

Davetli Editöryal Yorum / Invited Editorial

Avrupa Kardiyoloji Derneği 2016 Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu: Yeni ne var?

2016 European Society of Cardiology Guidelines on Atrial Fibrillation: What is new?

Dr. Murat Özdemir

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Avrupa Kardiyoloji Derneği 2016 yılında atriyum fibrilasyonu (AF) kılavuzunu güncelledi.^[1] Bu yazıda güncellenmiş kılavuzdaki yenilikler irdelenecektir.

Dikkati çeken ilk şey yeni kılavuza katkı yapan birliklerdir. Bunlar arasında Avrupa İnme Organizasyonu ve Avrupa Kardiyotorasik Cerrahi Cemiyeti'ni görüyoruz. Birazdan detaylandırılacağı üzere, kılavuzun içeriğine bu iki oluşumun etkisi dikkat çeker boyutta.

Tanı ve tarama

Elektrokardiyografi (EKG) ile AF kaydı ve en az 30 saniye süren AF tanısı için gerekli koşullar olarak kabul edilmiş. Bu tanımda bir yenilik yok. Yine bir önceki kılavuzda da^[2] tavsiye olunan, 65 yaş üstü bireylerde AF için fırsatçı tarama (nabız muayenesi veya EKG ile) tavsiyesi bu kılavuzda da geçerliliğini koruyor (sınıf I, kanıt düzeyi (KD)=B). Burada yeni iki tane sınıf I, KD=B tavsiye görüyoruz. İlki geçici iskemik atak (GİA) veya iskemik inme geçirmiş olgularla ilgili. Bu olgularda AF tanınması için EKG ve ardından en az 72-saat süreyle Holter monitorizasyonu tavsiye olunuyor. İkincisi cihaz taşıyan hastalarla ilgili. Bu hastalarda "atriyal yüksek hızlı epizod" (AYHE) taraması için düzenli takip ve AYHE saptanması halinde, AF tanısı için ilave EKG monitorizasyonu yapılması tavsiye olunuyor; tek başına AYHE saptanması olguda AF tedavisinin başlanmasına yetmiyor.

İnmeli olgularda bir adım daha ileri gidilmiş ve sınıf IIa, KD=B olarak, bu olgularda daha uzun süreli EKG monitorizasyonu veya yerleştirilebilir olay kaydediciler ile sessiz AF aranması tavsiye olunuyor.

Atriyum fibrilasyonu taraması ile ilgili bir son öneri, biraz gevşek olmakla birlikte (sınıf IIb, KD=B), 75 yaş üzeri veya inme riski yüksek olgularda sistematik EKG taramasının düşünülebileceği şeklinde.

Dikkat edildiğinde, AF tanınmasına yönelik önerilerin hedefinde saptanması halinde uygun tedavi ile inmenin önlenmesi amacı yatıyor. Kılavuzun muhtelif kısımlarında da vurgu yapılan bir husus var; antikoagülan tedavi AF'ye bağlı inmeyi ve mortaliteyi azaltır. Bunun dışında kalan tüm yaklaşımlar semptom azaltmaya yöneliktir. Bu nedenle, inme riski yüksek olgularda (yaşlılar, GİA/inme öyküsü olanlar gibi), AF tanınması öne çıkarılıyor.

Kısaltmalar:

ACE	Anjiyotensin dönüştürücü enzim
AF	Atriyum fibrilasyonu
ARB	Anjiyotensin reseptör blokerleri
AYHE	Atriyal yüksek hızlı epizod
EKG	Elektrokardiyografi
GİA	Geçici iskemik atak
KD	Kanıt düzeyi
OAK	Oral antikoagülan
VKA	Vitamin K antagonistleri
YOAK	Yeni oral antikoagülan



Atriyum fibrilasyonu kliniği

Yeni kılavuzda EHRA semptom skalası modifiye edilmiş ve eskiden EHRA sınıf II olarak geçen semptom düzeyi modifiye halinde IIa (hafif) ve IIb'ye (orta) ayrılmış durumda ve gerek klinik takiplerde, gerekse araştırmalarda bu skorlamaya sadık kalınması tavsiye olunuyor.

