



BÖLÜM 115

Kalp Kapak Hastalarında Atriyal Fibrilasyonun Medikal Tedavisi

Ahmet İlker TEKKEŞİN¹

Duygu GENÇ²

GİRİŞ

Atriyal fibrilasyon (AF) atriyal elektriksel aktivitenin dejenerasyonu ile oluşan erişkindeki en sık kardiyak aritmidir¹. Kapak hastalıkları AF'nin bir risk faktörüdür ve AF hastalarının üçte birinden daha fazlasında kapak hastalığı bulunmaktadır. Aynı zamanda ileri düzey kapak hastalığı olanlarda AF kötü klinik sonuçlarla ilişkili bulunmuştur². AF'nin medikal tedavisine bakıldığında antikoagulasyona ilaveten hız kontrolü ve ritm kontrolü olarak iki ayrı strateji yer almaktadır. AF tedavisinde bu iki stratejiyi karşılaştıran çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında hız kontrolü stratejisi ile hastane yatışlarında belirgin bir azalma gözlenirken tüm nedenli ölüm, kalp yetmezliğinde kötüleşme, inme, kanama ve yaşam kalitesi gibi majör sonuçlarda belirgin farklılık gözlenmemiştir³. Her hasta için uygun olan tedavi yaş, komorbiditeler, kardiyak fonksiyonlar, sol atriyum boyutları ve semptom sıklığı gibi hastaya özgü bireysel özelliklere göre seçilmelidir.

HIZ KONTROLÜ

Hız kontrolü AF tedavisinde semptomları iyileştiren önemli bir stratejidir. Hız kontrolündeki kalp hızı hedefleri ise henüz net değildir. Sıkı kalp hızı hedefleriyle (istirahatte kalp hızı <80/dk, egzersizde kalp hızı <110/dk) ılımlı kalp hızı hedeflerinin (kalp hızı <110/dk) karşılaştırıldığı çalışmalarda birleşik klinik olaylar, New York Heart Association (NYHA) sınıfı ve hastane yatışlarında anlamlı fark gösterilmemiştir^{2,4}. Sıkı kalp hızı hedefleri semptomlarda azalma, efor kapasitesinde iyileşme ve taşikardiyomiyopati'den kaçınma için daha uygun bir hedef olmasına rağmen bu hedeflere ulaşmak çoğunlukla zordur. Sıkı hız kontrolü gerektiren durumlar ve kalp yetmezliği (taşikardiyomiyopati) olmadıkça ılımlı hız kontrolü daha kabul edilebilir bir başlangıç yöntemi olmaktadır³. Hız kontrolünde atriyoventriküler (AV) yol üzerinden iletimi yavaşlatarak ventriküler hız kontrolünü sağlayan birden fazla ilaç bulunmaktadır. Bunlar tek başına ya da kombinasyonlar halinde kullanılabilir. AF'de hız kontrolü planlanırken preeksitasyonu tanımak oldukça önemlidir çünkü bu ajanlar preeksitasyon varlığında

¹ Doç. Dr. Ahmet İlker TEKKEŞİN, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü ahmetilker1@gmail.com

² Uzm. Dr. Duygu GENÇ, S.B. S.B.Ü. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü drduygugenc@gmail.com



KAYNAKLAR

1. Griffin BP. (2019). Manual of cardiovascular medicine. (Fifth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
2. Gerhard Hindricks, Tatjana Potpara, Nikolaos Dagres. ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EA-CTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J. 2021 Feb 1;42(5):373-498.doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
3. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Braunwald E. (2019). Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. (Eleventh edition, international edition). Philadelphia, PA: Elsevier.
4. Van Gelder IC, Groenveld HF, Crijns HJ. RACE II Investigators. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med . 2010;362:1363-1373.
5. Piotr Ponikowski, Adriaan A Voors, Stefan D Anker. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. 2016 Aug;18(8):891-975. doi: 10.1002/ehf.592.
6. Kotecha D, Holmes J, Krum H. Efficacy of b blockers in patients with heart failure plus atrial fibrillation: an individual-patient data meta-analysis. Lancet 2014; 384:2235 – 2243.
7. Whitbeck MG, Charnigo RJ, Khairy P. Increased mortality among patients taking digoxin-analysis from the AFFIRM study. Eur Heart J 2013;34:1481-1488.
8. Bash LD, Buono JL, Davies GM. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of cardioversion by vernakalant and comparators in patients with atrial fibrillation. Cardiovasc Drugs Ther 2012;26:167-179.
9. Lafuente-Lafuente C, Valembois L, Bergmann JF. Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation. Cochrane Database Syst Rev 2015;3:CD005049.
10. MacNeil DJ, Davies RO, Deitchman D. Clinical safety profile of sotalol in the treatment of arrhythmias. Am J Cardiol 1993;72:44A-50A.
11. Zimetbaum P. Antiarrhythmic drug therapy for atrial fibrillation. Circulation 2012;125:381-389.
12. Singh BN, Connolly SJ, Crijns HJ. Dronedarone for maintenance of sinus rhythm in atrial fibrillation or flutter. N Engl J Med 2007;357:987-999.