

Atrial Fibrilasyon Yönetimi



DR.ÖĞR.ÜYESİ ALİ AYGÜN
ORDU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP AD.

SUNUM PLANI

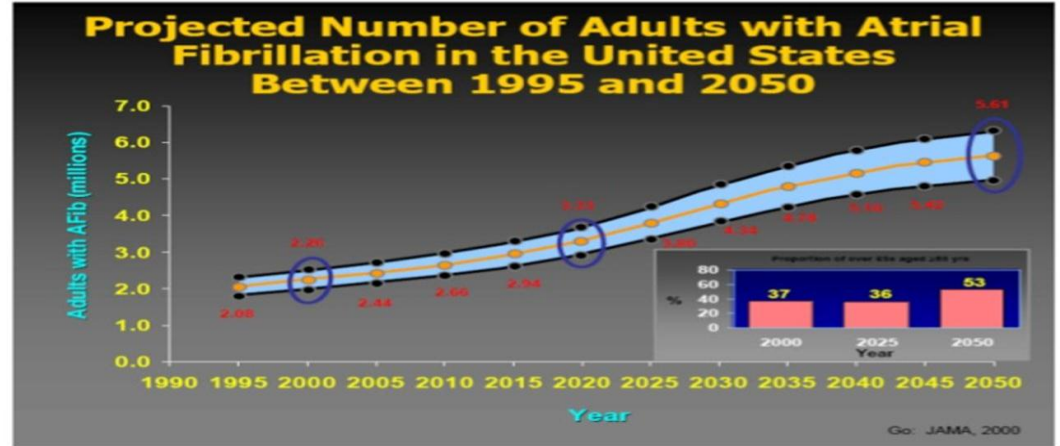


- Genel Bilgiler
- Atrial fibrilasyonun Sınıflandırılması
- Hız Kontrolü
- Ritm Kontrolü
- Tromboembolik Risk ve Tedavi
- Özet

Genel Bilgiler



- ❖ Atriumların mekanik fonksiyonlarının bozulduğu, irreguler, supraventriküler aritmi
- ❖ RR arası mesafeler eşit değil, P dalgası yok
- ❖ Kalp hızı normal, yüksek veya düşük olabilir
- ❖ Prevelansı yaşla artan
- ❖ Ciddi kardiyak ve sistemik problemlere yol açan
- ❖ En sık görülen aritmi



Atrial Fibrilasyon Sınıflandırılması

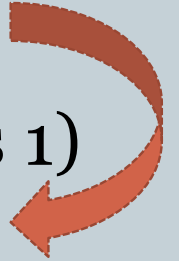


Paroksismal AF	<7 gün içinde spontan veya girişim ile düzelen AF
Persistan (İnatçı) AF	>7 gün fazla devam eden AF veya Kardiyoversiyon gerektiren AF
Uzun süreli Persistan AF	> 12 ay devam eden AF
Permanent (Kalıcı) AF	AF'nin sinüs ritmine döndürülmesine yönelik artık fayda görmediği/görmeyeceğine inanılan, denemelerin sonlandırıldığı AF
Nonvalvüler AF	Mekanik kalp kapağı veya orta-ciddi mitral stenozu olmayan AF'li hastaları tanımlar.

AF Hız Kontrolü



- AF; Ventriküler hızın kontrolü (Class 1)
- Akut başlangıçlı AF, pre-eksitasyon yoksa (Class 1)



- β -blokerler • nondihidropiridin Ca kanal blokerleri
- Hemodinamisi unstabil (Class 1)  KVC
- Semptomatik AF kalp hızı (Class 2a) < 
- Asemtomatik AF kalp hızı (Class 2b) < 

AF Hız Kontrolü



- Medikal tedavinin yetersiz ve hız kontrolünü sağlamada başarısız olunan durumlarda kalıcı ventriküler pace ile birlikte AV nod ablasyon (Class 2b)
- Ca-KB dekompanse kalp yetmezliği zararlı (Class 3)
- AF ile preksitasyonu bulunan hastalarda digoksin, Ca-KB, iv Amiodaron ventriküler cevabı arttırıp VF ile sonuçlanabileceği için zararlı (Class 3)

