

MERKEZİMİZE BAŞVURAN NONVALVÜLER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN VE ORAL ANTİKOAGÜLASYON TERCİHLERİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Retrospective Evaluation of Oral Anticoagulation Preferences and Demographic Characteristics of the Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation in Our Center

Vahit DEMİR, Yaşar TURAN, Şiho HİDAYET

ÖZET

Amaç: Atriyal fibrilasyon (AF) en sık saptanan kardiyak aritmi olup tromboembolik olay oranında 5 kat artışla ilişkilidir. Yozgat popülasyonunda non-valvüler AF nedeniyle hastaneye başvuru sıklığı, risk faktörlerinin varlığı, uygulanan antikoagülan-antitrombotik tedavinin seçimi hakkında literatürde yeterli veri yoktur. Bu çalışmada, Yozgat ilinde yaşayan non-valvüler AF'li hastaların demografik özelliklerini, antikoagülan-antitrombotik tedavi seçimini ve iskemik inme gelişim riskini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran 18 yaş üstü non-valvüler AF tanılı 316 kişinin bilgileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların bazal demografik verileri, inme risk faktörleri ve kullanmış oldukları antiagregan-antikoagülan tedavileri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 130'u (%41) erkek ve 186'sı (%59) kadın bireylerden oluşmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması 67,5±12,9 yıldır. Ortalama CHA2DS2-VASC skoru 3,2±1,3 olarak bulundu. AF'ye eşlik eden inme risk faktörleri sıklık sırasına göre yaş, hipertansiyon, vasküler hastalıklar, kalp yetmezliği ve diyabetes mellitus olarak bulundu.

Sonuç: Hastaların büyük çoğunluğunun oral antikoagülan (OAK) kullandığı gözlenmiştir. Fakat hala azımsanmayacak şekilde OAK tedavisi almayan ya da eksik tedavi alan hastalarında olduğu da tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Atriyal fibrilasyon; Oral antikoagülan; Risk skorları

ABSTRACT

Objectives: Atrial fibrillation (AF) is the most commonly detected arrhythmia and is associated with a 5-fold increase in thromboembolic event rate. There is insufficient data in the literature about the frequency of referral to the hospital due to non-valvular AF, the presence of risk factors, and the choice of applied anticoagulant-antithrombotic treatment in the Yozgat population. In this study, we aimed to evaluate the demographic characteristics, the choice of anticoagulant-antithrombotic treatment, and the risk factors for ischemic stroke of the patients with non-valvular AF in Yozgat province.

Methods: This was a single center retrospective study. The cases were consecutive AF patients, who were followed-up by the Cardiology outpatient clinic of Bozok University, Faculty of Medicine. A total of 316 non-valvular AF patients over 18 years old, were retrospectively evaluated. Baseline demographic characteristics, stroke risk factors and the data of antiplatelet and anticoagulant therapy were recorded.

Results: One-hundred-thirty (41%) of the patients were male and 186 (59%) were female. The mean age of the patients was 67,5±12,9 years. The mean CHA2DS2-VASC score was found to be 3.2 ± 1.3. The most common stroke risk factors associated with AF were; age, hypertension, vascular diseases, heart failure and diabetes mellitus, respectively.

Conclusion: We report that the vast majority of patients use oral anticoagulants (OAC), but, unfortunately it has also been found that, there are a considerable number of patients who are still not treated or receive incomplete treatment.

