

Apa yang Terbaik untuk Pasien Ini?

Yoga Yuniadi

Kasus

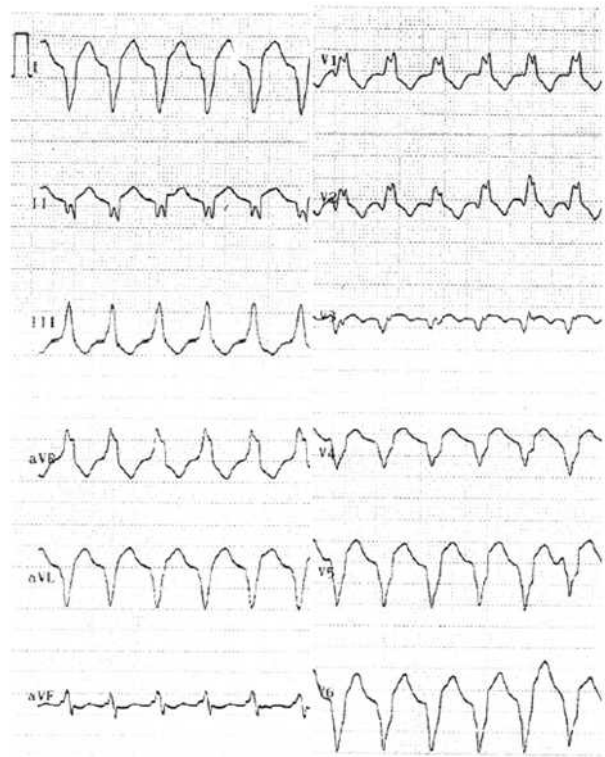
Seorang laki-laki 67 tahun, normotensi, non-diabetik dengan riwayat infark miokard anterior datang dengan takikardia kompleks QRS lebar (Gambar 1) yang memerlukan defibrilasi karena hemodinamik yang tidak stabil. Pemeriksaan ekokardiografi memperlihatkan penurunan fungsi sistolik dengan fraksi ejsi 20-25% dan gambaran aneurisma di apeks ventrikel kiri. Fungsi ginjal dan paru dalam batas normal. Dalam terapi rumatan amiodaroneter dapat episode aritmia irregular (Gambar 2) sebelum akhirnya stabil dalam irama sinus (Gambar 3).

Diskusi

Gambar 1 adalah suatu takikardia dengan QRS lebar (> 140 ms) morfologi RBBB. Terlihat adanya variabilitas QRS dari beat ke beat. Perhatikan beat terakhir di V5 yang didahului oleh gelombang P yang independen. Sehingga gambaran EKG ini menunjukkan suatu takikardia ventrikel.

Apa yang terjadi dengan gambar 2? Kembali terlihat suatu takikardia dengan QRS lebar tetapi kali ini tampak irregular. Bila diperhatikan lebih seksama irregularitas yang terjadi bersifat regular,

