

Analysis of Patients Over 65 Years of Age Evaluated in the Emergency Department with the Diagnosis of Atrial Fibrillation

Atriyal Fibrilasyon Tanısı ile Acil Serviste Değerlendirilen 65 Yaş Üzeri Hastaların Analizi

Tabriz Haziye¹, Şahin Aslan², Vahide Aslıhan Durak², Göksel Aydoğan²

ABSTRACT

Aim: Atrial fibrillation (AF); is defined as a rapid and irregular contraction of the atria, characterized by arrhythmia in the heart. In general, AF cases are the most common among arrhythmias. The aim of our study is to examine the demographic characteristics of patients aged 65 and over who applied to the emergency department with the diagnosis of AF, as well as determining the underlying comorbidities and the treatments applied in the emergency department and to contribute to the data of our country.

Material and Methods: Our study was conducted retrospectively and single-centered to investigate the demographic characteristics of patients who applied to the emergency department between 01.01.2018 and 01.01.2023, who were newly diagnosed with AF and those who were previously diagnosed with AF (chronic) and to compare the obtained data.

Results: Of the 335 patients included in the study, 200 (59.7%) were female and 135 (40.7%) were male. 110 patients were between 65-74 (32.8%), 136 patients were between 75-84 (40.6%), and 89 patients were between 85+ (26.6%) years of age. The most common complaints for emergency department admission were palpitations, dyspnea, chest pain, and syncope. While 9 (2.7%) of the patients had newly diagnosed AF, 326 (97.3%) were categorized as chronic AF. The most common diseases among risk factors were hypertension, heart failure, coronary artery disease, chronic renal failure, and diabetes. While 231 (69%) patients did not smoke, 102 (30.4%) patients were chronic users, and 2 (0.6%) patients were former smokers. While 203 (60.6%) of the patients were discharged, 43 (12.8%) were admitted to the intensive care unit, the majority of the remaining patients were admitted to different clinics, and 3 (0.9%) patients were accepted as exitus in the emergency department.

Conclusion: It is thought that our study will shed light on and contribute to the approaches of emergency physicians in the management of risk factors, possible clinical conditions and coronary syndromes requiring treatment in patients admitted to the emergency department with atrial fibrillation diagnosis.

Keywords: Emergency department, atrial fibrillation, acute coronary syndrome

ÖZ

Amaç: Atriyal fibrilasyon (AF); kalpte ritim bozukluğu ile karakterize edilen, atriyumların hızlı ve düzensiz bir biçimde kasılma hareketi göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak ritim bozuklukları arasında en çok AF'li vakalar görülmektedir. Çalışmamızın amacı acil servise AF tanısı ile başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların demografik özelliklerini, altta yatan ek hastalıkları ve acil serviste uygulanan tedavileri incelemek ve ülkemiz verilerine katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 01.01.2018 – 01.01.2023 tarihleri arasında acil servise başvuran, yeni AF tanısı alan ve daha önce AF tanısı almış (kronik) hastaların demografik özelliklerini araştırmak ve elde edilen verileri karşılaştırmak amacıyla retrospektif ve tek merkezli olarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 335 hastanın 200 (%59,7)'ü kadın, 135 (%40,7)'i ise erkek idi. 110 hasta 65-74 (%32,8), 136 hasta 75-84 (%40,6), 89 hasta 85+ (%26,6) yaş aralığındaydı. Acil servise en sık başvuru şikayetleri çarpıntı, dispne, göğüs ağrısı, senkop şeklinde belirlendi. Hastaların 9 (%2,7)'unda yeni tanı AF iken 326 (%97,3)'sü ise kronik AF olarak kategorize edildi. Risk faktörleri arasında en sık görülen hastalıklar hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ve diyabet olarak izlendi. 231 (%69) hastada sigara kullanımı yok iken, 102 (%30,4) hasta kronik kullanıcı, 2 (%0,6) hasta ise sigarayı bırakmış olarak belirlendi. Hastalardan 203 (%60,6)'ü taburcu olurken, 43 (%12,8) hasta yoğun bakıma, geriye kalan hastaların büyük çoğunluğu farklı kliniklere yatırıldı, 3 (%0,9) hasta ise acil serviste exitus olarak kabul edildi.

