



BÖLÜM | 12

Akut Koroner Sendromlar ve Güncel Tedavi Yöntemleri

Durdu Mehmet ÜZÜCEK¹
Adem KAYA²

Giriş

Akut koroner sendrom (AKS), ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI), ST segment yükselmez miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve Kararsız anjina'da bulunan klinik sunumları kapsar. Akut koroner sendrom, sıklıkla bir aterosklerotik plağın yırtılması sonucu enfarktüsle ilişkili arterin kısmi veya tam trombozu ile ilişkilidir.

Akut koroner sendromlar geniş bir klinik sunuma sahiptir. Başvuru anındaki klinik sunumları ağrısız spektrumdan şiddetli göğüs ağrısı gibi aktif iskemik semptomlarına, normal hemodinamiden kardiyojenik şok ile sonuçlanabilen elektriksel veya hemodinamik instabiliteye ve mekanik komplikasyonlardan kardiyak arreste kadar değişebilmektedir.

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de önde gelen ölüm nedenlerinden biri koroner arter hastalığıdır ve en sık semptomu göğüs ağrısıdır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) kayıtlarına göre her yıl 8 milyondan fazla hastanın acil servise göğüs ağrısı ile başvurduğu ve bu hastaların yaklaşık %15'inin AKS tanısı aldığı belirtilmektedir. Tanı alan hastaların yaklaşık 1/3'ünü akut miyokard infarktüsü (AMİ) kalan kısmını ise Kararsız angina pectoris (KAP) oluşturmaktadır (1).

Akut Koroner Sendrom

Akut koroner sendrom terimi, akut miyokard iskemisi veya infarktüsü tanısı konulan ya da şüphelenilen klinik durumu tanımlar. Kararsız Anjina,

¹ Acil Tıp Asistanı, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mehmetuzucek@gmail.com

² Acil Tıp Uzmanı, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drademkaya@gmail.com

Hastada aktif iskemi kanıtı yoksa, çoğu risk skorlamaları hastaları kategorize etmeyi önerir. Bu skorlamalara göre yüksek riskli hastalar ileri tetkik edilmelidir. Orta riskli hastalar tekrarlayan troponin testleri, provakatif testlere veya anatomik görüntülemelere dahil edilebilir. Düşük riskli hastalar bilgilendirilerek ve hangi durumlarda hastaneye başvuracağı anlatılarak taburcu edilebilirler (3).

TİMİ risk skoru öykü, kardiyak belirteçler ve EKG temelinde yedi faktörün her biri için bir puan tanımlar (Tablo 3). TİMİ skoru USAP ve NSTEMI hastalarında 14 günlük majör istenmeyen kardiyak olay (ölüm, yeni veya tekrarlayan Mİ veya acil revaskülarizasyon ihtiyacı) riskini değerlendirir. Artan TİMİ skoru artmış istenmeyen kardiyak olay riski (0/1 puan için %5, 2 puan %8, 3 puan %13, 4 puan %20, 5 puan %26, 6/7 puan %41) ile ilişkilidir. TİMİ skoruna göre hastalar 0-2 puan düşük risk, 3-4 puan orta risk, 5-7 puan yüksek risk olarak sınıflandırılır (8,9).

Tablo 4: TİMİ risk skoru

Yaş >65	1
Koroner arter hastalığı için en az 3 risk faktörü	1
Var olan %50'den fazla koroner arter stenozu	1
EKG'de ST segment değişikliği	1
Son 24 saatte en az 2 anjina atağı	1
Son 1 hafta içerisinde aspirin kullanımı	1
Serum kardiyak biyomarkerlerinde yükselme	1

