

Yaşlılarda Akut Miyokard İnfarktüsünün Farklı Dışavurumları: İki Olgu Sunumu

Variable Presentations of Myocardial Infarction in the Elderly:
Two Case Reports

V. Selçuk ENGİN

Aile Hekimi Uzmanı,
İstanbul Büyükşehir Belediyesi
Şehzadebaşı Tıp Merkezi,
İSTANBUL

ÖZET

Yaşlıların genel nüfusa oranı arttıkça, sağlık hizmetlerinde onlara yönelik düzenlemeler daha fazla önem ve öncelik kazanmaktadır. Kendine has özellikleri olan bu grubun, bireyselleştirilmiş yaklaşıma gereksinimi vardır. Her ne kadar iskemik kalp hastalıklarına bağlı ölümler bu grupta daha sık ise de, tanı ve tedavide gecikme de daha sık olarak bildirilmektedir. Bunun başta gelen sebeplerinden birisi de yaşlılarda klinik dışavurumun tipik bulgularla gerçekleşmeme olasılığıdır. Bu duruma örnek olarak iki olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, miyokard infarktüsü, belirtiler

SUMMARY

As the rate of elderly to the population increases, adjustments in the health services according to this fact becomes more important and gaining priority. This group has individual features and thus, requires individualized approach. Despite the fact that elderly population has greater rate of death from ischaemic heart diseases, they also reportedly suffer from delay in terms of diagnosis and treatment. One of the major reasons for this is the probability of atypical clinical presentations in the elderly. Two cases are represented as examples to this situation.

Key words: Elderly, myocardial infarction, symptoms

İletişim Adresi: Selçuk ENGİN
İstanbul Büyükşehir Belediyesi
Şehzadebaşı Tıp Merkezi, Kemalpaşa
Mah. Bukalidere Sok. No: 3
Vezneciler, Eminönü/İSTANBUL
Tel: 0 212 455 15 52
E-mail: selcukengin@ibb.gov.tr

Yaşlıların genel nüfusa oranı sürekli bir artış göstermektedir. Kronik sistemik hastalıkların daha sık görüldüğü bu grubun, aynı zamanda daha bireyselleştirilmiş koruyucu ve tedavi edici hekimlik yaklaşımlarına gereksinimi vardır. Dolayısıyla yaşlı popülasyonun kendine has özelliklerinin birinci basamak hekimlerince bilinmesi, günümüzde her zamankinden daha önemlidir (1).

İskemik kalp hastalığına bağlı ölümlerin %80'i 60 yaş üzeri toplulukta gerçekleşmektedir (1, 2). Bu yaş grubunda teşhis zor olabilmekte ve nadiren tablo tek hastalıkla ilgili olmaktadır (2). Semptom ve bulguların değişken dışavurumu, yaşlının acil serviste daha fazla vakit kaybetmesine, daha fazla tanınal girişim yapılmasına ve daha sıklıkla yanlış teşhis konulmasına yol açmaktadır (2, 3). Yaşlılarda klasik göğüs ağrısı ile başvurma sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha az ve atipik dışavurumlar daha sıktır (4). "Sessiz iske mi" yine bu yaş grubunda daha sıktır (5, 6).

2004 yılı içerisinde, nöbet saatlerinde ve tipik göğüs ağrısı dışında yakınmalarla başvuran iki olgu örnek olarak sunulmuştur. Bulgular ve klinik seyir şöyle gelişmiştir:

OLGU 1:

MB: 70 yaşında Kars doğumlu, erkek hasta. VKİ (Vücut kitle indeksi): 21,5 kg/m².

27.01.2004 Salı akşamı saat 23.00'te 10 gündür süren ve ara sıra çok şiddetlenen mide ağrısı şikayetiyle servisimize başvurdu. Aynı gün öğleden sonra şiddeti artan ağrının akşam saatlerinde de devam etmesi üzerine acil servise getirilen hastanın anamnezinde 16 yaşından beri günde yarım paket sigara öyküsü dışında özellik saptanmadı. GYA (Günlük yaşam aktiviteleri): 10, İGYA (İleri günlük yaşam aktiviteleri): 14 puan.

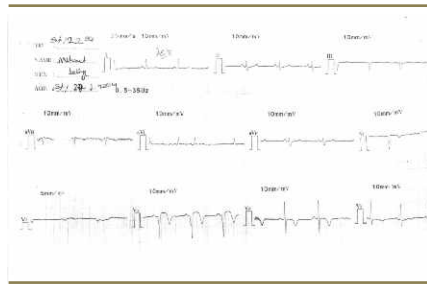
FM: GD (Genel Durum): Soluk,

kaygılı, ağrılı. Şuur açık aktif, koopore.

AT (Arteriyel tansiyon): 130/80 mmHg
KTA (Kalp tepe atımı): 66/dk, Ritmik.
Dinlemekle S2 sert, ek ses-üfürüm yok.
Batin rahat, organomegali saptanmadı.
Solunum rahat, dinlemekle doğal, staz ralleri ya da ronküs saptanmadı.

EKG'de sinüzal ritm zemininde atrial ve ventriküler erken vurular, DI ve aVL'de T düzleşmesi, V1-V4'te ST elevasyonu görüldü (Şekil 1). Laboratuvar tetkikleri için kanları alındı. Perlinganit perfüzyonu 6 mg/saatten başlandı ve Heparin 5000 IU bolus setten verildi. Troponin t (+) olması üzerine KYBÜ'ne alındı. Bu safhada ağrısı geçmişti. Aralıklı olarak 3 kez Beloc ampul yapıldı ve oral olarak Dispril tablet verildi. Kardiyoloji konsültasyonu sonucu IKH+ subakut anteroseptal MI tanısı konan hastaya, heparin perfüzyonuna ek olarak oral Metoprolol 1x50 mg, Silazapril 1x1mg, ASA 1x330 mg, Clopidogrel 1x75 mg, Atorvastatin 1x20 mg, Xanax 1x0,5 mg ve famotidin 1x40 mg başlandı. 48. saatte Heparin perfüzyonu kesilerek 2x0,6 cc Clexane'a geçilmesi planlandı.

Metoprolol 1x50 mg, Silazapril 1x1mg, ASA 1x330 mg, Clopidogrel 1x75 mg, Atorvastatin 1x20 mg, Xanax 1x0,5 mg ve famotidin 1x40 mg başlandı. 48. saatte Heparin perfüzyonu kesilerek 2x0,6 cc Clexane'a geçilmesi planlandı.

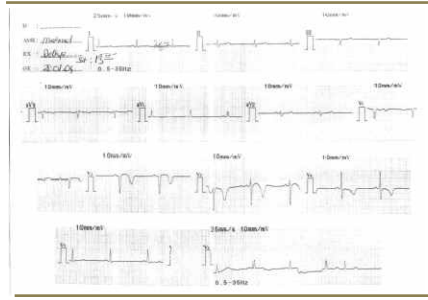


Şekil 1. EKG

İlk gün laboratuvar bulguları:**Hb:** 15,8 **Htc:** %50,5**Er:** 5.610000/mm³**BK:** 11900/mm³**Trombosit:** 578000/mm³**APTT:** 37 sn. 28-42 sn.**AKŞ:** 73 mg/dl 60-100 mg/dl**Üre:** 40 mg/dl 10-50 mg/dl**Kreatinin:** 0,9 mg/dl 0,7-1,4**Sodyum:** 135 mEq/L 135-148**Potasyum:** 3,4 mEq/l 3,5-5**Kalsiyum:** 9 mg/dl 9-11**SGOT:** 33 U/L <37**SGPT:** 26 U/L <42**LDH:** 671 U/L 230-460 U/L**Amilaz:** 37 U/L <90**CK:** 186 U/L <190**CK-MB:** 26 U/L <25**Troponin-T:** (+)**2. gün:** APTT: 1 dk.15 sn.**Protrombin zamanı:** 16 sn. <13,5 sn.**Protrombin aktivitesi:** %65**INR:** 1,2

Telegrafi: Hemitorakslar simetrik, kotlar tabii, diaframlar düzgün, kostofrenik sinüsler açık. Kardiyotorasik indeks üst sınıra yakın, ancak 1/2'den küçük. Bilateral hiler açıları tabii, hiler ve parakardiyak bronkovasküler arborizasyon artmış, ancak akciğerlerde aktif spesifik enfeksiyon ya da belirgin infiltrasyon saptanmadı.

