

Uzman Yanıtları

Primer perkütan koroner girişimlerde trombüs aspirasyonu kimlere yapılmalıdır?

Yanıt— ST yükselmeli miyokart enfarktüsünde (STYME) perkütan koroner girişimin (PKG) en önemli sorunlarından biri akımsızlık/yavaş akım fenomenidir. Bunun başlıca nedeni, sorumlu lezyondaki trombüsün distal embolizasyonudur. Bu durumda epikardiyal damarda tam açıklık ve TIMI 3 akım sağlansa da miyokart perfüzyonu yetersiz olmakta ve kurtarılan miyokart dokusu, sol ventrikül fonksiyonları ve buna bağlı kardiyak olaylar yönünden istenen sonuçlar elde edilememektedir. Bu sorunun üstesinden gelmek için çeşitli girişim yöntemleri denenmiş, geliştirilmiştir. Bunlardan distal emboli koruma cihazları (filtreler) ve mekanik trombektomi cihazlarının yararı olmadığı gösterilmiştir. Küçük ölçekli çeşitli çalışmalarda ve bazı meta-analizlerde yararı gösterilen tek yöntem trombüs aspirasyon kateteri yoluyla yapılan elle trombüs aspirasyonu olmuştur. 2008 yılında yayımlanan ve daha geniş randomize bir çalışma olan 1071 hasta içeren TAPAS çalışmasında, STYME’de rutin trombüs aspirasyonunun bir yıllık mortaliteyi azalttığına gösterilmesi üzerine daha yaygın kullanılmaya başlanmış ve hem 2008 Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) STYME kılavuzuna, hem de Amerikan (ACC-AHA) STYME kılavuzunun 2009 güncellemesine sınıf IIa endikasyon olarak girmiştir. 2012

yılında yayımlanan INFUSE-AMI çalışması, geniş anterior STYME’li hastalarda, lezyon içine infüzyon balonu ile abciximab uygulamasının ve elle trombüs aspirasyonunun enfarktüs büyüklüğüne etkisini inceleyen 2x2 dizaynli bir araştırmadır. Bu çalışmada trombüs aspirasyonu yapılan gruplarda 30. günde kardiyak MR ile değerlendirilen enfarktüs büyüklüğü yönünden anlamlı bir yarar saptanmamasına rağmen daha sonra yayımlanan 2012 Avrupa ve 2013 Amerikan kılavuzlarında sınıf IIa öneri değişmemiştir. Bu kılavuzlardan sonra kasım 2013’te STYME’de trombüs aspirasyonu konusunda bugüne kadar yapılan en geniş çalışma olan TASTE çalışması yayımlanmıştır. Bu çalışmada primer PKG yapılan STYME’li 7244 hastanın 3621’i trombüs aspirasyonu, 3623’ü kontrol grubuna randomize edilmiştir. Primer sonlanım olan 30 günlük tüm nedeni ölüm aspirasyon yapılanlar ve yapılmayanlarda benzer bulunmuştur (%2.8’e %3.0; p=0.63). Yinelenen enfarktüs ve stent trombozu aspirasyon uygulanan grupta daha az görülmele birlikte fark istatistiki olarak anlamlı değildir. Çalışmada ST segment rezolüsyonu veya miyokardın “blush” derecesi gibi miyokart reperfüzyonu parametreleri kullanılmamıştır. Trombüs aspirasyonunun mortaliteye etkisinin değerlendirilmesi için 30 günlük süre çok kısadır. TAPAS çalışmasında da 30 günlük ölüm farklı bulunmamış ancak bir yılda mortalite yararı ortaya çıkmıştır.

Primer PKG’de rutin trombüs aspirasyonu konusunda uygulama değişikliğine gitmek için TASTE çalışmasının bir yıllık sonuçlarını ve halen devam eden TOTAL çalışmasının sonuçlarını beklemek doğru olacaktır.

STYME’de primer PKG esnasında trombüs aspirasyonunun yararı her çalışmada gösterilmiş olmasa da, hiçbir çalışmada olumsuz etkisi gösterilmemiştir. İşlemi uzatmayan basit bir yöntemdir. Trombüs yükünü her zaman azaltmasa da çoğu hastada sadece aspirasyonla TIMI 2 veya TIMI 3 distal akım çıkmakta, lezyon ayrıntıları, uzunluğu, distal damar çapı görülmekte ve uygun stent seçimi ve direkt stent yerleştirilmesi mümkün olmaktadır. Trombüs yükü fazla olmayan, daha anjiyografi sırasında veya kılavuz telin geçmesiyle iyi bir distal akımın çıktığı, direkt stent uygulanabilecek olgularda aspirasyon yapılmayabilir. Bu bağlamda, kliniğimizde, TAPAS çalışmasından bu yana, olguların büyük çoğunluğunda trombüs aspirasyonu yapmaktayız. Şimdiki durumda, mevcut bilgilerin ışığında, kılavuzların da sınıf IIa düzeyinde önerdiği gibi, STYME’de primer PKG sırasında, özel durumlar dışında, rutin olarak trombüs aspirasyonu yapmak daha doğru gözükmektedir.

Dr. Tefvik Gürmen

*İstanbul Üniversitesi
Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul*