



Girişimsel tedavi olanağı olmayan merkezimizde miyokard infarktüsli hastaların 2 yıllık mortalite oranları

Fatma Alibaz Öner¹, Mecdi Ergüney¹, Mustafa Kemal Arslantaş²

ÖZET:

Girişimsel tedavi olanağı olmayan merkezimizde miyokard infarktüsli hastaların 2 yıllık mortalite oranları

Amaç: Girişimsel tedavi imkanı olmayan merkezimizde Ocak 2005-Aralık 2005 arasında Akut miyokard infarktüsü (MI) tanısıyla hospitalize edilen 92 hastanın klinik, demografik özellikleri, hastane içi ve 2 yıllık mortalite oranlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastaların kayıtları geriye dönük incelendi. 2 yıllık mortalite bilgisi hastalar telefonla aranarak edinildi. İstatistik değerlendirmelerde SPSS 16.0 for Windows programı kullanıldı.

Bulgular: 92 hastanın yaş ortalaması 58.1±10.14 idi. Hastaların 73'ü erkek, 19'u bayan idi. Sekiz hastada ST elevasyonsuz MI, 84 (%91) hastada ST elevasyonlu MI tespit edildi. 41 hastaya (%45) trombolitik tedavi uygulanmış, 51 (%65)'ine hastaneye geç ulaşmaları yada kontrendikasyon bulunması nedeniyle trombolitik uygulanmamıştır. 17 (%18.4) hastada yatışı sırasında ölüm gerçekleşmiştir. Trombolitik uygulanan hastalarda hastane içi mortalite anlamlı derecede düşüktür (p<0.045). 33 hastada yatışı sırasında komplikasyon gelişmiştir. En sık kardiyojenik şok gözlenmiştir. Hastalar taburcu olduktan sonraki iki yıllık dönemde; trombolitik uygulanan ve uygulanmayan grup arasında AKS tekrarı açısından fark olmamasına karşın; trombolitik uygulanan hastalarda mortalite anlamlı derecede düşüktür (p<0,05).

Sonuç: Kardiyovasküler ölümler mortalitenin en sık sebebi olmasına karşın, ülkemizde akut koroner sendromlarda girişim yapabilecek merkez sayısı azdır. Bu durum merkezimiz gibi trombolitik tedavi yapan merkezlerin önemini arttırmaktadır. Çalışmamızda hastaların önemli bir kısmına hastaneye geç başvurmaları nedeniyle trombolitik uygulanamamıştır. Hastane içi ve 2 yıllık mortalite trombolitik uygulananlarda anlamlı derecede düşüktür. Bu nedenle toplumun doğru bilgilendirilerek hastaneye erken başvurulması sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Miyokard infarktüsü, trombolitik, mortalite

ABSTRACT:

Two years mortality in patients with myocardial infarction in our center that can not be done interventional therapy

Objective: The study was aimed to examine clinical and demographic characteristics, in-hospital and two years mortality of 92 patients hospitalized for acute myocardial infarction (MI) between January 2005-December 2005 in our hospital that can not made invasive therapy.

Methods: Records of patients were reviewed retrospectively. Two years mortality was taken about by calling phone. For statistical evaluations, SPSS 16.0 for Windows software was used.

Results: Mean age of 92 patients was 58.1±10.14 years. Seventy-three of the patients were male and 19 were female. Non-ST elevation MI was found in 8 (9%) patients and ST-elevation MI in 84 (91%). Forty one (44%) patients received thrombolytic treatment, 51 (65%) did not due to reaching to the hospital lately or several counter indication. Seventeen patients died at admission. In-hospital mortality rate is significantly lower in patients receiving thrombolytic (p=0.045). Thirty-three patients developed complication at admission. The most frequent complication was cardiogenic shock. In two years after discharging the patients; two years mortality was significantly lower in patients receiving thrombolytic (p<0,05). There was no difference in new ACS between two groups.