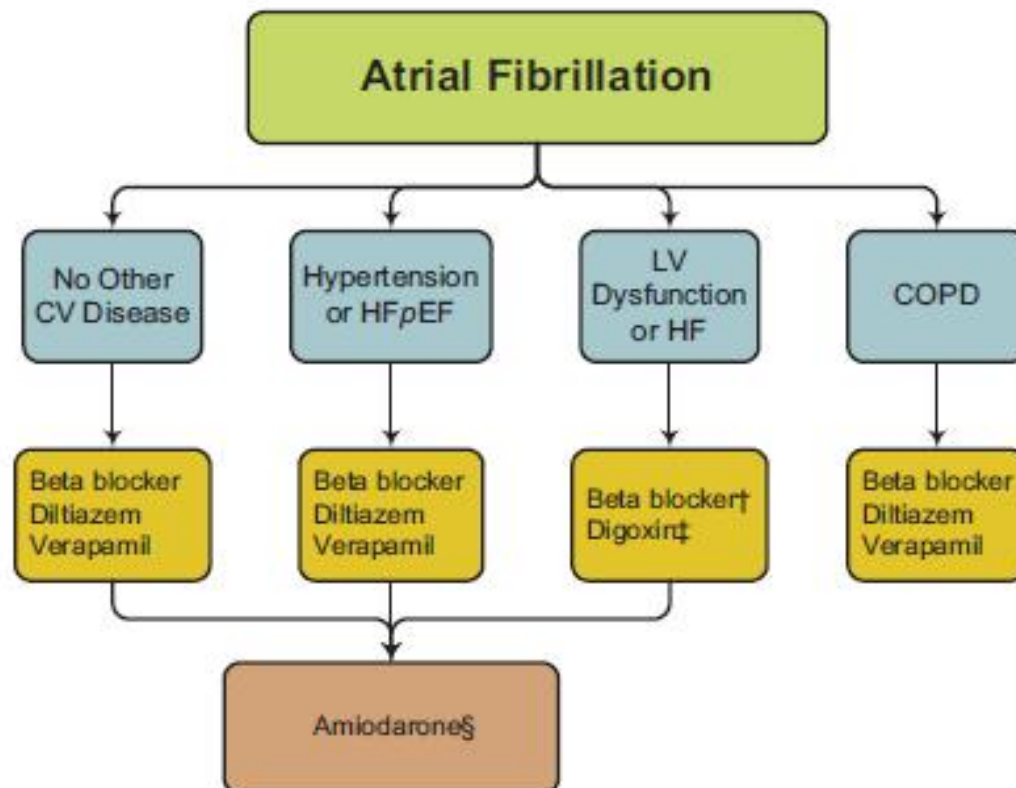


FIGURE 6 Approach to Selecting Drug Therapy for Ventricular Rate Control*

*Drugs are listed alphabetically.

†Beta blockers should be instituted following stabilization of patients with decompensated HF. The choice of beta blocker (e.g., cardioselective) depends on the patient's clinical condition.

‡Digoxin is not usually first-line therapy. It may be combined with a beta blocker and/or a nondihydropyridine calcium channel blocker when ventricular rate control is insufficient and may be useful in patients with HF.

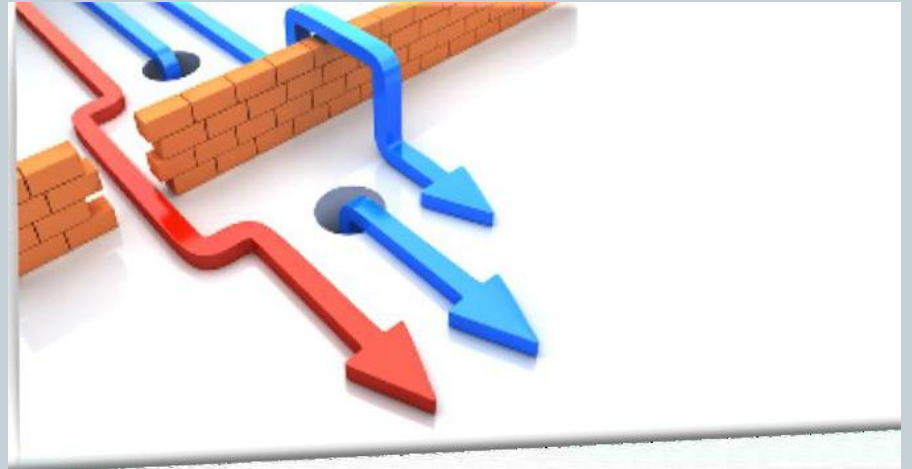
§In part because of concern over its side-effect profile, use of amiodarone for chronic control of ventricular rate should be reserved for patients who do not respond to or are intolerant of beta blockers or nondihydropyridine calcium antagonists.