Sonuç: Çalışmamızın acil servise atriyal fibrilasyon tanısı ile başvuran hastalarda risk faktörleri, karşılaşılabilecek klinik durumlar ve tedavi gerektiren koroner sendromların yönetiminde acil servis hekimlerinin yaklaşımlarına ışık tutacağı ve katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Acil servis, atriyal fibrilasyon, akut koroner sendrom

Gönderim: 07 Temmuz 2024

Kabul: 14 Eylül 2024

¹Özel Medar Hastanesi, Acil Servis, Kocaeli, Türkiye

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Sorumlu Yazar: Vahide Aslıhan Durak, Doçent Doktor **Adres:** Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Görükle, Bursa, Türkiye.

Tel: +905324462512 **e-mail:** aslidurakis@hotmail.com

Atıf için/Cited as: Haziye T, Aslan Ş, Durak VA, Aydoğan G. Atriyal Fibrilasyon Tanısı ile Acil Serviste Değerlendirilen 65 Yaş Üzeri Hastaların Analizi. Anatolian J Emerg Med 2024;7(4):172-177. <https://doi.org/10.54996/anatolianjem.1511879>

Giriş

Atriyal fibrilasyon (AF) genelde ataklar şeklinde başlayıp, sonra daha uzun süreli veya kalıcı hale gelebilen, hızlı ve düzensiz seyreden anormal bir kalp ritmi olup genel popülasyonda en sık rastlanan ritim bozukluğudur. Yetişkin nüfusta AF sıklığı %2 ve %4 arasında değişirken, bu oran yaşlı grupta %10 seviyelerine kadar yükselebilmektedir. Hatta gelecekteki yaşam süresinin artışına bağlı olarak bu oranda 2,3 katlık artış dahi beklenmektedir (1).

Yaşlılık, erkek cinsiyet, Avrupa kökenli olmanın atriyal fibrilasyon gelişimi için önemli risk faktörleri olduğu gösterilirken; hareketsiz yaşam tarzı, sigara içme, obezite, diabetes mellitus, obstrüktif uyku apnesi, hipertansiyon (HT) değiştirilebilir risk faktörleri olarak yerini almaktadır (2). Aritmi süresine dayanan AF sınıflandırması yararlı olmasına rağmen AF'yi önleme aşamasında yaşam tarzı ve risk faktörü değişikliği, tarama ve terapi gibi farklı yaklaşımlarında önemi ortaya konmuştur. Bu noktada klinik risk puanlama sistemlerinin kullanımında artış, inme riskine karşı dikkatin artması, erken ritim kontrolü, tıbbi hastalık veya cerrahi sırasında AF tespit edilen hastalara erken yaklaşımın önemini ortaya koymuştur. AF'li hastalarda inme veya sistemik emboli riski bireyler arasında büyük ölçüde değişiklik gösterir ve artmıştır. Bu risk oranlarını azaltma yönünden geçmişten bu yana çeşitli tedavi protokolleri geliştirilmiştir. Bunlardan ilki 1950'li yıllardan bu yana kullanılan K vitamini antagonisti olan varfarin iken 2015'ten sonra direkt oral antikoagülanlar tedavi protokolünde yerini almaya başlamıştır. Bu protokol içinde apiksaban, edoksaban, rivaroksaban, dabigatran öne çıkmaktadır (3).

Çalışmamızın amacı bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran ve AF tanısı almış olan hastaların değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri, yaşam tarzları, başvuru şikayetleri, klinik sonuçlarını incelemek ve bu sayede literatüre katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamız; retrospektif ve tek merkezli olarak yürütülmüş olup Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun onayı (2023-3/45) alınmıştır.

01.01.2018 – 01.01.2023 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran, yeni AF tanısı alan ve daha önce AF tanısı almış (kronik) hastalar dahil edilmiştir. Acil servise dışarıdan arrest olarak getirilen, 65 yaş altı, AF tanı kriterlerini karşılamayan, AF tanı kriterlerini karşılamasına rağmen transtorasik ekokardiyografi (TTE) değerlendirmesi, laboratuvar değerleri ve dosya bilgileri eksik olan hastalar ise çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastaların; sistolik kan basıncı (SKB), diyastolik kan basıncı (DKB), yaşı, cinsiyeti, acil servise başvuru anında kalp atım hızı, sigara kullanımı, acil servise başvuru şikayeti ve komorbid hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, laboratuvar değerleri ve tedavi durumları kayıt edilmiştir.

