

AKUT KORONER SENDROM SONRASINDA RİSK BELİRLENMESİ VE KRONİK KORONER KALP HASTALIĞININ TEDAVİSİNE BİREYSEL YAKLAŞIM

Dr. Nevrez KOYLAN

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Kardiyovasküler Risk ve Buna Bağlı Korunma ve Tedavi Kavramları

Koronar arter hastalığının yol açtığı semptomların ve istenmeyen olayların temelinde tıkaçıcı olmayan koroner arter darlığı hizasındaki damar duvarının instabilitesi ve vasküler darlığın şiddeti olmak üzere iki farklı ana mekanizma bulunur. Koroner arterin endotelial yüzeyinin instabilitesi lipid düzeyleri kadar iltihabi reaksiyon, plaktaki lipid içeriği, fibröz kapsülün durumu ve kalınlığı, lokal sıvı dinamiği ve vazomotor tonusa da bağlıdır.

Koronar kalp hastalığının tedavisi kavramı, tıkaçıcı koroner arter hastalığının yarattığı semptomların ortadan kaldırılması ve hastalığın ilerlemesinin ve yeni klinik olayların gelişmesinin önlenmesi (veya sekonder koruma) olarak nitelendirilebilecek iki ana komponentten oluşur. Bu komponentler temelde iç içe geçmiş olup bireysel tedavide birbirinden ayrı düşünülmemesi gerekir.

Koronar kalp hastalığı semptomlarının ortaya çıkmasında aşağıda sayılan faktörlerden bir veya birkaçı rol oynar. Bu faktörler sırasıyla şunlardır:

- 1) Akımı sınırlayan sabit bir koroner darlığın bulunması
- 2) Anormal epikardiyal damar tonusu
- 3) İntermittan arteriyel vazospazm
- 4) Mikrovasküler fonksiyon bozukluğu
- 5) Yetersiz kollateral gelişimi

Semptomların giderilmesi için halen kullanılmakta olan tıbbi tedavi yaklaşımlarının büyük çoğunluğu myokard dokusundaki oksijen istem- sunu dengesizliğini gidermeye yöneliktir. Alternatif bir yaklaşım olarak azalmış akımı arttırıcı doğrudan yapısal veya fizyolojik değişimleri hedeflemek de düşünülebilir. Bu kapsamda kollateralilerin gelişmesi, aşırı vazokonstriktör tonusun azalması veya akımı sınırlayan darlığın şiddetinde azalma (regresyon) bulunur.

Koronar kalp hastalığı olan kişilerde risk faktör modifikasyonunun kısa sürede bile morbidite ve mortalitede önemli azalmalara yol açtığı bilinmektedir. Bu durumun endotel fonksiyonlarında düzelmeye, plak stabilizasyonu ve koagulyasyonda değişmeye bağlı olduğu düşünülmektedir. Ancak, risk faktörlerinin prognoz üzerine etkisinin bilinmesine ve etkili tedavilerin de varlığına rağmen koroner kalp hastalığı olan kişinin uzun süreli takip ve tedavisinde risk faktörlerinin düzeltilmesi için yeterli çabanın gösterildiğini söylemek pek mümkün değildir. Üstelik bu ölçüde karmaşık etyolojiye sahip bir hastalıkta her hasta için ayrı bir strateji çizilmesinin gerekli olduğu muhakkaktır. Söz konusu strateji başlangıçta yapılacak ve mevcut kardiyak ve nonkardiyak koşulların etkilerinin de hesaba katılacağı bir risk değerlendirmesini, bu kişiye özel bir tedavi planını ve gerek risk faktörlerine yönelik önlemlerin ve gerekse özgün tedavilerin uzun vadedeki kompliansının hassasiyetle takibini içermelidir.

