Kardiyak hastaların bakımında Türkiye'de sorunlar neler ve ne yapmalıyız?

Kardiyoloji Gözüyle

Dr. Mehmet Emre Özpelit
İzmir Ünv. Tıp Fak. Medicalpark Hastanesi
Kardiyoloji AD

Acil serviste karşılaşılan kardiyak acil durumlar

- ✓ Akut koroner sendromlar
- ✓ Akut kalp yetmezliği
- ✓ Aritmiler
- ✓ Aort diseksiyonu
- ✓ Pulmoner emboli
- ✓ Perikardiyal tamponad

Yaşanan Sorunlar

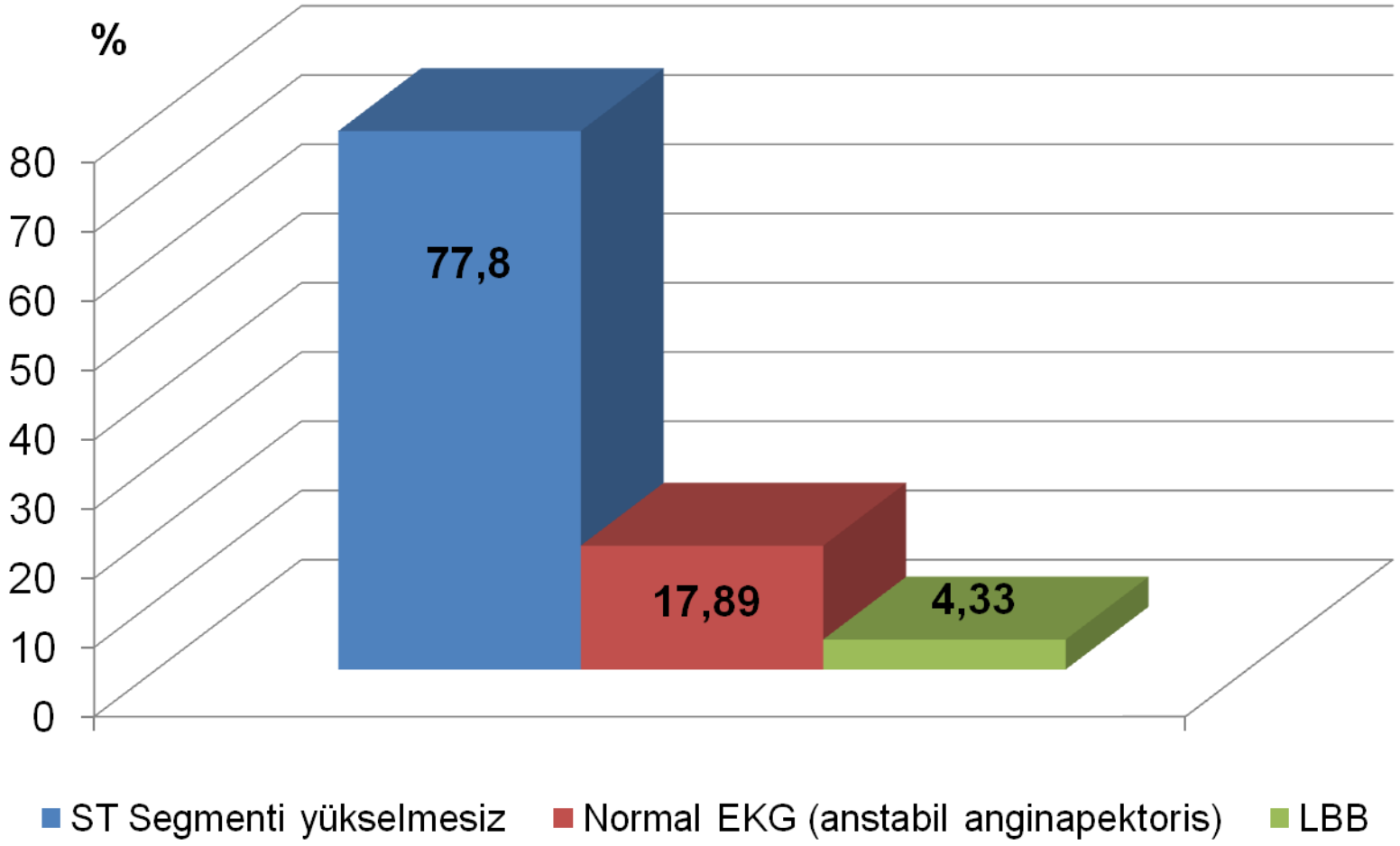
- Tanı süreci
- Sevk süreci
- Tedavi süreci

Tanı sürecinde sorunlar-AKS

- EKG değerlendirme

1. EKG’nin normal olması AKS’yi ekarte ettirmez.
2. Mutlaka seri EKG takibi yapılmalı
3. Klinik, EKG ve troponin bulguları birlikte değerlendirilmeli
4. Tanıda en değerli olan klinik değerlendirme

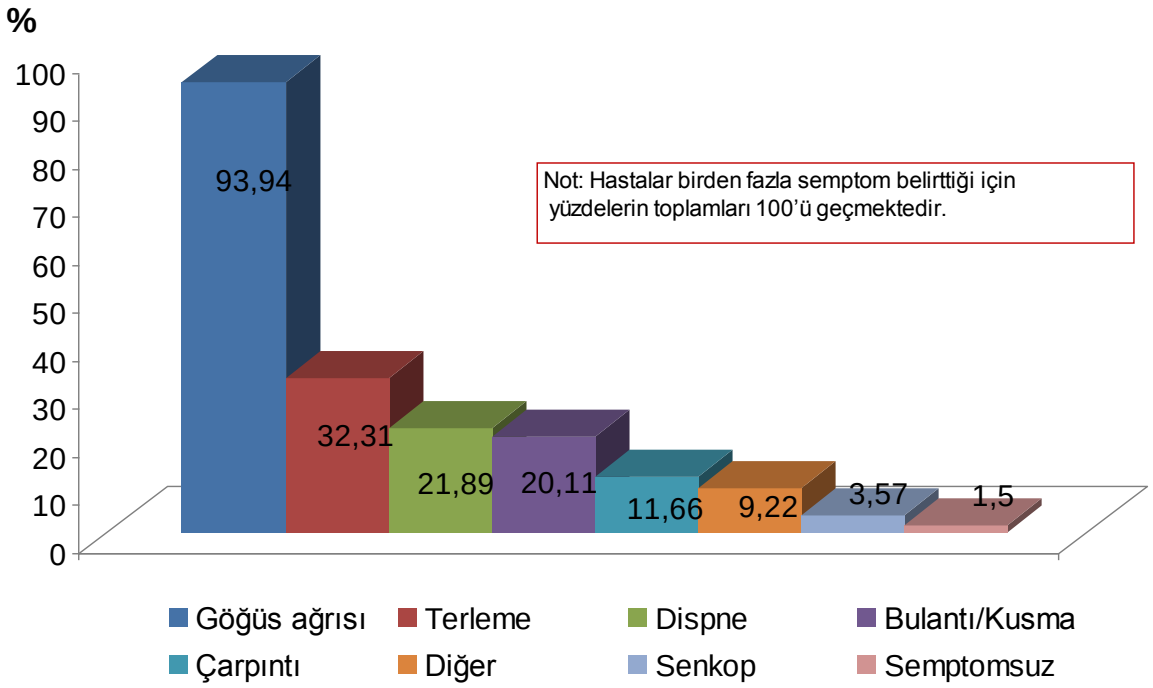
ST Yükselmesiz AKS Hastalarının Acil Servise Gelişteki EKG Bulguları



TURK-AKS

Semptom

- Her göğüs ağrısı AKS değildir.
- AKS'lar ağrısız da olabilir.