Keywords: Atrial fibrillation; Oral anticoagulant; Risk scores

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Vahit DEMİR, Dr. Öğr. Üyesi
Yaşar TURAN, Dr. Öğr. Üyesi
Şiho HİDAYET, Dr. Öğr. Üyesi

İletişim:

Dr. Öğr. Üyesi Vahit DEMİR,
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı,
Adnan Menderes Bulvarı No:44 66020
Yozgat
Tel: 0090 507 231 8182
e-mail:
dr.vdemir@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 12.12.2017

Kabul tarihi/Accepted: 20.03.2018

DOI: 10.16919/bozoktip.364971

Bozok Tıp Derg 2018;8(2):15-20
Bozok Med J 2018;8(2):15-20

Giriş

Atriyal fibrilasyon (AF) klinik pratikte en sık karşılaşılan aritmi türüdür (1). Genel popülasyonda sıklığı %1-2'dir. Prevalansı yaşla birlikte artmakta olan bu ritim bozukluğunun sıklığı son yıllarda artış göstermiştir. AF yaşam kalitesinde bozulma, sık hastaneye başvuru, kalp yetersizliği, inme gibi sakatlıklara neden olabilen ve ölüme sonuçlanabilen heterojen bir hastalıktır. Çoğu zaman AF'ye eşlik eden sistemik bir hastalık vardır. AF'nin en önemli mortal ve morbid komplikasyonlarından birisi iskemik inmedir (2). Yapılan çalışmalarda, bu komplikasyonun tüm AF tiplerinde benzer sıklıkta meydana geldiği vurgulanmaktadır. Tedavi hedefleri konusunda fikir birliği olmamasına rağmen öncelikli hedefler arasında kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azaltmak vardır. Bu da ancak tromboembolik olayların önlenmesi, semptomların azaltılarak yaşam kalitesinin artırılması, hastane yatışlarının azaltılması ile sağlanabilir. Antikoagülasyon; bütün AF tiplerinde tromboembolik komplikasyonları önlemede kabul edilmiş bir tedavi yöntemidir. Vitamin K antagonistleri (VKA) inme riskini plaseboya kıyasla %64 azaltır, ancak sıkı takib gerektirir. Yeni oral antikoagülanların (YOAK) takibi VKA'ya göre daha kolaydır. YOAK'lar, VKA tedavisi kadar etkili ve güvenlidir (3-6). CHA2DS2-VASc skoru, non-valvüler AF olan hastalarda tromboemboli riskini belirlemede kullanılan güncel skorlamadır. Bu skorlamaya göre konjestif kalp yetmezliği (KKY), hipertansiyon (HT), ileri yaş, diyabetes mellitus (DM), kadın cinsiyet, inme ve vasküler hastalık varlığı inme riskini belirlemede kullanılmaktadır (2,7,8). Atriyal fibrilasyon tanı ve tedavisinde gelişmeler ve yenilikler olmasına rağmen Yozgat ilinde non-valvüler AF nedeniyle hastaneye başvuru sıklığı, risk faktörlerinin varlığı, uygulanan antikoagülan-antitrombotik tedavinin seçimi hakkında yeterli veri yoktur. Biz bu çalışmada, Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran non-valvüler AF hastalarının demografik özellikleri, AF tipi, antikoagülan-antitrombotik tedavi seçimi ve iskemik inme gelişim riskini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD

Bu çalışmada, bir yıllık zaman dilimi içinde Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran 7068 bireyin dosyaları geriye

dönük olarak incelendi. Non-valvüler AF tanılı 316 kişi çalışmaya alındı. Ciddi romatizmal mitral kapak hastalığı, mekanik veya biyoprotez kalp kapağı ya da kalp kapak tamiri öyküsü dışındaki AF'ler non-valvüler AF olarak kabul edildi. Dosya kayıtları üzerinden hastaların yaş, cinsiyet bilgileri, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, AF türleri, eşlik eden hastalıklar, OAK kullanımı ve/veya antiagregan tedavi kullanımları, rutin biyokimyasal ve hematolojik parametreler ile transtorasik ekokardiyografi bilgilerine ulaşıldı. Tıbbi özgeçmişlerinde 12 derivasyonlu elektrokardiyografi (EKG) veya ritim holter kaydında AF olduğu belgelenen hastalar çalışmaya dâhil edildi. Hastaların iskemik inme riskinin hesaplanması için CHA2DS2-VASc skoru ve kanama riskinin belirlenmesi için HAS-BLED skoru kullanıldı. Tanı olarak hastane sisteminde AF tanısı olan fakat dosya ve epikriz kayıtlarında AF saptanmayan, CHA2DS2-VASc ve HAS-BLED skoru hesaplanamayan olgular yetersiz kayıt olarak kabul edildi. Valvüler nedenli AF, 18 yaş altındaki bireyler ve yetersiz kayıt bilgileri dışlanma kriteri olarak kabul edildi. 9 kişi yetersiz kayıt ve 213 (%3.01) kişi valvüler nedenli AF nedeniyle çalışmaya dâhil edilmedi.

