

Editöre Mektup

Akut Miyokard İnfarktüsünde Stent Seçimi Nasıl Olmalı?

TKD Arşivinin Ocak 2000 sayısındaki Dr. Vedat Koca ve arkadaşlarının yazılan "Akut Miyokard İnfarktüsünde Primer Stent Uygulamasının Hastane İçi Sonuçları" (TDK 2000; 28: 101-105) başlıklı makalede, hastaların hastanedeki yatış döneminde oluşan reoklüzyon, reinfarktüs, iskemi tekrarı ve mortalitenin azalması ile ilgili bilgiler artmaması bakımından değerlidir. Ancak, akut miyokard infarktüsünde (AMI) kullanılacak stent seçimi ile ilgili değerlendirmelerde açıklık getirme ve bazı katkılarda bulunmamızın uygun olacağını düşündük.

Birçok randomize, kontrollü yapılan çalışmalarda, AMI'nün tedavisinde perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTKA) sonuçlarının trombolitik ajanlara göre kısa süreli sonuçlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, AMI'nde PTKA uygulamasında trombolitik tedaviye göre hastane mortalitesini %44 azalttığı gösterilmiştir. Ancak uzun süreli takiplerde (6 ay) restenoz oranı %50'lere varmakta, bunların %10-15'inde ise total oklüzyon oluşturmaktadır (1). O nedenle, yeni revaskularizasyon (stent) işlemlerine gerek duyulmuştur. İnfarktüsli artere stent uygulamasının PTKA'ya göre, kısa ve uzun süreli (2) etkilerinin iyi olduğu gösterilmiştir. Primer PTKA uygulanan ve suboptimal sonuç alınan olgularda stent işlemi uygulanmaktadır. Ancak seçilen stent dizaynının kısa ya da uzun süreli sonuçlar üzerine etkisinin de önemli olduğu bilinmelidir. Özellikle, seçilen stentin radial force'nun iyi ve stent yerleştirildiğinde plak prolapsusunun olmaması gerekir (3). Suboptimal PTKA sonrası coil dizaynı stent kullanılacak olursa, metal arter oranının düşük olması nedeniyle (örneğin victory stentte bu oran %7,5-9,5) tubuler dizaynı stent'e göre plak prolapsusu (3) ve subakut trombüs riski daha yüksek görülmektedir (4). Yapılan diğer bir çalışmada, tübuler stent uygulaması ile (Palmaz-Schatz), coil stent'e (Gianturko-Robin, Wictor) göre işlem sonrası daha büyük lümen açıklığının sağlandığı gösterilmiştir (5). Stent işlemi sonrası daha küçük akut stent recoilinin bulunması, dolayısıyla geniş akut lümen açıklığının sağlanması, uzun süreli koroner stentin açıklığı ile paraleldir (6).

Yapılan bu çalışmada ise PTKA sonrası, olguların 64'de (%78) suboptimal sonuç, 14'de (%17) tıkanma tehdidi ve 4'ünde (%5) ise akut tıkanma nedeniyle stent implante edildiği bildirilmektedir. Olgulara top-

lam 86 stent yerleştirilmiş olup, bunun 44'ünü coil dizaynı (yarısından fazla) stent oluşturmaktadır. Oysa, PTKA sonrası suboptimal sonuç alınan olgu sayısı 64 (%78) olup, bunların hepsine lezyon morfolojisi uygun ise tubuler desing'li stent takılması gerekirdi. Keza PTKA sonrası gerek tıkanma tehdidi olan ve gerekse akut tıkanan olgularda da ve lezyonların morfolojisine göre tubuler dizaynı stent tercih edilmeliydi. Bu çalışmada morfolojik özelliklere göre, hangi dizaynı stent yerleştirildiği konusunda yeterli bilgi verilmemiştir. Stent yerleştirilen olguların, stent sonrası (hastanede kaldığı sürece) akut ya da subakut stent oklüzyonunun olmamasına rağmen, özellikle coil dizaynı stent'te akut ya da subakut stent oklüzyon riskinin yüksek olduğu bilinmektedir.

Bu nedenle, AMI'nde primer PTKA sonrası suboptimal sonuçlar alındığında, tercih edilecek stent design'ları, orijinal slotted tube stent Palmaz-Schatz stent) ve ikinci jenerasyon tubuler stent (crossflex LC, BX, crownl, multilink, NIR, jostent, Be-stent vs.) olmalıdır. Ancak primer PTKA sonrası oluşan tıkanma tehdidi ve tortious lezyonlarda coil stent tercih edilmelidir (6).

Sonuç olarak, primer PTKA uygulanan AMI'li olgularda, suboptimal sonuç elde edilirse radial force'u iyi olan tübüler design'li stentler tercih edilmelidir. Ancak, primer PTKA sonrası tıkanma tehdidi olan ve de kıvrımlı lezyonlarda ise coil design'li stent ilk planda düşünülmelidir.

Doç. Dr. A. ÜNALIR, Y. Doç. Dr. B. GÖRENEK
Osmangazi Ü. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Abd, Eskişehir

Kaynaklar

1. Bauters C, Khanoyan P, MC Faolden Ep, et al: Restenosis after delayed coronary angioplasty of the culprit vessel in patients with a recent myocardial infarction treated by thrombolysis. *Circulation* 1996; 91: 1410-18
2. Bauters C, Lablanche JM, Belle EV, et al: Effects of coronary stenting on restenosis and occlusion after angioplasty of the culprit vessel in patients with recent myocardial infarction 1997; 96: 2854-8
3. Jost C: Stenting in Europe, what lessons can we learn? Development of a stent classification system based on a survey of European clinical experiences. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1998; 45: 217-32
4. Inoue K, Kakomura N, Fukuki M, et al: Comparison of early and late results after coil and slotted - tube stent implantation. Angiographic and pathologic study. *J. Am Coll Cardiol* 1998; 31: 316 (Abstr Suppl).
5. Okabe T, Asakura Y, Ishikawa S, et al: Evaluation of scaffolding effects of five different types of stent by intravascular ultrasound analysis. *Am.J. Cardiol* 1999;84:981-6
6. Fischman DL, Leon MB, Baim, et al: A randomized comparison of coronary stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. *N Eng J Med* 1994; 331: 496-501