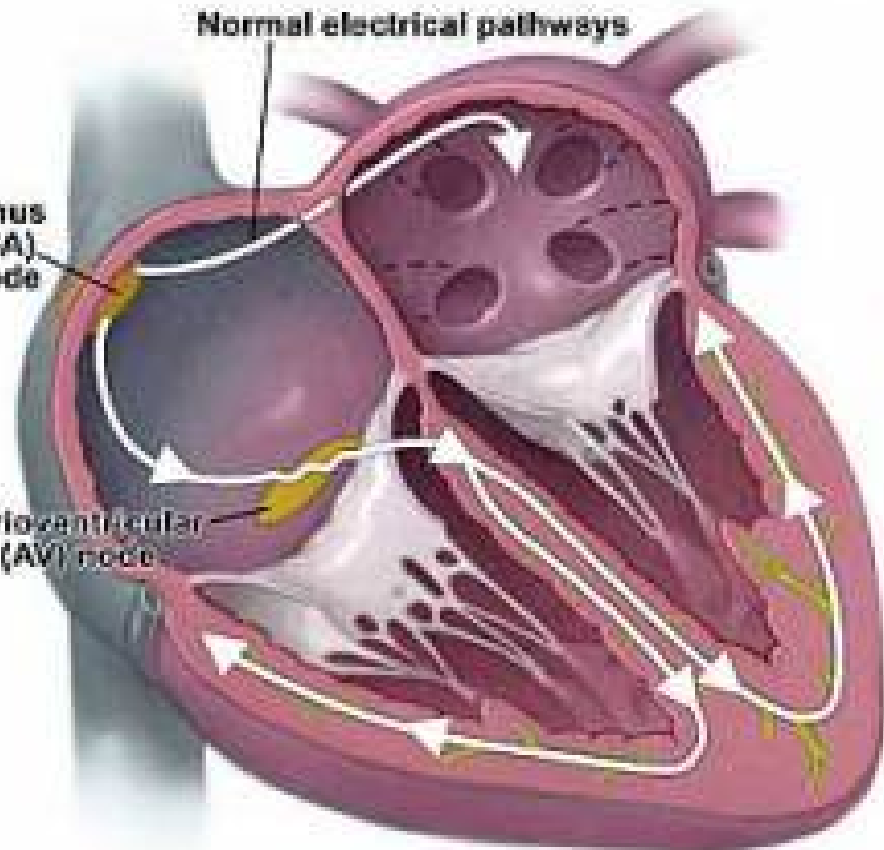


# ATRİYAL FİBRİLASYON

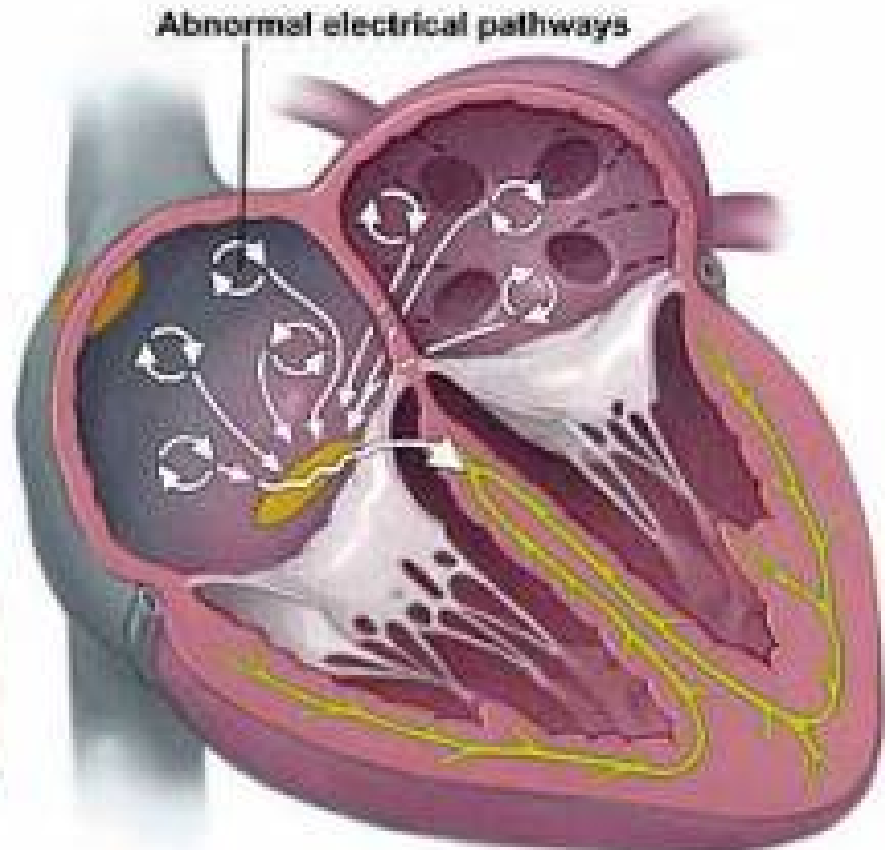
Normal electrical pathways

Sinus (SA) node

