

Paroksizmal AF' si Olan
Hasta:

Bu Olguya Nasıl Yaklaşalım?

Doç Dr.Mehmet Yazıcı

Konya Üniversitesi Meram Tıp
Fakültesi/Konya

OLGU

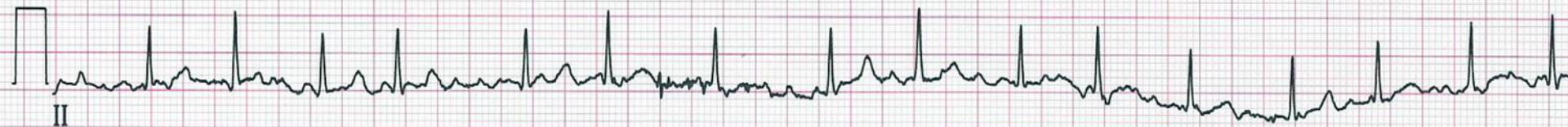
- H.P; 68 y E
- Son 2 ay içerisinde en uzununu yaklaşık 6 saat süren 4 çarpıntı atağı,
- Beraberinde halsizlik, baş dönmesi ve nefes darlığı
- Fizik bulgular normal.

Öykü

- 10 yıldır Hipertansiyon
 - Valsartan 160 mg 1x1
 - Hidroklorotiazid 12.5 mg 1x1
 - Metaprolol 50 mg/gün

FM

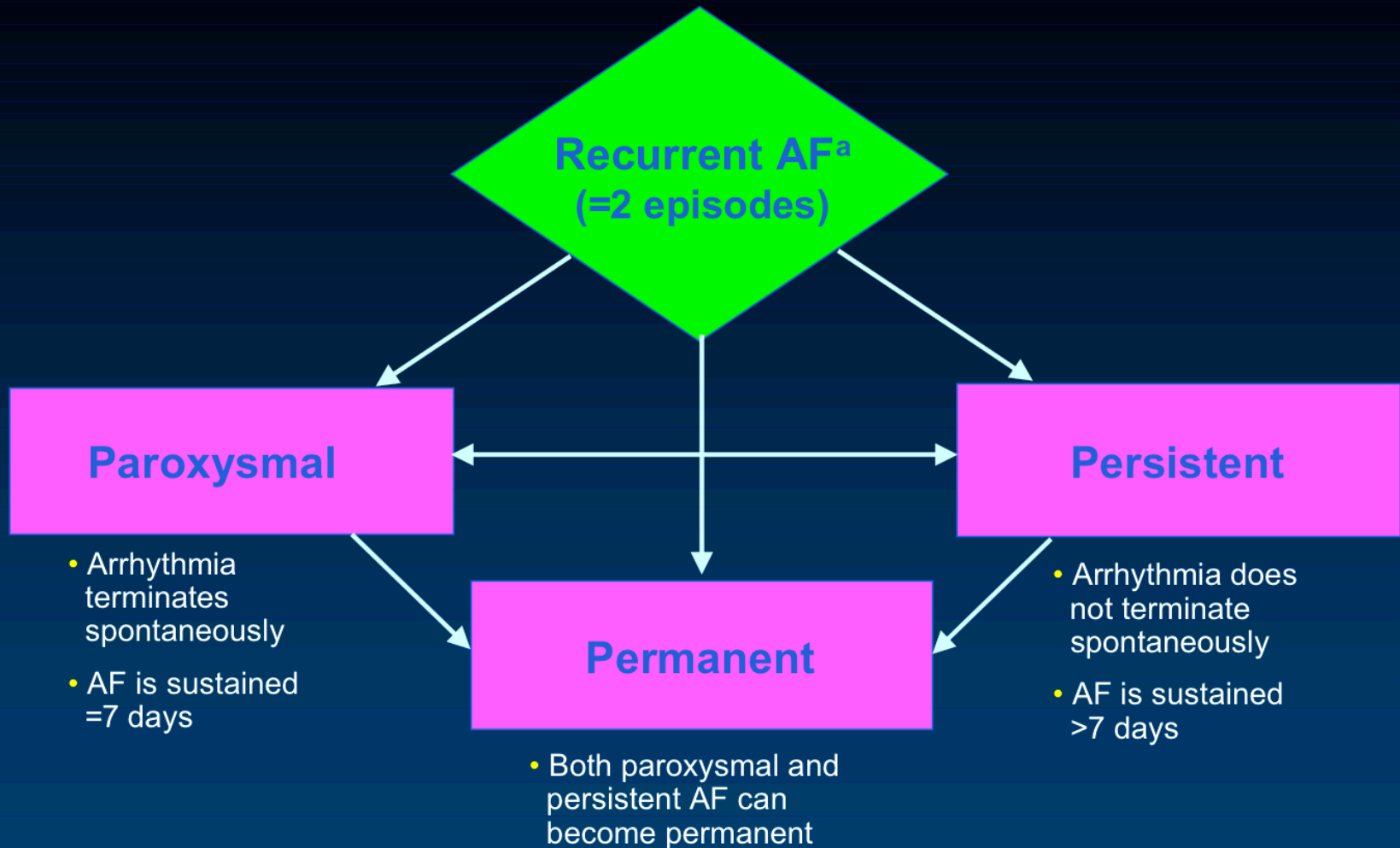
- TA: 150/90 mmHg,
- Nb: 90/dk ve düzensiz
- Boy:170 cm, Kilo 76 kg, BMI:26.3 kg/m²
- S1-S2 normal
- Dinlemekle akciğerler normal



