

Bölüm 80

ST SEGMENT ELEVASYONLU MİYOKARD İNFARKTÜSÜ

Hüseyin KANDEMİR¹

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde sağlık problemleri ve ölümlerin en sık sebebi olan önemini korumaya devam etmektedir. Gelişen tıp teknolojilerine rağmen sıklığı giderek artmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar içerisinde ise en sık koroner arter hastalıkları (KAH) görülmektedir. Koroner arter hastalıkları stabil koroner arter hastalığı ve akut koroner sendromlar olarak sınıflandırılmaktadır. Akut koroner sendromlar ise kararsız anjina pektoris, ST segment elevasyonu olmayan miyokard infarktüsü ve Akut ST segment elevasyonu miyokard infarktüsü (STEMI) olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır. Ancak son kılavuz ve yayınlarda gerek fizyopatolojisi gerek tanı ve tedavisindeki benzerlikten dolayı kararsız anjina pektoris ve ST segment elevasyonu olmayan miyokard infarktüsü aynı grup olarak değerlendirilmekte ve ST segment elevasyonu olmayan akut koroner sendrom (NonST-AKS) olarak isimlendirilmektedir. Akut koroner sendromların tamamı kardiyak acillerdir. Ancak bunların içerisinde Akut ST segment elevasyonu miyokard infarktüsü en mortal seyreden gruptur. Bu nedenle tedavisi için zamanla yarış vardır. Hatta müdahale için her geçen dakika kaybedilen miyokard dokusu artmaktadır.

Akut koroner sendromlardan yapılan çalışmalarda NonST-AKS insidansı arterken STEMI insidansının azaldığı görülmektedir. Avrupa ülkelerinde yıllık insidansı yüz binde 43 ile 144 arasında

ülkeler arasında değişmekte iken (1), Amerikada ise yıllık insidans yüz binde 50 civarında saptanmıştır (2). ST elevasyonu miyokard infarktüsü gençlerde ve erkeklerde daha sık görülmektedir (3). Mortalite oranları hastanın yaşı cinsiyeti klinik durumu komorbid hastalık varlığına göre değişmekle birlikte son yapılan çalışma ve yayınlarında gelişen tıp teknolojisi primer perkütan koroner girişim yapılan merkezlerin artması ve antitrombotik tedavideki gelişmeler nedeni ile morlatitenin giderek azaldığı vurgulanmaktadır. Buna rağmen Avrupa ülkelerinde ST elevasyonu miyokard infarktüsüne bağlı hastane içi mortalite %4-12 arasında değişirken 1 yıllık mortalite %10 civarındadır (4, 5). Ülkemizde ise yeterli kayıt sistemi olmadığı için insidans ve mortalite verileri net olarak bilinmemekle birlikte Avrupa verileri ile benzer olduğu düşünülmektedir.

Koroner arter hastalığının en sık sebebi ateroskleroz oluşumudur (6). Ateroskleroz, özellikle orta ve büyük çapta arterler olan aortayı, iliak ve femoral arterler, koroner ve karotis arterleri ve daha az oranda intrakraniyal arterleri etkileyen intimal plaklarla karakterize bir durumdur. İntimal plaklar oluşumunda birçok etken söz konusu olup kolesterol lipidleri, düz kas hücreleri, fibroblastlar, makrofajlar, ve hücreler arası dokuların olduğu komplike durum mevcuttur. Plak oluşum süreci risk faktörlerinin de etkisi ile ilerleyici bir süreçtir. Ateroskleroz, arter ve arteriollerin intimasında fibröz-yağlı plakların oluşumu ile karakterizedir.

¹ Kardiyoloji Uzman Doktor, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, dr_hsynkndmr@hotmail.com

KAYNAKÇA

1. Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. *European heart journal*. 2009;31(8):943-57.
2. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics—2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131(4):434-41.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2017;39(2):119-77.
4. Kristensen SD, Laut KG, Fajadet J, et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. *European heart journal*. 2014;35(29):1957-70.
5. Pedersen F, Butrymovich V, Kelbæk H, et al. Short-and long-term cause of death in patients treated with primary PCI for STEMI. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014;64(20):2101-8.
6. Mallika V, Goswami B, Rajappa M. Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinico-biochemical perspective. *Angiology*. 2007;58(5):513-22.
7. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal*. 2018;40(3):237-69.
8. Killip III T, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two year experience with 250 patients. *The American journal of cardiology*. 1967;20(4):457-64.
9. Fuster V, Walsh R, Harrington RA. *Hurst's the heart: two volume set*: McGraw Hill Professional; 2011.
10. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomized trials. *The Lancet*. 2003;361(9351):13-20.
11. Raber L, Kelbæk H, Ostojic M, et al. COMFORTABLE AMI Trial Investigators. Effect of biolimus-eluting stents with biodegradable polymer vs bare-metal stents on cardiovascular events among patients with acute myocardial infarction: the COMFORTABLE AMI randomized trial. *JAMA* 2012;308(8):777-787.
12. Roe MT, Armstrong PW, Fox KA, et al. TRILOGY ACS Investigators. Prasugrel versus clopidogrel for acute coronary syndromes without revascularization. *N Engl J Med* 2012;367(14):1297-1309.
13. Collet JP, Huber K, Cohen M, et al. ATOLL Investigators. A direct comparison of intravenous enoxaparin with unfractionated heparin in primary percutaneous coronary intervention (from the ATOLL trial). *Am J Cardiol* 2013;112(9):1367-1372.
14. Valgimigli M, Frigoli E, Leonardi S, et al. MATRIX Investigators. Bivalirudin or unfractionated heparin in acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2015;373(11):997-1009.
15. O'Gara, P. T., Kushner, F. G., et al. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(4), e78-e140.
16. Ellis SG, da Silva ER, Heyndrickx G, et al. Randomized comparison of rescue angioplasty with conservative management of patients with early failure of thrombolysis for acute anterior myocardial infarction. *Circulation* 1994;90: 2280-2284.
17. Bugiardini R, Cenko E, Ricci B, et al. Comparison of early versus delayed oral beta blockers in acute coronary syndromes and effect on outcomes. *Am J Cardiol* 2016;117(5):760-767.
18. Pfeffer MA, Greaves SC, Arnold JM, et al. Early versus delayed angiotensin-converting enzyme inhibition therapy in acute myocardial infarction. The healing and early afterload reducing therapy trial. *Circulation* 1997;95(12):2643-2651.
19. Pitt B, Remme W, Zannad F, et al. Eplerenone Post-Acute Myocardial Infarction Heart Failure Efficacy and Survival Study Investigators. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003;348(14):1309-1321
20. Boekholdt SM, Hovingh GK, Mora S, et al. Very low levels of atherogenic lipoproteins and the risk for cardiovascular events: a meta-analysis of statin trials. *J Am Coll Cardiol* 2014;64(5):485-494.
21. Murphy JG, Bresnahan JF, Lloyd MA, et al. Complications of acute myocardial infarction. Joseph G. Murphy, Margaret A. Lloyd, eds. *Mayo Clinic Cardiology Concise Textbook* 3rd ed. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2007. p.827-42.