Diğer günler EKG bulgularında stabilizasyona (Şekil 2) ek olarak genel durum ve yaşamsal bulguları iyi seyreden hastanın 30.01.04 Cuma günü 10.30'da servise alınmasına karar verildi. Hasta yakını anlatılan bütün risklerine karşın sorumluluğu üstlenerek hastanın çıkışını istedi.

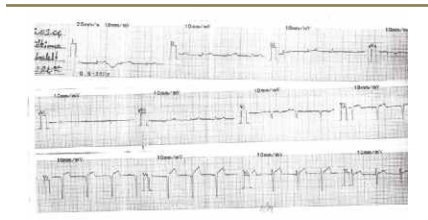
**Şekil 2. EKG****OLGU 2:**

MÖ: 85 yaşında Erzurum doğumlu kadın hasta. **VKİ:** 27 kg/m².

17.03.2004'te acil dahiliye polikliniğine karın ağrısı, kusma, halsizlik, her iki kol ve boynunda ağrı, yutkunma zorluğu şikayetleriyle başvurdu. 1 haftadır bu yakınmaları varmış. Dün ağrıları için Voltaren tablet almış, ancak kusmuş.

Özgeçmiş: 18 yıl kadar önce hipertansiyon tanısı almış, o zamandan bu yana yürümesinde bozukluk olduğunu ifade ediyor. 3-4 yıldır eforla nefes darlığı tanımıyor, 6 aydır bu yakınması artmış. 1999'da hidropik kese, 2000'de ve 2003'te birer kez akut pankreatit nedeniyle ameliyat geçirmiş. Gençliğinden beri dispepsi ve konstipasyon tanımıyor. İlaç alerjisi yok, ancak metpamid'le antikolinerjik sendrom tanımıyorlar. 40 yaş ve 60 yaş arasında günde yarım paket sigara öyküsü var. Çiğneme-yutmada zorluk öyküsü var, en sonucusu 2 ay kadar önce olmak üzere zaman zaman zaman zaman düşme tanımıyorlar.

GYA: 8, **İGYA:** 6 puan.

**Şekil 3. EKG**

FM: GD: Kötü, şuur açık ve koopere, soluk, angor (+) efordan kaçınıyor. Peri-orbital ve pretibial ödem izlendi.

AT: 107/57 mmHg, KTA: 83/dk ritmik. Apeks ve mezokardiyak odaklarda 4/6 sistolik üfürüm alınıyor. Solunum sayısı: 28/dak. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, ancak torasik titreşim sağda azalmış. Dinlemekle bilateral bazallerde ince krepitasyon, sol üst zonda sukrepitasyon alınıyor. Tiroid ele gelmiyor, orbitalar protrude. Carotis'lerde üfürüm saptanmadı. Batın serbest, murphy (+). Epigastrik ve subepigastrik lojlar palpasyonla az hassas. Traube kapalı alındı. Organomegali saptanamadı.

Htc: %28, GGK: (+ +), EKG: V2-V5 ST elevasyonu ve V1-V5 pat Q'lar (Şekil 3). Hasta yoğun bakım ünitesine alındı.

18.03.04, saat: 01:00

KTA: 110/dak R. AT: 120/50 mmHg. Son 10 saatteki idrar çıkışı 40 cc. 2 Ünite kan transfüzyonu sonrası Htc: %32, BK: 10500/mm³. Kan gazları: pH: 7,175; paCO₂: 41; BE:-12,3 bulundu. Kardiyoloji ve KDC konsültasyonları yapıldı. Kardiyolojik invaziv girişimin mortalitesinin yüksek olacağı şeklindeki konsültasyon sonucu aileyle görüşüldü ve YBÜ'de takibine devam etme kararı alındı. Supraventriküler taşikardileri oluyor (Şekil 4).

GIS kanama+ Anteroseptal MI+ Kalp yetmezliği+ solunumsal asidoz tanısı alan hastaya nazal oksijen, Dobutamin 15 µgr/kg/dak, Lasyx 20 mg/ saat, Perlinganit 6mg/saat ve NaHCO₃ 20 mEq/saat ile başlandı.

19.03.2004, saat:01:00 GD kötü, dispneik, DSS: 42/dak. AT: 112/68mmHg, KTA: 117/dk R. (AF atakları oluyor, bu esnada 160/dakikaya çıkıyor). Diürezisi yeterli. Arter kan gazları: pH: 7,34 paCo₂: 47,3 paO₂: 150,7 HCO₃: 24,9 BE: -1,3. Respiratuar asidozun kontrol altına alınması amacıyla kürarize edilerek

İlk gün laboratuvar bulguları:

Hb: 8,6 gr/dl **Htc:** %28,3

Eritrosit: 3390000/mm³

BK: 11500/mm³

Trombosit: 410000/mm³

TİT: Protein (+ + +)

İdrar sedimenti: Her sahada bol lökosit, bol bakteri, 8-10 epitel.

AKŞ: 130 mg/dl 60-100 mg/dl

Üre: 147 mg/dl 10-50 mg/dl

Kreatinin: 3,8 mg/dl 0,7-1,4 mg/dl

Sodyum: 133,4 mEq/l 135-148 mEq/l

Potasyum: 5,6 mEq/l 3,5-5 mEq/l

Alkalen fosfataz: 234 U/L 100-279 U/l

SGOT: 20 U/L <37

SGPT: 18 U/L <42

LDH: 364 U/L 230-460 U/l

Amilaz: 55 U/L <90

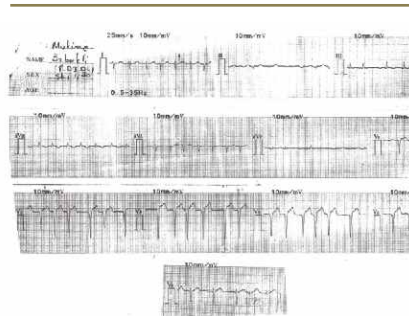
CK: 86 U/L <190

CK-MB: 10 U/L <25

Troponin-T: (+)

entübe edildi ve PCV modunda kontrollü solunuma geçildi.

Saat 10.30: Her iki HT solunuma eşit katılıyor. AT: 103/41 mmHg, KTA: 97/dak. (AF atakları aralıklı olarak tekrarlıyor). CVP: +10 mmHg. Kan gazları: pH: 7,51 paCO₂: 33 paO₂: 163,3 BE: 3,9.



Şekil 3. EKG

20.03.2004, GD kötü. KTA aritmik. Diürezi yeterli. Furosemid, Dopa+ Dobutamin 15 mikgrogr/kg dak. Perfüzyonu şeklinde tedavisi sürüyor.

21-03-2004, GD kötü, ancak kooperasyon sağlanabiliyor. Spontan solunumu var, PCV modunda ventile edilmeye devam ediliyor, zaman zaman kürarize ediliyor. KTA: 95/dak. AT: 81/28 mmHg. Diürezi azaldı.

