

En Sık Görülen Ritim Bozukluğu Nedir? Sebepleri Nelerdir? Nasıl Tedavi Edilir?

En sık görülen ve klinik olarak önemli kalp ritim bozukluğu atriyal fibrilasyondur (AF). Yaş ilerledikçe görülme sıklığı belirgin şekilde artar. Ancak AF yalnızca ileri yaşlarda görülen bir hastalık değildir; yüksek tansiyon, obezite, diyabet, kalp hastalıkları, uyku apnesi ve aşırı alkol tüketimi gibi birçok faktör daha erken yaşlarda da ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir.

Atriyal fibrilasyon nedir?

Normalde kalbin kulakçıkları ve karıncıkları düzenli bir ritim içerisinde çalışır. Atriyal fibrilasyonda ise kalbin kulakçıkları çok hızlı ve düzensiz elektriksel uyarılarla çalışmaya başlar. Bu nedenle kalp atımları düzensizleşir. Hasta bunu bazen “kalbim teklıyor”, “kalbim bir hızlanıp bir yavaşlıyor” veya “kalbim düzensiz atıyor” şeklinde tarif edebilir.

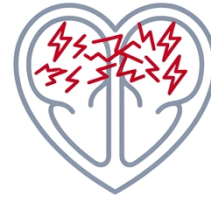
Ancak önemli bir nokta vardır: AF her zaman çarpıntı yapmaz. Bazı kişilerde hiçbir belirti olmayabilir ve ritim bozukluğu rutin muayene, EKG veya başka bir nedenle yapılan tetkik sırasında fark edilebilir.

Kalbin Elektriksel Fırtınası



Normal Ritim

Kulakçıklar ve karıncıklar düzenli bir ritimle, uyum içinde kasılır.



Atriyal Fibrilasyon

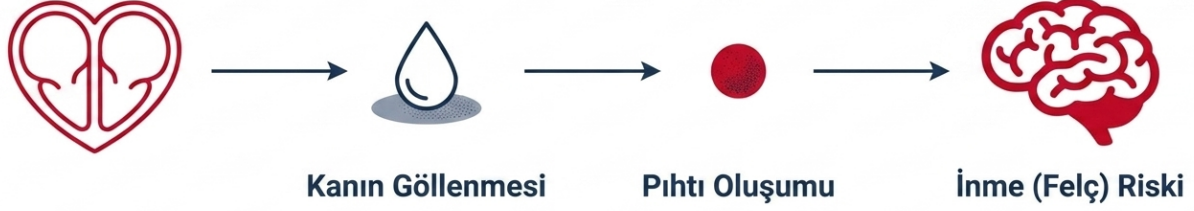
Kulakçıklar çok hızlı ve düzensiz elektriksel uyarılarla titrer. Kalp atımları tamamen düzensizleşir.

Neden önemlidir?

Atriyal fibrilasyonun en önemli sorunu yalnızca kalbin hızlı veya düzensiz atması değildir. Kalbin kulakçıkları düzenli kasılmadığında, özellikle sol kulakçıkta kanın göllenmesi ve pıhtı oluşması kolaylaşabilir. Bu pıhtı dolaşıma katılarak beyne giderse inmeye neden olabilir. Bu nedenle AF saptanan bir hastada doktorun ilk değerlendirmelerinden biri, “Bu hastanın inme riski ne kadar?” sorusudur. İnme riski yüksek olan hastalarda uygun antikoagulan (kan sulandırıcı) tedavi kullanılması, AF tedavisinin en önemli parçalarından biridir.

En Büyük Tehlike: AF Beyni Nasıl Tehdit Eder?

Kulakçıklar düzenli kasılmadığında, özellikle sol kulakçıkta kan göllenir. Oluşan pıhtı dolaşıma katılıp beyne ulaşırsa inmeye neden olabilir.



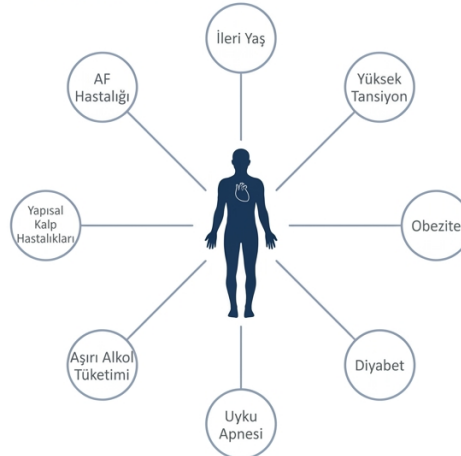
Neden ortaya çıkar?

AF'nin ortaya çıkmasında birçok faktör rol oynayabilir. En önemlileri:

- Yüksek tansiyon
- Yaşın ilerlemesi
- Kalp damar hastalığı ve geçirilmiş kalp krizi
- Kalp yetmezliği
- Kalp kapak hastalıkları
- Diyabet
- Obezite
- Uyku apnesi
- Tiroid hastalıkları
- Aşırı alkol tüketimi
- Sigara
- Hareketsiz yaşam
- Bazı akciğer hastalıkları
- Kalbin yapısal hastalıkları

Bazen ise özellikle daha genç kişilerde, kalpte belirgin bir yapısal hastalık bulunmadan da AF ortaya çıkabilir.

