

Koroner Kalp Hastalığında Yaşın Önemi

THE IMPORTANCE OF AGE IN CORONARY HEART DISEASE

Hasan GÖK*, Bayram KORKUT**, Şeref ULUCAN***, H.Hüseyin TELLİ****, Gülay KORKMAZ***

* Doç.Dr.Seiçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD, Başk.,
" Yrd.Doç.Dr.Seiçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD,
*** Arş.Gör.Dr.Seiçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD,
**** Doç.Dr.Seiçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD, KONYA

ÖZET

Koroner Kalp hastalığı (KKH) klinik tanısı konularak koroner anjiyografi yapılan 110 olgunun risk faktörlerini, klinik, anjiyografik ve tedavi verilerini yaş gruplarına göre karşılaştırmayı amaçladık.

Çalışmaya dahil edilen 110 olgu yaşlarına göre 3 gruba ayrıldı. Bunlar; A grubu 25-44 yaş arası, B grubu 45-64 yaş arası ve C grubu 65-85 yaş arası idi.

Çalışma grubundaki olguların %60'i B grubunda, %25'i C grubunda ve %14.5'i ise A grubunda idi. Sigara (%100), aile anamnezi (%68.7), dislipidemi (%75) Grup A'da hipertansiyon (%78.5) ve diyabet (%39) Grup C'de diğerlerine göre anlamlı olarak en sık görülen risk faktörleri idi. Angina, en sık saptanan hastaneye müracaat şikayeti olup, gruplar arasında anlamlı fark göstermedi. Hastahane kalış süresi ise Grup B ve C'de daha uzun bulundu. Ortalama sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu A grubunda en düşük, B grubunda ise en yüksek idi. Sol ön inen koroner arter C grubunda en fazla olmak üzere her 3 grupta da en fazla tutulan damar idi ve 3 damar hastalığı en sık KKH tipi idi. Koroner bypass operasyonu (KABG-O) gruplar arası fark göstermeksizin en sık önerilen tedavi yöntemi iken, koroner anjiyoplasti (PTCA) en az uygulanan tedavi yöntemi idi.

Sonuç olarak: Genç yaşta görülen ateroskleroz grubunda özellikle sigara KKH'nin en önemli belirleyicisi idi. Göğüs ağrısı, olguları hastaneye getiren en önemli şikayet ve kararsız angina pekrotis koroner anjiyografi gerektiren en sık KKH tipi idi. Üç damar hastalığı yaygınlığı nedeniyle koroner arter bypass operasyonu bütün yaş gruplarında en çok tercih edilen tedavi yöntemi oldu.

SUMMARY

The objective of this study was to evaluate the risk factors, clinical presentations, angiographic data, and therapeutic approaches of coronary heart disease (CHD) in different age groups who underwent coronary angiography.

One-hundred-ten patients who had CHD diagnosed clinically were included in the study. Study population was divided into 3 main groups according to age (Group A:25-44 years, Group B: 45-64 years, Group C:65-85 years).

Most of the patients in study population were in group B (60%), where 25% were in group C and 14.5% were in group A. The risk factors which were significantly more common than other groups were cigarette smoking (100%), family history (68.7%) and dyslipidemia (75%) in group A; hypertension (78.5%) and diabetes mellitus (39%) in group C. Angina pectoris was the most prominent symptom on admission. The duration of hospitalization was significantly longer in Group B and C. The mean left ventricular ejection fraction was lowest in group A but highest in group B. Left anterior descending coronary artery was the most affected coronary artery (C:40%, B:39%, A:37.5%) and 3 vessel disease (VD) was more common in all age groups. Although there wasn't any significant difference between age groups, coronary bypass graft operation (CABG) was the commonest therapeutic approach that was advised to patients, whereas coronary angioplasty (PTCA) was the least one.

