

AKUT KORONER SENDROMDA RİSK SINIFLAMASI VE RİSK SINIFLAMASINA GÖRE ACİL BİRİMDE TEDAVİ STRATEJİSİ

Dr. Hüseyin OFLAZ

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler ilk sırada yer almaktadır. ABD’de yılda 800 binden fazla insan koroner kalp hastalığına bağlı ölmektedir. Yine ABD’de yılda 1 milyondan fazla insan akut Mİ geçirdiği ve bunların 1/3’nün hastaneye kavuşmadan öldüğü bildirilmiştir. Hastane öncesi ve sonrası tüm dönemler dikkate alındığında akut Mİ’nde total mortalite %30’dan fazla olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda ise bu ölüm oranının gerek primer PTCA ve trombolitiğin daha yaygın ve daha erken uygulanması nedeniyle azaldığı gösterilmiştir. Özellikle nüfuslarda yaşlı bireylerin, diyabetes mellitusun ve obesitenin artması nedeniyle akut koroner sendrom vakalarında artış olacağı şimdiden bildirilmektedir. Akut koroner sendromda (AKS) en önemli patofizyoloji aterom plağının rüptüre olması sonucunda bu bölgede trombüs ve fibrin oluşumu ve bunun neticesinde de ST elevasyonlu veya ST elevasyonsuz Mİ gelişmesidir. Akut ST elevasyonlu Mİ’nde koroner arterde lezyon bölgesinde fibrinden zengin tam tıkanma olurken (fibrinolitik tercih edilir) akut ST elevasyonsuz Mİ’nde kısmen tıkalı ve trombüsden zengin (fibrinolitik kullanılmaz) tıkanma olur.

Akut ST elevasyonsuz Mİ ve anstable angina pectorisli hastalarda erken ve geç dönem komplikasyonlar ve ölüm risk kategorilerine göre değişmektedir. Risk kategorileri prognostik bilgi vermenin yanında başlangıç ve idame tedavisinin nasıl olacağı konusunda da bilgi verirler.

Yüksek riskli hastalar

Son 48 saattir hızlanmış iskemik semptomu olanlar, 20 dakikadan uzun süren devam eden istirahat ağrısı olanlar, akciğer ödemi gelişenler, 0.5 mm’den fazla ST segment değişikliği olanlar, rS3 ve akut mitral yetersizliği gelişenler, hipotansiyon, bradikardi ve taşikardi gelişenler, yeni dal bloku gelişenler, devamlı VT atağı (30 saniyeden uzun) olanlar, pozitif serum biyomarkerleri olanlar.

Orta riskli hastalar

Yüksek risk özelliklerinden hiçbirisi yoktur. Eski Mİ, se-rebrovasküler hastalık veya periferik arter hastalığı olanlar, istirahatte gelen ve 20 dakikadan uzun süren ve yeni düzelen ağrısı olanlar, dinlemekle veya nitrogliserinle düzelen ve 20 dakikadan uzun süren istirahat ağrısı olanlar, gece gelen göğüs ağrısı olanlar, 2 hafta içerisinde yeni başlayan veya şiddetlenen göğüs ağrısı olanlar, T dalga değişikliği olanlar, patolojik Q dalgası olanlar veya istirahatte birden fazla derivasyonda 1 mm’den daha fazla ST segment depresyonu olanlar, 70 yaşından büyük olanlar, troponin T’si minimal yükselenler (0.01-0.1 ng/mL).

Düşük riskli hastalar

Yüksek ve orta risk özelliklerinden hiçbirisi yoktur. Göğüs ağrısının ortaya çıkma sıklığı ve süresinde artış olması, daha az eforla göğüs ağrısının ortaya çıkması, 2 hafta-2 ay arasında

ortaya çıkmış yeni göğüs ağrısı olanlar, normal veya takipte değişiklik göstermeyen EKG’si olan hastalar ve kardiyak biyomarkerleri normal olanlar.

Akut dönemde ilk medikal kontak esnasında yapılması gerekenler

Öncelikle hastanın hızla değerlendirilerek stabilizasyonun sağlanması ve risk yükünün belirlenmesi çok önemlidir. Daha sonra ise kardiyak yönden yoğun tedavi şemalarının belirlenip hızla uygulamasına geçilmelidir. Çünkü AKS tedavisinde zamana karşı mücadele vardır ve her geçen saniyede hücre ölümü (miyosit) tehdidi vardır. Bu nedenle verilecek ilaçların bir an evvel etkilerinin başlaması ve böylece en az miyosit hasarı ile sonuca ulaşmak en büyük hedefimiz olmalıdır.