Klinik değişkenler

Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %40'ın altında olması, kalp yetersizliği olarak tanımlandı. Hipertansiyon, arteriyel tansiyonun iki farklı ölçümde sistolik >140 ve diastolik >90 mmHg olarak ölçülmesi veya son 6 ay içerisinde antihipertansif ilaç kullanımı olarak tanımlandı. Diyabet tanısı açlık kan şekeri değerinin ≥ 126 mg/dL olması veya son 6 ay içinde antidiyabetik ilaç kullanılması olarak tanımlandı. İnme tanısı; nörolojik fonksiyon bozukluğu ile başvuran, semptomları 24 saatten fazla süren hastalarda klinik değerlendirilme ve görüntüleme yöntemleri ile beyinde oluşan iskemi, kanama veya zedelenmiş bölgenin gösterilmiş olması olarak kabul edildi. Geçici iskemik atak tanısı, 24 saatten kısa süren, semptomlara neden olan, ölüm veya sakatlıkla sonuçlanmayan geçici nörolojik fonksiyon bozukluğu olarak kabul edildi. Koroner arter hastalığı, perkütan koroner girişim, geçirilmiş miyokard infarktüsü, geçirilmiş bypass öyküsü ve periferik arter hastalığının olması; vasküler hastalık varlığı olarak kabul edildi. Koroner arter hastalığı ise perkütan koroner girişim, geçirilmiş

miyokard infarktüsü, geçirilmiş bypass öyküsü olan ve koroner anjiyografi sonrası koroner arter hastalığı tanısı alanlar olarak kabul edildi. Periferik arter hastalığı tanısı, doppler ultrasonografi ya da periferik anjiyografi tetkiki ile karotis, aort, iliyak ve alt ekstremiteler gibi damarlarda tıkaçıcı arter hastalığının teyid edilmesiyle konuldu. Hemoglobinde 2 mg/dL düşüş, hematokritte yüzde 20'den daha fazla düşüş ya da en az 2 ünite kan transfüzyonu gerektiren kanamalar major kanama, tıbbi müdahale gerektirmeyen kanamalar minör kanama olarak kabul edildi.

İnme için risk faktörlerinin tespiti

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından 2016 yılında güncellenmiş olan AF kılavuzunda yer alan CHA2DS2-VASc skoru; inme, geçici iskemik atak öyküsü veya yaş ≥ 75 için 2 puan; 65-74 arası yaş, hipertansiyon öyküsü, diyabet, yakın zamanda geçirilen kalp yetersizliği, vasküler hastalığı [miyokard enfarktüsü, komplike aort plağı ve geçirilmiş revaskülarizasyon, periferik arter hastalığına] ve kadın cinsiyet için 1'er puan verilerek hesaplanmıştır (9). Hipertansiyon (sistolik kan basıncının >160 mHg olması), anormal böbrek fonksiyonu (kronik diyaliz veya renal transplant veya serum kreatininin ≥ 200 mmol/L), anormal karaciğer fonksiyonu, inme öyküsü, kanama [önceki kanama öyküsü veya kanamaya yatkınlık, kanama diyatezi, anemi, labil International Normalized Ratio (INR)], yaş >65 üstü, ilaç/alkol kullanımı parametreleri puanlanarak HAS-BLED kanama risk skoru hesaplanmıştır. AF klinik sınıflaması ESC kılavuzunun tanımladığı şekilde yapılmış olup; kendi kendine sonlanan ve çoğunlukla 48 saatten kısa süren AF paroksizmal olarak, kendi kendine sonlanmayan veya 7 gün veya daha sonraki günlerde kardiyoversiyon gerektiren AF persistant (ısrarcı) olarak, aritminin varlığı hasta ve hekim tarafından kabul edilen AF, kalıcı AF olarak değerlendirildi.