Semptomsuz mitral kapak hastalarında AF gelişimi kapağa müdahale endikasyonu doğurabilir. Bu durumda iki tane sınıf IIa, KD=C öneri görüyoruz. Atriyum fibrilasyonunun ortaya çıkması, ciddi mitral yetersizliği ve korunmuş sol ventrikül fonksiyonları olan semptomsuz olgularda, özellikle de tamir olası ise erken mitral kapak cerrahisini, yine semptomsuz ciddi mitral darlıklı olgularda da, kapak anatomisi uygunsa, valvülotomiye düşündürmelidir.

Yaşam tarzı değişikliği önerileri yeni kılavuzda kendisine yer bulmuş durumda. Obez olgularda kilo kaybı ve diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin yönetimi AF yükü ve semptomlarını azaltmak amacıyla sınıf IIa, KD=B olarak öneriliyor. Düzenli egzersiz tavsiye olunmakla birlikte, ilk defa bu kılavuzda atletik düzeyde yoğun idmanın AF'ye yol açabileceği vurgusu yapılmış durumda (sınıf I, KD=A).

Tıkayıcı uyku apnesinin tüm AF'li olgularda akıldan tutulması ve ilgili semptomların sorgulanması (sınıf IIa, KD=B) tavsiye olunuyor. Atriyum fibrilasyon nükslerini azaltıp, diğer AF tedavilerinin başarı ihtimalini artırabilmesi nedeniyle, uyku apnesinin tedavisinin en uygun hale getirilmesi öneriliyor (sınıf IIa, KD=B).

Yeni kılavuz AF yönetiminde entegre bir yaklaşımı öneriyor ve hastanın kendisini bu entegre ekibin en ortasına koyuyor. Karar verme aşamalarında hastanın aktif katılımının önemi belirtiliyor; bu sayede hasta tercihlerinin dikkate alınacağı ve tedavi uyumunun artacağına vurgu yapılıyor. Hastanın daha ileriki dönemlerdeki yönetimi için bir AF Kalp takımı oluşturulması, bu takımda bir girişimsel elektrofizyolog, antiaritmik ilaç tedavisine hakim bir kardiyolog ve AF'nin cerrahi ablasyonu konusunda deneyimli bir kalp cerrahinin bulunması ve hastaya uygulanacak tedavilerin bu ekip ve hastanın ortaklaşa vereceği kararlar doğrultusunda oluşturulması tavsiye ediliyor.

Atriyum fibrilasyonunda inme önlenmesi

2016 kılavuzu AF'ye bağlı inmenin önlenmesin-

de antitrombosit tedaviyi tamamen ortadan kaldırmış durumda. Tabirden vazgeçilmiş gibi görünmekle birlikte, mekanik kapak veya orta-ciddi derecede mitral darlığı (yani eski tabirle valvüler AF) varlığında Vitamin K antagonistleri (VKA) ile oral antikoagülan (OAK) tedavi öneriliyor. Kapak dışı AF'de CHA₂DS₂VASc skoru ile inme riskinin belirlenmesi öneriliyor. Buraya kadar herşey 2012 kılavuzu güncellemesi^[3] ile aynı. Yeni kılavuz CHA₂DS₂VASc skoru erkekte 2, kadında 3 ve üzeri ise OAK tedaviyi sınıf 1, KD=A olarak öneriyor. Bu nokta önemli. 2012 güncellemesinde kadın cinsiyet için CHA₂DS₂VASc skoru 2 ve üzeri iken bu öneri geçerli idi.

Yeni kılavuzda CHA₂DS₂VASc skoru erkekte 1, kadında 2 ise, OAK önerisi sınıf IIa, KD=B ve karar verilirken bireysel özellikler ile hasta tercihleri de değerlendirilmeli deniyor. Skor kadında 1, erkekte 0 ise hiçbir tedavi önerilmiyor.