Conclusion: Although cardiovascular death is the most common cause of death, a few centers in our country are able to perform interventions in acute coronary syndromes. This increases the importance of centers performing thrombolytic treatment such as our one. In the current study, a substantial proportion of patients did not receive thrombolytic treatment due to delayed admission to the hospital. In-hospital and two years mortality was significantly lower among those receiving thrombolytic treatment. Hence, the community should be appropriately informed to allow the early admission to the hospital

Key words: Myocardial infarction, thrombolytic, mortality

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2010;44:72-75

¹Dr., 2. Dahiliye Kliniği, ²Dr., Anesteziyoloji Reanimasyon Kliniği, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Dr. Fatma Alibaz Öner, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-504-2296

E-posta / E-mail: falibaz@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
16 Mart 2010 / March 16, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance:
22 Nisan 2010 / April 22, 2010

GİRİŞ

Tüm dünyada ölüm nedenleri arasında birinci sırayı, kardiyovasküler hastalıklar, bu grup içinde ise en önemli yeri iskemik kalp hastalıkları almaktadır. Amerika ve Avrupa ülkelerinde yapılan birçok çalışmada akut MI'nün klinik karakteristikleri tedavi yaklaşımları ve klinik gidişatında yaş ve cinsiyete göre farklılıklar olduğu bilinmektedir (2,3). Çalışmamızda; hastanemiz koroner yoğun bakım ünitesi (KYBÜ)'ne Ocak 2005-Aralık 2005 tarihleri arasında akut MI tanısıyla hospitalize edilen hastaların; klinik, demografik özellikleri, hastalara uygulanan tedavi protokolleri ortaya çıkan komplikasyonları; hastane içi ve 2 yıllık mortalite oranları incelemesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hastanemiz KYBÜ'nde Ocak 2005- Aralık 2005 tarihleri arasında hospitalize edilen hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. 1 yıl içinde akut MI tanısıyla hospitalize edilen 92 hastanın; yaşı, cinsiyeti, trombolitik tedavi uygulanıp uygulanmadığı, hastalarda diyabetes mellitus(DM), hipertansiyon (HT), aterosklerotik vasküler hastalık varlığı, aile hikayesi, sigara kullanımı olup olmadığı tespit edilerek veriler kaydedildi. Akut myokard infarktüsü tanısı; tipik göğüs ağrısı, elektrokardiyografik değişiklikler ve artmış kreatinin kinaz MB (CK-MB). CK-MB nin referans değeri 2 katından fazla ve total CK düzeyin %5 veya üstü olması ile konuldu. Hastalar telefonla aranarak kendilerinden veya yakınlarından 2 yıl boyunca olan klinik gelişmeler hakkında bilgi edinildi. Çalışmamızda; istatistiksel değerlendirmeler "SPSS 16.0 for Windows" paket programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 92 hastanın; 19'u bayan (%20,65), 73'ü erkek (%79,34) idi. Tüm hastaların yaş ortalaması 58,1±10,14 yıl tespit edildi. Tüm hasta gruplarında; DM %18.4, HT %20.08, sigara kullanımı %60.8, aterosklerotik vasküler hastalık anamnezi %36.9, aile hikayesi %19.5 saptandı. Bu veriler cinsiyete göre incelendiğinde; sadece sigara kullanımı erkeklerde anlamlı derecede yüksekti (p<0,001).

Tablo 1: Cinsiyete göre yaş ortalaması

	Cinsiyet	Sayı	Yaş ortalaması
Yaş	Erkek	73	56,63±9,33
	Kadın	19	63,74±11,36

*Cinsiyete göre yaş ortalamaları arasında anlamlı fark vardır (p<0.05).

Seksen dört hastada (%91) ST elevasyonlu MI, 8 hastada (%9) ST elevasyonsuz MI saptandı. ST elevasyonlu MI'ı bulunan hastaların 41'ine (%48,8) trombolitik tedavi uygulanmıştı. Geri kalan 43 hastaya geç başvurma veya çeşitli kontrendikasyonlar nedeniyle trombolitik uygulanmamıştır. Toplam 33 hastada, hospitalizasyon sırasında komplikasyon gelişmiştir. Komplikasyonlar Tablo 2'de özetlenmiştir. Toplam 17 hasta (%18,4), hastanede yatışı sırasında kaybedilmiş; bunların 11'inde ölüm ilk 24 saatte 6'sında 2-7. gün arasında olmuştur. Hastane içi ölüm 14 hastada kardiyojenik şok, 3 hastada ölümcül aritmiler nedeniyle gerçekleşmiştir. Hastane içi ölüm 65 yaş üstünde anlamlı derecede yüksek saptanırken, cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır. ST elevasyonlu MI nedeniyle trombolitik uygulanan 41 hasta ile uygulanamayan 43 hasta kıyaslandığında, trombolitik uygulanan grupta mortalite anlamlı derecede düşüktür (p:0,045).

