.

Özel Popülasyonlar ve Durumlar

Dr. Ümit Bulut

6. Özel Popülasyonlar ve Durumlar

6.1. Gebe Hastalarda Revaskülarizasyon

Gebe Hastalarda Revaskülarizasyon Önerileri:

ÖS	KD	ÖNERİLER
2a	C-LD	Spontan koroner arter diseksiyonunun (SKAD) neden olmadığı STYME'li gebe hastalarda, tercih edilen revaskülarizasyon stratejisi olarak primer PKG yapılması mantıklıdır.
2a	C-LD	STYz-AKS'li gebe hastalarda, yaşamı tehdit eden komplikasyonların tedavisi için medikal tedavi etkisiz ise invaziv bir strateji mantıklıdır.

Gebe hastalarda, hasta tercihleri, komorbiditeler ve klinik durum dikkate alınarak uygun koroner revaskülarizasyon tedavisini belirlemek için sıklıkla genişletilmiş, multidisipliner bir Kalp Ekibi yaklaşımı kullanılır. Gebe hastalarda kararlar genellikle zordur ve anneye yönelik riskler ve faydaların yanı sıra doğmamış fetüs için risklerin dikkate alınmasını da içermelidir. Gebe kadınlar genellikle klinik çalışmalardan hariç tutulur ve bu nedenle gebelik sırasında, özellikle üçüncü trimesterde antiplatelet ajanların güvenliğine ilişkin sınırlı kanıt vardır. Düşük doz aspirin genellikle hamilelik boyunca güvenlidir. Klopidogrel gerekiyorsa, yakın izlem ile mümkün olan en kısa süre kullanılmalıdır. Diğer antiplatelet ajanların kullanımına ilişkin kanıtlar sınırlıdır.

6.2 Yaşlı Hastalarda Revaskülarizasyon

Yaşlı Hastalarda Revaskülarizasyon Önerisi:

ÖS	KD	ÖNERİLER
1	B-NR	Tüm hastalarda olduğu gibi yaşlı erişkinlerde de KAH için tedavi stratejisi hastanın bireysel tercihlerine, bilişsel işlevine ve yaşam beklentisine dayanmalıdır.

Yaşlı hastalar daha karmaşık görünümleri ve daha yüksek komorbidite prevalansı nedeniyle koroner revaskülarizasyon uygulanan hastaların hassas bir alt grubunu oluşturur. Ek olarak, PKG sonrası kanama komplikasyonları ve inme riskleri yüksektir Bununla birlikte, revaskülarizasyon endikasyonu olan yaşlı hastalar için optimal tedavi tam olarak tanımlanmamıştır, çünkü çoğu çalışma yaşlı hastaları dışlamış ve sadece düşük riskli popülasyonları içermiştir.

6.3 Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) Olan Hastalarda Revaskülarizasyon

KBH'li hastalar popülasyonun büyüyen bir alt grubunu oluşturmaktadır ve akut miyokard enfarktüsü veya PKG'den sonra daha kötü sonuçlara sahip oldukları bulunmuştur. Kardiyovasküler ölüm riskinin, tahmini glomerüler filtrasyon hızı ile ters orantılı olduğu ve bozulmuş böbrek fonksiyonunun kardiyovasküler riskin bağımsız bir öngörücüsü olduğu gösterilmiştir. PKG uygulanan tüm hastaların yaklaşık %30 ila %40'ında eşlik eden KBH olmasına rağmen, bu popülasyondaki optimal tedavi stratejilerine ilişkin veriler kısıtlıdır çünkü çoğu çalışmada geleneksel olarak şiddetli KBH olan hastaları dışlamıştır. Koroner anjiyografi yapılmadan önce akut böbrek hasarı (ABH) riskleri ve tanısal bilgi edinmenin yararları dikkatle değerlendirilmelidir. Önceden var olan KBH, ABH gelişimi için en güçlü bağımsız risk faktörüdür ve daha yüksek bir KBH evresi giderek daha yüksek riskle ilişkilidir.