Yeni oral antikoagülan (YOAK) ilaçlar arasına edoksaban 60 mg 1x1 dozuyla katılmış durumda. 2016 kılavuzu, uygun olan olgularda tedaviye yeni başlanırken YOAK'ların VKA'ya tercih edilmesi gerektiğini sınıf I, KD=A olarak tavsiye ediyor; bu öneri düzeyinin 2012 güncellemesine kıyasla daha kuvvetlenmiş olduğunu not etmekte fayda var. Tedaviye yeni başlamada hal böyle iken, VKA kullanmakta olan hastalarda YOAK'a geçişle ilgili olarak anlaşılması güç ve zayıf kuvvette bir öneri ile kılavuz "VKAlırken, iyi ilaç uyumuna rağmen terapötik aralıkta kalma oranı düşük olgularda veya hasta tercih ettiğinde YOAK tedavisi düşünülebilir (sınıf IIb, KD=A)" diyor.

Yeni kılavuzda sol atriyum apendiksini kapatılması ile ilgili öneriler epeyce bir yer bulmuş durumda. Uzun süreli OAK tedavisine kontrendikasyon taşıyan AF'li olgularda (geri dönüşümlü bir sebebi olmayan hayatı tehdit eden kanama öyküsü gibi) inme önlenmesi amacıyla sol atriyum apendiksini kapatılması düşünülebilir (sınıf IIb, KD=B). Kalp cerrahisine veya torakoskopik AF cerrahisine giden AF'li olgularda, inme önlenmesi amacıyla, sol atriyum apendiksini cerrahi olarak kapatılması düşünülebilir (sınıf IIb, KD=B). Bu bölümde en dikkat çeken öneri ise bence şu: sol atriyum apendiksi cerrahi olarak kapatıldıktan sonra, riskli olgularda inme önlenmesi için OAK tedaviye devam edilmeli (sınıf I, KD=B). Buradaki mesaj net: AF'de sol atriyum apendiksi önemli bir tromboemboli kaynağıdır ancak değildir; dolayısıyla sol atriyum apendiksini ortadan kaldırılması

ile AF'deki inme riskinin ortadan kaldırılacağını düşünmemek gerekir.

İskemik inme veya kafaîçi kanama geçiren olgulara yaklaşım

Oral antikoagülan tedavi altında iken iskemik inme olursa akut dönemde sistemik tromboliz yapılabilir mi sorusu yeni kılavuzda yanıt buluyor. Uzman görüşü olarak, VKA kullananlarda INR <1.7 ise, dabigatran kullananlarda ise son ilaç alımından bu yana >48 saat geçmiş ve aPTT normal ise sistemik trombolizis uygulanabilir. Aksi durumda mekanik trombektomi düşünülmeli. Kılavuz Faktör Xa inhibitörleri alanlarla ilgili bir yorum barındırmıyor.

İskemik inme sonrası ne zaman OAK tedavi başlanmalı sorusu da bu kılavuzda yanıtlanmış durumda. GİA'dan 1, hafif inmeden 3, orta şiddette inmeden 6 ve ağır inmeden 12 gün sonra OAK tedavinin başlanması tavsiye olunuyor. Oral antikoagülan kullanılmayan dönemde aspirin tavsiye olunuyor (sınıf IIa, KD=B). Bir OAK alırken iskemik inme yaşayan bir olguda başka bir OAK'a geçilmesi de düşünülmelidir tavsiyesi yer alıyor.

Sık sorulan bir diğer soru olan "kafaîçi kanama sonrası OAK tedavi verilebilir mi?" de yanıtını kılavuzda buluyor. Özellikle, kanamanın nedeni veya risk faktörleri (kontROLSÜZ kan basıncı gibi) bulunup tedavi edildiyse ve OAK tedavi gerçekten gerekli ise, OAK tedavi kafaîçi kanamadan dört-sekiz hafta sonra yeniden başlanabilir (sınıf IIb, KD=B); bu durumda kanama riski düşük ajanları tercih etmek makul bir yaklaşım olur.

