

UZMAN YANITLARI

Başarılı trombolitik tedavi sonrası fonksiyonel iskemi araştırması yapmadan her hastaya koroner anjiyografi yapılmalı mı?

Yanıt Akut miyokard infarktüsü sonrası rutin anjiyografi yapılması tartışmalı konu olup kardiyologlar arasında birliktelik sağlanamamıştır. Bu konuda kesin sonuçları olan yeterli çalışma yoktur.

Uygulamalarımda:

1. Akut miyokard infarktüsü geçiren ve herhangi bir nedenden dolayı trombolitik tedavi alamamış olgulara rutin anjiyografi yapıyorum. Sonucuna göre uzun süreli izlem stratejimi oluşturuyorum.

2. Litik tedavi verilen ve sonrasında herhangi bir komplikasyonu olmayan stabil olgulara rutin anjiyografi yapılması konusu tüm dünyada kardiyologlar arasında farklı uygulanmaktadır. Her ne kadar tartışma konusu olmaya devam etse de, deneyimlerimiz litik tedavi sonrası yapılan anjiyografilerde ciddi darlıkların devam ettiğini göstermektedir. Bu nedenle, benim kişisel yaklaşımım genç olgularda anjiyografi yapılması yönünde. Uzun süreli izlem ve sonrası olayları öngörü açısından anjiyografi yapılması gerektiğine inanıyorum. Belki de refleks olarak koroner anatomiye bilmek ve ona göre izlemek bana daha güvenli ve doyurucu geliyor. Tümü ile yararının olmadığına da inanmıyorum. Çünkü, çok damar hastalığı, ana koroner arter hastalığı olabilir. Bu durumda revaskülarizasyon tartışmasız yararlı olacaktır. Bunun dışında, tıkalı damarın açılmasının ve açık kalmasının uzun sürede tıkanacak başka bir damara retrograd akım sağlayabileceğini düşünmekte yarar olabilir. Ayrıca, ilaç kaplı stentlerin revaskülarizasyon oranlarının düşüklüğü hesaba katılırsa anjiyografi yapılmasını öneriyorum. Anjiyografi yapıldıktan sonra diskinetik olan bir alanı besleyen damara girişim yapılmakta, hatta ilaç kaplı stent konulan vakaları dahi görmekteyiz. Bu

tür olgularda PTKA yapmıyorum, yapılmasını da uygun bulmuyorum.

Diğer taraftan, hasta anjiyografi yaptırmayı istemiyor ve durumu stabil, iskemi bulguları da yok ise anjiyografi yapılması için ısrarlı olmuyorum. Yaşlı olgularda infarktüs sonrası rutin anjiyografi yapmıyorum. Hastanın yakınması yok. Q dalgası gelişmiş, aktif iskemi bulgusu yok, hemodinamik yönden stabil ise tıbbi tedavi ile izlemeyi tercih ediyorum.

Dr. Ömer Kozan

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı,
35340 İnciraltı, İzmir*

Yanıt Bu soruyu yanıtlayabilmem için hastanın sol ventrikül fonksiyonlarını bilmem gerekir. Başarılı trombolitik tedavi sonrası yapacağım ekokardiyografik incelemede sol ventrikül fonksiyonlarını normal ya da normale yakın (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu >%40) bulursam fonksiyonel iskemi araştırması yaparım. Ancak, sol ventrikül fonksiyonları bozuk ise muhakkak koroner anjiyografi yaparım. Sol ventrikülde akinetik segmentler var ise ve koroner anjiyografi hemen yapılamıyorsa miyokardiyal canlılık araştırması anjiyografinin öncesine alınabilir.

Dr. Serdar Küçüköğlü

*İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü,
34093 Haseki, İstanbul*

ST yükselmeli akut miyokard infarktüsü ile gelen bir hastada primer PTCA olanağınız yoksa trombolitik tedavi mi verirsiniz, yoksa primer girişim için hastayı sevk mi edersiniz?

Yanıt ST yükselmeli miyokard infarktüsünün tedavisinde primer hedef en erken şekilde kalıcı miyokardiyal reperfüzyonu sağlamaktır. Yapılan çalışmalarda primer perkütan koroner girişimin trombolitik tedaviye göre ölüm, Mİ tekrarı ve inme açısından üstün olduğu kanıtlanmıştır. Perkütan girişim yapılan merkezler hemen her yerde olamayacağı için, böyle bir merkezden uzak bir sağlık merkezine gelen

ST yükselmeli Mİ'li hastalarda trombolitik tedavi seçkin bir yöntemdir. Trombolitik tedavi çok kolay ve hızlı uygulanabilir bir yöntem olmasına karşın, en iyi trombolitik ajanla bile 90. dakikada TIMI 3 akım ancak hastaların %60'ında elde edilebilmektedir.

Trombolitik tedaviyi uygulamadan önce bazı hususlara dikkat etmek gerekir. Bunlar hastanın primer işlem yapılabilecek bir merkeze uzaklığı, hastanın yaşı, infarkt yeri ve infarktın geldiği zamanda geçen süresidir.

Hastaneler arası transferin uzaması ve hastanın laboratuvara girişinin gecikmesi hastanın infarkt alanınının daha büyümesine ve bir yıllık mortalitenin artmasına neden olmaktadır.

