

KRONİK KORONER ARTER HASTALIĞI

Dr. Adnan ABACI

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Günümüzde koroner arter hastalığı (KAH), akut koroner sendromlar (AKS) ve kronik KAH veya kararlı KAH olarak iki ana başlık altında incelenir. Akut koroner sendrom başlığı altında kararsız angina pectoris, ST yükselmesiz miyokard infarktüsü ve ST yükselmeli miyokard infarktüsü vardır. Kararsız angina ve ST yükselmesiz miyokard infarktüsünün patofizyolojisi ve tedavisi benzerdir. ST yükselmeli miyokard infarktüsünün tedavisi ise özeldir.

Kronik KAH'ın en basit tanımı AKS olmayan hasta olarak yapılabilir. Kronik KAH'lı hasta karşımıza tanı konmamış veya daha önceden tanı konmuş olarak gelebilir. Örneğin hasta daha önceden miyokard infarktüsü (Mİ) geçirmiştir, koroner anjiyografi yapılmıştır, balon/stent uygulanmıştır veya bypass ameliyatı olmuştur ve stabil seyretmektedir. Angina pectoris yoktur veya varsa da kararlı angina'dır. Yani kararsız angina, ST yükselmesiz veya yükselmeli Mİ tablosunda değildir. Kararlı koroner arter hastası karşımıza daha önceden tanı konmamış olarak da gelebilir. Bu durumda öncelikle koroner arter hastalığı tanısı koymak gerekir.

KAH'lığının tanısında en önemli nokta anamnezdır. Herhangi bir göğüs ağrısının angina pectoris olup olmadığına anamnez ile karar verilir. Bu nedenle göğüs ağrısı ile başvuran hastada anamnez alınırken dikkatli olmalı ve ağrının yeri, tipi süresi, yayılımı, ağrıyı ortaya çıkaran faktörler, ağrının nasıl geçtiği, ilaçlara cevabı sorgulanmalıdır. Kararlı angina pectoris tipik olarak retrosternal ve oldukça geniş bir alanı kaplar. Sol kola, sağ kola her iki kola, omuzlara, çeneye, sırtta yayılım gösterebilir. Basınç, sıkışma, göğüste ağırlık, baskı hissi şeklindedir. Bazen yanma şeklinde olur. Efor ile meydana gelir ve istirahat etmek ile geçer. Süresi en az 2-3 dakikadır. Birkaç saniye süren ağrılar nadiren angina'dır. Dil altı nitrat ile kısa sürede kaybolur. Burada anlatılan tipik angina'dır. Ancak bir çok hastada anginanın bir veya daha fazla özelliği farklıdır. Örneğin; angina retrosternal olmayıp epigastriyumda, prekordiyumda veya göğüs sağ tarafında olabilir. Bazı hastalarda göğüs ağrısı olmayıp "angina eşitleri" denen semptomlar görülebilir. Bunlar, efor ile nefes darlığı gelişmesi veya efor ile aşırı yorgunluk ortaya çıkmasıdır.

Anamnezde göğüs ağrısı sorgulandıktan sonra hastanın göğüs ağrısı hakkında bir yargıya varılmalıdır. Ağrının şu üç özelliği dikkate alınmalı; 1-Sternum altında karakteristik kalite ve süreli, 2-Egzersiz veya emosyon ile ortaya çıkan, 3-İstirahat veya nitrat ile geçen. Bu üç özelliğin tümü varsa tipik angina, ikisi varsa atipik angina, yukarıdakilerden hiçbiri veya sadece biri varsa nonkardiyak göğüs ağrısı denir. Bu sınıflama önemlidir, çünkü göğüs ağrısı ile gelen kişideki KAH olasılığını belirlemede çok önemli yeri vardır.

KAH tanısında fizik muayene çok az yardımcıdır. Çünkü koroner arter hastalığına özgü fizik muayene bulgusu yoktur. Fizik muayene ile risk faktörlerinin varlığı ile ilgili bilgi elde edilebilir. Ayrıca karotid veya periferik arter hastalığı sap-

tanması durumunda KAH varlığını destekler. Göğüs ağrısı ile gelen hastaya şu testler rutin olarak yapılmalıdır; tam kan sayımı, AKŞ, açlık lipidleri, kreatinin ve EKG. Diğer testlere anamnez ve fizik muayene bulgularına göre karar verilmelidir. Anamnez, fizik muayene ve rutin testler sonucu, göğüs ağrısının tipi, yani tipik angina, atipik angina veya nonkardiyak göğüs ağrısı kararı verilmiş ve KAH risk faktörleri belirlenmiş olur. Bu aşamada hastanın KAH olasılığına karar verilmelidir. Tıpta test öncesi hastalık olasılığı kavramı çok önemlidir ve her hastalığın test öncesi hastalık olasılığı kabaca bilinmelidir. Burada kastedilen test tanıda kullandığımız invaziv olmayan tanısal testlerdir. Yukarıda verilen rutin testler risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik testlerdir. KAH için yaş, cinsiyet ve göğüs ağrısının tipine göre KAH olasılığını gösteren tablolar vardır. Bu tablolardan biri örnek olarak aşağıda verilmiştir.