Kılavuz inme öyküsü olan olgularda YOAK'ların VKA'ya tercih edilmesi gerektiğini vurguluyor (sınıf I, KD=B).

Oral antikoagülan ve antitrombosit tedavinin birlikte kullanımı

Bu bölümde dikkat çeken bir öneri yer alıyor. Koroner stent uygulanmamış akut koroner sendromlu olgularda hiç üçlü (Aspirin + klopidogrel + OAK) tedavi kullanmadan, 12 ay boyunca ikili (OAK + Aspirin veya klopidogrel) tedavi öneriliyor (sınıf IIa, KD=C). Bunun dışındaki öneriler ESC'nin 2015 Akut Koroner Sendrom Kılavuzu'ndakilerden^[4] farksız.

Atriyum fibrilasyonunda hız ve ritim kontrolü

Hız kontrolünde göze çarpan bir yenilik yok. 2014

Kuzey Amerika Kılavuzu'na^[5] ters olarak ilk etapta gevşek (<110 atım/dak) hız kontrolü sınıf IIa, KD=B olarak tavsiye olunuyor.

Ritim kontrolünün prognoza etkisi olmadığı ve yeterli hız kontrolüne rağmen halen semptomlu olan olgularda semptomları azaltmak amacıyla endike olduğu belirtiliyor.

Antiarritmik ilaç cephesinde de fazla bir yenilik görünmüyor. Farmakolojik kardiyoversiyon için önerilen ilaçlar; yapısal kalp hastalığı yoksa intravenöz flekainid, propafenon, vernakalant (hepsi için sınıf I, KD=A), ibutilid (sınıf IIa, KD=B) veya cepte ilaç şeklinde flekainid veya propafenon (ikisi için de sınıf IIa, KD=B), koroner arter hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi veya orta derecede sol ventrikül fonksiyonu bozukluğu varsa intravenöz amiodaron (sınıf I, KD=A) veya vernakalant (sınıf IIb, KD=B), ciddi sol ventrikül fonksiyonu bozukluğu veya ciddi aort darlığı varsa sadece intravenöz amiodaron (sınıf I, KD=A). Kardiyoversiyonun başarısını artırmak ve olası AF nüksünü önlemek amacıyla kardiyoversiyon öncesi antiarritmik ilaç (amiodaron, propafenon, flekainid, ibutilid) yüklenmesi sınıf IIa, KD=B olarak öneriliyor.

Sinüs ritminin sürdürülmesi için önerilen ilaçlar; yapısal kalp hastalığı yok veya önemsiz derecede ise dronedaron, flekainid, propafenon ve sotalol (hepsi için sınıf I, KD=A), koroner arter hastalığı, ciddi kapak hastalığı veya anormal sol ventrikül hipertrofisi varsa dronedaron, sotalol ve amiodaron (hepsi için sınıf I, KD=A), kalp yetersizliği varsa sadece amiodaron (sınıf I, KD=A) öneriliyor.

"Up-stream" tedavide statinler, mineralokortikoid reseptör antagonistleri veya çoklu doymamış yağ asitleri ile ilgili bir öneri yok. Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri /anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve beta blokerler sınıf IIa, KD=A, sol ventrikül hipertrofisi ile birlikte olan hipertansiyonda ise ACE-inhibitörleri ve ARB'ler sınıf IIa, KD=B olarak tavsiye olunuyor.

Atriyum fibrilasyonunda ablasyon tedavisi

Kateter ablasyonu endikasyonlarında fazla bir değişim görünmüyor. Halen sınıf I, KD=A olarak önerilen endikasyon en az bir antiarritmik ilaca dirençli semptomlu nöbetli AF. Semptomlu nöbetli AF'de ilk basamak tedavi olarak kateter ablasyonu sınıf IIa,

KD=B olarak öneriliyor. Yeni kılavuzda ablasyon için önerilen enerji türleri arasına kriyo enerji de girmiş durumda. Pulmoner ven izolasyonu ilk işlemde temel hedef alınmalı. İlk ablasyondan sonra AF nüksü olan olgularda daha sonraki işlemlerde lineer lezyonlar, kompleks fraksiyone elektrogram ablasyonu ve rotor ablasyonu düşünülmeli. Kateter ablasyon kesintisiz OAK tedavisi altında öneriliyor.