İstatistiksel analiz

Yaş grupları arasında cinsiyet, ek hastalık, sigara kullanım, AF tipi ve klinik özelliklerle ilişkili oranlar ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Yaş grupları arasında vital ve hemogram sonuçlarının karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak

belirlendi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.

Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen 65 yaş üstü AF vakaların 110'unun (%32,8) 65-74 yaş, 136'sının (%40,6) 75-84 yaş, 89'unun (%26,6) ise 85 ve üstü yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Vakaların yaş ortalamalarının ise $78,70 \pm 7,60$ (Min.=65,00-Maks=98,00) olduğu belirlendi. En yaygın dağılımın 75-84 yaş grubunda olduğu görüldü. Olguların cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde ise 135 hastanın (%40,3) erkek, 200 vakanın (%59,7) ise kadın olduğu belirlenirken kadın hasta sayısının erkek hasta sayısından fazla olduğu tespit edildi. Yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,680$). Çalışmamızda 104 vakanın (%31) sigara kullandığı belirlendi ve yaş gruplarına göre sigara kullanma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü ($p=0,707$).

Olguların tanı alma süreci incelendiğinde; 335 hastanın 326'sının (%97,3) bilinen AF tanısı olduğu, 9'unun (%2,7) ise yeni tanı AF olduğu belirlendi ve yaş gruplarına göre AF alt tipi oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,754$).

Çalışmamızda 104 vakanın (%31) sigara kullandığı belirlendi ve yaş gruplarına göre sigara kullanma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü ($p=0,707$).

Olguların acil servise başvuru şikayetleri incelendiğinde; en fazla dispne, çarpıntı, göğüs ağrısı ve senkop olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 1).

Yaş grupları arasında başvuru şikayetleri oranlarının karşılaştırılması sonucunda bilinç bulanıklığı ($p=0,012$), çarpıntı ($p=0,001$), göğüs ağrısı ($p=0,003$) oranları açısından anlamlı farklılık bulunurken, diğer şikayet oranları açısından anlamlı farklılık bulunmadı. Çarpıntı ve göğüs ağrısı oranları 65-74 yaş grubunda daha fazla görülürken, bilinç bulanıklığı oranı açısından sadece 65-74 ile 85 yaş ve üzeri gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p=0,006$).

Olgularda görülen ek hastalıklar Tablo 2'de görülmekte olup en sık hipertansiyon (%67,5), koroner arter hastalığı (%37,3) ve diyabetes mellitus (%31,6) eşlik etmektedir (Tablo 2).

Yaş grupları arasında ek hastalık oranlarının karşılaştırılması sonucunda; koroner arter hastalığı ($p=0,023$), diyabetes mellitus ($p=0,019$) ve demans ($p=0,015$) oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, diğer hastalık oranları açısından anlamlı fark bulunmadı. 85 yaş ve üzeri grupta demans ve koroner arter hastalığı oranları daha yüksek iken diyabetes mellitus oranı 65-74 yaşa göre daha düşük bulundu.

AF vakalarının tedavi protokolleri ve sonlanım şekli incelendiğinde 248 vakanın (%74) acil servise tedavi gördüğü, 121 vakanın (%36,1) yatışının yapıldığı, 3'ünün (%0,9) ex olduğu, 8'inin (%2,4) tedaviyi reddettiği ve 203'ünün (%60,6) ise taburcu olduğu belirlendi (Tablo 3).

Yaş grupları arasında sonlanım türü açısından anlamlı farklılık bulunmasına rağmen, yaş grupları arasında yapılan ikili karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,016$).

