

UZMAN YANITLARI

Omega-3 yağ asitlerini tedavi veya destek olarak kullanıyor musunuz? Hangi hasta gruplarında? Hangi dozlarda?

Yanıt Hastalarımın hepsini balık tüketimini artırma konusunda teşvik ediyorum; ancak, omega-3 içeren kapsülleri sık kullanmıyorum. Gereceklerimi şöyle özetleyebilirim:

1. Bilinen koroner kalp hastalığı olmayan kişilerde: Yaklaşık 30 yıldır, özellikle balık ve balık yağından elde edilen omega-3 yağ asitlerinin, lipid profili, kan basıncı, inflamasyon, koagülasyon, aritmik olaylar ve kardiyovasküler mortalite üzerinde olumlu etkileri olabileceği görülmektedir. Bu nedenle, koroner kalp hastalığı olsun olmasın, her erişkinin haftada en az iki kez balık yemesi, tercih edilecek balığın uzun zincirli omega-3 yağ asitleri açısından zengin, yağlı balıklar olması gerektiği konusunda görüş birliği oluşmuştur. Hedeflenen eikozapentaenoik asit (EPA) ve dokozaheksaenoik asit (DHA) alımı yaklaşık 500 mg/gündür ve haftada iki kez som balığı, ringa, uskumru, alabalık veya ton balığı yeme ile bu hedefe ulaşılabilir. Balık tüketiminin artırılması ile ilgili en önemli kaygı, hemen her balıkta az ya da çok miktarda bulunan cıvadır. Cıvanın vücutta ve beyinde birikmesi psikomotor gerilik, epilepsi, körlük, sağırılık, serebral palsi gibi nörolojik ve doğumsal anomalilere yol açabilir. Bu nedenle, özellikle anne adaylarının büyük yırtıcı balıklardan (kılıç balığı, köpekbalığı, vb.) ve büyük balıklardan yapılan suşiden kaçınması gerekir. Ancak, orta yaşın üzerinde veya menopozdaki kişilerde balık tüketimi ile elde edilecek yarar, cıvanın oluşturacağı zararlardan çok daha fazla olduğu için, bu kişilerde herhangi bir kısıtlamaya gerek görülmemektedir. Balık yanı sıra, alfa-linoleik asit yönünden zengin yağ ve gıdaların (keten tohumu, kanola ve soya yağı, ceviz, vb.) da diyetle eklenmesi yararlıdır.

Koroner kalp hastalığı riski yüksek olan hipertansif ve diyabetik hasta gruplarında omega-3

içeren kapsüllerle yapılan araştırmalar olumlu sonuçlanmışsa da, mevcut veriler rutin ilaç kullanımını destekleyecek nitelikte değildir.

2. Bilinen koroner kalp hastalığı olan kişiler: Önerilen günlük EPA+DHA dozu 1 gr/gün'dür. Bu hastalarda da alımın daha ziyade gıdalarla olması önerilmektedir. Balık tüketme alışkanlığı olmayan bireylerde balık yağı kapsülleri kullanılabilir. Ancak, omega-3 yağ asitleri LDL-kolesterol düzeyini artırabileceği için, statin tedavisine ek olarak verilmesi uygundur.

3. Trigliseridleri çok yüksek olan hastalar: Trigliseridleri >500 mg/dl olan kişilerde EPA+DHA 2-4 gr/gün dozunda (tercihen kapsül formunda) fibratlara veya niasine alternatif tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

Omega-3'lerle yapılan araştırmalar genellikle olumlu sonuçlanmışsa da, herhangi bir yararın gösterilemediği çalışmalar ve meta-analizler de vardır. Eldeki bilgilerin tutarsızlığı ve özellikle birincil korumayı hedef alan, uzun süreli, plasebo kontrollü, geniş olgu gruplarını içeren çalışmaların eksikliği nedeniyle birçok soru yanıtız durmaktadır. Bu nedenle, balık tüketimini desteklemekle birlikte, ilaç şeklinde omega-3 alımını sadece koroner kalp hastası olup balık tüketemeyen, LDL-kolesterolü kontrol altındaki kişilere; trigliseridleri diğer antilipidemik ilaç tedavilerine rağmen yüksek seyredenlere ve kanıtı olmasa da, miyokard infarktüsü geçirmiş ve antiaritmiklere rağmen özellikle ventriküler ekstrasistollerini yoğun şekilde devam eden hastalara öneriyorum.

Dr. Dilek Ural

*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı,
41380 Umuttepe, Kocaeli*

Derin ven trombozu sonrasında oral antikoagülan tedavi yaklaşımınız nasıldır?

