

16

Atriyal Fibrilasyon

Prof. Dr. Özgür Karcioğlu
Acibadem Üniversitesi Acil Tıp AD.

Atriyal Fibrilasyon

Tanım

Bu bölümde kitabın hedefi göz önünde bulundurularak kronik atrial fibrilasyondan (AF) kısaca söz edilse de, temel olarak akut AF (AAF) tanısı, klinik ve görüntüleme özellikleri ve tedavisi üzerinde durulacaktır.

Atriyal fibrilasyon (AF) atriyumların etkin olmayan titreşimi anlamında kullanılır.^{1,2} Gerçek atrium kontraksiyonu yoktur. Atriyal miyokarddan aynı anda değişik elektriksel vektörler farklı yönlere doğru hareket ederek düzensiz ve hızlı uyarılara neden olur. Sonuçta atriyumların her noktasında hızlı ve düzensiz titreşimler ortaya çıkar. Atriyal hız 400 civarında olmakla birlikte refrakter periyod ile sınırlanır ve çok değişken olabilir. Akut AF'de (AAF) ise sıklıkla hızlı ventrikül yanıtı, yani dakikada 100'ün üzerinde nabız görülür.

AF acil hekimlerinin en çok karşılaşp yönettikleri ritim bozukluğudur.^{1,3,4} AF ve atrial flutter (AFL) olgularının büyük bölümü hastaneye yatış gerekmeden acil serviste tedavi ve taburcu edilebilmektedir.¹ Yaş arttıkça AF ile daha çok karşılaşılır, erkeklerde daha sık görülmektedir.

AAF, atağın başlangıcından henüz 48 saatten fazla zaman geçmemiş olan AF için kullanılan terimdir.^{3,5} AAF bir çok nedenle tetiklenen bir hastalıktır; yapısal kardiyak anormallikler, enflamasyon, elekt-

rolit bozuklukları, hormonal ve otonom sinir sistemi düzensizlikleri ve sıvı dengesizliği bunlar arasındadır. Klinikte koroner kalp hastalığı, ateşle seyreden enfeksiyonlar, karbon monoksit veya alkol zehirlenmesi, hipoksemi, pulmoner embolizm, tiroid hormon aşırımı, kalbi doğrudan etkileyen enfeksiyöz ve enflamatuvar hastalıklar, mitral başta olmak üzere kapak hastalıkları AAF'yi tetikleyen nedenlerdir. AF'ye eğilim yaratan faktörler ise atriumun büyümesi, vagal uyarım, refrakter periodun atriumun değişik bölgelerinde farklılık göstermesidir.

AAF'nin kötü sonuçları daha çok hemodinamik ve tromboembolik olaylara bağlı ortaya çıkmaktadır.

Klinik

AF olgularının değerlendirilmesinde öncelik hemodinamik stabiliteye ve atta yatan hastalık ile tetikleyen etkenlerin belirlenmesine verilmelidir. Aritminin başlangıç zamanı özellikle sorgulanıp anlaşılmalıdır. İnme riski değerlendirilmelidir.

Özellikle kararsız AAF olgularında 180 civarında nabız sıkıdır, nadir olgularda 200'ün üzerine çıkarak tehlike oluşturabilir. Aberran ileti yolu olan Wolff-Parkinson-White (WPW) sendromu saptanan olgularda AV düğümün devre dışı kalması sonucu çok yüksek hızlar yaşamı tehdit edebilir.⁶

Özet

- AF sık görülen bir aritmi olması, aynı zamanda yüksek oranda morbiditeye yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. -Hemodinamik komplikasyonları ve inme, akut arter tıkanıklığı gibi tromboembolik sorunlar yoluyla ciddi kayıplara neden olmaktadır.
- Ekokardiyografi AF'li olgularda potansiyel tromboembolizmi kaynağında göstermesi, aynı zamanda kardiyak işlevleri, kapak ve odacık sorunlarını ortaya koyması nedeniyle yaşamsaldır.
- Bu grup olgularda acil koşullarda kardiyoversiyon ve diğer çağdaş tedavilerin güvenli ve etkin şekilde yapılabilmesi için sıklıkla gerekli olan bu modalitenin acil tıp uzmanlarınca kullanılabilmesi hasta bakımının niteliğini doğrudan etkileyecektir

