

OLGU SUNUMU

CASE REPORT

Yenidoğanda Supraventriküler Taşikardi ve Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu

Supraventricular Tachycardia in Newborns and Nursing Approach: A Case Report

Özlem Metreş

T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul.

Supraventriküler taşikardi (SVT) yenidoğan döneminde sık karşılaşılan bir taşiaritmidir. Birçok yenidoğan SVT'yi ilk saatlerde tolere etmekle birlikte 6-12 saatten daha uzun süren vakalarda kalp atım hacminin azalması sonucunda kalp yetersizliği gelişebilmektedir. Bu makalede postnatal 16. gününde huzursuzluk, emme bozukluğu, taşipne ve taşikardi şikayetiyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul edilen SVT'li bir olgu tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: supraventriküler taşikardi, yenidoğan, hemşire.

Supraventricular tachycardia (SVT) is the most common tachyarrhythmia in neonatal period. Many neonates may tolerate SVT in early hours but longer than 6-12 hours with SVT may causes heart failure as a result of decreased cardiac output. In this article, a neonate was discussed who has unrest, nutrition disorder, tachypnea and tachycardia in posnatal 16. days.

Key words: supraventricular tachycardia, neonate, nurse.

Geliş tarihi: 01.06.2014; **Kabul tarihi:** 17.11.2014

Sorumlu Yazar: Özlem Metreş

Yazışma adresi: T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Telefon: 0212 314 55 55 / 5730; **E-posta:** oxlem19@hotmail.com

Perinatal aritmi; fetüs ya da yenidoğan döneminde dakikadaki kalp atım sayısının normal sınırlar dışında olması ya da düzenli ritim dışı atımların varlığı şeklinde tanımlanmaktadır. Rutin gebe izlemlerinde üçüncü trimesterde %1-3, sağlıklı yenidoğan taramalarında ise %1 oranında görülebilmektedir. [1] Gebelerde fetal taşiaritmi sıklığı %0,4-0,6 oranında olup; en sık bildirilen taşiaritmi supraventriküler taşikardidir. Sıklıkla 24-32 gebelik haftasında görülen supraventriküler taşikardi (SVT) intermitant ya da devamlı olabilir ve 12 saatten uzun sürmesi hidrops fetalis ile sonuçlanmasına neden olabilir. Tanı da fetal ekokardiyografi, M-Mode ultrasonografi ve Doppler ekokardiyografi kullanılmaktadır.[2] Fetal SVT'ler tüm fetal taşikardilerin %70-80'ini oluşturmaktadır.[3]

Yenidoğanda kardiyak monitorizasyonun artmasıyla birlikte ritim anormalliklerine daha sık tanı konulmaktadır. En sık gözlenen ritim bozuklukları bradikardi ve prematüre atımlar olup elektrokardiyografide (EKG) %1-5 oranında saptanmaktadır. Primer kardiyak patolojiler dışında sepsis, santral sinir sistemi hastalıkları, adrenal yetmezlik, elektrolit dengesizlikleri, hipoglisemi, metabolik asidoz ya da metabolik alkaloz gibi tıbbi sorunlar da ikincil olarak aritmiye neden olabilmektedir. Eşlik eden tıbbi sorunlar ile birlikte aritmiler, yenidoğanda yüksek morbidite ve mortalite nedenidir.[4] Yenidoğan dönemindeki ritim bozuklukları kalp yetersizliği, kardiyojenik şok ve ölüm gibi ağır tablolar ile sonuçlanmaktadır.[1]

Yenidoğan da kardiyak aritmiler farklı şekillerde oluşup taşiaritmiler içerisinde en sık görüleni atrio-ventriküler re-entry nedeni ile ortaya çıkan supraventriküler taşikardidir.[5] SVT hızlı ve düzenli bir taşiaritmidir.[6] His demeti ayırım yerinin proksimalinden kaynaklanan anormal bir mekanizma ile oluşur[7] ve yaklaşık %30'u yaşamın

ilk yılından sonra tekrarlamaz.[8] Sıklığı 1967'lerde yenidoğan döneminde 1:25,000 olarak bilinirken, tanı yöntemlerindeki gelişme ile günümüzde görülme sıklığı 1:200-250 oranında değişmektedir.[6] Yenidoğan döneminde saptanan SVT'lerin %25'inde yapısal konjenital kalp hastalıkları bulunmaktadır. Ayrıca literatürde; umbilikal ven kateterizasyonuna bağlı[6] prematüre apnesi nedeniyle kafein kullanan yenidoğanlarda bir komplikasyon[5] olarak oluşan ve Wolf-Parkinson White Sendromlu iki yenidoğanda gelişen SVT olgularına da rastlanmıştır.[4] SVT yenidoğan döneminde diğer yaş grubu çocuklara göre daha ender olarak görülmekle birlikte klinik olarak daha ağır seyretmektedir.[7,9] Antenatal dönemde taşikardi, postnatal dönemde huzursuzluk, emme bozukluğu, taşipne, taşikardi ve kalp yetersizliği ile karşımıza çıkmaktadır.[10]