Yaş grupları arasında vital bulgular ve biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması Tablo 4'te görülmekte olup; üre ($p < 0,001$), kreatin ($p < 0,001$), ALT ($p=0,006$), kalsiyum

| Başvuru şikayeti | n | % |
|-----------------------|-----|------|
| Afazi | 7 | 2,1 |
| Bilinç Bulanıklığı | 12 | 3,6 |
| Baş dönmesi | 3 | 0,9 |
| Epileptik nöbet | 2 | 0,6 |
| Hipoestezi | 8 | 2,4 |
| Senkop | 18 | 5,4 |
| Sirt ağrısı | 1 | 0,3 |
| Pre arrest | 2 | 0,6 |
| Çarpıntı | 32 | 9,6 |
| Dispne | 112 | 33,4 |
| Epigastrik ağrı | 2 | 0,6 |
| Göğüs ağrısı | 34 | 10,1 |
| Hipertansiyon | 6 | 1,8 |
| Ayaklarda şişlik | 7 | 2,1 |
| Ateş | 7 | 2,1 |
| Baş ağrısı | 10 | 3,0 |
| Genel durum bozukluğu | 9 | 2,7 |
| Halsizlik | 17 | 5,1 |
| Kanlı gayta | 14 | 4,2 |
| Karın ağrısı | 17 | 5,1 |
| Öksürük/Balgam | 13 | 3,9 |
| Diğer | 29 | 8,7 |

Tablo 1. Atriyal fibrilasyon vakalarının acil servise başvuru şikayetleri.

| Ek hastalıklar | n | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Hipertansiyon | 226 | 67,5 |
| Koroner arter hastalığı | 125 | 37,3 |
| Diyabetes mellitus | 106 | 31,6 |
| Kronik obstrüktif akciğer hastalığı | 54 | 16,1 |
| Serebrovasküler olay | 42 | 12,5 |
| Astım | 21 | 6,3 |
| Kronik böbrek yetmezliği | 18 | 5,4 |
| Malignite | 11 | 3,3 |
| Demans | 10 | 3,0 |

Tablo 2. Atriyal fibrilasyon vakalarına eşlik eden ek hastalıkları.

| Tedavi protokolleri | | n | % |
|--|------------|-----|------|
| Asetilsalisilik asit /Antikoagülan | Var | 315 | 94,0 |
| | Yok | 20 | 6,0 |
| Beta-blokör/Kalsiyum kanal antagonisti | Var | 252 | 75,2 |
| | Yok | 83 | 24,8 |
| Acilde tedavi | Var | 248 | 74,0 |
| | Yok | 87 | 26,0 |
| Sonlanım | Yatış | 121 | 36,1 |
| | Eksitus | 3 | 0,9 |
| | Tedavi ret | 8 | 2,4 |
| | Taburcu | 203 | 60,6 |

Tablo 3. Atriyal fibrilasyon vakalarında tedavi protokolleri ve sonlanım şekli.

($p=0,036$), troponin ($p=0,001$) ve hemoglobin ($p<0,001$) ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, diğer ölçümler açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Üre, kreatin, ALT, Troponin ve hemoglobin ölçümleri açısından 65-74 yaş grubunda yer alan hastaların ölçümleri diğer yaş grubundakilerden anlamlı farklı bulunmuştur. Üre, kreatin ve troponin ölçümleri 65-74 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunurken, ALT ve hemoglobinin ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. Kalsiyum ölçümü açısından ise sadece 65-74 ve 85 yaş ve üzeri grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. 65-74 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur. Sigara içme durumuna göre CRP değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yaş grupları arasında tedavi biçimleri karşılaştırılması Tablo 5'de görülmekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=8,62$, $p=0,071$) (Tablo 5).

Taburcu olan ve yatışı yapılan vakaların vital ve hemogram değerlerinin karşılaştırılma sonuçları Tablo 6'da görülmekte olup; satürasyon, üre, kreatin, kalsiyum, troponin, BNP ve INR ölçümleri açısından farklılık bulunurken, diğer ölçümler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Taburcu olan vakaların satürasyon ($p=0,001$) ve kalsiyum ($p=0,008$) değerlerinin yatan vakalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Taburcu olan vakaların üre ($p=0,003$), kreatin ($p=0,016$), troponin ($p<0,001$), INR ($p=0,044$) ve CRP ($p=0,010$) ölçümleri yatan vakalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tartışma