KBH'li Hastalarda Revaskülarizasyon Önerileri:

ÖS	KD	ÖNERİLER
1	C-LD	Koroner anjiyografi için kontrast madde enjeksiyonu yapılan KBH'li hastalarda, kontrast kaynaklı akut böbrek hasarı (ABH) riskini en aza indirecek önlemler alınmalıdır.
1	C-EO	STTME ve KBH olan hastalarda ABH riskini azaltmak için yeterli önlemlerle birlikte koroner anjiyografi ve revaskülarizasyon önerilir.
2a	B-NR	STYz-AKS ve KBH olan yüksek riskli hastalarda, ABH riskini azaltmak için yeterli önlemlerle koroner anjiyografi ve revaskülarizasyon yapılması mantıklıdır.

2a	C-EO	STYz-AKS ve KBH'si olan düşük riskli hastalarda, koroner anjiyografi ve revaskülarizasyon riskini potansiyel faydaya karşı tartmak mantıklıdır.
3: Yararı Yok	B-R	Stabil KAH ve KBH olan asemptomatik hastalarda, zorunlu bir endikasyon yoksa rutin anjiyografi ve revaskülarizasyon önerilmez.

TABLO 8	Anjiyografi Uygulanan KBH Hastaları İçin Kateterizasyon Laboratuvarında En İyi Uygulamalar

- İşlemden önce kontrast kaynaklı ABH riskini değerlendirin
- Prosedür öncesi yeterli hidrasyon uygulayın
- Uygulanan kontrast maddenin hacmini kaydedin ve kontrast kullanımını en aza indirin
- Yüksek yoğunluklu statinlerle ön tedavi
- Mümkünse radyal arter kullanın
- Kontrast kaynaklı ABH'yi önlemek için N-asetil-L-sistein uygulamayın
- Profilaktik renal replasman tedavisi vermeyin
- Anjiyografiden sonra stabil hastalarda KABG'yi klinik olarak mümkün olduğunda 24 saatten fazla erteleyin

6.4 Kalp Dışı Cerrahi Öncesi Hastalarda Revaskülarizasyon

Kalp Dışı Cerrahi Öncesi Hastalarda Revaskülarizasyon Önerisi:

ÖS	KD	ÖNERİLER
3: Yararı Yok	B-R	Kardiyak olmayan cerrahi uygulanan sol ana koroner arteri içermeyen veya kompleks olmayan KAH hastalarında, rutin koroner revaskülarizasyon yalnızca perioperatif kardiyovasküler olayları azaltmak için önerilmez .

Solid organ transplantasyonu veya vasküler cerrahi gibi yüksek riskli cerrahi geçiren önemli KAH'lı hastalarda perioperatif kardiyovasküler olayların insidansı artmıştır. Rutin profilaktik revaskülarizasyon ölüm veya kardiyovasküler olay riskini azaltmaz. Semptomatik hastalarda veya revaskülarizasyon için diğer klinik endikasyonları olan hastalarda, koroner revaskülarizasyon, bu gibi durumlar için sağlanan önerilere göre düşünülmelidir, ancak revaskülarizasyon yalnızca perioperatif komplikasyonları azaltmak amacıyla yapılmamalıdır.

6.5 Ventriküler Aritmileri Azaltmak İçin Hastalarda Revaskülarizasyon

Ventriküler Aritmileri Azaltmak İçin Hastalarda Revaskülarizasyon Önerileri:

ÖS	KD	ÖNERİLER
1	B-NR	Ventriküler fibrilasyon, polimorfik ventriküler taşikardi (VT) veya kardiyak arrest yaşayan hastalarda, sağkalımı iyileştirmek için önemli KAH'ın revaskülarizasyonu önerilir.
3: Yararı Yok	C-LD	KAH ve şüpheli skar aracılı sürekli monomorfik VT'si olan hastalarda, yalnızca tekrarlayan VT'yi önlemek amacıyla revaskülarizasyon önerilmez.

Ventriküler aritmileri olan hastalarda, potansiyel iskemik KAH değerlendirmesi, koroner revaskülarizasyon dahil uygun tedaviye rehberlik edecektir. Büyük akut miyokard enfarktüs'leri olan hastalarda monomorfik VT görülebilir; bununla birlikte, genellikle akut iskemiden değil, skardan kaynaklanan reentran ritimlere atfedilebilir. Bu nedenle, tek başına revaskülarizasyonun hasta sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmemiştir.