İstatistiksel analiz

Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler frekans ve yüzde şeklinde ifade edildi. Grupların karşılaştırılmasında sürekli değişkenler için t-testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Analizler SPSS 18.0 Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois) programında yapıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Kardiyoloji polikliniğine 01 Mart 2016- 31 Mart 2017 tarihleri arasında başvuran 7068 bireyden 316 (%4,4)'sı non-valvüler AF tanısıyla değerlendirmeye alındı. Hastalara ait klinik özellikler tromboemboli risk faktörleri ve tedavi seçenekleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastalara ait klinik özellikler, tromboemboli risk faktörleri ve tedavi tercihleri

Değişkenler	Nonvalvüler AF Toplam (n:316)
Yaş (yıl)	67,5 \pm 12,9
Cinsiyet, Kadın (%)	186 (59)
Sistolik kan basıncı (mmHg)	128,5 \pm 28,9
Diastolik kan basıncı (mmHg)	84,5 \pm 17,9
Hipertansiyon (%)	226 (72)
Kalp yetmezliği (%)	112 (35)
Diyabetes mellitus (%)	56 (18)
Vasküler hastalıklar (%)	129 (41)
İskemik inme (GİA dahil) (%)	58 (18)
Hemorajik inme (%)	8 (2,5)
CHA2DS2-VASc skoru	3,23 \pm 1,3
HAS-BLED kanama risk skoru	2,28 \pm 1,9
<u>Atriyal fibrilasyon tipi</u>	
Paroksizmal (%)	18 (5,7)
Persistant (%)	42 (13)
Kalıcı (%)	256 (81)
<u>Kullanılan antiplatelet ya da antikoagülan tedavi</u>	
Yalnız ASA (%)	38 (12)
ASA +klopidogrel (%)	8 (2,5)
ASA +klopidogrel+ OAK (%)	10 (3,2)
Varfarin kullanan (%)	139 (44)
Yeni oral antikoagülan kullanan (%)	105 (33)
Kullanmayanlar (%)	16 (5,1)

SS:Standart Sapma, Vasküler hastalıklar: Koroner arter hastalığı, geçirilmiş miyokard infarktüsü, geçirilmiş bypass ve periferik arter hastalığı, aortta komplike plak, GİA:Geçici iskemik atak,CHA2DS2-VASc Atriyal fibrilasyonlu hastalarda inme risk skorlaması, HAS-BLED:Atriyal fibrilasyonlu hastalarda kanama risk skorlaması, ASA:Asetilsalisilik asit, OAK:oral antikoagülan