Tedavide acil yaklaşım hayat kurtarıcı olup büyük önem taşımaktadır. Vagal uyarı (yüze buz uygulaması), ilaç tedavisi (adenozin, esmolol, digoksin, sotalol, propanolol, amiodaron), ilaç tedavilerine yanıtız ve hemodinamik durumu kötü olan hastalarda direk akım senkronize kardiyoversiyon, transözefageal veya atrial hızlı pil uyarısı uygulaması ve katater ablasyonu diğer tedavi seçenekleridir.[5,7,8,11] Özdemir ve arkadaşlarının literatür bilgisine göre; senkronize direk akımlı kardiyoversiyon atriyal flutteri normal sinüs ritmine döndürmede etkili bir yöntemdir. İlk kez 1962'de Cown ve arkadaşlarının bildirdiği bir SVT olgusunun tedavisinden bu yana kullanılan bir yöntemdir. Yenidoğan döneminde ise ilk kez 1965 yılında ilk kez Hassenruck ve arkadaşları tarafından bir atriyal flutter olgusunda başarı ile kullanılmıştır.[12] Bu makalede rutin gebe takiplerinde herhangi bir sorun saptanmayan, doğumundan sonra SVT atağı ile acil servise başvuran ve ilaç tedavisine yanıtız

kardiyoversiyon ile normal sinüs ritmine döndürülebilen bir yenidoğan olgusu tartışıldı.

OLGU

Olgu; 28 yaşındaki bir annenin ikinci gebeliği sonucu doğan sağlıklı bir bebektir. Anne gebeliğinde herhangi bir sorun ile karşılaşmamış ve rutin gebelik izlemlerini yaptırmıştır.

Olgunun doğumunda herhangi bir özellik bulunmadığı, normal spontan doğum ile 3350 gr ağırlığında, term olarak doğan erkek bebeğin sağlıklı bir şekilde eve taburcu edildiği öğrenildi.

Olgu postnatal 16. gününde emme güçlüğü, emmede azalma, aşırı terleme, huzursuzluk ve solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvurmuştur. Acil servisteki fizik muayenesinde taşikardisi ve takipnesi olan bebek monitörize edilerek kalp atım sayısı izlenmiştir. Oskültasyon ile de uyumlu olan kalp atım sayısının 280/dk olması üzerine bebek yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) alınmıştır.

YYBÜ' ne kabul edilen bebek açık ısıtıcıya alınarak monitörize edildi. Vücut ısısı 36.8°C, solunum sayısı 82/dk, kalp atımı 275/dk, kapiller dolum zamanı 5 sn., 3 cm hepatomegalisi mevcut olan olgunun yenidoğan refleksleri zayıf, interkostal retraksiyonları ve inlemeli solunumu bulunmakta idi. Satürasyonu %85'lerde seyreden bebeğe hood ile 5 lt/dk' dan O₂ verilerek bebeğin sol kol içinden acil intravenöz (İV) yol açıldı. Hemogram, C-reaktif protein (CRP), kan gazı, biyokimya ve hemokültür alındı. Alınan örneklerde bir özellik saptanmadı. Elektrokardiyografisinde (EKG) P dalgası olmayan olgu SVT ile uyumlu olarak değerlendirildi. Adenozin 50 µg/kg'dan IV hızlı puşe yapıldı fakat ritmin normale dönmediği gözlemlendi. Yanıt alınamayınca 2 dakika ara ile 3 doz daha adenozin İV hızlı puşe yapıldı. Ritim düzelmeyince 0,5 J/kg ile senkronize

kardiyoversiyon uygulandı. İlk kardiyoversiyona rağmen aritmik olan kalp atımları 1J/kg ile yapılan senkronize kardiyoversiyon ile normal ritmine döndü. Normal sinüs ritmi ile birlikte bebeğin retraksiyonlarının ve terlemesinin azaldığı, solunumunun rahatladığı ve oksijen ihtiyacının azaldığı gözlemlendi.