Akut Myokard İnfarktüsü Sonrası Uzun Dönem Riskin Belirlenmesi

Akut myokard infarktüsü sonrasında morbidite ve mortalitenin belirgin şekilde artış gösterdiği ve bu artışın büyük ölçüde kardiyovasküler mortalite ve morbidite artışı tarafından oluşturulduğu bilinmektedir. Özellikle reinfarktüs ve kardiyak ölüm riski açısından yüksek riskli ve düşük riskli hastaları ayırmak bu noktada önem taşımaktadır. Bu ayırımı noninvaziv incelemelerden koroner arteriografiye kadar uzanan bir spektrumuna içerebilir.

Akut myokard infarktüsü sonrasında kısa ve uzun dönem prognoz başlıca üç faktör tarafından belirlenir. Bunlar sırasıyla istirahatteki sol ventrikül fonksiyonu, kalan iskemik myokard miktarı ve ventrikülün aritmojenik potansiyelidir.

Sol Ventrikül Fonksiyonunun Değerlendirilmesi

Sol ventrikül fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla en sık kullanılan parametre olan sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu prognoz açısından da oldukça iyi bir göstergedir (Şekil 4)^{18,19}. Sol ventrikül fonksiyon bozukluğunun derecesini belirleyen iki ana faktör sırasıyla neden nekrotik myokard alanının genişliği (infarktüs boyutu) ve canlı olduğu halde iskemi nedeniyle fonksiyon dışı kalmış (hibernating) myokard alanının genişliğidir. Buna ilaveten, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu düşük olmasına karşılık egzersiz kapasitesi iyi olan hastalarda uzun süreli prognoz egzersiz kapasitesi zayıf olan hastalardan daha iyidir.

Myokard İskemisinin Değerlendirilmesi

Myokard infarktüsü sonrasında başka iskemik olayların gelişmesi olasılığı yüksek olduğu için, kişinin gelecekteki iskemi ve infarktüs riskini ortaya koymak ve takip ve tedavi prosedürlerini bu risk ışığında kararlaştırmak önemlidir. Bu konuda koroner anjiyografi önemli koroner darlıkları haber vermek ve gereğinde bunlara müdahale etmek imkanını verse de, yeni bir infarktüs veya akut koroner olaya yol açacak olan aterosklerotik plaklar genellikle lipidden zengin ve % 75'den daha az darlık derecesine sahip oldukları için bu plakların fonksiyonel değerlendirmesini yapmak için koroner arteriografi yetersiz kalır. Bu konuda hala değerini koruyan yaklaşım, hastayı hastaneden çıkartmadan önce egzersiz testi ile değerlendirmek ve tedavi yaklaşımını ve günlük aktivite planlamasını buna göre yapmaktır.

Ventrikülün Aritmojenik Potansiyelinin (Elektriksel instabilitenin) Değerlendirilmesi

Myokard infarktüsünü takip eden ilk bir veya iki yılda malign ventriküler aritmilere bağlı ani kardiyak ölüm riski belirgin olarak artmış bulunur. Bu riski değerlendirmek için QT dispersiyonu, holter monitor takibi, sinyal ortalamalı EKG'de geç potansiyeller, kalp hızı değişkenliği, baroreflaks duyarlılığı ve invaziv elektrofizyolojik inceleme gibi yöntemler kullanıla-

bilir. Bu testlerin herbiri farklı pozitif ve negatif prediktif değere sahiptir ve infarktüs sonrasında özel bir neden olmadıkça rutin kullanımları önerilmemektedir. Benzer şekilde, rutin profilaktik antiaritmik tedavinin de yeri yoktur.

Sekonder Korumanın Anahatları

Sigara

Diğer tehlikelerinin yanısıra, tütün kullanımının toplumsal boyutta en önemli kardiyovasküler risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, sigara ve diğer tütün mamullerinin tam olarak bırakılması gereklidir. Bu programın içine imkan ölçüsünde ailenin ve işyerinin de katılması büyük önem taşır. Gerekirse, sigaranın bırakılmasına yönelik programlar ve nikotin substitüsyonu düşünülebilir.