Hastaların 130'u (%41) erkek ve 186'sı (%59) kadın bireylerden oluşmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması 67,5±12,9 yıldır. AF'ye eşlik eden risk faktörleri sıklık sırasına göre HT (%72), vasküler hastalıklar (%41), kalp yetmezliği (%35) ve diyabetes mellitus (%18) olarak izlendi. Ortalama CHA2DS2-VASc skoru 3,23±1,37 ve HAS-BLED kanama risk skoru 2,28±1,9 olarak bulundu. CHA2DS2-VASc skoru 0 olan 20 (%6,3), CHA2DS2-VASc skoru 1-2 olan 56 (%18) ve CHA2DS2-VASc skoru ≥2 olan 240 (%76) kişi saptandı. CHA2DS2-VASc skoru ≥1 olup oral antikoagülasyon kullanma endikasyonu olan 296 hastanın 10'u (%3,4) hiçbir antiplatelet ya da antikoagülan ilaç almıyordu. Hastaların 34'ü (%12,0) yalnız asetilsalisilik asit kullanıyordu. Klopidoğrel ya da asetilsalisilik asit ile birlikte klopidoğrel alanların sayısı 8 (%2,7) kişiydi. 10 (%3,1) kişi ise üçlü antitrombotik tedavi (Klopidoğrel, asetilsalisilik ile birlikte oral antikoagülan) kullanıyordu. 139 (%47) kişi VKA kullanırken; 105 (%36) kişi de YOAK kullanıyordu. CHA2DS2-VASc skoru 0 olan 5 kişi herhangi bir antitrombotik tedavi almazken; CHA2DS2-VASc skoru 0 olmasına rağmen 15 kişi ise asetilsalisilik asit kullanıyordu. VKA ve YOAK kullanan hastaların ekokardiyografik bulguları, risk skorları ve laboratuvar tetkikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Varfarin veya yeni oral antikoagülan kullanan hastaların ekokardiyografik bulgularının, risk skorlarının ve laboratuvar tetkiklerinin karşılaştırılması

	Varfarin n:139	Yeni oral antikoagülanlar n:105	P değeri
Yaş (yıl)	66,4±10,6	70,1±8,8	<0.01
SA (mm)	36,5±3,8	36,2±4,1	0.854
SVEF (%)	62,6±5,1	61,7±5,8	0.188
SVESÇ	29,6±2,1	27,6±2,9	0.542
SVEDÇ (mm)	44,6±3,6	44,6±3,7	0.822
Hemoglobin (g/dL)	13,4±3,6	13,3±3,6	0.897
Beyaz küre (x 10 ⁹ /L)	7,7±2,8	7,3±2,1	0.768
Trombosit (x10 ⁹ /L)	196,5±90,2	195,1±78,2	0,304
Kreatinin (mg/dL)	0.9±0,2	0.8±0,4	0.178
CHA2DS2-VASC	3,03±1,3	3.45±3,4	<0.01
HAS-BLED	2.28±2,6	2.35±2,2	0.061

Student T-Test, p<0.05, Veriler ortalama ± standart sapma olarak sunuldu. SA: Sol atrium, SVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, SVESÇ: sol ventrikül sistol sonu çap, SVEDÇ: sol ventrikül diyastol sonu çap,CHA2DS2-VASc:Atriyal fibrilasyonlu hastalarda inme risk skorlaması, HAS-BLED: Atriyal fibrilasyonlu hastalarda kanama risk skorlaması

TARTIŞMA

Bu çalışmada kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %4.4'nün non-valvüler AF tanısı aldığını ve en sık görülen AF tipinin ise persistent AF olduğunu tespit ettik. Non-valvüler AF hastalarının büyük çoğunluğunun mevcut kılavuzlara göre tromboembolik olay gelişim riski için çok sayıda risk faktörünü taşıdığını ve hastaların çoğunun CHA2DS2-VASc skorunun üçün üzerinde olduğunu gördük. Ayrıca hastaların %75'den fazlasının tromboembolik olay gelişim riskini azaltmak için bir OAK kullandığı görüldü. Bununla birlikte, non-valvüler AF hastalarının azımsanmayacak bir bölümünün endikasyonu olmasına rağmen hiçbir OAK grubu ilaç kullanmadığı görülmektedir. Bu veriler merkezimize başvuran non-valvüler AF hastalarının takibinde; biz hekimlere fayda sağlayacağı kanaatindeyiz.

