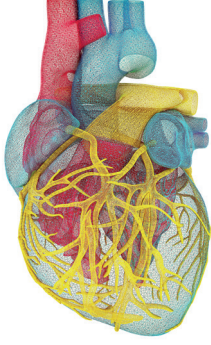


# BÖLÜM 38



## Diyabetik Hastada Akut Koroner Sendromlar 2: ST Yükselmeli Akut Koroner Sendromlar

Nazlı TURAN ŞERİFLER<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Diyabet prevalansı dünya çapında giderek artmaktadır. Diyabet hala yeterince tanınmamaktadır ve nüfusun yaklaşık % 5'inde tanı konulmamış diyabet olduğu tahmin edilmektedir (1). Medikal tedavideki ilerlemeler sayesinde diyabetli hastalarda akut koroner sendrom (AKS) insidansında genel bir düşüş olsa da, bu kazanımlar diyabet prevalansında devam eden artış nedeni ile yetersiz kalmaktadır (2). Yeni diyabet tanılarının bazılarının AKS sırasında konulması yaygın bir durumdur. Sigara içme, hipertansiyon ve dislipidemiyle benzer şekilde, AKS hastalarında yüksek diyabet prevalansı, diyabetin AKS için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır.

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalığa bağlı kardiyovasküler olaylar, diyabetik hastalarda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir (3). Diyabeti olmayan bireylerle karşılaştırıldığında; diyabetiklerde koroner kalp hastalığı (KKH) sıklığı daha yüksektir, koroner iskemi daha fazladır ve AKS ile prezentasyon daha fazladır. Bunun yanında koroner arter hastalığı ortaya çıkan diya-

betik hastalarda genellikle çoklu damar hastalığı olma olasılığı yüksektir. Diyabeti ve koroner kalp hastalığı olan hastaların, koroner kalp hastalığı olan diyabeti olmayan hastalara kıyasla prognozları daha kötüdür.

Diyabet ve KKH arasındaki ilişkinin önemi, Framingham Kalp Çalışması ve Çoklu Risk Faktörü Müdahale Denemesinden (MRFIT) elde edilen bulgularla gösterilmiştir. Framingham Kalp Çalışmasında, diyabet varlığı erkeklerde yaşa göre düzeltilmiş kardiyovasküler hastalık riskini iki katına, kadınlarda üç katına çıkarmıştır (4). Diyabet; ileri yaş, yüksek tansiyon, sigara, yüksek kolesterol düzeyi ve sol ventrikül hipertrofisi için ayarlama yapıldığında bile önemli bir bağımsız kardiyovasküler risk faktörü olmaya devam etmiştir. Benzer gözlemler MRFIT çalışmasında da kaydedilmiştir (5). Diyabet (çoğunlukla tip 2) için ilaç kullandığını bildiren 5.163 erkek arasında, % 9.7'si 12 yıllık bir süre içinde kardiyovasküler hastalıktan ölmüş olup; diyabet için ilaç almayan 342.815 erkekte karşılaştırılabilir kardiyovasküler ölüm oranı % 2.6 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte; diyabetik erkekler arasında, kardiyov-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, nazlituran113@gmail.com

**Tablo 3.** STEMI hastasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar

<b>Miyokardın kasılmasında bozulma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sol ventrikül duvar hareket kusuru bozukluğu</li> <li>• Sağ ventrikül duvar hareket kusuru</li> </ul>
<b>Kalp yetersizliği</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tansiyon düşüklüğü</li> <li>• Kardiyojenik şok</li> </ul>
<b>Ritim bozuklukları ve bloklar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supraventriküler aritmi</li> <li>• Ventriküler aritmi</li> <li>• Sinüs bradikardisi</li> <li>• Atriyoventriküler blok</li> </ul>
<b>Mekanik komplikasyonlar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serbest duvar rüptürü</li> <li>• Ventriküler septal rüptür</li> <li>• Papiller kas rüptürü</li> </ul>
<b>Perikardit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erken ve geç (Dressler sendromu) enfarktüs ile ilişkili perikardit</li> <li>• Perikardiyal efüzyon</li> </ul>

## KAYNAKLAR

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants [published correction appears in *Lancet*. 2017 Feb 4;389(10068):e2]. *Lancet*. 2016;387(10027):1513-1530. doi:10.1016/S0140-6736(16)00618-8
2. Gregg EW, Li Y, Wang J, et al. Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990-2010. *The New England Journal of Medicine*. 2014;370(16):1514-1523. doi:10.1056/NEJMoa1310799
3. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, et al. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association [published correction appears in *Circulation* 2000 Apr 4;101(13):1629-31]. *Circulation*. 1999;100(10):1134-1146. doi:10.1161/01.cir.100.10.1134
4. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation*. 1979;59(1):8-13. doi:10.1161/01.cir.59.1.8
5. Stamler J, Vaccaro O, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care*. 1993;16(2):434-444. doi:10.2337/diacare.16.2.434
6. Granger CB, Califf RM, Young S, et al. Outcome of patients with diabetes mellitus and acute myocardial infarction treated with thrombolytic agents. The Thrombolysis and Angioplasty in Myocardial Infarction (TAMI) Study Group. *Journal of The American College of Cardiology*. 1993;21(4):920-925. doi:10.1016/0735-1097(93)90348-5
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-952. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9
- 8.banez B, James S, Agewall S, et al. 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). *European Heart Journal*. 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
9. Timmer JR, Ottervanger JP, de Boer MJ, et al. Primary percutaneous coronary intervention compared with fibrinolysis for myocardial infarction in diabetes mellitus: results from the Primary Coronary Angioplasty vs Thrombolysis-2 trial. *Archives of Internal Medicine*. 2007;167(13):1353-1359. doi:10.1001/archinte.167.13.1353
10. Stone GW, Grines CL, Cox DA, et al. Comparison of angioplasty with stenting, with or without abciximab, in acute myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*. 2002;346(13):957-966. doi:10.1056/NEJMoa013404

11. Prasad A, Stone GW, Stuckey TD, et al. Impact of diabetes mellitus on myocardial perfusion after primary angioplasty in patients with acute myocardial infarction. *Journal of The American College of Cardiology*. 2005;45(4):508-514. doi:10.1016/j.jacc.2004.10.054
12. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR, et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation [published correction appears in N Engl J Med 2001 Dec 6;345(23):1716] [published correction appears in N Engl J Med 2001 Nov 15;345(20):1506]. *The New England Journal of Medicine*. 2001;345(7):494-502. doi:10.1056/NEJMoa010746
13. Angiolillo DJ, Bernardo E, Sabaté M, et al. Impact of platelet reactivity on cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus and coronary artery disease. *Journal of The American College of Cardiology*. 2007;50(16):1541-1547. doi:10.1016/j.jacc.2007.05.049
14. TÛMAR alışmacıları. Türkiye akut miyokard infarkts araştırması. İstanbul: Bristol-Myers Squibb Inc. Őirketi Yayınları; 2002.
15. Mega JL, Braunwald E, Wiviott SD, et al. Rivaroxaban in patients with a recent acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2012;366(1):9-19. doi:10.1056/NEJMoa1112277
16. Gundersen T, Kjekshus J. Timolol treatment after myocardial infarction in diabetic patients. *Diabetes Care*. 1983;6(3):285-290. doi:10.2337/diacare.6.3.285
17. GISSI-3: effects of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on 6-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'infarto Miocardico. *Lancet*. 1994;343(8906):1115-1122.
18. Pitt B, Remme W, Zannad F, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction [published correction appears in N Engl J Med. 2003 May 29;348(22):2271]. *The New England Journal of Medicine*. 2003;348(14):1309-1321. doi:10.1056/NEJMoa030207