- Minimum değerlendirme
 - Öykü,
 - Fizik muayene,
 - EKG,
 - Tele,
 - EKO
 - serum biyokimya
 - Efor testi (KAH şüphesi varsa)

- Tiroid fonksiyon testleri: Normal
- EKOKARDİYOĞRAFI
 - Sol ventrikül çap ve fonksiyonları normal
 - Duvar kalınlıkları normal
 - Sol atriyum: 4.3 cm

Classification of AF



^aTermination with pharmacologic therapy or direct-current cardioversion does not change the designation.

Paroksizmal AF

- Kliniđi oldukça heterojendir
 - Yılda 1 kez birkaç dk veya günde birkaç saat sürebilir
 - Ataklar arası zaman değişken
 - Yaşam kalitesine etki kişiden kişiye oldukça farklı
 - Tedavi hastaya göre bireyselleştirilmelidir

Paroksizmal AF' da Tedavi Amacı

- AF ataklarının baskılanması ve NSR' nin idame ettirilmesi
- Ataklar sırasında kalp hızının kontrolü
- PAF ile ilişkili komplikasyonların önlenmesi (emboli, taşikardi indüklediği KMP)
 - PAF persistan AF ile benzer İnme/emboli riski taşır

Antiaritmik tedaviyi nasıl yapalım?

Antiaritmik Tedavi

- Ataklar seyrek ve semptomlar hafif ise
- Antiaritmik verilmesi gereksiz veya “**Pill in The Pocket**” uygulanabilir
 - Yapısal kalp hast olmamalı
 - Seyrek semptomatik PAF atakları olmalı
 - Sist KB > 100 mmHg ve
 - Kalp hızı 70/dk civarında olmalı
 - Hasta ilacı uygulayabilecek bilinç durumunda olmalı

“Pill in the Pocket”

- Akut ve yeni başlangıçlı olduğu bilinmeli
- Antiaritrik tedavi için risk markerları olmamalı (KY, Uzun QT, QT uzatan diğer ilaç kullanımı ve LBBB gibi)

1.Adım

- Hız Kontrolü (1:1 flutter önlenmesi için)
- Kısa etkili KKB veya β -bloker

2.Adım

- Propafenon 600 mg (Tek doz)
- Flekainid 300 mg (Tek doz)

