

UZMAN YANITLARI

Metabolik sendromlu veya diyabetik olguların lipiid düşürücü tedavisinde trigliserid düzeyi ikincil hedefiniz midir?

Yanıt Trigliserid yüksekliği kılavuzlarda ikincil tedavi hedefi olarak gösterilmektedir. Ancak, bunun trigliserid yüksekliğinin önemini azaltıcı veya küçümseyici bir tanımlama olarak alınmaması gerektiği düşüncesindeyim. Çünkü, yapılan birçok prospektif çalışmada normal kişilerdeki trigliserid yüksekliği kardiyovasküler olay riski açısından bağımsız bir gösterge olarak ortaya çıkmaktadır. Bu öngördürücülük gerek PROCAM ve benzeri epidemiyolojik çalışmalarda, gerekse hasta çalışmalarında gösterilmiştir. Bu bulgu, TEKHARF çalışmasında Türk toplumu açısından da ortaya konulmuştur. Toplumumuzda trigliserid düzeylerinin giderek yükselme eğiliminde olduğunu biliyoruz.

Trigliserid yüksekliği özellikle diyabetik olgularda gördüğümüz bir dislipidemi tipidir. Bu dislipideminin özelliklerini anımsayacak olursak, trigliserid yüksekliği bağımsız bir risk faktörü olduğu gibi, buna eşlik eden HDL kolesterol düşüklüğü ve küçük yoğun partikül artışı riski daha da artırmaktadır.

Ayrıca, trigliserid yüksekliği ülkemizde de prevalansı giderek artan metabolik sendromun ana unsurlarından biridir; yani, yüksek bulunuşu kendi başına anlam taşımanın ötesinde bir simgedir, dismetabolik bir durumu temsil etmektedir. Obez ve metabolik sendromlu olgu sayısının giderek artması ve bu nüfusun yaşlanması ile birlikte trigliserid yüksekliği daha fazla sorun olarak karşımıza çıkacaktır. Yakın zamanda, toplam dolaşan aterojenik partikül miktarını (LDL+VLDL) yansıtan apoB düzeyinin prognozu yansıtmak açısından daha fazla önem kazanması da bu nedenledir.

Risk göstergesi olmasının yanı sıra tedavi açısından trigliserid yüksekliğine bakılacak olursa, genel olarak gerek birincil gerek ikin-

cil korunma ile ilgili fibrat tedavisi çalışmalarında kardiyovasküler riskin azaltılabildiği gösterilmiştir. Çok yakın zamanda sonuçları açıklanan FIELD çalışmasında ise diyabetik olgularda fenofibrat kullanımının etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada primer toplam sonuçlar beklendiği gibi çıkmamakla birlikte, ayrı ayrı son noktalara bakıldığında diğer çalışmaları destekler bulgular gözlemlendi. Çıkan sonuç, statin tedavisine ek olarak fenofibratın trigliserid yüksekliği bulunan olgularda güvenle kullanılabilmesi ve yarar sağladığı şeklindeydi.

Bu nedenle, trigliserid yüksekliğinin tedavisi ihmal edilmemesi gereken bir konudur. İlaçla tedavi yanı sıra trigliserid yüksekliğine neden olabilecek etkenlerle de özellikle mücadele edilmelidir. Kanaatimce, yalnızca ikincil veya daha az önemli bir tedavi hedefi olarak algılanmamalı, mutlaka ulaşılması gereken bir hedef olarak alınmalıdır.

Ayrıca, statin ve fibratların gūnaşırı kullanımının da çok güvenli bir tedavi yaklaşımı olduğu gösterilmiştir.

Dr. Hakan Kültürsay

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı
35100 Bornova, İzmir

İlaç kaplı stent uygulanmış hastalarda kalp dışı cerrahi girişim gerektiğinde nasıl bir yol izliyorsunuz?

Yanıt İlaç salımlı stentler (ISS), bare (çıplak) metal stentlere (BMS) göre sıklıkla daha uzun antiplatelet tedavi gerektirir.

Stent nedeniyle antiplatelet tedavi alan hastalarda kalp dışı cerrahinin zamanlaması zor bir problemdir.

Koroner arter girişimlerinde restenozu belirgin ölçüde azalttığı için, ISS giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır.