CVP: +5 mmHg. Hb: 9,4 gr/dl. Htc: %30,9.

22.03.2004, GD: Kötü. Yetersiz PCV modunda ventile oluyor. SS doğal. KTA aritmik, AF atakları zaman zaman oluyor. Hastanın entübasyon tüpü değiştirildi. CVP: +4 mmHg.

23.03.2004, GD kötü, şuur kapalı. Spontan solunumu kayboldu. KTA: 87/dak aritmik. AT:73/53 mmHg. Diürezi yok.

Saat 11.40: Sistolik gelişti. Resüsitasyon uygulanmasına rağmen cevap vermeyen hasta 11.40'da excitus kabul edilerek extübe edildi.

TARTIŞMA:

Yaşlılarda ağrı algılanması ve şiddetinde gözlenen değişikliklerden değişik etmenler sorumlu tutulmuştur. Bunlar arasında daha yüksek ağrı eşiği, geçirilmiş enfarktüse bağlı duysal ve otonom sinir hasarı, serebrovasküler olaya bağlı sinir ileti sistemi kusurları bulunmak-tadır (6, 7). Yaşlılarda kısa süreli hafızada gerileme sonucu olarak semptomların cid-diyetinin yeterince algılanmadığı, geç başvuruların bununla açıklanabileceği de öne sürülmüştür. Sonuçta, bu yaş grubunda kardiyak iskemik sıklıkla sessiz ya da atipik semptomlarla ortaya çıktığından, diğer erişkin yaş grubundaki gibi hastalık odaklı değil,

bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gereklidir (8). Yaşlıda AMI tanısı ve tedavisinde başarıyı olumsuz etkileyen etmenler bununla sınırlı değildir. Bir çalışmada 80 yaş üzeri hastaların semptomlar başladıktan sonra acil servise başvuru süresi ortalama olarak 6 saatin üzerinde iken, 60 yaşın altındakilerde bu ortalama, 4 saatin altında bulunmuştur (9). Yaşlılarda EKG bulguları da AMI tanısı koymakta çok yardımcı olmayabilir. Bir çalışmada 60 yaş ve üzeri bireylerin %50'sinde anormal EKG bulgularının zaten bulunduğu ve 70 yaş üzeri koroner sendromlu hastaların %40 kadarında beklenen ST yükselmesi ve Q dalgalarının oluşmadığı bildirilmiştir (10).

İsviçre Basel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde acil servisten AMI tanısıyla taburcu edilen ardışık 274 hasta incelenmiş ve şu sonuçlar saptanmıştır: Her 6 AMI hastasından birine başlangıçta tanı konamamıştır. İlk tanıları doğru olmayan hastalarda hastanede yatış süresince ölüm 3 kat daha siktir. Yaşlılar, kadınlar, tipik göğüs ağrısı olmayan, tipik EKG değişiklikleri olmayan hastalarda başlangıçta tanı konamama riski daha yüksek bulunmuştur (11). Yaşlı grupta da kadınların daha fazla risk altında olduğunu düşündüren daha başka çalışmalar da vardır. Kadın yaşlı hastaların daha akut dönemde başvuran, daha fazla komplikasyon ve eşlik eden daha fazla hastalığa sahip bir profili olduğu bildirilmiştir (12, 13, 14).

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlıların daha etkin değerlendirilmesi için, onlara has özelliklerin bilinmesi gereklidir. Yapılacak düzenlemelerde bu hususun da göz önünde bulundurulması, önlenebilecek komplikasyonların ortaya çıkması olasılığını azaltacaktır.

Teşekkür:

Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı Dr. Maksude Haznedar ve Kardiyolog Dr. Tolga Özgül'e, hastaların tedavisindeki değerli katkıları için hasta yakınları ve kendim adına teşekkür ederim.

KAYNAKLAR:

1. Engin VS. Yaşlılarda koruyucu hekimlik. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2005; 9(2): 79-84.
2. McIntosh HD. Early management of myocardial ischaemic events. J Florida Med Assn 1995; 82:87-91.
3. Friesinger GC. Coronary heart disease in the elderly: management considerations. Am J Geriatr Cardiol 1994; 3(3):42-50.
4. Cicone A, Allegra JR. Age-related differences in diagnoses within the elderly population. Am J Em Med 1998 Jan; 16(1):43-8.
5. Woon VC, Lim KH. Acute Myocardial Infarction in the Elderly The Differences Compared with the Young Singapore Med J 2003 Vol 44(8) : 415.
6. Mulber RT. Perception of MI in the elderly. Am Heart J 1990; 119:204-10.
7. Gotlieb SO, Weiferdt MC. Silent ischemia as marker of early unfavorable outcome in patients with unstable angina. N Eng J Me 1984; 314:1214-20.
8. Mulber RT. Perception of MI in elderly. Am Heart J 1990; 119:204-10.49.
9. Lateef F, Storrow AB, Gibler BW, Liu T. Heart emergency room: Effective for both geriatric and younger patients. Singapore Med J 2001 Vol 42(6): 259-263.
10. Tresch DD. Management of the older patient with AML: Difference in clinical presentation between older and younger patients. J Am Geriatr Soc 1998 Sep; 46(9): 1157-62.
11. Tresch DD, Brady TP. Comparison of elderly and young patients without-of-hospital chest pain. Arch Int Med 1993; 156:1089-93.
12. Jenni D. What is your risk of having an undetected myocardial infarction? P610. XXIV. Congress of the European Society of Cardiology, Berlin 31 Aug-4 Sep 2002.
13. Ceniceros RI, Gestaldo SR. The female sex is an independent risk factor for mortality in the acute phase of AML. Med Clin 1997 June; 109(5): 171-4.
14. Swahn E. Care of the elderly with CAD from a gender perspective. Eur Heart J 1998 Dec; 19(12): 1758-65.
14. Bueno H, Vidan MT, Almazan A. Influence of sex on short term outcome of elderly patients with AML. Circulation 1995 Sep; 92(5):1133-40.

Bacak Ülserleri Endovenöz Lazer Tekniği ile Tedavi Edilmektedir: SIR'da Sunulmuştur

Ed Susman

Washington, DC-24 Mart 2008- Girişimsel Radyoloji Topluluğu'nun (SIR) 33. Yıllık Bilimsel Toplantısı'nda sunulan araştırmaya göre, endovasküler, image-guided (görüntü eşliğinde) lazer tedavisinin safenöz venöz reflüsüne sekonder gelişen bacak ülserlerini hızlı bir şekilde iyileştirdiği görülmüştür.

Singapor Hastanesi'nden Dr. Terence Teo "Alt-bacak ülserlerinin tedavisinde endovenöz lazer tedavisinin rolü daha önce değerlendirilmemiştir" demiştir. Dr. Teo'ya göre bu çalışma, endovenöz lazer tedavisinin, alt bacak venöz ülserlerinin tedavisinde, cerrahi venöz stripping tedavisine ve/veya 4-katlı bandaj tedavisine güvenilir ve efektif bir alternatif olduğunu göstermektedir.

