.

STYME’de Revaskülarizasyon

Dr. Oğuzhan Birdal

2. STYME’de Revaskülarizasyon

A. STYME Hastalarında Enfarkt Arterinin Revaskülarizasyonu

STYME hastalarında primer perkütan koroner girişimin fibrinolitik tedaviye üstün olduğu ve mortaliteyi iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu üstünlük, tedavideki gecikmelerin minimalize edilmesi halinde primer PKG’nin fibrinolitik tedavi ile karşılaştırıldığında, ölüm, ME, inme ve majör kanamayı azaltmasından kaynaklanır. Bu nedenle fibrinolitik tedavi sadece primer PKG'nin hemen yapılamayıp hastaneye başvurudan PKG'ye kadar geçen sürenin >120 dakika olduğu durumlarda tercih edilmelidir. Fibrinolitik tedavi sonrası başarısız reperfüzyon kanıtı olan hastalarda yapılacak olan kurtarıcı PKG, konservatif yaklaşım veya fibrinolitiğin tekrarlanması ile karşılaştırıldığında kardiyovasküler olaylarda azalma sağlamaktadır. Kurtarıcı PKG yapılan hastalarda femoral yerine radyal girişimin tercih edilmesi, GpIIb/IIIa inhibitörlerinin rutin olarak kullanımından kaçınılması ve 75 yaş üstü kişilerde tenekteplazın yarım doz uygulanması ile artan kanama ve inme riski dengelenebilir. KABG’nin ise STYME’nin akut dönem yönetimindeki rolü çoğunlukla mekanik komplikasyonların tedavisi ile sınırlıdır. Ancak kritik sol ana veya çok damar KAH varlığı gibi tehdit altındaki miyokard dokusunun fazla olduğu durumlarda, birincil reperfüzyon tedavisi olarak KABG tercih edilebilir. No-reflow fenomeninde KABG’nin faydasız olduğu unutulmamalıdır.

Kardiyojenik şok gelişen STYME hastalarında erken revaskülarizasyon stratejisi sağkalıma anlamlı fayda sağlamaktadır. SHOCK (Should We Revaskülarize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock) çalışmasında, kardiyojenik şok gelişen STYME hastalarında birincil sonlanım noktası olan 30 günlük sağkalım oranı her ne kadar tıbbi stabilizasyona kıyasla erken revaskülarizasyon grubunda düzelmese de, ikincil sonlanım noktası olan 6 aylık mortalite oranı erken revaskülarizasyon grubunda anlamlı olarak daha düşüktür.

Semptom başlangıcından 12 ila 24 saat sonra başvuran asemptomatik hastalarda PKG’nin faydası yeterince araştırılmamıştır. Ancak küçük ölçekli olsa da BRAVE-2 çalışmasında, semptom başlangıcından 12-48 saat sonra başvuran asemptomatik STYME hastalarında, birincil sonlanım noktası olan sol ventrikül enfarktüs boyutunda PKG grubunda azalma elde edildiği gösterilmiştir. Semptom başlangıcından >12 saat sonra başvuran ama devam eden iskemi, akut şiddetli kalp yetmezliği veya yaşamı tehdit eden aritmileri olan STYME hastalarında ise PKG’nin yararını araştıran hiçbir RKÇ olmamasına rağmen, bu stabil olmayan hasta grubunda gecikmiş reperfüzyon stratejisinin semptomları ve sonuçları iyileştirmesi beklenir.

OAT (Occluded Artery Trial) çalışmasında, total tıkalı bir damarın perkütan revaskülarizasyonunun, 4 yıllık takipte kardiyovasküler olayları azaltmaması bir yana PKG'ye randomize edilen hasta grubunda tekrarlayan enfarktüs oranlarında artış eğilimi gösterilmiştir. Benzer bulgular, semptom başlangıcından 2 ila 15 gün sonra başvuran tıkalı arteri olan hastaların seçildiği DECOPI (Desobstruction Coronaire en Post-Infarctus) çalışmasında da tespit edilmiştir.

STYME Hastalarında Enfarkt Arterinin Revaskülarizasyonuna Yönelik Öneriler:

ÖS	KD	ÖNERİLER
1	A	Semptomları <12 saat olan STYME hastalarında sağkalımı iyileştirmek için PKG yapılmalıdır.
1	B-R	Kardiyojenik şok veya hemodinamik instabilitesi olan STYME hastalarında, ME başlangıcından itibaren geçen zamandan bağımsız olarak, PKG veya KABG (PKG’nin mümkün olmadığı durumlarda) sağkalımı iyileştirmek için endikedir.
1	B-NR	Mekanik komplikasyon (ventriküler septal rüptür, papiller kas enfarktüsü veya rüptürüne sekonder mitral yetmezliği veya serbest duvar rüptürü) gelişen STYME hastalarında, sağkalımı iyileştirmek amacıyla cerrahi sırasında KABG yapılması önerilir.
1	C-LD	Fibrinolitik tedaviden sonra başarısız reperfüzyon kanıtı olan STYME hastalarında, klinik sonuçları iyileştirmek için kurtarıcı PKG yapılmalıdır.
2a	B-R	Fibrinolitik tedavi uygulanan STYME hastalarında, 3 ila 24 saat içinde PKG amacıyla anjiyografi yapmak, klinik sonuçları iyileştirmek için mantıklıdır.
2a	B-NR	Semptom başlangıcından 12 ila 24 saat sonra başvuran stabil STYME hastalarında PKG, klinik sonuçları iyileştirmek için tercih edilebilir.
2a	B-NR	PKG'nin uygulanabilir veya başarılı olmadığı, geniş bir miyokard alanı risk altında olan STYME hastalarında, klinik sonuçları iyileştirmek için acil veya ivedi KABG reperfüzyon yöntemi olarak seçilebilir.