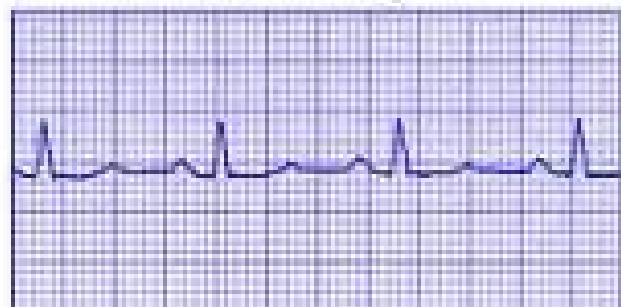
Atrioventricular (AV) node



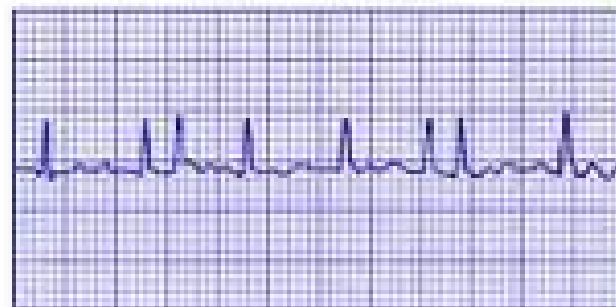
Abnormal electrical pathways