COPD indicates chronic obstructive pulmonary disease; CV, cardiovascular; HF, heart failure; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction; and LV, left ventricular.

AF Ritm Kontrolü



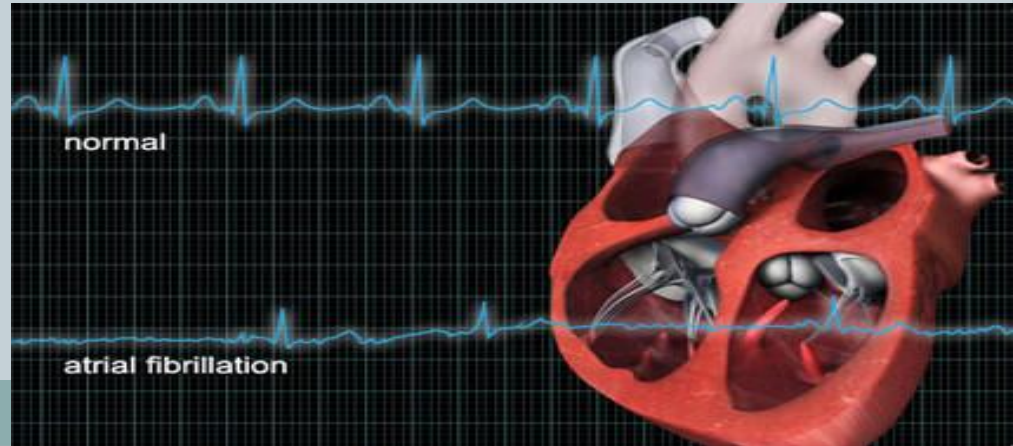
- Stratejimiz ritmi düzeltilmek ve sinüs ritmini idame etmek
- Medikal kardiyoversiyon
- Elektriksel kardiyoversiyon
- Radyofrekans ablasyon



AF Ritm Kontrolü



- İlaç tedavisi öncesi muhtemel sebepleri düşün
- Medikal KV.....Elektriksel KV ile aynı riskler
- Sinus ritmine **döndürme etkisi**
 - Elektriksel KV göre daha düşük
- Sinüs ritmini **idame ettirme etkisi**
 - uzun dönemde daha yüksek



