

Kardiyoloji yayınlarında gündem ve yorumlar

Hazırlayan: Dr. Ertan Ural

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

JAMA Cardiol
2019; Aug 14,
[Epub ahead of
print]

Kardiyopulmoner canlandırma (KPC) işleminde sağ kalımı arttırmak için en uygun hız ve göğüs kafesinin ne kadar bastırılması gerektiği araştırıldı. Bu amaçla Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün (NIH) klinik çalışma kayıtlarından yararlanıldı. Hastane dışında kardiyak arrest olmuş 3643 kişinin değerlendirilmesinde, en uygun hız 107 baskı/dk ve en uygun baskı derinliği 4.7 cm olarak bulundu. Bu değerler yaş, cinsiyet ve kalp ritminden bağımsızdı. KPC cihazı kullanımı, elle yapılan klasik KPC'ye göre sağ kalımı belirgin artırıyordu (OR 1.90, CI 1.06-3.38, p=0.03). Cihazla yapılan KPC'nin etkisi özellikle yukarıda tanımlanan en uygun hız ve baskı derinliğinde belirgin oluyordu. Bu çalışmayla en uygun hız ve hangi derinlikte göğüs kafesine bastırılması gerektiğinin belirlenmiş olması dışında, bu hız ve derinliği standart bir biçimde sağlayabilen KPC cihazlarının da rutin kullanıma geçmesi gerektiği anlaşılıyor.

N Engl J Med
2019; 381:243-251

Kardiyovasküler (KV) riski belirlemede sistolik kan basıncı (KB) kadar diyastolik KB'nin de etkin olduğu bildirildi. Bu amaçla 1.3 milyon poliklinik hastasının KB değerlerinin 8 yıllık takipte miyokart enfarktüsü, iskemik veya hemorajik inmeden oluşan KV risk üzerine etkisi araştırıldı. Sistolik ve diyastolik hipertansiyonun ikisi de KV sonlanım açısından etkiliydi (sistolik ≥ 140 mm Hg; HR ünite başına z skoru artışı 1.18, diyastolik ≥ 90 mm Hg; HR ünite başına z skoru artışı, 1.06). Sistolik değerler için KV risk süreklilik gösterirken, diyastolik değerlerde J kurvu söz konusuydu. Bu çalışmayla uzun süredir kabul gören yalnız sistolik KB'nin KV riski belirlediği kanısı değişmiş oluyor. Bununla birlikte sistolikle kıyaslandığında diyastolik KB'nin KV risk üzerine belirleyiciliği daha düşük, düşük diyastolik KB değerlerinde de KV riskin arttığı göz önüne alındığında, KV risk hesaplamada pratikte bir değişiklik olmayacak gibi duruyor.

J Am Coll Cardiol
2019;74:729-740

Sol ana koroner (SAK) hastalığının cerrahi tedavisinde pompaya girmeden yapılan tedavinin mortaliteyi arttırdığı bildirildi. Bu amaçla EXCEL çalışmasının post hoc analizi yapıldı. Bu çalışmadaki 923 baypas hastasının yaklaşık üçte biri pompaya girmeden ameliyat edilmişti. Pompaya girmeden ameliyat edilen grupta üç yıllık takipte mortalite daha yüksek bulundu (%8.8'e karşı %4.5, HR 1.94, CI 1.10-3.41, p=0.02). Mortalite artışında pompaya girmeden yapılan cerrahide tam revaskülarizasyonun yapılamaması etkili olmuş görünüyor (Cx ve RCA için revaskülarizasyon oranları sırasıyla, %84.1 karşı %90.0; p = 0.01 ve %31.1 karşı %40.6; p = 0.007). SAK hastalığı tedavisinde, mortalite bazında perkütan tedaviler cerrahi tedavilere benzer sonuçlar gösteriyor. Cerrahi tedavi bu noktada rekabetçi olabilmek adına pompaya girmeyerek daha az invazif olma çabasında... Ancak bu çalışma SAK hastalığında cerrahi tedavinin rekabet gücünün iyice zayıfladığını düşündürüyor.

JAMA Intern Med
2019; July 29,
[Epub ahead of
print]

Kararlı angina pectorisi (KAP) olan hastalarda akupunktur uygulamasının angina sıklığını azalttığı bildirildi. Bu amaçla Çin'de beş merkezde haftada en az iki angina atağı olan toplam 404 hasta, etkilenen meridyene (EM) akupunktur, etkilenmeyen meridyene (EmM) akupunktur, yalancı (sham) akupunktur (YA) ve hiçbir işlem yapılmayacak şekilde randomize edildi. Birincil son nokta angina sıklığında azalmaydı. On altı haftalık takip sonunda EM grubunda angina sıklığındaki azalma tüm diğer gruplardan fazlaydı (EmM'e karşı fark 4.07 atak, CI 2.43-5.71; P<0.001, YA'ya karşı fark 5.18 atak, CI 3.54-6.81; P<0.001, hiçbir işlem yapılmayan gruba karşı fark 5.63 atak CI 3.99-7.27; P<0.001). Revaskülarizasyona uygun olmayan ve tıbbi tedaviye rağmen anginası devam eden hastalarda, akupunktur yeni bir alternatif olarak umut veriyor. Bununla birlikte etkinin uzun vadede kalıcı olup olmayacağı merak konusu.



Çizim: Dr. Özge Özden Tok