Bu çalışmada özellikle yaşlı popülasyonda AF'li hastaların demografik özellikleri, acil servise başvuru şikayeti, vital bulgular ve laboratuvar sonuçlarının arasındaki istatistiksel farklar araştırılmıştır. Yamashita ve ark. tarafından yapılan ve de Witassek ve ark. tarafından yapılan çok merkezli çalışmalarda da benzer şekilde AF tanısı olan hastaların demografik özellikleri incelenmiş olup çalışma dizaynı açısından benzerlik olduğu görülmektedir (4,5). Çalışmamızda 335 hastanın 200 (%59,7)'ü kadın, 135 (%40,7) olarak tespit edildi. Friberg ve ark. 170.291 hasta ile

| | Yaş Grupları | | | | | | | | | p |
|------------------|--------------------|--------|--------|--------------------|--------|---------|------------------------|--------|---------|--------|
| | 65-74 yaş (n=110) | | | 75-84 yaş (n=136) | | | 85 yaş ve üzeri (n=89) | | | |
| | Medyan | %25 | %75 | Medyan | %25 | %75 | Medyan | %25 | %75 | |
| Kalp atım sayısı | 93,00 | 79,00 | 125,00 | 90,00 | 78,00 | 110,00 | 85,00 | 75,00 | 108,00 | 0,139 |
| SKB | 130,00 | 120,00 | 150,00 | 135,00 | 112,50 | 150,00 | 130,00 | 119,00 | 150,00 | 0,429 |
| DKB | 80,00 | 70,00 | 90,00 | 80,00 | 70,00 | 90,00 | 80,00 | 70,00 | 90,00 | 0,530 |
| OAB | 97,00 | 87,00 | 113,00 | 97,00 | 83,00 | 110,00 | 94,00 | 86,00 | 103,00 | 0,341 |
| Saturasyon | 95,00 | 93,00 | 97,00 | 95,00 | 92,00 | 97,00 | 95,00 | 94,00 | 98,00 | 0,080 |
| Üre | 42,00 ^a | 35,00 | 60,00 | 56,00 ^b | 40,00 | 80,00 | 64,00 ^b | 49,00 | 94,00 | <0,001 |
| Kreatin | 0,92 ^a | 0,76 | 1,17 | 1,07 ^b | 0,84 | 1,40 | 1,24 ^b | 0,96 | 1,55 | <0,001 |
| AST | 21,00 | 15,00 | 27,00 | 22,00 | 17,00 | 27,00 | 22,00 | 15,00 | 32,00 | 0,724 |
| ALT | 19,00 ^a | 14,00 | 32,00 | 16,50 ^b | 11,50 | 23,00 | 15,00 ^b | 11,00 | 23,00 | 0,006 |
| Sodyum | 138,00 | 135,00 | 140,00 | 137,00 | 134,00 | 140,00 | 138,00 | 134,00 | 140,00 | 0,719 |
| Potasyum | 4,30 | 3,90 | 4,70 | 4,30 | 4,00 | 4,80 | 4,40 | 4,00 | 4,70 | 0,704 |
| Kalsiyum | 9,10 ^a | 8,50 | 9,40 | 8,90 ^{ab} | 8,50 | 9,30 | 8,70 ^b | 8,35 | 9,20 | 0,036 |
| Troponin | 8,45 ^a | 4,35 | 23,20 | 16,00 ^b | 6,10 | 32,10 | 19,25 ^b | 10,00 | 45,15 | <0,001 |
| BNP | 584,70 | 316,60 | 961,70 | 527,50 | 238,00 | 1199,60 | 863,60 | 291,80 | 1712,50 | 0,248 |
| INR | 1,10 | 1,00 | 1,40 | 1,20 | 1,00 | 1,50 | 1,20 | 1,00 | 1,30 | 0,837 |
| Hemoglobin | 12,50 ^a | 11,10 | 13,70 | 11,20 ^b | 10,10 | 12,70 | 11,20 ^b | 9,70 | 12,80 | <0,001 |
| Trombosit | 213,60 | 173,70 | 266,30 | 221,40 | 169,20 | 277,00 | 202,30 | 154,90 | 274,10 | 0,582 |
| CRP | 14,10 | 3,00 | 39,30 | 10,80 | 2,00 | 25,35 | 16,05 | 5,40 | 55,35 | 0,118 |

Tablo 4. Yaş grupları arasında vital bulgular ve biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması.