6.6 Spontan Koroner Arter Diseksiyonlu (SKAD) Hastalarda Revaskülarizasyon

SKAD Olan Hastalarda Revaskülarizasyon Önerileri:

ÖS	KD	ÖNERİLER
2b	C-LD	Konservatif tedaviye rağmen hemodinamik instabilitesi olan veya devam eden iskemisi olan SKAD hastalarında, mümkünse revaskülarizasyon düşünülebilir.
3: Yararı Yok	C-LD	SKAD için rutin revaskülarizasyon yapılmamalıdır.

SKAD, koroner arter intimal tabakasının kesintiye uğraması ve intramural hematom ile karakterize edilir, damar kompresyonuna neden olur ve tipik olarak bir AKS olarak ortaya çıkar. Çoğu diseksiyon müdahale olmadan iyileşecek olsa da, kayda değer bir alt grup, tam oklüzyona kadar ilerleyebilen devam eden semptomatik iskemi ile ilişkilidir. SKAD'li hastaların tedavisi zorludur ve randomize çalışmalardan elde edilen rehberlik eksiktir. Gözlemsel çalışmalar, konservatif olarak yönetilen hastaların çoğunun daha fazla müdahale olmaksızın iyileştiğini göstermektedir. Devam eden iskemi, damar

tıkanıklığı veya hasta instabilitesi olan hastalarda selektif revaskülarizasyon gerekli olabilir. Bununla birlikte, diğer AKS formlarından farklı olarak, SKAD'li hastalar için rutin revaskülarizasyon aynı yararı sağlamayabilir. PKG telleri diseksiyonu yayabilir ve balonlar ve stentler hematomu uzatabilir ve damar tıkanıklığına yol açabilir. Diseke bir damara veya diseksiyon eğilimi olan bir damara KABG zordur ve hastaların %30'unda akut greft kapanması vardır.

6.7 Kardiyak Allogreftli Hastalarda Revaskülarizasyon

Kardiyak Allogreftli Hastalarda Revaskülarizasyon Önerisi:

ÖS	KD	ÖNERİLER
2a	C-LD	Kardiyak allogreft vaskülopatili ciddi, proksimal, diskret koroner lezyonları olan hastalarda PKG ile revaskülarizasyon makuldür.

Ortotopik kalp transplantasyonundan sonra hastalarda allogreft vaskülopatinin başlaması zorlu bir tedavi ikilemi sunar. Kardiyak allogreft vaskülopatisi, ortotopik kalp transplantasyonunu takip eden ilk yıldan sonra önemli bir ölüm nedenidir. Kardiyak allogreft vaskülopatisi sıklıkla diffüzdür ve eşmerkezli ve hızlı ilerleyen intimal hiperplazi ile karakterizedir. Çoklu immünolojik ve immünolojik olmayan risk faktörleri, hastalığın hızlandırılmış ilerlemesiyle ilişkilendirilmiştir. Tedavi seçenekleri sınırlıdır, kardiyak allogreft vaskülopatisi için tek kesin tedavi yeniden transplantasyondur. Bununla birlikte, donör organların azlığı ve ilk transplantasyona kıyasla daha kötü sonuçlar önemli sınırlamalar olmaya devam etmektedir. PKG ile revaskülarizasyon, fokal hastalığı olan hastalarda palyatif bir tedavi seçeneği olarak hizmet eder. Çalışmalar, balon anjiyoplastiye kıyasla stent implantasyonu ile işlem öncesi ve orta vadeli ölüm oranlarının daha düşük olduğunu göstermiştir.

6.8 Transkateter Aort Kapak Değişimi (TAVI) Öncesi Hastalarda Revaskülarizasyon

TAVI öncesi hastalarda revaskülarizasyon önerilerine 2020 kalp kapak hastalığı kılavuzundan erişilmelidir.

6.9 Anormal Koroner Arteri Olan Hastalarda Revaskülarizasyon

Koroner arter anomalileri en sık görülen konjenital kardiyovasküler anormallikler arasındadır. Bunlar bir koroner arterin anormal aortik orijinini, koroner fistülü ve miyokardiyal köprüyü içerir. Ani kardiyak ölüm ve miyokardiyal iskemi başlıca klinik endişeler olmaya devam etmektedir. Bu hastaların sunumu ve en uygun yönetimi, gelişen kanıtların mevcut durumunu yansıtan bir kılavuz sağlayan “Konjenital Kalp Hastalığı Olan Yetişkinlerin Yönetimi için 2018 AHA/ACC Kılavuzunda” kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmiştir.