

## Yoğun Bakımda Akut Miyokardiyal İskemi

Suzan ŞAHAN<sup>1</sup>

Akut miyokardiyal iske mi, koroner arterlerin sağladığı kan akımında aksama ya da hacim olarak kan akımının normal olmasına rağmen miyokarda arz talep uyumsuzluğu sonucu ile ortaya çıkan klinik durumdur. Akut miyokardiyal iske mi, yoğun bakıma yatış sebebi olabileceği gibi, yoğun bakım farklı bir endikasyonla yatmış olan hastada komorbiditelerin ve stresin bir sonucu olarak da karşımıza çıkabilir.

Akut miyokardiyal iskeminin tanısı, iskeminin sebep olduğu göğüs ağrısı ile beraber, biyokimyasal belirteçlerdeki artış ve elektrokardiyogram (EKG)'deki değişiklikler ile konulmaktadır. EKG'deki ST segmentindeki elevasyona bağlı olarak **ST Segment Yükselmeli Miyokard İnfarktusu** ya da ST segmentinde elevasyon dışı değişikliklere (depresyon, T dalgasında bifazik değişim gibi) **ST Segment Yükselmesiz Miyokard İnfarktusu** olarak karşımıza çıkmaktadır (1, 2). ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü koroner artrelerideki akımın tamamen kesilmesi ile ortaya çıkarken, ST segment yükselmesiz miyokard enfarktüsü, kan akımı ve miyokard arasında arz talep ilişkisi bozulduğunda ortaya çıkmaktadır.

### | Akut Miyokardiyal İskemide Semptomlar

En sık semptom göğüs ağrısıdır. Bu şikayet baskı, sıkışma ya da yanma hissi olarak da tanımlanabilir. Nefes darlığı, iske miye bağlı semptom olarak karşımıza çıkabilir. İskeminin tetikleyeceği aritmilere bağlı çarpıntı şikayeti gelişebilir, ventriküler aritmilere bağlı gelişecek hemodinamik bozukluklar neticesinde hipotansiyona bağlı yakınmalar meydana gelebilir, kardiyak arrest gelişebilir.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Çubuk Halil Şıvgın Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, suzan\_sahan@hotmail.com, 0000-0003-3020-2220

Akut koroner iske mi tedavisinin temel yapı taşlarından biri de antiplatelet ve antikoagulan tedavidir (5). Başta hayatı tehdit eden kanama, ciddi trombositopeni, spontan INR yüksekliği gibi kontraendike durumlar olmadığı sürece tedavi başlanmalıdır. 300 mg aspirin oral yoldan verilmeli ve 100 mg/gün oral dozda idame edilmelidir. Antiplatelet tedavinin diğer önemli ayağı P2Y12 reseptör blokajıdır. Ülkemizde de mevcut olan klopidogrel, tikagrelor ve prasugrel ek antiplatelet olarak kullanılabilir. 75 yaşından büyük ya da intrakranyal hadise geçirmiş hastalarda prasugrel kullanımı uygun değildir. Oral yoldan 600 mg yükleme, 75 mg/gün idame şeklinde klopidogrel uygulanabilir. Tikagrelor 180 mg yükleme ve 2x90 mg/gün idame şeklinde verilmesi diğer seçenektir. Tikagrelor, klopidogrelle göre daha potent ve hızlı etki göstermektedir. Aspirin ve bu üç ajan için kronik böbrek hastalarında doz ayarı gerekmemektedir.

Antikoagulan tedavi unfraksiyone heparin ya da düşük molekül ağırlıklı heparin ile yapılabilir (6). IV yoldan 70-100 IU/kg heparin yükleme yapılması uygundur. DMAH olarak enoksaparin verilmesi uygun olup 0.5 mg/kg dan IV bolus yükleme yapılması uygundur. İnvaziv işlem -revaskülarizasyon yapılmadan medikal işlem yapılacak ise 48 saat boyunca 1000 IU/saatten IV heparin infüzyonu başlanıp Aptt 45-75 sn olacak şekilde takip edilmesi uygundur. Enoksaparin ile idame yapılacak ise 1.0mg/kg'dan 2x1 subkutan şeklinde 8 güne kadar idame verilebilir. Kreatinin klirensi <30mL/dk ile enoksaparin dozu yarıya düşülmelidir.

Akut koroner iske mi ortaya çıkan hastada, dirençli göğüs ağrısı olması, ST segment yüksekliği bulunması, hemodinamik bozukluğun olması ve tedaviye yanıt vermemesi ya da tedaviye dirençli hayatı tehdit eden aritmi olması, girişimsel işlem ve revaskülarizasyon endikasyonu doğurmaktadır (2). Bu bulguları sahip olan hastalarda koroner anjiyografi yapılarak iskemik durumun aydınlatılması ve revaskülarizasyon için değerlendirilmesi gerekmektedir.

## | Kaynaklar

1. Ibanez 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.
2. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2021;42(14):1289-1367.

3. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;72(18):2231-2264.
4. Mueller C. Biomarkers and acute coronary syndromes: an update. *European Heart Journal*. 2014;35(9):552-556.
5. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal* 2018;39(3):213-260.
6. Eikelboom JW, Anand SS, Malmberg K, et al. Unfractionated heparin and low-molecular-weight heparin in acute coronary syndrome without ST elevation: a meta-analysis. *Lancet*. 2000;355(9219):1936-1942.