Dr. Teo ve arkadaşları Ocak 2004 ve Ağustos 2007 arasında iyileşmeyen venöz ülserli 21 erkek ve 23 kadını çalışmaya kaydettiler. Bu hastalar nonrandomize, ardışık bir kayıt çalışmasında değerlendirildiler. Hastaların dokuzunda geçirilmiş varikoz ven cerrahisi hikayesi vardı. Hastalardan biri hariç hepsinde safeno magna veni reflüsü bulunmaktaydı; bir

Benign Osteoid Osteoma Ağrısı Radyofrekans Ablasyon Yöntemi ile Başarılı Bir Şekilde Tedavi Edilir: SIR'da Sunulmuştur

Ed Susman

Washington DC-24 Mart 2008- Semptomatik osteoid osteomadan kaynaklanan ağrının, vakaların %90'ında mi-

hastada ise safeno parva ven reflüsü vardı. Kohort ortalama yaşı 62.9 idi.

Ultrason rehberliği altında doktorlar 5French sheat insersiyonu için, dize yakın bir bölgede safeno magna venini deldiler. 600-mikron lazer fiberi ven boyunca ilerletildi ve fiberin ucu ya safeno-femoral bileşkeden veya safeno-popliteal bileşkeden 1-2 cm uzağa yerleştirildi. Lazer aktive edildiği sırada anestetik madde olarak ven içine %0.2 Lidokain verildi. Lazer 14 W'ta ateşlendi. İşlemden sonra kasıktan ayak bileğine kadar basınç bandajı koyuldu.

Hastalar 1 hafta, 1 ay, 3 ay, 6 ay ve 12 ayda takip edildi.

Dr. Teo 19 Marttaki poster sunumunda ülsere 4-katlı bandaj uygulanmadığını söyledi.

Dr. Teo lazer yapılan venin çapının 5.5-15 mm ve uzunluğunun 20-60 cm arasında olduğunu belirtti. Venin santimetresi başına depolanmış ortalama enerji 93.6 J idi.

1 ay sonra iyileşme oranı %82 idi, 3 ayda hastaların %89.7'sinde ülser iyileşmişti ve 12 ayda bu oran %94.9'a yükseldi.

1 yıllık takip sırasında, herhangi bir ülser rapor edilmedi. 5 hasta takiplere katılmadı. ■

nimal invaziv teknikler kullanılmak suretiyle yapılan radyofrekans ablasyonu ile tedavi edildiği görülmüştür.

Konzervatif medikal tedavi, benign bir tümör olan osteoid osteomanın tedavisinde şu an standart tedavi olmasına rağmen, araştırmacılar Girişimsel Radyoloji Topluluğu'nun 33. Yıllık Toplantısı'nda bu işlemin arttığını önermektedirler.

Kanada Toronto Üniversitesi'nden Dr. Eran B. Hayeems perkutan radyofrekans ablasyon tedavisinin semptomatik osteoid osteoma tedavisinde birinci basamak tedavisi olması gerektiğini söylemektedir. Bu yöntemin bu tür lezyonların tedavisi için minimal invaziv, güvenilir ve etkili bir teknik olduğunu da eklemektedir.

Dr. Hayeems, 40 hastada yapılan 42 adet bilgisayar yardımlı tomografi rehberli işlemin sonuçlarını değerlendirdi. Osteoid osteoma gelişen hastaların çoğu genç erkeklerdir ve Toronto'da yapılan çalışmada ki hasta grubu da bunu yansıtır bu bilgiyi doğrular niteliktedir. Hastaların 31'i erkekti ve tüm hastaların ortalama yaşı 25 idi, yaş aralığı 17-62 idi.

Malign olmamalarına rağmen bu tümörler hastalarda belirgin komplikasyonlara neden olabilirler. Ağrı ciddi ve keskin olarak tanımlanır ve geceleri daha da fazladır; eğer tümör uzun kemiklerde ise büyüme anomalileri de muhtemeldir.

Dr. Hayeems 18 Mart'taki özellikli poster prezentasyonunda şunları söyler: "Bu tümörlerden kaynaklanan ağrılar aspirin ve nonsteroid antiinflamatuar ilaçlara yanıt verir fakat bu ağrılar yıllarca sürebileceğinden dolayı ilaç yan etkileri tedaviyi problemlile hale getirebilir."

Beyine Kök Hücre İmplantasyonu Parkinson Semptomlarının İyileşmesine Yardımcı Olmaktadır: SIR'da Sunulmuştur

Ed Susman

Washington, DC-24 Mart 2008- Beyin içine kök hücre nakli ile tedavi edilen Parkinsonlu hastaların tümünde faydalı değişiklikler açısından nakil işlemini takip eden 1 hafta içinde ortaya çıkan belirgin iyileşmeler görülmüştür.

"1 yıl önce nakil yapılan hastalarımız-

Dr. Hayeems ve arkadaşları Eylül 2004 ile Eylül 2007 arasında perkutan işlem uygulanan hastaları takip ettiler. Alt ekstremitte veya pelvik lezyonlu 36 hasta ve üst ekstremitte veya skapular lezyonlu 4 hasta tespit ettiler.

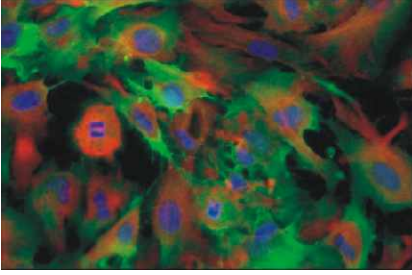
42 işlemin hepsi teknik olarak başarılı bulundu ve görüntüler, lezyonun merkezinin ablasyona uğradığını gösterdi. 4 hasta takiplere katılmadı. Geri kalanlarda ise 36 hastanın %92'sinde işlem sonrasında ağrılarının klinik olarak iyileştiği bulundu.

Ağrıları geçmeyen 3 hastada ise durum şuydu: 1 kadın hasta aynı işlemi tekrar yaptırmaya karar verdi ve 2. işlemden sonra ağrısı geçti. Hastalardan biri işlemden 6 gün sonra subkutan abse ile hastaneye başvurdu ve bu durum drenaj ve antibiyotikle tedavi edildi. Diğer hasta ise 2.5 yıl sonra yeni bir lezyon gelişmiş olarak hastaneye döndü. Bu lezyon da radyofrekans ablasyonu ile ortadan kaldırıldı.

Ağrıları tamamen geçen hastalar için görüntüleme takibi gerekmemekle birlikte, lezyon kaynağının dinamik gadolinyum-enhanced manyetik rezonans ile görüntülenmesi, bu tedavinin başarılı olmadığı hastalarda -teknik olarak neden ne olursa olsun- faydalı olabilir. Lezyon kaynağında canlı doku tespit edilmesi bu lezyonların daha sonraki ablasyonları için rehber olabilir. ■

dan biri Parkinsona bağlı semptomlarında %80 iyileşme sağlamıştır" demektedir Peru'dan Dr. Augusto Brazzini Armeastar.

Girişimsel Radyoloji Topluluğu'nun 33. Yıllık Bilimsel Toplantısı'nda (SIR) 18 Mart'ta yaptığı poster sunumunda Dr. Armeastar beyin nörotransmitterlerden yoksun bölgelerine yerleşmesi ümidiyle saflaştırılmış otolog kemik iliği kökenli kök hücre naklinin denendiğini belirtmektedir.



"Kemik iliğinden alınan kök hücreler nöron veya diğer dokulara dönüşebilme yeteneğine sahiptir. Genellikle kök hücreler olay bölgesine göç ederler. Fakat çok az sayıda hücre göç ettiği için tam bir rejenerasyon sağlanamaz" der Dr. Armestar.

Dr. Armestar ve arkadaşları girişimsel radyoloji teknikleri kullanarak daha fazla sayıda kök hücrenin beyine ulaşmasını sağlamaya çalışmaktadırlar. Öncelikle kök hücreler hastanın kemiğinden toplanır ve ayırma ve saflaştırma işlemi için patoloji laboratuvarına gönderilir ve ameliyathaneye geri döner.