AF sık görülen ritim bozukluğu olup yaşlanan nüfusla birlikte görülme sıklığı artmaktadır (10,11). Tedavide en önemli hedeflerden biri tromboemboliyi önlemektir. Bu hedefe ulaşmak için güncel kılavuzların takip edilmesi elzemdir. Bugüne kadar yapılmış birçok geniş çaplı çalışmalarda AF'li hastalarda tromboembolizm kaynaklı inme ve ölümleri önlemede oral antikoagülan tedavinin çok etkili olduğu gösterilmiştir (12-16). VKA uzun zamandır bilinen ve kullanılan fakat bir o kadar da yan etkiler bakımından çekindiğimiz bir ajandır. VKA'nın farmakokinetik profili çok karışıktır. AF'de kılavuz önerileri doğrultusunda önerilen INR değerlerinin elde edilmesi ve idamesi için yoğun çaba gerekir. Türk toplumunda VKA kullanan hastalarda terapötik INR hedefine ulaşan hasta sıklığının genel olarak düşük bulunduğu bilinmektedir. VKA ilaçların bu özelliklerinden dolayı YOAK (K vitamini olmayan antikoagülanlar; apiksaban, dabigatran, edoksaban, rivaroksaban)'lar tercihen non-valvüler AF'de önerilmektedir. AF'de tedavi seçeneği günümüzde altta yatan sebebe göre değişmektedir. Valvüler AF'de VKA ilaçlar elimizdeki tek seçenektir. Ama non-valvüler AF'de yeni oral antikoagülan ilaçlar VKA kadar etkili olup umut vaat etmektedir. Direk Faktör Xa inhibitörle-rinden rivaroxaban ROCKET-AF (13), edoxaban ENGAGE AF çalışmasında (14), diğer bir faktör Xa inhibitörü olan apixaban ARISTOTLE çalışmasında (15) ve direkt trombin inhibitörü olan dabigatran RE-LY çalışmasında (16) varfarinle karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalarda YOAK'lar stroktan korunmada en az

VKA kadar etkin; kanama komplikasyonunda ise VKA'dan daha güvenilir bulunmuşlardır (13-16).

AF'de antikoagülasyon endikasyonu geçmişte CHADS2 skoruyla belirlenirken son yıllarda kılavuzlarda CHA2DS2-VASc skoru olarak güncellenmiştir. Toplam dokuz puan üzerinden değerlendirilen bu skor sisteminde iki ve üzeri puan olan erkek hastalarla, üç ve üzerinde puan olan kadınlarda mutlak OAK kullanımı önerilmektedir. CHA2DS2-VASc skoru erkeklerde bir, kadınlarda iki ise kanama riski ve hasta tercihi arasındaki denge sağlanarak bir OAK başlanması düşünülebilir. Fakat 65 yaş öncesi sadece kadın cinsiyetten bir puan alan hastalar dahil olmak üzere CHA2DS2-VASc skoru sıfır olanlara antitrombotik veya OAK kullanımı önerilmemektedir (9). Kılavuzlarda kanama riski HAS-BLED skoruyla belirlenmiştir. HAS-BLED skoru yüksek olan hastalar antikoagülan tedavi açısından dikkatlice değerlendirilmelidir.

ESC 2016 AF kılavuzunda belirtildiği gibi American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) kılavuzları ve NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) kılavuzları da yaş, diyabeti, vasküler hastalığı ve hipertansiyonu inme için risk faktörü olarak kabul etmiştir. Bizim verilerimizde AF ile en sık birliktelik gösteren inme risk faktörleri sırasıyla yaş, HT, vasküler hastalıklar, KKY, DM olarak izlendi. Türkiye'nin farklı bölgelerindeki hastanelerde yürütülmüş RAMSES (ReAl-life Multicenter Survey Evaluating Stroke prevention strategies in non-valvular atrial fibrillation) çalışmasında, 6273 non-valvüler AF tanılı hastanın ortalama yaşı 69,6 ve en yaygın olan risk faktörü hipertansiyondu. Ayrıca ortalama CHA2DS2-VASc puanı 3,3, HAS-BLED puanını ise 1,6 olarak bulmuşlardır (17). Bizim çalışmamızda da bu çalışmayla uyumlu olarak, olguların CHA2DS2-VASc skoru $3,2 \pm 1,3$ ve HAS-BLED skoru ise $2,2 \pm 1,9$ olarak hesaplanmıştır.