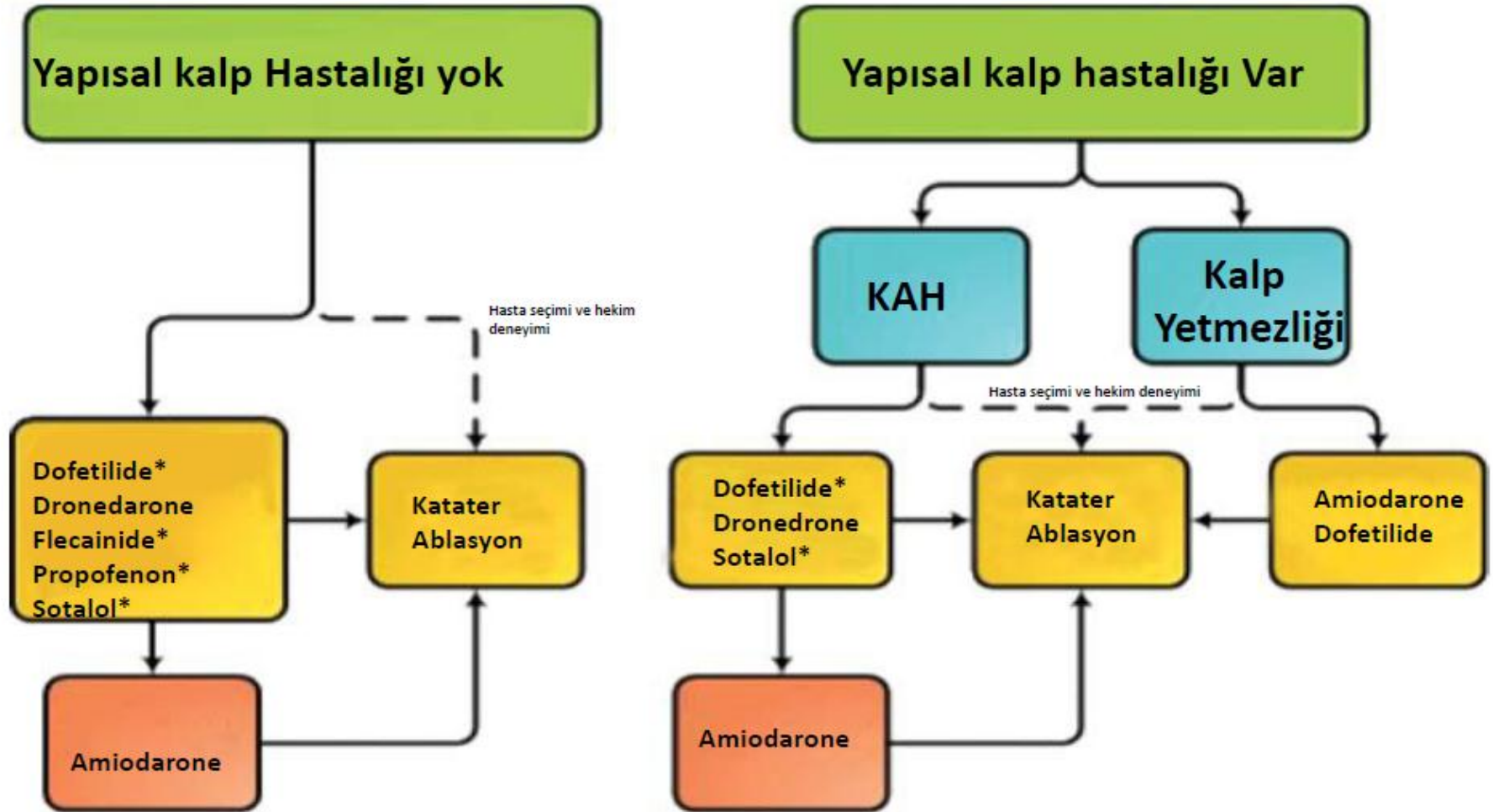
AF Ritm Kontrolü



- Sinüs ritminin idamesinde başlıca önerilen ilaçlar

İlaç	Kullanım yolu	Doz	Yan etki
Amiodarone	Oral iv	600-800mg 150mg/10dk, 1mg/dk/6saat, 0.5mg/dk/18saat	Hipotansiyon, bradikardi, Qt uzaması
Dofetilide	Oral	CrCl>60, 500mcg	Qt uzaması, torsades pointes
Flekainide	Oral	200-300 mg/gün	Hipotansiyon, ventriküler proaritmi, KAH(-)
İbutilide	iv	1 mg / 10dk	Qt uzaması, torsades pointes
Propofenon	Oral	450-600 mg/gün	Hipotansiyon, ventriküler proaritmi, KAH(-)

AF Ritm Kontrolü



AF Ritm Kontrolü



- Dronedaron permanent AF ve dekompanse kalp yetmezliği olan hastalarda kullanılmamalı (Class 3)
- Flecainide, propafenone, sotalol ve dofetilide sol ventrikül hipertrofisinde önerilmiyor
- Dofetilide tedavisi ciddi Q-T uzaması riski taşıdığından hastane dışında başlanılmamalı (Class 3)

AF Ritm Kontrolü



Elektriksel KV;

- >48saat yada süresi bilinmeyen AF hastaları 3 hafta önce 4 hafta sonra warfarin yada YOAK antikoagule edilerek KV yapılabilir. (Class 1)
- Unstabil hastada KV yapılacaksa mümkün oldukça en kısa sürede antikoagulasyon başlanmalı ve 4 hf devam edilmeli (Class 1)

AF Ritm Kontrolü



Katater Ablasyon;

- Hız kontrolü için medikal seçenekler yeterince denenmeden yapılmamalıdır (Class 3)
- Preeksitasyon +AF olan hastalarda (Class 1)
- Persistan semptomatik AF de ilaçlara yanıtız ise önerilmektedir (Class 2)
- LVEF<40 ve semptomatik AF'li hastalarda mortalite ve hastanede yatış süresini düşürmek için düşünülebilir (Class 2b)

Hız Kontrolü & Ritm Kontrolü



Hız Kontrolü Önemse

- Persistent AF
- Az semptomatik
- ≥ 65 yaş
- Hipertansiyon
- (-) Kalp yetmezliği öyküsü
- Antiaritmik ilaç başarısızlığı öyküsü