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, OAB: Ortalama arteryel basıncı, AST: Aspartat amino transferaz, ALT: Alanin amino transferaz, BNP: Brain natriuretik peptid, INR: International Normalized Ratio, CRP: C reaktif protein

| Tedavi Türü | Yaş Grupları | | | | | | χ ² | p |
|-------------|-------------------|------|-------------------|------|------------------------|------|----------------|-------|
| | 65-74 yaş (n=110) | | 75-84 yaş (n=136) | | 85 yaş ve üzeri (n=89) | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Aspirin | 31 | 34,4 | 34 | 29,6 | 26 | 32,5 | | |
| Warfarin | 15 | 16,6 | 16 | 13,9 | 3 | 3,7 | 8,62 | 0,071 |
| YOAK | 44 | 48,9 | 65 | 56,5 | 51 | 63,8 | | |

Tablo 5. Yaş grupları arasında tedavi şeklinin karşılaştırılması

YOAK: Yeni oral antikoagülan

Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

yaptıkları kohort çalışmasında bu oran 90.254 (%53) erkek, 80.036 (%47) kadın olarak belirlenirken ülkemizde Ertaş ve ark. 17 farklı üçüncü basamak sağlık merkezinde 2242 hasta ile yaptıkları çalışmada ise bu oran 1341 (%59) kadın, 900 (%41) erkek hasta şeklinde belirlenmiştir (6,7). Çalışmalardaki evrenin büyüklüğü, çok merkezli olup olmamasına bağlı olarak kadın/erkek oranlarının çalışmamızın literatür uygunluğu gösterdiği veya

göstermediği durumlar mevcuttur. Çalışmamızda AF vakalarında sigara kullanım oranı %31'lik bir oran göstermiştir, bu oran Bernegger ve ark. AF öyküsü olan 140.312 hasta ile 2005'ten 2020'ye kadar gerçekleştirdikleri prospektif araştırmada %18 olarak karşımıza çıkarken İmtiaz ve ark. 11.047 hastayı dahil ettiği kohort çalışmasında 5477 (%49) olarak belirlenmiştir (8,9). Çalışmamızdaki AF vakalarının sigara içme oranlarındaki bu farklılığın

çalışmaların yapıldığı merkezlerin lokasyon, örneklem büyüklüğü ve çalışmaların yapıldığı zaman süreçlerinin farklılığından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışmamızda AF hastalarının acil servisimize başvuru şikayetleri incelendiğinde dispne 112 (%33,4) hasta düzeyi ile ilk sırada yer alırken Caldarola ve ark. 265.906 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada AF ile ilişkili en yaygın semptomlar dispne, çarpıntı ve yorgunluk olarak belirtilmiştir (10). Freeman ve ark. 10.132 hastayı dahil ettiği kohort çalışmasında ise en sık görülen semptomlar %32,7 çarpıntı, %9,4 göğüs ağrısı olarak belirlenmiştir (11). Her iki çalışma çalışmamızın literatür ile uyumluluğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda AF tanısı alan hastaların %67,5'inde HT mevcut olup en sık görülen risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Ertaş ve ark. ülkemizde 2242 hastayla yürütmüş olduğu AF li hastaların demografik özelliklerini içeren çalışmada bu oran %66,9 olarak bulunurken 26 ülke ve de 10.000'den fazla hasta ile gerçekleştirilen REALİSE-AF çalışmasında AF vakalarına en sık eşlik eden hastalığın %72,2 oranla HT olduğu görülmüştür (7,12). Her iki sonuçta çalışmamızı destekleyici yönde olup literatür uyumluluğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda AF vakalarına eşlik eden diğer ek hastalıklar incelendiğinde ise %37,5 KAH ve %30,9 DM'in öne çıktığı görülmektedir. Liang ve ark. tarafından AF risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada HT komorbidite oranı %34 olarak belirlenirken Masunaga ve ark. tarafından 4464 AF hastasının incelendiği başka bir çalışmada KAH varlığı oranı %14 olarak belirlenmiştir (13,14). Çalışmamız bu sonuçlara dayanarak bazı noktalarda literatür uyumluluğu gösterirken bazı noktalarda çalışma büyüklüğü ve tek merkezli çalışma olmasından kaynaklanan farklılıklar göstermektedir.