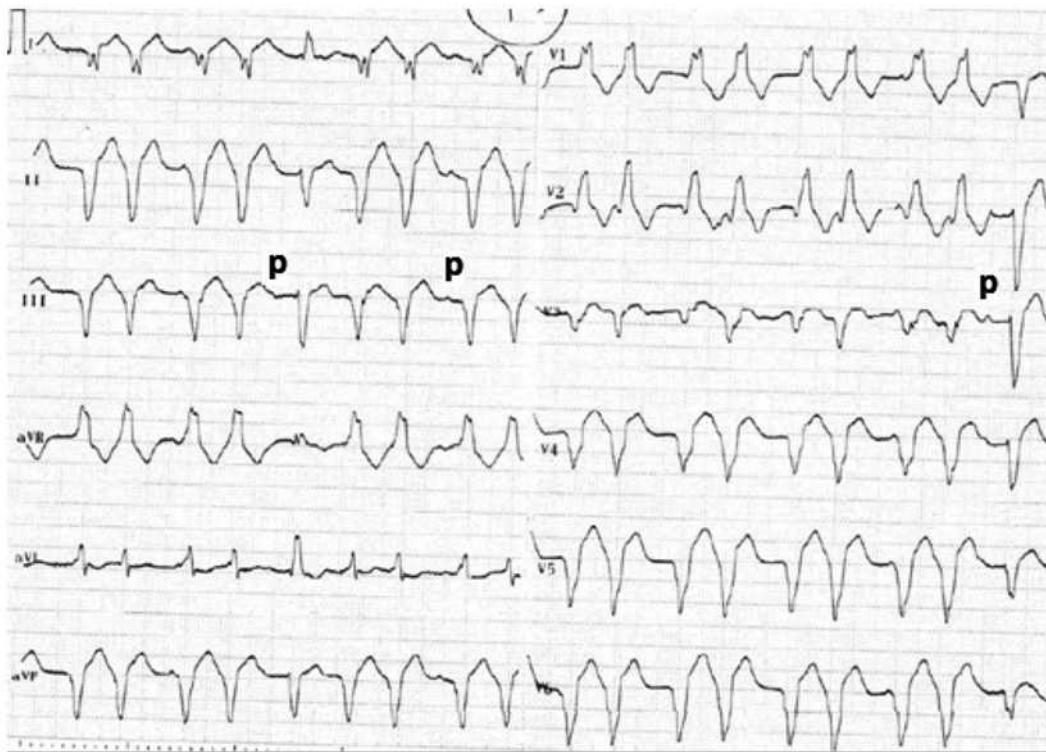
yaitu terdapat VPC couplet dengan morfologi RBBB yang berulang. Setiap couplet mempunyai QRS interval yang sama kemudian diikuti oleh pause singkat sebelum couplet berulangkembali, demikian seterusnya. Perhatikan kadang-kadang saat pause terdapat gelombang P. Terdapat dua pola gelombang P yaitu (1) gelombang P yang diteruskan ke ventrikel



Gambar 1. Takikardia regular dengan kompleks QRS lebar.

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



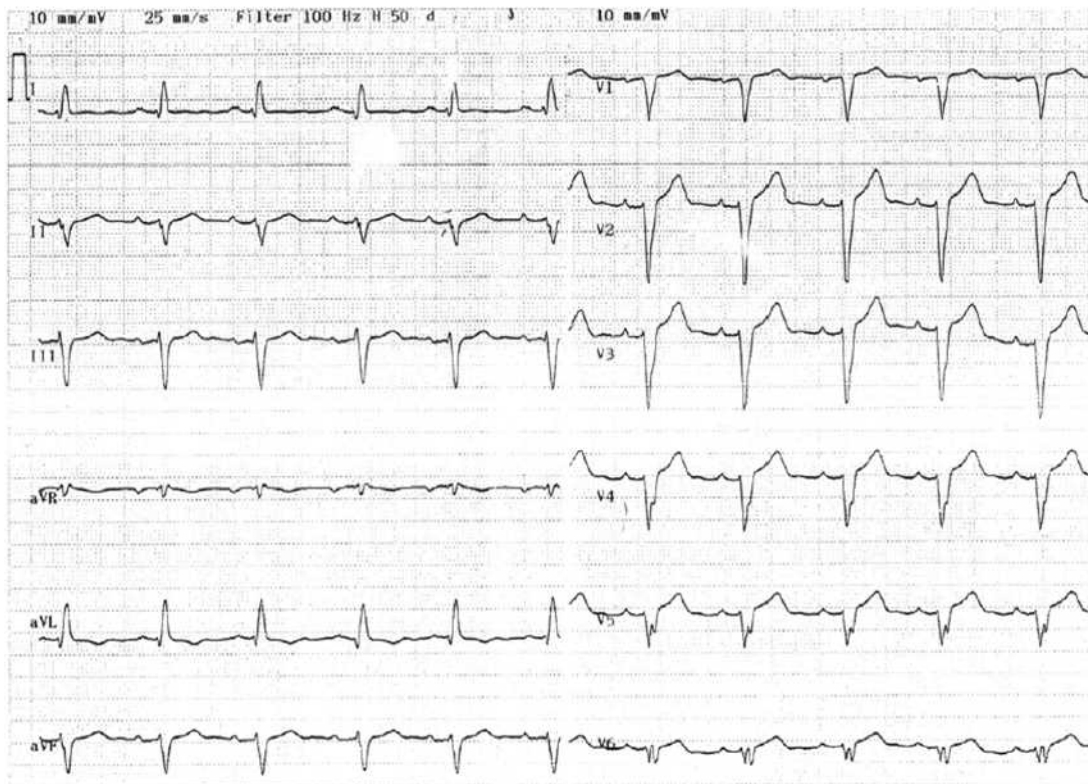
Gambar 2. Takikardia dengan QRS lebar irregular. Perhatikan gelombang P di sadapan III, gelombang P pertama yang ditandaiditeruskan membentuk QRS lebar dengan gambaran LBBB dengan interval PR 240 ms. Gelombang P kedua yang ditandaidiikuti oleh QRS lebar dengan gambaran RBBB dengan interval PR 120 ms. Pada sadapan V3 gelombang P yang ditandaidiikuti dengan kompleks QRS lebar morfologi LBBB dengan interval PR 240 ms.

