Nöromotor gelişimi normal. Bilinen ek hastalığı yok.
- Anne gebeliğin son 2 ayında çarpıntı şikayeti nedeniyle tetkik edilmiş, normal saptanmış.

- **Soygeçmiş:**
- Anne, 24 yaş, sağ-sağlıklı,
- Baba, 27 yaş, sağ-sağlıklı,
- Anne baba arasında akrabalık yok.
- Ailede bilinen bir hastalık öyküsü yok.
 - 1. Çocuk, hastamız

Fizik Muayene

VA: 8815 g (25-50p)

Ateş: 36,5 C

Boy: 71 cm (25-50<p)

SPO2: 100

Baş çevresi: 45 cm (50p)

TA: 90/60 mmHg

KTA:300/dk

- Genel durum: iyi orta, huzursuzluğu mevcut.
- Cilt: Turgor, tonus doğal. KDZ<2 sn. Solukluk, morarma yok.
- KVS: S1+S2 doğal. Ek ses ve üfürüm duyulmadı.
- Batın: rahat, defans yok rebound yok, hepatosplenomegali yok.
- Diğer sistem muayenelerinde özellik yok.

Patolojik bulgular;

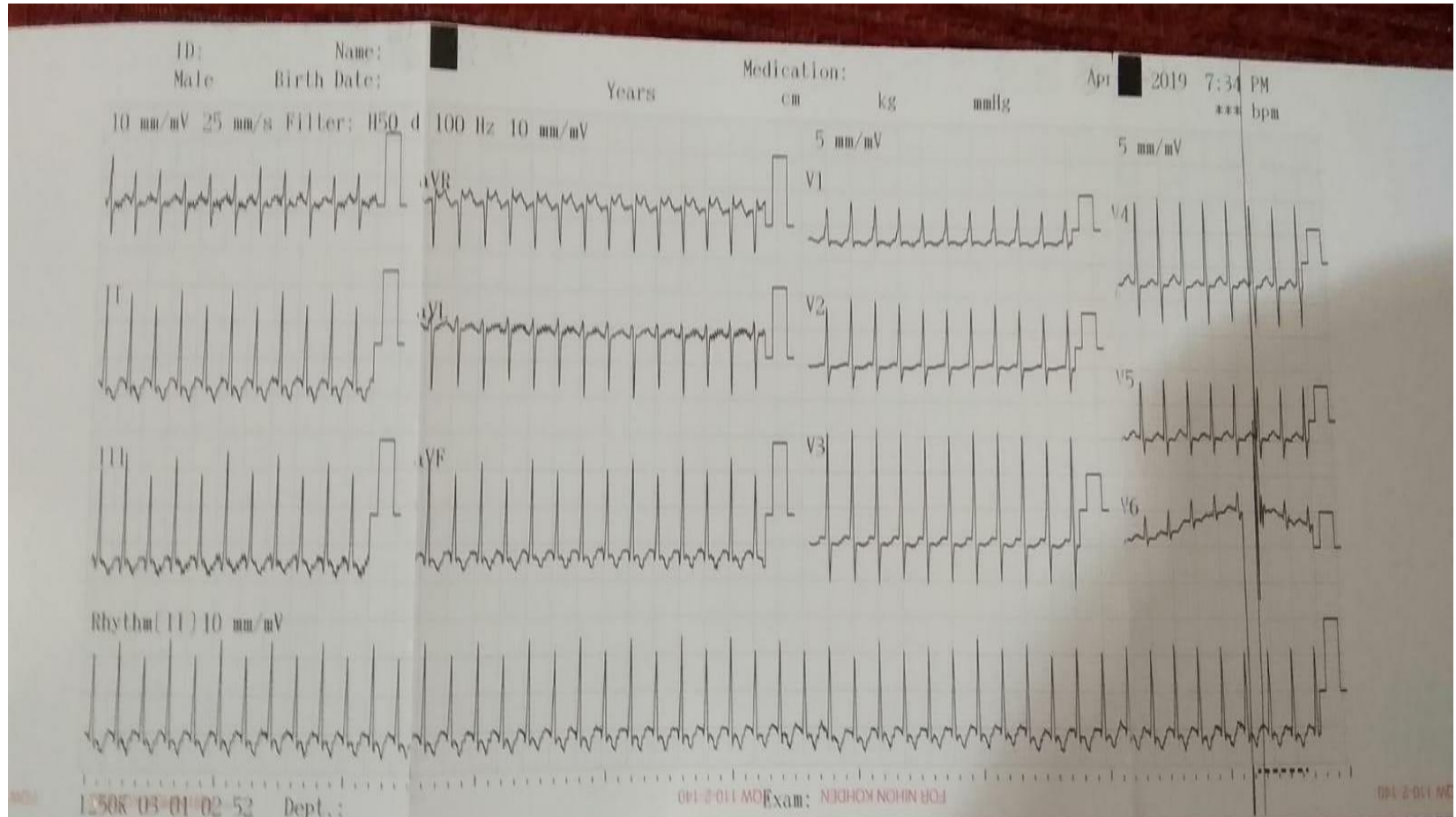
Huzursuzluk

KTA: 300/dk olması

Ön tanılar?
Ek tetkik?



EKG



Klinik Seyir

- KTA: 300/dk olması üzerine çekilen EKG'sinde dar QRS'li ve P dalgalarının olmadığı taşikardi saptanan hastamızda supraventriküler taşikardi olduğu düşünüldü. Hastamıza adenozin 0,1 mg/kg/doz IV puşe yapıldı.
- KTA:180/dk gerileyen hastamıza propranolol 3 mg/kg/gün'den 3 dozda başlandı.



