

Atriyal fibrilasyon (AF)

Dr. Aslı Atar

Dr. Aslı Atar

Atriyal fibrilasyon (AF) gittikçe büyüyen bir sağlık problemi. Tekrarlayan hastaneye yatışlara, inmeye, kalp yetmezliğine ve ölüme yol açarak bir yandan bireysel sorunlara yol açarken bir yandan da sağlık sistemine ciddi yük oluşturuyor. Hem kadın hem erkeklerde yaşla birlikte AF görülme sıklığı artıyor, yaşam boyu AF gelişme ihtimali cinsiyetle fark göstermiyor.^[1] Ancak kadınların yaşam kalitesi AF'den daha çok etkileniyor, daha ağır komplikasyonlar yaşıyorlar. Bunun nedeni tam olarak saptanamamış olsa da kadınlarda sol atriyumda daha yaygın fibrosis görünmesinin inme ve geçici iskemik atak oranlarını arttırdığı düşünülüyor.^[2]

Atriyal fibrilasyonun mortalite üzerine etkisine bakacak olursak, kadınlar AF varlığında erkekler göre olan sağkalım avantajını kaybediyor. Otuz çalışmanın ve 4.3 milyon katılımcının dahil edildiği bir metaanalizde, kadınların AF'ye bağlı mortalite riskinin erkeklerden 1.8 kat daha fazla olduğu gösterilmiş.^[3] Yine bu metaanalizde AF'si olan kadınların göreceli olarak tüm nedenlere ve kardiyovasküler nedenlere bağlı ölüm, inme, kardiyak olay ve kalp yetmezliği oranlarının erkeklerden fazla olduğu saptanmış.

Kadınlar AF varlığında daha fazla fonksiyonel kayıp, günlük aktivitelerde kısıtlanma ve yaşam kalitesinde kötüleşme yaşıyor,^[4] ama stress testi, TEE gibi tanısal testler daha az yapılıyor.^[5] Yapılan pek çok çalışma ve metaanaliz sonucunda kadınların AF'ye bağlı inme geçirme riskinin erkeklerden %20-30 daha fazla olduğu gösterildi.^[6] Bu veriler ışığında CHA2DS2-VASc skoruna kadın cinsiyet bir faktör olarak eklendi. Bu konuda çok fazla kanıt olmasına rağmen kadınlara antikoagülan reçete edilme oranı 2015 yılına kadar erkeklerden düşük bulunuyordu.^[7] Son yıllarda toplanan verilerde, 80 yaş üstü ve eşlik eden çoklu morbiditesi olan kadınlar haricinde cinsiyet farkının ortadan kalktığı görüldü.^[8]

Direkt oral antikoagülanlar ile tedavi kadınlarda Varfarine göre daha iyi sonuç veriyor, kadınların varfarin kullanırken terapötik aralıkta kalma oranı daha düşük. Bir metaanalizde 4 direkt oral antikoagülan (dabigatran, apiksaban, rivaroksaban ve edoksaban) varfarinle karşılaştırıldığında güvenlik ve etkinlik oranları benzer bulundu.^[9] Dolayısıyla, bu antikoagülanların kadınlarda kullanımının güvenli olduğu gösterildi.

Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlar AF geliştiğinde daha ileri yaşta ve hipotiroidi, hipertansiyon, kapak hastalıkları ve korunmuş fonksiyonlu kalp yetmezliği gibi eşlik eden komorbiditeleri daha fazla. Bir çalışmada risk faktörlerine göre eşleştirildiğinde aslında kadınlarda inme riskinin erkeklerden fazla olmadığı görülmüş.^[10] Yine CHADsVasc skorlarına göre değerlendirme yapıldığında, skor 3 ve üzerinde olduğunda kadınların inme riskinin arttığı, 2 ve altında riskin çok düşük olduğu görülmüş. Bu veriler göz önüne alınarak son ESC ve AHA kılavuzlarında kadınlarda CHADsVASC skoru 3 ve üzeri olduğunda antikoagülasyon başlanması önerildi.

Tedavi açısından yaklaşacak olursak, kadınları ritim kontrolünden çok hız kontrolü stratejisi ile tedavi eğilimi var. RACE çalışmasında ritim kontrolü grubundaki kadınlarda kardiyovasküler nedeni ölüm, kalp yetmezliği, tromboembolik komplikasyon, kanama ve kalıcı kalp pili ihtiyacı erkeklerden daha fazla bulundu.^[11] Bunun sebebi büyük oranda antiaritmik ilaçların (AAİ) yan etkileriydi. Hasta sinüs sendromu, torsades des pointes, atriyal flutter sırasında yüksek hızlı atriyoventriküler ileti ve kalıcı kalp pili takılması ihtiyacı gibi AAİ yan etkileri erkeklere oranla kadınlarda 3 kattan fazla görüldü.