TURK-AKS

HASTANEYE BAŞVURAN HASTALARDA GÖĞÜS AĞRISI NEDENLERİ

Gastrointestinal	%42 (%30'u GER)
İskemik kalp hastalıkları	%31
Göğüs duvarı hastalıkları	%28
Perikarditler	%4
Pnömoni-plörezi	%4
Pulmoner emboli	%2
Akciğer Ca	%1,5
Aort diseksiyonu	%1
Aort stenozu	%1
Herpes zoster	%1

Fruerqaard P et al. "The diagnoses of patients admitted with acute chest pain but without myocardial infarction" Eur Heart J 1996;17:1028

Akut Göğüs ağrısı

Fenalaşma, kendini kaybetme, aniden düşme, nefes darlığı, ex

Soru 1. Kardiyak mı?

GİS

P. Ulcus
Pankreatit
Kolesistit

DERİ

Zona zoster

ÖZOFAGUS

Özefagial spazm,
Özefajit

KAS

Myalji
TOS

AKCİĞER

P. Emboli
Pnömoni
Plörit
Pnömotorax

EKLEM

Kot fraktürü
Kostokondrit
Tietze sendromu
Servikal diskopati

PSİKOJENİK

Depresyon
Nörösirkülatuvar asteni
Kardiyak psikoz

MEME

Mondor hastalığı

KARDİYAK GÖĞÜS AĞRISI

AORT STENOZU
AY, PS

AORT
DİSEKSİYONU
ANEVRİZMA

HT ACİL

Soru 2.
AKUT KORONER
SENDROM MU?

DRESLER

HOCM

PULMONER
EMBOLİ

PERİKARDİT
MİYOKARDİT

MVP

Yüksek Duyarlılıklı Troponinler

- Avantajlar

1. Daha iyi risk belirlenmesi (USAP yerine Non Q MI)
2. AMI tanısının daha erken konması ve daha erken dışlanması

- Dezavantajlar

1. Özgüllük sorunu
   (AKS tanısında yanlış pozitiflik artar)

Troponin : İskemik kalp hastalığı yokluğunda Tn yüksekliği

- Kardiyak kontüzyon, travma, ablasyon, pacing
- Konjestif KY
- Aort diseksiyonu
- Aort kapak hastalıkları
- Hipertrofik KMP
- Taşi/bradiaritmiler veya kalp blokları
- Apikal ballooning send.
- Kardiyak hasarla birlikte rabdomyoliz
- Pulmoner emboli, ciddi pulmoner HT
- Renal yetm.
- Akut nörolojik hast. (inme,SAK)
- İnfiltratif hast. (sarkoidoz,amiloidoz vs.)
- İnflamatuar hast (myokardit, perikardit vs)
- Toksinler
- Kritik hastalar (solunum yetm, sepsis, ciddi yanık vs
- Aşırı efor

Troponin = sorunlar !!!