AF Kimlerde Görülür?



Dikkat: AF yalnızca ileri yaş hastalığı değildir. Yapısal kalp hastalığı olmayan gençlerde de ortaya çıkabilir.

Stres, uykusuzluk, aşırı alkol tüketimi ve bazı kişilerde yoğun kafein tüketimi çarpıntıyı tetikleyebilir. Ancak “kahve içmek doğrudan AF'nin nedenidir” demek doğru değildir. Hatta mevcut veriler, ölçülü kahve tüketiminin genel olarak AF riskini belirgin biçimde artırmadığını göstermektedir. Bununla birlikte kişi belirli bir içeceğin ardından sürekli çarpıntı veya AF atağı yaşadığını fark ediyorsa bunu doktoruyla paylaşmalıdır.

Çarpıntıyı Ne Tetikler? (Tetikleyiciler vs. Yanlış Bilinenler)

Kanıtlanmış Tetikleyiciler	Yanlış Bilinen (Kahve Efsanesi)
✓ Stres ✓ Uykusuzluk ✓ Aşırı alkol tüketimi ✓ Yoğun kafein tüketimi (Not: Kişi belirli bir içecekten sonra atak yaşıyorsa doktoruyla paylaşmalıdır).	 "Kahve içmek doğrudan AF nedenidir" demek tıbben yanlıştır. Mevcut veriler, ölçülü kahve tüketiminin genel AF riskini belirgin biçimde artırmadığını göstermektedir.

Belirtileri nelerdir?

AF'nin belirtileri kişiden kişiye değişebilir:

- Çarpıntı
- Kalbin düzensiz veya hızlı atması
- Nefes darlığı
- Çabuk yorulma
- Halsizlik
- Baş dönmesi
- Göğüste rahatsızlık
- Egzersiz kapasitesinde azalma

Bazı hastalarda ise hiçbir belirti görülmez. Bu nedenle özellikle ileri yaşta, hipertansiyonu, diyabeti veya başka kalp hastalıkları bulunan kişilerde düzensiz nabız fark edilmesi önemsenmelidir.

AF nasıl anlaşılır? Tanısı Nasıl Konulur?

Atriyal fibrilasyonun tanısında en temel yöntem elektrokardiyografidir (EKG). Ancak AF ataklar halinde ortaya çıkıyorsa, hastanede çekilen birkaç dakikalık EKG normal olabilir. Böyle durumlarda:

- Holter EKG



Uzun süreli ritim kayıt cihazları



Giyilebilir cihazlar ve akıllı saatlerden elde edilen ritim kayıtları

taniya yardımcı olabilir. Ancak akıllı saatlerin uyarısı tek başına kesin AF tanısı anlamına gelmez. Şüpheli durumlarda EKG ile doğrulama gerekir.

Atriyal Fibrilasyon Nasıl Saptanır?



Klinik Altın Standart (EKG & Holter)

Kesin tanı aracıdır. Ancak AF ataklar halinde geliyorsa, hastanedeki birkaç dakikalık EKG normal çıkabilir. Bu durumda 24-48 saatlik Holter monitörleri kullanılır.



Giyilebilir Teknoloji (Akıllı Saatler)

Düzensiz ritmi yakalamada günlük hayatta yardımcıdır. Ancak: Akıllı saat uyarısı tek başına kesin tanı anlamına gelmez; şüpheli durumlarda mutlaka tıbbi EKG ile doğrulama şarttır.

Tedavide amaç nedir?

AF tedavisinde tek bir amaç yoktur. Genel olarak dört hedef vardır:

1. İnme riskini azaltmak

İnme riski yüksek hastalarda antikoagülan ilaçlar kullanılabilir. Ancak her AF hastasına kan sulandırıcı verilmez. Tedavi kararı hastanın yaşı, eşlik eden hastalıkları ve bireysel inme riskine göre verilir.

2. Kalbin çok hızlı çalışmasını önlemek

Beta bloker gibi ilaçlarla kalp hızı kontrol altında tutulabilir.

3. Kalbi normal ritimde tutmaya çalışmak

Uygun hastalarda ritim düzenleyici ilaçlar veya elektriksel kardiyoversiyon kullanılabilir.

4. AF'nin kendisini ortadan kaldırmaya çalışmak

Uygun hastalarda kateter ablasyonu yapılabilir. Bu yöntemde kasık damarından kalbe ilerletilen kateterlerle AF'yi başlatan elektriksel odaklar, özellikle akciğer toplardamarlarının çevresindeki bölgeler, hedeflenerek ritim bozukluğunun tekrarlaması azaltılmaya çalışılır.

AF Yönetiminde 4 Temel Hedef

1. İnme Riskini Azaltmak



Bireysel riske göre uygun hastalarda antikoagülan (kan sulandırıcı) ilaçlar kullanmak. (Her hastaya verilmez, yaş ve eşlik eden hastalıklara göre karar verilir).

