

UZMAN YANITLARI

Girişimsel elektrofizyolojik işlemler sırasında antiagregan ve antikoagülan tedavi konusunda yaklaşımınız nedir?

Yanıt Girişimsel elektrofizyolojik işlemler, bir ya da birkaç kateterin kalp odacıklarının içine yerleştirilerek uygulanan ve genellikle uzun süren işlemlerdir. Bu işlemler sırasında kalp içinde trombüs oluşumu ve bunun sistemik dolaşıma katılması olasıdır. Bu çalışmalar sırasında uygulanması gereken antiagregan ve antikoagülan tedaviler konusunda genel bir fikir birliği oluşmuş değildir. Bu nedenle, tüm işlemler için geçerli olan standart bir tedavi yöntemi yoktur.

Sadece sağ kalp boşluklarının kateterize edildiği ve kısa süren elektrofizyolojik çalışmalarda trombüs oluşumu riski düşüktür. Bu nedenle, işlem öncesinde başlanan asetilsalisilik asidin yeterli olacağı düşünülebilir. Elektrofizyolojik çalışmayı radyofrekans ablasyonun izleyeceği olgularda ise durum farklıdır. Radyofrekans enerji kateterin ucunda ve temas ettiği endokard bölgesinde önemli bir ısı artışına yol açar; bu da kateter ucunda ve endokarda trombüs oluşumuna neden olabilir. Bu nedenle, ablasyon yapılacak hastalarda asetilsalisilik asit tedavisine ek olarak işlem sırasında hastanın heparinize edilmesi şarttır. Hepariniazasyonun, damar kılıfları yerleştirildikten hemen sonra, kateter yerleştirme işlemine başlanmadan yapılmasının en güvenli yaklaşım olacağı bilinmelidir. Sol kalp içinde yapılan ablasyonlar tromboembolik olaylar açısından daha riskli işlemlerdir. Hem sol hem de sağ atriyum içinde uzun lezyonlar oluşturularak yapılan atriyal fibrilasyon ablasyonu ise, hem altta yatan aritminin doğası, hem de işlemin teknik özellikleri nedeniyle tromboembolik olaylar açısından çok riskli bir işlemdir. Bu işlemler sırasında, agresiv antikoagülasyonun yanı sıra glikoprotein IIb/IIIa antagonistlerinin kullanımı da tromboembolik olayları önlemede etkilidir. Tüm hastalarda asetilsalisilik asit tedavisi-

ne işlemde sonra en az birkaç hafta süreyle devam edilmesi de önerilmektedir.

Dr. Bülent Özin

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı
06490 Bahçelievler, Ankara*

Tromboze koroner lezyonlara yönelik elektif girişimlerde girişim öncesi glikoprotein IIb/IIIa antagonistlerini kullanım pratiğiniz nedir?

Yanıt Elektif koşullarda perkütan koroner girişim planlanan bir hastada anjiyografik olarak lezyonda trombüs saptanması perkütan işlem başarısını düşüren; ölüm, akut miyokard infarktüsü, akut tıkanma ve acil koroner baypas gibi majör kardiyak olay gelişme olasılığını artıran ciddi bir durumdur. Koroner trombüs bazen var olan bir koroner aterosklerotik plak üzerine eklenebileceği gibi bazen de koroner damarda tek başına yer alabilir. Yeni kuşak stentler ve antitrombotik ilaçların yaygın kullanımıyla koroner trombüsün oluşturduğu riskin azaldığı ifade edilse de, tromboze lezyona girişimde bulunulması, distal koroner akımın kaybolması, akut tıkanma veya yeniden darlık oluşması riskini azımsanmayacak ölçüde artırmaktadır.

Uygulamalarımda koroner anjiyografi sırasında koroner damarlardan birinde lezyona eşlik eden ya da etmeyen trombüs ile uyumlu dolma azlığı ya da yoğunluk değişikliği ile karşılaştığımda perkütan girişime aynı seansta devam etmeyi tercih etmiyorum. Bu durumda, hastalar hemen daima zaten aspirin ve klopidogrel ikili tedavisini almakta olduğu için karışımında iki seçenek bulunuyor. Trombüsün sınırları belirli ise, intravenöz yüksek doz ya da perfüzyon kateteri yardımıyla intrakoroner heparin infüzyonu, düşük doz trombolitiğin intrakoroner ya da intravenöz uzun süre infüzyonunun (100 000 U/saat streptokinaz, 24-48 saat, vb.) koroner içi trombüs üzerine olumlu etkileri bildirilmektedir. Bu tedavilerin trombüsün neden olduğu tam tıkanma üzerine etkileri de olumludur. Organize olma yolunda olan trombüsün mekanik yöntemlerle çıkartılmaya çalışılması da bu durumda denenebilecek bir yöntemdir.

Çoğu koroner içi trombüs (ya da şüpheli trombüs) ise, sınırları belirgin olmayan, hafif dolma defekti ya da radyoopak madde yoğunluğunda farklılık şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda GP IIb/IIIa reseptör antagonistlerinin seçilecek tedavi olduğunu düşünüyorum. Bu ilaçların ilk kullanılmaya başlandığı dönemlerde yapılan çalışmalar ışığında, GP IIb/IIIa reseptör antagonistlerinin akut miyokard infarktüsü sırasında daha düşük yükleme dozu ve yüksek idame dozu ile, girişimler öncesinde ise, tam tersine, daha yüksek yükleme dozu ve daha düşük idame dozu ile uygulanması önerilmekteydi. Son zamanlarda yayınlanan ADVANCE ve EVEREST çalışmaları bu

farklı doz uygulamalarını geride bırakarak yüksek yükleme dozu ve normal idame dozunun etkinliğini ortaya koymuştur. Bu durumda, bu ilaç grubunun ülkemizdeki temsilcisi olan tirofiban için 3 dakika içerisinde 25 µg/kg intravenöz yükleme sonrası 24-48 saat süreyle 0.15 µg/kg/dk dozunda intravenöz infüzyona devam etmenin, daha sonra da koroner anjiyografinin tekrarlanarak perkütan girişimsel işlemi planlamanın uygun olduğunu düşünüyorum.

Dr. Haldun Müderrisoğlu
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı
06490 Bahçelievler, Ankara