

Editöre Mektup / Letter to the Editor

Sayın Editör

Sayın Dr. Dilaver Kaya'ya çalışmamıza gösterdiği yakın ilgi ve önemli katkılarından ötürü teşekkür ederiz.

Çalışmamızda öncelikli amacımız Acil Servise başvuran inmeli hastalarda gerek Acil Servise başvuru sürelerini etkileyen, gerekse hastane içi tedavinin başlanmasına kadar geçen sürecin uzamasına neden olan faktörleri ortaya koymaktır. Bu faktörlerin belirlenmesi ve düzeltilmesi trombolitik tedavi alabilecek hastaların oranını hızlıca artırabilir, inme komplikasyonlarıyla daha az karşılaşmamızı ve sekonder inme profilaksisinin mümkün olduğu kadar erken başlanmasını sağlayabilir. İlk üç saatte tetkikleri tamamlanan ve trombolitik tedavi şansını kazanan hastalarda bile tedaviye kadar geçen sürenin prognozu olumsuz etkilediği bilinmektedir.(1,2)

Belirtildiği gibi, Ankara Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği yılda en az 200 inmeli hastanın yatırılarak tedavi edildiği bir birinci derece merkezdir. Ancak hasta grubumuz, çalışma süresince ardışık olarak Acil Serviste görülmüş olan 71 inmeli hastadan oluşmaktadır. Çalışmaya Genel Nöroloji, Beyin Damar Hastalıkları Polikliniklerine veya klinik öğretim üyelerine başvuran hastalar veya başka kliniklerde yatmaktayken inme geçirdiği için konsülte edilmiş olanlar dahil edilmemiştir. Amacımız, kliniğimize yatırılan değil, hastanemiz Acil Servisine başvurmuş ve Acil Servis konsültanları tarafından değerlendirilmiş olan hastaların profilini çıkarmaktır.

Bugün için akut iskemik inmede yasal olan tek trombolitik ajan rTPA'dır. Tedavi uygunluk kriterlerini karşılayan hastalarda ilk üç saat içinde başlanmalı ve intravenöz olarak uygulanmalıdır. Ancak, bu uygulamanın yasal olan yönüdür ve bilimsel bakış açımızı daraltmamalıdır. Akut iskemik inmeli bir hastanın trombolitik tedaviden yarar görüp göremeyeceği, ancak o hasta bireysel olarak ileri radyolojik değerlendirmeler ile incelendiğinde daha net söylenebilir. İlk üç saati geçirmiş olan hastalarda, özellikle intravenöz (IV) tromboliklere çok da iyi yanıt vermeyen büyük arterlerden birinde (MCA-M1 segmenti

veya baziler arter gibi) oklüzyon varsa, intraarteryal (IA) trombolitik tedavi alternatif tedavi olabilir. IA trombolitik tedavi ile, büyük oranda özürsüzlük veya ölümlle sonuçlanabilen akut baziler arter oklüzyonu seyrinin dramatik olarak düzelebileceğini gösteren çalışmalar vardır.(3-5) PROACT II major nörolojik defisiti olan ve MCA M1 veya M2 segmentlerinde oklüzyonu olan hastalarda IA trombolitik tedavinin üstünlüğünü (tedavi grubu kontrol grubuna göre %60 daha iyi, mortalite iki grup arasında farklı değil) göstermiştir.(6) Bu çalışma ABD’de proürokinazın FDA onayı alması için yeterli olamamıştır, ancak IV trombolitik tedavi şansını kaybedenlerde IA tedavinin etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini ortaya koymuştur.(7) IA trombolitik tedavi henüz yasal onay almış bir tedavi yöntemi değildir, ancak birçok merkezde çalışma kapsamında uygulaması devam etmektedir. Bu uygulamalar da bugün için ulaşılabilir ve inmede kullanılan tek trombolitik ajan olan rTPA ile yapılmaktadır (7,8).

Çalışmaya alınan hastaların tanıları koyarken klinik tablolarını temel aldık. İlk 24 saatte nörolojik muayeneleri normale dönen hastalar eşlik eden BBT bulgusu yoksa TİA tanısı aldılar. Çalışmamızda difüzyon/perfüzyon MRG kullanılmadığından TİA tanısı alan hastaların bir kısmında pekâlâ eşlik eden kronik veya akut, laküner veya sessiz bir beyin bölgesine yerleşmiş olan büyük arter infarktlarını gözden kaçırmış olabiliriz.

