

Editöryal Yorum / Editorial

Atriyal fibrilasyon kılavuzu 2010: 2006 kılavuzundan farklılıklar neler?

Atrial fibrillation guideline 2010: differences from the 2006 guideline

Dr. Erdem Diker

Medicana International Ankara Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, Ankara

ACC ve AHA'nın atriyal fibrilasyon hastaları-
nın tedavisi ile ilgili hazırladıkları ilk kılavu-
zu 2001 yılında yayımlanmıştı. Kılavuz 2006 yılında
ESC'nin de katkılarıyla daha da genişletilip güncel-
lenerek yeniden yayımlandı.^[1] Burada tartışacağımız
kılavuz ise ESC'nin hazırlayıp 2010 yılında yayımla-
dığı kılavuzdur.^[2] Bu kılavuz ESC'ye özgü ilk AF
kılavuzu olma özelliğindedir.

Kılavuz son yıllardaki ESC kılavuzlarında kul-
lanılan çarpıcı, renkli tablolar eşliğinde sunulmuş 61
sayfalık bir belgedir.

Bir önceki kılavuzdan farklı olarak, ilk bölümde
dikkati çeken, yeni tanı konan AF, kendiliğinden sona
eren (paroksizmal) AF, ısrarcı (persistent) AF, kalıcı
(permanent) AF kategorilerine, uzun süreli ısrarcı AF
(long-standing persistent AF) kategorisinin eklenme-
sidir. Bu tanımla, bir yıldan uzun devam eden ve ritim
kontrol stratejisine göre tedavi edilmesine karar veri-
len AF'ler kastedilmektedir.

Yeni kılavuz AF ile ilişkili semptomlar açısından
EHRA skorlaması getirmiştir. Buna göre, EHRA I
semptom olmamasını, EHRA II günlük aktiviteleri boz-
mayan hafif semptomları, EHRA III günlük aktiviteleri
etkileyen şiddetli semptomları, EHRA IV ise her türlü
aktiviteyi engelleyen semptomları ifade etmektedir.

Yeni Avrupa AF kılavuzunda bir önceki kılavuz-
da yer alan CHADS₂ skoru yerine, inme açısından
risk gruplandırmasını daha iyi yaptığı öne sürülen
CHA₂DS₂-VASc risk skorlaması ön plana çıkarılmış-
tır (Tablo 1). Yeni skorlamada, CHADS₂ skorunda yer

alan kalp yetersizliği,
hipertansiyon, yaşın
75'den büyük olma-
sı, diyabet varlığı ve
eski inme öyküsü
olmasının yanı sıra,
yaşın 65-74 arasında
olması, kadın cinsi-
yet, vasküler hastalık
varlığı gibi yeni risk
faktörleri eklenmiş-

dir. Ayrıca, yeni skorda 75 yaşından büyük olmak 2
puan ile, kadın cinsiyet 1 puan ile değerlendirilmiştir.
Vasküler hastalık olarak da geçirilmiş miyokart en-

Kısaltmalar:

ACC	American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Birliği)
AF	Atriyal fibrilasyon
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
EHRA	European Heart Rhythm Association (Avrupa Kalp Ritmi Birliği)
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
NYHA	New York Heart Association

Tablo 1. İnme için yeni CHA₂DS₂-VASc risk skorlaması

Risk faktörü	Skor
Konjestif kalp yetersizliği/sol ventrikül disfonksiyonu	1
Hipertansiyon	1
Yaş ≥75	2
Diabetes mellitus	1
İnme/geçici iskemik atak/tromboemboli	2
Vasküler hastalık (Geçirilmiş miyokart enfarktüsü, periferik arter hastalığı, aortik plak)	1
Yaş 65-74	1
Kadın cinsiyet	1
Maksimum skor (Yaş 0, 1 veya 2 olacağından maksimum skor 9'dur)	9