Tablo . Test öncesi KAH olasılıkları

Yaş	Non-kardiyak Göğüs ağrısı		Atipik angina		Tipik angina	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
30-39	5.2	0.8	21.8	4.2	69.7	25.8
40-49	14.1	2.8	46.1	13.3	87.3	55.2
50-59	21.5	8.4	58.9	32.4	92	79.4
60-69	28.1	18.6	67.1	54.4	94.3	90.1

Diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara gibi risk faktörleri ne kadar çok sayıda olarak var ise bu rakamlar daha da yükselir. Hastanın KAH olasılığına göre yapılacak teste karar verilir. KAH olasılığı %10'dan daha az ise düşük olasılık, %90'dan daha fazla ise yüksek olasılık kabul edilir .

KAH tanısında kullanılan noninvaziv testler, efor testi, miyokard perfüzyon sintigrafisi, stress ekokardiyografidir. Noninvaziv testlerin KAH tanısında kullanımı geniş bir konudur. Burada kısaca özetlemek gerekirse, efor testi test öncesi KAH olasılığı orta olan, efor yapabilecek ve bazal EKG'si değerlendirme için uygun olan hastalarda seçilmelidir. KAH olasılığı yüksek olan hastalara tanı amaçlı efor testi veya diğer non invaziv testleri yapmaya gerek yoktur. Çünkü bu hastalarda testin negatif çıkması hastalığı dışlamaz. Bu hastalarda kliniğe göre direk tanı konabilir. Efor testi prognoz hakkında da önemli bilgiler verir ve prognoz amaçlı efor testi yapılabilir. Efor testi veya diğer noninvaziv testlerden elde edilen verilere göre veya göğüs ağrısının ciddiyetine göre koroner anjiyografi kararı verilmelidir. Genel olarak ifade etmek gerekirse noninvaziv testlerde yüksek risk kriterleri varsa veya ilaç tedavisine rağmen ciddi anginası olmaya devam eden hastalarda, koroner anatomiye değerlendirmek ve revaskülarizasyon gereksinimini değerlendirmek için koroner anjiyografi yapılmalıdır.

TEDAVİ

Kararlı angina pectoris tedavisi akut angina atağının tedavisi, kronik angina tedavisi ve genel koroner arter hasatlığı tedavisi altında incelenebilir.

Akut angina atağının tedavisinde hasta yapmakta olduğu efor bırakmalı, stres altında ise rahatlamaya çalışmalıdır. Nitrogliserin veya isosorbid dinitrat dil altı yolla tablet veya sprey olarak verilir. Nitrat ile genellikle angina birkaç dakikada geçer. 5 dakikada geçmez ise nitrat tekrarlanabilir. Spreylerin etkisi daha çabuk ortaya çıkar.

Kronik angina tedavisinde; anginayı presipite eden fiziksel ve emosyonel faktörler varsa (anemi, hipertiroidi) tedavi edilmelidir. Soğuk havada yemeklerden sonra efordan kaçınılmalıdır. Günlük düzenli yürüyüşler yapılmalıdır.

Kronik angina pectoris tedavisinde kullanılan ilaçlar nitrat grubu, beta bloker grubu ve kalsiyum kanal blokerleri olarak üç grup altında toplanabilir. Kısa etkili nitratlar akut angina atağının tedavisinde kullanılırken, uzun etkili kronik angina pectoris tedavisinde kullanılmaktadır. Nitratların en önemli yan etkileri senkop, hipotansiyon, taşikardi, baş ağrısı ve yüzde flushing'dir. Özellikle ilk dozların ayakta iken alınması hipotansiyon veya senkoba neden olabilir. Baş ağrısı genellikle iki hafta içinde kaybolur. Ancak bazen çok şiddetli olup nitrat kullanımını engelleyebilir.