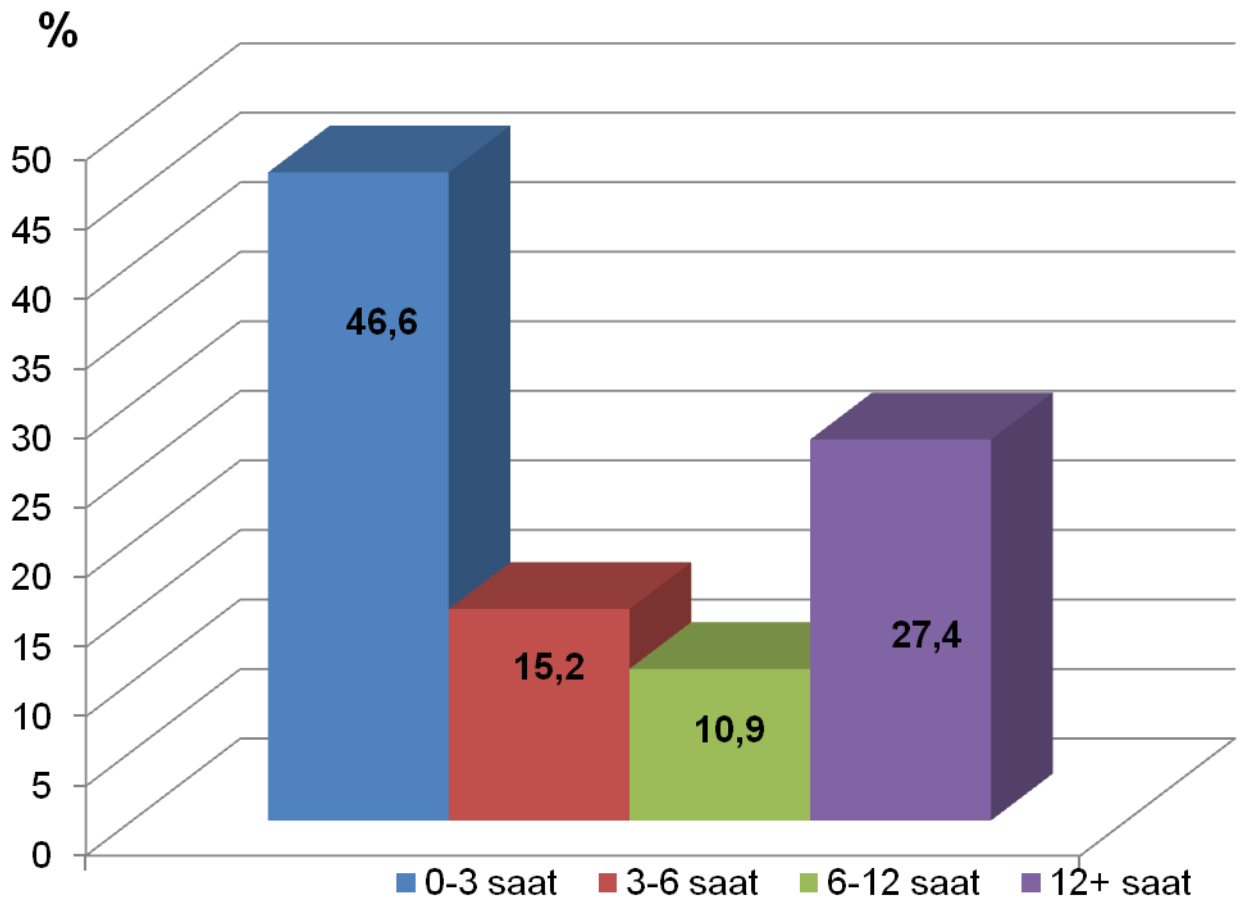
- Yüksek duyarlılıklı troponinlerin kullanıma girmesi ile AKS olmadığı halde bu tanıyı alan hasta oranı ciddi olarak artmıştır.
- Hastanın klinik bulguları AKS ile uyumlu değilse troponin istenmesi gereksizdir, yanlış AKS tanısına yol açarak gerçek tanıyı gizleyebilir.
- Troponinde hafif yükselme birçok hastalıkta görülebilir. 3-6 saat sonraki kontrol değerlerinde bazale göre %20 den fazla artış görülmesi AKS lehine yorumlanmalı.
- Acil servise gelen ve iskemik semptomu olan olgularda tek troponin değeri yetersizdir. Troponin normalse AKS dışlanamaz. Hastalar asla taburcu edilmemeli, 3-6 saatlik izlemde yükselme seyri gözlenmelidir.

Kalp Yetersizliği (Tanı)

- Ayırıcı tanıda zorluklar var.
- Çok değerli bir tetkik olan **BNP** acilde rutin kullanılamıyor.
- EKO imkanı çoğu acil serviste yok.
- Acil hekimlerinin EKO deneyimi kısıtlı.