farktı, periferik arter hastalığı, aortik plak varlığı tanımlaması yapılmıştır. Akılda tutulması ve kullanılması daha kolay olan CHADS₂ skoru 0, 1, 2, 3 olan hastalarda yıllık düzeltilmiş inme oranları sırasıyla ortalama %1.9, %2.8, %4 ve %5.9 olarak bildirilmektedir. CHA₂DS₂-VASc skoru ise konuya biraz daha ince ayar getirmekte, skoru 0, 1, 2, 3 olan hastalarda yıllık düzeltilmiş inme oranları sırasıyla ortalama %0, %1.3, %2.2 ve %3.2 olarak bildirilmektedir. CHADS₂ skorunda ortalama yıllık inme riski %4-9 arasındaki hastalar 2 ile 4 arası risk skoruna karşılık gelirken, CHA₂DS₂-VASc skorunda benzer inme riski 4-7 arası skorlarda olmaktadır. Bu yeni skorlamada, skoru ≥ 2 olan her hastaya oral antikoagülan tedavi önerilmekte, skoru 1 olan hastalarda oral antikoagülan tedavinin tercihi vurgulanmakta, skoru 0 olan hastalarda ise antitrombotik tedavi önerilmemektedir. Görüleceği gibi, yeni kılavuz, yeni skorlama ile beraber antikoagülan kullanımını daha da yaygınlaştırmaktadır.

Eski kılavuzda yer almayan bir kanama risk skorlaması da (HAS-BLED) yeni kılavuzda yer almaktadır (Tablo 2). Bu skorda ≥ 3 değerleri yüksek kanama riski olarak tanımlanmakta ve bu skordaki hastaların K vitamini antagonistleri veya aspirin ile dikkatli takibi önerilmektedir. Ayrıca, yeni kılavuzda AF'li hastalarda koroner stent ve akut koroner sendrom durumlarında uygulanacak antikoagülan stratejilerine ait, HAS-BLED skorlaması rehberliğinde öneriler yer almaktadır. Buna göre, düşük ve orta kanama riski olan (HAS-BLED skoru 0-2) AF'li hastalarda elektif olarak çıplak metal stent takıldığında, bir ay süreyle K vitamini antagonisti, aspirin ve klopidogrel birlikte olarak, sonra da yaşam boyu K vitamini antagonisti önerilmektedir. Eğer ilaçlı stent kullanılırsa 3 ile 6 ay süreyle K vitamini antagonisti, aspirin ve klopidogrel birlikte; 3-6 ile 12 ay arasında K vitamini antagonisti ve klopidogrel birlikte (veya klopidogrel yerine aspirin); sonrasında ise yaşam boyu sadece K vitamini antagonisti önerilmektedir. Akut koroner sendrom sırasında stent yerleştirilirse, ilk 6 ayda üçlü tedavi, 6-12 ay arası ikili tedavi, sonrasında ise K vitamini antagonisti kullanılması önerisi vardır. Yüksek kanama riskli AF'li hastalarda (HAS-BLED skoru ≥ 3) ise öncelikle ilaçlı stent önerilmemekte, elektif çıplak stent konulduğunda 2-4 hafta süreyle üçlü tedavi, sonrasında K vitamini antagonisti; akut koroner sendrom durumunda ise 4 hafta üçlü tedavi, ardından 12. aya kadar ikili tedavi, sonrasında yaşam boyu K vitamini antagonisti ile devam edilmesi önerisi vardır.

Yeni Avrupa kılavuzunda ritim kontrol ve hız kontrol stratejisinin seçileceği hasta grupları daha

Tablo 2. Kanama için HAS-BLED risk skoru

Harf	Klinik karakteristik	Verilen puan*
H	Hipertansiyon	1
A	Anormal böbrek ve karaciğer fonksiyonu**	1 veya 2
S	İnme	1
B	Kanama	1
L	Labil INR	1
E	Yaş ≥ 65	1
D	İlaç veya alkol**	1 veya 2