Yanıt Derin ven trombozu tanısı konduktan sonra tedavinin hastaneye yatırılarak yapılmasını tercih etmekteyim. Bilindiği gibi, bu dönemde heparin ya da düşük molekül ağırlıklı he-

parin (DMAH) kullanılmaktadır. Yaşlılar, morbid obezler, böbrek yetersizliği gibi durumlar dışında kullanım kolaylığı, monitörizasyon zorunluluğun olmaması, daha iyi faktör Xa supresyonu gibi nedenlerle DMAH tercih etmekteyim. Hastanede yatış süresince yatak istirahati (zorunlu ihtiyaçlar dışında) ve bacak elevasyonu da önerilmektedir. Tedavinin 2. veya 3. gününde oral antikoagülan (warfarin) eklenmekte ve INR 2'nin üstüne çıkana kadar heparin tedavisi ile birlikte verilmektedir. Düşük molekül ağırlıklı heparin olarak Enoxaparin 1 mg/kg/12 saatte bir subkutan kullanılmaktadır; ancak, bu daha çok alışkanlıktan doğan bir tercihtir. Oral antikoagülan tedaviye INR 2-2.5 arasında tutulacak bir doz şeması ile en az 3-6 ay devam edilmektedir. Trombotik olayın nedeni protein S veya C eksikliği ya da antifosfolipid sendromu gibi

geri dönüşü olmayan bir neden ise oral antikoagülan tedaviye ömür boyu devam edilmesi önerilmektedir.

Hasta taburcu olurken, 6-12 ay kadar varis çorabı kullanılması da önerilmektedir.

Derin ven trombozu tedavisi amacıyla trombolitik tedavi tarafımdan hiç kullanılmamıştır. Ancak, altta yatan nedenin geri dönüşü olmadığı durumlarda, özellikle proksimal bacak venlerinin ispatlanmış, dirençli trombozlarında, pulmoner emboliye neden olmuş ya da tekrarlayan DVT'lerde çok sık olmayarak inferior vena cavaya filtre yerleştirilmesi yöntemi uygulanmıştır.

Dr. Atiye Çengel

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı
06500 Beşevler, Ankara*

Tekrarlayan venöz tromboembolizme karşı hasta nasıl korunmalıdır?

Yanıt Günümüzde derin ven trombozu (DVT) tedavisine ayaktan, hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) genellikle tek doz verilerek başlanır ve warfarin ile devam edilir. Hastaya mutlaka 30 mmHg diz altı kompresyon çorabı giydirilir. Popliteal ven altındaki DVT'de 3 ay, femoral veni de tutan olaylarda 6 ay antikoagülan tedaviye devam edilir. Hastanın postflebitik sendromdan korunması için kompresyon çorabını uzun süreli giymesi belirtilir. Antikoagülan tedaviye başlamadan, alınan kan örneğinde faktör V leiden, protrombin gen mutasyonu, antitrombin III eksikliği, protein C ve S eksiklikleri, hiperhomosisteinemi, antifosfolipid antikorlar araştırılır. Genellikle hastada tedaviye başlanmış olduğundan ve trombüs varlığında bazen yanıltıcı sonuçlar alınacağından, bu tetkiklerin 6 ay sonra tedavi durdurulunca yapılması daha doğru olur. Tedaviden sonra hastaya herhangi bir

operasyon ihtimalinde ve 6 saat ve üzeri hava yolculuklarında mutlaka DMAH ile korunması önerilir. Homozigot mutasyon gösterenlerde ömür boyu korunma gerekebilir. Tekrarlayan DVT'lerde hastanın korunma altında olup olmadığı sorgulanır. Genellikle daha önce DVT geçiren kişi, hastalığa zemin hazırlayan koşullarda DVT'sini bildirip korunma almamaktadır. Bazen zorlayıcı nedenlere (gastrointestinal kanama) bağlı olarak antikoagülan kesilir ve DVT tekrarlar. Tekrarlayan DVT'lerde Türkiye'de gençlerde Behçet Sendromu akıldan çıkarılmamalıdır. Orta ve ileri yaşlarda ise habis hastalıklar düşünülmelidir. Özellikle batın ve retroperitoneal bölge araştırılmalıdır. Tekrarlayan DVT'de pulmoner emboli ve kronik pulmoner tromboemboliye gidişte vena kava filtreleri ile korunma sağlanabilir.

Dr. Hasan Tüzün

*İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı,
34303 Fatih, İstanbul*