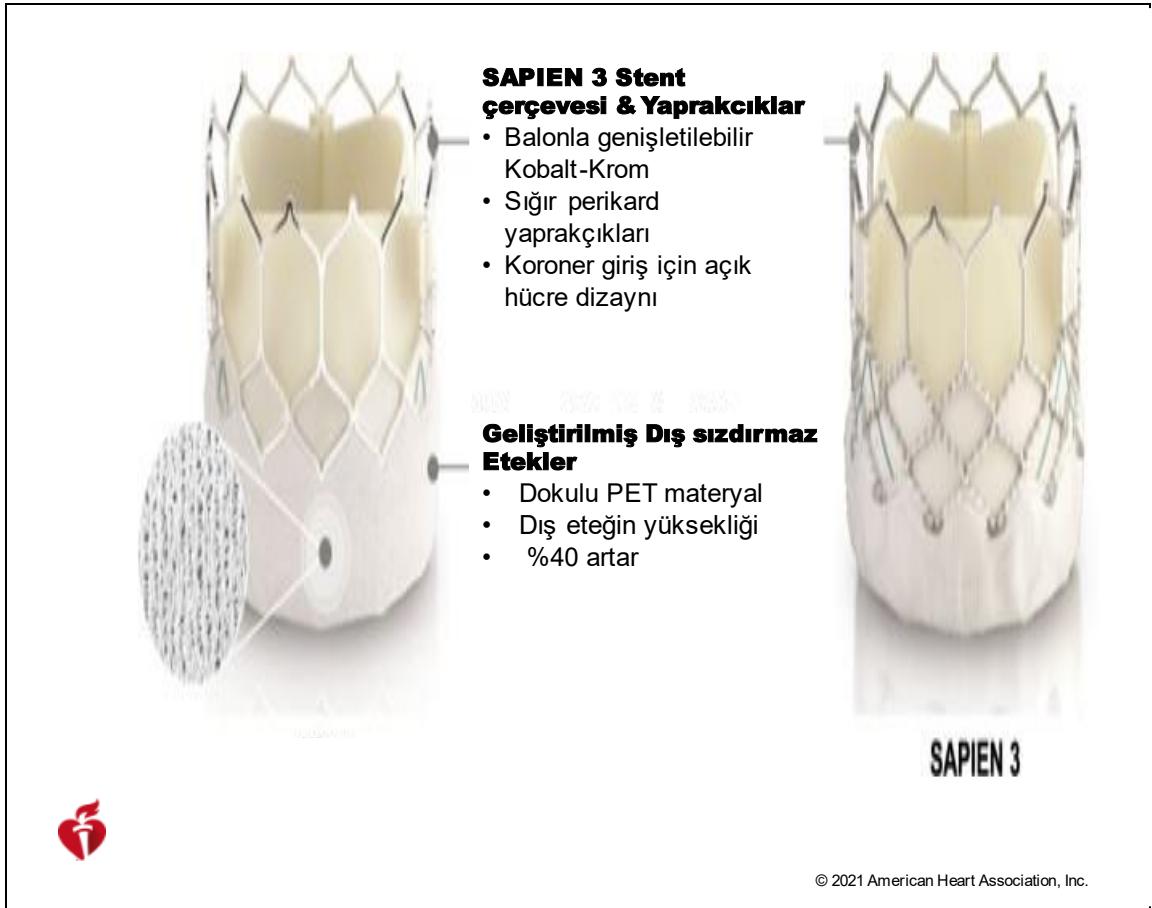


TAVR Faydasının Kanıtı Kardiyojenik Şoka Kadar Genişliyor

TAVR (*Transcatheter aortic valve replacement*) uygulanan hastalar için, kardiyojenik şok (KŞ)'da olanlarda olmayanlara göre olumsuz sonuçlar daha yaygındır, ancak daha büyük riskler tamamen iyileşmenin erken döneminde yoğunlaşmış görünmektedir, araştırmacıların eğilimi eşleştirmeli bir çalışmayı önermektedir.

- 4. haftada yapılan dönüm noktası niteliğindeki analiz, hastaların ilk iyileşme döneminde hayatta kalmaları halinde, kardiyojenik şoku olmayan hastalar kadar iyi durumda olduklarını gösteriyor.

Sonuçları, Avrupa Perkütan Kardiyovasküler Girişimler Derneği'nin yıllık toplantısında sunuldu. STS/ACC TVR (*Society of Thoracic Surgeons/American College of Cardiology Transcatheter Valve Replacement*) Kayıt Defterinden veri toplayan çalışma, yalnızca **Sapien3** veya **Sapience3 Ultra** cihazıyla (**Figür**) TAVR uygulanan hastaları inceledi. KŞ'li hastalar, KŞ'siz kayıttaki Sapien cihazıyla tedavi edilen hastalarla eşleştirilmiş eğilime sahipti.



Figür. SAPIEN 3 Ultra Transcatheter Kalp Kapağı

- KŞ'li 9.348 hasta ve KŞ olmayan 299.600 hastadan oluşan bir havuzdan alınan eşleştirme, yaş, cinsiyet, önceki kardiyovasküler olaylar, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (SVEF) ve NYHA sınıfı dahil klinik olarak ilgili çok sayıda ortak değişkeni içermiştir. Eşleştirmeden sonra her kolda 4.952 hasta vardı.
- Başlangıçta STS (*Society of Thoracic Surgeons*) risk skoru her iki kolda da yaklaşık 10.0 idi. Yaklaşık yarısında atriyal fibrilasyon vardı ve %90'ı NYHA sınıf III veya IV'teydi. Her iki grupta medyan LVEF %39.9 idi.