Girişimsel radyolog takımı arteriyel sisteme ulaşmak için kasıktan yapılan bir kesiden katateri ilerletirler. Buradan görüntü rehberliğinde katater karotis arterine, posterior serebral arterlere ve poste-

rior communicating arterlere ilerletilir. Bu sırada kök hücreler yavaşça kateter aracılığıyla bazal nükleus ve substantia nigrayı (Parkinsonlu hastalarda nöronlardan fakir olan bölge) besleyen arterlere infüze edilir.

Şu ana kadar Dr. Armestar ve takımı 15 kadında ve 32 erkekte kök hücre nakli gerçekleştirdi. Hastaların ortalama yaşı 50 idi. Bu hastalarda Parkinson hastalığı tanısı koyulma yılı implantasyondan 1-18 yıl arasındaydı.

1 haftalık takipte, Parkinson hastalığı geçerlilik testlerine göre değerlendirildiğinde, 39 hasta %35 iyileşme kaydetmişti. 1 aylık takipte 34 hasta %52 ilerleme gösterdi. 3 ayda, 23 hasta ortalama %59 iyileşme gösterdi; 6 ayda 6 hasta %76 iyileşme kaydetti; 12 ay sonra bu seviyeye ulaşan bir kişi %80 iyileşme gösterdi (p<.001).

"Bizim bulgularımız ekstrapiramidal semptomların daha sonra da devamlılık gösteren klinik iyileşmesini ve ayrıca beyinde nöronların metabolizmasının ve performansının daha iyi olduğunu yansıtan fonksiyonel iyileşmeyi gösterir" demektedir Dr. Armestar. ■

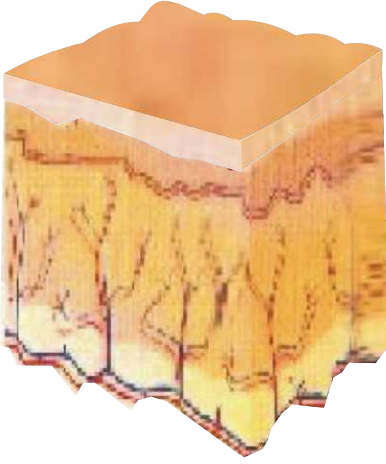
Biyolojiklerin Kullanımı Arttıkça, Bunlara Karşı Gelişen Deri Reaksiyonları da Artacaktır: AAAA'da Sunulmuştur

Maggie Schwarz

PHILADELPHIA-Mart 24, 2008- Biyolojik ajanlara karşı gelişen ciddi deri reaksiyonları nadirdir fakat Amerikan Alerji, Astım ve İmmunoloji Akademisi'nin Yıllık Toplantısı'nda (AAAA) yapılan bir prezentasyona göre, bu ilaçların kullanımının artmasıyla paralel bir şekilde bu tür reaksiyonlarda da artış beklenmektedir.

Maryland Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Bölümü doktorlarından Dr. Anthony A. Gaspari, birçok inflamatuvar ve otoimmün hastalıkların (romatoid artrit, ankilozan spondilit, Crohn hastalığı, ülseratif kolit, psöriasis vb.) tedavisinde yaygın olarak kullanılan bu ajanlara karşı gelişen sık ve nadir deri toksisitelerine aşına olmalarını tavsiye etmektedir.

Dr. Gaspari biyolojiklerin prospektüsünde yazılan endikasyonlar dışında da birçok dermatolojik hastalık için kullanıldıklarını söylemektedir. Yaklaşık 1 milyar hasta infliximab ile, 500.000 hasta etaner



cept ile ve 200.000 hasta da adalimumab ile tedavi edilmiştir.

Dr. Gaspari, antitümör nekroz faktör (anti-TNF) ajanlarından kaynaklanan toksisitelerin ölçümünün zor olduğunu çünkü kayıtların anekdotal ve belirlenmesinin güç olduğunu, komorbiditelerin ve birlikte kullanılan ilaçların sıklıkla kaydedilmediğini, sağlıklı ve hastalıktan etkilenen popülasyonlarda zemin (background) enfeksiyon oranlarının bilinmediğini, çok sayıda kaydın şu an kurulma aşamasında olduğunu ve immünkompetansi için güvenilir bir laboratuvar değerlendirmesinin mevcut olmadığını dile getirmektedir.

Dr. Gaspari'nin 15 Mart tarihinde yaptığı seminere göre, Anti-TNF kaynaklı deri değişiklikleri arasında muhtemel hipersensitivite reaksiyonları, otoimmün/immün disfonksiyon ve çeşitli deri değişiklikleri yer almaktadır.

Romatoid artritli hastalarda yapılan bir klinik çalışmada etanerceptten kaynaklanan enjeksiyon bölgesinde reaksiyon, oluşma insidansı %20-40 olarak bulunmuştur.

Bu reaksiyonlar doz sınırlı değildir ve insidans zamanla azalmaktadır. Adalimumab ile ise, enjeksiyon bölgesinde reaksiyon hastaların %20'sinde görülmüştür. Bu reaksiyonlar endişe vericidir çünkü bunlar büyük olasılıkla immünglobulin E (IgE) kaynaklıdır ve IgE cevabı zamanla artıp anafilaksi riskini artırabilir.

Vaskülitler herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir, tüm yaş gruplarını aynı oranda etkiler, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir ve genellikle alt ekstremitelerde oluşur. Vaskülitlerin tedavileri arasında kortikosteroidler ve antihistaminikler ayrıca anti-TNF kullanımının kesilmesi yer alır. Dr. Gaspari TNF inhibitörünün yeni-den başlanabileceğini söylemektedir.

İlaç kaynaklı sistemik lupus eritematozus da nadirdir, romatoid artrit ile birlikte genellikle 50'li yaşlı kadınları etkiler ve hemen her zaman TNF inhibitörünün kesilmesiyle iyileşir.

Anti-TNF monoterapisiyle ve bu ilaç diğer immün baskılayıcılarla kombine edildiğinde, disemine ve hayatı tehdit edici fungal enfeksiyonların ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Daha önce psöriazisi olmayan hastalarda, anti-TNF ajanlarının psöriazise neden olduğu rapor edilmiştir. Hastalar 3:1 oranında kadın ve başlangıç ise tipik olarak 12 hafta tedaviden sonradır.

İnterstisyel granulomatoz dermatit de bildirilmiştir ve TNF inhibitörünün kesilmesiyle tamamen remisyona girmiştir.

Dr. Gaspari şu sonuca varmıştır: "Biyolojik ajanların en yaygın görülen deri etkileri, enjeksiyon bölgesi reaksiyonlarıdır ve ciddi deri reaksiyonları nadirdir, klinisyenlerin TNF inhibitörlerinin yaygın ve nadir toksisitelerine aşına olmaları gerekmektedir." ■

Cerrahi Tedavi Kolorektal Kanserin Karaciğer ve Peritona İzole Metastazlarında İyi Sonuçlar Sağlayabilir: SSO'da Sunulmuştur.

Mary Beth Nierengarten

Chicago-19 Mart 2008- Cerrahi Onkoloji Birliği'nin 61. Yıllık Kanser Sempozyumu'nda sunulan bir çalışmaya göre, izole peritoneal karsinomatozisde (PC) cerrahi tedavi, belli kolorektal hasta grubu için iyi bir seçenek olarak düşünülmelidir.

Araştırmacılar 14 Mart'ta yaptıkları sunumda şunları belirttiler: Sitoredüksiyon ve intraperitoneal hipertermik kemoterapi (IPHC) ile tedavi edilen PClı hastalar, kolorektal kanserin izole hepatik metastazları için cerrahi olarak tedavi edilen hastalara benzer survi oranlarına erişmişlerdir.