Beta blokerler kalp hızını, kan basıncını ve kardiyak kon-traktiletiyi azaltarak kalbin oksijen ihtiyacını azaltırlar. Çok sayıda beta bloker vardır ve kardiyoselektifite, intrinsik simpatomimetik etki (İSA), suda çözünme gibi özelliklerine göre gruplara ayrılır. Propranolol, timolol, nadolol, pindolol, timolol, kardiyoselektif değildir. Asebutalol, atenolol, metoprolol, kardiyoselektiftir. KOAH, astım, AV ileti bozuklukları kullanılmamalıdır. İleri kalp yetmezliğinde dikkatli olunmalıdır. Beta blokerler Prinzmetal angina veya spazma bağlı anginayı ağırlaştırabilirler. Bu nedenle Prinzmetal angina da tercih edilmezler.

Kalsiyum kanal antagonistleri verapamil, diltiazem ve dihidropiridinler olmak üzere üç grup altında toplanabilir. Her üç grupta hem kan basıncını düşürücü hem de antianginal etki gösterirler. Antianginal etkileri koroner vazodilatasyon ve egzersizin neden olduğu vazokonstriksiyonun önlenmesi ve kan basıncındaki düşme ile afterloadun azalması ile gerçekleşir. Verapamil ve diltiazemde görülen, negatif inotropi ve sinus nodundaki yavaşlama, antianginal etkiye katkı sağlar.

Antianginal ilaç başlarken ilaçların etki mekanizmaları, yan etkileri ve antianginal etkileri yanındaki diğer olumlu etkileri, kontrendikasyonları ve hastada angina pectorise ek bulunan diğer hastalıklar göz önüne alınarak karar verilmelidir. Örneğin KOAH veya astım olan anginalı hastada beta bloker kullanılmamalı, hipertansiyonu olan anginalı hastaya beta bloker veya kalsiyum kanal blokeri seçilmelidir. Herhangi bir özel durum olmadığında ilk tercih beta bloker olmalı ve gerektiğinde nitrat veya kalsiyum kanal blokeri eklenmelidir.

Kararlı angina pectoriste revaskülarizasyon: KAH tedavisinde revaskülarizasyon cerrahi olarak (bypass) veya perkütan yolla balon/stent) yapılır. Revaskülarizasyon gereksinimine karar vermek ve hangi yöntemin uygulanacağı bu konuşmanın kapsamı dışındadır ve uzmanlık gerektirir. Kısaca özetlemek gerekirse, revaskülarizasyon semptom kontrolü ya da prognozu iyileştirmek amacı ile yapılır. Eğer antianginal ilaç tedavisine rağmen hastanın ciddi anginası devam ediyorsa uygun olan revaskülarizasyon yöntemi seçilerek uygulanmalıdır. Bir de bazı hastalarda bypass cerrahisinin prognozu iyileştirdiği gösterilmiştir. Kısaca belirtmek gerekirse sol ana koroner darlığı olan hastalar, üç damar hastalığı il birlikte sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalar ve iki damar (biri proksimal ön inen koroner darlığı olmak kaydı ile) darlığı ile birlikte sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalarda bypass yararlıdır.

Genel koroner arter hastalığı tedavisi: KAH hangi guruba girerse girsın uygulanması gereken tedavidir. Koroner arter hastalığının yavaşlatılabilmesi için risk faktörlerinin tedavisi veya kontrol altına alınması gerekir. Sigara bırakılması, fazla kilonun verilmesi, diyet, düzenli egzersiz, kolesterolün diyet ve/veya ilaç ile düşürülmesi, hipertansiyon ve diyabetin tedavisi gerekir. Kontrendikasyon yok ise tüm hastaların antiagregan amaçla aspirin kullanması gerekir. Aspirin alamayanlara clopidogrel verilmelidir. Mİ geçiren veya sol ventrikül sistolik fonksiyonu bozuk olan tüm hastalar ACE inhibitörü kullanmalıdır. ACE inhibitörü yan etki nedeni ile kullanamayan hastalara anjyotensin reseptör blokeri verilmelidir. Yine hastanın anginası olmasa bile, Mİ geçirmiş veya sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu olanlara beta bloker verilmelir.

KAH'ların kolesterol tedavisi özel önem taşır. Tüm hastalarda LDL 100 mg/dl altı hedeflenmeli ve bu hedefe varmak için kontrendikasyon yok ise statin verilmelidir. KAH olan bir hasta aynı zamanda diyabetik ise, çoklu risk faktörleri taşıyorsa LDL hedefi 70 mg /dl altı olmalıdır. Her ne kadar henüz kılavuzlara girmemiş olsa da tüm koroner arter hastalarında 70 mg/dl altının hedeflenmesine yönelik bir eğilim vardır.