

HASTANE DIŞI KARDİYAK ARREST VAKALARINDA AYIRICI TANI

Ali ÇONER¹

GİRİŐ

Hastane dışı kardiyak arrest (HDKA) kötü prognozladur ve ülkelerin sağlık sistemleri için belirgin bir yük oluŐturmaktadır. HDKA vakalarında etkili bir kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), hızlı bir ayırıcı tanı ve altta yatan arrest nedenine yönelik spesifik tedavi uygulanmaz ise nihai sonuç genellikle ölümdür. HDKA tüm dünya genelinde ölüme neden olan başlıca faktörlerden biri olup, gelişmiş ülkelerde toplam ölümlerin %10³undan sorumludur.¹ Toplum genelinde HDKA vakalarının tahmini sıklığının her 100000 kişilik nüfus için 50-100 hasta arasında olduğu bildirilmiştir. Güncel kılavuzlara uygun şekilde yapılan KPR girişimlerine karşın bu hastaların ancak %5-10'u hastaneden taburcu edilebilecek düzeye gelebilmektedir.² Bununla birlikte HDKA vakalarının genel nüfusa oranı ve sağkalım oranları dünya genelinde değişik coğrafyalarda büyük farklılıklar göstermektedir.³ Her ne kadar hastaneden taburcu edilebilen HDKA kurbanlarının oranı hala çok düşük seviyelerde olsa da, sağkalım ve nörolojik toparlanma sağlanan hastaların oranı son 10 yılda artış trendindedir.^{4,5} Küçük de olsa daha iyi olan bu klinik sonuçları verilerinde dünya genelinde ülkelerin HDKA vakalarına yönelik sağkalım zincirlerinin düzenlenmesi ve otomatik defibrila-

törlere ulaşımın artmasının etkisi bulunmaktadır. HDKA saptanan hastalarda temel hedef olay yeri veya hastaneye başvuru esnasında en kısa zamanda spontan dolaşımın sağlanması olmalıdır. Spontan dolaşımın geri dönüş süresi sağkalım ve nörolojik olarak iyi toparlanma ile yakından ilişkilidir.⁶

Travmatik olmayan HDKA kurbanlarında en önemli etiyolojik faktörler akut miyokart enfarktüsü, serebrovasküler olay veya masif pulmoner emboli gibi iskemik nedenlerdir.⁷ İskemik patofizyolojiye sebep olan tromboza yönelik spesifik tedavi uygulanmazsa HDKA vakalarında klinik sonuçları kötüdür. Bununla birlikte devam etmekte olan KPR girişimleri sırasında bu hastalarda ayırıcı tanı yapmak ve “en olası” ani kardiyak ölüm nedenini tespit etmek kolay değildir. Bu bölümün amacı örnek bir vaka eşliğinde HDKA hastalarında olay yerinde ya da hastaneye ilk başvuru esnasında ayırıcı tanı kullanılabilecek ve “en olası” tanıyı belirlememizde yol gösterebilecek ipuçlarını tartışmaktır.

VAKA

Altmış iki yaşında erkek hasta evinde solunum sıkıntısını takiben bilinç kaybı olması nedeniyle yakınları tarafından acil servise getirildi. Hastanın gelişinde spontan solunum ve periferik do-

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi Hastanesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, conerali@hotmail.com
ORCID iD: 0000-0002-5711-8873

