Hastane dışı kardiyak arrest (HDKA) gelişen hastalarda prognoz kötüdür ve başarılı resüsitasyon yapıldıktan sonra hastaneye kabul edilenler arasında bile %65'e varan bir mortalite oranı mevcuttur..

Angiography after Out-of-Hospital Cardiac Arrest without ST-Segment Elevation (TOMAHAWK)

Dr. Oğuzhan Birdal

Yorumlayan: Dr. Oğuzhan Birdal

Çalışmanın adı: Angiography after Out-of-Hospital Cardiac Arrest without ST-Segment Elevation (TOMAHAWK)

Hangi kongrede yayınlandığı: ESC 2021

Fulltext linki: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101909

Giriş :

Hastane dışı kardiyak arrest (HDKA) gelişen hastalarda prognoz kötüdür ve başarılı resüsitasyon yapıldıktan sonra hastaneye kabul edilenler arasında bile %65'e varan bir mortalite oranı mevcuttur. Miyokard enfarktüsü, HDKA'nın sık görülen bir nedenidir. Bununla birlikte, EKG'de ST-segment yükselmesi olmayan resüsitasyon uygulanmış hastalarda erken koroner anjiyografi ve revaskülarizasyonun yararları belirsizdir.

Amaç:

Bu çalışmada HDKA gelişip resüsitasyon uygulanan ve EKG'de ST-segment yükselmesi olmayan hastalarda rutin acil koroner anjiyografi ile geciktirilmiş veya seçici koroner anjiografi stratejileri karşılaştırılmıştır.

Metot:

Randomize, çok merkezli, açık etiketli olarak dizayn edilen çalışmaya HDKA sonrası başarılı resüsitasyon uygulanan ve resüsitasyon sonrası çekilen EKG'de ST-segment yükselmesi olmayan 30 yaş ve üstü 554 hasta dahil edilmiştir. Çalışmanın primer sonlanım noktası 30 günlük herhangi bir nedene bağlı ölüm olarak belirlenmiştir.

Bulgular:

Hasta popülasyonunda medyan yaş 70 idi ve hastaların yaklaşık %30'u kadındı. Kardiyak arrestten spontan dolaşımın geri dönüşüne kadar geçen medyan süre 15 dakikaydı. 30 günde, acil anjiyografi grubundaki 265 hastanın 143'ü (%54.0) ve geciktirilmiş anjiyografi grubundaki 265 hastanın 122'si (%46.0) öldü (HR, 1.28; %95 [GA], 1.00-1.63; P=0.06). 30 günlük tüm nedenlere bağlı ölüm veya ciddi nörolojik defisitin bileşimini içeren sekonder sonlanım noktası, acil anjiyografi grubunda (255 hastanın 164'ünde [64.3%]), geciktirilmiş anjiyografi grubuna göre (248 hastanın 138'inde [55.6%]) daha sık meydana geldi (rölatif risk 1.16; %95 [GA] 1.00–1.34). Yoğun bakımda kalış süresi, pik troponin düzeyleri, miyokard enfarktüsü veya konjestif kalp yetersizliği nedeniyle yeniden hastaneye yatış gibi diğer sekonder sonlanım noktaları gruplar arasında farklılık göstermedi. Orta veya şiddetli kanama, inme ve renal replasman tedavisi gerektiren akut böbrek yetmezliğini içeren güvenlik sonlanım noktalarında gruplar arasında fark yoktu.

Sonuç:

Çalışmanın sonucunda HDKA gelişen ve EKG'de ST-segment yükselmesi olmayan hastalarda, tüm nedenlere bağlı 30 günlük ölüm riskine ilişkin olarak, acil anjiyografi stratejisinin geciktirilmiş veya seçici anjiyografi stratejisine üstün olmadığı bulunmuştur.

Yorum:

TOMAHAWK çalışmasının sonucunda COACT çalışmasının sonuçlarına benzer bir şekilde ST-segment yükselmesi olmayan HDKA hastalarında erken anjiografik girişimin geciktirilmiş stratejiye göre üstün olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmanın COACT çalışmasından en önemli farkı ise COACT çalışmasına dahil edilen hastalarda sadece şoklanabilir ritmler mevcutken bu çalışmaya dahil edilen hastaların yaklaşık yarısında şoklanabilir ritm yoktu. ST-segment yükselmesi olmayan HDKA hastalarında acil anjiografi kararı verilirken, bu hastaların erken revaskülarize edilmesinin 30 günlük sağkalım üzerine olumlu etkisinin olmadığı hatta anjiografik girişimin hastanın aleyhine olabileceği düşünülmeli ve buna göre karar verilmelidir.