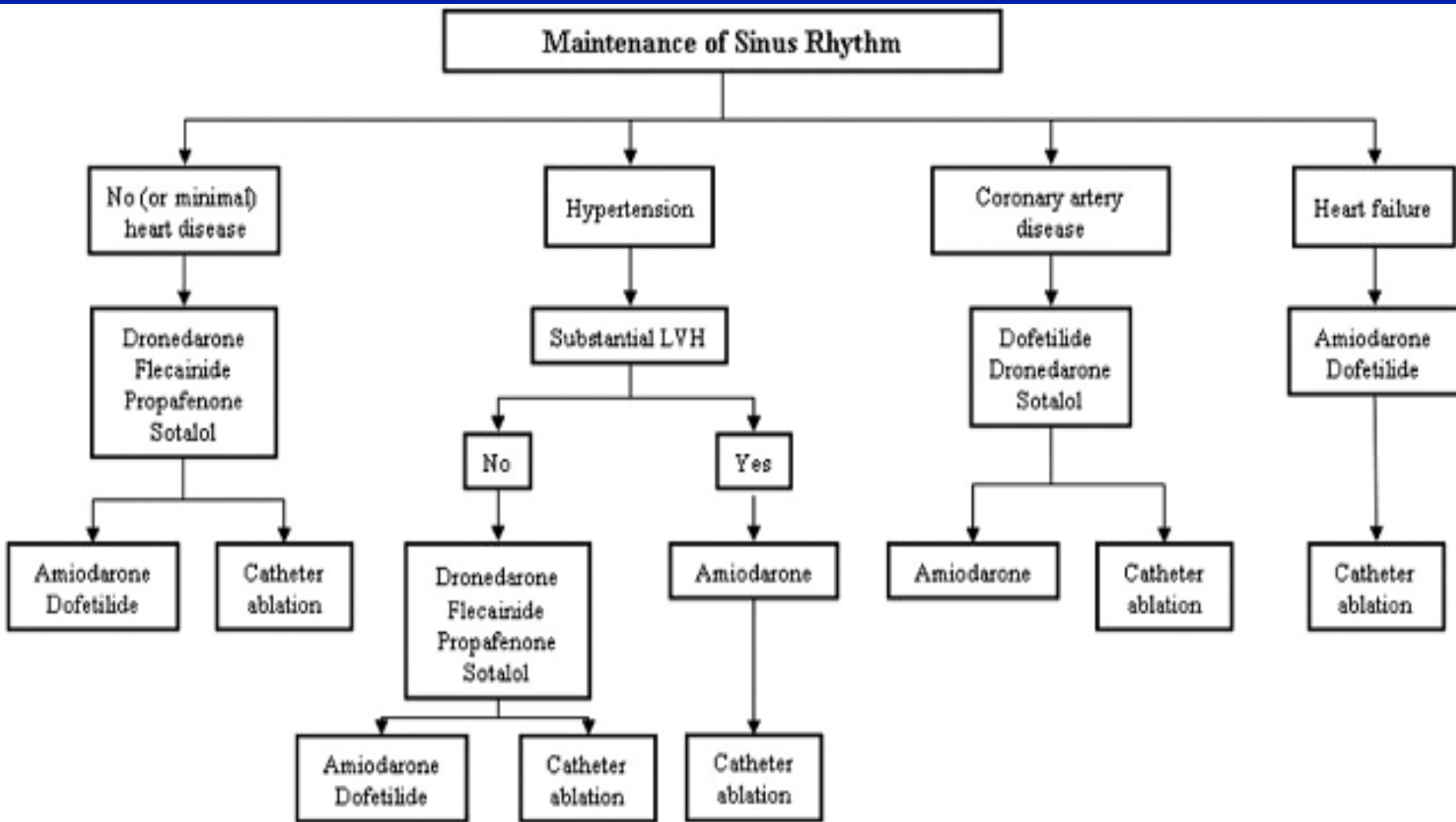
3.Adım

- Etki ve toleransın gözlenmesi (ilk atak)

Sonraki ataklar

- Evde tedavi
- Yaşam kalitesi artışı, Hastaneye vizitleri azaltır

Sürekli Antiaritmik Tedavi



İnme/emboli riskini nasıl belirleyelim?