Yeni kılavuzdaki en dikkat çekici bölüm AF'nin cerrahi ablasyonu ile ilgili olanı. Cerrahi ablasyonu iki başlıkta irdelemekte fayda var:

1. Açık kalp cerrahisine (kapak, koroner gibi nedenlerle) giden olgularda cerrahi ablasyon,

2. Sadece AF için uygulanan cerrahi ablasyon.

Açık kalp cerrahisi sırasında iki tür AF ablasyonu yapılabilir: 1. Cerrahi pulmoner ven izolasyonu – bu nöbetli AF için öneriliyor, 2. Biatrilyal Cox maze işlemi – bu da sürekli veya uzun-sürekli sürekli olgular için öneriliyor. Sadece AF için uygulanan cerrahi ablasyonda da iki yöntem var: 1. Torakoskopik pulmoner ven izolasyonu, 2. Mini-torakotomi vasıtasıyla yapılan Cox Maze işlemi.

Açık kalp cerrahisine giden ve AF'ye bağlı semptomları bulunan olgularda, hasta AF Kalp takımı takımı tarafından bilgilendirildikten sonra cerrahi ablasyon (Maze cerrahisi, tercihan biatriyal Maze) sınıf IIa, KD=A olarak öneriliyor. Olgular semptomsuz ise cerrahi ablasyon (biatriyal Maze veya pulmoner ven izolasyonu) endikasyon düzeyi sınıf IIb, KD=C'ye iniyor.

Tek başına AF cerrahisine gelince;

Kateter ablasyonun başarısız olduğu semptomlu AF'li olgularda, minimal invaziv cerrahi altında yapılan pulmoner ven izolasyonu sınıf IIa, KD=B olarak öneriliyor. Semptomlu tedaviye yanıtız sürekli AF veya semptomlu ablasyon sonrası AF'li olgularda minimal invaziv cerrahi ile yapılan Maze işlemi yine sınıf IIa, KD=C olarak tavsiye olunuyor.

Tromboemboli riski ne olursa olsun kateter (sınıf IIa, KD=B) ve cerrahi (sınıf IIa, KD=C) ablasyonu sonrası en az sekiz hafta OAK öneriliyor. İnme riski yüksek olgularda, ablasyon (kateter veya cerrahi) başarılı olsa dahi, hayat boyu OAK tedavisi sınıf IIa, KD=C olarak öneriliyor.

Görünen o ki, artık AF ablasyonunun tartışıldığı toplantılara mutlaka kalp cerrahlarının da davet edilmesi gerekecek. En azından şimdilik, tek-başına AF cerrahisinin sadece kateter ablasyonunun başarısız kaldığı veya kalacağı olgularla (sürekli AF gibi) sınırlı olduğunu ve bu işlem için işlemci ve merkez deneyiminin çok önemli olduğunu not etmekte fayda var.

Dikkat çeken son bir noktayı vurgulamakta fayda var. Açık kalp cerrahisi sonrası oluşan AF “reversibl AF” kategorisinden çıkarılmış gibi duruyor, çünkü bu olgularda inme riski varsa uzun süreli OAK tedavi tavsiye olunuyor (sınıf IIa, KD=B).

Yazar ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

KAYNAKLAR

1. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016.
2. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, 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). Europace 2010;12:1360–420.
3. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation—developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Europace 2012;14:1385–413.
4. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2016;37:267–315.
5. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation 2014;130:2071–104.

Anahtar sözcükler: Atriyum fibrilasyonu; Avrupa Kardiyoloji Derneği; kılavuz.

Keywords: Atrial fibrillation; European Society of Cardiology; guideline.