Klinik Seyir

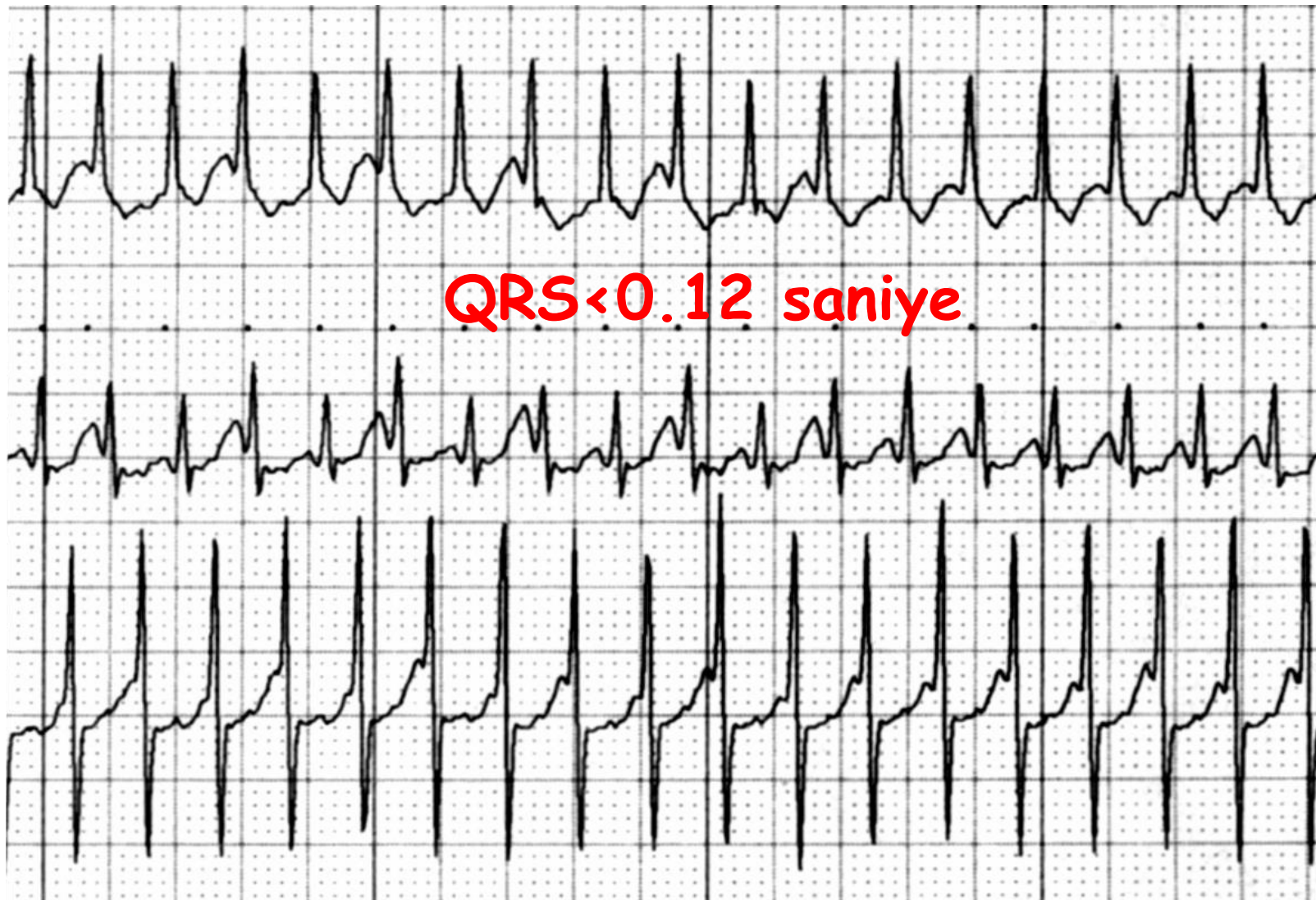
- Bir gün sonra akşam saatlerinde KTA:250/dk olan ve EKG sinde supraventriküler taşikardi atağına girdiği saptanan hastamıza bir kez 0.1 mg/kg/doz'dan adenoazin IV puşe olarak uygulandı. Taşikardinin devam etmesi üzerine 0.2 mg/kg/doz adenoazin yapıldı. 2.adenoazin sonrası nabız değerleri 150/dk civarlarında seyretti.
- Beta bloker altında SVT atağının tekrarlaması üzerine hastamıza flekainid 5 mg/kg/g'den 2 dozda başlandı.
- Flekainid sonrası SVT atağı tekrarlamadı.
- Holter cihazı takıldı ve hasta ayaktan takibe alınarak taburcu edildi.

Supraventriküler Taşikardi

Supraventriküler Taşikardiler

- Kalp hızı çok yüksek ve düzenlidir.(Bebeklerde KTA>220 atım/dk ve çocuklarda KTA>180 atım/dk)
- P dalgası genellikle görülmez. P dalgası varsa aksı anormaldir ve QRS kompleksinin önünde veya arkasında olabilir.
- Kalp atış hızı aktivite ile değişmez.
- QRS süresi genellikle normaldir.(<0,12sn=dar QRS li taşikardi). Bazen aberran ileti QRS süresini uzatabilir ve ventriküler taşikardi ile karışabilir.