In conclusion; the prevalence of CHD was highest in patients aged between 44-65 years. Among atherosclerotic risk factors, cigarette smoking was the most important predictor of CHD in youngs with premature atherosclerosis. Chest pain was the leading symptom that brought the patients to hospital and unstable angina pectoris was the main clinical CHD type in patients who underwent coronary angiography. CABG was the choice of therapeutic approach in our study population because of the predominance of 3 VD in all age groups.

Anahtar Kelimeler: Koroner kalp hastalığı,
Yaş, Aterosklerotik risk faktörleri

Key Words: Coronary heart disease,
Atherosclerotic risk factors, Age

T Klin Kardiyoloji 1996, 9:181-185

T Klin J Cardiol 1996, 9:181-185

Geliş Tarihi: 27.05.1995

Yazışma Adresi: Dr.Hasan GÖK
İstanbul Cad.
Mavi Saray Tıp Merkezi
Kat: 1 No:101 KONYA

Son 25 yılda gelişmiş ülkelerde kardiyovasküler sistem (KVS) hastalıklarına bağlı mortalitede çok önemli azalma (%30-49) sağlanmasına rağmen, KVS hastalıkları halen toplum sağlığını tehdit eden ciddi hastalık grubunu oluşturmaktadır (1-3). ABD'de 60 yaşına gelmeden önce her üç erkekte ve her on kadından biri önem-

li bir KVS hastalığına yakalanmaktadır (4-6). Bu hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı farklılık arz etmekte ve 65 yaşın üstündeki popülasyonda KVS hastalığı görülme oranı yaklaşık %30'a çıkmaktadır (1).

En sık rastlanan KVS hastalığı hipertansiyon olmasına rağmen, koroner kalp hastalığı (KKH) her iki cinsiyet için de en öldürücü KVS hastalığıdır (1). ABD'de 35 yaşın üstündeki popülasyondaki ölümlerin %25'den fazlası, 75 yaşın üstündekilerde ise bütün ölümlerin %70'i KVS hastalıkları sonucu oluşmaktadır (5). Diğer taraftan, önemli risk faktörlerinin uygun yaklaşımlarla modifikasyonun koroner aterosklerozda regresyona yol açtığı bildirilmiştir (7). Bu literatür bulguları toplum sağlığı yönünden KKH için risk faktörlerinin bilinmesinin ve bu hastalarda klinik ve prognostik açıdan daha ciddi bir yaklaşımın önemini daha da vurgulamaktadır.

Biz bu çalışmamızda, KKH klinik tanısıyla koroner anjiyografi yapılan olguların risk faktörlerini, klinik, anjiyografik bulgularını ve tedavi yaklaşımlarını yaş gruplarına göre değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYEL VE METOD

Çalışmaya KKH klinik tanısı konan ve koroner anjiyografi yapılan 110 olgu dahil edildi. Ciddi sistemik hastalığı ve/veya ileri derecede sol ventrikül fonksiyon bozukluğu olanlar ile 85 yaşın üstündekiler çalışma dışı tutuldu.

Olgular yaşlarına göre; A grubu: 25-44 yaş arası (prematür KKH grubu), B grubu: 45-64 yaş arası ve C grubu: 65-85 yaş arası (invazif girişimler için riskli grup) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Olguların hastaneye müracaatına sebep olan primer şikayeti ve aterosklerotik risk faktörleri yönünden sorgulandıktan ve sistemik fizik muayene yapıldıktan sonra, kan şekeri ve lipid düzeyleri ölçüldü. Serum total kolesterol düzeyi Biotrol marka kitle, HDL-kolesterol ve LDL kolesterol düzeyi Boehringer markalı kitle enzimatik kolorimetri metoduyla ölçüldü. Serum trigliserid düzeyi Biotrol marka kitle enzimatik trinda metoduyla ölçüldü. Ölçümler Technicon RX marka otoanalizörde yapıldı.

