

## Koroner Arter Hastalığında Tedavi Prosedürlerinin Dağılımı ve İlaç Seçimi

Ateroskleroza yol açan mekanizmalar ve akut koroner sendromların (AKS) fizyopatolojisi son yıllarda açık bir şekilde ortaya konmuştur. Ateroskleroz progresif bir hastalıktır ve hassas plakların oluşması ve bunların yırtılması AKS'a (kararsız angina, akut miyokard infarktüsü) neden olmaktadır. Hassas plak oluşmasında veya aterosklerotik plakların hassas plağa dönüşmesinde ve yırtılmasında plaktaki inflamatuvar aktivite esas rolü oynamaktadır. Plaktaki inflamatuvar aktiviteyi arttıran tetikleyiciler arasında yüksek plazma kolesterol konsantrasyonu, okside-LDL, enfeksiyonlar, artmış otoimmün yanıt gibi nedenler tartışılabilir.

Koroner kalp hastalığında (KKH) tedavinin esas amacı yeni akut koroner olayların gelişmesinin önlenmesi, iskeminin kontrol altına alınması, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin arttırılmasıdır. Uygun diyet, fizik aktivite, hastanın ideal kilosunda tutulması ve sigaranın bırakılması ile birlikte aspirin ile yapılan antiagregan tedavinin, beta-blokerlerin, statinlerin ve ACE-inhibitörlerinin miyokard infarktüsünden sonra prognozu olumlu etkiledikleri ve süriyi arttırdıkları bilinmektedir (1-6).

Aspirin, beta-bloker, statin ve ACE-inhibitörlerinin re-infarktüsü, kardiyak ölüm ve tüm mortaliteyi azalttığı gösterilmiş olmasına karşın bu ilaçların kullanımı optimal olmaktan uzaktır. Bu ilaçların kullanımında seneler içinde bir artış olduğu EUROASPIRE III (European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events) çalışmalarında gösterilmiştir (7, 8). Ancak MITRA (the Maximal Individual Therapy in Acute Myocardial Infarction Registry) ve MIR (Myocardial Infarction Registry) çalışmaları kardiyoloji kliniği olan hastanelerde tedavi görenlerle iç hastalıkları kliniği olan hastanelerde tedavi gören akut miyokard infarktüs'ü (AMI) hastalarda bu ilaçların kullanımı bakımından farklılık olduğunu ortaya koymuştur (9). Kardiyoloji kliniği olan hastanelerde AMI tedavi kılavuzları daha ciddi bir şekilde uygulanmaktadır.

Ülkemizde de son yıllarda tedavi kılavuzlarına göre ilaç kullanımı oranında artış olduğu gözlenmektedir. Şubat

1998-Ağustos 1999 tarihleri arasında Türk Kardiyoloji Derneği KKH Çalışma Grubu tarafından yürütülen ve ülkemizde farklı coğrafi bölgelerdeki üniversite, Sağlık Bakanlığı eğitim ve SSK hastanelerinden oluşan 15 kardiyoloji yada iç hastalıkları kliniğinde yapılan ve KKH'da aspirin, beta-bloker, statin, ACE-inhibitörleri profilaktik ilaç tedavisinin pratik uygulamada nasıl olduğunun araştırıldığı çalışmada, hastane çıkışlarında aspirin kullanımı %78.1, statin %23.2, beta-bloker %49.4, ACE-inhibitörleri %38.2 saptanmışken (10), ülkemizde yeni yapılan ve Anadolu Kardiyoloji Dergisinin bu sayısında yayınlanan bir çalışmada Ocak 2000 ile Mayıs 2000 tarihleri arasında 617 KKH olan kişide aspirin kullanımı %99, statin %63, beta-bloker %86 ve ACE-inhibitörleri %40 bulunmuştur (11). Bu artış sevindirici olup geçen süre içinde Türkiye'de tedavi kılavuzlarına doktorlar tarafından daha iyi uyulduğu şeklinde yorumlanabileceği gibi araştırmanın yapıldığı merkezin bir kardiyoloji kliniği olmasına da bağlı olabilir.