Kaynaklar

1. Stiell IG, Macle L; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: Management of recent-onset atrial fibrillation and flutter in the emergency department. *Can J Cardiol.* 2011 ;27:38-46.
2. Lip GYH, Watson T. Atrial fibrillation (acute onset). *Clin Evid* 2006; 15:1-3.
3. Stiell IG, Birnie D. Managing recent-onset atrial fibrillation in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2011;57:31-2.
4. Sleswijk M, van Noord T, Ligtenberg JJ, Zijlstra JG. Acute management of atrial fibrillation. *Chest.* 2009 ;136:651-2; author reply 852.
5. Sleswijk M, van Noord T, Ligtenberg JJM, Zijlstra JG. Acute Management of Atrial Fibrillation. *Chest* 2009;136:651-2.
6. Fengler BT, Brady WJ, Plautz CU. Atrial fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome: ECG recognition and treatment in the ED. *Am J Emerg Med.* 2007;25:576-83.
7. Buccelletti F, Gilardi E, Marsiliani D, Carroccia A, Silveri NG, Franceschi F. Predictive value of NT-proBNP for cardioversion in a new onset atrial fibrillation. *Eur J Emerg Med.* 2011;18:157-61.
8. Seğmen H, Kayım Ö, Bolayır E. Genç İskemik İnmeli Hastalarda Ekokardiyografik Bulgular. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 29: 109-112.
9. Doğan, A., O. Ergene, C. Nazlı, O. Kınay, M. Öztürk, A. Altınbaş, Ü. Ergene, Ö. Gedikli, ve Y. Hoşcan, "Yeni Atrial Fibrilasyonda Kendiliğinden Sonlanma Belirleyicileri ve Prop fenon ile Uzun Süreli Sinüs Ritminin İdamesi", *Türk Kardiyol. Dern. Arş.*, 2003; 31:392-9.
10. Stiell IG, Clement CM, Brison RJ, Rowe BH, Borgundvaag B, Langan T, Lang E, Magee K, Stenstrom R, Perry JJ, Birnie D, Wells GA. Variation in management of recent-onset atrial fibrillation and flutter among academic hospital emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2011;57:13-21.
11. Arendts G, Krishnaraj M, Paull G, Rees D. Management of atrial fibrillation in the acute setting--findings from an Australasian survey. *Heart Lung Circ.* 2010;19:423-7.
12. Bellone A, Etteri M, Vettorello M, et al. Cardioversion of acute atrial fibrillation in the emergency department: a prospective randomised trial. *Emerg Med J* 2012 ;29:188-91.
13. Cristoni L, Tampieri A, Mucci F, et al. Cardioversion of acute atrial fibrillation in the short observation unit: comparison of a protocol focused on electrical cardioversion with simple antiarrhythmic treatment. *Emerg Med J* 2011, 28;932-7.
14. Xavier Scheuermeyer F, Grafstein E, Stenstrom R, Innes G, Poureslami I, Sighary M. Thirty-day outcomes of emergency department patients undergoing electrical cardioversion for atrial fibrillation or flutter. *Acad Emerg Med.* 2010 ;17:408-15.
15. Dankner R, Shahar A, Novikov I, Agmon U, Ziv A, Hod H. Treatment of stable atrial fibrillation in the emergency department: a population-based comparison of electrical direct-current versus pharmacological cardioversion or conservative management. *Cardiology.* 2009;112:270-8.
16. Hirschl MM, Wollmann C, Globits S. A 2-year survey of treatment of acute atrial fibrillation in an ED. *Am J Emerg Med.* 2011 ;29:534-40.
17. Karcioğlu Ö, Serinken M. Acil Kardiyak Girişimler: Defibrilasyon, kardiyoversiyon, transkütan pil uygulamaları. Satar S, Karcioğlu Ö. *Kardiyak Aciller.* 1. Baskı, Nobel Kitabevi, Adana, 2007. sf. 43-56.

18. Conti A, Del Taglia B, Mariannini Y, et al. Management of patients with acute atrial fibrillation in the ED. *Am J Emerg Med.* 2010 ;28:903-10.
19. Milicevic G, Gavranovic Z, Bakula M, Pazur V, Frank B. Successful conversion of recent-onset atrial fibrillation by sequential administration of up to three antiarrhythmic drugs. *Clin Cardiol.* 2008 ;31:472-7.
20. Buccelletti F, Di Somma S, Galante A, et al. Disparities in management of new-onset atrial fibrillation in the emergency department despite adherence to the current guidelines: data from a large metropolitan area. *Intern Emerg Med.* 2011 ;6:149-56.
21. Karcioğlu Ö. Acil Tıpta Sedasyon ve Analjezi. Satar S, Karcioğlu Ö. *Kardiyak Aciller.* 1. Baskı, Nobel Kitabevi, Adana, 2007. sf. 102-121.
22. Decker WW, Stead LG. Selecting rate control for recent-onset atrial fibrillation. *Ann Emerg Med.* 2011 ;57:32-3.
23. Stiell IG, Clement CM, Perry JJ, et al. Association of the Ottawa Aggressive Protocol with rapid discharge of emergency department patients with recent-onset atrial fibrillation or flutter. *CJEM.* 2010;12:181-91.