Sevk Sürecindeki Sorunlar

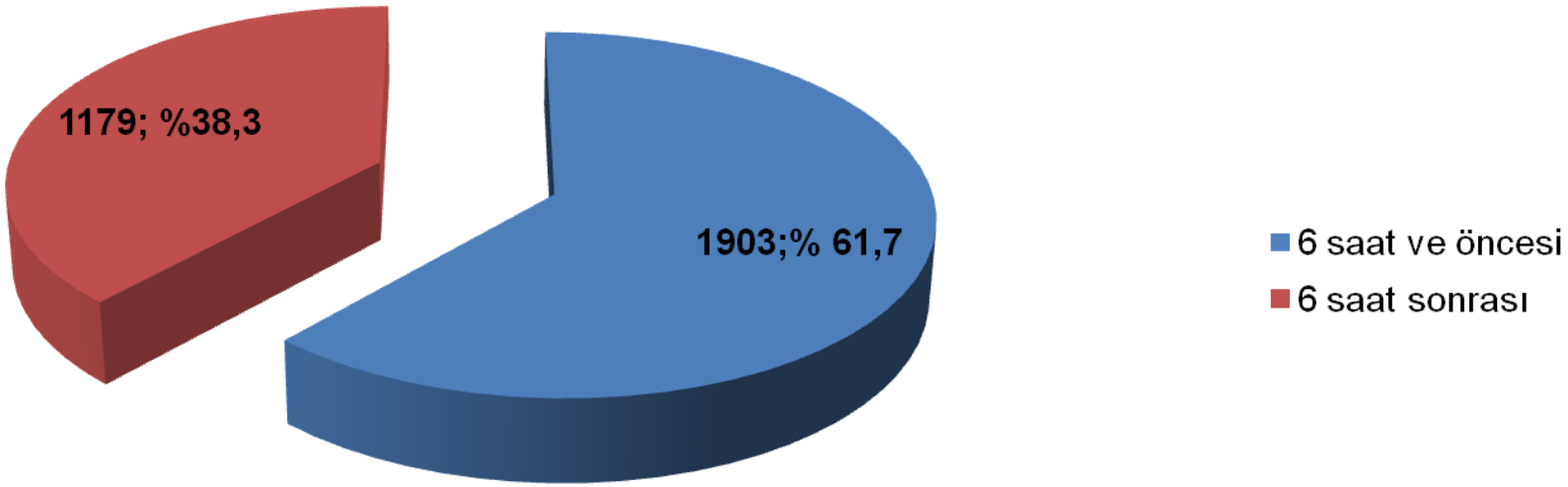
AKS Hastalarının Semptomların Başlangıcından Hastaneye Başvurdukları Zamana Kadar Geçen Süre (Saat)



*Uç değerler çıkarılarak hesaplanmıştır.

TURK-AKS

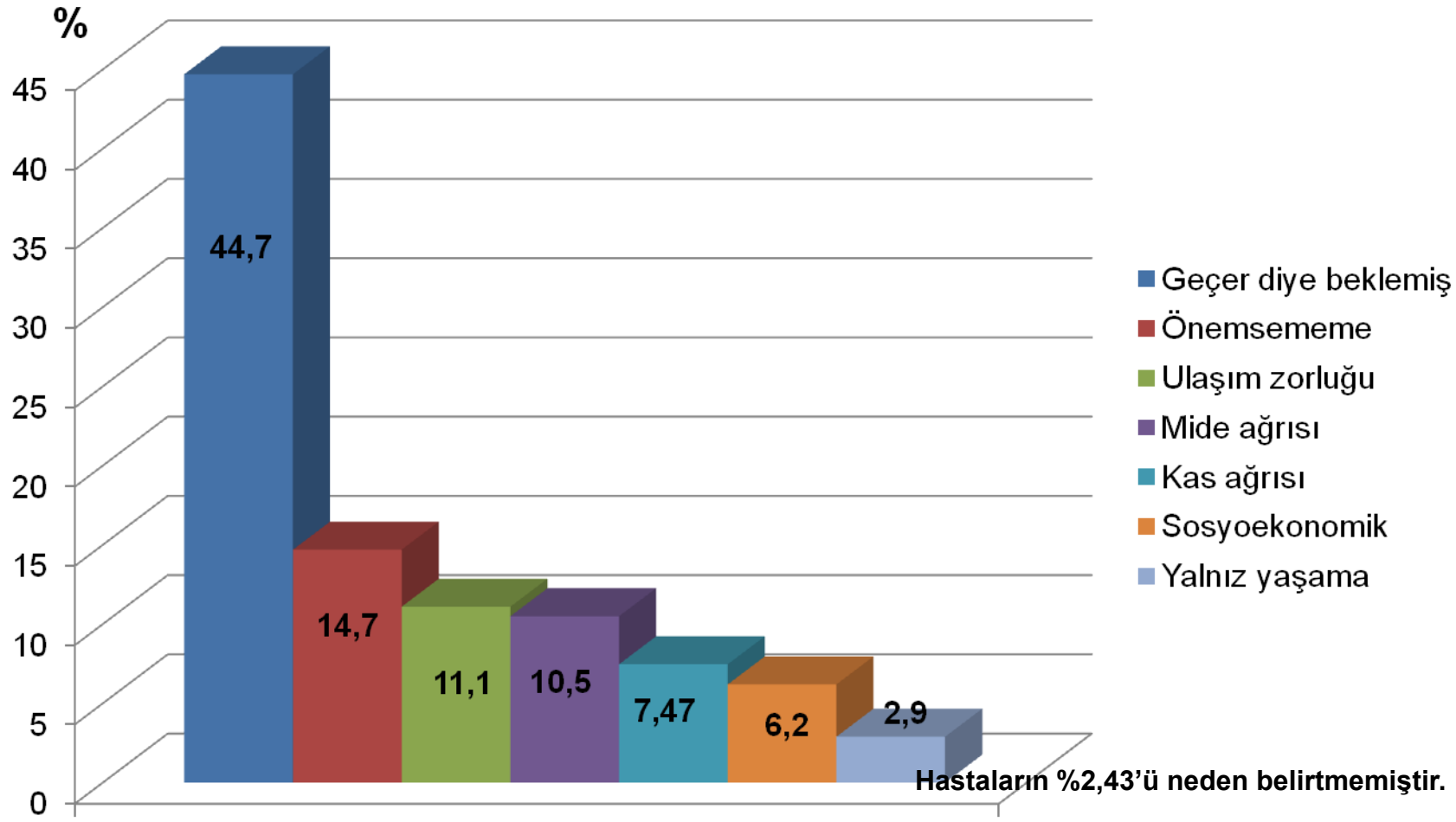
AKS Hastalarının Semptomların Başlangıcından Hastaneye Başvurdukları Zamana Kadar Geçen Süre (Saat)



