

PKG ya da KABG'nin Tercih Edileceği Durumlar

Dr. Mustafa Yılmaztepe

5. PKG ya da KABG'nin Tercih Edileceği Durumlar

ÖS	KD	ÖNERİLER
I	B-R	1. Ciddi ana koroner hastalığı ile beraber kompleks KAH nedeniyle revaskülarizasyon gereken hastalarda sağkalımı artırmak için PKG'e göre KABG önerilir.
2a	B-R	2. Çok damar hastalığı ile kompleks ya da yaygın KAH (örn. SYNTAX skor > 33) nedeniyle revaskülarizasyon gereken hastalarda sağ kalım avantajı nedeniyle PKG'e göre KABG tercih edilmesi önerilir.

ÖS	KD	ÖNERİLER
2a	B-NR	1.Çok damar hastalığı olup, PKG ya da KABG operasyonuna uygun olan hastalar, eğer ikili antiplatelet tedaviyi kullanamayacaklarsa PKG yerine KABG tercih edilmesi önerilir.

ÖS	KD	ÖNERİLER
I	A	1.LAD dahil çok damar hastalığı ve DM'si olan ve KABG operasyonuna uygun olan hastalarda, mortaliteyi ve tekrarlayan revaskülarizasyonu azaltmak için PKG yerine KABG (LAD'ye LIMA ile) önerilir.
2a	B-NR	2. DM'si ve çok damar hastalığı nedeniyle revaskülarizasyon gereken ve PKG'ye uygun olan ancak KABG'ye uygun olmayan hastalarda PKG uygulanması uzun dönem iskemik sonuçları azaltabilir.
2b	B-R	3. DM'si ve ana koroner hastalığı olan ancak diğer koronerlerde düşük ya da orta komplekslikte KAH olan hastalarda, majör kardiyovasküler sonuçları azaltmak için KABG yerine PKG tercih edilebilir .
2a	B-NR	1.KABG operasyonlu LIMA'sı açık olan ve revaskülarizasyon gereken hastalarda, PKG uygunsa, KABG yerine PKG tercih edilebilir.
2a	C-LD	2. KABG operasyonu hikayesi olan ve LAD lezyonuna bağlı tıbbi tedaviye rağmen tekrarlayan anginası olan hastalarda, greft olarak IMA kullanılabilecekse PKG yerine KABG seçilebilir.
2b	B-NR	3. KABG hikayesi olan ve kompleks KAH olan hastalarda greft olarak IMA kullanılabilecekse PKG yerine KABG seçilebilir.

Tablo 6: Kompleks KAH'ını gösteren anjiyografik özellikler

Ana koroner ya da proksimal LAD lezyonu
KTO
Trifurkasyon
Kompleks bifurkasyon lezyonu
Ciddi kalsifikasyon
Ciddi tortuozite, Ao-osteal lezyonlar

Lezyon sonrası yaygın hastalık olması
Lezyon uzunluğunun >20 mm olması
Trombotik lezyon

Bu bölümde kompleks koroner arter hastalığında, diyabetik hastalarda, daha önce KABG operasyonu geçiren hastalarda ve ikili antiplatelet tedavi kullanmasında sakınca olan hastaların revaskülarizasyonunda cerrahi mi perkutan koroner girişim mi tercih edilmesi gerektiği konusunda öneriler var. Revaskülarizasyon için her iki yöntem de uygun hastalarda kullanılabilmekte, iki yöntemin de distal koroner yatakta kan akımını arttırdığı bilinse de mekanizmaları farklıdır. PKG direkt olarak tıkanıklığı gidererek lümen alanını genişletmekte ancak plak progresyonunu, rüptürü önlememektedir. KABG iskemik alana kan akımını artırmanın yanında proksimal damar yatağında gelecekte gelişebilecek plak progresyonuna ve rüptürüne karşı da koruma sağlamaktadır. Revaskülarizasyon kararında kalp takımının önemi vurgulanmakta ve hastanın klinik ve anjiyografik özellikleri, ilaç uyumu ve hastanın seçimi de gözönünde tutularak karar verilmesi önerilmektedir.