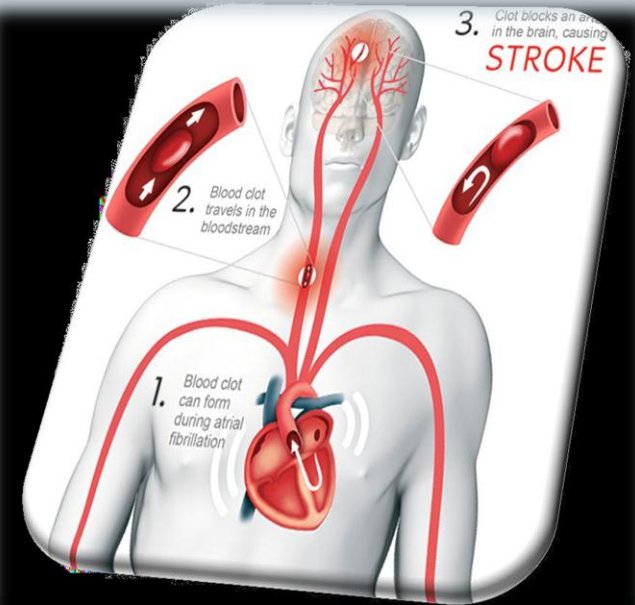
Ritm Kontrolü Önemse

- Paroksismal / yeni tanı AF
- Semptomatik
- < 65 yaş
- Hipertansiyon (-)
- AF ile alevlenen Kalp yetmezliği
- Antiaritmik ilaç başarısızlığı öyküsü olmaması

AF-Tromboembolik Risk ve Tedavi



- En çok korkulan komplikasyon
- Tromboembolik olayların beşte birinden sorumlu
- En sık iskemik inme olarak karşımıza çıkar
- Nadiren mezenterik iske mi



Tromboembolik Risk ve Tedavi



- Nonvalvuler AF hastalarında inme riskini değerlendirmek için CHA₂DS₂-VASc skorlaması önerilmektedir (Class 1)
- Skor 0: Antikoagülasyon(-)
- Skor 1-2: Orta risk
- Skor ≥ 3 : Yüksek risk
- Skor Erkek=0, Kadın=1 + AF antikoagülasyon verilmeyebilir.

CHA₂DS₂-VASc Score

	Score
C Congestive Heart Failure/LV Dysfunction	1
H Hypertension	1
A Age ≥ 75 Years	2
D Diabetes Mellitus	1
S Stroke (TIA/TE)	2
V Vascular Disease ^[a]	1
A Age 65-74 Years	1
S Sex (female)	1

a. Prior myocardial infarction, peripheral artery disease, aortic plaque.
LV = left ventricular; TE = thromboembolism; TIA = transient ischemic attack

AF-Antikoagölasyon İlkeler...



- AF'nin türü değil hastanın tromboembolik riski dikkate alınmalıdır (Class 1)
- AF hastalarında CHA₂DS₂VASc skoru erkek ≥ 2 , kadınlarda ≥ 3 ise oral antikoagölasyon önerilir. (Class 1)
- Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik kalp kapağı olmayan AF'li hastalarda öncelikle warfarin yerine YOAK'lar önerilir (Class 1)
- Yeni PCI olmuş, CHA₂DS₂VASc skoru ≥ 2 , üçlü tedavide kanama riski azalmak için



aspirinsiz olarak klopidoğrel +OAK (Class IIa KDB)

AF-Antikoagölasyon İlkeler...



- CHA₂DS₂VASc skoru ≥ 2 olan nonvalvüler AF hastalarda son dönem KBH veya diyaliz ihtiyacı varsa OAK için warfarin veya apixaban düşünülmeli (Class 2b ,KDB-NR)
- Dabigatran ve Rivaroxaban, Edoxaban son dönem böbrek yetmezliği veya diyaliz alanlarda önerilmemektedir (Class 3)
- Mekanik kalp kapağı olan AF'li has. Dabigatran kullanılmamalıdır (Class 3)

