

EDİTÖRE MEKTUP

Akut Miyokard İnfarktüsü ve Plazma Fibrinojen Düzeyi

Sayın Editör,

Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi'nin Kasım 1994 tarihinde yayınlanan 6. sayısında, Dr. Kulan ve arkadaşlarının bildirdiği "Akut Miyokard İnfarktüsünde Plazma Fibrinojen Düzeyinde Yükselme ile İlişkiler" başlıklı araştırma yazısı hakkında bazı eleştirilerimi seslendirmek istiyorum.

1) Akut miyokard infarktüsü'nün (AMİ) ilk 6 saati içinde uygulanan trombolitik tedavinin, plazma fibrinojen düzeylerini düşürdüğü, bazen ölçülemeyecek değerlere dahi indirdiği, bunun sonraki ölçümleri de etkileyebileceği bilinmektedir. Yazının materyel ve metod bölümünde, çalışmaya alınan hastalara trombolitik tedavi uygulanıp uygulanmadığına ilişkin bilgi verilmemiştir.

2) Çalışmaya alınan hastaların %33.3'ü anteroseptal ve anterior miyokard infarktüsü geçirmiştir. Bu lokalizasyonlu hastalarda sol ventrikül mural trombus oluşumu ve arteryel emboli riski özellikle AMİ sonrası ilk 10 gün içerisinde yüksekken, bu hastaların arteryel emboli profilaksisinde etkinliği kanıtlanmış ve klasikleşmiş, yüksek doz (2x12500 iü sc. ya da 5000 iü IV bolus 1000 iü/saat) heparin tedavisine ⁽¹⁾ alınmaması pahasına bir çalışma yapmak etik olarak tartışılabilir. Nitekim çalışmaya alınan hastalarda gelişen komplikasyonlardan ikisinin serebral emboli olması, bu görüşümüzü desteklemektedir.

3) AMİ'nde serum CK-MB düzeyleri, ilk 4 saat içinde yükselmeye başlayıp 16-24 saatte normalin 2-10 katına yükselerek 3-4 gün içinde bazal değerlere düşer ⁽²⁾. Bu nedenle AMİ'nde infarkt nekroz alanını belirlemek için alınacak CK-MB değerinin, ilk 24 saat içinde rastgele alınan tek CK-MB değeri değil, seri ölçümlerde (ilk 24 saat içinde en az üç kez) belirlenen değerlerin en yükseği olarak alınması doğru olacaktır. Çalışmada bildirilen CK-MB değerlerinin nasıl belirlendiği yeterince açıklanmamıştır.

4) Çalışmada, plazma fibrinojen düzeylerinin, ölçümün yapıldığı kit için belirlenen alt ve üst sınır değerleri belirtilmediği gibi, aynı yaş grubundaki sağlıklı bireylerden oluşan bir kontrol grubunun bulunmaması, anormal değerlerin irdelenmesi açısından kanımca önemli bir sakınca oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Gunnar RM, Bourdillon PDV, Dixon DW, et al: Guidelines for the early management of patients with acute myocardial infarction. A report of the American Collage of Cardiology/American Heart Association Task Force on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Cardiovascular Procedures (Subcommittee to Develop Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol 1990; 16:249
2. Jaffe AS, Serota H, Grace A, et al: Diagnostic changes in plasma creatine kinase isoforms early after the onset of acute myocardial infarction. Circulation 1986; 74:105

Uz. Dr. Murat Soysal

Haseki Hastanesi 2. İç Hast.

Kliniği, İstanbul

* * * * *

Sayın Editör,

Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi'nde yayınlanmış olan "Akut Miyokard İnfarktüsünde Plazma Fibrinojen Düzeyinde Yükselme ile İlişkiler" ile ilgili araştırmamıza Dr. Soysal'ın göstermiş olduğu ilgiye teşekkür eder, eleştiri ve sorularımı sıra ile cevaplamak isterim.

1) Çalışmaya alınan hastalara kan fibrinojen düzeyini etkilediği bilinen herhangi bir ilaç kullanılmamıştır.

2) Akut miyokard infarktüsünde antikoagulan tedavinin, koroner retromboliz, infarkt yayılımı ve mortaliteye etkisi üzerine görüş birliği yoktur (1). Medical Research Councili (2), Veterans Administration Cooperative Study (3) çalışmalarında akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda antikoagulan tedavinin kısa dönem mortalite üzerine etkisi olmadığı belirtilirken Bronx Municipal Hospital (4) çalışmasında antikoagulan tedavinin kısa dönem mortaliteyi azalttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu çalışmalarda mortalite ile birlikte reinfarktüs, sistemik embolizm oranları da karşılaştırılmış ve kontrol grubuna plasebo verilmiştir. Trombolitik tedaviyi takiben heparin kullanımını ile ilgili yapılan son çalışmalarda da tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bu amaçla yapılan çok merkezli GISSI-2 (5) ve ISIS-3 (6) çalışmalarında heparin uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında mortalite yönünden bir fark olmadığı bildirilmiştir. Amerikan Kalp Birliği ve Amerikan Kardiyoloji Koleji grubu ise heparin kullanımını önermektedir (7).

Bu çalışmalarda ve bu konu ile ilgili diğer çalışmalarda kontrol gruplarına ya heparin verilmemiş veya plasebo, asetil salisilik asit verilmiştir. Bu çok merkezli geniş çalışmaların hiç biri etik olarak tartışılmamıştır.

3) Akut miyokard infarktüsü tanısı ile koroner bakım ünitesine kabul edilen hastalarımızın kardiyak enzim takipleri infarktüsünün ilk günü 4 saat ara ile takiben günlük seri olarak yapılmaktadır.

4) Fibrinojen normal değeri 2-4 g/l'tir. Çalışmada, hastaların ortalama fibrinojen değerleri günlere ve kendi aralarında gruplara göre istatistiki yönden değerlendirilmiş olup kanımca standardı yapılmış bir test için kontrol grubuna gerek yoktur.

Saygılarımla,
Uz. Dr. Kaan Kulan
KTÜ Tıp Fakültesi Kardiyoloji
Anabilim Dalı, Trabzon

KAYNAKLAR

1. Fuster V, Jang IK: Role of platelet-inhibitor agents in coronary artery disease. Topol EJ, et al (eds). Textbook of Interventional Cardiology. Philadelphia, WB Saunders Co, 1994; p.12
2. Report of the Working Party on Anticoagulation Therapy in Coronary Thrombosis to the Medical Research Council: Assessment of short-term anticoagulation administration after cardiac infarction. BMJ 1969; 1:335
3. Veterans Administration Hospital Investigators: Anticoagulants in acute myocardial infarction. Results of cooperative clinical trial. JAMA 1973; 225:724
4. Drapkin A, Mersley C: Anticoagulation therapy after acute myocardial infarction: relation of therapeutic benefit to patients' age, sex and severity of infarction. JAMA 1972; 222:541
5. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell' Infarto Miocardico. GISSI-2: A factorial randomized trial of alteplase versus streptokinase and heparin versus no heparin among 12, 490 patients with acute myocardial infarction. Lancet 1990; 336:65
6. ISIS-3: A randomized comparison streptokinase vs tissue plasminogen activator vs anistreplase and of aspirin plus heparin vs aspirin alone among 41, 299 cases of suspected acute myocardial infarction. Lancet 1992; 339:753
7. ACC/AHA Task Force. Guidelines for the early management of acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 1990; 16:249