Supraventriküler Taşikardi= Dar QRS Taşikardi



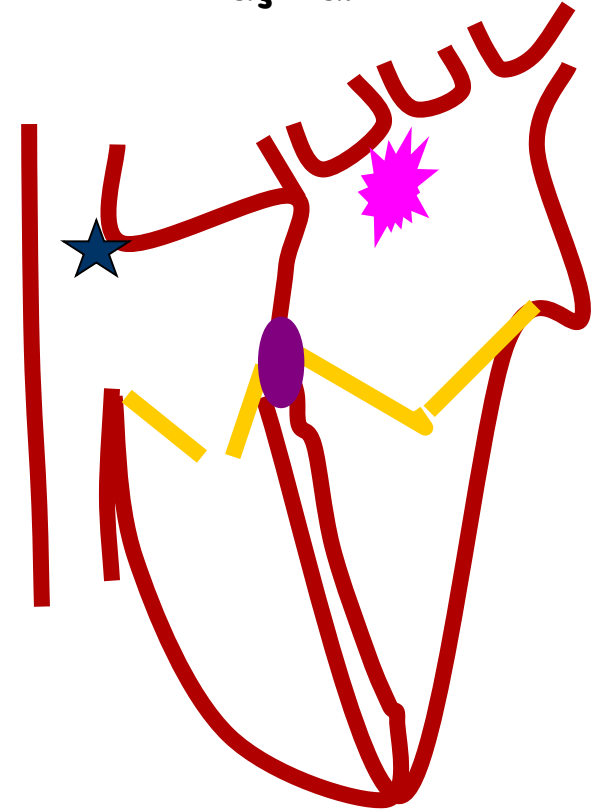
Reentry

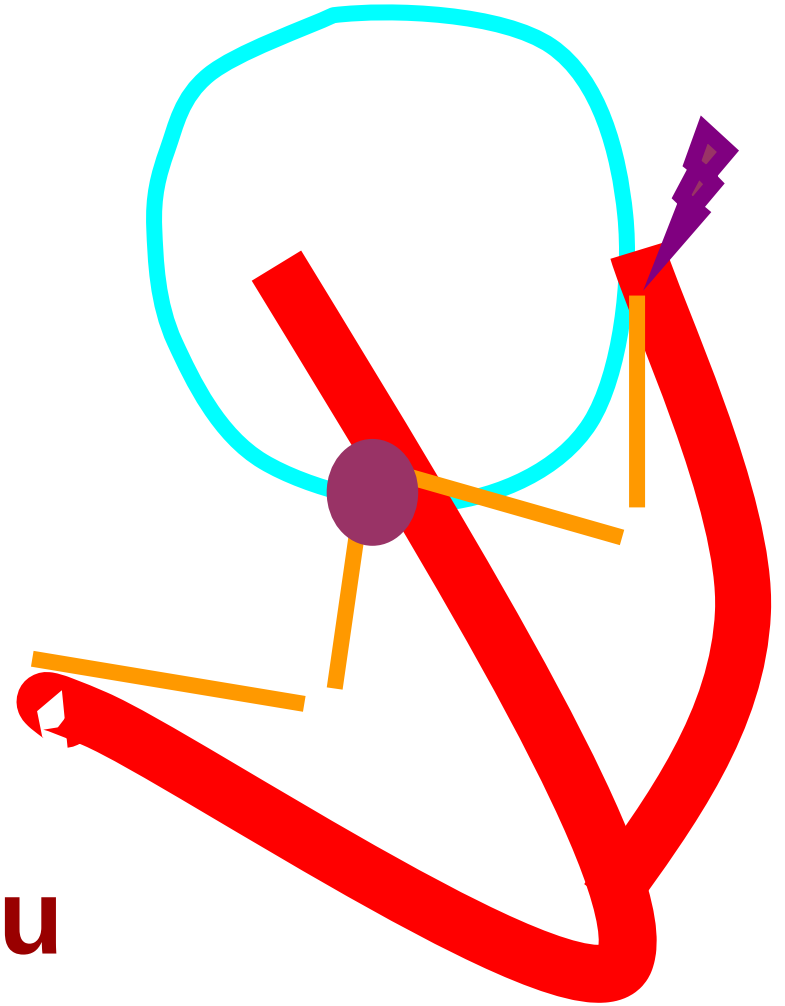
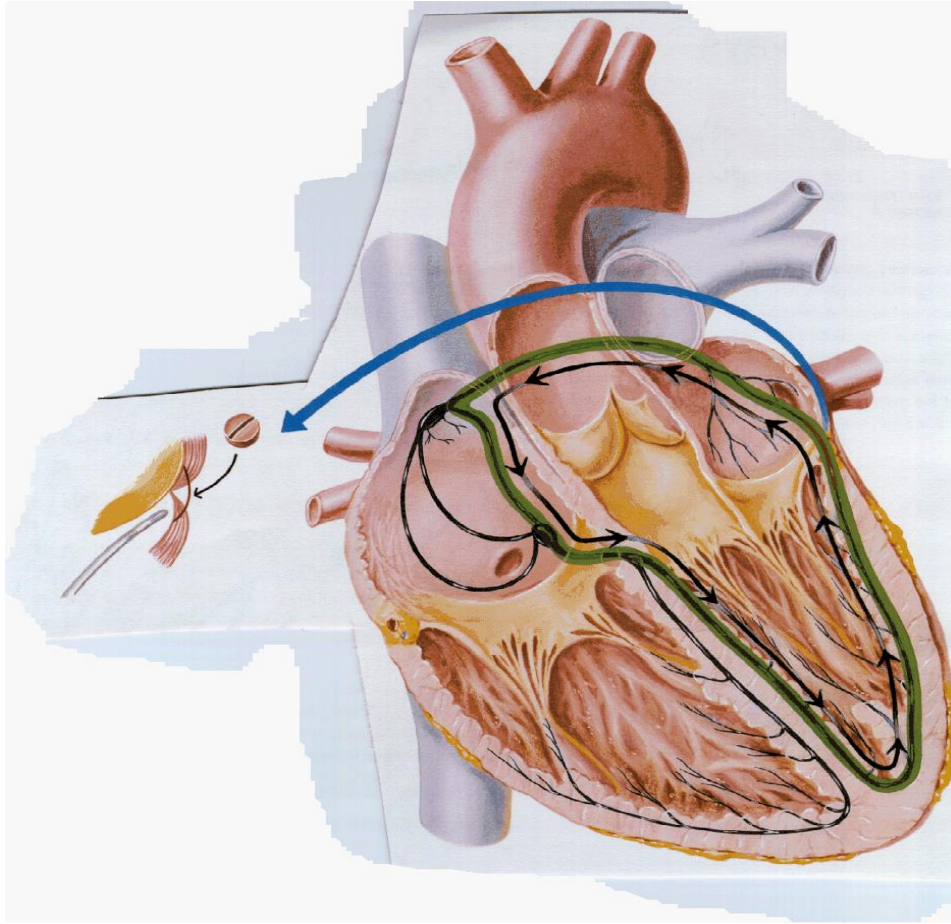
AVRT: Atrium ve ventrikül arasında elektriksel iletiye izin veren AV nod dışındaki aksesuar bir yol varlığında gelişen taşikardidir.

