

# ΑΑ073 ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ

Αικατερίνη Μαστρογιαννοπούλου<sup>1</sup>, Ελένη Γκόνου<sup>1</sup>, Παναγιώτα-Γεωργία Μαλτέζου<sup>1</sup>, Παναγιώτα Κούρου<sup>1</sup>, Δημήτριος-Γεώργιος Κουντούρης<sup>1</sup>, Μαριάννα Καλόγρη<sup>1</sup>, Ευαγγελία Ζέππου<sup>1</sup>, Αλέξιος Μαυρουδής<sup>1</sup>, Ιωάννα Αντωνίου-Κοκκοφίτη<sup>1</sup>

1. Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη

## Εισαγωγή

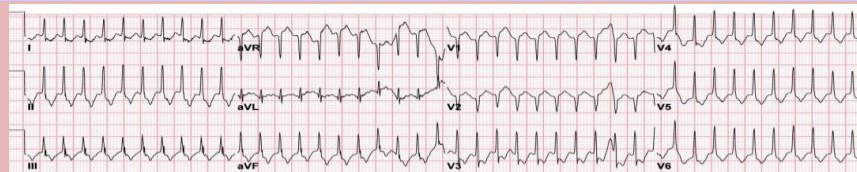
Η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία αποτελεί τη συχνότερη ταχυκαρδία στα παιδιά (50-60% του συνόλου ταχυκαρδιών) και χαρακτηρίζεται από καρδιακή συχνότητα >200 bpm και φυσιολογικά QRS. Οι συνηθέστεροι τύποι είναι: έκτοπη κολπική ταχυκαρδία, κολποκοιλιακή επανεισόδος με συμμετοχή παραπληρωματικού δεματίου, η κολποκοιλιακή κομβική ταχυκαρδία επανεισόδου και ο κολπικός πτερυγισμός. Στα βρέφη η κλινική εικόνα είναι άτυπη με ωχρότητα, κυάνωση, άρνηση λήψης τροφής, ληθαργικότητα, ταχύπνοια έως και σημεία καρδιακής ανεπάρκειας και shock.

## Σκοπός

Παρουσίαση περιστατικού υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας σε βρέφος

## Υλικό-Μέθοδος

Βρέφος άρρεν 32 ημερών προσκομίζεται λόγω μειωμένης σίτισης, νωθρότητας και ενός επεισοδίου εμέτου από 24ώρου. Τελειόμηνο και με ελεύθερη περιγεννητική περίοδο. Από την αντικειμενική εξέταση προσέλευσης: επηρεασμένη γενική κατάσταση, ωχρότητα δέρματος, ακροκυάνωση, περιστοματική κυάνωση, S1-S2 ρυθμικοί-ευκρινείς-ταχύκαρδοι, φύσημα 1/6, μη ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις, υγροί ρόγχοι άμφω, μη εκλυόμενα νεογνικά αντανακλαστικά, μειωμένος μυϊκός τόνος, GCS=5/15, SpO2:70%, HR:200 bpm, υποθερμία, dxt:42mg/dl, XTE:7sec



## Αποτελέσματα

Ετέθη σε monitor που ανέδειξε υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και ύστερα από ανεπιτυχή ανάνηψη με ambu, διασωληνώθηκε. Λόγω πολλαπλών προσπαθειών τοποθέτησης φλεβικής γραμμής και χειρουργικής αποκάλυψης φλέβας χωρίς αποτέλεσμα, τέθηκε ενδοοστική γραμμή. Έλαβε IO υγρά, IM-IO αντιβίωση χωρίς ανταπόκριση, για αυτό και χορηγήθηκε κατόπιν στάγδην διάλυμα Dopamine και Dobutamine με ταυτόχρονη διόρθωση της υπογλυκαιμίας. Αφού σταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά διακομίστηκε σε ΜΕΘ Παίδων όπου διενεργήθηκε ανάτση με αδενοσίνη, απινίδωση και εξήλθε με οδηγίες για χορήγηση προπρανολόλης.

## Συμπεράσματα

Η εμμένουσα υπερκοιλιακή ταχυκαρδία (>24-48h), ειδικά σε υπόβαθρο συγγενούς καρδιοπάθειας και σε μικρές ηλικίες μπορεί να καταλήξει σε καρδιακή κάμψη. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση έχοντας στη διαφορική διάγνωση της καταπληξίας, πέρα από την σηπτική, και την κυκλοφορική σε βρέφη με άτυπα κλινικά συμπτώματα.

## Βιβλιογραφία

1. Επίτομη Παιδιατρική: Ν. Μασσιανίτης, Θ. Καρπός, Π. Νικολαΐδου-Καρναθίου
2. Vignati G, Annoni G. Characterization of supraventricular tachycardia in infants: clinical and in-strumental diagnosis. Curr Pharm Des 2008; 14(8):729-35
3. Jaeggli EF, Gillyam RT, Banersfeld V, Chin C, Gon R. Electrocardiographic differentiation of typical atrioventricular node reentrant tachycardia from atrioventricular reciprocating tachycardia mediated by concealed accessory pathway in children. Am J Cardiol 2003 May; 1,9(9):1084-9