Çok merkezli başka bir çalışmada ise non-valvüler AF saptanan olguların %40'ının VKA oral antikoagülan kullandığı ve bunların yalnızca %37'sinde INR düzeylerinin hedeflenen aralıkta bulunduğu bildirilmiştir (18). Çalışmamızda mutlak OAK kullanması gereken hastaların çok önemli bir oranının OAK kullandığı, fakat göz ardı edilmeyecek bir kısmının ise halen uygun olmayan ilaç kullandığı ya da OAK

kullanmadığı görülmüştür. YOAK alanların miktarının VKA alan hasta miktarına yaklaştığı görülmektedir. Bizim verilerimizde YOAK tedavisi alanların yaş ve CHA2DS2-VASc skorunun VKA alanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşlı hastalarda risk faktörlerin artması ile birlikte CHA2DS2-VASc skorunun yükselmesi bunun bir nedeni olabilir. Dahası yaşlı hastalarda okuryazarlık oranının düşük olması, çoklu ilaç kullanımı, immobiliteye neden olan bedensel ve zihinsel hastalıkların nispeten fazla olması nedeniyle hasta uyumsuzluğuna bağlı; VKA alan hastalarda INR'nin terapötik aralıkta tutulması zorlaşmaktadır. Bunlardan ötürü hekimlerin yaşlı ve CHA2DS2-VASc puanı yüksek olan bireylerde OAK tedavi tercihini YOAK'tan yana kullandığı tahmin edilebilir.

Non-valvüler AF'li 1745 hastanın analiz edildiği çok merkezli bir başka çalışmada non-valvüler AF'li hastaların sadece %40'ının OAK aldığı ve hastaların yaygın olarak antiplatelet tedavi kullandığı saptanmıştır. Dahası %17 oranında hastanın da hiçbir antitrombotik tedavi kullanmadığı saptanmıştır (19). Hâlbuki ACTIVE-W çalışması, inme için en az 1 risk faktörü olan AF'li hastalarda aspirin ve klopidogrel birlikte kullanımının, iskemik inme önlenme etkisi açısından OAK'ın gerisinde kaldığını göstermiştir. Üstelik majör kanama riski açısından da benzer oldukları vurgulanmıştır (20). Bizim çalışmamızda da güncel kılavuzların artık tromboemboli profilaksisinde kullanmayı önermediği asetilsalisilik asit ya da dual antiplatelet tedavinin hala bir grup hastaya verildiği görülmektedir. CHA2DS2-VASc skoru ≥ 1 olup oral antikoagülasyon kullanma endikasyonu olan 296 hastanın %3,3'ü hiçbir antiplatelet ya da antikoagülan ilaç almıyordu. Hastaların %12'si yalnız asetilsalisilik asit kullanıyordu. Klopidogrel ya da asetilsalisilik asit ile birlikte klopidogrel alanların oranı %2,7 idi. Bu oranların bizim çalışmamızda daha önceki çalışmalara göre daha düşük çıkmasını umut verici olarak değerlendirebiliriz.

Kısıtlılıklar

Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup hastane dosya kayıtlarından ulaşılabildiği kadarıyla hasta verileri değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan hasta sayısı nispeten düşüktür. Çalışmamızda yalnızca kardiyoloji polikliniğine ayaktan gelen olgular değerlendirilmiş olup başka birimlere başvuran olgular değerlendirme

dışı kalmıştır. Hastaların tedaviye uyumsuzluğunun nedenleri belirlenememiş olup benzer şekilde prospektif olarak tasarlanan geniş ölçekli bir çalışmanın Yozgat ili koşullarında irdelenmesi daha yararlı olabilir.