AVNRT: AV düğümü içerisinde farklı iletim ve refrakter dönem süreleri olan iki yol varlığında oluşan taşikardidir.

Artmış Otomatisite

Atriyal Ektopik
Taşikardi





WPW Sendromu

Supraventriküler Taşikardiler

- En sık görülen mekanizma REENTRY
- En sık görülen taşikardi tipi aksesuar yollara ikincil gelişen taşikardiler (AVRT)
- Süt çocukluğu döneminde ektopik taşikardiler ikinci sıklıkta
- Büyük çocuklarda AVNRT taşikardi ikinci sıklıkta
- Postoperatif taşikardiler ise en önemli sorun oluşturan taşikardiler.

SVT'de yaşa göre klinik bulgular

- **Yenidoğan ve Süt çocuklarında**

Kalp hızı 220-280/dk, 1 yaş üzerinde 180-240/dk

Konjestif kalp yetmezliği(yarısında)

Hipotermi,kusma,ishal

%20 sinde yakınma olmadan muayene sırasında

- **Büyük çocuklarda**

Çarpıntı

Göğüs ağrısı

Karın ağrısı

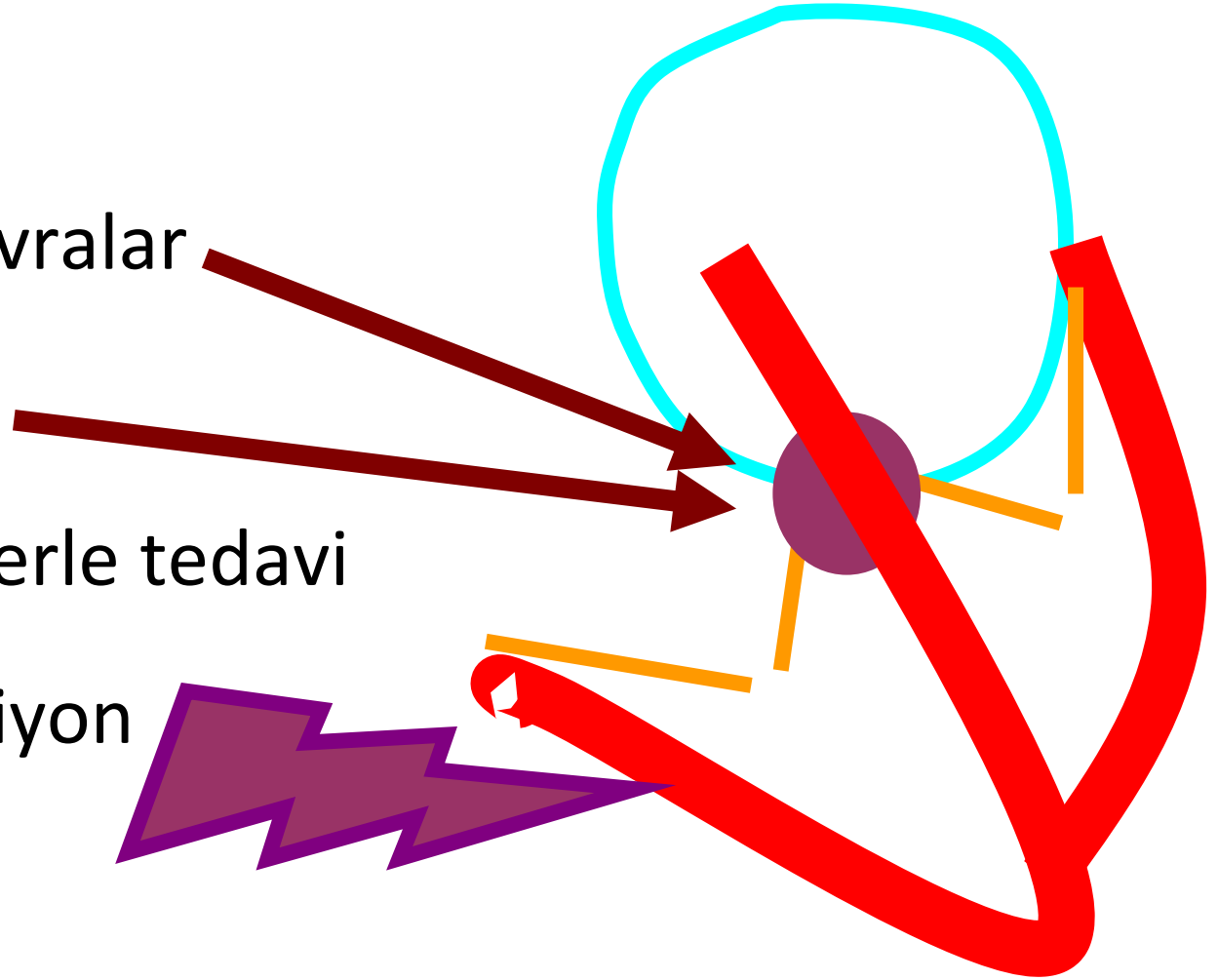
Solukluk

Terleme

Senkop ve kalp yetersizliği seyrektr

SVT: Acil Tedavi

- Vagal Manevralar
- Adenosin
- Antiaritmiklerle tedavi
- Kardiyoversiyon



Vagal Manevralar

- Küçük Çocuklar:
 - Yüze buzlu su uygulaması
- Büyük Çocuklar:
 - Kusma refleksinin ortaya çıkarılması
 - İkinma
 - Balon şişirme