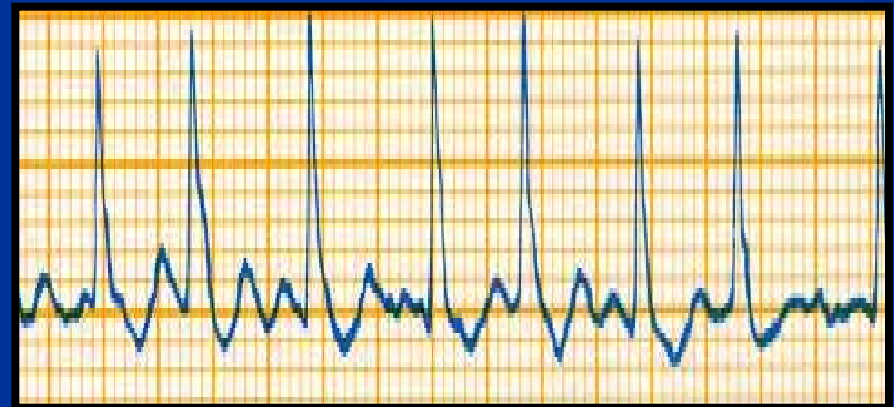
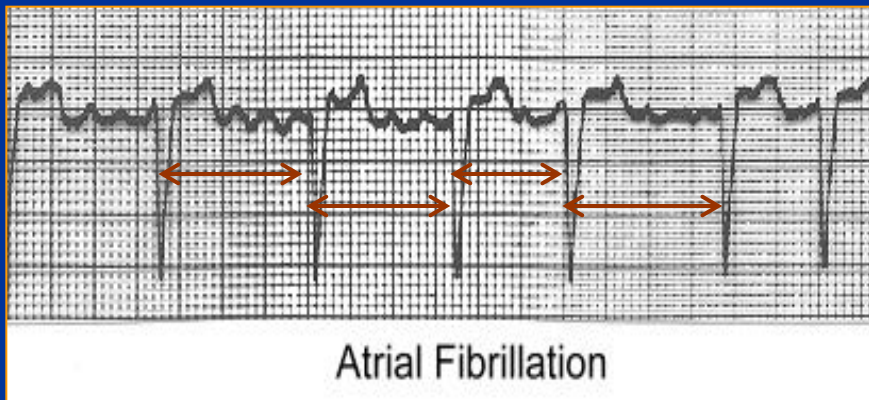
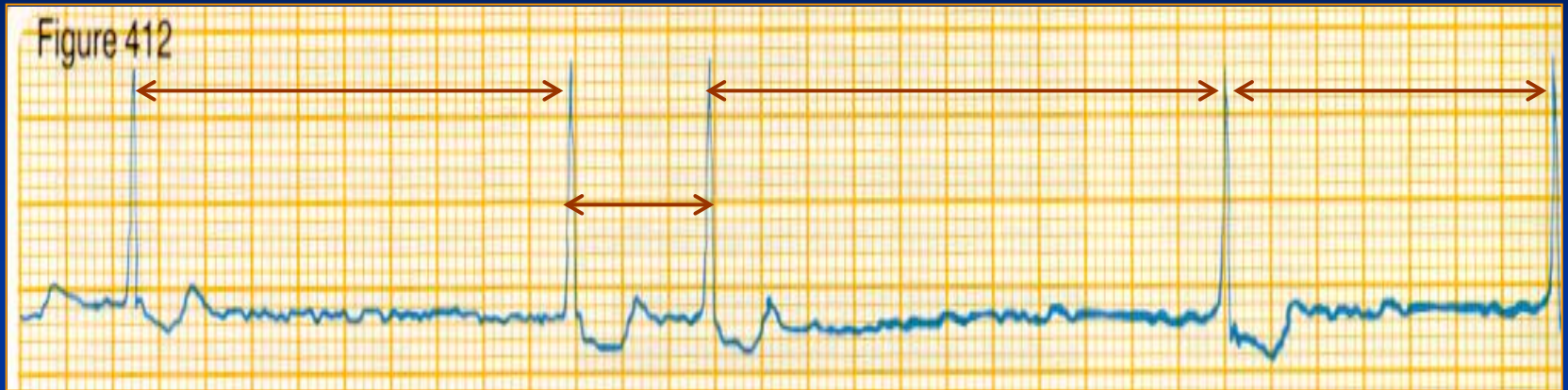
Normal sinus rhythm