Tüm AKS sendromlu hastalar ilk etapta hastaneye yatırılmalı ve en kısa sürede (yaklaşık 10 dakika) değerlendirilmelidir. İlk değerlendirmede EKG, başlangıç kardiyak enzimler ve markerler, BUN, kreatinin, elektrolitler, hemogram, lipidler, glikoz parametreleri istenmelidir. Acile ilk başvurularda karşılaşılan hatalardan en sık olanı ilk EKG’den sonraki EKG’lerin uzun aralıklarla çekilmesi. Oysaki Mİ’da zamana karşı yarıştığımızı düşünürsek 5 dakika arayla 3-4 kez EKG çekilmeli. Kesinlikle yüksek riskli (diyabet gibi) ve göğüs ağrısını tipik tarif eden hastalar ilk EKG’lere bakılarak evine geri gönderilmemelidir. Hastanın sahip olduğu kardiyovasküler risk faktörleri sorgulanıp birden fazla risk faktörü olanlar ve özellikle diyabetik olanlarda monitörize edilip daha sık EKG çekilmelidir. İkinci sık yapılan hata göğüs ağrısının ilk 4 saatinde başvuranlarda istenen troponin T veya I’nın negatif gelmesi dikkate alınarak hastanın tedavisine geç başlanılmakta hatta hasta evine gönderilmektedir. Oysaki troponinlerin gerçek Mİ ağrısından 4 saat ve sonrasında yükseldiği unutulmamalıdır. Ayrıca Mİ’nün erken saatlerinde ST elevasyonlu Mİ’da uygulanacak primer PTCA veya trombolitik için tanıda EKG ve göğüs ağrısı yeterlidir. Troponinleri erken saatlerde pozitif beklemek ve bu nedenle tedavileri geçiktirmek bir hatadır.

Diğer uygulanacak aşamalar öncelikle hastaya IV damar yolu açılmalı, monitorize edilmelidir. İlk tedavi olarak aspirin 300 mg çiğnetilmeli ve hastanın tanısına göre klopidogrel yükleme dozu verilmeli (genellikle 8 tb uygundur). Hastada kontrendikasyon yoksa nitrat, beta bloker, ACE-inhibitörleri, statinler verilmelidir. Ayrıca ST elevasyonsuz Mİ ve aktif iske-miyi düşündüren EKG değişikliği ve kliniği varsa glikoprotein IIb/IIIa başlanılmalıdır. Ayrıca orta ve yüksek risk grubuna düşük molekül ağırlıklı heparin mutlaka başlanılmalıdır. Hastanın başlangıç değerlendirme ve tedavisinden sonra reperfüzyon tedavisinin ne zaman ve nasıl olacağına karar verilmelidir. Hastalara uygulanacak yoğun tedavilerin düzeyi ve reperfüzyon tedavisi zamanını belirlemede yukarıdaki risk yükü düzeyi ve TIMI risk skor düzeyide önemlidir. TIMI risk skoru, hastanın 65 yaş ve üstü olması, 3 ve daha fazla risk faktörü olması, %50 ve üstü koroner arter darlığı olması, son 7 gün ve önce-

sinde aspirin kullanıyor olması, son 24 saat içerisinde göğüs ağrısı olması, 0.5 mm ve üstü ST deviasyonu olması, kardiyak markerlarda yükselme olması (her risk faktörü 1 puan). TIMI risk skoru fazla olanlarda kardiyovasküler mortalite %40'lara kadar çıkmaktadır.

Düşük risk ve bazı orta risk grubundaki AKS hastalarında konservatif kalınarak hemen invazif strateji uygulanmayabili-

nir. Fakat yüksek risk grubuna mutlaka erken invazif strateji (ilk başvusunun 12-48. Saatleri arasında) uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. ACC/AHA 2007. Guidelines of patients with ST elevation myocardial infarction. Circulation 2007.
2. ACC/AHA 2007. Guidelines of patients with unstable angina/non-ST elevation myocardial infarction