SONUÇ

Non-valvüler AF'li hastaların çoğunun CHA2DS2-VASc skorunun yüksek olduğu ve bundan dolayı OAK kullandığı görüldü. Yeni oral antikoagülanların non-valvüler AF hastalarında kullanılmasıyla birlikte hastaların geçmiş yıllara göre daha fazla OAK kullandığı söylenebilir. Fakat göz ardı edilmeyecek şekilde OAK tedavisi almayan ya da eksik tedavi alan hastaların da olduğu görülmüştür. Ayrıca YOAK kullananların yaşı ve CHA2DS2-VASc skoru VKA kullananlara göre daha yüksek saptanmıştır. Yakın zaman içinde, non-valvüler AF'li hastalarda tromboemboli tedavisinde, VKA ilaçlardan YOAK'lara yüksek oranda geçiş olabileceğini söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Krijthe BP, Kunst A, Benjamin EJ, Lip GY, Franco OH, Hofman A, et al. Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. *EurHeart J*. 2013;34(35):2746-51.
2. Macle L, Cairns J, Leblanc K, Tsang T, Skanes A, Cox JL et al. CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. 2016 Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardiol*. 2016 Oct;32(10):1170-85.
3. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;361(12):1139-51.
4. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al. ARISTOTLE Committees and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(11):981-92.
5. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(10):883-91.
6. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, Murphy SA, Wiviott SD, Halperin JL, et al. ENGAGE AF-TIMI 48 Investigators. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2013;369(22):2093-104.
7. Lip GY, Nieuwlaet R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. *Chest*. 2010 Feb;137(2):263-72.
8. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012

focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *EurHeart J*. 2012 Nov;33(21):2719-47.

9. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *EurHeart J*. 2016 Oct7;37(38):2893-962. Epub 2016 Aug 27.
10. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*. 1991; 22: 983-8.
11. Healey JS, Connolly SJ. Atrial Fibrillation: Hypertension as a Causative Agent, Risk Factor for Complications, and Potential Therapeutic Target. *Am J Cardiol*. 2003; 91: 9-14.
12. Mason PK, Lake DE, DiMarco JP, Ferguson JD, Mangrum JM, Bilchick K, et al. Impact of the CHA2DS2-VASc score on anticoagulation recommendations for atrial fibrillation. *Am J Med*. 2012 Jun;125(6):603.e1-6.
13. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011 Sep 8;365(10):883-91.
14. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, Murphy SA, Wiviott SD, Halperin JL, et al. ENGAGE AF-TIMI 48 Investigators. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2013 Nov 28;369(22):2093-104.
15. Halvorsen S, Atar D, Yang H, De Caterina R, Erol C, Garcia D, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin according to age for stroke prevention in atrial fibrillation: observations from the ARISTOTLE trial. *Eur Heart J*. 2014 Jul 21;35(28):1864-72.
16. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Reilly PA, Wallentin L. Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy Investigators. Newly identified events in the RE-LY trial. *N Engl J Med*. 2010 Nov 4;363(19):1875-6.
17. Başaran Ö, Beton O, Doğan V, Tekinalp M, Aykan AÇ, et al; ReAl-life Multicenter Survey Evaluating Stroke prevention strategies in non-valvular atrialfibrillation (RAMSES study). *Anatol J Cardiol*. 2016 Oct;16(10):734-41.
18. Ertas F, Eren NK, Kaya H, Aribas A, Acar G, Kanadası M, et al. AFTER Investigators. The atrial fibrillation in Turkey: Epidemiologic Registry (AFTER). *Cardiol J*. 2013;20(4):447-52.
19. Kaya H, Ertas F, Koroglu B, Vatan B, Cagliyan CE, Gedik S, et al. Predictors of anticoagulant treatment in patients with nonvalvular atrial fibrillation: results from atrial fibrillation in Turkey: epidemiologic registry. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2015;21:144-8.
20. Connolly S, Pogue J, Hart R, Pfeffer M, Hohnloser S, Chrolavicius S, et al. Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2006; 367: 1903-12.