Non Valvuler AF' da CHADS₂ Risk Kriterleri

| | Risk Faktörleri | Puan |
|----------------------|----------------------|------|
| C | Kalp yetersizliği | 1 |
| H | Hipertansiyon | 1 |
| A | Yaş ≥75 | 1 |
| D | Diabetes mellitus | 1 |
| S₂ | İnme veya GİA öyküsü | 2 |

| Risk Sınıfı | Öneri |
|---|--|
| <u>Düşük risk</u> Orta risk faktörü yok CHADS ₂ = 0 | Aspirin, 81-325 mg /gün |
| <u>Orta Risk</u> 1 orta risk faktörü CHADS ₂ = 1 | Aspirin, 81-325 mg/gün veya warfarin (INR 2.0-3.0) |
| <u>Yüksek risk</u> Herhangi yüksek risk faktörü veya ≥2 orta risk faktörü CHADS ₂ = ≥2 | Warfarin (INR 2.0-3.0) |

TE' in Önlenmesi

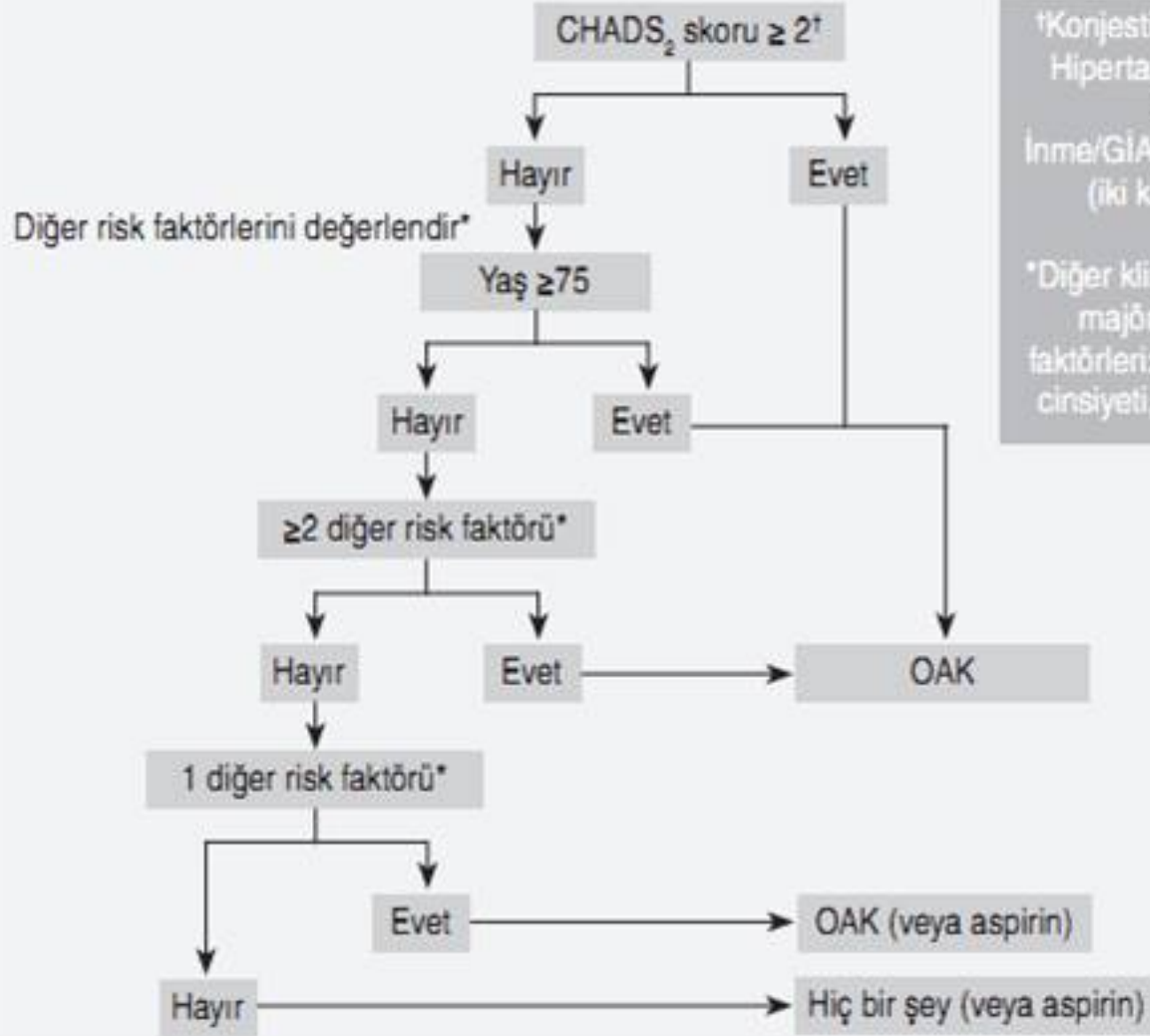
Non-Valvuler AF' de inme ve TE risk Faktörleri

