

## Kardiyoloji yayınlarında gündem ve yorumlar

**Hazırlayan: Dr. Ertan Ural**

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

***New England Journal of Medicine***

2011;364:1788

Amerikan Gıda İlaç Dairesi (FDA) nonvalvüler atriyal fibrilasyonda kullanıma sunulan yeni bir antikoagülan olan dabigatranın inmeyi önlemede warfarine daha üstün, ancak daha fazla kanama yapan 150 mg'lık dozuna onay vermişti. Oysa, inmeyi önlemede warfarin kadar etkili, ancak daha az kanamaya neden olan 110 mg'lık doza onay vermemişti. Bunun nedenleri bir yazıyla açıklandı. Buna göre, özellikle riskli olduğu düşünülen yaşlılar, böbrek işlevleri bozulmuş olanlar ve kanama geçirenler olmak üzere, üç grubun yeniden gözden geçirildiği, bu üç grup için de 150 mg dozun yarar/risk oranının daha iyi olduğu belirtildi. Ayrıca, 110 mg'lık dozu hekimlere seçenek olarak sunmanın, kanama riskini göze almamayı düşünecek tutucu hekimleri bu dozun tercihine yönlendireceği ve bunun da halk sağlığı açısından daha büyük bir sorun olan inme ile daha fazla karşılaşılacağı kaygısının da bu kararda etkili olduğu bildirildi. Oldukça akla yakın bir analiz, Sağlık Bakanlığı'nın onay aşamasında dikkate alacağını umuyorum.

***Journal of the American Medical Association***

2011;305:1777

Toplum genelinde tuz kısıtlamasına gitmenin kardiyovasküler (KV) ölümleri artırabileceği bildirildi. Başlangıçta KV hastalığı olmayan yaklaşık 3700 kişide başlangıç ve takip sırasında 24 saatlik idrar sodyum atılımı ölçüldü. Medyan 7.9 yıl takip sırasında, KV ölümler 24 saatlik sodyum atılımı ile ters orantılı olarak artış gösterdi. Üçlük dilimlerde en düşük sodyum atılımı olan gruptan yükseğe doğru sırasıyla KV ölüm sıklığı %4.1, %1.9 ve %0.8 idi. En düşük sodyum atılımı için HR 1.56 (CI 1.02-2.36, p=0.04) bulundu. Bunun yanında, artan sodyum atılımı ile takipte kan basıncı artışı belirgin değildi. Bilinen hipertansiyon veya kalp yetersizliği olanlarda tuz kısıtlaması mutlaka yapılmalı. Ancak, toplum genelinde tuz kısıtlamasını önermek bu çalışma ile tartışmaya açılmış bulunuyor.

***Circulation***

2011;123:2226

Daha önce miyokart enfarktüsü (ME) geçirmiş hastalarda, kısa süreli steroid olmayan antienflamatuvar ilaç kullanımının dahi ölüm ve tekrar ME gelişimini artırdığı gösterildi. Bu amaçla, 30 yaş üzeri ve daha önce ME geçirmiş olan yaklaşık 84 bin hasta steroid olmayan antienflamatuvar ilaç kullanıp kullanmamalarına göre ayrılıp, ölüm ve tekrarlayan ME yönünden değerlendirildi. İlaç kullanımı tedavinin daha başında ölüm ve tekrar ME riskini artırmış olarak bulundu (ilk 7 günde HR 1.45; CI 1.29-1.62) ve bu risk tedavi süresince devam etti (90 gün sonra HR 1.55; CI 1.46-1.64). Steroid olmayan antienflamatuvar ilaç kullanmak için güvenli bir süre yok. Bu nedenle, daha önce ME geçirmiş bir hastada mutlaka gerekli olduğunda, bu çalışmada en yüksek riske sahip olduğu gösterilen diklofenak (HR 3.26) kullanımından özellikle uzak durulmalı. Bunun yerine, daha düşük riske sahip naproksen tercih edilmeli. Düşük dozda ve mümkün olan en kısa süre için kullanmalı.

***Annals of Internal Medicine***

2011;154:523

**POISE Çalışması.** Kardiyovasküler (KV) risk taşıyan hastalarda kalp dışı cerrahi sonrası rutin EKG ve hasar belirteç takibinin asemptomatik miyokart enfarktüsünü (ME) göstermek için gerekli olduğu gösterildi. Bu amaçla, 45 yaş üzerinde, KV risk taşıyan ve kalp dışı cerrahi uygulanacak yaklaşık 8300 hasta EKG ve hasar belirteçleri tayini ile takip edildi. Takip eden 30 gün içinde ME %5 oranında gözlenirken, bunların dörtte üçü ilk 48 saatte ortaya çıktı. Miyokart enfarktüslerinin %65'i asemptomatikti; ME geçirenlerde 30 günlük mortalite belirgin olarak yüksekti (%11.6'ya karşı %2.2, p=0.001). Bu sonuçlara göre, semptom olup olmasını beklemeksizin, tüm riskli hastaların ameliyat döneminde EKG ve hasar belirteç ölçümleri ile takibi sağlanabilirse, ölümlerin bir kısmını önlemek mümkün olabilir.