AF vakalarının çalışmamızdaki tedavi özellikleri incelendiğinde OAK kullanımının %94 ile oranıyla başlıca yaklaşım şekli olduğu görülmektedir. Steinberg ve ark. tarafından 35 ülke 1.314 merkezde 51.270 hasta ile gerçekleştirilen prospektif çalışmada bu oran %87'e kadar çıkarken Bode ve ark. acil serviste AF yönetimiyle ilişkili zorlukları ele aldığı çalışmada bu oran %97 kadar raporlanmıştır (15,16). Bu sonuçlara dayanarak çalışmamızın literatüre uyumlu olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmamızda hastane yatış oranı %36 seviyesinde gerçekleşmiştir. Bosch ve ark. 2753 hasta ile yaptığı çalışmada yatış oranı %26 olarak gerçekleşirken Meyre ve ark. 14 merkezde 2378 hasta ile gerçekleştirdiği prospektif gözlemsel kohort çalışmasında bu oran %37 olarak belirlenmiştir (17,18). Her iki çalışma çalışmamızın literatür uyumluluğunu teyit edecek niteliktedir.

Çalışmamızda üre ($p<0,001$), kreatin ($p<0,001$), ALT ($p=0,006$), Ca ($p=0,036$), Trop ($p=0,001$), CRP ($p=0,010$) ve HMG ($p<0,001$) ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken diğer ölçümler açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fan ve ark. 22.697 AF hastasını içeren meta-analizinde troponin değerinde %66,1'inde yükseklik bulunurken (19), Naffa ve ark.'ın yaptığı çalışmada %41 olarak rapor edilmiştir (19,20). Her iki durum çalışmamızın uyumluluğunu ortaya koymaktadır. Literatürde tek başına CRP'nin AF ile ilişkisini araştıran çok az sayıda çalışma mevcuttur. Chung ve ark 131 AF'li hasta, 71 kontrol hastası ile gerçekleştirdikleri vaka-kontrol çalışmasında AF'li hastalarda CRP oranları yüksek olduğunu bulmuştur ($p<0,001$) (21). Yine Anderson ve ark 347 AF'li hasta ve 2449

kontrol grubuyla gerçekleştirdiği prospektif çalışmada CRP değerlerinin yüksek seyrettiğini rapor edilmiştir (22). Her iki çalışma çalışmamızın bu yönden uyumluluğunu ortaya koyacak niteliktedir.

Kısıtlılıklar

Çalışmamız tek merkezli ve retrospektif olması nedeniyle sınırlıdır, diğer kısıtlılık yönü verilerin hastane bilgi yönetimi sistemi (HBYS) üzerinden alınmasıdır. Ayrıca çalışmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması ve yalnızca acil servis başvurularına bakılmış olması araştırmanın kısıtlılıkları içerisinde sayılabilir. Hastalara uygulanan TTE acil serviste tarafımızca uygulanmamış olup, konsültan kardiyoloji uzmanı tarafından yapılmış olduğundan subjektiftir. Bu çalışmamızı kısıtlayan yönlerden biridir. Çalışmamızdaki hasta sayısının fazla olmaması da diğer kısıtlayıcı yönlerden biridir. Özellikle veriye dayalı çalışmaların artmasının bu durumun azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle prospektif, çok merkezli ve geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Yaşlı insanlarda yaygın ve de önemli bir klinik sorun olan AF maalesef klinik çalışmalarda ve denemelerde yerini tam olarak alamamaktadır. Bu açıdan çalışmamız yaşlı hastalarda bu duruma zemin hazırlayan faktörlerin erken belirlenmesinin, bunu önlemeye yönelik yaşam tarzı değişikliklerinin, ilaç rejimleri (oral ve i.v.) ve zamanında cerrahi yaklaşımların yararlı olacağını ortaya koymaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma herhangi bir finansal destek almamıştır.

Yazar Katkısı: **TH:** literatür tarama, çalışma planı, veri girişi, makale yazımı. **VAD:** literatür tarama, çalışma planı, istatistik, makale yazımı. **GA, ŞA:** literatür tarama, istatistik, makale düzenleme.

Etik Kurul Onayı: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun onayı alınmıştır (Onay numarası: 2023-3/45).

Kaynaklar

1. Staerk L, Sherer JA, Ko D, Benjamin EJ, Helm RH. Atrial Fibrillation: Epidemiology, Pathophysiology, and Clinical Outcomes. *Circ Res*. 2017; 28;120(9):1501-17.
2. Bizhanov KA, Abzaliev KB, Baimbetov AK, Sarsenbayeva AB, Lyan E. Atrial fibrillation: Epidemiology, pathophysiology, and clinical complications (literature review). *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2023 Jan;34(1):153-165. doi: 10.1111/jce.15759. Epub 2022 Dec 9. PMID: 36434795.
3. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024 Jan 2;149(1):e1-e156. doi: 10.1161/CIR.0000000000001193.