*Maksimum 9 puan; **Her biri için 1 puan

net sınıf endikasyonları ile belirlenmiştir. Buna göre, yaşlı ve EHRA I semptomu olan hastalarda hız kontrolü sınıf I endikasyonla; yeterli hız kontrolüne rağmen EHRA ≥ 2 semptomu olan hastalarda ritim kontrolü sınıf I endikasyonla önerilmektedir. RACE II çalışmasının (RAtE Control Efficacy in permanent atrial fibrillation) verileri ışığında, istirahatte 110 atım/dakikanın altında olan kalp hızının kabul edildiği daha gevşek hız kontrol ölçütleri öne sürülmüştür. Ayrıca, bir önceki kılavuzda yer almayan dronedaron, beta-bloker, kalsiyum kanal antagonistleri ve digoksin hız kısıtlayıcı ajan olarak sınıf IIa endikasyonla önerilmektedir. Yeni kılavuzda dronedarona, yapısal kalp hastalığı olmayan veya kalp hastalığı stabil hastalarda güvenlik açısından avantajlı bir ajan olarak vurgu yapılmıştır.

Dronedaron, yeni bir antiaritmik ajan olarak özellikle ATHENA çalışmasının (A placebo-controlled, double-blind, parallel arm Trial to assess the efficacy of dronedarone 400 mg b.i.d. for the prevention of cardiovascular Hospitalisation or death from any cause in patiENts with Atrial fibrillation/atrial flutter) verileri ışığında yeni kılavuzda geniş bir yer almaktadır. Atrial fibrilasyon kontrolü için antiaritmik ilaç seçimi ile ilgili öneriler bölümünde geleneksel antiaritmik ajanların konumu değişmez iken;

◆ Sınıf I endikasyonla dronedaron, yapısal kalp hastalığı olmayan hastaların tedavisinde flekainid, propafenon ve sotalololün yanı sıra,

◆ Sınıf IIa endikasyonla kalıcı olmayan (non-permanent) AF hastalarında, kardiyovasküler risk faktörleri varlığında kardiyovasküler nedenli hastane yatışlarını azaltmak için,

◆ Sınıf IIa endikasyonla stabil kalp yetersizliği (New York Heart Association sınıf I-II) olan AF'li

hastalarda kardiyovasküler nedenli hastaneye yatışları azaltmak için önerilmektedir.

Alta yatan kalp hastalığına bağlı olarak, AF'li hastalarda kullanılacak antiaritmik ajanlar arasında sınıf I endikasyonla yerini alan dronedaron, fonksiyonel grubu NYHA III-IV olan kalp yetersizliği veya yeni dekompanse olan kalp yetersizliği hastalarında önerilmemektedir (sınıf III).

Kılavuzda ümit vaat eden yeni antikoagülanlar olarak direk trombin inhibitörü dabigatran, faktör Xa inhibitörleri rivaroksaban ve apiksaban yer almaktadır. Yeni antikoagülanlar olarak adlandırılan bu ilaçların AF'ye bağlı inmeden korunmada K vitamini antagonistlerine önemli seçenek olduğu vurgulanmakla birlikte, henüz yeterli veri olmaması nedeniyle, kullanım veya tercih endikasyonları net bir şekilde kılavuzda yer almamaktadır.

Yeni AF kılavuzu, AF'nin kateter ablasyonu ile tedavisine de geniş bir şekilde yer vermektedir. Atriyal fibrilasyon ablasyonu ile ilgili antiaritmik karşılaştırmalı çalışmalar, AF ablasyonunun komplikasyonları tablolarla ayrıntılı olarak anlatılmaktadır. Yeni kılavuz AF ablasyonunu, antiaritmik tedavinin işe yaramadığı, semptomatik paroksizmal veya ısrarcı (persistent) AF'li hastalarda sınıf IIa endikasyon ile önermektedir. Kılavuzda AF ablasyonundan semptomatik hastaların yarar göreceği, ancak bu zamana kadar yapılan çalışmalarda başarılı AF ablasyonu ile mortalitenin azaldığına dair hiçbir kanıtın olmadığı ifade edilmektedir.