Tablo 2: Hastane içi komplikasyonlar

	Aritmi	Kardiyojenik şok	Trombolitiğe bağlı kanama
N	25	13	1
%	27,17	14,13	0,9

Hastanemizde kardiyoloji kliniği olmadığından; hastalar kardiyoloji kliniği olan merkezlere sevk edildi. Hastalardan telefonla aranarak alınan bilgilere göre; 19 hasta koroner arter by-pass operasyonu geçirmiş, 14 hastaya tek veya birden fazla koroner arter stenti takılmış, kalan hastalar medikal tedaviyle izlenmişti. 2 yıllık süre boyunca toplam 14 hasta tekrar AKS nedeniyle yatırılarak tedavi görmüş. AKS tekrarı açısından trombolitik uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

İki yıllık süre boyunca toplam 10 hasta AKS ve komplikasyonlarına bağlı olarak ölüm gerçekleşmiştir. Bunların 2 tanesi trombolitik uygulanan hasta 8

tanesi de trombolitik uygulanmayan hastadır. Trombolitik uygulanan grupta mortalite anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

TARTIŞMA

Çalışmaya alınan hastaların %79,34'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması $58,1\pm 10,14$ idi. Bu sonuç ülkemizde MI ile yapılan en önemli çalışmalardan biri olan TÜMAR (Türkiye Akut Myokard İnfarktüsü Araştırması) (4) çalışmasıyla uyumluydu. Kadınlarda MI'ün daha ileri yaşta ve daha az görülmesinin nedeni olarak en çok hormonal farklılıklar üzerinde düşünülmektedir. Çalışmamızda ST elevasyonlu MI'lu hastaların %48,8'ine trombolitik tedavi uygulanmıştır. Bu oranda yine TÜMAR çalışmasıyla uyumlu saptandı. Çalışmamızda; hastaların yarısına trombolitik tedavisi uygulanamamasının ana nedeni, hastaların hastaneye geç başvurması olarak tespit edilmiştir. ST elevasyonlu akut MI'de semptomların başlangıcından itibaren 12 saat içinde uygulanan trombolitik tedavinin yararlı olduğu ve ne kadar erken uygulanırsa mortalitedeki azalmanın o kadar belirgin olduğu bilinmektedir (5,6). Tüm yaş gruplarının dahil edildiği; 17187 akut MI hasyasını kapsayan ISIS-2 çalışmasında (5) intravenöz streptokinaz (1,5 milyon ünite/ 1 saat) mortaliteyi plaseboya göre %25 azalttığı gösterildi. Akut MI'nün tedavisinde primer transluminal koroner anjiyoplasti (PTCA) uygulanma oranı gelişmiş ülkelerde bile %10-20 dir (7). Bu oran ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde daha da düşüktür. Bu durum, Türkiye'de merkezimiz gibi trombolitik uygulayan merkezlerin önemini daha da arttırmaktadır. Akut MI'lü hastanın, hastaneye erken başvurusunun sağlanması ve trombolitik tedavi şansını kaybetmemesi çok önemlidir. Bu da toplumun MI hakkında doğru bilgilendirilmesiyle sağlanabilir. Ülkemizde Ankara Yüksek İhtisas Hastanesinde 2000-2002 yıllarında 70 yaş üzeri 160 hastada yapılan bir

çalışmada hastaların %29'unun hastaneye 12 saatte daha geç başvurduğu saptanmıştır (8). Yine Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesi tarafından yürütülen başka bir çalışmada hastaların yarıya yakınının hastaneye geç başvurduğu saptanmıştır (9). Bizim çalışmamızda da durum benzerdir. Bu durum ülkemizde hala önemli bir halk sağlığı problemidir.