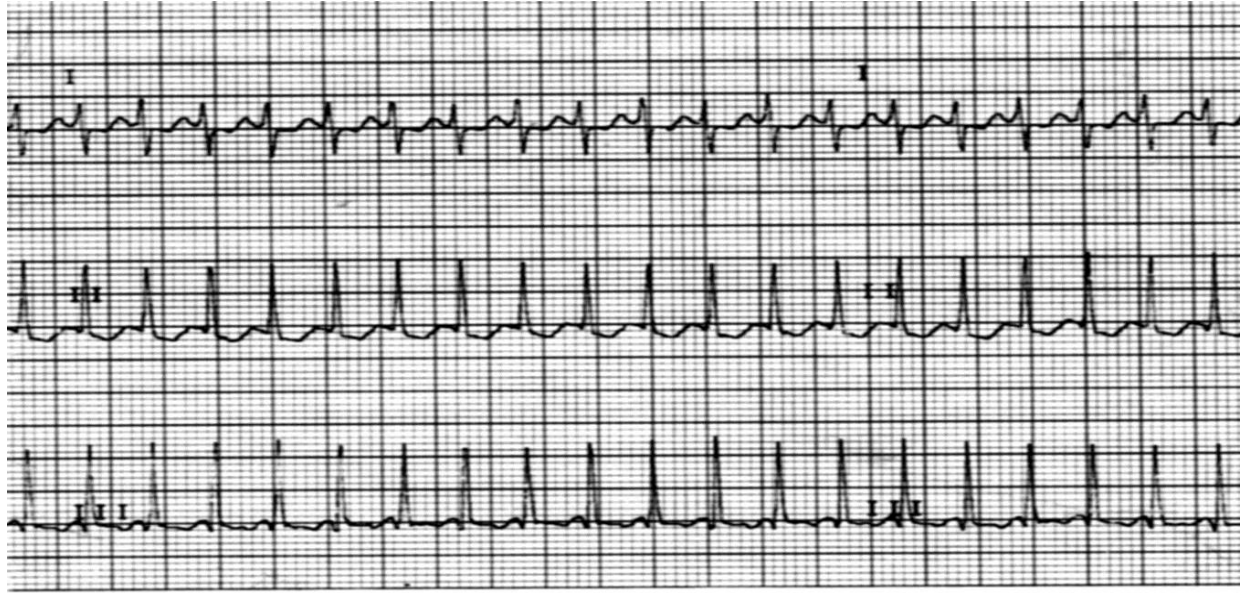


Çocuklara karotis masajı ve orbital basınç uygulanmamalıdır.

