

ONKOLOJİK HASTALARDA MİYOKARD ENFARKTÜSÜNE YAKLAŞIM

9.

BÖLÜM

Özgür TAŞKÖYLÜ¹

GİRİŞ

Günümüzde kanser ve kardiyovasküler hastalıklar sıklıkla birlikte görülmektedir. Yapılan bir çalışmada kanser hastaları arasında miyokard infarktüsü (MI) insidansı % 6,5 olarak saptanmıştır (1). Bu oran giderek artmaktadır. Özellikle skuamoz hücreli akciğer kanseri, baş ve boyun kanserleri ve ürogenital kanser hastalarında koroner arter hastalığındaki artış diğer malignitelere göre daha belirgindir. Obezite, diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara, ileri yaş; hem koroner arter hastalığının, hem de kanserin etiopatogenezinde ortak risk faktörleri olarak rol almaktadır (2). Kanserın kendisinin hiperkoagulabilite ve proinflatuvar durum yaratması yanında; bazı kemoteropötik ajanların kullanımı da akut koroner sendrom riskini arttırmaktadır. Hatta cisplatin, ponatinib, nilotinib gibi ajanlar ve radyoterapi sonlandırıldıktan sonra bile artmış koroner arter hastalığı riski devam etmektedir (3). Tedaviye başlamadan önce onkoloji hastalarında; koroner arter hastalığı (KAH) risk faktörleri açısından tarama yapılması önerilmektedir.

Miyokard infarktüsü geçiren kanser hastaları; kanama ve diğer komplikasyonların gelişme riski nedeniyle optimal antiagregan ve antikoagulan tedavi alamamaktadır. Yine bu hastalarda, yüksek morbidite, mortalite ve kanama komplikasyonu endişeleri ile koroner işlem ve restenoz riskini azaltan ilaç salınımlı stent kullanımı sınırlı kalmaktadır.

ONKOLOJİK HASTALARDA MİYOKARD ENFARKTÜSÜ YÖNETİMİ

Kanser arteriyel tromboz için güçlü bir risk faktörüdür. Retrospektif bir vaka kontrol çalışmasına göre, kanser hastaların miyokard infarktüsü veya iskemik inme geçirme riski, kanser teşhisi almadan önce de artış gösterdiği bildirilmiştir. Arteriyel tromboembolik olay öyküsü olan yaşlı hastalarda etiyolojik inceleme ya-

¹ Uzm.Dr. Denizli Özel Sağlık Hastanesi Kardiyoloji, ozgurtaskoylu@gmail.com
ORCID iD: 0000-0002-0050-1820

Artmış tromboz riski; kanama komplikasyonu çekincesi ile antiagregan ve antikoagulan tedavilerin sınırlandırılması; yine bu hasta grubunda invaziv koroner işlem sonrası ikili antiplatelet kullanım süresini kısaltmak amaçlı ilaç salınımlı stentlerin tercih edilmemesi kardiyak sebeplere bağlı morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir.

Kanser tipinden bağımsız olarak metastaz hastane içi kötü sonuçlanımlar ile ilişkili iken; geçmiş kanser tanısının sağkalım üzerinde negatif etkisi izlenmemiştir. AMI ile başvuran kanser tanılı hasta grubunda daha çok konservatif medikal tedavi tercih edildiği görülmektedir. Klinisyenlerin konservatif tedavi tercihlerinde kanama komplikasyonu endişesi ve kanser hastasının genel tıbbi durumu belirleyici olmaktadır (19). Bu sebeplerle kanser hastalarının MI seyrinde optimal medikal ve invaziv tedaviye ulaşabilmeleri için multidisipliner bir değerlendirme gereklidir.

Akut koroner sendrom ile başvuran kanser hastalarında altta yatan koagulopati, trombositopeni, anemi ve organ disfonksiyonu karar vermeyi zorlaştırmaktadır. 2016 yılında yayınlanan uzman konsensus raporunda; STEMI ve yüksek riskli NSTEMI hastalarında; yaşam beklentisi 1 yılın altında bile olsa PCI ve trombosit sayısı 30.000/mL üzerinde ilaç salınımlı stent kullanımı önerilmektedir (20).

