

BÖLÜM 25



Atriyal Fibrilasyon İlişkili Kardiyomiyopati

Damla ÖZTÜRK¹

GİRİŞ

Aritmiler uzun zamandır kalp yetersizliği ve kardiyomiyopatilerin klinik olarak ortaya çıkışlarının bir parçası olarak kabul edilmiştir.⁽¹⁾ Aritmi, tek başına ventrikül disfonksiyonuna neden olabilir ya da eşlik eden kalp hastalığı olanlarda ventrikül disfonksiyonunu şiddetlendirmesi, kalp yetersizliğini kötüleştirilmesi ile karşımıza gelebilir.⁽²⁾ Taşikardinin uzun sürmesi diğer kalp hastalıklarının yokluğunda bile diyastolik ve sistolik ventrikül disfonksiyonuna neden olabilir. Bu durum taşikardiye bağlı kardiyomiyopati olarak bilinir.⁽³⁾

Taşikardiyomiyopatiler, neden olan aritminin tedavisinden sonra kısmen ya da tamamen geri dönen hızlı ve/veya asenkron miyokardiyal kasılmaya sekonder ortaya çıkan atriyal ya da ventriküler disfonksiyon olarak tanımlanır.^(4,5) Taşikardiyomiyopati dilate kardiyomiyopatinin alt formudur ve atriyal fibrilasyon(AF) taşikardi ile ilişkili kardiyomiyopatinin en sık nedeni olarak kabul edilir. Atriyal fibrilasyonda ventriküler hız kontrolü sağlanmış olsa dahi düzensiz ventriküler yanıtın neden olduğu atriyal ve

ventriküler yeniden yapılanma, atriyal fibrilasyonlu hastalarda kardiyomiyopati oluşumuna neden olan bir diğer etkidir. Atriyal fibrilasyon ilişkili kardiyomiyopati tanısı, atriyal fibrilasyonun başlangıcı ile ilişkili kardiyomiyopati tespit edilmesinin ardından başarılı ritim, hız kontrolü sağlandıktan sonra ventrikül fonksiyonundaki iyileşme gözlenildiğinde yapılabilir.⁽²⁾ Atriyal fibrilasyon ilişkili kardiyomiyopatinin tanınmasında çeşitli zorluklar vardır. Bunlardan biri atriyal fibrilasyonun, kalp yetersizliği ve kardiyomiyopatinin bir sebebi mi yoksa sonucu mu olduğudur.

Atriyal fibrilasyon, tahmini prevalansı dünya çapında 33 milyondan fazla olan en yaygın aritmidir.⁽²⁾ Farklı epidemiyolojik, patofizyolojik ve klinik özellikler taşıyan atriyal fibrilasyon tarafından kardiyomiyopati indüklenebilir ya da şiddetlenebilir. Atriyal fibrilasyon en yaygın aritmi olmasına rağmen Atriyal Fibrilasyon ilişkili kardiyomiyopatiye zemin hazırlayan veya önleyen faktörler ile atriyal fibrilasyon ilişkili kardiyomiyopatinin prevalansı bilinmemektedir.⁽²⁾ Bu nedenle atriyal fibrilasyonu olan has-

¹ Araş. Gör., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD., dozturk@nku.edu.tr

küler fonksiyonun eski haline getirilmesine yönelik makul bir ilk adımdır. Atriyal fibrilasyon ilişkili kardiyomiopatiye hız kontrolü hedefi konusunda mevcut bir fikir birliği yoktur. Sınırlı mevcut verilerle, atriyal fibrilasyon ilişkili kardiyomiopati hastalar için <100 atım/dakika kalık bir hedef dinlenme kalp hızı makul olabilir.

Medikal hız kontrolü, klinik semptomları yönetmek ve kardiyak fonksiyonu eski haline getirmek için makul bir ilk adımdır. Anti-aritmik ilaçların kısa süreli kullanımı olsun veya olmasın kardiyoversiyon ile ritim kontrolü de erken aşamada denenebilir. Yapılan çalışmalar uzun dönem takip için, AF ablasyonu için iyi aday olabilecek hastalarda AF ablasyonunun medikal hız veya ritim kontrolüne tercih edilmesini desteklemektedir. AF yükü daha yüksek, Kardiyak MRda daha az geç gadolinyum tutulumu ve daha az şiddetli yapısal kalp hastalığı olanların AF ablasyonundan yararlanma olasılığı daha yüksektir. AF ablasyonu için iyi aday olmayan veya konservatif yönetim stratejisini tercih eden hastalarda, uzun süreli medikal hız kontrolü alternatif bir yöntem olarak kullanılabilir. Yakın izleme ile anti-aritmik ilaçlar, ritim kontrolüne yardımcı olmak için bağımsız olarak veya AF ablasyonuna ek olarak belirli hasta alt grubunda kullanılabilir. Ritim kontrolü sağlanmadığında ve farmakolojik hız kontrolü yetersiz olduğunda, fizyolojik pacing ile AV nodal ablasyonu düşünülebilir. Son olarak, birincil önleme ICD implantasyonundan önce ritim ve hız kontrolünü optimize etmek için çaba gösterilmelidir.⁽²⁾

SONUÇ

Atriyal fibrilasyon ilişkili kardiyomiopatinin teşhisi zordur ve yüksek bir şüphe indeksi gereklidir. Uygun tedavi ile iyileşme potansiyeli göz önüne alındığında, ister hız ister ritim kontrolü olsun, proaktif bir yaklaşım önerilir.

KAYNAKLAR

1. Jose F. Huizar MD, Kenneth A. Ellenbogen, MD, Alex Y. Tan, MD, Arrhythmia-Induced Cardiomyopathy, JACC State-of-the-Art Review, 2019, NO. 18, VOL. 73,
2. Dingxin Qin, MD, Moussa C. Mansour, MD, Jeremy N. Ruskin, MD, Atrial Fibrillation-Mediated Cardiomyopathy, Circ Arrhythm Electrophysiol. 2019;12:e007809. DOI: 10.1161/CIRCEP.119.007809
3. Zipes, D, Libby P, Braunwald E, et al. Braunwald's Heart Disease, A textbook of Cardiovascular Medicine, eleventh edition, Philadelphia 2019,
4. Claire A Martin, Pier D Lambiase, Pathophysiology, diagnosis and treatment of tachycardiomyopathy, Arrhythmias, 2016
5. Kim D Y, Kim S H, Ryu K H, Tachycardia induced Cardiomyopathy, Korean Circ J, 2019 Sep;49(9):808-817., doi: 10.4070/kcj.2019.0199.
6. Adalet K, Klinik Kardiyoloji Tanı ve Tedavi, 2. Baskı, İstanbul, 2019
7. Hall J, Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji, 13. Baskı,
8. Samuel Sossalla, Dirk Vollmann, Arrhythmia-Induced Cardiomyopathy, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 335-41
9. Oh J K., Kane G C, Seward J B, et al. The Echo Manual, 4. Baskıdan çeviri, 2019, Ankara
10. Demosthenes G. Katritsis, MD, PHD, Tachycardia-Induced Cardiomyopathy, JACC: CASE REPORTS VOL. 3, NO. 3, 2021