Sonuçlarımız, ambulansla hastaneye ulaşımın daha avantajlı olmadığını göstermiştir. Bunun ambulansın hastaya geç gitmesinden, trafikte aldığı mesafeden veya trafik koşullarından değil, daha çok hastaların ambulansa geç haber vermiş olmasından ve bize başvurmadan önce hastaların ambulans ile başka sağlık birimlerine ulaştırılmış olmalarından kaynaklandığını düşünüyoruz. Günümüzde, akut inmeli hastaların ambulans ile trombolitik tedavi alma şanslarının olduğu bir merkeze nakillerini sağlayan bir sistem henüz yoktur ve hastaların bir kısmı hastane hastane dolaştırılabilmektedir. Bu sistemin geliştirilmesi ambulansı daha hızlı bir transport aracı haline getirecektir.

Çalışmamızda laküner inmeli hastaların başvuru süresi diğer inmeli (iskemik non-laküner inme+hemorajik inme) hastalarinkinden anlamlı olarak daha kısa bulunmuş ve bu hastaların daha genç olmaları ile ilişkilendirilmiştir. Parezisi/plejisi ve bilinç bozukluğu olan hastalar, olmayanlara göre hastaneye daha çabuk başvurmuştur ve makalenin devamında “dramatik belirtiler” olarak tanımlanan belirtiler bunlardır. Tablo 2’de sıralanan diğer nörolojik belirtiler

(duyu kaybı, serebellar bulgular, oftalmolojik bulgular vs.) de bu nedenle daha az dramatik belirtiler olarak kabul edilmelidir.

Çalışma sonuçlarına göre, ilk üç saatte hastaneye ulaşan inmeli (inme alt grubu dikkate alınmaksızın) hasta oranı %49,2'dir. Bu oldukça yüksek bir orandır ve gecikmelerin önemli bir kısmının da hastane içindeki işlemlerin uzamasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Çalışmaya alınan hastalardan 10'unun belirtilerin düzelmesini beklediği ve bu nedenle hastaneye geç başvurduğu dikkati çekmektedir. Bu da toplumun akut inme belirtileri ve inmenin güncel tedavileri konusunda mutlaka bilgilendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ancak çalışmaya alınan hastaların kaçında bugün için ülkemizde gerekli olan kriterleri karşılayarak rTPA uygulayabilirdik, bilmiyoruz. Çalışmada bunun yanıtını bulmaktan çok, inme klinik belirtileri olan hastaların neden bize gelmekte geciktiklerini ve neden hastanede inmeyle ilgili tedavilerinin geciktiğini bulmayı hedefledik.

Çalışmanın yapıldığı yıllarda hastanemizde IV rTPA uygulanmamaktaydı ve akut inmeli hastaya yaklaşım konusunda yeterince bilinçli ve duyarlı bir ortam yoktu. Hastane içinde gecikmelerin (gerek nörolojiden konsültasyon isteme, gerek hastaların laboratuvar ve radyolojik incelemelerinin tamamlanması ve sonuçlarının tekrar nörolojiye danışılması aşamalarında) daha çok bundan kaynaklandığını düşünebiliriz. Biz bu çalışmayla, çok yakın bir zamanda uygulayacağımızı öngördüğümüz trombolitik tedavi için koşullarımızı gözden geçirmiş ve aksaklıkların önemli bir kısmını düzeltme şansını yaratmış olduk. Artık trombolitik tedavinin yasal ve yaygın olarak uygulandığı bugünkü ortamda çalışma sonuçlarının daha farklı olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Marler J, Tilley BC, Mei L, et al. Earlier treatment associated with better outcome in the NINDS tPA trial. Stroke 1999;30:244.
2. Kanter D, Kothari, Pancioli A, et al. The greater Cincinnati t_A experience after the NINDS trial: does a longer time to treatment within the current 3-hour window reduce efficacy? Stroke 1999;30:244.
3. Hacke W, Zeumer H, Ferbert A, et al. Intraarterial thrombolytic therapy improves outcome in patients with acute vertebrobasilar occlusive disease. Stroke 1988;19:1216-22.

4. Mitchell PJ, Gerraty RP, Donnan GA, et al. Trombolysis in the vertebrobasilar circulation: The Australian urokinase stroke trial. *Cerebrovasc Dis* 1997;7:94-9.
5. Cross D, Moran CJ, Akins PT, et al. Collateral circulation and outcome after basilar artery thrombolysis. *AJNR* 1998;19:1557-63.
6. Furlan A, Higashida R, Weschler L, et al. Intra-arterial prourokinase for acute ischemic stroke. The PROACT II study: a randomised controlled trial. *JAMA* 1999;282:2003-11.
7. Executive Committee of the ASITN. Intraarterial thrombolysis: Ready for prime time. *AJNR* 2001;22:55-8.
8. Lewandowski C, Frankel M, Tomsick T, et al. Combined intravenous and intra-arterial r-TPA versus intra-arterial therapy of acute ischemic stroke. Emergency management of stroke (EMS) bridging trial. *Stroke* 1999;30:2598-605.