Kadınlarda AF ritim kontrolünde elektriksel kardiyoversiyon daha az kullanılıyor, yan etki riski fazla olmasına rağmen farmakolojik kardiyoversiyon tercih ediliyor. Kateter ablasyonu uygulanan hastaların ise küçük bir grubunu kadınlar oluşturuyor.^[12] Ablasyona yönlendirilen kadınlarda AF süresi çok daha uzun, daha çok AAİ kullanmış ve daha semptomatik oluyorlar. Kalp yetmezliği olan kadınlar ise nadiren AF ablasyonu ile tedavi ediliyor. Bu farklılığın nedeni kadınların aritmi kliniklerine yönlendirilmemesi. Elektrofizyologlara ulaşabilen kadınlarda AF ablasyonu uygulanma oranı erkeklerden farklı değil. Ablasyona yanıt ne yazık ki uygulamanın gecikmesinden çok etkileniyor. Daha uzun süreli AF, sol atriyum boyutlarının ve fibrosis oranının artmasına yol açıyor. Bu da ablasyon sonrası rekürrens daha çok görülmesi ile sonuçlanıyor. Yaşam tarzı değişiklikleri, AF tedavi yaklaşımında ilk sırada yer almalı. Obezite ve kontrolsüz hipertansiyon ile mücadelenin atak sıklığını azaltmada olumlu sonuçlar verdiği dair olumlu kanıtlar var.^[13]

Sonuç olarak, kadınlar AF'den daha fazla etkileniyor, ama uygun tedavileri daha az alıyor. İlaç tedavilerinde yan etkileri önlemek için doz titrasyonu, antikoagülasyondan kaçınmamak, tedavi seçeneklerinin değerlendirilerek uygun olduğu durumlarda ablasyona erken yönlendirmek klinik pratikte kadına yaklaşımda yerleşmesi gereken strateji olmalı.

Referanslar:

1. Schnabel RB, Yin X, Gona P, Larson MG, Beiser AS, McManus DD, et al. 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2015;386:154-62.
2. Akoum N, Mahnkopf C, Kholmovski EG, Brachmann J, Marrouche NF. Age and sex differences in atrial fibrosis among patients with atrial fibrillation. *Europace* 2018;20:1086-1092 .
3. Emdin CA, Wong CX, Hsiao AJ, Altman DG, Peters SA, Woodward M, et al. Atrial fibrillation as risk factor for cardiovascular disease and death in women compared with men: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2016;532:h7013.
4. Gleason KT, Dennison Himmelfarb CR, Ford DE, Lehmann H, Samuel L, et al. Association of sex, age and education level with patient reported outcomes in atrial fibrillation. *BMC cardiovascular disorders* 2019;19:85.
5. Magnussen C, Ojeda FM, Wild PS, Sorensen N, Rostock T, Hoffmann BA, et al. Atrial Fibrillation Manifestations Risk Factors and Sex Differences in a Population-Based Cohort (From the Gutenberg Health Study). *The American Journal of Cardiology* 2018;122:76-82.
6. Marzona I, Proietti M, Farcomeni A, Romiti GF, Romanazzi I, Raparelli V, et al. Sex differences in stroke and major adverse clinical events in patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of 993,600 patients. *International journal of cardiology* 2018;269:182-191.
7. Yong CM, Tremmel JA, Lansberg MG, Fan J, Askari M, Turakhia MP. Sex Differences in Oral Anticoagulation and Outcomes of Stroke and Intracranial Bleeding in Newly Diagnosed Atrial Fibrillation. *Journal of the American Heart Association* 2020;9:e015689.
8. Loikas D, Forslund T, Wettermark B, Schenck-Gustafsson K, Hjemdahl P, von Euler M. Sex and Gender Differences in Thromboprophylactic Treatment of Patients With Atrial Fibrillation After the Introduction of Non-Vitamin K Oral Anticoagulants. *American Journal of Cardiology* 2017;120:1302-1308.
9. Moseley A, Doukky R, Williams KA, Jaffer AK, Volgman AS. Indirect Comparison of Novel Oral Anticoagulants in Women with Nonvalvular Atrial Fibrillation. *Journal of women's health* 2017;26:214-221.
10. Renoux C, Coulombe J, Suissa S. Revisiting sex differences in outcomes in non-valvular atrial fibrillation: a population-based cohort study. *European heart journal*. 2017;38:1473-1479.
11. Rienstra M, Van Veldhuisen DJ, Hagens VE, Rancho AV, Veeger NJ, Crijns HJ et al. Gender-related differences in rhythm control treatment in persistent atrial fibrillation: data of the Rate Control Versus Electrical Cardioversion (RACE) study. *Journal of the American College of Cardiology* 2005;46:1298-306.
12. Forleo GB, Tondo C, De Luca L, Dello Russo A, Casella M, De Sanctis V, et al. Gender-related differences in catheter ablation of atrial fibrillation. *Europace* 2007;9:613-20.
13. Javed S, Gupta D, Lip GYH. Obesity and atrial fibrillation: making inroads through fat. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother* 2021 Jan 16;7(1):59-67.