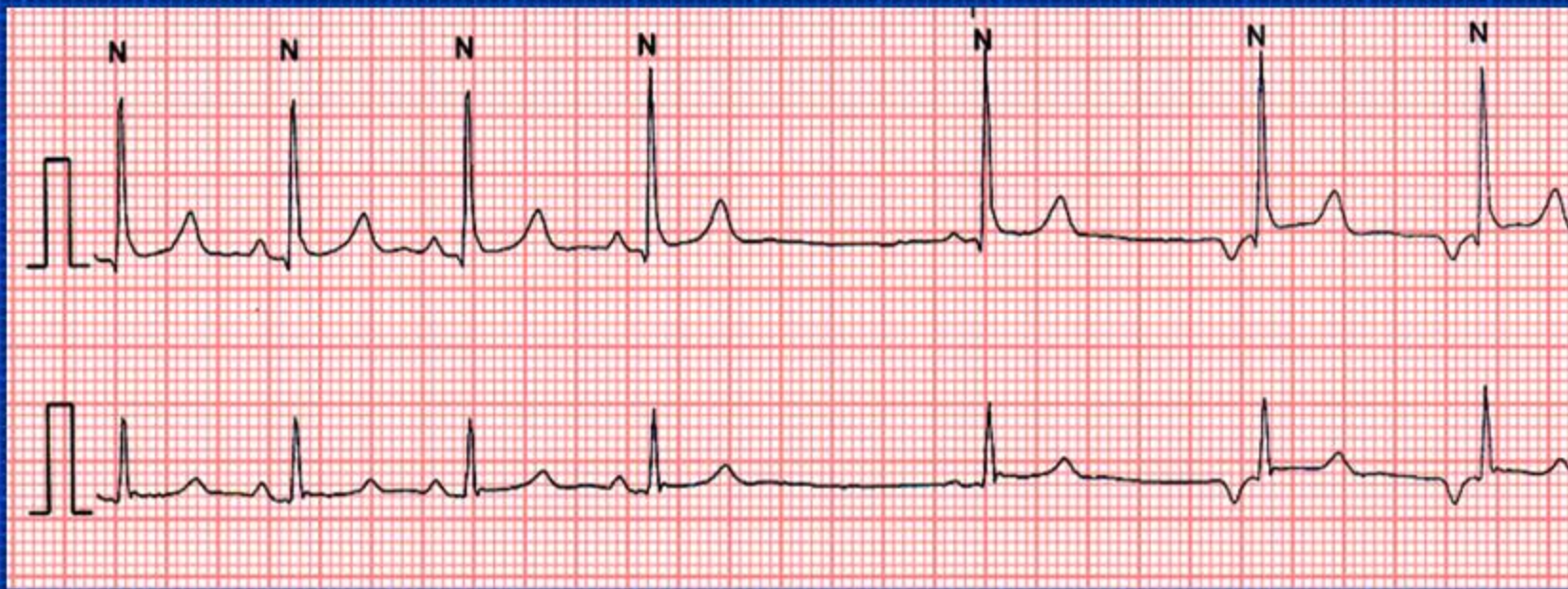


Atrial fibrillation



# Atrial fibrilasyon







vfl.avi

# Epidemiyoloji

- En sık görülen aritmi
- Aritmiye bağlı hastaneye yatanların 1/3' ü AF' li.
- ABD de tahmini 2.3 milyon, Avrupa'da 4.5 milyon insan AF'ye sahip.
- Sıklığı niye artıyor?
- Çünkü yaşlı nüfus artıyor.
- Holter kullanımının yaygınlaşması da önemli.

- Tahmini prevalansı genel popülasyonda %0.4 - 1
- Seksen yaşın üzerinde %8 e kadar çıkıyor.
- 40-59 yaş grubunda;
- 1998'de binde 1. 6,
- 60 yaş üzerindeki grupta ise prevalans;
- 1998'de binde 21. 6 bulunmuştur.

- İnsidensi 40 yaşın altında %0.1 den daha az.
- 80 yaşın üzerinde kadınlarda %1.5, erkeklerde %2 den fazla.
- Kalp yetersizliği olanlarda, 3 yıl içinde AF gelişme oranı %10.



# Prognoz

- İnme, kalp yetersizliği, tüm nedenlere bağlı ölüm riski artmıştır (özellikle kadınlarda).
- Tüm embolik inmelerin %45' inden AF sorumlu
- Ölüm oranı sinüs ritmine göre 2 kat daha fazla.
- Kalp yetersizliğinde AF varsa, mortalite ve morbidite için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir.

# Sınıflama

30 saniyeden uzun süren AF için;

- **İlk saptanan AF**

- **Tekrarlayan kısa süreli AF (Paroksizmal)**

Tekrarlayan AF atakları spontan sonlanıyorsa,

- **Tekrarlayan uzun süreli AF (Persistan)**

Tekrarlayan AF atakları 7 günden uzun sürüyorsa,

- **Kalıcı AF (permanent)**

Uzun süreli (1 yıldan fazla) persistan AF.

- **HT ve Kardio ve Pulmnr Hastalık olmayan AF (Lone)**

Hipertansiyon dahil, kardiyopulmoner hastalık bulgusu olmayan AF.

# ATRİYAL FİBRİLASYON SEBEPLERİ

## ■ Kardiyovasküler:

Hipertansiyon,

Koroner arter hastalığı

Kardiyomyopati

Valvüler kalp hastalığı

Periferik arter hastalığı

Perikardit

Myokardit

Serebrovasküler hastalık

## ■ Pulmoner nedenler

Pulmoner emboli

KOAH

Pulmoner hipertansiyon

## ■ Metabolik nedenler

Hipertiroidi

Alkol intoksikasyonu

Elektrolit bozuklukları

## ■ Post-operatif durumlar

## ■ WPW sendromu

## ■ Hasta sinüs sendromu

# Patofizyolojik mekanizmalar

## ■ Atriyal faktörler

En sık görülen histopatolojik değişiklik, atriyal kas kütle kaybı ve atriyal fibrosis.

