.

Stabil İskemik Kalp Hastalığında Revaskülarizasyon

Dr. Murat Çap

4. Stabil İskemik Kalp Hastalığında Revaskülarizasyon

4.1. Medikal Tedaviyle Karşılaştırıldığında Stabil İskemik Kalp Hastalığında Sağkalımı Artırmak İçin Revaskülarizasyon

Çalışmalar, koroner arter baypass cerrahisinin (KABG), sol ana koroner arter hastalığı(KAH), üç damar KAH ve iskemik kardiyomiyopati olanlar da dahil olmak üzere birçok hasta alt grubunda tıbbi tedaviye göre sağkalım avantajı sağladığını göstermiştir. Stabil iskemik kalp hastalığında (SİKH) perkutan koroner girişimin (PKG) medikal tedaviye göre sağkalım avantajını gösteren hiçbir randomize kontrollü çalışma (RKÇ) yoktur. ISCHEMIA çalışması, SİKH ve orta-şiddetli iskemisi olan hastaları ilk konservatif stratejiye karşı ilk invaziv stratejiye randomize etti. Sol ana KAH veya ejeksiyon fraksiyonu <%35 olan hastalar kayıt dışı bırakıldı. Tek başına tıbbi tedavi stratejisi ile karşılaştırıldığında, PKG veya KABG ile revaskülarizasyonu içeren invaziv bir strateji, iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkili değildi.

STICH çalışmasında SVEF% <35 ve KABG için uygun KAH hastalarında yalnız medikal tedavi ile karşılaştırıldığında KABG ile revaskülarizasyon sonrası 5 yıllık takipte sağkalım yararı görülmemekle birlikte 10 yıllık takip sonrası yapılan analizlerde sağkalım yararı gösterdiği saptanmıştır. Orta düzeyde sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (SVEF %35-50) olan KAH hastalarının dahil edildiği çalışmalar ve bu çalışmalar ile yapılan metaanalizlerde özellikle 3 damar hastalığı olanlarda KABG ile yalnız medikal tedaviye göre sağkalım yararı görülmüştür.

RKÇ'lerin subgrup analizleri ve bu çalışmaların metaanalizlerinde sol ana koroner lezyonu olanlarda KABG nin sağkalım yararı olduğu saptanmıştır. Yine sol ana koroner lezyonu olanlarda PKG ile revaskülarizyonun sağkalım yararı sağladığı görülmüştür.

Korunmuş SVEF%'si olan ve sol ana koroner olmayan 3 damar KAH hastalarında yeni kanıtlar ışığında 2011 KABG klavuzunda yer alan Sınıf 1 öneri sınıf 2b olarak değiştirilmiştir. Yazı komitesi, yeni çalışmaları göz önünde bulundurarak 3 damar KAH'ı olan stabil hastalarda sağkalımı iyileştirmek için tek başına tıbbi tedaviye karşı bir revaskülarizasyon stratejisi olarak KABG'nin kullanılmasının "makul" olabileceği sonucuna vardı. Yazı komitesi daha yeni kanıtları gözden geçirerek ve çok damar KAH olan hastalarda tek başına tıbbi tedaviye kıyasla PKG'nin sağkalımı iyileştirme yeteneğinin belirsizliğini koruduğu sonucuna vardı. Daha önceki çalışma ve metaanalizlerde proksimal LAD lezyonu olanlarda sağkalım yararı göstermiş olmakla birlikte yakın zamanlı ISCHEMIA çalışması ve bir metaanalizin sonuçları revskülarizasyon ile tıbbi tedavi arasında fark saptamadı.

4.2. Tıbbi Tedaviyle Karşılaştırıldığında SİKH'de Kardiyovasküler Olayları Azaltmak için Revaskülarizasyon

Klinik uygulama kılavuzları, SİKH'li hastalarda KABG veya PKG ile genel sağkalımı iyileştirme veya semptomları azaltmak için revaskülarizasyon önerileri içermiştir. Bununla birlikte, bir hastanın genel prognozunu etkileyebilecek ve hastalar için önemli kardiyovasküler olaylarda mevcuttur. Birkaç çalışma, KABG veya PKG ile revaskülarizasyonun, tek başına tıbbi tedaviye kıyasla kardiyak ölüm, miyokard enfarktüsü (ME) veya acil revaskülarizasyon gibi advers olay riskini azalttığını göstermektedir. MASS II çalışmasında 10 yıllık takipte kardiak ölüm KABG veya PKG ile revaskülarize edilen hastalarda tek başına medikal tedaviye göre anlamlı olarak daha düşüktü. Yine 25 çalışma ve 19806 hastanın yer aldığı bir metaanlizde kardiak ölüm revaskülarizasyon grubunda anlamlı olarak düşüktü ancak 7 randomize kontrollü çalışma ve 12103 hastanın yer aldığı başka bir metaanalizde kardiak ölümde anlamlı düşüş izlenmedi. Stabil hastalarda revaskülarizasyon sonrası ME sıklığının değerlendirildiği çalışmalarda prosedürel ME sıklığında artış saptanmakla birlikte prosedürle ilişkili olmayan ME sıklığının azaldığı saptanmıştır. Geniş bir network metaanaliz bu durumu desteklemekle birlikte başka bir metaanaliz revaskülarizasyon ile ME da azalma olduğunu gösterememiştir. Yine revsakülarizayonun acil revaskülarizasyon ve akut koroner sendrom ile hastaneye yatışları azalttığını göstermiştir.