Yetmiş beş yaş üstü ST yükselmeli Mİ'li hastalarda neticeler net değildir. Yaşlı hastalarda trombolitik tedavi ile hemorajik inme oranı genç hastalara göre daha fazladır. Bu yüzden, yaşlı hastalarda trombolitik tedaviye yarar-zarar riski iyice değerlendirilerek başlanmalıdır. Örneğin 75 yaş üstündeki inferior Mİ'li bir hastaya trombolitik tedavi vermemek gibi.

Hastaneye geldiği sıradaki infarktüs saati ne kadar erken ise hasta trombolitik tedaviden o kadar çok yarar görür, yararın ilk iki saatte en yüksek olduğu, altı saatten sonra pek yararının olmadığı söylenebilir. Bu yüzden iyi organize olunan merkezlerde (yurtdışında) hastane öncesi trombolitik tedavi ile çok iyi neticeler elde edilmektedir.

Kullanılan trombolitik ajanın cinsi de önemlidir. Akselere t-PA en tercih edilen ajandır; yeni trombolitiklerin akselere t-PA'ya üstünlüğü gösterilmemiştir. Yalnız TNK t-PA'nın bolus uygulamaya uygun olması ve daha az kanama riski olması hastane öncesi uygulama ve yaşlı hastalarda uygulama açısından avantaj teşkil etmektedir.

Benim fikrime göre, kontrendikasyon olmadıkça ve transfer edilecek hastanenin hemodinami laboratuvarına ulaşım bir saatten uzun olacaksa trombolitik tedavi ST yükselmeli akut Mİ'li bütün hastalara uygulanmalıdır.

Dr. Necmi Değer

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı,
07058 Antalya*

İlaçlı stentlerden sonra koroner baypas cerrahisi endikasyonları değişti mi?

Yanıt Akut koroner sendromların erken döneminde yapılan revaskülarizasyon işlemlerinin endikasyonları kendi özel koşulları içinde değerlendirilmelidir. İlaçlı stentlerin cerrahi endikasyonlar üzerine etkisi olup olmadığı kronik iskemik kalp hastalıkları için sorgulanmalıdır. İlaçlı stentlerin, bugün kabul edilen cerrahi endikasyonları değiştirebileceği alan, iki damar hastalığı olup, birinde veya her ikisinde %95 proksimal lezyon olan (sol ventrikül fonksiyonları korunmuş ya da bozuk), iki damar hastalığı ile birlikte diyabeti olan ve ciddi proksimal LAD lezyonu olan hastaları kapsamaktadır. Bu hastalardan sol ventrikül fonksiyonları iyi olanlarına ilaçlı stentlerin kullanımı ile çok daha sıklıkla cerrahi yerine PKG tercih edileceğini öngörmek yanlış olmaz. Gerçek osteal olmamak koşuluyla, ciddi LAD proksimal lezyonu olan hastalar için de aynı durum geçerlidir. Yine bu grup hastada diyabeti olan olguların da ilaçlı stentler ile PKG'den yararlanabilecekleri ileri sürülebilir. İki damar hastalığı olup sol ventrikül fonksiyonları bozuk olan olgularda ise ilaçlı stentlerin revaskülarizasyon yöntemini PKG lehine değiştirebileceğini öngörmek daha güçtür. Tam revaskülarizasyon sağlanma olasılığı düşük olanlara (lezyon karakteristiği yüksek riskli-diffüz, aşırı tortiyoz, üç aydan eski total oklüzyon yan dal korunmasında sorun olan, dejenere ven greftler-olgular) PKG yerine koroner baypas cerrahisinin tercih edilmesi mantıklı gözükmemektedir. Üç damar hastası olup çok çok uygun anatomiye sahip olgular hastaların çok küçük bir bölümünü oluşturduğundan, bu durum istisna kabul edilip bu tartışmanın genel kapsamı içinde değerlendirilmemelidir. Ayrıca, bu konudaki öngörüler değerlendirilirken, şu anda ilaçlı stentlerin sağkalımı artırdığını gösteren hiçbir çalışma olmadığını da akıldan çıkarmamak gerekir.

Sonuç olarak, yukarıda tanımlanan hasta gruplarından bir kısım hastanın önümüzdeki dönemde cerrahi havuzundan PKG havu-

zuna kayacağını öngörmek yanlış olmayacaktır. Ancak, bu kaymanın bazı randomize olmayan çalışmalarda (ARTS II) iddia edildiği gibi büyük boyutlarda olmayacağı söylenebilir. İlaçlı stentlerden sonra kişisel pratiğimdeki en önemli farklılık, referans çapı 3.5 mm'nin altında olan, gerçek osteal olmayan ve önemli bir yan dalın korunmasında sorun yaratmayan proksimal LAD lezyo-

nu içeren olgularda PKG'yi çok daha sıklıkla tercih etmemde oldu. Çok uzun ilaçlı stentleri, kaçınılmaz olarak çok sayıda yan dalı etkilemesi nedeniyle kullanmaktan kaçınıyorum.

Dr. Oktay Ergene

*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kardiyoloji Kliniği, 35360 Yeşilyurt, İzmir*