Genel Ortalama:22,32 saat

*Uç değerler çıkarılarak hesaplanmıştır.

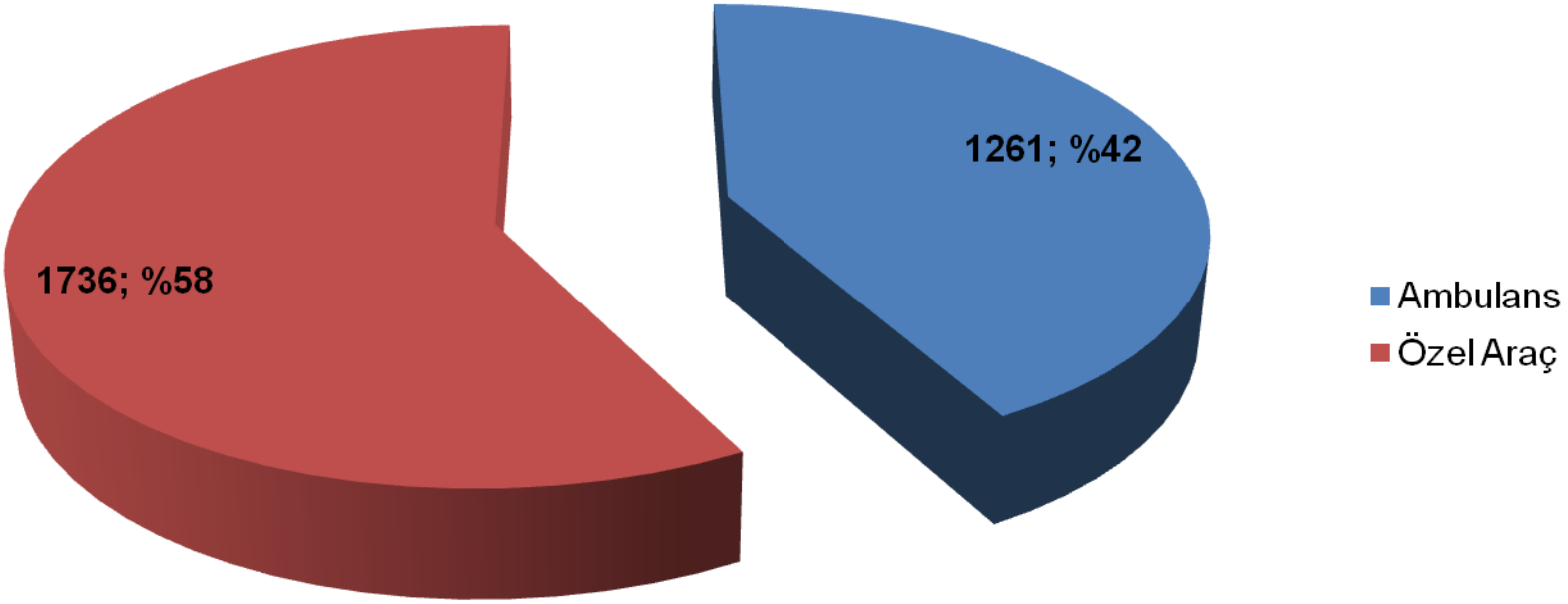
Hastaneye Geç Başvuru Nedenleri
6 Saat Ve Üzeri Başvuru Yapan 1259 Hastanın Verisi