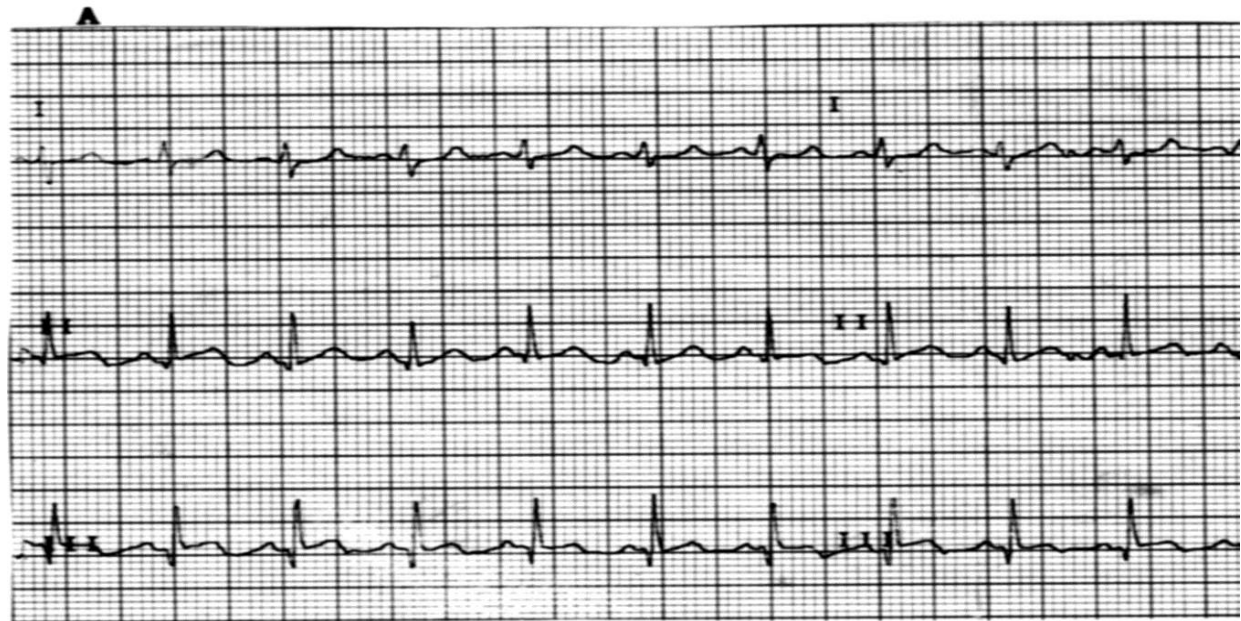
ADENOZİN

- Kalp hücrelerinin yüzeyindeki A1 reseptörlerine bağlanır.
- Sinüs hızını yavaşlatır ve AV nod iletimindeki gecikmeyi artırır.
- Birçok taşikardiyi sonlandırır.
 - Aksesuar yollara bağlı taşikardiler
 - AV nodal reentrant taşikardi
- Bazı taşikardilerde etkisizdir. Ancak mekanizmanın belirlenmesini sağlar!!!
 - Atriyal flutter, fibrilasyon
 - Ektopik atriyal taşikardi
 - Ventriküler taşikardi

**Dar QRS
Taşikardi**



**Adenozin
Sonrası**



B

KARDİYOVERSİYON

- Antiaritmiklere yanıt vermeyen veya taşikardiye bağlı hemodinamik yönden kötü hastalarda endikedir.
- Genel anestezi veya sedasyon gereklidir.
- Kullanılmakta olan antiaritmikler ciddi ventriküler aritmilere neden olabilir!
- Doz 0.5-2 Joule/kg
- Sadece VF' da defibrilasyon kullanılmalıdır!
- Embolizasyon riski yönünden dikkat!!!



Doğal seyir

- SVT'nin klinik seyiri ilk ataktaki yaş ve ritim bozukluğunun türü ile ilişkilidir.
- AVRT'ler özellikle yenidoğan döneminde olmak üzere bebeklerde en sık görülen SVT'dir.
- Erken bebeklik döneminde semptomlar genellikle ilk bir yaşına kadar iyileşir.
- Ataklarında semptomları belirgin olan hastalarda nüks edebilir.
- AVNRT iki yaşının altında çok nadir görülür.

Tedavide Genel Prensipler

- Hastanın hemodinamik durumu
- Altta yatan kalp hastalığı
- EKG bulguları-QRS morfolojisi
- Daha önce kullanılan antiaritmikler
- Tedavi öyküsü



Özetleyecek olursak...

- Supraventriküler taşikardiler çocukluk çağının ve yenidoğan döneminin en sık karşılaşılan aritmisidir.
- Yenidoğan döneminde bulgular çocukluk çağına göre daha ağır seyretmektedir. En sık olarak AVRT nedeniyle olur.
- Kalp yetersizliği ve hidrops fetalis ile ortaya çıkabilir.

Özetleyecek olursak...

- Acil tedavisi gerekli olup bazen ilaçlara dirençli ve yineleyebilen ataklara neden olarak mortalite ve morbidite oluşturur.
- SVT ile gelen ve özellikle klinikte semptom olmayan vakalarda taşikardiyomiyopati açısından dikkatli olunmalıdır.

TEŞEKKÜRLER....