

Akut İskemik İnme Geçiren ve İlk 6 Saatten Sonra Başvuran Hastaların Yönetimi ve Tedavi Seçenekleri

Elif Hande ÖZCAN ÇETİN¹

Giriş

Akut iskemik inme ile gelen hastaya yaklaşım kısa sürede geniş bir değerlendirme ve etkin müdahaleyi gerektirmektedir. Akut inme tedavisinde temel hedefler hastanın hemodinamik stabilizasyonu, problemine katkıda bulunan durumların kontrolü vereperfüzyon stratejileri açısından uygunluğunun değerlendirilmesidir.

Genel Destekleyici Tedavi ve Akut Komplikasyonların Yönetimi

Hipoksi inme sonrasında sık karşılaşılan hayati bir komplikasyondur. Bilinç düzeyinde azalma veya bulbar disfonksiyonu olan hastalar bozulmuş orofaringeal mobilite ve koruyucu reflekslerin kaybı nedeniyle artmış risk altındadır.⁽¹⁾ Bu hasta grubunda hava yolu veya ventilatör desteği uygulanmalıdır. Kanama, vertebrobaziller veya bihemisferik iskemi, hipoventilasyon nedeniyle artmış kafa içi basıncı (KİBAS) olanlar, kusma veya hava yolu tıkanıklığı ile seyredebilir. Bu hasta grubunda da yeterli ventilasyonu sağlamak ve aspirasyonu önlemek için entübasyon gerekebilir. İnmede non-hipoksik hastalara rutin oksijen desteğini önerilmezken; hipoksik hastalarda oksijen saturasyonunun >%94'ün üzerinde olmasını sağlayacak şekilde oksijen desteği önerilmektedir.⁽²⁾ Hastanın pozisyonu ayarlanırken, oksijen saturasyonunun, serebral perfüzyon basıncının

ve intrakranial basıncın optimize edilmesi hedeflenmelidir. Non-hipoksik hastalarda, serebral perfüzyona sağladığı avantaj nedeni ile supin pozisyon önerilirken; oksijen desatürasyonu, aspirasyon riski veya KİBAS şüphesi olan hastalarda yatak başı 15-30 derece yükseltilmelidir.⁽³⁾

Hipovolemi durumunda, dekstroz içermeyen izotonik salin, intravasküler sıvı replasmanı için tercih edilen ajandır. Hipotonik sıvılar beyin ödemi; glukoz içeren sıvılar da hiperglisemiyi şiddetlendireceğinden kaçınılmalıdır.⁽³⁾ Hipertermi, artmış metabolik ihtiyaca, artmış nörotransmitter ve serbest oksijen radikalleri açığa çıkmasına neden olarak kötü nörolojik sonlanımla ilişkilidir. Hipertermiye neden olacak sekonder nedenler (infektif endokardit, pnömoni, sepsis gibi) mutlaka gözden geçirilmelidir. Normotermiyi sağlamak amacıyla antipiretik tedavi ve mekanik müdahaleler uygulanmalıdır.⁽²⁾ Kan basıncı inme süresince fluktasyonlu seyretmektedir ve bu nedenle süreğen bir takip gerektirir. Yüksek kan basıncı değerlerine çok sık rastlanırken; kan basıncı tipik olarak ilk 24 saat içerisinde spontan olarak düşmeye başlar. İlımlı tansiyon yüksekliğinin serebral perfüzyonu iyileştirebileceği öngörülürken; öte yandan da ödem ve hemorajik transformasyona yol açabilir.⁽³⁾ Hangi kan basıncı aralığının en iyi sonlanımı sağlayacağına dair bilimsel net veri olmaması sebebiyle hastanın bireysel durumuna göre karar verilmelidir. Hipertansiyonun tedavisini gerektiren akut koroner sendrom, akut

¹ Uzman Doktor, Ankara Şehir Hastanesi, dr.elifhande@gmail.com

Antiplatelet ve Antikoagulan Tedavi

Antiplatelet tedavide halen ilk seçenek asetilsalisilik asit (ASA) ve 24-48 saat içerisinde verilmesi önerilir.⁽²⁾ Alteplaz verilen hastalarda ASA'ya 24 saat ara verilebilir, fakat ASA kesilmesinin daha fazla zarara yol açacağı eşlik eden bir durum varlığı mutlaka gözden geçirilmelidir. ASA kontrendike olduğu durumlarda, kısıtlı veyiye dayansa da inme kılavuzu alternatif antiplatelet tedavilerin verilebileceğini belirtmiştir.⁽²⁾ Tikagrelor, SOCRATES çalışmasında ASA'ya üstün bulunmamış olsa da güvenlik anlamında da farklılığı yoktur.⁽⁷⁾ Bu nedenle de ASA kontrendikasyonu bulunan hastalarda tikagrelor mantıklı bir alternatif olabilir. Glikoprotein IIB/IIIA inhibitörleri konusunda kılavuzda önemli uyarı mevcuttur. Tirofiban ve eptifibatid için etkinliklerinin net ortaya konamadığı (klas IIB) vurgulanırken, absiksimabın da içinde bulunduğu diğer Glikoprotein IIB/IIIA inhibitörlerinin potansiyel olarak zararlı olduğu ve uygulanmaması gerektiği belirtilmiştir (klas III).^(2,8) CHANCE çalışmasında minör inme ve yüksek risk TIA hastalarında ilk 21 günlük DAPT kullanımını takiben, 90 güne kadar klopidogrel monoterapisi; ASA monoterapisine göre inme insidansında azalmaya neden olmuştur. Bu nedenle çalışmadaki şekilde erken dönemde sekonder inmeden önlemede faydalı olabileceği belirtilmiştir (Klas IIA).^(2,9)

Antikoagulan tedavi sanılanın aksine erken dönemde nörolojik kötüleşme veya rekürren inme riskini azaltmadığı gibi, kanama komplikasyonlarının görülme riskini arttırmaktadır.^(2,10) Bu nedenle kılavuzlarda herhangi bir faydasının olmadığı ve verilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır.⁽²⁾ İskemik inme ile aynı yönlü ciddi internal karotis arter darlığında veya non okluziv, ekstrakranial intraluminal trombus varlığında antikoagulan tedavinin faydası küçük gözlemsel çalışmalarda gösterilmiş olsa da net kanıt bulunmamaktadır.⁽²⁾ Herhangi bir endikasyonla tedavi edici amaçlı antikoagulan tedavi alması gereken hastalar ise halen tartışma konusudur. Tek merkezli bir çalışmada erken dönem (<24 Saat) veya daha sonra başlamak arasında bir fark görülmemiştir.⁽¹¹⁾ Antikoagulan tedavinin kesilmesi veya

devamı ile oluşacak riskler değerlendirilerek bireye özgü karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnme, reperfüzyon, mekanik trombektomi

KAYNAKÇA

1. Milhaud D, Popp J, Thouvenot E, et al. Mechanical ventilation in ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2004;13(4):183-188.
2. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2018;49(3):e46-e110.
3. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013;44(3):870-947.
4. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. *N Engl J Med.* 2018;378(1):11-21.
5. Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *N Engl J Med.* 2018;378(8):708-718
6. Yoo AJ, Simonsen CZ, Prabhakaran S, et al. Refining angiographic biomarkers of revascularization: improving outcome prediction after intra-arterial therapy. *Stroke.* 2013;44(9):2509-2512.
7. Johnston SC, Amarenco P. Ticagrelor versus Aspirin in Acute Stroke or Transient Ischemic Attack. *N Engl J Med.* 2016;375(14):1395.
8. Ciccone A, Motto C, Abraha I, et al. Glycoprotein IIb-IIIa inhibitors for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 8;(3):CD0052089.
9. Wang Y, Wang Y, Zhao X, et al. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med.* 2013;369(1):11-19.
10. Whiteley WN, Adams HP, Bath PMW, et al. Targeted use of heparin, heparinoids, or low-molecular-weight heparin to improve outcome after acute ischaemic stroke: an individual patient data meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Neurol.* 2013;12(6):539-545.
11. Jeong H-G, Kim BJ, Yang MH, et al. Stroke outcomes with use of antithrombotics within 24 hours after recanalization treatment. *Neurology.* 2016;87(10):996-1002.