Olguların KKH klinik şekli kaydedildi. Olguların koroner anjiyografileri kliniğimiz kateterizasyon laboratuvarında perkütan femoral arter yolu ve Seldinger tekniği kullanılarak yapıldı (8). Biplan ventrikülografi, 30° sağ ön oblik ve 60° sol ön oblik pozisyonlarında, selektif koroner anjiyografi ise multipl projeksiyonda yapıldı. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) "area-length" metoduyla anjiyo laboratuvarı dijital görüntüleme sisteminin bilgisayarı, sol ventrikül diyastol sonu basıncı (LVEDB) ise "kateter-transduser sistemiyle" hesaplandı (9). Koroner arteriyografiler farklı iki kardiyolog tarafından ayrı ayrı zamanlarda değerlendirildi. Herhangi bir projeksiyondaki >%50 daraltıcı lezyonlar anlamlı koroner stenoz olarak kabul edildi. Stenotik lezyonlar tutulan damara [sol ana koroner arter (LMCA), sol ön inen koroner arter (LAD), sirkumfleks koroner arter (Cx), sağ koroner arter (RCA)] göre gruplandırıldı. Önemli yan dallardaki daraltıcı lezyonlar ilgili damarın lezyonu olarak değerlendirildi.

Koroner arteriyografi bulguları stenotik damar sayısına göre alt gruplara ayrıldı; damar hastalığı olmayanlar (0 VD), bir damar hastalığı olanlar (1 VD), iki damar hastalığı olanlar (2 VD) ve üç damar hastalığı olanlar (3 VD). LMCA'da >%50 daraltıcı lezyonu olanlar (2 VD) grubuna dahil edildi (%10). Hasta başına koroner arter hastalığı ise daraltıcı lezyon sayısı hasta sayısına bölünerek tesbit edildi.

Koroner anjiyografiden sonra olgular kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi klinikleri iştiraki ile yapılan konseyde tartışılarak uygun tedavi ve takip programına alındı. Konseyde koroner anjiyoplasti (PTCA) kararı alınan olgulara, kliniğimiz koroner anjiyo ve kateterizasyon laboratuvarında "balon-on-wire" sistemi kullanılarak PTCA yapıldı (11).

Olguların istatistiki analizinde, ortalamaların karşılaştırılmasında Student's t testi, gruplar arası ilişkinin değerlendirilmesinde Khi kare testi kullanıldı ve p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. A ile B grubu arasındaki istatistiksel ilişki p1, B ve C grubu arasındaki ilişki p2 ve A ile C grubu arasındaki ilişki ise p3 değeri ile ifade edildi.

BULGULAR

Çalışma grubu, KKH klinik tanısı konularak koroner anjiyografi yapılan 811 erkek (%73.6) ve 29'u kadın (%26) olan 110 olgudan oluşmaktaydı.

En fazla olgu B grubunda [66 olgu (%60)], en az olgu A grubunda idi [16 olgu (%14.5)]. C grubunda ise 28 olgu (%25) vardı. Çalışmadaki grupların üçünde de erkek cinsiyet hakimiyeti vardı, fakat yaş ilerledikçe cinsiyet farkı azalıyordu [A:16 olgu (%100), B:47 olgu (%71), C:18 olgu (%64)].

Tablo 1'de çalışma gruplarındaki olguların özellikleri ve diğer risk faktörleri açısından karşılaştırılması sunuldu. Olguların hepsinin erkeklerden oluştuğu A grubu, diğer iki gruba göre cinsiyet faktörü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklı idi (p1<0.05, p2:AD, p3<0.01). A grubunda; sigara içme aile anamnezi ve dislipidemi A ve C grubunda istatistiksel olarak anlamlı idi. Obesite, hipertansiyon (HT) ve diabetes mellitus (DM) ise en fazla C grubunda, 2.sıklıkta B grubunda tesbit edildi. A ve B gruplarında erkek cinsiyet (A:%100, B:%71) ve sigara içme (A:%100, B:%57.5), C grubunda ise HT (%78.5) ve dislipidemi (%60.7) en önemli risk faktörleri idi. Lipid profili incelendiğinde; total kolesterol ve LDL seviyeleri A grubunda diğer iki gruba nazaran istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi. Diğer lipid fraksiyonlarında gruplar arası istatistiksel anlamlı farklılık yoktu.