| Major Risk Faktörleri | “Klinik açıdan önemli major olmayan” risk faktörleri |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">-İnme-GİA veya sist. emboli öyküsü-yaş ≥ 75 | <ul style="list-style-type: none">-Kalp yetersizliği veya $EF \leq \%40$-HT-Diyabet-Kadın cinsiyet-65-74 arası yaş-Damar hastalığı |

CHA₂DS₂-VASc Skorlaması

| Major Risk Faktörleri | Skor |
|--|----------|
| Konjestif kalp yetmezliği/LV işlev bozukluğu | 1 |
| Hipertansiyon | 1 |
| Yaş ≥ 75 | 2 |
| Diabetes mellitus | 1 |
| İnme/GİA/tromboembolizm | 2 |
| Damar hastalığı | 1 |
| Yaş 65–74 | 1 |
| Kadın cinsiyet | 1 |
| Maksimum Skor | 9 |

| Risk Sınıfları | CHA ₂ DS ₂ -VASc skoru | Antitrombotik tedavi |
|--|--|--|
| Bir “majör” risk faktörü veya ≥ 2 “klinik açıdan önemli majör olmayan” risk faktörü | ≥ 2 | Oral Antikoagölan |
| Bir “klinik açıdan önemli majör olmayan” risk faktörü | 1 | OAK veya günlük 75-325 mg aspirin. Tercih edilen:Oral antikoagölan |
| Risk faktörü yok | 0 | Günlük 75-325 mg aspirin veya hiçbir antitrombotik tedavi uygulanmaması. Tercih edilen: aspirinden ziyade hiçbir antitrombotik tedavi uygulanmaması. |



[†]Konjestif kalp yetersizliği
Hipertansiyon, yaş ≥ 75
Diyabet.
İnme/GİA/tromboembolizm
(iki katına çıkmış)

*Diğer klinik açıdan önemli
majör olmayan risk
faktörleri: yaş 65-74, kadın
cinsiyeti, damar hastalığı

Hangi antitrombotik tedaviyi uygulayalım?

- Varfarin (INR 2-3)
- Aspirin + varfarin (INR 1.2-1.5)
- Aspirin + Klopidoğrel
- Dabigatran 110 mg veya 150 mg 2x1
- Rivaroksaban
- Apiksaban 400 mg 2x1

Antitrombotik Tedavi

- VKA Sınırlılıkları

Terapötik penceresi dardır

Kanamayı artırması

Etkinin geç başlayıp geç sonlanması

INR takibi

Gıdalarla etkileşim

Dual antiplatelet tdv

- ACTIVE-W çalışması
 - AF + inme için ilave 1 risk faktörü
 - ASA+Klopidogrel vs Varfarin (INR2-3)
 - ASA+klopidogrel grubunda vasküler olaylar (inme, SSS dışı sistemik emboli, MI, Vask ölüm) yüksek
 - Major kanama oranları benzer
 - ASA+klopidogrel minör kanamaları artırmış
 - VKA'nın belirgin üstünlüğü nedeniyle erken sonlandırılmış

- ACTIVE-A çalışması
 - VKA alamayan AF+inme riski olan hastalar
 - ASA+Klopidogrel vs tek başına ASA
 - Klopidogrel grubunda major vasküler olaylar belirgin azalmış (fark inmeden kaynaklanıyor)
 - Major kanama artmış
 - Net yarar her iki grupta benzer

VKA kullanamayan düşük kanama riski olan AF' li hastalarda aspirine 75 mg klopidogrel ilave edilebilir (sınıf IIa)-AF kılavuzu

Kanamadan dolayı Varfarin alamayanlarda kombinasyon önerilmiyor-ESC 2010 inme kılavuzu

- SPAF III çalışması;
 - nonvalvuler AF, yüksek TE riskli hastalar
 - ASA+Varfarin (INR1.2-1.5) vs Varfarin (INR 2-3)
 - Kombinasyon grubunda iskemik strok ve sistemik emboli yüksekliği nedeniyle erken sonlandırıldı.

