

UZMAN YANITLARI

ST yükselmeli miyokard infarktüsünde farmakoinvaziv tedavi (trombolitik tedavi + glikoprotein IIb/IIIa inhibitörü + primer girişim) uygulamasının yeri nedir?

Yanıt ST yükselmeli miyokard infarktüsünde farmakoinvaziv tedavi, bir başka deyimle kolaylaştırılmış (facilitated) perkütan koroner girişim (PKG), prosedür öncesi koroner damar açıklığını iyileştirmek amacıyla uygulanmaktadır. Bu yaklaşım, PKG'ye kadar geçen sürede farmakolojik olarak reperfüzyonun sağlanabileceği, bunun da daha küçük infarktlara yol açacağı, trombus yükünde ve distal embolizasyon sıklığında azalma sağlayacağı, PKG'nin başarısını artıracığı ve klinik gidişte iyileşme sağlayabileceği hipotezine dayanmaktadır. Prosedürü kolaylaştırmak amacıyla GP IIb/IIIa inhibitörü, tam doz veya azaltılmış doz trombolitik ajanlar veya kombine GP IIb/IIIa inhibitörü ve azaltılmış doz trombolitik ilaçlar kullanılmıştır.

Trombolitik tedavi veya trombolitik tedavi ile birlikte GP IIb/IIIa inhibitörü kullanımını takiben PKG verilerinin yetersiz olduğunu düşündüğümünden şimdiye kadar uygulamalarım içinde yer almamıştır.

ST yükselmeli miyokard infarktüsü tedavisine yönelik AHA kılavuzunda, kolaylaştırılmış PKG yapılan önçalışmalarda belirgin yarar görülmemesine rağmen, ancak yüksek riskli hastalarda, PKG'nin kısa sürede uygulanamayacağı durumlarda sınıf IIb endikasyon olarak ve B kanıt düzeyi ile önerilmiştir. ESC kılavuzunda ise, trombolitik veya GP IIb/IIIa inhibitörü kullanımını takiben PKG hiçbir koşulda önerilmemiştir.

Şubat 2006'da yayınlanan ASSENT-4 PCI ve bu çalışmanın da dahil edildiği 17 çalışmanın meta-analiz sonuçları bu konudaki belirsizlikleri büyük ölçüde gidermiştir. ASSENT-4 PCI çalışmasında ST yükselmeli miyokard infarktüsülü hastalarda tam doz tenekteplaz uygulamasını takiben PKG yapılan grupta hastane-içi mortalite, kalp yetersizliği gelişi-

mi, inme, re-infarktüs ve hedef damar revascularizasyon sıklığı standart PKG uygulanan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, 17 çalışmanın meta-analizinde de başlangıçta sağlanan TIMI III akım oranının daha fazla olmasına rağmen, klinik gidiş standart primer stratejiden daha iyi bulunmamıştır. Ancak, bu meta-analizde primer anjiyoplasti öncesi trombolitik tedavi ve GP IIb/IIIa inhibitörü birlikte kullanıldığında reinfarktüs oranı, yalnız trombolitik tedaviye göre daha düşük bulunmuştur. Bu açıdan hâlen devam etmekte olan primer anjiyoplasti öncesi yalnız GP IIb/IIIa inhibitör (abciximab) kullanımı veya düşük doz trombolitik tedavi (reteplaz) ile beraber kullanımının standart PKG ile karşılaştırıldığı FINESSE çalışması sonuçları önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, ST-yükselmeli miyokard infarktüsünde mevcut verilere göre kolaylaştırılmış PKG, standart PKG'ye göre ek bir yarar sağlamamaktadır. Özellikle trombolitik tedaviyi takiben yapılan primer anjiyoplastide majör istenmeyen olay sıklığının yüksekliği nedeniyle bu uygulamadan kesinlikle kaçınılmalıdır.

Dr. Neşe Çam

Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi
34668 Haydarpaşa, İstanbul

Yanıt Kolaylaştırılmış perkütan koroner girişim (PKG) ile, trombolitik tedavinin yaygın kullanılabilirliği ve PKG'nin de tam ve sürekli akım sağlama avantajları birleştirilerek sinerjik bir tedavi geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Kolaylaştırılmış PKG'de elimizde farmakolojik olarak üç seçenek vardır: Birincisi sadece glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerleri, ikincisi yarı doz trombolitikle birlikte glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerleri, üçüncüsü ise sadece trombolitiklerdir.

I. Primer PTKA öncesi glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerlerini değerlendiren bir meta-analizde, abciximab grubunda genel olarak

ölüm, reinfarkt ve hedef damar revaskülarizasyonunda %46, ölüm veya re-infarkta %34 azalma saptandı. Bu fark istatistiksel anlamlılık gösterirken, ölümden istatistiksel anlamı olmayan %26'lık bir azalma saptanmıştır. Yani bu çalışmalar akut miyokard infarktüsünde (MI) girişimsel reperfüzyonla birlikte abciximab kullanılmasını desteklemektedir.

Glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerlerinin PKG'ye eklenmesiyle mortalitede %26'lık istatistiksel anlamı olmayan bir azalma sağlanmış, glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerlerinin kolaylaştırılmış PKG'de önerildiği gibi erken ya da geç uygulanması mortalite açısından anlamlı fark yaratmamıştır. Sonuç olarak, glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerleri ile kolaylaştırılmış PKG'de mortalite açısından beklenen yarar sağlanamamıştır.

II. PKG öncesi yarı doz trombolitikle birlikte glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerlerini değerlendiren BRAVE ve ADVANCE MI çalışmalarında ST segment yükseklikli Mİ'li hastalarda PKG öncesi yarı doz trombolitikle birlikte glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerleri kulanılanlarda TIMI akım oranları daha iyi olmasına karşın, ölüm, Mİ, inme ve önemli kanama gibi klinik olaylar ve in-

farkt alanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Sonuç olarak, PKG öncesi yarı doz trombolitik + glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerleri ile beklenen klinik yarar sağlanamamıştır.

III. PKG öncesi sadece trombolitiklerin kullanıldığı ilk çalışmalarda fibrinolitiklerle PKG'nin kombinasyonunda yarar gösterilememiştir. Bu çalışmaların çoğunda PKG öncesinde ISA'da yüksek açıklık oranları sağlanmasına karşın, hiçbirinde klinik iyileşme saptanamamıştır. Aynı zamanda, bu çalışmalarda kanama komplikasyonları da sık olarak izlenmiştir (PACT, SIAM III, GRACIA, CAPITAL AMI ASSENT-4 PCI çalışmaları). Sonuçta, trombolitik tedavi sonrası PKG'de beklenen klinik yarar sağlanamamıştır.

Kolaylaştırılmış PKG yüksek riskli hastalarda, PKG kısa sürede yapılamıyorsa ve hastanın kanama riski düşük ise yapılabilir. Sonuç olarak, kolaylaştırılmış PKG rutin strateji olarak önerilmemektedir.

Dr. Ramazan Atak

*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği
06100 Sıhhiye, Ankara*