Çalışma gruplarının primer şikayeti, KKH'nin klinik tipi ve hastanede kalış süresini içeren bulgular Tablo 2'de karşılaştırıldı. Angina her üç grupta da hastaneye başvurmada birincil şikayetti. Kararsız angina pectoris (UAP) en çok karşılaştığımız (82 olgu) semptom tipi idi (p1, p2 ve p3:AD). Hastanede ortalama kalış süresi ise istatistiksel farklılıkla A grubunda diğer 2 gruptan, B grubunda ise C grubundan kısa idi (p1 ve p2<0.05, p3<0.01). Tablo 3 olguların koroner anjiyografi bulgularını ve uygulanan tedavi yöntemini göstermektedir. Ortalama

Tablo 1. Olguların aterosklerotik risk faktörlerinin karşılaştırılması

| | A grubu (n=16) | p1 | B grubu (n=66) | p2 | C grubu (n=28) | P3 |
|----------------------|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|
| Yaş ortalaması (yıl) | 39.4±3.9 | p<0.0001 | 56.4±5.2 | p<0.0001 | 69.2±3.9 | p<0.0001 |
| Cinsiyet (E) | 16(%100) | p<0.05 | 47(%71) | AD | 18(%64) | p<0.01 |
| Risk faktörleri | | | | | | |
| *HT | 3(%18.7) | p<0.05 | 31(%46.9) | p<0.01 | 22(%78.5) | p<0.001 |
| *Sigara | 16(%100) | p<0.01 | 38(%57.5) | AD | 11(%39) | p<0.01 |
| *DM | - | p<0.05 | 15(%22.7) | AD | 11 (%39) | p<0.05 |
| *Aile anamnezi | 11(%68.7) | AD | 31(%46.9) | AD | 10(%35.7) | p<0.05 |
| *Dislipidemi | 12(%75) | p<0.05 | 30(%45) | AD | 17(%60.7) | AD |
| -Kol | 289.2±67.5 | p<0.05 | 234.8±52.9 | AD | 233.5±41.5 | p<0.05 |
| -TG | 213±112 | AD | 197±126 | AD | 233±128 | AD |
| -HDL | 45.7±12.3 | AD | 42.1±10.3 | AD | 43.2±9 | AD |
| -LDL | 186.5±49.4 | p<0.05 | 154.3±55 | AD | 159.2±36.6 | p<0.05 |
| *Obesite | 6(%37.5) | AD | 26(%39) | p<0.05 | 18(%64) | p<0.05 |

E: Erkek, AD: Anlamli değil, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, Kol: Total kolesterol, TG: Trigliserid
HDL: Yüksek dansiteli lipoprotein, LDL: Düşük dansiteli lipoprotein

Tablo 2. Olguların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

| | A grubu (n=16) | p1 | B grubu (n=66) | P2 | C grubu (n=28) | P3 |
|-----------------------------------|-------------------|--------|-------------------|--------|-------------------|--------|
| Müracaat şikayeti: | | | | | | |
| *angina | 16(%100) | AD | 65(%98) | AD | 27(%96) | AD |
| *dispne | - | AD | 1(%1.5) | AD | - | AD |
| *senkop | - | | - | | - | |
| *diğer | - | | - | AD | 1(%3.5) | AD |
| KKH klinik tipi: | | | | | | |
| *SAP | 4(%25) | AD | 16(%24) | AD | 4(%14) | AD |
| *UAP | 11(%68.7) | AD | 48(%72.7) | AD | 23(%82) | AD |
| *AMI | 1 (%6) | AD | 5(%7.5) | AD | - | AD |
| *KKY | - | AD | 1(%1.5) | AD | - | - |
| Hastanede kalış süresi: (ort.gün) | 4.3±2.6 | p<0.05 | 5.13±4.06 | p<0.05 | 6.18±4.2 | p<0.01 |