Son zamanlarda, cerrahi yöntemler kolorektal kanserden kaynaklanan izole karaciğer hastalıklarının tedavisinde ilk tedavi seçeneğidir, fakat kolorektal kanserden kaynaklanan PC'nin tedavisi henüz net değildir.

Son zamanlarda, sitoredüksiyon ve IPHC kullanılmaktadır ve buna bağlı ortalama survi zamanı 42 aydır. Günümüzde, bununla birlikte onkolojistler arasında PClı hastaların tedavisinde bu yöntemlerin rolü, zamanlaması ve etkinliği üzerinde bir konsensus bulunmamaktadır.

"Sitoredüksiyon ve IPHC'nin mantığı PC'nin direkt yayılımla oluştuğu ve bu prezentasyonun tedavisinin, ileri yayımları önleyebileceği gerçeğine dayanmaktadır." der çalışmanın ana yazarı Dr. Perry Shen, MD, Assistant Professor of Surgery, Wake Forest School of Medicine, Winston-Salem, North Carolina. "(IPHC)'nin peritondaki uygulama bölgesinde ilaç yoğunluğunu arttırdığı gözlenmiştir."

PC'de bu tedavi yaklaşımının etkinliğini değerlendirmek için Dr. Shen ve arkadaşları 1992 ve 2005 arasında izole PC için sitoredüksiyon ve IPHC tedavisi gören kolorektal kanserli 121 hastanın sonuçlarını incelediler ve bu sonuçları 1994 ve 2005 arasında izole hepatik metastaz için karaciğer rezeksiyonu geçiren kolorektal kanserli 101 hastayla karşılaştırdılar. 2 grup için ortalama takip zamanı sırasıyla, 55 ve 37 aydı.

PC için tedavi gören 121 hastada, %46'sında negatif marjimli (R0, n=31) veya pozitif mikroskopik marjimli (R1, n=26) tüm görünen tümörün tam rezeksiyonu gerçekleşmişti.

Karaciğer metastazı olan hastalarda 95 hastada negatif marjin, 4 hastada pozitif marjin vardı ve 2 hastanın verileri mevcut değildi.

Sonuçlar PC ve hepatik grupta benzer total survi oranları gösterdi: 1 yılda (%90.3 vs %86.5), 3 yılda (%49.9 vs %58.0) ve 5 yılda (%30.0 vs %39.7) (P=.51 hepsi için). Ek olarak gruplar arasında perioperatif morbiditede (%45.6 vs %41.0, P=.62) ve mortalitede (%5.3 vs %5.0, P=.93) bir farklılık bulunmadı.

Bu verilere dayanarak, Dr Shen şunu önermektedir ki: kolorektal kanserden kaynaklanan izole PC hastalığı, hepatik metastazlardakine benzer bir paradigmada düşünülmelidir.

IPHC'nin rolü ve sonuca ne kadar katkıda bulunduğu hala cevaplanmamış bir soru olsa da Dr Shen sitoredüksiyon ve IPHC konusundaki birçok çalışmanın sitoredüksiyonun tedavinin en önemli yönü olduğunu gösterdiğini ve görünen hastalığın bırakılması durumunda bu hastaların IPHC ile bile fayda sağlayamayacaklarını gösterdiğini söylemektedir.■

Kan Testi Daha Hızlı ve Daha Doğru Bir Tuberkuloz Tanısı Sağlar

New York-12 Mart 2008- Annals of Internal Medicine'da yayınlanan yeni bir çalışmaya göre, yeni bir kan testi klinisyenlerin tuberkuloz enfeksiyonunu haftalar değil birkaç gün içinde ekarte etmelerine yardımcı olabilir.

Londra'daki 2 üniversiteden araştırmacılar Imperial College London ve Oxford Üniversitesiklinisyenlerin konvansiyonel tuberkulin deri testi ile birlikte yeni bir kan testi kullanarak, ELISpot-Plus, bir hastada tuberkuloz olmadığını %99 kesinlikle gösterip gösteremeyeceklerini araştırdılar.

Çalışmada Nortwick Park Hospital, London, UK ve Heartlands Hospital, Birmingham, UK'den 389 hasta yer aldı. Araştırmacılar aktif tuberkuloz şüphesi olan hastaların tanısında, her ikisi de ayrı ayrı veya birlikte kullanılan tuberkulin deri testinin ve 2 kan testinin, ELISpot ve ELISpot-Plus, performanslarını karşılaştırdılar.

ELISpot-Plus testinin tek başına kullanıldığında vakaların %89'unda TB enfeksiyonunu doğru olarak tespit ettiğini, ve tuberkulin deri testinin ise tek başına kullanıldığında vakaların %79'unda TB enfeksiyonunu bulduğunu göstermişlerdir. Bununla birlikte, iki testin birlikte kullanılması TB enfeksiyonunu %99 doğrulukla ekarte etmektedir.

Çalışmanın sonuçları ELISpot-Plus ve tuberkulin deri testi kombinasyonunun, TB'ü 48 saat içinde ekarte edebildiğini gösterir, böylece şu anda kullanılan ve haftalar süren test metodlarından daha çabuk sonuç sağlamaktadır.

Bu yeni test kombinasyonu, TB enfeksiyonu olmayan hastaların daha ileri testlere maruz kalmalarını da önlemektedir ve bu tür semptomların muhtemel başka sebeplerinin klinisyenler tarafından

daha erken araştırılmasına izin vermektedir.

ELISpot-Plus testi, immün sistemin TB enfeksiyonu ile karşılaştığında ortaya çıkardığı yanıtın belirtilerini tespit etmek suretiyle çalışır. Test, immün sistemde T hücrelerinin *Mycobacterium tuberculosis* bakterisinde bulunan antijenlerle karşılaşmaları durumunda salgıladığı interferon-gamayı tespit eder.

Tuberkulin deri testi, daha önce TB aşısı olanlarda genellikle yalancı pozitif sonuçlar vermektedir. Fakat ELISpot-Plus TB enfeksiyonunu, basil Calmette-Guerin aşısından ayırt edebilir çünkü aşı ile değil, sadece TB enfeksiyonu ile uyarılmış T hücrelerini bulan özel antijenler kullanır.

Bu yeni test, hastaların TB durumunun belirlenmesinde de faydalıdır fakat sonuçlar, kesin olarak TB olan hastanın 'aktif' ya da 'latent' formda olup olmadığını gösteremez. Dolayısıyla, pozitif sonuçlu hastalarda daha ileri testlere ihtiyaç vardır. Bununla birlikte, yeni test kombinasyonları klinisyenlerin daha ileri TB testlerine gerek olan ve olmayan hastaları belirlemesini sağlar.

Baş Araştırmacı Professor Ajit Lalvani, National Heart and Lung Institute, Imperial College London şöyle der: "Bizim çalışmamız göstermektedir ki yeni kan testi ve birlikte eski deri testini kullanarak bizler, hastanın test için gelişinden sonraki 2 gün içinde TB olmadığını belirleyebiliriz ve böylece doktorların diğer muhtemel tanılar üzerinde yoğunlaşmasını sağlarız. Eğer TB'ü ekarte edemezsek, o zaman hastalarda tanının doğrulanması amacıyla diğer testleri yapabiliriz. Bu sistemin kullanılması, bizim hastaları daha hızlı ve etkin tedavi etmemizi sağlar.