Kardiyojenik Şok hastalarında ölüm iki kattan fazla daha yüksekti

30. günde, ölenlerin oranı (%12.9'a karşı %4.9; $P < .0001$) ve inmeli ölüm oranı (%3.3'e karşı %1.9; $P < .0001$) dahil olmak üzere, KŞ'li hastalarda sonuçlar daha kötüydü.

- KŞ grubunda daha yüksek olmasına rağmen anlamlı farklı olmayan tek ana çalışma son noktası yeniden kabul/yatış oranıydı (%12.0'a karşı %11.0; $P = .25$).
- 1 yılda, mortalite (%29,7'ye karşı %22,6; $P < ,0001$) ve inme (%4,3'e karşı %3,1; $P = ,0004$) oranlarındaki farklılıklar bir miktar daralmış olsa da anlamlı kalmıştır.
- Daha yakından yapılan bir analiz, olay oranlarındaki farkın neredeyse tamamının hastaneden taburcu edilmeden önce meydana geldiğini gösterdi.
- Aslında, mortalite (%9,9'a karşı %2,7; $P < ,0001$), inme (%2,9'a karşı %1,5; $P < ,0001$), majör vasküler komplikasyonlar (%2,3'e karşı %1,9; $P = ,0002$), yaşamı tehdit eden kanama (%2,5 - %0,7; $P < ,0001$), yeni diyaliz (%3,5 - %1,1; $P < ,0001$) ve yeni başlayan atriyal fibrilasyon (%3,8 - %1,6; $P < ,0001$) ***bu çok erken zaman periyodunda KŞ grubunda anlamlı daha yüksekti.***
- Tehlike oranı (Hazard Ratio - HR)'ye göre, ***hastaneden ayrılmadan önce büyük bir olay riski KŞ grubunda yaklaşık üç kat daha yüksekti (HR 2.3; $P < .0001$).***
- Ancak, ***taburcu olduktan sonra olumsuz olayların birikiminde anlamlı bir fark yoktu. Dönüm noktası analizindeki önemli olaylarla karşılaştırıldığında, olay eğrileri temelde 30 günden 1 yıla kadar üst üste bindirilebilirdi.*** Bu dönemde, KŞ ve KŞ olmayan hastalar için olay oranları %19,3'e karşı %18,5 idi (HR 1,07; $P = 0,2640$).

Olayların daha yüksek oranı, her iki grupta da çok düşük olan ve önemli ölçüde farklılık göstermeyen prosedürel komplikasyonlarla ilişkili değildi. Her iki grupta da hastaların <%1'inde açık cerrahiye geçiş, anüler bozulma, aort diseksiyonu, koroner oklüzyon ve cihaz embolizasyonu meydana geldi.

Kötü bir sonucun tanımlanan öngörücüleri

Çok değişkenli analizde, KŞ hastalarındaki olayların belirleyicileri komorbiditelerdi.

- Eğilim eşleşmesine rağmen, diyalizde olmak, kalıcı bir kalp piline sahip olmak veya mekanik bir destek cihazına sahip olmak, KŞ grubuna özgü mortalite riskinin bağımsız öngörücüleri idi.

KCCQ (*Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*) skoru belirleyici değildi. TAVR için CS adaylarını değerlendirirken bu risk faktörleri dikkate alınmalı, ancak uzmanlar

bunlardan hiçbirinin mutlak kontrendikasyon olmadığını söyledi. Bunun yerine, TAVR'den beklenen fayda da dahil olmak üzere hastanın tüm klinik tablo bağlamında değerlendirilmesi gerektiği tavsiye edildi. Gerçekten de, uzmanlara göre, fayda-risk oranı, KS hastalarında, özellikle aort darlığının neden olduğu obstrüktif KŞ'li hastalarda, genellikle TAVR'yi desteklemektedir.

Bu tür hastalarda sadece TAVR'yi geciktirmekten kaçınmak için değil, aynı zamanda aort darlığı olan hastaların erken kesin tedavisi ile KŞ'yi önlemek için de çaba gösterilmelidir. Yukarıdaki veriler oldukça yararlı ve önemlidir. TAVR için KŞ adayları tedavi edilen durumu çok kötü hastalardan bazılarıdır. Uygun şekilde seçilirse KŞ hastalarının TAVR'den büyük fayda sağlayabileceği kabul edilmelidir.

Araştırmacılar, pek çok KŞ hastasının halihazırda TAVR için düşünülmesine rağmen, tereddüt edilmesinin önemli bir tereddüt kaynağının KŞ hastalarının büyük TAVR çalışmalarından dışlanması olduğunu söyledi. Yukarıda sunulan verilerin klinik kararlar için bir çerçeve sağlayacağı umuluyor.

20 yılı aşkın bir süre önce yürütülen bu ilk TAVR çalışmasının birincil araştırmacısı olarak Kardiyoloji direktörü Alain G. Cribier (*Charles Nicolle Hospital, University of Rouen, France*), ironik bir şekilde, ilk TAVR hastasında ve 38 TAVR hastasından oluşan ilk serinin yarısında KŞ olduğunu belirtti ve eğilim analizinin olumlu sonuçlarına şaşırmadığını söyledi.

kendi deneyimini anlatıyor: Prosedür başarıyla tamamladığında elde edilecek neredeyse mucizevi bir klinik düzelmedir. SVEF'de %30'a varan iyileştirmeler "bir veya iki gün içinde, hatta ilk gün içinde" elde edilebilir.