KAYNAKÇA

- Nichol G, Thomas E, Callaway CW, et al. Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome. *JAMA*. 2008; 300: 1423-1431. doi: 10.1001/jama.300.12.1423.
- Balcı KG, Balcı MM, Şen F, et al. Predictors of neurologically favorable survival among patients with out-of-hospital cardiac arrest: A tertiary referral hospital experience. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2017; 45: 254-260. doi: 10.5543/tkda.2017.68480.
- Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, et al. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*. 2010; 81: 1479-1487. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.006.
- Hwang SS, Ahn KO, Do Shin S, et al. Temporal trends in out-of-hospital cardiac arrest outcomes in men and women from 2008 to 2015: A national observational study. *Am J Emerg Med*. 2020 Jan 30. pii: S0735-6757(20)30067-X. doi: 10.1016/j.ajem.2020.01.055. [Epub ahead of print].
- Sauneuf B, Dupeyrat J, Souloy X, et al. The CAHP (cardiac arrest hospital prognosis) score: A tool for risk stratification after out-of-hospital cardiac arrest in elderly patients. *Resuscitation*. 2020; 148: 200-206. doi: 10.1016/j.resuscitation.2020.01.011.
- Liu N, Ong MEH, Ho AFW, et al. Validation of the ROSC after cardiac arrest (RACA) score in Pan-Asian out-of-hospital cardiac arrest patients. *Resuscitation*. 2020; 149: 53-59. doi: 10.1016/j.resuscitation.2020.01.029.
- Yamaguchi Y, Woodin JA, Gibo K, et al. Improvements in out-of-hospital cardiac arrest survival from 1998 to 2013. *Prehosp Emerg Care*. 2017; 21: 616-627. doi: 10.1080/10903127.2017.1308604.
- Myerburg RJ, Goldberger JJ. Sudden cardiac arrest risk assessment: population science and the individual risk mandate. *JAMA Cardiol*. 2017; 2: 689-694. doi: 10.1001/jamacardio.2017.0266.
- Goldberger JJ, Buxton AE, Cain M, et al. Risk stratification for arrhythmic sudden cardiac death: identifying the roadblocks. *Circulation*. 2011; 123: 2423-2430.
- Fishman GI, Chugh SS, DiMarco JP, et al. Sudden cardiac death prediction and prevention. Report from a national heart, lung, and blood institute and heart rhythm society workshop. *Circulation*. 2010; 122: 2335-2348.
- Nakstad ER, Staer-Jensen H, Wimmer H, et al. Late awakening, prognostic factors and long-term outcome in out-of-hospital cardiac arrest-results of the prospective Norwegian Cardio-Respiratory Arrest Study (NORCAST). *Resuscitation*. 2020; 149: 170-179. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.12.031.
- Dragancea I, Wise MP, Al-Subaie N, et al. Protocol-driven neurological prognostication and withdrawal of life-sustaining therapy after cardiac arrest and targeted temperature management. *Resuscitation*. 2017; 117: 50-57. doi: 10.1016/j.resuscitation.2017.05.014.
- Grimaldi D, Dumas F, Perier MC, et al. Short- and long-term outcome in elderly patients after out-of-hospital cardiac arrest: a cohort study. *Crit Care Med*. 2014; 42: 2350-2357. doi: 10.1097/CCM.0000000000000512.
- Tanriover MD. Recognizing the deteriorating patient prior to cardiac arrest: predictive criteria and risk factors. *Yoğun Bakım Derg*. 2011; 1: 16-20. doi: 10.5152/dcbybd.2011.04.
- Myerburg RJ, Goldberger JJ. (2018). Cardiac arrest and sudden cardiac death. Zipes DP (Ed.). *Braunwald's Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine*. pp 807-844. Philadelphia: Elsevier.
- Coner A, Cicek D. Letter to the editor: Predictors of neurologically favorable survival among patients with out-of-hospital cardiac arrest: A tertiary referral hospital experience. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2017; 45: 489. doi: 10.5543/tkda.2017.64609.
- Aybar M, Iskit AT. Approach to cardiopulmonary arrest due to causes other than trauma. *Yoğun Bakım Derg*. 2005; 5: 147-161.
- Gecmen C, Kahyaoglu M, Kalayci A, et al. Cardiac arrest registry at a tertiary center. *Koşuyolu Heart J*. 2018; 21: 16-20. doi: 10.5578/khj.57289.
- Coner A, Cicek D, Balcioglu S, et al. Successful treatment of massive pulmonary embolism with reteplase. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2018; 46: 143-146. doi: 10.5543/tkda.2017.33568.
- Courtney DM, Sasser HC, Pincus CL, et al. Pulseless electrical activity with witnessed arrest as a predictor of sudden death from massive pulmonary embolism in outpatients. *Resuscitation*. 2001; 49: 265-272. doi: 10.1016/s0300-9572(00)00374-9.
- Coner A, Birtay T. Concomitant usage of thrombolytic therapy and therapeutic hypothermia in a case of sudden cardiac arrest due to massive pulmonary embolism. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2019; 47: 512-515. doi: 10.5543/tkda.2018.65708.
- Ko E, Lee JH, Chae MK, et al. Successful fibrinolytic and therapeutic hypothermic management of cardiac arrest following massive pulmonary embolism. *Clin Exp Emerg Med*. 2015; 2: 193-196. doi: 10.15441/ceem.15.021.
- Logan JK, Pantle H, Huiras P, et al. Evidence-based diagnosis and thrombolytic treatment of cardiac arrest or periarrest due to suspected pulmonary embolism. *Am J Emerg Med*. 2014; 32: 789-796. doi: 10.1016/j.ajem.2014.04.032.