

Bölüm 8

STABİL ANJİNA PEKTORİS

Oğuzhan BİRDAL⁸

GİRİŞ

Angina pektoris, miyokarda yeterli oksijen sunulmaması sonucunda ortaya çıkan, ankhon (boğucu) ve pectus (göğüs) kelimelerinden türeyen bir terimdir. Anginal semptomlar haftalar içinde önemli bir değişiklik göstermiyorsa stabil angina olarak tanımlanır. Semptomlar aniden kötüleşiyorsa (örneğin; yürüyüş mesafesi aynı olmasına rağmen göğüs ağrısının şiddetinin veya süresinin artması ya da daha önceden egzersiz ile ortaya çıkan göğüs ağrısı ataklarının istirahatte de olmaya başlaması) unstabil angina olarak kabul edilir (1). Angina pektorisine sebep olan mekanizma miyokard kan sunumu ve metabolik ihtiyaç uyumsuzluğu ile ilişkili iskemi veya hipoksi ataklarıdır. İskemi öncelikle sol ventrikül diyastolik fonksiyonlarını daha sonra sistolik fonksiyonlarını bozar. Bundan sonra elektrokardiyogramda (EKG) ST-T segment değişiklikleri oluşur ve son olarak angina olarak adlandırığımız kardiyak rahatsızlık hissi ortaya çıkar (2). Bu ağrı adenozin gibi iskemik metabolitlerin sinir uçlarını uyarması ile oluşur.

EPİDEMİYOLOJİ

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de en sık ölüm nedeninin koroner arter hastalığı olduğu bilinmektedir. Son verilere göre ülkemizde yaklaşık 3,5 milyon insanın koroner arter hastalığı tanısı bulunmaktadır ve bu nedenle yılda ortalama 215.000 kişi hayatını kaybetmektedir (3).

Koroner kalp hastaların yaklaşık 1/3'ünde hastalık, stabil koroner arter hastalığı olarak ortaya çıkar. Toplumdaki her beş kişiden en az birisi kardiyovasküler hastalığa yakalanmaktadır ve her altı kişiden biri 65 yaşından önce kardiyovasküler nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir (4). Koroner arter hastalığına

⁸ Kardiyoloji Uzmanı, Horasan Devlet Hastanesi/Erzurum, droguzhanbirdal@gmail.com

Anlamli tek damar hastalıklarında önerilen tedavi seçeneği perkütan koroner girişimdir. Proksimal LAD lezyonu olmayan ve iki damarında anlamli darlığı olan hastalara perkütan koroner girişim önerilir. Üç damarında anlamli darlığı olan hastalar eğer diyabetikse cerrahi revaskülarizasyon önerilmelidir. Sol ana koroner arter darlıklarında SYNTAX skoru orta ve yüksekse tercih edilecek tedavi seçeneği cerrahi olmalıdır. SYNTAX skoru düşük anlamli sol ana koroner arter darlıklarında perkütan koroner girişim de uygun bir tedavi seçeneğidir (10).

Özetle tedaviden bahsedecek olursak; tedavi sigara bırakılması, egzersiz ve diyet gibi yaşam tarzı modifikasyonları ile başlar. Hastaların hipertansiyon ve diyabetes mellitus gibi risk faktörleri varsa uygun şekilde tedavi edilmelidir. Hastalarda kardiyovasküler olay gelişiminin engellenmesi için aspirin (intolerans durumunda klopidogrel), statin kullanılmalıdır. Ayrıca uygun endikasyonlarda ACE inhibitörleri (ya da ARB'ler) kullanılabilir. Semptomatik tedavide başlangıç stratejisi kısa etkili nitratların beta blokerlerle ya da kalsiyum kanal blokerleri ile kombinasyonudur. İkincil seçenekler; uzun etkili nitratlar, ivabradin, ranolazin, nikorandil ve trimetazidindir. İskemi sahası küçük olan ya da düşük riskli hastalarda optimal medikal tedavi ile semptomlar kontrol altına alınabiliyorsa revaskülarizasyona gerek yoktur. Revaskülarizasyona karar vermede en önemli noktalardan biri fraksiyonel akım rezervidir. Özellikle diyabetle birlikte seyreden üç damar hastalığında ya da sol ana koroner arterin anlamli darlıklarında cerrahi revaskülarizasyon daha ön plandayken proksimal LAD tutulumu olmayan bir-iki damar hastalığında perkütan koroner girişim daha çok tercih edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kerrigan, J. L., Menon, V. (2018). Stable Angina. In: B. P. Griffin, V. Menon (Eds.), *Manual of Cardiovascular Medicine* (5nd ed., pp. 71-89). Philadelphia: LWW
2. Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 34 (38), 2949-3003. Doi: 10.1093/eurheartj/eh296
3. Onat, A., Can, G. (2017). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. Altan Onat (Ed.), *TEKHARF 2017* içinde (20-28). İstanbul: Logos Yayıncılık Tic. A.Ş.
4. Mercanođlu, F. (2019). Stabil İskemik Kalp Hastalığı: Tanımlama, Epidemiyoloji, Etyoloji ve Tanı. Kâmil Adalet (Ed.), *Klinik Kardiyoloji* içinde (427-441). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
5. Morrow, D. A., de Lemos, J. A. (2018) Stable Ischemic Heart Disease. In: R. O. Bonow, D. L. Mann, D. P. Zipes (Eds.), *Braunwald's Heart Disease* (11nd ed., pp. 1209-1270). Philadelphia: Elsevier Saunders
6. Diamond, G. A. A clinically relevant classification of chest discomfort. *J Am Coll Cardiol*, 1 (2), 574-575. Doi: 10.1016/s0735-1097(83)80093-x

7. Diamond, G. A., Forrester, J. S. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary-artery disease. *N Eng J Med*, 300 (24), 1350-1358. Doi: 10.1056/NEJM197906143002402
8. Fihn, S. D., Gardin, J. M., Abrams, J., et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*, 60 (24), e44-e164. Doi: 10.1016/j.jacc.2012.07.013
9. Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 71 (19), e127-e248. Doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006
10. Neumann, F. J., Sousa-Uva, M., Ahlsson, A., et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*, 40 (2), 87-165. Doi: 10.1093/eurheartj/ehy394