.

Atriyal fibrilasyon ve kalp yetersizliği

Doç. Dr. Hüseyin Bozbaş

Doç. Dr. Hüseyin Bozbaş "Atriyal fibrilasyon ve kalp yetersizliği" konusunda merak edilenleri yanıtladı.

Soru: Kalp yetersizliği (KY) bulunan hastalarda atriyal fibrilasyon (AF) görülme sıklığı nedir?

AF klinik pratikte en sık izlenen ritim bozukluğudur. Yaşın ilerlemesi ile birlikte hem AF hem de KY sık görülmektedir. Son yıllarda AF ve KY kardiyovasküler tıbbın epidemileri olarak da nitelendirilmektedir.
KY bulunan hastalarda AF sık izlenmektedir. Modern KY serilerinde AF prevalansı %13-27 arasında rapor edilmektedir. Ayrıca AF sıklığının KY'nin derecesi ile de arttığı iyi bilinmektedir. Hafif KY olan hastaların %5'inde, orta derecede KY olan hastaların %10-26'sında AF izlenirken şiddetli KY olan hastalarda prevalans %50'ye kadar çıkmaktadır.

Soru: KY ve AF birbirinin nedeni midir, sonucu mudur?

AF KY gelişiminin bir nedeni olabilirken veya gelişimini hızlandırırken, KY bulunan hastalarda AF gelişimine yukarıda da bahsedildiği gibi sık rastlanmaktadır. AF taşikardi bağımlı KY'nin en sık nedenini oluşturmaktadır.

Soru: AF ile KY arasındaki fizyopatolojik ilişki nedir?

AF ve KY arasındaki fizyopatolojik ilişki net olarak aydınlatılamamış olup çalışmalar devam etmektedir. KY olan hastalarda izlenen fibroz gelişimi, nörohormonal değişiklikler, hücre kalsiyum metabolizmasındaki değişiklikler, artmış dolum basınçları, atriyal genişleme AF gelişimine zemin hazırlayan-yatkınlık oluşturan nedenler iken; AF ise kalp çıktısını azaltarak KY gelişimine yol açmaktadır. Bu nedenle KY ile AF arasında fizyopatolojik olarak bir kısır döngüden bahsetmek mümkündür.

Soru: KY olan hastalarda AF'un prognoz açısından önemi nedir?

Literatüre baktığımızda, bir kısım çalışmalarda AF'nun prognoz açısından önemli olmadığına dair veriler bulunmakla beraber, özellikle yakın geçmişte yapılan, büyük ölçekli çalışmaların sonucu AF'un KY bulunan hastalarda mortalite ve morbiditenin önemli bir öngördürücüsü olduğunu göstermektedir. KY bulunan hastalarda yeni gelişen AF'nun mortalite riskini ciddi bir biçimde artıran bir faktör olduğunu görmekteyiz. Çünkü AF gelişimi KY'nin ilerlemiş olmasının bir bulgusu olarak kabul edilmektedir.

Soru: KY olan hastalarda AF tedavisinde ritim mi, hız kontrolü mü?

Genel popülasyonda AF ile ilgili yapılan çalışmalara (AFFIRM, RACE, HOT CAFE, STAF, PIAF) baktığımızda ritim kontrolünün beklenenin aksine hız kontrolüne bir üstünlüğünün olmadığını görmüştük. Ancak bu konu ile ilgili en önemli çalışmalardan biri olan AFFIRM çalışmasının hasta popülasyonuna dikkat edecek olursak hastaların %79'unda sol ventrikül işlevinin normal olduğunu görürüz. Bu nedenle bu çalışma sonuçlarının KY bulunan hastalara uyarlanması doğru olmayacaktır. KY bulunan hastalarda bu konu ile ilgili yapılmış ve 3 yıllık bir takip süresine sahip olan AF-CHF çalışmasının sonuçlarına bakacak olursak ritim kontrolünün mortalite, KY'nin kötüleşmesine bağlı hastaneye yatış ve inme açısından bir farka yol açmadığını görürüz. Ancak bu çalışmanın da bazı kısıtlıklarının bulunduğunu, sadece sistolik KY olan hastaların dahil edildiği, buradan çıkan sonucun tüm KY olan hastalara uyarlanamayacağını belirtmek gerekmektedir.
Burada vurgulanması gereken konulardan biri de sinüs ritminin idamesinde kullanılan mevcut ilaçların etkinliklerinin düşük, ve birtakım yan etkilerinin olmasının ritim kontrolünden beklenen faydanın gözlenememesine yol açabileceğidir.
Yeni başlayan persistan bir AF'lu olguda kardiyoversiyon sinüs ritminin olası yararlarını görmek açısından yapılmalı ve fayda görülürse ritim kontrolüne çalışılması uygun yaklaşım olacaktır.

Soru: KY bulunan hastalarda AF ventrikül hız kontrolünde hedef ne olmalı, hangi ilaçlarla sağlanmalı, takip nasıl yapılmalı?