SAP: Stabil angina pektoris, HAP: Kararsız angina pektoris, AMI: Akut miyokard infarktüsü
KKY: Konjestif kalp yetmezliği, AD: Anlamli değil

LVEDB bulgularında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Grupların LVEF seviyelerine göre karşılaştırılmasında A ve C ile B ve C grupları arasında fark yoktu. LVEF <%40 olgu sayısı A grubunda B grubuna göre, LVEF >%50 olan olgu sayısı ise B grubunda A grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksekti (p<0.01, p<0.05). LAD en fazla C grubunda olmak üzere (%40), B ve A gruplarında da (%39 ve %37.5) en fazla tutulan damar idi (p1, p2 ve p3:AD). Cx; B ve C grubunda ikinci, A grubunda üçüncü sırada (p1<0.05, p2:AD, p3<0.01), RCA ise A grubunda ikinci, B ve C gruplarında üçüncü sırada tutulan damar idi (p1 ve p2>0.05, p3:AD). Üç damar hastalığı, 3 grupta da en sık belirlendi. Çalışma grubundaki olgularda ikinci sırada oluşan 1 damar hastalığı ve üçüncü sırada oluşan 2 damar hastalığı, B ve C gruplarında A grubuna göre istatistiksel olarak fazla oranda idi. Normal koroner arterli olgular ise sadece A grubuna göre B grubunda istatistiksel farklılıkla fazla oranda idi (p1<0.01). Hasta başına düşen ortalama stenotik damar sayısı A grubunda 2.5±0.8, C grubunda 2±0.9 ve B grubunda ise 1.8±1 idi (p1<0.05, p2 ve p3:AD).

Koroner arter bypass operasyonu en sık önerilen tedavi yöntemi idi. 55 olguya (%50) uygulandı. B grubunda 6 (%9) ve C grubunda 2 (%7) olguya uygulanan PTCA, A grubunda hiç uygulanmadı (p1<0.05). Medikal tedavi ise en sık B grubunda olmak üzere C ve A gruplarında da uygulandı (pK0.001, p2:AD, p3<0.01).

TARTIŞMA

Bilindiği gibi KKH sıklığı yaş ile birlikte artış göstermektedir (12). Çalışmamızda 16'sı (%14.5 A, 66'sı (%60) B ve 28'i (%25) ise C grubunda olan olgularımızda, risk faktörlerinin çok belirgin etkisinin görüldüğü A grubu hariç tutulursa, KKH olan hastalarımızın sayısı C grubunda B grubuna göre fazla idi (%92.8'e karşın %83).

KKH açısından kadınlar erkekleri ortalama 10 yıl geriden takip etmektedir (1,23). KKH'nın sıklığı ve şiddeti, her iki cinsten yaşla birlikte artarken, yaşlılarda KKH'nın prevalansı iki cinsten birbirine yakın oranlardadır (13). Çalışmamızdaki gruplarda da cinsiyet farkı yaş ilerledikçe azalma gösterdi. E/K oranı A grubunda 16 iken, B grubunda 2.47 ve C grubunda ise 1.8 olarak tespit edildi.

