

UZMAN YANITLARI

Son çalışmalar ışığında, ilaç salınımlı stent kullanımını endikasyonlarının gözden geçirilmesi gerektiğini düşünüyor musunuz?

Yanıt İlaç salınımlı stentlerin ülkemizde hem çeşit hem de sayısal olarak giderek yaygınlaşmasının endişesini, sanırım en az her sağduyu sahibi girişimci kardiyolog kadar ben de hissediyorum.

Ülkemizde intrakoronar stent yerleştirilmesi ile ilgili endikasyonlar fazla geniş iken, yaygın olarak ilaç kaplı stent kullanımının başlaması, sorunu içinden biraz daha zor çıkılır duruma getirmiştir. Konumuz stent endikasyonları olmamasına rağmen, şu noktayı vurgulamakta fayda vardır: Miyokard iskemisi olmayan hastalara stent takmaz isek, kısa vadede çalıştığımız kurumun ve bizim kaybımız, taktığımız takdirde uzun dönemde hepimizin ve ülkemizin kaybının yanında çok önemsiz kalacaktır.

İlaç salınımlı stentler ölüm ve/veya miyokard infarktüsü gelişimini engellemektedir. Bunu hastaya anlatmamız gerekmektedir.

İlaç kaplı stent restenozu, endotelizasyonu engelleyerek azaltmaktadır. Stent üzerindeki ilaç metal yüzeyin endotelizasyonunu geciktirmekte, medyanın zayıflamasına neden olmakta, bu durum pozitif yeniden şekillenmeye yol açmakta, geç stent malappozisyonu olmakta; bunların hepsi anormal kan akım paternine yol açmaktadır. Çıplak metal ile birlikte anormal kan akım paterni trombojeniteyi kolaylaştırmaktadır.

Bugün için, ST yükselmeli akut koroner sendromlarda, referans damar çapı 3.5 mm veya daha fazla olanlara, klopidogrel kullanım kompliyansı şüpheli olanlara, yakın dönemde cerrahi girişim gerekecek olanlara ilaç kaplı stent takılmamalıdır. İlaç kaplı stentlerin ilaç kaplı olmayan stentlere göre geç trombüs oluşumunu artırıp artırmadığını araştıran çalışmalarda her iki yönde de sonuç alınmasına karşın, ortak nokta ilaç kaplı stent takıldıktan sonra, klopidogrel ve aspirini belirsiz bir süre beraber kullanmak gerektiğidir.

Eğer ilaç kaplı stent takıldıktan altı ay sonra klopidogrel keserseniz, iki yıl içinde ölüm olasılığı %2'den %5.3'e (p=0.03), ölüm ve miyokard infarktüsü kombinasyonu ise %3.1'den %7.2'ye (p=0.02) çıkmaktadır. Eğer ilaç kaplı stent takıldıktan bir yıl sonra klopidogrel keserseniz, iki yıl içinde ölüm olasılığı %0'dan %3.5'e (p=0.004), ölüm ve miyokard infarktüsü kombinasyonu ise %0'dan %4.5'e (p<0.001) çıkmaktadır.

Yeniden girişim olasılığını %9 azaltmak uğruna, belli olmayan bir süre (yüksek olasılıkla en az 3 yıl) klopidogrel ile birlikte aspirin kullanım zorunluluğu, özellikle ülkemiz için azımsanacak bir sorun değildir. Şu aşamada, özel sağlık sigortaları hariç hiçbir sigorta klopidogrel altı aydan öteye ödememektedir. Aspirin intoleransı adı ile yönetmelik açıklarını kullanarak alabilenler ise azınlıktadır. Klopidogrel fiyatının Türkiye'nin GSMH'sına göre yüksekliği ve değişik çalışmalarda gösterildiği gibi ülkemiz insanların ilaç uyumuna özen göstermemesi, stent trombozu riskinin ülkemiz için bildirilen oranlardan çok daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Orta yaş ve üzeri koroner hastalarında hiç de seyrek olmayarak kolon kanseri, prostat kanseri nedeniyle ameliyat gerekebilmektedir. Bu hastalarda cerrah tarafından klopidogrel ile birlikte aspirinin kesilmesi istenmektedir. Bu hastalara nasıl yaklaşacağız? Kanamayı mı, stent trombüsü riskini mi göze alacağız? İlaç kaplı stent takıldıktan sonra senelerce dişlerini yaptıramayan hastalar az sayıda değildir. İlaç kaplı stent takılmış hastalarda ne yapılması gerektiği konusunda henüz açık bir bilginiz yoktur.

Her zaman vurguladığım gibi, endüstri baskısı ve göz boyaması, bulunduğunuz kurumun çıkarı veya kendi çıkarımız, bunların hiçbirini girişimsel kardiyoloğun sağduyusunun önünde yer almamalıdır. Hastanın mutlu bir şekilde hastaneden ayrılması vicdanımızı rahatlatmasın.

