

Bölüm 7

AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ

Oktay GÜLCÜ⁷

GİRİŞ

Akut koroner sendromlar (AKS) göğüs ağrısı ile hastaneye ve acil servislere başvuru sonrası koroner yoğun bakım ünitesine yatış sebeplerinin başında gelmektedir. Etkin tedavi, gelişmiş reperfüzyon stratejileri ve farmakolojik tedavilere rağmen halen mortalite ve morbiditesi yüksek bir klinik durumdur.

Tanımı

Akut koroner sendromlar; koroner arterlerde kan akımının azalması sonrası miyokarda iskemiye sebep olan klinik tabloları kapsamaktadır. Bu klinik tablolar elektrokardiyografide (EKG) ST-segment elevasyon olan miyokard enfarktüsü (STEMI), ST-segment elevasyonu olmayan miyokard enfarktüsü (NSTEMI), kararsız angina pectoris (USAP) ve ani kardiyak ölümden oluşan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (1). Göğüs ağrısı, EKG' de dinamik değişiklikler ve kanda saptanan, kardiyak dokuda iskemiye tanımlayıcı biyobelirteçlerin pozitifliğine göre STEMI, NSTEMI ve USAP ayrımı yapılmaktadır.

Evrensel Miyokard Enfarktüsü (MI) tanımı yapılırken hastanın semptomları, EKG bulguları, görüntüleme tetkikleri ve biyokimyasal belirteçler kullanılmaktadır. Tablo-1 de Evrensel Miyokard Enfarktüs Tanımlaması özetlenmiştir. Ayrıca oluş mekanizmasına göre iki tip MI tanımlanmıştır (2). Bunlar;

1. Tip 1 MI; direkt olarak koroner plak, trombüs, diseksiyon sonrası gelişen tiptir.
2. Tip 2 MI; koroner dışı sebeplere (ateş, anemi, hipertansiyon, kalp kapak patolojileri, hipertroidi vs) bağlı gelişen tiptir.

⁷ Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, droktaygulcu@gmail.com

Akut enfarktüslerin yaklaşık % 20 sinde görülen diğer bir ritim bozukluğu da atrial fibrilasyondur. Genelde kalp yetmezliği gelişen hastalarda görülmekte olup hızın yüksek olması durumunda beta-bloker, digoksin, amiodaron ile medikal CV veya hemodinamik instabilizasyonda acil elektriksel CV yapılmaz.

Inferior enfarktüslerde sinüs bradikardisi ve AV bloklar görülebilir. Bradikardik ve hipotansif ise atropin yapılmaz. Hastanın hemodinamik parametrelerinde düzelme sağlanamıyorsa geçici kalp pili takılması gerekmektedir.

Miyokard Enfarktüsü Sonrası Risk Belirleme

STEMI hastalarında hastane içi veya taburculuk sonrası erken dönemde, oluşabilecek komplikasyonları tahmin etmede çeşitli risk skorları kullanılmaktadır. Hastane içi mortaliteyi ön görmeye en çok kullanılan Killip skorlamasıdır. Tablo-8 de Killip sınıflaması verilmiştir.

Tablo 8. Killip Sınıflaması

Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası Killip Sınıflandırması		
Killip	Özellik	Mortalite %
I	Kalp yetersizliği bulgusu yok	6
II	Akciğerde raller, S3 gallop ve venöz juguler basınç artışı	17
III	Akut pulmoner ödem	38
IV	Kardiyojenik şok	81

Hipotansiyon, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun (EF) düşük olması, ventriküler aritmiler, erken dönemde tekrarlayan veya şiddetlenen aktif göğüs ağrısının varlığı yüksek riskli grubu teşkil etmektedir. Özellikle EF mortalite için önemli belirleyicidir.

KAYNAKLAR

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. ESC Scientific Document Group 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). *Eur Heart J*. 2018 Jan 7;39(2):119-177. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393. PubMed PMID: 28886621.
2. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *J Am Coll Cardiol*. 2018 Oct 30;72(18):2231-2264. doi: 10.1016/j.jacc.2018.08.1038. Epub 2018 Aug 25. PubMed PMID: 30153967.

3. Hartley A, Marshall DC, Saliccioli JD, et al. Trends in mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease in Europe: 1980 to 2009. *Circulation* 2016;133(20):1916–1926.
4. Kristensen SD, Laut KG, Fajadet J, et al. European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. *Eur Heart J* 2014;35(29):1957–1970
5. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, et al. ESC Scientific Document Group; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) ; ESC National Cardiac Societies . 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2018 Jan 14;39(3):213-260. doi: 10.1093/eurheartj/ehx419. PubMed PMID: 28886622.
6. Yusuf S, Mehta SR, Chrolavicius S, et al. OASIS-6 Trial Group. Effects of fondaparinux on mortality and reinfarction in patients with acute STsegment elevation myocardial infarction: the OASIS-6 randomized trial. *JAMA* 2006;295(13):1519–1530
7. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. ESC Scientific Document Group . 2018 ESC/ EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*. 2019 Jan 7;40(2):87-165. doi: 10.1093/eurheartj/ehy394. PubMed PMID: 30165437.
8. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016 Jul 14;37(27):2129-2200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128. Epub 2016 May 20. Erratum in: *Eur Heart J*. 2016 Dec 30;:. PubMed PMID: 27206819