Tablo 3, Olguların anjiyografik bulgularının karşılaştırılması

| | A grubu (n=16) | p1 | B grubu (n=6S) | p2 | C grubu (n=28) | v3 |
|---|-------------------|---------|-------------------|----|-------------------|--------|
| Ortalama LVEF | 60.6±14.9 | p<0.05 | 70.7±12.5 | AD | 67.3±14.8 | AD |
| LVEF<%40 | 4(%25) | p<0.01 | 2(%3) | AD | 2(%7) | AD |
| LVEF=%40-50 | 3(%18.7) | AD | 11(%16.6) | AD | 2(%7) | AD |
| LVEF>%50 | 9(%56) | p<0.05 | 53(%80) | AD | 24(%85.7) | p<0.05 |
| Ortalama LVEDB | 10.2±3 | AD | 10.7±5.7 | AD | 10.5±3,7 | AD |
| *LAD lezyonu | 15(%37.5) | AD | 45(%39) | AD | 23(%40) | AD |
| *Cx lezyonu | 12(%30) | p<0.05 | 35(%30.7) | AD | 18(%31.5) | p<0.01 |
| *RCA lezyonu | 13(%32.5) | AD | 34(%29.8) | AD | 16(%28) | p<0.05 |
| Lezyon sayısına göre dağılım: | | | | | | |
| *0 VD | - | p<0.01 | 9(%13.6) | AD | 2(%7) | AD |
| *1 VD | 3(%18.7) | p<0.01 | 20(%30) | AD | 7(%25) | p<0.05 |
| *2 VD | 2(%12.5) | p<0.01 | 17(%25.7) | AD | 7(%25) | p<0.01 |
| *3 VD | 11(%68.7) | p<0.01 | 20(%30) | AD | 12(%42.9) | AD |
| Ort.hasta başına stenotik damar sayısı: | 2.5±0.8 | p<0.05 | 1.75±1 | AD | 2.03±0.9 | AD |
| *Medikal tedavi | 4(%25) | p<0.001 | 31(%46.9) | AD | 11(%39) | p<0.01 |
| *PTCA uygulananlar | - | p<0.05 | 6(%9) | AD | 2(%7) | AD |
| *KABG uygulananlar | 12(%75) | AD | 28(%42) | AD | 15(%53.5) | AD |

AD: Anlamli değil, LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, LVEDB: Sol ventrikül diyastol sonu basıncı, LAD: Sol ön inen koroner arter, Cx: Sirküfleks koroner arter, RCA: Sağ koroner arter, VD: Damar hastalığı, PTCA: Koroner anjiyoplasti, KABG: Koroner bypass operasyonu

Aterosklerozun oluşmasında risk faktörlerinin katkısı araştırıldığında <25-44 yaşları arasındaki hastaların bulunduğu A grubunda erkek cinsiyetin fazla ve sigaranın en önemli faktör olduğunu görmekteyiz. Bu grupta ikinci sırayı dislipidemi (kolesterol ve LDL yüksekliği), üçüncü sırayı ise hérédité aldı. B grubunda da cinsiyet faktörü en önemli risk faktörü idi. Sigara ikinci, aile anamnezi ve HT üçüncü sırayı alırken; C grubunda HT birinci sıraya yükseldi ve bunu sırasıyla dislipidemi, sigara ve DM takip etti.

Koroner kalp hastalığı sıklıkla angina ile fakat yaş ilerledikçe atipik klinik şekillerde karşımıza çıkabilmektedir (14). Roseman (15) 37-87 yaşları arasındaki 220 olgulu bir seride sadece 10 olguda ağrı olmadığını bildirmiştir. Diğer bazı çalışmalarda ise ağrısız KKH insidansı ile ilgili farklı oranlar verilmiş olmasına rağmen hepsinde göğüs ağrısı en sık oluşan semptom olarak belirtilmiştir (14,16). Atipik KKH semptomlarının başında dispne bulunmuştur. MacDonald ve ark. (16) 70 yaş üstündekilerde müracaat şikayeti olarak dispne tarif eden olguları %18, 60 yaş altındaki hastalarda ise yaklaşık %15 olarak bildirilmiştir. Williams ve ark. (17) yaşlı olmayanlarda nefes darlığı oranını %4 olarak bulmuştur. Müracaat şikayeti olarak senkopu; Konu (18) %9, Mac Donald ve ark. (14) %12 ve Tinker (19) %5 ve/veya psikiyatrik hastalık nedeniyle anamnez veremiyen az sayıda kişilerde de KKH tesbit edilmektedir (20). Hastalarımızda angina hastaneye müracaat şikayeti olarak ilk sırayı aldı (108 olgu), dispne ve senkop ise sadece birer olguda vardı. Bu durum olguların diğer çalışmalardaki olgulara göre oldukça genç olması ile izah edilebilir. Çünkü çalışmamızdaki en yaşlı grubu oluşturan C grubunun yaş ortalaması bile 69.2±3.9 yıldı. Her üç gruptaki olguların büyük bölümüne UAP klinik tanısı konmuştu (p1, p2 ve p3:AD). Stabil angina

