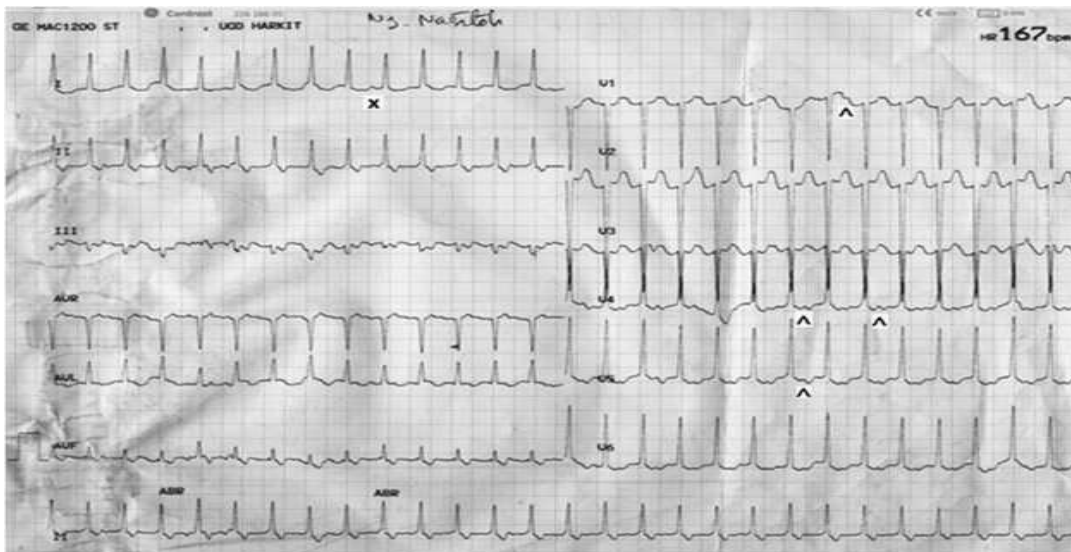


Suatu Variasi Takikardia QRS Sempit Regular

Yoga Yuniadi

Seorang perempuan, 51 tahun datang ke UGD dengan keluhan utama berdebar dan sesak nafas. Sesak nafas makin memberat dalam satu minggu terakhir. Terdapat dyspnoe on effort dan orthopnoe. Keluhan berdebar sudah dirasakan sejak beberapa

bulan sebelumnya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda gagal jantung dengan gambaran rontgen thorax yang menunjukkan CTR 65% dan tanda bendungan paru. Rekaman EKG di UGD diperlihatkan pada gambar 1.

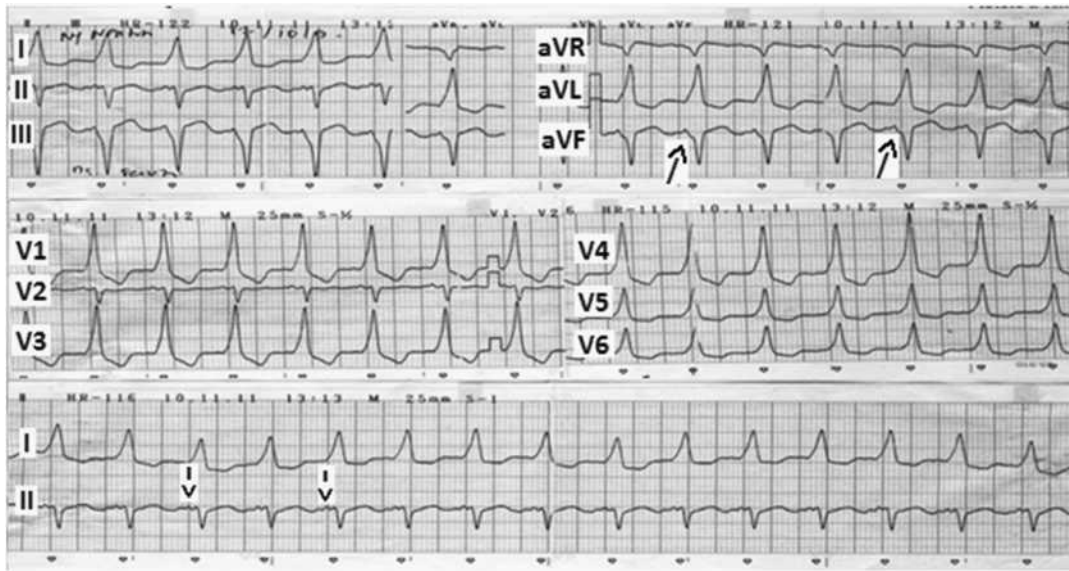


Gambar 1. Tampak suatu takikardia QRS sempit yang regular. Pada sadapan I, terlihat gambaran yang menyerupai gelombang P independen (X) yang mengesankan suatu AV disosiasi. Tetapi jika diperhatikan pada sadapan lain (V1, V4, V5 dan V6) terlihat gelombang P yang konsisten (tanda kepala panah) dibelakang QRS kompleks yang menunjukkan ada konduksi retrograd 1: 1, sehingga menimbulkan persangkaan suatu AVRT.