Oral direk trombin (FII a) inhibitörleri

- **Ximelagatran**
 - SPORTIF III ve V çalışmasında varfarin kadar etkin
 - Hepatotoksisite nedeni ile piyasadan çekildi
- **Dabigatran**
- RE-LY çalışması; Non valvuler AF ve yüksek inme riski
 - Dabigatran 110 ve 150 mg BID ile Varfarin
 - Ortalama 2 yıl takip
 - İnme ve emboliyi önlemede
 - Dabigatran 150 mg BID varfarine üstün
 - Dabigatran 110 mg BID varfarine non inferior
 - Tüm nedenli mortalite her üç grupta benzer
 - Dabigatran gruplarında MI daha sık fakat anlamlı değil
 - Major kanama 150 mg doz ile varfarin grubunda benzer iken 110 mg dozda daha az izlenmiştir

- RE-LY subanalizinde
 - İnme/TİA geçirenlerde dabigatran inme ve sistemik emboliyi önlemede varfarine üstün
 - ABD’de 150 mg 2x1, (Kr klirens 15-30 ml/dk ise 75 mg 2x1)
 - Avrupada 150 mg 2x1 (>80 yaş, verapamil kullananlarda ve kr kli 30-50 ml/dk ise 110 mg 2x1)
 - Kr kl <30 ise kontrendike

| 2011 Focused Update Recommendation | Comments |
|---|--------------------|
| Class I | |
| 1. Dabigatran is useful as an alternative to warfarin for the prevention of stroke and systemic thromboembolism in patients with paroxysmal to permanent AF and risk factors for stroke or systemic embolization who do not have a prosthetic heart valve or hemodynamically significant valve disease, severe renal failure (creatinine clearance <15 mL/min) or advanced liver disease (impaired baseline clotting function) (3). <i>(Level of Evidence: B)</i> | New recommendation |

2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (update on dabigatran *Circulation* 2011;123:1144–50.

Oral Faktör Xa İnhi

- ROCKET-AF çalışmasında
 - İnme/TİA/sistemik emboli veya emboli için yüksek riskli nonvalvuler AF'lu hastalarda
 - İnme ve SSS dışı sistemik embolinin önlenmesinde Rivaroksaban Varfarine non inferior
 - ABD ve Avrupa'da non valvuler AF'da onaylandı

Direk oral FXa inhibitörleri

- AVERROES çalışmasında
 - VKA kullanamayanlarda inme ve sist embolinin önlenmesinde
 - Apiksaban 5 mg 2x1 ile ASA (81-325 mg) karşılaştırıldı.
 - Apiksaban aspirinden daha etkin olduğu tespit edilince erken sonlandırıldı

- ARİSTOTLE çalışmasında
 - AF ve inme için en az 1 risk faktörü olan hastalarda Apiksaban;
 - İnme ve sist emboliyi önlemede Varfarine üstün,
 - Major kanamayı
 - İntrakranial kanama ve mortaliteyi varfarine göre azaltmıştır
 - FDA onayı bekliyor

- Hasta bir ay sonra semptomatik AF atağı ile tekrar başvuruyor
- Aldığı tedavi
 - Varfarin 5 mg (INR:2.3)
 - Amiodaron 200 mg 2x1
 - Metoprolol 50 mg 1x1
 - Valsartan/hidroklorotiazid 160/12.5 mg 1x1

Hangi tedaviyi uygulayalım?

- Başka bir antiaritmik tedaviye geçelim
- Ablasyon tedavisi uygulayalım

ACCF/AHA/HRS 2011 Güncelleme

- Yapısal kalp ve akciğer hastalığı olmayanlarda bir antiaritmik tedaviye rağmen tekrarlayan semptomatik paroksizmal AF vakalarında deneyimli merkezlerde kateter ablasyonu sinüs ritminin idamesi için faydalıdır (Sınıf IA)

Teşekkür Ederim