

Uzman Yanıtları

Yapısal kalp hastalığı olmayan hastada sık ventrikül erken atımları ne zaman ve nasıl tedavi edilmelidir?

Yanıt Ventrikül erken atımları (VEA) sağlıklı bireylerin %40-%75'inin 24-48 saatlik EKG takiplerinde saptanabilen sık görülen bir aritmidir. VEA sayısı >30/saat ise "sık VEA" olarak tanımlanır. Hastaların büyük çoğunluğu semptomsuzdur. Semptomlu hastalar ise şikayetlerini çarpıntı, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve yorgunluk şeklinde ifade ederler. Özellikle gece saatlerinde sol yan pozisyonunda yatarken erken atımların farkına varırlar. VEA saptanan hastalarda en önemli prognostik faktör altta yatan yapısal bir kalp hastalığı olup olmadığıdır. Yapısal kalp hastalığı olmayan hastaların uzun süreli takiplerinde prognozlarının çok iyi olduğu bilinmektedir. Yalnız VEA sayısı günde 20.000'in üzerinde olanların uzun dönem takiplerinde sol ventrikül diyastol sonu çaplarında genişleme ve

ejeksiyon fraksiyonunda anlamlı düşüş gözlenmektedir. Bu nedenle semptomsuz dahi olsa 24 saatlik Holter'de VEA sayısı >20.000 ise veya tüm atımlara oranı >%15 ise sol ventrikül yetersizliğinin gelişebileceği akıld tutulmalı ve hasta yakından takip edilmelidir. Semptomsuz hastalarda tedavi önerilmemektedir. Semptomlu hastalarda ise tıbbi tedavi olarak ilk seçenek beta blokerlerdir. Non-dihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri de alternatif olarak kullanılabilir. Nadiren yanıt alınamayan hastalarda klas 1C antiaritmikler (ör: propafenon) kullanılabilir. Yapısal kalp hastalığı olmayan hastalarda sağ ve sol ventrikül çıkım yolu, erken atımların en sık kaynaklandığı bölgelerdir. Bu bölgelerde radyofrekans ablasyon işleminin başarı oranı %90 olup işlem tıbbi tedaviye yanıtız, isteksiz veya tahammülsüz hastalarda uygulanabilir.

Dr. İlknur Can

Meram Tıp Fakültesi,

Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Günümüzde bioabsorbable (eriyen stentler) kimlerde tercih edilmelidir?

Yanıt Üreten kuruluşların "Bioabsorbable Vascular Scaffold - Eriyebilen Vasküler Çatı" olarak tanımladıkları ürünün isimlendirmesi; benim bakış açımına göre "Eriyebilen Polimer Stentler" (EPS) olmalıdır. Bu ürün, teknolojinin belirli hasta grupları için sağladığı önemli bir avantajdır. Restenoz olasılığı, iyi kabul edilen yeni nesil ilaç salınımlı polimer kaplı metal stentler ile benzer orandadır. Ancak yaklaşık 1,5 yıl içinde tüm çatı eriyerek yok olmaktadır.

Hastaların önemli bir bölümü magazin haberi

olarak EPS'ler hakkında bilgi sahibi olmuştur. Ancak birçok kez olduğu gibi eksik bilgi yanlış talep doğurmaktadır. Tam bilgilendirmeyi doktorun tarafsız olarak yapması gereklidir. Birçok yeni üründe olduğu gibi EPS'ler oldukça yüksek fiyatlı olarak piyasaya sürülmüştür. Henüz birçok kurum ödemesinin dışındadır. Ödemeyi hastanın kendisi yapmaktadır. Bu nedenle uygulama günümüzde ekonomik kaygılar ile sınırlanmaktadır, veya hasta pahalı ürün daha iyidir duygusu ile uygulamayı zorlamaktadır.

Bütün bu kaygı ve sınırlamalar kenara bırakılırsa; EPS'ler genç koroner arter hasta-

larında, kalsifikasyonu çok yoğun olmayan ve özellikle diyabetik çok damar hastalarında, tekrarlayıcı koroner arter darlıkları olan hastalarda iyi bir seçenek olacaktır. Lezyon yerleşimine göre de tercih edilecek hastalar vardır. Hastanın ileride baypas operasyonuna aday olabileceği düşünülerek koroner arterin greft bağlanacak segmentindeki darlıklar için tercih edilmelidir. Bunun en iyi örnekleri sol ön inen arter orta segmenti sonundaki, obtüs marginal dal ortası ve sağ koroner arter distal segment sonundaki greft ve internal mama-

riyal arter bağlanabilecek bölgelerdir. Büyük yan dal çıkışı olan segmentlerde ileride yan dal başına yeni girişim şansını kaybetmemek için uygun olabilir.

Sanırım yapılan yeni çalışma sonuçları yayımlandıkça ve EPS çeşitliliği arttıkça, kullanım alanına yönelik sınırlamalar daha gerçekçi ve kanıta dayalı olarak belirlenecektir.

Dr. Vedat Aytekin

*İstanbul Florence Nightingale Hastanesi
Girişimsel Kardiyoloji Bölümü, İstanbul*