ELISpot-Plus aleti henüz lisanslı değildir. Üretici mümkün olan en fazla sayıda TB-lu hastanın bu testten fayda-

lanmasını amaçlamaktadır, bunlar arasında en fazla TB yoğunluğunu taşıyan gelişmekte olan ülkeler de yer almaktadır. Bu

çalışma Wellcome Trust, the Sir Halley Stewart Trust, and the UK Department of Health tarafından desteklenmiştir.■

Kan Testi Hangi Prostat Tümörlerinin Metastaz Yapacağını Belirlemede Yardımcı Olabilir

New York-7 Mart 2008- Araştırmacıların bildirdiğine göre yeni bulunan bir kan biyobelirteci prostat kanserinin bölgesel lenf nodlarına yayılımının %99 doğrulukla belirlenmesini sağlamaktadır. Bu çalışma, Amerikan Kanser Araştırmaları Birliği'nin bir dergisi olan Clinical Cancer Research dergisinin 1 Mart sayısında yayınlanmıştır.

Bu yeni kan testi, daha önce kolon ve meme kanseri yayılımını da tespit ettiği gösterilen bir plazma biyobelirteci olan endoglin seviyesini ölçmektedir. Bu çalışmada, araştırmacılar ilk defa endoglinin hastada prostat kanserinin tümörün kendi kitlesinden lenf nodlarına yayılımının tahmin edilmesinde yardımcı olduğu sonucuna varmışlardır.

“Prostat kanseri için, ilk cerrahi operasyondan önce bu hastalarda risk sınıflamasında elimizde olanların sınırına dayanmış durumdayız. Günümüzde prostat spesifik antijen, Gleason sınıflaması ve rektal muayene kullanılmaktadır fakat bu 3 testin prediktif değeri hangi kanserlerin yayılacağını belirlemesi konusunda yetersizdir. Prostat kanserinde klinik evreleme için kullanılan konvansiyonel görüntüleme yöntemleri küçük ama klinik olarak önemli olan lenf nodu metastazlarının belirlenmesinde yetersizdir.” demektedir çalışmanın yazarı Shahrokh F. Shariat, MD, Chief Urology Resident, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas.

“Pelvik lenfadenektominin evreleme ve prognostik değerlendirmede önemli bilgiler sağladığı kabul edilmekle birlikte, hangi hastalarda bunun yapılması gerektiği açık değildir. Tüm hastalarda pelvik lenfadenektomi yapılması tüm dünyada uygulanan bir pratik değildir, çünkü bu teknik zaman alır ve morbiditeden de uzak değildir. Bunun gibi, pelvik lenfadenektomi yapılması gereken hastaları belirleyen doğru bir kan belirtecinin olması çok fazla yarar sağlayabilirdi.” demektedir co-author Claus G. Roehrborn, MD, Professor and Chairman of Urology at UT Southwestern.

Dr. Shariat ve arkadaşları prostat ve beraberindeki lenf nodlarının çıkarıldığı 425 tane hastayı gözlemladiler. Araştırmacılar, piyasada bulunan kan testlerini kullanarak plazma endoglin seviyesini ölçtüler. Yüksek plazma endoglin seviyeleri, kanserin lenf nodu yayılım riskinin daha yüksek olmasıyla ilişkili bulundu. Plazma endoglin seviyesindeki her bir 1-ng/ml lik artış, kanserin lenf nodlarına yayılım riskini %17 arttırmaktaydı.

Araştırmacılar her zaman kullandıkları belirleme yöntemlerine, endoglin seviyelerini eklediklerinde doğruluk oranı %89.4'ten %97.8'e yükselmiştir. Endoglin kan seviyeleri, doktorların kanser yayılım riskini daha erken aşamada ve varolan yöntemlerden daha doğru bir şekilde tahmin etmelerini sağlar.

“Prostat kanserindeki gelişmelere rağmen hastaların %25-30'unda radikal prostatektomi ve radyoterapi gibi primer küratif tedaviler başarılı olamamaktadır.” “bu genellikle kanser hücrelerinin orijinal

tümör alanından yayılmış olmalarından dolayıdır. Plazma endoglin kullanımı, pelvik lenfadenektomi yapılacak hastalarda lenf nodu metastazı riski taşıyan hastaların belirlenmesine yardımcı olur. Ek olarak, lenf nod metastazı riski düşük olan hastaları da gereksiz yere yapılacak olan lenfadenektominin potansiyel morbiditelerinden korur.”

Yazarlar bu çalışmadaki bazı kısıtlılıkların altını çizmektedir. Retrospektif dizayn, standart lenf nod örnekleme ve vaka sayısının az olması lenf nod metastazı tahmininde endoglinin klinikte bir belirteç

olarak kullanılabilmesi için çok-merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu gösterir. “Sonuç olarak, endoglinin daha kesin tahminler için diğer 3-4 belirteçle birlikte kullanılması gerekmektedir. Biyobelirteçlerdeki diğer bir sorun ise hastalar arasında çok büyük farklılıklar göstermeleridir. Fakat bu bizi görüntüleme yöntemleriyle ve diğer sık kullanılan metodlarla yapabileceklerimizden daha ileriye götürmektedir.”

Bu çalışma Ulusal Sağlık Enstitüsünden alınan fonla desteklenmiştir. ■

Meme Kanseri Kilolu, Obez Kadınlarda Daha Agresif Olabilir

New York-Mart 14, 2008- 15 Mart 2008'de Klinik Kanser Araştırmaları adlı sayıda yayınlanan çalışma sonuçlarına göre, kilolu veya obez olan ve meme kanserine yakalanan kadınlarda bu hastalık daha agresif seyredebilir ve survi oranları daha düşük olabilir.

Dr. Massimo Cristofanilli,-MD, Associate Professor of Medicine, Department of Breast Medical Oncology, University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas- ve arkadaşları, lokal olarak ilerlemiş meme kanserli 606 kadını gözlemlədiler. Bu kadınlar beden kitle indeksine (BMI) göre 3 gruba ayrıldı: normal/zayıf (BMI 24.9 veya altı), kilolu (BMI en az 25 fakat <30) ve obez (BMI >30).

5 yılda, obez olanlar arasında toplam survi oranı %56.8; kilolu olanlar arasında %56.3; ve normal kiloda olanlar arasında ise %67.4 idi. 10 yıllık survi oranları ise obez olanlarda % 42.7; kilolu olanlarda %41.8; ve normal kiloda olanlarda ise %56.5 idi.

Ayrıca araştırmacılar, daha önce noninflamatuar meme kanserinden daha kö-

tü sonuçlara sahip olduğu gösterilen inflamatuvar meme kanseri oranlarının, obez kadınlarda %45 ve kilolu kadınlarda %30 olduğunu bulmuşlardı; bununla birlikte bu oran normal kilodaki kadınlarda %15'tir.

“Hasta ne kadar obezse hastalık o kadar agresiftir” diyor Dr. Cristofanilli. “Yağ dokusunun hastalığı daha agresif hale getiren inflamasyonu artırdığını öğreniyoruz.”

Obez veya kilolu olan kadınlarda meme kanseri rekürans riski de daha yüksektir. 5 yıla kadar, obez olan kadınların %50.8'inde meme kanseri reküransı bildirilirken, normal kilodaki kadınlarda bu oran %38.5 olarak bildirilmiştir. 10 yıla kadar ise rekürans oranı obez kadınlarda %58, normal kilodaki kadınlarda ise %45.4 idi.

“Obezite bir insanın görüntüsünden veya ekstra kilo taşımının verdiği fiziksel ağırlıktan çok daha öte bir durumdur. Kilolu olan hastalarımıza daha da çok dikkat etmemiz gerekmektedir.” der Dr. Cristofanilli.