4. Yamashita Y, Hamatani Y, Esato M, et al. Clinical Characteristics and Outcomes in Extreme Elderly (Age \geq 85 Years) Japanese Patients with Atrial Fibrillation. 2016.149(2):401-12.
5. Witassek F, Springer A, Adam L, et al. Health-related quality of life in patients with atrial fibrillation: The role of symptoms, comorbidities, and the type of atrial fibrillation. 2019.23;14(12).
6. Friberg L, Rosenqvist M, Lip GY. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. 2012. 33(12):1500-10.
7. Ertaş F, Kaya H, Kaya Z, et al. Epidemiology of atrial fibrillation in Turkey: preliminary results of the multicenter AFTER study. Turk Kardiyol Dern Ars. 2013 Mar;41(2):99-104. doi: 10.5543/tkda.2013.18488. PMID: 23666295.
8. Bernegger A, Mikšová D, Posekany A, et al. Time trends in stroke severity in the years 2005 to 2020: results from the Austrian Stroke Unit Registry. 2022. 269(8):4396-4403.
9. Imtiaz Ahmad M, Mosley CD, O'Neal WT, et al. Smoking and risk of atrial fibrillation in the REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. J Cardiol. 2018 Feb;71(2):113-117. doi: 10.1016/j.jcc.2017.07.014. Epub 2017 Sep 5. PMID: 28886993; PMCID: PMC5735021.
10. Caldarola P, De Iaco F, Pugliese FR, et al. ANMCO-SIMEU consensus document: appropriate management of atrial fibrillation in the emergency department. 2023. 18;25. 255-77.
11. Freeman JV, Simon DN, Go AS, et al. Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) Investigators and Patients. Association Between Atrial Fibrillation Symptoms, Quality of Life, and Patient Outcomes: Results From the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF). Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015. 8(4):393-402.
12. Alam, M., Bandal, S. J., Shahzad, S. A. Real-life global survey evaluating patients with atrial fibrillation (REALISE-AF): results of an international observational registry. Expert review of cardiovascular therapy, 2012. 10(3), 283-91
13. Liang F, Wang Y. Coronary heart disease and atrial fibrillation: a vicious cycle. 2021. 1;320(1):1-12.
14. Masunaga N, Ogawa H, Minami K, et al. Association of Concomitant Coronary Artery Disease With Cardiovascular Events in Patients With Atrial Fibrillation. 2022. 25;86(8):1252-62.
15. Steinberg BA, Gao H, Shrader P, et al. International trends in clinical characteristics and oral anticoagulation treatment for patients with atrial fibrillation: Results from the GARFIELD-AF, ORBIT-AF I, and ORBIT-AF II registries. 2017. 194:132-140.
16. Bode W, Ptaszek LM. Management of Atrial Fibrillation in the Emergency Department. Curr Cardiol Rep. 2021. 6;23(12):179.
17. Bosch, R.F., Kirch, W., Theuer, J.D., et al. Atrial fibrillation management, outcomes and predictors of stable disease in daily practice: prospective, non-interventional study. International Journal of Cardiology, 2013.167 (3), 750-6.
18. Meyre PB, Springer A, Aeschbacher S,. Association of psychosocial factors with all-cause hospitalizations in patients with atrial fibrillation. 2021. 44(1):51-7
19. Fan, Y., Zhao, X., Li, X., et al. Cardiac troponin and adverse outcomes in atrial fibrillation: A meta-analysis. Clinica Chimica Acta, 2018. 477, 48-52.
20. Naffaa, M. E., Nasser, R., Manassa, E., et al. Cardiac troponin-I as a predictor of mortality in patients with first episode acute atrial fibrillation. 2017. 110(8), 507-11.
21. Chung MK, Martin DO, Sprecher D., et al. C-reactive protein elevation in patients with atrial arrhythmia: inflammatory mechanisms and persistence of atrial fibrillation. 2001. 104 (24). 2886-91.
22. Anderson JL, Maycock CAA, Lappé DL, et al. Frequency of elevation of C-reactive protein in atrial fibrillation. 2004. 94 (10). 1255-9.