AF olan hastalarda ventrikül hızının istirahat halinde 60-80/dk, orta derecede egzersiz ile 90-115/dk arasında tutulması hedeflenir. Kontrendikasyon yokluğunda beta blokerler KY bulunan hastalarda ventrikül hız kontrolünün sağlanması için seçilecek ilk ilaç grubu olmalıdır. Bu ilaçlar ventrikül hız kontrolünün sağlanmasının yanında sağkalımı da uzatan ilaçlardır. Digoksin tercih edilebilecek diğer bir ilaçtır. Akut AF'da ve artmış sempatik uyarı varlığında digoksinden görülecek yararın sınırlı olacağı unutulmamlıdır. Dihidropiridin grubu olmayan kalsiyum kanal blokerleri de (verapamil, diltiazem) hız kontrolü için etkin ilaçlardır ancak negatif inotropik etkilerinden dolayı sistolik işlevi bozuk olan hastalarda kullanımları tolere edilemeyebilir.

Soru: Ritim kontrolünde nasıl bir yol izlenmeli, hangi ilaçlar kullanılmalı, AF'un önlenmesi için neler yapılmalı?

KY bulunan hastalarda ritim kontrolü için kullanabileceğimiz ilaçlar (yapısal kalp hastalığı olmayan popülasyonun aksine) kısıtlıdır. Sınıf IC antiaritmik ilaçlardan kaçınılmalıdır. Amiodaron ve dofetilid bu anlamda tercih edebileceğimiz ilaçlardır. Amiodaron ritim kontrolü için en etkin ilaçlardan biri durumundadır ve KY'de güvenle kullanılabilir. Semptomatik bradikardiye neden olabilmektedir.
Dofetilid yeni bir sınıf III antiaritmik ajan olup KY bulunan hastalarda sinüs ritminin sağlanmasında ve idamesinde tercih edilebilecek bir ilaçtır. KY'ne bağlı hastaneye yatışı da azalttığı gösterilmiştir. QT mesafesini uzatabileceğinden tedaviye hastanede, monitörizasyon ile başlanması önerilmektedir.
Sotalolün KY bulunan hastalarda ritim kontrolü için kullanımı önerilmemektedir.
Renin anjiyotensin sisteminin blokajı ve statin tedavisinin KY bulunan hastalarda AF insidansını ve tekrarlamasını azattığı yönünde veriler mevcuttur.
Beta bloker kullanımı ile de AF gelişim riskinin azaldığı saptanmıştır.

Soru: KY bulunan AF'lu hastalarda antikoagülan tedavi kararı nasıl verilmelidir?

AF'u bulunan hastalarda hiçbir risk faktörü yokluğu (lone AF) dışında antitrombotik tedavi önerilmektedir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin 2006 AF kılavuzunda sol ventrikül sistolik işlevinin bozuk olması (atım oranı <%35 ya da oransal kısalma <%25) veya KY bulunması AF'da antikoagülan tedavi kararı için orta derecede risk faktörü olarak verilmiş ve bu faktörlerden herhangi birinin varlığında vitamin K antagonisti ile tedavi önerilmiştir. Yani KY bulunan AF'lu hastalar -diğer risk faktörleri olmasa bile- kontrendikasyon yokluğunda antikoagüle edilmelidir.

Soru: AV düğüm ablasyonu ve kalıcı kalp pili hangi hastalarda düşünülmelidir?

Farmakolojik tedaviye dirençli yüksek ventrikül hızlı AF hastalarında AV düğüm ablasyonu ve kalıcı kalp pili takılmasının fonksiyonel kapasiteyi ve kardiyak performansı iyileştirdiği gösterilmiştir. Ancak uzun dönem sağ ventrikülden kalp pili uyarısının sol ventrikülün yeniden şekillenmesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu ve atım oranında düşüşe neden olduğu mutlaka dikkate alınmalıdır. Böyle bir durumda veya düşük ventrikül hızlı AF varlığında kalıcı kalp pili takılması gerekli ise biventriküler kalp pili açısından hastalar değerlendirilmelidir.

Soru: AF ablasyonu hangi hastalara önerilmeli?

AF'da ritim kontrolünün sağlanması, özellikle uzun dönem için oldukça zordur. AFFIRM çalışmasının 5 yıllık sonuçlarına baktığımızda ritim kontrolü grubunda sinüs ritmi hastaların sadece %63'ünde sağlanabilmiştir. AF ablasyonu bu anlamda tedavi edici bir tedavi şekli olarak karşımıza çıkmaktadır ve KY bulunan hastalarda etkinliği gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada AF ablasyonu sonrası hastaların fonksiyonel kapasitelerinde iyileşme ve sol ventrikül atım oranlarında anlamlı düzeyde artış saptanmış ve 1 yıllık izlemde hastaların %78'inde sinüs ritminin korunduğu rapor edilmiştir. Geçtiğimiz yıl yayımlanan PABA-CHF çalışmasında ise pulmoner ven antrum izolasyonunun AV düğüm ablasyonu ve biventriküler kalp pili takılmasından daha üstün olduğu gösterilmiştir. Yaşam kalitesindeki iyileşme ve atım oranındaki artış pulmoner ven izolasyonu yapılan grupta anlamlı şekilde daha iyi bulunmuştur. Bu olumlu yönleriyle bakıldığında AF ablasyonunun KY bulunan hastalarda gelecek vadettiğini söyleyebiliriz. Ancak günümüz pratiğinde herkese önerilmesi konusunda henüz erken olduğunu da eklemeliyiz. Bu yöntemin yararının kalp hızı iyi kontrol altında olmayan hastalarda daha belirgin olduğunu, maliyet etkinliğinin henüz çalışılmamış olduğunu ve komplikasyonlarının ne tür sonuçlara neden olabileceği konularının açıklığı kavuşturulması gerekmektedir.