

## UZMAN YANITLARI

### **K**alp dışı cerrahide ameliyat öncesinde beta-bloker kullanımınız son çalışmalar ışığında değişti mi?

**Yanıt** ACC/AHA'nın 2006 yılındaki perioperatif beta-bloker kullanımı ile ilgili kılavuz güncellemesinden sonra, çeşitli kardiyovasküler risklerle ameliyata alınacak hastalarda beta-bloker kullanılması, ameliyatla ilgili riskleri azaltacağı beklentisiyle oldukça yaygınlık kazanmış ve uygulama alanı bulmuştu. Bu kılavuz güncellemesi yayımlanmadan önce de, çeşitli olumlu ve olumsuz sonuçlar sunan klinik çalışmalar vardı. Ancak, kılavuz, olumlu veriler ortaya koyan çalışmaların önemi ve ağırlığı göz önüne alınarak hazırlanmıştı. Bu hastalarda beta-bloker kullanımının sağlayacağı "güvence", koroner arter hastalığı tanısı ve şiddetinin ameliyat öncesinde araştırılması gerekliliğine de sınırlamalar getirilmesi sonucunu doğurmuştu. 2006 yılında yayımlanan iki önemli çalışma (MaVS ve DIPOM), vasküler cerrahi hasta grubunda ve diyabetik grupta yüksek riskli hastalarda beta-bloker koruyucu tedavisinin perioperatif kardiyak olayları azaltmadığını ve hipotansiyon-bradikardi görülme oranlarını artırdığını ortaya koydu. Bununla birlikte, 2007 yılı sonunda yayımlanan ACC/AHA 2007 Kalp Dışı Cerrahi için Perioperatif Kardiyovasküler Değerlendirme ve Tedavi Kılavuzu da, eldeki veriler kesin olmasa da beta-blokerlerin perioperatif iskemiye azalttığını ve bilinen koroner arter hastalarında miyokard infarktüsü (Mİ) ve ölüm riskini azaltabileceğini söylemekteydi. Bu kılavuzda cerrahi açıdan riski orta derecede olan (örneğin intraperitoneal, ortopedik ameliyatlarda) tüm koroner arter hastalarında veya yüksek riskli hastalarda (kalp yetersizliği öyküsü, serebrovasküler olay öyküsü, diyabet ve renal yetersizlikten en az ikisi) sınıf IIa indikasyonla beta-bloker profilaksisi önerilmekteydi.

Geçtiğimiz Kasım ayındaki AHA toplantı-

sında, kilometre taşı önemde bir çalışmanın (POISE) sonuçları açıklandı. Henüz yayımlanmamış bu sonuçlar, kardiyoloji ve anesteziyoloji camialarını karıştırdı. Söz konusu büyük, randomize, kontrollü çalışmada (8351 hasta), kalp dışı cerrahi uygulanacak riskli hastalarda uzun etkili metoprolol tedavisiyle Mİ oranı azalırken, ölüm ve ağır inme oranlarında belirgin bir artış olduğu saptandı. Beta-bloker tedavisi uygulanan her 1000 hastada 15 Mİ önlenirken, sekiz ölüm ve beş ağır inme olayı belirlendi. Ayrıca, atriyal fibrilasyon gelişmesi metoprololle azalırken, önemli hipotansiyon ve bradikardi oranlarında ciddi artışlar gözlemlendi. Çalışma sonuçlarıyla ilgili çeşitli yorumlar yapıldı ve uzmanlar tarafından beta-bloker tedavisinin çalışmada uygulandığı şekliyle pek de masum olmadığı dile getirildi. Bu çalışmadan sonra, yeni yayımlanan kılavuzun yeniden revize edilmesi gerekliliği üzerine tartışmalar başladı. Haklı olarak, çalışma protokolündeki metoprolol dozunun, titrasyon hızının ve istenmeyen etki nedeniyle ilaç dozu azaltılması ölçütlerinin uygunsuzluğu vurgulandı. Bazıları tarafından da, tam ve ayrıntılı sonuçlar yayımlanmadan kesin hüküm vermenin uygun olmayacağı dile getirildi. Kafaların karıştığı bu ortamda nasıl bir yol izlenmesi konusundaki kişisel önerilerim şöyle özetlenebilir:

1. Ameliyat öncesinde beta-bloker kullanmakta olan hastalarda ilaçların perioperatif dönemde kesilmemesi gerekir. Bu husus hemen herkesin hemfikir olduğu ve mevcut kılavuzlarda da sınıf I indikasyon olan bir tavsiyedir. Hastaların almakta olduğu ilaç dozu, kalp hızı 65/dk altında olacak şekilde düzenlenmelidir.