Fiziksel aktivite

Sedanter yaşam tarzının uzun vadede negatif etkilerinin bulunduğu bilinmekle birlikte, uzun süreli fiziksel aktivite programlarının prognoza etkileri konusunda tartışmalı sonuçlar bulunmaktadır. Fiziksel aktivite uygulaması açısından sekonder koruma kapsamındaki kişileri düşük riskli (iskemi ve/veya risk taşıyan aritmisi bulunmayanlar) ve yüksek riskli (iskemi ve/veya risk taşıyan aritmisi bulunanlar) olarak iki gruba ayırmak uygun olur. Her iki grupta da, başlangıçta yapılacak bir semptom sınırlı egzersiz testi sonuçları yol göstericidir. Eğer imkan varsa bu egzersiz testi sırasında oksijen testinin de ölçülmesinin yararı büyüktür. Önerilecek egzersizin sürekli uygulanması ve haftada 3- 4 günden az olmamak üzere her seferinde ısınma ve soğuma dönemleri haricinde en az 20- 30 dakika sürmesi gerektiği hatırlanmalıdır.

Diyet

Diyetin iki ana hedefi vardır. Bunlardan birincisi vücut ağırlığının kontrolünü sağlamak, diğeri de lipidlerin düşürülmesine katkıda bulunmaktadır.

Serum lipidleri

Serum lipidleri ile ilgili olarak, eğer myokard infarktüsü geçirilmişse, infarktüstü 4- 6 hafta kadar sonra yapılacak açlık

lipid değerleri ölçümü sonuçlarına göre hareket edilmelidir. Burada hatırlanması gereken husus, lipid değerleri ne olursa olsun bu kişilere 2. basamak diyetinin önerilmesidir. Ayrıca LDL hedeflerine ulaşılması konusunda ısrarlı olmalı ve eğer LDL kolesterol 100 mg/dl altına çekilememişse, kombinasyonlar kullanılmalıdır.

Kan basıncı kontrolü

Hipertansiyonlu kişide ortaya çıkan koroner kalp hastalığının bir uç organ hasarı olarak değerlendirilmesi gerektiği hususu bildirilmektedir. Buna göre en az iki farklı vizitte ölçülen kan basıncının "yüksek normal" olarak nitelendirilen sınıf veya daha üzerinde bulunması durumunda ilaç tedavisi gereklidir. Koroner kalp hastalığı ve hipertansiyonun birlikte bulunduğu kişilerde antihipertansif tedavinin güvenilirliği veya yararları hakkında yeterli bilgimiz bulunmaktadır. Ancak, kan basıncının refleks taşikardi ve sempatik aktivasyona yol açacak şekilde hızla düşürülmesinden kaçınılmalıdır. Kan basıncı en az 140/90 mmHg altına incek şekilde düşürülmeli, eğer angina devam ediyorsa hedef daha düşük (<130/85 mmHg) seçilmelidir.

Aspirin

Düşük doz aspirinin tüm nedenlere bağlı mortaliteyi ve koroner olay sıklığını azaltma hususundaki yararı kanıtlanmıştır. Bu nedenle, bu ucuz ve etkili ilaç kanıtlanmış bir kontrindikasyon olmadıkça tüm hastalarda uzun süreli tedavinin bir parçası olmak durumundadır.

Diğer ilaçlar

Myokard infarktüsü geçirmiş ve sol ventrikül fonksiyonu normal sınırlarda olan hastalarda beta bloker ilaçların mortalite ve reinfarktüs riskini azalttığı bilinmektedir. ACE inhibitörleri de infarktüs sonrasında sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalarda morbidite ve mortaliteyi olumlu etkilerler. Bu nedenle, bir kontrendikasyon olmadıkça bu ilaçların koroner arter hastalığının uzun süreli tedavisinde yer alması gerekir.