4.3. Semptomları İyileştirmek için Revaskülarizasyon

PKG veya KABG ile koroner revaskülarizasyonun ana hedeflerinden biri semptomları iyileştirmektir. SİKH'li hastaların tedavisinde medikal tedavi sıklıkla etkili bir seçenek olabilir. Bununla birlikte çalışmalar, revaskülarizasyonun tek başına tıbbi tedaviye göre anjina veya yaşam kalitesinde daha fazla iyileşme ile sonuçlandığını göstermiştir. ORBİTA çalışmasında PKG ile semptomlarda iyileşme izlenmemekle birlikte daha fazla hasta ile yapılan ISCHEMIA çalışmasında revskülarizasyondan 3 yıl sonra semptomlarda anlamlı iyileşme saptandı. Yine FREEDOM çalışmasında revaskülarizasyon (PKG veya KABG) sonrası anjina ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşme saptandı.

Tablo 1. Medikal Tedaviyle Karşılaştırıldığında SİKH'de Sağkalımı Artırmak için Revaskülarizasyon Önerileri

Öneri sınıfı	Kanıt düzeyi	Öneriler

Sol ventrikül sistolik disfonksiyonu ve çok damar KAH		
1	B-R	Şiddetli sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu <%35) olan KABG'ye uygun SİKH ve çok damar KAH olanlarda sağkalımı iyileştirmek için KABG önerilir
2a	B-NR	KABG için uygun SİKH ve çok damarlı KAH olan ve hafif-orta derecede sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %35-50) olan seçilmiş hastalarda, KABG (LAD'ye bir sol internal mammarian arteri [LIMA] grefti) sağkalımı iyileştirmek için mantıklıdır.
Sol ana koroner arter hastalığı		
1	B-R	SİKH ve önemli sol ana koroner stenozu olan hastalarda sağkalımı iyileştirmek için KABG önerilir.
2a	B-NR	PKG'nin KABG ile mümkün olana eşdeğer revaskülarizasyon sağlayabildiği, SİKH ve belirgin sol ana koroner stenozu olan seçilmiş hastalarda, PKG sağkalımı iyileştirmek için mantıklıdır.
Çok damar KAH		
2b	B-R	SİKH, normal ejeksiyon fraksiyonu olan, 3 majör koroner arterde (proksimal LAD olan veya olmayan) belirgin darlık ve KABG'ye uygun anatomisi olan hastalarda, KABG sağkalımı iyileştirmek için makul olabilir.
2b	B-R	SİKH, normal ejeksiyon fraksiyonu, 3 majör koroner arterde (proksimal LAD olan veya olmayan) belirgin darlık ve PKG için uygun anatomisi olan hastalarda, PKG'nin sağkalımı iyileştirmedeki faydası belirsizdir.
Proksimal LAD' de darlık		
2b	B-R	SİKH, normal sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve proksimal LAD'de belirgin darlık olan hastalarda, sağkalımı iyileştirmek için koroner revaskülarizasyonun faydası belirsizdir.
Proksimal LAD'yi içermeyen tek veya iki damar hastalığı		
3:Fayda yok	B-NR	SİKH, normal sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve proksimal LAD'yi içermeyen 1 veya 2 damar KAH'ı olan hastalarda, sağkalımı iyileştirmek için koroner revaskülarizasyon önerilmez.
3:Zararlı	B-NR	Anatomik veya fonksiyonel olarak anlamlı olmayan ≥1 koroner arter darlığı olan SİKH'li hastalarda (sol ana koroner dışı koroner arter darlığının <%70, FFR >0.80) koroner revaskülarizasyon, sağkalımı iyileştirmek için birincil veya tek amaç ile yapılmamalıdır.

Tablo 2: Tıbbi Tedaviyle Karşılaştırıldığında SIHD'de Kardiyovasküler Olayları Azaltmak için Revaskülarizasyon Önerisi

Öneri sınıfı	Kanıt düzeyi	Öneri
2a	B-R	KABG veya PKG için uygun, SİKH ve çok damarlı KAH olan hastalarda, spontan ME, planlanmamış acil revaskülarizasyonlar veya kardiyak ölüm gibi kardiyovasküler olay riskini azaltmak için revaskülarizasyon mantıklıdır.

Tablo 3: Semptomları İyileştirmek İçin Revaskülarizasyon Önerileri

Öneri sınıfı	Kanıt düzeyi	Öneri
1	A	Medikal tedaviye rağmen dirençli anginası olan ve revaskülarizasyona uygun önemli koroner arter darlığı olan hastalarda semptomları iyileştirmek için revaskülarizasyon önerilir.
3:zararlı	C-LD	Anginası olan ancak revaskülarizasyon için anatomik veya fizyolojik kriteri olmayan hastalarda ne KABG ne de PKG uygulanmamalıdır.