2. Daha önce beta-bloker almayan hastalarda koruyucu tedaviye elektif cerrahiden günler/haftalar öncesinden başlanmalı (eğer verilecekse), uygun ve emniyetli doz titrasyonu sağ-

lanmalıdır. Böylece, hastanın beta-blokeri iyi tolere ettiğinden olabildiğince emin olunmalıdır. İstenmeyen etki olmadığı sürece beta-blokerin ameliyat sonrası en az 30 gün süreyle verilmesi uygundur.

3. Mevcut kılavuzlarda orta derecede riskli cerrahi uygulanacak ve koroner arter hastalığının kesin olduğu hastalarda veya yüksek kardiyak risk tanımına girenlerde dahi tavsiyenin sınıf IIa olduğu ve bu tedavinin bazı ciddi risklerinin de bulunduğu göz önüne alınmalıdır. Bu açıdan profilaksi yapılacak hastalar dikkatle seçilmeli, özellikle riski daha fazla olan, ameliyat öncesinde miyokard iskemisi gösterilenlerde tercihen beta-bloker tedavisine başvurulmalıdır. Kardiyovasküler risk ne kadar yüksekse, beta-bloker korunmasından yararlanma da o denli fazla olacaktır.

4. Önceden serebrovasküler olay veya geçici iskemik atak geçirmişlerde özellikle daha seçici ve dikkatli davranılmalıdır. Bu grupta çok gerekli görülmedikçe beta-bloker profilaksisinden uzak durmak belki de daha güvenli olacaktır.

5. Seçilen beta-blokerin (tercihen uzun etkili) dozu ve titrasyon hızında çok dikkatli olunmalı, koruyucu etkinin sağlanması için kalp hızı 65 veya 70/dk altında tutulurken, sistolik kan basıncının fazla düşmemesine (en fazla 100 mmHg) çok dikkat edilmelidir. Yaşlı, serebrovasküler olaylı veya önceden hipertansif hastalarda 100 mmHg sistolik basıncın

bile uygunsuz düşüklükte olabileceği hatırdan çıkarılmamalıdır.

6. Anesteziyologlar ve cerrahlar, hastanın ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası erken dönemde uygunsuz bradikardi ve hipotansiyona girebileceği konusunda uyarılmalı ve bilgilendirmelidir. Bu bağlamda, gerektiğinde doz azaltılması veya ilacın kesilmesi en kısa zamanda gerçekleştirilmelidir.

7. Ameliyat öncesinde beta-bloker tedavisine başlanmış olgularda, ilacın ameliyat sırasında ve sonrası dönemde anesteziyologlar veya cerrahlar tarafından gereksiz yere kesilmesi veya unutularak verilmemesi önlenmelidir. Uygunsuz ve ani beta-bloker kesilmesinin de belirgin sakıncaları olduğu 1980'lerden beri bilinmektedir.

Sonuç olarak, POISE çalışmasının tüm verilerinin açıklanması/yorumlanması ve yeni gelecek başka büyük çalışmaların verilerinin katkıları, önümüzdeki kısa dönemde halen geçerli kılavuzların tavsiyelerinde değişikliklere gidilmesine yol açabilir. Kardiyologların ve diğer ilgili hekimlerin konuyu yakından izlemeleri ve yeni yapılacak kılavuz güncellemeleri doğrultusunda günlük pratiklerini şekillendirmeleri yerinde olacaktır.

Dr. Ahmet Oktay

*VKV Amerikan Hastanesi  
Kardiyoloji Bölümü  
34365 Nişantaşı, İstanbul*