Dr. Tuğrul Okay

*International Hospital
Kardiyoloji Bölümü
34149 Yeşilköy, İstanbul*

Yanıt İlaç salınımlı stentler girişimsel kardiyolojide giderek artan oranlarda kullanım alanı bulmaktadır. Geçtiğimiz yıla kadar kullanım alanındaki bu artış, takılan bütün stentlerin ilaç salınımlı olması sonucunu doğurabilecek bir potansiyele sahip gibi görünmekteydi. Ancak, yaklaşık iki yıl öncesinden başlayan geç stent trombozu uyarıları, önceleri az sayıda hekimi, daha sonra da bu konuda çalışan birçok hekimi “Acaba?” sorusuyla karşı karşıya bırakmıştır. Oransal olarak geç trombüs riski çok yüksek görünmese de, ortaya çıktığında ölümcül olabilmektedir. Özellikle klopidogrel kullanımının çok uzun süreler devam ettirilmesi gerekliliği, orta yaşın üzerindeki kişilerde acil veya planlı ameliyatların klopidogrel eşliğinde yapılamaması, soru işaretlerini artırmaktadır. Klopidogrel kullanım süresinde ortaya çıkan belirsizlik ve görüş ayrılıklarına bir de ülkemizdeki sosyal güvenlik kurumlarının yaklaşımları eklenince, birçok hekim riskin büyüdüğünü düşünmektedir. Son olarak, çalışmalarda ortaya çıkan önemli bir saptama da ilaçlı stent kullanımının restenoza etkili olsa bile yaşamı uzatmadığı yönündedir.

Yanıt Bu soruya yanıtım “evet” şeklindedir. İlaç salınımlı stentlerin (İSS) ilk uygulamaya girilmesiyle, 2004 yılında koroner baypas cerrahisinin %45 azalacağı öngörülmüştü. Bu öngörünün nedeni, İSS’lerin diyabetik, diffüz damar hastaları, bifürkasyon lezyonları ve çokdamar hastalarında cerrahiye etkin bir seçenek olması idi.

Diyabetik hastalarda İSS’lerin restenoz oranı ilk çalışmalarda %7 civarında idi. Trombüs riski çıplak stentler ile benzerdi. Bu hasta grubu için bunlar mükemmel yakın sonuçlardı. Daha sonraki çalışmalarda restenoz oranları yükselmeye başladı ve %15-20’lere ulaştı. En ilginç veri, bu yıl Colombo grubu tarafından, diyabetik çokdamar hastalarında retinopati veya nefropati varlığında, İSS’lerde ölüm oranlarında cerrahiye göre artış görüldüğünün bildirilmesidir.

Korumasız sol ana koroner lezyonlarında lezyon yeri distal yerleşimli ise, İSS kullanımı

Bütün bu bilgiler ve tartışmaların ışığında, bugün için ilaçlı stent kullanım endikasyonlarının yeniden gözden geçirilmesinin mutlaka gerektiği kanısındayım. Ayrıca, bu gözden geçirmede endikasyonun sınırlandırılması gerekliliği de vardır. Özellikle, ilaç salınımlı stentlerin kullanılması ile ortaya çıkan risk ve yararların gerçekçi bir biçimde ve ayrıntılarıyla hastalara da izah edilmesi gerektiğini düşünmekteyim. Kanımca ilaçlı stent kullanımının yüksek maliyeti, bu cihazların etik olmayan bir şekilde kullanımını artırmakta; hatta ilaçsız stent kullanan hekimler de hastaların gözünde sanki yetersiz bir iş yapmış konumuna düşürülmektedir. Son olarak, “Kendime stent kullanılması gerekse, hangi stenti isterdim?” sorusuna, gönül rahatlığı ile ilaç salınımlı stent (mevcut teknolojiadaki stentleri kastediyorum) yanıtını veremediğimi de belirtmek isterim.

Dr. Serdar Payzin

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı
35100 Bornova, İzmir.*

altı ay içinde artmış majör kardiyak olay ile ilişkili bulunmuştur.

Kronik böbrek yetersizliğinde, kreatinin klirensi arttıkça perkütan girişimin cerrahiye göre mortaliteyi artırdığı görülmüştür. Ayrıca, bu grup hastalarda, İSS ile trombüs riski normal kişilere göre 4-5 kat daha yüksek bulunmuştur.

Akut miyokard infarktüsünde, lezyon trombüs yükü yüksek olgularda İSS kullanımı geç trombüs riskini artırmaktadır.

Bifürkasyon lezyonlarında, *crush* tekniği önceleri etkin ve güvenilir görünürken, sonraki çalışmalarda restenoz trombüsü ve işlem sırasında ST yükselmesiz infarktüs riskini artırdığı bildirilmiştir.

Bir hasta için kullanılan İSS sayısı ve boyu arttıkça, trombüs riski artmaktadır. Özellikle *overlap* stent kullanımı apostozis riski taşımaktadır.

İlk veriler İSS'lerin damar çapından bağımsız restenozu azalttığını gösterirken, daha sonraki çalışmalarda 3.5 mm ve üzerinde referans damar çapı olan olgularda ince stratlı çıplak stent ile İSS'nin restenoz oranları benzer bulunmuştur.

İSS'lerin en kötü komplikasyonu, erken ve geç trombüs oluşumu idi. Bu komplikasyon her yıl için çıplak stentlere göre %0.6 daha fazla idi. Bir yıldan daha uzun klopidogrel kullanımının bu riski ne ölçüde azalttığı ve ne kadar güvenilir olduğu kesin olarak henüz gösterilememiştir.

Bu stentleri kullanmadan önce, her hastanın ve lezyonun ayrı ayrı değerlendirilmesi, hastanın çift antitrombosit tedaviyi en az bir yıl kullanıp kullanamayacağıının çok iyi bilinmesi gerekir.

Kanıtı dayanan tıp uygulaması ile, İSS kullanımının 2004 yılına göre önemli bir gerileme göstereceği, cerrahi seçenekli birçok hasta ve lezyon grubunda İSS'lerin önemli riskler içerdiğinin unutulmaması gerektiği kanısındayım.

Dr. Erdoğan İlkay

*MESA Hastanesi Kardiyoloji Bölümü
06510 Söğütözü, Ankara.*