2a	C-EO	Devam eden iskemi, akut şiddetli kalp yetmezliği veya yaşamı tehdit eden aritmi gelişen STYME hastalarında PKG, ME başlangıcından itibaren geçen süreden bağımsız olarak klinik sonuçları iyileştirmek için faydalı olabilir.
3: Yararı Yok	B-R	Semptom başlangıcından 24 saat sonra total tıkalı enfarkt arteri olan ve ciddi iskemi kanıtı olmayan, asemptomatik stabil STYME hastalarında PKG yapılmamalıdır.
3:	C-	İskemi yoksa ya da geniş bir miyokard alanı risk altında değilse; distal damar yatağının
Zararlı	EO	kalitesi iyi değil ya da no reflow gelişmişse primer PKG başarısız olsa dahi acil KABG düşünülmemelidir.

B. STYME Hastalarında Enfarkt Dışı Arterin Revaskülarizasyonu

RKÇ'ler, yalnızca suçlu damarın PKG'si ile karşılaştırıldığında, aşamalı PKG'nin (hastanede veya taburcu olduktan sonra) MACE'de bir azalma sağladığını göstermiştir. Bu fayda, büyük ölçüde tekrarlayan revaskülarizasyon veya re-enfarktüs riskindeki azalmadan kaynaklanmaktadır. COMPLETE (Complete versus CulpritOnly Revascularization Strategies to Treat Multivessel Disease after Early PCI for STEMI) çalışmasında konservatif tedaviye kıyasla enfarktan sorumlu olmayan arterin STYME'den sonraki 45 gün içinde yapılan aşamalı PKG'sinin, işlemin zamanından bağımsız olarak, 3 yıllık ölüm ve ME oranlarını azalttığı gösterilmiştir. Ancak bu çalışmaya >%70 darlığı olan, SYNTAX skoru düşük ve <%1'in sol ana koroner tutulumu olan hastalar alınmıştı. Bu nedenle orta derecedeki darlıklar için PKG kararını FFR ve iFR ile yapılacak fonksiyonel değerlendirme sonrası vermek daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

Kompleks çok damar KAH'lı STYME hastalarında, enfarkt arterinin başarılı PKG'sinden sonra endikasyonu olan kişilerde elektif KABG yapılması uygun bir revaskülarizasyon stratejisidir.

Başarılı primer PKG sırasında enfarktan sorumlu olmayan arterler için PKG kararı, çok dikkatli bir şekilde lezyonun ciddiyeti ve kompleksliği, hastanın stabilitesi, aşırı hacim yüklenmesi ve kontrast nefropatisi riskini göz önünde bulundurularak sadece seçilmiş hastalarda verilmelidir.

Kardiyojenik şok gelişen ve çok damar hastalığı olan STYME hastalarının çoğunda sadece enfarktan sorumlu arterin PKG'sinin yapılması önerilir. CULPRIT-SHOCK (Culprit Lesion Only PCI Versus Multivessel PCI in Cardiogenic Shock) çalışmasında, birincil sonlanım noktaları olan ölüm ve renal replasman tedavisi ihtiyacı, çok damarlı PKG yapılan kardiyojenik şoktaki akut ME hastalarında daha yüksek bulunmuştur.

STYME Hastalarında Enfarkt Dışı Arterin Revaskülarizasyonuna Yönelik Öneriler:

ÖS	KD	ÖNERİLER
1	A	Çok damar hastalığı olan, hemodinamik olarak stabil STYME hastalarında, başarılı primer PKG'den sonra, ölüm veya ME riskini azaltmak için enfarkttan sorumlu olmayan arterlerdeki darlıkların aşamalı PKG'sinin yapılması önerilir.
2a	C-EO	Kompleks çok damar enfarktan sorumlu olmayan arterleri olan seçilmiş STYME hastalarında, başarılı primer PKG'den sonra, kardiyak olay riskini azaltmak için elektif KABG yapılması mantıklıdır.
2b	B-R	Hemodinamisi stabil olan, kompleksliği düşük, çok damar seçilmiş STYME hastalarında, kardiyak olay oranlarını azaltmak için primer PKG sırasında enfarkttan sorumlu olmayan darlığının PKG'si de düşünülebilir.
3: Zararlı	B-R	Kardiyojenik şok gelişen STYME hastalarında, ölüm veya böbrek yetmezliği riskinin yüksek olması nedeniyle, primer PKG sırasında enfarkttan sorumlu olmayan arterin rutin PKG'si yapılmamalıdır.