pektoris tanısı ikinci sırada, akut miyokard infarktüsü (AMI) ise üçüncü sırada yatırılış sebebi idi. Bir olgu kalp yetmezliği klinik tablosunda yatırıldı ve daha sonra koroner anjiyografi yapıldı. Framingham çalışmasında bizim olgularımızla aynı yaş aralığındaki olgularda angina pektoris ve AMI sıklığı yakın oranlarda bildirilmiştir. Ancak bu çalışmanın bizim çalışmamızdan esas farkı prospektif epidemiyolojik bir çalışma olmasıdır (4).

Çalışma grubumuzda diğer iki gruba göre istatistiksel farklılıkla en uzun süreli hastanede kalış C grubunda gerçekleşti. Bu şaşırtıcı bir sonuç değildir, çünkü yaşlı olgular kardiyovasküler sistem bulguları yönünden farklılık arzemesi bile genç yaştakilere göre daha "hasta" görünüm ve durumdadır. Ayrıca yaşlanma nedeniyle yara iyileşmesi daha geç, kompensasyon mekanizmaları daha güçsüz ve yavaş, başka sistemik hastalık bulguları daha sıktır.

Literatürde en fazla RCA tutulumu bildirilmiştir (21). Bizim çalışmamızda ise her üç grupta da en fazla tutulan damar LAD olarak belirlendi. Hasta başına damar hastalığı açısından A grubu 2.5 oranıyla ilk sırayı aldı. C grubu 2.03 oranıyla ikinci sırayı, B grubu da 1.7 oranıyla üçüncü sırayı aldı (p1<0.05, p2 ve p3:AD). Risk faktörleri istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla fazla olan A grubunda böyle bir damar tutulumu olması beklenen bulgudur. Damar hastalığı sayısına göre değerlendirildiğinde ise; B ve C grupları arasında istatistiksel farklılık yoktu, fakat her iki grupta A grubuna göre istatistiksel anlamlı farklılık 2 damar hastalığı ve 1 damar hastalığı fazla idi.

Ortalama LVEDB yönünden karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel fark tesbit edilemedi, fakat A grubundaki 3 damar hastalığı hakimiyeti sebebiyle ortalama LVEF B grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde düşüktü. Risk faktörlerinde çok belirgin bir farklılık arzetmeyen B ve C gruplarının LV fonksiyon parametreleri, daha yaşlı olguların bulunduğu C grubunda daha kötü olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Böyle bir farkın olmamasında etkili, faktörün C grubundaki hastaların çok yaşlı olmaması olabileceği düşünülmektedir (69.2±3.9 yıl).

Koroner arter bypass operasyonu grupların hepsinde en tercih edilen tedavi yöntemi oldu. Bunun en olası ve en önemli sebebi üç grupta da 3 damar hastalığı oranının fazlalığıdır. Bilindiği gibi yaygın koroner ve önemli L M C A lezyonlarında KABG en tercih edilen tedavi yöntemidir (22). KABG, 65 yaş ve üzeridekilerde daha fazla cerrahi risk ve düşük 5 yıllık survi göstermesine rağmen, ileri yaş tek başına KABG için kontrendikasyon olarak kabul edilmez (14). A grubunda olguların büyük bölümünde 3 damar hastalığı oluşu nedeniyle PTCA hiç uygulanmadı. Ayrıca ortalama LVEF diğer gruplara göre düşüktü.