Diğer önemli bir nokta da hastaneden çıkışta verilen tedavinin uzun süre hatta ömür boyu kullanılması gerekirken, hastaların bu tedaviye ciddi olarak uyum sağlamamalarıdır. TKD KKH Çalışma grubunun yaptığı çalışmada hastaneden çıktıktan sonraki 6. ay gibi kısa bir sürede aspirin kullanımının %74'e, statin kullanımının %27.4'e, beta blokerlerin %28.5'e, ACE-inhibitörü kullanımının %17.8'e düştüğü gösterilmiştir (10). Araştırma, ülkemizde hastaların aspirin kullanımına oldukça iyi bir uyum sağlamalarına karşın beta-bloker ve statin yönünden önemli bir tedavi açığı olduğunu ortaya koymuştur.

Sonuç olarak Anadolu Kardiyoloji Dergisi'nin bu sayısında yayınlanan "Koroner arter hastalığı anjiyografik olarak kanıtlanmış olgularda tedavi prosedürlerinin dağılımı ve hastaneden çıkışta ilaç seçimi" (11) başlıklı çalışmanın ortaya koyduğu şekilde ülkemizde tedavi kılavuzu ile uyumlu tedavinin bu hastalarda yüksek oranda kullanımı çok sevindiricidir. Bu kardiyologların ülkemizde KKH'larında gelecekteki AKS'ları önlemede ve mortalite ve morbiditeyi azaltmada çok etkin rol oynadıklarını göstermektedir. Bu uygulamanın sadece kardiyoloji kliniği olan hastanelerle sınırlı kalmaması, ülkemizdeki tüm hastanelerde KKH'larında uygulanması gereklidir.

Diğer önemli bir noktada bu hastalara hastaneden taburcu olurken hastalıkları ile ilgili bir eğitim verilmesi ve doktor tarafından değiştirilmediği takdirde, uygun diyet, fizik aktivite ve sigara içilmemesinden oluşan sağlıklı bir yaşam tarzı ile birlikte bu tedaviye belki de ömür boyu devam edeceklerinin hastalara öğretilmesidir.

Dr.Güneş Akgün  
Ankara Üniversitesi  
Kalp Merkezi Hastanesi  
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

#### Kaynaklar

1. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy.1. Prevention of death, myocardial infarction and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. Antiplatelet Trialists Collaboration. *BMJ* 1994; 308: 81-106.
2. Yusuf S, Peto R, Lewis J, Collins R, Sleight P. Beta blockade during and after myocardial infarction :an overview of the randomized trials. *Prog Cardiovasc Dis* 1985; 27: 335-71.
3. Held PH, Yusuf S. Effects of betablockers and calcium channel blockers in acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1993;14 :(Suppl F) 18-25.
4. Scandinavian Simvastatin Survival Study ( 4S) Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease. *Lancet* 1994;344:1383-9.
5. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA et al. For the Cholesterol and Recurrent Events Trial Investigators. The effect of pravastatin in coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996;335:1001-9.
6. Latini R, Maggioni AP, Flather M et al. ACE inhibitor use in patients with myocardial infarction. Summary of evidence from clinical trials. *Circulation* 1995;92:3132-7.
7. EUROASPIRE Study Group. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease. Principal results. *Eur Heart J* 1997;18:1569-82.
8. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001;22:554-72.
9. Gottwik M, Zahn R, Schiele R et al. Differences in treatment and outcome of patients with acute myocardial infarction admitted to hospitals with, compared to hospitals without, departments of cardiology. *Eur Heart J* 2001;22:1794-801.
10. Akgün G, Onat A, Enar R ve ark. Türkiyede Koroner Kalp Hastalığı Tedavi Kalıpları Çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği, Koroner Kalp Hastalığı Çalışma Grubu İnceleme Ekibi adına. Türk Kardiyol Dem Arş.* 2000; 28: 274-81.
11. Sönmez K, Akçay A, Akçakoyun M, ve ark. Koroner arter hastalığı anjiyografik olarak kanıtlanmış olgularda tedavi prosedürlerinin dağılımı ve hastaneden çıkışta ilaç seçimi. *Ana Kar Der* 2002; 2: 18-23