MI'lü hastalarda en sık rastladığımız komplikasyon aritmidir. 2. sıklıkta ise kardiyojenik şoktur. Merkezimizde o dönemde ekokardiyografi yapılmadığından Ventriküler Septal Defekt, Mitral yetersizliği, serbest duvar rüptürü gibi bazı komplikasyonlar saptanamamıştır.

Hastane içi mortalite çalışmamızda %18,4 olarak saptanmıştır. 65 yaş üstü mortalite literatürle uyumlu olarak daha yüksektir. Beklendiği gibi trombolitik uygulanan grupta hastane içi mortalite daha düşüktür ($p:0,0045$). Merkezimizin hastane içi mortalite oranı literatüre bakıldığında oldukça yüksektir. Örneğin; bu oran TÜMAR'da %7,8'dir. Bu durum; hastaların hastaneye geç başvurması ve trombolitik şansını kaybetmesi, merkezimizde ileri revaskülizasyon ve intraaortik balon pompası gibi ileri tedavi olanaklarının bulunmamasına bağlanmaktadır. Hastalar taburcu olduktan sonraki iki yıllık dönemde; trombolitik uygulanan ve uygulanmayan grup arasında AKS tekrarı açısından fark olmamasına karşın; mortalite trombolitik uygulanan hastalarda mortalite anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Sonuç olarak; akut Miyokard İnfarktüsünde; mortalite oranı, semptomlar başladığından tedaviye başlayana kadar geçen zaman dilimine bağlıdır (6,10,11). Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde PTCA uygulayan merkez sayısı az olduğundan merkezimiz gibi trombolitik tedavi uygulayan merkezlerin önemi daha da artmaktadır. Ülkemizde akut miyokard infarktüsülü hastaların hastaneye geç başvurması önemli bir halk problemidir. Bu konuda toplumun bilgilendirilmesi çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Schroeder SA. The importance of relating medicine and public health. *Am J. Med Sci* 1992 ;303:355.
2. Yip Lik, Wu CJ, Chang TW et al. Comparison of primary angioplasty and conservative treatment on short and long term outcomes in octogenarian or older patients with adult myocardial infarction. *Jpn Heart J* 2002; 43:463-74.
3. Alter DA, Naylor CD, Austion PC, TU JV. Biology or bias: practice patterns and long term outcomes for men and women with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2002;39:1909-16.
4. TÜMAR çalışmaları. Türkiye Akut Myokard İnfarktüsü Araştırması İstanbul: Bristol Mayers Squibb Inc. Şirketi Yayınları 2002.

5. Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both or neither among 17187 cases of suspected acute myocardial infarction:1515-2, ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) collaborate Group. *Lancet* 1988;2:349-60.
6. Smith SC Jr, Feldman TE, Hirshfeld JW Jr, et al. American Collage of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; ACC/ AHA/ SCAI Writing committee to Update 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary intervention.
7. Lange RA, Hillis LD. Should thrombolysis or primary anjioplasty be the treatment of choice for acute myocardial infarction. *H Eng. J. Med* 1996;335:1311-7.
8. Arat N, Gulel N, Sabah I. Has the mortality rate from acute myocardial infarction fallen substantially in recent years? Single Center data on elderly patient population. *Anadolu Kardiyol Derg* 2005 S :1001-7.
9. Norgaz T, Hobikoğlu G, Aksu H, et al. ST yükselmeli akut myocard infarktüsünde hastane öncesi gecikme süresiyle klinik, demografik ve sosyoekonomik etkenlerin ilişkisi: Hasta eğitimi önemi *Türk Kardiyol Dern Arş* 2005;33: 392-7.
10. Von de Werf F, Ardissino D, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation. The task force on the management of acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24: 28-66.
11. Aritman EM, Anbe DT, Armstrong PW et al. ACC/ AHA guidelines for the management of patients with ST elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task force on Practice Guidelines. (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the managements of patients with acute myocard infarction) *J Am Coll Cardiol* 2004;44: E1-E211.