Hastaların %2,43'ü neden belirtmemiştir.

TURK_AKS

Akut Koroner Sendromluların Hastaneye Geliş Aracı



698 hastanın hastaneye geliş aracı bildirilmemiştir.

Sorunlar- zaman !

- AKS konusunda **toplum bilinci** yetersiz. Evde geçirilen süre çok fazla.
- Akut MI seyrinde **zaman = miyokard !!!**
- Akut MI'ın (STEMI) ilk 12 saati içinde mutlaka reperfüzyon tedavisi planlanmalı.
- İlk medikal temastan (İMT) sonraki ***120 dk içinde primer PTCA*** yapılabilecekse tercih bu yönde olmalı. (ideal süre <90 dk)

Sorunlar- zaman !

- İMT – PTCA süresi ***120 dk'yı geçecekse fibrinolitik*** tedavi önerilir. (ideal süre <30 dk)
- İlk 2 saat içinde erken başvuran geniş infarktlı (anterior mı gibi) hastalarda İMT-PTCA süresi 90 dk 'yı geçecekse fibrinolitik başlanmalıdır.
- Fibrinolitik başlanacaksa **mümkünse hastane öncesi** başlanmalı (ambulans)

Sorunlar-öneriler

- Toplum bilincini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmalı.
- Hasta sevkinde önemli olan koroner YB'da yer olması değil , hastaya erken reperfüzyon tedavisi başlanabilmesidir. (***Tercih edilen tedavi primer PCI***)
- Sevk zincirinde hastanın riski ve tedavi ihtiyaçları göz önüne alınarak sevkedilecek merkezlerin belirlenmesi daha uygun olacaktır.
- ST yüksekliği olmayan ancak yüksek riskli olgularda da erken invaziv tedavi düşünülmelidir. Düşük riskli olgularda erken anjiografi önerilmez, gereksiz ve acil sevklerden kaçınılmalıdır.

AKS: Hangi merkeze nakil edelim?

- Şok ya da akciğer ödemi bulguları
- Kalp hızı >100 vuru/dak.
- Sistolik kan basıncı <100 mmHg
- Önceden geçirilmiş Mİ, koroner arter “by-pass” cerrahisi olması

•Yüksek risk göstergeleri

•Acil koşullarda girişim yapılabilen merkeze gönderilmeli

Tedavi Süreci

- En önemli sorun akut dönemde klopidogrel ve/veya heparin verilmemesi .
- Özellikle ileri merkeze sevkedilen hastalarda **heparin** (tercihen enoksaparin) ve **klopidogrel** aspirine ek olarak mutlaka akut dönemde verilmeli.
- Primer PTCA yapılan merkezlerde 24 saat hizmet verilmeli . İcapçı ekip (hemşire-teknisyen-doktor) en kısa sürede toplanabilmeli (hedef süre <60 dk).

Teşekkürler…