Sonuç olarak; yaş ilerledikçe KKH insidensinde artış olduğu ileri sürülmesine rağmen, KKH'lı hastalarımız en sık 45-64 yaş grubu içindeydi. Prematür ateroskleroz grubunda (45 yaş: A grubu) risk faktörleri, KKH'nın en önemli belirleyicisidir. Sigara erişkin toplumda koruyucu kardiyolojinin ilk hedefi olmalıdır. Göğüs ağrısı, hastalarımızı hastaneye getiren en önemli şikayettir ve kararsız angina anjiyografi gerektiren birincil KKH semptomudur. Ülkemizde PTCA'deki gelişmelere rağmen KABG halen bütün yaş gruplarında yerini ve önemini korumaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kannel WB; Thom TJ. Incidence, prevalence and mortality of cardiovascular diseases. In: Schiant RC, Alexander RW, eds. The heart. Newyork: Mc Graw-Hill Inc, 1994: 185-97.
2. National Center for Health Statistics. Health, United States, 1990. DHHS pub no (PHS) 91-1232. US Government Printing Office, 1991.
3. National Heart, Lung and Blood Institute. Morbidity and mortality chortbook on cardiovascular, lung and blood disease 1992. US Dept of Health and Human Services, 1992.
4. Gordon T, Kannel WB. Prematur mortality from coronary heart disease: The Framingham study. JAMA 1971; 215:1617-25.
5. National Center for Health Statistics. Vital statistics of the United States, 1988, vol ii, Mortality, Pt A.US Government Printing Office 1991.

6. National Center of Health Statistics, Adams PF, Benson V. Current estimates from the National Health Interview Survey, United States, 1989. Vital and Health Statistics. DHHS pub no (PHS) 90-1504. US Government Printing Office, 1990.
7. Cannon PJ. Eicosanoids and blood vessel wall. Circulation 1984; 70:01-05.
8. Bairn DS, Grossman W. Percutaneous approach, including transeptal catheterization and apical left ventricular puncture. In: Grossman W, Bairn DS, eds. Cardiac catheterization, angiography and intervention. Philadelphia: Lea and Febiger, 1991: 69-74.
9. Grossman W. Pressure measurement. In: Grossman W, Bairn DS, ed. Cardiac catheterization, angiography and intervention. Philadelphia: Lea and Febiger, 1991: 123-42.
10. Galjee MA, Visser FC, DeCock CC, Eeige Van MJ. The prognostic value, clinical and angiographic characteristics of patients with early postinfarction angina after first myocardial infarction. Am Heart 1993; 125(1):48-55.
11. Bairn DS. Coronary angioplasty. In: Grossman W, Bairn DS, ed. Cardiac catheterization, angiography and intervention. Malvern: Lea and Febiger, 1991: 441-6.
12. Natinal Center for Health Statistics, Collings JG. Prevalance of selected chronic conditions, United states, 1986-88. Vital and Health statistics. DHHS pub no (PHS) 93-1510.UD Government Printing Office, 1993.
13. Kennel W: Metabolic risk factors for coronary heart disease in women. Perspective from the Framingham study. Am Heart J 1987; 114:413-7.
14. MacDonald JB. Presentation of acute myocardial infarction in the elderly-a review. Age and Ageing 1984; 13:196-200.
15. Roseman MD. Painless myocardial infarction a review of the literature and analysis of 220 culls. Ann Intern Med 1954: 41:01-07.
16. MacDonald JB, Baillie JB, Williams BO and Ballantyne DB. Coronary care in the elderly. Age and Ageing 1983; 12:12-7.
17. Williams BO, Begg TB, Semple T and McGuinness JB. The elderly in a coronary care unit. Br Med J 1976; 2:451-3.
18. Konu U. Myocardial infarction in the elderly. Acta Med Scand 1977; 604(Suppl):09-68.
19. Tinker GM. Clinical presentation of myocardial infarction in the elderly. Age and Ageing 1981; 10:237-40.
20. Colditz GA, Stampfer M, Willett W, Rosner B, Speizer FE, Hennekens C. A prospective study of parenteral history of myocardial infarction and coroner heart disease in women, AMI Epidemiol 1986; 123:48-58.
21. Chesler E. Clinical cardiology. Newyork: Springer-Verlag Inc, 1993; 337.
22. Come RA. Risk stratification in stable angina pectoris (editorial). Am J Cardiol 1987; 59:695.