

Kardiyoloji yayınlarında gündem ve yorumlar

Hazırlayan: Dr. Ertan Ural

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

ISCHEMIA

Çalışması

AHA Kongresi,
16 Nov 2019,
Philadelphia/ABD

Non-invazif testlerde orta ve daha ciddi miyokart iskemisi saptanan kararlı koroner kalp hastalarında, rutin anjiyografi ve gerekirse revaskülarizasyon yaklaşımının tıbbi tedaviye bir üstünlüğü olmadığı bildirildi. Bu amaçla yaklaşık 5.200 hasta yalnızca tıbbi tedavi veya invazif yaklaşım (rutin koroner anjiyografi ve gerekirse perkütan koroner girişim veya uygun olgularda koroner baypas) yapılacak şekilde randomize edildi. Yaklaşık 4 yıllık takip sonunda, kardiyovasküler ölüm (KVÖ), miyokart enfarktüsü (ME); resüsite edilmiş kardiyak arrest, kararsız angina veya kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatıştan oluşan birincil son nokta, invazif yaklaşımda %13.3, tıbbi tedavi kolunda %15.5 bulundu ($p=0.34$). Tüm nedenlere bağlı ölüm, KVÖ veya ME gibi ikincil son noktalarda da fark saptanmazken, periprocedürel ME (HR 2.98, CI 1.87–4.74, $p<0.01$) revaskülarizasyon grubunda, kendiliğinden ME (HR 0.67, CI 0.53–0.83, $p<0.01$) tıbbi tedavi kolunda fazlaydı. Bir yılın sonunda invazif gruptaki hastaların yarısında angina yakınması olmazken, bu oran tıbbi tedavi grubunda ancak %20 idi. Çalışmada tıbbi tedavi koluna randomize edilen yaklaşık dört hastadan biri revaskülarize edilirken, invazif kola randomize edilen beş hastadan birine müdahale edilmedi. Çalışma tam metin halinde henüz yayınlanmadığı için yorumları dikkatli yapmak gerekiyor. Ancak şu durumda dahi kardiyoloji camiası oldukça karışmış gözüküyor. Mevcutlar üzerinden şunları söyleyelim. Bu çalışmada BT anjiyografi ile kör bir şekilde ana koroner hastalarının çalışma dışı tutulduğunu, düşük EF'li hastaların çalışmaya dahil edilmediğini hatırlatmakta yarar var. Hiçbir hastanın akut koroner veya yakın zamanda akut koroner olmadığını da bir kenarda tutalım. Veriler kesin ise, görünen o ki, kararlı koroner hastasında rutin revaskülarizasyonla ne hastaların ölmelerine engel olabiliyoruz, ne de ME geçirmelerine... Sağladığımız fayda ne diye baktığımızda, angina semptomunu belirgin bir biçimde engelleyebiliyoruz. O halde kararlı koroner kalp hastasında revaskülarizasyona karar verirken, belki asemptomatik hastaya hiç dokunmayıp, semptomatik hastada ise, hastaya konu hakkında yeterli bilgilendirme yaptıktan sonra revaskülarizasyonu düşünmeliyiz gibi duruyor.

PAUSE Çalışması

JAMA Intern Med.
2019;179:1469-78

Atriyal fibrilasyon (AF) nedeniyle yeni oral antikoagülan ilaçlardan (YOAK) kullanan ve cerrahi bir işleme gidecek hastalarda, herhangi bir antikoagülan köprülemesi yapılmaksızın, belli bir protokol dahilinde YOAK'ların kesilip sonradan tekrar başlanması kanama ve iskemik risk yönünden etkileri araştırıldı. Bu amaçla AF nedeniyle YOAK kullanan yaklaşık 3000 hastada yüksek kanama riski taşıyan cerrahilerden iki gün, düşük kanama riski taşıyan cerrahilerden bir gün önce ilaçları kesilip, düşük kanama riskli cerrahilerden bir gün, yüksek kanama riskli cerrahilerden iki-üç gün sonra yeniden başlandı. Bu çok merkezli kohort çalışmasında hastalar apiksaban (%41.8), dabigatran (%22.2) ve rivaroksaban (%36) kullanıyordu. Operasyon sonrası otuzuncu gün majör kanama oranları apiksaban, dabigatran ve rivaroksaban için sırasıyla %1.35, %0.90 ve %1.85 idi. Arteriyel tromboemboli oranları ise yine sırasıyla %0.16, %0.60 ve %0.37 idi. Yüksek kanama riski taşıyan hastalarda ise majör kanama oranları %2.96, %0.88, %2.95 idi. Üç YOAK için de yukarıda tanımlanan protokole göre, herhangi bir antikoagülan köprülemesi yapılmaksızın elde edilen bu değerler, beklenen majör kanama (<%2) ve arteriyel tromboemboli (<%1) riskinin altındaydı. Bir kohort çalışması olması nedeniyle seçimde tarafılık gibi zayıflıkları olabileceği düşünülse de, çalışma günlük pratiğe uygulanabilir gibi gözüküyor.

Heart 2019 Nov

4. [Epub ahead of print]

Yalnız yaşama veya yalnızlığın, kalp rahatsızlığı nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda (iskemik kalp hastalığı, aritmi, kalp yetersizliği veya kapak hastalığı) bir yıllık sağ kalımı olumsuz yönde etkilediği bildirildi. Bu amaçla hastaneye yatış ve bir yıl sonrası için Danimarka ulusal kayıt sistemi kullanılarak yaklaşık 13.000 hasta irdelendi. Yalnızlığın kalp hastalarında, hem kadın hem erkek cinsiyet için hastane sonrası tüm nedenlere bağlı mortaliteyi arttırdığı (sırasıyla HR 2.92, CI 1.55–5.49 ve HR 2.14 CI 1.43–3.22), yalnız yaşamının ise erkek cinsiyette kardiyak olayları arttırdığı (HR 1.39 CI 1.05–1.85) bildirildi.



Çizim: Dr. Özge Özden Tok