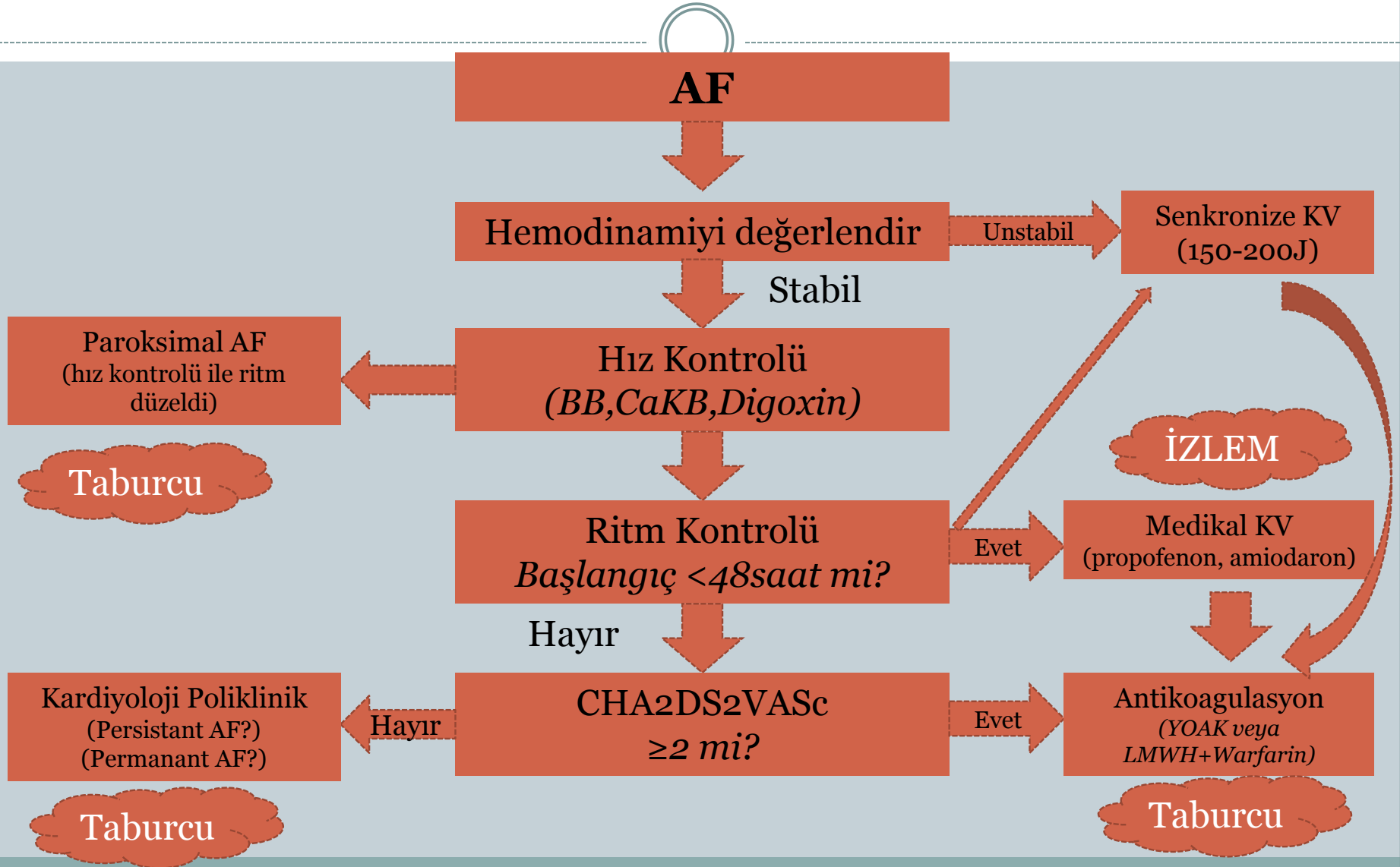
Yeni Nesil Oral Antikoagulan (YOAK)



	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
Ticari isim	Pradaxa	Xarelto	Eliquis	Lixiana
Mekanizma	Oral direkt trombin inh.	Oral direkt Faktor Xa inh	Oral direkt Faktor Xa inh	Oral direkt Faktor Xa inh
Yarı ömür	12-17 saat	5-13 saat	9-14 saat	10-14 saat
Atılım	%80 renal	%66 KC, %33 renal	%27 renal	%50 renal
Doz	2*150mg	1*20mg	2*5mg	1*60mg

Mekanik kalp kapak veya orta-ciddi mitral stenoz ilk seçenek warfarin (INR 2-3)
Dabigatran antagonisti olarak Idarucizumab önerilmektedir (Class1)

ÖZET



2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation



A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association
Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society

Developed in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons

Writing Committee Members*

Craig T. January, MD, PhD, FACC, *Chair*
L. Samuel Wann, MD, MACC, FAHA, *Vice Chair**

William G. Stevenson, MD, FACC, FAHA, FHRS*¶
Patrick J. Tchou, MD, FACC‡
Cynthia M. Tracy, MD, FACC, FAHA‡

2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

**The Task Force for the 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**

2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 Guideline for Management of Patients with Atrial Fibrillation

A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force
on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society

Writing Committee:

Craig T. January, MD, PhD, FACC, Chair
L. Samuel Wann, MD, MACC, FAHA, Vice Chair

*Sabrınız için
teşekkür ederim..*