Stentsiz PTCA işleminde %30-40 oranlarında olan restenoz, BMS'de %20-30'a, ISS'de %10'un altına düşmüştür.

Stent (BMS) yerleştirilen hastalarda kalp dışı cerrahi ile ilgili çok fazla çalışma yoktur. Ancak, yapılan çalışmalarda, stent yerleştirilme işlemi sonrası ilk iki haftada yapılan kalp dışı cerrahide ölüm ve Mİ yüksek bulunmuştur. Altı hafta sonrasında ise sonuçlar tatminkar görünmektedir.

Komplikasyonlardan stent içi trombüsün sorumlu olduğu görünmektedir. Antiagregan tedavi kombine yapılmalıdır (ASA ile thienopyridine grubu birlikte verilmelidir). Ameliyattan önce ASA-thienopyridine ilaçlarının kesilmesi ve trombosit fonksiyonlarının normale gelmesi beklenmelidir. Bare metal stentlerle ilgili çalışma varken, ilaç salınlı stentlerle ilgili çok fazla kontrollü çalışma yoktur. Avrupa'dan iki, ABD'den iki çalışma vardır. İlaç salınlı stentlerde kombine antiagregan tedaviye, endotelizasyon gecikmesi, arter duvar iyileşmesinin gecikmesi, ilaca bağlı lokal hipersensitivite reaksiyonu nedeniyle daha uzun süre devam etmek gerekmektedir. Paklitaksel salınlı stent takılan hastalarda 6 ay, sirolimus salınlı stent takılanlarda 3 ay mutlak kombine antiagregan ilaç kullanılıp kalp dışı cerrahi ertelenmelidir. Cerrahi işlem geciktirilemiyorsa karar vermek zorlaşır. Sirolimus salınlı stent takılan hastalarda mutlaka iki ay kombine tedaviye devam edilmelidir. Kombine antiagregan tedavi tamamlanmadan acil kalp dışı cerrahi yapılması gerekirse, işlemin aciliyeti, kanama riski, hastanın genel durumu, işlemlerin hastaya faydası ve muhtemel zararları her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmeli; cerrah, anestezi uzmanı ve kardiyolog ortak hareket etmeli; mümkünse kombine antiagregan tedavi kesilmemeli; kanama vb. için trombosit süpsansiyonu verilmelidir.

Eğer PTCA-stent işlemi öncesinde hastada kalp dışı cerrahi gerektiği biliniyorsa, işlemde BMS kullanılmalı, İSS kullanılmamalıdır. Stent kullanım işlemi sonrasında ise en az 14 gün kombine antiagregan tedaviye devam edilmelidir. Stent takılan hastalarda kalp dışı cerrahi sonrasında, kombine antiagregan tedavinin kesilmesi sonucu sirolimus salınlı hastalarda üç ay, paklitaksel salınlı stentlerde altı ay içinde trombüs oluşma sıklığı yüksektir. McFaden ve ark. kombine antiagregan tedavinin kesilmesi sonucu stent trombüsünün işlem sonrasında 11. ayda, bir yıl sonrasında ve hatta iki yıl sonrasında nadir bile olsa oluşabileceğini göstermişlerdir.

Bütün bunlar dikkate alındığında, kalp dışı cerrahi planlanan ve bu işlem öncesinde stent takılacak hastalarda BMS stent takılması, iki hafta mutlaka kombine antiagregan tedavi uygulanması; kalp dışı cerrahinin aciliyetine göre bekleyebilen hastaların altı hafta bekletilmesi; acil olanların ise 2-6 hafta arasında kanama, stent içi trombüs oluşması gibi riskler göz önüne alarak ameliyat edilmesi; İSS takılan hastalarda ise, bekletilebiliyorsa kalp dışı cerrahinin 3-6 ay mutlaka ertelenmesi, bu süre içinde hastanın yaşamını tehdit eden bir durum nedeniyle yapılacak kalp dışı cerrahide çok dikkatli olunup cerrahi sırasında kombine antiagregan tedavisinin kesilmemesi ve hastanın çok iyi izlenmesi gerektiğini düşünüyorum.

(Stent trombüsü bir ay içinde akut-subakut, 1-6 ay içinde geç, altı aydan sonra oluşursa geç-geç olarak değerlendirildi.)

Dr. Kenan Yılmaz Ömürlü
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı,
06100 Sıhhiye, Ankara