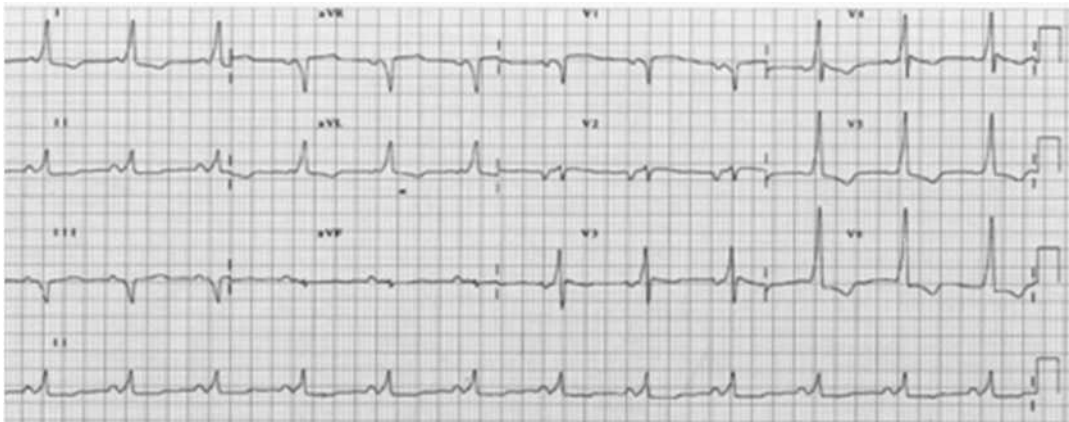
Alamat korespondensi:

Dr. dr. Yoga Yuniadi, SpJP, Divisi Aritmia, Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler FKUI dan Pusat Jantung Nasional Harapan, Kita, Jl S Parman Kav 87 Jakarta 11420, E-mail: yogayun@yahoo.com

Karena disangka suatu fibrilasi atrial (FA) dengan respon ventrikel cepat kemudian diberikan digitalisasi. Pasca digitalisasi didapatkan perubahan EKG sebagaimana terlihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Tampak suatu takikardia QRS lebar dengan laju jantung sekitar 120 kpm. Perhatikan gelombang P yang ditunjuk oleh tanda panah di sadapan aVF dan II yang mendahului setiap kompleks QRS. Tampak kompleks QRS lebar dengan gambaran gelombang delta. Menunjukkan suatu preeksitasi maksimal.



Gambar 3. Rekaman EKG 12-sadapan menunjukkan irama sinus dengan gelombang delta (Sindrom WPW).

Rekaman EKG pada gambar 1 merupakan salah satu contoh gambaran SVT yang tidak khas. Adanya discrepancy antara gambaran sadapan I dengan sadapan lain menimbulkan keraguan untuk mendiagnosis suatu atrio-ventricular reciprocating tachycardia (AVRT). Pada sadapan I terdapat kemungkinan suatu disosiasi AV. Disosiasi AV biasanya didapatkan pada ventrikel takikardia (VT), akan tetapi kompleks QRS terlalu sempit pada rekaman ini bahkan untuk suatu VT fasikulus anterior sekalipun. Pada VT fasikulus anterior umumnya durasi kompleks QRS berkisar

100 mdet tetapi kurang dari 120 mdet, sedangkan pada pasien ini durasi kompleks QRS hanya 60 mdet. Kemungkinan lain ditemukannya disosiasi AV pada takikardia *junctional*. Sangkaan dokter jaga sebagai FA dengan respon ventrikel yang cepat mungkin didasarkan pada variabilitas kompleks QRS yang seolah-olah memberi kesan adanya variabilitas interval RR dan adanya gelombang P yang kadang-kadang jelas tetapi kadang-kadang tidak dapat diidentifikasi. Kunci diagnosis pada keadaan seperti ini adalah hendaknya diingat bahwa rekaman EKG dilakukan dengan mesin

yang merekam 6 sadapan secara simultan, artinya bila gelombang P yang konsisten terlihat di sadapan prekordial maka walaupun di sadapan lain tidak terlihat karena terkubur di dalam gelombang T, maka dapat diduga bahwa sesungguhnya gelombang P itu ada. Dengan demikian AVRT seharusnya merupakan diagnosis diferensial pertama pada pasien ini dengan kemungkinan lain suatu takikardia atrium.

Gambar 2 memperlihatkan suatu sinus takikardia dengan preeksitasi maksimal. Keadaan ini terjadi karena digoksin yang diberikan tidak hanya menghentikan proses *reentry* tetapi juga memberikan hambatan konduksi nodal AV yang *sustain* sehingga konduksi *preferential* impuls sinus ke ventrikel melalui jaras tambahan. Keesokan harinya, ketika hambatan oleh digoksin hilang maka gambaran preeksitasi berkurang sehingga gelombang P lebih jelas terlihat sebelum kompleks QRS dengan interval PR yang pendek (Gambar 3).

Pada studi elektrofisiologi, AVRT mudah dicetuskan dengan pemacuan di atrium maupun di ventrikel kanan. Pemetaan jaras tambahan menunjukkan letak

jaras tambahan di posterior anulus mitral. Ablasi frekuensi radio yang dilakukan dengan pendekatan retrograd berhasil meng-eliminasi jaras tambahan. AVRT tidak dapat dicetuskan lagi pasca ablasi.

Pelajaran yang dapat diambil dari kasus ini adalah:

1. Teliti melakukan eksplorasi ke 12 sadapan EKG, jangan membuat kesimpulan atas dasar 1 sadapan
2. Perekaman EKG secara simultan 3, 6 atau 12 sadapan sangat membantu dalam diagnosis takikardia bila gelombang P tidak terlihat secara merata di semua sadapan.
3. Ablasi merupakan *procedure of choice* pada sindrom preeksitasi.

Daftar Pustaka

1. Benditt DG, Benson DW. Eds. Cardiac preexcitation syndromes. Origins, evaluation, and treatment. Martinus Nijhoff Publishing. 1986.