2. Hızı Kontrol Etmek



Kalbin çok hızlı çalışmasını önlemek (Örn: Beta bloker ilaçlar ile).

3. Ritmi Düzenlemek



Kalbi normal ritimde tutmaya çalışmak (Ritim düzenleyici ilaçlar veya elektriksel kardiyoversiyon).

4. Kaynağı Yok Etmek



Uygun hastalarda AF'nin kendisini ortadan kaldırmaya çalışmak (Kateter ablasyonu).



Her AF vakasını önlemek mümkün değildir. Ancak AF'nin ortaya çıkma veya tekrarlama riskini azaltmak için yapılabilecek çok şey vardır.

Kalbinizi korumak için:

- + Tansiyonunuzu kontrol altında tutun.
- + Fazla kilonuz varsa sağlıklı şekilde kilo verin.
- + Düzenli fiziksel aktivite yapın.
- + Sigara kullanmayın.
- + Aşırı alkol tüketiminden kaçının.
- + Diyabet ve kolesterol yüksekliğini kontrol edin.
- + Uyku apneniz varsa tedavi olun.
- + Yeterli ve düzenli uyuyun.
- + Kalp damar hastalıklarının risk faktörlerini kontrol altında tutun.

Özellikle kilo verme, tansiyon kontrolü, fiziksel aktivite ve uyku apnesinin tedavisi, AF'nin yönetiminde giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

Hayat Tarzı: Tedavinin Ayrılmaz Parçası

AF'nin ortaya çıkma veya tekrarlama riskini azaltmak ve kalbi korumak için yaşam tarzı müdahaleleri giderek daha fazla önem kazanmaktadır:



Ne zaman doktora başvurmalı?

Kalbinizin düzensiz veya çok hızlı attığını hissediyorsanız, özellikle bu durum tekrarlıyorsa doktor değerlendirmesi gerekir. Ancak çarpıntıya göğüs ağrısı, ciddi nefes darlığı, bayılma veya bayılacak gibi olma eşlik ediyorsa acil tıbbi değerlendirme gerekir.

Ayrıca ani gelişen yüzde veya kolda güçsüzlük, konuşma bozukluğu, görme kaybı veya belirgin denge bozukluğu inme belirtisi olabilir ve acil değerlendirme gerektirir.



Kırmızı Bayraklar: Ne Zaman Acil Yardım Alınmalı?

Çarpıntıya şu belirtiler eşlik ediyorsa zaman kaybetmeyin:

Kalp İçin

- Göğüs ağrısı
- Ciddi nefes darlığı
- Bayılma veya bayılacak gibi olma

İnme Şüphesi İçin

- Ani gelişen yüzde veya kolda güçsüzlük
- Konuşma bozukluğu
- Görme kaybı
- Belirgin denge bozukluğu

En önemli mesaj: AF sadece çarpıntı değildir



Atriyal fibrilasyon, günümüzde giderek daha fazla görülen önemli bir kalp ritim bozukluğudur. Ancak erken tanı ve doğru tedaviyle kontrol altına alınabilir.



Burada amaç yalnızca kalbin ritmini düzeltmek değildir. İnmeyi önlemek, kalp yetmezliği gibi komplikasyonları azaltmak, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve AF'nin ilerlemesini önlemek tedavinin temel hedefleridir.

Kısacası: Kalbinizin düzensiz attığını hissediyorsanız bunu yalnızca "çarpıntı" olarak görmeyin. Özellikle tekrarlayan düzensiz nabız, atriyal fibrilasyonun ilk işareti olabilir.

**Kalbinizin düzensiz attığını hissediyorsanız,
bunu yalnızca bir "çarpıntı" olarak görmeyin.
Özellikle tekrarlayan düzensiz nabız, Atriyal
Fibrilasyonun ilk işareti olabilir ve beyni de
koruyan bütüncül bir değerlendirme gerektirir.**

Kaynaklar:

- Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024;45(36):3314-3414.
- Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. Circulation. 2024;149:e1-e156.
- Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, et al. Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2020;383:1305-1316.
- Packer DL, Mark DB, Robb RA, et al. Effect of Catheter Ablation vs Antiarrhythmic Drug Therapy on Mortality, Stroke, Bleeding, and Cardiac Arrest Among Patients With Atrial Fibrillation: The CABANA Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;321(13):1261-1274.

- Pathak RK, Middeldorp ME, Meredith M, et al. Long-Term Effect of Goal-Directed Weight Management in an Atrial Fibrillation Cohort: A Long-Term Follow-Up Study (LEGACY). *J Am Coll Cardiol*. 2015;65(20):2159-2169.
- Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;361:1139-1151.
- Granger CB, Alexander JH, McMurray JJV, et al. Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365:981-992.
- Healey JS, Connolly SJ, Gold MR, et al. Subclinical Atrial Fibrillation and the Risk of Stroke. *N Engl J Med*. 2012;366:120-129.
- Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2021;42(5):373-498.
- Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37(38):2893-2962.