Dr. Cristofanilli ayrıca meme kanseri olan hastalara dikkat edilmesi gerektiğini

ve bunun sebebinin de sıklıkla kullanılan ilaçların (örneğin tamoksifen) tedavi sırasında kilo alımını artırdığını söylemektedir.

Sentinel Lenf Nodu Mikrometastazı Olan Erken-dönem Meme Kanseri Hastaları Aksiler Lenf Nod Diseksiyonundan Kurtulabilirler: SSO'da Sunulmuştur

Carolle Bullock

Chicago-16 Mart 2008- en uzun rekürens ve survi takip çalışmalarından birine göre, Cerrahi Onkoloji Birliği'nin 61. Yıllık Kanser Sempozyumu'nda sunulan bir raporda, sentinel lenf nodu mikro-metastazı olan erken-dönem meme kanseri hastalarında axiller lenf nodu diseksiyonunun güvenli bir şekilde terk edilebileceği bildirilmiştir.

Meme kanseri olan kadınlarda axiller lenf nodu durumunun değerlendirilmesinde kullanılan standart yöntem sentinel lenf nodu (SLN) biyopsisi olmasına rağmen, "SLN mikrometastazlarının klinik uygunluğu ve terapötik etkileri tartışmalıdır" İsviçre Lozan Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Igor Langer.

Ayrıca "Tüm SLN metastazlarının %15-48'i SLN mikrometastazı olarak tespit edilmektedir" demiştir.

Çalışma, tamamlayıcı axiller lenf nodu diseksiyonunun sistematik olarak terk edildiği, SLN mikrometastazlı meme kanseri hastalarına odaklanmıştır. SLN'ler basamak kesileri ve hematoksilin ve eosin boyaması ve immünohistokimya yöntemleriyle incelenmiştir.

Bu çalışma Komen Vakfı, Nellie B. Connally Meme Kanseri Araştırma Fonu ve İnflamatuar Meme Kanseri Araştırma Grubu tarafından desteklenmiştir.■

Uzun-dönem survinin prospektif analizi, 1998-2002 arasında muayene edilen erken-dönem meme kanserli 234 hastada yapılan 236 SLN biyopsisini içine alır. Negatif SLN'li hastalar veya SLN mikrometastazlı hastalar (Kansere Karşı Uluslararası Birlik: >0.2 mm-<=2 mm) ileri axiller cerrahiye veya axiller radyasyona gönderilmediler.

Araştırmacılar 224 hastanın %55'inde SLN'nin negatif olduğunu buldular. SLN mikrometastazlı hastaların %12'sinde tespit edildi.

Ortalama 76 aylık takip sonrasında (12-108) SLN mikrometastazlı 27 hastanın hiçbirinde axiller rekürans veya uzak metastaz oluşmadı.

SLN-negatif grupta ise 1 hastada aksiler rekürens ve 5 hastada uzak metastaz bulundu.

"SLN-negatif hastalar ve SLN mikrometastazlı hastalar arasında toplam survi ve uzak hastalısız survi (P=.572 ve .15 açısından istatistiksel olarak belirgin bir farklılığa rastlanmadı" der Dr. Langer raporunda.

Bu çalışma, SLN biyopsisinin SLN mikrometastazlı hastalarda güvenle terk edilebileceğini ve cerrahinin beraberinde getirdiği morbiditelerden hastayı koruduğunu gösteren seçilmiş hasta gruplarına sahip küçük çalışmaları onaylamaktadır.■

Statin Kullanımına Bağlı Nadir Görülen Tendon Komplikasyonları

New York-24 Mart 2008- Artrit Tedavisi ve Araştırmaları dergisinde Mart 2008'de yayınlanan bir çalışmaya göre, nadir olmakla birlikte, tendon komplikasyonlarının statin kullanımıyla bağlantılı olabilir.

Statin kaynaklı yan etkiler hafif olmakla birlikte, muskuloskeletal komplikasyonlar gibi daha ciddi yan etkiler de bildirilmiştir. Anekdotal olarak tendon bozuklukları da bildirilmiştir fakat geniş çaplı çalışmalarda bu yer almamıştır.

Fransa'dan Dr. Catherine Noblet ve arkadaşları, 1990 ve 2005 arasında Fransız farmavigilence veritabanından, statin kullanımına bağlı olabilecek olan 96 adet tendon komplikasyonu (tendonit, tendon rüptürü) tespit ettiler. Hastaların medikal hikayelerinden verileri; hastanın kullandığı ve özellikle statin konsantrasyonunu artıran diğer ilaçları; bu komplikasyonların başlangıç, şekil ve ciddiyetini ve verilen statinin doz ve tipini elde ettiler.

Sonuçlara göre statin kullanımına bağlı 4597 yan etki tespit edildi ve bunların yaklaşık %2'si tendon komplikasyonu olarak değerlendirildi. Semptomların genellikle statin tedavisinden 8 ay sonra ortaya çıktığı gözlemlendi.

Yazarlar bu tendon problemlerinin statinden kaynaklandığından emin olabildiklerini çünkü semptomlar statin tedavisi başladıktan sonra ortaya çıkmıştı ve bu tedavi kesilince düzelmisti; ayrıca semptomlar tekrar statin başlanmasıyla yinelemişti.

Hastaların çoğu tendonit olmuştu fakat bazılarında tendon rüptürü görüldü. En çok etkilenen tendon ağrı, şişlik, sıcaklık artışı ve sertleşme ile birlikte Aşil tendonuydu. Bazı hastalarda (n=17) bu semptomlar hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ciddiydi.

Statine bağlı tendon komplikasyonları büyük oranda rapor edilmemektedir. 300.000' den fazla hastayı içeren geniş terapötik çalışmalar sırasında bildirilen vaka olmamıştır fakat yazarlar tendon durumlarına hastaları predispoze eden faktörlerin kontrol edilmesinin bu sonucu doğurmuş olabileceğini düşünmektedir.

Bu çalışmada komplikasyonlu hastaların sayısındaki artış 1990-2005 arasında bu ilaçların reçetelenmesindeki artışla beraber görülmüştür. Statin kullanımıyla bağlantılı tendon problemlerinin prevalansı düşüktür fakat araştırmacılar tüm statin çeşitlerinin, önerilen dozda kullanılsa bile, potansiyel olarak tendon problemlerine yol açabileceğini düşünmektedir.

Çalışmadan çıkan sonuç statine tedavi edilen hastalarda özellikle tedaviye başladıktan sonraki ilk yılda düzenli tendon muayenesi gerekebileceği yönündedir. Maraton gibi ağır fiziksel aktivitelerden önce statin tedavisine ara verilmesi de düşünülebilir.

Statin kullanımının tendon yaralanmalarına nasıl yol açtığı tam olarak bilinmemektedir ama kolesterol sentezinin bloke edilmesi tendon hücre membranlarının kolesterol içeriğini azaltabilir ve bunları instabil hale getirebilir. Araştırmacılar ayrıca statinlerin tendon hücrelerinin devamında rol alan proteinlerin seviyesini azaltabileceğini veya damar düz kas hücrelerini parçalayabileceğini öne sürmektedir.

Yazarlar klinisyenlerin statinlerin yan etkileri konusunda bilinçli olmaları gerektiğini önermektedir. "Biz ayrıca, statin kaynaklı tendon problemleri açısından riskli olan ve statin kullanması gereken hastaların rutin olarak tendon şikayetleri bakımından sorgulanması gerektiğini düşünüyoruz." Postmarketing anketleri yeni ilaçlardan kaynaklanan güvenlik problemlerinin erken tespitinde majör bir rol oynamaktadırlar. ■