Hipertansiyon, kalp yetersizliği olan hastalarda AF gelişimini önleyici tedavi (upstream therapy) olarak anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri ve statinler sınıf IIa endikasyonla ve özel durumlar ortaya konularak önerilmektedir.

2006 yılında yayımlanan ortak kılavuz ile karşılaştırıldığında, 2010 yılındaki yeni Avrupa AF kılavuzu derli toplu, mesajlarını net veren, yeni ilaçlar ve ilaç dışı tedavi yöntemlerinin geniş şekilde yer aldığı el altında bulundurulması ve danışılması gereken bir belge niteliğindedir.

Not: 2010'un son günlerinde, Amerikan Kardiyoloji, Kalp ve Ritim derneklerinin (ACC, AHA, HRS) 2006 AF kılavuzunun odaklanmış kısa güncellenmesi olan 2011 kılavuzu yayımlanmıştır. Amerikan kılavuzu, yeni bir kılavuz olmaktan ziyade 2006 kılavuzunun güncellenmesi niteliğindedir. Bu kılavuzda dikkati çeken güncellemeleri özetlersek:^[3]

1. Yeni öneri olarak, sıkı hız kontrolü AF'li hastalarda önerilmemektedir. Sıkı hız kontrolü 2011 Amerikan kılavuzunda sınıf III endikasyon olarak belirlenmiştir.

2. Yeni öneri olarak, vitamin K antagonisti kullanamayan hastalarda aspirin veya klopidogrel kullanılması sınıf IIb öneri olarak eklenmiştir.

3. Yeni öneri olarak, paroksizmal AF'li hastalarda veya kardiyoversiyon yapılan ısrarcı AF olan hastalarda, kardiyovasküler nedenle hastaneye yatışları azaltmada dronedaron kullanılması sınıf IIa endikasyonla önerilmiştir. Burada dronedarona ayakta tedavide başlanabileceği vurgusu yapılmıştır.

4. Yeni öneri olarak, dronedaronun dördüncü grup kalp yetersizliği olan veya özellikle ejeksiyon fraksiyonu %35'in altında olan, yeni dekompanse olmuş hastalarda kullanılmaması önerilmektedir (sınıf III öneri).

5. Kateter ablasyonu ile ilgili öneri 2006 kılavuzuna göre modifiye edilmiştir. Buna göre, deneyimli merkezlerde paroksizmal AF'li, ilaç tedavisinden yarar görmeyen, semptomatik, seçilmiş hastalarda AF için kateter ablasyonu eskiden sınıf IIa endikasyon iken, bu kılavuzda sınıf I endikasyon olarak önerilmektedir.

6. Yeni öneri olarak, semptomatik ısrarcı AF hastalarında kateter ablasyonu sınıf IIa endikasyonla önerilmektedir.

Yazar, Sanofi-Aventis firmasının yürüttüğü uluslararası çalışmalara katıldığını, Bayer firması için de bir kez kurumiçi toplantısında konuşma yaptığını; ancak, bu yazının hazırlanmasında her iki firmanın maddi veya başka herhangi bir desteği, katkısı veya etkisinin olmadığını bildirmiştir.

KAYNAKLAR

1. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines 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 European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation) Developed in Collaboration With the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol 2006;48:e149-e246.
2. European Heart Rhythm Association; European Association for Cardio-Thoracic Surgery, Camm AJ, Kirchhof P, Lip

- GY, Schotten U, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2010;31:2369-429.
3. Wann LS, Curtis AB, January CT, Ellenbogen KA, Lowe JE, Estes NA 3rd, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS Focused Update on the Management of Patients With Atrial Fibrillation (Updating the 2006 Guideline) A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2011;57:223-42.
-
- Anahtar sözcükler:** Atriyal fibrilasyon/tanı/tedavi; kardiyoloji/standart; hastalık yönetimi; uygulama kılavuzu.
- Key words:** Atrial fibrillation/diagnosis/therapy; cardiology/standards; disease management; practice guidelines.