melalui AV node dan membentuk QRS sebagaimana terlihat pada gelombang P pertama di sadapan III dan gelombang P di sadapan V3. Dalam hal ini morfologi QRS yang terbentuk berbeda dengan QRS couplet; (2) gelombang P yang tidak sempat diteruskan ke ventrikel karena ventrikel lebih dahulu mengalami depolarisasi oleh VPC couplet sebagaimana terlihat pada gelombang P kedua di sadapan III. Dalam hal ini impuls anterograd dari nodal sinus mengalami collision dengan impuls retrograd dari VPC di berkas His. Dengan demikian irama dasar pada gambar 2 dapat dikatakan irama sinus dengan VPC couplet. Pengulangan VPC couplet menunjukkan suatu sirkuit reentry yang mulai inactive karena pengaruh amiodarone.

Gambar 3 menunjukkan irama sinus dengan durasi QRS yang lebar (140-160 mdet) dan morfologi yang sesuai dengan intraventricular conduction delay

(IVCD). Walaupun mirip dengan gambaran LBBB tetapi morfologi QRS di V5 dan V6 bukanlah gambaran LBBB yang khas.

Jadi kita berhadapan dengan pasien infark anterior lama dengan penurunan fungsi ventrikel kiri yang berat disertai ventrikel takikardia. Pasien ini sesuai dengan kriteria inklusi MADIT trial yaitu pasien dengan riwayat infark miokard, $EF \leq 35\%$, durasi QRS ≥ 120 mdet dengan riwayat ventrikel takikardia. Berdasarkan MADIT trial pemasangan ICD pada pasien seperti ini akan menurunkan mortalitas hingga 56% (hazard ratio 0.46, $p = 0.009$) dibandingkan terapi medika mentosa yang optimal. Tetapi pasien ini juga memenuhi kriteria inklusi MADIT-CRT trial yang belum lama ini dipublikasikan yaitu penyakit jantung iskemik/non-iskemik, $EF \leq 30\%$, durasi QRS ≥ 130 mdet dan NYHA kelas I atau II. Pada MADIT-CRT, pemasangan CRT-D menurunkan kematian atau gagal jantung hingga



Gambar 3. Irama sinus dengandurasi QRS yang lebardanmorfologi yang sesuaidenganintraventricular conduction delay (IVCD).

34% (hazard ration 0.66, $p = 0.001$) dibandingkan pemasangan ICD saja. Dengan demikian pemasangan CRT-D merupakan pilihan pada pasien ini. Tentu saja perlu dilakukan pemeriksaan koroner angiografi untuk mengetahui dan tatalaksana penyakit jantung koronernya.

Daftar Pustaka

1. Moss JA. What we have learned from the family of MADIT trials. *Rev Argent Cardiol.* 2010; 78: 2-4
2. Moss JA. MADIT-I and MADIT-II. *J CardiovascElectrophysiol.* 2003;14: S96-8