Perkutan koroner girişimle tedavi edilen, malignite tanılı hastalarda kardiyak komplikasyon ve kanama riskini azaltmak için, kılavuzlarda belirtilen minimum ikili antiplatelet tedavi süresine uyulmalıdır. Unutulmamalıdır ki, MI geçiren kanser hastalarında; optimal medikal ve invaziv tedavi ile revaskularizasyon sağlandığında, kardiyak sağkalım kanser olmayan MI hastaları ile aynı olmaktadır. Kanserli hastalarda KAH'ı ve MI' yı tanımlamak için kullanılan tanı ve tedavi algoritmaları kanser olmayan hastalardaki ile aynıdır. Tedaviyi multidisipliner bir şekilde planlayarak; bu yüksek riskli bu hasta grubunun, en az riskle mümkün olan en optimal tedaviyi alabilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Ogawa A, Kanda T, Sugihara S, et al. Risk factors for myocardial infarction in cancer patients. *J Med.* 1995;26(5-6):221-233.
2. Koene RJ, Prizment AE, Blaes A, et al. Shared Risk Factors in Cardiovascular Disease and Cancer. *Circulation*2016;133:1104-14.
3. Herrmann J, Yang EH, Iliescu CA, et al. Vascular Toxicities of Cancer Therapies: The Old and the New--An Evolving Avenue. *Circulation*2016;133:1272-89.
4. Horak, Peter et al. "Abstract 821: Comprehensive Genomic Analysis Of Rare Cancers: Results Of The MASTER Precision Oncology Trial Of The German Cancer Consortium". *Cancer Research*, vol 80, no. 16 Supplement, 2020, pp. 821-821.
5. Velders MA, Hagström E, James SK. Temporal Trends in the Prevalence of Cancer and Its Impact on Outcome in Patients With First Myocardial Infarction: A Nationwide Study. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(4):e014383.
6. Itzhaki Ben Zadok O, Hasdai D, et al. Characteristics and outcomes of patients with cancer presenting with acute myocardial infarction. *Coron Artery Dis.* 2019;30(5):332-338.

7. Ederhy S, Cohen A, Boccara F, et al. In-hospital outcomes and 5-year mortality following an acute myocardial infarction in patients with a history of cancer: Results from the French registry on Acute ST-elevation or non-ST-elevation myocardial infarction (FAST-MI) 2005 cohort. *Arch Cardiovasc Dis.* 2019;112(11):657-669.
8. Shivaraju A, Patel V, Fonarow GC, et al. Temporal trends in gastrointestinal bleeding associated with percutaneous coronary intervention: analysis of the 1998–2006 Nationwide Inpatient Sample (NIS) database. *Am Heart J* 2011;162.
9. Potts JE, Ilescu CA, Lopez Mattei JC, et al. Percutaneous coronary intervention in cancer patients: a report of the prevalence and outcomes in the United States. *Eur Heart J.* 2019;40(22):1790-1800.
10. Kurisu S, Iwasaki T, Ishibashi K, et al. Comparison of treatment and outcome of acute myocardial infarction between cancer patients and non-cancer patients. *Int J Cardiol.* 2013;167(5):2335-2337.
11. Zachary Giesen, Malachy Sullivan, Anthony Gemignani. Myocardial infarction in hospitalized patients with cancer. *J Am Coll Cardiol.* 2018 Mar, 71 (11 Supplement) A1306.
12. Iannaccone M, D'Ascenzo F, Vadalà P, et al. Prevalence and outcome of patients with cancer and acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: a BleeMACS substudy. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2018;7(7):631-638.
13. Jacobs JA, Pickworth K, Boudoulas KD, et al. Outcomes for Cancer Patients with Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. *Cardiovasc Revasc Med.* 2019;20(8):711-715.
14. Balanescu DV, Donisan T, Deswal A, et al. Acute myocardial infarction in a high-risk cancer population: Outcomes following conservative versus invasive management. *Int J Cardiol.* 2020;313:1-8.
15. Guddati AK, Joy PS, Kumar G. Analysis of outcomes of percutaneous coronary intervention in metastatic cancer patients with acute coronary syndrome over a 10-year period. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2016;142(2):471-479.
16. Kurisu S, Iwasaki T, Ishibashi K, et al. Comparison of treatment and outcome of acute myocardial infarction between cancer patients and non-cancer patients. *Int J Cardiol.* 2013;167(5):2335-2337.
17. Agha AM, Gill C, Balanescu DV, et al. Identifying Hemostatic Thresholds in Cancer Patients Undergoing Coronary Angiography Based on Platelet Count and Thromboelastography. *Front Cardiovasc Med.* 2020;7:9.
18. Zamorano JL, Lancellotti P, Rodriguez Muñoz D, et al. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC) [published correction appears in *Eur Heart J.* 2016 Dec 24;:]. *Eur Heart J.* 2016;37(36):2768-2801.
19. Aditya Bharadwaj, Jessica Potts, et al. Acute myocardial infarction treatments and outcomes in 6.5 million patients with a current or historical diagnosis of cancer in the USA, *European Heart Journal*, Volume 41, Issue 23, 14 June 2020, Pages 2183–2193.
20. Ilescu CA, Grines CL, Herrmann J, et al. SCAI expert consensus statement: evaluation, management, and special considerations of cardio-oncology patients in the cardiac catheterization laboratory (endorsed by the cardiological society of india, and sociedad Latino Americana de Cardiologia intervencionista). *Catheter Cardiovasc Interv* 2016;87:E202-23.