Postnatal 22. gününe kadar klinikte takibi yapılan bebeğin bir daha SVT atağı gözlenmedi ve propranolol başlanarak taburcu edildi.

Taburculuktan sonraki kontrollerine de düzenli gelmeyen olgunun 3 ay sonra tekrar bir SVT atağıyla acil servise başvurduğu ve adenozin ile müdahale edildiği öğrenildi.

SONUÇ

Spesifik belirti ve bulgu vermeyen, muayene sırasında taşikardinin varlığı ve yenidoğanın rutin monitörizasyonunda saptanan SVT'nin erken müdahalesi hayat kurtarıcı olup mortalite üzerinde etkilidir.

Öncelikle ritmin düzeltilmesi aşamasında monitörizasyon, acil IV yolun açılması, solunumun değerlendirilmesi ve ihtiyaca göre solunum desteği sağlanması ve genel durum takibi önemli hayat kurtarıcı hemşirelik uygulamalarıdır. Gerilemeyen inatçı ataklarda kardiyoversiyonun uygulanması için defibrilatörün hazırlanması müdahalenin etkinliği ve hızı için önemlidir.

Taburculuk sonrası ileri dönemde tedavinin düzenli uygulanması da atakların tekrarlamasını engellemektedir. Bu nedenle kontroller sırasında ilaç kullanımı dikkatli bir şekilde sorgulanmalı ve ailelere önemi tekrar hatırlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Satar M, Narlı N, Özbarlas N, Yıldızdaş HY, Küçükosmanoğlu O, Özlü F, Özcan K, Erdem S. Yenidoğan döneminde aritmi gelişen 21 vakanın değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49, 107-111.
2. Levent E, Özyürek AR, Güven H, Parlar A. İkiz bebeklerin birinde fetal supraventriküler taşikardi: olgu sunumu. Ege Tıp Dergisi 2002; 41(2), 117-119.
3. Yozgat Y, Özdemir R, Kurtulmuş S, Doksöz Ö, Güven B, Karadeniz C, Meşe T. Fetal supraventriküler taşikardi: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi 2013; 3(2), 127-132.
4. Hakan N, Aydın M, Örün UA, Kanık S, İpek MŞ, Okumuş N, Zenciroğlu A. Yenidoğan döneminde farklı klinik sunumlarla başvuran iki wolf-parkinson-white sendromu vakası. Çocuk Dergisi 2011; 11(2), 81-85.
5. Konak M, Annagür A, Şap F, Altunhan H, Tarkçı N, Örs R. Prematür apnesi nedeniyle kafein tedavisi uygulanan yenidoğanda gözlenen supraventriküler taşikardi. Selçuk Tıp Dergisi 2014; 30(1), 34-35.
6. Can E, Bülbül A, Bülbül LG, Nuhoglu A. Göbek ven kateterizasyonu sırasında gelişen amiodarona yanıtı supraventriküler taşikardi. Ege Tıp Dergisi 2010; 49(3), 205-207.
7. Bolat F, Uslu S, Cömert S, Dindar A, Bülbül A, Nuhoglu A. Yenidoğanda supraventriküler taşikardi vakası: güncel tedavi yaklaşımı. Çocuk Dergisi 2010; 10(1), 51-54.
8. Akdeniz C, Kıplapınar M, Şengül FS, Tuzcu V. Antiaritmik tedaviye cevapsız supraventriküler taşikardili yenidoğanda katater ablasyonu ile tedavi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2012; 12(5), 1-3.
9. Ekici F, Ünal S, Dablan S, Alpan N, Çevik BŞ, Vidinlisan S. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki 119 bebeğin klinik ve ekokardiyografik olarak değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2010; 4(1), 22-29.
10. Bozdağ Ş, Güven Ş, Kılıçaslan N, Yavuz T, Tekkuş H, Toklucu MÖ. Supraventriküler taşikardili yenidoğan bir olgu. Türk Pediatri Arşivi 2012; 47 (Özel Sayı), 21.
11. Ceviz N, Çeliker A. Çocuklarda görülen aritmilerin farmakolojik tedavisi. Türk Aritmi Pacemaker ve Elektrofizyoloji Dergisi 2005; 3(3), 173-187.
12. Özdemir R, Altuğ N, Dizdar EA, Yurttutan S, Öncel MY, Erdeve Ö, Dilmen U. Prematüre bir yenidoğanda kardiyoversiyon ile tedavi edilen atriyal flutter olgusu. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2013; 1; 47-49.