Kompleks koroner lezyonları olan hastaların (tablo 6) revaskülarizasyonu ile ilgili birçok çalışmada her iki yöntem ile benzer sağ kalım oranları elde edilmiş olmakla beraber bazı hasta gruplarında KABG ile daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca, KABG olanlarda geç dönem spontan ME oranı daha az görülmektedir. Syntax çalışmasında sol ana koroner lezyonu ve kompleks koroner arter hastalığı olan 705 hasta alınmış ve syntax skoru >33 olan ve PKG uygulanan hastalarda 5 yıllık takipte daha yüksek mortalite saptanmıştır.

Diyabetik hastalarda daha agresif aterosklerozis, yaygın KAH ve küçük damar hastalığı daha sık görülmekte, revaskülarizasyon sonrası da mortaliteleri daha yüksek olmakta ve tekrarlayan revaskülarizasyon ihtiyacı daha sık görülmektedir. Yapılan çalışmalar PKG olanlarda uzun dönem revaskülarizasyon ihtiyacı ve mortalite daha fazla olduğu gösterilmiştir. Sağ kalım avantajı KABG sonrası 2. yılda başlamakta ve 8. yıla kadar devam etmekte, sonrasında mortalite oranları benzer görülmektedir. Bunun yanı sıra KABG sonrası inme oranları ilk 5 yılda daha fazladır. Freedom çalışmasında ve bu çalışmanın takibinde de PKG kolunda mortalite oranları yüksektir. Cerrahi riski yüksek hastalarda daha çok PKG uygulanmakta ve bu hastaların incelendiği gözlemsel bir çalışmada 5 yıllık sağ kalım oranları her iki tedavi yönteminde de benzer saptanmıştır. Diyabetik sol ana koroner hastaların karşılaştırıldığı randomize bir çalışma olmamakla beraber EXCEL çalışmasının diyabetik alt grubunda her iki grup arasında ölüm, inme ve ME'yi içeren bileşik sonlanım noktasında fark saptanmamıştır ancak, tüm nedenlere bağlı ölüm PKG kolunda 2 kat fazla görülmüştür.

Daha önce KABG operasyonu geçirmiş olan hastalarda mortalite, işlem başarısızlığı ve komplikasyon oranları daha fazla görülmektedir. IMA'nın kullanılıp kullanılmadığı, LAD greftinin açık olup olmadığı, komorbid durumlar, hasta faktörleri, hastanın seçimi, hedef damarların kalitesi, lezyonların anatomik özellikleri, stent restenozu olup olmadığı, revaskülarizasyon yöntemlerin uygulanabilirliği ve işlem riskleri değerlendirilerek hangi yöntemin uygulanacağına karar verilmelidir. Tekrar KABG operasyonu olan hastalarda hastane içi ölüm ve inme daha fazla görülmekte ancak uzun dönem sonuçlar benzer saptanmaktadır. Eğer hastada patent LIMA-LAD anastomozu varsa ya da LIMA-LAD planlanmıyorsa PKG önerilmektedir. Refrakter anginası olan hastalarda PKG uygun değilse ya da IMA-LAD açık değilse ya da IMA-LAD kullanılabilecekse refrakter anginası olan hastalarda cerrahi seçilebilir.

Perkutan koroner girişim sonrası ikili antiplatelet tedavinin erken bırakılması stent trombozu ve ölüm dahil kötü sonuçlarla ilişkilidir bu nedenle tedavi seçiminde hastanın sosyoekonomik durumu, komorbiditeleri, ilaç uyumu, hayat tarzı gibi faktörler de değerlendirilmelidir. Erken stent trombozu ile ölüm oranları %50'leri bulabilmektedir. Başlıca risk faktörleri hasta, lezyon ve tedavi ile ilgili faktörlerdir. Kanama ya da hasta uyumsuzluğuna bağlı ilacın erken bırakılması tromboz riskini 2 -20 kat arttırmaktadır. Bu nedenle tedaviye uyumsuz olabilecek hastalarda KABG uygulanması daha güvenli bir yaklaşım olacaktır.