Kaynaklar

1. Hollander JE, Diercks DB. Acute Coronary Syndromes Epidemiology Pathophysiology- Electrocardiography. In: Tintinalli J, Ma OJ, Yealy D, Meckler G, Stapczynski J, Cline D, et al., editors. Tintinallis Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, 8th. 8th ed. 2016. p. 332-5.
2. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Eur Heart J. 2019;40(3):237-69.)
3. Thomas JJ, Brady WJ. Acute Coronary Syndromes. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, editors. Rosen's Emergency Medicine. 9th ed. 2018. p. 891.
4. Akdur, O. Afacan, G. 2016. Kararsız Anjina Pectoris. Satar, S. Acilde Kardiyoloji (s. 127-138). Adana: Çukuruva Nobel Tıp Kitabevi.
5. Collet, J-P. Thiele, H. Barbato, E. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>
6. Fuster V, Badimon L, Cohen M, Ambrose JA, Badimon JJ, Chesebro J. Insights into the

- pathogenesis of acute ischemic syndromes. *Circulation* 1988; 77: 1213-1220.
7. Fuster V, Lewis A.: Conner Memorial Lecture; Mechanisms leading to myocardial infarction: insights from studies of vascular biology. *Circulation* 1994; 90: 2126- 2146.
 8. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: a method for prognostication and therapeutic decision making. *Jama* 284.7 (2000): 835-842.
 9. Holly J, et al: Prospective evaluation of the use of the thrombolysis in myocardial infarction score as a risk stratification tool for chest pain patients admitted to an ED observation unit. *Am J Emerg Med* 31:185-189, 2013.
 10. Scirica BM, Libby P, Morrow DA: ST-Elevation Myocardial Infarction: Pathophysiology and Clinical Evolution. In Douglas P. Zipes, Peter Libby, PhD, Robert O. Bonow, MS, Douglas L. Mann and Gordon F. Tomaselli editors: *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 11th edition. Philadelphia, PA, Elsevier/Saunders, 2018:1095-1122.
 11. 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; 39:119-177.
 12. Kelly AM, Kim S: Does undetectable troponin I at presentation using a contemporary sensitive assay rule out myocardial infarction? A cohort study. *Emerg Med J* 32:760-763, 2014.
 13. Body R, et al: Rapid exclusion of acute myocardial infarction in patients with undetectable troponin using a sensitive troponin I assay. *Ann Clin Biochem* 52:543-549, 2015.
 14. de Lemos JA, Morrow DA, Bentley JH, et al. The prognostic value of B-type natriuretic peptide in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2001 Oct 4. 345(14):1014-21.
 15. Achenbach S: Can coronary computed tomography angiography replace invasive angiography? Yes: it is all about finding the right test for the right person at the right time. *Circulation* 131:410-417, 2015.
 16. Akut Koroner Sendrom Tedavi Yaklaşımı, Erişim: 8 Aralık 2018, www.acilcalisanlari.com/akut-koroner-sendrom-tedavi-yaklasimi.html.
 17. Kubica J, Adamski P, Ostrowska M, et al. Morphine delays and attenuates ticagrelor exposure and action in patients with myocardial infarction: the randomized, double-blind, placebo-controlled impression trial. *Eur Heart J* 2015.
 18. O'Gara PT, et al: 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary. *Circulation* 127:529-555, 2013.
 19. Mega JL, Simon T. Pharmacology of antithrombotic drugs: an assessment of oral antiplatelet and anticoagulant treatments. *The Lancet*. 2015;386(9990):281-91.
 20. Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2007;357(20):2001-15.
 21. Wallentin L, Becker RC, Budaj A, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2009;361(11):1045-57.
 22. 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). *Eur Heart J*. 2018;39(3):213-60.
 23. Amsterdam EA, et al: 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes. A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 130:e344-e426, 2014.

24. Fox KAA, White HD, Gersh BJ, et al. Antithrombotic Agents: Platelet Inhibitors, Acute Anticoagulants, Fibrinolytics, and Chronic Anticoagulants. In Opie LH, Gersh BJ 60 editors: Drugs for The Heart. Eighth edition. Philadelphia, PA, Elsevier/Saunders, 2013:332-397.
25. Judith E. Tintinalli, J. Stephan S. Et al. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7e, Advancign emergency care, 2012