- Atriyal myositlerin ölümü sonucu yama tarzı interstisyel fibröz gelişmekte,
- İleti homojen olarak yayılamamakta.

- Glikojen birikimi, hücreler arası sıkı bileşkelerin bozulması, atriyal dilatasyona neden olmaktadır
- Atriyumda bu değişiklikler olurken, RAS sistemi aktive olmakta, anjiotensin II artmaktadır.
- **Kalp yetersizliğinin kendisi atriyal dilatasyon ve interstisyel fibrozis yaparak kalıcı AF' ye neden olmaktadır.**

- Günümüzde AF'nin en sık nedeni hipertansiyon.   
Çünkü hipertansiyon sklđı fazla.
- Eđer hipertansiyon iyi tedavi edilirse AF riski, mortalite ve morbidite azalır.

- Yapılan alışmalarda ACE inhibitörleri ve ARB'lerin antihipertansif etkilerinin ötesinde, AF gelişimini önledikleri tespit edilmiştir.
- Bu etkileri, sistolik fonksiyon bozukluęu ve sol ventrikül hipertrofisi olan hastalarda daha belirgin olmuřtur.



- **Charm** çalışmasında;
- Kalp yetersizliği olan hastalarda, 37 aylık takipte kandesartan'ın plaseboya göre AF gelişimini anlamlı olarak azalttığı tespit edilmiştir.
- Sinüs ritmine döndürüldükten sonra tedavisine amiodarona ilaveten ACE inh ve ARB eklenen hastalarda nüksün daha az olduğu bildirilmiştir.

# ATRİYAL FİBRİLASYONUN TEDAVİSİ

- 3 temel yaklaşım
- Hız kontrolü
- Ritim kontrolü
- Antikoagulan tedavi

- Klinisyenler Őimdiye kadar çoęunlukla sinüs ritminin sürdürölmesini tercih etmişlerdir.
- Gerçekten de AF' nin ortadan kaldırılması ile, semptomlar azalmakta ve fonksiyonel kapasite artmakta,
- Ayrıca inme ve ölüm riskini azaltarak, antikoagölasyondan doğan risk önlenmekte.

- Hız kontrol yaklaşımının en önemli avantajı ise, antiaritmik ilaç kullanımının önlenmesi ile yan etki ve proaritminin ortadan kaldırılmasıdır.

- Hipertansiyonu veya kalp hastalığı olan, yaşlı, hafif semptomatik persistan AF lu hastalarda, hız kontrolü yapmak daha uygundur.
- Genç, paroksizmal ve semptomatik “lone” AF’ si olanlarda, ritim kontrolü yapmak daha uygundur.

- **Sinüs ritmini devam ettirmede ki başarıya bakarsak;**
- 5 yıl sonunda ritm grubunda,  
Amiodaron alan hastaların %62' si  
Klas I antiaritmik alanların %23' ü  
Sotalol verilenlerin %38'i sinüs ritminde bulunmuştur.
- Hız kontrol grubunda bu oran %34.6

- Her hastayı sinüs ritmine çevirmek için uğraşalım mı?

# Sinüs Ritmine çevirme kriterleri

- İlk atak
- **Semptomatik atak**
- Uzun süre sinüste kalabilecek hasta
- Reversibl nedenlere bağlı AF
- **Genç hasta**
- **Normal sol atriyumu olan hasta**
- Kısa süreli AF



- Sonuç olarak kabul edilen görüŖe göre;
- Paroksizmal ve persistan atriyal fibrilasyonlu hastalarda sinüs ritminin sađlanması ve sürdürülmesi ana hedef iken,
- Permanent atriyal fibrilasyonun tedavisi, hız kontrolü ve uzun süreli antikoagölan tedaviden ibarettir.